

## Druk op de spoedeisende hulp neemt toe

Oplossingen liggen in de optimalisatie van samenwerking in de regio en intern

Simone van Dulmen, Ties Eikendal en Patrick Jeurissen

### Kernpunten

- Na een lichte daling voor COVID-19 neemt het aantal patiënten op de SEH toe en zal de komende jaren nog meer toenemen (met gemiddeld 1,1% per jaar). Tegelijkertijd is het aantal SEH-locaties de afgelopen jaren gedaald en zijn vacatures en het ziekteverzuim in de zorg hoog. De SEH vormt hier geen uitzondering op.
- Zorgverleners op de SEH ervaren toenemende werkdruk. Enerzijds door toenemende vraag, complexere zorg en wensen van patiënten en anderzijds door beperkingen in mogelijkheden om het werk goed uit te voeren.
- Belangrijke aspecten in het werk op de SEH zijn het leveren van waardevolle en kwalitatief goede zorg, zich een gewaardeerd onderdeel te voelen van een team, dynamiek en afwisseling in taken en de patiëntengroepen. Dit laatste is uniek voor het werken op de SEH.
- Zorgverleners op de SEH hebben verschillende oplossingen voorgesteld om de kwaliteit en toegankelijkheid in de zorg te waarborgen. Dit sluit aan bij de beleidsvoorstellen die door het ministerie van VWS zijn gedaan, maar ziekenhuizen dienen vanuit de regio's en overheid beter ondersteund te worden om veranderingen door te voeren voor de toekomst van de acute zorgsector. We doen aanbevelingen voor het verbeteren van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, zorgcoördinatie en samenwerking in de regio.

### Inleiding

De houdbaarheid van de gezondheidszorg staat onder druk. De verwachte stijging van de vraag naar zorg zal significant toenemen in de komende decennia, voornamelijk als gevolg van de vergrijzing van de bevolking, de stijgende welvaarts groei en toenemende medische expertise.<sup>1</sup> De bestaande tekorten aan zorgprofessionals vormen echter nu al een aanzienlijke uitdaging bij het aanpakken van dit probleem. Voorspellingen geven aan dat deze tekorten naar verwachting zullen verdrievoudigen tussen 2022 en 2032.<sup>2</sup> Verandering is noodzakelijk om in de toekomst de zorg kwalitatief goed en toegan-

kelijk te houden. Naast de toenemende vraag en de huidige tekorten van personeel is de werkdruk in de zorg nu problematisch. De helft van de werknemers in ziekenhuizen en in de overige medisch specialistische zorg vond in het tweede kwartaal van 2022 de werkdruk (veel) te hoog.<sup>3,4</sup>

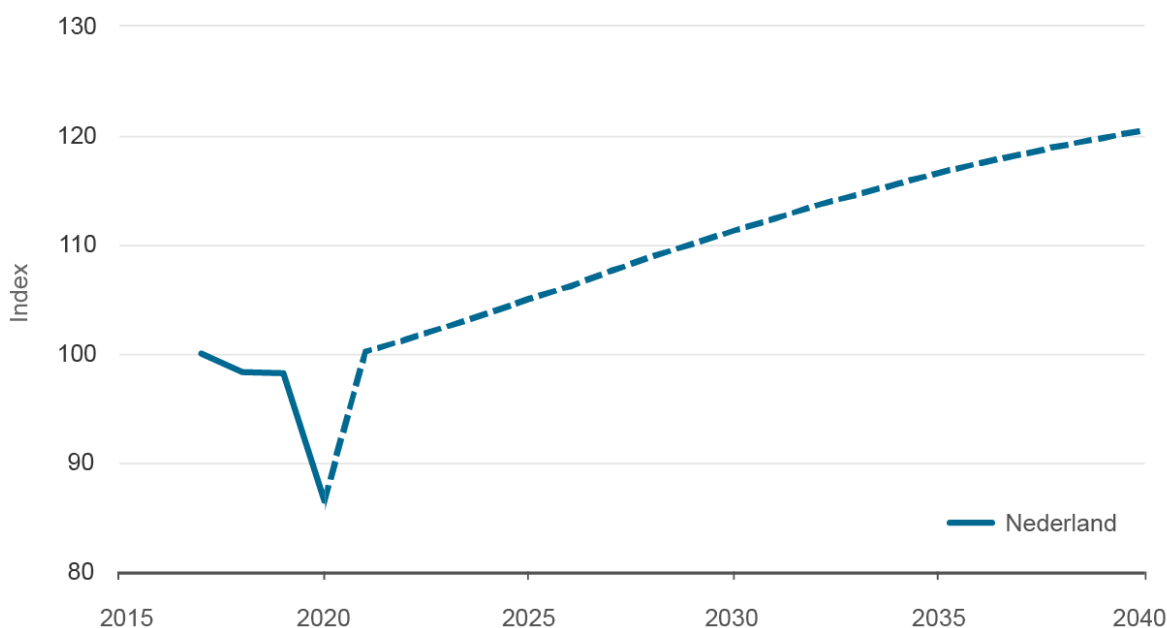
### Spoedeisende hulp (SEH)

