



De spoedposten en de SEH, werkt het samen?

Samenvatting

Thijssen WA. *De spoedposten en de SEH, werkt het samen?* *Huisarts Wet* 2016;59(2):54-6.

In het afgelopen decennium hebben veel huisartsenposten zich ontwikkeld tot geïntegreerde spoedposten bij de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van een ziekenhuis. Er is weinig onderzoek gedaan naar de invloed van die ontwikkeling op de in- en uitstroom van patiënten, en op het soort patiënten dat zijn weg vindt naar de SEH. Duidelijk is wel dat het aantal niet-urgente zelfverwijzers op de SEH sterk is afgenomen en dat de meerderheid wordt terugverwezen naar de huisarts. Een onverwacht gevolg is echter dat de SEH meer verwezen patiënten ziet, en dat leidt tot meer diagnostiek, meer SEH-opnames en meer polikliniekbezoeken. Om de wachttijden op de SEH te verkorten en onnodige verwijzingen, onderzoeken en ziekenhuisopnames te voorkomen, moet de samenwerking tussen huisarts en SEH versterkt worden. De huisartsen op een spoedpost zouden permanente toegang moeten krijgen tot de diagnostische faciliteiten van het ziekenhuis, en de mogelijkheid moeten krijgen de (SEH-)specialist te consulteren.

INLEIDING

In Nederland wordt de spoedzorg buiten kantooruren verzorgd door huisartsenposten (HAP), afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) en de ambulancezorg. In het afgelopen decennium zijn veel huisartsenposten en SEH's gaan samenwerken in geïntegreerde spoedposten in een ziekenhuis.¹ Een belangrijk doel van de samenwerking was kostenreductie: de spoedposten kunnen niet-urgente zelfverwijzers opvangen en terugdirigeren naar de huisarts. Met die triage hebben de spoedposten een belangrijk deel van de toegang tot de SEH in handen. Alleen op SEH's die geen spoedpost hebben, kunnen zelfverwijzers nog terecht buiten de huisarts om. Het ligt voor de hand dat de doorstroming en ook het type patiënt op SEH's zonder spoedpost anders zijn dan op SEH's met een spoedpost, en dat zou ook tot uitdrukking moeten komen in de gemiddelde verblijfsduur op de SEH.

In veel westerse landen vormen drukte en lange wachttijden op SEH's een groot probleem. In Nederland was dat, naast de kostenreductie, een belangrijke reden om de samenwerking tussen HAP's en SEH's te versterken. In het hier besproken proefschrift zijn de gevolgen van die samenwerking onderzocht. Leeftijd, herkomst, bestemming en verblijfsduur van patiënten op drie Nederlandse SEH's met een spoedpost

zijn vergeleken met die op vier SEH's zonder spoedpost. Ook is gekeken naar factoren die de verblijfsduur beïnvloeden.

VERBLIJFSDUUR EN DIAGNOSTIEK

In Nederland bezoeken elk jaar ongeveer 2 miljoen patiënten een SEH. Dat komt overeen met zo'n 130 patiënten per 1000 inwoners per jaar.² Ter vergelijking: op de HAP's komen 244 patiënten per 1000 inwoners per jaar, maar dan alleen tijdens de ANW-uren.³ Van de patiënten op een SEH is ruim 60% (38 tot 77%) verwezen door een huisarts, ambulanceverpleegkundige of een andere medische professional.^{4,5} Gemiddeld 37% van de SEH-patiënten wordt uiteindelijk opgenomen, en daarmee is de SEH verantwoordelijk voor zo'n 30 tot 45% van alle ziekenhuisopnames.

Op de SEH presenteert het merendeel van de patiënten zich op weekdays tussen 12:00 en 17:00 uur. De mediane verblijfsduur volgt een vrij stabiel patroon en is met 130 minuten (interkwartielafstand 79 tot 140 minuten) kort in vergelijking tot andere westerse landen.⁵ De verblijfsduur neemt wel toe met de leeftijd van de patiënt. Vergeleken met zelfverwijzers verblijven patiënten die worden verwezen door huisarts of ambulance bijna een uur langer op de SEH (95%-BI 52 tot 63 minuten), en patiënten die via de radiologieafdeling binnenkomen juist korter (95%-BI 2 tot 23 minuten). Deze verschillen blijven significant als ze gecorrigeerd worden voor leeftijd, geslacht en trauma.⁵

De meerderheid van de patiënten presenteert zich met niet-urgente klachten (95% op de HAP, 65% op de SEH), maar de kans op aanvullend onderzoek en een vervolgsconsult is duidelijk veel groter op een SEH. Van alle niet-urgente patiënten op een SEH krijgt gemiddeld 65% een aanvullend onderzoek (meestal een foto), op een HAP 6%. Opvallend is dat niet-urgente zelfverwijzers op de SEH minder vaak aanvullend onderzoek of een vervolgsconsult krijgen (45%) dan niet-urgente patiënten die verwezen zijn (83%).⁷ Het verschil in diagnostiek voor urgente patiënten is kleiner, 95% op de SEH en 36% op de HAP, maar nog steeds aanzienlijk.

De kern

- Huisartsen op spoedposten hebben invloed op SEH-patiëntkenmerken en -stromen,
- Ondanks de afname van het aantal SEH-patiënten na de implementatie van een spoedpost, zijn er wel meer SEH-opnames en meer patiënten die terugkomen op de polikliniek.
- Om de zorgkosten verder te verlagen, de samenwerking tussen huisarts en SEH te versterken en de regiefunctie van de huisarts binnen de acute zorg te vergroten, is het aan te bevelen huisartsen op de spoedpost de mogelijkheid te geven aanvullend onderzoek te laten doen.

Catharina Ziekenhuis, Michelangelolaan 2, 5602 ZA Eindhoven: dr. W.A.M.H. Thijssen, SEH-arts (tevens Radboud UMC, IQ Healthcare, Nijmegen) • Correspondentie: wendy.thijssen@catharinaziekenhuis.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur van het proefschrift is werkzaam op een van de SEH's die hebben meegewerkt aan de dataverzameling.

Deze beschouwing is gebaseerd op Thijssen WAMH. Emergency departments in the Netherlands: The influence of integrated general practitioner cooperatives [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2015.



Foto: Peter Hiltz/HH

INGANGSKLACHTEN EN ONTSLAGDIAGNOSES

Uit het promotieonderzoek bleek dat op SEH's met een spoedpost nagenoeg geen zelfverwijzers meer komen.⁶ De patiënten op deze SEH's zijn gemiddeld ouder (50 versus 39 jaar) en worden vaker opgenomen (43 versus 32%) dan op SEH's zonder spoedpost.⁵

Als we de ingangsklachten groeperen, dan vinden we op SEH's met een spoedpost nagenoeg dezelfde prevalenties als op SEH's zonder spoedpost: voor trauma 25,7 versus 29,7%, voor buikpijn 12,1 versus 10,9% en voor algemene symptomen 7,8 versus 4,8% ($p = 0,07$). Doen we hetzelfde voor de ontslagdiagnoses, dan zijn de drie meestvoorkomende op SEH's met een spoedpost: fracturen en luxaties (10,8%), contusies en distorsies (10,4%) en luchtweginfecties (6,8%). Op SEH's zonder spoedpost zijn de drie meestvoorkomende ontslagdiagnoses: fracturen en luxaties (10,7%), wonden (9,3%) en contusies en distorsies (8,9%). Dit verschil is klein, maar significant ($p < 0,01$).⁸

Dat er geen verschil is in ingangsklachten maar wel in ontslagdiagnoses, lijkt erop te wijzen dat het verschil in ziekenhuisopnames afhankelijk is van andere factoren dan alleen de ingangsklacht.

