

Bijlage 1

Wat verstaat de RVZ onder acute zorg?

Als we bijvoorbeeld praten over eerstelijnszorg hebben mensen veel verschillende beelden. Voor de een 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 huisartsendiensten 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 aandoening 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 1 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 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-mond-beademing, 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, 2003.

Fasen van de keten van acute zorg

In het advies A 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.

Tabel 3 Schematische weergave keten acute zorg

Fase	Wie	Actie	Voorzieningen
Melding	Patiënt Omstanders Huisarts	Bellen 112	Telefoon
	(Cpa-)centralist	Indicatiestelling Urgentiebepaling en zonodig triage Uitgifte ritopdracht	Meldkamer/CP A

Aanwezigheid hulpverleners ter plaatse	First responders	Basic life support	Ambulanceregio's, toekomstige RAV, GHOR
	Ambulancebemanning	Advanced life support	Ambulance
	MMT	Advanced trauma life support	Traumahelikopter of ambulance
Vervoer	Ambulancebemanning	Verdere behandeling en stabilisatie	Ambulance
	Traumahelikopter	Verdere behandeling en stabilisatie	Traumahelikopter of ambulance
Zorginstelling	Medewerkers SEH-afdeling ziekenhuis	Verdere behandeling	SEH-afdeling ziekenhuis
	Medewerkers overige afdelingen ziekenhuis	Verdere behandeling	Overige ziekenhuisafdelingen
	Medewerkers traumacentrum	Verdere behandeling	Traumacentrum

Bron: RVZ, 2003.

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

2 Bereikbaarheid van de acute zorg

In zijn advies Acute zorg constateerde de RVZ dat vanuit volksgezondheidsperspectief duidelijk is dat de meeste gezondheidswinst te boeken valt in de eerste fase, vanaf de melding door de patiënt of omstanders tot de aankomst van een ambulance. Dat dit ook mogelijk is, blijkt uit onderzoek. Maar om de potentiële gezondheidswinst te behalen moet wel geïnvesteerd worden in voldoende beschikbaarheid en paraatheid. Om die reden adviseerde de RVZ in 2003 de aanrijtijd van ambulances te verkorten en de telefonische bereikbaarheid voor acute zorg beter te stroomlijnen.

a) Telefonische bereikbaarheid acute zorg

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 huisartsendiensten¹. Of dat voldoende is, is nog maar de vraag. Daar valt wel iets meer over te zeggen. Zie hierna onder punt 4.

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 2008²).

b) 8 minuten norm voor ambulances

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).

c) Huisartsen/ huisartsenposten

De minister ziet geen noodzaak de 15 minuten bereikbaarheidsnorm 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.

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 gezien welke organisatie van de acute zorg op dat moment doelmatig en klantgericht is” (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr.57, 5 en Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr. 56, 23 en 24).

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 gemaakt³.

Binnen de kring van huisartsen wordt verschillend 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 dienststructuur 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 kleinschalig⁴.

Maar er zijn huisartsen die er anders over denken. Het moge duidelijk zijn dat er in mijn ogen geen plaats meer is voor de HDS. Laten we ze na vijf 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 leren⁵.

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 'nóg een partij erbij voor de patiënt'.

d) 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 bereiken⁶.

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. 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 worden⁷. 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.

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)⁸.

3 Bereikbaarheid en kwaliteit

Patiënten weten onvoldoende dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis niet altijd de beste plek is voor zijn acuut probleem (RVZ, 2003).

a) Telefonische bereikbaarheid en kwaliteit (van de triage)

In het buitenland is de trend om de telefonische triage grootschalig te organiseren^{9,10}. Of dat ook in Nederland kan, hangt onder meer af van de verdere behandeling van de Wet op het ambulancevervoer en de Wet op de veiligheidsregio's. Op dit moment wordt uitgegaan van 25 regio's met 25 gecoloeerde/geïntegreerde meldkamers voor politie/brandweer en ambulancehulp. De aantallen telefoontjes laten zien dat we geen 25 meldkamers nodig hebben voor de acute zorg. Eerder hebben we wel berekend dat één centrale genoeg zou kunnen zijn. Dit op basis van het aantal telefoontjes dat door het NHS direct systeem wordt verwerkt. (Recente cijfers over Nederland, van de provincie Utrecht, PM (zijn opgevraagd bij Van Baar)).

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 kleine kwalenspreekuur) 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 praktijkconsulten¹¹.

In Nederland ontbreekt systematisch onderzoek naar de effecten van telefonische triage. Afgaand op buitenland onderzoek moet worden aangenomen dat telefonische triage (door verpleegkundigen buiten kantooruren) veilig is/kan zijn^{12, 13}, maar er blijven nog veel vragen over^{14,15}. 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)¹⁶.

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 constateren¹⁷. 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 fte¹⁸.

b) 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 hartsstilstand 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 21 procent, Göttingen 33 procent, Helsinki 23 procent, Reykjavik 23 procent en Stavanger 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.¹⁹

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

Verder zou **binnen die 8 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 voetgangersdomeinen. 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.

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).

c) 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 toegepast²⁰.

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 patiëntenlogistiek, 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 werkhouding. 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 maken'²¹.

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 beschikbaarheidsvergoeding). 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 achterwacht²².

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 acht 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.

4 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.

Telefonisch	Bereikbaarheid	Niet optimaal
	Kwaliteit	Verbeteringen mogelijk, maar minister wil resultaten landelijk onderzoek afwachten
8 minuten norm		Minister komt in het voorjaar met onderbouwing van de 15 minuten
Huisartsen	Bereikbaarheid	Onduidelijkheid over rol huisartsen in acute zorg Huisartsen verdeeld 15 minuten nvt op huisartsen Burgers ontevreden (SOS-artsen)
	Kwaliteit	
Ziekenhuizen	Bereikbaarheid	Wtzi norm van 45 minuten voor 98% van de bevolking in de praktijk gerealiseerd
	Kwaliteit	Afspraken over verdeling van patiënten (op basis van kwaliteit) komen moeizaam tot stand

Noten

- 1 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr.57, pag.4.
- 2 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr.56, pag.24.
- 3 <http://acuteczorgnl.web-log.nl/acuteczorg/2008/02/voor-wie-is-de.html>
- 4 http://home-open2.lhv.nl/resources/AMGATE_10899_1_TICH_R4488657898486/
- 5 <http://devrijehuisarts.org/asp/RalphKoelemanANW161106.asp>
- 6 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr.57, pag.4.
- 7 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 29 247, nr. 58
- 8 Smeets M.M.J., et al. Alle spoedjes verzamelen. Medisch Contact nr.7, 15 -02 -2008, pag.272-275.
- 9 <http://www.integratedcare.nl/downloads/07sconspgrolpres.12sept.072eversie.pdf>
- 10 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.
- 11 Reitz GF, Stalenhoef P, Heg R, Beusmans G. Triage in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2007;50:656-9.
- 12 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
- 13 NHS Direct in England, National Audit Office, 25 January 2002.
- 14 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.
- 15 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.
- 16 Inspectie voor de Gezondheidszorg Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003, pag. 21. Den Haag, december 2006.
- 17 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.
- 18 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.
- 19 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.
- 20 Hoogervorst in reactie op standpunt RVZ advies acute zorg
- 21 Smeets M.M.J., et al. Alle spoedjes verzamelen. Medisch Contact nr.7, 15 -02 -2008, pag.272-275.
- 22 Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 27 295, nr. 94