

TE WEINIG TOEGEVOEGDE WAARDE

Organisatie en niet het soort dokter bepaalt kwaliteit SEH

SEH-artsen slagen er niet in hun stempel te drukken op de spoedeisende hulp. De wijze waarop het ziekenhuis de zorg op de SEH organiseert, is van grotere invloed op de zorgkwaliteit en de doorstroom dan het soort dokter dat er rondloopt.

RIJK GANS c.s.

De Nederlandse huisarts vervulde van oudsher de functie van poortwachter: patiënten konden alleen na zijn verwijzing in het ziekenhuis terecht - grote trauma's en medische calamiteiten uitgezonderd. SEH-afdelingen gaven tot voor kort nog altijd invulling aan die scherpe scheiding. Maar die structuur voldoet niet

meer. Nederlanders menen recht te hebben op zorg op het moment dat het hen schikt. Bovendien moet die zorg door de beste expert worden geleverd die binnen een redelijke afstand beschikbaar is. Op jaarbasis zien ziekenhuizen, afhankelijk van grootte en locatie, tussen de tien- en dertigduizend patiënten, van wie 10 tot 50 procent zelfverwijzer is.

De zorg aan de poort van ziekenhuizen is onderwerp van discussie.¹ Critiek is er op de borging van medische

deskundigheid en het beperkte zicht op logistieke processen en op patiëntenstromen op de SEH, waardoor goed zorgbeleid onmogelijk is. De oplossingen zijn een huisartsenpost op of naast de SEH of de introductie van de SEH-arts. Huisartsen en andere medische disciplines ervaren dat laatste als een bedreiging. SEH-artsen dragen daaraan bij, zoals blijkt uit een artikel dat onlangs in MC verscheen. Daarin stelt de auteur dat het voor de hand ligt dat de huisarts definitief van het ziekenhuisterrein verdwijnt.²

ZORGKARAKTERISTIEK

De oplossing van dit dilemma ligt in analyse van de patiëntenstromen op en de karakteristieken van de SEH. De eerste benchmarkgegevens van SEH-afdelingen komen inmiddels beschikbaar (Plexus Medical Group) en recentelijk hebben we zeven SEH's geëvalueerd.³ In deze studie zijn vier grote opleidingsziekenhuizen en drie niet-opleidingsziekenhuizen onderzocht die zich in verschillende fasen van introductie van de SEH-arts bevinden: ziekenhuizen zonder SEH-artsen, ziekenhuizen die net met SEH-artsen waren begonnen en ziekenhuizen waarin de SEH-arts inmiddels al een positie heeft verworven. Opvallend was dat in de opleidingsziekenhuizen patiënten die door de huisarts waren verwezen voor de beschouwende vakken meestal niet door de SEH-artsen werden gezien.

Vrijwel alle consultaties van de SEH's vinden plaats tussen 7.00 en 24.00 uur. Er is geen verschil tussen doordeweekse dagen en weekeinden. Dit is vergelijk-

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

baar met de contactfrequentie van huisartsenposten.⁴ Volgens het Nederlands Triage Systeem bij bijna de helft van de patiënten een wachttijd tot het eerste contact met de arts van minimaal 2 uur acceptabel. Dit betekent dat het klachten zijn die medisch gezien niet spoedeisend zijn. Slechts bij 11 tot 18 procent van de patiënten schatten triageverpleegkundigen de problematiek zo urgent dat zij meteen of binnen 10 minuten door een arts moeten worden gezien.

De meerderheid (50-75%) van alle patiënten (met zowel lage als hoge mate van urgentie) komt terecht bij snijdende disciplines. Bij bijna een kwart resulteert dat in opname. De resterende patiënten zijn voornamelijk voor beschouwende disciplines; ruim de helft van hen wordt opgenomen. De behandelduur door beschouwende disciplines is bijna twee keer zo lang als bij snijdende specialisten.

