

We zouden graag van u willen weten wat anders moet of beter kan in deze visie over de herinrichting van de acute zorg.

In dit visiedocument wordt een grote herziening van de spoedzorg geschetst waarbij bestaande SEH's voor een groot deel lijken te verdwijnen en vervangen zouden worden door spoedposten, terwijl er dan een beperkt aantal (onvermijdelijk grote en logge) SEH's ingericht zou worden voor zogenaamde hoog-complexe zorg. Dit zou een operatie van reusachtige proporties zijn met een grote negatieve weerslag op de huidige en goed functionerende ziekenhuizen en SEH's, terwijl het zogenaamd een probleem oplost wat er in feite niet is.

Dit document suggereert namelijk dat er een groot probleem is met de huidige behandeling van van de categorie zogenaamde hoog-complexe patiënten.

Dit is echter niet het geval. In de eerste plaats zou het goed zijn om de term 'hoog-complex' die vaak gebruik wordt te vervangen door 'hoog-urgent', want dat is waar het feitelijk om gaat.

In zijn algemeenheid kun je stellen dat als het gaat om de juiste behandeling voor een patiënt er 1 ding het allerbelangrijkste is, en dat is de *juiste diagnose*.

Bij hoog-urgente medische problematiek is het stellen van die juiste diagnose veelal zeker *niet* het grootste probleem; ambulancepersoneel in het veld bijvoorbeeld is vaak zonder geavanceerde diagnostiek bij deze categorie patiënten in staat vlot de diagnose te stellen (denk aan STEMI's, CVA's, polytrauma's) en de patiënt zodoende aan te bieden aan de juiste zorgaanbieder zoals in Nederland al jaren succesvol wordt gedaan (bijvoorbeeld STEMI's naar een PCI-centrum, polytrauma's naar een traumacentrum etc.).

Deze categorie hoog-urgente problematiek, die geschat hooguit 5% van alle acute zorgaanbod in Nederland beslaat en waarvan de juiste behandeling in Nederland momenteel feitelijk geen grote problemen kent, rechtvaardigt daarmee zeker geen grootscheepse veranderingen betreffende de bestaande SEH's. Aan de stelregel "ver weg als het moet" wordt immers al voldaan.

Naast deze kleine categorie evident hoog-urgente problematiek kent de spoedeisende geneeskunde een hele grote categorie patiënten met een breed palet aan problematiek waarbij het op voorhand juist helemaal niet goed duidelijk is of het een ernstig probleem betreft of niet. Als het gaat om een verzwikte enkel of een snee in een vinger zal het nog wel lukken om dat onderscheid goed te maken, maar wat te denken van patiënten met bijvoorbeeld buikpijn, benauwdheid, een collaps of koorts? De mogelijke ernst varieert van volstrekt onschuldig tot acuut levensbedreigend en alles daar tussenin, en het onderscheid daarin maken vergt goed opgeleid en ervaren personeel.

Dat gezegd hebbende maakt dat het erg onverstandig zou zijn om te pogen op voorhand een onderscheid te maken tussen spoedposten voor zogenaamde niet-complexe patiënten en SEH's voor complexe problematiek. Patiënten komen namelijk met een *klacht* naar de SEH en hebben hun diagnose niet op hun voorhoofd staan.

Probleem zou daarbij ook zijn dat op een zogenaamde spoedpost de initiële opvang en diagnostiek niet meer in handen is van bijvoorbeeld goed opgeleide en ervaren SEH-artsen, maar zeer waarschijnlijk weer teruggegeven wordt aan de poortspecialismen, die het op hun beurt uit zullen besteden aan onervaren basisartsen. Hierdoor wordt het risico dat er minder eenvoudige diagnoses gemist zullen worden onacceptabel groot, met mogelijk grote gezondheidsschade en daarmee juist extra kosten tot gevolg.

