

## Reactie Houtskoolschets acute zorg

22 November 2020, SEH arts *knmg*

### Inleiding

Het initiatief van ministerie VWS, om acute zorg voor iedereen in Nederland bereikbaar en betaalbaar te houden en daarbij eveneens hoge kwaliteit na te streven, is een mooi uitgangspunt. Het is goed om te zien dat een aantal belangrijke problemen die spelen in de (acute) zorg, aandacht krijgen in de HKS.

Ik onderschrijf volledig de reactie van mijn beroepsvereniging; de NVSHA; de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende hulpartsen. Toch voel ik mij geroepen om ook zelf een reactie achter te laten. De Houtskoolschets (hierna te noemen HKS) beroert mij; De HKS beoogt een discussiestuk te zijn; het is mij niet geheel duidelijk wat er ter discussie staat. Er worden geen vragen gesteld of opties om over te discussiëren neergelegd. En zeker niet aan (acute) zorg professionals in het veld. Er ligt een vastomlijnd plan klaar waar we op reageren. Het is dan ook mijn vraag welke onderdelen van dit plan voor ministerie VWS ter discussie staan. En verder;

1. Het valt mij op dat er in de HKS veel aannames worden gedaan die bijna nergens onderbouwd worden; geen verwijzingen naar data, cijfers of literatuur.
2. Er wordt gesuggereerd dat uitvoering van HKS zal leiden tot kostenbesparing. Op welke wijze kosten zullen worden bespaard, dat wordt niet geïllustreerd. En zijn geheel in tegenspraak met reeds bestaande literatuur die op dit moment is gepubliceerd (1,3,9,10)
3. Een aantal verschillende complexe zaken zoals crowding en SEH stops en uitstroom en schaarste van hoog opgeleide zorg professionals worden opgelost volgens strategie HKS door drastisch reduceren van aantal SEHs. Het sluiten van SEHs en het uitsmeren van overgebleven beschikbaar personeel kan nooit een serieuze oplossing zijn voor dergelijke omvangrijke problematiek, zeker wanneer niet gekeken wordt naar de daadwerkelijke oorzaak. Er is voldoende literatuur over deze onderwerpen.
4. Met doornemen van de HKS valt mij steeds weer op de wijze waarop met gemak wordt gesproken over optuigen van regionale spoedposten en het onderscheiden van "laag en hoog complex". Er wordt nergens gesproken over de kosten en consequenties die hieruit voortkomen (het opnieuw inrichten van acute zorg-landschap)
5. Voor mij is duidelijk dat het uitrollen van de plannen zoals nu worden beschreven in HKS nooit de kosten reductie en efficiëntie slag gaan behalen die het beoogt, maar wel een enorme negatieve impact heeft op de kwaliteit van acute zorg in Nederland.

Helaas kan ik mij dus onvoldoende vinden in de voorstellen die worden gepresenteerd houtskoolschets, en die als oplossingen worden aangedragen. Hieronder zal ik de punten uit de houtskoolschets die voor mij als SEH-arts het belangrijkste zijn toelichten en trachten te onderbouwen. Waarbij het wellicht interessant is om te kijken naar de ontwikkeling van acute zorg ("Emergency Medicine") in het buitenland en de literatuur die al daar al over beschikbaar is, met name ten aanzien van fenomeen crowding en SEH stops.

### **Ho2 de noodzaak van nieuwe inrichting van de acute zorg**

*Het is te druk of juist te stil.*

Er wordt hier aan aannames gedaan ten aanzien van patiëntenstromen naar SEH's (en HAP). Acute zorg zal altijd onderhevig zijn aan fluctuaties in patiëntenstromen. Er zijn de voorspelbare fluctuaties, piekmomenten en dal momenten. Personele bezetting wordt daar allang op afgestemd.

