

# De kwaliteit van Spoedzorg; Naar een visie op goede zorg op en rond de SEH

Dr. Teun Zuiderent-Jerak  
Jeroen Postma, MSc

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg



2013.11

Bestuur & Beleid van de Gezondheidszorg (HCG)





# De kwaliteit van Spoedzorg; Naar een visie op goede zorg op en rond de SEH

## **Publicatiedatum**

Augustus 2013

## **Auteurs**

Dr. Teun Zuiderent-Jerak (zuiderent@bmg.eur.nl)

Jeroen Postma, MSc (postma@bmg.eur.nl)

## **Contactgegevens**

Erasmus Universiteit Rotterdam

instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Sectie: Healthcare Governance

Tel. (010) 408 8555

[research@bmg.eur.nl](mailto:research@bmg.eur.nl)

[www.bmg.eur.nl](http://www.bmg.eur.nl)



**Inhoud:**

<b>Managementsamenvatting .....</b>	<b>5</b>
<b>1) Inleiding: Spoedzorg als heet hangijzer.....</b>	<b>7</b>
1.1) Doel onderzoek en leeswijzer .....	9
<b>2) Theoretische insteek .....</b>	<b>11</b>
2.1) Het (on)zichtbaar maken van kwaliteit.....	11
2.2) Repertoires en culturele theorie .....	12
<b>3) Methode van onderzoek .....</b>	<b>15</b>
<b>4) Gedifferentieerde kwaliteit van spoedzorg .....</b>	<b>17</b>
4.1) Repertoires van spoedzorg .....	17
4.1.1) Repertoire 1: Hoog-urgente zorg. Het repertoire van de loeiende sirenes en het redde van levens.....	17
4.1.2) Repertoire 2: Ongeplande opnames en klein leed.....	19
4.1.3) Repertoire 3: socio-medische verwaarlozing .....	21
4.1.4) Repertoire 4: Te klein leed voor de SEH .....	22
4.2) Verschillen en overeenkomsten .....	24
<b>5) Analyse: Aspecten van kwaliteit voor verschillende repertoires .....</b>	<b>25</b>
5.1) De relevante organisatievorm .....	25
5.1.1) Hoogtechnologische zorg in goed uitgeruste teams .....	25
5.1.2) Goede triage en de menselijke maat .....	26
5.1.3) Een snelle route naar brede opvang.....	27
5.1.4) Snelle en soepele terugverwijzing .....	27
5.1.5) Organisatievormen belangrijker dan volume per diagnose .....	28
5.2) De taakverdeling tussen professionals .....	28
5.2.1) Een tandradartje in een goed geoliede machine.....	28
5.2.2) Eigen verantwoordelijkheid binnen wisselende hiërarchieën .....	29
5.2.3) Netwerker tussen organisaties .....	30
5.2.4) Hoeder van de betaalbaarheid van de zorg.....	30
5.2.5) Gedifferentieerd professionaliseren en leren .....	31
5.3) Omgaan met risico's en onzekerheid .....	32
5.3.1) Risico's reduceren onder tijdsdruk.....	33
5.3.2) Situeren van reduceren en accepteren.....	33
5.3.3) Duiden in context.....	33
5.3.4) Accepteren om overbehandeling te voorkomen.....	33
5.3.5) Interferenties manieren om te leven met onzekerheid .....	34
<b>6) De stuurbaarheid van repertoires van spoedzorg.....</b>	<b>35</b>
6.1) Formele sturingsinstrumenten .....	35
6.2) Informele sturingsinstrumenten .....	36
6.3) Sturen en beter sturen .....	38
<b>7) Conclusies: Naar een brede benadering van spoedzorg .....</b>	<b>41</b>
<b>8) Vervolgstappen: het uitwerken van een beoordelingskader.....</b>	<b>43</b>
<b>Dankwoord.....</b>	<b>45</b>
<b>Literatuur .....</b>	<b>47</b>



## Managementsamenvatting

**Aanleiding en vraagstelling:** Over de spoedzorg in Nederland wordt een (bij vlagen verhit) debat gevoerd, met name over de voor- en nadelen van concentratie van zorg op grotere posten voor spoedeisende hulp (SEHs). De evidentie voor de volume-kwaliteit relatie is beperkt tot een klein aantal hoog-complexe, weinig voorkomende aandoeningen. Toch wordt deze evidentie in discussies geëxtrapoleerd naar de spoedzorg in brede zin. Dit leidt tot (op zichzelf terecht) kritische reacties, wat zorgt voor een 'zwart/wit' polemiek tussen voor- en tegenstanders van concentratie van spoedzorg. Dat komt de nuance van de maatschappelijke discussie niet ten goede. Dit onderzoek verbreedt deze discussie met empirische inzichten over de kwaliteit van zorg die wordt geleverd op kleinere SEHs en stelt de vraag: **Wat is de definitie van (kwaliteit van) spoedzorg in kleine spoedeisende hulpposten en hoe kan deze zo goed mogelijk worden geborgd in de regionale zorgketen?**

**Methode:** Gedurende 10 weken is onderzoek gedaan op twee SEHs in kleinere ziekenhuizen (minder dan 350 bedden, een in stedelijk gebied en een regionaal ziekenhuis) en op een SEH in een groter ziekenhuis (ruim 600 bedden) in een stedelijke regio. Op de SEHs is in totaal 65 uur geobserveerd, waarvan 25 uur op een kleine SEH die was geïntegreerd met een huisartsenpost (HAP). Tevens is 2 dagdelen geobserveerd op de gezamenlijke meldkamer van ambulance, politie en brandweer en 3 dagdelen op een zelfstandige HAP. De observaties hebben overdag en 's avonds, door de week en in het weekend plaatsgevonden. Tevens zijn etnografische (tijdens de observaties) en semigestructureerde interviews gehouden met SEH verpleegkundigen, SEH managers, SEH artsen, arts assistenten die op de SEH werkzaam zijn, medisch specialisten, verpleegkundig-centralisten op de meldkamer, ambulancechauffeurs en -verpleegkundigen, huisartsen en doktersassistenten.

**Resultaten: gedifferentieerde kwaliteit van spoedzorg:** Terwijl de discussie over de spoedzorg zich vrijwel uitsluitend richt op het hoog-complexe en levensbedreigende deel van die zorg, zijn in dit onderzoek vier sterk verschillende *repertoires van spoedzorg* onderscheiden. Een repertoire is een zorgpraktijk die zich onderscheidt door de symptomen die een patiënt vertoont, de urgentie waarmee deze moet worden geholpen, de professionele competenties en infrastructuur die ervoor nodig zijn om goede zorg te leveren aan deze patiënt, de passende organisatievorm die dit dient te faciliteren, en de waarden die hierin centraal staan. Een repertoire is dus beduidend omvattender dan een patiëntenstroom of -categorie en omvat de totale inhoud en organisatie van zorgverlening.

De vier repertoires zijn: 1) hoog-urgente zorg, 2) ongeplande opnames en klein leed, 3) socio-medische verwaarlozing, en 4) te klein leed voor de SEH. Door te onderscheiden wat de verschillen zijn in termen van zorgvraag, organisatievorm, professionaliteit en de manier waarop binnen elk van de repertoires met risico's moet worden omgegaan, blijkt goed welke aspecten van de kwaliteit van spoedzorg onvoldoende belicht zijn in de huidige discussie (bijvoorbeeld de afstemming met de langdurige zorg). Ook blijkt hierdoor dat de *organisatievorm* veel belangrijker is dan het *volume* van de spoedzorg, als alle repertoires goed aangeboden moeten worden. Evenzogoed wordt duidelijk dat de definities van goede professionals die passen bij repertoires 2, 3 en 4 duidelijker ondersteund en gewaardeerd moeten worden: waar voor het eerste repertoire vooral behoefte is aan goede *teamprofessionals*, is voor de andere repertoires met name het nemen van *eigen*

*verantwoordelijkheid* van groot belang. Tenslotte blijkt dat de manier waarop met risico's wordt omgegaan binnen het eerste repertoire wezenlijk anders is dan binnen de andere repertoires. Wanneer dezelfde manier om met risico's om te gaan binnen alle repertoires wordt toegepast, wordt onnodige en eventueel zelfs onveilige zorg geleverd binnen de overige drie repertoires.

	Repertoire 1 Hoog-urgent	Repertoire 2 Ongeplande op- names + klein leed	Repertoire 3 Socio-medische verwaarlozing	Repertoire 4 Te klein leed
<b>Organisatievorm</b>	Ambu-SEH-IC-afd: hoog niveau	Afstemming HA / HAP & SEH	Afstemming SEH & verpleeghuis/ thuiszorg	Afstemming HA / HAP & SEH
<b>Professionaliteit</b>	Teamkracht	Zelfstandig	Netwerker	Hoeder onnodige zorg
<b>Omgaan risico's</b>	Reduceren - als dat niet teveel tijd kost	Situeren, reduceren en accepteren	Duiden in context	Accepteren onzekerheid

**Conclusies: naar een brede benadering van spoedzorg:** De discussie over de kwaliteit van de spoedzorg en de voorgestelde beleidskeuzes worden beheerst door een te smalle definitie van 'spoed', die slechts past bij het eerste repertoire van spoedzorg. Hiermee dreigt dat beleid, gezien haar smalle conceptuele en empirische basis, tot een forse verschraving van de zorg voor andere repertoires te leiden. Dit geldt bijvoorbeeld voor het belang van (transmurale) samenwerking, een brede opvatting van goede professionaliteit en verschillende wijzen waarop op een verantwoorde manier met risico's kan worden omgegaan. Ook blijkt dat het huidige gebruik van ICT, bijvoorbeeld in het geval van triage, vooral wordt ingezet voor het goed bedienen van repertoire 1 terwijl mogelijkheden voor bredere ICT-inzet onbenut blijven.

Om recht te doen aan het verbeteren van de spoedzorg in brede zin, is het onderscheid tussen verschillende repertoires van spoedzorg onontbeerlijk. Deze repertoires kunnen vervolgens op hun eigen merites worden beoordeeld en vanuit een gedifferentieerd begrip van wat telt als 'goede (organisatie van) zorg' en als 'goede professionals', verder versterkt worden.

**Aanbevelingen: uitwerken gedifferentieerd beoordelingskader:** De discussie over de spoedeisende zorg kan alleen inhoudelijk verder worden gebracht als voor de onderscheiden repertoires passende toetsingskaders worden ontwikkeld. Voor de hoog-complexe spoed kan de door ZN uitgegeven *Kwaliteitsvisie* als vertrekpunt dienen, hoewel kritische review van de daarbij gehanteerde onderbouwing van aannames daarbij wel cruciaal is. Hierbij moet opgemerkt worden dat het indelen van regio's bepaald niet zonder risico is zolang slechts voor één repertoire de kwaliteitscriteria zijn uitgewerkt. Voor de andere repertoires dient het toetsingskader nog geheel te worden opgebouwd. Dit dient in samenspraak met betrokken partijen te gebeuren.



## 1) Inleiding: Spoedzorg als heet hangijzer

De spoedzorg in Nederland staat volop in de belangstelling. Er wordt een (bij vlagen verhit) debat gevoerd over hoe deze zorg georganiseerd moet worden, waarbij de discussie zich al snel versmalt tot concentratie van spoedzorg op een kleiner aantal grotere posten voor spoedeisende hulp (SEHs). Dit zou immers de kwaliteit van de spoedzorg ten goede komen en bovendien leiden tot lagere zorgkosten (NOS 2011). De argumenten die daarbij worden gehanteerd zijn gestoeld op een algemene aanname dat een groter volume tot betere kwaliteit en lagere kosten leidt. Deze aanname is echter problematisch omdat voor de curatieve zorg een positieve relatie tussen volume en kwaliteit slechts voor vijf hoog-complexe, weinig voorkomende aandoeningen door evidentie wordt gestaafd (de Blok, Heiligers et al. 2012; Zuiderent-Jerak, Kool et al. 2013). Het feit *dat* er voor deze aandoeningen evidentie is, komt onder meer doordat bij deze aandoeningen de relatief makkelijk te onderzoeken uitkomstmaat van de *mortaliteit* wordt gehanteerd, terwijl deze maat voor veel soorten zorgverlening ofwel beperkt ofwel überhaupt niet van toepassing is. Daarnaast is nog onvoldoende duidelijk *waardoor* de positieve relatie tussen volume en kwaliteit wordt veroorzaakt: komt dat nu doordat oefening kunst baart (*practice makes perfect*) of door selectieve verwijzing naar de plekken waar de beste zorg wordt geleverd (*selective referral*)? En is de belangrijkste determinant nu de vaardigheid van de individuele specialist of een goed gecoördineerd zorgproces binnen een sterk team (Zuiderent-Jerak, Kool et al. 2012b)? Hoewel de evidentie voor de volume-kwaliteit relatie dus beperkt is tot een klein aantal hoog-complexe, weinig voorkomende aandoeningen, en deze evidentie bepaald niet vrij van onzekerheden is, wordt deze evidentie in discussies zoals die over de spoedzorg naar hartenlust geëxtrapoleerd naar andere gebieden van zorgverlening.

