

Brandbrief 'Regionale spoedzorg - de rek is er uit'

Steeds vaker moeten ziekenhuizen de poort voor spoedzorg sluiten. Alleen al in het laatste kwartaal van 2015 gebeurde dit in de regio Amsterdam ruim 600 keer. Reden: door afbraak van chronische zorg voor, met name, ouderen kunnen ziekenhuizen de patiëntenstroom soms niet meer verwerken en dreigen daardoor niet langer verantwoorde zorg te kunnen garanderen. Dit is een complex probleem met vele onderliggende oorzaken. Tot nu toe is het steeds goed afgelopen, maar als er niets verandert gaat het een keer mis.

Toename aantal stops

Binnen het Regionaal Overleg Acute Zorg van de regio Noord-Holland en Flevoland hebben ziekenhuizen en meldkamers ambulancezorg afspraken gemaakt over het afkondigen, communiceren en afstemmen van sluitingen (stops). Met een stop geven ziekenhuizen aan dat zij tijdelijk geen extra patiënten meer kunnen opvangen die via 112/ambulance worden gepresenteerd. Om deze stops inzichtelijk te maken zijn alle ziekenhuizen en meldkamers uit Noord-Holland en Flevoland aangesloten op het Acuut Zorgportaal. Uit analyses blijkt dat het aantal stops sinds 2013 ieder jaar is verdubbeld, met als uitschieter het laatste kwartaal van 2015. Het komt zelfs voor dat alle ziekenhuizen in Amsterdam tegelijkertijd een stop voor de spoedeisende hulp (SEH) of eerste harthulp (EHH) afkondigen. Stops op de SEH (en de EHH) zijn in de regio Noord-Holland een dagelijks terugkerend probleem. Gemiddeld worden er alleen al in Amsterdam op een dag maar liefst acht stops afgekondigd. Zo'n stop kan een paar minuten duren, maar ook een paar uur.

Zwaardere patiëntenpopulatie

De afgelopen jaren is de zorgzwaarte van patiënten die op de SEH komen fors toegenomen. Het SEH-personeel ziet met dezelfde hoeveelheid personeel als 10 jaar geleden veel ziekere, met name oudere, patiënten. Waardoor is die populatie in de laatste jaren zo veranderd? Uiteraard vergrijsst de bevolking, maar deze verandering is geleidelijk. Het grote verschil is dat veel ouderen die een paar jaar geleden nog in verzorgingshuizen en verpleegtehuizen terecht konden, nu thuis moeten blijven wonen. Als gevolg van het kabinetsbeleid sluit bijna de helft van de verzorgingshuizen hun deur. Met deze keuze gaat de regering voorbij aan het feit dat de bewoners van deze huizen daar zitten, omdat ze hulpbehoevend zijn. Daarnaast hebben de gemeenten veel te weinig thuiszorg ingekocht, zodat verpleging en verzorging aan huis voor veel ouderen ook niet goed geregeld is. Hierdoor kan niet vroegtijdig eenvoudige medische hulp of verpleging worden geboden, waardoor de hulpvraag snel escaleert in een spoedzorgvraag en onvermijdelijk ziekenhuisbezoek. Huisartsen worden soms radeloos van machteloosheid omdat ze een zieke oudere patiënt thuis niet meer kunnen managen; de enige oplossing is dan nog het ziekenhuis.

Binnen de poorten van het ziekenhuis vragen deze kwetsbare oudere patiënten relatief veel tijd: hun klachten zijn vager, ze hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijk (waardoor meer verschillende artsen worden betrokken en veel aanvullend onderzoek nodig is). Bovendien zijn ze vaak zieker (hogere urgentie) dan de gemiddelde SEH-bezoeker. Een bijkomend probleem: als de acute klachten zijn verholpen, is de conditie van deze patiënten vaak niet direct goed genoeg om terug naar huis te gaan, maar te goed voor een opname in het ziekenhuis. Inderdaad, ze zouden idealiter verder revalideren (of verblijven) in een verzorgingshuis, verpleegtehuis of wijkziekenboeg, maar al deze voorzieningen worden juist op grote schaal gesloten. Personeel belt zich suf om een opvangplek te vinden voor deze mensen, soms ver



TraumaNet AMC

buiten de regio Noord Holland, en kan dus niet aan het bed staan om andere patiënten te helpen. Al die tijd liggen deze ouderen op de SEH te wachten, waar ze door de andere verpleegkundigen in de gaten moeten worden gehouden en waar ze bedden bezet houden die niet voor andere spoedpatiënten kunnen worden gebruikt.

