

Gezondheidsraad

De basis moet goed!

Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk



Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderwerp : Aanbieding advies *De basis moet goed! Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk*

Uw kenmerk : CZ/TSZ-3050168

Ons kenmerk : I-780/11/CP/db/876-B

Bijlagen : 1

Datum : 16 februari 2012

Geachte minister,

In reactie op uw adviesvraag van 10 maart 2011 bied ik u hierbij het advies *De basis moet goed. Kwaliteit van een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk* aan. Het advies is opgesteld door een daartoe ingestelde commissie en getoetst in de Beraadsgroep Geneeskunde.

U verzocht te adviseren over de vraag welke deskundigheid en faciliteiten (achtervang) aanwezig moeten zijn op de basis-SEH om kwalitatief verantwoorde spoedeisende zorg te kunnen leveren, met name om patiënten zodanig te stabiliseren dat zij voor vervolgbehandeling vervoerd kunnen worden naar een ander ziekenhuis. Uitgangspunt bij de beantwoording zijn de bevindingen van de werkgroep Breedveld.

De commissie heeft uitvoerig stilgestaan bij de begrippen stabilisatie en vervolgbehandeling en kwam tot de conclusie dat het daarbij noodzakelijk is om het functioneren van de gehele acute keten te bezien. Voor het goed functioneren van die acute keten is het van belang dat er onderscheid gemaakt wordt tussen de ziekenhuizen met een 'complete', een 'profiel'- en een 'basis'-SEH zoals voorgesteld door de werkgroep Breedveld en dat de keten daarop is ingesteld.

Om een en ander te realiseren is het noodzakelijk dat er bindende afspraken in de regio gemaakt worden en dat de zorgverzekeraar betrokken is bij de inrichting van de organisatie. Op die manier is er – ook met behoud van de 45 minuten bereikbaarheid – in delen van het land doelmatigheidswinst te behalen.

Bezoekadres

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Telefoon (070) 340 72 73

E-mail: c.postema@gr.nl

Postadres

Postbus 16052

2500 BB Den Haag

Telefax (070) 340 75 23

www.gr.nl



Onderwerp : Aanbieding advies *De basis moet goed! Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk*

Ons kenmerk : I-780/11/CP/db/876-B

Pagina : 2

Datum : 16 februari 2012

Snelheid is daarbij overigens niet het enige wat telt; soms is een patiënt beter af als de ambulance doorrijdt naar een verder gelegen 'profiel'- of 'compleet' ziekenhuis waar met een gespecialiseerde zorg voorhanden is. Overdag kan het merendeel van de patiënten goed geholpen worden op de zogenoemde basis-SEH's. In de rustige nachtelijke uren is het doelmatiger om niet alle basis-SEH's open te houden. Wel moet er altijd binnen 45 minuten een SEH bereikbaar zijn.

De commissie doet een aantal aanbevelingen op het gebied van kwaliteitszorg op SEH's en regionale taakverdeling van SEH's. Ook bevat het advies een aanbeveling voor de hele keten van acute zorg. Uiteindelijk leidt dat tot de feitelijke beantwoording over de noodzakelijke achtervang op een ziekenhuis met een basis-SEH.

Ik onderschrijf de bevindingen van de commissie.

Met vriendelijke groet

prof. dr. H. Obertop
vice-voorzitter

De basis moet goed!

Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk

aan:

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 2012/02, Den Haag, 16 februari 2012

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid en het gezondheids-(zorg)onderzoek’ (art. 22 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Infrastructuur & Milieu; Sociale Zaken & Werkgelegenheid; Economische Zaken, Landbouw & Innovatie en Onderwijs, Cultuur & Wetenschap. De raad kan ook op eigen initiatief adviezen uitbrengen, en ontwikkelingen of trends signaleren die van belang zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden als regel opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het European Science Advisory Network for Health (EuSANH), een Europees netwerk van wetenschappelijke adviesorganen.



INAHTA

De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), een internationaal samenwerkingsverband van organisaties die zich bezig houden met *health technology assessment*.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. De basis moet goed! Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012; publicatienr. 2012/02.

Preferred citation:

Health Council of the Netherlands. A solid foundation is a must! Quality at a basic Accident and Emergency Department within a regional network. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2012; publication no. 2012/02.

auteursrecht voorbehouden/all rights reserved

ISBN: 978-90-5549-884-0

Inhoud

Samenvatting 11

Executive summary 15

1 Inleiding 19

1.1 Voortgaande kwaliteitsverbetering 19

1.2 Gespreide basiskwaliteit, geconcentreerde specialisatie 20

1.3 Opzet en leeswijzer 22

2 De keten van acute zorg 23

2.1 Inrichting van de keten 23

2.2 Omvang en aard van de zorgvraag 25

2.3 Recente ontwikkelingen 26

3 Optimaal organiseren van de keten 31

3.1 Snel naar de juiste zorg 31

3.2 Prestaties in de praktijk 34

3.3 Verbeteringen in de organisatie 36

3.4 Conclusie 43

4 Noodzakelijke achtervang bij basis-SEH's 45

4.1 Samenspel tussen basis-SEH en achtervang 45

4.2	Heldere taken en competenties	46
4.3	Noodzakelijke achtervang	48
4.4	Conclusie	51
5	Aanbevelingen	53
	Literatuur	59
	Bijlagen	65
A	De adviesaanvraag	67
B	De commissie	71
C	Diverse nota's	75
D	Spoeisende hulpsystemen in het buitenland	85
E	Stroomdiagram acute zorg	93
F	Lijst met uitleg van afkortingen	95
G	Beleidsregel CI-895	97

Samenvatting

Een nieuw raamwerk voor spoedeisende hulp

‘Dichtbij als het kan, iets verder weg als het moet’: dat is het uitgangspunt in de moderne spoedeisende hulp. Snelheid is nog steeds van groot belang, maar het is niet langer de enige maatstaf voor kwaliteit. Soms zijn patiënten beter af wanneer ze naar een iets verder weg gelegen ziekenhuis worden gebracht dat hen direct de noodzakelijke specialistische hulp kan bieden.

Niet elke afdeling voor spoedeisende hulp (SEH) hoeft dus in elke vorm van zorg te voorzien. Goede en doelmatige acute zorg is gebaat bij een combinatie van gespreide basiskwaliteit en geconcentreerde specialisatie, met als leidraad voor de taakverdeling tussen ziekenhuizen de wettelijk vastgestelde normen voor bereikbaarheid.

In dat kader heeft de werkgroep Breedveld in 2009 voorgesteld om drie typen SEH's te onderscheiden: complete SEH's in universitaire centra, profiel-SEH's in ziekenhuizen met afdelingen voor gespecialiseerde zorg in de achtervang, en basis-SEH's, die in principe bedoeld zijn voor reanimatie, stabilisatie en behandeling van laagcomplexe maar veel voorkomende acute problemen.

Een nieuwe kwaliteitsstandaard

Met dit nieuwe raamwerk als uitgangspunt wordt het ook tijd om een bijpassende kwaliteitsstandaard te ontwikkelen. Daar zijn al belangrijke stappen in gezet. De

minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de Gezondheidsraad nu gevraagd te adviseren over een onderdeel dat speciale aandacht behoeft: de achtervang in ziekenhuizen met een basis-SEH. Juist omdat niet alle specialistische zorg en faciliteiten in zo'n ziekenhuis voorhanden zijn, is het belangrijk om vast te stellen wat daar noodzakelijk is voor goede spoedeisende zorg. Een speciaal benoemde commissie van de Gezondheidsraad heeft zich over dit onderwerp gebogen.

Optimaal organiseren van de keten voor acute zorg

Garanderen van de kwaliteit van zorg waarin basis-SEH's voorzien is niet alleen een kwestie van eisen stellen aan de voorziening zelf en aan de achtervang in de rest van het ziekenhuis. SEH's maken deel uit van een keten van acute zorg waarin huisartsen en huisartsenposten, meldkamers, verloskundigen, ambulance-diensten en mobiele medische teams elk hun aandeel leveren. Ook die keten moet goed functioneren.

Twee doelen staan daarbij centraal. Ten eerste moet de acute zorg bereikbaar zijn voor patiënten. Wettelijk is vastgelegd dat elke Nederlander binnen 45 minuten op een SEH terecht moet kunnen. In de praktijk blijkt dit bijna overal ook haalbaar. In de paar gebieden waar dit niet het geval is zouden specifieke maatregelen genomen moeten worden, zoals samenwerking met ziekenhuizen over de grens of de inzet van helikopters of mobiele teams. Ten tweede moeten patiënten terechtkomen op de juiste plek: die waar passende acute zorg voor hen beschikbaar is.

Om deze doelen te halen moeten alle schakels in de keten per regio nauwer gaan samenwerken. Binnen elke regio moet een optimale taakverdeling ontstaan tussen basis-SEH's, profiel-SEH's en de SEH's van universitaire centra. Bindende regionale afspraken zijn daarvoor onontbeerlijk. De organisatie van de traumazorg in ons land kan daarbij als voorbeeld dienen.

Niet elke basis-SEH hoeft 24 uur per dag en zeven dagen per week geopend te zijn. Binnen regio's moet bepaald worden op welke uren een basis-SEH geopend moet zijn om veel voorkomende maar laagcomplexere problemen te behandelen. Tijdens de minder drukke uren, meestal 's nachts, kunnen profielziekenhuizen of academische centra met een complete SEH die taak dan overnemen. Uitrui van voorzieningen of specialismen kan daarbij aangewezen zijn. De financiering moet dat dan wel mogelijk maken. Betrokkenheid van zorgverzekers in het regionale overleg is daarom gewenst.

In dit kader is het ook van groot belang om de indeling van de werkgroep Breedveld van het papier naar de praktijk te brengen. De commissie adviseert om

voor elke afdeling spoedeisende hulp in ons land te bepalen tot welk type deze behoort: basis-SEH, profiel-SEH of complete SEH, en dat te doen op basis van de al aanwezige faciliteiten en competenties. Aan die toewijzing kunnen vervolgens heldere kwaliteitseisen worden verbonden, die door de wetenschappelijke verenigingen worden opgesteld.

Consistente triage is een andere pijler voor een goede organisatie van de keten. Op dit moment ontbreekt het daar nog aan. De commissie bepleit dan ook verbetering op dit punt. Een gedeelde triage van huisartsenpost en SEH kan doelmatiger zijn. Maar niet iedereen komt binnen na triage. Het is onvermijdelijk dat mensen zich zonder tussenkomst van huisartsen of meldkamers aandienen op een SEH die voor hun geval soms niet over de vereiste specialistische achtervang beschikt. Een nabijgelegen ambulancstandplaats zou waar mogelijk kunnen zorgen voor snelle overplaatsing naar een profiel- of complete SEH.

Optimale achtervang bij basis-SEH's

Binnen een optimaal georganiseerde keten voor acute zorg moet ook de basis-SEH op zichzelf uiteraard kwalitatief goede zorg verlenen. De borging daarvan zou geholpen zijn met een heldere taakomschrijving. Die ontbreekt nog.

Core business van de basis-SEH is de behandeling van veel voorkomende maar relatief eenvoudige problemen (zoals een acute blindedarmonsteking of een ongecompliceerde breuk). Maar bij welke beelden ligt de grens? Hoewel de naam anders suggereert, worden basis-SEH's in de praktijk geconfronteerd met alle mogelijke soorten problemen – en daar kunnen ook ernstige beelden tussen zitten waarbij niet meteen duidelijk is wat er aan de hand is en dan volgt diagnostiek en observatie. De taakverdeling tussen typen SEH's doet daar niets aan af. Wetenschappelijke verenigingen zouden zich daarom over een heldere taakomschrijving moeten buigen. Ook zouden zij scherp en in detail kwaliteitseisen moeten formuleren.

De commissie vindt de aanwezigheid van een geregistreerd SEH-arts en een gediplomeerd SEH-verpleegkundige noodzakelijk. Zolang er nog niet voldoende SEH-artsen zijn (het is een nieuwe specialisatie), moet de basis-SEH beschikken over een ervaren arts die kan reanimeren en stabiliseren, en die ervaring heeft met triage. Maar de zorg stopt niet met stabiliseren of reanimeren. De patiënt moet daarna behandeld worden, en wellicht zelfs opgenomen.

De kwaliteit wordt dus niet alleen bepaald door de competenties op de basis-SEH zelf. Achtervang in de rest van het ziekenhuis is onontbeerlijk. Onder 'achtervang' verstaat de commissie in dit verband: de professionele menskracht en infrastructuur die binnen het ziekenhuis als geheel beschikbaar zijn voor

omschreven categorieën patiënten die acute zorg nodig hebben, en voor het uitvoeren van noodzakelijke verrichtingen om deze patiënten te behandelen. Welke specialismen en voorzieningen moeten tenminste aanwezig zijn? Belangrijk is ten eerste dat de SEH-arts, indien nodig, binnen korte tijd kan beschikken over de volgende specialismen: gynaecologie/obstetrie, chirurgie, interne geneeskunde, cardiologie, kindergeneeskunde, KNO-heelkunde, neurologie, anesthesiologie en radiologie.

Ook ondersteunende specialismen moeten snel beschikbaar zijn: apotheek, klinische chemie, medische microbiologie en pathologie. Omdat er snel geopereerd moet kunnen worden, is de beschikbaarheid van een anesthesist en een OK-team onontbeerlijk. Ook laboratorium- en röntgenfaciliteiten moeten direct toegankelijk zijn. Een 24-uurs verkoeverfunctie en observatieafdeling voor acute problematiek zijn eveneens geboden. Dat geldt niet voor een intensive care. Wanneer IC-zorg nodig is, moet de patiënt worden overgeplaatst naar een profiel- of academisch ziekenhuis.

Voor kinderen zijn speciale achtervangfuncties nodig. Bij een mogelijk interne aandoening moet snel een kinderarts aanwezig kunnen zijn. Bij kinderen die jonger zijn dan een jaar moet ook bij andere aandoeningen de kinderarts geraadpleegd worden, zeker als er een vermoeden van kindermishandeling bestaat.

Is de basis-SEH gesloten, dan is de aanwezigheid van een ervaren arts die kan reanimeren en triëren voldoende, voor het geval een in het ziekenhuis verblijvende patiënt plotseling verslechtert.

Tot slot is voor de borging van de kwaliteit een kwaliteitssysteem noodzakelijk. In de meeste ziekenhuizen is dat nog onvoldoende.

Executive summary

Health Council of the Netherlands. A solid foundation is a must! Quality at a basic Accident and Emergency Department within a regional network. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2012; publication no. 2012/02

A new framework for accident and emergency treatment

The credo of modern accident and emergency treatment is “Close by if possible, a little further away if necessary”. Speed is still of the essence, but it is no longer the sole measure of quality. It is sometimes better for patients if, rather than going to the nearest hospital, they are taken to one a little further away where they can immediately get the specialist medical assistance they need.

Accordingly, each Accident and Emergency Department (A&E) is not required to provide every possible type of care. Good quality, effective acute care benefits from a diversified mix of generally available basic quality and focused specialisation. The statutory standards for accessibility provide a guideline for dividing up tasks between individual hospitals.

In this context, in 2009 the Breedveld Working Group proposed a system consisting of three different types of A&E department. These were “full A&E departments” in university medical centres, “profile A&E departments” in hospitals with support facilities in the form of specialised care departments, and “basic A&E departments” whose activities primarily involve resuscitation, stabilisation, and the treatment of common, but not highly complex, acute problems.

A new quality standard

With this new framework as a starting point, the time has come to develop a corresponding quality standard. Significant progress has already been made in this regard. The Minister of Health, Welfare and Sport has now asked the Health Council of the Netherlands for advice on one particular element that requires special attention: support facilities in hospitals with basic A&E departments. Given that the full range of specialist care and specialist facilities is not available in such hospitals, it is important to identify what is needed for the provision of proper emergency care. This topic has already been addressed by a Health Council committee specially appointed for the purpose.

Effective organisation of the acute care chain

Ensuring the quality of care provided by basic A&E departments is not simply a matter of imposing requirements on care provision itself and on the support facilities in the rest of the hospital. A&E departments are part of a chain of acute care in which GPs and local medical centres, control rooms, obstetricians, ambulance services, and mobile medical teams each do their share. This chain, too, must operate effectively.

There are two central issues here. Firstly, acute care must be accessible to patients. It is a legal requirement that any citizen of the Netherlands must be able to reach an A&E department within 45 minutes. Everyday experience has indeed shown that this is feasible in virtually all parts of the country. Specific measures will need to be taken in those few areas where this is not the case. This could include cooperation with hospitals across the border, or the use of helicopters or mobile teams. Secondly, patients must be taken to the right place, one where appropriate acute care is available to them.

These goals can only be achieved if all links in the chain, in each region, cooperate more closely with one another. Each region must focus on achieving the most effective division of labour between basic A&E departments, profile A&E departments, and the A&E departments at university medical centres. Binding regional agreements are the key. The organisation of trauma care in the Netherlands can serve as an example in this regard.

It is not necessary for all basic A&E departments to stay open 24 hours a day, seven days a week. Decisions must be taken at regional level concerning the times at which basic A&E departments need to be open to treat common, but not highly complex, problems. During off-peak hours (usually at night), this task can be switched to “profile hospitals” (which selectively emphasise certain areas of

hospital care or certain target groups) or university medical centres with full A&E departments. This may require an exchange of services or specialisms. This would, of course, be subject to the necessary funding. Accordingly, it is important that health insurers be involved in regional consultations.

In this context, it is also important for the classification system developed by the Breedveld working group to be implemented in practice. The Committee recommends that Accident and Emergency Departments in the Netherlands be classified into basic A&E departments, profile A&E departments, and full A&E departments, depending on the facilities and skills available. These designations can then be linked to clear quality requirements, drawn up by learned societies.

Another buttress needed for the proper organisation of the chain is consistent triage. As yet, this is still lacking. Accordingly, the Committee urges that improvements be made in this area. However, many patients enter A&E departments without having first undergone triage. Inevitably, some people arrive at A&E departments without first seeing a GP or phoning a control room. Some of these A&E departments might not have the specialised support facilities that these patients require. Nearby ambulance stations could potentially provide rapid transfer to a profile A&E department or a full A&E department.

Effective support facilities for basic A&E departments

In the context of effectively organised acute care chains, basic A&E departments should, of course, also be capable of independently providing high-quality care. A clear mission statement would be very useful in safeguarding this quality of care. However, this has yet to be drawn up.

The core business of basic A&E departments is the treatment of common but relatively simple problems (such as acute appendicitis or uncomplicated fractures). There are many other clinical pictures, however, so where do we draw the line? Although their name suggests otherwise, basic A&E departments usually have to deal with all kinds of problems. These can include serious clinical pictures in which the nature of the problem is not immediately obvious, so diagnosis and monitoring are required. This will continue to be the case, regardless of how the distribution of tasks between the various types of A&E department is organised. Accordingly, learned societies will have to take on the task of drawing up a clear mission statement. They will also have to formulate concise and detailed quality requirements.

The Committee believes that it is essential for a registered emergency room physician and a certified emergency room nurse to be present. Until sufficient numbers of emergency room physicians become available (this is a new

specialisation), basic A&E departments must have experienced physicians who are capable of resuscitating and stabilising patients, and who are experienced in triage. However, there is more to care than stabilisation or resuscitation. Such patients then require further treatment, and they may even need to be admitted.

As a result, quality is not determined purely by the skills of those working in the basic A&E department itself. Support facilities in the other areas of the hospital are essential. In this connection, the Committee defines “support facilities” as the professional manpower and infrastructure available within the hospital as a whole for defined categories of patients requiring acute care, and for carrying out procedures involved in the treatment of such patients.

What is the minimum requirement in terms of available specialisms and facilities? Firstly, it is important that, where necessary, emergency room physicians can have rapid access to the following specialisms: gynaecology/obstetrics, surgery, internal medicine, cardiology, paediatrics, ENT surgery, neurology, anaesthesiology and radiology.

Supporting specialisms such as pharmacy, clinical chemistry, medical microbiology, and pathology must also be readily available. There must be a capability for rapid surgical intervention, so it is essential that an operating theatre team and an anaesthetist be available. Laboratory and X-ray facilities should also be readily accessible. There should also be a 24-hour postoperative care and observation unit for acute problems. This does not apply to intensive care. Patients requiring intensive care will have to be transferred to a profile hospital or university hospital.

Children need special support facilities. Those with suspected internal disorders must have rapid access to a paediatrician. Furthermore, in children of less than one year of age, paediatricians must be consulted about a range of other conditions, especially where child abuse is suspected.

If a basic A&E department is closed, then it is sufficient for an experienced physician (capable of performing resuscitation and triage) to be on hand, in case an in-patient's condition suddenly deteriorates.

Finally, a quality assurance system is needed to safeguard quality. The quality assurance systems in place in most hospitals are, as yet, inadequate for this purpose.

