

Landelijke ontwikkelingen in de Nederlandse SEH's

AANTALLEN EN HERKOMST VAN PATIËNTEN IN DE PERIODE 2012-2015

Menno I. Gaakeer, Crispijn L. van den Brand, Evert Gips, Joris M. van Lieshout, Robbert Huijsman, Rebekka Veugelers en Peter Patka

- DOEL** Verkrijgen van inzicht in kerncijfers van SEH's in Nederland en de ontwikkelingen hiervan.
- OPZET** Longitudinale inventarisatie-studie.
- METHODE** Over de periode 2012-2015 werden de volgende kerngegevens geïnventariseerd: aantal SEH's, aantal patiënten, herkomst van patiënten, aantal ziekenhuisopnames vanaf de SEH en samenwerkingsvorm van de SEH met de huisartsenpost (HAP).
- RESULTATEN** Van gemiddeld 96% van de SEH-locaties werden gegevens verkregen. Het aantal SEH's daalde van 93 tot 87. Het percentage SEH's dat een samenwerkingsverband had met een HAP in het ziekenhuis nam toe van 49 naar 79. Het totale aantal patiënten dat jaarlijks in Nederland op een SEH werd gezien nam met 128.000 af tot 1.951.000. Het aandeel patiënten dat via ambulance, medisch mobiel team of 112 op de SEH terecht kwam steeg met 2,6% naar 16,0%. Het aandeel patiënten via de huisarts of HAP kwam, steeg met 7,8% naar gemiddeld 50,3%. Het aandeel zelfverwijzers is met 12,6% gedaald naar 17,4%. Het aandeel patiënten dat via een andere route op de SEH terecht kwam bleef constant, rond 14%. De landelijke variatie in herkomst bleef groot. Het percentage opnames vanaf de SEH steeg met 5,6 naar gemiddelde 37,2.
- CONCLUSIE** Het aantal SEH's krimpt en de samenwerking tussen SEH's en HAP's intensiveert. Het aantal patiënten dat op de SEH wordt gezien, daalt. Het percentage zelfverwijzers neemt af en het aantal klinische opnames vanaf de SEH stijgt aanzienlijk. Voor een succesvol en consistent beleid zijn meer inhoudelijke gegevens nodig over de aard en omvang van de spoedzorg in de SEH. Dat vergt een nationale registratie.

Om de kwaliteit en doelmatigheid van de spoedzorg te verhogen hebben beleidsmakers in Nederland de afgelopen jaren gestreefd naar concentratie en differentiatie van spoedzorg, een geïntegreerde samenwerking van SEH's met huisartsenposten (HAP's) en het verminderen van het aantal zelfverwijzers op de SEH.¹⁻⁴ Landelijk representatieve gegevens over patiënten op de SEH waren echter beperkt aanwezig.⁵

In 2012 leek het totaal aantal SEH-patiënten niet te zijn gewijzigd ten opzichte van een schatting uit 2009 en een minderheid van de patiënten bezocht de SEH op eigen initiatief.^{5,6} Na deze eerste bevindingen waren wij benieuwd naar het mogelijke effect van landelijk beleid op de kerngegevens over SEH's. Daarom deden wij een trendanalyse over de periode 2012-2015. Deze analyse kan bijdragen aan de evaluatie van de huidige zorg op SEH's en aan de ontwikkeling van beleid op het gebied van de kwaliteit en doelmatigheid van spoedzorg.

METHODE

OPZET VAN HET ONDERZOEK

Deze longitudinale inventarisatie-studie beslaat de periode 2012-2015. Naast het aantal SEH's in Nederland hebben wij per SEH de volgende kerngegevens per jaar geïnventariseerd: aantal patiënten dat werd gezien, herkomst

Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, afd. Spoedeisende Hulp, Goes.

Drs. M.I. Gaakeer, SEH-arts (tevens: Erasmus MC, afd.

Spoedeisende Hulp, Rotterdam); drs. J.M. van Lieshout, SEH-arts;

dr. R. Veugelers, SEH-arts en klinisch epidemioloog.

Haaglanden Medisch Centrum, afd. Spoedeisende Hulp, Den Haag.

Drs. C.L. van den Brand, SEH-arts.

Fiona Stanley Hospital Emergency Department, Murdoch, Perth, West Australië.