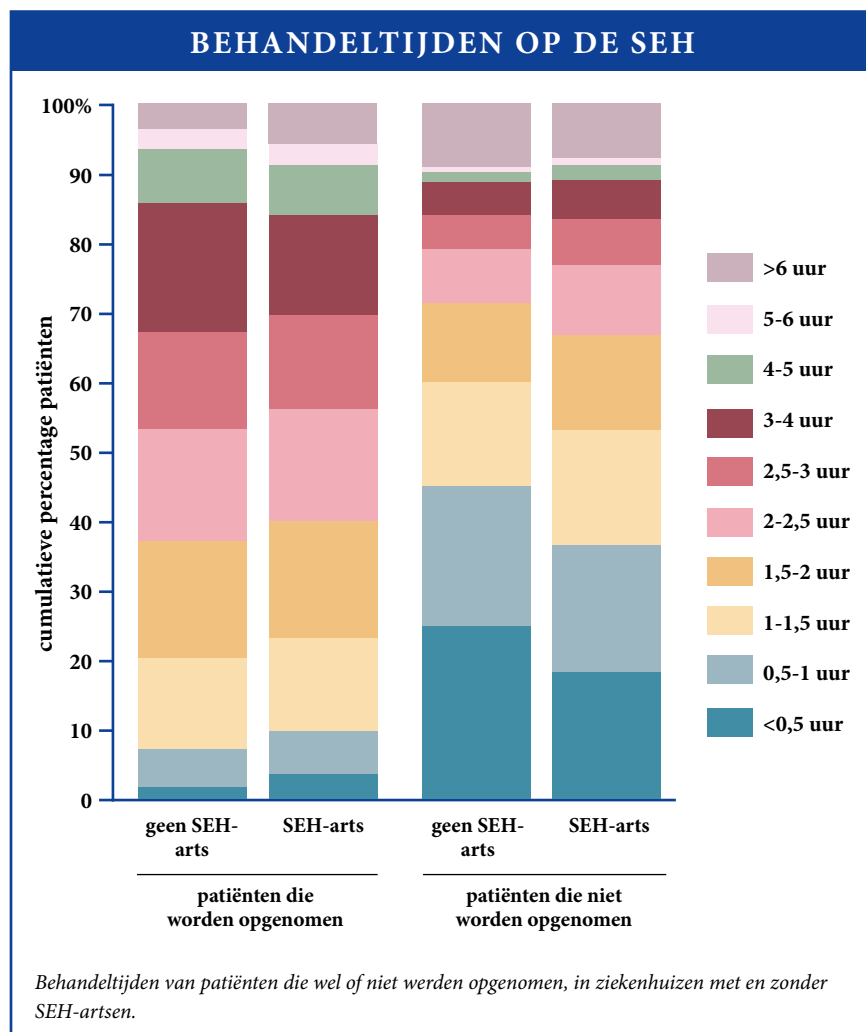
Zoals verwacht is de behandeltijd in opleidingsziekenhuizen langer dan in niet-opleidingsziekenhuizen (95 versus 73 minuten). Opvallend is dat bij ruim 30 procent van de patiënten de behandelduur langer is dan 2 uur en bij ruim 2 procent zelfs langer dan 6 uur (niet zichtbaar in de tabel). Als onderscheid wordt gemaakt tussen patiënten die worden opgenomen en zij die worden ontslagen, blijkt ook de groep die naar huis mag een dergelijke grote spreiding in behandeltijden te tonen (zie tabel). Opvallend is verder dat tussen ziekenhuizen met vergelijkbare adherentie en casemix grote verschillen in 'doorlooptijden' bestaan.

CONSULTATIE

Een duidelijke invloed van de aanwezigheid van SEH-artsen op het zorgproces is in het onderzoek niet waargenomen. Een van de opleidingsziekenhuizen zonder SEH-artsen had de kortste behandeltijden, zowel voor patiënten die werden opgenomen als voor patiënten die weer naar huis konden. Vergelijkbare waarnemingen waren er als er noodzaak was tot

Kwaliteit van een SEH-arts verschilt niet van die van een aios

consultatie van een tweede specialisme: 8 procent in de opleidingsklinieken en 6 procent in niet-opleidingsklinieken. Wederom was er geen eenduidig effect van inzet van SEH-artsen.



De doelstelling dat door introductie van de SEH-arts er minder (getrapte) supervisie op de SEH voorkomt en dat daarmee de behandeltijd wordt verkort respectievelijk het aantal consultaties van andere medische specialismen wordt verminderd, blijkt tot nu toe niet gerealiseerd. De organisatie van de SEH-zorg lijkt van grotere invloed op de doorstroom dan het soort dokter dat het ziekenhuis ervoor inzet.

De kwaliteit van zorg door de SEH-arts lijkt niet wezenlijk te verschillen van die van de aios. Een steekproef (n=1022)

terugkeer binnen een week was vergelijkbaar en bedroeg gemiddeld 3 procent.

BEHANDELTIJDEN

Vanuit patiëntenperspectief zijn de behandeltijden in het algemeen veel te lang. De behandeltijden van patiënten die uiteindelijk niet en wel worden opgenomen, vertonen een vergelijkbare spreiding. Dat suggereert dat aanpassingen op organisatieniveau hierin meer verbetering zullen brengen dan de introductie van een ander soort dokters.

De positie van het ziekenhuis - dan wel de SEH in de regio (adherentie) - en of deze al dan niet is aangemerkt als traumacentrum of een andere (supra) regionale functie heeft, bepaalt de eisen. Ongeacht de zwaarteklasse is de SEH gebaat bij teams van medisch professionals die de SEH als vaste werkplaats hebben en samen met verpleegkundigen de zorg coördineren en, vooral bij patiënten met complexe problemen, de procesgang en zorg bewaken. Dit wordt onder- >>

<< steund door de uitkomsten van een enquête onder SEH-medewerkers van de betrokken ziekenhuizen.

In traumacentra moet op aangeven van ambulancepersoneel een traumateam op de SEH aanwezig zijn bij de eerste opvang. Bij hoogurgente zorgvragen moet de professional minimaal samen met de verpleegkundige in staat zijn om de eerste opvang te bieden en zo snel mogelijk te triageren naar het juiste specialisme.

De distributie van presentaties op de SEH gedurende het etmaal maakt duidelijk dat 24 uur aanwezigheid van alle medisch specialistisch expertise nooit doelmatig is. Ook maakt het duidelijk hoe personeel wél is in te zetten om de variërende zorgvraag het hoofd te bieden. Afhankelijk van lokale inzichten en afspraken kunnen ziekenhuizen kiezen voor een zogeheten *open of closed format*-systeem (conform de intensive care). Bij een *open format* is elk verwijzend of ontvangend medisch specialisme zelf hoofdbehandelaar, waarbij in dit geval spoedartsen een coördinerende en ondersteunende rol hebben. Bij een *closed format* zijn de spoedartsen respectievelijk medisch specialisten met het aandachtsgebied acute geneeskunde hoofdbehandelaar en zijn alle overige medisch specialisten consulent. Een andere optie is dat een deel van de minder urgente zorg wordt verleend door een al dan niet geïntegreerde huisartsenpost. Goede voorbeelden hiervan zijn in Nederland voorhanden.

VOORBARIG

Is de introductie van de SEH-arts dan voorbarig geweest? Op grond van deze gegevens luidt het antwoord: ja, ware het niet dat de SEH-arts in de onderzochte klinieken nog niet die positie heeft ver-

sche disciplines erkennen acute zorg wel als relevant voor de opleiding, maar ervaren de taak van acute zorg in praktijk vooral als een versturende factor. Vanuit de optiek van verpleegkundigen en managers hebben SEH-artsen door hun primaire zorgtaak en hun aanwezigheid op de SEH een begin gemaakt met de invulling van de taakstelling van de SEH om door middel van optimalisering van de samenwerking en organisatie de kwa-

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Een SEH-arts en een SEH-arts in opleiding nemen een anamnese af bij een patiënt.

geldt niet vanzelfsprekend voor aios van erkende specialismen.

KENNISDOMEIN

Verdienen de SEH-artsen het primaat op de SEH? Nee. Vanuit de aard van de zorgvragen op de SEH is een breed (generalistisch) kennisdomein vereist. Dat geldt ook voor bekwaamheid op het gebied van zogeheten *advanced life support* voor patiënten met grote trauma's en acute medische aandoeningen. Op basis hiervan hebben verscheidene wetenschappelijke verenigingen bezwaar geuit tegen het eerder voorgestelde driejarig curriculum van de SEH-arts. Drie jaar zou te weinig zijn voor het zich eigen maken en onderhouden van deze ambitieuze bekwaamheidseisen.

Overigens is ook binnen erkende medische opleidingen het vóórkomen van sommige acute aandoeningen te laag om dat door middel van praktijkleren eigen te kunnen maken en te onderhouden.⁵ Om die reden zijn al eerder de ALTS (ten behoeve van trauma's) en de MEDICALS (ten behoeve van urgenties

De zorgvraag op de SEH vereist een generalistisch kennisdomein

worden, die de beroepsgroep nastreeft. Door beperkte inzet in termen van fte's en bevoegdheden, lijken de beoogde organisatorische en kwalitatieve verbeteringen op dit moment niet haalbaar.

