

Concentratie spoedzorg ligt zwaar op de maag

Plannen van zorgverzekeraars om de acute zorg drastisch te reorganiseren, hebben voor alle ziekenhuizen grote gevolgen. Ze roepen dan ook verzet op.



Complexe spoedeisende zorg concentreren bij een kleiner aantal ziekenhuizen. Dat beogen de zorgverzekeraars sinds de publicatie – precies een jaar geleden – van de Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het plan raakt vooral de afdelingen SEH. Immers, als een ziekenhuis 7 keer 24 uur meerdere complexe spoedzorgstromen levert (zoals geboortezorg of traumazorg), dan is het volgens het rapport ‘logisch’ dat ook de basisspoedzorg vanuit dit ziekenhuis wordt geleverd. Een ziekenhuis zonder deze complexe zorgstromen heeft dan geen SEH meer, ‘om te voorkomen dat er een dubbele infrastructuur ontstaat’.

Somber beeld

Inmiddels hebben zorgverzekeraars onder auspiciën van ZN hun plannen voor elf regio’s geconcretiseerd en vastgelegd in evenveel regioplannen, die aan de betrokken partijen zijn voorgelegd. Vorige week kwamen twee van die regioplannen in de publiciteit: één, op internet te vinden, voor de regio zuidwest-Nederland en één, nog geheim, voor de regio west. Als het aan de zorgverzekeraars ligt, behouden in die laatste regio drie van de negen ziekenhuizen (Haga-Ziekenhuis, LUMC en Medisch Centrum Haaglanden) de acute zorgstromen voor neurologische zorg (CVA) en heelkundige zorg (AAA); acute cardiologische zorg (STEMI) en multitraumazorg worden in twee, respectievelijk één van deze drie ziekenhuizen geconcentreerd. De ‘grote drie’ hebben als enige een ic van het (hoge) niveau 3 en een afdeling SEH. De andere zes zien hun ic omgezet in een post-anesthesia care unit (PACU) en – voor een deel – hun SEH in een spoedpost; drie ziekenhuizen (waaronder dat in Zoetermeer) verliezen hun spoedopvang helemaal. Ook in de regio zuidwest wordt de genoemde complexe zorg gecentraliseerd in enkele centra. De SEH’s van het Havenziekenhuis en het Spijkennisse MC (voorheen Ruwaard van Putten Ziekenhuis) gaan dicht; een aantal andere sluit

's nachts, maar zó dat in Rotterdam zowel op de noord- als op de zuidoever een SEH openblijft, naast die van het Erasmus MC. Vijf ziekenhuizen in de regio houden een ic van niveau 3 of 2, de andere acht krijgen een ic van het (lagere) niveau 1, een 'high care'-voorziening óf een PACU. Over de plannen in de resterende negen regio's is niets naar buiten gekomen, al schetste bestuurder Hans de Jong van het St. Jans Gasthuis in Weert in Zorgvisie een somber beeld van de toekomst van zijn ziekenhuis: 'SEH dicht, geen verloskunde meer, ook geen beroertezorg, geen hartdotters en zelfs de operaties van gebroken heupen moeten naar elders.'

'Goed triageren'

Volgens Bas Geerdes, senior medisch adviseur bij Achmea en secretaris van het team zuidwest, willen de zorgverzekeraars niet meer dan de SEH- en ic-faciliteiten aanpassen aan het profiel van het ziekenhuis. Dat mag zo zijn, met de concentratie zijn spoedpatiënten wel langer onderweg, stelt Crispijn van den Brand, voorzitter van de NVSHA, de vereniging van SEH-artsen: 'Vanuit Zoetermeer ben je in een kwartier in Den Haag, maar dan moeten er geen files zijn.' Een patiënt met een gebroken heup, voorziet hij, wordt straks vanuit Zoetermeer naar Den Haag gestuurd, maar moet vervolgens voor de operatie wellicht weer terug naar Zoetermeer: 'Dat is absurd.' Bovendien leveren SEH-afdelingen niet alleen spoedzorg aan 'nieuwe' patiënten maar ook aan patiënten die al in het ziekenhuis liggen en bijvoorbeeld gereanimeerd moeten worden. Ook financieel heeft een ziekenhuis zonder SEH het moeilijk, zegt de NVSHA-voorzitter: 'Zo'n 50 procent van de opnames en verpleegdagen komt voort uit spoedeisende zorg.' Anderzijds is het financiële voordeel van sluiting klein, liet ziekenhuisvereniging NVZ berekenen: bij een sluiting van de helft van alle SEH's, dalen de kosten van de ziekenhuiszorg met minder dan 0,5 procent. Bijkomend probleem is dat lang niet altijd is te voorspellen of spoedzorg werkelijk nodig is. Zo kan een patiënt

'Van Zoetermeer naar Den Haag, en weer terug voor de operatie'

met acute hevige buikpijn lijden aan een heel scala aan ziektebeelden, van gastro-enteritis tot een beklemde liesbreuk of een aneurysma van de aorta. Zoals Yvonne van Rooy, voorzitter van de NVZ, zich retorisch afvraagt in een brief aan haar collega André Rouvoet van ZN: 'Betekent concentratie van bijvoorbeeld buikaneurysma's dat alle patiënten met buikpijn direct ingestuurd moeten worden naar de ziekenhuizen met een SEH voor complexe acute zorg?' Ook Bas Geerdes erkent dat het 'deels' moeilijk is in te schatten of een patiënt bijvoorbeeld een aneurysma heeft: 'Uit ervaringen in Amsterdam blijkt dat concentratie hier goed kan werken. En de triage kan worden verbeterd door ambulances te voorzien van echoapparatuur en het personeel te leren om echo's te maken en goed te triageren, alvorens naar ziekenhuis A of B te rijden.'

'Volstrekt aanmatigend'

Van alle ideeën over de spoedzorgstromen, maken die over de toekomstige CVA-zorg de meeste reacties los. Als trombolysbehandeling per regio nog maar in één centrum plaatsvindt, 'zal dat betekenen dat veruit de meeste patiënten veel later in het ziekenhuis arriveren', schrijven verontruste neurologen op de website van de NVZ. Geerdes erkent de noodzaak van spoed, maar 'zeker in stedelijke gebieden kun je makkelijk centraliseren. In Rotterdam is de patiënt vanuit een ander ziekenhuis binnen een kwartier bij het Erasmus MC.' Hij benadrukt dat gekozen is op basis van het percentage patiënten dat trombolys krijgt: 'Tussen de ziekenhuizen varieert

dat van 2 tot 33 procent. De CVA-zorg wordt geconcentreerd in de ziekenhuizen met een hoog percentage, maar patiënten gaan na trombosebehandeling gewoon terug naar hun eigen ziekenhuis.' De bedoeling is dat de gesprekken in de regio's nog vóór de zomer leiden tot overeenstemming, zodat al in 2015 met de invoering kan worden begonnen. Maar hoe verlopen die gesprekken? In haar brief aan ZN suggereert Van Rooy dat van een dialoog geen sprake is: 'Te veel leden hebben ons voorgelegd dat de plannen van de zorgverzekeraars "in beton gegoten" lijken te zijn.' Ook zou de 'overzijde van de tafel' geen belangstelling hebben voor de visie van de NVZ of alternatieve plannen van de ziekenhuizen zelf. Geerdes herkent dat beeld niet: 'De gesprekken lopen goed, er is betrokkenheid. De regio maakt ook haar eigen plannen, en die leggen we naast de onze. Als we omstreeks de zomer klaar zijn, kunnen we plannen voor bijvoorbeeld de traumazorg volgend jaar al invoeren. Die voor de SEH's en de ic's volgen dan later.' Zijn optimisme is opvallend, want uiterekend in 'zijn' regio distantieert zorgverzekeraar DSW zich nadrukkelijk van het regioplan. 'Ik vind het volstrekt aanmatigend dat zorgverzekeraars de spoedzorg willen indelen en als dictaat willen opleggen', tekende Zorgvisie op uit de mond van DSW-bestuurder Chris Oomen. Zijn vertegenwoordiger in het regioteam is inmiddels teruggetrokken. Volgens Geerdes is de kwaliteitsvisie waarop alle regioplannen zijn gebaseerd, destijds besproken met de wetenschappelijke verenigingen. Met succes, want 'alleen de neurologen wilden niet centraliseren'. Van den Brand ziet dat anders: 'De NVSHA heeft zelf contact met ZN gezocht, maar toen we begin vorig jaar met elkaar spraken was het rapport al af. Dan kun je niet zeggen dat er met ons is gecommuniceerd.' ■

web

De twee genoemde regioplannen en meer informatie is te vinden onder dit bericht op medischcontact.nl.