

## Bezuinigingsplannen gebaseerd op misvattingen

# Spoedeisende zorg moet en kan dichtbij

Doutsje Idzenga, SEH-arts  
KNMG, ziekenhuis St Jansdal,  
Harderwijk

Correspondentieadres:  
doutsje\_idzenga@hotmail.com;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Wie beweert dat Nederland wel met minder afdelingen Spoedeisende Hulp toe kan, heeft het mis. Rapporten die deze inkrimping aanprijzen, hanteren verkeerde premissen en vergeten dat de patiënt er slecht mee af is.

**D**e laatste tijd wordt nogal eens beweerd dat, zolang de aanrijtijd maximaal 45 minuten blijft, het aantal SEH's wel verkleind en zelfs gehalveerd kan worden. Bijvoorbeeld in het rapport van de Gezondheidsraad uit februari.<sup>1</sup> Maar die redenering is gebaseerd op aannames die niet kloppen en dus nodig ontzenuwd moeten worden.

### Traumatologie

Een grote misvatting in alle rapporten, en overigens ook in een ingezonden brief in Medisch Contact (MC 7/2012: 423), is dat op een afdeling Spoedeisende Hulp voornamelijk traumatologie wordt gezien. Dit is pertinent onjuist, zo blijkt uit metingen op de SEH van het middelgrote ziekenhuis waar ik werk, waar een 24-uursdekking door KNMG-erkende SEH-artsen gewaarborgd is en waar dus een scherp beeld bestaat van de patiënten die zich presenteren. Op deze middelgrote SEH heeft 45 procent van de patiënten chirurgische problemen, gevolgd door 20 procent intern-geneeskundige problematiek, 10 procent neurologische, 10 procent cardiologische aandoeningen en een restgroep van 15 procent met longziekten, kindergeneeskunde, kno, orthopedie, urologie en gynaecologie. De chirurgische patiënten zijn dan wel de grootste groep, echter de traumatologie omvat hiervan hoogstens de helft.

### Eigen vervoer

Daarnaast lijkt men ervan uit te gaan dat patiënten de Spoedeisende Hulp voornamelijk per ambulance bereiken. De overgrote meerder-

heid bezoekt mijn Spoedeisende Hulp op eigen initiatief of na verwijzing vanuit de eerste lijn met eigen vervoer. Dat duurt vaak langer, zeker als mensen de weg niet weten of in paniek zijn. Als er dus SEH's sluiten met als argument dat de ambulance de verder weg gelegen spoedpost nog in 45 minuten kan bereiken, wil dat niet automatisch zeggen dat die aanrijtijd ook gehaald wordt met het eigen vervoer. Daar komt bij dat in niet-stedelijk gebied, de 45 minuten (die overigens bestaat uit een aanrijtijd van 15 minuten na melding, 5 minuten stabilisatie en inladen en 25 minuten aanrijtijd naar een afdeling Spoedeisende Hulp) sowieso soms te krap is.

### Indelen

Een andere misser, die met name in het rapport van de Gezondheidsraad te vinden is, is de gedachte dat de afdelingen Spoedeisende Hulp ingedeeld zouden kunnen en moeten worden in een 'complete SEH', een 'profiel-SEH' en een 'basis-SEH'. De complete SEH zou dan alle meervoudig gewonde traumapatiënten opvangen en behandelen, de profiel-SEH alleen die patiëntencategorieën waarvoor een profielregistratie is behaald en de basis-SEH alleen patiënten met lage complexiteit. Maar de grote vraag die hier onbeantwoord blijft, is wie de waarschijnlijkheidsdiagnose stelt en op grond waarvan wordt besloten naar een bepaalde categorie SEH te rijden. De praktijkervaring is namelijk dat in de eerste lijn gestelde diagnoses vaak niet kloppen of niet volledig zijn. Voorbeelden zijn het myocardinfarct dat gastro-oesofageale



Een indeling in complete SEH's, profiel-SEH's en basis-SEH's werkt niet, omdat de complexiteit van een spoedgeval vooraf vaak niet duidelijk is.

beeld: ANP Photo

reflux blijkt te zijn en het cerebrovasculair accident (CVA) dat blijkt te berusten op een bloeding in plaats van een trombolysbeerbaar infarct. Waarschijnlijk zal in zulke gevallen op safe worden gespeeld, waardoor meer mensen dan nodig aanspraak maken op dure zorg ver van hun woonplaats.

#### Helikopter

Andersom komt ook voor, aangezien veel ernstige beelden in de eerste lijn niet als zodanig worden herkend. Sepsis is hiervan een goed voorbeeld, maar elk ander ernstig acuut beeld wordt regelmatig niet direct herkend door eerstelijnszorgverleners. Dan zal alsnog overplaatsing nodig zijn, en is het zeer de vraag of dit op tijd gerealiseerd kan worden.

In dit licht wordt er in de Discussienota Acute Zorg van het ministerie van Volksgezondheid uit 2010 tevens gerept over het in het leven roepen van een

ambulancehelikopter.<sup>2</sup> Gezien de recentelijk verschenen uitkomsten over de inzet van traumahelikopters in Nederland lijkt dit niet verstandig.<sup>3</sup> Dit onderzoek liet zien dat inzet van een traumahelikopter geen meerwaarde heeft boven regulier ambulancevervoer door de lange tijd die nodig is om de helikopter te laten

opstijgen. Hoewel de nota specifiek aangeeft dat het hier geen traumahelikopter maar een ambulancehelikopter betreft, mogen we toch veronderstellen dat de een niet veel sneller zal opstijgen dan de ander. Van tijdwinst zal dan ook nauwelijks sprake zijn.