En indien slechts de evident eenvoudige problematiek (zoals de gezwikte enkel) naar een spoedpost zou gaan, en alle andere problematiek naar een SEH, dan zou de toestroom naar die SEH's daarmee dermate groot worden dat het uitermate logge organisaties zouden worden met vaak lange wachttijden voor patiënten ten gevolge. We zien dat nu al in de SEH's van academische centra, waar patiënten vaak veel langer wachten dan op de SEH's van de wat kleinere regionale ziekenhuizen, terwijl de kwaliteit van de geboden zorg in de grote centra zeker niet aantoonbaar beter is.

Ook zijn kleinere ziekenhuizen vanwege hun schaalgrootte vaak in staat flexibeler om te gaan met problematiek die net even buiten de gebaande paden ligt. En ook het simpele feit dat een ziekenhuis dicht bij huis is, en daardoor makkelijker bereikbaar (al was het maar voor bezoek, of denk aan de kwetsbare oudere die lang niet altijd meer eigen vervoer ter beschikking heeft!) is een kwaliteit op zich die niet over het hoofd moet worden gezien. Als het gaat om de zorg is groot in veel gevallen vaak juist niet beter!

Waar wat ons betreft veel beter op ingezet zou kunnen worden, is een nauwere samenwerking tussen de huisartsenposten, de GGZ en de SEH's. Op sommige plekken wordt dit al gedaan in de vorm van geïntegreerde spoedpleinen met een gezamenlijke triage. Op deze manier creëer je een duidelijke toegang voor patiënten die acute zorg nodig hebben, behoud je de filterfunctie van de eerste-lijn maar is de SEH letterlijk om de hoek als het nodig is, en zijn er korte overleglijnen mogelijk tussen bijvoorbeeld huisartsen en SEH-personeel.

Waar verder voor gewaakt moet worden is een te grote nadruk op efficiëntie. Er wordt bijvoorbeeld gesteld dat het in de nachtelijke uren op veel plekken "te rustig" is. Dit suggereert dat het bij voorkeur op een SEH altijd druk zou moeten zijn om het personeel continu aan het werk te houden omdat dit zogenaamd efficiënt is. Dit is echter een verkeerde aanname en een uiterst ongezonde situatie voor de mensen die dit werk moeten doen en tevens gevaarlijk voor patiënten.

De realiteit is dat het momenteel op de meeste SEH's al vaak druk tot zeer druk is, en dat de werkdruk dus erg hoog ligt. Crowding op SEH's is een groeiend probleem waar de meeste ziekenhuizen nu al dagelijks mee te maken hebben. Time-outs zijn aan de orde van de dag en zijn mede veroorzaakt door het in de afgelopen jaren sluiten van SEH's bij een gelijk gebleven aantal patiënten. Dit zorgt niet alleen voor een ongezond hoge werkdruk voor het personeel, waarbij ook meer fouten worden gemaakt met mogelijke gezondheidsschade en daarmee ook hogere kosten tot gevolg, maar ook voor langere wachttijden voor patiënten, ambulances die moeten omrijden naar ziekenhuizen verder weg en huisartsen die soms zeer lang bezig zijn patiënten proberen 'te slijten' aan een SEH.

Werken in de nachtelijke uren is an sich al een ongezonde bezigheid en fysiek ook zwaar, dus een schaars aantal momenten waarop het dan wat minder druk is, is bijzonder welkom. Je kunt dit goed vergelijken met de brandweer; die zijn ook continu paraat, maar niet 24/7 continu branden aan het blussen. Indien dit wel het geval zou zijn, zou ook dat personeel letterlijk en figuurlijk snel uitgeblust zijn. Burn-outs en uitstroom van personeel uit de acute zorg komen steeds meer voor, vaak juist door deze ongezond hoge werkdruk. Om deze goed opgeleide en vaak zeer gemotiveerde werknemers te behouden zou er juist extra aandacht moeten zijn om deze werkdruk te verlagen, en dat wordt zeker niet bereikt door het aantal SEH's verder in te krimpen.

