

Visiedocument

Acute Zorg

September 2021



Inhoudsopgave

Voorwoord	2
1. Inleiding.....	3
1.1 Acute zorg is netwerkzorg	3
1.1.1 Definitie acute zorg	3
1.2 Leeswijzer	4
2. Inzicht in acute zorg	5
2.1 Acute zorg in cijfers	5
2.2 Toekomstige ontwikkelingen	8
3. De unieke patiënt en de moderne medisch specialist	10
3.1 Patiëntstromen in de acute zorg	10
3.1.1 Patiënten met een levensbedreigende en/of complexe acute zorgvraag.....	12
3.1.2 Patiënten met een herkenbare acute zorgvraag.....	13
3.1.3 Patiënten met een ongedifferentieerde zorgvraag.....	14
3.1.4 Patiënten met een acute verslechtering van een bestaande chronische aandoening.....	15
4. Richting Netwerkgeneeskunde	17
5. Betrokkenheid bij gezondheid en gedrag	18
6. Voorop in Vernieuwing	19
6.1 Innovatie in de acute zorg	19
7. Randvoorwaarden	21
Samenvatting & aanbevelingen	24
Bijlage 1 – Werkgroepleden.....	26

Voorwoord

De acute zorg heeft de belangstelling van de media, politiek en van de samenleving. De afgelopen periode, waarin Nederland te maken had met de impact van de COVID-19 pandemie, is eens te meer gebleken hoe belangrijk een goed georganiseerde en toegankelijke acute zorg is. Ontwikkelingen in organisatie en beschikbaarheid van acute zorg hebben veelal directe invloed op zorgprocessen elders in de keten én omgekeerd. De bij acute zorg betrokken wetenschappelijke verenigingen van de Federatie Medisch Specialist (Federatie) hebben in 2012 een standpunt Acute Zorg opgesteld. Destijds is het standpunt opgesteld in het kader van ontwikkelingen en vergezichten over concentratie en herorganisatie van (acute) zorg. Het acute zorglandschap is inmiddels behoorlijk veranderd. Wat niet veranderd is, is de druk op de acute zorgketen – deze is onverminderd hoog. Ook zijn vraagstukken over toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de acute zorg nog steeds actueel. Recente ontwikkelingen waren dan ook aanleiding voor een hernieuwde discussie over de acute zorg bij de Federatie en de wetenschappelijke verenigingen.

In 2020 is het Kwaliteitskader Spoedzorgketen vastgesteld – een landelijk document dat door elf veldpartijen is opgesteld en waarin de normen voor de organisatie en kwaliteit van acute zorg in de keten zijn beschreven. Tegelijkertijd hebben wetenschappelijke verenigingen van de Federatie gezamenlijk de Kwaliteitsstandaard Spoedzorg opgesteld met normen en aandachtspunten voor de acute zorg in het ziekenhuis.

In juli 2020 heeft de minister voor Medische Zorg de *Houtskoolschets Acute Zorg* ter consultatie voorgelegd aan alle veldpartijen. Deze Houtskoolschets is de eerste aanzet voor opnieuw een (her-)organisatie van de acute zorg om deze ook naar de toekomst toe betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit te houden.

Deze recente ontwikkelingen hebben bij de Federatie en de wetenschappelijke verenigingen geleid tot een uitvoerige discussie over de organisatie van het acute zorglandschap en de positie van de medisch specialist. Vanuit deze discussie is de behoefte ontstaan om een gezamenlijk visiedocument op te stellen over de medisch specialistische acute zorg, passend in de lijn die met het visiedocument Medisch Specialist 2025 is uitgezet.

De Federatie en de wetenschappelijke verenigingen staan voor een verantwoorde kwaliteit van zorg die iedere burger toekomt. Het is een maatschappelijk belang dat iedereen in Nederland adequate zorg kan ontvangen, tegen een maatschappelijk verantwoorde prijs.

Met de kennis van nu en met het vizier op toekomstige ontwikkelingen en toenemende complexiteit van de acute zorgvraag, biedt dit nieuwe visiedocument inzicht in de ambities die medisch specialisten hebben voor een optimale acute zorg. Het document beschrijft de specifieke rol en toegevoegde waarde van medisch specialisten in de acute (ziekenhuis-)zorg. Naast een algemeen beeld over de positie en rol van de medisch specialist in de acute (intramurale) zorg is het document bedoeld als basis voor wetenschappelijke verenigingen voor dialoog in eigen kring over de specialisme-specifieke rol en inbreng van de expertise voor de verschillende patiëntengroepen in de acute zorg.

Er worden geen uitspraken gedaan over de wijze waarop de acute zorg als geheel georganiseerd moet worden. Dat zal een logische consequentie moeten zijn van het toepassen van uitgangspunten m.b.t. kwaliteit, beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en is tenslotte een politieke keuze.

1. Inleiding

1.1 Acute zorg is netwerkzorg

Het realiseren van kwalitatief goede acute zorg vraagt om samenwerking en afstemming tussen huisartsen, huisartsenposten, verpleeghuizen, regionale ambulancevoorzieningen, acute GGZ, medisch specialisten en SEH-artsen in ziekenhuizen. Niet iedere regio is hetzelfde. De beschikbaarheid, bereikbaarheid en kwaliteit van de acute zorg wordt landelijk én regionaal nauwkeurig door bij de acute zorg betrokken partijen afgestemd en procedures afgesproken. Daarmee wordt geborgd dat een patiënt of groep patiënten (in geval van rampen en crises) met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plaats de juiste zorg ontvangt. Afstemming en samenwerking vraagt bij uitstek om regionaal en soms zelfs lokaal maatwerk tussen de verschillende betrokken organisaties en professionals over afspraken over onder andere melding, triage, overdracht en verwijzing van patiënten.

Acute zorg is netwerkzorg: de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in de acute zorg in het ziekenhuis, wordt mede bepaald door de organisatie en beschikbaarheid van zorg in aanpalende zorgsectoren. De beschikbaarheid en beschikbaarheid van acute huisartsenzorg en triage van de acute zorgvraag in de eerste lijn is van directe invloed op de instroom in de acute medisch specialistische zorg. De capaciteit voor acute opnames op de klinische afdeling van het ziekenhuis beïnvloedt de doorstroom van patiënten. Tenslotte zijn ook de mogelijkheden voor wijkverpleegkundige zorg of de capaciteit van verzorgings- en verpleeghuizen of revalidatie instellingen bepalend voor de mate waarmee patiënten tijdig naar de juiste vervolgzorg kunnen worden overgeplaatst.

In dit visiedocument worden een aantal zaken verder uitgewerkt. Zonder oog voor de totale context van de acute zorg te willen verliezen, ligt hierbij de nadruk op zaken die primair binnen de invloedssfeer van medisch specialisten liggen: namelijk de tweede- en derdelijns acute zorg die geboden wordt door- en onder de verantwoordelijkheid valt van medisch specialisten, binnen en buiten de muren van het ziekenhuis.

1.1.1 Definitie acute zorg

In dit visiedocument wordt de definitie gehanteerd uit de Houtskoolschets Acute Zorg van het Ministerie van VWS¹:

‘...bij acute zorg gaat het om zorg in een situatie waarin zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen. Daarnaast gaat het om spoedzorg als antwoord op een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is.’

Deze definitie is gebaseerd op een definiëring van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving uit 2003² en (in vergelijkbare termen) momenteel leidend in meerdere (beleidsmatige) documenten.

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/03/houtskoolschets-acute-zorg>

² Acute zorg - Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Zoetermeer, 2003

1.2 Leeswijzer

In het Visiedocument 'De Medisch Specialist 2025' dat de Federatie Medisch Specialisten in 2017 heeft gepubliceerd, zijn de ambities, verwachtingen en doelen opgesteld die de wetenschappelijke verenigingen en de medisch specialisten hebben voor de medisch specialistische zorg in 2025. Het Visiedocument biedt een inspiratiebron voor medisch specialisten, de wetenschappelijke verenigingen en de Federatie en is leidend voor de wijze waarop de beroepsgroep vormgeeft aan de ontwikkeling van het vak, de samenwerking met andere zorgprofessionals en aan de relatie met de patiënt. Aan de hand van de vier thema's uit 'De Medisch Specialist 2025' is dit visiedocument over de acute zorg opgesteld:

De unieke patiënt en de moderne specialist

Patiëntenstromen in de acute zorg veranderen en ook de aard van de acute zorg verandert. Welke verschillende groepen patiënten kunnen worden onderscheiden en wat betekent dit voor de toekomstige inzet van de expertise van de medisch specialist in de acute zorg?

Richting netwerkgeneeskunde

Acute zorg vindt niet alleen in het ziekenhuis plaats maar ook daarbuiten, bijvoorbeeld in de huisartsenzorg, ambulance, via het Mobiel Medisch Team en in andere zorginstellingen. Welke ontwikkelingen zijn relevant voor de medisch specialist en hoe kan diens expertise bij de acute zorg voor patiënten het beste worden ingezet? Hoe kan de medisch specialist bijdragen aan het realiseren van de juiste acute zorg op de juiste plek in samenwerking en afstemming met de netwerkpartners?