Inleiding

1.1 Voortgaande kwaliteitsverbetering

In de spoedeisende zorg is vertraging niet vrijblijvend. Patiënten die plotseling geconfronteerd worden met verontrustende klachten moeten tijdig de zorg krijgen die voor hen noodzakelijk is. Dat betekent: adequate triage en snel beschikbare, passende medische hulp. Beide elementen zijn beslissend voor de overleving en voor de aard en omvang van eventuele gezondheidsschade.

Binnen ziekenhuizen zijn het de afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) die voorzien in dit type zorg. In de afgelopen jaren zijn veel stappen gezet om een heldere standaard te ontwikkelen voor de acute zorg in ziekenhuizen, en op die manier de kwaliteit te borgen en verbeteren. Zo was het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Haastige spoed niet altijd even goed*¹, de aanleiding voor het instellen van de werkgroep Kwaliteitsindeling SEH, onder voorzitterschap van prof. dr. Breedveld, met input van alle relevante veldpartijen.

In december 2009 werd het rapport van deze werkgroep, *Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis*^{2,3}, aangeboden aan de Tweede Kamer. De werkgroep verwacht dat met het implementeren van de aanbevolen competenties voor artsen en verpleegkundigen op elke SEH de kwaliteit van de acute zorg een stevige impuls krijgt. Een andere verbetering moet komen van het onderscheid tussen basis-SEH's, profiel-SEH's en complete SEH's in academische ziekenhuizen. Alleen in de laatste twee typen SEH's kan een aantal complexe acute aandoeningen in voldoende volume behandeld worden om de kwaliteit te borgen. Dit bete-

kent dat niet elke SEH voor elke behandeling geëquipeerd hoeft te zijn. Veel spoedeisende gevallen kunnen behandeld worden op een basis-SEH; alleen in bepaalde gevallen is vervoer naar een iets verder gelegen profielziekenhuis of academisch centrum aangewezen.

Deze taakverdeling geeft al aan dat een afdeling voor spoedeisende hulp niet op zichzelf staat: er is een nauwe band met de rest van het ziekenhuis. Patiënten stromen immers vaak door naar achterliggende afdelingen, of de hulp van specialisten wordt ingeroepen. De kwaliteit van een SEH en de specialismen en voorzieningen in de rest van het ziekenhuis zijn dus onlosmakelijk met elkaar verbonden. Profiel- en complete SEH's kenmerken zich daarbij door hun uitgebreide specialistische achtervang. Maar hoe zit dat bij de basis-SEH's? Wat is daar aan achtervang nodig om de kwaliteit van zorg te borgen?

Met die vraag wendde de minister van VWS zich tot de Gezondheidsraad. Op 10 maart 2011 ontving de Gezondheidsraad een adviesvraag over dit onderwerp (zie bijlage A). De voorzitter van Gezondheidsraad heeft daarop een speciale commissie ingesteld om deze vraag te beantwoorden. De samenstelling van de commissie is te vinden in bijlage B.

1.2 Gespreide basiskwaliteit, geconcentreerde specialisatie

In de adviesaanvraag heeft de minister aangegeven de bevindingen van de werkgroep Breedveld als uitgangspunt te willen nemen voor verder beleid. Ook de commissie heeft deze als startpunt genomen voor haar advisering. Hieronder worden ze kort weergegeven.

Elke SEH moet voldoen aan een basiskwaliteitsniveau. Dat wil zeggen dat er gedurende de openingstijden voldoende deskundig personeel en materieel beschikbaar moeten zijn voor stabilisatie en resuscitatie bij alle medische calamiteiten. Tevens is vaardigheid vereist voor herkenning en (veelal) behandeling van een breed scala van acute ziekten en letsels bij mensen in alle leeftijdscategorieën. Door middel van triage en zo nodig doorverwijzing wordt de patiënt op de juiste plaats en door de juiste hulpverlener geholpen.

Niet elke SEH hoeft 24 uur per dag toegerust te zijn voor de behandeling van alle spoedeisende aandoeningen. Zo is sluiting van een SEH gedurende de nacht mogelijk, mits adequate acute zorg op regionaal niveau gewaarborgd is.

Patiënten met een complexe acute of specifieke aandoening worden bij voorkeur direct naar een centrum gebracht waar ook de verdere diagnostiek en behandeling kunnen plaatsvinden. Dat kan betekenen dat niet wordt gekozen voor het ziekenhuis met de dichtstbijzijnde SEH, maar voor die waar de benodigde gespecialiseerde expertise en infrastructuur aanwezig zijn, het ‘profielziekenhuis’, waar verschillende profielen aanwezig zijn of het ‘completeziekenhuis’ waar alle profielen aanwezig zijn. Beoordelen welke zorg de patiënt direct nodig heeft en welke ziekenhuiszorg daarna in de lijn ligt, is een competentie van het ambulancpersoneel of het medisch mobiel team.

Een regionale ‘landkaart’ toont waar en op welk moment bepaalde categorieën patiënten adequaat kunnen worden opgevangen en behandeld. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen SEH’s die het basisniveau bieden en instellingen die op en achter de SEH naast het basisniveau één of meer basis-plus-voorzieningen bieden voor één of meer specifieke patiëntencategorieën.

Met deze principes als uitgangspunt identificeerde de werkgroep Breedveld patiëntengroepen die op een basis-SEH gepresenteerd kunnen worden en groepen die meer competenties en materieel vereisen. In het laatste geval gaat het om de volgende specialismen: cardiologie, neurologie/neurochirurgie, heelkunde/orthopedie, kindergeneeskunde, verloskunde/gynaecologie en psychiatrie.

De werkgroep Breedveld heeft verder een indeling gemaakt in drie typen SEH’s:

	Basis	Profiel	Compleet
Patiëntenzorg	• Triëren • Stabiliseren • Resusciteren, incl. luchtwegmanagement • Behandeling in gang zetten of doorverwijzing	• Triëren • Stabiliseren • Resusciteren, incl. luchtwegmanagement • Doorverwijzen/behandeling in gang zetten • Totale behandeling voor selecte groep patiënten	• Triëren • Stabiliseren • Resusciteren, incl. luchtwegmanagement • Doorverwijzen/ behandeling in gang zetten • Totale behandeling voor alle patiënten
Coördinatietaken (Evaluatie) onderzoek	Nee Participatie	Nee • Participatie • Uitvoeringstaken voor eigen profiel	Ja • Initiëren (UMC) • Uitvoeren • Coördineren (UMC)
Onderwijs	• Leerbehoefte formuleren	• Leerbehoefte formuleren • Onderwijs bieden voor profiel	• Leervragen genereren • Onderwijs bieden • Onderwijs organiseren

In haar advisering zal de commissie werken met deze uitgangspunten en met deze indeling in typen spoedeisende hulp.

1.3 Opzet en leeswijzer

Wat betekenen deze uitgangspunten voor de beantwoording van de adviesvraag? Die vergt een aantal stappen.

Spoedeisende hulp als ketenzorg

Doeltreffende en doelmatige spoedeisende hulp is niet alleen een kwestie van een snelle gang naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Acute hulp is ketenzorg, en de schakels grijpen in elkaar. Een nadere beschouwing van die schakels is daarmee noodzakelijk om de hoofdvraag te beantwoorden. Daarom brengt de commissie eerst de zorgketen in kaart waarbinnen SEH's functioneren, en bespreekt zij de recente ontwikkelingen daarin. Dit gebeurt in hoofdstuk 2.

Optimaal organiseren van de keten

Acute zorg kan beter en doelmatiger wanneer goed wordt samengewerkt tussen de schakels in de keten. Dat roept de vraag op welke nieuwe stappen gezet kunnen worden om de spoedeisende zorg nog beter te organiseren. In hoofdstuk 3 gaat de commissie daarop in. Pas wanneer duidelijk is hoe het samenspel binnen de keten verder verbeterd kan worden, kan immers ook worden bepaald welke achterliggende expertise en infrastructuur noodzakelijk zijn bij basis-SEH's.

Noodzakelijke achtervang bij basis-SEH's

Tegen de achtergrond van de gehele keten voor spoedeisende hulp formuleert de commissie vervolgens haar visie op de achtervang die noodzakelijk is om de kwaliteit van de basis-SEH's te borgen en verder te verbeteren. Dit gebeurt in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 staan tot slot de conclusies en aanbevelingen.

In haar beraadslagingen heeft de commissie niet alleen gebruik gemaakt van de al genoemde rapporten. In bijlage C is een overzicht opgenomen van de relevante publicaties. Bijlage D bevat een overzicht van de organisatie van spoedeisende hulp in een aantal andere landen.

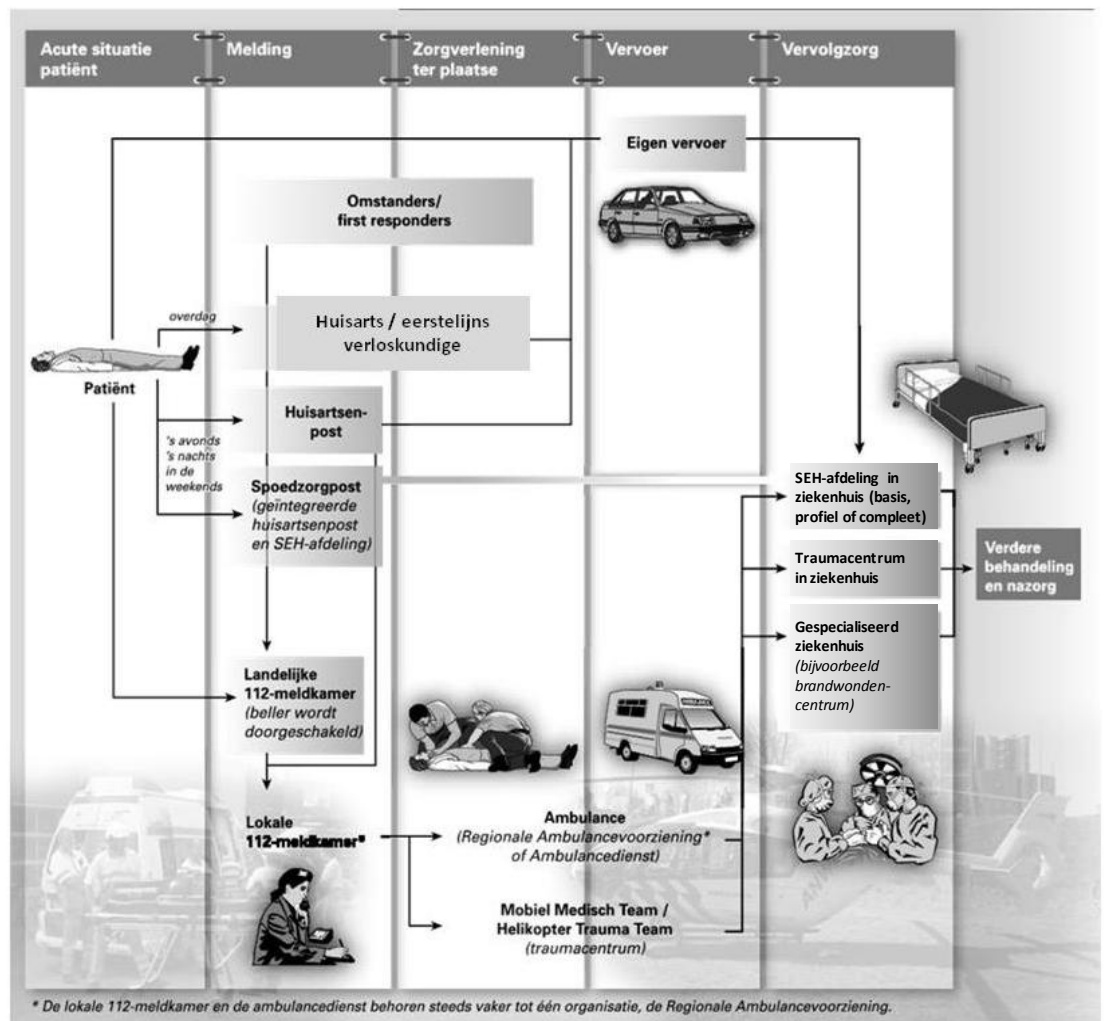
De keten van acute zorg

In welk zorglandschap wordt de spoedeisende hulp in ziekenhuizen, en met name die in ziekenhuizen met een basis-SEH, verleend? Die vraag staat centraal in dit hoofdstuk. De commissie beschrijft de omvang van de hulpvraag en de ontwikkelingen in de wijze waarop de spoedeisende hulp georganiseerd wordt.

2.1 Inrichting van de keten

Als een patiënt opeens klachten krijgt die hij of zij niet thuis kan brengen, wordt vaak de huisarts gebeld. Deze kan (al dan niet na een consult) besluiten dat nadere diagnostiek of specialistische behandeling direct gewenst is, en de patiënt doorsturen naar het ziekenhuis. Daar komt de patiënt dan meestal binnen via de SEH, al dan niet per ambulance, waar hij of zij meteen door de juiste behandelaar gezien wordt. Maar mensen komen daar ook wel binnen zonder tussenkomst van de huisarts. Als de verschijnselen bijvoorbeeld zeer verontrustend zijn, of bij een ongeluk, bellen ze 112 en verzoeken direct om een ambulance. Ook melden sommige mensen zich op eigen gelegenheid op een SEH; de zogenoemde zelfverwijzers.

Patiënten kunnen dus op verschillende manieren terechtkomen op een afdeling voor spoedeisend hulp (zie figuur 1). De spoedeisende hulp in ziekenhuizen staat uiteraard niet op zichzelf, maar maakt deel uit van een keten van spoedeisende medische hulpverlening (SMH) waarbij verschillende hulpverleners en organisaties betrokken zijn: de individuele huisarts en de huisartsenpost (HAP),



Figuur 1 Acute zorgverleningsketen.⁵

de eerstelijns verloskundige, de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA), de ambulancehulpverlening en de afdeling SEH van een ziekenhuis.

De omvang van de verschillende schakels in de keten is in bijlage E weergegeven.⁴ In aanvulling op de reguliere SMH-keten kennen we in ons land ook nog de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR).

2.2 Omvang en aard van de zorgvraag

Gezondheidsproblemen leiden jaarlijks tot tussen de 6,9 en 7,2 miljoen contacten met huisartsenposten, SEH's en ambulancevoorzieningen (zie ook bijlage E). In 2008 hadden huisartsenposten in totaal 4,3 miljoen patiëntcontacten. SEH's behandelden tussen de 1,9 miljoen en 2,2 miljoen patiënten. In 2009 waren er bijna 694.000 spoedeisende inzetten van ambulancezorg (waarvan 70% resulteerde in transport naar het ziekenhuis), en waren er 6.000 inzetten van een Mobiel Medisch Team (MMT).

Van de patiënten die contact hebben met een aanbieder van acute zorg heeft 16,9% in dezelfde week tweemaal of vaker contact met een zorgverlener. De combinatie die het vaakst voorkomt is een consult op de huisartsenpost en een behandeling op de SEH.⁶

In de huisartsenzorg gaat het relatief vaak om kinderen en jongeren. Op de SEH is er een gelijke verdeling van patiënten over de leeftijdsklassen. Ambulances worden juist weer vaker ingezet voor ouderen.

Waar het gaat om de problemen die mensen presenteren, blijken de HAP en de SEH in grote lijnen complementair te zijn, al geldt dat met name voor de meer landelijk gelegen gebieden; in de grote stad is er meer overlap in hulpvraag bij deze twee zorgaanbieders.

Bij volwassenen die zich melden bij de huisartsenpost ligt de nadruk op algemene klachten en klachten van de luchtwegen en het spijsverteringsstelsel. Op de SEH ziet men vaker klachten van het bewegingsapparaat en hartvaatstelsel. En de inzet van de ambulance wordt vaak gevraagd voor klachten van het hartvaatstelsel en neurologische problemen.

Bij kinderen is het beeld uiteraard anders. Op de HAP gaat het bij hen vooral om infectieziekten en algemene klachten, op de SEH vooral om lichamelijk letsel en acute infecties, terwijl de ambulance vaak kinderen naar de SEH brengt met neurologische en respiratoire aandoeningen.

Van de gezondheidsproblemen waarvoor mensen contact opnemen met de huisartsenpost, wordt 2 tot 8% als levensbedreigend of spoedeisend beoordeeld door de medewerker van de HAP (huisarts of assistente). Het merendeel van de problemen is niet ernstig. Van de volwassen patiënten op de SEH wordt het gezondheidsprobleem in 11% van de gevallen als levensbedreigend of spoedeisend beoordeeld. Bij kinderen worden de gepresenteerde problemen op de SEH in 5-22% beoordeeld als spoedeisend.⁷

Van de spoedeisende inzetten van ambulancezorg wordt 65,5% als A1-inzet uitgegeven en 34,5% als A2-inzet. Bij een A1-inzet is mogelijk sprake van een

levensbedreigende situatie of er is kans op blijvende invaliditeit, en moet de ambulance in 15 minuten ter plaatse zijn. Bij een A2-inzet is er mogelijk sprake van (ernstige) gezondheidsschade, maar is er geen direct levensgevaar, en worden geen optische of akoestische signalen gebruikt.

Van de 100 mensen die binnenkomen op een SEH doet ruim 40% dit op eigen initiatief. Bijna 40% is doorverwezen door de huisarts. De overige 20% komt van andere verwijzers, zoals bedrijfsarts, verpleeghuisarts of verloskundige. Opvallend is dat het type verwijzer van regio tot regio flink kan verschillen; ook is er op dat punt een verschil waarneembaar tussen grote steden en meer landelijke gebieden. Dit kan onder meer te maken hebben met de samenstelling van de populatie in de regio en de mate van samenwerking tussen de HAP en de afdeling SEH.⁸⁻¹² Het gemiddeld aantal bezoekers van een SEH bedraagt landelijk tussen de 10.000 en 20.000.¹³

2.3 Recente ontwikkelingen

De kwaliteit van de acute zorg is sterk afhankelijk van de organisatie van en de afstemming binnen de acute keten. Ook het tempo waarin de hulp kan worden geboden hangt daar direct mee samen. Een effectieve respons op de vraag naar acute zorg vergt dus goede samenwerking. In de afgelopen jaren zijn al veel stappen gezet om de keten doelmatiger te laten functioneren en de acute zorg op de beste manier te verdelen. In deze paragraaf geeft de commissie een overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen.

Een landelijk netwerk en regionale afstemming

Ons land is opgedeeld in elf regio's, met elk een erkend traumacentrum. Het gaat daarbij niet alleen om grootschalige zorg bij calamiteiten. In de beleidsregels voor acute zorg heeft de minister van VWS namelijk aangegeven dat elk traumacentrum zijn regionale netwerkrol ook moet vervullen voor de 'gewone' acute zorg. Traumazorg wordt daarbij gezien als een bijzondere vorm van acute zorg.

Het startpunt voor deze indeling ligt bij een VWS-nota over traumazorg uit 1997. Uit onderzoek naar de hulpverlening bij rampen en grote ongevallen was gebleken dat de medische hulp beter kon: de samenwerking tussen verschillende instanties was niet optimaal, van onderlinge afstemming was nauwelijks sprake, en de kwaliteit van de medische zorg hing af van de plek en de tijd van het ongeval.

In het kader van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) zijn sinds die tijd elf erkende (level 1) traumacentra aangewezen. Het gaat om alle

UMC's, en daarnaast om drie algemene ziekenhuizen in Tilburg, Enschede en Zwolle. De traumacentra zijn in staat om verschillende spoedeisende zorgtrajecten tegelijkertijd gecontroleerd uit te voeren. Vanuit deze topstructuur voor acute zorg kunnen ze bij een ramp snel opschalen. Vier UMC's beschikken over een traumahelikopter met een MMT.

Om zorg te dragen voor de regionale coördinatie is het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) ingesteld, dat sinds 2006 wettelijk verankerd is in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), en dat is aangescherpt in de ontwerpwet Clientenrechten Zorg. Ketenpartners als ziekenhuizen, ambulancehulpverlening, huisartsen, verloskundigen, GGZ, GHOR en GGD zijn binnen het ROAZ met elkaar verbonden. Zij werken samen aan trajecten om acute-zorgketens verder te stroomlijnen.

Zo kan het ROAZ bijdragen aan de continue verbetering van kwaliteit en bereikbaarheid van acute zorg, door afstemming van activiteiten tussen aanbieders van acute zorg en het in kaart brengen van het acute zorgaanbod in de regio (wie levert welke zorg, wat is de behandelcapaciteit van iedere zorgaanbieder, welke afspraken bestaan er voor de aansluiting). Ook is het ROAZ betrokken bij een goede voorbereiding op rampen, door inzicht te verschaffen in knelpunten en te zoeken naar oplossingen daarvoor.

De elf ROAZ-organisaties hebben zich weer verenigd in een platform dat onderdeel uitmaakt van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ). De samenwerking en beleidsafstemming tussen de elf acute-zorgnetwerken vindt plaats via het Landelijk Netwerk Acute Zorg.

Een gespecialiseerde SEH-arts

Een nieuwe specialisatie is die van SEH-arts. Deze wordt gedurende drie jaar opgeleid om alle levensbedreigende situaties in de spoedeisende hulpverlening adequaat te kunnen oppakken.¹⁴ Elders in Europa betreft het een vijfjarig curriculum. Een SEH-arts is gespecialiseerd in acute opvang en triage, en zet zelfstandig de eerste stappen in een behandeling.^{15,16} Zo nodig stemt hij of zij dit af met medisch specialisten.