Ook lijkt voor de in het rapport van de Gezondheidsraad genoemde mobiele *stroke unit* (een ambulance met CT en labfaciliteiten) in Nederland geen plaats. Alleen al vanwege het feit dat deze erg duur zijn, terwijl je er veel nodig zou hebben. Voor patiënten met een CVA die voor trombolysie in aanmerking zouden kunnen komen, is tijd immers kostbaar.

#### Erkende SEH-arts

Wat zou er wél moeten gebeuren? De eis van de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat elke afdeling Spoedeisende Hulp minimaal één KNMG-erkende SEH-arts moet hebben, is in het licht van bovenstaande slechts een kleine stap. Vooral omdat deze ene KNMG-erkende SEH-arts veelal wordt belast met zowel curatieve als administratieve taken. Er zijn nog geen Nederlandse studies die laten zien dat de inzet van een specifiek daarvoor opgeleide SEH-arts goedkopere zorg levert dan bij een bezetting met arts-assistenten. Maar het is wel aannemelijk. Een KNMG-erkende SEH-arts heeft minder tijd nodig om tot een (waarschijnlijkheids-) diagnose te komen, en ook minder aanvullend

## Wie bepaalt naar welke soort SEH een patiënt moet?



beeld: Pepijn van den Broeke, HH

### SAMENVATTING

- De huidige voorstellen om het aantal SEH's te verminderen zijn gebaseerd op onjuiste veronderstellingen.
- De bezuinigingen die ermee gepaard zouden gaan, zijn dan ook twijfelachtig.
- Met een erkende SEH-arts ondersteund door gespecialiseerde verpleegkundigen en betere samenwerking met de eerste lijn, kan de SEH dichtbij blijven.

onderzoek en minder frequente consultatie van andere specialisten. Daarnaast wordt eerder overgegaan tot behandeling, wat zeker bij bepaalde patiëntgroepen (CVA, myocardinfarct, sepsis) duidelijke gezondheidswinst oplevert. Steeds vaker maken afdelingen Spoedeisende Hulp voor kleine traumatologie gebruik van zogeheten *fast-track* behandelruimtes. Patiënten die op grond van het aanwezige letsel hiervoor in aanmerking komen, kunnen worden gezien door hiertoe speciaal opgeleide verpleegkundigen. Dit levert tijdswinst op, aangezien de verpleegkundige zowel de diagnose stelt (bijvoorbeeld fractuur) als de behandeling doet (bijvoorbeeld een gipsverband). Kosteneffectiviteit is aannemelijk.

Daarnaast ligt investering in de eerste lijn meer voor de hand dan vermindering van capaciteit in de tweede lijn. Gedeelde triage is een must, zonder discussie, omdat te veel eenvoudige en laagcomplexere problematiek nu nog wordt gezien in de tweede lijn. En waar een huisarts op basis van klinische criteria kan stellen dat een bot met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid niet gebroken is, geldt dat niet voor de tweede lijn. Het röntgenapparaat is immers bij de hand en dit geldt ook voor laboratoriumonderzoek. Zoals ook aangegeven

in recent Nijmeegs onderzoek wordt er op deze manier onnodig veel beslag gelegd op kostbare zorg.<sup>4</sup>

### Slogans

Er moet en gaat bezuinigd worden in de spoedeisende zorg. Dit kan echter op veel andere manieren dan het sluiten van afdelingen Spoedeisende Hulp. Deze vergaande maatregel heeft namelijk niet alleen gevolgen voor de spoedeisende zorg, maar voor de gehele zorgketen. Gevolgen die op dit moment niet of in onvoldoende mate te overzien zijn. Wie goed kijkt naar de huidige gang van zaken op een afdeling Spoedeisende Hulp, zal dit beamen. Politieke slogans als 'de basis moet goed' en 'dichtbij als het kan, iets verder weg als het moet' klinken prachtig. Echter, de basis is al best goed en moet verder verbeterd worden in plaats van afgebroken. Spoedeisende zorg dichtbij kan en moet mogelijk zijn met de KNMG-erkende SEH-arts als aangewezen specialist, met ondersteuning van gespecialiseerde verpleegkundigen en een betere samenwerking met de eerste lijn. Want zolang als patiënten zich blijven presenteren zonder label met complexe SEH, profiel-SEH of basis-SEH, komt het nog altijd neer op mensenwerk. 



De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

## Voetnoten

1. De basis moet goed! Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk. Gezondheidsraad. 2012.
2. Discussienota Acute Zorg 2015. VWS. 2010.
3. The effect of Helicopter Emergency Medical Services on trauma patient mortality in the Netherlands. M.A.C. de Jongh, H.F. van Stel, A.J.P. Schrijvers et al. Injury, beschikbaar online vanaf 2 februari 2012.
4. Zelfverwijzers SEH jagen zorgkosten op. S. Giesberts, M. Smits, P.H.J. Giesen. MC 10/2011, 587-589.