



> Redenen SEH-sluitingen

Quickscan redenen SEH-sluitingen
2011-2022 en gevolgen voor bereikbaarheid

Augustus 2024

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Colofon

Projectteam

Saskia van der Erf, Laura Visser

Projectleider: Marin Baelde – marin.baelde@sirm.nl

Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM, Quickscan redenen SEH-sluitingen 2011-2022 en gevolgen voor bereikbaarheid, augustus 2024.

Opdrachtgever

Directie Curatieve Zorg (CZ) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Foto voorblad

Patricia Rehe

ANP

Managementsamenvatting

De toegankelijkheid van de acute zorg, en de SEH in het bijzonder, krijgt veel politieke en maatschappelijke aandacht. Tussen 2011 en 2022 daalde het aantal SEH's met 18 naar 83 (waarvan 3 's nachts gesloten zijn). De directie Curatieve Zorg (CZ) van het ministerie van VWS vroeg adviesbureau SiRM een quickscan op te stellen over de redenen van SEH-sluitingen tussen 2011 en 2022 en om waar mogelijk ook inzicht te geven in de gevolgen van de sluitingen. CZ vroeg SiRM om daarbij ook per SEH-sluiting een factsheet te maken.

De onderzochte SEH-sluitingen waren ofwel het gevolg van een (bijna-)faillissement van het hele ziekenhuis (5 sluitingen), ofwel een profielkeuze van een fusieziekenhuis (13 sluitingen). Op basis van de interviews met (oud-)bestuurders en zorginkopers van zorgverzekeraars concluderen we dat deze laatste sluitingen gericht waren op het zo nuttig mogelijk inzetten van acute-zorgverleners. Ook constateren we op basis van de interviews en deskresearch dat de negatieve gevolgen van de onderzochte SEH-sluitingen beperkt lijken.

Negatieve gevolgen van SEH-sluitingen lijken beperkt

Bij de onderzochte SEH-sluitingen tussen 2011 en 2022 lijken de negatieve gevolgen voor inwoners beperkt. Bij driekwart van de SEH-sluitingen was het effect op de bereikbaarheid van acute medisch-specialistische zorg gering: de gemiddelde totale reistijd naar een (andere) SEH voor inwoners van het verzorgingsgebied was na sluiting minder dan 20 minuten.¹ Bij de SEH-sluitingen met gemiddeld meer dan 20 minuten totale reistijd zijn alternatieve voorzieningen ingericht voor laagcomplexe acute medisch-specialistische zorg. Deze spoedpoli's kunnen een groot deel van de laagcomplexe acute zorgvragen opvangen, zoals kneuzingen, ongecompliceerde fracturen en oppervlakkige (snij)wonden.

Zo nuttig mogelijke inzet van acute-zorgverleners hoofdreden voor SEH-sluitingen

De hoofdreden voor de SEH-sluitingen bij fusieziekenhuizen was het zo nuttig mogelijk inzetten van acute-zorgverleners. Uit de interviews blijkt dat ziekenhuizen over het algemeen juist zeer terughoudend zijn met het sluiten van een SEH. Het is echter lastig om acute-zorgverleners aan te trekken voor SEH's met weinig patiënten, omdat zorgverleners graag nuttig bezig willen zijn en zoveel mogelijk patiënten willen helpen. Hierdoor konden ziekenhuizen niet altijd de juiste bezetting garanderen en ontstonden risico's voor de kwaliteit. Ook in termen van kosten gaven geïnterviewden aan dat het niet doelmatig was om een volledige bezetting in te roosteren op een SEH waar ('s nachts) weinig patiënten komen. Door één van de SEH's te sluiten konden fusieziekenhuizen acute-zorgverleners nuttiger inzetten en tegelijkertijd het verzorgingsgebied van de gesloten SEH blijven bedienen op hun andere SEH.

¹ Het betreft reistijd met de auto, zonder files. We hanteerden een tijdsduur van 20 minuten omdat dit volgens de grafiek met gemiddelde reistijd naar de dichtstbijzijnde (andere) SEH na sluiting voor de inwoners van het verzorgingsgebied (Figuur 1) een natuurlijke grenswaarde bleek. Twintig minuten betreft geen formele norm.

Inhoud

| | |
|--|-----------|
| Colofon | 2 |
| Managementsamenvatting | 2 |
| 1 Aanleiding en conclusie | 4 |
| 1.1 Aanleiding | 4 |
| 1.2 Vraag aan SiRM en aanpak | 4 |
| 1.3 Conclusie | 5 |
| 2 Negatieve gevolgen van SEH-sluitingen lijken beperkt | 6 |
| 2.1 Bij driekwart van de SEH-sluitingen was de gemiddelde totale reistijd met de auto na sluiting minder dan 20 minuten | 6 |
| 2.2 Bij de SEH-sluitingen met meer dan 20 minuten gemiddelde totale reistijd na sluiting zijn alternatieve acute zorgvoorzieningen ingericht | 8 |
| 3 Zo nuttig mogelijke inzet van zorgverleners hoofdreden voor SEH-sluitingen | 10 |
| 3.1 Ziekenhuizen zijn zeer terughoudend om hun SEH te sluiten | 10 |
| 3.2 Het is lastig om acute-zorgverleners aan te trekken voor SEH's met weinig patiënten, wat uiteindelijk tot kwaliteits- en financiële issues kan leiden | 12 |
| 3.3 Fusieziekenhuizen kunnen met een SEH-sluiting acute-zorgverleners nuttiger inzetten en tegelijkertijd het verzorgingsgebied blijven bedienen op hun andere SEH | 13 |
| Bijlage 1. Aanpak | 15 |
| Onderzochte SEH-sluitingen | 15 |
| Geïnterviewden | 16 |
| Bijlage 2. Factsheets per SEH-sluiting | 17 |

I Aanleiding en conclusie

1.1 Aanleiding

De toegankelijkheid van de acute zorg, en de SEH in het bijzonder, krijgt veel politieke en maatschappelijke aandacht. In 2023 en 2024 waren er meerdere voorbeelden van (voorgenomen) SEH-sluitingen en/of afdelingen acute verloskunde die in de Tweede Kamer ter sprake kwamen. Zo werden in februari 2023 Kamervragen gesteld over de (tijdelijke) nachtsluiting van de SEH van Isala in Meppel. Een ander voorbeeld is de motie die de Tweede Kamer op 11 april 2024 aannam met het verzoek aan de minister om de door Zuyderland voorgenomen sluiting van de SEH in Heerlen tegen te gaan.² Ook in het hoofdlijnenakkoord tussen de fracties van PVV, VVD, NSC en BBB komt het onderwerp terug. De coalitiepartijen benadrukken daarin het belang van de bereikbaarheid van acute zorg in de buurt.

Tussen 2011 en 2022 is het aantal SEH's met 18 afgenomen naar 83 (waarvan 3 's nachts gesloten zijn). Bij 5 van de SEH's die in deze periode zijn gesloten was de aanleiding een (bijna-)faillissement van het ziekenhuis. Bij de overige 13 sluitingen werd de SEH-zorg geconcentreerd op een andere locatie van het ziekenhuis. Ook recent zijn er voorbeelden van ziekenhuisorganisaties die een (gedeeltelijke) SEH-sluiting overwegen. Zo heeft het RIVM sinds 2022 op verzoek van de ziekenhuizen voor nog 5 SEH-locaties de gevolgen voor de bereikbaarheid bij een (gedeeltelijke) sluiting in kaart gebracht.³

1.2 Vraag aan SiRM en aanpak

De directie Curatieve Zorg (CZ) van het ministerie van VWS wil inzicht krijgen in de redenen van SEH-sluitingen sinds 2011. CZ is op zoek naar een zo objectief mogelijke beschrijving van deze redenen zodat die houvast kan geven in het gesprek over SEH-sluitingen met onder andere de Tweede Kamer, de (nieuwe) bewindspersonen op VWS, de sector en de samenleving. VWS vroeg adviesbureau SiRM daarom in april 2024 hierover een quickscan op te stellen bestaande uit:

- Een overkoepelende analyse van de redenen van SEH-sluitingen tussen 2011 en 2022 met per SEH-sluiting een factsheet.
- Waar mogelijk ook inzicht in de gevolgen van SEH-sluitingen.

SiRM voerde hiervoor in april en mei 2024 twaalf (groeps)interviews met 9 (oud-)bestuurders, 1 bestuurssecretaris en 3 senior zorginkopers en 1 directeur zorginkoop van zorgverzekeraars die betrokken waren bij SEH-sluitingen tussen 2011 en 2022. Een overzicht van de SEH-sluitingen en de geïnterviewden staat in Bijlage 1. Als we in dit rapport spreken over geïnterviewden bedoelen we zowel de (oud-)bestuurders (inclusief de bestuurssecretaris) als de senior zorginkopers (inclusief de directeur zorginkoop). Als we het hebben over één van de twee groepen benoemen we dit specifiek. SiRM vulde de quickscan aan met zowel kwalitatieve als kwantitatieve inzichten per SEH-sluiting (zie Bijlage 2). Hiervoor gebruikten we informatie uit

² Kamerstukken 2023Z01573 en 29247-438

³ <https://www.rivm.nl/acute-zorg/spoedzorg-in-ziekenhuizen>

deskresearch en voerden we analyses uit op basis van openbare data, zoals de bevolkingsgegevens van CBS, de reistijdentabel van Geodan en de zorgkosten van Vektis.

Het onderzoek is een quickscan en heeft daarmee een beperkte scope. Het aantal SEH-sluitingen in de onderzochte jaren is te laag om conclusies te kunnen trekken over algemene trends en ontwikkelingen over de tijd. Bovendien is het voor drie van de SEH-sluitingen niet gelukt om een direct betrokkene te spreken.⁴

1.3 Conclusie

De onderzochte SEH-sluitingen waren ofwel het gevolg van een (bijna-)faillissement van het hele ziekenhuis (5 sluitingen), ofwel een profielkeuze van een fusieziekenhuis (13 sluitingen). Op basis van de interviews met (oud-)bestuurders en zorginkopers concluderen we dat de hoofdreden van deze laatste sluitingen het zo nuttig mogelijk inzetten van acute-zorgverleners was. Ook constateren we op basis van de interviews en deskresearch dat de negatieve gevolgen van de onderzochte SEH-sluitingen beperkt lijken. Deze beperkte negatieve gevolgen lichten we eerst toe in Hoofdstuk 2. Daarna gaan we in op de redenen van sluitingen in Hoofdstuk 3.

⁴ Haga Ziekenhuis, Rijnstate en Ommelander

2 Negatieve gevolgen van SEH-sluitingen lijken beperkt

Bij de onderzochte SEH-sluitingen lijken de negatieve gevolgen voor inwoners beperkt. Bij driekwart van de SEH-sluitingen was het effect op de bereikbaarheid van acute medisch-specialistische zorg gering: de gemiddelde reistijd met de auto naar de dichtstbijzijnde SEH was na sluiting minder dan 20 minuten (§2.1). Bij de SEH-sluitingen met gemiddeld meer dan 20 minuten reistijd zijn alternatieve voorzieningen ingericht voor laagcomplexe acute medisch-specialistische zorg (§2.2).

Uit de interviews blijkt dat inwoners en eerstelijns-zorgverleners bereikbaarheid van acute medisch-specialistische zorg erg belangrijk vinden en zich hierover zorgen maakten bij sluiting van een SEH. In dit hoofdstuk gaan we in op deze bereikbaarheid van acute medisch-specialistische zorg voor inwoners na SEH-sluitingen. We berekenden de toename in reistijd met de auto (zonder files) naar de dichtstbijzijnde SEH, en gingen bij gemiddeld meer dan 20 minuten reistijd na sluiting na of alternatieve voorzieningen zijn ingericht. We hanteerden 20 minuten omdat dit volgens de grafiek met gemiddelde reistijd naar de dichtstbijzijnde SEH na sluiting, voor de inwoners van het verzorgingsgebied een natuurlijke grenswaarde bleek (zie Figuur 1).

2.1 Bij driekwart van de SEH-sluitingen was de gemiddelde totale reistijd met de auto na sluiting minder dan 20 minuten

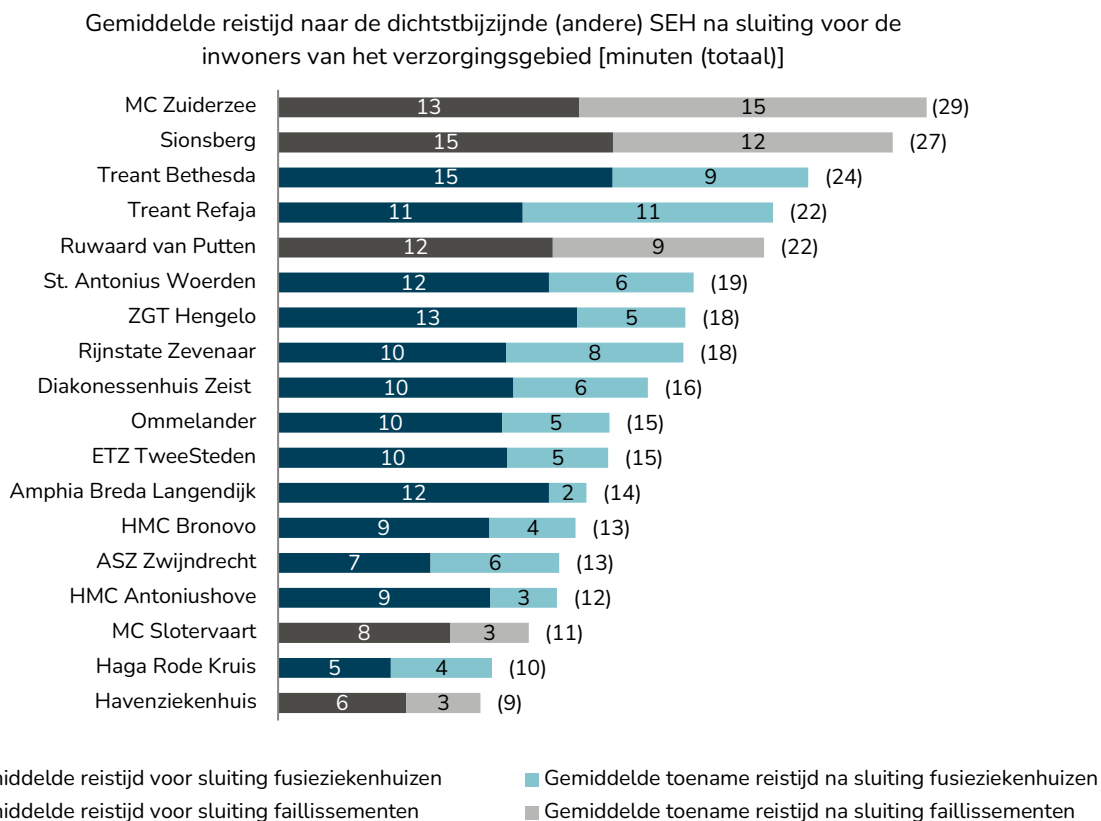
Van de 18 onderzochte SEH-sluitingen⁵ tussen 2011 en 2022 was in 13 gevallen de gemiddelde totale reistijd naar een (andere) SEH voor inwoners van het verzorgingsgebied na sluiting minder dan 20 minuten (Figuur 1). Voor sluiting was de gemiddelde reistijd voor de inwoners uit het verzorgingsgebied van de gesloten SEH's tussen de 5 en 15 minuten. Bij driekwart van de sluitingen kwam daar gemiddeld 8 minuten of minder bij, waarmee de gemiddelde totale reistijd naar de dichtstbijzijnde SEH onder de 20 minuten bleef. In vijf gevallen was de gemiddelde extra reistijd voor inwoners meer dan 9 minuten en werd de totale reistijd naar de dichtstbijzijnde SEH voor de inwoners van het verzorgingsgebied (bijna) verdubbeld.⁶

De extra reistijd na SEH-sluiting was voor inwoners vaak beperkt omdat er een andere SEH dichtbij lag. Bij 14 van de onderzochte SEH-sluitingen was de afstand tot de dichtstbijzijnde SEH minder dan 20 kilometer en bij 8 SEH-sluitingen zelfs minder dan 10 kilometer (Figuur 2). In de regio Breda waren bijvoorbeeld over de jaren heen zes ziekenhuislocaties ontstaan, die in 2001

