

**Menno Gaakeer**

SEH-arts knmg, Admiraal  
De Ruyter Ziekenhuis, Vlissingen

**Saskia van der Erf**

Partner SiRM – Strategies in  
Regulated Markets, Utrecht

**Christien van der Linden**

klinisch epidemioloog, Haaglanden  
Medisch Centrum, Den Haag

**David Baden<sup>1</sup>**

SEH-arts i.o., Westfriesgasthuis,  
Hoorn

SPOEDEISENDE ZORG WORSTELT MET EEN REEKS CAPACITEITSPROBLEMEN

# Drukke op de SEH vergt integrale aanpak

Om de capaciteitsproblemen van SEH's aan te pakken moet zowel de instroom, het verblijf als de uitstroom worden aangepakt. Auteurs doen een voorzet voor een deltaplan, een samenhangend cluster van maatregelen om de problemen in te perken.

Uitstroom gaat over de manier waarop patiënten de SEH verlaten en waar zij heen gaan. Het model laat zien dat oorzaken én mogelijke oplossingen talrijk zijn en zowel vóór, ín als áchter de SEH moeten worden gezocht.

## Aantal patiënten

Nederland telt nu 85 SEH's die 24/7 operationeel zijn. Per jaar worden hier rond de 2 miljoen patiënten behandeld. Anders dan vaak wordt gedacht was er van 2012 tot 2015 sprake van een daling van het aantal SEH-patiënten van 124 naar 115 per 1000 inwoners, om pas weer in 2016 licht te gaan stijgen naar 116 per 1000 inwoners.<sup>12</sup> Door een dalend aantal SEH's ligt het aantal patiënten per SEH in de periode van 2012 tot en met 2016 gemiddeld rond de 22.500. In 2016 was 18 procent van de SEH-patiënten in Nederland jonger dan 18 jaar en 34 procent ouder dan 65 jaar; deze leeftijdsverdeling is niet veel veranderd sinds 2012.<sup>12</sup> Het aantal verwezen patiënten nam toe van 70 procent in 2012 naar 85 procent in 2016.<sup>12</sup>

## Deltaplan

De oplossingen die in de media en ook in de marktscan van de NZa worden genoemd, richten zich veelal op individuele oorzaken van crowding. Dit doet geen recht aan de complexiteit van het probleem. Individuele interventies lossen het probleem niet op. Op dit moment krijgt vooral de toename van kwetsbare ouderen in de acute keten veel aandacht.<sup>13</sup> Enkele jaren geleden lag de focus op het

**O**vermatige drukte op de SEH, ofwel 'crowding', is een omvangrijk en groeiend probleem.<sup>2</sup> Het bestaat niet alleen in landen als de VS, Canada en Australië, maar speelt ook in Europese landen. SEH-crowding wordt gedefinieerd als 'de situatie waarbij de vastgestelde behoefte aan spoedeisende hulp de beschikbare middelen voor patiëntenzorg op de spoedeisende-hulpafdeling, het ziekenhuis of beide overschrijdt'.<sup>3</sup> In Nederland krijgt SEH-crowding veel aandacht sinds de 'Brandbrief Regionale spoedzorg – de rek is eruit', een noodkreet die ook in andere delen van Nederland werd herkend.<sup>4,5</sup> Het probleem speelt al langer: al in 2012 kampte 68 procent van alle Nederlandse SEH's meerdere keren per week tot dagelijks met periodes van overmatige drukte.<sup>6</sup> De onlangs gepubliceerde 'Marktscan acute zorg' van de NZa geeft eveneens aan dat de druk op ambulancediensten, SEH's en huisartsenposten toeneemt.<sup>7</sup>

## Gevolgen

SEH crowding leidt tot lagere kwaliteit van zorg binnen en buiten de SEH en veroorzaakt kosten binnen en buiten het

ziekenhuis.<sup>8</sup> Patiënten worden ontevreden en soms agressief. Het leidt ook tot ambulances die moeten wachten of zelfs tot een ambulancestop. Op de SEH heeft crowding uitstel van de behandeling, een langere behandelduur en vertraagde diagnosestelling tot gevolg. Bovendien neemt het risico op medische fouten en het aantal complicaties toe.<sup>9</sup> Naast de gevolgen voor de patiënt heeft crowding impact op de SEH-medewerkers. Hun productiviteit neemt af, er is meer risico op burn-out en het verloop van SEH-medewerkers is groter.<sup>10</sup>