Wel is er een begin gemaakt met het invullen van de leemte in de keten van acute zorg op de SEH. De meeste medi-

liteit van de zorg te verbeteren. Immers, de SEH-arts is breed inzetbaar en zorgt voor continuïteit (7 x 24 uren-rooster). Deze arts doet daarmee niet onder voor de gemiddelde aios en is bovendien geschoold in vaardigheden als triage en ABC-benadering (*airway, breathing, circulation*) van de acuut zieke patiënt. Dat

SAMENVATTING

- *Aanpassingen op organisatie-niveau lijken belangrijker om de kwaliteit van de zorg te verbeteren dan het soort dokter op de SEH.*
- *Medisch professionals die op de SEH werken, moeten bekwaam zijn in acute zorg met sterk ontwikkelde competenties, samenwerking en organisatie, maar bovenal moeten zij de SEH als hun primaire taakstelling en werkplaats zien.*
- *Afhankelijk van de taakstelling en de casemix kunnen dit SEH-artsen en/of MSRC-erkende specialisten met acute geneeskunde als aandachtsgebied zijn.*

aan hun opleiding. De interne geneeskunde heeft enige tijd geleden al besloten het aandachtsgebied acute geneeskunde als uitstroomprofiel in te richten. De toekomst zal leren of en welke SEH's zich lenen om dergelijke specialisten in huis te hebben. ■

prof. dr. R.O.B. Gans,
internist, Universitair Medisch Centrum Groningen

dr. C. Kathan,
faculteit Economie & Bedrijfskunde, Rijksuniversiteit Groningen

dr. J.C. ter Maaten,
internist, opleider SEH-arts, Universitair Medisch Centrum Groningen

dr. M.A.G. van Offenbeek,
faculteit Economie & Bedrijfskunde, Rijksuniversiteit Groningen

Correspondentieadres: r.o.b.gans@int.umcg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

MC-artikelen over de domeinstrijd op de SEH en de meerwaarde van de SEH-arts vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.



van de beschouwende vakken) ontwikkeld. Deze stellen de getrainde professional in staat om op een gestructureerde manier een eerste inschatting van een patiënt te maken, waarbij gelijktijdig de vitale functies worden bewaakt en resuscitatie wordt gestart. Primair doel is het voorkómen van verdere achteruitgang van de patiënt en, afhankelijk van de werkdiagnose of onduidelijkheid hierover, zo snel mogelijk de juiste medisch specialist aan het bed te krijgen.

HELDERE AFSPRAKEN

De taakstelling en casemix van een SEH moet de inzet van de verschillende disciplines en de onderlinge taakverdeling bepalen. Bovenal moet de eindverantwoordelijkheid helder zijn. Juiste en

tijdige triage met respect voor elkaars expertise, maken het onnodig dat de SEH verwordt tot een strijdperk van medische disciplines.

Ongeacht de aard van de discipline moeten de poortwachters op de SEH de (MEDIC)ALS beheersen. Vanwege de eisen die aan de samenwerking en organisatie van de zorg worden gesteld, moeten specialisten op de SEH deze taak gedurende een voldoende lange periode achtereen verrichten, met als enige werkplek de SEH. Alleen dan kunnen deze specialisten noodzakelijke teamtrainingen volgen en voldoende inzicht krijgen in de verschillende zorgpaden op de SEH. Aan de medisch-specialistische vervolgoopleidingen de uitdaging om binnen die kaderstelling invulling te geven

Referenties:

1. Inspectie voor Gezondheidszorg. Rapport Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overal goed. September 2004, Den Haag.
2. Schilder JN. Geen plaats voor de huisarts. *Medisch Contact* 2007; 62: 2069.
3. Kathan CD. *Emergency Physicians in the Netherlands: the development and organizational impact of new multidisciplinary professionals in hospitals*. Thesis; RUG 17 jan 2008.
4. Giesen P, Franssen E, Mokkink H, Bosch W van den, Vugt A van, Grol R. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. *Emerg Med J* 2006; 23 (9): 731-4.
5. Zijlstra JG, Stegeman M, Sleijfer DTh, Werf TS van der, Gans ROB. Wat draagt het doen van diensten bij aan de opleiding tot internist? *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs* 2003; 22: 258-67.