Hierbij wordt vaak het argument gebruikt dat wetenschappelijke evidentie voor deze andere zorgtypen niet nodig zou zijn omdat het nu eenmaal een kwestie van gezond verstand is dat we ergens beter in worden als we iets vaker doen. Deze aanname blijkt echter geen opgeld te doen: beloofde winst van concentratie-initiatieven op maatschappelijk- en patiëntniveau voor deze andere zorgtypen blijkt zelden aantoonbaar wanneer er zorgvuldig casuonderzoek wordt uitgevoerd (Zuiderent-Jerak, Kool et al. 2012a). Toch is het geloof in brede kwaliteitswinst door concentratie van zorg hardnekkig en de discussie hierover daardoor weinig genuanceerd.

Deze tendens wordt versterkt doordat er in het huidige debat vaak een opvallend smalle definitie van spoedzorg wordt gehanteerd. ‘Spoed’ gaat dan al snel over loeiende sirenes en het redden van levens en lijkt daarmee nog het best aan te sluiten bij hoe dergelijke zorg wordt afgeschilderd in televisieseries als *ER*. Afleveringen met titels als *Hell*

*and High Water* lijken echter meer geschikt voor spannende televisie dan voor het zorgvuldig nadenken over de kwaliteit van de spoedzorg in brede zin. En toch kleurt het beeld dat de smalle definitie van spoedzorg oproept het denken over de totale spoedeisende zorg.

Zo richt de *Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg* van Zorgverzekeraars Nederland (KPMG Plexus 2013) zich voor een belangrijk deel op multitrauma's, hersen- en hartinfarcten, en gescheurde buikslagaders, en dit is nu juist het soort zorg waarvan inderdaad met een grotere mate van zekerheid is vastgesteld dat er een positieve relatie is tussen volume en kwaliteit. De visie stelt vervolgens – in tegenstelling tot wat blijkt uit zorgvuldig uitgevoerde literatuurreviews – dat “de volume-uitkomst relatie in vrijwel alle gevallen wordt gevonden” (p. 13) en dat daarmee het beperkte aantal uitgewerkte aandoeningen toch tot een kwaliteitsvisie leidt die “dekkend” (p. 6) is voor de spoedzorg als geheel. De twee pagina's die vervolgens worden besteed aan 'Overige spoedeisende zorg' (p. 33-35) bestaan uit niet meer dan een opsomming van enkele mogelijke aandoeningen zonder dat deze verder onderdeel van de kwaliteitsvisie zijn.

Deze aanpak heeft tot veel kritiek op de visie geleid van onder meer de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen, de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (Gaakeer and van den Brand 2013; Orde van Medisch Specialisten 2013; Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen 2013), die wij hier niet in detail herhalen. De hoofdboodschap van de critici is echter wel van groot belang: door een kwaliteitsvisie te ontwikkelen op basis van een te smalle definitie van de spoedzorg, en door de wetenschappelijk weerlegde aanname te hanteren dat kwaliteitsnormen voor dat smalle deel van de zorg te extrapoleren zijn naar de gehele spoedzorg, dreigen er beleidskeuzes te worden gemaakt die onvoldoende empirisch onderbouwd zijn.

Dit wil overigens niet zeggen dat er enorme hoeveelheden langlopend wetenschappelijk onderzoek dienen te worden verricht alvorens beleid kan worden gevormd; empirische onderbouwing kan immers op verschillende manieren worden gerealiseerd. Wel stelt deze kritiek de aannames die ten grondslag liggen aan het voorgestelde beleid ter discussie en verbreedt zij daarmee het debat over *wat wij onder spoedzorg verstaan* en *wat voor die bredere definitie van spoedzorg goede kwaliteitskaders* zijn. Dit is met name van belang omdat de concentratie van spoedzorg niet slechts een *beleidsdoelstelling* is waar een aantal partijen op dit moment fors op aanstuurt; concentratie van spoedzorg is al in volle

vaart gaande, waarbij alleen al tussen 2008 en 2011 het aantal volledige SEHs met ruim een derde is afgenomen (van Dorresteyn 2011).

De eisen die op basis van volumecriteria worden gesteld voor het hebben van een volledige SEH, hebben grote gevolgen voor de kleinere ziekenhuizen. Door de kleinere volumes die daar worden gerealiseerd is de afname van het aantal volledige SEHs met name bij deze ziekenhuizen terug te zien. Gezien het relatief grote aantal patiënten dat via een SEH het ziekenhuis binnen komt, zijn de consequenties van (gedeeltelijke) sluiting groot voor de continuïteit van kleinere ziekenhuizen. Het wordt in dat scenario namelijk steeds lastiger om zaken als een intensive care in de lucht te houden (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen 2013). Zeker omdat in de maatschappelijke discussie, maar ook in de Kwaliteitsvisie van ZN, vooral wordt uitgegaan van een definitie van spoedzorg die is gebaseerd op hoog-complexe zorg die wordt geleverd in grote ziekenhuizen, is het van belang het debat te verbreden met empirische inzichten over de kwaliteit van zorg die wordt geleverd op kleinere SEHs. Daarnaast is het van belang aandacht te besteden aan de positie van de SEH in de regionale keten van spoedzorg omdat voor het realiseren van goede spoedzorg de verbindingen met andere typen zorg cruciaal zijn. Om goed te kunnen begrijpen hoe een SEH functioneert, is binnen dit onderzoek dan ook gekeken naar de verbindingen tussen SEH en huisartsen/HAP, ambulancediensten en langdurige zorg, naar de verschillende stappen die een patiënt doorloopt in een traject van spoedzorg, naar de wijze waarop zorgprofessionals met elkaar samenwerken en communiceren in de keten en welke (informele) afspraken er bestaan tussen organisaties. Het onderzoek beoogt daarmee een antwoord te geven op de volgende onderzoeksvraag:

***Wat is de definitie van (kwaliteit van) spoedzorg in kleine spoedeisende hulpdiensten en hoe kan deze zo goed mogelijk worden geborgd in de regionale zorgketen?***

### **1.1) Doel onderzoek en leeswijzer**

Dit onderzoek beoogt een bijdrage te leveren aan de door veel veldpartijen bepleitte verbreding van de maatschappelijke discussie over spoedzorg. Daarmee doet het onderzoek geen afbreuk aan lopende initiatieven op het gebied van de ontwikkeling van kwaliteitskaders, maar plaatst deze in perspectief en analyseert wat de consequenties van een bredere kijk op spoedzorg zijn voor de discussie over concentratie en spreiding. In dit rapport schetsen wij daartoe eerst een **theoretische insteek** die dient om spoedzorg breder te kunnen bekijken. Vervolgens geven wij een **methodologische verantwoording** van het

onderzoek. Daarna onderscheiden wij **vier verschillende repertoires van spoedzorg** op kleine SEHs die ook verschillende definities van kwaliteit kennen. Wij **analyseren** deze definities van kwaliteit in termen van wat een **passende organisatievorm** is, wat geldt als een **goede professional**, en wat een gepaste manier is om met **risico's** om te gaan. Vervolgens gaan wij in op de **mate waarin deze repertoires op verschillende typen SEHs voorkomen te sturen** is. Tenslotte concluderen wij hoe de bredere kijk op spoedzorg kan leiden tot een **beter gefundeerd debat over deze zorg**, en schetsen wij de **vervolgstappen** die nodig zijn om een kwaliteitsvisie voor deze bredere spoedzorg te ontwikkelen.

## 2) Theoretische insteek

Om de diversiteit van de praktijk van spoedzorg op een goede manier te kunnen analyseren, wordt gebruik gemaakt van een tweetal theoretische concepten.

### 2.1) Het (on)zichtbaar maken van kwaliteit

Binnen het gezondheidszorgonderzoek wordt veel onderzoek gedaan naar kwaliteit van zorg. Een belangrijk deel van dit onderzoek richt zich op het zichtbaar maken van kwaliteit aan de hand van indicatoren. Deze indicatoren worden op hun beurt vaak weer opgenomen in indicatorensets, zoals de set die te vinden is in de eerdergenoemde *Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg* van ZN. Een ander belangrijk deel van het gezondheidszorgonderzoek richt zich op aspecten van kwaliteit die ofwel minder makkelijk in indicatoren te vatten zijn, ofwel die onzichtbaar *gemaakt worden* door ontwikkelde indicatorensets. Dit onderzoek naar 'onzichtbare kwaliteit' gaat daarmee niet over 'vage aspecten' die subjectief zouden zijn, maar belicht:

1. Aspecten van kwaliteit die op een andere manier geobjectiveerd moeten worden dan door indicatorontwikkeling;
2. Aspecten van kwaliteit die door het gebruik van bepaalde kwaliteitsinstrumenten – zoals indicatoren – onzichtbaar worden gemaakt.

De 'onzichtbaarheid' van deze aspecten van kwaliteit is dus geen inherent *kenmerk* ervan, maar veeleer een *consequentie* van kwaliteitsinstrumenten die worden ontwikkeld (Star 1991; Star and Strauss 1999). Een sprekend voorbeeld van onzichtbaar gemaakte kwaliteit is terug te vinden in een analyse van de basisset indicatoren van de IGZ (Jerak-Zuiderent and Bal 2011). Door na een aantal jaren de uitkomstindicator van de gemiddelde HbA1c waarde toe te voegen aan de basisset, werd niet alleen een voor patiënten belangrijke maat toegevoegd, maar werd tegelijkertijd (onbewust) het belang van *goede ketenkwaliteit*, waarbij de 'betere' patiënten met name door de huisarts worden gezien en niet meer in het ziekenhuis komen, ontmoedigd. Het gebruik van de indicator gaf de ziekenhuizen een prikkel om zoveel mogelijk patiënten met een milde vorm van suikerziekte te helpen, zelfs wanneer deze ook prima door de huisarts konden worden gezien. Een lage gemiddelde HbA1c waarde zorgde er namelijk voor dat ziekenhuizen goed scoorden op deze indicator. De kwaliteit van de keten werd dus onzichtbaar gemaakt door het zichtbaar maken van de bloedsuikers van patiënten als uitkomstmaat voor de kwaliteit van ziekenhuiszorg (Jerak-Zuiderent and Bal 2011). Ook voor de spoedzorg geldt dat, door sommige aspecten van zorg te benadrukken en daarmee zichtbaar te maken, bijvoorbeeld in spoedzorgindicatoren

over multitrauma's, hersen- en hartinfarcten en gescheurde buikslagader, en te stellen dat deze aspecten de kwaliteit van spoedzorg in het geheel representeren, andere aspecten van kwaliteit (de 'overige spoedeisende zorg') juist onzichtbaar worden gemaakt. Waaruit deze onzichtbare zorg precies bestaat, moet in het onderzoek duidelijk worden.

Soms is het geen probleem als impliciete en informele aspecten van kwaliteit onzichtbaar zijn: waar deze aspecten goed verlopen, zijn deze soms zelfs gebaat bij onzichtbaarheid. Wanneer deze aspecten echter hun bestaansrecht dreigen te verliezen, terwijl ze wel van groot belang zijn voor de kwaliteit van zorg, dan kan het van belang zijn om deze aspecten zichtbaar te maken (Suchman 1995). In het geval van de spoedzorg lijkt het, gezien de smalle definitie van spoed die daarin gehanteerd wordt en waarvoor kwaliteitsinstrumenten worden ontwikkeld, van belang andere aspecten van kwaliteit zichtbaar te maken. De onzichtbare 'overige spoedeisende zorg' zou namelijk wel eens andere organisatievormen, professionele competenties, en manieren om met risico om te gaan kunnen vergen dan de acute en complexe zorg die nu vooral zichtbaar wordt gemaakt.

## 2.2) Repertoires en culturele theorie

Ander conceptueel gereedschap dat wij hanteren bij deze studie, komt uit onderzoek naar repertoires van kwaliteit en uit de culturele theorie. Letterlijk betekent een 'repertoire' een verzameling handelingen, stukken of voorstellingen waaruit een individu of een groep in een bepaalde situatie kan putten. In dit onderzoek onderscheiden we repertoires door te kijken naar de verschillende typen zorg die door professionals op een kleine SEH worden geleverd (naast de acute en hoog-complexe zorg die in de *Kwaliteitsvisie* centraal staat) en de wijze waarop deze zorg is georganiseerd. We starten dus niet met een afgebakende definitie van een 'repertoire' maar onderzoeken welk onderscheiden er in de praktijk van de spoedzorg (impliciet) wordt gemaakt en baseren daar de repertoires op. Door onderscheid te maken in verschillende repertoires van kwaliteit valt te zien dat er op verschillende manieren tegen kwaliteit aangekeken kan worden en verschillende waarden daarin centraal staan (Boltanski and Thévenot 2006). Enerzijds hebben die manieren in het geval van spoedeisende zorg te maken met de verschillende soorten zorg die allemaal onder de noemer 'spoedzorg' vallen. Anderzijds blijkt dat er culturele voorkeuren zijn die bepalen welke repertoires de meeste aandacht krijgen (Douglas 1978). Zoals wij in de inleiding al aangaven blijkt de huidige discussie over de spoedzorg te worden gedomineerd door een *ER*-achtige definitie van 'spoed'. Deze definitie is bijvoorbeeld goed terug te zien op de voorpagina van de *Kwaliteitsvisie* (figuur 1), die door het dynamische en bewogen beeld, de kleding van professionals en patiënt, inclusief mondkapjes, en de hoogwaardige technologie die wordt

gebruikt, eerder aan een OK van een groot ziekenhuis doet denken dan aan een SEH van een kleiner ziekenhuis. Binnen een dergelijk repertoire is het bepaald niet onlogisch om risico's bijvoorbeeld te willen uitbannen door professionals met maximale ervaring in te zetten en spoedzorg zoveel mogelijk te concentreren. Maar het feit dat deze insteek als relevant wordt gezien voor de gehele spoedzorg, is tevens veelzeggend voor de cultureel bepaalde manier waarop wij met risico's omgaan (Douglas 1992). Die culturele bias in de 'ER-definitie' van spoedzorg versterkt de smalle definitie van dit type zorg en heeft tot gevolg dat andere aspecten nog makkelijker onzichtbaar worden gemaakt. Door ons bewust te zijn van deze culturele bias, zijn wij beter in staat aspecten van spoedzorg zichtbaar te maken die anders makkelijk over het hoofd worden gezien.