Drs. E. Gips, SEH-arts.

Erasmus Universiteit, instituut Beleid en Management

Gezondheidszorg, Rotterdam.

Prof.dr. R. Huijsman, econoom.

Erasmus MC, afd. Spoedeisende Hulp, Rotterdam.

Prof.dr. P. Patka, em. trauma-chirurg.

Contactpersoon: drs. M.I. Gaakeer (m.gaakeer@adrz.nl).

TABEL 1 Indeling van samenwerkingsvormen tussen Spoedeisende Hulp en huisartsenpost en van de herkomst van patiënten op de huisartsenpost

samenwerkingsvormen SEH met HAP	herkomst patiënten op de SEH
<ul style="list-style-type: none"> • geen samenwerking • samenwerking met HAP buiten het ziekenhuis • parallele SEH en HAP* • seriële SEH en HAP† • volledig geïntegreerde SEH en HAP‡ 	<ul style="list-style-type: none"> • via ambulance, MMT of 112: zonder interventie van huisarts of verpleeghuisarts • via eigen huisarts of HAP, of ingestuurd door verpleeghuisarts • als zelfverwijzer • via andere weg, bijvoorbeeld politie, afdeling radiologie, vanuit psychiatrische zorg of na herbeoordeling op de SEH

HAP = huisartsenpost; SEH = Spoedeisende Hulp; MMT = mobiel medisch team.

* Parallel: de HAP bevindt zich in het ziekenhuis met een afzonderlijke receptie van de SEH, zonder gemeenschappelijke triage.

† Serieel: de HAP bevindt zich in het ziekenhuis met receptie vóór de SEH, ofwel de HAP is in serie vóór de SEH gepositioneerd zonder gemeenschappelijke triage.

‡ Volledig geïntegreerd: de HAP en SEH bevinden zich achter een gemeenschappelijke receptie en hebben gemeenschappelijke triage.

van de patiënten, aantal ziekenhuisopnames vanaf de SEH en samenwerkingsvorm met een HAP. Bij dit onderzoek gebruikten wij de SEH-definitie van de International Federation of Emergency Medicine (IFEM): een klinische afdeling voor centraal georganiseerde spoedopvang die 24 uur per dag en 7 dagen in de week beschikbaar en toegankelijk is voor alle medisch specialistische spoedzorg voor patiënten van alle leeftijden.⁷

Wij onderscheidden 3 categorieën SEH's: SEH's van universitaire medische centra (UMC-SEH's), de SEH's op de hoofdlocaties van de samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ-SEH's) en SEH's van algemene ziekenhuizen samen met SEH's op sublocaties van de STZ-ziekenhuizen (algemene SEH's). In geval van fusies van ziekenhuisorganisaties werd de status gehandhaafd die we in 2012 aan de SEH-locatie hadden toegekend. Daardoor was eind 2015 sprake van 26 STZ-ziekenhuizen maar was het aantal STZ-SEH's nog steeds 27. In de samenwerking tussen SEH en HAP onderscheiden we 5 vormen en de herkomst van patiënten werd verdeeld in 4 groepen (tabel).

GEGEVENSVERZAMELING EN ANALYSE

Het onderzoek vond plaats tussen 30 januari 2013 en 1 juni 2016. Contactpersonen van alle SEH's die in

december van het voorgaande jaar (respectievelijk 2012, 2013, 2014 en 2015) voldeden aan de SEH-definitie, werden telkens in januari per e-mail benaderd met het verzoek gegevens op een standaardformulier in te vullen en dit te retourneren. Toezegging voor medewerking kregen wij vooraf telefonisch. Alle gegevens werden ingevoerd in een Numbers-database (Apple Inc.) en werden weergegeven met beschrijvende statistiek. Het totale aantal patiënten dat op alle deelnemende SEH's werd gezien en het aantal dat vanaf de deelnemende SEH's werd opgenomen, werd jaarlijks rekenkundig geëxtrapoleerd naar het totale aantal SEH's in Nederland.

RESULTATEN

AANTAL SEH'S EN DEELNAME AAN DE STUDIE

In 2012 telde Nederland 93 SEH's, 89 in 2013, 88 in 2014 en nog 87 in 2015.

