

Samenvatting rapport 'De brede betekenis van acute zorg'

NVZ



5 augustus 2013

Bram den Engelsen
Hein Abeln
Maret van der Wees

Meer nuance en inzicht rond concentratie en spreiding van acute zorg

Over concentratie en spreiding van acute zorg is al heel wat onderzocht, bestudeerd en voorgesteld, al dan niet in de vorm van blauwdrukken. Al die rapporten en onderzoeken wijzen in de richting van concentratie van 'complexe' acute zorg en van beschikbaarheidfuncties als SEH en IC, en van spreiding van 'nabije basiszorg'. Als die blauwdrukken werkelijkheid worden dan zijn er in de toekomst vele ziekenhuislocaties die bepaalde acute patiëntenstromen niet meer kunnen ontvangen of die helemaal geen SEH en/of IC meer hebben. De onbeantwoorde vraag is wat dit betekent in ruimere zin. De beschikbaarheid en het niveau van functies als een SEH en IC zijn volgens zeggen immers van grote invloed op het zorgaanbod in ruimere zin en dus op het profiel van het ziekenhuis. Maar hoe ligt die relatie nu? Daar werpt dit rapport van Twynstra Gudde, in opdracht van de NVZ, nader licht op.

In het onderzoek stonden twee, samenhangende, kernvragen centraal:

- *wat betekent acute zorg voor de burger en patiënt?*
- *wat betekent acute zorg voor het ziekenhuis?*

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is onderzoek gedaan op basis van deskresearch, een bestandsanalyse van gegevens uit de DIS registratie, en tientallen 'veldcontacten' met ziekenhuizen en medisch specialisten. De voorlopige bevindingen zijn besproken op een werkconferentie met NVZ-leden.

De recente Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) borduurt in feite voort op de indeling in spoedeisende zorgstromen, zoals die in 2009 werd geïntroduceerd door de werkgroep Kwaliteitsindeling SEH. Achterliggende gedachte is dat die stromen specifieke deskundigheid en infrastructuur behoeven.

In essentie is het minder van belang of die stromen synoniem zijn met complexe zorg, dan wel dat uit oogpunt van kwaliteit een bepaalde mate van concentratie geboden is.

Een tweede pijler van de Kwaliteitsvisie is de integratie van SEH en HAP in 'spoedeisende medische diensten'. Ook die ontwikkeling is al eerder bepleit en sluit aan bij de praktijk waarin SEH en HAP steeds intensiever samenwerken. De 'lange lijnen' van waaruit de Kwaliteitsvisie vertrekt, zijn dan ook begrijpelijk en passen bij het breed geaccepteerde principe van 'de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats, door de juiste professional'.

De discussie over concentratie en spreiding van acute zorg gaat niet zozeer over die 'lange lijnen' en principes, maar over de uitwerking en implementatie. Duidelijk is dat de discussie gebaat is bij meer nuance en inzicht. Er moet worden gewaakt voor theoretische optimalisaties van beschikbaarheidsfuncties, zonder oog voor de bredere betekenis van spoedeisende en intensieve zorg voor patiënt en ziekenhuis.

Onderscheid in acute zorg

Voor een genuanceerde dialoog over concentratie en spreiding van acute zorg (zoals die wordt verleend door huisartsen en ziekenhuizen) is het belangrijk om onderscheid te maken in:

- mate van urgentie
- tijdstip
- soort spoedeisende zorg.

Acute zorg bestaat maar voor een klein deel uit spoedeisende zorg die wordt geassocieerd met beelden van 'zwaailichten' en 'emergency rooms'. Iets meer dan 10% van de zorg die zich op een SEH aandient is in die zin spoedeisend. Het grootste deel van de acute zorg wordt overdag en 's avonds verleend.

Als het gaat om huisartsen en ziekenhuizen is er een onderscheid te maken in drie soorten spoedeisende zorg:

- acute huisartsenzorg
- acute medisch specialistische basiszorg
- acute complexe medisch specialistische zorg.

Deze indeling laat twee 'domeinen' van concentratie en spreiding zien:

- acute basiszorg: de verdeling tussen huisarts en medisch specialist/ziekenhuis
- acute medisch specialistische zorg: de verdeling tussen medisch specialisten/ziekenhuizen.

In de praktijk is het onderscheid niet altijd scherp te maken en vaak pas achteraf. Dat betekent dat de grenzen in de praktijk grijze maar betekenisvolle gebieden zijn. Ook ontstaan nieuwe actoren, zoals de in spoedzorg gespecialiseerde verpleegkundig specialist.