*Figuur 1: Visueel voorbeeld van culturele bias in denken over spoedzorg*

We gebruiken de begrippen onzichtbare kwaliteit en repertoires van spoedzorg als '*sensitizing concepts*' (Blumer 1954). Hiermee bedoelen we dat we de begrippen gebruiken als richting voor ons onderzoek, zonder deze van te voren volledig te definiëren en af te bakenen. Dit maakt het mogelijk de discussie over spoedzorg met exploratief empirisch onderzoek te verbreden.





### 3) Methode van onderzoek

Omdat bestaande studies laten zien dat evidentie over kwaliteit van spoedzorg in bredere zin slechts in beperkte mate voorhanden is, is ervoor gekozen het onderzoek niet te starten met een literatuurstudie. In plaats daarvan is middels kwalitatief onderzoek, in het bijzonder etnografische observaties, inclusief etnografische interviews, en semi-gestructureerde interviews gedetailleerd in beeld gebracht wat er nu feitelijk gebeurt op een SEH, hoe de zorg op de SEH zich verhoudt tot zorg van andere zorgverleners in de keten (zoals ambulance, huisarts/huisartsenpost, afdelingen in het ziekenhuis en SEHs van naburige ziekenhuizen) en wat dit betekent voor de definitie van (kwaliteit van) spoedzorg.

Gedurende een periode van 10 weken is eerst onderzoek gedaan op twee SEHs in kleinere ziekenhuizen (minder dan 350 bedden), waarvan er een in een stedelijk gebied is gevestigd en een meer een regionale functie vervuld. Vervolgens is ook onderzoek gedaan op een SEH in een groter ziekenhuis (ruim 600 bedden) in een stedelijke regio. Het meest diepgaand is onderzoek gedaan op de kleinere SEHs; het onderzoek op de grotere SEH diende vooral als reflectie op de eerdere onderzoeksuitkomsten. Hiermee is inzicht verkregen in de mate waarin de schaal van de SEHs (en de ziekenhuizen) van invloed is op de inhoud en kwaliteit van de spoedzorg die wordt geleverd.

Op de SEHs is in totaal 65 uur geobserveerd, waarvan 25 uur op een kleine SEH die is geïntegreerd met een huisartsenpost (HAP). Tevens is 2 dagdelen geobserveerd op de gezamenlijke meldkamer van ambulance, politie en brandweer en 3 dagdelen op een HAP. De observaties hebben overdag en 's avonds, door de week en in het weekend plaatsgevonden. Tijdens de observaties zijn etnografische interviews gehouden met SEH verpleegkundigen, SEH artsen, arts assistenten die op de SEH werkzaam zijn, medisch specialisten, verpleegkundig-centralisten op de meldkamer, ambulancechauffeurs, huisartsen en doktersassistenten.

Daarnaast zijn 6 semigestructureerde interviews afgenomen met SEH verpleegkundigen, arts assistenten die op de SEH werkzaam zijn en SEH managers en SEH artsen.. De interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd. Door deze interviewmethoden te combineren heeft data-triangulatie plaatsgevonden. Tevens is gezorgd voor een balans tussen spreiding en diepgang van het onderzoek door observaties op verschillende locaties uit te voeren.



## 4) Gedifferentieerde kwaliteit van spoedzorg

Toen wij net met het onderzoek gestart waren, bleek pas goed hoezeer wijzelf ook beïnvloed waren door de definitie van spoedzorg in termen van loeiende sirenes en het redden van levens. Wij hadden ons goed ingelezen in de lopende discussies, en daarmee zelf ook steeds meer het beeld gekregen van spoedzorg als ‘heftige’ (acute en hoog-complexe) zorg. Tijdens een kennismakingsbezoek op een van de locaties werd dit aanvankelijk ook wel bevestigd: de rondleiding over de SEH werd niet *voor* maar *na* het kennismakingsgesprek gegeven omdat er net een reanimatie gaande was. Maar tijdens de etnografische observaties bleken een veel breder scala van spoedzorg van belang te zijn, waarbij heel andere aspecten van kwaliteit centraal staan. Op basis van deze observaties hebben wij vier *repertoires van spoedzorg* onderscheiden.

### 4.1) Repertoires van spoedzorg

Op basis van onze bevindingen definiëren we een repertoire als een zorgpraktijk die zich onderscheidt van andere praktijken door de symptomen die een patiënt vertoont, de urgentie waarmee deze moet worden geholpen, de professionele competenties en infrastructuur die ervoor nodig zijn goede zorg te leveren aan deze patiënt, de passende organisatievorm die dit faciliteert, en de waarden (in het bijzonder de wijze waarop met risico's wordt omgegaan) die hierin centraal staan.

Een repertoire is dus beduidend omvattender dan een patiëntenstroom of –categorie die vooraf kan worden gedefinieerd; het is een geheel van symptomen, professioneel handelen en organiseren die ontstaat op het moment dat spoedzorg wordt verleend. In hoofdstuk 4 beschrijven we de vier repertoires (inclusief voorbeelden vanuit de praktijk). In hoofdstuk 5 gaan we nader in op drie elementen die van belang zijn om de discussie over spoedzorg te verbreden: de wenselijke organisatievormen, de definities van een ‘goede professional’ en de wijzen waarop met risico's wordt omgegaan.

Soms wordt pas geruime tijd nadat een patiënt in de ambulance of op de HAP of SEH terecht komt duidelijk welk repertoire er nu precies aan de orde is. Ook kunnen er heel verschillende zorgvragen binnen eenzelfde repertoire goed aan bod komen. Hoewel de in deze studie onderscheiden repertoires wellicht niet uitputtend zijn, vormen zij wel een eerste aanzet voor een bredere en vooral meer gedifferentieerde definitie van en discussie over de spoedeisende zorg.

#### 4.1.1) Repertoire 1: Hoog-urgente zorg. Het repertoire van de loeiende sirenes en het redden van levens

Het eerste repertoire bevat acute en complexe zorgvragen en sluit het beste aan bij de huidige discussie over spoedzorg, maar is tevens het repertoire dat wij het minst zijn tegengekomen tijdens het casusonderzoek in de kleine SEHs. Dat is ook niet verbazingwekkend, omdat patiënten met een dergelijke zorgvraag door een ambulance vaak niet naar een kleine SEH worden gebracht maar juist naar een nabijgelegen grotere eerste

hulp. Toch komen ook deze patiënten soms terecht op een kleinere SEH. Dit kan drie oorzaken hebben. De eerste is dat het soms om zelfverwijzers gaat die met een acute en complexe zorgvraag zelf naar de dichtstbijzijnde SEH komen. De tweede oorzaak is dat er soms patiënten tussen zitten die een SEH verpleegkundige omschreef als “de instinkers”; de patiënten die met vage klachten binnenkomen, maar ineens instabiel worden of toch een hartinfarct blijken te hebben. Dit vraagt om grote alertheid van professionals. De derde oorzaak is dat ambulanceverpleegkundigen er soms voor kiezen om patiënten met acute en complexe problematiek naar de dichtstbijzijnde SEH te brengen om ze daar te stabiliseren. Zij durven het dan niet aan met een instabiele patiënt een langere afstand te overbruggen naar een grotere, meer gespecialiseerde SEH. Als ze gestabiliseerd zijn, worden deze patiënten overgebracht naar een grotere SEH. Daar waar dit repertoire zich op de kleine SEHs voordeed, was er vanzelfsprekend een enorm gevoel van urgentie met bijbehorende focus en aandacht van de professionals. Ook werden direct de betreffende medisch specialisten uit het ziekenhuis naar de SEH geroepen<sup>1</sup>.

De telefoon gaat over aan de balie van de SEH. Sandra, de baliemedewerker neemt op en hoort van de man die vanuit de auto belt, dat hij eraan komt met zijn dochter van 22 maanden. Ze is slap en heeft ademhalingsmoeilijkheden. Sandra zoekt het patiëntje op in het ziekenhuis-informatiesysteem en ziet dat ze twee weken geleden met dezelfde klachten langs is geweest, en toen antibiotica heeft gekregen en naar huis is gegaan. Ze meldt bij Bart, de coördinerend SEH verpleegkundige, dat dit patiëntje onderweg is en geeft daarbij aan dat ze verwacht dat het deze keer ook weer niets is. Een paar minuten later zie ik in de centrale ruimte van de SEH op het scherm met camerabeelden van de wachtkamers en de ingang (figuur 2), een auto op de inrit voor de deur stoppen. De vader springt uit de auto, pakt zijn dochter uit het kinderzitje op de achterbank, en snelt de SEH binnen. De moeder van het meisje kruipt achter het stuur om de auto weg te zetten.

Hoewel de vader erg bezorgd binnenkomt, blijven zowel Sandra als de verpleegkundigen op de SEH ontspannen. Het kindje gaat naar de triagekamer. Daar blijkt al gauw dat er toch niet ‘niets aan de hand’ is, en het patiëntje gaat meteen door naar een behandelkamer die is ingericht voor kinderen. Het kindje huilt en kreunt doorlopend en heeft een saturatie van rond de 80. Ook is ze heel bleek en valt ze steeds weg of in slaap: ze lijkt uitgeput. Arne, de arts assistent interne, gaat er direct heen, terwijl Bart de kinderarts belt. “Die roep ik er toch maar even bij”, geeft hij aan. De kinderarts is er snel omdat zij nog in huis was. Wat later komt er een vrouw in gewone kleren de SEH oplopen, gooit haar jas neer en loopt naar de behandelkamer van het kindje. Het blijkt een ervarener kinderarts te zijn die ook is opgeroepen.

Na een intensieve tijd is het kindje stabiel en wordt opgenomen op de kinderafdeling. Een van de SEH verpleegkundigen zegt tegen mij: “Een tijdje terug hadden we met precies dit team en dezelfde arts ook al een kindje dat niet meer ademde. Daardoor liep het nu echt heel soepel, wist iedereen wat ze moesten doen, maar ook bijvoorbeeld waar we kleine naaldjes konden vinden, en kleine zuurstofmaskerties, et cetera.”

<sup>1</sup> In de uitgewerkte observaties worden pseudoniemen gebruikt.



Figuur 2: Scherm met beelden van veiligheidscamera's in de centrale ruimte van een SEH

#### 4.1.2) Repertoire 2: Ongeplande opnames en klein leed

Het tweede repertoire behelst de zorgvragen van patiënten die binnenkomen met 'klein leed' en van patiënten die worden gediagnosticeerd op de SEH en vervolgens voor behandeling of observatie (zoals een arts assistent het formuleerde: "we vertrouwen het niet helemaal") worden opgenomen in het ziekenhuis. Bij deze laatste categorie patiënten wordt meestal allereerst vastgesteld of repertoire 1 van toepassing is. Zodra dit is uitgesloten, maar wel op basis van de diagnose wordt vastgesteld dat de patiënt niet direct naar huis kan, wordt deze zo snel mogelijk naar de afdeling gebracht. In sommige gevallen handelen de arts assistent of de SEH arts de diagnostiek (en eerste behandeling, indien nodig) af, in andere gevallen wordt gebruik gemaakt van de expertise van een (andere) medisch specialist. Patiënten in het tweede repertoire komen soms binnen met een ambulance (bijvoorbeeld in het geval van een oudere dame die bij een val haar heup heeft gebroken), maar komen ook via de huisarts of als zelfverwijzer. Ook als het medisch gezien geen hoog-complexe zorg betreft, wil dat natuurlijk niet zeggen dat deze zorg niet hoogwaardig moet zijn. Daar zitten bejegeningaspecten aan, bijvoorbeeld ten aanzien van ouders die geschrokken zijn, maar ook medische aspecten.

De telefonisch triagemedewerker van de huisartsenpost komt de balieruimte inlopen en vertelt tegen de HAP baliemedewerker dat er een jongetje onderweg is met buikpijn. "Volgens mij is er niks aan de hand, maar zijn ouders dringen zo aan...". Enige tijd later komt er een moeder met twee zontjes van een jaar of 7 en 9 en een jonger dochtertje binnen. Ze melden zich aan en nemen plaats in de wachtruimte van de HAP. Het jongetje huilt en wordt snel gezien door de huisarts. Deze vertrouwt het niet en stuurt toch door naar de spoedeisende hulp omdat deze wil dat onderzocht wordt of het een acute blindedarmonsteking is. De moeder met haar kinderen neemt plaats in de wachtkamer van de SEH terwijl er een bed wordt verschoond in de behandelkamer. Sandra, de baliemedewerkster van de SEH, ziet het broertje van 7 naar de waterautomaat lopen en een glaasje water pakken. Ze staat meteen op en loopt naar de wachtkamer. "Wat ben je aan het doen?" vraagt ze vriendelijk. "Ik pak even een glaasje water voor m'n broertje, want die heeft veel buikpijn".

“Dat is heel lief, maar doe dat maar even niet, want hij moet nu even niets drinken of eten”, zegt ze, daarmee voorkomend dat het jongetje drinkt terwijl hij wellicht zo meteen geopereerd moet worden.

