

Ministerie van VWS

**Datum:** 26 september 2016

**Betreft:** Beschikbaarheid SEH-zorg

Geachte mevrouw E.,

In mei heeft het TraumaNet AMC met een brandbrief aandacht gevraagd voor de beschikbaarheid van de acute zorg in ziekenhuizen in hun regio. Naar aanleiding hiervan heeft u het LNAZ verzocht om u te informeren over achtergrond, aard en omvang van aanwezige beperkingen in de beschikbaarheid van SEH-zorg in Nederland en over de maatregelen die acute zorgnetwerken in de regio's nemen om de toegankelijkheid van deze zorg te borgen.

Het LNAZ heeft de acute zorgnetwerken deze vragen voorgelegd. Alle acute zorgnetwerken hebben op deze vragen gereageerd. Wij stellen u op basis van hun reacties en op basis van landelijke informatie, op de hoogte van de beschikbaarheid van de SEH zorg.

#### **Landelijk beeld van ontwikkelingen in de SEH zorg**

Op basis van de antwoorden van de acute zorgnetwerken kunnen een aantal landelijke ontwikkelingen worden gesignaleerd:

- In aansluiting op eerder onderzoek van het RIVM, bestaat er nog steeds toenemende vraag naar (acuut) ambulancevervoer. Zo blijkt uit een inventarisatie van de acute zorgnetwerken TraumaNet AMC en Netwerk Acute Zorg Noordwest dat in Noord-Holland en Flevoland de vraag naar ambulancevervoer in 2015, ten opzichte van 2013, is toegenomen met 10%. Een groot deel van deze patiënten wordt voor verdere behandeling vervoerd naar de spoedeisende hulpen van de ziekenhuizen.
- De acute zorgnetwerken zien de druk op de SEH toenemen<sup>1</sup>. Deze druk wordt niet zozeer veroorzaakt door een toename van het aantal patiënten op de SEH, maar door een verandering in de zorgzwaarte. Patiënten met een lichtere urgentiecategorie, die voorheen als zelfverwijzer op de SEH kwamen, gaan nu vaker naar de huisartsenpost. Tegelijkertijd zien ziekenhuizen een toename van het aantal oudere en ziekere patiënten dat, al dan niet door tussenkomst van een ambulance, de SEH bezoekt.

---

<sup>1</sup> Er bestaat op dit moment geen landelijke registratie van de omvang van de SEH contacten in Nederland. Wel is door NFU en NVZ de omvang van de SEH contacten recent opgenomen als variabele in het datamodel van de DHD (Dutch Hospital Data) die kan worden gerapporteerd.

Deze ontwikkeling wordt onderbouwd door cijfers van verzekeraars, aangeleverd door Vektis. Op basis van de declaratiegegevens van de ziekenhuizen uit vier provincies in Nederland blijkt dat het aantal ouderen ( $\geq 75$  jaar) op de SEH in de eerste helft van 2015 met 9% is gestegen ten opzichte van dezelfde periode in 2014. Ook cijfers uit eerder genoemd onderzoek in de provincies Noord-Holland en Flevoland onderschrijven deze ontwikkeling. In deze regio blijft de omvang van de SEH zorg grofweg gelijk, maar neemt het aantal ouderen ( $\geq 75$  jaar) op de SEH met 10% toe.

- De ziekenhuizen signaleren daarbij dat de oudere ziekere patiënten op de SEH veelal meer zorg nodig hebben, vaak langer op de SEH verblijven en ook vaker aanleiding geven voor ziekenhuisopnamen. Hierdoor neemt dan ook de druk op de acute zorgketen in het ziekenhuis toe.
- Naast deze ontwikkelingen aan de vraagkant geven meerdere regio's aan te maken te hebben met krapte op de arbeidsmarkt van SEH-verpleegkundigen. Dit beperkt regio's op sommige momenten in het opvangen van de drukte op de SEH.
- Tot slot wordt ook de doorstroom van patiënten van de SEH naar afdelingen in het ziekenhuis en de uitstroom naar de vervolgzorg door regio's als een belemmering benoemd bij het opvangen van acute zorg.

Bovenstaande ontwikkelingen zetten druk op de beschikbaarheid van de SEH. Afhankelijk van de lokale omstandigheden kan dit ertoe leiden dat een SEH een piek in de zorgvraag niet altijd kan beantwoorden.

#### **Regionaal beeld aard en omvang van beperkingen in de beschikbaarheid van SEH zorg**

Gevraagd naar de aard en omvang van beperkingen in de beschikbaarheid van SEH zorg geven de acute zorgnetwerken aan dat er in de regio's geen beperkingen bestaan in de toegang tot de direct noodzakelijke acute zorg; een vitaal bedreigde patiënt wordt binnen de regio altijd opgenomen in een lokaal ziekenhuis of in het regionale Traumacentrum.

Wel geven de acute zorgnetwerken aan dat een piek in de zorgvraag aanleiding kan vormen voor een ziekenhuis om de meldkamer ambulancezorg te verzoeken om voor een beperkte periode (maximaal een paar uur) geen patiënten te vervoeren naar het betreffende ziekenhuis. Dit met in achtneming van het gegeven dat een vitaal bedreigde patiënt altijd welkom is. Dit verzoek om een SEH voor een korte periode tijdelijk te ontzien, wordt een 'stop' genoemd. Hierbij is de afspraak dat een capaciteitsprobleem in de regio wordt opgelost.

De mate waarin gevraagd wordt een SEH te ontzien verschilt sterk per regio. Er zijn regio's waar deze verzoeken nauwelijks aan de orde zijn. Daar waar dit wel aan de orde is, varieert dit van één verzoek in de regio per week, tot één verzoek per regio per dag. De regio van het Traumanet AMC rapport daarbij het hoogste aantal 0,3 'stops' per ziekenhuis per dag. Hierbij wordt opgemerkt dat lang niet in alle regio's deze verzoeken worden geregistreerd. De aantallen berusten daarom in een aantal regio's op schattingen. Ook verschilt de aard van de 'stops' en de wijze van registreren tussen regio's. In sommige gevallen betreft het een 'stop' voor een specifiek specialisme in andere gevallen betreft het de hele SEH. Dit maakt de gepresenteerde cijfers niet direct vergelijkbaar.

Op basis van de reacties uit de regio's kan worden geconcludeerd dat de omvang van de 'stops' groter is in het Randstedelijk gebied dan in de rest van Nederland.

De verwachting van de acute zorgnetwerken is dat de druk op de SEH zorg de komende jaren doorzet. Alle acute zorgnetwerken achten maatregelen noodzakelijk om de toegankelijkheid van de acute zorg in de regio te kunnen blijven borgen.

#### **Maatregelen om de beschikbaarheid van de SEH zorg te borgen.**

Het borgen van de beschikbaarheid van de acute zorg, en meer in het bijzonder de SEH-zorg, is in alle regio's onderwerp van gesprek in het ROAZ. In de regio's wordt informatie uitgewisseld over de beschikbaarheid van de acute zorg en waar gewenst wordt afgesproken dit te monitoren of te analyseren. Tegelijkertijd worden lokaal en regionaal afspraken gemaakt en maatregelen genomen om de beschikbaarheid van de acute zorg in de regio te borgen. Het is daarbij overigens niet de verwachting noch de ambitie om de verzoeken tot ontzien, de 'stops', volledig tot nul te reduceren. Het nu en dan over en weer kunnen opvangen van een piek in de acute zorgvraag in de regio, draagt immers ook bij aan een doelmatige zorg.

Afhankelijk van de aard en de omvang van de problemen in de regio's worden in de acute zorgnetwerken acties ondernomen. Deze acties kunnen gericht zijn op de instroom van patiënten op de SEH, de doorstroom op de SEH zelf en de uitstroom van de SEH naar de verpleegafdelingen of de uitstroom uit het ziekenhuis.

De regio's maken melding van diverse maatregelen om de toegankelijkheid van de SEH zorg te borgen. Hieronder worden er een aantal belangwekkende of veel voorkomende benoemd:

- Een aantal regio's heeft binnen de regio afspraken gemaakt over de introductie van 'SEH tijdelijk ontzien'. Indien een SEH zich tijdelijk laat ontzien betekent dit dat gedurende een uur de SEH wordt ontzien van 112 meldingen. Zorg die altijd mogelijk blijft is het stabiliseren van een vitaal bedreigde patiënt en het beoordelen van een bekende patiënt (patiënt is in dat ziekenhuis onder behandeling voor de klacht waarmee hij zich nu meldt. Daarnaast is er voor de ambulanceverpleegkundige altijd de mogelijkheid om een patiënt aan te bieden indien hij dat medisch noodzakelijk acht.
- In meerdere regio's wordt overwogen gebruik te maken van de tool Acut zorgportaal, waarin meldingen kunnen worden gedaan en inzicht bestaat in eventuele beperkingen in capaciteit. Dit om het beleid om de acute zorg toegankelijk te houden te kunnen monitoren. Een aantal ziekenhuizen heeft al besloten deze te gaan gebruiken.
- Eén regio heeft opdracht gegeven om te komen tot een regionale capaciteitsplanning om de toegang en beschikbaarheid van acute zorg te borgen. Dit met inbegrip van afspraken over reductie van capaciteit in bijvoorbeeld vakantieperiodes.
- Er worden acute opnameafdelingen of specifieke afdelingen ingericht voor betere doorstroom van patiënten vanaf de SEH.
- Er bestaan initiatieven om de acute instroom van met name ouderen om te buigen naar reguliere instroom in het ziekenhuis door hierover afspraken te maken met de eerste lijn.
- In een regio zijn huisartsen op een ander tijdstip visite gaan rijden, zodat het aanbod van patiënten richting de SEH verschuift naar de minder drukke uren op de dag.
- Daar waar na analyse blijkt dat de acute zorgvraag in enig ziekenhuis structureel hoger is of in de toekomst wordt, zal vanzelfsprekend uitbreiding van capaciteit moeten plaatsvinden.

Ook worden er specifieke maatregelen gemeld om te voorzien in tekorten aan personeel.

- In een aantal gevallen worden tussen ziekenhuizen in een regio afspraken gemaakt over de mogelijkheden om onderling (SEH) verpleegkundigen uit te wisselen en over het (extra) opleiden van SEH verpleegkundigen.
- Ook wordt melding gemaakt van het inzetten van verpleegkundig specialisten en facilitair assistenten. Er wordt een proef gedraaid met het inzetten van een BMH-er (bachelor medische hulpverlening).

Gelet op de toenemende druk op de SEH's en het gegeven dat de ziekenhuizen ook te maken hebben met uitstroom van SEH personeel naar bijvoorbeeld ambulancediensten, achten de acute zorgnetwerken het nodig om op landelijk niveau (opnieuw) te bezien wat de gewenste opleidingsbehoefte is.

Tot slot leert nadere analyse door het Traumanet AMC in hun regio dat het mede onder invloed van de beleidsmatige veranderingen, het voor de Tweede lijn (en patiënten zelf) soms onduidelijk is welke vormen van verpleeg- en revalidatiezorg er bestaan en wanneer op welke vorm een beroep kan worden gedaan. Ook wordt daarbij gesignaleerd dat het soms ontbreekt aan inzicht in de beschikbare capaciteit. In samenspraak met betrokken (landelijke) partijen wordt gewerkt aan verbeteringen. Deze inzichten en verbeteringen zullen worden gedeeld tussen de acute zorgnetwerken.

#### **Samenvattend**

Resumerend blijkt uit de reacties van de acute zorgnetwerken dat de druk op de acute zorg landelijk toeneemt. Alle regio's hebben de beschikbaarheid van de SEH-zorg in beeld en bespreken deze met elkaar in het ROAZ. De beschikbaarheid van de acute zorg voor een vitaal bedreigde patiënt wordt binnen de regio geborgd.

Bij pieken kan sprake zijn van tijdelijke beperkingen in de toegang tot de SEH in enig ziekenhuis in de regio. De mate waarin sprake is van zogenaamde 'stops' verschilt per regio. Bij deze 'stops' is de afspraak dat de acute zorg altijd wordt opgevangen in de regio.

Partijen nemen zelf, en met hun partners in acute zorgnetwerken, maatregelen om de beschikbaarheid van de SEH-zorg te blijven borgen. De acute zorgnetwerken delen hierbij kennis en inzichten met elkaar, vragen op landelijk niveau aandacht voor afstemming over het opleiden van SEH verpleegkundigen en voor de doorstroming van patiënten uit de ziekenhuizen.

Het LNAZ blijft de ontwikkelingen in de regio monitoren en u de bevindingen rapporteren.

Met vriendelijke groet

Prof. Dr. Ernst Kuipers  
Voorzitter dagelijks bestuur LNAZ