Met de komst van de SEH-arts wordt de oude manier van werken, met relatief onervaren artsen, verlaten. Veel ziekenhuizen stemmen de organisatie van de spoedeisende zorg inmiddels af op deze nieuwe ontwikkeling.^{15,16}

Het Capaciteitsorgaan heeft in een viertal scenario's doorgerekend wat de behoefte is aan SEH-artsen.¹⁷ De uitkomsten van deze scenario's leiden tot een geschatte behoefte van ruim 400 tot maximaal 700 SEH-artsen in Nederland. In

het vierde kwartaal 2011 telde Nederland 256 geregistreerde SEH-artsen en was er sprake van 45 vacatures.¹⁸

Gegeven deze cijfers is aanvankelijk gekozen voor een instroom van jaarlijks 43 assistenten die worden opgeleid tot SEH-arts. Tegelijkertijd heeft de Capaciteitsorgaan aan de minister laten weten dat een instroom van 59 assistenten per jaar verdedigbaar zou zijn om snel een inhaalslag te kunnen maken, en dat dit voor de ontwikkeling van het beroep zelfs wenselijk zou zijn. In 2008 is dat aantal ook mogelijk gemaakt.¹⁹

De opkomst van huisartsenposten

Huisartsen zijn traditioneel de eerst aangewezen voor medische zorg. Voor de zorg buiten kantooruren zijn de meeste huisartsen georganiseerd in een huisartsendienstenstructuur (HDS). Een HDS omvat weer één of meer huisartsenposten (HAP's), waarin de diensten in de avond, nacht en weekend worden uitgevoerd. Naast de opkomst van de SEH-arts is ook de opkomst van deze HAP's relevant. Zij bieden immers de medische zorg die niet kan wachten tot de volgende werkdag, en zijn een belangrijke schakel in de keten van acute zorg.

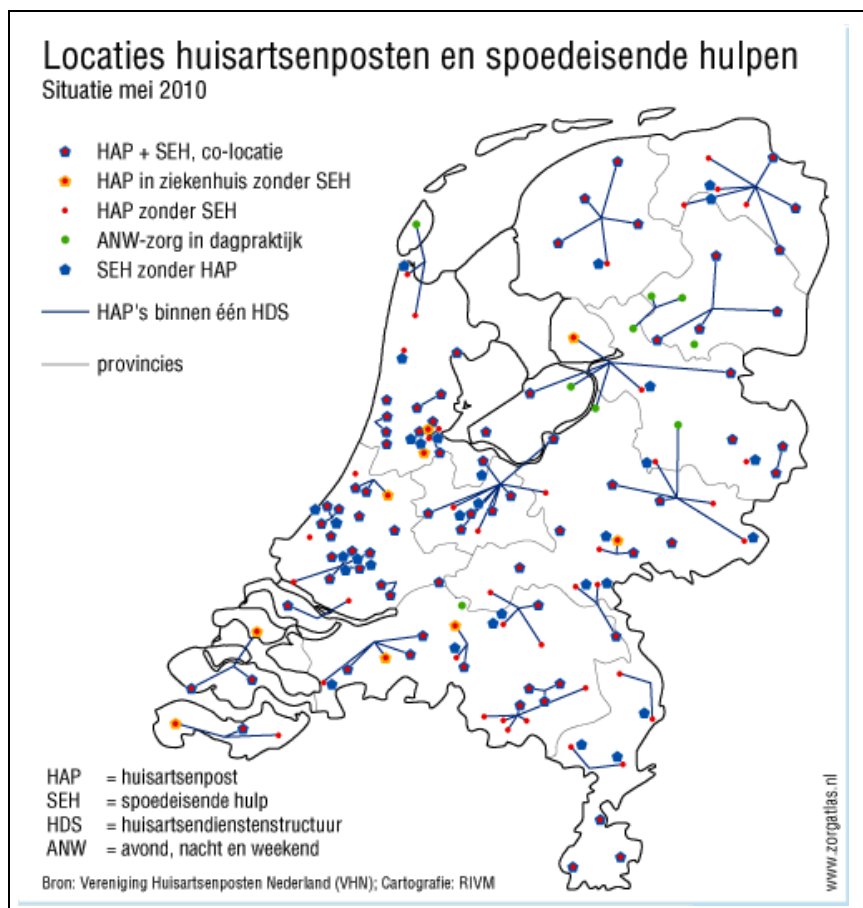
Toenemende samenwerking tussen HAP en SEH

Vaak zijn de huisartsenposten gesitueerd in de buurt van de spoedeisende hulp in een ziekenhuis. In de afgelopen jaren is er discussie gevoerd over de wenselijkheid van een (verdere) integratie van HAP en SEH, om zo de kwaliteit en de doelmatigheid van de spoedzorg te verbeteren²⁰. Een argument was dat het burgers vaak niet duidelijk is tot welke spoedzorg zij zich buiten kantooruren het beste kunnen wenden: de HAP, de SEH of de ambulancedienst, via 112. Ook blijken veel patiënten een beroep te doen op dure specialistische zorg, terwijl hun acute hulpvragen evengoed – zo suggereert de beschikbare informatie – door de HAP afgehandeld kunnen worden.²¹⁻²³

Bij een intensievere samenwerking tussen de huisartsenpost en de spoedeisende hulp zou de rol van de huisarts als poortwachter waarschijnlijk beter tot zijn recht komen. De eerstelijnsvoorzieningen staan in dat geval ook in de acute zorg voorop, zoals huisartsenzorg, tandheelkundige zorg, paramedische zorg, verloskundige zorg, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijns psychologische zorg. Het kan tevens leiden tot een afname van het aantal 'zelfverwijzers': mensen die zich zonder tussenkomst van een zorgverlener melden op een SEH.²⁴

Op steeds meer plaatsen in Nederland krijgt de samenwerking tussen HAP en SEH dan ook gestalte. Op een aantal plekken vindt daarbij een gedeelde triage plaats. Als dat nodig is, kan de patiënt vervolgens eenvoudig naar de tweedelijns ziekenhuiszorg en tweedelijns GGZ verwezen worden.

Dit alles bevordert de doelmatigheid. Overigens levert de samenwerking van HAP en SEH in het algemeen weinig of geen langere reistijd op voor de patiënt. Figuur 2 toont de spreiding van de HAP's en de afdelingen SEH in Nederland. Er zijn in totaal 104 SEH's en 128 HAP's. Daarnaast zijn er enkele samenwerkingsverbanden van huisartsen die de diensten 's avonds, 's nachts en in het weekend vanuit de eigen praktijk leveren; in dat geval varieert de locatie van de huisartsenpost met de huisarts van dienst. Niet alle huisartsenposten zijn ook na 23.00 uur 's avonds geopend. In de kaart zijn ook de SEH's opgenomen die 's nachts gesloten zijn.²⁵



Figuur 2

Optimaal organiseren van de keten

Acute zorg is een kwestie van snelheid, maar ook van toeleiden naar de locatie waar de best passende zorg voorhanden is. Een goede organisatie is daarvoor onontbeerlijk. Op dat gebied zijn al de nodige stappen gezet. In dit hoofdstuk bespreekt de commissie hoe de acute-zorgketen verder verbeterd kan worden.

3.1 Snel naar de juiste zorg

Garanderen van bereikbaarheid

Voor de bereikbaarheid van spoedeisende hulp zijn in ons land wettelijke regelingen getroffen. Het uitgangspunt is de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten met de ambulance. Vanaf de ontvangst van de melding bij de meldkamer heeft de ambulance 15 minuten om bij de plaats van het incident te komen (in de praktijk blijkt het gemiddelde overigens tien minuten te zijn). Vervolgens wordt gerekend met 5 minuten stabilisatie- en inlaadtijd. De overige 25 minuten resteert voor het vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een spoedeisende hulp. Of die norm van 25 minuten transporttijd gehaald wordt hangt af van de afstand tussen de plaats van de gebeurtenis en de SEH.

De 45-minutennorm is vastgelegd in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Deze norm schrijft aan de zorginstellingen voor dat zij alleen (tijdelijk) kunnen stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45-minutennorm niet in gevaar komt. Om bestaande spoedeisende ziekenhuiszorg op locaties die voor

de bereikbaarheid noodzakelijk zijn beschikbaar te houden, hanteert de NZA de zogenoemde ‘beleidsregel’ (bijlage G). Deze biedt de mogelijkheid om, wanneer door exploitatieproblemen het voortbestaan van een locatie in gevaar komt, een toeslag toe te kennen.

Voor de toepassing van deze beleidsregel worden twee normen gehanteerd. Er is sprake van ‘beschikbare spoedeisende ziekenhuiszorg’ indien minimaal één SEH-verpleegkundige in de ziekenhuislocatie aanwezig is, en een medisch specialist binnen 15 minuten ter plekke kan zijn. Dit moet 24 uur per etmaal het geval zijn. Er is sprake van ‘bereikbare spoedeisende ziekenhuiszorg’ indien de SEH van een ziekenhuis per ambulance binnen maximaal 45 minuten te bereiken is.

Dit zijn de normen zoals ze op dit moment zijn vastgelegd. De commissie heeft echter geconstateerd dat een paar aanpassingen wenselijk zijn.

Ten eerste zou er kritisch gekeken moeten worden naar de tijd die verstrijkt vanaf het eerste belsignaal in de (geïntegreerde) meldkamer en het moment van aankomst op de plaats van de gebeurtenis. Met de toename van het aantal alarmeringen per mobiele telefoon wordt dit relevanter. De mobiele 112-meldingen komen op één centraal punt in het land binnen en worden vandaar doorverbonden naar een regionale meldkamer. Daar moet vervolgens weer doorgeschakeld worden naar de Centrale Post Ambulancevoorzieningen, CPA. Gemiddeld zal de meldingstijd hierdoor toenemen.

Daarnaast blijkt het begrip ‘inlaadtijd’ voor ambulances de lading niet te dekken. In de praktijk is het ambulancepersoneel vaak ook bezig om de patiënt te stabiliseren of voorbereidende handelingen te verrichten. Hoe beter dit gebeurt, hoe minder kritiek de duur van de transporttijd wordt. Uit de landelijke registratie blijkt dat de ‘inlaadtijd’ in de praktijk gemiddeld 20 minuten is (omdat er dus veel meer gebeurt dan alleen inladen), terwijl gerekend wordt met 5 minuten.²⁶ De commissie constateert dat de regelgeving op dit punt niet meer *up to date* is.

Verder zouden de uitlaadtijd- en overdrachtstijd op de SEH (en bij grootschalige hulpverlening ook de triagetijd) in de normtijd moeten worden meegenomen. Dat is nu nog niet het geval.

Toeleden naar passende zorg

Snelheid is van groot belang, zo zagen we hierboven. Vandaar ook de wettelijke verankering. Maar snelheid is niet het enige doel in de acute zorg. Patiënten presenteren op de juiste plek is net zozeer van belang.

Een 54 jarige man klaagt sinds een uur over pijn op de borst. De pijn straalt uit naar de linker arm. De huisarts vermoedt een hartinfarct en regelt een ambulance. Deze is 12 minuten na melding ter plaatse. De ambulancebemanning ziet op het ter plekke gemaakte ECG inderdaad tekenen die wijzen op een hartinfarct. Het ECG wordt doorgeseind naar het profielziekenhuis waar de diagnose bevestigd wordt en er een vermoedelijke indicatie voor een dotterbehandeling wordt gesteld. De ambulancebemanning brengt een infuus in en dient de bij de vermoedelijke diagnose passende medicatie toe. Achttien minuten na aankomst van de ambulance kan deze met de patiënt vertrekken naar een het profielziekenhuis waar hij gedotterd kan worden. Dat is niet het ziekenhuis met een basis-SEH dat op 10 minuten van zijn huis ligt, maar tenminste 25 minuten rijden met ambulance van zijn huis. Vijfenvijftig minuten na de melding door de huisarts arriveert hij in het profielziekenhuis, waar het cardiologisch team klaar staat om een angiogram te maken en wordt hij gedotterd. Zijn herstel is voorspoedig.

Zo heeft een patiënt met een ischemisch CVA geen behoefte aan stabilisatie, maar is er wel alle reden om snel een trombolysie uit te voeren ('time is brain'). De hulpvrager moet dus niet eerst naar een ziekenhuis worden gebracht waar deze behandeling niet mogelijk is. Direct vervoer naar het geschikte profielziekenhuis, ook als dat verder weg is, is cruciaal. Hetzelfde geldt voor een patiënt met een traumatisch intracranieel extracerebraal hematoom: deze moet regelrecht naar een ziekenhuis waar onmiddellijk neurochirurgisch ingrijpen mogelijk is. Ambulancepersoneel kan in zulke gevallen beslissen de aanrijdtijd te verlengen, om eenmaal te bestemde plaats een betere kwaliteit van zorg te waarborgen.

Het is precies om deze reden dat de werkgroep Breedveld zorgprofielen heeft onderscheiden: behandelingen van acute problemen die expertise of apparatuur vereisen waar niet ieder ziekenhuis over beschikt. De academische centra worden geacht alle profielen in huis te hebben en daarmee een complete SEH in de lucht te houden. Daarnaast is er nog een aantal Samenwerkende Top Ziekenhuizen (STZ-ziekenhuizen) waarvoor hetzelfde geldt.²⁷

Rekening houden met beide doelen

De eerste gedachte bij ‘acute zorg’ is die aan snelheid. Maar tijd, hoe belangrijk ook, is niet het enige. Toeleiden naar de meest passende zorg is ook cruciaal. Soms is een patiënt gediend bij een langere transporttijd, als hij of zij daardoor meteen na aankomst op een SEH een complexe behandeling kan ondergaan die niet overal beschikbaar is. Voor het goed organiseren van de keten van acute zorg is rekening houden met deze beide zorgdoelen onontbeerlijk. Dat vergt een effectief samenspel tussen alle schakels in de keten.

3.2 Prestaties in de praktijk

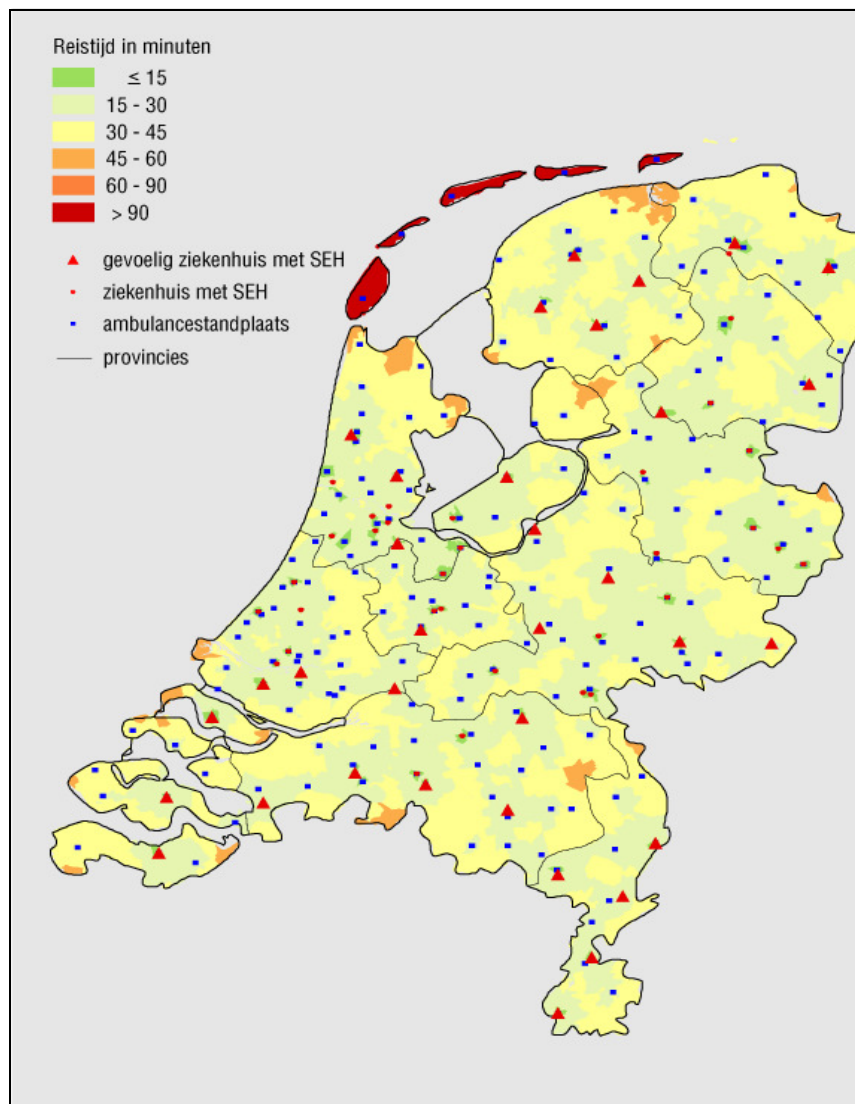
Hoe verhouden de prestaties in de praktijk zich tot de gestelde doelen voor acute zorg? Het RIVM heeft in opdracht van VWS tot nu toe twee keer een onderzoek uitgevoerd naar de aanrijdtijden, in 2008 en 2011.²⁸ De resultaten laten zien dat tussen 2008 en 2011 het aantal SEH’s dat èn 24 uur per dag èn 7 dagen per week open is èn daarbij acht poortspecialismen* aanbiedt, is teruggelopen van 104 naar 67.

Uitgaande van deze 67 SEH’s en de 196 standplaatsen in de ambulancezorg, blijkt dat 142.300 inwoners, oftewel 0,86% van de totale bevolking, niet binnen 45 minuten met een ambulance naar een dergelijke SEH vervoerd kunnen worden.

De analyse wijst een aantal SEH’s aan die belangrijk zijn voor het in stand houden van de bereikbaarheid: de zogenoemde ‘gevoelige’ ziekenhuizen. Als deze SEH’s zouden sluiten, zou het aantal mensen dat niet binnen 45 minuten bij een SEH terecht kan toenemen. Van de 67 volledig geëquipeerde en opengestelde SEH’s zijn er 34 gevestigd in gevoelige ziekenhuizen.

De meeste mensen in ‘onbereikt gebied’ wonen op de Waddeneilanden of in dun bevolkte gebieden van Nederland, zoals een aantal natuurgebieden of gebieden in de grensstreken met België en Duitsland. Overigens heeft de commissie geen wetenschappelijke gegevens gevonden die de keuze voor de 45-minuten-grens onderbouwen.

* De 8 poortspecialismen: interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie/verloskunde, kindergeneeskunde, neurologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde en dermatologie.



Figuur 3 Gemiddelde regionale reistijd in minuten.

3.3 Verbeteringen in de organisatie

Snelle toeleiding naar de juiste acute zorg vraagt om een goede organisatie. Op welke manier kan de acute-zorgketen zo worden ingericht dat de bereikbaarheid en kwaliteit geborgd en verder verbeterd worden, en de zorg tegelijk doelmatig is?

Heldere eisen voor elke SEH

De werkgroep Breedveld adviseerde een indeling in drie typen ziekenhuizen en SEH's. Voortbouwend op dit uitgangspunt benadrukt de commissie dat voor elk ziekenhuis bepaald moet worden tot welke categorie het behoort en welke eisen daarbij horen. Bij het ontwikkelen van het landelijke netwerk voor traumazorg hebben we al gezien dat dit succesvol is geweest.

Voor de opvang van traumapatiënten zijn de traumacentra in drie niveaus onderverdeeld. De toewijzing van patiënten gebeurt op basis van Evidence Based Criteria.^{29,30} Level 1 heeft zorgplicht voor de opvang van alle meervoudig ernstig gewonde traumapatiënten, en heeft daar ook de faciliteiten voor. Deze bestaan onder meer uit een volledige beschikbaarheid van traumachirurgen, anesthesiologen, ICU, interventieradiologen en neurochirurgen, en uitgebreide diagnostische en therapeutische faciliteiten. Hiervan zijn er 11 in Nederland. Bij traumacentra op level 2 is de aanwezigheid van bepaalde faciliteiten, zoals neuro- en thoraxchirurgie, geen voorwaarde. De ernst van de bedreiging is immers minder groot dan die bij patiënten op level 1. Een level 3 traumaziekenhuis behandelt vooral veel voorkomende gevallen met een lage complexiteit. In deze indeling van de traumaziekenhuizen wordt niet alleen het minimaal te behandelen volume vastgelegd, maar ook de openstelling van de SEH.

De resultaten laten zien dat deze helderheid vruchten afwerpt. Dat bleek al in de Verenigde Staten, maar het kan ook hier geconstateerd worden. De vorming van regionale centra leidt tot een afname van sterfte en een kortere opname-duur.^{31 32}

De commissie is van oordeel dat, naar analogie van de traumacentra, ook bij alle SEH's bepaald moet worden tot welk type zij behoren: de 'complete SEH', de 'profiel SEH' of de 'basis-SEH'. Dat dient te gebeuren in samenspraak tussen de besturen van de voorzieningen binnen een regio, waarbij het bestaande netwerk voor de traumazorg kan worden ingezet.