Over de jaren 2012, 2013, 2014 en 2015 verkregen wij gegevens van respectievelijk 89 (96%), 83 (93%), 85 (97%) en 86 (99%) SEH-locaties in Nederland. De 8 UMC's namen alle jaren deel aan de studie. In 2013, 2014 en 2015 nam telkens 1 STZ-ziekenhuis – elk jaar een ander ziekenhuis – niet deel aan de studie. De variatie in deelname was iets groter bij algemene SEH's.

SEH-BEZOeken

Over de onderzoeksperiode 2012-2015 daalde het aantal SEH-bezoeken in Nederland met zo'n 128.000. In 2012 werden op de 93 SEH's in Nederland naar schatting 2.079.000 patiënten gezien (geëxtrapoleerd van 2.007.000 op 89 SEH-locaties); in 2015 was dit gedaald naar 1.951.000 patiënten (geëxtrapoleerd van 1.928.630 op 86 SEH-locaties). Per 1000 inwoners is dat een daling van 124 in 2012 naar 115 in 2015. Het gemiddelde aantal patiënten per SEH-locatie bleef alle jaren constant, circa 22.500. De landelijke spreiding van het aantal patiënten per SEH-locatie bleef onverminderd groot, waarbij de grootste SEH ruim 7 keer meer patiënten zag dan de kleinste (tabel 2; zie het supplement op www.ntvg.nl/D970 voor de volledige tabel).

HERKOMST VAN PATIËNTEN OP DE SEH

Het aandeel patiënten dat via ambulance, medisch mobiel team (MMT) of 112 op de SEH terecht kwam, steeg met 2,6% van gemiddeld 13,4% (uitersten: 0,6-49,3) in 2012 naar 16,0% (2,1-27,4) in 2015. Het aandeel patiënten dat via de huisarts of HAP kwam, steeg met 7,8% van gemiddeld 42,5% (10,3-86,5) in 2012 naar gemiddeld 50,3% (14,0-76,5) in 2015. Een deel van de SEH's (35% in 2012 en 54% in 2015) gaf ons inzicht in het aantal verwijzingen via de huisarts en dat via de HAP afzonderlijk; de toename van verwijzingen via de huisarts bedroeg 2,4%, via de

TABEL 2 De herkomst van patiënten op de SEH's in Nederland en de ziekenhuisopnames vanaf de SEH's in de jaren 2012-2015*

gegevens	jaar				ontwikkeling†
	2012	2013	2014	2015	
totaal aantal SEH's	93	89	88	87	- 6
aantal deelnemende SEH's	89	83	85	86	gemiddeld 96%
totaal aantal patiënten‡	2.079.172	2.008.737	2.003.411	1.951.055	- 128.116
herkomst; gemiddelde in % (uitersten)					
via 112, ambulance of MMT	13,4 (0,6-49,3)	13,7 (3,5-28,0)	15,9 (5,3-50,5)	16,0 (2,1-32,5)	+ 2,6%
via huisarts of HAP	42,5 (10,3-86,5)	46,9 (6,0-91,3)	48,6 (11,8-98,4)	50,3 (14,0-76,5)	+ 7,8%
via andere instantie	13,7 (0,5-32,0)	13,7 (1,6-33,4)	13,8 (0,5-42,8)	14,6 (0,5-46,3)	+ 0,9%
zelfverwijzer	30,0 (3,2-76,3)	25,5 (2,5-75,0)	21,4 (0,7-57,7)	17,4 (2,7-58,9)	- 12,6%
onbekend	0,4	0,2	0,3	1,7	gemiddeld 0,7%
klinische opname vanaf SEH; gemiddelde in % (uitersten)	31,6 (8,4-54,1)	33,7 (11,6-49,6)	35,2 (13,6-69,4)	37,2 (16,8-78,0)	+ 5,6%

SEH = Spoedeisende Hulp; MMT = medisch mobiel team; HAP = huisartsenpost.

* Dit is een vereenvoudigde versie van de oorspronkelijke tabel. De oorspronkelijke tabel is te vinden als appendix bij dit artikel op www.ntvg.nl/D970.

† De ontwikkeling is het verschil tussen de waarde in 2015 en die in 2012, tenzij anders aangegeven.

‡ Het totale aantal patiënten is een schatting die is gebaseerd op de extrapolatie van het aantal patiënten dat werd geregistreerd op de deelnemende SEH's.