Dit is is niet alleen in zo Nederland zo maar ook internationaal gezien (Australië, UK, VS). Hoewel de eerste lijn zorg in deze landen anders is geregeld, zijn er wel degelijk dezelfde fluctuaties in patiënten stromen naar de SEH. Dat wordt niet anders met het sluiten van SEHs. Met andere woorden; **sluiting van SEHs leidt niet tot een constante patiëntenstromen maar zal nog steeds fluctueren, geheel inherent aan patroon van acute patiëntenstromen.**

In een adem met drukte wordt, geheel onterecht, het fenomeen "SEH stops" of terwijl Crowding genoemd.

Crowding is niet zo maar een probleem van overmatige drukte dat kan worden opgelost door uitsluitend naar de SEH bezetting te kijken. Crowding, SEH stops en opname stops komen ook voor in landen als Australië, VS en UK. Internationale Literatuur en studies en die van eigen bodem (1,2,3,4,5,9) over Crowding verdelen patiëntenstroom in de acute as in naar instroom, doorstroom en uitstroom. Uit de literatuur blijkt dat oplossingen voor crowding uitsluitend gezocht worden in de doorstroom op de SEH. Terwijl instroom en uitstroom vaak de oorzaak zijn van SEH stops en crowding. Crowding vergt een integrale aanpak; zowel pre-hospitaal als op ziekenhuis niveau (opname capaciteit en doorstroom naar afdelingen en behandelunits). Zowel toename in instroom als belemmering in uitstroom (bv tweede golf Corona crisis) leidt tot stagnatie op SEH. Ook in de HKS wordt uitsluitend gekeken naar SEHs en als oplossing aangedragen dat het aantal SEHs gereduceerd moet worden. Het zal geen uitgebreid betoog behoeven dat de “bottleneck” daar alleen maar kleiner door wordt, Zeker wanneer er niets aan de instroom en uitstroom van patiënten in de acute as wordt gedaan. Met andere woorden; er zal een oplossing moeten komen voor instroom van acute patiënten en uitstroom (o.a uitbreiding opname capaciteit) om daadwerkelijk iets te doen aan dit probleem. Hier staat helemaal niets over vermeld in de HKS.

Crowding en SEH stops worden zeker **niet** opgelost door sluiting van SEH's. Daarnaast is ondanks sluiting van een aantal Nederlandse SEHs de laatste jaren, de drukte op de overige SEHs alleen maar toegenomen.(zie ook reactie NVSHA op HSK) en 1,4

De uitstroom van acute zorg professionals die voortijdig het beroep verlaten is inderdaad een zorgelijk fenomeen. Het capaciteitsorgaan heeft berekend dat alleen al 22% van de opgeleide SEH-artsen het vak voortijdig verlaat. Dit probleem gaan we niet oplossen met sluiten van SEHs. Uitstroom van acute zorg professionals is niet simpelweg opgelost door sluiten van SEHs en het resterende personeel bij elkaar te schrapen. **Dit voorstel doet geen recht aan de complexe problematiek van uitstroom van (hoog opgeleide) acute zorg professionals.**

**Het is niet altijd duidelijk waar de patiënt naar toe moet en integrale samenwerking moet worden verbeterd.**

Het oneigenlijk gebruik van de SEH-posten en “verkeerde bed problematiek” is zeker een uitdaging die verdere onnodige druk op (acute) zorg moet omlaag brengen en onnodige zorg kosten moet terugdringen. Dit moet worden gezocht in intensievere 24/7 samenwerking tussen sociaal domein, eerste en tweede lijn. Het creëren van spoedpleinen, zoals in reactie van NVSHA wordt genoemd, is hier een voorbeeld van. Intensiveren van reeds bestaande regionale samenwerkingsverbanden en initiatieven is logischer en lijkt mij, kosten-efficiënter, dan het sluiten van SEHs, en vervolgens optuigen van nieuwe regionale spoedposten. (en verloren laten gaan van reeds bestaande kennis en lokale netwerken) Oneigenlijk gebruik van SEH's wordt veroorzaakt door onduidelijkheid, onzekerheid en onvoldoende bestaande duidelijke afspraken. Dit wordt niet opgelost door acute opvang buiten kantooruren over nog grotere regio's te verspreiden maar door intensiveren van samenwerkingsverbanden en afspraken. En maatschappelijke bewustwording van wat de taak is van SEHs en HAP (acute zorgverlening en noodzakelijke acuut medische diagnostiek maar geen 24/7 medisch loket waar je naar toe kan als je overdag geen afspraak bij de huisarts kon krijgen)