Betrokkenheid bij gezondheid en gedrag

Het proberen te voorkomen van een acute zorgvraag vraagt om samenwerking van zorgprofessionals uit verschillende domeinen van de (acute-)zorg en uit het medische- en sociale domein. Welke bijdrage kan de medisch specialist hieraan leveren?

Voorop in vernieuwing

Innovatie wordt gezien als de sleutel om de zorg ook in de toekomst kwalitatief hoogwaardig en toegankelijk te houden. De ontwikkeling en toepassing van nieuwe technologieën, andere behandelmethoden, nieuwe zorgprofessionals en nieuwe samenwerkingsverbanden, kan bijdragen aan optimale zorg voor patiënten. Welke innovaties worden voorzien in de acute zorg en hoe zetten medisch specialisten zich hiervoor in?

Aan de hand van deze vier thema's worden de ambities van de medisch specialist in de acute zorg beschreven. Om deze ambities waar te kunnen maken is een aantal randvoorwaarden van belang. Deze worden in een apart hoofdstuk benoemd, gevolgd door een afsluitend hoofdstuk met een samenvatting en aanbevelingen.

2. Inzicht in acute zorg

Spoeisende zorg wordt geleverd door de ambulancediensten, een Mobiel Medisch Team³, door huisartsen en huisartsenposten, door de crisisdienst van de GGZ en door instellingsartsen zoals specialisten ouderengeneeskunde en in ziekenhuizen. Huisartsen leveren het grootste deel van de spoedzorg⁴, waarbij veel acute zorg wordt geboden door de huisartsenposten in de avond-, nacht- en weekenddiensten. Bij de acute zorg verleend door huisartspraktijken en huisartsenposten, zeker als deze op een locatie gevestigd zijn in combinatie met de SEH van een ziekenhuis, wordt gebruik gemaakt van medisch specialistische zorgvoorzieningen in de tweede lijn, zoals radiologie en laboratoria.

Een patiënt kan op verschillende manieren op de SEH van het ziekenhuis terecht komen: via de huisarts, via de regionale ambulancevoorziening of via een doorverwijzing van de verloskundige of specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast is er sprake van zogeheten 'zelfverwijzers': patiënten die zonder verwijzing naar de SEH komen. Soms zijn er door een behandelend arts concrete afspraken met de patiënt gemaakt dat deze zich met acute klachten na overleg mag melden bij de SEH, bijvoorbeeld bij complicaties tijdens het herstel na een operatie.

2.1 Acute zorg in cijfers

In 2019 zijn huisartsen overdag meer patiënten per dag gaan zien, namelijk bijna 69,7 miljoen ten opzichte van 67,6 miljoen in 2018. Op basis van schattingen bestaat 4,3% van de consulten van huisartsen uit spoedconsulten. Dit leidde tot ongeveer 3 miljoen spoedcontacten in 2019. Ongeveer 744.000 patiënten werden doorverwezen naar de spoedisende hulp⁵.

Bij de huisartsenpost vinden de meeste contacten plaats in het weekend, op feestdagen in de ochtend en op werkdagen tussen 17 en 20 uur. In 2019 bezochten relatief minder patiënten in de oudere leeftijdscategorieën de huisartsenpost. De meest voorkomende klachten waren trauma (extremitet), wond- of buikpijn. De huisartsenpost verwijst ongeveer 13% van de patiënten door naar de SEH.⁶ Patiënten met ingangsklachten van trauma (-extremiteten), buikpijn, kortademigheid en pijn op de borst worden relatief vaak doorverwezen naar de spoedisende hulp.

³ Een Mobiel Medisch Team (MMT) bestaat uit een arts (anesthesioloog of chirurg), een chauffeur of piloot en een gespecialiseerd verpleegkundige. Zij zijn – naast hun reguliere opleiding - opgeleid voor het verlenen van prehospitalische spoedisende medische hulp buiten het ziekenhuis en zijn ervaren in het werken onder moeilijke omstandigheden. De aanwezigheid van een medisch specialist maakt de zorg van een MMT een aanvulling op de reguliere ambulancezorg en overige hulpverleningsdiensten. (Bron: <https://www.inaz.nl/trauma/mmt-zorg>)

⁴ In totaal zijn er circa 9.000 huisartsen in Nederland actief.

⁵ <https://magazines.nza.nl/nza-specials/2021/01/monitor-acute-zorg>

⁶ <https://magazines.nza.nl/nza-specials/2021/01/monitor-acute-zorg>



Figuur 1 – Overzicht van ingangsklachten op de Huisartsenpost in 2019, met/zonder verwijzing SEH

Bron: Vektis en Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn – monitor acute zorg NZA 01-2021

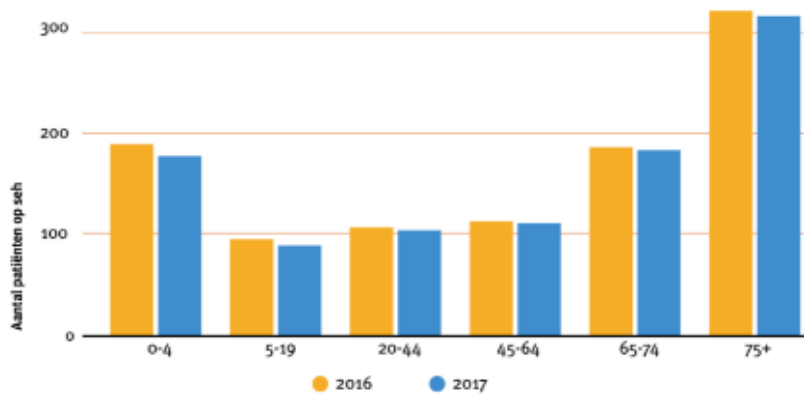
In Nederland maken jaarlijks naar schatting 2,4 miljoen patiënten gebruik van spoedeisende hulp of gerelateerde afdelingen zoals de eerste harthulp (EHH) in ziekenhuizen. Bijna 1 miljoen patiënten (zowel spoed als acute zorg) bereiken de SEH via de regionale ambulance voorziening.

Sinds 2016 is er een afname van het aantal SEH-bezoeken en van bezoeken aan gerelateerde afdelingen zoals de EHH (van 2,35 miljoen in 2015 naar 2,24 miljoen in 2019). Dit is een afname van 4,3% over een periode van 4 jaar. De daling van het aantal SEH-bezoeken laat zich onder andere zien bij patiënten met letsel, met oncologische aandoeningen en bij de acute zorg rondom zwangerschap, bevalling en postnatale zorg. Mogelijk vindt er substitutie plaats naar de eerste lijn of gaan deze patiënten met een acute zorgvraag direct naar de (spoed-)polikliniek. Zo kunnen patiënten met een (acute) complicatie na een operatie of chemotherapie zich in veel gevallen rechtstreeks bij een specialist melden via speciaal ingerichte spoedpoli's.

Meer oudere patiënten (65 jaar en ouder) komen naar de spoedeisende hulp, waarbij er vaker sprake is van co-morbiditeit en/of een complexe zorgvraag. Ondanks dat er minder patiënten op de SEH worden gezien, groeit het aantal patiënten met een zwaardere zorgvraag. In de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder bestaat ongeveer de helft van de SEH-bezoeken uit zogeheten 'terugkerende patiënten' (patiënten die meer dan 1 keer per jaar op de SEH komen). Terugkerende patiënten hebben vaker nieuwvormingen en ziekten van bloed (-vormende organen). Tweederde van de bezoeken door patiënten met nieuwvormingen zijn terugkerende patiënten die meer dan twee keer per jaar naar de SEH komen. Complicaties van een behandeling en/of een plotselinge verslechtering van de aandoening zijn de achterliggende redenen voor SEH-bezoek. Voor patiënten met letsel geldt dit voor een kwart van de SEH-bezoeken.

Het gebruik van acute zorg voorzieningen loopt op naarmate het overlijden dichterbij komt. Uit analyses blijkt dat 20% van de patiënten die palliatieve zorg ontvangen, ook ambulancezorg heeft in de week voorafgaand aan het overlijden. 12% van deze patiënten wordt in het ziekenhuis opgenomen na SEH-bezoek.⁷

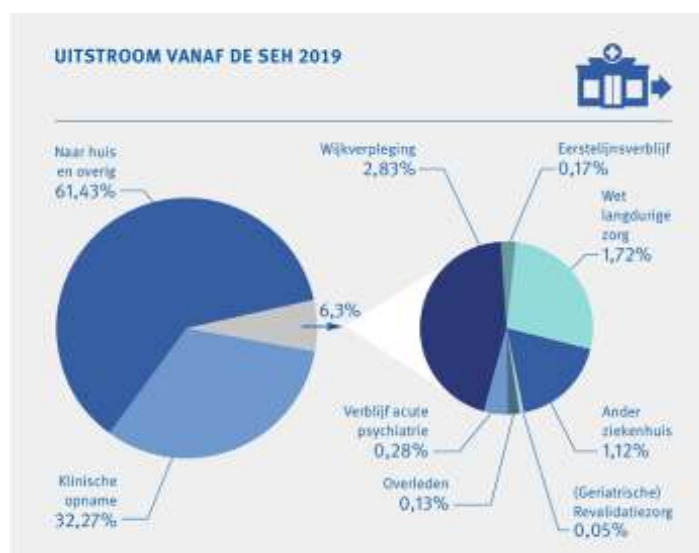
Aantal patiënten op seh, per leeftijdscategorie inwoners, 2016-2017



Figuur 2 - aantal patiënten op de SEH, naar leeftijd

Bron: NZa: update cijfers acute zorg 2019

Gelukkig gaat het merendeel van de patiënten (60%) na een bezoek aan de spoedeisende hulp weer naar huis. Ruim éénderde van de patiënten die de spoedeisende hulp bezoeken, wordt opgenomen in het ziekenhuis. Hierin zijn wel duidelijke verschillen per specialisme te zien. Vanuit de SEH worden vooral patiënten tussen de 0 en 4 jaar, en 65 jaar en ouder opgenomen in het ziekenhuis. Ongeveer 61% van het totale aantal ligdagen is van patiënten die na een SEH-bezoek zijn opgenomen. Patiënten die na een SEH-bezoek worden opgenomen in het ziekenhuis, liggen hier gemiddeld ruim zes dagen. Dit gemiddelde is over de afgelopen jaren niet veranderd.



