



DOORSTROOMSNELHEID OP DE SEH GESTEGEN

# Langer wachten op spoedeisende hulp

*Zorgvisie heeft een enquête gehouden* onder ziekenhuizen om een beeld te krijgen van de doorstroomsnelheid op de spoedeisendehulpafdeling. Ziekenhuizen halen alles uit de kast voor een vlotte doorstroom, *maar het is een 'veelkoppig monster'*.

tekst Bart Kiers beeld iStock

**P**ATIËNTEN RAKEN SOMS van de radar als ze moeten wachten op de seh tot elders in het ziekenhuis plek is,' vertelt Marieke Visser, neuroloog in het VUmc en expert op het gebied van spoedzorg. 'Ze liggen in een aparte ruimte te wachten met een initiële eerste diagnose, maar de aandacht van het seh-personeel gaat alweer naar nieuwe patiënten uit. Dan is er een risico dat hun toestand verslechtert of dat ze niet de juiste zorg krijgen.' Wachten op de spoedeisende hulp is niet goed voor patiënten. Daar is iedereen het over eens. Patiënten die langer dan vier uur wachten worden eerder opgenomen en hun mortaliteit is substantieel hoger, blijkt uit talloze onderzoeken. Patiënten in Nederlandse seh's moeten vaker langer wachten. De gemiddelde wachttijd is in 2017 met circa 4,5 procent toegenomen tot 170 minuten. Wat is er aan de hand?

### Onvoldoende capaciteit

Het AMC luidde vorig jaar de noodklok over drukte op de seh's in Amsterdamse ziekenhuizen. Dat is in 2017 niet anders. De Amsterdamse seh's sluiten nog regelmatig hun deuren voor nieuwe patiënten, omdat er vanwege acute drukte onvoldoende capaciteit is. 'Als er een fors ongeluk is gebeurd op de A2 en er is al een CVA-patiënt op de seh, dan hebben we alle handen aan het bed nodig,' zegt Jan Luitse, hoofd seh in