Zodra de moeder met haar kinderen naar de behandelkamer kan, zegt ze nog: “mijn man komt ook zo.” “Die sturen we meteen door”, geeft Sandra aan. Even later komt er een man binnenlopen die rechtstreeks een vergadering uit lijkt te zijn gelopen en er flink de pas in heeft. Hij hoeft zich niet te identificeren: “U bent de vader van Jelle”, waarna de man meteen mee wordt genomen naar de behandelkamer. Het blijkt inderdaad een acute blindedarmontsteking, en Jelle gaat door naar OK.

Een patiëntencategorie die ook een groot deel van dit repertoire beslaat, gaat over ‘klein leed’. Deze spoedzorg varieert van kinderen die van het klimrek zijn gevallen en hun schouder hebben gekneusd, een man met een vishaak tot aan het bot in zijn vinger, de kleine breuken en de vele sportblessures, of de vrouw die haar vinger tussen de deur had gekregen in de supermarkt. Voor patiënten - en hun ouders - is dergelijk leed, dat in medisch opzicht *net* te groot voor de huisarts maar verder tamelijk ‘klein’ is, natuurlijk vaak wel een grote ramp. Een jongeman die zijn achillespees had gescheurd tijdens het sporten gaf, toen hem gevraagd werd om zijn pijnscore aan te geven op een 10-puntsschaal, als antwoord: “Zeventien!”: voor hem was de pijn *hors catégorie*. Voor dit kleine leed is dus zeker wel behoefte aan een duidelijke focus op kleine kwaliteit en behandeling die niet langer op zich laat wachten dan nodig – hoewel dit natuurlijk nogal varieert, afhankelijk van de situatie, de mate van pijn en de manier waarop patiënten geacht kunnen worden met het leed om te gaan.

Er komen twee ouders op de balie afgelopen. Op de arm van de moeder zit hun dochtertje van 5 dat tranen met tuiten huilt. “We zijn zo geschrokken”, zegt de moeder. “We hadden een grote spiegel schuin tegen de muur staan die we nog op moesten hangen, en dat ding weegt wel 35 kilo! Ik dacht nooit dat Sanne die om kon trekken!” Dat was Sanne echter wel gelukt, en de spiegel was op haar hoofd en rug in duigen gevallen. Ze zit onder de snijwondjes en –wonden en is helemaal overstuurd. Marianne, de baliemedewerkster, brengt de familie meteen door naar de triagekamer waar Soraida, de triagiste ook direct naartoe gaat. Ze kijkt of de wondjes al een beetje zijn schoongemaakt, maar er zit nog overal glas en elke keer als ze Sanne aanraakt, huilt ze hard. Soraida loopt wel wat vragen door die door het Nederlands Triage Protocol (NTS) worden voorgeschreven, maar zorgt toch ook vooral dat Sanne snel door kan naar de kinderbehandelkamer.

Paul, de coördinerend SEH verpleegkundige, legt later uit dat de NTS vooral als leidraad wordt gebruikt, maar dat er altijd redenen kunnen zijn om een hogere urgentie toe te kennen dan die uit strikt medisch oogpunt noodzakelijk is. Andersom – een urgentiecode naar beneden bijstellen – kan niet. Ze gebruiken de ruimte die het systeem biedt op dit soort momenten: “Wij geven als het even kan voorrang aan kinderen. En ook aan pijnbestrijding geven we voorrang. Ik heb op veel SEHs gewerkt, want ik ben ook een tijd uitzendkracht geweest, maar ik ben toch hier blijven hangen omdat we hier veel meer op dat soort dingen letten”.

### 4.1.3) Repertoire 3: socio-medische verwaarlozing

Een derde repertoire betreft zorg waarvan het vaak niet op voorhand vast te stellen valt of deze nu wel of niet op de SEH hoort. Deze categorie patiënten ontstaat vanwege het feit dat mensen met psychosociale problemen steeds langer thuis blijven wonen zonder dat de omstandigheden daar altijd goed op zijn ingericht. Als zij te lang van zorg verstoken zijn geweest, komen ze bijvoorbeeld de SEH binnen met een ontregelde diabetes of een ontsteking die, in strikt medische zin, geen reden is voor een ziekenhuisopname. Toch sturen zorgverleners deze patiënten niet zomaar naar huis als ze vrezen dat patiënten daardoor zullen verslechteren. Familie is soms op grote afstand of niet bereid te komen – of soms weigeren patiënten elke vorm van ondersteuning in de thuissituatie totdat het echt veel te laat is. Idealiter zouden deze patiënten goede thuiszorg krijgen, of worden opgenomen in een crisisbed in een verpleeghuis. Maar waar de afstemming met dat zorgaanbod niet optimaal is, of er aan die zorg een tekort is, worden deze patiënten via de SEH soms toch maar opgenomen met de diagnose ‘algehele malaise’. Daar zit een risico aan vast voor het ziekenhuis, omdat deze patiënten soms lang een bed bezet kunnen houden. Zorgprofessionals zijn zich daar terdege van bewust.

Op zaterdagmiddag staan Irma, een SEH verpleegkundige, en Janne, een arts assistent interne, in de hoek van de centrale SEH ruimte te praten. De dienst van Irma is al afgelopen, maar ze wil Janne toch nog graag even spreken over een patiënt van de vorige avond. Meneer Verburg was ingestuurd door de huisarts en op de SEH door Janne onderzocht. Hoewel het niet goed ging met meneer Verburg, was zijn situatie in medische zin niet ernstig genoeg om een opname te rechtvaardigen. Janne had er daarom voor gekozen om hem toch terug naar huis te sturen, maar de verpleegkundigen die dienst hadden, waaronder Irma, waren het daar bepaald niet mee eens. Ze vonden hem heel kwetsbaar en zwak, en zagen dat zijn vrouw en dochter het heel zwaar hadden met de situatie en het nauwelijks konden bolwerken. “Maar daarvoor zijn wij natuurlijk echt niet”, had Janne aangegeven, met het oog op het risico dat als meneer Verburg wel opgenomen zou worden, dat wel eens een langdurig verblijf zou kunnen worden. Irma en haar collega’s vonden echter dat je iemand die zo zwak is nu eenmaal niet in de kou kunt laten staan, en plaatsten ook vraagtekens bij de inschatting dat meneer Verburg medisch gezien stabiel genoeg was om naar huis te gaan.

Omdat de arts assistent het uiteindelijke besluit neemt, hadden Irma en haar collega’s de keuze van Janne te respecteren, en meneer Verburg was inderdaad naar huis gestuurd. Daar was hij een uur later overleden, en de verpleegkundigen hadden daar een erg slecht gevoel over. “Voor hemzelf is het natuurlijk heel vervelend geweest, maar het ergste vind ik het nog voor zijn vrouw en dochter. Die had ik dit zo graag willen besparen, zo kort na ontslag nog zo’n paniek, terwijl ze er al goed doorheen zaten.” Janne geeft echter aan dat er medisch gezien echt geen reden was om meneer Verburg te houden en wel een groot risico was dat hij langdurig een bed onterecht bezet zou gaan houden, en dat ze nog contact op zal nemen met de familie om hen uit te leggen dat het een treurige gang van zaken is, maar dat het toch zo moest gaan.

#### 4.1.4) Repertoire 4: Te klein leed voor de SEH

Het vierde repertoire betreft zorg waarvan professionals van mening zijn dat deze niet op een SEH thuishoort. Het gaat vaak om 'binnenlopers': mensen die op eigen gelegenheid naar een SEH komen en een lichte kwetsuur hebben die ook door de huisarts kan worden geholpen, of soms zelfs helemaal geen medische zorg nodig hebben. Ondanks dat SEH verpleegkundigen over het algemeen goed kunnen inschatten dat deze patiënten niet op de SEH zijn voor 'noodzakelijke zorg', worden zij vaak toch op de SEH geholpen, zelfs waar de huisartsenpost op hetzelfde terrein is gevestigd maar er geen samenwerkingsafspraken zijn. Dit wordt door SEH managers gerechtvaardigd: "We hebben nu eenmaal een zorgplicht, dus je kunt die mensen niet zomaar wegsturen. Als ze voor je deur omvallen, heb je wel een probleem!" Het risico dat een patiënt wordt weggestuurd, maar later toch iets ernstigs blijkt te hebben wordt door zowel managers als professionals genoemd, hoewel SEH verpleegkundigen en artsen op de SEH vaak ook hun frustratie uiten over deze groep patiënten: "Dat was een heel duur verbandje." Op een van de onderzochte SEHs wilden de verpleegkundigen een berichtje bij de balie ophangen om mensen eraan te herinneren dat ze, als ze niet bij de huisarts maar op de SEH gezien werden, ze hun eigen risico zouden moeten aanspreken. Dit werd hen echter niet toegestaan door de manager SEH. Er lijkt hier zowel een inkomstenoverweging te spelen, alsmede een zorg dat patiënten niet meer durven komen als het wel echt belangrijk is.

Om dat laatste te voorkomen, treedt ook op de HAP een vergelijkbaar mechanisme op: daar geldt "Twee keer bellen is langskomen" (als een patiënt voor de tweede keer belt, wordt er een afspraak bij de huisarts op de HAP ingepland, ook als er niet zoveel aan de hand lijkt te zijn) en binnenlopers worden regelmatig ook geholpen. Toch is dit niet altijd het geval; vaak proberen doktersassistenten die bij de HAP de telefoon opnemen patiënten te ontmoedigen naar de HAP te komen als ze vermoeden dat er niet zoveel aan de hand is ("u kunt langskomen, geen enkel punt, maar verwacht er niet teveel van"). Alleen op de SEHs die geïntegreerd zijn of goede samenwerkingsafspraken hebben met de HAP, wordt geselecteerd aan de poort.

Een man komt binnen lopen met zijn ongeveer 10-jarige zoontje die een bebloede zakdoek voor zijn neus houdt. Hij loopt naar de balie, waar Corine, de medisch secretaresse hem vraagt of hij al naar de huisarts is geweest. De man zegt van niet. Saskia, een SEH verpleegkundige is al naast de balie gaan staan, aan de kant van de man met zijn zoontje, en bekijkt de bloedneus. Ze zegt dat ze het beste eerst even langs de huisarts kunnen gaan om zeker te weten dat het nodig is dat er een specialist naar kijkt. De man zegt dat hij niet wist dat er op de SEH alleen specialisten zitten. Saskia zegt: "Maakt niet uit" en legt samen met de medisch secretaresse uit dat de man naar buiten moeten lopen en dat enkele meters verder de ingang van de HAP is. De man geeft aan blij



Het gaat in dit repertoire overigens niet altijd om zelfverwijzers; soms gebeurt het ook dat een huisarts een verkeerde inschatting maakt en een patiënt doorstuurt die niet op de SEH gezien had hoeven worden. Omdat volgens afspraak patiënten die door de huisarts worden doorgestuurd of met de ambulance worden gebracht altijd door minimaal een arts assistent moeten worden gezien, levert dit soms problematische situaties op.

Het is druk op de grote SEH. Vrijwel alle kamers zijn bezet, en Jasmijn, de coördinerend verpleegkundige, kijkt op het beeldscherm (“Dit noemen wij de vluchtverkeersleiding”) om te zien welke patiënten er nog in de wachtkamer zitten. Dat zijn patiënten met een lage urgentiecode, en ze ziet een klok die aftelt. Waar op de kleine SEH de urgentiecodes vooral worden gebruikt om te zien we er als volgende mag worden binnengehaald zodra er plek is, kijkt Jasmijn vooral naar de tijden om te zien hoe lang ze patiënten nog in de wachtkamer mag laten zitten. Daardoor kan ze bedden vrijhouden voor ambulances die met ernstige gevallen binnenkomen. Op dit moment heeft ze nog een gewone kamer vrij, maar daar komt een patiënt in die trombolysie nodig heeft en al door de ambulancedienst is aangemeld. Daarnaast heeft ze alleen de traumakamer nog vrij, en ze kijkt vast wie er eventueel verplaatst kan worden naar het observatorium, dat net naast de SEH ligt, mocht ze ineens nog een bed nodig hebben. Ook de ‘klein leed kamer’ zit vol, dus patiënten die ruim anderhalf uur in de wachtkamer zitten, zijn voor haar vooral patiënten die nog een klein half uur in de wachtkamer mogen blijven zitten. Daarna zal het balkje op het scherm waarin hun naam staat van groen naar rood verschieten, maar dat is van later zorg.

Omdat het zo druk is, moeten de patiënten op de ‘klein leed kamer’ lang wachten op een gipsje en andere kleinere zorg, dus gaat Jasmijn daar zelf heen. “Ik zorg dat ik alle zware patiënten zie als ze binnenkomen, en draag ze dan snel over aan een van de andere SEH verpleegkundigen. Als zij het te druk hebben, ga ik liever even met kleine dingen meehelpen, want als je hier [bij het beeldscherm en de centrale post] tien minuten weg bent, dan ben je het overzicht helemaal kwijt”.

