

GEVREESDE CASCADE-EFFECT BIJ AANPALENDE ZORG KAN ERG MEEVALLEN

Concentratie complexe spoedzorg is maatwerk

Vaak wordt gedacht dat concentratie van acute zorg de aanpalende zorgfuncties de nek omdraait. Maar onderzoekers van KPMG Health laten zien dat dat niet het geval hoeft te zijn. De effecten van concentratie verschillen namelijk per zorgsoort.

Als een ziekenhuislocatie niet langer acute zorg aanbiedt, neemt dan ook de vraag naar aanpalende zorg af, en zijn daarmee sommige specialismen of faciliteiten niet langer rendabel? KPMG Health onderzocht dit vermeende cascade-effect, in opdracht van Zorginstituut Nederland. Hieruit bleek ten eerste dat eventuele nadelige gevolgen van concentratie sterk afhankelijk zijn van het type (spoed)zorgindicatie. En ten tweede dat cascade-effecten in veel gevallen voorkómen of beperkt kunnen worden.

Onderzoek

De discussie over de mogelijke gevolgen van concentratie van complexe spoedzorg laaide in 2013 op met het rapport 'Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg' van Zorgverzekeraars Nederland. Op basis van deze kwaliteitsvisie werden in de regio gesprekken gevoerd over de concentratie van zes complexe spoedzorgindicaties: acuut myocardinfarct (AMI), geruptureerd buikaneurysma (rAAA), beroerte (CVA), multitrauma, heupfractuur en de acute verloskunde.

Onder meer de Federatie Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen spraken hun zorgen uit over mogelijke 'cascade-effecten': door het verdwijnen van een specialisme vallen ook andere specialismen – die afhankelijk zijn van doorverwijzingen – om.

Er was tot voor kort weinig bekend over dergelijke kettingreacties. Maar die kennis is wel relevant voor een heldere discussie en voor de juiste afweging. In opdracht van Zorginstituut Nederland heeft

KPMG Health er in 2017 dan ook onderzoek naar gedaan.¹ Dit behelsde naast literatuuronderzoek in binnen- en buitenland, onderzoek van een zestal situaties in Nederland waarin sprake was van concentratie van één of meer van bovenstaande indicaties. De onderzoekers analyseerden declaratiegegevens van betrokken ziekenhuizen en konden zo de gevolgen van concentratie voor productie en omzet volgen. Ook spraken ze met de betrokken specialisten, verpleegkundigen en huisartsen om het verhaal achter de cijfers te duiden.

Resultaten

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat concentratie van zorg van rAAA, multitrauma en AMI de kwaliteit en omzet van de overige zorg in het latende ziekenhuis nauwelijks beïnvloedt.² Op basis van internationale literatuur is het echter aannemelijk dat concentratie positieve effecten heeft op de kwaliteit van zorg voor deze spoedindicaties. Ook voor de *acute CVA-zorg* lijken de voordelen van concentratie in termen van betere kwaliteit groter te zijn dan de nadelen. Dit wordt nog versterkt door het feit dat de nieuwe intra-arteriële therapie (IAT) alleen in ziekenhuizen met voldoende ervaring veilig kan worden toegepast. De ervaringen in MC Haaglanden en in het buitenland met concentratie van complexe (CVA-)zorg bevestigen dit beeld.³ Anders ligt het bij de concentratie van de *geboortezorg* en de *heupfractuurzorg*. Afgezien van doelmatigheidsvoordelen is er geen overtuigend bewijs voor de relatie tussen een hoger volume en betere kwaliteit, terwijl er wel cascade-effecten optreden na het concentreren van deze indicaties.

Er was tot voor kort weinig bekend over dergelijke 'cascade-effecten'



LEX VAN LIESHOUT / ANP PHOTO

Het overgrote deel van complexe zorg, inclusief de spoedzorg, kan op regionaal niveau georganiseerd worden.

Door het wegvallen van de obstetrische zorg in een ziekenhuis nemen aanpalende patiëntstromen (zoals de kindergeneeskundige zorg) af, wat tot substantieel omzetverlies kan leiden en daarmee de rendabiliteit van het ziekenhuis in gevaar kan brengen. In dit onderzoek bedraagt het maximale omzetverlies door verlies van geboortezorg, nazorg na bevalling en klinische kindergeneeskunde 5,8 procent op ziekenhuisniveau. Het volume op de afdeling Klinische Verloskunde daalde zelfs met 78 procent. Ook is er een omzetsdaling van kindergeneeskunde gezien van 50 procent. Het wordt op dat moment voor de latende ziekenhuizen vrijwel niet meer mogelijk om de beschikbaarheid van de gynaecologische ok of kinderartsen rendabel te exploiteren.

Bij de heupfractuurzorg zien we weer andere gevolgen. Het betreft hier in de regel oudere patiënten, waarbij meerdere specialismen tegelijk betrokken zijn. Het concentreren van de heupfractuurzorg in een ander ziekenhuis, kan tot gevolg hebben dat deze patiënt in het nieuwe ziekenhuis blijft en/of daar nieuwe dbc's worden geopend. Bovenop het omzetverlies door verplaatsing van de heupfractuurzorg kan dit effect leiden tot een aanvullend omzetverlies van maximaal 3 procent voor het latende ziekenhuis. Dit effect is – gelet op de smalle marges in ziekenhuizen – mogelijk substantieel als niet tegelijkertijd een deel van de kos-

ten kan worden afgebouwd. Daarnaast kan concentratie leiden tot een volumedaling van zo'n 7,5 procent op de ok, waardoor maatregelen nodig zijn om deze faciliteit rendabel te houden. Het onderzoek laat ten slotte zien dat cascade-effecten voorkomen of beperkt kunnen worden: de getallen zoals genoemd zijn geen gegeven en zijn dus beïnvloedbaar. Zo is teruggang van expertise (deels) tegen te gaan door medisch specialisten op meerdere ziekenhuislocaties te laten werken, en kan het effect op de omzet en het capaciteitsgebruik in het latende ziekenhuis beperkt worden door patiënten na de acute fase tijdig terug te verwijzen. Op basis van dit onderzoek kunnen we concluderen dat eventuele nadelige gevolgen van concentratie van zorg afhankelijk is van de (spoed)indicatie.

Regionale verantwoordelijkheid

Afgelopen voorjaar zijn deze conclusies besproken op een bijeenkomst met medisch specialisten, SEH-artsen, ziekenhuisbestuurders, directeuren van de regionale ambulancevoorziening, bureauhoofden regionale netwerken acute zorg, zorgverzekeraars en patiëntvertegenwoordigers. De vraag was welke afwegingen relevant zijn bij de besluitvorming over concentratie van zorg op de domeinen kwaliteit, toegankelijkheid (inclusief bereikbaar-

heid) en betaalbaarheid (beschikbaarheid van mensen en middelen).

Consensus was er over het feit dat het maken van deze afwegingen primair een regionale verantwoordelijkheid moet zijn, afgestemd op de specifieke kenmerken van zorgaanbod en zorgvraag in een regio. Het overgrote deel van complexe zorg, inclusief de spoedzorg, kan op regionaal niveau georganiseerd worden. Zorgprofessionals en bestuurders spelen daarin een sleutelrol. In een enkel geval is bovenregionale organisatie van de spoedzorg aan de orde, bijvoorbeeld bij ernstig multitrauma of geruptureerd aneurysma. Het kan dan wenselijk zijn om landelijke afspraken te maken over normen en randvoorwaarden.

Afweging

Uitgangspunt bij het maken van een afweging tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de regio is dat er per saldo verbetering voor de patiënt moet optreden op deze drie domeinen. Uit het onderzoek blijkt dat de factoren die op die domeinen van invloed zijn, per indicatie verschillen. De afweging zal dus per indicatie opnieuw gemaakt moeten worden.

Voor een aantal complexe spoedindicaties is 24/7 directe beschikbaarheid van kostbare apparatuur en faciliteiten nodig om goede kwaliteit zorg te leveren. Onvoldoende beschikbaarheid van geschoold personeel kan een reden zijn om zorg op bepaalde plekken niet meer aan te bieden. Tegelijk kan door schaalvergroting doelmatiger worden gewerkt in het 'ontvangende' ziekenhuis. Daar staat tegenover dat concentratie tot een grotere marktmacht van een ziekenhuis kan leiden, met hogere prijzen tot gevolg. Daarnaast vraagt extra zorg op één locatie soms om extra investeringen in het 'ontvangende' ziekenhuis.

Voorwaarde bij concentratie is sowieso dat de groep patiënten waarvoor de zorg geconcentreerd wordt, goed te triëren is. Het is daarbij belangrijk dat de latende ziekenhuizen in staat blijven om acute zorgvragen te herkennen, op te vangen en indien nodig vervolgens over te plaatsen. Dit is ook van belang voor klinisch opgenomen patiënten met acute complicaties.

Overigens moeten de afwegingen niet alleen gaan over het concentreren van specifieke indicaties in één ziekenhuis, maar ook over het herverdelen van zorg in de andere ziekenhuizen in de regio. En over de voorwaarden waaronder uitruil van zorg verantwoord valt te organiseren. Last but not least is het van belang de burgers in de regio bij die afwegingen te betrekken. Een goed geïnformeerde burger kan helpen om de juiste keuzes te maken. Gelet op de verschillende belangen in de regio is dat geen sinecure. ■

contact

mbooy@zinl.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE CHIRURG



MARTIJN MÖLLERS is werkzaam in ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten

Wie zoet is krijgt lekkers?

December, de maand van terugkijken en vooruitzien. Ook ik heb ieder jaar goede voornemens. Zo stelde ik me op 1 januari 2018 twee doelen. Mijn eerste voornemen was om in ons ziekenhuis een galblaasoperatie in dagopname mogelijk te maken. Patiënten vroegen ons daar regelmatig om en we hadden er eerder al wat ervaringen mee opgedaan.

Dus werkte ik samen met andere enthousiastelingen hard aan het verbeteren van de voorlichting, logistiek, operatieprocedures en medicatie. En met succes! Inmiddels lukt het ons om 60 procent van de galblaasoperaties in dagopname uit te voeren, met patiëntvriendelijkere zorg voor minder kosten als resultaat. Daarbij houden we uiteraard rekening met het feit dat deze dagopnames tot meer heropnames kunnen leiden. En vertellen we de patiënt natuurlijk altijd dat deze tegen-

valler zich kan voordoen. Gemiddeld krijgen we nu een 8 als rapportcijfer van onze patiënten. 'Wie zoet is krijgt lekkers' dus. Mooi niet, want daar kwam de AD Ziekenhuis Top 100. Volgens het adagium 'If you can't measure what's important, you make important what you measure' deed het AD weer haar jaarlijkse

WEER MAAK IK ME DRUK OM DIE SCHIJNHEILIGE AD TOP 100

greep in de grabbelton vol prestatie-indicatoren en maakte hier een lijst met winnaars en verliezers van. Op de prestatie-indicator 'heropnames na galblaasoperaties' scoorden wij uiteraard minder dan voorheen en doen we het volgens het AD helemaal niet zo goed. Wat mijn tweede goede voornemen was? Me dit jaar niet meer zo druk maken om deze schijnheilige AD Top 100-lijst. En toch doe ik het weer. Maar ach, tegen beter weten in vasthouden aan tradities past ook wel weer in deze tijd van het jaar, nietwaar?