

KWALITEITSVERBETERING SPOEDZORG VRAAGT OM MEER DAN CONCENTRATIE

Volume staat niet gelijk aan kwaliteit op SEH

Het overgrote deel van de spoedzorg is noch zeer acuut, noch hoogcomplex. Eerder dan op technische bedrevenheid komt het aan op diagnostische en communicatieve vaardigheden en een brede professionele blik. Volume is daarvoor geen geschikte kwaliteitsnorm.

Het debat over spoedzorg is in een nieuwe fase beland. Zorginstituut Nederland roept zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties op om gezamenlijk kwaliteitsstandaarden voor spoedeisende hulp te ontwikkelen.¹ Het Zorginstituut reageert hiermee op een verzoek van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), dat de plannen om spoedzorg te concentreren geblokkeerd zag worden door de Autoriteit Consument & Markt (ACM). De ACM vreesde dat concentratie zou leiden tot verminderde keuzemogelijkheden voor patiënten, zonder dat daar grote voordelen tegenover staan.²

Soms lijkt de relatie tussen volume en kwaliteit omgekeerd

Het – voorlopig – niet doorgaan van de concentratie van spoedzorg is een forse tegenvaller voor de zorgverzekeraars, die daarmee beoogden de kwaliteit te verbeteren en kosten te verlagen. Ons onderzoek laat echter zien dat het voor patiënten, zorgverleners en ziekenhuizen een goede zaak is dat de plannen van ZN zijn afgeblazen, omdat deze gebaseerd zijn op een onvolledig beeld van spoedzorg en kunnen leiden tot slechtere zorg.³ Kwaliteitsstandaarden zouden dekkend moeten zijn voor het totale palet van spoedzorg en niet alleen concentratie als uitgangspunt moeten hebben.

Politiek doel

De plannen om spoedzorg te concentreren zijn gebaseerd op het beleidsdocument ‘Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg’ dat in opdracht van ZN door adviesbureau KPMG Plexus is opgesteld.⁴ In de introductie van het document wordt direct duidelijk dat het beleid een politiek doel dient, namelijk het mogelijk maken van selectieve inkoop van complexe

spoedzorg door verzekeraars. Verderop in het document geeft KPMG Plexus aan hierbij volume te gebruiken als indicator (‘proxy’) voor kwaliteit omdat ‘volume in zijn algemeenheid geassocieerd is met een betere uitkomst van zorg’. Bovendien zou een veelheid aan indicatoren de overzichtelijkheid en bruikbaarheid van de kwaliteitsvisie verminderen. Ook zou een laag volume van verrichtingen binnen een SEH leiden tot te grote toevalsvariatie, wat adequate kwaliteitsmonitoring onmogelijk maakt. Steeds vaker zien we dat volumennormen worden gebruikt als indicator voor kwaliteit van zorg. Soms is dat terecht, met name bij complexe en risicovolle ingrepen zoals hartchirurgie bij kinderen en aneurysma van de aorta abdominalis.⁵ Voor een heel groot deel van de zorg is echter geen evidentie voor de volume-kwaliteitrelatie of is deze evidentie niet eenduidig. Dat komt onder andere doordat in veel studies mortaliteit als uitkomstmaat wordt gebruikt, terwijl deze slechts voor een klein aantal aandoeningen passend is. Daarnaast wordt vaak geen rekening gehouden met de context waarin de arts handelt, waaronder de kwaliteit en ervaring van het team en de casemix waarmee hij te maken heeft. Overigens lijkt de relatie tussen volume en kwaliteit soms omgekeerd te zijn: als ergens de kwaliteit hoog is, gaan er meer patiënten naartoe en



stijgt daarmee het volume.⁵ Genoeg redenen dus om kritisch te staan tegenover het gebruik van volumenormen.⁶

Onvolledig beeld

De kwaliteitsvisie van ZN houdt met dit alles echter geen rekening.⁷ In het document worden zes acute en complexe ‘zorgstromen’ geïdentificeerd: traumazorg, spoedeisende neurologische zorg, spoedeisende cardiologische zorg, spoedeisende vaatchirurgische zorg, spoedeisende geboortezorg en overige spoedeisende zorg. Per zorgstroom kiest KPMG Plexus een of meer diagnoses waarvoor volumennormen in de literatuur te vinden zijn en extrapoleert deze vervolgens naar de totale zorgstroom. Dat leidt er bijvoorbeeld toe dat volumennormen voor CVA, die op zichzelf al problematisch zijn, leidend worden voor het geheel aan spoedeisende neurologische zorg.⁸ Onterecht, omdat evidentie over de relatie tussen volume en kwaliteit voor andere neurologische ziektebeelden, waaronder meningitis, epilepsie en acute hoofdpijn, ontbreekt – wat KPMG Plexus zelf overigens ook erkent.