## Oorzaken

Crowding óp de SEH is geen exclusief probleem ván de SEH. De oorzaken liggen op de SEH, maar ook binnen het ziekenhuis en daarbuiten. Het conceptuele model van Asplin e.a. biedt inzicht in oorzaken en mogelijke oplossingen.<sup>11</sup> Asplin e.a. analyseren drie onderling afhankelijke componenten van SEH crowding: instroom, doorstroom en uitstroom. Instroom is niet alleen het volume patiënten maar ook de urgentie van de klachten en het soort patiënten. De doorstroom betreft het proces op de SEH.



GETTY IMAGES

Overmatige drukte op de SEH is een groeiend probleem.

grote aantal zelfverwijzers. Het aantal zelfverwijzers is sinds 2012 teruggebracht van gemiddeld 30 procent tot onder de 15 procent in 2016. In dezelfde periode is de overmatige drukte op de SEH echter toegenomen.

Het oplossen van crowding vraagt om een combinatie van interventies die in samenhang aangrijpen op de drie componenten van crowding: de instroom, doorstroom

en uitstroom. Wij stellen daarom een nationaal deltaplan voor om de gehele acute zorgketen te versterken, met oog voor regionale en lokale verschillen. De interventies zijn mede gebaseerd op de uitkomsten van het internationale symposium 'Crowding in the Emergency Department: who cares?' van de International Federation for Emergency Medicine en de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen in juni 2017, het concept-Kwaliteitskader Spoedzorgketen en de generieke module Acute Psychiatrie.<sup>14 15</sup>

#### **Instroom beperken**

Om de instroom op de SEH te beperken moet de burger de functie van de SEH in het zorgsysteem begrijpen, moeten reguliere zorgverleners goed bereikbaar zijn, moeten patiëntgegevens beter

beschikbaar zijn en moeten patiënten meer gespreid naar de SEH komen.

- Via een informatiecampagne moeten burgers uitleg krijgen over: 'Waar vind ik informatie over spoedeisende aandoeningen?' en 'Moet ik meteen hulp zoeken voor een aandoening of kan het tot morgen wachten?'. Hiervoor moeten onder andere thuisarts.nl en seh.zorg.nl worden versterkt. Zo'n campagne vraagt overigens om een politieke en maatschappelijke keuze: is acute zorg alleen voor spoed of ook voor reguliere zorg die de patiënt tijdens kantooruren niet kon bereiken?
- Er is meer aandacht en steun nodig voor projecten gericht op preventie en vroegsignalering. Hierdoor gaan patiënten meer naar 'eigen' hulpverleners zoals de huisarts of een polikliniek, wat verergering van klachten en ziekte voorkomt.

Individuele  
interventies  
lossen het  
probleem niet op

Ook het verruimen van de openingstijden van ‘eigen’ hulpverleners draagt hieraan bij. Naast de beschikbaarheid van ‘eigen’ behandelaren moet ook die van sociale hulp (gemeentes) en psychische hulp (ggz) in de avond-, nacht- en weekenduren worden uitgebreid.

- Het verbeteren en ontsluiten van de patiëntgegevens, zowel op de hap, bij de ambulancezorg, als op de SEH. Doorverwijzing naar de hap of SEH is te voorkomen als hulpverleners in de acute keten beschikken over informatie over al ingezette diagnostiek of behandeling. Dit vraagt om versnelling van de besluitvorming in het Informatieberaad. In dit beraad werken de overheid en zorgsector samen om stapsgewijs meer samenhang in de zorgbrede informatievoorziening aan te brengen.
- Het piekmoment – op veel SEH’s van 15.00 tot 20.00 uur – kan worden afgevlakt door ‘besteld’ vervoer door ambulances te verplaatsen naar momenten waarop het patiëntenaanbod kleiner is. Ook beter realtime overzicht over opname- en SEH-stops en de beschikbare faciliteiten voor de opvang van acute bedreigde patiënten zorgt voor een betere spreiding van de piekbelasting op de SEH.