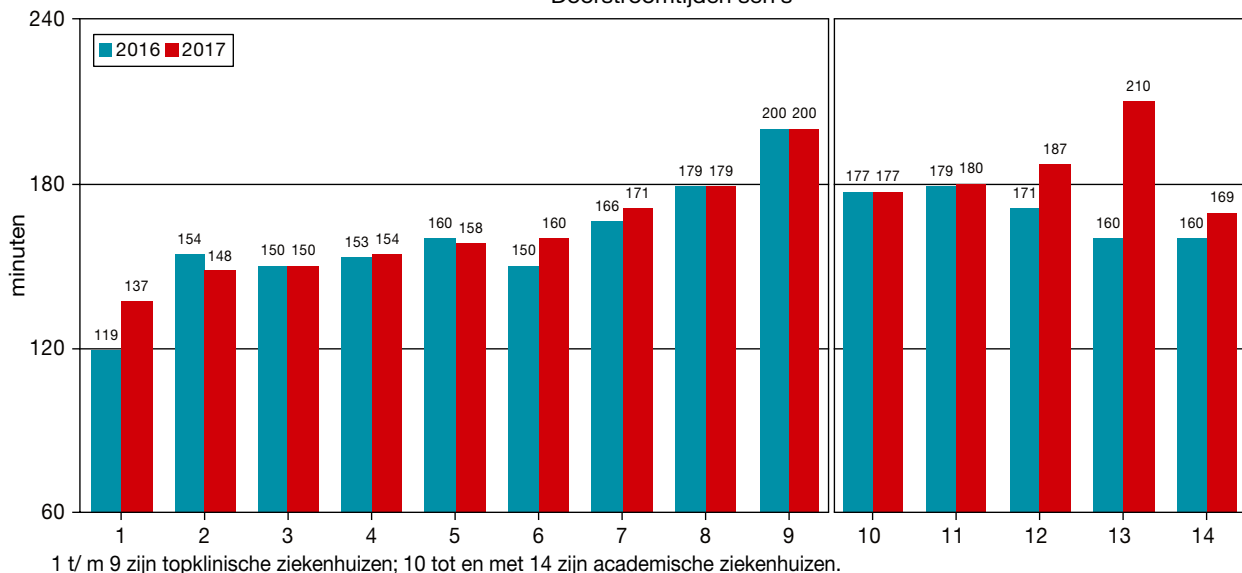
## ENQUÊTE DOORSTROOMSNELHEID SEH

Zorgvisie heeft ruim twintig ziekenhuizen benaderd, veertien hebben op tijd bruikbare antwoorden gegeven. Ze wilden alleen meedoen als de antwoorden werden geanonimiseerd. Het zijn vijf academische ziekenhuizen: AMC, Radboudumc, UMCU, VUmc en UMCG en negen topklinische ziekenhuizen: Medisch Spectrum Twente, Catharina Ziekenhuis, St. Antonius Ziekenhuis, Isala, Meander medisch centrum, Elisabeth Tweesteden, Amphia ziekenhuis, MC Haaglanden en Zuyderland. Het zijn allemaal grote ziekenhuizen, met een level 1 of 2 seh. Toch zijn de cijfers over doorstroomsnelheden moeilijk te vergelijken, omdat de ziekenhuizen verschillen in patiëntenmix. Ook kan de organisatie van de seh een vertekend beeld geven, omdat sommige ziekenhuizen patiënten snel doorsturen naar een aparte acute-opname-afdeling, terwijl andere ziekenhuizen onderzoeken helemaal afmaken op de seh. De cijfers geven niet meer dan een trend aan.

het AMC. Hij was een van de opstellers van de brandbrief een jaar geleden, waarin een direct verband werd gelegd tussen de drukte op de seh's en het kabinetsbeleid om ouderen langer thuis te laten wonen en verzorgingshuizen te sluiten. Buiten kantoor tijden belanden kwetsbare thuiswonende ouderen met acute problemen al gauw in het ziekenhuis. Bij het AMC is het aantal 70-plussers op de seh sinds 2013 met 30 procent gestegen. Bij het VUmc groeit het aantal 70-plussers jaarlijks met 1 à 2 procent. 'Dat lijkt niet veel,' zegt Joost van Galen, hoofd seh-VUmc, 'maar het zijn vaak complexe patiënten met meerdere aandoeningen. Ze hebben veel diagnostiek nodig en worden vaker opgenomen.' Een deel van hen gaat naar de acute-opna-

meafdeling van het VUmc, die met 24 bedden een royale capaciteit heeft. Daar verblijven ze maximaal 48 tot 72 uur. Daarna gaan ze naar een verpleegafdeling of naar huis. Het komt echter regelmatig voor dat er geen medische noodzaak meer is voor ziekenhuisverblijf, maar dat de ouderen toch te slecht zijn om naar huis te sturen. 'Dan wordt een tijdelijk bed gezocht in de revalidatie of in een verpleeghuis. Dat geregeld kost veel tijd,' aldus Van Galen. De problematiek met de kwetsbare ouderen beperkt zich niet tot de Randstad. 'Het komt hier later en minder heftig,' zegt Victor Jansen, medisch manager in het Medisch Spectrum Twente (MST). 'We constateren dat meer ouderen met complexe problemen 112 bellen omdat het thuis niet meer gaat.' Het zijn er >

Doorstroomtijden seh's



- > meer en de zorgvraag is complex,' zegt ook Marieke van Schijndel, seh-hoofd in het Catharina Ziekenhuis.

### Personeelsbezetting

Maar het zijn niet alleen ouderen die zorgen voor drukte op de seh's. 'De doorstroom op de seh wordt bepaald door de personeelsbezetting, de wijze waarop aanvullend onderzoek is geregeld en het aantal medisch specialisten dat erbij betrokken is,' legt Ties Eikendal uit, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen. 'De doorstroom hangt nauw samen met de uitstroom van patiënten naar afdelingen, verpleeghuizen, revalidatiecentra, de opnamecapaciteit aan eerstelijnsverblijf-bedden en plekken bij de acute ggz.'

Patiënten moeten lang wachten als ze veel diagnostiek nodig hebben. Of als het lastig is om een bed te regelen op de afdeling of elders. Ook moeten patiënten regelmatig wachten op vervoer naar een

**De juiste mix van personeel op de seh is volgens veel ziekenhuizen cruciaal. Santeon, het samenwerkingsverband van zeven topklinische ziekenhuizen, stelt bezettingnormen op voor het aantal verpleegkundigen op de seh.**

ander ziekenhuis of naar huis, vanwege een tekort aan ambulances. Een aparte groep vormen patiënten met vage en/of complexe klachten. Hierbij zitten (toch weer) verhoudingsgewijs veel kwetsbare ouderen. Omdat niemand precies weet wat ze hebben, krijgen ze te maken met opeenvolgende verschillende specialisten. De medisch specialisten stellen niet samen een diagnose, maar werken na elkaar. 'Elke specialist moet zijn plasje erover doen,' zegt een klinisch geriater op anonieme basis. 'Het zou veel beter zijn als voor zulke patiënten een diagnostisch team beschikbaar is van internisten, neurologen, chirurgen en de klinisch geriater, die samen de diagnose doen.'

Een andere groep patiënten die voor vertraging op de seh zorgen, zijn mensen met psychiatrische klachten. Als de acute ggz-opvang vol zit, is de seh in ziekenhuizen in grote steden een alternatief. 'Maar een speciale psychiater van de ggz is niet altijd direct beschikbaar

### DOORSTROOM 2016 VERGELEKEN MET 2017

De gemiddelde wachttijd is in 2017 toegenomen met 4,4 procent. In 2016 verbleven patiënten gemiddeld 162,9 minuten op de seh, in 2017 is dat 170 minuten. Patiënten moeten gemiddeld dus 7,1 minuten langer wachten op de seh.

Dat langere wachten gebeurt vooral in de academische ziekenhuizen. Daar nam de gemiddelde wachttijd toe van 171,8 minuten in 2016 tot 188,5 minuten in 2017, een toename van 10 procent. In topklinische ziekenhuizen nam de gemiddelde doorstroomtijd licht toe. Waren patiënten in 2016 159 minuten op de seh, in 2017 was dat 161,8 minuten, een toename van 1,8 procent. Opvallend is dat er tussen de negen topklinische ziekenhuizen grote verschillen zijn. Twee ziekenhuizen wisten de doorstroomsnelheid zelfs licht te verbeteren met twee minuten. Bij drie topklinische ziekenhuizen bleef de doorstroom gelijk. Bij drie topklinische ziekenhuizen moesten patiënten respectievelijk 5, 10 en 18 minuten langer wachten. Het ziekenhuis waar de wachttijd het meeste toenam, is met 137 minuten nog steeds veruit het snelste. De gemiddelde wachttijd bij topklinische ziekenhuizen varieert van 137 tot 200 minuten.

Ook bij de academische ziekenhuizen zijn er grote verschillen. De doorstroomtijd varieert van 160 tot 210 minuten. Bij twee academische ziekenhuizen stijgt de wachttijd niet of nauwelijks (1 minuut). Bij één umc neemt de wachttijd toe met 16 minuten, bij de ander met 9 minuten, bij de vijfde met maar liefst 50 minuten.

baar voor een diagnose,' vertelt Van Galen. Ook het tekort aan seh-verpleegkundigen leidt tot vertraging op de seh. Dat lijkt met name in de Randstad te spelen, alhoewel er meer regio's zijn die hier last van hebben. Jan Luitse van het AMC ziet nog een oorzaak: de permanente druk om de ligduur te verkorten in ziekenhuizen. Voor het merendeel van de patiënten pakt snel ontslag goed uit, maar voor een deel leidt dat tot ingewikkelde heropnames. 'Denk aan patiënten die een chemokuur volgen en met koorts worden opgenomen. Of patiënten die thuis nierdialyse doen en met een complicatie worden opgenomen. Zo komt een deel van de planbare zorg terug bij de acute zorg, zonder dat er in de bekostiging rekening mee is gehouden.'

### Norm opgelegd

Wat is een goede norm voor de doorstroomsnelheid op de seh? Ziekenhuizen verschillen daarin enorm: van twee tot vier uur. In Engeland heeft de NHS circa tien jaar geleden van bovenaf een vieruursnorm opgelegd. Ziekenhuizen die

aan de norm zouden voldoen, kregen een financiële bonus, waardoor ze kunstgrepen uithaalden om die te halen. Nederlandse experts zijn daar niet enthousiast over. 'Het gevolg was dat ze vooral patiënten hielpen die het langste wachtten. Er ontstond een stuwmeer van patiënten die na 3,30 à 3,50 uur wachten werden geholpen. Aan de werkprocessen zelf werd niet veel veranderd. Zo moet het dus niet,' zegt Jansen van het MST.

### STREEFTIJD QUA DOORSTROOM

Er zijn enorme verschillen tussen ziekenhuizen in de normtijd voor de doorstroom op de seh. Die varieert van 120 minuten tot 240 minuten. Bij de topklinische ziekenhuizen mikken vier op 180 minuten; drie halen die norm, één niet. Twee leggen de lat hoger op 120 minuten, zonder die te halen. Eén mikt op 150 minuten en haalt die ook. Twee stellen de norm op 240 minuten en halen die. Bij de academische ziekenhuizen hanteren drie een norm van 240 minuten, die ze ook halen. De andere twee stellen de norm op 180 minuten. Eén haalt die, de ander niet.

## 'Het ontslag van de patiënt begint bij binnenkomst'

# ‘Sturen op doorstromingsnelheid heeft alleen zin *als de zorg efficiënter en beter wordt*’

Alleen focussen op de doorstromingsnelheid verschuift het probleem naar een andere onderdeel van de keten, vindt ook Eikendal. ‘Wij kunnen wel heel erg gaan duwen om patiënten van de seh af te krijgen, maar wat betekent dat voor het aantal heropnames en complicaties? Sturen op de doorstromingsnelheid heeft alleen zin als de zorg efficiënter en beter wordt. We moeten leren van verschillen.’

Een *target* voor alle patiënten vindt Luitse onverstandig. Hij ziet meer in een streeftijd per categorie patiënten. ‘Voor de complexe oudere is drie uur te kort. Dan loop je het risico op slechte zorg. Dat moet je niet afracellen. Maar voor iemand met een gebroken vinger kan een half uur prima zijn.’

## Veelheid aan maatregelen

Een quick-fix voor drukte op de seh bestaat niet, omdat de problematiek zo ingewikkeld is. Luitse: ‘Het is een veelkoppig monster. Je kunt niet aan een knop draaien om het op te lossen.’ Ziekenhuizen nemen dan ook een veelheid aan maatregelen. Ze proberen labonderzoek, radiologie en ander aanvullend onderzoek te versnellen. Maar buiten kantoor tijden is dat lastig, vanwege de beperkte bemensing. Het Catharina Ziekenhuis doet een echo direct na een CT-scan als dat nodig is, zonder te wachten op een extra arts-consult. Om de doorstroom op de seh te versnellen, probeert het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein het overleg met de supervisor te verbeteren.

Ziekenhuizen proberen ook te sturen op een vlotte uitstroom. Het Catharina

Ziekenhuis heeft een speciale beddencoördinator aangesteld om de zoektocht naar een bed op de verpleegafdeling te verkorten. Ook creëren ziekenhuizen noodopvang van bedden naast de seh, waar ouderen wachten op opname. En ze maken afspraken met verpleeghuizen over eerstelijnsverblijfbedden. Ook proberen ze een ambulance vrij te spelen puur voor transport naar andere ziekenhuizen.

