

Vijftiende Nationaal Spoedzorgcongres

2015 is een belangrijk jaar voor de spoedzorg. Er komen kwaliteitsnormen voor de spoedzorg en de betekenis van systematische triage in de keten van de acute zorg wordt steeds belangrijker. Daarnaast wordt de zorgsector steeds vaker geconfronteerd met externe en interne crisissituaties waardoor de continuïteit van zorg onder druk komt te staan. Deze twee thema's stonden centraal tijdens het vijftiende Nationale Spoedzorgcongres dat op woensdag 25 november jl. in Zeist werd gehouden.

■ **Gert-Jan Ludden**
SVDC Advies in crisisbeheersing

■ **Marlène van Vijfeijken**
CATO-communicatie



Foto: Bernadette Tielen

KWALITEITSINDICATOREN SPOEDZORG

In 2013 presenteerde Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn Kwaliteitsvisie Spoedzorg. Daarin pleitte ZN voor een concentratie van de spoedzorg. In de zomer van 2014 oordeelde de Autoriteit Consument & Markt (ACM) dat de plannen voor concentratie van de spoedzorg onvoldoende onderbouwd waren en adviseerde te zorgen voor draagvlak en voor een onderbouwing van de claim dat de voordelen van herschikking van de acute zorg groter zijn dan de nadelen.

Het Zorginstituut Nederland (ZIN) pakte het advies van de ACM op. Wetenschappelijk onderbouwd en in nauwe samenwerking met het werkveld stelde een breed samengestelde expertgroep kwaliteitsindicatoren vast voor vijf complexe spoedzorgstromen: heupfractuur, gescheurde buikslagader, multitrauma, myocard infarct en beroerte (voor de zesde complexe spoedzorgstroom – geboortezorg – werd een separaat traject gevolgd). In december 2015 worden de indicatoren officieel vastgesteld.

Parallel aan de ontwikkeling van indicatoren werkt het ZIN samen met relevante partijen aan een algemeen kwaliteitskader voor de spoedzorgketen. “De overleggen verlopen in goede sfeer”, zegt prof. dr. Jan Kremer, voorzitter van de expertgroep van het ZIN. “Er is consensus over de uitgangspunten en er is consensus over de belemmeringen. Maar het is *work in progress*.”

REGIONALE SAMENWERKING

Triage is één van de belemmeringen in de spoedzorgketen. In de provincie Friesland werken de huisartsen op dat gebied nauw samen met de RAV Fryslân. “Het is onze overtuiging dat een nauwere samenwerking in de regionale triage van spoed(huisartsen)zorg tijdens avond, nacht en weekend de kwaliteit van de (patiënten)zorg verhoogt en bijdraagt aan een verlaging van de (zorg)kosten”, aldus drs. Monique Birkhoff, directeur Dokterswacht Friesland (DF). De provincie werkt met een provinciaal meldpunt acute (huisartsen)zorg. Daar vindt telefonische triage en een provincie brede visiteplanning plaats. Fysieke triage gebeurt op één van de vijf huisartsenposten in de provincie. Een dergelijke provinciale aanpak werkt omdat bijna alle huisartsen zijn aangesloten bij Dokterswacht Friesland. De samenwerking tussen DF en RAV Fryslân werd in 2012 vastgelegd in een overeenkomst. “Goede werkafspraken zijn belangrijk. Je bent twee verschillende organisaties met andere deskundigheid. Daar moet je je goed bewust van zijn.” Hoewel het risico op miscommunicatie door het verschil in triagetiaal, het verschil in



Kwaliteitsinstituut. Cartoon: Peter Koch (stripstudio.nl)

deskundigheid en de fysieke afstand groot blijft, heeft de samenwerking tot nu toe geleid tot minder onnodig vervoer van patiënten naar ziekenhuizen, tot een efficiënte en effectieve inzet van middelen en zorgverleners en tot meer begrip van en respect voor elkaars werkzaamheden.

Voor Birkhoff gaat de huidige samenwerking niet ver genoeg. Zij droomt van een nóg bredere regionale samenwerking, met GGZ-crisisdienst, ouderengeneeskunde en thuiszorg.

PROFESSIELE TRIAGE OP DE SEH

Op de Spoedeisende Hulp (SEH) van een ziekenhuis komen steeds meer patiënten met multi morbiditeit, polyfarmacie en niet meteen een duidelijke diagnose. Professionele triage moet ervoor zorgen dat iedere patiënt de juiste zorg op het juiste moment krijgt. Maar wat is de juiste zorg en het juiste moment vanuit de patiënt gezien? Die vraag stelde prof. dr. Karin Kaasjager, hoogleraar Acute Interne Geneeskunde in het UMC Utrecht. “De huidige triagesystemen zijn niet geschikt voor 65-plussers op de SEH. Het levert ondertriage op. En dus niet de juiste zorg.”

Kaasjager hekelt de gedefinieerde acute zorgstromen rondom een vaststaande diagnose. “Daarmee ga je niet uit van de zorgvraag. Want 95% van de patiënten komt niet met een diagnose. Die komt met een klacht.” Om deze grote groep patiënten de juiste zorg op het juiste moment te bieden, moeten ziekenhuizen zorgen dat er 24/7 voldoende expertise op de SEH aanwezig is om deze patiënten te behandelen. “En zorg voor een regievoerder om de zorg te coördineren. Een acute internist kan die rol vervullen. Maar het kan net zo goed een traumatoloog, neuroloog of SEH-arts zijn. Het maakt niet uit wie het doet, want het is teamwork.”

Het UMC Utrecht werkt nu een jaar met een regievoerder op de SEH. “Het leidde tot minder consultaties, minder specialisten aan het bed, minder onnodige handelingen in het golden hour, minder medicatiefouten, minder diagnostiek en minder lang wachten voor de patiënt.”

INTEGRAAL RISICOMANAGEMENT

Kwaliteit en veiligheid is de verantwoordelijkheid van iedere medewerker. Dat is de mening van drs. Arie van Alphen, voormalig voorzitter Raad van Bestuur van het Diaconessenhuis in Utrecht. “Iedere calamiteit is een andere. Sta daar als raad van bestuur structureel bij stil hoe dan te handelen.” Van Alphen was als bestuurder betrokken bij een brand met dodelijke afloop op een OK van het Twenteborg ziekenhuis in Almelo. “Op korte termijn betekent het incident het managen van een hectische actualiteit die je overkomt. Op langere termijn is het een mogelijkheid om een grote stap te maken op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Dat kan bijvoorbeeld door het gebruik van integraal risicomanagement.” Integraal risicomanagement (IRM) is het opzetten van een strategie, het identificeren van alle risico's op welk vlak dan ook, het juist prioriteren van deze risico's, het invoeren van beheersmaatregelen en het monitoren van dit proces. De prioriteiten en verantwoordelijkheden zijn voor de leidinggevenden op elk organisatieniveau vastgelegd. De resultaten van audits en incidentanalyses worden integraal geanalyseerd.

LESSEN UIT DE PRAKTIJK

Als controller kwaliteit en veiligheid en crisiscoördinator in het Vie Curie ziekenhuis in Venlo heeft Ton Heerschop talloze incidenten en crisissituaties meegemaakt. Hij deelde er twee met de deelnemers aan het congres.

Op 8 maart 2008 ontstond 's morgens vroeg brand in de apotheek. Ruim een uur later ontstond ook brand in het ketelhuis. De brandweer was snel ter plaatse en bluste de brand. “Het leek een klein incident, maar had grote gevolgen”, vertelt Heerschop. “De lift viel uit, er was beperkt elektrische spanning op vitale afdelingen en er was geen verlichting op de toiletten op verpleegafdelingen.” Het management stelde snel uitgangspunten vast: criteria op basis waarvan actie ondernomen wordt. Aan die uitgangspunten werd strak de hand gehouden. “Leiderschap is heel belangrijk bij dergelijke incidenten”, zegt Heerschop. “Duidelijk aangeven welke richting we gaan. Scenario-denken: als dit gebeurt, gaan we dat doen. En command and control: voorgaan in de strijd.”

Op 24 december 2014 viel rond 13.30 uur de ICT in het ziekenhuis uit. Ook hier stelde het crisisteam direct een aantal uitgangspunten op. Twee uur later was de storing verholpen en kon iedereen rustig Kerst gaan vieren. Toch leverde ook deze relatief kleine verstoring van de bedrijfscontinuïteit veel leerpunten op. Misschien wel de belangrijkste? “Houd ook de humor er in. Dat maakt het een stuk dragelijker.”

PANELDISCUSSIE

Meer kwaliteit bij gelijkblijvende kosten in de spoedzorg, kan dat? Onder leiding van prof. dr. Guus Schrijvers discussieerden Marianne Lensink (waarnemend algemeen directeur Zorgverzekeraars Nederland), prof. dr. Carel Goslings (traumachirurg AMC) en drs. Els van der Wilden (hoofd afdeling medisch specialistische zorg IZG) over deze vraag.

WORKSHOPS

Het middagprogramma was gevuld met acht workshops.

1. Kwaliteitsmanagement: de landelijke traumaregistratie.
2. Samenwerkende Spoedeisende Hulp en Huisartsenpost.
3. Signalering van kindermishandeling met signaleringsinstrumenten: voor en tegens.
4. Organiseren en uitvoeren van grootschalige bijstand bij grote incidenten.
5. Zorginstellingen aantoonbaar voorbereid op rampen en crisissituaties.
6. De Landelijke Meldkamer Organisatie: beter voor iedereen.
7. Eerste Hulp bij Preventie: monitoring, vroegsignalering en (recidive)preventie vanuit de SEH.
8. Workshop zoonosen: epidemiologie, casuïstiek en netwerk.

Volgens Van der Wilden is een nieuw Kwaliteitskader Spoedzorg een manier om de kwaliteit in de spoedzorg te verhogen. Zij deed een dringende oproep snel te komen met een nieuw kwaliteitskader. "De IGZ vraagt al jaren aandacht voor de spoedzorg. Het huidige Kwaliteitskader Spoedzorg dateert uit 2009. We toetsen nu op normen uit 2009. Terwijl we met elkaar vinden dat die normen niet goed zijn omdat we weten dat de wereld veranderd is. Het is nu 2015. Dus graag nieuwe normen. En snel!"

Om de kwaliteit te verhogen en de kosten te drukken moet minimaal 90% van alle multitraumapatiënten in Nederland in een Level-1 traumacentrum behandeld worden. Dat is de overtuiging van Goslings. "We hebben nu elf traumacentra in Nederland. Volgens mij kunnen we best met wat minder af." Centralisatie zou volgens Goslings zorgen voor meer kwaliteit, onder andere door een bundeling van expertise en kennis. En een efficiëntere inzet van gespecialiseerd personeel en dure infrastructuur en apparatuur maakt de zorg volgens hem ook goedkoper.

Wat moeten de zorgverzekeraars doen om versnelling te krijgen in de concentratie en spreiding van de spoedzorg? En waar is nog doelmatigheidswinst te behalen? Die vragen stelde Lensink aan de aanwezigen in de zaal. Eén van de suggesties was in ieder geval structuur-, proces- en uitkomstindicatoren uit elkaar te halen. "Waarom kopen verzekeraars jaarlijks zorg in bij ziekenhuizen en niet bijvoorbeeld voor een periode van vijf jaar?", vroeg iemand zich af.

"Dat hangt af van de situatie van het ziekenhuis", aldus Lensink. "We gaan het wel meer doen, als mogelijkheid, niet als verplichting." Van der Wilden mengde zich in de discussie en sloot af met een kritische kanttekening: "Alle stukjes zorg die je verplaatst, brengen risico's met zich mee. Richt het zorgpalet goed in met elkaar. Want de patiënt moet centraal blijven staan."



Er is aviaire influenza uitgebroken in uw regio. Wat betekent dat voor uw werk? Over die vraag discussieerden deelnemers tijdens de workshop over zoönosen. Foto: Bernadette Tielen

WORKSHOP 8 - ZOËNOSEN ZIJN OVERAL

Vorig jaar werd Nederland geconfronteerd met een uitbraak van een zeer besmettelijke vorm van aviaire influenza. In dezelfde periode meldden patiënten zich bij huisartsen en spoedeisende hulp met verdenking op ebola. Toch vormen zoönosen een onderschat probleem in de spoedzorgketen. Maar zoönosen zijn overal. "Ook u kunt ermee te maken krijgen."

Een zoonose is een infectieziekte die kan worden overgedragen van dier op mens. Naar schatting zeventig procent van alle bekende infectieziekten is oorspronkelijk afkomstig van dieren. De uitbraak van Q-koorts (2007-2010) leidde in Nederland tot het besef dat de humane en veterinaire gezondheidszorg meer en beter met elkaar moesten samenwerken om uitbraken van zoönosen sneller het hoofd te kunnen bieden. Er werd een surveillancestructuur opgezet die uniek is in de wereld. En er ontstonden lokale kennisnetwerken waarin professionals uit de humane en veterinaire gezondheidszorg constructief samenwerken om uitbraken van zoönosen en resistente micro-organismen snel en efficiënt kunnen te ontdekken, evalueren en helpen bestrijden.

Onbekend maakt onbemind

Er is aviaire influenza uitgebroken in uw regio. Wat betekent dat voor uw werk? Over die vraag discussieerden deelnemers tijdens de workshop. Veel is onduidelijk. Niemand mag een besmet bedrijf bezoeken. Maar wat als de boer of zijn gezin medische zorg nodig heeft? Moet de huisarts dan beschermende kleding aan? Mag een ambulance het erf van het besmette bedrijf op? De kippen zijn geruimd. Maar hoe voorkom je dat de ziekte zich van mens op mens verspreidt? Screenen blijkt een knelpunt te zijn. Er is geen eenduidig screeningsbeleid in de hele (spoed)zorgketen. Daarnaast blijft screenen mensenwerk. "Zeker bij drukte of vermoeidheid – als de uitbraak lang duurt – schiet de screening er nog wel eens bij in", geeft een ziekenhuismedewerker toe.

Om een uitbraak van een zoonose sneller te kunnen bestrijden, moet de humane en veterinaire gezondheidszorg meer en beter samenwerken. "Als je elkaar leert kennen in de koude fase, gaat samenwerken in tijden van crisis beter", hield workshopleider en arts Infectieziektebestrijding Ans van Lier de deelnemers voor. "Neem laagdrempelig contact op met de GGD bij vermoeden van een zoonose. En informeer ook de lokale dierenarts. Zoönosen zijn overal. Ook u kunt ermee te maken krijgen."