

Levelindeling en colocatie zijn toe te juichen

SEH kan efficiënter

dr. Paul Giesen,
huisarts-onderzoeker,
werkzaam bij het Nederland
Spoedzorg Kennisnetwerk, IQ
healthcare UMC St Radboud,
Nijmegen

drs. Wendy Thijssen,
SEH-arts, tevens werkzaam
in het Catharina-ziekenhuis
Eindhoven

prof. dr. Theo Voorn,
huisarts, werkzaam bij de afde-
ling Eerstelijngeneeskunde
UMC St Radboud

Correspondentieadres:
p.giesen@iq.umcn.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De afdelingen Spoedeisende Hulp van ziekenhuizen (SEH's) staan voor de nodige organisatorische veranderingen, onder andere op voorstel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Vooral een verbeterde levelindeling kan belangrijk bijdragen aan een kwaliteitsverbetering.

In 2004 verscheen het rapport 'Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overal goed', waarin de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zich kritisch uitlaat over de afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH's) van de ziekenhuizen.¹ Zij constateert dat er onvoldoende deskundige begeleiding is van instabiele patiënten en dat sprake is van een trage ontwikkeling van de traumazorg. Daarnaast constateert de inspectie een onacceptabele wisselende kwaliteit en toegankelijkheid van de SEH-zorg in de ziekenhuizen.

Behalve de kritiek vanuit de IGZ, zijn er twee trends die gevolgen hebben voor de SEH's. Ten eerste is er steeds vaker sprake van colocatie van de SEH en huisartsenposten (HAP), waarbij deze laatste de zelfverwijzers opvangt.²⁻⁴ Daarnaast worden er steeds meer SEH-artsen opgeleid, maar bestaat er discussie over hun positie en toegevoegde waarde.⁵⁻⁷

Deze ontwikkelingen zullen organisatorische veranderingen met zich meebrengen. Zeker het voorstel van de inspectie om te komen tot een levelindeling van de SEH's valt toe te juichen.

Toegangskloket

Sinds enkele jaren is sprake van een toenemende samenwerking tussen de HAP en de SEH.^{3,4} Meer dan de helft van de 130 huisartsenposten heeft plannen daartoe en een klein deel heeft zich inmiddels al naast of vóór de SEH gevestigd. Door de vorming van één toegangskloket hoeft de patiënt niet meer te kiezen, want hij is altijd aan het juiste adres. Door professionele triage aan de poort wordt ervoor gezorgd dat

de patiënt op het juiste moment de juiste hulp ontvangt. Hierbij zal naar verwachting het grootste deel van de zelfverwijzers, patiënten die op eigen initiatief en zonder verwijzing van de huisarts naar de SEH van een ziekenhuis gaan, afbuigen richting basiszorg en kunnen patiënten die specialistische zorg behoeven, dit directer verkrijgen.

Zelfverwijzers vormen 40 tot 60 procent van het totaal aantal SEH-bezoekers.^{4,8,9} Het zijn meestal jonge mannen uit de stad met laag-urgente traumata, zoals verstuikingen en kleine wonden.⁴ Belangrijke motieven voor patiënten om zichzelf te verwijzen vormen de directe vrije toegankelijkheid, de verwachting meteen te worden geholpen en het vermoeden dat aanvullend onderzoek, zoals een röntgenfoto, noodzakelijk is.¹⁰⁻¹²

Zelfverwijzers kunnen een belasting vormen van de SEH-faciliteiten, met als gevolg onnodig lange wachttijden, extra kosten en mogelijk een toegenomen afhankelijkheid van de zorg.⁴ Op basis van de literatuur wordt verondersteld dat het grootste deel van de zelfverwijzers kan worden behandeld door een huisarts, een verpleegkundige of zelfs met een telefonisch zelfzorgadvies.⁴

Colocatie

Colocatie van HAP en SEH kan zorgen voor een efficiënte, kosteneffectieve en patiëntvriendelijke opvang van zelfverwijzers. Als huisartsen net als in de dagzorg kunnen gebruikmaken van röntgen- en laboratoriumonderzoek, kunnen zij een beter onderscheid maken tussen zelf behandelen en verwijzen. Voorwaarde is dan wel dat HAP en ziekenhuizen duidelijke afspraken maken over het beoordelen van de aangevraagde diagnostiek. Hierdoor zal de pa-

*De meeste zelfverwijzers
kunnen worden behandeld
door een huisarts*



De literatuurlijst en meer artikelen over een efficiënte organisatie van de IC vindt u bij dit artikel op onze website: www.medischcontact.nl.



Zelfverwijzers op de SEH zijn meestal jonge mannen uit de stad met laagurgente traumata.

beeld: Wim Oskam, HH

SAMENVATTING

- Voor de spoedeisende hulp zijn organisatorische veranderingen op til.
- Het zou goed zijn om in dat verband flink in te zetten op colocatie van HAP en SEH.
- De door de inspectie voorgestelde levelindeling zou als volgt kunnen worden gemaakt: basisopvang voor zelfverwijzers, urgente problemen en gespecialiseerde centra.

tiënt efficiëntere zorg krijgen dan in de huidige situatie.

Gezien de toeloop van patiënten en de beschikbaarheid van de infrastructuur voor de spoedzorg is colocatie te overwegen met een 24-uurs apotheek, GGZ crisisdienst, een tandartsenpost en de thuiszorg.

Tot op heden is er nog weinig ervaring met verregaande samenwerking tussen HAP en SEH en waarschijnlijk vergt het nog jarenlange investeringen om kinderziekten te overwinnen en culturele muren te slechten. Verder bestaat nu het probleem dat de HAP-zorg alleen buiten kantoor tijd beschikbaar is. Dit hybride systeem schept onduidelijkheid en is op termijn niet houdbaar. Wij pleiten dan ook voor experimenten waarbij de HAP overdag open is en bijvoorbeeld de spoedvisites voor huisartsenpraktijken opvangt. Een andere optie is het gebruikmaken van de HAP'en als huisartsenpraktijken. Deze praktijken vangen dan alle spoedconsulten op voor de hele regio.

Levelindeling

De inspectie doet onder meer het voorstel om te komen tot een levelindeling van de SEH's, als belangrijke bijdrage aan de kwaliteitsverbetering van SEH's. Deze indeling zou er dan als volgt uit kunnen zien:

- Level-1-SEH. Basisopvang voor zelfverwijzers op een geïntegreerde HAP-SEH-spoedpost.

Deze is 24 uur per dag open en wordt bemand door huisartsen met ondersteuning van bijvoorbeeld een nurse practitioner. Dit model is geschikt voor dunbevolkte regio's. Idealiter zal hierbij de HAP overdag dienen als huisartsenpraktijk en zo gemakkelijk de zelfverwijzers kunnen opvangen. Er kan direct overleg plaatsvinden tussen huisarts en medisch specialist, er kan gemakkelijk aanvullende diagnostiek worden gevraagd en op deze wijze kan 90 procent door de huisarts worden behandeld. Ernstige calamiteiten komen in principe niet in een level-1-ziekenhuis en worden met de ambulance rechtstreeks naar een level-2-ziekenhuis gebracht. Een voorbeeld van een level-1-SEH is te vinden in Dokkum.


- Level-2-SEH. Hier vindt opvang plaats van patiënten met laag- tot hoogurgente problemen en van niet-complexe tot complexe problemen. Dit level behandelt zelfverwijzers, verwezen patiënten van huisartsen en patiënten die rechtstreeks met de ambulance worden binnengebracht.

De zelfverwijzers worden opgevangen door HAP/huisarts en deze is verantwoordelijk voor de triage. De door huisartsen verwezen patiënten en de patiënten die met de ambulancedienst worden binnengebracht worden rechtstreeks verwezen naar de medisch specialist, al dan niet met betrokkenheid van de SEH-arts of specialist in opleiding. Dit level komt het meeste voor en geldt voor de grotere ziekenhuizen. De SEH-arts kan hierbij een belangrijke coördinerende rol hebben.

- Level-3-SEH. Gespecialiseerde centra voor bijvoorbeeld (ernstige) traumaopvang, cardiovasculaire interventies, verloskundige en kindergeneeskunde. Overigens is het wel denkbaar een level-3-SEH te combineren met een level-1- of -2-ziekenhuis.

Territoriumdrift

Op meerdere plaatsen in Nederland zijn SEH's op een steenworp afstand van elkaar gelegen. Hier zijn, met inachtneming van regionaal maatwerk, keuzes nodig: sluiting of overgang naar level-1- en/of level-3-ziekenhuis. Met de voorgestelde levelindeling zal voldoende patiëntenaanbod ontstaan, waarbij huisartsen, SEH-artsen en specialisten hun expertise in de spoedzorg kunnen behouden of verdiepen.

Om de spoedpost HAP-SEH goed neer te zetten is het tot slot van groot belang dat ziekenhuizen en artsen hun eigen territoriumdrift, financieel gewin en angst voor adherentieverlies overstijgen. 

Literatuur

1. <http://www.minvws.nl/rapporten/cz/spoedeisende-hulpverlening-haastige-spoed-niet-overal-goed.asp>.
2. Nadine Vermue, Paul Giesen, Linda Huibers, Christel van Vugt. Samenwerking tussen huisartsenposten en spoedeisende hulp: huidige situatie en toekomstplannen van huisartsenposten in Nederland. Medisch Contact 2007; 62: 1092-3.
3. Giesen P, Huibers L, Padros Goossens M, Willekens M. Tussen droom en daad. Toekomstvisie huisartsen op hun positie in de spoedzorg. Med Contact 2007; 62 (15): 653-5.
4. Giesen P, Franssen E, Mookink H, Bosch W van den, Vugt A van, Grol R. Medische Zorg buiten kantooruren: de huisartsenpost of de spoedeisende eerste hulp. Huisarts Wet 2007; 50 (5): 202-6.
5. www.nvsha.nl (<http://www.nvsha.nl/doelstellingen.html>).
6. Constanze Kathan <http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/feb/2008/c.d.kathan/thesis.pdf>.
7. Gans R, Cathan C, Ter Maaten JC, van Offenbeek MAG. Te weinig toegevoegde waarde. Organisatie en niet het soort dokter bepaalt kwaliteit SEH. Med Contact 2008; 63 (12): 510-3.
8. Duijn NP van, Weert HCPM van, Scholte D, Bindels PJE. Out of hours: primary care clinic or hospital emergency department? Eur J Gen Pract 1998; 4: 68-73.
9. Uden CJT van, Crebolder HFJM. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? Emerg Med J 2004; 21: 722-3.
10. Jaarsma van Leeuwen I., Hammacher E., Hirsch R., Janssens M. Patiënten zonder verwijzing op de afdeling Spoedeisende Hulp: patiëntkarakteristieken en motieven. Ned Tijdschr Geneesk 2000; 144: 428-31.
11. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? Emerg Med J 2001; 18: 482-7.
12. Rieffe C, Oosterveld P, Wijkkel D, Wiefferink C. Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department. Accid Emerg Nurs 1999; 7: 217-25.