Acute basiszorg

In de acute basiszorg krijgt de samenwerking tussen SEH en HAP steeds meer gestalte. De beoordeling van die samenwerking is wel gebaat bij subtiliteit als het gaat om kwaliteit (triage), kostenbesparing en substitutie tussen huisarts en medisch specialist/ziekenhuis. Ook als SEH en HAP integreren in één spoedeisende medische dienst, dan blijft er daarbinnen sprake van een onderscheid tussen acute huisartsenzorg en acute medisch specialistische basiszorg. Door locatieprofilering en regionale samenwerking wordt overigens nu ook al gewerkt aan een verdere optimalisatie van de inrichting van de acute basiszorg.

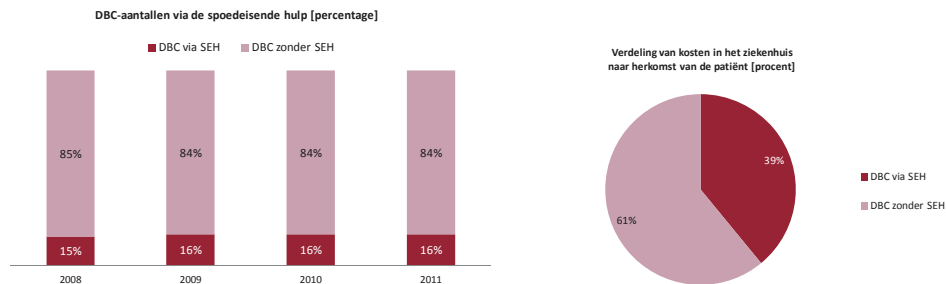
Complexe acute zorg

Het onderscheid tussen acute complexe en basiszorg is in de praktijk niet zo eenvoudig en eenduidig te maken en kan vaak pas achteraf worden vastgesteld. Traumazorg en complexe pediatrie zijn al in belangrijke mate geconcentreerd. Acute verloskunde toont aan dat tussen ideaaltypische normen en praktische haalbaarheid een discrepantie kan bestaan. Bij acute cardiologie, neurologie en vaatchirurgie gaat het minder om de vraag of iets complex is, dan wel of er een aantoonbare relatie is tussen volume (in combinatie met infrastructuur) en kwaliteit. Als de uitgewerkte ziektebeelden in de Kwaliteitsvisie van ZN (multitrauma, heupfractuur, CVA, AMI, geruptureerd AAA) als 'complex' worden aangemerkt, dan gaat het (exclusief verloskunde) om naar schatting 5% van de acute zorg.

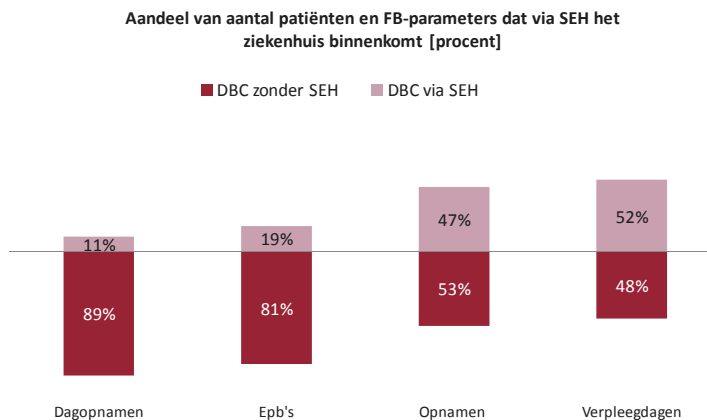
De discussie over eventuele concentratie van IC-zorg wordt te eenzijdig gevoerd. Er is op dit moment geen manifest en breed kwaliteitsprobleem dat moet worden opgelost. Verbetering is altijd mogelijk, maar niet via theoretische optimalisaties. Bovendien moet rekening worden gehouden met toekomstige ontwikkelingen. Er is een trend zichtbaar dat het aantal geplande IC-opnamen afneemt in verhouding tot het aantal ongeplande opnamen. Momenteel is ongeveer 34% van de opnamen gepland, tegen ruim 60% in 2006. De daling van de geplande patiëntenstroom hangt samen met verbeteringen in chirurgische en anesthesiologische technieken en met de intrinsieke groei van niet-chirurgische patiënten. Bij de laatste categorie zijn het veelal oudere patiënten met multimorbiditeit. Zo ligt de aanleiding voor een IC-opname vaker in de complexiteit van de conditie van de patiënt dan in de complexiteit van een voorafgaande ingreep. Verwacht wordt dat deze trend doorzet.

Wat betekent acute zorg voor een ziekenhuis

De SEH is thans van grote bedrijfs(economische) betekenis voor een ziekenhuis. Zo'n 16% van het totale aantal DBC's van een ziekenhuis is gerelateerd aan een SEH-bezoek. Die bezoeken (en het vervolgtraject) betreffen ongeveer 40% van de economische waarde (in termen van kosten) van alle DBC's van een ziekenhuis.



