

Samenvatting

De kwaliteit van Spoedzorg;

Naar een visie op goede zorg op en rond de SEH

Dr. Teun Zuiderent-Jerak
Jeroen Postma, MSc



2013.11

Bestuur & Beleid van de Gezondheidszorg (HCG)



Erasmus

ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT
GEZONDHEIDSZORG

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
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	Situëren, 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.

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
E-mail research@bmg.eur.nl