Deze uitdagingen hebben ook een aanzienlijke invloed op de acute zorg. Jaarlijks bezoeken ruim twee miljoen patiënten één van de 83 SEH's in Nederland. Het aantal SEH-locaties (24/7-uurs opening) is gedaald tussen 2015 en 2022, maar het aantal behandelkamers is nagenoeg gelijk

gebleven. Eind 2023 heeft de NZA een monitor van de ontwikkelingen in de acute zorg uitgebracht. Na een licht dalende trend van SEH bezoeken voor COVID-19, neemt het gebruik vanaf 2021 weer toe.<sup>5</sup>

Op basis van alleen de demografische ontwikkelingen verwachten we dat het aantal patiënten dat gebruik maakt van de SEH in de periode 2019-2030 met gemiddeld 1,1% per jaar verder zal toenemen.<sup>6</sup> Zie figuur 1 hieronder.

### Spoedeisende zorgvragen in het ziekenhuis



**Figuur 1.** Spoedeisende zorgvragen landelijk (bron: [www.regiobeeld.nl](http://www.regiobeeld.nl))

De werkdruk op de spoedeisende hulp wordt al jaren als bovengemiddeld hoog ervaren en het is een van de belangrijkste redenen voor verzuim.<sup>7,8,9,10</sup>

Meer bezoeken aan de SEH, drukte en lange wachttijden zullen vervolgens leiden tot een hogere werkdruk en afnemende kwaliteit en toegankelijkheid van de spoedzorg.<sup>11</sup> De psychosociale arbeidsbelasting op de SEH is hoog door onder andere hoge werkdruk, hoge case-load, emotionele belasting, lage personele bezetting en gebrek aan autonomie. Hoge werkdruk, taakeisen, taakcontrole en sociale steun hangen samen met langdurig ziekteverzuim en burn-out klachten op de SEH.<sup>7</sup> Er is

al jaren een hoog aantal vacatures voor SEH artsen en SEH verpleegkundigen.<sup>12</sup> Een hoge uitstroom en verminderde instroom zorgen voor een toename van de personeelstekorten.

#### Beleid van de overheid

Om de houdbaarheid te garanderen zal er dus iets moeten veranderen. In 2020 publiceerde VWS de 'Houtskoolschets acute zorg'.<sup>13</sup> In 2022 heeft VWS vervolgens een aantal specifieke uitgangspunten geformuleerd als basis voor toekomstige beleidsvorming die zich richten op met name het verbeteren van de organisatorische efficiëntie en de samenwerking binnen de keten en op regionaal niveau.<sup>14</sup> Als oplossings-

richtingen worden onder andere verdere centralisatie van de spoedzorg en concentratie in de hele acute zorgketen (zie box 1) voorgesteld om de tekorten aan personeel aan te pakken en de kwaliteit van zorg te verbeteren. In beleidsnota's volgend op de houtskoolschets zijn de uitgangspunten verder beschreven in drie kernpunten: 1) kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg, 2) zorgcoördinatie en 3) samenwerking in de regio. Bij de uitvoering dient rekening gehouden te worden met regionale verschillen in de duurzame organisatie van de spoedzorg.<sup>15,16,17</sup>

### **Box 1. Concentratie en centralisatie van zorg**

*Concentratie* verwijst naar het aanbieden van bepaalde vormen van gezondheidszorg op een beperkt aantal locaties. Het doel van concentratie is het vergroten van het aantal patiënten dat in deze gespecialiseerde centra wordt behandeld, waardoor de kwaliteit van de geleverde zorg verbetert.

*Centralisatie* verwijst naar het consolideren van spoedeisende zorg in minder centra om de inzet van personeel en middelen te optimaliseren en zo een betere kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg te bieden.

### Dit onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel de huidige werkervaringen van professionals in de regio Nijmegen die werken op de spoedeisende hulp (SEH) in kaart te brengen. Daarnaast beschrijven we hun visie op de toekomst van de acute zorgsector, evenals de behoeften binnen deze lokale context. Afstemming van het beleidsvormingsproces hierop kan bijdragen aan effectieve en

duurzame implementatie van beleid om de acute zorgsector toekomstbestendig en duurzaam te organiseren. De onderzoeksvragen waren:

1. Wat zijn de ervaringen van professionals op de SEH met betrekking tot werkdruk en werkbeleving?
2. Wat is de visie van professionals op de SEH om de acute zorgsector toekomstbestendig en duurzaam te organiseren?

### Wat hebben we gedaan?

We hebben semi-gestructureerde interviews gehouden met zorgprofessionals werkend op de SEH in het Radboudumc en CWZ (in Nijmegen), het Maasziekenhuis Pantein in Boxmeer en ziekenhuis Bernhoven in Uden. De interviews zijn afgenomen in de periode maart-juli 2023, en zijn vervolgens getranscribeerd en inductief geanalyseerd. In totaal zijn 33 zorgprofessionals geïnterviewd; 15 mannen en 18 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 43,8 jaar. Dit waren 19 (SEH) artsen, een physician assistant (PA) en 18 verpleegkundigen.