### **ho3 Voorkomen van acute zorg**

Als hierboven beschreven dient voorkomen van acute zorg te worden voorkomen door regionale samenwerkingsverbanden met eerstelijns en sociaal domein aan te halen, met name **na kantoortijden.**

### **ho4 het nieuw inrichten van acute zorg landschap**

Er moet een belangrijk onderscheid worden gemaakt tussen **acute** (eerste lijn) **zorg problematiek** (sociaal domein, eerste lijn) en **MEDISCHE ACUTE ZORG.** in dit hoofdstuk wordt dit allemaal onder dezelfde noemer benoemd.

Een symptoom of klacht kan bij pre-hospitale triage niet leiden tot een verdeling in hoog en laagcomplex zorg. Voorbeelden zijn er teveel om op te noemen in de dagelijkse praktijk van de SEH arts; het brandende gevoel in het maagkuiltje van een oudere dame blijkt een acuut myocardinfarct te zijn, of een pancreatitis. De rugpijn is een aneurysma. Flankpijn blijkt een longontsteking en beginnende sepsis te zijn en niet de “simpele niersteen koliek”. De rijder bij

een auto-ongeval blijkt toch stiekem duodenum letsel te hebben (niet direct zichtbaar aan de buitenkant) etc etc.

Kortom een **tweedeling in hoog en laagcomplex acute zorg obv prehospital triage is onmogelijk** en zal leiden tot aanzienlijke kwaliteitsvermindering van acute zorg en meer kosten (immers, de acute patiënt zal regelmatig op de verkeerde post belanden of te laat. (Er zal dus meer transport plaats gaan vinden tussen spoedposten en hoog-complexe centra) en daarnaast uitstel van acute noodzakelijke behandeling met als gevolg gezondheidsschade).

Daarnaast is er voor "laagcomplex zorg" fracturen soms repositie nodig waar PSA wordt gebruikt; procedurele sedatie en analgesie; een voorbehouden handeling voor SEH-artsen (niet van arts-assistenten of verpleegkundigen) PSA valt onder hoog-complexe zorg. PSA draagt bij aan efficiëntere zorg. Het voorkomt vaak een operatie. Het is weinig doelmatig om voor elke patiënt verwezen naar laagcomplex spoedpost weer vervoer en verwijzing te organiseren naar hoog-complexe regionale SEH.

Belangrijk te noemen is ook dat een Spoedeisende hulp 'zonder achterland' geen volwaardige SEH is. Een volwaardige SEH beschikt over een ziekenhuis met bedden capaciteit en mogelijkheid voor behandeling en opname. Dus patiënten worden naar een spoedpost gebracht, blijken toch opgenomen te moeten worden, of aanvullende behandeling nodig te hebben en worden dan dus weer vervoerd (naast toename vervoer leidt dit ook weer tot stagnatie in doorstroom en dus toenemend aantal SEH-stops).

Ziekenhuizen zonder volwaardige SEH missen 20-40% instroom cq opnames van patiënten en zullen daar financieel nadeel van ondervinden. Sluiten van ziekenhuizen gaat gepaard met reductie van opname capaciteit.

In de HKS staat nergens een oplossing over gebrek aan opname capaciteit en plannen van opname patiëntenstromen vanuit acute as. En wanneer opname en bedden capaciteit net als afgelopen jaren alleen op basis van electieve opnames wordt gepland gaat reduceren van SEH's leiden tot langdurige SEH-stops en totaal gebrek aan opname capaciteit.