HAP 6,1%. Het aandeel zelfverwijzers daalde met 12,6% van gemiddeld 30% (3,2-76,3) in 2012 naar 17,4% (2,7-58,9) in 2015. Het aandeel patiënten dat via een andere route op de SEH terecht kwam bleef constant, circa 14% (0,5-46). De landelijke spreiding bleef in alle 4 de groepen van herkomst groot.

OPNAMES VANAF DE SEH

Het gemiddelde percentage klinische opnames vanaf de SEH steeg met 5,6%, van gemiddeld 31,6% in 2012 naar 37,2% in 2015. Het absolute aantal patiënten dat in 2012 vanaf 89 SEH-locaties samen werd opgenomen bedroeg 580.000; geëxtrapolerd naar alle 93 SEH's in Nederland bedroeg dat aantal circa 606.000. In 2015 werden 674.000 patiënten opgenomen vanaf 86 SEH's, wat neerkomt op circa 682.000 voor alle 87 SEH's. Dat is niet alleen een absolute toename met zo'n 75.000 patiënten, maar ook een relatieve: van 36 per 1000 inwoners in 2012 naar 40 per 1000 inwoners in 2015.

VERSCHILLEN TUSSEN CATEGORIEËN SEH'S

Gerekend naar het aantal patiënten dat per SEH wordt gezien, zijn de STZ-SEH's het grootst en SEH's van algemene ziekenhuizen het kleinst. UMC-SEH's zagen gemiddeld het hoogste percentage zelfverwijzers en het laagste percentage patiënten die zijn verwezen door een huisarts. Algemene SEH's zagen het laagste percentage zelfverwijzers en het hoogste percentage patiënten ver-

wezen door een huisarts. UMC-SEH's zagen jaarlijks enkele procenten meer patiënten die per ambulance, MMT of 112 binnenkwamen dan STZ-SEH's of algemene SEH's. Het percentage klinische opnames vanaf de SEH nam in alle categorieën toe; de percentages per categorie ontliepen elkaar weinig door de jaren heen.

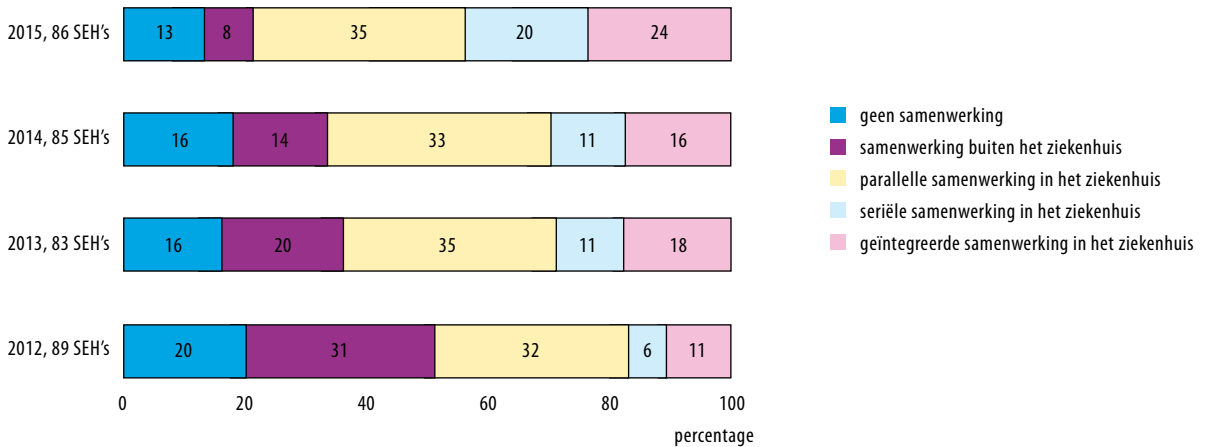
SAMENWERKING SEH MET HAP

Het percentage SEH's dat een samenwerkingsvorm in het ziekenhuis met een HAP onderhield, nam in de onderzoeksperiode toe van 49 naar 79. De sterkst groeiende groep was de 'volledig geïntegreerde HAP'. De grootste groep in alle onderzochte jaren was de samenwerkingsvorm van parallelle HAP en SEH. In 2015 had 13% van de SEH's nog geen geformaliseerde samenwerking met een HAP (figuur).