### Acute zorg in de regio Nijmegen

De ziekenhuizen in de regio Nijmegen betreffen de Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) regio's Oost en Brabant. De spoedeisende zorgvragen in de Nijmeegse regio stijgen gelijk aan het landelijk gemiddelde (zie figuur 1). Het Radboudumc is een academisch ziekenhuis (rond 1100 bedden) en het CWZ is een topklinisch ziekenhuis in Nijmegen (rond 700 bedden). Het Maasziekenhuis Pantein (170 bedden) en Ziekenhuis Bernhoven (380 bedden) zijn kleinere algemene ziekenhuizen in Brabant. Het CWZ, Maasziekenhuis en Bernhoven hebben samen een geïntegreerde HAP-SEH.

Hieronder beschrijven we de ervaringen van de geïnterviewden over hun huidige werkomgeving

en welke oplossingen zij zien om de kwaliteit, houdbaarheid en toegankelijkheid van de spoedzorg te behouden en te verbeteren.

### Toenemende hoge werkdruk

Hoewel respondenten erkennen dat sterk fluctuerende werkdruk inherent is aan de aard van het werken op de SEH, ervaren ze in toenemende mate een stijging van de werkdruk. Deze werkdruk hangt samen met balans tussen de *eisen van het werk* en de *mogelijkheden* om het werk goed uit te voeren. De *eisen* van het werk relateren aan de toegenomen hoeveelheid zorg die geleverd moet worden en dit hangt samen met drie factoren. De eerste factor is de toegenomen complexiteit in zorgvraag van patiënten. Volgens de respondenten groeit het aantal patiënten met een complexere zorgvraag en een complexere achtergrond. De tweede reden voor de toename van patiënten is volgens sommige respondenten dat er door volle poli's in toenemende mate patiënten vanuit de polikliniek naar de SEH worden gestuurd. Een derde factor is de toename aan opties voor behandeling en diagnostiek en de defensieve werkwijze op de SEH.

De *mogelijkheden* om het werk goed uit te voeren hangen samen met een tekort aan personeel, de kwaliteit van het personeel en de regelmogelijkheden. Bij de kwaliteit van het personeel werd genoemd dat de kwaliteit van het opleidingsniveau van de zorgverleners afneemt. Dit tekort zorgt ervoor dat uitgebreide werkervaring niet langer verwacht kan worden van kandidaten voor bijvoorbeeld een opleiding tot SEH-verpleegkundige, waardoor professionals op de SEH minder ervaring hebben. Maar ook dat in toenemende mate niet SEH opgeleide artsen (bijvoorbeeld ANIOS en stagiaires van andere medische vervolgoopleidingen) worden ingezet. Om de tekorten binnen de ambulancediensten aan te pakken zijn de opleidingseisen voor ambulancepersoneel verlaagd waardoor de instroom vergroot. Om de dienstbelasting in de

huisartsenzorg te verlagen zijn er veel verschillende zorgprofessionals die zorg dragen voor een patiënt. De continuïteit van zorg, het leveren van zorg door dezelfde zorgverlener, komt hiermee in het gedrang. Hoewel de tekorten en dienstbelasting in de huisartsenzorg afnemen door deze oplossingen, neemt hierdoor volgens sommige respondenten de kwaliteit van zorg af omdat ervaring, klinische expertise en het vervolgtraject minder zijn. Dit resulteert uiteindelijk in een toename van de instroom bij de SEH. Bij de regelmogelijkheden worden beperkingen van de doorstroom van patiënten van de SEH naar andere afdelingen binnen het ziekenhuis of buiten het ziekenhuis genoemd. Trage doorstroom van patiënten of uitstroom naar de verpleeg- en verzorgingshuizen (VVT) leidt tot grote drukte (crowding) op de SEH hetgeen leidt tot gevoelens van frustratie en ontevredenheid.

### Werkplezier en werksfeer hoog

Impact hebben tijdens het werk, door de respondenten gedefinieerd als het gevoel om nodig te zijn, wordt als belangrijk ervaren in verschillende contexten. Dit varieert van empathische patiëntenzorg in het algemeen tot het bijdragen aan educatie en managementtaken. Een andere grote bijdrage aan werkplezier is volgens respondenten de grote verscheidenheid aan taken. Het gevoel waardevol te zijn, zinvol werk te doen en de mogelijkheid te hebben om andere vaardigheden en talenten te ontwikkelen, houden het werk voor zorgverleners interessant. Daarnaast benoemen veel respondenten de affiniteit met de acute zorgsector. Dit wordt uitgelegd als het gevoel ergens bij te horen in een omgeving die wordt gekenmerkt door onvoorspelbaarheid, variatie en de snelle actie die van tijd tot tijd nodig is. Tevens wordt autonomie belangrijk gevonden, vooral door verpleegkundigen. Wanneer ze meer verantwoordelijkheid krijgen, hebben ze vaak het gevoel dat hun bijdragen serieuzer worden genomen en gewaardeerd, wat een positieve invloed heeft op werkplezier en



werktevredenheid. De belangrijkste factor die de werksfeer positief beïnvloedt is het zorgen voor elkaar en het creëren van een gevoel van verbondenheid binnen het team. Bijvoorbeeld dat collega's openstaan voor het uitwisselen van diensten om elkaar te helpen, een open en informele sfeer waarin teamleden zich op hun gemak voelen, en open communiceren. Maar ook waardering voor ieders expertise en autonomie en om er als team in te slagen kwalitatief goede zorg te verlenen en patiënten op de juiste manier over te dragen aan collega's.