Verder heeft het personeel dat werkzaam is op een SEH vaak een belangrijke functie in het behandelen van acute problematiek van patiënten in de beddenhuizen van ziekenhuizen, vooral ook in de ANW-uren (die uiteindelijk meer dan 75% van alle uren in een week

bevatten). Mocht een SEH uit een ziekenhuis verdwijnen, dan moet je je afvragen hoe je deze functie met minder goed geschoold en ervaren personeel veilig gestalte kunt geven. En als er dan toch al 24/7 goed opgeleid acute zorgpersoneel in huis is, dan is er geen reden om de SEH te schrappen of te vervangen voor iets wat minder functies heeft, zoals een spoedpost.

Er moet een goed besef zijn dat spoedeisende zorg een beschikbaarheidsfunctie heeft en dat kwaliteit nou eenmaal geld kost. Hoeveel geld dit mag zijn, dat is een politieke keuze, maar de zorg in Nederland is ten opzichte van ons omringende en andere westerse landen erg goed en efficiënt georganiseerd. In dit document lijkt een onderlaag van bezuinigingen door te schemeren. Terwijl er hier en daar ongetwijfeld nog enkele slagen op het gebied van kostenbeheersing te maken zijn, is belangrijk te beseffen dat er, zeker in het licht van de komende vergrijzingsgolf, waar het de kosten betreft geen grootse wonderen verwacht moeten worden van grootscheepse reorganisaties van acute zorg.

We vinden het verder opmerkelijk en vreemd dat nog ten tijde van de COVID-crisis al weer serieus nagedacht wordt over het sluiten van SEH's, en het daarmee feitelijk tegelijkertijd ontmantelen van bestaande goed georganiseerde ziekenhuiszorg met alles wat daar aan vast zit (zoals IC- en OK capaciteit) terwijl deze juist tijdens het opvangen van deze crisis heeft bewezen van onschatbare waarde te zijn geweest.

Daarnaast willen we graag over deze houtskoolschets acute zorg weten wat u er goed aan vindt en waar u positief over denkt.

Naast bovenstaande kritiek staan er ook zaken in dit visiedocument waar we enthousiast over zijn.

Zo lijkt het, zeker vanuit het perspectief van patiënten, een goed idee om centraal te coördineren bij welke zorg verlenende instantie een patiënt zich het beste op zijn plek is. Dit voorkomt ook onnodige zelfverwijzers op de SEH. Hiertoe zou inderdaad een centraal telefoonnummer naast het reeds bestaande 112 ingesteld kunnen worden. Voorwaarde voor succes voor een dergelijk centrale triage is, zoals ook wel in het document wordt benoemd, goed opgeleid en multidisciplinair personeel wat intensief kan samenwerken en overleggen om tot de juiste beslissing te komen. Visuele ondersteuning in de vorm van bijvoorbeeld beeldbellen kan hierbij een zeer krachtig hulpmiddel zijn (een plaatje zegt meer dan duizend woorden).

Om een vlotte transfer vanaf bijvoorbeeld de SEH naar een juiste zorglocatie mogelijk te maken is realtime 24/7 inzicht in beschikbare regionale (waarbij zeker ook over provincie- en ROAZ-grenzen heen gekeken zou moeten kunnen worden) crisis-bedden en behandelcapaciteit ook een uitstekend idee. Dit faciliteert een snelle doorstroming en vergroot daarmee capaciteit van SEH's.

In diezelfde lijn is het een meer dan uitstekend idee en ook al een lang gekoesterde wens om patiëntgegevens voor iedere zorgverlener in de acute setting 24/7 per direct digitaal beschikbaar te hebben, ongeacht op welk ziekenhuis een patiënt gewoonlijk georiënteerd is. Dit komt een snelle, veilige en de juiste behandeling ten goede en zorgt ook dat ziekenhuizen op regionaal niveau beter kunnen gaan samenwerken.

Ook ten aanzien van het voorkomen van acute zorg worden een aantal zaken benoemd die mogelijk kansrijk zijn.

Een betere communicatie en samenwerking tussen het sociale en (para)medische domein en wellicht het oprichten van zoiets als een wijkkliniek zou hierbij zeker kunnen helpen om

vooral het netwerk van zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren en zodoende hopelijk de gang naar het 'echte' ziekenhuis te voorkomen.