BESCHOUWING

BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN

In de periode 2012-2015 nam het aantal SEH's in Nederland met 6 af tot 87. Steeds meer SEH's gingen een vorm van samenwerking aan met een HAP of de al bestaande samenwerking werd geïntensiveerd. Hierbij vond samenwerking steeds vaker op 1 locatie plaats. De varianten 'volledig geïntegreerde SEH en HAP' en 'seriële SEH en HAP' namen toe, terwijl de variant 'parallelle SEH en HAP' bleef prevaleren. Het totale aantal patiënten dat op



FIGUUR Landelijke verdeling van de verschillende samenwerkingsvormen tussen SEH en huisartsenpost in de jaren 2012-2015. De samenwerkingsvormen zijn per jaar weergegeven als percentage van het totale aantal SEH's dat in dat jaar deelnam aan het onderzoek. Uitleg over de samenwerkingsvormen is te vinden in tabel 1.

alle SEH's in Nederland werd gezien, daalde in deze periode licht, tot net onder de 2 miljoen per jaar (zie tabel 2), van 124 naar 115 bezoeken per 1000 inwoners.

De herkomst van patiënten op de SEH verschoof. Patiënten verwezen zichzelf minder vaak direct naar de SEH, maar kwamen vaker via de huisarts, de HAP, de ambulance, het MMT of 112 op de SEH terecht. Het aantal klinische opnames vanaf de SEH steeg substantieel van 36 naar 40 per 1000 inwoners. De Nederlandse SEH's laten onderling in alle onderzochte jaren een grote variatie zien in het aantal en de herkomst van patiënten en het percentage klinische opnames.

REDUCTIE AANTAL SEH'S

Vermindering van het aantal SEH's is geen nieuw fenomeen. In 2010 telde Nederland nog 105 SEH's, tegen 128 in 1994.^{8,9} Limiterend voor deze reductie is de overheidsnorm dat ambulances in staat moeten zijn binnen 45 minuten naar de plaats van een incident te rijden, de patiënt in de ambulance over te brengen en te vervoeren naar de dichtstbijzijnde SEH.^{4,10} Op basis van de ruimte die deze beleidsnorm nog laat en verdergaande fusies van ziekenhuizen, valt verdere reductie van het aantal SEH's te verwachten. Zo is de sluiting per 2017 aangekondigd van de SEH-locatie Antoniushove van het Medisch Centrum Haaglanden in Den Haag en vindt publiek debat plaats over het voortbestaan van diverse andere SEH's.¹¹

PATIËNTEN OP DE SEH

Het totale aantal patiënten dat op de SEH's werd gezien viel in ons onderzoek hoger uit dan een eenmalige schatting van VeiligheidNL, die uitkwam op 1,8 miljoen patiënten in 2013.¹² De schatting van VeiligheidNL was

gebaseerd op het Letsel Informatie Systeem (LIS) en een steekproef van 14 SEH's in 12 ziekenhuizen, terwijl onze inventarisatie vrijwel landelijk dekkend is. Gezien de grote variatie in kerncijfers die wij hebben vastgesteld is de representativiteit van steekproefonderzoek onder SEH's mogelijk beperkt. Bij een analyse van deze variatie konden wij op basis van onze gegevens geen verband vinden tussen de variatie in de cijfers en het soort samenwerkingsverband met een HAP of geografische regio's. De reductie van het aantal SEH-patiënten in de laatste jaren is niet zo groot als je zou verwachten bij de sterk toegenomen en geïntensiverde samenwerking tussen SEH's en HAP's die is weergegeven in de figuur. De literatuur is niet eenduidig over het effect van colocatie van de SEH met een HAP. Verschillende Nederlandse studies waarin 1 of enkele locaties van samenwerking werden bestudeerd rapporteren efficiëntiewinst.¹³⁻¹⁵ De efficiëntiewinst wordt echter betwijfeld in een recente review over de periode 1980-2015 van studies naar de colocatie van SEH's met HAP's in diverse landen, waaronder Nederland.¹⁶ Een observationele studie in de regio Zuid-oost-Nederland liet zien dat bij colocatie 22% van de SEH-zorg naar de HAP overging.¹⁷ Vervolgonderzoek in dezelfde regio toonde echter geen efficiëntiewinst of kostenreductie aan (Broekman et al., schriftelijke mededeling, 2016).¹⁸ Bovendien werd een substantieel aantal patiënten alsnog door de HAP naar de SEH doorverwezen. Het gevolg hiervan was dat totale wachttijden en verblijfsduur voor de alsnog naar de SEH verwezen patiënten significant toenamen (Broekman et al., schriftelijke mededeling, 2016).¹⁸