### **Acute ggz in het acute zorg landschap**

Acute ggz moet niet worden ondergebracht in dezelfde locatie als acute somatische medische zorg/SEH. Illustratie hiervoor is de situatie zoals VS en Australië.(6) Waar ernstig ontremde patiënten dagenlang gesedeerd en soms beademd moeten worden omdat ze op de SEH-afdeling een gevaar en overlast vormen voor personeel en overige patiënten. Eveneens in VS en Australië een groot gebrek aan opnamecapaciteit voor psychiatrisch patiënten, voortkomend uit gedachte jaren geleden dat ggz patiënten beter geïntegreerd zouden moeten worden in maatschappij mbv ambulante zorgverlening. Door het beperkt aantal beschikbare opname plekken liggen psychiatrisch patiënten daar vaak noodgedwongen dagen gesedeerd en/of beademd te wachten op geschikte opname plek in GGZ. Naast dat dit zeer onwenselijk voor de psychiatrisch patiënt is dat deze patiënten een oneigenlijk beroep doen op SEH capaciteit en zelfs op een plek die monitoring en intensive zorg biedt (als gevolg van noodzakelijke sedatie). (6)

### **ho5 Randvoorwaarden van transformatie van acuut nieuw zorg-landschap**

Er worden diverse initiatieven genoemd; waaronder heldere aan handhaafbare normen, samen optrekken, data uitwisselingen, inzetten van slimme zorg

Heldere en handhaafbare normen bestaan er al voor aanrijtijden en bereikbaarheid. Hier wordt met regionaliseren alleen maar een probleem veroorzaakt. De aanrijtijden zullen langer. De bezetting op spoedposten van een arts-assistent en een SEH-verpleegkundige is daarnaast niet wat de patiënt mag verwachten. Patiënten zijn zich niet bewust van het verschil in spoedposten en SEHs. Zeker niet daar waar daar voorheen een volledig uitgeruste SEH bestond.

### **Samen optrekken**

zie ook opmerkingen reactie NVSHA. Eerstelijns zorgverleners moeten beter toegerust zijn voor hun taak op de HAP en zich daarbij bewust zijn van de mogelijkheden en onmogelijkheden van acute diagnostiek op een SEH. Het publiek wordt mondiger en vraagt steeds vaker een doorverwijzing van een huisarts. Immers de HAP zit toch naast het ziekenhuis... Patiënten zijn zich niet bewust van overgang eerste en tweede lijn. Intensiveren van samenwerking maar ook aandacht in de huisarts- en SEH arts opleiding voor elkaars positie leidt tot betere samenwerking. De reeds genoemde opties voor betere vergoedingssystemen van diensten onderschrijf ik.

Uitwisseling van patiënten data zal zeker leiden tot snellere en betere zorg. Dat geldt niet alleen voor eerste en tweede lijn maar ook separate partijen als GGZ. informatie moet nu steeds via andere hulpverleners worden opgevraagd. Gezien AVG wet zal dit niet heel snel op te lossen zijn.

Data van patiëntenstromen zoals reeds beschikbare initiatieven als 2twnty4 zijn al een belangrijke toevoeging zijn. Overzicht van beschikbaarheid en samenwerking op regionaal niveau zal stagnatie voorkomen en onderlinge samenwerkingen tussen ziekenhuizen ten aanzien van capaciteitsproblematiek verbeteren.

de SEH arts is degene die een belangrijke regie heeft over patiënten instroom in het ziekenhuis en een spil is in de acute as. de SEH arts verdient dus een plek aan tafel bij alle discussies die gaan over zorg en opname capaciteit. En vooral in periode waarbij er een toenemend beroep wordt gedaan op SEHs (bv Corona crisis)