Daarbij geeft de commissie ter overweging om de verantwoordelijkheden in de acute keten, met name bij de LNAZ en ROAZ, duidelijk vast te leggen. Erva-

ringen in het Verenigd Koninkrijk leren dat een goede organisatie met een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling en duidelijke doelen de kwaliteit ten goede komt; het kan leiden tot minder sterfte en een kortere opnameduur. Ook het aantal heropnames kan erdoor verminderen.^{33,34}

Dat betekent wel dat iets moet worden ingeleverd op de lokale autonomie van zelfstandige organisaties. Het is begrijpelijk dat dit op enige weerstand kan stuiten. Toch vindt de commissie het noodzakelijk dat het regionale model overal ingang vindt. De commissie wijst erop dat in dat opzicht lering valt te trekken uit de vorming van de regionale brandweerkorpsen, waarbij lokale autonomie moest worden ingeleverd voor een dekkende regionale beschikbaarheid.

Voor specifieke ziektebeelden bestaan in diverse regio's al goede voorbeelden van gestroomlijnde acute zorg.³⁵ De commissie meent echter dat regionale afspraken voor belangrijke ziektebeelden en terugkoppeling van de resultaten de zorg nog aanmerkelijk kunnen verbeteren. Indicatoren zijn daarvoor in ontwikkeling.³⁶ De door de werkgroep Breedveld onderscheiden profielen moeten daarbij in elk geval op orde zijn, zowel wat betreft beschikbaarheid als bereikbaarheid. Het gaat daarbij om: trauma, bevallingen, myocardinfarct, beroerte, een aneurysma van de buikaorta, kinderen, acute psychiatrische zorg en acute respiratoire insufficiëntie.

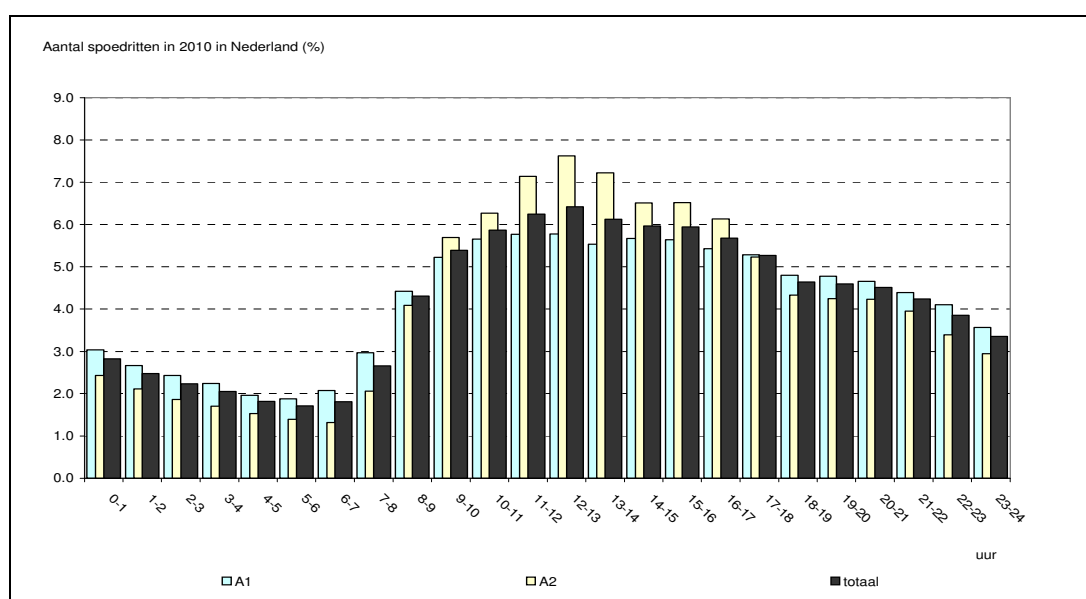
Verder kan uitbreiding van het aantal profielen nodig zijn, zoals locaties met gespecialiseerde toxicologische kennis en locaties met een radiologisch profiel bij grootschalige calamiteiten. Daarbij dient in ROAZ-verband ook gekeken te worden naar het specifieke regionale risicoprofiel (luchthaven, chemische industrie etc.).

Een 28 jarige vrouw is thuis bevallen van een gezonde zoon. De nageboorte blijft vastzitten en er is sprake van flink bloedverlies. De verloskundige alarmeert de meldkamer en vraagt met spoed om een ambulance. Binnen de regio zijn afspraken gemaakt welk ziekenhuis voor dit soort acute zaken binnen de daarvoor gestelde tijd de opvang regelt. De meldkamer geeft het bericht door aan het betreffende ziekenhuis. In dat ziekenhuis wordt alles in gereedheid gebracht voor adequate opvang door de gynaecoloog en de afdeling verloskamers. De anesthesioloog en het OK-team worden "standby" gevraagd voor het geval dat de nageboorte en of de bloeding acute behandeling op de operatiekamer noodzakelijk maakt. De meldkamer dirigeert de ambulance naar dat ziekenhuis, waar dan gezorgd wordt voor optimale opvang en behandeling.

Afgestemde openstelling

Het grote volume in de acute zorg zit in de patiënten die geen beroep hoeven doen op de zogenoemde profielzorg voor complexere problemen. Daarom zijn goede basis-SEH's essentieel in de keten. Als alle patiënten met relatief eenvoudige problemen zich naar een profiel- of complete SEH zouden spoeden, zouden die voorzieningen overbelast raken. Een goede spreiding van basis-SEH's voorkomt dat.

Maar 's nachts ligt dit anders. De frequentie van gevallen loopt later in de avond zodanig terug dat het volumeprobleem voor het profielziekenhuis of het ziekenhuis met een complete SEH in het algemeen niet meer speelt. Figuur 4 laat zien hoe het gemiddelde volumeverloop per 24 uur is. Profiel- en complete SEH's kunnen op rustiger momenten het gehele pakket aan acute zorg voor hun rekening nemen, zonder daarbij verstopt te raken. Het is dan ook niet per se doelmatig om de basis-SEH's 24 uur per dag open te houden.



Figuur 4 Aantal spoedritten in Nederland in 2010 naar urgentie, per blokuur.

In 2010 zijn in Nederland 710.921 ambulance-inzetten met spoed verreden. Hiervan is ruim 65% onder A1-urgentie verreden; de andere inzetten hadden A2-urgentie. Gemiddeld per dag zijn er 1.271 A1-inzetten en 677 A2-inzetten. Rond het middaguur is het aantal inzetten het hoogst; dan worden elk uur tussen de 115-125 A1-inzetten verzorgd en tussen de 70-75 A2-inzetten. Het rustigste moment op de dag is tussen 5 en 6 uur in de ochtend. De verdeling van A2-inzetten is overigens iets anders dan die voor A1-urgentie: rond het middaguur en in de middag worden relatief veel A2-inzetten gedaan. In de ochtend- en avondspits is het aantal A1-inzetten relatief hoog. (Bron: RIVM.²⁶)

Afhankelijk van het patiëntenaanbod is een beperkt aanbod van SEH's in daluren daarom aan te raden, analoog aan de afspraken binnen de huisartsenzorg en apotheekvoorzieningen. Regionale uitruil kan daarbij leiden tot een optimale taakverdeling. Zo kan sluiting van basis-SEH's op bepaalde uren de mogelijkheid bieden om op andere plaatsen specialisten in te zetten. Alle acute problematiek uit de regio kan daar dan worden behandeld, zolang de 45-minutennorm maar wordt gehaald.^{37,38}

Voor gebieden die buiten de 45-minutengrens vallen dient bekeken te worden of andere manieren van transport mogelijk zijn. De oplossing kan bijvoorbeeld liggen in een andere verdeling van de standplaatsen, waarbij niet uitsluitend naar de veldnorm van 15 minuten gekeken wordt. Ook de inzet van bepaalde disciplines, zoals SEH-artsen en/of teams in helikopters, kan overwogen worden.

Binnen de geschetste opzet is het noodzakelijk om regionaal afspraken te maken over de beschikbaarheid van bedden, over OK- en IC-capaciteit en over de spoedzorg voor belangrijke ziektebeelden. Er zijn op dat gebied al diverse initiatieven ontplooid. Zo zijn er bij in de regio Rijnmond afspraken gemaakt tussen huisartsen en specialisten, en is met behulp van ICT-ondersteuning informatie voorhanden over de beschikbaarheid van bedden.³⁹

ICT-ondersteuning kan een belangrijke rol spelen bij de stroomlijning van acute zorg en bij de evaluatie van de resultaten.⁴⁰ Kansen liggen vooral bij telemedicine, de mogelijkheid om in een vroeg stadium gegevens vanuit de ambulance elektronisch over te dragen aan het ziekenhuis, inzicht in de beschikbaarheid van ambulances, en het verplaatsen van ambulancestandplaatsen om de beschikbaarheid te optimaliseren.⁴¹

Een huisarts wordt 's middags in consult geroepen bij een 28-jarige vrouw die sinds enkele uren pijn rechtsonder in de buik heeft. Ook is ze misselijk. Bij onderzoek vindt hij druk- en loslaatpijn rechtsonder. Onder verdenking van een blindedarmonsteking stuurt hij haar naar het plaatselijke ziekenhuis, met een basis-SEH. 's Nachts heeft hij dienst en treft een soortgelijke situatie aan bij een man van 34 jaar. De SEH van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is 's nachts echter gesloten, en hij stuurt hem in naar een ziekenhuis 25 kilometer verderop.

Consistente triage

Een andere voorwaarde voor een gestroomlijnde en passende regionale toedeling van acute zorg is triage. De acute-zorgvraag is immers zeer heterogeen.^{42,43} Dat begint al met de wijze van aanmelding. Vier groepen patiënten zijn daarbij te onderscheiden: zelfverwijzers, mensen die aankloppen bij een huisarts of HAP, mensen die zich thuis of op straat melden via 112, en mensen die verwezen worden door een andere hulpverlener of door de ambulancedienst.

Triage, telefonisch of fysiek, maakt duidelijk hoe dringend de patiënt gezien moet worden door een arts of andere professional, en wat de juiste plaats is om de eerste zorg te verlenen. De besluitvorming hierover is een dynamisch proces van urgentiebepaling en indiceren voor het vervolgtraject.

Op dit moment worden in ons land verschillende triagesystemen en -opleidingen gebruikt, al is er veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van een algemene standaard: het Nederlands Triage Systeem.⁴⁴ Hoewel dat systeem geschikt lijkt⁴⁵, is er nog verder onderzoek nodig voor het specifieke gebruik in de verschillende vormen van acute opvang. Triage wordt immers uitgevoerd op een van (tenminste) drie plaatsen: in de meldkamer van de ambulancediensten, op de huisartsenposten en op de SEH. In hoeverre hierbij afstemming plaatsvindt tussen de dienstdoende HAP, de ambulances en de dienstdoende ziekenhuizen is onduidelijk. Ook wordt triage uitgevoerd door verschillende typen hulpverleners: balie-medewerkers, verpleegkundigen op de ambulance, verpleegkundigen op de SEH, dienstdoende huisartsen of SEH-artsen.

De discussie over wie de triage op de SEH moet doen wordt op dit moment nog gevoerd. Duidelijk is in elk geval dat direct toeleiden naar een passend behandeltraject winst oplevert voor de patiënt. Scholing en certificering bieden waarschijnlijk kansen om de kwaliteit op dit punt te verbeteren.

Het terrein van de triage overziend, mist de commissie op dit moment nog een eenduidige aanpak. Binnen regio's moet er daarom heldere afspraken komen over de triage, de scholing van de triagisten en de verwijspatronen. Dit zal een effectieve overdracht bevorderen. Ook moet er een systeem zijn dat de resultaten terugkoppelt en (bijna-)incidenten registreert. De aanbeveling bij de aanbidding in 2006 van het Nederlands Triage Systeem aan de voormalige minister van VWS, namelijk dat inbedding in een overkoepelend kwaliteitssysteem noodzakelijk is, geldt nog onverkort.

Passend ambulancevervoer

Voor een effectieve inzet van vervoer is een overzicht van de beschikbaarheid van ambulances onontbeerlijk, zodat op elk moment duidelijk is waar hulp geboden kan worden.

Waar de beschikbaarheid structureel een probleem blijkt, kan het nodig zijn om de uitvalsbasis van ambulances te verplaatsen. Dat moet regionaal worden geregeld. In Amsterdam zijn daar al voorbeelden van.^{38,41}

Voor een aantal ziektebeelden moeten per regio specifieke afspraken worden gemaakt over aanmelding, overleg tijdens transport en de beschikbaarheid van bedden en OK-capaciteit. Voor slecht bereikbare gebieden zouden er behandelafspraken moeten worden gemaakt. Zo hebben de huisartsen op Terschelling besloten geen thuisbevallingen meer te faciliteren.⁴⁶ Dit betekent dat er hotelaccomodatie en bevallingscentra georganiseerd moeten worden, zodat een bevalling op het vasteland kan plaatsvinden.

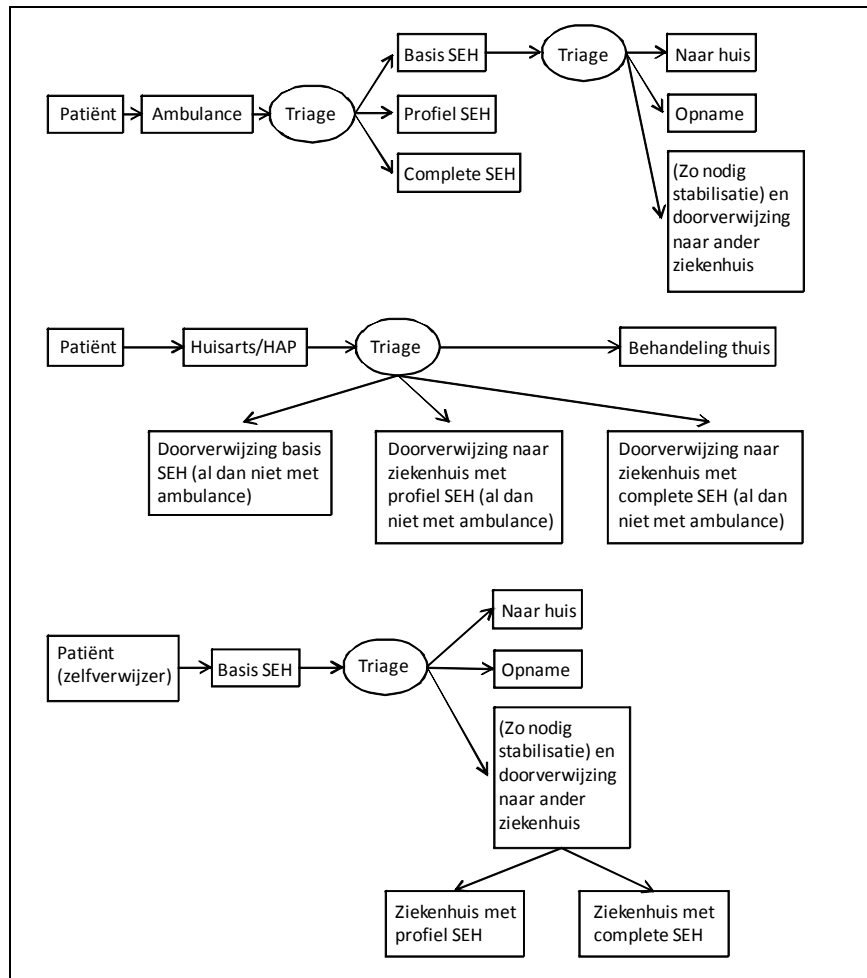
Voor grensgebieden waar de 45-minutennorm niet wordt gehaald, kan in aansluiting op bestaande initiatieven gekeken worden naar de service die Belgische en Duitse ziekenhuizen kunnen verlenen.^{47,48}

In andere gevallen, bijvoorbeeld bij trauma's of een reanimatie, zal beoordeeld moeten worden of de inzet van (trauma)helikopters uitbreiding behoeft, met name in minder goed bereikbare gebieden.⁴⁹ De commissie plaatst vraagtekens bij de implementatie van de inzetcriteria, en bij het beleid om de heli's alleen te gebruiken voor de aanvoer van medisch personeel en niet voor het vervoer van patiënten.

Ook kunnen de Regionale Ambulance Voorzieningen steviger worden opgetuigd, en kan het MMT eerder worden ingezet. In Duitsland rijdt al een mobiele *stroke unit* met CT en lab in de ambulance.

Omvang en doorstroming

Er is betrekkelijk weinig bekend over de optimale patiënteninstroom bij een SEH. Wel is het aannemelijk dat een te geringe vraag ten koste van de kwaliteit van zorg gaat⁵⁰, terwijl een te groot aanbod weer kan leiden tot overbelasting, met de nadelige effecten die daarbij horen.⁵¹ De SEH, de IC en de OK zijn in dat opzicht traditioneel flessenhalzen in de ziekenhuisorganisatie. Wanneer patiënten zonder vertraging van de ene afdeling naar de andere kunnen worden overgeplaatst, levert dit betere resultaten.⁵²⁻⁵⁴



Figuur 5 Schema doorverwijzing.

Snelle overdracht binnen ziekenhuizen

Ook als iemand al in een ziekenhuis is opgenomen kan een acute situatie ontstaan, namelijk als deze patiënt plotseling verslechtert. Om de kwaliteit van de acute zorg binnen het ziekenhuis te optimaliseren wordt in de VS gewerkt met zogenoemde Rapid Response Teams.⁵⁵ In Nederland zijn er wat dat betreft vergelijkbare ontwikkelingen in gang gezet.⁵⁶

De juiste zorg voor zelfverwijzers

De commissie heeft uitgebreid gesproken over de problematiek van zelfverwijzers. Doordat zij zich buiten de triage om melden bij een SEH, kan het voorkomen dat zij niet arriveren op de plek die de beste zorg voor hen in huis heeft. In figuur 5 wordt weergegeven hoe hun traject eruitziet, in vergelijking met dat van patiënten die via een andere weg binnenkomen bij een SEH.

De commissie constateert dat niet te voorkomen valt dat een patiënt op eigen gelegenheid naar een basis-SEH gaat, terwijl hij of zij beter af zou zijn in een profielziekenhuis of in een ziekenhuis met een complete SEH. Voor die gevallen zou wellicht tijdswinst geboekt kunnen worden door nabij de basis-SEH een ambulancelandplaats te hebben, zodat de zelfverwijzer alsnog snel naar de plek met de juiste gespecialiseerde zorg vervoerd kan worden.

3.4 Conclusie

Goede acute zorg volgt het principe van ‘dichtbij als het kan, iets verderop als dat nodig is’. Niet alle afdelingen voor spoedeisende hulp kunnen toegerust worden voor alle vormen van acute zorg: specialisatie is onontbeerlijk voor een hoge kwaliteit en een doelmatige taakverdeling. Het achterliggende ziekenhuis heeft ook niet altijd alle passende vervolgzorg in huis, hoe breed de competenties ook zijn. Daarom heeft de werkgroep Breedveld een indeling voorgesteld in drie typen: complete SEH's, profiel-SEH's en basis-SEH's.

De commissie vindt die indeling nuttig, en bepleit om nu als volgende stap, en naar analogie van de levels in de traumacentra, voor elke SEH in ons land te bepalen tot welk type deze behoort, en voor de profielziekenhuizen vast te stellen welke specifieke vormen van profielzorg ze bieden.

Basis-SEH's hebben een belangrijke taak in het behandelen van relatief eenvoudige problemen in grote aantallen. Maar tijdens rustige uren, bijvoorbeeld in de nacht, kunnen profiel- en complete SEH's die toestroom goed aan. Dan is het doelmatiger om bepaalde voorzieningen te sluiten – uiteraard met de 45-minutennorm als leidraad.

Zo'n verdeling vergt heldere regionale afspraken, een eventuele uitruil in openstelling en aanwezige deskundigheid, heldere verantwoordelijkheden, goede afspraken over triage, en passende voorzieningen voor vervoer. Naar voorbeeld van de regionale traumazorg zou ook in de acute zorg per regio intensief samengewerkt moeten worden, met bindende afspraken en heldere regie.

Het is onvermijdelijk dat een deel van de patiëntenstroom bestaat uit zelfverwijzers: mensen die zich direct melden op een SEH, zonder dat eerst een inschatting is gemaakt van de voorziening voor acute hulp die voor hen het meest geschikt is. Een ambulancestandplaats nabij zou desgewenst kunnen zorgen voor snelle overplaatsing naar een profiel- of complete SEH.