Een factor die in negatieve zin bijdraagt aan werkplezier is het omgaan met ontevreden en onredelijke patiënten. Dit wordt beïnvloed door overschatting van de mogelijkheden op de SEH en onrealistische verwachtingen over de behandeling of het herstel. Wanneer de zorg of informatie niet aan hun verwachtingen voldoet, kan dit leiden tot teleurstelling en frustratie bij patiënten. Dit richt zich vaak op medewerkers op de SEH. Aanhoudende personeelstekorten beïnvloeden de werksfeer in negatieve zin en dit leidt tot een daling van de arbeidsmoraal.

## Toekomstperspectieven op de acute zorg

### **Algemene visie op de toekomst van de acute zorg**

Respondenten benoemen diverse maatregelen die nodig zijn om in de acute zorgketen kwalitatief goede zorg te kunnen (blijven) leveren. Rondom personeel dient aandacht te worden besteed aan het behoud van personeel, voldoende instroom van nieuw personeel en de kwaliteit van het personeel. Hiervoor worden verschillende oplossingen voorgesteld.

#### *Vergroten flexibele schil door uitwisseling personeel en functiedifferentiatie*

Een oplossing is het makkelijker mogelijk maken om personeel uit te wisselen tussen verschillende afdelingen binnen het ziekenhuis of tussen

ziekenhuizen. Met de toenemende zorgvraag vinden verschillende respondenten het belangrijk dat ziekenhuizen in de regio de barrières voor de uitwisseling van personeel wegnemen. Barrières die worden ervaren vanuit het management en de HR afdeling zijn onder andere de Btw-plicht bij het uitlenen van personeel, ongelijkheid in CAO's waardoor geen gelijkwaardige uitwisseling mogelijk is, risico op ziekteverzuim en juridische verantwoordelijkheidsvraagstukken bij incidenten. Vanuit het perspectief van de medewerker worden verschillen in EPD-systemen, twijfel over eigen kunnen in een andere omgeving, ruimte voor inwerken en een nieuw team als barrières gezien. Ondanks deze barrières wordt uitwisseling wel als een belangrijke stap gezien. Uitwisseling van personeel draagt bij aan het ontstaan van wederzijds begrip waardoor samenwerking in de toekomst minder intimiderend wordt. Binnen de ziekenhuizen zijn er al verschillende oplossingen, zoals afspraken voor laagdrempelig uitwisselen van verpleegkundig personeel tussen de IC en SEH, maar respondenten geven aan dat hier nog meer in te winnen is. Functiedifferentiatie wordt voorgesteld als oplossing om het personeelstekort op te vangen. Dit houdt in dat zorgprofessionals van andere afdelingen op de SEH worden opgeleid voor het uitvoeren van specifieke (lichte) werkzaamheden en zo flexibel inzetbaar zijn.

#### *Regelmogelijkheden en autonomie*

Meer autonomie om het werk aantrekkelijk te houden en passende verantwoordelijkheden dragen bij aan waardering van het werk. Ook mogelijkheden om naast reguliere taken in de directe patiëntenzorg een verscheidenheid aan andere taken uit te voeren kunnen bijdragen aan werkplezier en het behoud of werven van nieuw personeel.

#### *Financiële vergoeding*

De financiële erkenning van verschillende functies op de SEH moet verbeterd worden om meer

mensen aan te trekken. Ondanks de positieve inhoud van het werk voelen verpleegkundigen zich ondergewaardeerd omdat de lonen in andere, meer voorspelbare en minder vitale sectoren veel hoger zijn. Volgens hen zal een betere financiële vergoeding bijdragen aan een betere instroom en minder uitstroom van verpleegkundigen.

### **Oplossingen bij instroom**

#### *Vermindering van de instroom op de SEH*

Respondenten ervaren dat in toenemende mate mensen met onnodige verwijzingen naar de SEH komen, hetgeen kan leiden tot ongepaste zorg en een hogere werkdruk. Eén van de factoren is het tekort aan preklinisch personeel. Gebrek aan continuïteit van zorg, ervaring en klinische expertise ondermijnt het vertrouwen van preklinische zorgverleners in hun triagevaardigheden. Dit resulteert in meer onzekerheid en leidt tot een toenemend aantal mensen dat onnodig naar de SEH wordt verwezen. Er worden een aantal oplossingen voorgesteld. Met betrekking tot ervaring van ambulancepersoneel kunnen PA's worden ingezet. Zij hebben een zelfstandige bevoegdheid en zijn meer opgeleid in het klinisch redeneren waardoor zij beter kunnen differentiëren en de definitieve zorg in kunnen zetten. Dit kan leiden tot minder instroom op de SEH. Er worden ook kortere communicatielijnen tussen preklinische diensten en de SEH voorgesteld, waardoor ambulancepersoneel en huisartsen indien nodig de SEH-arts laagdrempelig en snel kunnen raadplegen. Daarnaast zou de instroom kunnen worden verminderd als er apparatuur in de ambulance aanwezig is waarmee hulpverleners in het ziekenhuis de toestand van de patiënt op afstand kunnen monitoren en eventueel thuis kunnen behandelen.