### **Belangrijkste conclusies nav HKS;**

- Sluiting en reduceren van SEHs en daarnaast onderverdeling in laag en hoog complexe acute zorg leidt **direct tot verslechterde kwaliteit** van acute zorg en niet tot kosten efficiëntie.
- Sluiting van SEHs zal het aantal SEH stops en crowding doen toenemen, met als gevolg toename mortaliteit en morbiditeit van patiënten die op dat moment worden opgenomen via de SEH. Het leidt tot toenemende mentale druk en burn-out bij SEH-personeel.
- Crowding en SEH stops zijn financieel nadelig voor ziekenhuizen. En leiden tot langere opname duur in ziekenhuis (9). Een toename van Crowding en SEH stops is daarom onwenselijk en niet wat HKS beoogt te bewerkstelligen; namelijk kosten reductie.(9,10) maar leidt tot tegenovergestelde; meer crowding, meer stops, minder opname capaciteit
- de Crowding problematiek is complex en wordt niet opgelost door sluiting van SEHs. De oplossing moet worden gezocht in verbetering van in en uitstroom. (1,3,4,5) opname capaciteit, (9, 10). Bewust worden van instroom en verbeteren van doorstroom door maximale ondersteuning (bv ondersteunde medisch specialismen; radiologie en klinische chemie) van SEHs in het doorstroom proces. Hier valt nog een wereld te winnen.(1,3)
- Sluiting van SEHs leidt niet tot betere verdeling van schaars beschikbare acute zorg professionals. Uitstroom van acute zorg-professionals dient een heel andere aanpak dan reduceren van SEHs en op een hoopje gooien van resterend personeel.
- Regionale samenwerkingsverbanden om oneigenlijk gebruik SEH en acute zorg problematiek/ verkeerde bed-problematiek te voorkomen bestaan en dienen te worden geïntensiveerd, ook buiten kantooruren. Verkeerde bed-problematiek en oneigenlijk gebruik van SEHs los je niet simpelweg op met optuigen van regionale spoedposten en laten verdwijnen van regionale, reeds bestaande initiatieven en netwerken.
- de Houtskoolschets leidt niet tot kosten efficiëntie (9,10). Naast toenemende kosten tgv SEH stops en afnemende opname capaciteit. Het zal het daarnaast ook nodige kosten creëren om nieuwe regionale spoedposten op te tuigen en medewerkers om te scholen. Door afname bedden capaciteit moet er veel meer en intensiever vervoer bestaan binnen en buiten regio van patiënten tussen ziekenhuizen
- Er moet in de acute zorg een duidelijk scheiding blijven tussen eerste en tweede lijnszorg
- Overleg over de acute zorg dient te worden gevoerd met SEH-artsen.
- Besluitvorming dient te geschieden o.b.v data, cijfers en reeds beschikbare literatuur
- Aanpassing van DBC-structuren waarbij SEH-artsen als medisch specialisten zelfstandig hun verrichtingen

### Literatuur en verwijzingen

1. Gakeer M.I et al, MC 2018 "Drukke op SEH vergt integrale aanpak"
2. Pines JM "ED Crowding is associated with with poor care for patients with sever pain", Ann Emerg Med 2008; 51 (1);1-5;21
3. Morley et al "ED Crowding", a systematic review of causes, consequences and suliotions"
4. M. Gorzeman 2016 Brandbrief "regionale spoedzorg; de rek is eruit
5. Asplin B.R "A conceptual model of Ed crowding" Ann EmergMed 2003, 42; 173-181
6. Nordstrom K. "Boarding of mentally ill patients in the ED" American Psychiatry Association Resource Document, West J Em Med, 2019, 20 (5); 690-695
7. 2twnty4, landelijk platform zorg coördinatie; 2twnty4.nl

8. NEED database; [www.stichting-need.nl](http://www.stichting-need.nl)
9. Foley M et al; "Financial Impact of ED crowding"; West J of EM, 2011, XII-2, 192-197
10. Handel, D.A "ED throughput, crowding and financial outcomes" ACAD EMERG MED 2010, 17, No 8; 840-847
11. capaciteitsorgaan, plan medisch specialisten 20-23