HET EFFECT VAN GEÏNTEGREERDE SPOEDPOSTEN

De integratie van de spoedzorg buiten kantooruren in spoedposten is een relatief nieuwe ontwikkeling, die zorgt voor substantiële veranderingen op de SEH. Nu zelfverwijzers er zo goed als uitgebannen zijn, neemt het aantal patiënten op de SEH in principe af. Toch vloeien er relatief meer ziekenhuisopnames en polikliniekbezoeken uit voort, omdat de spoedpost de zekere en complexere patiënten lijkt voor te selecteren.

Voordat er spoedposten waren, verwezen de HAP's 5 tot 7% van alle patiënten naar de SEH en dit percentage is met de komst van de spoedposten alleen maar hoger geworden. Dat kan een aantal redenen hebben. Ten eerste: veel zelfverwijzers worden terugverwezen naar de huisarts of behandeld op de spoedpost, maar een aantal wordt alsnog naar de SEH verwezen. Ten tweede: een spoedpost zal in eerste instantie verwijzen naar de naastgelegen SEH en niet, zoals de HAP voorheen deed, patiënten verdelen over SEH's in de regio. Op de naastgelegen SEH zal dan logischerwijs het aantal ziekere patiënten toenemen. Ten derde blijken spoedposten een aanzuigende werking te hebben. De *induced demand* blijkt onder andere uit het feit dat het aantal consulten op spoedposten meer ge-

Abstract

Thijssen WA. Emergency services in A&E departments: does it work? *Huisarts Wet* 2016;59(2):54-6.

In the past 10 years, many out-of-hours services have become integrated with accident & emergency (A&E) departments in hospitals to provide emergency general practice services. However, little is known about the effect of this development on the flow and characteristics of patients coming to an A&E department. There has been a clear decrease in the number of non-urgent self-referrals to A&E departments, most of which are referred back to a general practitioner. Unexpectedly, there has been an increase in referrals to A&E departments, which leads to more diagnostic investigations, more A&E admissions, and more outpatient follow-ups. The collaboration between GPs and A&E departments needs to be more intensive in order to shorten A&E waiting times and to decrease unnecessary referrals, investigations, and hospital admissions. GPs working in such an emergency service should have full access to the diagnostic facilities of the hospital and be able to consult an A&E specialist.

groeit is dan je op grond van de eerdere aantallen op de betreffende SEH's zou verwachten. Bovendien zijn de aantallen ook groter dan op vergelijkbare, maar niet geïntegreerde HAP's.³⁷

MEER REGIE DOOR DE HUISARTS

Recapitulerend: de komst van spoedposten heeft voor een deel de gewenste en verwachte gevolgen gehad. Op de SEH komen minder zelfverwijzers, de patiënten zijn gemiddeld ouder, krijgen meer diagnostiek en worden vaker opgenomen. Al deze factoren verlengen de gemiddelde verblijfsduur, al is die in internationaal verband nog relatief kort. Onverwacht, en minder gewenst, is dat het aantal verwijzingen naar de SEH is toegenomen. Daardoor stijgt de druk op diagnostiek, SEH-opnames en polikliniekbezoeken.

Het is mogelijk deze druk te reduceren door de huisarts meer regie over het proces te geven. Gebleken is dat de gemiddelde verblijfsduur van patiënten op de SEH korter is als de huisarts al diagnostisch onderzoek heeft laten doen.³⁰ Als de spoedpost de mogelijkheid zou hebben ook buiten kantoor tijden röntgen- en laboratoriumonderzoek te laten uitvoeren, draagt dat bij aan optimalisatie van de spoedzorg en aan reductie van de zorgkosten. De verblijfsduur op de SEH kan bekort worden als essentiële diagnostiek al is verricht; onnodige verwijzingen naar de SEH kunnen worden voorkomen, waardoor de wachttijd van de wel verwezen patiënten ook weer korter wordt. Het vergt wel goede samenwerking met ondersteunende afdelingen, zoals radiologie en klinische chemie, en de uitslagen van de diagnostiek moeten na een verwijzing ook toegankelijk zijn voor de SEH-arts.

Huisarts en SEH-arts werken soms al samen bij de beslis-sing een patiënt al of niet naar de SEH te verwijzen. Op sommige spoedposten kan de huisarts een SEH-arts of desgewenst een andere specialist van het ziekenhuis vragen kort mee te kijken naar een patiënt in de spreekkamer. In het merendeel van deze intercollegiale consulten gaat het om trauma's of om het wel of niet aanwezig zijn van een geprikkelde buik.

CONCLUSIE

Het zijn niet zozeer de ingangsklachten als wel de patiënt-kenmerken, zoals leeftijd en vooral de manier van verwijzing, die een eventuele ziekenhuisopname voorspellen. Dit is van belang, omdat de huisarts op een spoedpost veelal niet bekend is met de patiënt en de drempel voor doorverwijzing naar de SEH dus laag is. Is een patiënt eenmaal verwezen, dan stijgt diens kans op ziekenhuisopname, polikliniekbezoek en aan-

vullende diagnostiek sterk. Omdat de verwijzende huisarts daar direct invloed op heeft, is het zaak het verwijzingspro-ces nader te onderzoeken: wat zijn de redenen van de huisarts (ziekere patiënt, geen mogelijkheid tot aanvullende diagnos-tiek, de SEH zit zo dichtbij, onbekendheid met de patiënt), en wat zijn de redenen voor de SEH om de patiënt op te nemen (medisch noodzakelijk, verwezen door de huisarts)?

Het instellen van geïntegreerde spoedposten heeft zijn doel bereikt: niet-urgente zelfverwijzers komen niet meer op de SEH terecht, maar worden terugverwezen naar de huisarts. Het heeft echter ook tot gevolg gehad dat de SEH meer ver-wezen patiënten ziet, wat niet alleen leidt tot meer diagnos-tiek en een langere verblijfsduur op de SEH, maar ook tot meer opnames en polikliniekbezoeken. Om de zorgkosten verder te verlagen, de samenwerking tussen huisarts en SEH te verster-ken en de huisarts meer regie te geven binnen de acute zorg, is het aan te bevelen om huisartsen op een spoedpost toegang te geven tot diagnostisch onderzoek. Daarnaast moeten zij de mogelijkheid hebben tot intercollegiaal consult met de SEH-arts of een andere specialist. ■

LITERATUUR

- 1 Thijssen WA, Giesen PH, Wensing M. Emergency departments in The Netherlands. *Emerg Med J* 2012;29:6-9.
- 2 Gaakeer MI, Van den Brand CL, Bracey A, Van Lieshout JM, Patka P. Emergency medicine training in the Netherlands, essential changes needed. *Intern J Emerg Med* 2013;6:19.
- 3 Smits M, Lenos M, Giesen P. Zorgconsumptie op huisartsenposten. *Huisarts Wet* 2014;57:137.
- 4 Thijssen WA, Koetsenruijter J, Giesen P, Wensing M. Emergency departments in The Netherlands: is there a difference in emergency departments with and without emergency physicians? A cross-sectional web-based survey. *Int J Emerg Med* 2013;6:11.
- 5 Thijssen WAMH. Co-location of hospital emergency departments and general practitioner cooperatives in the Netherlands, an observational study. In: *Emergency departments in the Netherlands: The influence of integrated general practitioner cooperatives* [proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2015.
- 6 Thijssen WA, Wijnen-van Houts M, Koetsenruijter J, Giesen P, Wensing M. The impact on emergency department utilization and patient flows after integrating with a general practitioner cooperative: an observational study. *Emerg Med Int* 2013;2013:364659.
- 7 Huibers L, Thijssen W, Koetsenruijter J, Giesen P, Grol R, Wensing M. GP cooperative and emergency department: an exploration of patient flows. *J Eval Clin Pract* 2013;19:243-9.
- 8 Thijssen WA, Van Mierlo E, Willekens M, Rebel J, Sandel MH, Giesen P, 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.
- 9 Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. *Ann Intern Med* 2011;155:108-13.
- 10 Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM. Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. *Health Aff (Millwood)* 2013;32:2205-15.