Noodzakelijke achtervang bij basis-SEH's

In het vorige hoofdstuk heeft de commissie zich gebogen over de organisatie van de acute-zorgketen als geheel, en geadviseerd over stappen die de bereikbaarheid en kwaliteit van de acute zorg verder kunnen verbeteren. Nu kan zij zich wenden tot het onderdeel van de acute zorg waar het ministerie van VWS specifiek advies om vraagt: de achtervang. Daarbij gaat het dan om de professionele menskracht en infrastructuur die binnen het ziekenhuis als geheel beschikbaar zijn voor omschreven categorieën patiënten die acute zorg nodig hebben, en voor het uitvoeren van noodzakelijke verrichtingen om deze patiënten te behandelen.

4.1 Samenspel tussen basis-SEH en achtervang

De afdeling voor spoedeisende hulp staat niet op zichzelf, maar is een geïntegreerd onderdeel van de ziekenhuisorganisatie. De levensreddende en stabiliserende handelingen vinden weliswaar plaats op de SEH, maar daarnaast is er voor spoedeisende zorg een veelheid aan activiteiten nodig waarvoor de inzet van andere afdelingen noodzakelijk is.

Het geheel is daarbij meer dan de som der delen. Zo kan een basis-SEH functioneren omdat röntgenapparatuur, klinisch-chemisch onderzoek en dergelijke onder hetzelfde dak beschikbaar zijn, en diverse specialismen ingeschakeld kunnen worden.

De relatie van de basis-SEH met de achtervang in de rest van het ziekenhuis is dus cruciaal voor de kwaliteit van de acute zorg. Onder 'achtervang' verstaat

de commissie in dit verband: de professionele menskracht en infrastructuur die binnen het ziekenhuis als geheel beschikbaar is voor omschreven categorieën patiënten die acute zorg nodig hebben, en voor het uitvoeren van noodzakelijke verrichtingen om deze patiënten te behandelen.

4.2 Heldere taken en competenties

Gegeven het cruciale samenspel tussen de SEH en de achtervang in de rest van het ziekenhuis moet duidelijk zijn voor welke vormen van acute zorg patiënten terecht kunnen op een basis-SEH. Weten we dat, dan geeft dat immers ook richting aan de specialismen en voorzieningen die als ondersteuning niet mogen ontbreken.

Zorgen voor een heldere taakafbakening

Eén manier om de zorgtaak van basis-SEH's te bepalen is door het zorgaanbod van deze voorzieningen te vergelijken met dat van academische centra (complete SEH) en profielziekenhuizen (profiel-SEH). De zorg voor patiëntcategorieën met complexe acute problemen is in de laatste twee gevallen namelijk duidelijk omschreven. Een pragmatische definitie is dan dat alles wat hier *niet* toe behoort tot de basiszorg gerekend kan worden. Dit betekent dat een basis-SEH geschikt is voor:

- de opvang van patiënten bij wie acuut levensreddende handelingen moeten worden verricht waarvoor geen profielziekenhuis nodig is of voor wie geldt dat ze dat profielziekenhuis niet hebben bereikt (bijvoorbeeld in het geval van zelfverwijzers, in welk geval eventueel wordt gezorgd voor passend transport naar een andere locatie)
- het stabiliseren van patiënten bij wie dat is aangewezen
- de opname en behandeling van veel voorkomende en relatief eenvoudige problemen (hoog volume, lage complexiteit)
- de observatie en diagnostiek van acute problemen.

Bij problemen die veel voorkomen en relatief eenvoudig zijn kan gedacht worden aan ziektebeelden als een acute blindedarmonsteking, een epileptisch insult, een niersteenkolië, een snee die gehecht moet worden, een ongecompliceerde fractuur of een neusbloeding.

Maar niet voor alle ziektebeelden is zonder meer duidelijk tot welke categorie ze behoren. Waar ligt de grens tussen hoogvolumezorg voor relatief eenvoudige problemen en laagvolumezorg bij complexe beelden? De commissie is van

oordeel dat die grens verhelderd moet worden, en dat dit primair een taak is voor de wetenschappelijke verenigingen.

Verder is het zaak dat de wetenschappelijke verenigingen met name voor de profielgebieden, maar niet alleen daar, zeer scherp en gedetailleerd formuleren wat ze als minimale kwaliteitseisen stellen, en ook per profielziekenhuis de verschillende profielen bepalen. De inrichting van de traumazorg kan hierbij goed als voorbeeld dienen.

Zorgen voor de passende competenties

Er moet dus duidelijk worden bepaald in welke hooggespecialiseerde zorg een basis-SEH niet hoeft te voorzien. Die kan immers beter en doelmatiger geconcentreerd aangeboden worden op een profiel- of complete SEH. Dat neemt niet weg dat een basis-SEH gepaste zorg moet kunnen bieden bij een groot aantal acute beelden.

Stabilisatie, een taak die vaak geassocieerd wordt met de basis-SEH, is daarbij niet altijd aan de orde. Zo kunnen relatief eenvoudige acute problemen meteen behandeld worden. In andere, meer complexe gevallen moet juist bekeken worden wat de aangewezen volgende stappen zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval als er een alarmerende maar niet meteen gediagnosticeerde combinatie van klachten is: de patiënt is ‘onwel’, heeft koorts, buikpijn of hoofdpijn. Hierbij gaat het veelal om (ernstig) zieke patiënten bij wie de primaire diagnostiek niet eenvoudig en eenduidig is. Om in deze gevallen als SEH-arts een waarschijnlijkheidsdiagnose te kunnen stellen, is vaak de inzet van meerdere specialismen nodig.⁵⁷

Ook een ziekenhuis met een basis-SEH moet daarom beschikken over genoeg competenties voor beslissingen over complexe problemen. De uitslag kan zijn dat de patiënt naar huis kan, dat hij of zij in het ziekenhuis met de basis-SEH wordt opgenomen, voor observatie of behandeling, of dat hij of zij wordt doorgestuurd naar een ziekenhuis met een profiel-SEH, waar aanvullende diagnostiek en behandeling kunnen plaatsvinden.

Wel is waakzaamheid hierbij geboden. Valkuilen kunnen zijn: te lange tijd voor diagnostiek, te laat overplaatsen, niet geïndiceerde endoscopieën, kwalitatief onvoldoende CT scans, en dergelijke. Een scoringssysteem voor de mate van complexiteit zou een oplossing kunnen bieden. Daarnaast is systematische feedback op overplaatsingen geboden, en moet een complicatieregistratie worden bijgehouden.

Met dat voorbehoud is de commissie van mening dat een instelling met een basis-SEH de competenties in huis moet hebben om de volgende taken uit te voeren:

- reanimatie en stabilisatie
- behandeling in gang zetten bij laagcomplexere problemen
- primaire diagnostiek bij complexe problemen
- verwijzing bij complexe problemen.

Zo wordt het allergrootste deel van de patiënten dichtbij huis geholpen.^{38,58}

Dit betekent niet dat een basis-SEH zeven dagen per week en 24 uur per dag geopend hoeft te zijn, zoals de commissie al eerder concludeerde. Zo is sluiting van een SEH in een regio gedurende de nacht mogelijk, mits een andere voorziening binnen de wettelijk vereiste tijd bereikt kan worden. Maar wanneer een basis-SEH geopend is moeten in principe een geregistreerd SEH-arts en gediplomeerd SEH-verpleegkundige aanwezig zijn.

Zolang er nog niet voldoende opgeleide SEH-artsen zijn, kan een basis-SEH ook bemensd worden door een ervaren arts die kan reanimeren en stabiliseren, en die ervaring heeft met triage. Van belang is vooral dat de basis-SEH beschikt over de door de werkgroep Breedveld beschreven competenties.

Door de wetenschappelijke verenigingen minimale kwaliteitseisen te laten formuleren voor helder afgebakende taken en door daarnaast te zorgen voor passende competenties op het gebied van reanimatie en triage, ook in complexe gevallen, kan op elke basis-SEH optimale acute zorg worden verleend.

4.3 Noodzakelijke achtervang

Achtervang voor volwassen patiënten

Gegeven het geschetste scala aan ziektebeelden dat bij een basis-SEH terecht moet kunnen, moet de SEH-arts snel de relevante specialismen kunnen consulteren. Niet alleen de SEH zelf moet dus voldoen aan bepaalde eisen. Hetzelfde geldt voor de specialismen en infrastructuur in de rest van het ziekenhuis.

Overdag zal dat gemakkelijker kunnen: dan is het hele systeem immers intact. Alle specialisten zijn in het ziekenhuis, en diagnostische faciliteiten (laboratorium, röntgen) zijn open. De dienstdoende SEH-arts moet er dan in alle gevallen van verzekerd zijn dat hij of zij in korte tijd kan beschikken over de volgende specialismen: gynaecologie/obstetrie, chirurgie, interne geneeskunde, cardiologie, kindergeneeskunde, KNO-heelkunde, neurologie, anesthesiologie en

Tabel 1 Overzicht achtervang SEH.

In korte tijd beschikbare specialismen	Beschikbaar	Snel consulteerbare ondersteunende specialismen	Direct toegankelijk
Gynaecologie/obstetrie	OK team	Apotheek	Laboratorium faciliteit
Chirurgie		Klinische chemie	Röntgenfaciliteit
Interne Geneeskunde		Medische microbiologie	
Cardiologie		Pathologie	
Kindergeneeskunde			
KNO-heelkunde			
Neurologie			
Anesthesiologie			
Radiologie			

radiologie. Ook de volgende ondersteunende specialismen moeten snel geconsulteerd kunnen worden: apotheek, klinische chemie, medische microbiologie en pathologie.

De commissie kan zich voorstellen dat deze taken in sommige ziekenhuizen ingevuld kunnen worden door een assistent die beschikt over voldoende competenties, en die bekwaam is verklaard voor dit type consultaties.

Aangezien de achtervang van een chirurg noodzakelijk wordt geacht, is daarmee ook de beschikbaarheid van anesthesist en een OK-team onontbeerlijk. Ook dienen laboratoriumfaciliteiten en röntgenfaciliteiten voor de SEH-arts (en zijn consultatieve achtervang) direct toegankelijk te zijn.

Over de in al deze gevallen te hanteren tijdsnorm heeft de commissie zich uitvoerig beraden. De commissie heeft diverse tijden gevonden (15, 20, 30 minuten), die echter geen van alle wetenschappelijk onderbouwd zijn, en die wisselen per specialisme en per ziektebeeld. Daarbij werd meestal ook geen rekening gehouden met de competentie van de eventueel aanwezige assistent.

De commissie ziet er daarom vanaf een specifiek aantal minuten te adviseren dat in alle gevallen zou moeten gelden. Het zal echter duidelijk zijn dat snelheid steeds gewenst is. De commissie vindt het een taak voor de wetenschappelijke verenigingen om de gewenste responstijd voor specialismen binnen het ziekenhuis met een basis-SEH in de kwaliteitsnormen op te nemen.

Achtervang voor jonge patiënten

Voor kinderen zijn speciale achtervangfuncties nodig. Alle kinderen die zich presenteren op een basis-SEH met een mogelijk interne aandoening, moeten door of onder supervisie van een kinderarts worden gezien. Bij kinderen die jonger zijn dan een jaar moet ook bij andere aandoeningen de kinderarts geconsulteerd wor-

den, zeker als er een vermoeden van kindermishandeling bestaat. In het voortraject zou de opleiding van triagisten in elk geval onderdelen moeten bevatten die specifiek gericht zijn op acute problemen bij kinderen.⁵⁹

Achtervang tijdens sluitingsuren

Anders wordt dit alles wanneer de basis-SEH van de instelling gesloten is. In het ziekenhuis verblijven dan (klinische) patiënten met hoogfrequente en laagcomplexe problematiek, patiënten van de observatieafdeling en (mogelijk) patiënten op de verkoeverkamer. Het toetsingskader van de IGZ stelt dat er in zo'n geval een ervaren arts aanwezig moet zijn die kan reanimeren en triëren. Bezien in het licht van de terminologie uit de adviesvraag ('cruciaal ten behoeve van minimaal kwaliteitsniveau') en de opmerkingen in de adviesvraag over levensreddend handelen en stabiliseren, kan hiermee worden volstaan.

Benodigde faciliteiten

Verder moet de instelling met een basis-SEH beschikken over een 24-uurs verkoeverfunctie en een observatieafdeling voor acute problematiek, waarbij in elk geval adequate tijdelijke ondersteuning van vitale functies mogelijk is. Een IC-faciliteit acht de commissie in een dergelijke structuur niet noodzakelijk. Bij risicovolle ingrepen moet teruggevallen worden op een beter toegeruste instelling in de regio, en bij onverwachte situaties die IC-zorg vergen is overplaatsing aangegeven, waarbij snel transport gefaciliteerd moet worden.

Benodigd kwaliteitssysteem

Voor het goed functioneren van de hier geschetste achtervang is een kwaliteitssysteem voor de SEH onontbeerlijk. In de meeste regio's en ziekenhuizen zijn er op dit gebied door de Inspectie voor de Gezondheidszorg tekortkomingen.⁶⁰ Dat moet veranderen.

Ook ontbreekt een zorgbeleidsplan waarin duidelijk is vastgelegd welke patiënten wel en welke niet op de SEH worden behandeld. Dit zorgbeleidsplan moet met de ketenpartners, de ambulancedienst(en), de huisartsen en huisartsenposten en de naburige ziekenhuizen afgestemd zijn, en bindend vastgesteld worden in het ROAZ. Dat zorgbeleidsplan vormt de basis op grond waarvan de SEH de werkzaamheden verricht, en de personele en materiële organisatie invult.

Het zorgbeleidsplan van de SEH staat niet op zichzelf. Het moet deel uitmaken van het zorgbeleidsplan van (andere afdelingen van) het ziekenhuis, en afgestemd zijn op het Ziekenhuis Rampen Opvang Plan (ZiROP).

Vorbereiding grootschalige hulpverlening

Grootschalige hulpverleningssituaties (bij rampen of grootschalige (bedrijfs)ongevallen) komen onverwacht en kunnen zich overal voordoen. De hulpverlening dient zich daarop te prepareren. In het kader van de (grootschalige) geneeskundige hulpverlening hebben basis-SEH's daarbij de verplichting om, ook bij uitval van nutsvoorzieningen, apparatuur en ICT-middelen, de zorg te continueren. Verder is een snelle activering van de hiërarchische structuur en het administratief informatiesysteem van groot belang.

4.4 Conclusie

In dit hoofdstuk heeft de commissie de adviesvraag over de benodigde achtervang beantwoord. Onder 'achtervang' verstaat de commissie in dit verband: de professionele menskracht en infrastructuur die binnen het ziekenhuis als geheel beschikbaar is voor omschreven categorieën patiënten die acute zorg nodig hebben, en voor het uitvoeren van noodzakelijke verrichtingen om deze patiënten te behandelen.

Hoewel de naam anders suggereert, worden basis-SEH's in de praktijk geconfronteerd met alle mogelijke soorten problemen. De taakverdeling tussen typen SEH's doet daar niets aan af. Van gebroken been tot onduidelijke maar potentieel ernstige klachten: een basis-SEH moet tijdens zijn openingsuren genoeg in huis hebben om het eenvoudige te behandelen, adequaat te beslissen over het complexe, en in geval van een reanimatie deskundig te kunnen handelen.

De commissie adviseert daarom een tweesporenaanpak. Enerzijds moet voor elke SEH binnen de regionale keten van acute zorg duidelijk worden vastgesteld tot welk type hij behoort: basis-SEH, profiel-SEH of complete-SEH. Wetenschappelijke verenigingen moeten daarbij bepalen welke taken en kwaliteitseisen aan de basis-SEH en aan de profiel-SEH gekoppeld zijn.

Anderzijds moet elke basis-SEH beschikken over passende competenties om ook in complexe gevallen goede beslissingen te kunnen nemen. Dit systeem moet niet alleen zijn toegesneden op volwassen patiënten, maar ook op kinderen.

De commissie heeft uitgebreid gesproken over de responstijd voor specialisten binnen het ziekenhuis met een basis-SEH. Omdat de wetenschappelijke evi-

dentie voor een algemene norm ontbreekt, ziet zij er vanaf een specifiek aantal minuten te adviseren dat in alle gevallen zou moeten gelden. Het zal echter duidelijk zijn dat snelheid steeds gewenst is. Zij vindt het een taak voor de wetenschappelijke verenigingen om de gewenste responstijd voor specialismen binnen het ziekenhuis in de kwaliteitsnormen op te nemen.

De aldus omschreven zorg op de basis-SEH moet met behulp van een kwaliteitssysteem geborgd worden, en ook bij rampen inzetbaar zijn.

Aanbevelingen

Meer dan de som der delen

In dit advies heeft de commissie zich gebogen over gewenste vervolgstappen in de voortschrijdende kwaliteitsverbetering van de spoedeisende hulp in ons land, toegespitst op de zogenoemde basis-SEH's. Ze heeft de competenties in kaart gebracht die op zo'n basis-SEH gewaarborgd moeten zijn, en de achtervang (in de vorm van specialismen en infrastructuur in de rest van het ziekenhuis) die daarbij nodig is. Zijn de basis-SEH en de rest van het ziekenhuis optimaal op elkaar afgestemd, dan is het geheel meer dan de som der delen, en kan de kwaliteit van de acute zorg nog verder verbeteren. De eerste set aanbevelingen gaat hierover.

Basis-SEH's (en de achterliggende ziekenhuizen) functioneren ook in een nog groter geheel: de keten voor acute zorg, met profiel- en complete SEH's, huisartsen en huisartsenposten, ambulancediensten, verloskundigen en meldkamers. Daarom heeft de commissie ook die keten onder de loep genomen.

In dat kader bepleit zij een heldere en bindende regionale taakverdeling tussen basis-, profiel- en complete SEH's. Want ook hier geldt: bij een goede afstemming is het geheel meer dan de som der delen. Gespecialiseerde spoedzorg is beschikbaar in profielziekenhuizen en universitaire centra, veel voorkomende maar eenvoudiger problemen worden behandeld op de basis-SEH (die ook niet per se 24 uur per dag open hoeft te zijn). Dat verhoogt zowel de kwaliteit als de

doelmatigheid. De tweede set aanbevelingen is dan ook gericht op het versterken van deze regionale taakverdeling.

In aanvulling op de regionale aanpak heeft de commissie ook nog adviezen geformuleerd die op een andere manier leiden tot kwaliteitsverbetering in de keten van acute zorg. Die staan in de derde set met aanbevelingen.

Met elkaar kunnen deze adviezen verder gestalte geven aan de moderne spoedeisende hulp in ons land. Het accent ligt daarbij niet langer alleen op snelheid. Het motto is: 'Dichtbij als het kan, iets verder weg als dat moet'. Door optimale samenwerking, binnen ziekenhuizen, binnen regio's en binnen de hele keten, kunnen mensen met acute klachten snel terecht op de plek waar de meest passende spoedhulp beschikbaar is.

Aanbevelingen voor kwaliteitszorg op basis-SEH's

1 *Een basis-SEH moet beschikken over brede competenties*

Hoewel de naam anders suggereert, moet een basis-SEH adequaat kunnen omgaan met een breed scala aan acute gevallen, variërend van relatief eenvoudige maar veel voorkomende problemen tot aan reanimatie, stabilisatie en de eerste diagnostiek bij verontrustende en complexe klachten. Het bestaan van de zogenoemde profiel- en complete SEH's doet niets af aan de noodzaak van brede competenties.

2 *Tijdens openingsuren moeten een SEH-arts en -verpleegkundige aanwezig zijn*

Dit betekent dat de staf die op een geopende SEH aanwezig is in principe bestaat uit een geregistreerd SEH-arts en een gediplomeerd SEH-verpleegkundige. Is een SEH-arts nog niet beschikbaar (het gaat om een nieuwe specialisatie), dan moet een ervaren arts worden ingezet die eenvoudige problemen kan verhelpen, maar die ook kan reanimeren en stabiliseren, en die bij complexe beelden de juiste eerste stappen kan zetten. Buiten de openingsuren van de basis-SEH moet er in het ziekenhuis in elk geval een ervaren arts aanwezig zijn die kan triëren en reanimeren, voor het geval een reeds opgenomen patiënt acute zorg nodig heeft.

3 *Ook een aantal specialismen moet snel beschikbaar zijn*

De kwaliteit van de zorg op een basis-SEH hangt nauw samen met de beschikbaarheid van specialismen en infrastructuur in de rest van het ziekenhuis: de achtervang. Het geheel is daarbij meer dan de som der delen. Maar waar zaken ontbreken kan dit juist schadelijk zijn voor de kwaliteit van de

acute zorg, en soms zelfs voor de gezondheid van patiënten. Op een geopende basis-SEH moet het team daarom binnen korte tijd kunnen beschikken over de volgende specialismen: chirurgie, anesthesiologie, cardiologie, kindergeneeskunde, KNO-heelkunde, gynaecologie/obstetrie, neurologie en radiologie. Onderzoeken moeten snel kunnen plaatsvinden. Ook buiten de openingsuren van de basis-SEH is de tijdige beschikbaarheid van specialismen, ondersteunende diensten en infrastructuur noodzakelijk.

4 *Wetenschappelijke verenigingen moeten nadere eisen formuleren*

Omdat de onderbouwing voor een algemene norm ontbreekt formuleert de commissie geen specifiek aantal minuten waarbinnen de genoemde specialismen beschikbaar moeten zijn, tijdens openingsuren en daarbuiten - al is snelheid uiteraard geboden. Een wetenschappelijke onderbouwde tijdsnorm per specialisme is echter wel gewenst. Ook andere eisen behoeven nadere invulling. Hier ligt een taak voor de wetenschappelijke verenigingen. Strakke regie is daarbij geboden. De ervaring leert dat het gedetailleerd bepalen van normen anders niet altijd even voortvarend wordt opgepakt.

Aanbevelingen voor een regionale taakverdeling tussen SEH's

5 *Binnen een regio moeten SEH's de taken optimaal verdelen*

De commissie dringt aan op een optimale regionale taakverdeling tussen basis-SEH's, profiel-SEH's (waar complexere zorg voorhanden is) en complete SEH's in universitaire centra. Met name in dichtbevolkte gebieden (vooral in het westen van het land) kan dat de doelmatigheid nog bevorderen. Dit betekent dat duidelijk moet worden tot welk type elke SEH behoort, welke taken daar worden uitgevoerd en welke eisen daaraan gesteld mogen worden. Bij het maken van regionale plannen moet nadrukkelijk gekeken worden naar de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de profielzorg, en naar het regionale risicoprofiel voor grootschalige ongevallen en rampen. Ook moet duidelijk zijn in welk profielziekenhuis welke profielen gegarandeerd worden. Voor een optimale taakverdeling kan een regionale uitruil aangewezen zijn.

6 *Ook de openstelling van basis-SEH's is een kwestie van taakverdeling*

Veel spoedeisende zorg is laagcomplex van karakter. Overdag zijn basis-SEH's daarvoor dan ook de aangewezen plaatsen. Maar 's avonds en 's nachts is het volume van dit type zorg veel minder groot. Het is daarom niet overal doelmatig om iedere basis-SEH 24 uur per dag en zeven dagen

per week open te houden. Laagcomplexe zorg kan in de nachtelijke uren verleend worden in een instelling met een profiel-SEH of een complete SEH, zonder dat daarbij volumeproblemen ontstaan. Daarover dienen hulpverleners, hulpdiensten en (potentiële) patiënten dan wel goed geïnformeerd te worden.

7 *Bindende regionale regie is nodig*

Om de gewenste regionale afstemming verder te brengen, kan de organisatie van de traumazorg als voorbeeld dienen. Voor de spoedzorg vindt de commissie een soortgelijke ontwikkeling als daar heeft plaatsgevonden wenselijk. Het toekennen van heldere verantwoordelijkheden is daarbij cruciaal. Het LNAZ zou de landelijke verantwoordelijkheid moeten krijgen voor de inrichting, de organisatie en het kwaliteitsbeleid. Regionaal zou het ROAZ de regie moeten voeren. Bindende samenwerking betekent wel dat zorgaanbieders iets van hun autonomie moeten inleveren.

8 *De financiering moet regionale samenwerking ondersteunen*

Een optimale regionale taakverdeling kan resulteren in verschuivingen. Zo kan het doelmatig blijken dat het ene ziekenhuis relatief dure, inefficiënte voorzieningen afstoot, terwijl het andere ziekenhuis juist meer voorzieningen kan creëren. De financieringsstructuur moet dat dan ook wel mogelijk maken. Het is daarom zaak dat ook zorgverzekeraars betrokken zijn bij de samenwerking in het ROAZ.

Aanbevelingen voor de hele keten van acute zorg

9 *In een paar regio's kan de bereikbaarheid verbeterd worden*

Bijna overal in ons land kunnen mensen binnen 45 minuten een passende SEH bereiken. Voor de paar gebieden waar dit niet geldt moeten alternatieven overwogen worden. De commissie denkt bijvoorbeeld aan een andere verdeling van de ambulancestandplaatsen en de mobiele inzet van andere disciplines, zoals SEH-artsen. Ook het gebruik van helikopters dient bekeken te worden. In grensgebieden kunnen afspraken met instellingen over de grens worden gemaakt.

10 *Ambulancestandplaatsen dichtbij basis-SEH's zorgen voor snelle overdracht*

Niet iedereen komt na bemiddeling door een professional op een basis-SEH. Er zijn ook mensen die zich daar direct melden; de zogenoemde zelfverwyzers. Maar soms hebben deze patiënten complexe profielzorg nodig. Ambu-

lancestandplaatsen dichtbij een basis-SEH kunnen dan zorgen voor een snelle overplaatsing.

11 *Onderzoek naar de bereikbaarheid van profielzorg is gewenst*

Over de bereikbaarheid van de profielzorg (de acute zorg waarvoor mensen naar een profiel- of complete SEH moeten gaan) zijn op dit moment nog te weinig gegevens beschikbaar. Een onderzoek daarnaar is dan ook op zijn plaats.

12 *Beroepsgroepen moeten de zorgprofielen invullen en aanvullen*

De werkgroep Breedveld heeft al zorgprofielen genoemd waarvoor de minimale kwaliteitseisen verder uitgewerkt moeten worden. Dit is een taak voor de beroepsgroepen. Ook is het aan hen om na te gaan of nog aanvullende zorgprofielen nodig zijn.

13 *Een eenduidige aanpak van triage is noodzakelijk*

Een voorwaarde voor een goede taakverdeling tussen de drie typen SEH's is dat er een *evidence-based* triagesysteem wordt gebruikt voor de hele keten van acute zorg. Daarbij moet ook specifiek gekeken worden naar triage bij kinderen. De commissie constateert dat deze gewenste eenduidigheid vooralsnog ontbreekt. Landelijk moet daarom ingezet worden op afstemming van de gebruikte triage, de scholing van de triagisten en de verwijspatronen. Verder volgens moet dat regionaal verder worden georganiseerd.

14 *De norm voor de 'inlaadtijd' moet worden aangepast*

De commissie constateert dat de WTZi op het punt van de normtijd van vijf minuten voor het laden van patiënten in ambulances niet meer *up to date* is. Het ambulancepersoneel is vaak ook bezig om patiënten te stabiliseren en voorbereidende handelingen te verrichten – iets wat de inlaadtijd in de praktijk naar 20 minuten brengt. Dat is geen probleem, integendeel: hoe kundiger dit gebeurt, hoe minder kritiek de duur van de transporttijd wordt. Een aanpassing van de wettelijke norm is dus gewenst.

15 *'Remote imaging' kan de overdracht verder stroomlijnen*

Informatieoverdracht met behulp van moderne technieken (zoals 'remote imaging') kan een belangrijke rol spelen bij de verdere stroomlijning van de acute zorg. In technisch opzicht ziet de commissie dan ook mogelijkheden om het diagnostisch (en therapeutisch) traject al in de ambulance te intensi-

veren, door de communicatie tussen ambulance en SEH verder te vergemakkelijken.

16 *Meer samenwerking tussen huisartsenposten en SEH's is zinvol*

Ook bepleit de commissie een verdergaande samenwerking en integratie van HAP'S en SEH's, met ook daar een consistent gebruik van triageprotocollen. Tevens hoort er een systeem te zijn dat de resultaten terugkoppelt, en dat (bijna-)incidenten registreert.

17 *Een kwaliteitssysteem is over de hele linie noodzakelijk*

Zulke kwaliteitssystemen zijn in de hele keten noodzakelijk. In de meeste ziekenhuizen met SEH's ontbreken deze echter nog, laat staan dat er al sprake is van een registratie- en kwaliteitssysteem voor de acute-zorgketen in zijn geheel. Daar is echter wel dringend behoefte aan, om zo de kwaliteit te kunnen monitoren en verbeteren.

Literatuur

-
- 1 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overal goed. 2004.
 - 2 Werkgroep Kwaliteitsindeling SEH. Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis. NVZ/NFU, editor. Utrecht: 2009.
 - 3 Werkgroep Levelindeling Spoedeisende hulp. Spoedeisende hulp: vanuit een stevige basis. NVZ/NFU, editor. Utrecht: 2008.
 - 4 Gijsen R, Kommer GJ, Bos N, Stel H van. Acute zorg samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2010. Bilthoven RIVM. Internet: <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/acute-zorg/>.
 - 5 Algemene Rekenkamer. Ketenbesef op de werkvloer. 2008: 31 394.
 - 6 RIVM. Verschillen tussen gebruikers van acute zorg. 2011. Bilthoven Internet: <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/acute-zorg>. Geraadpleegd 24-11-2011.
 - 7 Veen M van, Steyerberg EW, Ruige M, van Meurs AH, Roukema J, van der LJ e.a. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. BMJ 2008; 337: a1501.
 - 8 Bos N, Lever TM, van Stel HF, Schrijvers APJ. Het gebruik van spoedzorg in de regio Utrecht. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Gezondheidszorg, editor. Utrecht: UMC Utrecht; 2009.
 - 9 Lever TM, van Veenendaal LJ, van Stel HF, Schrijvers APJ. Het gebruik van spoedzorg in de regio Gooi en Vechtstreek 2009. UMC Utrecht, editor. Utrecht: Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde; 2009.
-

- 10 Veenendaal LJ van, Lever TM, van Stel HF, Schrijvers APJ. Het gebruik van spoedzorg in de regio Rijnmond. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde, editor. Utrecht: UMC Utrecht; 2009.
- 11 Lever TM, van Veenendaal LJ, van Stel HF, Schrijvers APJ. Het gebruik van spoedzorg in de regio Brabant. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde en Traumacentrum Brabant, editor. Utrecht: UMC Utrecht; 2009.
- 12 Veenendaal LJ van, Lever TM, van Stel HF, Schrijvers APJ. Het gebruik van spoedzorg in de regio Harderwijk. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, editor. Utrecht: UMC Utrecht; 2009.
- 13 Joling K. Eindrapport acute zorg in beeld. Regionale Ambulance Voorziening Agglomeratie Amsterdam'. 2006. Netherlands Institute of Health Sciences. Internet: <http://ebookbrowse.com/microsoft-word-eindrapport-acute-zorg-in-beeld-pdf-d71521451> geraadpleegd 006-02-2012.
- 14 Kathan CD. Emergency Physician in the Netherlands. Proefschrift, 2008.
- 15 Vandewalle EM, Kolkman K, Agterbos E. De SEH-arts emancipeert. Medisch Contact 2010; 65(27): 1346-1348.
- 16 Vugt AB van, Brouwer RML, Bertelink BP, Schenkeveld C, Kingma H. SEH-arts nieuwe stijl is specialist. Medisch Contact 2010; 65(22): 998-999.
- 17 Capaciteitsorgaan. Jaarverslag 2008. Utrecht: 2009.
- 18 Smit M. Nog steeds te weinig SEH-artsen. Medisch Contact 2012; 67(2): 102-104.
- 19 Schippers EI. Brief aan Tweede Kamer, 22 juli 2011, C2-U-3072293. Beantwoording vragen Tweede Kamerlid van Gerven (SP). 11 juli 2011.
- 20 Moll van Charente EP Bindels PJE. Huisartsenpost en spoedeisende eerste hulp: wel of niet integreren? Huisarts en Wetenschap 2008; 51: 215-218.
- 21 Giesen P, Franssen E, Mokkink H, van den Bosch W, van Vught A, Grol R. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. Emerg Med J 2006; 23(9): 731-734.
- 22 Moll van Charante EP, Steenwijk-Opdam PCE van, Bindels PJE. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patient choices and referrals by general practitioners and ambulance services. BMC Family Practice 2007; 8:46: 1-9.
- 23 Moll van Charante EP, ter Riet G, Bindels P. Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motives and characteristics. Patient Educ Couns 2008; 70(2): 256-265.
- 24 Uden CJ van, Winkens RA, Wesseling GJ, Crebolder HF, van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. Emerg Med J 2003; 20(2): 184-187.
- 25 Locaties-huisartsenposten-en-seh-s-2010/. 2011. Internet: [http://www.zorgatlas.nl/zorg/](http://www.zorgatlas.nl/zorg/eerstelijnszorg/huisartsenzorg/aanbod/locaties-huisartsenposten-en-seh-s-2010/) eerstelijnszorg/huisartsenzorg/aanbod/locaties-huisartsenposten-en-seh-s-2010/ consulted 24-11-2011.
- 26 Kommer GJ. Bereikbaarheidsmodel RIVM Presentatie ten behoeve van de commissie. 2011.
- 27 Samenwerkende Top Ziekenhuizen. Samenwerkende Top Ziekenhuizen. <https://www.stz-catalogus.nl/index.php?id=291&page=5>. geraadpleegd: 24-11-2011.
-

- 28 Kommer GJ. Bereikbaarheid SEH's. Bilthoven: RIVM; 2011.
- 29 Nederlandse Vereniging voor Traumatologie. Beleidsplan Traumatologie in perspectief. Leersum: 2004.
- 30 Nathens AB, Maier RV, Jurkovich GJ, Monary D, Rivara FP, Mackenzie EJ. The delivery of critical care services in US trauma centers: is the standard being met? *J Trauma* 2006; 60(4): 773-783.
- 31 Diaz JJ, Jr., Norris PR, Gunter OL, Collier BR, Riordan WP, Morris JA, Jr. Does regionalization of acute care surgery decrease mortality? *J Trauma* 2011; 71(2): 442-446.
- 32 Twijnstra MJ, Moons KG, Simmermacher RK, Leenen LP. Regional trauma system reduces mortality and changes admission rates: a before and after study. *Ann Surg* 2010; 251(2): 339-343.
- 33 Rutherford P, Nielsen GA, Taylor J, Bradke P, Coleman E. How-to guide: improving transitions from hospital to post-acute settings to reduce avoidable rehospitalisations. 2011. Cambridge Institute of health care improvement. Internet: www.ihl.org.
- 34 Visser M. Helpt een vier uur norm om de zorg op de spoedeisende hulp te verbeteren? Pica symposium. http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/239911/994357/5244485/7_-_Marieke_Visser_-_4-hour1.pdf. Geraadpleegd: 24-11-2011.
- 35 Behandeling acuut myocardinfarct. Medisch Spectrum Twente, editor. 2011. Internet: http://www.mst.nl/thoraxcentrum/jaarverslag-1/acuut_hartinfarct_meteen_dotte/. Geraadpleegd 24-11-2011.
- 36 Gijsen R, Kommer GJ, Kramer AJW, de Koningh JS. Prestatie-indicatoren voor de spoedeisende keten. Bilthoven: RIVM; 2009: 270111002/2009.
- 37 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Risico's ziekenhuiszorg in avond, nacht en weekend moeten beter worden afgedekt. Utrecht: 2011.
- 38 Koole G. Wiskunde en zorg: achtergronden voor een betere planning. Pica symposium. <http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/239911/326632/378610/CollegeGer.pdf>. Geraadpleegd: 24-11-2011.
- 39 Vissers JMH. Gestroomlijnde spoed. *Medisch Contact* 2009; 7: 278-281.
- 40 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20 Achtergrondstudies. Den Haag: 2011.
- 41 Mei R van der. Van reactieve naar proactieve planning van ambulancediensten. Pica symposium. <http://www.vumc.nl/afdelingen/pica/Symposia/>. Geraadpleegd 06-02-2012
- 42 Brussé CA, Linden C van der. Leidraad kleine spoedeisende aandoeningen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2010.
- 43 Elshove-Bolk J. Spoedeisende geneeskunde [Proefschrift]. 2007.
- 44 De Nederlandse Triage Standaard. Nederlands Triage Standaard. <http://www.de-nts.nl>. Geraadpleegd: 24-11-2011.
- 45 Ierland Y van, van Veen M, Huibers L, Giesen P, Moll HA. Validity of telephone and physical triage in emergency care: the Netherlands Triage System. *Fam Pract* 2011; 28(3): 334-341.
- 46 Geen bevallingen meer op Terschelling. NOS radio. <http://nos.nl/audio/211197-geen-bevallingen-meer-op-terschelling.html>. Geraadpleegd: 25-11-2011.
-

- 47 Organisatie acute zorg. Euregio. http://www.acutezorgeuregio.nl/acute_zorg_euregio/Organisatie/. Geraadpleegd: 24-11-2011.
- 48 Trauma Centrum Noord Nederland. UMCG. http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/traumacentrum_noord_nederland/Traumacentrum/Pages/default.aspx. geraadpleegd: 24-11-2011.
- 49 Nagappan R, Barker J, Riddell T, Maiden NJ, Lindsay S, Pennycook GA e.a. Helicopter in transit care of the critically ill--the Whangarei experience. *N Z Med J* 2000; 113(1114): 303-305.
- 50 Smith B. Small emergency departments: does size matter? *Emerg Med (Fremantle)* 2002; 14(1): 95-101.
- 51 Heyworth J. Emergency medicine-quality indicators: the United Kingdom perspective. *Acad Emerg Med* 2011; 18(12): 1239-1241.
- 52 Mayhew L, Smith D. Using queuing theory to analyse the government's 4-H completion time target in accident and emergency departments. *Health Care Manag Sci* 2008; 11(1): 11-21.
- 53 Maximale verblijfsduur van 4 uur op spoedeisende hulp. Visser MC. PICA symposium 07-04-2008.: 2008.
- 54 Optimising patient flow. IHI. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/OptimizingPatientFlowMovingPatientsSmoothlyThroughAcuteCareSettings.aspx> . geraadpleegd: 24-11-2011.
- 55 Jones DA, DeVita MA, Bellomo R. Rapid-response teams. *N Engl J Med* 2011; 365(2): 139-146.
- 56 Tangkau P. Het spoedinterventie team. <http://www.wes-rotterdam.nl/>. geraadpleegd: 26-1-0012.
- 57 Vegting IL, Nanayakkara PW, van Dongen AE, VandeWalle E, van Galen J e.a. Analysing completion times in an academic emergency department; coordination of care is the weakest link. *Neth J Med* 2011; 69(9): 392-398.
- 58 Sloan J, Chatterjee K, Sloan T, Waters M, Ewins D e.a. Effect of a pathway bundle on length of stay. *Emerg Med J* 2009; 26(7): 479-483.
- 59 Bouwels P SP. Triage op de spoedeisende hulp. Utrecht: Lemma; 2002.
- 60 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ziekenhuizen goed op weg met implementatie normen afdelingen spoedeisende hulp; kwaliteitssysteem nog niet goed op orde. Utrecht: 2012.
- 61 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Acute zorg. Den Haag: 2003.
- 62 Minister van VWS. Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. Den Haag: 2008.
- 63 Nederlandse Zorgautoriteit. Met speed! Advies over verbetering van de regulering acute zorg. Utrecht: 2008.
- 64 Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Acute Zorg. 2010.
- 65 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medisch-specialistische zorg in 20/20 Dichtbij en ver weg. Den Haag: RVZ; 2011.
- 66 Emergency medicine in modern europe. *Emergency Medicine Australasia* 2007; 9: 300-302.
- 67 European Agency for Safety and Health at work. Emergency services: a literature review on occupational safety and health risks 2011. 2011.
- 68 NHS National Institute for Health and Clinical Excellence. Guidelines Emergency Medicine. <http://www.nice.org.uk/> geraadpleegd 06-02-2012.
-

- 69 Acute Medicine Taskforce. Acute medical care. The right person, in the right setting- first time. London: Royal College of Physicians; 2007.
- 70 Joynt KE, Harris Y, Orav EJ, Jha AK. Quality of care and patient outcomes in critical access rural hospitals. JAMA 2011; 306(1): 45-52.
- 71 Lipsky MS, Glasser M. Critical access hospitals and the challenges to quality care. JAMA 2011; 306(1): 96-97.
- 72 Handel DA, Sklar DP, Hollander JE, Asplin BR, Hedges JR. Executive summary: the Institute of Medicine report and the future of academic emergency medicine: the Society for Academic Emergency Medicine and Association of Academic Chairs in Emergency Medicine Panel: Association of American Medical Colleges annual meeting, October 28, 2006. Acad Emerg Med 2007; 14(3): 261-267.
- 73 Hilbert P, Lefering R, Stuttmann R. Trauma care in Germany: major differences in case fatality rates between centers. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(26): 463-469.
- 74 Messelken M, Kehrberger E, Dirks B, Fischer M. The quality of emergency medical care in baden-wuerttemberg (Germany): four years in focus. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(30): 523-530.
- 75 Sadock J, Arnhjort T, Malmquist, Aujalay N. Emergency medicine in Sweden. American Academy of Emergency Medicine 2007; 14(3): 14-17.
-

A	De adviesaanvraag
B	De commissie
C	Diverse nota's
D	Spoedeisende hulpsystemen in het buitenland
E	Stroomdiagram acute zorg
F	Lijst met uitleg van afkortingen
G	Beleidsregel CI-895

Bijlagen

De adviesaanvraag

Op 14 maart 2011 ontving de voorzitter van de Gezondheidsraad het verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om advies over achtervangfuncties spoedeisende hulp. De minister schreef (brief CZ/TSZ-3050168):

Geachte mevrouw Gunning-Schepers,

Hierbij verzoek ik u mij te adviseren over de achtervangfuncties waarover een afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis noodzakelijkerwijs moet kunnen beschikken voor een adequate en verantwoorde eerste opvang en behandeling van patiënten die acute zorg nodig hebben.

Achtergrond

In oktober 2009 heeft de werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp (SEH) het rapport “Spoedeisende Hulp: vanuit een stevige basis” uitgebracht. 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.

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. Elke geopende SEH moet kunnen voldoen aan een basis kwaliteitsniveau (basis-SEH). De beschrijving van de basis-SEH gaat nadrukkelijk uit van de competenties waarover een arts en verpleegkundige moeten kunnen beschikken. In het rapport worden voorts enkele concrete sug-

gesties gedaan voor opleidingen en/of cursussen waarmee gestelde competenties kunnen worden ontwikkeld. Dit houdt in dat er voldoende deskundigheid bij het SEH-personeel en materieel gedurende de openingstijden beschikbaar moet zijn voor herkenning, stabilisatie en resuscitatie (reanimatie) van alle medische calamiteiten.

Voor nadere informatie over de kwaliteitseisen verwijs ik u naar het bijgevoegde rapport van de werkgroep “Spoedeisende Hulp: vanuit een stevige basis”.

Met de kwaliteitseisen voor een basis-SEH is een belangrijke stap gezet in de verbetering van de kwaliteit van de zorg op de SEH. Ik ben dan ook verheugd dat deze kwaliteitseisen door en voor de veldpartijen zelf tot stand zijn gekomen. Met het formuleren van de kwaliteitseisen heeft de werkgroep aangegeven er nog niet te zijn. Het leveren van kwalitatief goede zorg op de SEH hangt nauw samen met de (directe) beschikbaarheid van deskundigheid en faciliteiten in de rest van het ziekenhuis de zogenaamde achtervangfuncties. De werkgroep heeft wel het belang van het vaststellen van deze achtervangfuncties onderstreept, maar heeft in haar rapport hierover geen uitspraak gedaan. Gelet op de noodzaak om te komen tot een afbakening van de opdracht heeft de werkgroep zich beperkt tot de kwaliteitseisen in termen van aanwezige competenties op de SEH.

Het vaststellen van deze achtervangfuncties is echter wel noodzakelijk. Ten eerste om in de toekomst een beschikbaarheidsbijdrage voor de basis-SEH te kunnen berekenen. Daarnaast is een duidelijke beschrijving nodig voor het bepalen van de reikwijdte van de waarborgen die de overheid kan inzetten na een faillissement van een aanbieder.

Adviesaanvraag

Ik verzoek u mij daarom te adviseren over de vraag welke deskundigheid en faciliteiten aanwezig moeten zijn op de basis-SEH om de gezondheidstoestand van de patiënt zodanig te stabiliseren dat (eventueel vervoer naar) vervolgbehandeling verantwoord is.

Vanzelfsprekend vormen de criteria van de werkgroep Kwaliteitsindeling SEH van oktober 2009 hiervoor het uitgangspunt. Daarnaast vraag ik u uit te gaan van het gegeven dat een basis-SEH met een ambulance binnen 45 minuten (nadat de spoedmelding is binnengekomen) bereikbaar moet zijn.

Ik hecht er hier nogmaals aan te benadrukken dat het alleen dient te gaan om de strikt noodzakelijke deskundigheid en faciliteiten die nodig zijn voor zorg op de basis-SEH die gericht is op het terugbrengen van de levensbedreigende risico's door het stabiliseren van de patiënt.

Gezien het belang van het advies voor de wet- en regelgeving ten aanzien van continuïteit van zorg en beschikbaarheidsbijdrage die nog dit jaar naar de Tweede Kamer worden verstuurd, verzoek ik u om mij uiterlijk in december 2011 uw eindadvies aan te bieden. Tevens verzoek ik u mij uw eerste gedachten hieromtrent bij wijze van tussenrapportage nog vóór de zomer te doen toekomen.

Met vriendelijke groet,
de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
mw. drs. E.I. Schippers

De commissie

-
- prof. dr. J.J. Heimans, *voorzitter*
hoogleraar neurologie, VU Medisch Centrum, Amsterdam
 - prof. dr. H.J.J.M. Berden
hoogleraar organisatie en ontwikkeling in het ziekenhuis, Raad van Bestuur
Elisabeth Ziekenhuis Tilburg
 - prof. dr. R.O.B. Gans
hoogleraar interne geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen
 - prof. dr. J.G. van der Hoeven
hoogleraar intensive care, Universitair Medisch Centrum St. Radboud
Nijmegen
 - dr. A. de Jonge
eerstelijns verloskundige, VU Medisch Centrum, Amsterdam
 - prof. dr. C.J. Kalkman
hoogleraar anesthesiologie, Universitair Medisch Centrum Utrecht
 - prof. dr. ir. J.J. Krabbendam
emeritus hoogleraar technisch management en organisatiekunde, Universiteit
Twente, Enschede
 - prof. dr. D.A. Legemate
hoogleraar vasculaire chirurgie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - dr. E.P. Moll van Charante
huisarts, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
-

- prof. dr. H.A. Moll
hoogleraar kindergeneeskunde, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- prof. dr. J.G. Nijhuis
hoogleraar verloskunde en gynaecologie, Universitair Medisch Centrum Maastricht
- prof. dr. I. Schipper
hoogleraar traumatologie, Leids Universitair Medisch Centrum
- P. van der Torn
arts, Stichting Werkgemeenschap tussen Techniek & Zorg, Rotterdam
- dr. M.C. Visser
neuroloog, VU Medisch Centrum, Amsterdam
- prof. dr. F. Zijlstra
hoogleraar Cardiologie, Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam
- drs. F. Bandhoe, *waarnemer*
ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag
- drs. J. Boer, *waarnemer*
ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag
- dr. S. Kunst, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag
- dr. C.A. Postema, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een advieschap het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats

van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

Dankbetuiging

- Mw. J.E. van Dijk heeft in het kader van haar studie Biomedische Wetenschappen aan de Radboud Universiteit Nijmegen veel voorbereidend werk voor de commissie gedaan.
- Ir. G.J. Kommer, onderzoeker bij het RIVM hield zowel tijdens de tweede als de derde vergadering van de commissie een presentatie over het bereikbaarheidmodel.
- Tijdens het adviestraject zijn werkbezoeken afgelegd aan het Universitair Medisch Centrum Groningen te Groningen, het Medisch Centrum Haaglanden te Den Haag en het Rijnland Ziekenhuis te Leiderdorp. Met een delegatie van het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen werd over de adviesvraag overleg gevoerd en daarbij werd geïnformeerd naar de opvattingen van de NVSHA.

Diverse nota's

Over acute zorg zijn de afgelopen jaren regelmatig rapporten en onderzoeken verschenen. Zij worden hier kort besproken:

VWS (2002) Het bereikbare ziekenhuis

De beleidsbrief beschrijft het begrip 'basisziekenhuis'. Een basisziekenhuis legt zich volgens het College Bouw Zorginstellingen (CBZ) toe op de veel voorkomende vormen van ziekenhuiszorg. In een dergelijk ziekenhuis:

- zijn alle poortspecialismen en de onmisbare ondersteunende specialismen vertegenwoordigd;
- is een basispakket van diagnostische en therapeutische faciliteiten aanwezig;
- worden klinische verpleging en dagverpleging geboden;
- kan 24-uurs spoedeisende zorg geboden worden;
- zijn IC/CCU faciliteiten aanwezig met de mogelijkheden tot ademhalingsondersteuning;
- kunnen poliklinische zorg, klinische zorg en dagbehandeling worden geboden.

Een basisziekenhuis biedt alle 'gewone' en spoedeisende tweedelijnszorg. Het zou 80 à 85% van de ziekenhuiszorg kunnen leveren: dit is alle zorg zonder academische en topfuncties. De minister vindt het de moeite waard om daarover met de wetenschappelijke verenigingen verder in gesprek te gaan.

Het CBZ geeft ook aan welke poortspecialismen en welke voorzieningen in een dergelijk ziekenhuis aanwezig zijn. Het gaat dan om een onderling samenhangend geheel van functies en voorzieningen. Om spoedeisende hulp te kunnen geven moeten zowel de poortspecialismen als de ondersteunende specialismen immers in voldoende mate aanwezig zijn. Omgekeerd geldt ook dat zodra een specialisme (bijvoorbeeld kindergeneeskunde) verdwijnt, de spoedeisende hulp aan betekenis inboet.

Op basis van deze kenmerken zijn in de beleidsbrief van 1 februari 2002 bij wijze van indicatie de minimumdimensies van een basisziekenhuis geformuleerd, en is in een bijlage tentatief aangegeven welke ziekenhuizen als basisziekenhuis aangemerkt kunnen worden. De minimumdimensies zijn: minimaal 25 poortspecialisten en adherentie van minimaal 72.500 inwoners.

Vervolgens is door de Tweede Kamer aangegeven dat de als basisziekenhuis gekarakteriseerde ziekenhuizen in stand gehouden zouden moeten worden. De minister van VWS onderstreept het belang van basisziekenhuizen, zowel vanwege de menselijke maat als vanwege het belang van dergelijke ziekenhuizen voor het kunnen blijven garanderen van de bereikbaarheid. Basisziekenhuizen vormen het fundament van onze ziekenhuiszorg.

Raad Volksgezondheid en Zorg (RVZ 2003) Acute zorg⁶¹.

De nota bevat een pleidooi om de aanrijdtijden van ambulances van 15 minuten naar 8 minuten terug te brengen. Daarnaast wordt één landelijke telefoondienst voor acute hulp bepleit. Ook adviseert de raad om reanimatietechnieken onder andere in het onderwijs aan te leren.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ 2004) Haastige spoed niet altijd even goed¹

Dit rapport is de weerslag van een onderzoek naar de toegankelijkheid en kwaliteit van de SEH-afdelingen. De belangrijkste conclusies zijn:

- Een aantal punten, zoals de coördinatie door de CPA en de samenhang in de keten en de ketenstructuur, is ten opzichte van 1994 aanzienlijk verbeterd. Andere zaken zijn echter nog onder de maat. Zo is een ketenbrede visie nog steeds niet van de grond gekomen, is de ketenbrede evaluatie onvoldoende en is er geen sprake van een ketenbreed kwaliteitssysteem.

- Speciaal transport heeft een goede ontwikkeling doorgemaakt, maar ontmoet nog teveel problemen. De voorwaarden voor een landelijk dekkend MICU-netwerk zijn ontoereikend, waardoor het MICU-transport onvoldoende beschikbaar is. Het onder deskundige begeleiding transporteren van ernstig zieke, instabiele patiënten komt hierdoor in gevaar. Ook het psychiatrisch transport is de dupe van onvoldoende capaciteit en planning. Dientengevolge worden patiënten soms over zeer grote afstanden naar crisiscentra vervoerd.
- De ontwikkeling van de traumazorgnetwerken verloopt langzamer dan gewenst. De kwalitatieve meerwaarde van het mobiel medisch team (MMT) is vooralsnog onvoldoende, omdat 's avonds en 's nachts geen ter zake kundig MMT is gegarandeerd.
- De relatie tussen het ambitieniveau en de mogelijkheden zijn niet in alle ziekenhuizen gegarandeerd. Een aantal ziekenhuizen is onvoldoende geëquipeerd om alle categorieën patiënten op de afdeling SEH te kunnen stabiliseren. In de dagelijkse praktijk wordt dit door de ambulances en verwijzers opgevangen.
- De toegankelijkheid en kwaliteit van de spoedeisende hulpverlening is wisselend. Deskundige triage is nog niet op alle SEH-afdelingen ingevoerd. De verpleegkundige deskundigheid en beschikbaarheid zijn in de meeste ziekenhuizen goed geregeld en geborgd, de medische deskundigheid minder. Aan de artsen worden in het algemeen geen specifieke bekwaamheidseisen gesteld, en beoordelingscriteria voor het zelfstandig functioneren ontbreken. Daarnaast is ook de eindverantwoordelijkheid voor het medisch beleid onvoldoende geregeld. Verder hebben de ziekenhuizen te weinig inzicht in logistieke processen en patiëntenstromen op de SEH, waardoor geen goed zorgbeleid mogelijk is. Het kwaliteitsbeleid van de afdeling SEH staat nog in de kinderschoenen.
- De voorzieningen op de afdelingen SEH zijn niet toereikend. Op een aantal SEH-afdelingen houden zij geen gelijke tred met de technologische ontwikkelingen en het groeiende aantal bezoekers.

VWS (2008) Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg⁶²

De spreiding van zorgvoorzieningen is voor bepaalde vormen van (acute) zorg veranderd sinds de intrede van marktwerking in de zorg in 2006. Sindsdien vinden immers fusies en schaalvergrotingen in het zorgaanbod plaats. In sommige gevallen werden locaties gesloten, waardoor de bereikbaarheid van de zorg in het geding kwam.

De beleidsvoornemens op het gebied van de acute zorg omvatten het vaststellen van minimumnormen voor de bereikbaarheid van acute huisartsenzorg en verloskundige zorg (inclusief telefonische bereikbaarheid), het opstellen van kwaliteitscriteria voor SEH's (waarin ook criteria van tijdigheid opgenomen zouden kunnen worden), de ontwikkeling van kleinschalige vormen van acute eerstelijnszorg voor het platteland, en de verdere uitbreiding van het landelijk netwerk van MMT's met helikopters die 7 keer 24 uur beschikbaar zijn.

Algemene Rekenkamer (2008) Ketenbesef op de werkvloer⁵

De acute zorgverlening (ambulancezorg en eerste hulp) kent in ons land een effectieve ketensamenwerking, ofschoon er van expliciete regie geen sprake is. De mensen die in de afzonderlijke schakels werken weten in de meeste gevallen wat ze moeten doen en welke eisen de volgende schakel stelt. Belangrijke factoren die de ketensamenwerking bevorderen zijn:

- de overduidelijke urgentie van het probleem
- de gedeelde medische achtergrond en deskundigheid van de betrokken zorgverleners
- het specifieke, op gezondheidszorg gerichte karakter van de betrokken organisaties
- het geringe aantal betrokken organisaties.

De minister van VWS hanteert ten aanzien van de acute zorgverlening een 'afstandelijk' sturingsconcept dat past bij het geprofessionaliseerde, autonome karakter van de beroepsgroepen: waarborgen dat de voorzieningen er zijn waarmee de beroepsgroepen acute zorg kunnen verlenen; kwaliteitseisen formuleren of door de beroepsgroepen laten formuleren; nagaan of prestaties aan die eisen voldoen.

Op drie punten kan volgens de Algemene Rekenkamer de acute zorgketen nog worden verbeterd – en gedeeltelijk wordt hieraan ook al gewerkt:

- de aanrijdtijden van ambulances overschrijden regelmatig de norm;
- voor patiënten is niet altijd duidelijk of ze toegang tot acute zorg moeten krijgen via een huisartsenpost of via een ziekenhuis;
- de kwaliteit van de acute zorgverlening is niet altijd voldoende.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA 2008) Met Spoed! Advies over verbetering van de regulering van acute zorg⁶³

Dit rapport bevat de resultaten van een onderzoek naar de financieringsstructuur van de acute zorg. Knelpunten blijken dat de bekostiging gericht is op de organisatie en niet op de prestatie. De huidige tariefssystemen werpen een drempel op, en zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden maar beperkt gestimuleerd om doelmatig te handelen. De NZA constateert verder dat aanbieders dezelfde zorgfunctie op verschillende manieren gefinancierd krijgen.

Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU 2010) Acute Zorg⁶⁴

In een nota over acute zorg pleitte de NFU voor:

- de verdere professionalisering van de topinfrastructuur voor acute zorg
- de expliciete rol van de SEH-arts
- een level indeling van de SEH's
- de integratie van doktersdiensten en SEH's.

Zij stelde daarnaast dat gezamenlijke, maatschappelijk gedragen normeringen dringend nodig zijn voor een goede bereikbaarheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid van doktersdiensten en SEH's.

VWS(2010) Discussienota Acute zorg 2015

In deze breed onder diverse organisaties verspreide nota wordt acute zorg omschreven als zorg die betrekking heeft op alle vormen van curatief-medische zorg die niet uitstelbaar is. Daarom moet de acute zorg altijd en snel beschikbaar zijn. Dit vergt een andere benadering – en op onderdelen ook andere sturing door de overheid – dan de planbare/electieve zorg.

Acute zorg wordt geleverd door huisartsen, verloskundige hulpverleners, ambulancevoorzieningen, spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen, traumacentra (met hun mobiele medische teams), crisisdiensten GGZ, acute thuiszorg en natuurlijk tal van ander personeel in de zorg (denk aan assistenten, verpleegkundig specialisten etc.). Samenwerking binnen de acute zorg en tussen de acute zorg en de rest van de zorg is essentieel om de juiste zorg op de juiste tijd, op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener te leveren.

Met de nota worden twee landelijke telefoonnummers geïntroduceerd, zodat voor de burger die met spoed zorg nodig heeft glashelder is hoe de telefonische toegang geregeld is. Dit geldt voor alle vormen van acute zorg die in de inleiding worden genoemd, dus ook voor de GGZ-crisisdienst.

Er wordt een onderscheid gemaakt in twee vormen van mobiele acute zorg. Dit is zorg die ter plaatse bij de patiënt moet worden geleverd en waarbij wel of geen vervoer van de patiënt nodig is.

Wat is beschikbaar aan acute zorg in de buurt?*

- je hebt altijd acute basiszorg bij je in de buurt, dat wil zeggen er zijn locaties met 7x24 uur acute basiszorg, op afstand van een half uur rijden (eigen auto, taxi) toegankelijk
- deze locaties kennen ook een inlooppreekuur
- aan iedere SEH is een functie voor basiszorg gekoppeld, maar niet iedere locatie met acute basiszorg heeft een SEH
- binnen 25 minuten rijden met een ambulance ben je bij een basis-SEH, dat wil zeggen dat stabilisatie mogelijk is maar deze SEH is niet per sé gespecialiseerd in jouw klachten
- afspraken met de ambulancesector dat als de klachten het toestaan, langer doorrijden met de ambulance naar een gespecialiseerd ziekenhuis
- de Gezondheidsraad buigt zich in 2011 over de vraag wat de infrastructuur van een basis SEH zou moeten zijn. Dit betekent dat gekeken wordt naar de achtervangfuncties en beschikbare specialismen van een basis SEH
- mogelijke optie voor dunbevolkte of moeilijk bereikbare gebieden is: inzet van een ambulancehelikopter voor vervoer van de patiënt. (dit is geen traumahelikopter!) als alternatief voor het openhouden van een SEH
- inzet van ambulance in rurale gebieden bij basiszorg/thuiszorg
- uiteraard volgens WTZi kader van 45 minuten norm
- wat is verder beschikbaar aan acute zorg in een trauma regio?

Iedere ROAZ regio beschikt over:

- één traumacentrum voor opvang van multi-trauma patiënten
- één gespecialiseerd (of profiel-)centrum voor spoedeisende zorg voor respectievelijk neurologische aandoeningen, cardio-aandoeningen, moeder-kind-zorg, ...
- één GGZ-crisisdienst.

* Binnen de context van de 45 minuten norm.

De afstand tot deze centra is kan dus langer zijn dan 25 minuten rijden met een ambulance. De gedachte hierachter is dat de kwaliteit en doelmatigheid van zorg er mee gediend is dat er niet te veel verspreiding van deze vormen van zorg plaatsvindt.

De acute verloskunde maakt onderdeel uit van de acute zorg. Alleen de ziekenhuizen die volgens de normen verloskundige zorg kunnen leveren, zullen deze ook leveren. Dit kan betekenen dat de aanrijdtijd in sommige gebieden langer dan 45 minuten wordt en thuis bevallen daardoor in sommige regio's risicovoller wordt.

In 2015 zijn (veiligheids)normen, richtlijnen en protocollen vastgesteld die de basis vormen voor het kwaliteitsbeleid in de acute zorg. Daarnaast wordt landelijk op basis van eenduidige triage de urgentie en zorgtoewijzing bepaald:

- voor de basis en profiel SEH is exact omschreven aan welke normen die moeten voldoen
- er zijn normen opgesteld voor de achtervangfuncties (bijvoorbeeld voor de benodigde IC-faciliteiten en diagnostiek) die binnen welke tijd beschikbaar moeten zijn achter ieder profiel van een SEH
- een telefonische hulpvraag voor acute zorg wordt binnen 30 seconden beantwoord
- het verloskundig veld (incl. beroepsgroepen) beoordeelt de normen voor verloskundige zorg die in "Een goed begin" zijn voorgesteld en stellen deze vast
- de GGZ sector stelt normen op waaraan een regionale crisisdienst GGZ minimaal moet voldoen.

Ongeacht waar je met zorgvraag binnenkomt, ieder krijgt altijd eenduidige triage wat leidt tot de juiste zorg.

VWS brief 21 april 2011 'Continuïteit van zorg'

Deze brief gaat over cruciale zorg en de consequenties daarvan. Cruciale zorg is die zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of (bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks functioneren.