Van de SEH-DBC's leidt uiteindelijk 78% tot een eerste polibezzoek, 7% tot een dagopname en 35% tot een klinische opname. Ongeveer de helft van de totale opnamen en verpleegdagen in een ziekenhuis betreft patiënten die in eerste instantie via de SEH het ziekenhuis binnenkomen. Bovendien is de gemiddelde ligduur van een patiënt met een SEH-DBC met 5,4 dagen langer dan bij andere patiënten (4,5 dagen). De SEH is dus met name voor de aanvoer naar de kliniek thans van grote betekenis.



De SEH gerelateerde DBC's zijn ook van (al dan niet substantiële) betekenis voor de OK, diagnostiek en laboratorium. De relatie tussen SEH en IC is aanwezig, maar in aantallen relatief bescheiden. De SEH's (en IC's) hebben ook een belangrijke interne functie voor een ziekenhuis en zijn voorts relevant voor de aantrekkingskracht op de arbeidsmarkt.

Eventuele sluiting van een SEH heeft dus thans een grote impact op een ziekenhuis. Als de discussie zich zou vernauwen tot een eenzijdige optimalisatie van deze beschikbaarheidsfunctie (met sluiting van vele SEH's als gevolg), dan kan beter het debat worden gevoerd over het bestaansrecht van het concept 'algemeen ziekenhuis' zoals wij dat nu kennen. Verzekeraars geven echter aan dat het hen niet gaat om sluiting van SEH's, maar om integratie van SEH en HAP in een nieuw concept. Zolang maar wordt onderkend dat binnen dit concept verschillende soorten acute zorg worden geboden, lijkt dit een levensvatbare gedachte. Die levensvatbaarheid kan worden versterkt door niet alleen naar de huidige actoren ('huisarts', 'medisch specialist') te kijken, maar ook naar tussenvormen zoals verpleegkundig specialisten.

Het effect van concentratie en spreiding van acute zorg op kostenbesparing moet niet worden overschat en hangt ook samen met de wijze van bekostiging. Bij de huidige separate bekostiging van SEH en HAP kan er inderdaad worden bespaard door zelfverwijzers die alleen acute huisartsenzorg nodig hebben direct naar de juiste plaats te leiden, zoals thans al in toenemende mate gebeurt. Dat betreft dus lang niet alle zelfverwijzers. Een deel daarvan komt terecht op de SEH en een deel dat eerst naar de HAP gaat, wordt vervolgens alsnog doorverwezen naar de SEH voor nadere diagnostiek of behandeling.

Indien er geen SEH op een ziekenhuislocatie meer is, moet er nog altijd worden voorzien in de interne functie bij spoedinterventies en reanimatie. En als er, als gedeeltelijk alternatief voor een SEH, een Acute Zorg Afdeling of een Acute Opname Afdeling komt dan brengt dit ook kosten met zich mee. Concentratie van specialistische spoedzorgstromen kan vermoedelijk tot een grotere doelmatigheid leiden.

Regionaal overleg

De discussie over concentratie en spreiding van acute zorg is niet gebaat bij blauwdrukken die uniform over het land worden uitgerold. Er is een wezenlijk verschil tussen en binnen regio's, waarbij door regionaal overleg en samenwerking kan worden gezocht naar een optimale oplossing. Het is wel wenselijk dat er op een of andere wijze landelijk wordt voorzien in kennisuitwisseling, de overdracht van beproefde concepten, de ontwikkeling van best practices, en professionalisering (zoals via SEH-artsen en verpleegkundige spoedspecialisten).

Er kunnen in principe drie regionale contexten worden onderscheiden:

- de grote stad (met veelal een academisch ziekenhuis)
- kleinstedelijke gebieden met (onder andere) een groot algemeen ziekenhuis
- het platteland met een klein ziekenhuis dat met een groter ziekenhuis in een netwerk samenwerkt.

Binnen elk van die contexten gaat het om een spreiding van basisspoedzorg en een concentratie van bepaalde specialistische spoedzorgstromen. Die specialistische stromen kunnen, in overleg binnen een regio, ook worden verdeeld tussen ziekenhuizen, gerelateerd aan nadere profielkeuzes. Basis-spoedzorg omvat zowel acute huisartsenzorg als acute medisch specialistische basiszorg. Het ligt daarom voor de hand dat basisspoedzorg vanuit een ziekenhuislocatie wordt aangeboden, mede vanwege de bredere infrastructuur en de mogelijkheid tot opname. Daarmee hoeft die basisspoedzorg niet noodzakelijkerwijs 'van' het ziekenhuis te zijn, maar is het doelmatiger als deze 'in' het ziekenhuis wordt geleverd. Ofwel: stand alone locaties waar alleen basisspoedzorg wordt geboden zonder bredere ziekenhuisfunctie liggen minder voor de hand.