Figuur 3 – Uitstroom vanaf de SEH naar andere zorgvoorzieningen of naar huis

Bron: Monitor acute zorg – NZa 01-2021

⁷ <https://magazines.nza.nl/nza-specials/2021/01/monitor-acute-zorg>

Uit de Monitor acute zorg 2018⁸ wordt duidelijk dat er tussen huisartsen(posten) en SEH's in ziekenhuizen intensief wordt samengewerkt. Uit de beschikbare data blijkt dat in 2017 in Nederland 94 spoedeisende hulplocaties waren. In 79 van de 94 gevallen was deze spoedeisende hulplocatie samen met een huisartsenpost gevestigd op een ziekenhuisterrein. Hierbij was er in 45 van de 94 situaties sprake van een gemeenschappelijke ingang of een gezamenlijk loket. De afgelopen jaren zijn een aantal SEH's gesloten. In 2020 waren er 83 ziekenhuislocaties met een SEH waarvan 80 SEH's ook 24/7 geopend waren.

2.2 Toekomstige ontwikkelingen

Met name als gevolg van de vergrijzing, is de verwachting dat de druk op de acute zorg de komende jaren verder toeneemt. De vergrijzing van de populatie heeft als gevolg dat het aandeel 65-plussers in de patiëntenpopulatie stijgt van 23% in 2019 naar 28% in 2030⁹. De NZa schat in dat op basis van alleen demografische ontwikkelingen het aantal patiënten dat gebruik maakt van de SEH-afdelingen in ziekenhuizen met gemiddeld 1% per jaar groeit. De grootste toename zal optreden in de leeftijdsklasse van 75-85 jaar: veelal patiënten met multimorbiditeit, kwetsbaarheid en multi-domeinproblematiek. Dit zal vanwege toename van de complexiteit van de zorgvraag ook meer druk leggen op de SEH.

De behoefte aan acute zorg wordt daarnaast beïnvloed door een aantal autonome factoren. Denk bijvoorbeeld aan sociaaleconomische factoren zoals de toename van het aantal eenpersoonshuishoudens en de veranderingen in de sociaaleconomische positie van (groepen) mensen in de samenleving. Demografische ontwikkeling zoals de toename van de totale bevolking en toename van het aantal oudere niet-westerse migranten zijn eveneens van invloed op de vraag naar acute zorg. Epidemiologische ontwikkelingen beïnvloeden ook de behoefte aan acute zorg bijvoorbeeld door de toename van het aantal mensen met overgewicht. Ook nemen door technologische ontwikkelingen de behandelmogelijkheden voor uiteenlopende aandoeningen toe. Verschillende trends en ontwikkelingen zorgen ervoor dat de rollen van de patiënt en van de medisch specialist veranderen. Zelfredzaamheid, zeggenschap en het vergroten van de kwaliteit van leven staan steeds meer centraal. Patiënten hebben meer kennis, worden mondiger, krijgen inzicht in kwaliteit van zorg en krijgen toegang tot hun eigen dossier. De toename in complexiteit en volume van de zorgvraag leidt tot een veranderende rolverdeling tussen medisch specialist en patiënt. Ook deze factoren zullen de komende jaren druk op de acute keten leggen.

Recente ervaringen in de COVID-19 pandemie laten zien dat toenemende druk op de acute zorg de ruimte voor reguliere zorg sterk beïnvloedt: de capaciteit voor acute zorg kan niet zonder meer worden uitgebreid (niet in bedden noch in personeel) waardoor andere (minder urgente) zorg wordt verdrongen. Een goede doorstroom en uitstroom uit de acute zorg is in deze periode van groot belang gebleken in het reguleren van beschikbaarheid van acute zorg. Voor de toegankelijkheid van de medisch specialistische acute zorg is coördinatie op de instroom-, doorstroom en uitstroom essentieel. Door nauwe samenwerking en afstemming tussen partijen in het hele netwerk kan de instroom en uitstroom (bijvoorbeeld naar eerstelijnsverblijf, tijdelijke opvang in een verpleeghuis etc.) worden geoptimaliseerd mits ook in die compartimenten de capaciteit toereikend is om de zorg in de acute fase te verlenen danwel de nazorg bij uitstroom te bieden.

⁸ Monitor Acute zorg 2018, Nederlandse Zorgautoriteit, 2019.

⁹ <https://magazines.nza.nl/nza-specials/2021/01/monitor-acute-zorg>

Beschikbaarheid van diagnostiek, zowel pre-hospitaal als in het netwerk, is eveneens van belang om de juiste (acute) zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener te kunnen realiseren.

Bovenstaande epidemiologische, technologische en sociale ontwikkelingen en recente ervaringen in de acute zorg vragen om grote ambities om ook in de toekomst de acute zorg van hoge kwaliteit, toegankelijk en doelmatig aan te kunnen blijven bieden op de juiste plek, door de juiste zorgverlener op het juiste moment.

3. De unieke patiënt en de moderne medisch specialist

Spoedzorg start met een hulpvraag van een burger. In Nederland wordt het uitgangspunt gehanteerd dat van een burger niet verwacht kan worden dat hij of zij juist kan inschatten of iets spoedeisend is of niet. Daarom is duidelijke informatie over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van acute zorg van belang.

Het leveren van acute zorg is in 2025 gebaseerd op kwaliteit en toegankelijkheid, tegen een maatschappelijk aanvaardbare prijs. Dit betekent dat de acute zorg zo wordt ingericht dat de benodigde competenties en materiële middelen beschikbaar zijn om patiënten met een acute zorgvraag op de juiste plek met de inzet van de juiste zorgprofessionals en op het juiste moment te helpen. Daarbij dient er tegelijkertijd oog te zijn voor patiënten die een integrale, multidisciplinaire benadering van de acute zorgvraag nodig hebben en voor het gegeven dat acute kindergeneeskundige zorg vrijwel altijd specifieke kindergeneeskundige expertise vraagt.

3.1 Patiëntstromen in de acute zorg

Vanuit het perspectief van de patiënt hebben veel zorgvragen een urgent karakter, maar dat hoeft niet te betekenen dat de te verlenen zorg medisch gezien urgent is. Goede triage is essentieel om de patiënt de juiste en tijdige acute zorg te kunnen bieden op de juiste plek en door de juiste professional.

Iedere patiënt is uniek en iedere patiënt heeft een unieke (acute) zorgvraag. Er zijn echter wel groepen patiënten te onderscheiden die in grote lijnen dezelfde karakteristieke kenmerken van een acute zorgvraag hebben:

1. Patiënten met een levensbedreigende en/of complexe acute zorgvraag:
 - a. Trauma
 - b. Vitaal bedreigd
 - c. Complexe acute zorgvraag met een zorgpad
2. Patiënten met een herkenbare acute zorgvraag:
 - a. Eenmalige korte interventie
 - b. Complexe interventie/specialistische interventie
3. Patiënten met een ongedifferentieerde zorgvraag.
4. Patiënten met een acute verslechtering van een bestaande chronische aandoening.

De indeling van patiënten in de verschillende groepen is niet zo strikt als de beschrijving van de 4 groepen doet vermoeden: patiënten kunnen initieel in de ene groep lijken te vallen maar door het beloop van de acute aandoening, nadere diagnostiek of specifieke patiëntkenmerken, in een andere groep belanden. Die indeling is daarmee mede afhankelijk van de mate van bestaande (multi-) morbiditeit van de patiënt, ernst van het beloop van de acute aandoening en de mate waarin al direct een diagnose waarschijnlijk of herkenbaar is. Acute zorg is meestal complexe zorg en de grenzen tussen de verschillende patiëntengroepen zijn fluïde. Het is de kunst om het aanbod van acute zorg zoveel mogelijk passend te maken op de specifieke karakteristieken van elk van deze

patiëntgroepen. Op die manier kan de zorg doelmatig, efficiënt en patiëntgericht geleverd worden: de juiste acute zorg op de juiste plek door de juiste zorgprofessional.