Met andere woorden: het kabinetsbeleid om te bezuinigen op verpleeghuiszorg en thuiszorg leidt tot het overstromen van de zorgvraag op de SEH's van de ziekenhuizen, een plek die daar niet voor bedoeld is, daar niet op voorzien is en ook nog eens veel duurder is.

Personeelstekort

De benodigde extra tijd heeft het personeel van de SEH eigenlijk niet. Er is amper voldoende personeel om de roosters rond te krijgen. Tegelijkertijd leidt versnippering van de SEH zorg over te veel instellingen in de stad tot inefficiëntie. De te hoge werkdruk die van dit alles het gevolg is, leidt weer tot langdurig ziekteverzuim en uitstroom van verpleegkundigen naar andere werkplekken. Nieuw personeel vinden is moeilijk en moet ook eerst worden opgeleid. Er is zelfs een tekort aan uitzendkrachten. Er zijn dagen dat uitzendbureaus helemaal naar Limburg bellen om beschikbare verpleegkundigen te zoeken.

Dit personeelsprobleem speelt zich niet alleen af op de SEH. Ook op verpleegafdelingen kampen veel ziekenhuizen met toenemende personeelstekorten. Als gevolg daarvan stagneert de uitstroom van de SEH, en houden de patiënten daar de bedden bezet. Deze mensen moeten dan worden overgeplaatst naar een ander ziekenhuis met ambulancevervoer. Omdat overplaatsingen geen 'spoed' betreft, kan het wel een paar uur duren voordat hiervoor een ambulance beschikbaar is; spoedvervoer heeft uiteraard voorrang. In het eerste kwartaal van 2016 werden al meer mensen vanuit de Amsterdamse SEH's overgeplaatst dan in heel 2015. De belasting voor de ambulancediensten (en de patiënten) is enorm. En ondertussen verstopt de SEH.

Piekbelasting

Een volle SEH kan piekbelastingen slecht verwerken. De ambulance rijdt meestal naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Hierdoor kan het zijn dat er meerdere (hoge urgentie) patiënten bij hetzelfde ziekenhuis tegelijk worden binnengebracht. Verder is er op doordeweekse dagen in de middag altijd een piek van patiënten, omdat huisartsen pas in de loop van de dag visite lopen en vervolgens dikwijls patiënten moeten doorverwijzen naar het ziekenhuis. Al deze factoren samen zorgen er voor dat de SEH's in de regio met regelmaat overlopen. Als er één de poort sluit volgen er vaak meer. SEH's zijn niet toegerust om volledige patiëntstromen uit een ander ziekenhuis over te nemen. Kwalitatief verantwoorde zorg komt daarbij in het geding.

Oplossingen

Dat er iets moet veranderen is duidelijk. Deels kunnen we als ziekenhuizen de problemen zelf en in regionaal verband te lijf gaan, maar een deel moet landelijk worden aangepakt. Ziekenhuizen kunnen zelf hun interne uitstroom van de SEH verbeteren door Acute Opname Afdelingen in te richten. Hier kunnen diagnoses worden gesteld, behandelplannen gemaakt en/of patiënten kortdurend worden geobserveerd en behandeld zonder de SEH langer dan nodig te belasten. Een proef zoals in het Udense ziekenhuis Bernhoven toont aan dat het zien van patiënten direct aan de poort door specialisten zelf, en dus niet alleen artsen-in-opleiding, leidt tot efficiëntie in het zorgproces. De externe uitstroom kan worden verbeterd door duidelijkere afspraken te maken over kortdurend eerstelijnsverblijf. Piekbelasting kan worden ondervangen door de meldkamers ambulancezorg meer regie te geven en patiënten actiever te



TraumaNet AMC

spreiden over de regio. Daarvoor moeten ze meer inzicht krijgen in hoe hoog de druk is. Dit wordt mogelijk als ziekenhuizen kunnen aangeven dat ze 'gebypassed' willen worden. In tegenstelling tot een 'stop', zit een SEH bij een bypass nog niet helemaal aan zijn taks/maximum capaciteit. Het geeft wel aan dat ze die op dat moment bijna bereikt hebben. Ook kan onderzocht worden of bepaalde via de huisarts verwezen patiënten met lage urgentie spoedzorg kunnen worden ingepland. Deze patiënten krijgen zogenaamde time-slots op de SEH, net zoals de huisartsenposten momenteel werken. Bijkomend voordeel: ze hoeven niet meer (zo lang) te wachten.

