

Concentratie spoedzorg geen doel op zich

Deze week bracht ZiNL het rapport 'Spoed moet goed' uit. Hoofddoel is een betere kwaliteit van zorg. Dat *kán* concentratie betekenen, maar *hoeft* niet.

Het woord 'concentratie' is volgens Jan Kremer, hoogleraar patiëntgerichtheid aan het Radboudumc én voorzitter van de Expertgroep Spoedzorg van Zorginstituut Nederland (ZiNL), in de voorbije maanden slechts sporadisch gevallen. 'Het doel van de expertgroep was niet het verder concentreren van de complexe spoedeisende zorg', benadrukt de Nijmeegse gynaecoloog. 'De kwaliteit van de spoedzorg beter te kunnen beoordelen én te verbeteren, dat was onze missie. En bij sommige spoedzorgindicaties, bijvoorbeeld een geruptureerd acuut abdominaal aorta aneurysma (rAAA, *red.*), blijkt dan dat de kwaliteit van de zorg verbetert als de behandeling geconcentreerd wordt in een kleiner aantal ziekenhuizen.'

'Slangenkuil'

Maandag stelde de raad van bestuur van ZiNL het rapport 'Spoed moet goed' vast. In het afgelopen jaar werkte een groep van dertien medici, aangesteld door de Adviescommissie Kwaliteit (ACK) van ZiNL, aan een advies over kwaliteitsindicatoren en volumennormen voor zes spoedindicaties: rAAA, cerebrovasculair accident (CVA), acuut myocardiinfarct (AMI), heupfractuur, multitrauma en geboortezorg. Bij het opstellen van dit rapport maakte ZiNL voor het eerst gebruik van haar doorzettingsmacht, nadat het instituut zich eind vorig jaar genoodzaakt zag de regie in dit dossier over te nemen van de betrokken 'veldpartijen'. Een plan van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om de complexe spoedzorg (verder) te concentreren in een kleiner aantal ziekenhuizen, stuitte in februari 2013 op weerstand van artsen, patiëntenverenigingen en ziekenhuizen en leidde tot verdeeldheid in de spoedzorgketen. 'Het was een slangenkuil van belangen', stelt Kremer. 'De kwaliteitsvisie van ZN werd niet gedragen door de zorgprofessionals. Zij maakten zich zorgen over de wetenschappelijke basis van de ZN-visie, de bedrijfsmatige gevolgen voor kleinere ziekenhuizen en de keuzevrijheid van patiënten.'



ZORG IN BEELD/HOLLANDE HOOGTE

Kwaliteitskader

De Autoriteit Consument & Markt (ACM) ging in juli 2014 mee in de kritiek van de FMS en NVZ. Inperking van de keuzevrijheid was alleen toegestaan als dit onderbouwd zou worden met een breed gedragen kwaliteitsvisie. Een opdracht die uiteindelijk op het bord van ZiNL belandde, nadat zorgprofessionals, verzekeraars en patiënten onderling geen overeenstemming bereikten over de set indicatoren en volumenormen. Kremer: 'De spoedzorg stond al langer op het netvlies van ZiNL. Artsen, ziekenhuizen en verzekeraars werken momenteel namelijk samen om de kwaliteit van de hele spoedzorgketen te verbeteren. ZiNL begeleidt dit proces. Uiteindelijk moet dit leiden tot een kwaliteitskader voor de spoedzorg. De indicatoren en volumenormen voor de zes spoedindicaties die wij nu hebben vastgesteld, worden hierin meegenomen. Maar dan is het wel belangrijk dat iedereen op één lijn zit.'