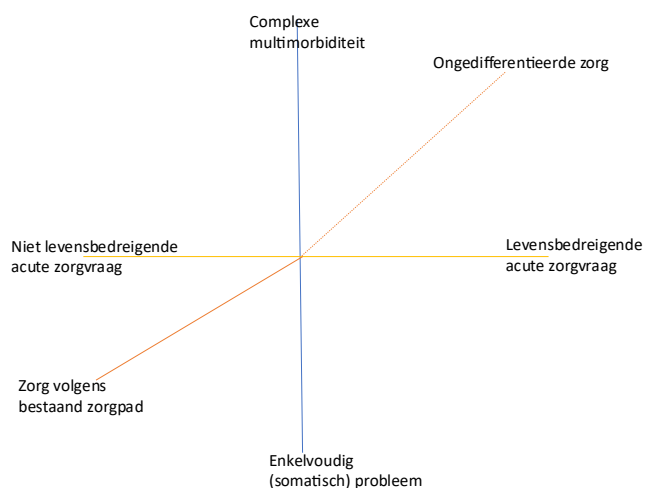
Voorbeeld ter illustratie

3 patiënten op de SEH met een onderarmbreuk maar door bijvoorbeeld complicaties, leeftijd en sociale omstandigheden hebben deze 3 patiënten elk een andere zorgpad voor hun acute zorgvraag:

1. Een 40 jarige vrouw met een onderarmbreuk (2a)
2. Een 40 jarige vrouw met een onderarmbreuk met botfragmenten (2b)
3. Een 80-jarige vrouw met een onderarmbreuk, alleen wonend en loopt met een rollator (2a / 4)

Het type probleem is leidend voor indeling in een specifieke patiëntengroep, wat betekent dat een patiënt de ene keer een acute, levensbedreigende zorgvraag kan hebben, terwijl op een ander moment de zorgvraag (in eerste instantie) ongedifferentieerd is. Tegelijkertijd is niet voor elke patiënt op voorhand al duidelijk wat er in de acute fase aan de hand is – een patiënt presenteert zich met een acute klacht en niet met een diagnose. Een patiënt valt met zijn presentatie primair in een bepaalde categorie, echter moet er voortdurende alertheid zijn of het geheel van deze problematiek van deze specifieke patiënt niet tot een andere categorie hoort. Voor een steeds groter deel van de patiënten geldt dat ze een ‘initieel’ ongedifferentieerde acute zorgvraag hebben, die na diagnostiek een duidelijk te onderscheiden acuut gezondheidsprobleem is. De beschrijving van verschillende patiëntgroepen helpt in het denken over de aard en complexiteit van de acute zorgvraag in de medisch specialistische zorg en de rol van de medisch specialist in het beantwoorden hiervan.

Figuur 4 – ter illustratie de 3 assen met de dimensies van de acute zorgvraag



In de volgende paragrafen beschrijven we de genoemde patiëntgroepen vanuit medisch specialistisch perspectief. Ook schetsen wij onze ambities voor de komende jaren en laten wij zien hoe de medisch specialist zich aanpast aan de veranderende zorgvraag.

3.1.1 Patiënten met een levensbedreigende en/of complexe acute zorgvraag

Patiënten met een levensbedreigende en/of complexe zorgvraag moeten zo spoedig mogelijk in een ziekenhuis behandeld worden. Te denken valt aan patiënten die een ongeval hebben gehad met (ernstig) letsel, een hartinfarct of herseninfarct, (subarachnoidale) hersenbloeding, OHCA¹⁰ of patiënten met een ernstige sepsis.

Actuele inrichting acute zorg:

De inzet van medisch specialistische beoordeling en/of interventie voor patiënten die een levensbedreigende en/of complexe acute zorgvraag hebben is geborgd. In de organisatie van acute zorg voor patiënten met een levensbedreigende en/of complexe acute zorgvraag is een onderscheid te maken tussen de zorg voor:

- a. Trauma / patiënten met een acute zorgvraag waartoe specifieke zorgpaden zijn ingericht.
- b. Vitaal bedreigde patiënten waarbij opvang middels ABCDE-systematiek en BLS/ALS geborgd moet zijn;

a. Trauma

De acute opvang en behandeling van ongevalsslachtoffers/ patiënten met hoog complex trauma, is regionaal geborgd via de traumacentra en de regionale ziekenhuizen. De traumacentra coördineren de organisatie van de acute traumazorg binnen hun regio. Behandeling van de meest ernstig gewonde patiënten (polytrauma) vindt plaats in de Level-1 ziekenhuizen¹¹. Minder complexe letsels worden opgevangen en behandeld in Level-2 en -3 ziekenhuizen. De ambulancedienst weet in welk ziekenhuis iedere traumapatiënt veilig gepresenteerd kan worden. Triage door de ambulancedienst is erg belangrijk zodat iedere trauma patiënt in het juiste (Level) ziekenhuis gepresenteerd wordt.

Patiënten met een complexe acute zorgvraag waartoe specifieke zorgpaden zijn ingericht

Voor bijvoorbeeld acute neurologie, eerste hart hulp, acute verloskunde en acute psychiatrie zijn specifieke acute zorgpaden ingericht waarin betreffende medisch specialisten nauw samenwerken met andere beroepsbeoefenaren in het netwerk. Er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de acute zorg. Vanwege de specifieke expertise en voorzieningen die nodig zijn voor deze complexe acute zorg, is de beschikbaarheid vaak landelijk geregeld en afgestemd. Zo zijn neurochirurgische acute behandelcentra verdeeld over Nederland volgens het Planningsbesluit Neurochirurgie. Andere complexe acute zorg wordt veelal op regionaal niveau georganiseerd en afgestemd tussen verschillende betrokken zorgprofessionals. Voor deze zorgvormen zijn zorgpaden en criteria opgesteld om ervoor te zorgen dat de juiste zorg tijdig kan worden geboden. Deze acute zorg wordt vaak buiten de reguliere SEH van het ziekenhuis geboden in specifiek daartoe uitgeruste afdelingen.

¹⁰ Out of Hospital Cardiac Arrest

¹¹ De Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT) beschrijft in afstemming met betrokken aanpalende wetenschappelijke verenigingen in het document 'Levelcriteria' de minimale eisen waaraan ziekenhuizen moeten voldoen om verantwoorde acute opvang en behandeling te kunnen verzorgen.

Deze zorgpaden zijn goed ingeregeld. Toenemend hebben ook deze patiënten multimorbiditeit of is het wenselijk vanwege een beperkte levensverwachting de behandeling aan te passen. Van belang is om dat in een vroeg stadium andere behandelaren of generalisten te betrekken die mee kunnen denken over het duiden van de co-morbiditeit.

b. Vitaal bedreigde patiënten waarbij opvang middels ABCDE-systematiek en BLS/ALS geborgd moet zijn

Dit betreft patiënten die eveneens een levensbedreigende acute zorgvraag hebben en stabilisatie van vitale functies van levensbelang is. Voor de betreffende acute problematiek is, anders dan bij voorgenoemde groep, geen specifiek zorgpad. Na het initieel stabiliseren van de patiënt volgt uitgebreider onderzoek en behandeling.

Voor al deze acute zorgvormen geldt dat de diagnostiek en behandelprocessen nauwkeurig zijn ingericht en afgestemd om zo snel mogelijk te kunnen handelen teneinde een zo goed mogelijke zorguitkomst voor de patiënt te bereiken. Niet alleen voor de acute zorgfase, maar ook voor de fase daarna in het terugverwijzen naar de behandelend arts in het eigen ziekenhuis, een ander ziekenhuis of zorginstelling, naar revalidatie en huisartspraktijk.

Ambitie voor 2025:

- Het zorgaanbod is verankerd in een netwerk waarin zorgprofessionals de beschikbare kennis en infrastructuur optimaal op elkaar afstemmen ten behoeve van de best mogelijke uitkomst.

De moderne medisch specialist in 2025:

- Is 'fit to perform'.
- 24/7 zijn medisch specialisten beschikbaar (in het ziekenhuis/SEH) voor de opvang van patiënten met een levensbedreigende en/of complexe zorgvraag.
- Medisch specialisten evalueren de uitkomsten van zorg van patiënten met een levensbedreigende of complexe zorgvraag en maken/verbeteren regionale afspraken voor de opvang van specifieke patiëntencategorieën.
- Medisch specialisten zijn beschikbaar om mee te denken (en kijken) op welke plek de betreffende patiënt de meest passende zorg kan ontvangen en om het team ter plaatse te adviseren aangaande de acute behandeling.
- Geeft zich rekenschap van de specifieke patiëntkenmerken, zoals co-morbiditeit en kwetsbaarheid en betreft andere behandelaren bij de beleidsbeslissingen.

3.1.2 Patiënten met een herkenbare acute zorgvraag

Deze groep betreft patiënten die een acuut, vaak herkenbaar medisch probleem hebben zoals bijvoorbeeld een botbreuk of niet meer kunnen plassen. Voor deze acute klachten zijn faciliteiten nodig om verder onderzoek of directe behandeling in te kunnen zetten. In het ene geval is behandeling eenmalig en vaak op de SEH mogelijk. In het andere geval is behandeling complexer van aard omdat bijvoorbeeld een (spoed-)operatie nodig is.