Op landelijk niveau is het Capaciteitsorgaan aan het berekenen hoeveel specialistisch verpleegkundigen op korte én lange termijn moeten worden opgeleid om de tekorten in de toekomst te voorkómen. Om werkelijk het tij te kunnen keren hebben wij de hulp nodig van landelijke spelers. Wij doen daarom een oproep aan de instanties die hiertoe bij machte zijn. **Ministerie van VWS**: herzie uw beleid ten aanzien van verzorgings- en verpleegtehuizen. In deze tijden van vergrijzing is het niet werkbaar gebleken deze voorzieningen te sluiten. **Gemeentes**: koop voldoende thuiszorg in. Door dit slecht uitgevoerde overheidsbeleid treedt een verschuiving op van het probleem naar de ziekenhuizen die extra belast worden met de groep kwetsbare ouderen en bovendien duurder zijn. **Zorgverzekeraars**: spoedzorg is een basisvoorziening die zich niet goed laat plannen; de patiënt is uiteindelijk de dupe van de efficiëntiedrang. Probeer daarom geen productieafspraken te maken die van invloed zijn op de spoedzorg. **Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Artsen**: welk minimum aantal artsen en verpleegkundigen per bed op de SEH is nog verantwoord? Neem, naast de aantallen, zorgzwaarte mee in uw berekeningen om dit te bepalen. Dit vergemakkelijkt de discussies met zorgverzekeraars en ministerie. Andere **acute zorg regio's** en het **Landelijk Netwerk Acute Zorg**: laten wij de handen ineen slaan om onze missie te vervullen dat de acute patiënt daadwerkelijk zo snel mogelijk de best beschikbare zorg ontvangt op de juiste plaats.

Het is duidelijk dat dit een complex probleem is met vele onderliggende oorzaken. Dé oplossing hebben wij niet, maar onze oproep aan bovenstaande instanties (en daarmee dus ook aan ons zelf): erken dit probleem en probeer met elkaar passende oplossingen te vinden. Wij zijn graag bereid met de betrokken partijen in gesprek te gaan.

Tenslotte wijzen wij alle lezers op het feit dat het tot nu toe gelukkig steeds goed is afgelopen met de patiënten, maar dat als u en wij niet onze verantwoordelijkheid nemen er niets verandert en het een keer mis gaat. De rek is er nu écht wel uit.

Over de auteurs:

- Prof. Dr. Carel Goslings is traumachirurg, hoofd Trauma Unit AMC en voorzitter van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) regio Noord Holland en Flevoland;
- Drs. Michiel Gorzeman is SEH arts, unitvoorzitter SEH OLVG Oost en West, en voorzitter van de ROAZ focusgroep SEH regio Noord-Holland en Flevoland;
- Drs. Mariska Offeringa-Klooster is stafadviseur TraumaNet AMC;
- Dr. Jocelyn Berdowski is stafadviseur bij TraumaNet AMC.

Relevante literatuur:

- Van der Linden, M.C. (2015): *Emergency Department Crowding Factors Influencing Flow* (Proefschrift, UvA);
- Olsthoorn, S. Minder zorg, minder omzet, ziekenhuis blij. FD. 4 maart 2016 (<http://fd.nl/economie-politiek/1141984/minder-zorg-minder-omzet-ziekenhuis-blij>);

Brandbrief 'Regionale spoedzorg – de rek is er uit' (19 mei 2016)



TraumaNet AMC

- Regionale procedure voor het Acute Zorgportaal: afspraken, communicatie en afstemming rondom capaciteit (stops) ziekenhuizen in de ROAZ-regio's AMC en VUmc (www.TraumaNetAMC.nl/ROAZ/ict-projecten/AcuteZorgportaal).

Deze brief is verstuurd aan de volgende instanties:

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- Zorgverzekeraars Nederland
- Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Artsen
- Landelijk Netwerk Acute Zorg