Onze studie laat zien dat het aantal zelfverwijzers op de SEH in de periode 2012-2015 daalde met gemiddeld

12,6% en dat de verwijzingen door huisarts of HAP toenamen met gemiddeld 7,8%, voornamelijk door verwijzingen vanuit de HAP. Landelijk lijkt het effect van de substitutie van SEH's door HAP's hierdoor beperkt te worden. Verder zagen wij 2,6% toename van het aantal patiënten dat via ambulance, MMT of 112 op de SEH kwam. Het huidige beleid lijkt – vanuit de SEH bezien – voornamelijk te leiden tot verschuiving van herkomst van patiënten en slechts in beperkte mate tot zorg-herschikking.

OPNAMES VANAF DE SEH

In de onderzoeksperiode nam het aantal klinische opnames vanaf SEH's toe met 75.000. Deze toename is opvallend. Het totale aantal klinische opnames laat in dezelfde periode juist een dalende trend zien.¹⁹ Dit betekent dat 43% van het totale aantal klinische opnames in 2015 plaatsvond vanaf de SEH. De functie van de SEH als 'opname-afdeling' lijkt toe te nemen.

IMPLICATIES

Het huidige beleid is nog grotendeels gebaseerd op 3 veronderstellingen die in het verleden het beeld van de SEH bepaalden, namelijk dat Nederland toe zou kunnen met krap 50 SEH's, dat zelfverwijzers landelijk gezien 40-70% van de patiëntenpopulatie op een SEH zouden uitmaken en dat 60-80% van hen bovendien oneigenlijk gebruik zou maken van de SEH.^{5,20-24} Dat beeld behoeft aanpassing.

Het percentage zelfverwijzers bleek lager te zijn, in 2012 gemiddeld 30%.⁵ Daarnaast hebben Nederlandse studies laten zien dat zelfverwijzers in ongeveer de helft van de gevallen terecht voor behandeling op een SEH kozen.²⁵⁻²⁷ Hierdoor is het effect van beleid dat is gericht op concentratie, herschikking en ontmoediging van zelfverwijzing naar de SEH waarschijnlijk minder groot dan aanvankelijk werd gedacht op basis van de veronderstellingen.^{5,20-24} Het aandeel zelfverwijzers op de SEH daalt weliswaar sinds 2012, maar omgekeerd stijgt het aandeel door de huisarts verwezen of door ambulance gepresenteerde patiënten.

Een betere efficiëntie voor de patiënt en kostenreductie worden voorspeld niet behaald.¹⁶⁻¹⁸ De recente reductie van het aantal SEH's lijkt daarentegen een keerzijde te hebben in de vorm van 'crowding', overmatige drukte op de resterende SEH's.²⁸ In 2012 had 68% van de Nederlandse SEH's hier wekelijks of zelfs dagelijks mee te maken.²⁹ Crowding gaat gepaard met verlies van kwaliteit en veiligheid van zorg, verminderde patiënttevredenheid en verlies van arbeidsvreugde van de SEH-medewerkers.²⁹ Eventuele verdere reductie van het aantal SEH's vraagt daarom om aandacht voor de SEH- en opnamecapaciteit van de resterende ziekenhuislocaties.

Om een goed beeld van spoedzorg te krijgen en beter

- **Het aantal SEH's dat 24/7 beschikbaar is in Nederland blijft dalen.**
- **De samenwerking tussen SEH's en HAP's is sterk geïntensiveerd.**
- **Het totaal aantal SEH-bezoeken neemt de laatste jaren af, maar blijft in de buurt van 2 miljoen per jaar.**
- **Het percentage zelfverwijzers op de SEH is in de periode 2012-2015 bijna gehalveerd.**
- **Een steeds hoger percentage patiënten op de SEH is verwezen door de huisarts of gebracht per ambulance.**
- **Het aantal klinische opnames vanaf de SEH neemt verder toe en maakt een steeds groter deel uit van het totale aantal klinische opnames in ziekenhuizen.**

sturing te kunnen geven aan consistent beleid voor het inrichten van een adequaat en efficiënt systeem van integrale spoedzorg, is een complete, gestandaardiseerde en verplichte nationale registratie van kerngegevens van alle spoedzorgfaciliteiten van essentieel belang.

