

Acute zorg

Mr. G.P.M. Raas
RVZ

1 Acute zorg en publieke belangen

Een centraal gegeven in de discussie over schaal en zorg is het identificeren en definiëren van publieke belangen. Dat die publieke belangen groot zijn in de acute zorg is een opvatting die de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) deelt met het kabinet. Zo worden de kwaliteit en toegankelijkheid van de regionale acute (keten)zorg door de overheid dermate belangrijk geacht dat betrokkenen bij de acute zorg (sinds 2006) wettelijk verplicht worden deel te nemen aan een regionaal overleg over de acute zorgketen. Maar het kabinet (in ieder geval het vorige kabinet) kiest in tegenstelling tot de RVZ wel voor marktwerking in de acute zorg.

Overheid laat veel aan het veld over

Het kabinet is weliswaar van mening dat de overheidsbemoediging met de acute zorg verder gaat dan het opleggen van een zorgplicht aan verzekeraars en het opleggen van bepaalde kwaliteitsnormen, maar laat veel aan het veld over (ook het vorige kabinet in reactie op het advies Acute zorg). Het meest duidelijk is, dat waar het gaat om de norm waarbinnen ambulances ter plekke moeten zijn. Dat zou (op basis van internationale professionele normen) 8 minuten moeten zijn, maar de veldnorm is 15 minuten. Verder kunnen regionale partijen zelf bepalen of ze kiezen voor het open houden van een volledige ziekenhuisfunctie dan wel voor uitbreiding van de ambulancezorg en/of een huisartsenpost.

De RVZ stelde eerder (RVZ, 2003) dat bijvoorbeeld ziekenhuizen uit een oogpunt van publieke belangen taken moeten verdelen. Niet alle ziekenhuizen zijn immers in staat kwalitatief verantwoord alle acute zorg te verlenen. Maar eisen aan de benodigde expertise of een uit oogpunt van kwaliteit te stellen eis aan het aantal ingrepen (anders dan een verwijzing naar de professionele standaard/norm) blijven tot nu toe achterwege.

Veldpartijen staan niet te trappelen

Dat niet alle veldpartijen staan te trappelen om voortvarend aan de slag te gaan met het organiseren van een keten van acute zorg blijkt onder meer uit de recente rapportage 'stand-van-zaken Regionaal Overleg Acute Zorgketen – zomer 2007', opgesteld door de landelijke koepel voor traumacentra. In reactie op de rapportage zegt de overheid dat de, bij wet benoemde plicht tot deelname, niet te lichtvaardig kan worden opgepakt. Tegelijkertijd is de conclusie: De rapportage maakt ook duidelijk dat de verwachtingen over de invloed van dit overleg en de betrokkenheid van alle acute zorgpartners met voorzichtig optimisme beschouwd kan worden¹. Voorzichtig optimistisch lijkt te rooskleurig als men iets zou willen zeggen over de resultaten van het overleg. Die zijn in de rapportage moeilijk terug te vinden. Het belangrijkste resultaat lijkt te zijn dat men is gestart met overleg.

De traagheid waarmee problemen rond de acute zorg worden opgelost stoort (ook) leden van de Tweede Kamer, zo blijkt uit het verslag van een algemeen overleg op 29 november 2007. De heer Van der Vlies (SGP) onderstreept de dure plicht om een goede ambulancevoorziening te borgen, omdat het in veel gevallen gaat om mensen in acute nood. Hij is van mening dat het onverteerbaar is dat hij zich hier vanaf 1986 mee bezighoudt, maar dat het probleem nog steeds niet is opgelost².

Financiële belangen groot struikelblok

Dat niet alle partijen staan te trappelen heeft zeker ook een financiële achtergrond. Dat blijkt onder meer uit de evaluatie van een spoedpost waarin een huisartsenpost en een afdeling SEH zijn geïntegreerd. Omdat de financiën zo'n grote rol spelen een wat uitvoerig citaat uit genoemd rapport: De gevolgen voor de inkomsten van betrokken organisaties waren in 2006 en 2007 nog beperkt. De verschuiving van de declarabele productie van het ziekenhuisdeel naar het huisartsendeel wordt in Purmerend, in overleg met de zorgverzekeraar, gecompenseerd doordat alle contacten van de korte-lijnverpleegkundige geregistreerd worden als een ziekenhuis-DBC. In Haarlem-Zuid was tot op heden de daling van het aantal patiënten aan de zieken-

huiskant beperkt door de afspraak dat traumatologie die korter bestaat dan 24 uur, door de arts-assistent Chirurgie wordt gezien. Zonder afspraken met de zorgverzekeraar zullen echter de inkomsten van ziekenhuizen en het honorariumdeel van de medisch specialisten in het spoedpostmodel in de huidige financieringsystematiek verminderen omdat het aantal SEH-bezoeken daalt. Mogelijk zal bij verdere invoering van de DBC-systematiek de gevolgen voor ziekenhuizen en medisch specialisten beperkt worden. Het honorarium van de huisartsen zal op korte termijn niet eenvoudig aangepast kunnen worden aan de gestegen productie omdat dit gebaseerd is op een landelijk vastgesteld uurtarief. De huisartsenpost (HAP) kan wel samen met de zorgverzekeraar een verzoek indienen bij de NZa om het budget voor infrastructurele kosten aan te passen door de gerealiseerde substitutie van tweede naar eerste lijn en eventuele kwaliteitswinst³.

Stapels (kamer)stukken en rapporten

De stapels (kamer)stukken en rapporten van de laatste jaren over acute zorg overziend, rijst de vraag welke problemen nu precies in het advies schaal en zorg aan de orde kunnen/moeten komen. Kwaliteit en schaal hebben zonder meer met elkaar te maken. Maar ook schaal, bereikbaarheid en doelmatigheid hebben relaties (zie ook RVZ, 2003). En is er ook over de schaal van de meldkamer(s) in relatie tot kwaliteit wel iets te zeggen. Verder zijn er nog problemen met de paraatheid en inzet van medisch mobiele teams en het interklinisch vervoer van IC-patiënten (zie voor het laatste punt bijvoorbeeld Girbes, 2008). Niet al die problemen kunnen in het advies Schaal en zorg worden behandeld.

Vijf punten

Hieronder volgen vijf punten die in het advies Schaal en zorg in relatie tot acute zorg in ieder geval aan bod zouden moeten komen. De vijf punten zijn:

- de definitie(s) van acute zorg, met als conclusie dat huisartsenzorg is iets anders is dan acute zorg;
- de 8 minuten norm voor ambulancehulp;
- de keten van acute zorg (met de telefonische bereikbaarheid, de plaats van de huisartsen in de keten en de ziekenhuiszorg);
- de financiering van de acute zorg;
- een communicatie-offensief.

De notitie sluit af met een schematisch overzicht van actuele standpunten over/van de verschillende schakels in de keten van acute zorg.

2 Wat verstaat de RVZ onder acute zorg?

2.a Definities en indelingen

Wat verstaan we in het algemeen onder acute zorg? Dat is onder meer afhankelijk van het gekozen perspectief. Net als we bijvoorbeeld praten over eerstelijnszorg hebben mensen veel verschillende beelden. Voor de één staat eerstelijnszorg gelijk met huisartsenzorg, een ander denkt aan ambulancezorg en weer een ander aan consultatiebureaus. Sommigen scharen dat allemaal onder eerstelijnszorg. Voor de begrippen care, cure en acute zorg geldt hetzelfde: veel verschillende beelden en veel vormen van zorg die onder die termen kunnen vallen. Voor het benoemen van problemen en het aanreiken van oplossingen is het echter van belang wat meer precies te definiëren wat we bedoelen.

Zo wordt wel gesteld dat huisartsen een belangrijk deel van de acute zorg leveren. Dat klopt als we uitgaan van de vraag van de patiënt. Vanuit het perspectief van de patiënt hebben veel vragen immers een urgent karakter. De huisarts (of de huisartsdiensten in de avond en nacht) is in veel gevallen degene waar patiënten aankloppen met hun vraag. Maar dat hoeft niet te betekenen dat de te verlenen zorg medisch gezien urgent is. Zowel voor de organisatie als de financiering van de acute zorg moet dat onderscheid echter wel gemaakt worden.

Als we iets willen zeggen over de bereikbaarheid van de acute zorg maakt het verschil of we de patiënt in gedachten hebben die met een acuut probleem zit of dat we de huisarts in gedachten hebben die (buiten kantooruren) heeft geoordeeld dat het door de patiënt gepresenteerde probleem niet urgent is. In het laatste geval kunnen we spreken over huisartsenzorg buiten kantooruren. Voor antwoorden op vragen over bereikbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid maakt het uiteraard verschil of we uitgaan van de acute vraag van de patiënt dan wel van huisartsenzorg buiten kantooruren. Het antwoord op de vraag of huisartsenzorg 24 uur per etmaal aangeboden moet worden c.q. bereikbaar moet zijn, geeft een andere uitkomst dan het antwoord op de vraag is of mensen 24 uur per etmaal ergens terecht moeten kunnen met een acute/urgente vraag over hun gezondheid.

Zoals gezegd is het dus van belang een onderscheid te maken tussen een acute zorgvraag en acute zorg.

In het advies *Acute zorg* uit 2003 spreekt de RVZ van een acute zorgvraag *als een patiënt/slachtoffer of omstander om onmiddellijke hulp vraagt in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert.*

In het advies *Acute zorg* spreekt de RVZ van acute zorg *wanneer zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aan-doening of een ongeval te voorkomen.*

Alle planbare zorg, zoals bijvoorbeeld de zorg en behandeling van iemand die een staaroperatie moet ondergaan, valt niet onder dit begrip (RVZ, 2003).

Er zijn nationaal en internationaal verschillende indelingen in gebruik om de mate van urgentie in de acute zorg aan te geven. Deze indelingen zijn gebaseerd op een oordeel over de toestand van vitale functies. In het advies *Acute zorg* uit 2003

presenteert de Raad een eigen indeling. Deze indeling gaat uit van de maximale tijd (van onmiddellijk tot enkele uren) waarbinnen moet worden ingegrepen om overlijden en irreversibele gezondheidsschade te voorkomen.

Tabel 2.2 Soorten acute zorg

Typering	Maximale tijd voor ingrijpen
Onmiddellijk levensbedreigend: I	Direct
Op korte termijn levensbedreigend: II	8 minuten
Potentieel levensbedreigend: III	30 minuten
Potentieel ernstig: IV	60 minuten
Sub-acute zorg: V	240 minuten

Bron: RVZ, 2003.

De in het schema genoemde typering I en II corresponderen met de in gebruik zijnde aanduidingen voor spoedritten in het ambulancevervoer, A1, de typering III met A2-ritten.

Soorten interventies bij acute zorg

Vanuit het perspectief van de te beantwoorden vragen in het advies Schaal en zorg is het verder nog van belang oog te hebben voor de verschillende soorten interventies die bij acute zorg aan de orde kunnen zijn. Neurochirurgische ingrepen bijvoorbeeld kunnen vanwege de benodigde expertise van het personeel en de benodigde apparatuur slechts in een beperkt aantal centra worden uitgevoerd. Dat geldt eveneens voor dotteren.

Tabel 2.3 Soorten interventies bij acute zorg

Typering	Uit te voeren door	Voorbeelden van activiteiten
Basic Life Support: elementaire reanimatie met eenvoudige technieken	Omstanders First responders Ambulanceverpleegkundige Huisarts SEH-medewerkers	Hartmassage, mond-op-mondbeademing, gebruik automatische uitwendige defibrillator (AED)
Advanced Life Support: uitgebreide reanimatie met complexere technieken	Ambulanceverpleegkundige MMT-medewerker SEH-medewerker Huisarts	Intubatie, defibrillatie, het geven van injecties
Advanced trauma life support, advanced cardiac life support, advanced pediatric life support	MMT-medewerker Medewerkers ziekenhuizen/-traumacentrum	Specifieke ingrepen: neurochirurgische ingrepen, dotteren

Bron: RVZ, 200.

Fasen van de keten van acute zorg

In het advies Acute zorg is verder een schematisch overzicht opgenomen van de fasen van de keten van acute zorg. Per fase wordt aangegeven welke hulpverleners en anderen betrokken kunnen zijn, welke acties noodzakelijk (kunnen) zijn en welke voorzieningen een rol spelen.

Schematische weergave keten acute zorg

Fase	Wie	Actie	Voorzieningen
Melding	Patiënt Omstanders Huisarts (Cpa-)centralist	Bellen 112 Indicatiestelling Urgentiebepaling en zododig triage Uitgifte ritopdracht	Telefoon Meldkamer/CPA
Aanwezigheid hulpverleners ter plaatse	First responders	Basic life support	Ambulanceregio's, toekomstige RAV, GHOR
	Ambulancebeman- ning	Advanced life sup- port	Ambulance
	MMT	Advanced trauma life support	Traumahelikopter of ambulance
Vervoer	Ambulance- bemanning	Verdere behandeling en stabilisatie	Ambulance
	Traumahelikopter	Verdere behandeling en stabilisatie	Traumahelikopter of ambulance
Zorginstelling	Medewerkers SEH- afdeling ziekenhuis	Verdere behandeling	SEH-afdeling zieken- huis
	Medewerkers overige afdelingen ziekenhuis	Verdere behandeling	Overige ziekenhuis- afdelingen
	Medewerkers trauma- centrum	Verdere behandeling	Traumacentrum

Bron: RVZ, 2003.

2.b Huisartsenzorg is iets anders dan acute zorg

Nodig is een duidelijke uitspraak van de kant van de overheid wat onder acute zorg moet worden verstaan. Allerlei termen worden door elkaar gebruikt. Wat opvalt is dat in relatie tot ziekenhuizen meestal wordt gesproken van spoedeisende hulp. Maar bedoelt de overheid wellicht toch acute zorg? Zolang een duidelijke uitspraak over termen achterwege blijft, blijft niet alleen de soms Babylonische spraakverwarring hierover bestaan. Het belemmert eveneens een zinvolle gedachtewisseling met de Tweede Kamer over dit onderwerp. In die gedachtewisseling (maar ook op ander plekken waar de discussie over acute zorg wordt gevoerd), lopen op zijn minst twee vragen door elkaar:

1. hoe staat het met de bereikbaarheid van de acute zorg, en
2. moet huisartsenzorg 24 uur per dag worden aangeboden c.q. bereikbaar/beschikbaar zijn?

Huisartsenzorg buiten kantooruren is in de optiek van de RVZ niet gelijk aan acute zorg. Dat laat onverlet dat huisartsen een rol kunnen spelen in de (keten van) acute zorg. Maar dat is dan meer als één van de mogelijk betrokken hulpverleners, naast ambulancehulpverleners of artsen/verpleegkundigen werkzaam op een spoedeisende afdeling/afdeling acute zorg van het ziekenhuis. Bekend is immers dat het overgrote deel van de vragen op de huisartsenposten en bij de zelfverwijzers op de SEH geen acute zorg behoeft.