Patiënten met een acute herkenbare zorgvraag:

- a. eenmalige korte interventie
- b. complexe interventie / specialistische interventie

Actuele inrichting acute zorg:

Patiënten met een herkenbare acute zorgvraag worden zo mogelijk door de huisarts of specialist ouderengeneeskunde behandeld of doorverwezen naar de SEH van het ziekenhuis voor diagnostiek en behandeling. Behandeling kan plaatsvinden op de SEH. Regelmatig tot vaak is medisch specialistische interventie in vorm van opname en/of operatie noodzakelijk.

Ambitie 2025:

- Acute zorg voor patiënten met een herkenbare acute zorgvraag is dichtbij huis en tijdig beschikbaar.
- Diagnostiek (lab en radiologie) wordt zoveel mogelijk pre-hospitaal ingezet om de druk op de SEH te beperken waar mogelijk en alleen die patiënten naar de SEH verwezen worden die een spoedeisende behandeling nodig hebben: juiste diagnostiek op juiste plek op juiste moment.
- Zorgverleners binnen netwerken hebben duidelijke afspraken over welke professional in het netwerk het meest geschikt is om deze patiënt te behandelen.
- Zorgverleners binnen het netwerk hebben duidelijke afspraken over de (vervolg)zorg en eventueel revalidatie na de acute fase.

De moderne medisch specialist in 2025:

- Is 'fit to perform'.
- Heeft de zorg zodanig ingericht dat de juiste professional deze laagcomplexere zorgvraag kan aanpakken op de juiste plek.
- Is onderdeel van het (regionale) netwerk en beschikbaar om (mee) te bepalen waar de zorg het beste geleverd kan worden.

3.1.3 Patiënten met een ongedifferentieerde zorgvraag

Deze groep betreft patiënten waarbij een acute zorgvraag speelt, maar (nog) niet duidelijk is op welk gebied deze zorgvraag primair ligt. Het kan hierbij gaan om acute somatische problematiek, psychische problematiek, een combinatie van deze, vaak gecompliceerd door problematiek in het sociale domein. Vaak betreft het oudere patiënten waarbij somatische problematiek zich atypisch presenteert, of patiënten die kwetsbaar zijn waarbij door een relatief simpel (medisch) probleem zelfredzaamheid niet meer mogelijk is. Vanwege de atypische presentatie kunnen zorgvragen bij deze patiënten levensbedreigend en zeer complex zijn, zonder dat dit primair zo herkend wordt. De eerste opvang, diagnostiek, behandeling en het vaststellen van het te voeren beleid is voor deze ongedifferentieerde patiënten niet altijd zo eenvoudig te protocolleren als voor patiënten met herkenbare problematiek. Veelal is een meer integrale multidisciplinaire aanpak op medisch-specialistisch niveau nodig, met een snelle opvolging van diagnostische onderzoeken, gevolgd door een soms complexe therapie.

Actuele inrichting acute zorg:

Patiënten met een ongedifferentieerde zorgvraag komen veelal (via de huisartsenzorg of de ambulancezorg) op de SEH van het ziekenhuis terecht. Juist bij deze patiënten is (veel en verschillende vormen van) diagnostiek nodig om de aard en ernst van de acute zorgvraag te onderzoeken. Medisch specialistische expertise is voor deze patiëntengroep beschikbaar door directe betrokkenheid op de SEH of in consultatie. De medisch-specialistische blik is nodig om in te schatten welke zorg nodig is en door welke disciplines deze geleverd dient te worden.

Deze (kwetsbare) patiënten komen ook na behandeling van de acute zorgvraag vaker terug in het ziekenhuis: door een herhaalde acute zorgvraag of via de polikliniek. Zo wordt in de leeftijdsgroep

van 65 jaar en ouder ongeveer de helft van de SEH-bezoeken veroorzaakt door terugkerende patiënten¹².

Ambitie 2025:

- Zorg voor deze patiëntengroep is integraal en multidisciplinair georganiseerd. Patiënten met een ongedifferentieerde zorgvraag worden gelijktijdig in een multidisciplinair team gezien met passende en volledige aanvraag van diagnostiek en aansluitend door de meest passende zorgverlener op de juiste plek behandeld. Deze patiënten hebben het meeste voordeel bij zorg die in één keer goed geleverd wordt in plaats van sequentieel door verschillende (betrokken) specialismen en verschillende onderzoeken.
- Er is een solide netwerksamenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde, medisch specialistische zorg, GGZ en ook de wijkverpleging met duidelijke afspraken over zorg in de acute fase en over zorgverlening daarna.

De moderne medisch specialist in 2025:

- De medisch specialist beschouwt de patiënt op een holistische wijze en heeft oog voor eventuele onderliggende (onderhoudende) problemen en werkt waar nodig multidisciplinair.
- De medisch specialist besluit samen met de patiënt en diens mantelzorgers over de meest passende zorg, rekening houdend met de voorkeuren en wensen van de patiënt.
- De medisch specialist handelt in afstemming met de regiebehandelaar van de patiënt, of neemt deze rol op zich. Hierdoor heeft de patiënt een vast aanspreekpunt voor zorgvragen en kunnen toekomstige acute zorgvragen mogelijk voorkomen worden.

3.1.4 Patiënten met een acute verslechtering van een bestaande chronische aandoening

Deze groep betreft patiënten met één of meer chronische aandoeningen, die door acute verslechtering behandeling behoeven. Deze verslechtering kan veroorzaakt worden door het natuurlijke beloop of een complicatie van de ziekte of juist van de behandeling. Er zijn patiënten uit alle leeftijdscategorieën met chronische ziekten, waaronder cardiovasculaire problematiek, diabetes mellitus met complicaties, systeemziekten, oncologische aandoeningen en ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Patiënten hebben meestal een al langer bestaande behandelrelatie met een of meer medisch specialisten in het ziekenhuis of in een GGZ-instelling. Voor deze groep patiënten is het belangrijk om zich te realiseren dat acute zorg ook chronische zorg kan betreffen.

Actuele inrichting acute zorg

Dit is een groeiende en inmiddels grote groep patiënten op de SEH, die een - soms zeer intensief - behandeltraject in het ziekenhuis hebben, met bijvoorbeeld chemotherapie of immuuntherapie, gepaard gaande met atypische presentaties en een hoog a priori risico op het ontstaan van ernstige complicaties. Zo wordt tweederde van de bezoeken van patiënten die meer dan twee keer per jaar naar de SEH komen, gevormd door patiënten met nieuwvormingen.¹³ Steeds vaker vinden deze intensieve behandelingen in de thuissituatie of op een andere locatie buiten het ziekenhuis plaats, waarmee de noodzaak om bij complicaties laagdrempelig, snel en adequaat te handelen groter wordt. Vaak worden deze patiënten op specifieke spoedpoliklinieken gezien, buiten de reguliere instroom op de SEH om.

¹² <https://magazines.nza.nl/nza-specials/2021/01/monitor-acute-zorg>

¹³ <https://magazines.nza.nl/nza-specials/2021/01/monitor-acute-zorg>

Ambitie 2025:

- Patiënten met een acute verslechtering van hun chronische aandoening kunnen rekenen op continuïteit van zorg. De acute zorgvraag wordt behandeld door het specialisme waar de patiënt bekend is of in afstemming met dit specialisme; tevens wordt ook de nazorg gecoördineerd vanuit dit specialisme.
- Bij multimorbide patiënten vindt waar nodig afstemming plaats met andere specialisten danwel de regiebehandelaar van patiënt.
- Door inrichting van spoedpoli's of specifieke zorgpaden voor acute verslechtering van de reeds bestaande chronische aandoening, wordt de acute zorgvraag waar mogelijk buiten de SEH om behandeld.
- Er is een solide netwerksamenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde, medisch specialistische zorg, GGZ en ook de wijkverpleging met duidelijke afspraken over zorg in de acute fase en over zorgverlening daarna.

De moderne medisch specialist in 2025:

- De medisch specialist beschouwt de patiënt op een holistische wijze en heeft oog voor eventuele onderliggende (onderhoudende) problemen en werkt waar nodig multidisciplinair.
- De medisch specialist handelt in afstemming met de regiebehandelaar van de patiënt, of neemt deze rol op zich. Hierdoor heeft de patiënt een vast aanspreekpunt voor zorgvragen en kunnen toekomstige acute zorgvragen mogelijk voorkomen worden.
- De medisch specialist besluit samen met de patiënt en diens mantelzorgers over de meest passende zorg, rekening houdend met de voorkeuren en wensen van de patiënt.
- De medisch specialist is beschikbaar voor adviezen aan andere professionals in het netwerk aangaande zijn bekende patiënt, telefonisch/elektronisch of al digitaal meekijkend.
- De medisch specialist zet zich in om acute zorgvragen te voorkomen door vroeg signalering van achteruitgang van de patiënt, bijvoorbeeld door telemonitoring.
- De medisch specialist heeft oog voor advance care planning: er worden afspraken gemaakt wat te doen bij achteruitgang van ziekte of complicatie en biedt op deze wijze passende zorg.

Voor alle patiëntgroepen geldt dat samenwerking in teams en tijdige inzet van medisch specialistische expertise van belang is voor de kwaliteit van de acute zorg. Uit pilots in verschillende ziekenhuizen blijkt dat de inzet van extra medisch specialisten aanvullend op de reguliere bezetting, de efficiency (in termen van doorlooptijd) en patiënttevredenheid op de SEH juist kan vergroten¹⁴. De samenwerking tussen verschillende disciplines op de SEH en met specialismen binnen het ziekenhuis is voor alle patiëntgroepen essentieel maar in het bijzonder van belang bij het bieden van acute kindzorg. Om kwalitatief goede acute zorg ook in de toekomst te kunnen blijven bieden is samenwerking en afstemming binnen het netwerk met zorgprofessionals uit de andere zorgdomeinen van toenemend belang: dan kan acute zorg tijdig, op de juiste plek en door de juiste zorgprofessional worden verleend.

¹⁴ Medisch specialisten geven SEH meerwaarde; Medisch Contact 20 juli 2017

<https://www.bernhoven.nl/media/3455/bernhoven-van-dromen-naar-doen-8-9-seh.pdf>

4. Richting Netwerkgeneeskunde

Zorg wordt in toenemende mate georganiseerd in een zorgnetwerk rondom de patiënt; oftewel netwerkgeneeskunde. Netwerkgeneeskunde neemt de behoefte van de patiënt als uitgangspunt waarbij verschillende spelers in het netwerk op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen voor de patiënt. Netwerkgeneeskunde is niet voor alle patiënten doelmatig. Voor het groeiende aandeel chronische, complexe multimorbide patiënten sluit deze vorm van zorg wél beter aan op de zorgvraag en de behoefte aan regie van deze patiënten. De medisch specialist heeft in dit netwerk, afhankelijk van de behoefte van de patiënt, verschillende rollen in de tijd.

Netwerken zijn niet alleen patiëntgericht maar vormen zich ook op lokaal, regionaal en (inter-) nationaal niveau. Het gaat dan om netwerken tussen zorgprofessionals zowel binnen als buiten de muren van het ziekenhuis. Dergelijke netwerken kunnen gebaseerd zijn op het delen van kennis en expertise rond specifieke patiëntgroepen en aandoeningen of zijn juist medisch inhoudelijk gericht met een aansluitend proces van diagnostiek en behandeling teneinde patiënten zo goed mogelijk te behandelen. Door intensieve samenwerking tussen zorgprofessionals in het netwerk binnen en buiten het ziekenhuis en concrete medisch inhoudelijke afstemming en afspraken, kan een optimale kwaliteit van zorg voor patiënten worden bereikt zoals dit bijvoorbeeld in de acute hartzorg gerealiseerd is. Maar ook in andere specialismen wordt in netwerkverband samengewerkt in de acute zorg. Medisch specialisten hebben de ultieme inhoudelijke kennis over de acute zorg binnen het eigen vakgebied en kunnen bijdragen aan een doelmatige inzet van acute zorg in het netwerk binnen en buiten het ziekenhuis. De betrokkenheid van de medisch specialist buiten het ziekenhuis kan bijvoorbeeld worden ingevuld in een (digitale) consultatiefunctie voor de eerstelijns acute zorg en met (digitale) ondersteuning in onder meer diagnostiek. Zo is in de toekomst is een beweging denkbaar waarbij de huisarts meer ondersteund zal worden in het bieden diagnostiek in de acute zorg: apparaten worden steeds kleiner en mobieler, waardoor deze niet per definitie meer alleen in het ziekenhuis beschikbaar zijn.

Ambities 2025:

- De zorg voor patiënten die reeds behandeld worden voor een of meer (chronische) aandoeningen, wordt in lokale/regionale netwerken van zorgaanbieders/zorgprofessionals geregeld. Over de acute zorg voor deze patiënten zijn afspraken gemaakt over de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener.
- Medisch specialisten zetten zich samen met andere zorgprofessionals uit het netwerk in om innovatieve technologieën en middelen toe te passen bij het beantwoorden van de acute zorgvraag, om een acute zorgvraag zo mogelijk te voorkomen danwel tijdig (achteruitgang) te signaleren, om de samenwerking tussen zorgprofessionals in het netwerk te optimaliseren, en de patiënt te ondersteunen bij zelfmanagement.
- Medisch specialisten hebben een actieve rol in de samenwerking en tussen partijen in het hele netwerk om de instroom- doorstroom en uitstroom van patiënten (bijvoorbeeld naar eerstelijnsverblijf, tijdelijke opvang in een verpleeghuis etc.) te optimaliseren om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen realiseren.

5. Betrokkenheid bij gezondheid en gedrag

Mede als gevolg van toenemende prevalentie van chronische aandoeningen en multimorbiditeit wordt het 'bevorderen van gezondheid' steeds belangrijker. Binnen de curatieve gezondheidszorg verschillen de rol en mate van betrokkenheid van de medisch specialist per specialisme, maar ook voor de verschillende soorten preventie. Zoals beschreven in het visiedocument Medisch Specialist 2025 is de mate van betrokkenheid van de medisch specialist bij zorg gerelateerde preventie het grootst. De rol van de medisch specialist is erop gericht om samen met de patiënt te bekijken hoe zij het functioneren van de patiënt optimaal kunnen herstellen, behouden of verbeteren. De inzet van nieuwe technologieën biedt hiertoe ook steeds meer mogelijkheden voor de medisch specialist en de patiënt om gezamenlijk en op afstand de gezondheid te monitoren.

Vanuit het perspectief van preventie van acute zorg, kan specifieke triage in de thuissituatie en in het verzorgings- of verpleeghuis (door specifiek geschoolde wijkverpleging, huisarts, specialist ouderengeneeskunde) met medisch specialistische consultatie op afstand, mogelijk bijdragen aan het voorkomen van (onnodige) instroom in de acute zorg. Met toenemende inzet van (digitale) monitoring op afstand zoals bijvoorbeeld de hartmonitoring of de COPD-monitoring thuis, kan de medisch specialist tijdig signaleren dat de klachten van een patiënt erger worden en mogelijk kunnen leiden tot een exacerbatie. Door dit tijdig te signaleren kan een acute zorgvraag zoveel mogelijk worden voorkomen en zo mogelijk thuis bij de patiënt worden opgelost door samenwerking en afstemming met de huisarts, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde of andere zorgprofessionals. Daarmee kan zeker niet alle acute zorgproblematiek worden opgelost, maar wel een belangrijke bijdrage worden geleverd aan het bieden van de juiste acute zorg op de juiste plek door de juiste zorgprofessional.

Vanuit enkele disciplines is de betrokkenheid bij de acute zorg al veel groter, bijvoorbeeld bij de acute cardiologie, de acute neurologie en de acute psychiatrie. Al vanuit de ambulance is er veelal contact met betreffende acute zorglocatie en de medisch specialist. In de acute psychiatrie wordt bij voorkeur vrijwel de gehele acute zorg geleverd in de thuissituatie, en alleen bij medische noodzaak of onveiligheid kan het nodig zijn om de patiënt in het ziekenhuis of een beoordelingsruimte te zien.

Ambitie 2025

- De medisch specialist is actief betrokken bij de preventie van acute zorg door het bieden van expertise en ondersteuning aan de zorgprofessionals in de eerstelijns, in de thuissituatie, in de wijk of op de ambulance.
- De medisch specialist draagt actief bij aan patiënteducatie over het belang van een gezonde leefstijl en de relatie met het betreffende ziektebeeld en wijst op de effectiviteit van preventieve interventies, dit is zeker in de acute situatie van belang om te benadrukken.

6. Voorop in Vernieuwing

Innovatie is de ontwikkeling en toepassing van vernieuwing in de praktijk. Vernieuwing komt in de vorm van producten (medicatie of medische technologie), diensten (behandelmethode), modellen (financiering en samenwerking) of sociale veranderingen (cultuur). Nieuwe technologieën worden ontwikkeld en geïntroduceerd en zijn niet alleen gericht op inzet door de zorgprofessional maar juist ook gericht op de burger/patiënt als klant. Zo zijn er ontwikkelingen op het gebied van beeldvorming, robotica, sensoren, farmacologie, gebruik van data (big data), virtual reality, remote monitoring, 3D-printen en personal health management.¹⁵

6.1 Innovatie in de acute zorg

Ook in de acute zorg worden innovaties zoals beschreven, uitgetoetst en geïmplementeerd. De COVID-19 pandemie heeft de implementatie van beeldbellen en monitoring op afstand een enorme boost gegeven. Goede samenwerking en afstemming met zorgprofessionals uit de eerstelijns is hierin essentieel om zorg veilig en van goede kwaliteit te kunnen bieden.

Digitale triage via de website of een app wordt op enkele locaties in Nederland gebruikt op de huisartsenpost. Patiënten hebben via de digitale huisartsenpost toegang tot een digitale triage. Indien de triage hier aanleiding toe geeft, kan de patiënt een digitaal consult voorbereiden door bijvoorbeeld een foto of video toe te voegen. Huisartsen kunnen vanaf elke werkplek dienst doen voor de huisartsenpost, ook thuis¹⁶.

Door de inzet van videobellen / beeldbellen kan de medisch specialist meekijken met de huisarts, wijkverpleegkundige, of specialist ouderengeneeskunde of met de patiënt zelf in de thuissituatie om bij een spoed- of acute zorgvraag de aard en de ernst van het ziektebeeld te beoordelen en expertise in te brengen over de juiste zorg voor die patiënt.

Technologische ontwikkelingen leiden tot meer mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling buiten het ziekenhuis en op afstand. De apparatuur wordt kleiner en makkelijker te bedienen. Met de toepassing van data/IA, computerondersteuning en consultatie op afstand van medisch specialisten in de diagnostiek wordt de interpretatie van gegevens ook makkelijker.

Monitoring met wearables of anderszins digitale ondersteuning van bijvoorbeeld patiënten met diabetes mellitus, hartklachten of COPD vindt op steeds grotere schaal plaats. De inzet van deze technologieën draagt bij aan de zelfredzaamheid van patiënten en kan ook mogelijk een acute zorgvraag voorkomen. Steeds meer patiënten kunnen voor hun aandoening thuis worden behandeld met bijvoorbeeld chemotherapie of zoals recent bij COVID-19 patiënten met zuurstof thuis. De inzet van technologieën zoals beeldbellen en apps voor monitoring van de gezondheidstoestand van de patiënt op afstand wordt steeds belangrijker. Medisch specialisten kunnen, samen met andere zorgprofessionals, met deze technische mogelijkheden ook buiten de muren van het ziekenhuis bijdragen aan het voorkomen danwel tijdig signaleren van acute klachten en zo nodig behandeling bijstellen in samenspraak met de andere betrokken zorgprofessionals.

¹⁵ De Medisch Specialist 2025 – hoofdstuk 5

¹⁶ <https://www.huisartsenpostenrijnmond.nl/over-ons/nieuws/huisartsenposten-rijnmond-start-versneld-digitale-huisartsenpost-voor-1-miljoen-mensen> en *De digitale HAP* - Huisarts en wetenschap volume 63, page 79 (2020), Peter Andriessen, Leonie Bijland & Dianne Jaspers

Naast de inzet van technologie vindt innovatie ook plaats door zorg in een andere vorm aan te bieden. Voorbeelden hiervan zijn een gezamenlijk spreekuur van huisarts en medisch specialist of behandeling bij de patiënt thuis, zoals in de GGZ al gemeengoed is. Ook in de acute zorg kan samenwerking tussen verschillende disciplines op locaties binnen en buiten het ziekenhuis bijdragen aan de juiste acute zorg op de juiste plek en geleverd door de juiste professional.

Ambitie 2025

- De medisch specialist zet zich in voor innovatie in de acute zorg in brede zin: niet alleen met de medische expertise en inzet van nieuwe technologische mogelijkheden om consulterend en op afstand bij te dragen aan een spoedzorg of acute zorgvraag van patiënten. Maar ook door actief deel te nemen aan netwerken waarin gezamenlijk met andere partijen en zorgprofessionals in lokaal/regionaal verband de spoedzorg wordt gecoördineerd en regie wordt gevoerd op de inzet van de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener.
- De medisch specialist bewaakt ook de kwaliteit van zorg indien die op afstand plaats vindt.

7. Randvoorwaarden

Om de ambities van medisch specialisten ten aanzien van de acute zorg te kunnen realiseren, is een aantal randvoorwaarden essentieel.

- **Optimale gegevensuitwisseling**

Voor de kwaliteit van de acute zorg en ten behoeve van continuïteit van zorg in de fase daarna, is het van belang dat patiëntgegevens door het gehele netwerk van acute zorg voor alle betrokken zorgprofessionals toegankelijk zijn. De COVID-19 crisis heeft het belang van gegevensuitwisseling nog eens extra benadrukt.

Al vanaf het eerste moment dat een acute zorgvraag zich voordoet is gegevensuitwisseling relevant omdat daarmee van tevoren duidelijk is welke patiënt, in welke situatie en via welke route op de SEH aankomt zodat de voorbereidingen in gang gezet kunnen worden voor de juiste behandeling¹⁷. Dit zorgt voor een efficiënter zorgproces en draagt ook weer bij aan betere gezondheidsuitkomsten voor de patiënt.

Landelijk zou het mogelijk moeten zijn dat artsen in levensbedreigende situaties over alle noodzakelijke diagnostische beeldinformatie beschikken. Nog wenselijker is het dat alle medische gegevens van een patiënt (laboratoriuminformatie, beelden, brieven, consultatiegegevens, medicatie/apotheek gegevens) vanuit elk ziekenhuis kunnen worden doorgestuurd aan het ziekenhuis waar een patiënt met een acute zorgvraag op de SEH terechtgekomen is. Een zorgprofessional in een spoedeisende situatie moet over essentiële en actuele (medische) gegevens kunnen beschikken om de patiënt optimale zorg te kunnen verlenen.

Om de consultatiefunctie van de medisch specialist voor de acute eerstelijnszorg en acute GGZ optimaal invulling te kunnen geven, is eveneens inzage in patiëntgegevens belangrijk. Daarnaast zou een directe mogelijkheid voor het verstrekken van informatie en doorzetten van instructies (orders) voor de follow-up van de initiële acute zorg aan opvolgende zorgverleners mogelijk moeten zijn.

De beschikbaarheid en mogelijkheid tot het één-op-één uitwisselen van informatie is essentieel voor de kwaliteit van zorg op de SEH, voor goede netwerksamenwerking met andere partijen en zorgprofessionals zoals de huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en de specialisten in de acute GGZ. De bredere toepassing van nieuwe innovaties binnen en buiten het ziekenhuis valt of staat eveneens met de beschikbaarheid van de juiste informatie op het juiste moment.

De gegevensuitwisseling in de zorg laat nu te wensen over omdat de epd's niet goed met elkaar kunnen communiceren. De kwaliteit en veiligheid van de zorg komt hiermee onder druk te staan¹⁸. Verregaande maatregelen zijn nodig om de huidige epd-problematiek op te lossen en een goede gegevensuitwisseling te realiseren.

¹⁷ <https://www.metspoedbeschikbaar.nl/spoedeisende-hulp/>

¹⁸ <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/gegevensuitwisseling>

- **Bekostiging**

Er is passende bekostiging nodig voor acute zorgvoorzieningen in de ziekenhuizen en voor de inhoudelijke expertise die medisch specialisten in de acute zorg leveren, zowel binnen het ziekenhuis als daarbuiten voor bijvoorbeeld de (digitale) consultatiefunctie van medisch specialisten.

Er zijn financiële schotten tussen de acute GGZ in een ziekenhuis/SEH (budgettair kader medisch specialistische zorg) en GGZ- instellingen (budgettair kader GGZ). Het is van belang dat er een gelijke bekostiging komt voor de acute GGZ in een ziekenhuis en de GGZ-instellingen zodat de samenwerking ook beter kan verlopen. Op basis van de Generieke Module Acute Psychiatrie is er recent een apart bekostigingsmodel ingevoerd. In de praktijk blijkt echter dat de ziekenhuispsychiatrie niet overal toegang krijgt tot die bekostiging.

- **Optimale capaciteit in de keten**

Juiste acute zorg op de juiste plek betekent ook dat er voldoende acute zorg capaciteit beschikbaar is voor de verschillende patiëntgroepen en dat de doorstroom van patiënten naar huis of naar locaties voor vervolgzorg optimaal is geregeld. Lokaal/regionaal (realtime) inzicht in beschikbaarheid van acute zorg maar ook in beschikbare capaciteit voor verschillende vormen van vervolgzorg in de regio is essentieel om de doorstroom van patiënten te kunnen regelen en te voorkomen dat patiënten onnodig lang in het ziekenhuis moeten verblijven. Deze informatie is waardevol en draagt voor burgers en zorgprofessionals bij aan het optimaliseren van zorgprocessen en creëert duidelijkheid. Medisch specialisten kunnen bijdragen aan nieuwe zorgvormen waarmee wordt geëxperimenteerd om de capaciteit voor acute zorg te verbeteren en de patiënt zoveel mogelijk op de juiste plek van de juiste zorg te voorzien. Voorbeelden hiervan zijn de acute zorg units in een verpleeghuis of de WijkKliniek in Amsterdam Zuidoost¹⁹.

- **Optimale personele capaciteit**

Om kwalitatief goede en adequate acute zorg te verlenen zijn voldoende en goed gekwalificeerde zorgprofessionals nodig op de SEH.

Zorgprofessionals hebben voldoende logistieke en administratieve ondersteuning nodig zodat zij zo zodat zij zo efficiënt mogelijk kunnen worden ingezet in de acute zorg.