#### *Publieke voorlichting over de rol van de SEH en preventie*

Ondanks inspanningen om het aantal zelfver-

wijzers terug te dringen, blijft dit percentage hoog.<sup>18</sup> Vaak doen deze zelfverwijzers een onnodig beroep op relatief dure zorg wat voor hogere piekbelasting en verminderde toegan-lijkheid zorgt.<sup>19</sup> Daarnaast ervaren respondenten dat patiënten steeds veeleisender worden en onrealistische verwachtingen hebben van de zorg op de SEH. Het geven van goede informatie aan het publiek is belangrijk waardoor een beter begrip van wat spoedeisende zorg inhoudt wordt gecreëerd en verwachtingen beter te managen zijn. Tevens is betere voorlichting over gezondheidsrisico's, preventie en advanced care planning van toegevoegde waarde. De overheid dient hierin een belangrijke rol te spelen.

#### *Afspraken plannen op de spoedeisende hulp*

Een andere oplossing is om de instroom van patiënten die geen directe spoedeisende hulp nodig hebben af te stemmen op de drukte op de SEH. Zij zouden semi gepland naar de SEH kunnen komen op een geschikt tijdstip. Dit leidt tot een evenwichtiger verdeling van patiënten waarmee de piekdruk en de buitensporige wachttijden kunnen verminderen.

#### *Betere toewijzing van patiënten op de SEH*

Respondenten zien mogelijkheden om de toewijzing van patiënten aan de typen ziekenhuizen te verbeteren. Dit komt niet alleen de SEH ten goede, maar ook de patiënten zelf, omdat zij beter bediend kunnen worden bij hun specifieke hulpvraag. Het Radboudumc is gespecialiseerd in de hoog complexe zorg, terwijl het CWZ, het Maasziekenhuis Pantein en het Bernhoven ziekenhuis zich richten op de meer algemene zorg. Dit vraagt om duidelijke afstemming tussen de ziekenhuizen in de regio. Sommige respondenten suggereerden dat de beslissing over de toewijzing van patiënten door de preklinische dienst moet worden genomen. Een duidelijke definitie van het profiel van de verschillende ziekenhuizen als basis voor de keuze van het juiste ziekenhuis ontbreekt. Hierbij is centrale coördinatie van belang.

## Doorstroom

### *Beslissingsbevoegdheid verhogen*

Volgens respondenten vertraagt de doorstroom door de opleidingsstructuur van een ziekenhuis en het gebrek aan beslissingsbevoegdheid over de vraag of patiënten moeten worden ontslagen of overgeplaatst naar andere afdelingen. Eén deelnemer stelde bijvoorbeeld dat patiënten in bepaalde gevallen worden beoordeeld door een geneeskundestudent, een spoedarts, een generalistische supervisor en uiteindelijk een gespecialiseerd supervisor voordat er beslissingen worden genomen. Dit is vaak een langdurig overlegproces waarbij de direct behandelend arts niet beslissingsbevoegd is en de gespecialiseerd eindverantwoordelijk arts op afstand andere werkzaamheden heeft. Omdat dit een aanzienlijke (wacht)tijd met zich meebrengt is hier ruimte voor verbetering. Een oplossing is het delegeren van de verantwoordelijkheid naar de direct behandelend arts waarbij deze de directe initiële behandeling kan starten en kan differentiëren tussen opname of ontslag. Na opname op de afdeling kan de gespecialiseerd arts het vervolgbeleid maken. Een andere oplossing is het eerder in het proces betrekken van artsen met beslissingsbevoegdheid.<sup>20</sup>

### *Verkorten van de wachttijd voor uitslagen (laboratorium)testen*

Verschillende respondenten ervaren lange wachttijden voor het verkrijgen van laboratorium- of andere testen. Dit wordt toegeschreven aan onder andere technische problemen met laboratoriummachines of hoge patiëntvolumes. Het kan bijvoorbeeld uren duren voordat de uitslag van CT-scans of bloedonderzoek beschikbaar is. Dit verlengt het verblijf van de patiënt op de spoedeisende hulp en stopt de algehele doorstroom van de afdeling. Voorgestelde oplossingen zijn uitbreiding van de capaciteit van laboratorium- en diagnostische tests of het verbeteren van de communicatie tussen de SEH

en het laboratorium, wat kan leiden tot een snellere terugkoppeling van de testresultaten.

### *Verbetering van de samenwerking in het hele ziekenhuis*

Vooral in het Radboudumc zijn de respondenten van mening dat betere samenwerking nodig is om de doorstroom van patiënten te verbeteren, vooral in relatie tot de acute opname afdeling (AOA). Een uitgebreide indicatie is vereist voordat patiënten naar de AOA kunnen. Een breder debat binnen het ziekenhuis zou gevoerd moeten worden over de vraag of de volledige indicatie rond moet zijn voordat een patiënt naar de AOA wordt overgebracht (en hoe de besluitvorming hierover geoptimaliseerd zou kunnen worden). Maar ook kan efficiëntere samenwerking en communicatie tussen de SEH en de AOA zorgen voor een tijdige en nauwkeurige uitwisseling van informatie, wat een vlottere overdracht van patiënten en effectievere communicatie mogelijk maakt. Ook voor de samenwerking met andere afdelingen in het ziekenhuis zit hier ruimte voor verbetering.

### *Evalueren potentieel overmatig testen*

Met name verpleegkundigen benoemen dat de defensieve werkwijze op de SEH zich uit in overmatig testen, hetgeen leidt tot werkdruk en lange verblijfsduur op de SEH. Zowel maatschappelijk als intercollegiaal wordt van de SEH verwacht dat er een sluitend beeld van een patiënt wordt gevormd met passende behandeling. Het definiëren van een mate van volledigheid en dit afstemmen met vervolgdagnostiek en behandeling op de ontvangende afdelingen zorgt voor een efficiënt verblijf op de SEH waarbij overmatig testen en lange verblijfsduur kunnen worden voorkomen. Betere voorlichting aan de patiënt en een bredere maatschappelijke discussie over de noodzaak van testen, ethische aspecten rondom de mate van zorg die zou kunnen worden verleend in relatie tot de kwaliteit van leven van de patiënt zouden dit kunnen verbeteren.

### *Attitude ten aanzien van concentratie in de spoedzorg*

Het ministerie van VWS noemt concentratie en centralisatie als oplossingen om de acute zorg duurzaam in te richten met het argument dat door schaalgrootte en specifieke toewijzing van patiënten de zorg efficiënter kan worden ingericht en kan leiden tot hogere kwaliteit van zorg. De overgrote meerderheid van de respondenten is voorstander van concentratie van de spoedzorg. Zij delen het idee dat concentratie van bepaalde vormen van zorg kan leiden tot een betere kwaliteit van zorg. Zij zien dat bepaalde vormen van zorg op de SEH niet optimaal kan worden verleend in algemene ziekenhuizen. Tegelijkertijd zijn er ook bedenkingen bij de implementatie van zo'n beweging omdat het een grote reorganisatie van het acute zorgsysteem zou vereisen. Dit is een grote stap en moet daarom niet worden onderschat. Bovendien uitten de respondenten ook hun zorgen over de mogelijke eenzijdigheid van het werk als gevolg van het concentreren van zorg. Beperkte blootstelling aan een diverse patiëntenpopulatie kan leiden tot verminderde kennis en vaardigheden en dit kan leiden tot minder werkplezier. Concentratie wordt vooral als een oplossing gezien voor gespecialiseerde en zeer complexe vormen van zorg.

### *Attitude ten aanzien van centralisatie in de spoedzorg*

Centralisatie is een andere manier om de druk op de SEH te verminderen en patiënten-volumes te consolideren in grotere, gecentraliseerde faciliteiten. Veel respondenten hebben moeite om te zien hoe centralisatie effectief kan worden uitgevoerd. Het vraagt een omvangrijke herstructurering in het hele acute zorgsysteem om dit met succes door te voeren. Als deze plannen effectief worden uitgevoerd en dit zou resulteren in een verbetering van de kwaliteit van de zorg, stelde ongeveer een derde van de respondenten bereid te zijn om op andere SEH-locaties te gaan werken. Aan de andere kant gaf

bijna twee-derde van de respondenten aan dat ze niet meteen bereid zouden zijn om op andere SEH's te gaan werken. Sommigen van hen verklaarden zelfs dat ze zouden overwegen om dan de SEH te verlaten.

Werken op een SEH kan soms emotioneel uitdagend zijn en respondenten benadrukken het belang van een band met hun collega's en ruimte en veiligheid om ervaringen te kunnen delen. Dit kan in een nieuwe groep op een andere SEH een uitdaging vormen als het gaat om het creëren van een gevoel van groepscohesie. Een ander voorbehoud bij centralisatie is het feit dat werken op een andere SEH betekent dat je in andere soorten ziekenhuizen moet werken, elk met zijn eigen specifieke cultuur en protocollen. Zorgverleners hebben vaak een voorkeur voor een werkcultuur of werkwijze, waardoor ze minder geneigd zijn om op SEH's te werken die een andere aanpak volgen. Bovendien is er soms ook een bewuste voorkeur voor het werken met een specifieke patiëntenpopulatie.

### **Uitstroom**

#### *Het verbeteren van de samenwerking met regionale (ouderen)zorginstanties*

Respondenten benoemen als belangrijkste belemmering voor de uitstroom het gebrek aan capaciteit in de langdurige zorg sector. Omdat de verpleeghuizen het grootste deel van de tijd volledig bezet zijn, heeft de SEH te maken met langere verblijven van ouderen die wachten op vervolgzorg binnen de VVT, uitstroom naar huis met voldoende ondersteuning of (onnodige) opname in het ziekenhuis. Hoewel het capaciteitsprobleem niet eenvoudig kan worden opgelost kan de samenwerking wel verbeterd worden, bijvoorbeeld door betere en snellere communicatie.

#### *Grotere rol informele zorg*

Naast uitstroom naar een zorginstelling hebben sommige ouderen de mogelijkheid om naar huis terug te keren als zij ondersteund worden door



een mantelzorger. Hier zou meer aandacht aan besteed kunnen worden bij de gesprekken op de SEH. Respondenten suggereerden dat het aanbieden van specifieke trainingen of cursussen voor mantelzorgers oudere patiënten in staat zou kunnen stellen naar huis terug te keren. Deze oplossing zou niet alleen de uitstroom van patiënten verbeteren, maar ook de instroom van oudere patiënten verminderen door te zorgen voor goede ondersteuning thuis.

## Conclusie

De resultaten van dit onderzoek geven inzicht in de ervaren werkdruk en ideeën om de acute zorg in de regio toekomstbestendig te maken. Zorgverleners op de SEH erkennen dat de zorg in de regio onder druk staat. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door toenemende vraag, complexiteit en wensen van patiënten en anderzijds door beperkingen in mogelijkheden om het werk goed uit te voeren. Belangrijke aspecten in het werk op de SEH zijn het leveren van waardevolle en kwalitatief goede zorg, dynamiek en afwisseling, de menselijke maat in het werk te behouden en zich gewaardeerd onderdeel te voelen van een team.

Met betrekking tot hun perspectieven op de toekomst van de acute zorg zijn verschillende oplossingen voorgesteld om de kwaliteit en toegankelijkheid in de zorg te waarborgen. Belangrijk aspect is het optimaliseren van de samenwerking met andere disciplines, zowel in het ziekenhuis als daarbuiten. Diverse voorstellen sluiten aan bij de beleidsvoorstellen die door het ministerie van VWS zijn gedaan. Ziekenhuizen dienen vanuit de regio's en overheid beter ondersteund te worden om veranderingen door te voeren voor de toekomst van de acute zorgsector. Voorgestelde beleidsoplossingen rondom centralisatie en concentratie vragen om een integrale aanpak van de gehele acute zorgsector en een goed implementatieplan. Hierin dienen wensen en behoeften van zorgverleners goed te worden

meegenomen. De beleidsaanbevelingen hieronder beschrijven de acties die nodig zijn om de acute zorg duurzaam te kunnen blijven organiseren.

## Beleidsaanbevelingen

### **Kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg**

1. Organiseer een maatschappelijke campagne over hoe de acute zorg is georganiseerd en welke uitdagingen de kwaliteit en toegankelijkheid bedreigen (*rol overheid*). Aspecten die daarbij aan bod moeten komen:
  - Hoe is de toegang tot de acute zorg georganiseerd
  - Houdbaarheid van de (acute) zorg
  - Hoe kom ik bij de juiste hulpverlener terecht en wat kan ik verwachten van de zorg
  - De rol van preventie
  - Wat is advanced care planning en hoe dit te organiseren
2. Zorg voor ruimte voor professionals in de acute zorg om neventaken uit te oefenen (*rol ziekenhuis*). Hiermee komt er ruimte voor innovatie en dit vergroot het gevoel van relevantie en werkplezier. Laat dit ook onderdeel zijn van periodieke gesprekken, organiseer dit via de CAO of indien nodig middels wetgeving.
3. Zorg in het ziekenhuis voor een efficiënte doorstroming op de SEH. Hiermee wordt de werkdruk verlaagd en worden de kwaliteit van zorg en de toegankelijkheid verbeterd (*rol ziekenhuis*). De belangrijkste manieren om dit te bereiken zijn:
  - Zorg voor een duidelijke verantwoordingsstructuur op de SEH met beslissingsbevoegdheid voor de medewerkers op de SEH. Dit voorkomt langdurig verblijf op de SEH.
  - Verbeter de afstemming tussen de SEH en de ondersteunende afdelingen zoals laboratorium/diagnostiek om het proces optimaal in te richten.

- Verminder de piekbelasting op de SEH door aankomst van vooraf bepaalde patiëntengroepen te plannen. Hiervoor is afstemming met huisartsen en poort-specialisten noodzakelijk.

### Zorgcoördinatie

1. Zorgcoördinatie is essentieel in de toekomstige inrichting van de acute zorg (*rol overheid*). Zorg voor een maatschappelijke campagne om de rol van zorgcoördinatie duidelijk te maken. Belangrijk hierbij zijn:
  - De relatie met de houdbaarheid van de acute zorg
  - De toegang tot het acute zorgsysteem; noodzaak van contact met de huisarts alvorens verwijzing naar SEH
2. Zorg 24 uur per dag voor optimale afstemming tussen de SEH en de VVT/thuiszorg/huisarts om de uitstroom op de SEH te faciliteren (*rol overheid en binnen regio*). Ook de mantelzorger hoort hierbij betrokken te zijn. Zorg daarbij voor voldoende capaciteit van met name de thuiszorg en VVT-instellingen, om de uitstroom uit de acute zorg te garanderen.
3. Zorg voor een goede (digitale) verbinding in de acute zorgketen om de pre-hospitale partners optimaal te faciliteren de juiste keuzes te kunnen maken (*rol overheid*). Continuïteit van informatie is essentieel om de zorg duurzaam in te richten.

### Samenwerking in de regio

1. Faciliteer als overheid samenwerking in de regio om oplossingen rondom werkdruk en samenwerking te bevorderen (*rol overheid en ROAZ*). Belangrijk is hierbij een duidelijke structuur van het ROAZ met een goed gedefinieerde doorzettingsmacht.
2. Organiseer een transparante en reproduceerbare structuur voor de besluitvorming rondom concentratie en centralisatie (*rol*

*overheid*). De overheid heeft hierin de belangrijkste taak, maar professionals dienen onderdeel te zijn van de inrichting van dit systeem. Teamgevoel en geborgenheid zijn essentiële aspecten in het goed kunnen uitoefenen van werkzaamheden in de acute zorg met een intrinsiek hoge werkdruk. Deze aspecten moeten onderdeel zijn van de besluitvorming rondom met name centralisatie. Op ziekenhuisniveau dient hiervoor ook aandacht te zijn.

3. Faciliteer als ROAZ de samenwerking in de regio door een duidelijke overleg- en beslisstructuur met voldoende beleidsmatige ondersteuning voor de deelnemers (*rol ROAZ*). Zorg als ROAZ tevens dat duidelijk is op welke tafel de verschillende onderwerpen besproken worden.
4. Zorg voor een duidelijke differentiatie in aanbod van zorg van de verschillende SEH's in de regio en sluit de allocatie hierop aan (*rol overheid en ROAZ*). Centrale coördinatie van zorgverdeling op regionaal niveau is hierbij essentieel.
5. Ondersteun en moedig uitwisseling van personeel in de regio aan (*rol overheid, ROAZ en ziekenhuis*). Dit draagt bij aan kennis, beter begrip van de werkwijze in andere ziekenhuizen en kan de flexibele schil voor het inzetten van personeel verhogen. Dit kan bijdragen aan de implementatie van bredere samenwerkingen tussen ziekenhuizen en activiteiten rondom concentratie en centralisatie.
  - a. Schaf de Btw-plicht voor onderlinge uitwisseling af
  - b. Zorg voor regionale afstemming/coördinatie van de uitwisseling
  - c. Bespreek uitwisseling met elke medewerker
  - d. Zorg voor voldoende inwerktijd op een nieuwe afdeling.

*Auteur Simone van Dulmen werkt als senior onderzoeker bij de Academie voor betaalbaarheid van zorg, onderdeel van IQ Health, Radboudumc.*

**Contact** [simone.vandulmen@radboudumc.nl](mailto:simone.vandulmen@radboudumc.nl)

## Bronnen

1. WRR (2021). Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Den Haag, Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid.
2. Prognosemodel (2023). Prognosemodel Zorg en Welzijn.
3. CBS (2022). Werkdruk en werktevredenheid in de zorg.
4. CBS (2022b). Helft zorgmedewerkers vindt de werkdruk te hoog.
5. NZA (2023). Monitor Acute Zorg 2023. Ontwikkelingen in de acute zorg in beeld. Utrecht.
6. NZA (2020). Monitor Acute Zorg 2020. Utrecht.
7. De Wijn, N. and M. Van der Doef (2017). Psychosociale Arbeidsbelasting op de Spoedeisende Hulp (SEH). Onderzoek naar werkfactoren, individuele factoren en gezondheid/welbevinden bij verpleegkundigen en artsen op 19 SEH-afdelingen. Leiden, Universiteit Leiden.
8. Prints, M., et al. (2020). "Understanding the perception of workload in the emergency department and its impact on medical decision making." *Am J Emerg Med* 38(2): 397-399.
9. Bonfim, A. K. S., et al. (2021). "Nursing workload of trauma patients in the emergency room: A prospective cohort study." *Int Emerg Nurs* 59: 101071.
10. Fishbein et al. 2020. "Objective measures of workload in healthcare: a narrative review". *International Journal of Health Care Quality Assurance* 33 (1), 2020 pp. 1-17.
11. Baier, N., et al. (2019). "Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands - Analyzing organization, payment and reforms." *Health Policy* 123(1): 1-10.
12. RIVM (2022). Feiten en cijfers acute zorg. Utrecht.
13. Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2020). Houtskoolschets acute zorg. Den Haag.
14. Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2022). Kamerbrief uitgangspunten toekomstbestendige acute zorg. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
15. Kuipers, 2022a. Kamerbrief over beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg. Rijksoverheid. Retrieved 6 July 2023, from <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/10/03/kamerbrief-over-beleidsagenda-toekomstbestendige-acute-zorg>
16. Kuipers, E. (2022b). Kamerbrief uitgangspunten toekomstbestendige acute zorg. Rijksoverheid. Retrieved 6 July 2023, from <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/02/22/kamerbrief-over-toekomstbestendige-acute-zorg>
17. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). (2020). Houtskoolschets acute zorg. Retrieved 14 May, from <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/03/houtskoolschets-acute-zorg>
18. vzinfor (2021). "zorggebruik SEH." Retrieved 12-01, 2024, from <https://www.vzinfor.nl/acute-zorg/gebruik/seh>.
19. Giesen, P., et al. (2006). "Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison." *Emerg Med J* 23(9): 731-734.
20. Van der Linden, M. C., et al. (2019). "The impact of medical specialist staffing on emergency department patient flow and satisfaction." *Eur J Emerg Med* 26(1): 47-52.