



Parlement en Wetenschap

Factsheet SPOEDZORG IN NEDERLAND: VAN HISTORISCHE ONTWIKKELING TOT HUIDIGE KNELPUNTEN

Deze factsheet is tot stand gekomen in het kader van de samenwerking van de Tweede Kamer met De Jonge Akademie, de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), TNO en de Vereniging Universiteiten van Nederland (UNL).

27 april 2023

Auteurs: prof. dr. Prabath Nanayakkara, hoogleraar acute interne geneeskunde, Amsterdam UMC; prof. dr. Harm Haak, hoogleraar acute interne geneeskunde, Maastricht UMC; prof. dr. Frank Bosch, hoogleraar acute interne geneeskunde, Radboud UMC; dr. Jonne Sikkens, internist acute geneeskunde, Amsterdam UMC; drs. Frank Ouwehand, SEH-arts KNMG, Amsterdam UMC

Centrale vraagstelling

1. Wat is spoedzorg, en hoe heeft de spoedzorg zich vanaf het begin van deze eeuw in Nederland ontwikkeld?
2. Welke knelpunten worden in de wetenschappelijke literatuur gesignaleerd in de organisatie, kwaliteit en toegankelijkheid (beschikbaarheid en bereikbaarheid) van de spoedzorg?

Inleiding

In deze factsheet beantwoorden we de vragen van de Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over acute zorg. Na een schets van de historie gaan we in op een aantal knelpunten: de veranderende demografie; de beddentekorten in de ziekenhuizen; onnodige zorgconsumptie; de juiste zorg voor de juiste patiënt, en het ontbreken van ervaring juist waar zij nodig is. We eindigen de factsheet met een aantal slotoverwegingen.

1. Wat is spoedzorg, en hoe heeft de spoedzorg zich vanaf het begin van deze eeuw in Nederland ontwikkeld?

De Spoedeisende Hulp (SEH) in de huidige vorm bestaat nog niet zo lang en wordt steeds verder ontwikkeld. Om een perspectief te geven brengen we in dit document een korte globale geschiedenis en schetsen we de huidige situatie evenals enkele knelpunten. We sluiten af met een blik op de toekomst, als aanzet voor discussie voor verdere ontwikkeling van spoedzorg met focus op de SEH.

In de tweede helft van de vorige eeuw kenden de ziekenhuizen geen Spoedeisende Hulp in de huidige vorm (organisatorisch en bouwkundig). Patiënten werden opgevangen op een afdeling of locatie die voor andere doeleinden bestemd was. 's Avonds en 's nachts onderzochten en behandelden artsen samen met een opgeroepen verpleegkundige (het nachthoofd) de patiënt. Als het probleem niet kon worden opgelost werd de patiënt opgenomen op de algemene afdeling. Overdag gingen patiënten met een acute zorgvraag naar de polikliniek of direct voor opname naar de algemene afdeling. In het weekeinde

leverden jonge, onervaren artsen alle spoedeisende zorg, terwijl ze tegelijkertijd verantwoordelijk waren voor de zorg voor de in het ziekenhuis opgenomen patiënten. De dienst voor deze jonge artsen begon op vrijdagochtend en eindigde maandagavond.

Er waren in die tijd ook ziekenhuizen met EHBO's (Eerste Hulp Bij Ongelukken). Deze afdelingen waren, zoals de naam suggereert, vooral chirurgisch georiënteerd en dus anders van karakter dan een moderne SEH. Deze EHBO's leverden voornamelijk zorg aan patiënten met bijvoorbeeld botbreuken, de gevolgen van een val op het hoofd, van verkeersongelukken of andere trauma's. Het personeel op EHBO bestond destijds dan ook uit praktisch georiënteerde verpleegkundigen en artsen (zoals chirurgen).