- **Voldoende opleidingsmogelijkheden**

Met een veranderende en steeds complexer wordende acute zorgvraag is het van belang dat artsen in opleiding (AIOS) goed opgeleid worden in het verlenen van acute zorg. Door veranderende organisatie van spoedeisende acute zorg en met de komst van steeds meer gespecialiseerde zorgprofessionals op de SEH, doen sommige leermomenten zich niet meer vanzelfsprekend voor. Tegelijkertijd vraagt een nieuwe inrichting van de acute zorg wellicht ook om nieuwe competenties, bijvoorbeeld waar het gaat om netwerkgeneeskunde. Om de in hoofdstuk 3 geformuleerde ambities door de toekomstige medisch specialisten te laten vervullen, en dus ook juist ná de opleiding zowel óp de SEH als op afstand via bijvoorbeeld teleconsultatie kwalitatief goede acute zorg te kunnen bieden, moet ervoor gezorgd worden dat er voldoende opleidingsmomenten zijn voor coassistenten,

¹⁹ Lopende innovatie experimenten NZa: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_309616_22/1/
<https://www.cordaan.nl/nieuws/wijkkliniek-biedt-acute-zorg-en-herstel-voor-kwetsbare-ouderen-de-eigen-wijk>

en AIOS. Het is aan de instelling en aan de opleiders om dit te borgen en uit te werken in landelijke en regionale opleidingsplannen.

Samenvatting & aanbevelingen

De acute zorg is aan verandering onderhevig en staat onder druk: om de acute zorg ook naar de toekomst toe toegankelijk, van hoge kwaliteit en betaalbaar te houden wordt een herorganisatie van de acute zorg door de overheid overwogen. Kwaliteitseisen zijn nader aangescherpt in het landelijke Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Recente ervaringen met de COVID-19 pandemie laten zien hoe belangrijk een goed georganiseerde en toegankelijke acute zorg is. Het is een maatschappelijk belang dat iedereen in Nederland adequate zorg kan ontvangen, tegen een maatschappelijk verantwoorde prijs. Deze ontwikkelingen zijn voor de wetenschappelijke verenigingen van de Federatie Medisch Specialisten aanleiding om een gezamenlijk visiedocument op te stellen over de medisch specialistische acute zorg, passend in de lijn die met het visiedocument Medisch Specialist 2025 is uitgezet.

Acute zorg is netwerkzorg. Het realiseren van kwalitatief goede acute zorg vraagt om samenwerking en afstemming tussen huisartsen, huisartsenposten, VVT-sector, acute GGZ, regionale ambulancevoorzieningen, Mobiele Medische Teams en medisch specialisten en SEH-artsen in ziekenhuizen. Acute zorg is regionaal en soms zelfs lokaal maatwerk tussen de verschillende betrokken organisaties en professionals over afspraken over onder andere melding, triage, overdracht en verwijzing van patiënten. Acute zorg is ook netwerkzorg omdat de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in de acute zorg in het ziekenhuis, mede bepaald wordt door de organisatie en beschikbaarheid van zorg in aanpalende zorgsectoren.

De acute zorgvraag verandert. In Nederland maken jaarlijks naar schatting 2,4 miljoen patiënten gebruik van spoedeisende hulp of gerelateerde afdelingen zoals de eerste harthulp (EHH) in ziekenhuizen. Ondanks dat er sinds 2016 een lichte daling is van het aantal patiënten dat op de SEH worden gezien, groeit het aantal patiënten met een zwaardere zorgvraag. Complicaties van een behandeling en/of een plotselinge verslechtering van een bestaande aandoening zijn de achterliggende redenen voor herhaald SEH-bezoek. Ook een kwart van de patiënten met letsel komt herhaald op de SEH terecht. Een toenemend aantal oudere en kwetsbare patiënten, veelal met chronische aandoeningen en/of multimorbiditeit, zal een beroep doen op de acute zorg in het ziekenhuis. De acute zorgvraag van deze patiënten is complexer van aard omdat de zorgvraag steeds vaker domein overstijgend is en patiënten een hulpvraag hebben die kennis uit verschillende disciplines vraagt.

Als de acute zorg verandert, verandert ook de rol van de medisch specialist. Afhankelijk van de specifieke karakteristieke kenmerken van een patiënt / patiëntengroep is in meer of mindere mate een directe inzet van medisch specialistische expertise op de SEH wenselijk voor een optimale kwaliteit van zorg. Voor traumazorg en complexe acute zorg die in zorgpaden is georganiseerd, is naar de toekomst toe van belang dat de bestaande infrastructuur en samenwerkingsafspraken in het netwerk behouden blijven. Deze zorgvuldig opgebouwde structuren dragen bij aan het bereiken van een zo optimaal mogelijke zorguitkomst voor de patiënt.

Veel patiënten die op de SEH van het ziekenhuis worden gezien, presenteren zich niet met een diagnose maar met een acute klacht. Indien dit initieel een ongedifferentieerde acute zorgvraag is, is medisch specialistische expertise noodzakelijk om snel tot een adequate diagnose en behandeling te komen. Voor patiënten die een acute zorgvraag hebben door verslechtering van een chronische aandoening kunnen eveneens baat hebben bij de (directe) betrokkenheid van de medisch specialist waarbij zij vaak al onder behandeling zijn.

Acute zorg is steeds vaker complex en vraagt inzet van medisch specialistische expertise in de acute fase. De betrokkenheid van de medisch specialist in de spoedeisende zorg op de SEH kan voor elk van de verschillende patiëntgroepen op de SEH een andere invulling hebben. Dit kan dan variëren van een consultatieve functie ter ondersteuning van de andere zorgprofessionals op de SEH die de diagnostiek en behandeling van de patiënt oppakken, of juist een actieve rol in de vorm van primaire inzet op de SEH ‘aan de poort’ ten behoeve van diagnostiek en behandeling van patiënten met een exacerbatie van een chronische aandoening of bij (oudere) patiënten die bekend zijn met multimorbiditeit.

Zorg wordt in toenemende mate georganiseerd in netwerken rondom de patiënt. **Medisch specialisten hebben de ultieme inhoudelijke kennis over de acute zorg binnen het eigen vakgebied en kunnen bijdragen aan een doelmatige inzet van acute zorg in het netwerk binnen en buiten het ziekenhuis.** Technologische innovatie maakt de betrokkenheid van de medisch specialist buiten het ziekenhuis in de vorm van digitale teleconsultatie mogelijk. De inzet van technologie draagt ook bij aan de samenwerking en afstemming tussen zorgprofessionals in het netwerk. Met monitoring van patiënten op afstand kan de medisch specialist bijdragen aan het zo mogelijk voorkomen van een acute zorgvraag.

Om de ambities van de medisch specialisten zoals verwoord in dit visiedocument te kunnen realiseren is passende bekostiging van acute medisch specialistische zorg essentieel. Optimale gegevensuitwisseling tussen ziekenhuizen en met andere beroepsbeoefenaren in het netwerk is nodig om tot de juiste acute zorg op de juiste plek door de juiste professional te kunnen komen. Om de toegankelijkheid van de acute zorg in het ziekenhuis naar de toekomst toe te borgen, is aandacht voor capaciteit van de acute zorg als geheel en in het gehele netwerk van belang zodat de instroom-, doorstroom, en uitstroom van patiënten gewaarborgd is.

Tot slot

Dit Visiedocument Acute zorg geeft de ambities van wetenschappelijke verenigingen en hun medisch specialisten weer voor de rol die zij in de medisch specialistische acute zorg willen vervullen. Het is aan de wetenschappelijke verenigingen om aan de hand van de specifieke kenmerken van de patiëntstromen in het eigen vakgebied en de regionale/lokale ontwikkelingen, in kaart te brengen wat dit betekent voor de inbreng van de medisch specialistische expertise in de acute zorg en de rol op de SEH. De Federatie zet zich in om samen met de wetenschappelijke verenigingen vanuit deze gemeenschappelijke visie te komen tot een samenhangend beleid en invulling vanuit de verschillende specialismen en om de randvoorwaarden te realiseren om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg naar de toekomst toe te borgen.

Bijlage 1 – Werkgroepleden

R. Sie (voorzitter)	Federatie Medisch Specialisten
mw. Dr. C.D. van der Marel	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
J.H. Geertman	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
dr. B.H.P. Elsman	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
dr. M. Hogervorst	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
mw. drs. H.A. Beumer	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (toehoorder)
prof. dr. R.P. Peeters	Nederlandse Internisten Vereniging
mw. S. de Jong-Jaber, MSc	Nederlandse Internisten Vereniging (toehoorder)
mw. drs. M.N.T. Kremers	Nederlandse Internisten Vereniging
S.J. de Vries	Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde
K.E. Illy	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
W.B. de Vries	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
mw. dr. ir. L. Poot	Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica
A.J. Arends	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
dr. J.J. Mager	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
mw. S.E.M.J. Gielen-Wijffels	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
mw. dr. H. Buter	Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
dr. K. Kessels	Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
dr. W.A. Moojen	Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie
dr. E.J. van Dijk	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
dr. E.L.J. Hoogervorst	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
mw. dr. J.E. Martens	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
dr. J.W. Colaris	Nederlandse Orthopaedische Vereniging
drs. G.K. van Drunen	Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
mw. dr. M. Chrispijn	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

mw. drs. R. van Vels	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (toehoorder)
mw. dr. H.M.E. Quarles van Ufford	Nederlandse Vereniging voor Radiologie
drs. B.P.J. van Bezooijen	Nederlandse Vereniging voor Urologie
mw. A.J. Petri	De Jonge Specialist

Met ondersteuning van het bureau van de Federatie Medisch Specialisten:

- drs. E.T. Ziere, directeur Financiering en organisatie
- mw. drs. B.W.H. van de Lagemaat-Brasser, senior adviseur