



MARJOLEIN KREMERS

INTERNIST ACUTE GENEESKUNDE EN VOORZITTER VAN DE WERK GROEP  
SPOEDZORG VAN DE NEDERLANDSE INTERNISTEN VERENIGING

---



# ‘Niet centralisatie, maar regionale samenwerking is de oplossing’

Iedereen die in een ziekenhuis werkt, weet: de druk op de acute zorg is hoog en dat zie je heel duidelijk op de spoedeisende hulppost.

Wat is eraan te doen? Kremers pleit voor regionale samenwerking van zorgaanbieders.

**I**nternist acute geneeskunde in het Eindhovense Catharina Ziekenhuis Marjolein Kremers weet waar de grote druk op de seh vandaan komt. ‘De bottleneck zit in het stijgen van de zorgvraag – onder meer door het groeiende aantal ouderen met multimorbiditeit – en de grote uitdaging om voldoende zorgpersoneel te vinden om die zorg ook te bieden.’

Marjolein Kremers is voorzitter van de werkgroep Spoedzorg van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en promoveerde afgelopen zomer op onderzoek naar de organisatie en de kwaliteit van de spoedeisende zorg, waarbij ze ook de ervaringen van patiënten inventariseerde. Die blijken best tevreden, maar intussen loopt de acute zorg wel vast. Het probleem zit ‘m zowel in de instroom (oudere multimorbide patiënten op de seh zijn elders meestal beter af) als in de uitstroom (patiënten die opgeknapt zijn kunnen toch niet vertrekken, omdat er voor hen buiten het ziekenhuis geen passende plek is).

Minister van VWS Ernst Kuipers is van plan de acute zorg te ontlasten door zorg te concentreren en acute hulpvragen centraal te beantwoorden in zorgcoördinatiecentra (ZCC’s). Deze zouden moeten beschikken over alle data van alle zorginstellingen. Denk dan aan het aantal vrije bedden, de actuele drukte op de seh en de beschikbaarheid van huisartsen of wijkverpleegkundigen. Gewapend met die informatie zouden ZCC-triagisten gaan bepalen welke zorg patiënten

**‘Wellicht leiden Kuipers’ centralisatieplannen tot meer efficiëntie, maar er zijn geen gegevens die aantonen dat ze de kwaliteit van de zorg verbeteren’**

nodig hebben en waar. Gaat dat helpen? Kremers denkt van niet.

#### **Data verzamelen**

Centralisatie op zichzelf is niet verkeerd, stelt ze. Zo zorgen centralisatie van hoogcomplexe traumazorg en complexe ingrepen bij ischemische hersen- en hartinfarcten wetenschappelijk aantoonbaar voor betere uitkomsten. Kremers: ‘Als data duidelijk laten zien dat centralisatie helpt, dan moeten we meer van die data verzamelen zodat we de kwaliteit kunnen evalueren. Pas als je vervolgens grote uitkomstverschillen ziet die wellicht te maken hebben met de organisatie van de zorg, dan kun je kijken of je de zorg anders moet inrichten.’

Kuipers wijst naar Denemarken als lichtend voorbeeld van de positieve effecten door de centralisatie van spoedzorg. Onterecht, zegt Kremers, want een grondige analyse heeft laten zien dat alleen de centralisatie van zeer complexe zorgvragen die effecten heeft. De zorg voor multimorbide patiënten daarentegen komt in de knel, onder meer door ondertriage. Verder gaat de toegankelijkheid van de zorg juist ernstig achteruit en wordt het heel lastig om medewerkers te behouden als de seh’s van regionale ziekenhuizen worden gesloten, weet ze. Wellicht leiden Kuipers’ centralisatieplannen tot meer efficiëntie, maar er zijn geen gegevens die aantonen dat ze de kwaliteit van de zorg verbeteren. ‘Bovendien’, zegt Kremers, ‘kwaliteit bestaat uit verschillende domeinen: efficiëntie, doelmatigheid, veiligheid, patiëntgerichtheid, toegankelijkheid en tijdigheid. Het zou helpen als medisch specialisten en zorgbestuurders eerst bedenken welk domein ze willen aanpakken als ze de zorg anders willen organiseren en welke consequenties dat heeft voor de andere domeinen. Daarvoor is een goede knelpuntenanalyse nodig. Ziekenhuizen hebben daar nu nog niet voldoende data voor, maar die moeten er wel komen, zodat we de discussie over centraliseren goed kunnen voeren.’

#### **Finesse ontbreekt**

Ze vraagt zich af of patiënten überhaupt beter af zijn met ZCC’s. ‘Patiënten worden misschien wel sneller gezien, maar zijn de uitkomsten voor hen ook beter? Ik ben bang dat door de inzet van ZCC’s uitgebreid bekende patiënten in het ene ziekenhuis naar een



voor hen onbekend ziekenhuis worden gestuurd, omdat daar op dat moment opnamecapaciteit beschikbaar is of omdat de seh er rustig is. ZCC's kunnen weliswaar een brief opvragen met informatie over aandoeningen en medicatie. Maar de finesse ontbreekt totaal, want ze kennen de patiënt niet; terwijl voor deze patiënten de continuïteit van behandeling heel belangrijk is. Als je de patiënt een paar keer in zijn normale doen hebt gezien kun je beter inschatten of zijn toestand langzaam achteruitgaat of dat er sprake is van een nieuwe ziekte die tot versterking leidt en wat dat kan betekenen voor het traject daarna. Dat is bij een eerste contact echt heel lastig.'

#### **Beter triëren**

Wat kan wel helpen om de acute zorg, en de seh in het bijzonder, te ontlasten? Op de korte termijn: nog beter triëren, zegt Kremers. Niet iedereen die nu voor

## 'Niet iedereen die nu voor diagnostiek en behandeling naar de seh komt, hoeft daar te zijn'

diagnostiek en behandeling naar de seh komt, hoeft daar te zijn. 'Als bijvoorbeeld een huisarts overlegt met een specialist, kun je bepalen of je de patiënt ook via de spoedpoli kunt zien. Mijn ervaring in het Catharina Ziekenhuis is dat er gemiddeld genomen voor mijn spoedpoli twintig patiënten per week zijn. Dat valt wel in te regelen. Je moet er als medisch specialist plekken voor creëren en je moet afspreken met het laboratorium en de radiologie dat zij op korte termijn



## ‘Hoe je de acute zorg inricht, hangt onder meer af van de patiëntkenmerken in je regio en van de afstanden tot een volgend ziekenhuis’

uitslagen kunnen leveren. Heb je dat geregeld, dan kun je op die manier patiënten omleiden en de seh ontlasten.’ Een andere manier om patiënten niet via de seh te zien, hoopt Kremers zelf te gaan regelen. Ze wil graag dat patiënten met chemotherapie die hoge koorts hebben gekregen omdat hun afweer niet goed werkt, meteen naar de verpleegafdeling of de acute opnameafdeling gaan. ‘Zij hoeven niet eerst naar de seh om diagnostiek in te zetten, juist omdat we ze toch vrijwel altijd opnemen.’

### Op de verkeerde plek

Dan zijn er nog de patiënten die in het ziekenhuis wachten op een plek erbuiten: in de revalidatie of in een verpleeghuis. Of ze wachten op thuiszorg, zodat ze naar huis kunnen. Allemaal mensen die op de verkeerde plek liggen door een tekort aan zorgmedewerkers en geschikte plekken. Een deel van die patiënten zou met telemonitoring, zuurstof of een medicijninfuus naar huis kunnen, denkt Kremers. ‘We moeten wel goed uitzoeken voor welke patiënten dat wel en niet werkt. Als mensen geen smartphone hebben en digitaal onhandig zijn, is zo’n aanpak niet geschikt.’

