



VWS

Onderwerp: TNO Dashboardontwikkeling acute zorg: de effecten van nachtsluiting van kleinere SEH's

Datum: 1 december 2022

Geachte mevrouw

Naar aanleiding van het commissiedebat acute zorg van 9 november jl., waarin de minister heeft toegezegd aan de Tweede Kamerleden om schriftelijk te reageren op het onderzoek van TNO naar de effecten van sluiting van een SEH-locatie in de nacht, ontvangt u hierbij:

- De TNO rapportage 'Dashboardontwikkeling acute zorg. Effecten gedeeltelijke sluiting kleinere SEH's' (bijlage 1).
- Een uitgebreide toelichting bij de TNO rapportage (bijlage 2).

Hieronder vindt u een korte toelichting op de aanleiding voor de dashboardontwikkeling, de onderzoeksvragen, het dashboard, de effecten van nachtsluiting en andere factoren om mee te nemen.

Aanleiding dashboardontwikkeling

Omdat in het NZa-advies Passende Acute Zorg (maart 2022) wordt gesproken over sluiting in de nacht van SEH's die 's nachts weinig patiënten zien als een oplossing voor de grote arbeidsmarktproblematiek zonder dat dit transparant werd gestaafd met data – heeft de Vereniging Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) - TNO gevraagd om op basis van data inzichtelijk te maken wat de daadwerkelijke effecten zijn van eventuele sluiting van een SEH-locatie in de nacht. TNO heeft deze opdracht aanvaard en heeft bij alle SAZ ziekenhuizen gegevens opgevraagd die zij vervolgens heeft samengebracht in een dashboard met simulatiemogelijkheden zodat enkele belangrijke effecten van een eventuele sluiting inzichtelijk worden.

De drie onderzoeksvragen:

- Hoeveel SEH-bezoekers moeten er op jaarbasis naar elders bij een eventuele sluiting in de nacht?
- Hoeveel vervolgzorg verhuist er dan mee aan klinische opnamen, IC-opnamen en operaties?
- Welke personele vrijval ontstaat er die direct en specifiek aan de nachtsluiting gekoppeld is? En welke financiële vertaling kan hiervan gemaakt worden?

Het dashboard

In het TNO dashboard zijn alle Nederlandse ziekenhuizen op de kaart weergegeven. Het dashboard maakt alleen gebruik van de data die door middel van een data-enquête bij de 29 SAZ ziekenhuizen zijn uitgevraagd. Deze gegevens zijn in het dashboard opgenomen.

Effecten nachtsluiting SEH

Met behulp van het dashboard kan voor elk ziekenhuis dat data heeft aangeleverd een antwoord worden geformuleerd op de onderzoeksvragen. In de bijgevoegde rapportage is dit als voorbeeld weergegeven voor 1 ziekenhuis te weten ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten. De belangrijkste uitkomsten zijn:

- + Het gelijktijdig aanwezige *maximale* aantal patiënten per uur, per dag op de SEH ligt fors boven het *gemiddelde* aantal patiënten per uur, per dag.
Het dashboard laat zien dat inzicht in data van eminent belang is bij het maken van keuzes. Uitspraken die louter gebaseerd zijn op een niet met data onderbouwd gevoel dat een SEH in de nacht die minder patiënten ziet wel dicht kan, doet geen recht aan de dagelijkse praktijk en doet geen recht aan alle nevenwerkzaamheden die in de nachtelijke uren binnen het ziekenhuis worden verricht door zorgprofessionals op de SEH.

- + De reductie van personeel is verwaarloosbaar klein bij een eventuele sluiting van een SEH in de nacht doordat meerdere zorgprofessionals op de SEH een dubbelfunctie vervullen met 'first response' taken voor de klinische afdelingen. Dit geldt zowel voor de SEH-artsen maar ook voor de SEH-verpleegkundigen. Uit het dashboard blijkt o.a. dat er bij sluiting in de nacht slechts 1 SEH-verpleegkundige vrijkomt, op jaarbasis scheelt dit slechts 1,96 fte.
- + Daartegenover is er veel extra inzet nodig van schaarse ambulances en daarmee schaars ambulance personeel, waar nu al een groot tekort aan is, om patiënten te vervoeren naar een SEH die wel open is in de nacht en om hen na een eventuele klinische opname de volgende dag weer terug te brengen naar het 'eigen ziekenhuis'.
Per saldo is er dus sprake van een kostenverhogend effect van de nachtsluiting van de SEH.

Andere factoren om mee te nemen

- + Patiënten -vaak met meerdere aandoeningen- zijn al bekend in de regionale zorgketen en het regionale ziekenhuis. Een verslechtering van het bestaande ziektebeeld kan soms leiden tot een medisch noodzakelijk SEH bezoek. Deze bekende patiënten zijn per definitie beter af in hun eigen regionale ziekenhuis binnen de bestaande lokale keten, in plaats van 's avonds en 's nachts vervoerd te moeten worden naar een ander voor hun onbekend ziekenhuis.
- + Reistijd voor patiënten/bereikbaarheid ziekenhuizen: uit recent gepubliceerd onderzoek door het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) blijkt dat een derde van de ouderen geen enkel ziekenhuis of buitenpolikliniek binnen een half uur kan bereiken zonder auto. Voor 12 procent lukt dat zelfs niet binnen 45 minuten. Het gaat hier om ouderen die wonen in de randen van steden, in dorpen en in landelijk gebied. Ongeveer 35 procent van deze ouderen kan met het openbaar vervoer maar 1 ziekenhuis binnen een half uur bereiken, blijkt uit het onderzoek.
- + In de regionale ketens kennen de zorgpartners elkaar en dat schept onderling vertrouwen, je weet wat je aan elkaar hebt, dit bevordert een goede overdracht en draagt daarmee bij aan de kwaliteit van zorg.
- + De vraag is of medewerkers bij het (gedeeltelijk) sluiten van een SEH op een andere SEH aan de slag gaan of juist de zorg verlaten. SEH-verpleegkundigen kiezen vaak zeer bewust voor een type ziekenhuis en/of voor de desbetreffende regio en zijn niet bereid/in staat om ver(der) te reizen voor het werk. Voor medisch specialisten geldt dat mogelijk iets minder. Met de huidige arbeidsmarkt creëer je dan dus een nog groter probleem en bovenal meer personele onrust en onnodig verloop: drukker SEH's die heringericht zullen moeten worden om grotere patiënt aantallen te kunnen verwerken, waar per saldo minder i.p.v. meer personeel beschikbaar is.

Presentatie van het dashboard

Met de dashboardontwikkeling door TNO hebben we op basis van data een aantal belangrijke, basale effecten van (gedeeltelijke) sluiting van een SEH in beeld gebracht. Tijdens de overleggen met de werkgroep en naar aanleiding van bespreking van de analyse en uitkomsten in verschillende gremia van de SAZ zijn ideeën en richtingen geformuleerd voor doorontwikkeling en vervolgonderzoek die ondersteuning kunnen bieden bij de discussie over inrichting, coördinatie en spreiding van de acute zorg op basis van data in plaats van aannames.

Wij laten u graag in een persoonlijk gesprek, samen met de onderzoekers van TNO, het 'live' dashboard zien en kunnen dan uw vragen beantwoorden. De inzichten van het dashboard vormen een basis voor het toekomstbestendig inrichten van de acute zorg, waarover wij graag nader met u in gesprek gaan.

Met vriendelijke groet,

Bert Kleinlugtenbeld
voorzitter SAZ

Yvonne Snel
directeur SAZ