Gevolgen

De vraag is nu wat de gevolgen van dit rapport zijn. Zet ZN alsnog in op een verdere concentratie van de spoedzorg? 'Ik denk wel dat dit rapport de opmaat is naar een verdere concentratie van complexe spoedeisende zorg', zegt Crispijn van den Brand, voorzitter van NVSHA, de belangenvereniging van SEH-artsen. 'ZN zal toch strenger gaan kijken of de geleverde spoedzorg door ziekenhuizen aan deze set indicatoren en volumenormen voldoet. En niet alle SEH's halen deze aangepaste normen. Een zegsman van de NVZ vindt het nog te vroeg om te stellen dat een verdere concentratie van de spoedzorg aanstaande is. Wel stelt de NVZ dat er moet worden nagedacht over de financiële gevolgen als een verzekeraar op basis van aangepaste volumenormen bepaalde spoedindicaties niet langer meer inkoopt bij een ziekenhuis. 'De vrees is dat hierdoor een zorgstroom in zijn geheel uit het ziekenhuis verdwijnt.' Een woordvoerder van ZN wijst erop dat van een gezamenlijke inkoop van complexe spoedzorg door zorgverzeke-

Enkele indicatoren en volumenormen uit het ZiNL-rapport

	Indicatoren	Volumenormen
AMI	Werkt het ziekenhuis samen met regionale ketenpartners als de huisarts en de Regionale Ambulance Voorziening?	600 percutane coronaire interventies per jaar.
CVA	24/7 een CT-scan inzetbaar?	100 patiënten per jaar.
Heupfractuur	Mortaliteitscijfer na dertig dagen.	De wetenschappelijke verenigingen stellen op korte termijn een minimumnorm op voor het aantal geopereerde heupfracturen per operateur per jaar.
rAAA	Aantal patiënten die endovasculaire behandeling van de aorta ondergaan.	40 ingrepen per jaar (waarvan minimaal 20 electieve ingrepen).

- De Expertgroep heeft 27 indicatoren overgenomen die waren aangedragen door de veldpartijen en reeds zijn opgenomen op de Transparantiekalender van ZiNL.
- 22 indicatoren zijn door de experts zelf aangedragen.

raars voorlopig geen sprake is. 'De ACM heeft ons destijds gewezen op de mededingingsrisico's van een gezamenlijke inkoop. Eerst moet de kwaliteitsvisie er liggen. Maar het is zeker mogelijk dat individuele verzekeraars, met deze lijst indicatoren en normen in de hand, wel strenger gaan inkopen. ZN blijft ervan overtuigd dat er kwaliteits- en doelmatigheidswinst valt te behalen door de spoedzorg verder te concentreren. Daarom vinden wij het aantal uitkomstindicatoren in het ZiNL-rapport aan de magere kant. Uitkomstindicatoren vertellen ons wat de zorg heeft opgebracht. Dat wil je als patiënt weten.'

Niet bashen

Expertgroepvoorzitter Kremer vindt dat ZN te veel waarde hecht aan uitkomstindicatoren. 'Sommige mensen geloven alleen nog maar in uitkomstindicatoren en strenge volumenormen. Maar in de spoedzorgketen zegt juist ook de beschikbaarheid van voorzieningen iets over de kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld of er in het ziekenhuis 24 uur per dag 7 dagen per week direct een operatiekamer beschikbaar is. Alleen voor de behandeling van rAAA hebben wij de volumenorm opgeschroefd naar in totaal

veertig behandelingen per ziekenhuis per jaar. Dat is zo'n levensbedreigende aandoening, daar heb je expertise voor nodig. Het is ook een hartstikke moeilijke operatie. In de literatuur hebben wij gevonden dat per vijf rAAA-patiënten extra per jaar die een chirurg behandelt, het mortaliteitscijfer met 15 procent daalt. Voor sommige ziekenhuizen gaat deze aangepaste volumenorm pijn doen.' Voor Kremer moet concentreren dan ook niet het standaardantwoord zijn op de vraag hoe de kwaliteit van de spoedzorg verbeterd kan worden. 'Ook de persoonlijke context van patiënten is belangrijk. Niet iedere kwetsbare oudere met een CVA hoeft bijvoorbeeld behandeld te worden in een academisch ziekenhuis. Het belangrijkste van deze set indicatoren en normen, en dat klinkt misschien naïef, is dat het een instrument is om de zorg voor de patiënt beter te maken. Niet om elkaar als zorgprofessionals onderling te kunnen bashen.' ■

web

Het ZiNL-rapport en meer informatie over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.