Eind vorige eeuw kwam de ziekenhuiszorg in een stroomversnelling. Met de komst van meer patiënten van ook 'beschouwende' vakken (de niet-chirurgische medisch specialismen) transformeerde de EHBO naar een SEH. De deskundigheid van de medisch professionals op de SEH bleef echter achter. Terwijl enkele rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de deskundigheid op de SEH als de zwakste schakel binnen de acute-zorgketen aanduiden, duurde het geruime tijd voordat medisch specialisten dit ook onderkenden (*Kamerstuk 2003-2004, 29247 nr. 18: Rapport 'Spoedeisende hulpverlening: haastige spoed niet overal goed'*). De komst en ontwikkeling van de SEH-arts vanaf 1999 voorzag in een sterke behoefte. Om aan de behoefte aan gedifferentieerde acute zorg op de SEH te voldoen zijn binnen de medisch-specialistische opleidingen enkelvoudige profielen ontstaan, specifiek voor de acute zorg. Denk aan acute interne geneeskunde, spoedneurologie en spoedanesthesiologie.

De komst van SEH-artsen heeft in de laatste jaren geleid tot verbetering van de kwaliteit en tot professionalisering van de organisatie van de SEH. In tegenstelling tot de SEH's in Angelsaksische landen zijn de SEH's in Nederland open afdelingen gebleven waar, gecoördineerd door SEH-artsen, andere specialismen in teamverband zorg leveren aan acuut zieke patiënten.

Van oudsher hebben de huisartsen in Nederland een centrale rol gespeeld bij het verlenen van spoedzorg. Tot op de dag van vandaag worden de meeste patiënten met een spoedzorgvraag door huisartsen gezien. Zij leveren deze zorg 24 uur per dag, zeven dag per week. Voor individuele huisartsen in een 'solopraktijk' was dit allang niet meer haalbaar en verantwoord. De diensten werden steeds vaker georganiseerd in een huisartsengroep, maar het bleef fysiek en mentaal erg zwaar. Omdat die werkbelasting te groot was ontstonden eind jaren negentig huisartsenposten (HAPs) voor zorg buiten de kantoor tijden. Daarnaast was er steeds meer integratie van HAPs en SEH, wat leidde tot een verbeterde triage en doelmatigheid. Ondanks de grote inzet van huisartsen en andere zorgverleners is de situatie bij veel HAPs nijpend.¹ Veel factoren spelen een rol bij de toegenomen belasting van de HAP, zoals de toename van verrichtingen², veranderende demografie van de patiëntenpopulatie en het personeelstekort. Overigens is er in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Angelsaksische landen juist een lichte afname van het aantal SEH-patiënten te zien in Nederland, met name dankzij het nog steeds goed

¹ Zo schreef de Volkskrant op 26 april 2022: "De huisartsenposten, cruciaal voor de acute zorg, werden nooit eerder zo zwaar belast. Er is een enorm personeelstekort en ze worden steeds vaker gebeld. In Amsterdam is sluiting opeens niet meer ondenkbaar. 'Niemand wil op deze manier spoedzorg leveren.'"

² Zie de [Kamerbrief over beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg](#) van minister Kuipers, 3 oktober 2022

functionerende huisartsensysteem, binnen en buiten kantoor tijden. Het is belangrijk dat systeem te blijven koesteren, ondersteunen en versterken.

2. Welke knelpunten worden in de wetenschappelijke literatuur gesignaleerd in de huidige organisatie, kwaliteit en toegankelijkheid (beschikbaarheid en bereikbaarheid) van de spoedzorg?

1. Veranderende demografie

Door de veranderende demografie zien we onder meer een toename van oudere patiënten met atypische ziektebeelden, multimorbiditeit³ en polyfarmacie⁴. Veel patiënten leven langer dankzij verbeterde behandelingen, zoals geavanceerde soorten chemotherapie en operaties. Deze extra jaren gaan vaak gepaard met comorbiditeit⁵ en complicaties. Mede hierdoor is er een toegenomen gebruik van de acute-zorgketen. Patiënten hebben steeds vaker een chronisch probleem met een acute verslechtering in plaats van primair een acute ziekte. De diagnose en behandeling van deze patiënten neemt relatief veel tijd in beslag en leidt nogal eens tot opname in het ziekenhuis. Als ontslag vanaf de SEH medisch mogelijk is, is er vaak nazorg noodzakelijk die in de praktijk niet acuut en zeker niet op ieder moment van de dag georganiseerd kan worden. Hierdoor moeten patiënten dan toch vaak worden opgenomen in het ziekenhuis. De doorstroom naar de verpleeg- en verzorgplekken schiet vervolgens tekort, en gevoegd bij het gebrek aan thuiszorgcapaciteit leidt dit tot verdere toename van de opnameduur van deze categorie patiënten.

De opnameduur van patiënten neemt mede hierdoor duidelijk toe met de leeftijd. Zo is de opnameduur van patiënten > 70 jaar die ongepland worden opgenomen gemiddeld 8,4 dagen, tegen gemiddeld 5,8 dagen voor de gehele populatie.

Vanuit het werkveld wordt vaak het stijgende aantal ouderen als reden genoemd voor verstopping van de SEH: 'crowding'. Maar een recent landelijk onderzoek van onze hand laat zien dat er over de jaren heen alleen een kleine stijging was in het absolute aantal ouderen dat de SEH bezoekt. Het percentage ouderen op de SEH loopt parallel (oftewel groeit mee) met het percentage ouderen in de totale Nederlandse bevolking. De landelijke trend in aantallen lijkt dus geen verklaring voor de toenemende drukte op de SEH. Het is plausibel dat ouderen op de SEH steeds vaker een complexere zorgvraag hebben, wat een grotere impact zou kunnen hebben dan de aantallen op zichzelf. Het aantal ouderen in Nederland zal blijven stijgen. Het is daarom belangrijk dit onderwerp verder te onderzoeken en hierbij ook te kijken naar de ontwikkeling van het zorgaanbod.

³ Multimorbiditeit betekent dat er meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd aanwezig zijn, die elkaar onderling beïnvloeden.

⁴ Als een patiënt gedurende langere tijd vijf of meer verschillende soorten geneesmiddelen tegelijk gebruikt.

⁵ Comorbiditeit: de aanwezigheid van een aandoening naast een primaire, centraal staande ziekte of aandoening.

2. Beddentekorten in ziekenhuizen

Het aantal ziekenhuisbedden is in de loop der jaren fors afgenomen. Economische drijfveren spelen hierin een rol. Een belangrijke oorzaak is ook het tekort aan verpleegkundigen waardoor de totale fysieke capaciteit van ziekenhuizen zelden volledig kan worden benut. In de dagelijkse praktijk merken wij dat zorgverleners, mede vanwege deze problemen te veel tijd kwijt zijn met het verlenen van niet-medische zorg. Het zoeken naar mogelijkheden om de patiënt op te nemen in een ziekenhuis of de juiste thuiszorg te organiseren is regelmatig een speurtocht met eindeloos telefonisch overleg.

In de afgelopen jaren is het met moeite gelukt om ziekenhuisopnames op peil te houden, vooral door een afname van de opnameduur voor veel ziektebeelden. Inmiddels is de rekrutering: het nog verder verkorten van de opnameduur verhoogt risico's in de thuissituatie gezien de tekorten aan thuiszorg. Dit leidt op zijn beurt het risico op her-presentatie⁶ op de SEH/HAP.

3. Onnodige zorgconsumptie

De onnodige gang naar de huisartsenpost en onterechte verwijzingen naar het ziekenhuis komen helaas nogal eens voor, omdat de huisarts die de patiënt met spoed beoordeelt de patiënt meestal niet kent. Door het ontbreken van een landelijk elektronisch patiëntendossier ontstaan capaciteitsproblemen. Informatie moet via fax, telefoon of website ([TWIIN](#)) opgevraagd worden. Exacte getallen over deze problematiek zijn niet beschikbaar.

Het huidige telefonische triagesysteem (NTS) leidt tot overtriage⁷, met alle gevolgen van dien, zoals toename van de drukte op de huisartsenposten. Spoedpleinen met een triageloket waar de patiënten naar huisartsenposten of SEH's doorgestuurd worden leiden tot afname van onnodige bezoeken aan de SEH's. Er zijn mogelijkheden om de bestaande triagesystemen te verbeteren en doelmatig te maken met behulp van kunstmatige intelligentie. Hiermee kan het aantal SEH-bezoeken nog verminderd worden maar dat leidt wel consequent tot toename van de drukte op de huisartsenposten.

Waar het gaat om onnodige zorgconsumptie spelen diverse factoren een rol: het onvermogen om te gaan met onzekerheid en het opeisen van alle zorg. Hierdoor worden meer mensen naar SEH's verwezen dan nodig is waar zij onnodig worden blootgesteld aan de onbedoelde risico's die daaraan verbonden zijn. Bij verwijzing moet altijd een goede afweging gemaakt worden van de risico's van niet verwijzen vs. wel verwijzen; van niet onderzoeken vs. wel onderzoeken en van niet behandelen vs. wel behandelen. De huidige maatschappelijke druk om alle risico's uit te sluiten, leidt steeds vaker tot wel verwijzen, wel onderzoeken en wel behandelen.

Ook binnen het ziekenhuis kan sprake zijn van onnodige zorgconsumptie. Recent onderzoek, gecoördineerd door Amsterdam UMC, liet zien dat voor bijna 1 op 5 volwassen patiënten die in het ziekenhuis liggen (uitgezonderd intensive-carepatiënten) gold dat zij geen lichamelijke indicatie hadden die ziekenhuisverblijf op dat moment rechtvaardigde. Voornaamste reden was dat patiënten niet op tijd het ziekenhuis konden

⁶ 'Her-presentatie': patiënten die binnen 30 dagen na een SEH-bezoek weer terugkomen op de SEH.

⁷ Overtriage: het (onopzettelijk) overschatten van de urgentie van de gezondheidstoestand van een persoon.

verlaten vanwege het ontbreken van bedden in verpleeg- of verzorgingstehuizen of van de mogelijkheid van thuiszorg. De meerderheid van deze patiënten zijn ouderen met veel comorbiditeit en medicatiegebruik.

4. Juiste zorg voor de juiste patiënt

De meeste patiënten op de SEH (meer dan 90%) hebben geen hoogcomplexere zorg nodig maar meer generalistische, integrale zorg. Bij veel van hen is sprake van een acute verergering of complicatie van chronische ziekten. Het sluiten van SEH's zal de kwaliteit van zorg voor deze patiënten juist doen afnemen. Daarbij zal het beddentekort in ziekenhuizen nog groter worden en daarmee de druk op de acute keten.

Doordat de huisarts in het Nederlandse zorgstelsel functioneert als eerste filter zien wij in Nederland veel minder patiënten (per 100.000 inwoners) op de SEH-afdelingen vergeleken met Angelsaksische landen (bijv. slechts 20% van het aantal in het Verenigd Koninkrijk). Een combinatie van verwaarlozing van de huisartsenzorg, bezuinigingen op ouderenzorg en vergaande specialisatie van zowel de ziekenhuizen als medisch (orgaan)specialisten heeft in deze landen een ongekend zorginfarct veroorzaakt. Het is dan ook zaak om vergelijkbare ontwikkelingen in Nederland voor te zijn. Wat nodig is, is versterking van huisartsenzorg, stimulering van nauwe samenwerking tussen de huisartsenposten en SEH's, reorganisatie van de acute-zorgketen binnen ziekenhuizen (acute-operatiecapaciteit, aantal bedden voor SEH-patiënten enz.), en versterking van de organisatie van thuiszorg, verpleging en verzorging⁸.

5. Ervaring ontbreekt juist waar zij nodig is

Nog vaak worden de ziekste patiënten eerst door onervaren dokters in het ziekenhuis gezien zonder dat daarbij ervaren collega's of supervisors aanwezig zijn. Door het gebrek aan (ervaren) specialisten op de SEH is de besluitvorming onnodig traag, wat de patiënten-doorstroom belemmert. Patiënten wachten op de SEH bovendien vaak lang op radiologische onderzoeken en op (vaak volgtijdelijke) interdisciplinaire consulten. Eerdere opname op een zogenaamde acute-opnameafdeling kan de druk op de SEH doen afnemen. Een ervaren arts kan hiertoe eerder besluiten en de nodige diagnostiek en consulten vandaaruit laten plaatsvinden. De literatuur laat duidelijk zien dat een casus met een groter aantal interdisciplinaire consulten leidt tot een langere verblijfsduur op de SEH. Ook kan de afwezigheid van specialisten op de SEH leiden tot vertraging. Het is belangrijk hierbij te vermelden dat een groot deel van de oorzaken van vertraging van de SEH-doorstroming buiten de directe invloedssfeer van de SEH zelf ligt, maar veroorzaakt wordt door gebrek aan prioritering in de organisatie en capaciteitsproblemen in de rest van de keten.

Slotoverwegingen

In ambtelijke stukken komen wij regelmatig de term zorgcoördinatiecentra tegen. Wij zijn van mening dat het oplossen van de huidige knelpunten in de acute keten een blijvende strijd zal zijn. In hoeverre de genoemde zorgcoördinatiecentra hierin een rol kunnen spelen is vooralsnog onduidelijk. Ondank alle genoemde knelpunten lijkt het acute-zorgstelsel in Nederland in vergelijking met andere Europese landen redelijk te functioneren. Versterking van het huisartsenstelsel – met name HAP's – en verbetering

⁸ VVT-instellingen: verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg

van de coördinatie in de keten met optimale gebruik van bestaande capaciteit zal tal van knelpunten gedeeltelijk oplossen. Veel knelpunten die tot stagnatie *in* het ziekenhuis leiden worden veroorzaakt *buiten* het ziekenhuis (VVT-instellingen). De komende jaren is er meer aandacht nodig om met name de zorg voor ouderen anders te organiseren.

Bronnenlijst

1. What are we waiting for? Factors influencing completion times in an academic and peripheral emergency department. *Neth J Med.* 2015 Aug;73(7):331-40.
2. Long length of stay at the emergency department is mostly caused by organisational factors outside the influence of the emergency department: A root cause analysis. *PLoS One* 2018 Sep 14;13(9):e0202751.
3. Root causes and preventability of emergency department presentations of older patients: a prospective observational study. *BMJ Open.* 2021 Aug 4;11(8):e049543.
4. Experiences and perspectives of older patients with a return visit to the emergency department within 30 days: patient journey mapping. *Eur Geriatr Med.* 2022 Apr;13(2):339-350.
5. Strengths and weaknesses of the acute care systems in the United Kingdom and the Netherlands: what can we learn from each other? *BMC Emerg Med.* 2019 26;19(1):40.
6. Organisation of internal medicine in acute care in the Netherlands: a detailed overview. *Neth J Med.* 2020 Sep;78(5):251-260.

Disclaimer: De Jonge Akademie, KNAW, NFU, NWO, TNO en UNL bemiddelen tussen parlementaire kennisvraag en wetenschappelijk kennisaanbod. De informatie in het kader van Parlement en Wetenschap is afkomstig van vooraanstaande wetenschappers, maar niet onderworpen aan peer review en niet door de wetenschapsorganisaties geverifieerd.



Tweede Kamer
DER STATEN-GENERAAL



Universiteiten
van Nederland