Daar komt nog bij dat de kwaliteitsvisie een onvolledig beeld van de spoedzorg schetst. Uit ons onderzoek op twee SEH's in algemene ziekenhuizen en een SEH van een topklinisch ziekenhuis blijkt dat het overgrote deel van de spoedzorg niet zeer acuut en hoogcomplex is ('sirenes en zwaailichten').³ Twynstra Gudde stelt zelfs dat het om bijna 90 procent van de spoedzorg gaat.⁹ In de kwaliteitsvisie van ZN wordt dit 'basis spoedeisende zorg' genoemd, zonder dat is uitgewerkt waaruit die bestaat en wat relevante kwaliteitsindicatoren zijn. Ons onderzoek laat zien dat deze zorg bestaat uit drie vormen.

De eerste vorm van zorg is wat we *klein leed* noemen. Het gaat daarbij om patiënten met relatief eenvoudige klachten die vaak net te gecompliceerd zijn om bij de huisarts te behandelen, zoals veel sportblessures. De tweede vorm bestaat uit *ong geplande opnames*: patiënten die met klachten komen waarvoor niet

direct een diagnose is te stellen, of patiënten met een terugval in een chronische aandoening, die uiteindelijk in het ziekenhuis moeten worden opgenomen voor observatie of behandeling. De derde vorm noemen we *multi-probleemgevallen*. Dit zijn de patiënten die medisch niet zoveel mankeren, maar veel sociale problemen hebben en elders niet terecht kunnen, zoals een deel van de ouderen met (beginnende) dementie en een klein sociaal netwerk, daklozen en psychiatrische patiënten. Deze drie vormen van spoedzorg kunnen in de praktijk overigens zeer complex zijn, met name omdat patiënten vaak niet met een kant-en-klare diagnose op de SEH komen. Een 'standaard' geval kan dan opeens toch levensbedreigend zijn.

Het merendeel van de patiënten is niet gebaat bij concentratie van spoedzorg

Andere competenties

Ook voor deze drie vormen van zorg is het natuurlijk van groot belang om relevante kwaliteitsindicatoren te hanteren en zorg passend te organiseren. In de dagelijkse praktijk van deze zorgverlening wordt niet zozeer een beroep gedaan op de technische vaardigheden van artsen en verpleegkundigen, zoals bij acute en complexe zorg, maar gaat het om heel andere competenties. Volume speelt hierbij nauwelijks een rol. Zorgverleners moeten uitstekende diagnostische vaardigheden bezitten, een brede professionele blik hebben, goed met patiënten en collega's kunnen communiceren, creatief en flexibel zijn, zelfstandig kunnen werken

en goede ketenafspraken hebben met andere zorgaanbieders.

Ziekenhuizen en zorgverleners die uitblinken in acute en complexe zorgverlening, zijn zeker niet automatisch sterk in deze andere vormen van spoedzorg. Sterker nog, juist SEH's in kleinere ziekenhuizen lijken veel beter toegerust voor klein leed, ongeplande opnames en multiprobleemgevallen dan SEH's in grote ziekenhuizen.

Concentratie van spoedzorg op een kleiner aantal SEH's die volledig zijn ingericht op de acute en complexe spoedzorg kan voor een groot deel van de patiënten dus juist leiden tot *lagere* kwaliteit van zorg. Daar komt bij dat een afname van het aantal locaties voor spoedeisende hulp zal leiden tot langere reis- en wachttijden, met alle negatieve gevolgen van dien.

Brede set indicatoren

Het merendeel van de patiënten is niet gebaat bij concentratie van spoedzorg. Dat wil niet zeggen dat alles maar bij het oude moet blijven.¹⁰ Voor een deel van de complexe en acute zorg heeft concentratie meerwaarde. Die kan overigens in veel gevallen voortbouwen op reeds bestaande formele en informele afspraken, ook met ambulancediensten, over regionale verdeling van spoedzorg. Verder kan met goede samenwerking en de juiste kennis en apparatuur een groter deel van het kleine leed bij huisartsen (posten) worden behandeld in plaats van op SEH's. En er is nog veel winst te behalen in het verbeteren van de samenwerking tussen maatschappelijke opvang, psychiatrie, ouderenzorg en ziekenhuizen bij het omgaan met multiprobleemgevallen. Deze kwaliteitsverbetering moet echter worden gebaseerd op een volledig beeld van spoedzorg, niet op het huidige beperkte perspectief van ZN.