Het St. Antonius laat drie verpleegkundig specialisten *low-care*-behandelingen doen, relatief lichte aandoeningen zoals een gebroken pols. Voorheen deden A(N)IOS die. ‘De verpleegkundig specialisten werken twee keer zo snel als AIOS’, zegt Maurice Beekwilder, hoofd seh van het St. Antonius. Ziekenhuizen die de triage samen met de huisartsenpost doen, zoals het Catharina, kunnen zelfverwijzers met eenvoudige aandoeningen doorsturen. ‘Dat scheelt enorm’, zegt Van Schijndel.

Het Radboudumc doet aan continue monitoring van doorlooptijden en zet die om in spiegelinformatie op de werkvloer. Hierbij speelt de seh-arts als regisseur spoedzorg een belangrijke coördinerende rol, met name richting poortspecialismen. Ook in andere ziekenhuizen worden data over wachttijden besproken met afdelingen en worden streeftijden afgesproken. De seh in het VUmc doet minimaal twee keer per dag een sta-sessie met de coördinerend seh-arts, seh-verpleegkundige en eventueel nog een ervaren specialist. Van Galen: ‘We bespreken wat de patiënten nodig hebben en hoe we dat gaan regelen. Alertheid is belangrijk. Het ontslag

## PERCENTAGE LANGER DAN 12 UUR

Het percentage patiënten dat langer dan 12 uur op de seh verblijft, is erg klein. In de meeste ziekenhuizen 0, of tussen de 1 en 0 procent. In één ziekenhuis ligt dat percentage tussen de 1 en 2 procent, bij een ander op 3 procent.

van de patiënt begint bij binnenkomst. Dan al worden de wieltes in werking gezet om bijvoorbeeld thuiszorg te regelen of een bed op een andere afdeling.’

## Betere bezetting

Veel ziekenhuizen werken van oudsher nog met A(N)IOS op de seh, de artsen met de minste ervaring. Dat lijkt te veranderen. De trend is om ervaren specialisten meer op de seh te laten meedraaien. Het Catharina heeft net geld vrijgemaakt om meer seh-artsen aan te stellen voor een betere bezetting in de nacht en op drukke momenten. ‘Hoe meer seh-artsen en ervaren specialisten op de seh staan, hoe minder overmatige diagnoses en consulten er zijn’, stelt Jansen van het MST. Luitse van het AMC zegt: ‘Wat zeker gaat gebeuren is een 24/7 aanwezigheid van ervaren specialisten op de seh. Overdag is de acute internist in grote ziekenhuizen al op de seh. Bij kwetsbare ouderen kijkt de klinisch geriater sinds kort ook mee. Maar ’s nachts is dat te kostbaar, een peperdure kracht die weinig te doen heeft. Dat lukt dus alleen als er voldoende volume aan zorg is. Als het VUmc en AMC de seh samenvoegen.’ Ook Visser van het VUmc verwacht dat het die kant op gaat. ‘Bij patiënten met meerdere klachten zou het goed zijn als er direct bij binnenkomst een team van specialisten klaarstaat. Anders doet elk specialisme na elkaar zijn eigen onderzoek. Specialisten meer vooraan in de keten, dat is wel waar het naartoe gaat, verwacht ik.’ ■

## BINNEN VIER UUR VAN DE SEH

Het percentage patiënten dat binnen vier uur weer van de seh af is, varieert bij topklinische ziekenhuizen van 80 tot 90 procent. Het gemiddelde bedraagt 84 procent. Bij de meeste umc's ligt dat percentage tussen de 70 en 80. Maar bij één umc is de doorstroom slechts 40 procent. Dat academische ziekenhuis wijkt qua werkwijze af. Patiënten gaan daar pas naar de acute-opname-afdeling (AOA) als alle onderzoeken zijn afgerond.