Terwijl ze weg is wordt door luidsprekers over de hele afdeling en in alle kamers “Ambu zwaailicht!” omgeroepen door de baliemedewerker, en de patiënt met een hersenbloeding wordt op een brancard binnengebracht door ambulanceverpleegkundigen. Jasmijn komt even naar de balie, wijst hen op de gereserveerde kamer, waar de patiënt naartoe wordt gereden, terwijl Jasmijn alweer even kort teruggaat naar de klein leed kamer. Wat later komt een van de ambulanceverpleegkundigen naar buiten om iets op de balie van de SEH post te leggen. Op dat moment steekt Friso, een SEH verpleegkundige, zijn hoofd om de deur vanuit kamer 6, ziet dat er niemand in de centrale post is, en hij roept naar de ambulanceverpleegkundige “kan jij effe helpen?” Met zijn tweeën proberen ze de patiënt, die ineens wit wegtrekt en wegzakt, stabiel te houden. Ook Antoinette, de SEH arts en de assistent gaan er snel heen. Zodra Jasmijn terugkomt zeg ik haar dat er in kamer 6 nogal wat gaande lijkt. Ze gaat kijken en komt terug zodra ze ziet dat de situatie onder controle is. Als de SEH arts terugkomt, zegt Jasmijn tegen haar “9-3 [kamer en stoelnummer] is met een half minuutje klaar. Heeft alleen een snijwondje. Kun jij dat even doen?”

“Wee als het meer is!” zegt Antoinette met een knipoog, en ze gaat erheen. Een patiënt belt omdat zijn gips gisteren is gebroken en hij er toch mee door heeft gewerkt. “Je belt nu om half tien [’s avonds] naar de SEH. Heb je geen contact gehad met de gipskamer. Dan komt er een niet aangekondigde patiënt per ambulance die ook wordt binnengereden op een brancard. Jasmijn zegt “Doe dan de traumakamer maar.” Daar wordt de vrouw heengebracht. Het blijkt een patiënt te zijn die zich niet lekker voelde nadat ze een iets te vette hamburger had gegeten.

Ze was daarop met haar eigen auto naar de (niet op het ziekenhuisterrein gelegen) HAP gereden.

De huisarts daar vertrouwde het toch niet helemaal en had een ambulance voor haar besteld om haar naar de SEH te brengen. Daar ligt ze nu op de traumakamer. Friso bekijkt na enige tijd de labuitslagen en zegt "ja, precies wat ik al dacht. Het is net alsof ze een iets te vette hamburger heeft gegeten!" Hij kan ronduit niet geloven dat een huisarts deze patiënt met de ambulance instuurt...

#### 4.2) Verschillen en overeenkomsten

De hier onderscheiden repertoires laten vooral zien hoe *verschillend* de zorg is die onder de noemer 'spoedzorg' valt. Het wordt daarmee welhaast ondenkbaar dat kwaliteitsnormen die worden ontwikkeld voor zorg uit repertoire 1 toch tot een 'dekkende' kwaliteitsvisie voor de spoedzorg als geheel zou kunnen leiden. Toch zijn er ook overeenkomsten tussen de repertoires: deze zit met name in het feit dat het vaak niet direct duidelijk is welk repertoire nu op een specifieke patiënt van toepassing is. Toch domineren vooral de verschillen, die wij hieronder voor een drietal belangrijke dimensies van kwaliteit verder uitwerken: de relevante organisatievorm, de definitie van een 'goede professional' en de wijze waarop met risico's wordt omgegaan

## 5) Analyse: Aspecten van kwaliteit voor verschillende repertoires

De sterk uiteenlopende repertoires laten zien dat het begrip spoedzorg een brede invulling kent. Waar de maatschappelijke discussie met name gaat over repertoire 1, komt in de praktijk van de SEH repertoire 2 veel vaker voor. Zelfs repertoire 3 komt met enige regelmaat voor, zij het dat professionals dit (vaak) beschouwen als oneigenlijk gebruik van de SEH. Repertoire 4 komt ronduit veel voor, waarbij er verschillen bestaan tussen de SEHs waar dit onderzoek is verricht. Zo lang de regionale infrastructuur geen alternatief biedt voor deze categorie patiënten (oftewel: er onvoldoende goed toegankelijke crisisbedden voor de patiënten uit repertoire 3 zijn en er geen goede integratie is met de huisartsenzorg om repertoire 4 af te vangen dan wel terug te verwijzen), is de SEH de plek waar deze groep patiënten vaak terecht komt.

Doordat in dit onderzoek repertoires 2, 3 en 4 zichtbaar worden gemaakt, kan ook verkend worden welke dimensies van kwaliteit hiervoor van belang zijn. Wij zien met name consequenties voor drie dimensies van kwaliteit van spoedzorg die aandacht behoeven: ten eerste de relevante organisatievorm, ten tweede de taakverdeling tussen en leerstrategieën van professionals (de definitie van een 'goede professional'), en ten derde de manier waarop met risico's wordt omgegaan.

### 5.1) De relevante organisatievorm

Elk van de repertoires is gebaat bij een andere soort organisatie van de spoedzorg. De wenselijke organisatie van de spoedzorg wordt bepaald door de manier van werken op SEHs zelf, maar ook door de wijze waarop de SEH is verbonden met andere partijen in de (spoed-)zorgketen, zoals huisartsen/HAP, ambulancediensten, andere afdelingen in het ziekenhuis en de langdurige zorg. Voor verschillende repertoires gelden kortom verschillende 'goede organisatievormen', en deze organisatievormen hangen nauw samen met het profiel van het ziekenhuis als geheel.

#### 5.1.1) Hoogtechnologische zorg in goed uitgeruste teams

In repertoire 1 staat de grote, gespecialiseerde SEH centraal die voornamelijk patiënten binnen krijgt via de ambulance (waarbij zo kort mogelijke aanrijtijden, maximaal 15 minuten voordat deze 'met zwaailicht en sirene' bij een patiënt is, van groot belang zijn). Binnen dit repertoire wordt de zorg verleend door een goed op elkaar ingespeeld team in een hoogtechnologische omgeving, waarbij elke medewerker een klein onderdeel van de taken voor zijn of haar rekening neemt, waardoor er snel kan worden gehandeld en het team

sterker is dan de som van de afzonderlijke medewerkers. Ook een goed toegeruste intensive care van het hoogste niveau is cruciaal binnen dit repertoire, inclusief een ziekenhuis dat op topklinische zorg is toegerust, voor de daarop volgende specialistische opname, bijvoorbeeld een stroke-bed. De organisatie van deze spoedzorg bestaat dus uit goed toegeruste ambulances, de top-SEH, het hoogste niveau IC en het hoogtechnologische ziekenhuis. Patiënten die dit level van spoedzorg nodig hebben, zijn eigenlijk alleen goed af op een grote SEH, waarbij kleinere SEHs hooguit een functie kunnen vervullen om sommige patiënten te stabiliseren voordat ze kunnen worden vervoerd in de hoogwaardigste ambulances.

### 5.1.2) Goede triage en de menselijke maat

De relatie met de IC speelt in repertoire 2 een veel minder belangrijke rol, terwijl goede samenwerking met andere afdelingen in het ziekenhuis daarbij juist wel cruciaal is. Bovendien is de relatie met de HAP of de individuele huisarts, die bij repertoire 1 hooguit voor de nazorg van belang is, weer veel belangrijker voor dit repertoire van spoedzorg; met name bij de triage. Een goed functionerende poortwachter zorgt ervoor dat het aantal zelfverwijzers die toch bij repertoire 4 horen, zoveel mogelijk wordt teruggebracht (die worden namelijk voordat ze bij de SEH komen al door de huisarts afgehandeld of door de triage verpleegkundige van de SEH terugverwezen naar de huisarts). Ambulancediensten spelen in dit repertoire zeker een rol, soms ook met een noodzaak om binnen 15 minuten bij een patiënt te zijn, maar vaker is 45 minuten (de norm van het RIVM) of zelfs besteld vervoer afdoende. Patiënten die voor deze zorg naar een SEH komen of worden gebracht, zijn met name goed af op een SEH waar ze niet onnodig lang hoeven te wachten, waar oog is voor hun zorgen en schrik, en waar de kleinere aspecten van zorg voldoende aandacht krijgen. Dit hoeft niet per se een kleine SEH te zijn, maar als het een grotere SEH is zonder bijvoorbeeld een *fast-track* voor 'klein leed', dan is er een gerede kans dat patiënten weggeprioriteerd worden.

In het vignet 2.1 bleek duidelijk dat voor deze zorg enerzijds de bejegening van belang is, maar dat anderzijds een wachtkamer niet dermate groot, op afstand, of onoverzichtelijk mag zijn dat baliemedewerkers geen oog meer kunnen hebben voor bijvoorbeeld een patiënt die waarschijnlijk door moet naar OK maar op het punt staat een glas water te drinken. Verder bleek tijdens observaties hoe vermoeiend het voor patiënten was als er bijvoorbeeld toch een patiënt uit het eerste repertoire tussendoor was gekomen, en zij lang moesten wachten – soms zo lang dat de bloeding van een wondje aan bijvoorbeeld hoofd, bil of ooglid al gestelpt was en patiënten die eindelijk gezien werden

direct weer naar huis konden. De integratie tussen huisartsen/HAP en SEH is hier dus met name van belang, maar ook de ambulance kan in deze zorg een belangrijke rol vervullen als zij vaststellen dat hoogtechnologische zorg bij nader inzien toch niet noodzakelijk is en zij inzicht hebben in waar de laag-complexe en -urgente zorg op dat moment sneller en beter geleverd kan worden.

### **5.1.3) Een snelle route naar brede opvang**

Repertoire 3 heeft behoefte aan een organisatievorm die nog breder van aard is. Patiënten kunnen als zelfverwijzer of via de HAP, huisarts of ambulance binnenkomen, waarbij het vaak van belang is om op de SEH vast te stellen in hoeverre de problematiek medisch van aard is. Waar blijkt dat dit aspect van de zorgvraag beperkt is, is met name de samenwerking met thuiszorg en verpleeghuiszorg van groot belang. Wanneer de patiënten in dit repertoire geen ernstige somatische problemen hebben (wat regelmatig het geval is), is het essentieel, zowel vanuit het perspectief van kwaliteit van zorg als kosten, dat zij zo snel mogelijk de SEH weer verlaten. De juiste plaats voor hen is een (crisis-)opname in een verpleeghuis of goede ondersteuning in de thuissituatie. Als afstemming met zorgaanbieders op dat terrein niet goed op orde is, dan worden patiënten ofwel ten onrechte opgenomen in het ziekenhuis, met een fors risico op langdurige opname, ofwel ze gaan terug naar een onverantwoorde thuissituatie, waarna ze soms de volgende dag alweer per ambulance naar de SEH worden gebracht of, zoals in het vignet bleek, in verre van ideale omstandigheden terechtkomen. Een goede organisatie van spoedzorg is hier dus gebaat bij snelle diagnostiek op de SEH in combinatie met goede samenwerking met langdurige zorgvoorzieningen.

### **5.1.4) Snelle en soepele terugverwijzing**

Voor repertoire 4 geldt dat er vooral behoefte is aan goede integratie met de HAP en de huisarts. Deze integratie varieert sterk in de onderzochte casusziekenhuizen, en dat heeft directe consequenties voor hoe dominant dit repertoire is op de SEHs. In een van de casussen was sprake van een goed geïntegreerde HAP en SEH, met een gezamenlijke balie die alleen door een schot gescheiden werd, terwijl ook de twee wachtkamers van SEH en HAP naast elkaar lagen. Op deze kleine SEH werd beduidend minder repertoire 4 zorg geboden dan op de grote SEH waar weliswaar een HAP op het ziekenhuisterrein aanwezig was, maar waar geen samenwerkingsafspraken waren. De huisartsen leek de extra patiënten er niet bij te willen terwijl het ziekenhuis ze niet kwijt wilde, waardoor plannen voor samenwerking maar moeizaam vorm kregen. En hoewel SEH verpleegkundigen en balied medewerkers naar mogelijkheden zochten om patiënten terug te verwijzen,

bijvoorbeeld door patiënten er toch informeel op te wijzen dat de zorg op de SEH ze hun eigen risico zou kosten, was hun ruimte om te sturen beperkt. Waar wij verwacht hadden dat er meer ‘onnodige zorg’ op een kleine SEH zou worden aangetroffen, bleek dit eerder van de *organisatievorm* dan van de *omvang* van een SEH afhankelijk.

### 5.1.5) Organisatievormen belangrijker dan volume per diagnose

Zoals deze analyse laat zien, is de huidige discussie over de concentratie van spoedzorg op basis van de kwaliteit die nodig is voor repertoire 1, buitengewoon beperkt. Verschillende repertoires hebben baat bij sterk verschillende organisatievormen terwijl alle spoedzorg samenbrengen op grote SEHs er al gauw toe kan leiden dat aspecten van bijvoorbeeld ‘kleine kwaliteit’ zoals beschreven in vignet 2.2, of goede coördinatie terug naar de thuissituatie, zoals beschreven onder repertoire 3, niet de aandacht krijgen die ze verdienen – met name als grotere SEHs geen aparte organisatie voor deze zorg kennen (bijvoorbeeld een *fast-track* voor klein leed). Patiënten met relatief milde klachten moeten in dat geval soms erg lang wachten terwijl patiënten met psychosociale klachten bij gebrek aan goede contacten met de langdurige zorg onterecht worden opgenomen of naar een moeizame thuissituatie worden gestuurd. Hieruit blijkt dat het differentiëren van repertoires en organisatievormen cruciaal is om ervoor te zorgen dat de focus op kwaliteitswinst binnen het eerste spoedrepertoire niet ten koste gaat van de andere repertoires.

## 5.2) De taakverdeling tussen professionals

Naast verschillende organisatievormen, hebben de repertoires ook heel andere noden in termen van professionals. Daarbij is het niet zo dat in repertoire 1 *professionelere* zorgverleners nodig zijn: de verschillende repertoires kennen andere *definities* van wat een ‘goede zorgprofessional’ is. Het gaat daarbij om de taakverdeling (op een continuüm van een ‘tayloristisch’ en hiërarchisch opgedeeld zorgproces tot een generalistisch werkende en reflexieve professional) en de leerstrategieën (op een continuüm van ‘steeds beter worden door iets heel vaak te doen’ tot het leren omgaan met verantwoordelijkheid en het aanleren van adaptieve vaardigheden) van professionals.

### 5.2.1) Een tandradartje in een goed geoliede machine

Bij het verlenen van spoedzorg in repertoire 1 staat de topspecialist met zeer specifieke deskundigheid centraal. Verpleegkundigen zijn hieraan ondergeschikt en moeten die werkzaamheden vooral ondersteunen. Verpleegkundigen op de kleine SEHs hadden vaak specifiek voor het werken in een kleiner ziekenhuis gekozen, omdat ze zich niet goed thuis voelden in de grote teams die op andere SEHs werken. Er werd regelmatig gerefereerd aan

de teams van 10 tot 12 mensen die in grote SEHs op een patiënt heen staan. “Dus die patiënten zijn wel zwaarder, maar je mag niets anders doen dan tangetjes aangeven”, zoals een van de SEH verpleegkundigen het formuleerde. Verpleegkundigen draaiden soms wel een dienst mee als ‘derde’ op de ambulance - “Interessant hoor, een paar beknellingen, een ongeluk op de snelweg” - of op de SEH van een academisch ziekenhuis. Voor verpleegkundigen was dat ook van belang om “bij te blijven”, omdat ze zwaardere patiënten niet vaak zien, maar toch voorbereid moeten zijn op het feit dat een patiënt uit repertoire 1 ook op een kleine SEH kan belanden. In dergelijke gevallen is de SEH arts een belangrijke actor. Door de specifieke deskundigheid is deze in staat snel een diagnose te stellen en te oordelen wat er nodig is, bijvoorbeeld welke medisch-specialisten moeten worden ingeschakeld en welke handelingen er nodig zijn om te stabiliseren, voordat de patiënt kan worden overgebracht naar een grotere, meer gespecialiseerde SEH.

De rol van de professionals op een grote SEH voor hoog-complexe zorg is allesbehalve minder professioneel dan die op een kleine SEH. Er is goed onderzoek naar team performance en *resilience* (Hollnagel, Woods et al. 2006) dat laat zien dat goed op elkaar ingespeelde teams bepaald meer doen dan het werken volgens een hiërarchische verdeling waarbij iedereen de specialist die het team leidt ondersteunt. Een goed team overstijgt de kwaliteit van de individuele professionals; dus ook die van degene die het team aanvoert. De goede professional binnen dit repertoire is dus vooral een teamspeler die eigen verantwoordelijkheden goed kan overzien en uitvoert met het oog op de team performance.

### **5.2.2) Eigen verantwoordelijkheid binnen wisselende hiërarchieën**

Zorgverlening is voor geen van de andere repertoires van spoedzorg solistisch werk. Professionals moeten voor alle soorten spoedzorg goed kunnen samenwerken en op elkaar kunnen vertrouwen. Toch blijkt voor repertoire 2 dat professionaliteit van verpleegkundigen en arts assistenten heel anders ingevuld kan worden.

Zo is de verdeling van verantwoordelijkheden beduidend anders, omdat op kleine SEHs vaak ervaren SEH verpleegkundigen werken en arts assistenten die net afgestudeerd zijn en nog veel praktijkervaring op moeten doen. Dat leidt er bijvoorbeeld toe dat verpleegkundigen de labuitslagen of foto's als eerste bekijken of er door de arts assistent bij worden geroepen voor advies. Door de grote mate van kennis en verantwoordelijkheid van verpleegkundigen die voor repertoire 2 van belang blijkt, valt des te meer op dat in de discussie over de kwaliteit van de spoedzorg de discussie over de kwaliteit van

verpleegkundigen vrijwel ontbreekt. De focus ligt in het debat vrijwel uitsluitend op de rol en het belang van de SEH arts, wat een onverstandige versmalling van de overwegingen lijkt. De rol van de SEH arts is natuurlijk wel van groot belang. Zo viel onder meer op dat op een kleine SEH waar geen SEH arts aanwezig was, de afstand tussen verpleegkundigen en arts assistenten enerzijds en specialisten uit het ziekenhuis anderzijds wel erg groot was, wat er soms toe leidde dat relevante kennis niet snel genoeg serieus werd genomen. Wanneer een verpleegkundige een niet-pluis gevoel had bij een vrouw die zich niet goed kon uitdrukken en als licht-hysterisch werd getypeerd, duurde het lang voordat de specialist – die zich aanvankelijk telefonisch liet informeren – inzag dat het hier wellicht toch om een herseninfarct ging. In dit specifieke geval was het feit dat deze specialist de verpleegkundige expertise niet voor vol aan leek te zien niet meer van grote invloed op het ziekteverloop, omdat de vrouw met de klachten wakker was geworden en pas om half vier 's middags naar de SEH was gekomen. Maar ook als de vrouw wel meteen was gekomen had deze verpleegkundige veel moeite gehad om haar professionele inzicht gehonoreerd te zien. Ook is in dit repertoire de rol van de SEH arts van belang bij het coachen van arts assistenten.

### 5.2.3) Netwerker tussen organisaties

In het geval van het derde repertoire, van de socio-medische verwaarlozing, is een goede professional vooral iemand die goede contacten onderhoudt met de langdurige zorg om ervoor te zorgen dat er snel een crisisbed of goede thuiszorg kan worden geregeld. Dit is natuurlijk een vaardigheid van professionals, maar wel een die pas van waarde is als de organisatie daar ook op is toegerust. Waar de organisatievorm niet goed is toegerust op dit soort zorg, en er weinig samenwerking is met thuiszorg en verpleeghuiszorg, komen zorgverleners al gauw in interprofessionele strijd terecht. Professionals worden daarmee immers voor het dilemma geplaatst om patiënten een wellicht deels oneigenlijke ziekenhuisopname te 'gunnen', of patiënten, ondanks hun hulpbehoevendheid, in de kou te laten staan. De fricties die beschreven zijn in vignet 4 hadden deels te maken met verschillen in inzicht, en deels met de discrepantie tussen de verschillen in ervaring tussen verpleegkundigen en artsen en de formele hiërarchische verhouding waarin zij werken. Ook hier kan een SEH arts, die wel meer ervaring heeft met dergelijke patiënten, deels uitkomst bieden.

### 5.2.4) Hoeder van de betaalbaarheid van de zorg

In het vierde repertoire is een goede professional vooral degene die de balans tussen de zorgplicht enerzijds en het voorkomen van onnodige zorg anderzijds scherp voor ogen houdt. Professionals voorkomen zo dat patiënten die door de huisarts – of zelfs helemaal niet –



behandeld dienen te worden toch op een SEH terecht komen. Deze patiënten wel op de SEH behandelen geeft blijk van een misvatting over professioneel handelen (“we mogen patiënten niet weg sturen”). Ook hier geldt overigens dat deze professionaliteit alleen tot uiting kan komen als de organisatie hierop is ingericht: als er geen samenwerking is met huisartsen en de HAP, en als professionals ontmoedigd worden door hun management om patiënten terug te verwijzen, kunnen zij hun professionele kwaliteit binnen dit repertoire nauwelijks tonen.

### 5.2.5) Gedifferentieerd professionaliseren en leren

Bovenstaande analyse laat zien dat de discussie over professionele spoedzorg te zeer in termen van de kwaliteit van de eindverantwoordelijke arts wordt gevoerd. De professionaliteit van verpleegkundigen, maar bijvoorbeeld ook van baliemedewerkers die in de onderzochte SEHs vaak cruciale aspecten van ‘kleine kwaliteit’ bewaakten, wordt daarmee goeddeels uit het oog verloren. Een verbreding van de repertoires van spoedzorg maakt daarmee dus tevens zichtbaar dat goed gedifferentieerde spoedzorg aandacht vergt voor de verschillende definities van ‘goede professionals’ die de repertoires het beste ondersteunen. Hierbij vullen SEH verpleegkundigen, SEH artsen, arts assistenten en medisch specialisten elkaar op verschillende manieren aan in de verschillende repertoires.

De verschillende definities van wat telt als een goede professional, wijzen ook op een ander belangrijk aspect dat nu ontbreekt in de discussie over spoedzorg: de vraag wat professionals eigenlijk zouden moeten leren. Aan het einde van tekstbox 1 gaf de SEH verpleegkundige aan dat de reden dat het bij het kindje dat niet meer ademde zo soepel was verlopen, was dat ze een dergelijke situatie al een keer eerder bij de hand hadden gehad. Juist omdat ze toen veel verantwoordelijkheid hadden moeten nemen, hadden ze daar veel van geleerd wat ze bij dit patiëntje konden toepassen. Sommige verpleegkundigen gaven aan dat ze van hun diensten die ze meedraaiden in het academisch ziekenhuis veel minder leerden omdat ze daar geen enkele verantwoordelijkheid ervoeren – anders dan die voor het op het juiste moment aangeven van het juiste medische instrument.

Dit roept de vraag op *wat* zorgprofessionals dienen te leren als ze goed in een groot team moeten functioneren dat repertoire 1 zorg levert, en als ze veel eigen verantwoordelijkheid moeten nemen bij repertoire 2 tot en met 4 zorg. Ook roept het de vraag op *waarvan* professionals die zaken leren. Door vaak dezelfde ‘simpele’ handeling routinematig te verrichten, leert men wellicht wel de bijdrage aan het grote team te leveren, maar dat is waarschijnlijk van weinig waarde voor het ontwikkelen van inzicht in nieuwe

situaties. Een keer een heel moeilijke situatie meemaken waarbij veel eigen verantwoordelijkheid werd genomen is daarentegen weer minder relevant voor de ontwikkeling tot goede teamkracht voor repertoire 1, terwijl het onontbeerlijk is voor het goed functioneren bij zorg voor repertoire 2 tot en met 4.

Dit geeft aan dat ook de discussie over leerstrategieën eigenlijk vrijwel geheel ontbreekt in het debat over de kwaliteit van de spoedzorg. Ook hierbij geldt dat deze discussie niet in algemene termen dient te worden gevoerd. Dan verzandt zij immers al gauw in de tegenstelling van taylorisme versus de integratie van taken. Door onvoldoende onderscheid te maken tussen de verschillende repertoires van spoedzorg, dreigen daarbij leerstrategieën die beter aansluiten bij de onzichtbare aspecten van spoedzorg onbelicht te blijven. Het is daarom van groot belang te verkennen voor welke repertoires van spoedzorg een proces met veel deelverantwoordelijkheden van belang is, en waar procesverantwoordelijkheid door individuele professionals goed past. Leerstrategieën kunnen daar dan vervolgens beter op worden afgestemd.

### 5.3) Omgaan met risico's en onzekerheid

Een derde dimensie van kwaliteit die lijkt te verschillen voor de verschillende repertoires, is de manier waarop met risico's en onzekerheid wordt omgegaan. Professionals moeten voortdurend op basis van onvolledige en gefragmenteerde informatie beredeneerde aannames doen. Goede diagnostische vaardigheden en medische kennis zijn hierbij uiteraard essentieel, maar wat die precies inhouden, en hoever een professional moet gaan om onzekerheid om te zetten in zekerheid, verschilt sterk per repertoire. Als dat niet goed wordt onderscheiden wordt al gauw verondersteld dat goede en veilige zorg pas geleverd wordt als risico's en onzekerheid worden uitgebannen. Onderzoek naar patiëntveiligheid laat echter zien dat dat een naïef, onhaalbaar en soms zelfs gevaarlijk streven is. Het is namelijk een illusie om elk risico en elke vorm van onzekerheid uit te bannen. Sterker nog, het alleen maar proberen te reduceren van bekende risico's, bijvoorbeeld door een focus op systemen en protocollen, zorgt ervoor dat nieuwe risico's ontstaan. Professionals krijgen in een dergelijke aanpak namelijk (onbewust) de neiging om te focussen op wat ze al weten en onvoldoende de ogen open te houden voor nieuwe risico's en onzekerheden in nieuwe situaties. In de praktijk ontwikkelen professionals dan ook vooral manieren om te "leven met onzekerheid" (Jerak-Zuiderent 2012) in een "continue stroom van weten en handelen" (ibid.) waarin veiligheid en onzekerheid bepaald geen tegenstelling vormen. Toch verschillen deze manieren om te leven met onzekerheid sterk per repertoire.

### 5.3.1) Risico's reduceren onder tijdsdruk

Voor repertoire 1, waarbij vaak wordt verondersteld dat de diagnose vrij snel vast staat, duurt het soms wel degelijk enige tijd voordat duidelijk is wat er precies aan de hand is. Toch is het uitstellen van handeling vaak geen optie gezien de soms forse tijdsdruk. Pogingen om risico's uit te bannen leiden, gezien de beperkte tijd, binnen dit repertoire tot nieuwe vormen van onveiligheid (ibid.) door de kans op verslechtering van patiënten. Toch is het reduceren van risico's en onzekerheid cruciaal voor het handelen in acute situaties en daartoe is ruimte ervaring *met* zulke situaties van groot belang: onzekerheidsreductie vindt dan goeddeels plaats op basis van eerdere ervaring. Ook is snelheid in onder meer vervoer van groot belang om zoveel mogelijk tijd te winnen voor het omgaan met onzekerheid op de SEH.

### 5.3.2) Situeren van reduceren en accepteren

Voor het tweede repertoire geldt dat professionals met name een afweging maken tussen het reduceren van risico's zodat men weet of een opname geboden is of niet, terwijl het accepteren van risico's er mede toe bijdraagt dat geen onnodig onderzoek wordt gedaan. Bij het meisje dat door de spiegel heen was gevallen worden geen foto's gemaakt om te zien of zij een fractuur heeft, en ook de triagelijst wordt niet volledig doorlopen. Haar leed leidt ertoe dat men snel tot handelen overgaat, ook als het in medisch opzicht wellicht veiliger was geweest om nog een paar zaken uit te zoeken.

### 5.3.3) Duiden in context

Voor het derde repertoire geldt dat risico's niet alleen vanuit medisch oogpunt moeten worden gezien, maar vooral dienen te worden begrepen in de context waarin patiënten en hun naasten zich bevinden. Een patiënt die in een goed functionerende context van mantel- of thuiszorg veilig naar huis kan worden gestuurd, kan ineens toch als te instabiel worden beoordeeld, waardoor naar een andere oplossing moet worden gezocht. Risico's moeten dus op waarde worden geschat door ze niet te gemakkelijk vanuit de ziekenhuissituatie als veilig te classificeren.

### 5.3.4) Accepteren om overbehandeling te voorkomen

Voor het vierde repertoire geldt dat leven met onzekerheid vooral bestaat uit het accepteren van risico's. Wanneer dit niet wordt gedaan, wordt immers al gauw overbehandeld. Het laboratoriumonderzoek uit vignet 4.2 is hier een sprekend voorbeeld van. Elke poging die hier wordt gedaan om risico's te reduceren gaan ten koste van de tijd en ruimte voor patiënten uit de andere repertoires – of komen onnodig ten laste van de premiebetaler (en ten bate van de zorgaanbieder).

### 5.3.5) Interferenties manieren om te leven met onzekerheid

Hoewel de vier repertoires over duidelijk verschillende manieren beschikken om met onzekerheid om te gaan, hebben de manieren wel een relatie tot elkaar: het accepteren van onzekerheid in repertoire 4 is cruciaal om tijd te winnen voor de andere repertoires. En een te sterke focus op het reduceren van onzekerheid dat van groot belang is voor repertoire 1, kan tot slechtere zorg leiden binnen de andere repertoires. Het onderscheiden van deze manieren om met onzekerheid om te gaan is, als derde dimensie van kwaliteit binnen de vier repertoires, daarom van groot belang.

Samenvattend zien de repertoires van spoedzorg en hun dimensies van kwaliteit er als volgt uit:

	Repertoire 1 Hoog-urgent	Repertoire 2 Ongeplande op- names + klein leed	Repertoire 3 Socio-medische verwaarlozing	Repertoire 4 Te klein leed
Organisatievorm	Ambu-SEH-IC-afd: hoog niveau	Afstemming HA / HAP & SEH	Afstemming SEH & verpleeghuis/ thuiszorg	Afstemming HA / HAP & SEH
Professionaliteit	Teamkracht	Zelfstandig	Netwerker	Hoeder onnodige zorg
Omgaan risico's	Reduceren - als dat niet teveel tijd kost	Situeren reduceren en accepteren	Duiden in context	Accepteren onzekerheid

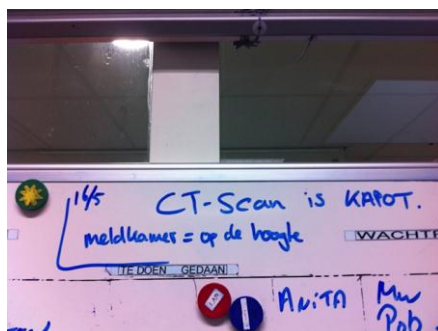
Nu deze aspecten van de verschillende repertoires zijn belicht, dient zich een belangrijke vervolgvraag aan: is de mate waarin deze repertoires op verschillende typen SEHs voorkomen te sturen? Deze vraag behandelen we in het volgende hoofdstuk.

## 6) De stuurbaarheid van repertoires van spoedzorg

Door te benadrukken dat hoog-complexe spoedzorg die vooral gebaat is bij repertoire 1 geconcentreerd zou moeten worden in een kleiner aantal grotere SEHs, wordt de suggestie gewekt dat dat op dit moment nog niet gebeurt. Niets is echter minder waar. In de praktijk wordt een scala aan instrumenten ingezet om zorgstromen te sturen. Een deel van deze instrumenten is formeel, andere werken informeel.

### 6.1) Formele sturingsinstrumenten

De sturing van patiëntenstromen op de SEH blijkt soms verrassend simpel. Op een zeker moment was in een van de onderzochte ziekenhuizen de CT-scan defect en de reparatie bleek de hele dag te duren. Aangezien dat direct consequenties heeft voor de patiënten die op die SEH gezien kunnen worden, was in het meldsysteem een melding gemaakt, zodat de meldkamer op de hoogte was en de bestemming van ambulances mede op basis van deze informatie bepaald werd (figuur 3).



Figuur 3: Coördinatiebord in de centrale ruimte van een SEH met melding kapotte CT-scan

Op de meldkamer wordt deze informatie door de centralist in digitale memo's gezet die op een scherm rechts voor hen zichtbaar zijn (figuur 4).

<p>Ambusluis [naam ziekenhuis A] Wordt gerenoveerd. Ambu's buiten laten staan onder afdak. Blijft in sluis looppad beschikbaar</p>	<p>Geen couv op [naam ziekenhuis B] Op Post [plaatsnaam] geen couveuse beschikbaar tot ongeveer 31 mei a.s. Wel couveuse beschikbaar op Post [1], [2] en [3].</p>
--	---

Figuur 4: Voorbeeld memo's voor sturing zorgstromen in meldkamer ambulance

Dit geeft aan dat zorgzwaarte in de praktijk niet alleen op basis van (regionale) afspraken wordt gestuurd, maar ook op basis van ad-hoc situaties zoals beschikbaarheid van

diagnostische apparatuur of, bij hoge uitzondering, van capaciteit. Heel soms wordt er immers ook een presentatiestop afgekondigd als een SEH echt overvol dreigt te raken. Dit gebeurt echter niet vaak. Zelfs wanneer een ziekenhuis een beddenstop heeft, en dus geen mogelijkheden meer heeft om patiënten op te nemen, worden ambulances nog steeds naar de betreffende SEH gestuurd. Als opname dan noodzakelijk blijkt, worden patiënten na op de SEH behandeld te zijn weer doorgestuurd (vaak met de ambulance) naar een ander ziekenhuis.

Natuurlijk is de stuurbaarheid van patiëntenstromen goeddeels beperkt tot ambulances en huisartsenverwijzingen: zelfverwijzers zijn niet ad-hoc stuurbaar. Maar juist de zwaardere patiënten zijn in grote mate stuurbaar op basis van formele instrumenten. Dat fenomeen wordt bovendien versterkt door triagepraktijken, waarbij formele triage-instrumenten op de meldkamer (in de vorm van een IT-systeem waarbij verschillende stappen moeten worden doorlopen) wel ‘naar boven’ mogen worden *overruled*, maar niet naar beneden. Dit alles verklaart tevens waarom tijdens de observaties op de kleine SEHs maar weinig patiënten zijn aangetroffen die binnen het eerste repertoire vielen: deze komen slechts bij uitzondering op de kleine SEHs terecht.

## 6.2) Informele sturingsinstrumenten

Naast formele sturing, worden patiëntenstromen ook deels informeel gestuurd. Verpleegkundigen gaven aan dat, hoewel een formele presentatiestop alleen door de manager van de SEH of door een lid van de Raad van Bestuur mag worden afgekondigd, ze de ambulancebroeders zelf ook wel proberen te sturen, door bijvoorbeeld te zeggen: “Als jij nu de volgende keer eens even lekker naar [het nabijgelegen academisch ziekenhuis] rijdt!”

Daarnaast werd in een van de casussen ook aangegeven dat ze op de meldkamer en ook op de ambulancevestigingen precies weten of een SEH arts dienst heeft of niet. Als dat niet zo is, dan sturen ze zwaardere patiënten eerder door naar een ander ziekenhuis. Deze bevinding werd echter door de meldkamer niet bevestigd, maar wijst op zijn minst op een mogelijkheid voor het fine-tunen van spoedstromen.

Tenslotte zijn ambulanceverpleegkundigen en huisartsen goed op de hoogte waar een patiënt met een bepaalde aandoening het beste naartoe gestuurd kan worden. Zij vinden dat een onderdeel van hun professionele kennis, die vaak niet is opgeschreven. Zoals een huisarts het formuleert: “als ik een brood nodig heb, stuur ik mijn zoon ook niet naar de slager.” Als ze dan afwijken, doen ze dat beredeneerd, bijvoorbeeld omdat een

patiënt eerst gestabiliseerd moet worden. Dit geeft het belang aan van professionele ruimte om af te kunnen wijken van organisatorische afspraken betreffende specialisatie.

Overigens is de wijze van sturing sterk afhankelijk van de plaats in de spoedketen waar een patiënt binnen komt en het repertoire dat daar domineert. Waar bijvoorbeeld op de meldkamer wordt uitgegaan van 'repertoire 1, tenzij...', neemt een doktersassistente op de HAP sneller aan dat een patiënt die belt in repertoire 2, 3 of 4 valt. Dit verschil in denkwijze zorgt ervoor dat patiënten met dezelfde zorgvragen op een andere wijze worden geholpen, afhankelijk van de plaats in de spoedketen. Onderstaande casus laat dat duidelijk zien.

"Nee, het is goed dat je belt". Ik zit naast doktersassistente Trudy en hoor hoe ze een telefoongesprek voert met een patiënt. In de loop van het gesprek, dat enkele minuten duurt, blijkt het te gaan om een 22-jarige vrouw die vanaf ongeveer half 6 vanavond last heeft van pijn op de borst. De pijn is stekend en straalt uit naar haar linkerarm, ze geeft een pijnscore van "7 of 8". De patiënt blijkt 17 weken zwanger te zijn en een verleden met hartproblemen te hebben (onder andere een lekkende hartklep). Trudy zegt tegen de patiënt dat er een huisarts komt kijken en hangt op.

Vervolgens belt Trudy de huisarts die de visites aan het doen is "om te kijken waar ze zijn." De huisarts blijkt bij een patiënt in een andere gemeente te zijn. Trudy geeft aan nog wel even te overleggen met de eigen huisarts van de patiënt, die toevallig dienst heeft op de HAP. Ze belt deze huisarts (die elders in het gebouw zit), legt de situatie uit en zegt dat de huisarts die visites doet niet in de buurt is. Ze vraagt of ze een ambulance moet bellen. De huisarts antwoordt bevestigend, waarna Trudy ophangt en de meldkamer belt. Ze geeft de benodigde informatie over de patiënt en hangt op. Op mijn vraag wat de meldkamer nu doet, geeft ze aan dat ze denkt dat er een ambulance met spoed heen wordt gestuurd.

Hierna belt Trudy weer naar de patiënt om te zeggen dat de ambulance er aan komt, "wel zo aardig" zegt ze tegen mij terwijl de telefoon over gaat. Als ze de patiënt aan de lijn krijgt, zegt ze dat de ambulance eraan komt om een hartfilmpje te draaien. Na een kort gesprek hangt ze weer op.

Wanneer deze patiënt 112 had gebeld, en de centralist op de meldkamer aan de lijn had gekregen, was er zeer waarschijnlijk direct een ambulance met prioriteit 'A1' (zwaailicht en sirene, binnen 15 minuten aanwezig) op af gestuurd. Op de HAP, waar dit soort telefoontjes veel minder vaak binnen komen, duurt het langer voordat een hoge urgentie aan deze zorgvraag wordt toegekend (feitelijk pas op het moment dat de meldkamer wordt gebeld).

### 6.3) Sturen en beter sturen

Natuurlijk zou er geredeneerd kunnen worden dat, aangezien de stuurbaarheid nooit volledig is, en er dus nog steeds patiënten uit het eerste repertoire op kleine SEHs zullen blijven komen, deze SEHs dan maar beter helemaal gesloten kunnen worden. Dat is immers de enige manier om uit te sluiten dat hoog-complexe zorg wordt verleend op een plek die daar niet optimaal voor is toegerust. Dat zou echter wel blijik geven van een bijzonder sterke *cultural bias* die is gericht op het uitbannen van elk risico en zou niet alleen een draconische maatregel zijn voor de zorg uit repertoire 1; het zou zelfs een maatregel zijn die de kwaliteit uit de andere repertoires onevenredig zou schaden. Bovendien zou dan, op basis van vignet 5 ook geconcludeerd kunnen worden dat de HAP beter afgeschaft zou kunnen worden, omdat patiënten met een mogelijk hartinfarct die daarheen bellen wellicht te langzaam geholpen worden omdat de doktersassistente te lang uit blijft gaan van repertoire 4. Dit is natuurlijk overdreven gesteld, maar laat wel zien wat de risico's zijn van de redenering dat kleine SEHs gesloten zouden moeten worden omdat ze de zorg uit repertoire 1 niet optimaal zouden kunnen leveren.

Een conclusie die zeker gerechtvaardigd lijkt, is dat de verschillende repertoires van spoedzorg al in belangrijke mate gestuurd worden. Hierdoor lijkt de vrees dat zorg uit het eerste repertoire in daartoe niet uitgeruste SEHs wordt verleend grotendeels ongegrond. Dat is een belangrijke bevinding, omdat deze vrees een belangrijke rechtvaardiging is voor voorgestelde beleidskeuzes.

Wel valt op dat de sturing van patiëntenstromen sterk gericht is op het bieden van de beste zorg voor hoog-complexe patiënten. Zoals een chauffeur van een HAP-auto stelde nadat de huisarts tijdens een visite had besloten een patiënt met onduidelijke klachten niet door te sturen naar een SEH: “als je deze instuurt en op een bed legt op de spoed, en je hebt straks 3 van die gevallen liggen, en dan komt er een echt spoedgeval binnen...” De sturing van andere repertoires is echter verre van geoptimaliseerd. Zo hebben wij tijdens het onderzoek veel patiënten gezien die lang moesten wachten, ook als ze veel pijn hadden, maar zonder dat ze in medische zin direct risico liepen. Of de vele kinderen die uit het klimrek gevallen waren of zich anderszins hadden verwond, en die soms wel uren lang in de wachtkamer zaten. Tegelijkertijd maken SEHs soms gebruik van de ambulancesystemen om te zien welke ambulances er hun kant op aan het komen zijn. Zou het dan niet logisch zijn als de ambulancedienst gebruik zou maken van de SEH systemen om te zien hoeveel mensen er in de verschillende wachtkamers zitten met een lage prioriteitscode? Dat wil immers waarschijnlijk zeggen dat er zwaardere gevallen voorgaan, en een iets verder ritje wel eens een veel spoedigere behandeling in zou kunnen houden. Als een ambulance op de



plaats des onheils dan vast zou stellen dat het toch geen al te urgente zorg betreft, zou die informatie mee kunnen spelen in de afweging. Het gaat ons hierbij overigens niet om deze specifieke oplossing: wel valt op dat dergelijke sturingsmogelijkheden voor bijvoorbeeld klein leed vooralsnog grotendeels onbenut zijn. De vergevorderde mate van sturing van hoog complexe zorg geeft echter aan dat dergelijke sturing ook voor andere repertoires zeker mogelijk zou moeten zijn.



## 7) Conclusies: Naar een brede benadering van spoedzorg

Dit onderzoek heeft aangetoond dat de discussie over de kwaliteit van de spoedzorg beheerst wordt door een te smalle definitie van 'spoed', te weten de definitie die past bij het eerste door ons onderscheiden repertoire van spoedzorg. Op basis van een belangrijk maar smal deel van de spoedeisende zorg, worden beleidskeuzes voorgesteld die grote consequenties hebben voor een veel breder pallet aan spoedzorgtypen. Hiermee dreigt dat beleid, gezien haar smalle conceptuele en empirische basis, tot een forse verschraling van de zorg voor andere repertoires te leiden.

Door verschillende repertoires van spoedzorg te onderscheiden, hebben wij tevens laten zien dat deze repertoires gebaat zijn bij sterk uiteenlopende organisatievormen, heel andere kwaliteiten van professionals vergen, en heel anders met risico's om dienen te gaan. Waar hoog-complexe zorg vooral gebaat is bij hoogwaardige ambulances, hoogtechnologische SEHs, ICs en afdelingen, is voor socio-medische zorg voor verwaarloosde patiënten met name de samenwerking tussen SEH en langdurige zorg cruciaal. Waar goede professionals op een grote SEH die gericht is op hoog-complexe zorg, vooral goede teamspelers zijn met deelverantwoordelijkheid, dragen professionals op kleinere SEHs die bijvoorbeeld 'kleine kwaliteit' leveren vooral verantwoordelijkheid voor het gehele proces – natuurlijk in samenspraak met collega's. En waar risico's binnen repertoire 1 met name gereduceerd moeten worden onder tijdsdruk, is het reduceren van risico's bij repertoire 4 een bedreiging voor veilige, tijdige en doelmatige zorg voor andere patiënten. De repertoires zijn dus bepaald niet altijd aanvullend maar zijn eerder onderscheidend. Zonder dat onderscheid tussen repertoires van spoedzorg helder voor ogen te hebben, zal er, mede door de *culturele bias* om alleen hoog-complexe zorg als 'echte' spoed te zien, onvoldoende aandacht zijn voor het leveren van goede kwaliteit binnen de andere repertoires.

Dit blijkt al het geval te zijn bij de infrastructuur die is ontwikkeld voor het sturen van patiëntenstromen. Deze is geheel gericht op het zorgdragen voor hoog-complexe patiënten, terwijl mogelijkheden voor het sturen van andere soorten spoedzorg nauwelijks worden benut. Dit leidt tot onnodig lijden voor bijvoorbeeld (ouders van) kinderen, die met voor henzelf ernstig, maar in medisch opzicht niet gevaarlijk 'klein leed', hopen op spoedige hulpverlening. Waar nu alle sturing van spoedzorg, onder meer door triagesystemen, erop is gericht om te zorgen dat dergelijk klein leed de hoog-complexe spoed niet in de weg zit, zijn de voorwaarden voor het leveren van 'kleine kwaliteit' geheel afwezig in het debat over spoedzorg. Vervolgens wordt dezelfde culturele bias benut om patiënten op een grote SEH uit te leggen dat andere spoedzorg voorrang krijgt. In een visuele representatie van

spoedzorg die sterke visuele overeenkomsten vertoont met het figuur 1, wordt het triagesysteem uitgelegd vanuit repertoire 1 (zie figuur 5).



*Figuur 5: Triagefolder SEH en visuele representatie repertoire 1*

Tenslotte valt op dat inter-organisatorische aspecten van kwaliteit, die bijvoorbeeld van groot belang zijn bij transmurale samenwerking tussen ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorg en langdurige zorg, nauwelijks worden belicht zolang de discussie wordt versmald tot de kwaliteit van de SEH en de IC voor hoog-complexe spoedzorg.

Om recht te doen aan het verbeteren van de spoedzorg in bredere zin, is het onderscheid tussen verschillende repertoires van spoedzorg onontbeerlijk. Deze repertoires kunnen vervolgens op hun eigen merites worden beoordeeld en vanuit een gedifferentieerd begrip van wat telt als 'goede zorg' en als 'goede professionals', verder versterkt worden.

## 8) Vervolgstappen: het uitwerken van een beoordelingskader

De discussie over de spoedeisende zorg kan alleen inhoudelijk verder worden gebracht als voor de onderscheiden repertoires passende toetsingskaders worden ontwikkeld. De *Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg* is hierbij van belang, omdat deze een uitwerking van de hoog-complexe spoed bevat. Wel verdient het aanbeveling om deze uitwerking aan een zorgvuldige wetenschappelijk *peer review* te onderwerpen, omdat vraagstukken soms selectief lijken te zijn beantwoord, terwijl verschillende gehanteerde aannames direct weersproken worden door de wetenschappelijke literatuur. Dit dient zorgvuldig te worden gecontroleerd, juist ook omdat het hier aspecten van spoedzorg betreft die relatief uitvoerig wetenschappelijk zijn onderzocht. Ook moet worden opgemerkt dat het indelen van regio's op basis van een kwaliteitsvisie die slechts voor één van de repertoires is uitgewerkt, bepaald niet zonder risico is. Voor de andere repertoires dient bovendien het toetsingskader nog vanaf de grond af te worden opgebouwd. Hiertoe is het van belang aansluiting te zoeken bij eventuele al lopende initiatieven om dergelijke aspecten van kwaliteit te articuleren. Ook dient de indeling in deze repertoires zorgvuldig getoetst te worden onder betrokken actoren. De vervolgstappen voor een breed toetsingskader voor de kwaliteit van spoedzorg zijn daarmee:

- Het toetsen van de onderscheiden repertoires bij stakeholders;
  - Hiertoe dient een stakeholder consultatie te worden georganiseerd die bestaat uit;
    - Een serie interviews met een breed scala aan landelijke betrokkenen waarin reactie op de repertoires wordt gevraagd;
    - Een *invitational conference* waar de repertoires en hun aspecten van kwaliteit, en de reacties hierop uit de interviews worden gepresenteerd;
    - Direct gevolgd door een workshop waar betrokkenen de verschillende repertoires bespreken en aangeven welke kennisbronnen benut zouden kunnen worden om aspecten van kwaliteit per repertoire te articuleren;
- Het toetsen van de geïdentificeerde kennisbronnen, inclusief de *Kwaliteitsvisie*, in termen van kwaliteit, betrouwbaarheid en haalbaarheid/beschikbaarheid;
- Het identificeren van elementen die nog niet voorhanden zijn maar die wel noodzakelijk zijn om kwaliteit goed inzichtelijk te maken binnen de repertoires;

- Deze elementen kunnen zowel bestaan uit databronnen, alsmede uit procedures zoals bijvoorbeeld intercollegiale toetsing;
- Het ontwikkelen, testen, en vaststellen van beoordelingskaders voor verschillende repertoires van spoedzorg.

## **Dankwoord**

Wij willen alle medewerkers en het management van de spoedeisende hulpposten, de huisartsenposten, de ambulancedienst en de meldkamer, hartelijk danken voor hun genereuze medewerking aan dit onderzoek. Zonder hun toelichtingen op het werk en de open en behulpzame manier waarop zij ons de observaties lieten uitvoeren, was dit onderzoek nooit mogelijk geweest. Ook danken wij de raden van bestuur van de betrokken ziekenhuizen voor het verlenen van medewerking aan het onderzoek. Het onderzoek is financieel ondersteund met een onderzoekssubsidie van de SAZ Vereniging van Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen.





## Literatuur

- de Blok, C., P. Heiligers, et al. (2012). Wetenschappelijk onderzoek naar de relatie volume-kwaliteit. *De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg; Tijd voor een brede benadering*. T. Zuiderent-Jerak, T. Kool and J. Rademakers. Utrecht / Rotterdam, Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg: 15-20.
- Blumer, H. (1954). "What is wrong with social theory?" *American Sociological Review* 19(1): 3-10.
- Boltanski, L. and L. Thévenot (2006). *On justification: Economies of worth*, Princeton University Press.
- van Dorresteijn, M. (2011). "Aantal volledige SEH's met ruim eenderde afgenomen." *Zorgvisie*.
- Douglas, M. (1978). *Cultural bias*. London, Royal Anthropological Institute.
- Douglas, M. (1992). *Risk and blame: essays in cultural theory*. London, Routledge.
- Gaakeer, M. I. and C. L. van den Brand (2013). Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg Zorgverzekeraars Nederland, een gemiste kans. Utrecht, NVSHA.
- Hollnagel, E., D. D. Woods, et al. (2006). *Resilience Engineering; Concepts and Precepts*. Aldershot, Ashgate.
- Jerak-Zuiderent, S. (2012). "Certain Uncertainties; Modes of Patient Safety in Healthcare." *Social Studies of Science* 42(5): 733 - 53.
- Jerak-Zuiderent, S. and R. Bal (2011). Locating the worths of performance indicators; Performing transparencies and accountabilities in health care *The Mutual Construction of Statistics and Society*. A. Rudinow Sætnan, H. Mork Lomell and S. Hammer. London and New York, Routledge: 224-42.
- KPMG Plexus (2013). Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg. Zeist, Zorgverzekeraars Nederland.
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2013). Plan voor spoedeisende zorg niet goed doordacht. *Het Financiële Dagblad*. 4 maart.
- NOS (2011). Helft spoedeisende hulp kan dicht. *NOS Journaal*. Hilversum. 24 april.
- Orde van Medisch Specialisten (2013). "Concentratie spoedzorg zorgvuldig aanpakken." *Medisch Contact* 68(8): 461.
- Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (2013). SAZ reactie op ZN rapport Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg. Utrecht, SAZ.
- Star, S. L. (1991). Invisible work and silenced dialogues in knowledge representation. *Women, Work and Computerization*. I. V. Eriksson, B. A. Kitchenham and K. Tijdens. Amsterdam, Elsevier: 81-92.
- Star, S. L. and A. Strauss (1999). "Layers of Silence, Arenas of Voice; The ecology of visible and invisible work." *Computer Supported Cooperative Work* 8: 9-30.
- Suchman, L. (1995). "Representations of work; Making work visible." *Communications of the ACM* 38(9): 56-64.
- Zuiderent-Jerak, T., T. Kool, et al. (2012a). Concentratie en spreiding in de praktijk; je geld of je leven! *De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg; Tijd voor een brede benadering*. T. Zuiderent-Jerak, T. Kool and J. Rademakers. Utrecht / Rotterdam, Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg: 45-56.
- Zuiderent-Jerak, T., T. Kool, et al. (2012b). De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg; Tijd voor een brede benadering. Utrecht / Rotterdam, Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg.
- Zuiderent-Jerak, T., T. Kool, et al. (2013). "De concentratiehype voorbij." *Medisch Contact* 68(1): 38-40.



Erasmus Universiteit Rotterdam  
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Bezoekadres  
Burgemeester Oudlaan 50  
3062 PA Rotterdam

Postadres  
Postbus 1738  
3000 DR Rotterdam

Tel. (010) 408 8555  
Internet [www.bmg.eur.nl](http://www.bmg.eur.nl)  
E-mail [research@bmg.eur.nl](mailto:research@bmg.eur.nl)

ISBN 978-94-90420-48-2