We sluiten ons van harte aan bij de oproep van Zorginstituut Nederland aan ZN, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), ziekenhuisvereniging NVZ, de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en patiëntenfederatie NPCF om gezamenlijk kwaliteitsstan-

daarden voor spoedeisende hulp te formuleren. Op basis van ons onderzoek zouden de betrokken partijen kunnen denken aan het opstellen van normen voor de volgende indicatoren:

- wachttijden voor patiënten tussen binnenkomst, triage en behandeling/doorverwijzing;
- patiënttevredenheid;
- informatievoorziening aan en bejegening van patiënten;
- 24-uursaanwezigheid van een SEH-arts;
- breed opgeleide en zelfstandig werkende SEH-verpleegkundigen;
- de samenwerking tussen de SEH en andere afdelingen in het ziekenhuis;
- de aanwezigheid van een 'fast track' voor laagcomplexere spoedzorg;
- geïntegreerde triage van SEH en huisartsenpost;
- ketenafspraken met andere SEH's, ambulancediensten, huisartsen en langdurige zorg.

Deze indicatoren zijn niet allemaal 'SMART' en kwantitatief, maar een dergelijke brede set aan kwaliteitsstandaarden past beter bij het rijkgeschakeerde palet aan zorg op de SEH dan (alleen) volume. En hopelijk leidt de bijbehorende discussie tot meer instrumenten voor kwaliteitsverbetering dan concentratie. ■

Het onderzoek 'De kwaliteit van spoedzorg; naar een visie op goede zorg op en rond de SEH' is verricht in opdracht van de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ) en vormt mede de basis voor het visiedocument 'Acute zorg' van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).

contact

postma@bmg.eur.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp en de voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

IDENTIFICATIEPLICHT

De huisartsenpostorganisatie in mijn regio heeft zich voor het regelen van de waarnemingen in de ANW-uren aangesloten bij 'hét bemiddelingsbureau voor de huisartsenzorg'. Als ervaren waarnemer stuur ik hen desgevraagd een kopie van mijn VAR-verklaring op, een kopie van mijn paspoort en een kopie van mijn BIG-registratie. Bij het aanmelden om een dienst te doen op de post blijkt dat mijn registratie nog niet compleet is: ik moet nog worden geïdentificeerd.

Dat identificeren bestaat eruit dat een werknemer van het bureau langskomt om – fysiek – vast te stellen of ik ben wie ik ben.

Na een paar keer de afspraak verzet te hebben – het bureau zit op ruim 125 kilometer afstand van mijn werkplek –, wat bellen en wat mailen is het dan zover: ik moet op een A4'tje ondertekenen dat het klopt dat en waar ik ben geboren en dat ik heet zoals ik heet. De dame van het bureau heeft nog twee A4'tjes bij zich, waar allemaal vragen op lijken te staan. Dat maakt mij nieuwsgierig. Op verzoek overhandigt ze mij de vragenlijst:

Klopt de afstand tussen mijn ogen met die van de foto in het paspoort?

Klopt de vorm van de neus met die van de foto in het paspoort?

Is naar schatting mijn lichaamslengte overeenkomstig de opgegeven lengte in het paspoort?

Is de stand van mijn oren overeenkomstig met die in het paspoort?

Ik dacht dat biometrie toch echt een verlaten invalshoek was in de medische antropologie...

Met mijn ogen door de lijst scrollend zie ik dat ook de nietjes, de vouwen en de kreukels van het paspoort gecheckt moeten worden. De medewerkster laat blijken dat ze begrip heeft voor mijn onbegrip: wat zijn we hier aan het doen? 'Netjes alles afhandelen volgens de wettelijke verplichting, zodat u, onze opdrachtgever en wij geen risico's lopen op boetes', is het antwoord. Het blijkt dat de Wet op de Identificatieplicht zegt dat er, zodra (door wie dan ook) een zzp'er met VAR ingehuurd wordt, een fysieke controle op identiteit, persoonsgegevens en echtheid van het identiteitsdocument moet worden uitgevoerd. En hoe je die controle uitvoert heeft de overheid omschreven aan de hand van de vragen die op die twee A4'tjes staan.

Weer een medewerker in de zorg, die zich niet met zorg bezighoudt, maar met vinkjes zetten op papier. Nu moet er zelfs een dame van een bemiddelingsbureau half Nederland doorkruisen om mij in de ogen te kunnen kijken, zodat ik een dienst kan doen op een huisartsenpost, waar ik sinds de oprichting diensten heb gedaan! De identificatie is geen maatregel die genomen is naar aanleiding van een incident of calamiteit, betekent niets voor de patiëntenzorg, draagt niet bij aan welke kwaliteit dan ook en kost alleen maar tijd en geld.

Schijnbare kwaliteitsborging. Gebakken lucht.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl