

Toekomstbestendige acute zorg reikt verder dan de spoedeisende hulp

In deze position paper geeft de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) een visie op de acute zorg. Daartoe is het document opgebouwd uit twee delen: 1) de oproep om de acute zorg te versterken door het inzicht dat acute zorg ook chronische zorg is en derhalve zorgverleners in het bekende netwerk van de patiënt belangrijk zijn, deze vorm van zorg dicht bij de patiënt te organiseren, de gehele acute zorgketen bij de optimalisering te betrekken, en op termijn hiervoor een passende bekostigingsvorm op te zetten, en 2) de uitwerking van onze visie op de acute zorg en de rol van internisten bij de instroom, doorstroom en uitstroom binnen de acute zorgketen.

De druk op de acute zorg is hoog. De NIV ziet die ontwikkeling al jaren op zich afkomen. En deelt daarom de ambitie -- mede gezien de personele uitdagingen nu en in de toekomst -- om de acute zorg toekomstbestendig te maken. Om de continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen is actie nodig om zowel de instroom, doorstroom als uitstroom in de acute zorgketen in goede banen te leiden. De internist, als generalist en superspecialist, is nu al betrokken bij de meeste patiënten met 1 of meerdere chronische aandoeningen en beschikt dus over de expertise en verantwoordelijkheid om hieraan een bijdrage te leveren.

Hiertoe doet de NIV volgende oproep:

- 1. Acute zorg is steeds vaker chronische zorg. Zorg dat de juiste zorgverlener op het juiste moment, binnen het voor de patiënt bekende netwerk van zorgverleners, betrokken is om de zorgvraag te kunnen beantwoorden.**

Acute zorg betekent meer dan ooit ook chronische zorg voor een patiënt. De acute zorgvraag is vaak een plotselinge verergering van een chronische aandoening. Deze zorg wordt geleverd in een netwerk van zorgverleners waarbij, afhankelijk van de zorgvraag, de patiënt door op dat moment de meest geschikte zorgprofessional geholpen zou moeten worden. Wanneer een patiënt in een onbekend ziekenhuis/regio verschijnt, met onvoldoende informatie acuut beschikbaar en het ontbreken van een langdurige behandelrelatie, is het realiseren van passende zorg vrijwel onmogelijk. Kortom: de continuïteit van zorg en de inzet van een behandelaar bekend met het behandeltraject is cruciaal om tot passende zorg te kunnen komen.

- 2. Zorg voor expertise en diagnostiek dicht bij de patiënt. Immers: het grootste deel van de spoedzorg betreft een klachtenpatroon waarvan de diagnose niet direct duidelijk is.**

De acute zorg wordt vaak geassocieerd met traumazorg en andere spoedstromen zoals hart- of herseninfarcten. Het is bekend dat een grotere volume van dit type acute zorg leidt tot betere uitkomsten. Ook is de zorg voor deze specifieke aandoeningen al herkenbaar voordat de patiënt in het ziekenhuis komt. Dit maakt dat centralisatie hier op zijn plek is. Bovengenoemde type zorg is echter slechts een klein deel van de totale acute zorg. Voor het overgrote deel van de acute zorg is het onduidelijk wat de diagnose is wanneer de patiënt naar de SEH komt; er is sprake van een klacht, en nog geen diagnose. Dit geldt bijna altijd voor internistische patiënten en zeker voor (multimorbide) ouderen waarbij ziekten zich vaak atypisch presenteren. Er is geen onderzoek beschikbaar voor onze groep patiënten waarop kwaliteitsstandaarden of de organisatie van zorg kan worden gestoeld. Deze patiënten hebben reeds een onderliggende aandoening waarvoor zij in het (regionale) ziekenhuis bekend zijn en waarbij een verslechtering leidt tot een SEH bezoek. Zij zijn beter af behandeld te worden in datzelfde ziekenhuis en binnen de bestaande lokale keten.

De internist heeft bij de chronische (oudere) multimorbide patiënt vaak de regierol: op de SEH, in de kliniek, richting de huisarts en andere stakeholders, bij thuismonitoring en de digitale consultvoering ter ondersteuning van de acute zorg.

Ook wanneer ambulances besluiten te gaan vervoeren, moeten ze voor de definitieve beoordeling en behandeling op een SEH kunnen aanrijden. Geringere afstanden vragen om minder ambulances en helikopters, inclusief personeel, om beschikbaarheid/paraatheid regionaal te kunnen blijven garanderen.

3. Betrek de gehele acute zorgketen bij het toekomstbestendig maken van de acute zorg, en benut daarbij de rollen van de verschillende partijen en diens mogelijkheden om de keten te versterken.

De NZa gaat in haar analyse hoofdzakelijk in op de SEH's als belangrijk onderdeel van de acute zorg. Hierdoor is er weinig aandacht voor de rest van de acute zorg, zoals de I.C., de O.K., de eerste harthulp en de acute zorg aan patiënten die al in het ziekenhuis liggen. De NZa richt zich in haar advies volledig op doelmatigheid, maar andere vormen van kwaliteit zoals effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid blijven onderbelicht. De internist is mede door de veranderende demografie (vergrijzing) en complexere zorgvragen (multimorbiditeit) een belangrijke schakel bij de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in de acute keten en daarmee een essentiële gesprekspartner in de discussie omtrent een toekomstbestendige en kwalitatief hoogwaardige organisatie van de acute zorg. Wij beschouwen het dan ook als onze verantwoordelijkheid om als breed opgeleide poortspecialist voor de acute zorgketen betrokken te zijn bij het versterken van die keten.

4. Zorg op termijn voor de noodzakelijke beschikbaarheidsbekostiging voor een optimale organisatie van de acute zorg.

De bekostigingsvorm dient de organisatie inhoudelijk te ondersteunen de regionale samenwerking te bevorderen. Op dit moment is de bekostiging integraal onderdeel van de ziekenhuisfinanciering. De acute zorgketen leent zich niet voor marktwerking. In de opmaat naar een vorm van beschikbaarheidsbekostiging dient de aandacht, energie en financiële middelen uit te gaan naar het stimuleren, ondersteunen en bekostigen van innovaties die tot daadwerkelijke zorgtransformatie leiden.

Onderstaand een verdere uitwerking van deze visie op de acute zorg. Vanuit het uitgangspunt dat acute zorg ook chronische zorg is en mogelijk wordt gemaakt door samenwerking van verschillende afdelingen binnen de hele acute zorgketen. Tot slot wordt ook de rol en verantwoordelijkheid beschreven van internisten als cruciale schakel bij de instroom, doorstroom en uitstroom van de acute zorgketen.

Acute zorg is chronische zorg

- Het merendeel van de patiënten dat zich meldt op de Spoedeisende Hulp (SEH) kampt met één of meer chronische ziekten zoals kanker, diabetes, nieraandoeningen, hartfalen of longziekten. Een verslechtering hiervan leidt vaak tot acute klachten, waarbij het belangrijk is dat direct de juiste behandeling wordt ingezet. Denk hierbij aan patiënten die worden behandeld met chemotherapie of immunotherapie voor kanker en zich presenteren met gerelateerde therapieklachten zoals diarree of koorts; of patiënten met een (acute) infectie zoals COVID of griep, waarbij de symptomen ernstiger zijn door een verminderd afweersysteem bij een onderliggende ziekte of behandeling van chronische aandoening.
- Met name deze patiënten die met acute problematiek op de SEH verschijnen, vormen de belangrijkste categorie hoogcomplexiteit. Deze groep behelst 20% van alle patiënten die op de

SEH behandeld worden en wordt door de internist op de SEH gezien. Van deze patiëntengroep wordt 60-70% opgenomen in het ziekenhuis en valt vervolgens ook onder de verantwoordelijkheid van de internist. Vanwege de benodigde specialistische kennis van de onderliggende chronische aandoening en behandelmogelijkheden, betreft dit complexe zorg. Het snel herkennen van bijwerkingen en interacties tussen verschillende aandoeningen leidt tot betere uitkomsten voor deze patiënten en efficiënte zorg.

- Juist de internist beschikt bij uitstek over de expertise om deze patiëntengroep te behandelen. Voor deze patiënten is de internist het aanspreekpunt ten aanzien van het behandelen van de chronische aandoening en mogelijk voorkomen van een acute zorgvraag, het snel diagnosticeren en effectief behandelen van de acute zorgvraag en vervolgens zorgdragen voor het zorgtraject na het SEH-bezoek of ziekenhuisopname.
- De bovengenoemde groep patiënten kan niet worden vergeleken met de groep patiënten die zich presenteert met een trauma of geïdentificeerde hoog-complexe zorgstromen zoals herseninfarct en aneurysma. Voor deze patiëntengroep gaat het om hoog-complexe behandelingen, terwijl de complexiteit bij de acuut- op chronische patiëntengroep juist terug te voeren is naar het overzien van de casus, de diagnostiek en behandeling toegespitst op de patiënt.
- Toch wordt momenteel veel nadruk gelegd op traumazorg en geïdentificeerde zorgstromen in de organisatie van de acute zorg. En dat terwijl deze zorg maar 10% van de acute zorgvraag behelst. Het is juist de acute zorgvraag -- veroorzaakt door multimorbiditeit, polyfarmacie en chronische ziekten -- die grote druk legt op de acute zorgketen. Het is dus juist deze patiëntengroep waarop gefocust zou moeten worden bij het bepalen van de organisatie van de acute zorg.

Acute zorg is ketenzorg en teamwork

- De internist heeft bij de chronische (oudere) multimorbide patiënt vaak de regierol: op de SEH, in de kliniek, richting de huisarts en andere stakeholders, bij thuismonitoring en de digitale consultvoering ter ondersteuning van de acute zorg. Met name bij multimorbide patiënten neemt de vraag naar coördinatie toe wegens de multidisciplinaire benaderingswijze. De internist is daarom ook vaak betrokken bij patiënten die primair buiten het specialisme interne geneeskunde vallen, denk aan de chirurgie of de neurologie. Er wordt zo gedurende het zorgproces over de verschillende schakels heen gekeken waardoor de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd, terwijl de patiënt tegelijkertijd één aanspreekpunt behoudt. De NIV wil benadrukken dat dit ook binnen de acute zorgketen essentieel is.
- De acute zorg begint en eindigt niet bij de SEH. De SEH vormt een schakel in de acute keten en het is juist in de instroom en doorstroom van de SEH waar de grootste efficiëntie winst valt te behalen. De eerste lijn, de spoedpolikliniek, Acute Opname Afdeling en Intensive Care vormen samen met de SEH de acute zorgketen en zijn essentieel voor de organisatie van de acute zorg.
- De mate van samenwerking in de acute zorgketen is bepalend voor de instroom, doorstroom en uitstroom. Alle schakels staan met elkaar in contact en zodra het op een van de schakels stopt, stopt het in de hele keten. Zeker nu de vergrijzing en daarmee de toenemende acute zorgvraag gepaard gaat met enorm personeelstekort is een efficiëntieslag noodzakelijk om de kwaliteit te kunnen waarborgen. Er moet gebouwd worden aan netwerken van verschillende zorgverleners en behandelteams met duidelijke regievoering rond de patiënt om op die manier de juiste zorg op de juiste plek te kunnen blijven leveren. Dit laat samen met onderstaande uitleg over de internist als cruciale schakel bij de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten binnen de acute keten zien dat de internist deze regierol kan dragen voor de patiënten met chronische aandoeningen, multimorbiditeit of polyfarmacie.

Internisten als cruciale schakel in de acute keten ...bij de instroom

- De komende jaren zullen we ondanks onze inzet op het gebied van preventie zien dat de instroom van de acute zorgvraag zal toenemen. Om deze het hoofd te bieden is juiste en tijdige triage noodzakelijk. De voorkomt onnodige patiënten op de SEH. Voor een juiste beoordeling hiervan is het van belang dat er een duidelijk aanspreekpunt is voor de eerstelijns professionals en het ambulancepersoneel. De internist kan door haar brede generalistische blik een juiste inschatting maken van de situatie en hier op afstand consulten voor doen.
- Om goed samen te kunnen werken is inzicht in ieders EPD noodzakelijk. Toegang tot alleen voorgeschiedenis en medicatie draagt maar beperkt bij in het leveren van passende zorg, het functioneren en eerdere afwegingen zijn minstens zo belangrijk. Zo kunnen we breder inzetten op het toepassen van digitale consultvoering, bijvoorbeeld bij de ondersteuning van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde in de beoordeling wel/niet doorsturen naar de SEH.
- Daarnaast is de internist de enige specialist die voor patiënten met internistische problematiek een juiste afweging kan maken of het noodzakelijk is om op de SEH gezien te hoeven te worden of met de juiste zorg ook op een andere plek in de keten geholpen kan worden (prehospitale zorg). Na een melding bij een zorg coördinatie centrum wordt gezamenlijk met de internist bepaald wat de juiste zorg op de juiste plek is voor deze internistische patiënten (bijv. dialyse patiënten, patiënten met kanker, patiënten met een stoornis in de hormoonhuishouding, complexe diabetes). De internist is daarmee in staat om de zorgvraag ook om de SEH heen te buigen en daarmee de instroom te beperken.