## Doorstroom verbeteren

De doorstroom op de SEH is te verbeteren door de medische kennis vooraan in de keten uit te breiden, door ketenbreed gecoördineerd personeelsbeleid en door acute en electieve zorgstromen beter op elkaar af te stemmen.

- Meer medische kennis vooraan in de spoedketen verbetert de doorstroom op de SEH. De inzet van SEH-artsen of medisch specialisten op de SEH zorgt voor snellere beoordeling en minder onnodige inzet van diagnostiek.<sup>16</sup>
- Landelijke en ketenbrede coördinatie van de opleiding van SEH-verpleegkundigen draagt bij aan een stabiel personeelsbestand en helpt het dreigende tekort van gespecialiseerde SEH-verpleegkundigen afnemen. Coördinatie en systematische bespreking van de opleiding in de regio zorgt voor een

## Samenhang moet een waterbedeffect elders in de keten voorkomen

gedeelde verantwoordelijkheid voor het opleiden van SEH-verpleegkundigen. Dat kan de slingerbeweging in het personeelsbestand enigszins dempen.

- Ten slotte kunnen ziekenhuizen de acute en electieve zorgstromen beter op elkaar afstemmen voor ondersteunende diensten en specialismes. Op deze manier zal het bijvoorbeeld minder voorkomen dat gedurende de week geen ruimte is voor een spoed-MRI, terwijl de scanner in het weekend niet wordt gebruikt.

## Vergroten van uitstroom

Het vergroten van de uitstroom op de SEH vraagt om voldoende (inzicht in) beschikbare acute opnamecapaciteit, om voldoende tijdelijke verblijfsmogelijkheden en om permanente beschikbaarheid van zorgverleners thuis.

- Ziekenhuizen moeten over voldoende acute opnamecapaciteit beschikken, die past bij de omvang van hun SEH. Spoedzorg is op basis van historische cijfers goed voorspelbaar en daarmee is de vereiste opnamecapaciteit planbaar.<sup>17</sup>
- Er moeten voldoende tijdelijke verblijfsmogelijkheden zijn en thuis moeten zorgverleners permanent beschikbaar zijn. Zorgverleners op de SEH moeten inzicht hebben in beschikbare opnamebedden in andere ziekenhuizen, eerstelijnsverblijven of geriatrische revalidatiezorg. Acute thuiszorg moet zo worden georganiseerd dat patiënten die geen medische faciliteiten nodig hebben, naar huis kunnen met

zorg. Deze zorg moet via een centraal nummer bereikbaar zijn.

- Voor patiënten die niet met eigen vervoer naar huis kunnen of mogen, of die naar een ander ziekenhuis of tijdelijk verblijf vervoerd moeten worden, moet tijdig (ambulance)vervoer beschikbaar zijn.

## Samenhang

Zonder ingrijpen zullen SEH-crowding en drukte in de acute keten de komende jaren fors toenemen. Het aantal patiënten op de SEH zal stijgen – onder andere doordat de wachttijden in de medisch-specialistische zorg oplopen – en de samenstelling van de populatie verandert. Daarnaast neemt het personeelstekort op de SEH toe terwijl de uitstroombmogelijkheden afnemen, vooral door het verminderen van het aantal SEH’s en van het aantal acute-opnamebedden in ziekenhuizen. Veldpartijen in de acute zorg werken aan een kwaliteitskader Spoedzorgketen en een kwaliteitskader voor de intramurale acute zorg. Deze kwaliteitskaders zullen een impuls geven aan verdere samenwerking. Wij hopen dat ons deltaplan handvatten kan bieden voor de verdere invulling van de kwaliteitskaders. De interventies uit het deltaplan dienen daarbij in samenhang te worden gemonitord om het eventuele optreden van een waterbedeffect ergens anders in de keten snel te herkennen en te voorkomen. ■

## contact

d.n.baden@westfriesgasthuis.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Belangenverstremgeling: Saskia van der Erf is vanuit SiRM, een adviesbureau voor organisaties in gereguleerde markten, betrokken bij het opstellen van het kwaliteitskader en David Baden heeft vanuit de NVSHA zitting in de stuurgroep.

## web

De voetnoten en meer informatie over dit onderwerp vindt u op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).