

Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg Zorgverzekeraars Nederland, een gemiste kans.

Dinsdag 12 februari heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) haar *Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg* gepresenteerd met als doel het starten van overleg met ziekenhuizen over de kwaliteit en organisatie van complexe spoedeisende zorg in Nederland.

Hoewel de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) initiatieven om te komen tot meer kwaliteit op afdelingen SEH toejuicht, hebben wij een aantal bedenkingen bij het rapport van ZN.

Het gaat uit van een vereenvoudiging van de werkelijkheid. Complexe spoedeisende zorg wordt eenvoudig gescheiden van spoedeisende basiszorg. Hierbij wordt spoedeisende zorg nadrukkelijk vanuit het einde van het zorgproces (de uiteindelijke diagnose) bekeken en opgedeeld. In praktijk betreft dit aan de voorkant van het proces (de gezondheidsklacht waarmee een patiënt zich presenteert) eerder een spectrum van zorg. Hierbij is een groot deel nog ongedifferentieerd of onjuist gedifferentieerd. De klacht waarmee een patiënt zichzelf bij de huisarts, spoedeisende hulp of ambulance presenteert, kan nog verschillende uitkomsten hebben. Dit kan ook heel goed een andere uitkomst zijn dan aanvankelijk verondersteld. Hierdoor is sturing van acute zorg in werkelijkheid ingewikkelder dan het rapport suggereert.

Het vertrekpunt voor kwaliteit in het rapport is volume. Sinds enige jaren is het een trend allerlei vormen van zorg in Nederland volume-gestuurd te concentreren met de premisse dat volume tot kwaliteit leidt. Echter, kwaliteit heeft veel meer te maken met het goed inrichten van zorgprocessen. Dat dit voor afdelingen SEH met grotere volumes eenvoudiger is te realiseren, is logisch, maar dat procesfactoren het vertrekpunt moet zijn helaas nog steeds niet. Overigens, in het cva-voorbeeld dat wordt aangehaald, illustreert het rapport dit ook zelf. Volume werd in Noord Londen geconcentreerd in het University College London Hospital, vanwege de superieure uitkomsten van zorg en de geografische ligging. Kwaliteit heeft daar het volume gebracht, niet andersom! We wijzen in dit verband ook nog maar eens op het vorig jaar verschenen onderzoeksrapport 'De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg, tijd voor een bredere benadering' van het Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg. [1]

Gesteld wordt als doel van dit document "het opstellen van een kwaliteitsvisie die 'dekkend' is voor de verschillende diagnoses die onder de verschillende zorgstromen vallen. Daarom is per zorgstroom de kwaliteitsvisie opgesteld op basis van het grootste volume van een specifieke (samenhangende groep van) diagnoses, waarvoor infrastructuur, competenties en ervaring vereist zijn." Vervolgens valt dan op dat per spoedeisende zorgstroom het aantal niet-uitgewerkte ziektebeelden telkens veel groter is dan het aantal uitgewerkte ziektebeelden. Wij kunnen ons dan ook niet aan de indruk onttrekken dat deze visie voor complexe spoedzorg stoelt op beschikbare data voor slechts een zeer beperkt aantal specifieke ziektebeelden en niet onderbouwd is voor de zorgstromen in de breedte. In hoeverre het rapport dan nog recht doet aan kwaliteit voor spoedeisende zorg in het algemeen durven wij zeer te betwijfelen.

Het rapport stelt op medisch niveau als *optimum* dat op alle afdelingen SEH die gelokaliseerd zijn in een ziekenhuis waar één of meerdere complexe zorgstromen behandeld worden 24/7 een SEH-arts^{KNMG} aanwezig moet zijn. Als *randvoorwaarde* wordt slechts gesteld dat om als arts op een afdeling SEH te kunnen werken, de arts in ieder geval een ABCDE-training moet hebben gevolgd. Tegelijk wordt op verpleegkundig niveau (terecht) wel als randvoorwaarde gesteld dat altijd ten minste één gespecialiseerd SEH-verpleegkundige aanwezig moet zijn. De logica van deze ambivalentie ontgaat ons. De NVSHA is van mening dat het streven moet zijn om op *iedere* afdeling spoedeisende hulp 24/7 een SEH-arts^{KNMG} aanwezig te laten zijn. Dit voortdurend in samenwerking met andere betrokken medische specialismen. Het rapport is hier weinig ambitieus.

Tot slot valt op, dat aan veel (internationale) literatuur wordt gerefereerd, behalve aan literatuur vanuit de spoedeisende geneeskunde zelf. Dit terwijl deze ruim voor handen is, juist wanneer het gaat over kwaliteit en kwaliteitsindicatoren specifiek voor de spoedeisende geneeskunde. [2,3,4,5]

Net als de Orde van Medisch Specialisten eerder al heeft gedaan, pleit de NVSHA voor een 'college acute zorg', waarin alle bij spoedeisende zorg betrokken veldpartijen zitting hebben (de verschillende aanbieders van acute zorg, zorgverzekeraars, VWS, NPCF, wetenschappelijke verenigingen, etc.). Dit college kan een platform bieden om te werken aan *gemeenschappelijke kaders* voor kwaliteit van spoedeisende zorg. Kwaliteit betreft immers een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van alle betrokkenen naar de patiënt toe, waarbij overigens ook de patiënt zelf medeverantwoordelijkheid draagt. Ook kan dit college een platform bieden om *samenhangende kaders* voor kwaliteit van spoedeisende zorg op te stellen. Spoedeisende zorg kun je wellicht achteraf aan de hand van uiteindelijke diagnoses opknippen, maar betreft aan de voorkant een spectrum van presentaties en werkdiagnoses dat niet eenvoudig opdeelbaar is. Patiënten zijn bij de ingang van spoedeisende zorg niet gebaat bij gefragmenteerd georganiseerde zorg. Misschien kan dit college een einde maken aan de stroom van rapporten over kwaliteit van spoedeisende zorg, welke echter steeds weer voornamelijk lijken te gaan over maar één kwaliteitsdomein namelijk doelmatigheid. Helaas sluit ZN met haar rapport slechts aan in deze rij. Oprecht een gemiste kans.

Menno I. Gaakeer, SEH-arts^{KNMG} en voorzitter NVSHA
Crispijn L. van den Brand, SEH-arts^{KNMG} en vice-voorzitter NVSHA

Referenties:

1. De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg: tijd voor een brede benadering. Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg, 2012. ISBN 978-94-6122-153-7
2. Framework for Quality and Safety in the Emergency Department (International Federation for Emergency Medicine 2012),
3. International Standards of Care for Children in Emergency Departments (Paediatric Special Interest Group, International Federation for Emergency Medicine 2012),
4. Emergency Department Clinical Quality Indicators: A CEM guide to implementation. (The College of Emergency Medicine 2008),
5. Development of a Consensus on Evidence-Based Quality of Care Indicators for Canadian Emergency Departments (ICES Investigative Report 2010)