Cijfers over huisartsen en acute zorg

De RVZ heeft in zijn advies in 2003 onderbouwd aangegeven dat een huisarts gemiddeld slechts 1 x per maand acute zorg levert. Cijfers uit 2007 wijzen in dezelfde richting (zie onder 4a). Maar wel beantwoordt de huisarts een groot deel van de (acute) zorgvragen van patiënten. Wel is het zo dat veel vragen van de patiënt ook niet acuut zijn in de zin dat die vragen het gevolg zijn van een situatie die plotseling ontstaat of verergert. Vandaar ook het voorstel van de RVZ voor de inzet van huisartsen op die ene locatie voor acute zorg. En de noodzaak een antwoord te geven op de vraag of huisartsenzorg 24 uur per dag moet worden aangeboden.

Van de mensen die zonder verwijzing van de huisarts op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis terechtkomen (de zogenoemde zelfverwijzers), blijkt 21 procent geen acute zorg nodig te hebben. Negenentwintig procent komt volgens de hulpverleners onterecht, maar bij deze groep is het invoelbaar dat ze komen. Vijftig procent komt terecht op de eerste hulp afdeling (IJzermans, 2002). Een deel van de hulp die gekwalificeerd zou kunnen worden als huisartsenzorg buiten kantooruren valt evenmin onder het begrip. Zo blijkt een groot deel van de bellers met een probleem te kunnen worden geholpen met een telefonisch advies, variërend van circa 29 tot circa 48procent (Van Uden c.s., 2003).

Voor de RVZ is duidelijk dat de snelheid waarmee moet worden ingegrepen om (verdere) gezondheidsschade te voorkomen het ijkpunt is. Als VWS het daarmee eens kan zijn, komt de vraag naar huisartsenzorg buiten kantooruren in een ander licht te staan. En ook de organisatie van de acute zorg/spoedeisende zorg in ziekenhuizen.

In onderstaande schematische weergave van de keten van acute zorg is het zeer wel denkbaar dat op een meldkamer of voor triage in ziekenhuizen huisartsen worden ingezet. Dat eerste is bijvoorbeeld in Denemarken het geval.

Figuur 1 Schematische weergave keten acute zorg

Fase	Wie	Actie	Voorzieningen
Melding	Patiënt Omstanders Huisarts (Cpa-)centralist	Bellen 112 Indicatiestelling Urgentiebepaling en zonodig triage Uitgifte ritopdracht	Telefoon Meldkamer/CPA
Aanwezigheid hulpverleners ter plaatse	First responders	Basic life support	Ambulanceregio's, toekomstige RAV, GHOR

	Ambulancebemann MMT	Advanced life support Advanced trauma life support	Ambulance Traumahelikopter of ambulance
Vervoer	Ambulancebemann Traumahelikopter	Verdere behandeling en stabilisatie Verdere behandeling en stabilisatie	Ambulance Traumahelikopter of ambulance
Zorginstelling	Medewerkers SEH-afdeling ziekenhuis Medewerkers overige afdelingen ziekenhuis Medewerkers traumacentrum	Verdere behandeling Verdere behandeling Verdere behandeling	SEH-afdeling ziekenhuis Overige ziekenhuisafdelingen Traumacentrum

Bron: RVZ, 2003.

Conclusie: Een duidelijke uitspraak van de overheid over wat onder acute zorg moet worden verstaan, zal ook de discussie over de financiering daarvan verder brengen.

In deze bijlage wordt verder aangesloten bij de door de RVZ gehanteerde begrippen in zijn advies Acute zorg.

2.c Het begrip acute zorg in het Nza rapport

Het Nza-rapport 'Met spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg' is in februari 2008 gepubliceerd. Het advies gaat in op de spoedeisende zorg die de meldkamer-112, de ambulancediensten, de huisartsen, de huisartsenposten (HAP's) en de spoedeisende hulpafdeling van ziekenhuizen (SEH's) leveren.

De Nza introduceert een nieuwe indeling voor de acute zorg: acute basiszorg (aanbieders: huisartsen, HAP's en SEH's), acute specialistische zorg (aanbieders: SEH's) en complexe specialistische acute zorg (aanbieders: traumacentra). De bekostiging/financiering van de acute specialistische zorg en de complexe specialistische zorg zal onderwerp vormen van de uitvoeringstoets deregulering ziekenhuis-bekostiging die nog moet plaatsvinden.

Acute basiszorg omvat volgens de Nza: de spoedeisende generalistische zorg die doorgaans door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts kan worden verleend. In de praktijk verlenen ook HAP's (in de ANW-uren) en SEH's (zowel overdag als in de ANW-uren) deze acute basiszorg⁴. Daardoor gaat het rapport van de Nza in belangrijke mate over huisartsenhulp (buiten kantooruren), maar laat de acute zorg zoals gedefinieerd door de RVZ in belangrijke mate inhoudelijk buiten beschouwing.

Opmerkelijk is bijvoorbeeld dat de Nza ambulancehulp niet tot de acute zorg rekent. Feitelijk, maar ook in de beleving van veel mensen, doet de ambulancehulpverlening meer dan stabilisatie en vervoer, één van de door de Nza onderscheiden

functies (zie hierna). Ambulancehulpverleners stellen medische diagnoses⁵, doen onderzoek (bijvoorbeeld een ECG) en starten behandelingen (bijvoorbeeld het toepassen van trombolyse bij bepaalde ECG-bevindingen). Ambulancehulp niet tot de acute zorg rekenen miskent de mogelijkheden om gezondheidswinst te boeken en (toekomstige) ontwikkelingen als ICT en e-health hiervoor te benutten (zie onder punt 3).

In het Nza-rapport is gekozen voor een benadering die uitgaat van de aanbieders van zorg c.q. zorgmarkten. Het vertrekpunt voor het RVZ-advies is echter de acute zorgvraag van de patiënt en de te behalen gezondheidswinst door een andere organisatie van de zorg. Anders dan de Nza komt de RVZ vanuit die optiek tot de conclusie dat de huisarts geen acute zorg verleent in de strikte betekenis van het woord. Voor het beantwoorden van de acute vragen van de patiënt (zoals gedefinieerd door de RVZ, zie hierboven) zou één een telefonische toegang moeten zijn en één locatie waar mensen fysiek met vragen terecht kunnen. De Nza heeft acute zorg (in navolging van Plexus) onderscheiden in de volgende functies: de telefonische toegang en regie met de nadruk op regie van de acute zorgketen (meldkamer ambulancezorg (112), de telefonische toegang en regie met de nadruk op zorginhoudelijke triage (telefonische toegang tot zorgaanbieders zoals de huisarts en de HAP), het spoedvervoer en stabilisatie (de ambulancevoorziening), de acute basiszorg (de huisarts, de HAP en de SEH), de acute specialistische zorg (de SEH) en de complexe specialistische acute zorg (vooral de traumacentra)⁶.

Het Nza-rapport bevat aanbevelingen voor financiële prikkels voor een andere organisatie van de zorg door tarieven voor consulten acute basiszorg op de SEH en de huisartsen/HAP's gelijk te trekken (en de risicodragendheid van verzekeraars gelijk te trekken).

Verder zegt de Nza dat het in geval van acute zorg moeilijk is voor de verzekeraar om hun verzekerden bij de keuze van een bepaalde aanbieder te beïnvloeden. De vraag is natuurlijk of patiënten die in nood verkeren daaraan behoefte hebben. Maar dat hangt uiteraard van de definitie van acute zorg af. Bij een RVZ-definitie van acute zorg (waarbij de patiënt het vertrekpunt vormt en de tijd van interventie bepalend is voor overleving/gezondheidswinst, als het gaat om leven of dood of het beperken van ernstige gezondheidsschade) zal de patiënt geen behoefte hebben aan keuze. Beschikbaarheid en paraatheid zijn dan centrale kenmerken.

3. De 8 minuten norm voor ambulancezorg

Door de planningsnorm voor ambulances te baseren op (internationale) professionele normen zou die verlaagd moeten worden van 15 naar 8 minuten. Vooral voor hartinfarctpatiënten is aangetoond dat daarmee behoorlijke gezondheidswinst behaald kan worden (TNO, 1996 en RVZ achtergrondstudie Acute zorg, 2003).

Tot nu toe laat de overheid het aan de sector over de planningsnorm bij te stellen. Zo stelde de minister bij de behandeling van het wetsvoorstel ambulancezorg in maart 2006: 'Om de ambulancezorg van 15 minuten naar 8 minuten terug te brengen is opnieuw een exponentiële groei van het macrobudget nodig. Een dergelijke groei lijkt me op dit moment niet opportuun'. Om die reden werd een daartoe strekkende motie ontraden (Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 29 835, nr. 38, 8).

Begin 2008 zegt de minister de Tweede Kamer toe met een nadere onderbouwing van de 15 minuten te komen (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr. 57, 5).

Vanuit een oogpunt van te behalen gezondheidswinst en kwaliteit van zorg is het zonneklaar dat zo snel als mogelijk moet kunnen worden ingegrepen. Er zijn geen redenen/argumenten te bedenken waarom de RVZ terug zou komen op het eerder ingenomen standpunt: 8 minuten moet de norm zijn waarbinnen ambulancehulpverlening (eventueel per (motor)fiets) ter plekke is.

Mocht VWS zich op het standpunt blijven stellen dat de financiële middelen daarvoor niet beschikbaar komen, valt te overwegen de brandweer meer structureel in te zetten als *first responder*. Voor de brandweer geldt namelijk wel, wettelijk vastgelegd, een opkomsttijd van 8 minuten, hoewel de minister van BZK voornemens is een bandbreedte voor opkomsttijden voor de brandweer vast te leggen in het bij de Wet Veiligheidsregio's behorende Besluit Veiligheidsregio's⁷.

8 minuten en kwaliteit

Algemeen wordt aangenomen dat de tijdsfactor in de acute zorg (mede)bepalend is voor het resultaat van de zorg. In dat verband wordt vaak gesproken over 'het gouden uur', waarin een aantal essentiële handelingen moet worden verricht. Bij een hartstilstand is duidelijk dat reanimatie binnen enkele minuten letterlijk van levensbelang is. Cijfers in de achtergrondstudie(s) bij het advies acute zorg uit 2003 maken dat duidelijk (zie bijvoorbeeld tekst hieronder in kader).

In een vergelijkend Europees onderzoek worden voor hartstilstanden met getuigen aanmerkelijk hogere overlevingspercentages bij ziekenhuisontslag gevonden: Bonn 21procent, Göttingen 33 procent, Helsinki 23 procent, Reykjavik 23 procent en Stavanger 35 procent. De conclusie van deze vergelijkende studie is dat veel Europese systemen van spoedeisende medische hulp (EMS=Emergency Medical Services) buitengewoon goede resultaten bereiken in termen van overleving bij een hartstilstand buiten het ziekenhuis. De resultaten moeten wel voorzichtig geïnterpreteerd worden gezien de relatief kleine patiëntenaantallen en verschil in definitie en methodologie.⁸

Uit deze internationaal vergelijkende studie blijkt, dat voor AMI met getuigen overlevingspercentages tussen de 20 en 35 procent mogelijk zijn, met in vergelijking 11 procent voor Amsterdam. Wanneer er sprake was van ventrikelfibrilleren werden in verschillende Europese steden zelfs overlevingspercentages van 40 tot 55 procent gerealiseerd in vergelijking met 15 procent voor Amsterdam.

Bron: RVZ, 2003.

Naast een pleidooi voor een training in *reanimatiehandelingen* aan lekenomstanders en *first responders* én een brede introductie van de *Automatische Externe Defibrillatie* (AED) voor getuigen en *first responders*, hebben bovenstaande cijfers onder meer geleid tot de aanbeveling de aanrijtijd voor ambulances te verlagen van 15 naar 8 minuten.

Gedifferentieerde inzet van mensen en middelen

Verder zou binnen die acht minuten ruimte moeten zijn voor een gedifferentieerde inzet van mensen en middelen. Zo valt in sommige situaties te denken aan de inzet

van fietsambulances en motorambulances. Het gaat er om dat een gekwalificeerde hulpverlener zo snel mogelijk ter plekke is.

In Londen wordt van april tot november de fietsambulance ingezet vanwege de verkeersdrukke en de vele voetgangers-domeinen. De fietsen zijn uitgerust met zwaailichten en sirene, defibrillators en andere levensreddende benodigdheden. Tussen april en november 2002 beantwoordde de fietsambulance 100 procent van de spoedoproepen binnen acht minuten, met een gemiddelde responstijd van zes minuten. Voor de helft van de gevallen waarin zowel de fiets als een ambulance op pad werden gestuurd, kon de ambulance afgebeld worden, die daardoor weer beschikbaar was voor spoedoproepen en spoedvervoer.
Bron: London Ambulance Service, Annual Report 2002.

Inzet ICT en e-health

Ook kan de inzet van ICT en e-health voorzieningen de kwaliteit van de acute zorg verder verbeteren. Technisch is het mogelijk dat de ambulancehulpverlener onder leiding van een medisch specialist in het beoogde gespecialiseerde ziekenhuis alvast de meest aangewezen behandeling begint. Bij de presentatie van het RVZ-advies in 2003 heeft de Universiteit Twente in een demonstratie laten zien hoe een camera, bevestigd op het hoofd van de hulpverlener, het mogelijk maakt beelden en gegevens door te sturen. De medisch specialist kan op basis daarvan aanwijzingen geven over de meest adequate behandeling op dat moment.

Scheiding van spoed- en besteld vervoer

Ook een scheiding van spoed- en besteld vervoer in de ambulancezorg is door de RVZ aanbevolen om sneller ter plekke te kunnen zijn. Daardoor komt namelijk capaciteit vrij voor spoedvervoer en zijn minder volledig uitgeruste ambulances nodig. De te behalen doelmatigheidswinst is door de RVZ berekend op tussen de 9 en 18 miljoen euro.

Snellere hulp kan ook gerealiseerd worden door de inzet van meer helikopters. Om die reden heeft de RVZ in zijn advies een extra helikopter bepleit (kosten: twee miljoen euro).

4 De keten van acute zorg

4a Acute zorgketen overdag niet anders dan in de avond, nacht en weekend

Een te beantwoorden vraag is of de keten van acute zorg 24 uur per dag dezelfde is/moet zijn. Of moet een onderscheid gemaakt worden tussen bijvoorbeeld de keten van acute zorg overdag en die in de avond, nacht en weekend?

Denkbaar is namelijk ook dat patiënten met acute vragen overdag de huisarts bellen. Op basis van het RVZ-advies (RVZ, 2003) en gegevens uit 2007 over het aantal keren dat door huisartsen overdag acute zorg wordt geleverd (zoals door de RVZ gedefinieerd), totaal 7 acute patiënten uit 17 praktijken, moet dat niet wenselijk worden geacht. De te behalen gezondheidswinst zal minder zijn. Bovendien is dan de publiekscommunicatie over wat te doen bij acute klachten gecompliceerder.

Ook het aantal patiënten voor spoedzorg door de huisarts (de huisarts ziet de patiënt binnen het uur) is overdag gering: totaal 24 patiënten voor spoedzorg verdeeld over 17 praktijken⁹.

4.b De acute zorgketen op hoofdlijnen

Als de keten van acute zorg 24 uur per dag dezelfde moet zijn, is een vergaande, maar wel logische, beslissing om de huisartsendienstenstructuren op te heffen dan wel, zoals eerder door de RVZ aanbevolen te integreren met de afdelingen SEH in ziekenhuizen. In plaats daarvan komt één locatie voor acute zorg waar mensen fysiek terecht kunnen met hun acute vragen (de telefonische bereikbaarheid van de acute zorg loopt via 112, zie verderop). Eventueel gecombineerd met een Acute Opname Afdeling zoals in Heerlen (zie eveneens hierna).

Voor acute zorg (zoals gedefinieerd door de RVZ) is de snelheid waarmee hulp moet worden geboden doorslaggevend. Als ingrijpen geen uitstel duldt, is het ambulancepersoneel (of brandweer, zie hieronder) snel ter plekke. Naast de ambulancechauffeur en verpleegkundige zou het ambulancepersoneel desgewenst ook kunnen bestaan uit (huis)artsen. Zo nodig wordt beslist naar welk ziekenhuis de patiënt moet voor verdere behandeling. De veronderstelling daarbij is dat duidelijk is welke ziekenhuizen welke patiënten (met welke specifieke ingrepen) kunnen behandelen. Voor traumapatiënten zijn daar al afspraken over (indeling in level I, II of III ziekenhuizen, afhankelijk van de aard van het letsel). Ook voor patiënten met een CVA, en waarschijnlijk nog voor een aantal andere categorieën patiënten, is het noodzakelijk dat de mogelijkheid om te behandelen volgens de professionele standaard maatgevend is voor een beslissing over waar de patiënt naar toe vervoerd moet worden (denk aan de beschikbaarheid van neurologen, dotterfaciliteiten, capaciteit op de IC, neonatologie).

In het algemeen ziekenhuis zou (net als in Heerlen) een acute en electieve patiëntenstroom onderscheiden moeten worden. Op de afdeling acutezorg is een mix van personeel voorhanden, artsen (specialisten en desgewenst ook huisartsen), verpleegkundigen (waaronder nurse practitioners, verpleegkundig specialist voor de ggz), paramedisch personeel (in verband met röntgen, lab, etc) en administratief personeel. Bezoeken aan huis door een (huis)arts als dat nodig (of eventueel nurse practitioner acute zorg) worden vanuit die ene locatie verzorgd (op aanwijzing van de triagist van 112). Een andere mogelijkheid is dat (huis)artsen dit in concurrentie aanbieden met de onlangs gelanceerde plannen voor SOS-artsen.

Omdat de facto meer dan 98 procent van de bevolking een SEH binnen 25 (auto)minuten kan bereiken, is de bereikbaarheid (ruim) binnen de WTZi-norm van 45 minuten, als ambulancehulpverleners op tijd ter plekke kunnen zijn.

Aparte financiering van de beschikbaarheid en paraatheid van de acute zorg, zoals door de RVZ bepleit, zal daarmee een stuk eenvoudiger worden. Niet alleen eenvoudiger, ook doelmatiger. In zijn advies uit 2003 heeft de RVZ berekend dat integratie van huisartsenpost met SEH's een besparing kan opleveren van ongeveer 75 miljoen euro.

Verdere rationalisering van de inzet van personeel en middelen lijkt goed mogelijk. Een in 2005 door Schrijvers¹⁰ uitgevoerd onderzoek in de provincie Utrecht bevestigt nogmaals de mogelijkheid en noodzaak van sanering van acute zorg (zoals door de RVZ gedefinieerd): in de meetweek van het onderzoek hebben per nacht tien

patiënten contact met een huisartsenpost en vier met een SEH. De onderzoeker stelt de vraag welke betekenis deze geringe aantallen hebben voor beleidsmakers voor het open houden van het aantal huisartsenposten en SEH's.

In 2006 en 2007 is dit onderzoek herhaald. Uit de cijfers van de meetweek in 2007 blijkt dat tussen 00.00 en 08.00 uur zich per huisartsenpost gemiddeld 12 patiënten melden en per SEH gemiddeld 14¹¹. De conclusie van de onderzoekers is eind 2007 dat de patronen van zorggebruik per dag en per dagdeel constant is. Spoedzorg is daardoor goed planbaar voor grotere gebieden. Als het op die manier georganiseerd zou worden is er minder behoefte aan reserve capaciteit van telefoonwachten, voor aansturing huisartsvisiteauto's, ambulance standplaatsen en voor SEH's¹².

4. c Telefonische bereikbaarheid

Eén telefoonnummer bij acute klachten is wat de RVZ in 2003 voor ogen staat. Een samenhangende afhandeling van meldingen voor spoedeisende huisartsen- en ambulancezorg is volgens de RVZ wenselijk. Evenals één landelijk triagesysteem.

Van één telefoonnummer is het (nog) niet gekomen. Naar aanleiding van de uitkomsten van het vervolgonderzoek van de IGZ in 2004 naar de telefonische bereikbaarheid van huisartsenposten, wijst de minister er op dat hij het toezicht via de IGZ op de posten die onder de maat presteren heeft verscherpt. De IGZ spreekt die posten nu dwingend aan op verbeteractiviteiten en zal ze scherp blijven volgen. De minister is (in januari 2008) van mening dat VWS daarmee haar verantwoordelijkheid heeft genomen voor het verbeteren van de kwaliteit en (telefonische) toegankelijkheid van alle huisartsendiensten¹³. Of dat voldoende is, is nog maar de vraag. Daar valt wel iets meer over te zeggen. Zie hierna.

Wel is de minister van mening dat de toegankelijkheid van de acute zorg in die gevallen waar geen sprake is van direct levensgevaar, moet worden vergroot. Voor de patiënt zal het in de toekomst direct duidelijk moeten zijn hoe de acute zorg telefonisch bereikbaar is. Ook kan de triage bij de acute zorg verder worden geprofessionaliseerd zodat het voor de uitkomst van het triageproces niet van belang is op welke plek de acute zorgketen wordt benaderd. Om te komen tot verbetering van de telefonische toegankelijkheid van de acute zorg is een landelijk onderzoek gestart. Aan de hand van het resultaat van dit onderzoek zal de minister de Tweede Kamer informeren over de wijze waarop hij dat zal stimuleren (brief januari 2008¹⁴).

Telefonische bereikbaarheid en kwaliteit (van de triage)

In het buitenland is de trend om de telefonische triage grootschalig te organiseren^{15,16}. Of dat ook in Nederland kan, hangt onder meer af van de verdere behandeling van de Wet ambulancevervoer en de Wet op de Veiligheidsregio's. Op dit moment wordt uitgegaan van 25 regio's met 25 gecolocoerde/geïntegreerde meldkamers voor politie/brandweer en ambulancehulp. De aantallen telefoontjes laten zien dat er geen 25 meldkamers nodig zijn voor de acute zorg. Eerder is wel door de RVZ berekend dat 1 centrale genoeg zou kunnen zijn. Dit op basis van het aantal telefoontjes dat door het NHS direct systeem wordt verwerkt.

Een grootschalige organisatie van de telefonische triage zou mogelijkheden bieden om ook de kwaliteit te verbeteren en tegelijkertijd de doelmatigheid. Zo laat een (internationaal vergelijkend) onderzoek zien dat triage door huisartsen en verpleegkundigen resulteert in een aanzienlijke reductie van het aantal praktijkconsulten

door de huisarts. Triage door de praktijkassistente betekent meer praktijkconsulten. “De huisarts kan door zelf telefonisch te triageren 50 tot 72 procent van de consultverzoeken exclusief telefonisch afhandelen. Op langere termijn resulteert dit in 39 procent minder praktijkconsulten. Triage door geschoolde verpleegkundigen (in combinatie met een kleinekwalenspreekuur) levert een reductie van 29 tot 40 procent van de praktijkconsulten door de huisarts op. Het beperkte Nederlandse onderzoek toonde bij triage door praktijkassistenten (in combinatie met een assistentspreekuur) een reductie van 10 procent van de praktijkconsulten”¹⁷.

In Nederland ontbreekt systematisch onderzoek naar de effecten van telefonische triage. Afgaand op buitenlands onderzoek moet worden aangenomen dat telefonische triage (door verpleegkundigen buiten kantooruren) veilig is/kan zijn^{18, 19}, maar er blijven nog veel vragen over^{20, 21}. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in 2003 de triage op de huisartsenposten (HAP's) in kaart gebracht. Het oordeel van de IGZ: door onvoldoende triage lopen patiënten het risico om niet de juiste zorg op het juiste moment te krijgen. In 2006 herhaalt de IGZ het onderzoek naar de kwaliteit van de HAP's. Over de hele linie worden verbeteringen geconstateerd, maar onder meer ten aanzien van de triage blijft de inspectie kritisch. Zo vindt de inspectie dat er zeker voor spoedoproepen onvoldoende waarborgen zijn voor het verantwoord uitvoeren van triage. Het ontbreekt aan opleidings- en vakbekwaamheidseisen voor de triagist. Triagisten op de huisartsenpost zijn in 2003 voornamelijk doktersassistenten (78 procent) en verpleegkundigen (20 procent)²².

Andere Nederlandse onderzoeksgegevens over (kwaliteit van) triage op de huisartsenposten laat zien dat schaalvergroting geen verandering teweegbrengt in de omvang van de zorgvraag. Wel is eveneens een reductie van het aantal visites door huisartsen en minder telefonische consulten afhandelen door huisartsen te constateren²³. Het aantal patiënten per fulltime equivalente huisarts hangt echter nauwelijks samen met de wijze waarop de praktijk is georganiseerd. Alleen in praktijken waar assistenten zelfstandig adviezen geven, hebben de huisartsen significant meer patiënten per fte²⁴.

4.d Huisartsen/huisartsenposten

De minister ziet geen noodzaak de 15 minuten bereikbaarheidsnorm uit de ambulancezorg op een breder terrein van de acute zorg van toepassing te laten zijn. Het blijft daardoor onduidelijk welke rol de overheid ziet voor huisartsen in de bereikbaarheid van de acute zorg. De RVZ heeft in zijn advies Acute zorg aangegeven op termijn voor de huisarts in de acute zorg die binnen 30 minuten ingrijpen vereist, anders dan als first responder, geen rol te zien. Ook de Nza constateert dat het onduidelijk is wat de status is van de verplichting van de huisarts om 24 uur per dag acute zorg te leveren²⁵.

De minister laat het ook hier aan partijen in het veld over, waarbij verzekeraars geacht worden de acute zorg zo in te kopen dat die doelmatig kan worden aangeboden. In de wijze waarop patiënten toegang tot acute zorg krijgen, in de organisatie van de behandeling en ook in de organisatie van het acute zorgvervoer zit nog te veel overlap. Lokaal zal moeten worden bezien welke organisatie van de acute zorg op dat moment doelmatig en klantgericht is²⁶.

Het komt volgens betrokkenen regelmatig voor dat zowel de huisarts als de ambulance bij een patiënt komen voor het verlenen van acute zorg. De huisarts beslist bij een telefonische melding of hij zelf gaat dan wel dat een ambulance wordt ingeschakeld.

Wel heeft de huisarts toestemming nodig van de meldkamer om met zwaailicht en sirene te mogen uitrukken. Maar de beslissing om zelf te gaan dan wel een ambulance te sturen ligt bij de huisarts. Nog lang niet in alle regio's zijn hierover goede afspraken gemaakt²⁷.

Binnen de kring van huisartsen wordt vers chillend gedacht over wat de rol zou moeten zijn van de huisartsen. De LHV pleit voor behoud en versterking van de cruciale rol van de huisartsenzorg binnen de acute zorg. Daarvoor moeten de randvoorwaarden waaronder huisartsen acute zorg bieden verbeteren. Overdag wordt de acute zorg vanuit de eigen huisartsenvoorziening geleverd. Gedurende ANW-uren wordt acute zorg vanuit de dienstenstructuur geleverd waarvan de huisarts deel uitmaakt, van kleinschalige waarneemgroep tot een geïntegreerd centrum voor spoedzorg waarbij sprake is van vergaande samenwerking tussen huisartsenpost en spoedeisende hulpafdeling van het ziekenhuis. Belangrijk is dat huisartsen zelf kunnen kiezen hoe zij deze zorg willen organiseren: grootschalig of kleinschalig²⁸.

Maar er zijn huisartsen die er anders over denken. Rond het verschijnen van het RVZ-advies liet de 'Club van Honderd' van zich horen met 'Het Manifest 2004', ondertekend door zo'n 870 huisartsen. Kern van hun betoog is dat zij vinden dat huisartsenzorg DAGzorg is. De huisarts kan een belangrijke rol spelen in de ANW zorg, maar dat moet een vrijwillige keuze zijn²⁹. Ook individuele huisartsen laten van zich horen: "Het moge duidelijk zijn dat er in mijn ogen geen plaats meer is voor de HDS. Laten we ze na 5 jaar experiment maar feestelijk opdoeken. De doktersassistenten zullen hopelijk werk vinden, doordat de huisartsenpraktijken meer werk krijgen door de uitgebreidere openingstelling. De HDS-managers, die zorgen ongetwijfeld wel voor zichzelf. Op sommige plekken zal en misschien tijdens de nacht nog een klein HDS-je blijven bestaan. De tijd zal dat leren"³⁰.

De onvrede die bij veel mensen zou bestaan over de slechte bereikbaarheid van huisartsen leidt inmiddels tot plannen voor spoedartsen. De organisatie SOS Arts wil per 1 september 2008 mensen helpen die ongeacht het tijdstip in noodgevallen binnen een uur arts aan huis willen hebben (Volkskrant, AD en Telegraaf 12-02 2008). De reacties uit de medische wereld zijn sceptisch of ronduit afwijzend. Volgens Zorgverzekeraars Nederland verdient het de voorkeur de bereikbaarheid te verbeteren binnen de bestaande structuren van huisartsenposten en huisartsenpraktijken. De Landelijke Huisartsen Vereniging vindt het onwenselijk dat er 'twee soorten huisartsenzorg naast elkaar komen' en zorgverzekeraar VGZ ziet geen heil in 'nog een partij erbij voor de patiënt'.

4.e Ziekenhuizen

In de beleidsregels acute zorg van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) is een norm opgenomen dat in urgente gevallen patiënten binnen 3 kwartier (inclusief het inschakelen van de ambulance) in een ziekenhuis behandeld moeten kunnen worden. Het regionaal overleg acute zorg, dat onder voorzitterschap van het ziekenhuis met erkenning traumazorg wordt georganiseerd, is de plek om te bewaken dat er geen 'witte' vlekken in de bereikbaarheid ontstaan. De facto kan meer dan 98 procent van de bevolking een SEH binnen 25 (auto)minuten bereiken³¹.

Dat niet alle veldpartijen staan te trappelen om voortvarend aan de slag te gaan met het organiseren van een keten van acute zorg blijkt onder meer uit de rapportage 'stand-van-zaken Regionaal Overleg Acute Zorgketen – zomer 2007', opgesteld

door de landelijke koepel voor traumacentra. De rapportage geeft inzicht in de vorderingen die in de 10 regio's gemaakt worden met het vorm en inhoud geven van het ROAZ. Zie voor de resultaten van dit overleg het gestelde onder punt 1 van deze bijlage.

In het advies in 2003 heeft de RVZ aangegeven voorstander te zijn van een *scheiding tussen acute en electieve zorg*. Omdat daarmee zowel voordelen voor de acute zorg als de electieve zorg te behalen zijn (zonder extra personeel of geld). In het advies heeft hij het voorbeeld aangehaald hoe op de OK's in het Erasmus Medisch Centrum een scheiding van acuut en electief is doorgevoerd, met een gunstig effect voor beide patiëntencategorieën.

Dat de bereikbaarheid van de acute zorg in de praktijk ook daadwerkelijk te verbeteren is door een scheiding tussen acute en electieve patiëntenzorg aan de poort, laat een verslag zien in Medisch Contact van februari 2008. Daarin wordt verslag gedaan van hoe dit in Atrium MC Parkstad Heerlen is gerealiseerd en wat daarvan de resultaten zijn. Zo is snellere diagnostiek, behandeling en betere doorstroming op de SEH-afdelingen mogelijk. Verder is ook de opnamecapaciteit voor acute patiënten verbeterd. Ook op andere punten komt de scheiding van patiëntenstromen de kwaliteit ten goede (zie hierna)³².

Bereikbaarheid ziekenhuizen en kwaliteit

Een betere bereikbaarheid draagt bij aan een betere kwaliteit van zorg. Maar eerder is al aangegeven dat de bereikbaarheid in de zin van afstand in kilometers of in tijd niet alleen/altijd bepalend is voor kwaliteit van de acute zorg in ziekenhuizen. Een norm van 45 minuten zoals in de Wtzi is vastgelegd, moet dan ook met verstand worden toegepast³³.

Het is in het algemeen wel duidelijk dat specifieke ingrepen als neurochirurgische operaties niet overal plaats kunnen vinden. Dat de zorg voor patiënten met brandwonden vanuit kwaliteitsoverwegingen in enkele centra is geconcentreerd, zal de burger begrijpen. Voor zware traumapatiënten zien we een vergelijkbare ontwikkeling. Ook voor andere patiëntencategorieën moet dat volgens de RVZ gebeuren. Naast de medische urgentie, zijn ook factoren als de mate van kapitaalsintensiteit, mate van specialisatie, omvang van de doelgroep en frequentie van de zorgvraag van belang voor het aantal plaatsen waar zorg verleend kan worden en de spreiding daarvan (RVZ, 2003).

Naast afstand kan een ook andere organisatie bijdragen aan de kwaliteit van acute zorg in ziekenhuizen. Zo wordt vanuit Heerlen gemeld dat naast winst in patiëntlogistiek, ook de gewenste kwaliteit van zorg wordt gerealiseerd: Patiënten krijgen de juiste zorg op het juiste moment en opname, diagnostiek en behandeling verlopen sneller. Het aantal onnodige opnamen en onderzoeken vermindert, de opnameduur is korter en het personeel heeft nu een beter georganiseerde werkomgeving. Ook is er een toename van de verpleegkundige kennis en het werkhuisisme. Organisatorisch gezien is het opnameproces gestroomlijnd, het aantal bedden verminderd, is de opnamecapaciteit voor acute patiënten nu voldoende en zijn er mogelijkheden ontstaan om zorgpaden voor acute zorg te maken³⁴.

Ook het kabinet legt een relatie tussen bereikbaarheid en kwaliteit. Zo heeft de minister recent aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd een beschikbaarheidsvergoeding te berekenen (de oude specifieke beschikbaarheidstoelage voor kleine ziekenhuizen wordt vervangen door een algemene beschikbaarheids-

vergoeding). In de aanwijzing aan de NZa heeft de minister daarvoor een aantal criteria geformuleerd die met kwaliteit te maken hebben.

Criteria om in aanmerking te komen voor beschikbaarheidsvergoeding:

- de aanbieder van medisch specialistische zorg zal moeten voorzien in een gekwalificeerde bezetting van de SEH in de ANW-uren;
- daarnaast moet de aanbieder van medisch specialistische zorg klinische zorg aanbieden door minimaal de 8 poortspecialismen in huis te hebben.

Deze specialismen fungeren als achterwacht³⁵.

Alle aanbieders die aan deze criteria voldoen, komen in aanmerking voor de beschikbaarheidsvergoeding. De minister wacht het advies van de NZa af en zal de Tweede Kamer hierover nader informeren in de brief die hij in het voorjaar aan de Kamer zal sturen over de vraagstukken van bereikbaarheid en kwaliteit.

Het is echter de vraag of deze criteria voldoende rekening houden met de praktijk van de acute zorg en met toekomstige ontwikkelingen. Zo lijken het ontstaan van ZBC's waar bijvoorbeeld alleen cardiologische ingrepen worden verricht niet meer mogelijk te zijn. Er moeten immers 8 poortspecialismen te zijn, hoewel een zelfstandige ZBC voor bijvoorbeeld hartproblemen uit een oogpunt van kwaliteit mogelijk zou kunnen zijn. De poortspecialismen waarover een ziekenhuis moet beschikken zijn: interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, neurologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde en cardiologie. Maar niet duidelijk is wat met gekwalificeerde bezetting van SEH's wordt bedoeld.

Zo vindt de inspectie in 2004 dat alle ziekenhuizen op korte termijn ervoor moeten zorgen dat op een afdeling SEH 24 uur per dag een bekwaam arts beschikbaar is die tenminste twee jaar ziekenhuiservaring heeft. Bovendien moet op korte termijn gekomen worden tot een erkenning van het specialisme van SEH-arts. De ziekenhuizen zouden de norm van ten minste twee jaar ziekenhuiservaring over ongeveer een halfjaar moeten invoeren.

5. Financiering van de acute zorg

De RVZ is (blijft) van mening dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute zorg aparte financiering behoeft. Het paraat hebben van personeel (en middelen) kost nu eenmaal geld.

Wel kunnen de kosten van paraatheid en beschikbaarheid in de hand worden gehouden bij de juiste financiële prikkels. Het is overigens evident dat daarom eerst uitspraken nodig zijn over wat we onder acute zorg verstaan. Is dat bijvoorbeeld inclusief of exclusief huisartsenzorg buiten kantooruren? Als de overheid zou kiezen voor één locatie acute zorg (zie hierboven), zouden bijvoorbeeld de financiële middelen voor beschikbaarheid van de huisartsen buiten kantooruren c.q. de gelden voor de huisartsendienstenstructuren (nu verdisconteerd in het tarief van de huisarts?) beschikbaar kunnen komen voor de financiering van de acute zorg. Schaaloverwegingen zijn in het advies Acute zorg (RVZ, 2003) de revue gepasseerd en hebben geleid tot het voorstel tot vermindering van het aantal SEH's bij een gelijkblijvende bereikbaarheid. Zie ook onder punt 2 over een verdergaande reorganisatie van de keten van acute zorg.

Verder lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat er ook geen 25 meldkamers nodig zijn voor de acute medische hulpverlening. Ook hier zouden, door een andere organisatie, financiële middelen kunnen vrijkomen. Maar zolang de discussie over de veiligheidsregio's met geïntegreerde meldkamers politiek niet wordt beslist, lijkt een rationeel debat over verdere sanering (grootschaliger organiseren) van de telefonische triage bij voorbaat kansloos door de vele belangen van uiteenlopende partijen. Uit een oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid is er veel voor te zeggen.

En uiteraard is het komende rapport van de NZa over de beschikbaarheidstoelage voor (kleine) ziekenhuizen van belang. Daarbij is overigens nog wel de vraag hoe en of de door de minister meegegeven criteria voor beschikbaarheidsvergoedingen realistisch/wenselijk zijn. Daarover geeft het eerder genoemde rapport van de NZa nog geen uitsluitsel omdat de bekostiging/financiering van de acute specialistische zorg en de complexe specialistische zorg onderwerp vormt van de uitvoeringstoets deregulering ziekenhuisbekostiging.

6. Communicatie-offensief over de kwaliteit van de acute zorg

De overheid zal de burger duidelijk moeten maken dat het in zijn belang is dat hij niet voor alle aandoeningen bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis terecht kan. De kwaliteitsstandaarden staan dat niet toe. Duidelijk moet zijn dat de mogelijkheid om te *behandelen volgens de professionele standaard maatgevend* is voor een beslissing over waar de patiënt naar toe vervoerd moet worden (denk aan de beschikbaarheid van neurologen, dotterfaciliteiten, capaciteit op de IC, neonatologie). De professionele norm moet uiteraard ook maatgevend zijn in de periode die daaraan vooraf gaat (triage, hulpverlening ter plekke, vervoer).

Tegelijkertijd moet worden gecommuniceerd dat burgers van snelle en kwalitatief betere professionele hulp verzekerd kunnen zijn als het er echt op aankomt. Het is dus van belang dat burgers worden geïnformeerd dat zij soms - juist om reden van kwaliteit - bijvoorbeeld beter niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht kunnen worden, maar beter naar een voor hun acuut probleem gespecialiseerd centrum.

Gegevens over de kwaliteit van zorg zullen een belangrijke rol moeten spelen. Dat betekent dat gegevens over de uitkomsten van de acute zorg openbaar moeten zijn.

Anno 2006 wordt er gediscussieerd over hoe, niet meer of iets openbaar moet. In een recente discussie over oncologische indicatoren lukte het niet meer om iemand te vinden die publiekelijk het standpunt wilde verdedigen dat verschillen in de resultaten bij kankerzorg (die er wel zijn) vertrouwelijk moesten blijven. Dat was drie jaar geleden wel anders.

Professionals ontdekken ook dat je wat kunt bereiken als je vakgebied opgenomen is in de set prestatie-indicatoren. Aandacht in de basisset betekent ook dat het ziekenhuis iets met je moet doen als je niet goed scoort. Soms betekent dat extra mogelijkheden, bijvoorbeeld meer investeringen.

Bron: Speech Inspecteur-generaal Van der Wal op 11 december 2006 in Den Haag bij het aanbieden van het rapport 'Het resultaat telt' aan minister Hoogervorst.

De IGZ zou meer druk kunnen zetten op betrokkenen (in samenspraak met wetenschappelijke verenigingen) om te zorgen dat prestatie-indicatoren voor de acute zorg bij voorrang worden ontwikkeld. En die vervolgens meer bekendheid (te laten) geven.

7. Schematisch overzicht actuele standpunten

In onderstaande tabel zijn actuele standpunten samengevat ten aanzien van de verschillende schakels in de keten van acute zorg, ontleend aan bovenstaande beschrijvingen, met in gedachten de onderwerpen die in het advies Schaal en zorg mogelijk aan bod moeten komen.

Telefonische toegang	Bereikbaarheid	Niet optimaal
	Kwaliteit	Verbeteringen mogelijk, maar minister wil resultaten landelijk onderzoek afwachten
8 minuten norm voor ambulancehulp		Minister komt in het voorjaar met onderbouwing voor de veldnorm van 15 minuten
Huisartsen	Bereikbaarheid	Onduidelijkheid over rol huisartsen in acute zorg Huisartsen zelf zijn verdeeld 15 minuten norm is niet van toepassing op huisartsen Burgers zijn ontevreden (SOS-artsen)
	Kwaliteit	
Ziekenhuizen	Bereikbaarheid	Wtzi norm van 45 minuten voor 98 procent van de bevolking in de praktijk gerealiseerd, 98 procent kan zelfs binnen 30 minuten in ziekenhuis zijn
	Kwaliteit	Afspraken over verdeling van patiënten (op basis van kwaliteit) komen moeizaam tot stand

Noten

- 1 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 247, nr. 58
- 2 Tweede Kamer, 25 999, nr. 49, pag. 5.
- 3 Rollen en taakverdeling in de geïntegreerde acute zorg, deel 2. Evaluatie spoedposten Haarlem-Zuid en Waterland. Utrecht, Prismant, 2007.
- 4 Met Spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg. Nederlandse Zorgautoriteit. Februari 2008, pag. 63.
- 5 Schrijvers A en Ying Lie O. Vergelijking van diagnoses van ambulanceverpleegkundigen met die van medici werkzaam op Spoedeisende Hulpafdelingen in ziekenhuizen. In: Medische Diagnose, Achtergrondstudies. RVZ, 2005.
- 6 Met Spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg. Nederlandse Zorgautoriteit. Februari 2008, pag 41.
- 7 Tweede Kamer, 29517, nr.12, pag 2/3.
- 8 J Herlitz, J Bahr, M Fischer, M Kuisma, K Lexow, G Thorgeirsson: Resuscitation in Europe: a tale of five European regions. Resuscitation 41 (1999) p.121-131.
- 9 Vraag en aanbod van Acute zorg in de regio Utrecht 2007. Onderzoek naar de kenmerken van de vraag en het aanbod van het netwerk van acute zorg in de regio Utrecht. UMC Utrecht, januari 2008.
- 10 Acute zorg in Utrecht, UMC Utrecht Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, maart 2005.
- 11 Vraag en aanbod van Acute zorg in de regio Utrecht 2007. Onderzoek naar de kenmerken van de vraag en het aanbod van het netwerk van acute zorg in de regio Utrecht. UMC Utrecht, januari 2008.
- 12 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr.57.
- 13 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr.57, pag.4.
- 14 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 247, nr.56, pag.24.
- 15 <http://www.integratedcare.nl/downloads/07sconspgrolpres.12sept.072eversie.pdf>
- 16 Giesen P, Franssen E, Mookink H, Van den Bosch W, Van Vugt A, Grol R. Medische zorg buiten kantooruren: de huisartsenpost of de spoedeisende eerste hulp? Huisarts Wet 2007;50(5):202-6.
- 17 Reitz GF, Stalenhoef P, Heg R, Beusmans G. Triage in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2007;50:656-9.
- 18 Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. BMJ 1998;317: 1054-9
- 19 NHS Direct in England, National Audit Office, 25 January 2002.
- 20 Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. Br. J Gen Pract. 2005 Dec; 55 (521): 956-61.
- 21 Van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. Fam Med. 2006 Sep; 38 (8): 565-9.
- 22 Inspectie voor de Gezondheidszorg Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003, pag. 21. Den Haag, december 2006.
- 23 Van Steenwijk-Opdam PCE, Moll van Charante EP, Ebbens EH, Bindels PJE. Invoering van de huisartsenpost in Almere: effecten van schaalvergroting en triage op de zorgvraag. Huisarts Wet 2007;50(6):244-7.
- 24 Maas J, Van den Berg MJ, Van der Velden LFJ, Hingstman L. De relatie tussen praktijkorganisatie en praktijkomvang. Huisarts Wet 2005;48(10):499-503.
- 25 Met Spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg. Nederlandse Zorgautoriteit. Februari 2008.

- ²⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr.57, 5 en Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr. 56, 23 en 24.
- ²⁷ <http://acuteczorgnl.web-log.nl/acuteczorg/2008/02/voor-wie-is-de.html>
- ²⁸ http://home-open2.lhv.nl/resources/AMGATE_0899_1_TICH_R4488657898486/
- ²⁹ www.huisartsvandaag.nl
- ³⁰ <http://devrijehuisarts.org/asp/RalphKoelemanANW161106.asp>
- ³¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr.57, pag.4.
- ³² Smeets M.M.J., et al. Alle spoedjes verzamelen. Medisch Contact nr.7, 15 -02 - 2008, pag.272-275.
- ³³ Hoogervorst in reactie op standpunt RVZ advies acute zorg
- ³⁴ Smeets M.M.J., et al. Alle spoedjes verzamelen. Medisch Contact nr.7, 15 -02 - 2008, pag.272-275.
- ³⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 27 295, nr. 94.