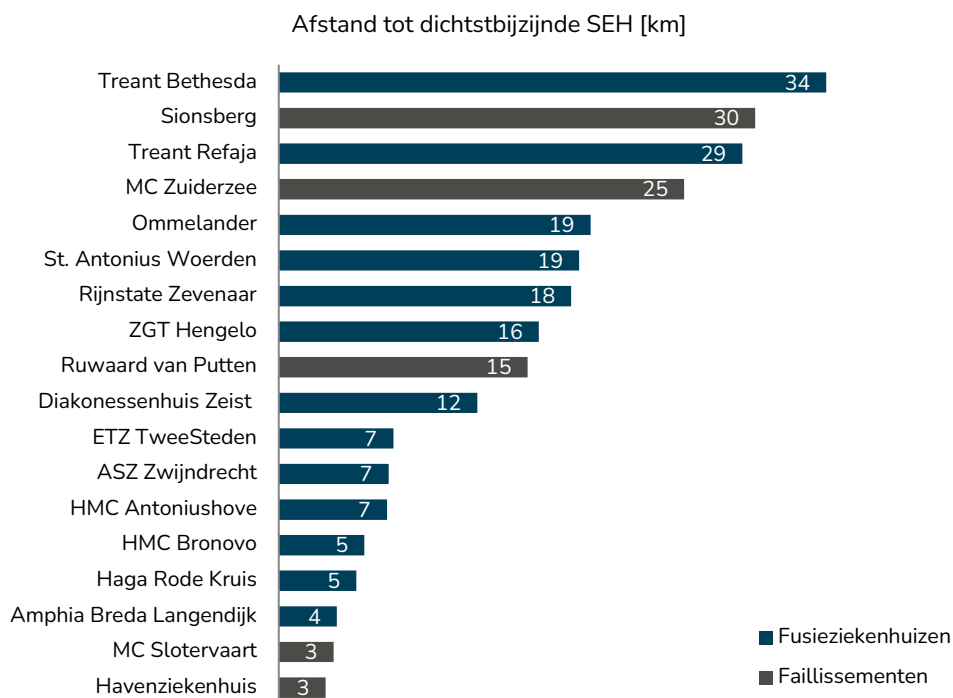
⁵ Zie Bijlage 1 voor een overzicht van de SEH-sluitingen die zijn onderzocht in deze quickscan.

⁶ Voor de postcodegebieden met de grootste toename in reistijd varieerde de extra reistijd tussen de 4 minuten (Amphia Langendijk) en 28 minuten (Treant Bethesda).

zijn gefuseerd tot Amphia Ziekenhuis. De SEH van locatie Molengracht lag op 4 km afstand van de SEH van locatie Langedijk, die in 2012 gesloten is.



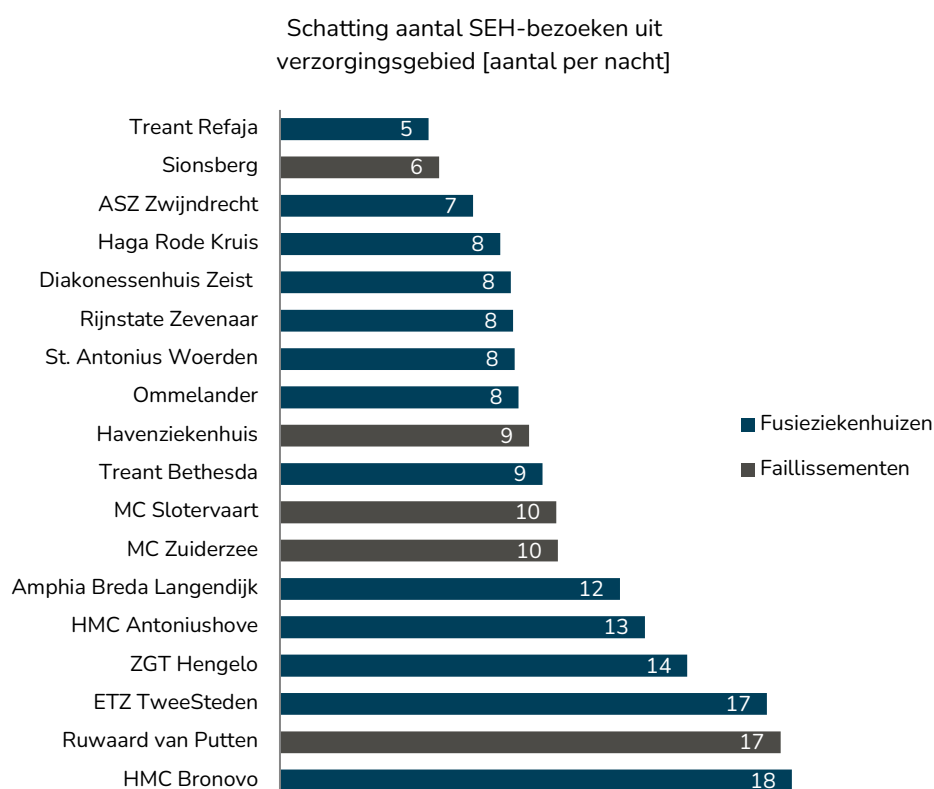
Figuur 1. Bij 13 van de 18 onderzochte SEH-sluitingen was de gemiddelde reistijd na sluiting minder dan 20 minuten. Bron: analyse SiRM o.b.v. reistijden Geodan (2023) en bevolking CBS.



Figuur 2. Bij 14 van de 18 onderzochte SEH-sluitingen was er een andere SEH binnen 20 kilometer en bij 8 SEH-sluitingen minder dan 10 kilometer. Bron: analyse SiRM o.b.v. Google Maps (mei 2024).

Voor de gesloten SEH's gold dat er, zeker in de nacht, relatief weinig patiënten naar deze SEH's kwamen. De sluitingen hadden daarom voor een klein aantal patiënten gevolgen. Op basis van het verzorgingsgebied en patronen van SEH-bezoeken in een etmaal schatten we in dat het aantal bezoeken in de nacht (tussen 23.00 en 9.00 uur) voor de onderzochte SEH-sluitingen tussen de 5 en 18 patiënten per SEH lag (Figuur 3). Dit komt neer op 0,5 tot 2 patiënten per uur.

Ook in de interviews merkten (oud-)bestuurders op dat in de jaren voor de sluiting het aantal SEH-bezoeken (in de nacht) was teruggelopen tot enkele bezoeken. Dit had soms ook tot gevolg dat de ambulance 's nachts niet meer aanreed op de SEH. Bijvoorbeeld bij Treant was met de ambulance de afspraak gemaakt om complexe patiënten naar Groningen (Martini Ziekenhuis of UMCG) te brengen. Voor deze patiënten veranderde er niets bij de sluiting.