Om de acute zorg duurzaam te ontlasten, zullen zorgverleners in en rond het ziekenhuis samen de zorg anders moeten organiseren, vindt Kremers. Want het tekort aan zorgpersoneel is voorlopig niet opgelost, en de vergrijzing die gepaard gaat met een toename van multimorbide patiënten duurt ook nog enkele decennia. Het zijn juist deze patiënten die vaak onterecht op een seh terechtkomen, waardoor de acute zorg steeds meer chronische zorg is geworden.

### Optimaal positioneren

Die trend moeten we keren, en dat kan als alle zorgaanbieders regionaal een netwerk vormen en gaan samenwerken, is Kremers’ overtuiging. ‘Ik zou patiënten heel erg gunnen dat we in de regio’s bij elkaar gaan zitten en goed

naar elkaar gaan luisteren: medisch specialisten, seh-artsen, zorgbestuurders, huisartsen, eigenlijk alle zorgaanbieders in de regio. Welke knelpunten zien we, wat kunnen we voor elkaar doen om dat te verbeteren. Dat zal heus wel eens knallen door verschillende inzichten en belangen, maar toekijken kan niet meer.’

Binnen de wetenschappelijke verenigingen zijn de grote poortspecialismen – cardiologie, longgeneeskunde, heelkunde, neurologie, kindergeneeskunde, interne geneeskunde, geriatrie, radiologie – al bezig om te kijken hoe ze optimaal betrokken kunnen worden bij acute zorg en ook optimaal ingezet kunnen worden, zegt ze. ‘Iedereen ziet dat er iets moet gebeuren, iedereen wil zichzelf optimaal in dat netwerk positioneren. Dat is niet eenvoudig. We hebben te maken met regionale verschillen en met heel verschillende typen ziekenhuizen en werksituaties. Hoe je de acute zorg inricht, hangt onder meer af van de patiëntkenmerken in je regio en van de afstanden tot een volgend ziekenhuis. Als je zaken op een bepaalde manier wilt verdelen, maakt het veel uit of er in een straal van tien kilometer nog twee ziekenhuizen zijn of dat er maar één ziekenhuis is dat veel verder weg ligt. Een aanpak die overal goed werkt, is er dus niet.’

### Steeds van elkaar leren

Voor zo’n regionale, multidisciplinaire aanpak zijn betrouwbare data nodig. Chirurgen (trauma), neurologen (herseninfarcten) en cardiologen (hartinfarcten) zijn al bezig met registreren, seh-artsen hebben hun eigen registratiesysteem, en om de kwaliteit van de acute zorg binnen interne geneeskunde te meten, ontwikkelde Kremers de kwaliteitsregistratie DRAIM (Dutch Registry for Acute and Internal Medicine). Hiermee kunnen structureel de uitkomsten van de acute zorg voor interne patiënten worden geëvalueerd en waar mogelijk verbeterd. Inmiddels wordt met de DRAIM gewerkt.

Kremers: ‘Laten we samen kijken naar de patiëntdata die we ophalen en die interpreteren vanuit de verschillende perspectieven die we aan tafel hebben. De seh-arts denkt dat A van invloed kan zijn, de chirurg B, de huisarts voegt C toe waardoor je er nog weer anders naar kijkt. Vervolgens bedenken we met elkaar hoe je een kwaliteitsslag kunt maken.’ Zo blijven we steeds van elkaar leren, zegt ze, en dat is precies wat nodig is.

‘Stel je ziet dat alle 90-plussers die zich gemeld hebben op de seh, drie keer binnen een maand terugkomen. Dan is het interessant om bijvoorbeeld na te gaan of ze opgenomen zijn geweest of niet, voor welke problemen meer aandacht nodig is en hoe we dat kunnen verbeteren. Daarna kunnen we evalueren of die verbeteracties effect heeft gehad, en op die manier kunnen we steeds slimmer worden. In de oncologische en chirurgische zorg gebeurt dit al structureel. Het kán dus gewoon, en alle medisch specialisten moeten daar echt hun best voor gaan doen.’