

Vergaderjaar 2009–2010

29 247

Acute zorg

Nr. 113

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 december 2009

Hierbij zend ik u het rapport «Spoedeisende Hulp: vanuit een stevige basis» (oktober 2009) dat is uitgebracht door de werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp (SEH).¹ Het rapport is het eindresultaat van een kwaliteitstraject van twee jaar waarbij bestuurders en professionals uit het veld de handen ineen hebben geslagen om te komen tot kwaliteitsnormen voor de SEH. In deze werkgroep zaten vertegenwoordigers van alle bij de SEH-zorg betrokken veldpartijen.

Allereerst ben ik verheugd dat er nu basiskwaliteitseisen voor een SEH zijn. Het feit dat deze kwaliteitseisen door en voor de veldpartijen zelf tot stand zijn gekomen is een compliment waard. De constatering uit het IGZ-rapport van 2004 «Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overal goed» zijn door de werkgroep serieus opgepakt met als resultaat een reeks veldnormen die moeten zorgdragen voor verbetering en waarborging van de kwaliteit van zorg op de SEH.

Het rapport «Spoedeisende Hulp: vanuit een stevige basis» beschrijft het profiel waaraan een SEH-afdeling van een ziekenhuis minimaal moet voldoen om de kwaliteit van de geleverde zorg op de SEH te waarborgen. De kwaliteitsindeling is eerder dit jaar getoetst in een drietal regio's (in totaal 27 SEH-locaties). Deze pilot heeft inzicht gegeven in de toepassing van de methodiek in een aantal ziekenhuizen die hebben deelgenomen aan het onderzoek. Deze pilot is door een extern bureau uitgevoerd in de maanden maart tot en met augustus 2009 en is mij in november 2009 aangeboden. Ik heb dit onderzoeksrapport eveneens bij deze brief gevoegd.

De pilot laat zien dat de onderzochte ziekenhuizen nog niet voldoen aan alle door de werkgroep gestelde kwaliteitseisen. Dit resultaat betekent dat er maatregelen nodig zijn om tot een verantwoord kwaliteitsniveau op de SEH te komen. Ik ben dan ook blij dat ik de ziekenhuizen in deze aan mijn zijde vind. Ik waardeer het ook dat de werkgroep, ondanks het resultaat

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

van de pilot, in het belang van een veilige patiëntenzorg heeft vastgehouden aan haar normering. De werkgroep beveelt aan om de ziekenhuizen een zekere termijn te geven om zo snel mogelijk aan deze minimumnorm te gaan voldoen. Het externe bureau dat de toetsing van de 27 ziekenhuizen heeft verricht achtte het, na overleg met de werkgroep, realistisch dat vanaf het moment van communiceren van de veldnorm ziekenhuizen binnen 9–15 maanden aan deze minimumnormen moeten voldoen.

Ik ga in deze brief allereerst in op de kwaliteitseisen, vervolgens op de uitkomsten van de pilot, het handhavingsplan van de IGZ en tot slot schets ik u de vervolgstappen die ik zal nemen.

Op deze plek hecht ik er aan te benadrukken dat met deze brief en de bijbehorende rapporten een verdere stap wordt gezet in de richting van borging van adequate acute zorg in Nederland. Verdere stappen zijn echter mogelijk en nodig. In het voorjaar van 2010 zal ik u mijn brief over de continuïteit van cruciale zorg toesturen. Deze brief gaat in op de cruciale zorgfuncties, wat daaronder begrepen mag worden en hoe de continuïteit ervan in geval van problemen geborgd kan worden. In die brief zal ik ook nader ingaan op de SEH-functie.

Korte samenvatting van het rapport «Spoedeisende Hulp: vanuit een stevige basis»

De werkgroep is begonnen met het formuleren van een drietal uitgangspunten. Het eerste uitgangspunt van het kwaliteitstraject is dat elke geopende SEH moet kunnen voldoen aan een basis kwaliteitsniveau. Dat houdt in dat er voldoende deskundigheid bij het SEH-personeel en materieel gedurende de openingstijden beschikbaar moet zijn voor herkenning, stabilisatie en reanimatie¹ van alle acute medische calamiteiten.

Het tweede uitgangspunt is dat niet alle SEH's hoeven te beschikken over een profiel voor de 7/24 uren opvang en behandeling van alle categorieën patiënten. De beschikbaarheid van deze voorziening dient wel op regionaal niveau binnen de normtijd van 45 minuten te zijn gewaarborgd.

Er zijn SEH's die op én achter de SEH meer dan het basisniveau aan voorzieningen bieden voor één of meer patiëntencategorieën, dit zijn de SEH's in de zogenaamde profielziekenhuizen. Voor een zestal patiëntencategorieën (interventies aan het hart, neuro-interventies, (verdenking) acuut abdominaal aneurysma, intensive care behoeftig kind, pre-en dysmatuur zorg en acute gedragsstoornissen) zijn in het rapport de noodzakelijke capaciteiten en faciliteiten beschreven. Het is van belang dat op lokaal niveau bekend is welk centrum voor welke patiëntencategorie(en) een expertcentrum is. De zogenaamde ROAZ-regio's (Regionaal Overleg Acute Zorg) zijn hier een geschikte setting voor. Het ROAZ is naar mijn mening bij uitstek in de positie om in de regio zichtbaar te maken welke SEH welk profiel heeft.

Op basis van de uitgangspunten zoals hiervoor beschreven heeft de werkgroep de kwaliteitseisen benoemd voor de basis SEH en voor de profielziekenhuizen. Voor deze eisen en profielen verwijs ik u naar het bijgevoegde rapport «Spoedeisende Hulp: vanuit een stevige basis». Het rapport doet eveneens enkele concrete suggesties voor opleidingen en/of cursussen waarmee gestelde competenties kunnen worden ontwikkeld. In de bijlagen van het rapport zijn de eindtermen van de diverse trainingen nader omschreven.

Het veld heeft mij aanbevolen na twee jaar een evaluatiemoment in te lassen. Dit is het moment dat op basis van ervaring en inzicht in de prak-

¹ Reanimatie.

tijk de kwaliteitseisen eventueel aangescherpt c.q. aangepast kunnen worden.

Pilotfase

Het veld heeft gewezen op het belang van het toetsen van de geformuleerde competenties in de praktijk. In totaal hebben 23 ziekenhuizen met 27 SEH-locaties in drie regio's aan de pilot deelgenomen. Het uitgangspunt voor de keuze van de pilotregio's is een goede mix van stedelijke en streekziekenhuizen enerzijds, academische, algemene en kleine ziekenhuizen anderzijds. De resultaten van de pilot zijn voor de werkgroep aanleiding geweest om eerder genoemde competenties verder te specificeren.

De doelstelling van de werkgroep was nadrukkelijk het stimuleren van de kwaliteit van de SEH-zorg, zonder onuitvoerbaar eisen te stellen aan de SEH's. Conform deze doelstellingen van de werkgroep heeft de pilot eveneens een indicatie gegeven van het aantal SEH's van de deelnemende ziekenhuizen dat op dit moment niet aan het vereiste basisniveau voor de SEH kan voldoen.

Het is van belang te melden dat de pilot is uitgegaan van een zogenaamd «zwakste schakel model». Dit betekent dat als op een SEH overdag de benoemde competenties aanwezig zijn, maar de competenties niet beschikbaar zijn in de avond, nacht of weekend, de competenties als afwezig zijn beschouwd. Dit houdt in dat sommige SEH's die bijvoorbeeld de basiseisen niet beschikbaar hebben in de avond- en nachturen niet voldoen aan het gestelde niveau.

De pilot was dus bedoeld om de geformuleerde competenties te testen. Tegelijk bleek uit de pilot echter het (onverwachte) resultaat dat op dit moment geen enkele van de bezochte SEH's voldoet aan alle geformuleerde basiseisen. Het voldoen aan deze basiseisen vergt dat ziekenhuizen in meer of mindere mate hun bedrijfsvoering aanpassen. Voornamelijk op het gebied van scholing van personeel is inspanning van ziekenhuizen vereist om aan het gestelde basisniveau te voldoen. Deels zullen deze inspanningen bestaan uit het naar voren halen van trainingen die nu reeds worden aangeboden, maar pas na de start van de werkzaamheden. Deels zullen ziekenhuizen ook hun bestaande opleidingsaanbod voor artsen en SEH-verpleegkundigen moeten uitbreiden en hun roostering aanpassen.

De SEH's voldoen nog niet op onderstaande punten:

- Niet in alle ziekenhuizen is het inwerkprogramma voor de arts-assistenten afgerond voor de start van de werkzaamheden.
- Niet in alle ziekenhuizen is de hernieuwde reanimatietraining voor arts-assistenten voor de start van de werkzaamheden afgerond. Er zijn ziekenhuizen waar helemaal geen reanimatietraining wordt aangeboden.
- De ABCDE training¹ voor arts-assistenten wordt in geen enkel ziekenhuis voor de start van de werkzaamheden aangeboden.
- Niet in alle ziekenhuizen is de traumatraining voor SEH-verpleegkundigen voor de start van de werkzaamheden afgerond.
- Niet in alle ziekenhuizen is er minimaal één SEH-verpleegkundige per dienst met afgeronde training in opvang van ernstig zieke kinderen aanwezig.
- Er is bij één ziekenhuis geconstateerd dat er geen arts aanwezig was tijdens de openingsuren van de SEH gedurende de avond, nacht en weekend.

¹ Gaat uit van een internationaal geaccepteerde benaderwijze van SEH-patiënten waarbij elke letter in volgorde van belangrijkheid aangeeft wat voor soort problemen als eerste aangepakt moeten worden alvorens door te gaan naar het volgende.

De Nederlandse ziekenhuizen hebben bij monde van de NVZ aangegeven dat ook zij het voldoen aan de geformuleerde kwaliteitsnormen van het grootste belang vinden. Op de kortst mogelijk termijn zullen zij dan ook aan de drie meest evidente normen voldoen. Zo kan de patiënt vanaf heden er op rekenen dat er altijd een arts aanwezig is tijdens de openingstijden van de SEH. Deze artsen zijn ook voldoende ingewerkt. Vanaf 1 januari 2010 zal iedere arts voordat hij aan de slag kan gaan op de SEH eerst een inwerkprogramma volgen. Dit inwerkprogramma toetst of de arts (of arts-assistent) beschikt over de benodigde competenties. Bij de artsen die thans reeds op de SEH werken zal binnen een maand worden getoetst of zij voldoen aan de eindtermen van het inwerkprogramma. Zonodig volgt een aanvullende opleiding. Verder zal zo snel als dat mogelijk is, maar in ieder geval voor 1 april 2010, iedere arts werkzaam op de SEH over de vereiste reanimatievaardigheden beschikken.

De minister verlangt van de ziekenhuizen dat zij binnen negen maanden ook aan de overige eisen voldoen.

Handhavingsplan van de IGZ

De IGZ heeft vanuit haar verantwoordelijkheid gereageerd op de bovenstaande feiten. Zij heeft een handhavingsbeleid geformuleerd dat bestaat uit:

- de toezichtsnormen die zij zal hanteren. De IGZ heeft deze gebaseerd op de veldnormen zoals die door de werkgroep zijn geformuleerd;
- de toezichtsstrategie die zij voornemens is uit te voeren;
- het handhavingsbeleid wanneer een ziekenhuis niet voldoet aan de toezichtsnormen.

De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg, die door het ziekenhuis wordt geleverd. De Raad van Bestuur oefent die verantwoordelijkheid uit samen met en via de medische staf. Onder die verantwoordelijkheid valt ook de SEH. Nu alle betrokken veldpartijen een veldnorm hebben geformuleerd met basiseisen voor elke SEH, dienen de ziekenhuizen zich maximaal in te spannen om zo snel mogelijk aan deze basiseisen te voldoen. De IGZ zal de Raden van Bestuur van alle ziekenhuizen wijzen op hun verantwoordelijkheid in deze en op de consequenties als zij hieraan onverhoopt niet tijdig voldoen.

De IGZ maakt bij haar toezicht en handhaving op de basiseisen onderscheid in de ingangsdatum in lijn met wat ook de ziekenhuizen hebben aangegeven. Na afloop van deze termijnen dienen dus alle ziekenhuizen met een SEH aan deze basiseisen te voldoen:

- De basiseis die zo evident is dat elk ziekenhuis daar (al lang) aan had moeten voldoen. Dit betreft de 7 maal 24 uur aanwezigheid van een arts. De IGZ zal vanaf heden nagaan of de ziekenhuizen aan deze norm voldoen. Wanneer dat niet het geval is, beschikt het ziekenhuis niet langer over een SEH.
- Artsen die vanaf 1 januari 2010 aan de slag gaan volgen voorafgaande aan de werkzaamheden een inwerkprogramma. Dit inwerkprogramma toetst of de arts-assistent beschikt over de benodigde competentie. Voor artsen die reeds op de SEH werken dienen uiterlijk vanaf 1 maart 2010 te voldoen aan de eindtermen van het inwerkprogramma.
- Uiterlijk op 1 april 2010 dient iedere arts die op de SEH werkzaam is te beschikken over de vereiste reanimatievaardigheden.
- Basiseisen, die voor elk ziekenhuis zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen negen maanden realiseerbaar zijn. Ziekenhuizen moeten

de gelegenheid krijgen om vanuit de huidige situatie hieraan zo snel mogelijk te voldoen. Dit vraagt een andere wijze van organisatie en planning en het versneld aanbieden van de cursussen die noodzakelijk is. Dit is voor veel ziekenhuizen een intensief inhaalprogramma voor de aanwezige artsen en verpleegkundigen en tegelijk een nieuw programma voor nieuwe artsen en verpleegkundigen. Dit betreft de overige basiseisen, zoals beschreven door de werkgroep:

- een hernieuwde reanimatietraining.
- training van de arts in de zogenaamde ABCDE-systematiek.
- de basiseisen die de werkgroep stelt aan de verpleegkundigen op de SEH. Ook hier is voor veel ziekenhuizen een inhaalprogramma noodzakelijk.

De IGZ zal bij haar onderzoek naar incidenten en calamiteiten op de SEH van ziekenhuizen beoordelen of het ziekenhuis voldoet aan deze basiseisen en zo niet of zij al het mogelijke heeft gedaan om hieraan binnen de gestelde termijn wel te kunnen voldoen. Mocht dat niet het geval zijn dan zal de IGZ proportioneel handhavend (sanctionerend) optreden, dat wil zeggen, de maatregelen van de IGZ hangen af van de ernst van de situatie, de (h)erkenning van de problematiek door bestuur en professionals en de bereidheid en mogelijkheden van het bestuur om de problematiek zo snel mogelijk op te (kunnen) lossen.

Vanaf september 2010 zal de IGZ steekproefsgewijze onderzoeken of de SEH's aan alle bovengenoemde basisvereisten voldoen. Indien dit niet het geval is dan moet de IGZ beoordelen wat nodig is en binnen welke termijn om alsnog aan de voorwaarden te voldoen. Uitgangspunt van de IGZ is dat als niet voldaan wordt aan een of meer van de basiseisen, zoals geformuleerd door de werkgroep, het ziekenhuis niet voldoet aan voorwaarden voor verantwoorde zorg op het gebied van de SEH en dat het ziekenhuis dan ook niet langer beschikt over een SEH, totdat de IGZ constateert dat het ziekenhuis alsnog aan de basiseisen voldoet.

De IGZ zal de ziekenhuizen begin januari 2010 informeren over haar handhavingsplan.

Ik ondersteun het handhavingsplan van de IGZ en ben ook verheugd over de toezegging van de ziekenhuizen zelf. Ik realiseer me dat immers niet van de ziekenhuizen kan worden geëist dat zij per direct ook aan alle andere gestelde basisvereisten voldoen. Het toepassen van een zogenaamd «groeimodel» voor de overige eisen is hier op zijn plaats. Vooral het profiel van de arts-SEH vergt enige organisatietijd voor het ziekenhuis om het opleidingsaanbod te ontwikkelen, een opleidingsplan te maken en de inzetbaarheid van de arts-assistenten bij de uitrol van de opleiding te regelen.

Bovendien zou dit op grond van de resultaten van de pilot betekenen dat de IGZ na handhaving per direct over zou moeten gaan tot sluiting van (zeer) vele SEH's. Dit vind ik niet wenselijk. De IGZ stelt daarom ziekenhuizen tot 1 september 2010 in staat de SEH zodanig te organiseren dat aan alle gestelde basiseisen voor de kwaliteit wordt voldaan.

Vanaf 1 september 2010 zal de IGZ proactief onderzoek doen of ziekenhuizen voldoen aan de basis kwaliteitsnormen voor de SEH.

Vervolgstappen

Van belang is ook meer systematisch inzicht te krijgen op de profielen van de SEH's in de regio («regionale landkaart»). Ik ga in overleg met de Landelijke Vereniging van Traumacentra (LVTc) om hen te verzoeken of zij een dergelijke inventarisatie op zich zouden willen nemen.

Zoals ik al eerder aangaf, verschijnt in het voorjaar van 2010 de brief over de «Continuïteit van cruciale zorgfuncties». In deze brief wordt een definitie gegeven van de cruciale zorgfuncties in zowel de curatieve zorg als de langdurige zorg en worden er normen gesteld ten aanzien van de bereikbaarheid danwel beschikbaarheid ervan. Met deze brief geef ik gevolg aan de motie van Van der Veen (PvdA) over de nadere invulling van de basiszorg, de noodzakelijke zorg die voor iedere burger beschikbaar moet zijn en waarvan de overheid moet ingrijpen wanneer de samenhang, continuïteit en/of kwaliteit van deze basisvoorzieningen in gevaar is.

Voorts zal ik u met deze brief nader informeren over de betrokkenheid van de wetenschappelijke verenigingen bij de bepaling van de «directe beschikbaarheid» van de medisch specialist en de noodzakelijke achtervangfuncties bij acute situaties.

Voor wat betreft de bekostiging van de spoedeisende hulp geldt dat ik niet alle aanbieders automatisch voor een beschikbaarheidsvergoeding in aanmerking wil laten komen. Alleen voor zover hun aanbod *noodzakelijk* is om deze functie(s) voldoende beschikbaar te houden zou dit aanbod in beginsel voor (gedeeltelijke) bekostiging via het vaste segment in aanmerking moeten kunnen komen. Doorslaggevend daarbij is of het betreffende aanbod nodig is om aan de zogenaamde 45-minutennorm (gebaseerd op analyses van het RIVM) te voldoen. Indien het aanbod noodzakelijk is kan de aanbieder ervan voor een beschikbaarheidsvergoeding in aanmerking komen (namelijk indien deze aanbieder onvoldoende omzet genereert om de SEH-functie redelijkerwijs kostendekkend in stand te kunnen houden). Deze hoofdlijn is u ook al gemeld bij brief van 11 juni 2009. Een verdere toelichting volgt in de aangekondigde brief over prestatiebekostiging die ik voor het kerstreces aan de Tweede Kamer zal sturen.

Met het beschikbaar komen van deze kwaliteitseisen voor de SEH is een verdere stap gezet in de noodzakelijke verhoging van de kwaliteit van acute zorg. Voor het voldoen aan de eisen ligt het in de rede ziekenhuizen enige tijd te geven. In het voorjaar 2010 stuur ik u de brief over de continuïteit van de cruciale zorg die ook nader ingaat op de borging van publieke belangen van kwaliteit en bereikbaarheid van een SEH.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink