

Memo

Aan Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Van Prof. dr. Marco Varkevisser
Betreft Rondetafelgesprek over Acute zorg
Datum 19 maart 2024

Inleiding

Hoewel nog niet duidelijk is hoe het toekomstbestendige acute zorglandschap er precies uit komt te zien, ligt door aangescherpte (kwaliteits)eisen en personeelstekorten een reductie van het aantal SEH's – hoewel geen doel op zich – in de lijn der verwachting. En dat brengt, zo is al vaak gebleken, moeilijke beslissingen met zich mee die voor veel maatschappelijke onrust zorgen.¹ Wie moet deze knopen gaan doorhakken? Eerder is richting de Tweede Kamer aangegeven dat de “keuzes van zorgaanbieders en zorgverzekeraars” leidend zullen zijn.² Maar hoe realistisch is het dat zij in onderlinge samenwerking ook de lastige keuzes zullen maken? Of is hiervoor meer nodig?

Als onderzoekers van Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) hebben Nanne van Velzen, Richard Janssen en ik met behulp van documentenanalyse, focusgroepen en interviews de standpunten van alle belangrijke stakeholders vanuit een multidisciplinair perspectief zo objectief mogelijk in kaart gebracht en geanalyseerd ([Van Velzen et al., 2023](#)). De belangrijkste bevindingen van ons onderzoek kunnen als volgt worden samengevat.

Geen overeenstemming over voor- en nadelen

Er blijkt onder stakeholders geen overeenstemming te bestaan over de precieze voor- en nadelen van concentratie van SEH-zorg in minder ziekenhuizen. De genoemde voordelen hebben betrekking op verbeterde kwaliteit van (hoog)complexe acute zorg, oplossingen voor personeelstekorten en kostenbesparingen. De genoemde nadelen zijn onder meer het wegvallen van de samenhang van SEH-zorg met het ziekenhuis als geheel, langere reistijden voor patiënten en maatschappelijke tegenstand. Deze voor- en nadelen worden over en weer in twijfel getrokken en de wetenschappelijke literatuur biedt op dit moment helaas geen uitsluitsel.

¹ Zie bijvoorbeeld het nieuwsbericht '[Zorgen in Limburg over voorgenomen sluiting van spoedeisende hulp in Heerlen](#)', NOS.nl, 23 september 2023.

² Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), [Antwoorden op de vragen van het Kamerlid Van Haga \(Groep Van Haga\) over de gesloten SEH's \(2022Z06893\)](#), 19 april 2022.

Tegengestelde belangen

Daar komt bij dat tegengestelde (financiële) belangen het debat nog ingewikkelder maken. Er liggen gevoelige afwegingen op tafel waarbij de bredere publieke belangen ten aanzien van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg vaak botsen met de eigen belangen van de betrokken stakeholders. Zo houden ziekenhuizen, medisch specialisten en lokale/regionale overheden om verschillende redenen – zoals inkomsten, status en werkgelegenheid – graag vast aan ‘hun’ SEH. Bovendien kunnen zowel de verschillende publieke als de eigen belangen van stakeholders ook onderling botsen. Dit bemoeilijkt het maken van afwegingen.

Besluitvorming

De huidige patstelling is op zich dan ook logisch te verklaren. Maar hoe deze te doorbreken? Over het antwoord op deze vraag verschillen de meningen. Het algemene beeld dat uit ons onderzoek naar voren komt is dat besluitvorming op nationaal niveau in combinatie met voldoende ruimte voor regionaal maatwerk voor een doorbraak zou kunnen zorgen. Zonder centrale besluitvorming lijkt SEH-zorg alleen te worden geconcentreerd na een ziekenhuisfusie of wanneer, zoals in de regio Drenthe Zuidoost-Groningen, sprake is van een breed gedragen gevoel van urgentie.³ Deze afhankelijkheid van zogeheten ‘burning platforms’⁴ vormt geen wenselijk uitgangspunt voor de beoogde veranderingen, omdat dan alleen veranderingen plaatsvinden ten tijde van risicovolle crisissituaties.

Nieuwe aanpak nodig

Op basis van ons onderzoek komen wij tot de conclusie dat bij concentratievraagstukken zoals voor de SEH’s een nieuwe aanpak nodig is om gestructureerde en consistente beleidsbeslissingen te kunnen nemen. Hiervoor zijn twee beleidsaanbevelingen van groot belang.

Ten eerste, zorg voor meer empirische evidentie over de voor- en nadelen van concentratie zodat de discussie over het optimale aantal SEH’s op basis van feiten gevoerd kan worden. De bevindingen uit het buitenland zijn niet zonder meer te vertalen naar de Nederlandse context en bovendien niet eenduidig. Zo vinden studies uit Engeland dat de concentratie van SEH-zorg de korte termijn uitkomsten heeft verbeterd ([Price et al., 2020](#)) en niet heeft geleid tot hogere sterftcijfers ([Knowles et al., 2019](#)). Een evaluatiestudie in Ierland vindt daarentegen dat concentratie aldaar niet heeft geleid tot de beoogde verbetering in veiligheid of efficiëntie en mogelijk zelfs extra capaciteitsproblemen tot gevolg heeft gehad ([Browne, 2020](#)). Voor Denemarken laten [Flojstrup et al. \(2022\)](#) zien dat de grootschalige concentratie van SEH-zorg de algehele ziekenhuissterfte niet heeft verbeterd en eerdere verbeteringen in de 30-dagen sterftetrends zelfs enigszins heeft vertraagd.

³ Zie het rapport [‘Samen vormgeven herinrichting ziekenhuiszorg Drenthe en Zuidoost-Groningen’](#) (juni 2020) en bijvoorbeeld het nieuwsbericht [‘Ziekenhuizen in Drenthe en Groningen sluiten spoedafdeling wegens personeelstekort’](#), Dagblad van het Noorden, 10 september 2021.

⁴ Deze metafoor wordt gebruikt voor situaties waarin onmiddellijke actie vereist is ook al zijn de precieze consequenties van handelen niet helemaal duidelijk.

Voor Nederland is dergelijk empirisch onderzoek nog niet beschikbaar.⁵ Een uniforme kwaliteitsregistratie, zoals de [Netherlands Emergency department Evaluation Database \(NEED\)](#), kan een nuttige bijdrage leveren aan breder empirisch onderzoek in ons land. Vervolgens kan er dan, als doorontwikkeling van het in 2020 door het Zorginstituut Nederland vastgestelde Kwaliteitskader Spoedzorgketen, een cijfermatig onderbouwd landelijk normatief kader van minimale vereisten worden vastgesteld. Dit kader vormt daarmee het bindende raamwerk voor regionale uitwerking en implementatie.

Ten tweede, zorg voor doorzettingsmacht die ingezet kan worden als sprake is een impasse. Uiteraard blijft het belangrijk om alle stakeholders zoveel mogelijk mee te nemen bij beslissingen omtrent de concentratie en spreiding van SEH-zorg. Maar soms is het nodig om een onafhankelijke autoriteit, op landelijk niveau, knopen te laten doorhakken. Dit ligt in de Nederlandse 'zorgpolder' gevoelig en is, zoals de recente gang van zaken inzake de beoogde concentratie van kinderhartchirurgie heeft laten zien, ook niet zonder uitdagingen. Centrale besluitvorming dient in elk geval bovenal transparant en objectief te zijn. En daarnaast is het, om een transitie te vergemakkelijken, dan ook belangrijk om oog te hebben voor de 'verliezers' van concentratie en hen op een passende wijze (tijdelijk) te compenseren.

Literatuur

- Blank et al. (2017), Concentrating emergency rooms: penny-wise and pound-foolish? An empirical research on scale economies and chain economies in emergency rooms in Dutch hospitals, *Health Economics*, 26: 1353-1365
- Browne (2020), The drivers and impact of emergency care reconfiguration in Ireland: results from a large mixed-methods research programme, *Future Healthcare Journal*, 7: 33-37
- Flojstrup et al. (2022), Mortality before and after reconfiguration of the Danish hospital based emergency healthcare system: a nationwide interrupted time series analysis, *BMJ*, 32: 202-213
- Knowles et al. (2019), The impact of closing emergency departments on mortality in emergencies: an observational study, *Emergency Medicine Journal*, 36: 645-651
- Price et al. (2020), Impact of emergency care centralisation on mortality and efficiency: a retrospective service evaluation, *Emergency Medicine Journal*, 37: 180-186
- Van Velzen et al. (2023), Emergency care reconfiguration in the Netherlands: conflicting interests and trade-offs from a multidisciplinary perspective, *Health Economics, Policy and Law*, published online (FirstView): 1-17, <https://doi.org/10.1017/S1744133123000099>

⁵ Wel vinden [Blank et al. \(2017\)](#) dat de concentratie van SEH-zorg veelal niet tot kostenbesparingen op ziekenhuisniveau zal leiden. De reden hiervoor is dat de eventuele schaalvoordelen die uit deze concentratie voortvloeien teniet kunnen worden gedaan door algehele schaalnadelen bij de nu reeds (te) grote ziekenhuizen waar de geconcentreerde SEH's zich zullen bevinden (en die dan meer patiënten voor 'vervolg zorg' gaan krijgen).