STERKE PUNTEN EN BEPERKINGEN

Een sterk punt van deze inventariserende studie is de hoge deelname van SEH's (ruim 95%) over de hele studieperiode. Tegelijkertijd is het een beperking dat de deelname niet 100% was en niet gelijk verdeeld over de jaren. Het onderzoek is gebaseerd op gegevens uit registratiesystemen van individuele ziekenhuizen die wij niet zelf op juistheid hebben kunnen controleren, omdat er geen landelijke registratie bestaat. De inventarisatie vond echter elk jaar op eenzelfde wijze plaats en de gegevens werden in alle ziekenhuizen nagenoeg steeds via dezelfde contactpersonen verkregen. Ons onderzoek heeft een beperkte tijdsspanne van 4 jaar. Tot slot hebben we in ons onderzoek uitsluitend gekeken naar centraal georganiseerde SEH-afdelingen die 24 uur per dag en 7 dagen per week operationeel waren. Alternatieve spoedtree's van ziekenhuizen, zoals 'acute opname afdelingen', 'spoedpoliklinieken' of 'eerste-organ-hulpen', zoals Eerste Hart Hulpen of Eerste Hersen Hulpen, bleven buiten beschouwing. Patiëntenstromen via deze routes naar de tweede lijn werden dus niet in het onderzoek betrokken.

CONCLUSIE

Een krimpend aantal SEH's ziet jaarlijks een licht dalend aantal patiënten. In de periode 2012-2015 intensiveerde de samenwerking tussen SEH's en HAP's en nam het aantal zelfverwijzers af van 30% naar 17,4%. Tegelijkertijd nam het aantal verwezen patiënten toe, waardoor het totaal aantal SEH-bezoeken slechts licht daalde, van 124

naar 115 per 1000 inwoners. Daarnaast nam het aantal klinische opnames vanaf de SEH aanzienlijk toe. Als de SEH- en opnamecapaciteit in de resterende SEH's niet wordt aangepast op deze ontwikkelingen, valt een verdere toename van crowding op de Nederlandse SEH's te voorzien. Voor een succesvol en consistent beleid zijn meer inhoudelijke gegevens nodig over de aard en omvang van de spoedzorg in de SEH. Dat vergt een nationale registratie.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 9 november 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D970