Figuur 3. Op basis van trends in SEH-bezoeken schatten we dat voor de onderzochte SEH-sluitingen het aantal bezoeken uit het verzorgingsgebied in de nacht (tussen 23:00 en 9:00 uur) tussen de 5 en 18 patiënten lag per SEH. Bron: analyse SiRM o.b.v. reistijden Geodan (2023), data bevolking CBS, data SEH-bezoeken RIVM (2019) en verloop van SEH-bezoeken o.b.v. ROAZ-beelden van Brabant en Zuidwest-Nederland.

2.2 Bij de SEH-sluitingen met meer dan 20 minuten gemiddelde totale reistijd na sluiting zijn alternatieve acute zorgvoorzieningen ingericht

Bij de SEH-sluitingen met de meeste extra reistijd - Bethesda Ziekenhuis, Sionsberg, Refaja Ziekenhuis, MC Zuiderzee en Ruwaard van Putten Ziekenhuis - was de gemiddelde extra reistijd voor inwoners naar een andere SEH meer dan 8 minuten en kwam de gemiddelde totale reistijd daarmee boven de 20 minuten (Figuur 1). Op deze locaties zijn na de SEH-sluiting alternatieve

acute-zorgvoorzieningen ingericht om laagcomplexe acute medisch-specialistische zorg te kunnen blijven leveren (Tabel 1).

Tabel 1. Op alle locaties van de SEH-sluitingen met gemiddeld meer dan 20 minuten reistijd naar een andere SEH zijn alternatieve acute-zorgvoorzieningen ingericht. *De minimumeis voor een SEH is een arts met ten minste 1 jaar klinische ervaring. **Airway, Breathing, Circulation & Disability. Bron: "Differentiatievoorbeelden acute (ziekenhuis)zorg" – bijlage bij "Differentiatie in acute (ziekenhuis)zorg – Analyse van differentiatiemogelijkheden, kansen en risico's (Januari 2024)"

| Locatie | Openings-tijden | Type zorgvragen | Zorgverleners* |
|---|---------------------------|--|---|
| Spoedpoli St. Jansdal (MC Zuiderzee) | Dagelijks, 08:00 – 21:30 | <ul style="list-style-type: none"> Laag-complexe spoedvragen. Patiënten moeten ABCD-stabiel zijn.** Ma-vrij overdag meer mogelijkheden door oproepbaarheid medisch specialisten. | <ul style="list-style-type: none"> A(N)IOS 2 verpleegkundigen |
| Spoedpoli Sionsberg | Doordeweeks, 9:30 – 18:00 | <ul style="list-style-type: none"> Laag-complexe acute klachten zoals letsel, acute wonden en hartkloppingen. | <ul style="list-style-type: none"> Verpleegkundig specialist |
| Basisspoedposten en Cardiac Triage Unit (CTU) Treant Bethesda & Refaja | Doordeweeks, 8:00 – 22:00 | <ul style="list-style-type: none"> Laag-complexe spoedvragen van stabiele patiënten, bijv. wonden, simpele fracturen. Patiënten met (mogelijke) hartklachten die niet van direct ernstige of levensbedreigende aard zijn. Ma-vrij overdag meer mogelijkheden na beoordeling medisch specialist. | <ul style="list-style-type: none"> A(N)IOS SEH SEH-verpleegkundige Röntgenlaborant op oproep |
| Spoedpoli Spijkenisse Medisch Centrum (SMC) (Ruwaard van Putten) | Dagelijks, 07:00 – 21:00 | <ul style="list-style-type: none"> Laag-complexe spoedvragen (laag-risico), bijv. klein traumata, CVA-screening. Patiënten moeten ABCD-stabiel zijn.** | <ul style="list-style-type: none"> A(N)IOS SEH 4 verpleegkundigen (triage-, SEH-, IC- en basis-verpleegkundigen) Laborant en gipsmeester (tijdens kantooruren) |

Patiënten kunnen naar deze locaties verwezen worden onder voorwaarde dat zij vooraf door een zorgverlener met verwijfsbevoegdheid beoordeeld zijn, geen opname-indicatie hebben en niet vitaal bedreigd zijn. Deze spoedposten zijn allemaal van maandag tot vrijdag overdag geopend voor laag-complexe zorgvragen, zoals kneuzingen, ongecompliceerde fracturen en oppervlakkige (snij)wonden. De spoedpoli's van St. Jansdal en het SMC zijn ook in het weekend overdag open.

Met de inzet op zorgcoördinatie streven acute-zorgaanbieders er daarnaast naar om steeds beter (vooraf) inzichtelijk te krijgen waar een patiënt het beste zorg kan ontvangen. Hierdoor komen patiënten sneller op de juiste plek (HAP, spoedpoli of SEH) voor de spoedvraag terecht.

3 Zo nuttig mogelijke inzet van zorgverleners hoofdreden voor SEH-sluitingen

De onderzochte SEH-sluitingen waren ofwel het gevolg van een (bijna-) faillissement, ofwel een profielkeuze van een fusieziekenhuis. We concluderen dat deze laatste sluitingen gericht waren op het zo nuttig mogelijk inzetten van acute-zorgverleners. Uit de interviews blijkt dat ziekenhuizen in principe zeer terughoudend zijn met het sluiten van een SEH (§3.1). Het is echter lastig om acute-zorgverleners aan te trekken voor rustige SEH's, wat uiteindelijk tot kwaliteits- en financiële issues kan leiden (§3.2). Door één van de SEH's te sluiten konden fusieziekenhuizen zorgverleners nuttiger inzetten en tegelijkertijd het verzorgingsgebied van de gesloten SEH blijven bedienen op hun andere SEH (§3.3).

In vijf van de onderzochte SEH-sluitingen betrof het (bijna-)faillissementen van het volledige ziekenhuis. Geïnterviewden gaven aan dat de SEH hier geen doorslaggevende rol in speelde. In drie gevallen (Ruwaard van Putten, Sionsberg en MC Zuiderzee) vond het faillissement plaats nadat het ziekenhuis onder verscherpt toezicht van de inspectie kwam te staan door kwaliteitsproblematiek. Dit leidde ertoe dat patiënten naar omliggende ziekenhuizen gingen, waardoor financiële problemen ontstonden of verergerden.

Uit de interviews begrijpen we dat het bij de faillissementen mogelijk bleek om de (acute) zorg goed bereikbaar te houden voor de inwoners uit het verzorgingsgebied, mits op tijd met de voorbereiding hiervan begonnen was. Belangrijk hierbij bleek hoe de (acute) zorg door andere aanbieders in de regio opgevangen kon worden en/of het ziekenhuis een doorstart kon maken. Zo ontwikkelden de omliggende ziekenhuizen bij het faillissement van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis een plan om het ziekenhuis over te nemen en alle (acute) zorg in de regio op te kunnen vangen. Ook het MC Zuiderzee is na faillissement overgenomen door het St. Jansdal, waarbij op de oude locatie van de SEH een spoedpoli werd geopend.

Bij 13 van de onderzochte SEH-sluitingen was sprake van gefuseerde ziekenhuizen met meerdere SEH-locaties. We gaan in dit hoofdstuk in op de redenen voor deze sluitingen.

3.1 Ziekenhuizen zijn zeer terughoudend om hun SEH te sluiten

We constateren op basis van de interviews dat ziekenhuizen over het algemeen zeer terughoudend zijn om hun SEH te sluiten. Geïnterviewden noemden hiervoor drie redenen.

Verantwoordelijkheid voor verzorgingsgebied

Ten eerste voelen en/of hebben ziekenhuizen een verantwoordelijkheid om acute medisch-specialistische zorg in hun verzorgingsgebied te leveren. In dunbevolkte gebieden, als zij een 'gevoelige' SEH zijn volgens de RIVM-definitie, moet het ziekenhuis SEH-zorg leveren om aan de huidige 45-minutennorm te voldoen.⁷ In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is vastgelegd dat het aantal inwoners dat niet binnen 45 minuten met een ambulance op een SEH kan zijn niet mag toenemen door een sluiting van een SEH. Een 'gevoelige' SEH is een SEH die voor een deel van de inwoners de enige SEH is die met ambulance binnen 45 minuten te bereiken is en dus volgens de Wkkgz niet mag sluiten. Geïnterviewden geven aan dat het lastig is om zorgverleners te vinden voor deze rustige SEH's (zie ook §3.2). Tegelijkertijd zien ze (ook vanuit andere ervaringen) dat zorgverleners in dunbevolkte gebieden vaak een sterke relatie hebben met het verzorgingsgebied en gemotiveerd zijn om persoonlijk bij te dragen aan de toegankelijkheid van de acute zorg in de regio.

Ook voor zorgverzekeraars is de toegankelijkheid van acute zorg van belang vanwege hun wettelijke zorgplicht. Zij moeten ervoor zorgen dat verzekerden binnen de 45-minutennorm de (spoed-)zorg kunnen krijgen die nodig is. De geïnterviewden gaven aan dat zorgverzekeraars bereid zijn om (extra) te betalen voor het financieren van de bezetting op 'gevoelige' SEH's om aan hun zorgplicht te kunnen voldoen.

Vertrouwdheid omgeving met ziekenhuis/SEH

Het ziekenhuis/de SEH heeft vaak een band met de omgeving en bedient regelmatig een specifieke groep patiënten. Deze patiënten voelen zich niet altijd thuis bij een andere SEH in de omgeving. Bij de sluiting van het Haaglanden Medisch Centrum (HMC) Bronovo in Den Haag speelde bijvoorbeeld het onderscheid tussen het "zand" en het "veen" (symbool voor het rijkere en armere deel van Den Haag). Ook bij Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) werd het verschil in patiëntgroepen genoemd, gesymboliseerd door de staal- en textielindustrie in respectievelijk Hengelo en Almelo.

Ook huisartsen hebben vaak een sterke (verwijs)relatie met het ziekenhuis/SEH. In interviews werd genoemd dat de huisartsen bij concentratie van SEH's bang waren dat de laagdrempeligheid en toegankelijkheid van acute zorg in gedrang kwam. Bijvoorbeeld bij de sluiting van de SEH van het Albert Schweitzer Ziekenhuis (ASZ) in Zwijndrecht was er bij de huisartsen onrust over wat dit zou betekenen voor het verwijzen van de patiënten met laagcomplexere zorgvragen.

Financiële gezondheid ziekenhuis

Meerdere geïnterviewden gaven aan dat de SEH ook belangrijk is voor de financiële gezondheid van het ziekenhuis. Zonder de instroom vanuit de SEH is het voor een ziekenhuis moeilijk om voldoende omzet te genereren. In de periode tussen 2016 en 2020 betrof ongeveer 60% van het aantal ligdagen patiënten die via de SEH waren binnengekomen.⁸ De SEH is vaak ook nodig om

⁷ In het Integraal Zorgakkoord is opgenomen dat de 45-minuten norm wordt vervangen door nieuwe normen.

⁸ Bron: Monitor Acute Zorg 2020

bepaalde zorg te kunnen leveren als ziekenhuis. Voor operaties bij complexe (multimorbide) patiënten is het bijvoorbeeld van belang een SEH te hebben als 'vangnet' in het geval van complicaties. De zorg die zou wegvallen als deze operaties niet meer uitgevoerd kunnen worden heeft ook invloed op de bezetting van andere voorzieningen van het ziekenhuis, zoals de IC. Van de onderzochte SEH-sluitingen bleef alleen bij HMC Antoniushove de IC open. Door de oncologische ingrepen en bariatric die daar plaatsvonden, bleven er genoeg patiënten die IC-zorg nodig hadden op deze locatie. Bij de overige onderzochte SEH-sluitingen werd ook de IC gesloten. Geïnterviewden veronderstelden dat ziekenhuizen die geen onderdeel zijn van een ziekenhuisgroep of andere samenwerking een SEH nodig hebben om financieel gezond te blijven. Zij waren dan ook niet verbaasd dat er bij alle onderzochte SEH-sluitingen, op de faillissementen na, sprake was van een gefuseerd ziekenhuis met meerdere SEH-locaties.

3.2 Het is lastig om acute-zorgverleners aan te trekken voor SEH's met weinig patiënten, wat uiteindelijk tot kwaliteits- en financiële issues kan leiden

Acute-zorgverleners (in loondienst), zoals SEH-artsen, A(N)IOS'en, Physician Assistants / Verpleegkundig Specialisten, SEH-verpleegkundigen en -assistenten, willen liever op drukbezette SEH's werken omdat ze graag nuttig en zinnig bezig zijn en zoveel mogelijk patiënten willen helpen. Hierdoor bleek het voor de onderzochte fusieziekenhuizen lastig om de bezetting voor de rustige SEH's rond te krijgen. Met het schaarser worden van (acute-)zorgverleners zal het steeds moeilijker worden om zorgverleners te vinden voor SEH's met weinig patiënten.

Wat betreft vrijgevestigde medisch specialisten gaven geïnterviewden aan dat zij vaak een duidelijke voorkeur uitspraken om de SEH-zorg te concentreren binnen het gefuseerde ziekenhuis. Voor medisch specialisten is het aantal diensten relatief hoog wanneer er meerdere SEH-locaties binnen één ziekenhuisorganisatie open zijn. Bovendien geldt voor hen eveneens dat het minder nuttig voelt als zij diensten draaien waarin zij nauwelijks patiënten zien. Medisch specialisten stuurden vaak wel pas op concentratie aan nadat de vakgroepen volledig geïntegreerd waren. (Oud-)bestuurders merkten in dit kader op dat het voor het realiseren van gewenste profielkeuzes belangrijk is om direct na een fusie actief te werken aan de integratie van de ziekenhuislocaties en vakgroepen.

Meerdere (oud-)bestuurders gaven aan dat, door het gebrek aan enthousiasme bij acute-zorgverleners in loondienst en vrijgevestigde medisch specialisten om op een rustige SEH te werken, er op een gegeven moment risico's voor de kwaliteit ontstonden omdat ze niet de juiste bezetting konden garanderen. Daarbij speelde ook dat de kwaliteitseisen de afgelopen jaren zijn aangescherpt en er steeds minder risicoacceptatie in de maatschappij is. In 2019 was er onduidelijkheid of binnen het Kwaliteitskader Spoedzorgketen de aanwezigheid van een arts met minstens twee jaar klinische ervaring op een SEH opgenomen zou worden als norm. Uiteindelijk werd in 2020 de norm gesteld op een arts met ten minste één jaar klinische ervaring. Bij één interview werd genoemd dat dreiging van de strengere norm een rol speelde bij het besluit om de SEH te sluiten.

Ook in termen van kosten voor het fusieziekenhuis gaven geïnterviewden aan dat het niet doelmatig was om een volledige bezetting in te roosteren op een SEH waar ('s nachts) weinig patiënten komen. Zeker als er een andere SEH (van dezelfde ziekenhuisgroep) op korte afstand lag. In het geval van de SEH-sluiting van ZGT in Hengelo was het sluiten van de SEH bijvoorbeeld onderdeel van een financieel herstelplan met duidelijke profielkeuzes.

3.3 Fusieziekenhuizen kunnen met een SEH-sluiting acute-zorgverleners nuttiger inzetten en tegelijkertijd het verzorgingsgebied blijven bedienen op hun andere SEH

(Oud-)bestuurders van fusieziekenhuizen gaven aan dat ze na de fusie (op termijn) profielkeuzes maakten voor de verschillende ziekenhuislocaties. Ziekenhuizen met meerdere SEH-locaties konden, door het sluiten van een SEH, spoedeisende zorg leveren met een SEH-team minder en daarmee acute-zorgverleners nuttiger inzetten. In bijna alle gevallen werd de acute (en hoog-complexe/hoog-risico) zorg op één van de locaties geconcentreerd. De locaties zonder SEH gingen zich focussen op de planbare en laag-risico zorg. Zo heeft het ASZ in Zwijndrecht na de sluiting van de SEH in Zwijndrecht de Helene Schweitzer kliniek ingericht en organiseert het Diaconessenhuis de planbare behandelingen die vallen onder de Diak Clinic in Zeist.

Geïnterviewden gaven aan dat, omdat de fusieziekenhuizen de SEH-zorg concentreerden op een andere locatie van hetzelfde ziekenhuis, ze een groot deel van de SEH-bezoeken konden behouden na sluiting. Op basis van de reistijdanalyse leek het of 9 van de 13 fusieziekenhuizen na de sluiting een kwart tot zelfs alle inwoners van het verzorgingsgebied zouden 'verliezen' omdat een SEH van een ander ziekenhuis dichterbij werd voor deze inwoners (Figuur 4). In de interviews gaven (oud-)bestuurders echter aan dat de patiënten waarvoor de SEH van een ander ziekenhuis dichterbij werd, vaak toch naar de SEH van het fusieziekenhuis bleven komen. Dit had onder andere te maken met het gedrag van patiënten, verwijzingen vanuit huisartsen en afspraken met de ambulance. Bij de sluiting van de SEH van ZGT in Hengelo gingen bijvoorbeeld de meeste patiënten naar de andere locatie van het ZGT in Almelo omdat dit de ziekenhuisorganisatie van de regio bleef. Ook bij de sluiting van de SEH-locatie TweeSteden van het ETZ bleven zowel de inwoners, huisartsen en ambulances via de oorspronkelijke route bij het ETZ komen.

Daarnaast droegen de alternatieve voorzieningen, die zijn ingericht bij SEH-sluitingen met hogere reistijd voor de inwoners, bij aan het behoud van acute medisch-specialistische zorg voor de ziekenhuisorganisatie (zie §2.2). Bij Treant werd op beide locaties zonder SEH bijvoorbeeld een Cardiac Triage Unit (CTU) ingericht zodat patiënten met (mogelijke) hartklachten die niet van direct ernstige of levensbedreigende aard zijn ook op die locaties terecht konden.



Figuur 4. Bij negen van de 13 fusieziekenhuizen werd na de sluiting voor een kwart tot zelfs alle inwoners van het verzorgingsgebied een SEH van een ander ziekenhuis het dichtstbijzijnd. Bron: analyse SiRM o.b.v. reistijden Geodan (2023) en bevolking CBS.

Om de relatie van het ziekenhuis met de regio goed te borgen bij sluiting van één van de SEH's, gaven geïnterviewden aan dat het belangrijk is een zorgvuldig proces te doorlopen waarin betrokkenen in de regio goed meegenomen worden:

- Het verlies van de SEH (dat ook wel ervaren wordt als het verlies van een “volwaardig” ziekenhuis) kan de lokale politiek en bevolking een onveilig gevoel geven, zeker als de SEH waar de zorg geconcentreerd wordt, in een andere gemeente ligt. Het zorgvuldig meenemen van burgemeester, wethouders en de gemeenteraad bleek daarom cruciaal.
- Eerstelijns-zorgverleners, zoals huisartsen en verloskundigen, zijn bij SEH-sluitingen daarnaast vaak bang de (verwijs-)relatie met het ziekenhuis te verliezen (§3.1). Uit de interviews bleek dat het ook richting hen belangrijk was goede afspraken te maken over verwijzingen in de nieuwe situatie.

Uit de interviews kwam ten slotte naar voren dat medisch specialisten een belangrijke rol kunnen spelen bij het toelichten van de overwegingen om de SEH te sluiten omdat zij (medisch) aanzien hebben bij de lokale politiek en bevolking.

Bijlage 1. Aanpak

De quickscan is gebaseerd op 18 SEH-sluitingen tussen 2011 en 2022 waarover we interviews hielden met (oud-)bestuurders en (senior) zorginkopers. In deze bijlage geven we het overzicht van de onderzochte SEH-sluitingen en de geïnterviewden.

Onderzochte SEH-sluitingen

Tabel 2. Overzicht van de 18 onderzochte SEH-sluitingen tussen 2011-2022 in deze quickscan. Voor de SEH-sluitingen met een * hebben we geen interview kunnen houden.

| SEH-sluiting | Jaar | Type sluiting |
|--|------|--------------------------------|
| Amphia, Langendijk | 2012 | Concentratie op andere locatie |
| Haga Ziekenhuis, Rode Kruis* | 2012 | Concentratie op andere locatie |
| Rijnstate, Zevenaar* | 2012 | Concentratie op andere locatie |
| Sionsberg, Dokkum | 2012 | (Bijna-) faillissement |
| Diakonessenhuis, Zeist | 2013 | Concentratie op andere locatie |
| Ruwaard van Putten, Spijkenisse | 2013 | (Bijna-) faillissement |
| Haaglanden Medisch Centrum (HMC), Antoniushove | 2017 | Concentratie op andere locatie |
| Havenziekenhuis, Rotterdam | 2017 | (Bijna-) faillissement |
| Ommelander, Delfzijl* | 2018 | Concentratie op andere locatie |
| St. Antoniusziekenhuis, Woerden | 2018 | Concentratie op andere locatie |
| Albert Schweitzer Ziekenhuis (ASZ), Zwijndrecht | 2018 | Concentratie op andere locatie |
| ZorgGroep Twente (ZGT), Hengelo | 2018 | Concentratie op andere locatie |
| MC Slotervaart, Amsterdam | 2018 | (Bijna-) faillissement |
| MC Zuiderzee, Lelystad | 2018 | (Bijna-) faillissement |
| Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ), TweeSteden | 2019 | Concentratie op andere locatie |
| Haaglanden Medisch Centrum (HMC), Bronovo | 2019 | Concentratie op andere locatie |
| Treant, Refaja | 2020 | Concentratie op andere locatie |
| Treant, Bethesda | 2020 | Concentratie op andere locatie |

Geïnterviewden

Tabel 3. Overzicht van de 14 geïnterviewden die betrokken waren bij SEH-sluitingen tussen 2011 en 2022. Voor Haga Ziekenhuis, Rijnstate en Ommelander is het niet gelukt om een betrokkene te interviewen.

| Geïnterviewde | Functie | Organisatie |
|--------------------------------------|---|--|
| Bart Berden | Bestuurder | ETZ |
| Bianka Mennema | Oud-(interim-) bestuurder | Havenziekenhuis |
| Geert van Pamelen | Senior-zorginkoper | VGZ (algemeen) |
| Hilde Dijkstra en Veronique Veldhuis | Bestuurder en bestuurssecretaris | ZGT |
| Jelleke Koops en Leen Goemans | Senior-zorginkopers | Zilveren Kruis (gesproken over SEH-sluiting Sionsberg, Diakonessenhuis, St. Antoniusziekenhuis, MC Slotervaart en Treant). |
| Joël Gijzen | Directeur zorginkoop (tot 1 mei 2024), strategic affairs & special accounts | CZ (gesproken over SEH-sluiting Amphia, Ruwaard van Putten en ETZ). |
| Koos Moerland | Bestuurder | SMC (na faillissement Ruwaard van Putten) |
| Olof Suttorp | Oud-bestuurder | Amphia |
| Paul Doop | Oud-bestuurder | HMC |
| Peter van der Meer | Oud-bestuurder | ASZ |
| Relinde Weil | Oud-bestuurder | Ziekenhuis St. Jansdal (overname MC Zuiderzee na faillissement) |
| Rolf de Folter | Oud-bestuurder | Treant |

Bijlage 2. Factsheets per SEH-sluiting

Zie separaat bijgevoegde bijlage voor de factsheets met achtergrondinformatie per onderzochte SEH-sluiting.