...bij de doorstroom

- SEH's worden nu te vaak overbelast doordat de doorstroom niet optimaal is. Voor een goede doorstroom is het van belang om de juiste professional tijdig bij de patiënt te hebben. Verschillende onderzoeken laten positieve resultaten zien over de doorlooptijden wanneer poortspecialisten, zoals de internist, fysiek aanwezig zijn op de SEH. Door een internist, als generalist en superspecialist, tijdig te betrekken bij complexe (chronische multimorbide) patiënten vindt er betere triage plaats en wordt er sneller inzicht geboden in de voor de internist bekende ziektebeelden. Hierdoor wordt diagnostiek efficiënter ingezet en worden onnodige consulten voorkomen. Het medicijngebruik wordt opnieuw geëvalueerd, zo nodig aangepast, en er volgt een persoonlijk behandelplan voor het traject na de SEH.
- Door deze unieke kennispositie en coördinerende rol leidt het direct betrekken van de internist op de SEHs bij een aantal specifieke patiëntengroepen tot een optimalisering van de doorstroom in de diagnostiek en de behandeling. Dit bevordert de kwaliteit en voorkomt onnodige doorverwijzing en is daarmee kostenbesparend. Het gaat hierbij om de volgende type patiënten op de SEH:
 - Patiënten waarbij sprake is van een acute verslechtering van een ziektebeeld waarvoor de patiënt onder behandeling is van een internist. Betrokkenheid in het acute moment maakt proactieve zorg mogelijk die leidt tot snellere en duurzamere terugkeer naar de situatie voor de acute episode.
 - Patiënten waarbij door multi-morbiditeit, polyfarmacie of kwetsbaarheid de standaardbehandeling van de acute aandoening gecompliceerd wordt of zelfs schadelijk kan zijn. De internist levert (is specialist in) passende zorg voor patiënten met multimorbiditeit en kwetsbaarheid. Zoals patiënten met ernstige nierfunctiestoornissen en patiënten met diabetes
 - Patiënten met een klachtenpatroon waarvan de diagnose niet duidelijk is (ongedifferentieerde zorgvraag), ook als het nog geen 'bekende' van de internist betreft maar hun expertise wel noodzakelijk is om een diagnose te stellen. Hier vallen klachten onder zoals: thoracale pijn (longembolie, pneumonie) koorts, afwijkende bloedwaarden,

algehele malaise, collaps en klachten die (nog) niet te duiden zijn, waarvoor nadere analyse nodig is

... bij de uitstroom

- Afstemming en samenwerking met organisaties voor huisvesting en psychosociale hulp is essentieel, maar is tegelijkertijd op dit moment ook nog te complex. Door gebrek aan capaciteit in de VVT en GGZ loopt de uitstroom enorm vast waardoor het in de gehele keten stopt. De internist kan de ligduur binnen de zorgketen verkorten door waar mogelijk aan te sturen op de thuisbehandeling van een acute aandoening. Tijdens covid-19 hebben de internisten laten zien dat zuurstofbehandeling thuis veilig, patiëntvriendelijk en kosteneffectief is.

Wat is er nodig vanuit de interne geneeskunde?

Om de zorg in de acute keten optimaal te organiseren en de toenemende zorgvraag het hoofd te bieden, acht de Nederlandse Internisten Vereniging het volgende noodzakelijk:

1. De internist is inhoudelijk betrokken:

- Verwezen patiënten voor de interne geneeskunde op de SEH worden beoordeeld door de internist*.
- T.a.v. niet-verwezen patiënten die getrieerd worden voor de interne geneeskunde is de internist beschikbaar voor beoordeling.
- De internist is 24/7 beschikbaar voor overleg met collega's.
- De internist moet buiten de reguliere uren binnen 30 minuten aanwezig kunnen zijn in het ziekenhuis.(bestaande norm)
- Tijdens piekuren is de internist* fysiek aanwezig op de SEH.
- De internist draagt zorg voor scholing binnen de acute zorg voor andere zorgprofessionals.
- De internist is het aanspreekpunt voor de huisarts ten aanzien van acute zorgvragen voor internistische problematiek

* lees voor 'de internist' zowel het individuele staflid als de bekwaam-verklaarde aios

2. De internist is organisatorisch betrokken:

- Een internist maakt deel uit van het MT van de SEH en AOA.
- Internisten dragen zorg voor poliklinische spoedplekken.
- Internisten dragen zorg voor acute zorg in de gehele keten door onder meer:
 - het bouwen van netwerken voor multimorbide of chronische patiënten
 - het identificeren en aanpakken van knelpunten in de acute zorgketen

Internisten hebben de breedste medische kennis, aangevuld met specifieke specialistische expertise in een aandachtsgebied. Met deze brede kennis kunnen zij patiënten met complexe problemen op holistische wijze diagnosticeren en behandelen. Zo zijn zij in staat om de regie bij multidisciplinaire zorg te voeren. De specialistische expertise is terug te voeren naar diverse aandachtsgebieden zoals de acute geneeskunde, intensive care, ouderengeneeskunde, oncologie, hematologie, bloedtransfusie, allergologie & klinische immunologie, vasculaire geneeskunde, endocrinologie, klinische farmacologie, nefrologie en infectieziekten. Internisten presenteren zich daarom bijvoorbeeld als internist-acute geneeskunde, internist-oncoloog, internist-intensivist, internist-ouderengeneeskunde, internist-nefroloog etc.

Meer weten over de positie van de internist in de acute zorg? Neem contact op met Samara Jaber, directeur NIV, via jaber@internisten.nl of 06-24930979.