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D970**

LITERATUUR

- Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland; 2013.
- Eerste resultaten substitutiemonitor 2015 – Uitkomsten van de ex-ante afsprakenmonitor 2015. Amsterdam: KPMG-Plexus; 2015.
- Visie Achmea Spoedzorg. [www.acutezorgnetwerk.nl/sites/default/files/bestanden/PPT%20visie%20Achmea%20spoedzorg%2010%20ookt%20%2012%20\(2\)%20\(3\).pdf](http://www.acutezorgnetwerk.nl/sites/default/files/bestanden/PPT%20visie%20Achmea%20spoedzorg%2010%20ookt%20%2012%20(2)%20(3).pdf), geraadpleegd op 2 augustus 2016.
- Medisch Specialistische zorg in 20/20, Dichtbij en ver weg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg; 2011.
- Gaakeer MI, van den Brand CL, Veugelers R, Patka P. Inventarisatie van SEH-bezoeken en zelfverwijzers. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7128.
- RIVM. Gebruik acute zorg. www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/acute-zorg/cijfers-context/gebruik-acute-zorg, geraadpleegd op 2 juli 2016.
- Framework for quality and safety in the emergency department. Melbourne: International Federation for Emergency Medicine; 2012.
- Thijssen WA, Giesen PHJ, Wensing M. Emergency departments in The Netherlands. Emerg Med J. 2012;29:6-9.
- De keten rammelt. Onderzoek naar de afstemming binnen de spoedeisende hulpverlening. Den Haag: Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid; 1994.
- Kommer GJ, et al. Beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van Spoedeisende hulp in Nederland: Analyse gevoelige ziekenhuizen. Briefrapport 2015-0077. Bilthoven: RIVM; 2015.
- www.mchaaglanden.nl/home/laatste-nieuws/informatiebijeenkomsten-over-de-sluiting-seh-van-mch-bronovo-locatie-antoniushove.htm, geraadpleegd op 15 augustus 2016.
- RIVM. Gebruik acute zorg. www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/acute-zorg/cijfers-context/gebruik-acute-zorg#node-gebruik-seh, geraadpleegd op 2 augustus 2016.
- Thijssen W, Wijnen-van Houts M, Koetsenruijter J, et al. The impact on emergency department utilization and patient flows after intergrating with a general practitioner cooperative; an observational study. Emerg Med Int. 2013;2013:364659.
- Bosch- van Nuenen JMWJ, de Jong D, Bongers F, et al. Meer spoedzorg, minder kosten. Huisarts Wet. 2016;59:292-6.
- Thijssen WA, van Mierlo E, Willekens M, et al. Complaints and diagnoses of emergency department patients in the Netherlands: a comparative study of integrated primary and emergency care. PLoS ONE. 2015;10:e0129739.
- Ramlakhan S, Mason S, O'Keefe C, Ramtahal A, Ablard S. Primary care services located with EDs: a review of effectiveness. Emerg Med J. 2016;33:495-503.
- Van Gils-van Rooij ES, Yzermans CJ, Broekman SM, Meijboom BR, Welling GP, de Bakker DH. Yzermans CJ, Broekman SM, Meijboom BR, Welling GP, De bakker DH. Out-of-hours care collaboration between general practitioners and hospital emergency departments in the Netherlands. J Am Board Fam Med. 2015;28:807-15.
- Van Gils-van Rooij ESJ, Meiboom BR, Broekman SM, Yzermans CJ, De Bakker DH. Is patient flow more efficient in urgent care collaborations? Eur J of Emerg Med. 2 juni 2016 (epub).
- IntraKoop. Jaarverslagenanalyse 2015 sectorrapport ziekenhuizen. www.intrakoop.nl/Organisatie/Nieuws/Documents/Jaarverslagenanalyse%202015%20Ziekenhuizen.pdf, geraadpleegd op 2 augustus 2016.
- Giesbers S, Smits M, Giesen P. Zelfverwijzers SEH jagen zorgkosten op. Med Contact. 2011;66:587-9.
- Reitsma-Van Rooijen M, Braber A, de Jong J. Selectie aan de poort: onterechte zelfverwijzers op de SEH terugdringen. Tijdschr Gezondheidswetenschappen. 2013;91:41-3.
- NOS. Helft spoedeisende hulp kan dicht. 24 april 2011.
- Reitsma-Van Rooijen M, de Jong JD. Betalen voor SEH schrikt af. Med Contact (Bussum). 2010;65:1479-81.
- Van Randwijck-Jacobse ME, Boeke AJP, de Lange-Klerk ESM, Grol SM, Kramer MHH, van der Horst HE. Inzet huisarts op een Spoedeisende Hulp maakt zorg voor zelfverwijzers efficiënter. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3248.
- Kraaijvanger N, Rijpsma D, van Leeuwen H, Edwards M. Self-referrals in the emergency department: reasons why patients attend the emergency department without consulting a general practitioner first-a questionnaire study. Int J Emerg Med. 2015;8:46.
- Van der Linden MC, Lindeboom R, van der Linden N, et al. Self-referring patients at the emergency department: appropriateness of ED use and motives for self-referral. Int J Emerg Med. 2014;7:28.
- Kraaijvanger N, Rijpsma D, van Leeuwen H, van Dijk N, Edwards M. Self-referrals in a Dutch Emergency Department: how appropriate are they? Eur J Emerg Med. 2016;23:194-202.
- NVSHA, NVSHAV. Reactie op Brandbrief regionale spoedzorg – de rek is eruit. www.nvsha.nl/images/actueel/nieuws/NVSHA_NVSHV_reactie_brandbrief.pdf, geraadpleegd op 2 augustus 2016.
- Van der Linden C, Reijnen R, Derlet RW, et al. Emergency department crowding in The Netherlands: managers' experiences. Int J Emerg Med. 2013;6:41.