Voor deze vormen van zorg heeft de overheid, naast haar verantwoordelijkheid voor het zorgsysteem op zich, een extra verantwoordelijkheid. Dit betekent dat wanneer de zorgverzekeraar of het zorgkantoor ondanks alle inspanningen niet in

staat zijn deze vormen van zorg beschikbaar te houden, de overheid zal zorgen voor de continuering. Voor de curatieve zorg gaat het daarbij om de ambulancezorg, de basis spoedeisende hulp (basis-SEH), de acute verloskunde en de crisisdienst in de GGZ.

Volgens deze brief heeft acute zorg betrekking op alle vormen van curatief-medische zorg die niet uitstelbaar zijn. Maar niet alle vormen van acute zorg vallen onder de definitie van een cruciale zorgfunctie. Immers, de tijdelijke afwezigheid van een huisartsenpost die wel acute basisgeneeskundige zorg levert, zal niet direct leiden tot ernstige gezondheidsschade. In medisch spoedeisende gevallen is de eigen huisarts verantwoordelijk voor de acute basiszorg, en bij levensbedreigende situaties dient de basis-SEH binnen 45 minuten bereikbaar te zijn met een ambulance.

De minister stelt dat haar verantwoordelijkheid op het terrein van de gehele keten van acute zorg zich richt op het stellen van de randvoorwaarden voor een efficiënte en effectieve zorgverlening. Zij wil bevorderen dat de samenwerking tussen partijen die noodzakelijk is om de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van acute zorg te realiseren ook daadwerkelijk van de grond komt en dat zorgverzekeraars deze samenwerkingsvormen belonen. Zij denkt daarbij aan het verder stimuleren van gezamenlijke triage van spoedeisende hulp en huisartsenposten, met het oog op een efficiënte en effectieve doorgeleiding van patiënten. Normering kan daarbij aan de orde zijn.

De continuïteit van curatieve zorg geldt voor het beschikbaar houden van vier zorgfuncties binnen de bijbehorende norm

- 1 mobiele stabilisatie en behandeling: 97% van de bevolking moet binnen 15 minuten responstijd bereikt kunnen worden en in tenminste 95% van de spoedmeldingen moet een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse zijn
 - 2 basis spoedeisende hulpverlening (basis-SEH): de basis-SEH moet na een spoedmelding binnen 45 minuten bereikbaar zijn. De Gezondheidsraad zal ons (Minister en Kamer) in december advies geven over welke deskundigheid en faciliteiten aanwezig moeten zijn op de basis-SEH om de gezondheidstoestand van de patiënt zodanig te stabiliseren dat (eventueel vervoer naar) vervolgbehandeling verantwoord is
 - 3 acute verloskunde: binnen 45 minuten met een ambulance moet een zorgaanbieder bereikbaar zijn die in geval van een levensbedreigende situatie acute verloskunde levert. Conform de normen van het veld zelf moet binnen 15
-

- minuten na vaststelling van de diagnose van een levensbedriegende situatie de benodigde medisch specialistische behandeling gestart kunnen worden
- 4 crisisopvang binnen de GGZ: er dient per Regionaal Overleg Acute Zorgregio in ieder geval één crisisdienst te zijn die zorgt voor de eerste diagnose, verwijzing en opvang van patiënten met een acute psychiatrische crisis. Voor de crisisopvang wordt bekeken of een advies zoals hierboven voor de basis-SEH is beschreven nodig is.

Raad Volksgezondheid en Zorg (RVZ) advies Oktober 2011 'Medisch-specialistische zorg in 2020, Dichtbij en ver weg'^{40,65}

Het landschap van medisch-specialistische zorg 2020 zal er wezenlijk anders uitzien dan nu, zo betoogt de RVZ. Een vergezicht op de medisch-specialistische zorg anno 2020 toont het beeld van zorgnetwerken, waarin verschillende zorgprofessionals samenwerken, onderling en met hun patiënten, om integrale zorg te kunnen bieden.

Hoewel de zorgnetwerken op verschillende wijzen georganiseerd zijn en qua samenstelling variëren in de loop der tijd, hebben zij gemeen dat ze een geografische oriëntatie hebben als het gaat om het leveren van zorg. Die moet immers dichtbij geleverd worden als het kan, en verder weg als het moet. Concreet betekent dit dat er altijd een 24x7 gezondheidscentrum dichtbij de burger is, waarin de coördinatie van de gehele keten van verpleging en verzorging en chronische ziekenzorg plaatsvindt.

Om dit te realiseren is een substantiële, maar primair zorginhoudelijke, opschaling van de eerstelijnszorg noodzakelijk: de uitrol van gezondheidscentra over het land, en de vestiging van medisch specialistische voorzieningen in deze centra. Ziekenhuizen zullen keuzes moeten maken in hun functieprofiel: ze bieden niet meer de volle breedte van het palet aan medisch-specialistische functies aan. Daarom vormen zij altijd een onderdeel van een zorgnetwerk waarin ook een universitair medisch centrum (UMC) of topklinisch ziekenhuis actief is.

De UMC's werken onderling veel meer dan nu samen. Hetzelfde geldt voor de topklinische ziekenhuizen onderling en voor UMC's en topklinische ziekenhuizen onderling. Het gaat hier om enkele tientallen instellingen die de topreferente en topklinische functies hebben verdeeld op basis van een landelijke systematiek. Hier geldt het label 'algemeen'. Ziekenhuizen zonder dit label functioneren in een zorgnetwerk.

Tenslotte is het noodzakelijk een multilevel spoedeisende hulp tot stand te brengen: een zorgcontinuüm bestaande uit huisarts (HAP, HAP+), ambulance-hulpverlening, klinische spoedeisende hulp, IC en traumazorg. De bereikbaarheid en de beschikbaarheid van de huisarts bij spoedvragen moet aanzienlijk verbeteren, in de eerste lijn, maar ook door zijn fysieke aanwezigheid op de SEH.

Gegeven de forse implicaties van het nieuwe landschap, ontstaat dit spoedzorgnetwerk niet vanzelf. Het huidige zorgstelsel en de beleidsvoornemens van het kabinet om de risico's substantieel te verleggen naar zorgaanbieders en zorgverzekeraars vormen een goede basis voor verandering, maar zijn onvoldoende om de gewenste ordening tot stand te brengen. Daarvoor is volgens de RVZ meer nodig.

Verder zijn publieke kwaliteitsnormen noodzakelijk. Het Kwaliteitsinstituut in oprichting dient dan ook te worden uitgerust met de noodzakelijke doorzettingsmacht om normstelling door professionals te bewerkstelligen en, zo nodig, af te dwingen. De hoogleraren geneeskunde moeten een leidende rol spelen in dit proces, en vooral ook in de compliance aan norm en standaard.

Ziekenhuizen zullen keuzes moeten maken in hun zorgaanbod: doen waarin ze goed zijn, overlaten aan anderen waarin ze minder goed zijn. Ook hier is een rol weggelegd voor de zorgverzekeraars - maar geen exclusieve rol. Zorgaanbieders kunnen met elkaar samenwerkingsafspraken maken, ook over verdeling van zorgfuncties.

Voorwaarde is wel dat de samenwerking ten goede komt aan de kwaliteit van zorg. Zorgaanbieders moeten de afspraken vooraf onderbouwen en hun voorneemen voorleggen aan de NZa, die beoordeelt wat de effecten zijn op kwaliteit, bereikbaarheid en doelmatigheid van de zorg. De NMa volgt bij toetsing aan het kartelverbod het oordeel van de NZa.

Om een multi-level spoedeisende hulp te realiseren, moet de SEH-functie van ziekenhuizen onder de werking van een wettelijke regeling worden gebracht. In deze regeling worden gebiedsindeling, regiobudget, prestatiecriteria en zorgstandaard geregeld. Alleen grote (dus algemene) ziekenhuizen en UMC's beschikken over een SEH-afdeling. Per regio is een grote SEH voldoende. De zorgaanbieders in een SEH-netwerk verdelen de taken binnen de multi-level spoedeisende hulp op basis van een protocol met wettelijke status. Spoedhulp (niet de klinische SEH) behoort tot het verplichte takenpakket van een gezondheidscentrum (of HAP), en wordt op reguliere wijze ingekocht door zorgverzekeraars.

Spoeisende hulpsystemen in het buitenland

Elk land en gezondheidszorgsysteem kent zijn eigen organisatie van de acute zorg. In deze bijlage worden de spoedisende hulpsystemen in enkele landen nader beschouwd.

Twee modellen

In het algemeen zijn er twee systemen van spoedisende hulp in Europa: het Anglo-Amerikaanse model en het Frans-Duitse model. Het verschil tussen deze twee modellen berust op de rol die de arts in het geheel heeft en de plaats waar de hulp wordt geboden.

In het Anglo-Amerikaanse model bevat de staf medisch-tehnische professionals en paramedici. Zij zijn verantwoordelijk voor het geven van eerste hulp en medische zorg ter plaatse. De patiënt wordt vervolgens naar de afdeling spoedisende hulp van een ziekenhuis vervoerd waar spoedisende-hulpartsen de verder noodzakelijke zorg bieden. In dit model wordt spoedisende zorg beschouwd als een apart medisch specialisme.⁶⁶

In het Frans-Duitse model is de spoedisende hulparts onderdeel van de spoedisende-hulpstaf en gaat deze naar de plaats van het ongeval en verleent daar pre-hospitale medische spoedisende zorg. Omdat medisch-technische professionals en paramedici meestal eerder op de plaats van het incident zijn, geven zij eerste

hulp totdat de spoedeisende hulp arts arriveert. De prehospital zorg in dit model wordt gekenmerkt door het verrichten van levensreddende handelingen en het mogelijk maken en verzorgen van een veilig vervoer van de patiënt. De triage van de patiënt gebeurt ter plaatste en vervoer naar de meest aangewezen instelling wordt geregeld.⁶⁷

Verenigd Koninkrijk

De ambulancezorg in het VK wordt als één van de meest toonaangevende ter wereld beschouwd. Daarbij wordt gebruik gemaakt van twee verschillende organisatievormen, die niet wezenlijk voor elkaar onder doen, en elk hun eigen voor- en nadelen hebben.

De primaire inzet van paramedici, de eerste variant, resulteert in een efficiënt gebruik van geavanceerde apparatuur, en wordt gemonitord met prestatieindicatoren. Wanneer artsen de primaire respons verzorgen, de tweede variant, zijn de triagesystemen complexer, maar er vinden daardoor wel minder onnodige ritten plaats. Om de performance in beide gevallen te verbeteren worden verworven inzichten uitgewisseld.

Bij de opvang van spoedeisende gevallen in een Brits ziekenhuis wordt het risico op klinische verslechtering gecategoriseerd als laag, middel of hoog. Voor elk type risico wordt de gewenste handelwijze in een stroomschema weergegeven. De hoogrisicogroep wordt daarbij overgeplaatst naar een zogenaamde 'critical care area', waar observatie, onderzoek en behandeling plaatsvinden. Een nader specificatie van aanwezige competenties en onderzoekfaciliteiten wordt daarbij niet gegeven.

Het Britse kwaliteitsinstituut NICE heeft diverse richtlijnen opgesteld voor de spoedeisende diensten en voor de opvang van spoedeisende gevallen in het ziekenhuis ('acute ill patients in hospital'), waaronder de spoedeisende afdeling ('emergency department'). De richtlijnen zijn evidence-based.⁶⁸

Sinds enige jaren kent het VK een zogenoemde Acute Medicine Task Force onder auspiciën van het Royal College of Physicians. De Task Force heeft in 2007 een uitgebreid rapport met aanbevelingen uitgebracht over de acute zorg.⁶⁹ Het rapport stelt dat de zorg voor mensen met een acuut medisch probleem binnen de National Health Service verbetering behoeft om een hoge kwaliteit van

zorg blijvend te garanderen, zowel wat betreft de toegankelijkheid als wat betreft het niveau van zorg, ook buiten kantooruren.

De opvattingen in Groot-Brittannië zijn dus niet erg verschillend van die in Nederland, in de zin dat er ook gewezen wordt op de noodzaak van specifieke SEH-artsen en speciale zorgtrajecten voor patiënten met bijvoorbeeld een acuut myocardinfarct en een beroerte (stroke).

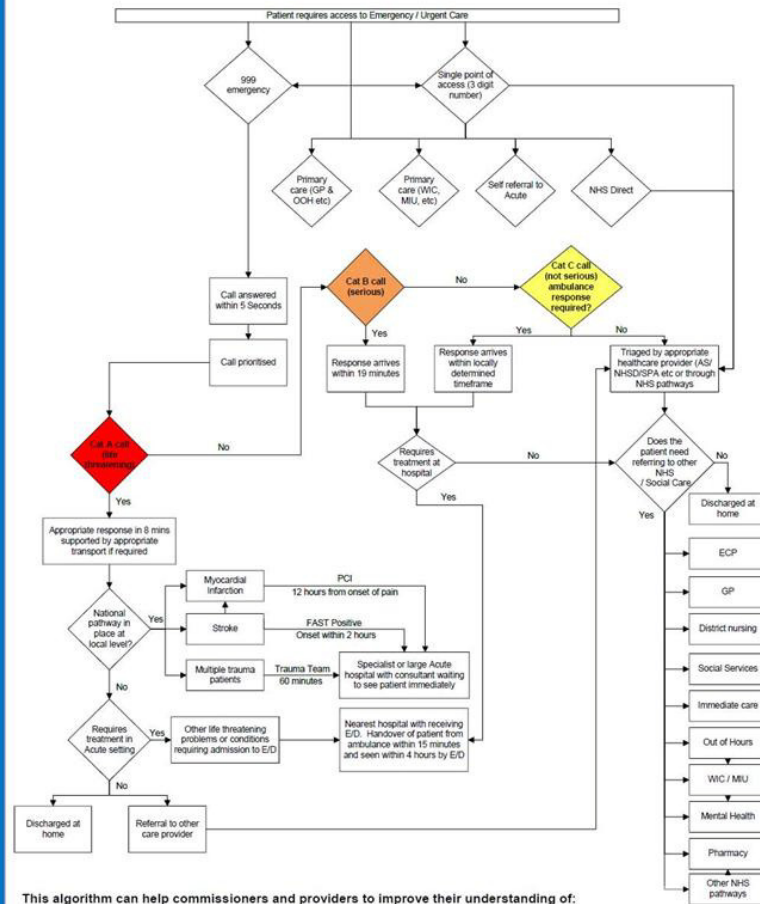
Het rapport van de Task Force adviseert de vorming (en aanwijzing) van grote ziekenhuizen ten behoeve van spoedeisende zorg ('major acute hospitals'), met inachtneming van specifieke demografische kenmerken en tijdige bereikbaarheid. De plaatselijke ziekenhuizen ('local hospitals') dienen de gebruikelijke klinische zorg te blijven geven.

Daarnaast moeten in enkele ziekenhuizen (andere dan de 'major acute hospitals') afdelingen voor spoedeisende hulp beschikbaar zijn voor 'ongedifferentieerde acute zorg' en voor directe spoedeisende zorg. De aanwezige functies zijn daarbij afhankelijk van de plaatselijke behoefte, aanwezige competenties en bereikbaarheid in tijd. Binnen een dergelijk ziekenhuis is de Acute Medical Unit (AMU) de centrale afdeling voor dit type zorg. De kwaliteit van zorg op de AMU in de eerste 48 uur is een belangrijke determinant voor de prognose en uiteindelijke uitkomst.

Het rapport van de Task Force gaat speciaal in op de vorming van zogenaamde regionale acute zorgnetwerken die de planning, coördinatie en uitvoering van acute en spoedeisende zorg moeten regelen. Niet elk ziekenhuis hoeft daarbij alle functies te vervullen. Het is onmogelijk om de hoogste kwaliteit van zorg op het gebied van spoedeisende zorg in elk ziekenhuis te bieden.

In plaats daarvan moet er duidelijke afspraken worden gemaakt over sommige levensreddende ingrepen, bepaalde typen specialistische zorg en complexe diagnostiek. De netwerken die daarvoor zorgen dienen dan ook een daadkrachtig bestuur te hebben, met een helder mandaat en verantwoordingsplicht.

EMERGENCY CARE ALGORITHM



This algorithm can help commissioners and providers to improve their understanding of:

- access pathways into Emergency Care Systems; and
- potential solutions to improve emergency care access and reduce delays across the whole health and social care system.

The algorithm provides easily identifiable pathways, with national target times. It can help users to:

- pinpoint where delays in the system occur
- identify alternatives to areas of access that are under pressure
- support high performance by providing both Commissioners and Providers with a holistic view of the whole emergency / urgent access system.

The algorithm can be used as a visual aid to help thinking or in conjunction with the Good Practice guidelines produced by the Emergency Services Review.

Authors: K Prior & P Baker

June 2009

Emergency
Services
Review

Verenigde Staten

Het gezondheidszorgsysteem in de Verenigde Staten, met *for-profit* ziekenhuizen en het tot voor kort bestaande verzekeringssysteem, zorgt voor een specifieke dynamiek op het gebied van spoedeisende zorg.

Grote groepen onverzekerden hebben alleen toegang tot dit type zorg, wat zorgt voor overvolle afdelingen spoedeisende hulp, met lange wachttijden voordat opname kan plaatsvinden. Ook het ambulancevervoer ondervindt hier hinder van. Er zijn dan ook duidelijk negatieve effecten op de kwaliteit van de acute zorg.

Een ander punt is de geografische bereikbaarheid. Om het aantal ziekenhuissluitingen een halt toe te roepen is in 1997 in de VS een financiële compensatieregeling in het leven geroepen om in dunbevolkte plattelandsgebieden de (toegankelijkheid van) zorg te garanderen. Met deze regeling worden zogenoemde *critical access hospitals* (CAH's) in stand gehouden. Dit zijn instellingen met maximaal 25 bedden, een gemiddelde ligduur van minder dan 96 uur en een 24-uurs beschikbaarheid van spoedeisende zorg. Inmiddels zijn er ongeveer 1.300 CAH's.

Deze ziekenhuizen spelen een vitale rol in de gemeenschappen. Desalniettemin bleek bij een recent onderzoek dat deze instellingen op 8 van 12 kwaliteitsindicatoren significant slechter presteren dan niet-CAH's. De CAH's beschikten over minder intensive care units en catheterisatiekamers, en ze scoorden beduidend slechter bij de behandeling van acuut myocardinfarct, hartfalen en longontsteking: van al deze aandoeningen was de 30 dagen-sterfte in de CAH's significant hoger. De patiënttevredenheid scoort wel hoog in de CAH's.⁷⁰

Lipsky en Glasser pleiten in een recent editorial in de JAMA daarom voor een meersporenbeleid, met meer onderzoek naar best practices voor plattelandsgebieden, samenwerking met academische centra op het gebied van training en opleiding, en het gebruik van technologische middelen zoals e-ICU's, e-consults en telemedicine.⁷¹

Het Institute of Medicine (IOM) heeft enkele jaren geleden de organisatie van de spoedeisende zorg in een serie rapporten nader onder de loep genomen. Geconstateerd werd dat de spoedeisende zorg en de traumazorg over een reeks van jaren inhoudelijk wel een ontwikkeling hebben doorgemaakt, maar dat de afde-

lingen spoedeisende hulp daarnaast diverse (oneigenlijke) functies hebben gekregen.^{69,72} Door de organisatie van de ambulancezorg en de overvolle ziekenhuizen – die vaak opnamestops hanteren – gaat bovendien veel kostbare tijd verloren.

Met betrekking tot ziekenhuizen in dunbevolkte plattelandsgebieden wordt geconstateerd dat er een tekort is aan SEH-artsen, traumatologen en andere dienstdoende specialismen. Het IOM adviseert de overheid om samenwerkingsverbanden tussen die instellingen en academische centra tot stand te brengen, om daarmee een consultatiefunctie te creëren, mogelijkheden van e-health te benutten, overdracht en transport van patiënten te faciliteren en continue professionele bijscholing mogelijk te maken.

Ook pleit het IOM voor regionalisatie van de spoedeisende zorg. Er is volgens het IOM voldoende bewijs dat voor diverse aandoeningen een sterk regionaal georganiseerde zorg en toeleiding naar instellingen met meer expertise en middelen doelmatiger is. Een randvoorwaarde is wel dat duidelijk is, voor zowel patienten als hulpverleners, welke functie door welke instelling aangeboden wordt.

Analoog aan de level-indeling van traumacentra wordt dan ook een level-indeling bepleit voor spoedeisende hulpposten. Overigens is er in de Verenigde Staten al wel ervaring met het werken met een categorie-indeling van Spoedeisende Hulp afdeling. Verder wordt aandacht gevraagd voor een betere coördinatie en een betere verantwoording. Voor dit laatste zou gebruik moeten worden gemaakt van prestatie-indicatoren voor spoedeisende zorg.

Duitsland

Ook in Duitsland is de gezondheidszorg in beweging. Tussen 1991 daalde het aantal ziekeninrichtingen (inclusief privéklinieken) van totaal 2411 naar 2139. Het aantal privéklinieken steeg van 358 tot 570. In professioneel opzicht is er discussie of de zorg aangeboden moet worden per specialisme of dat de zorg rondom de patiënt georganiseerd moet worden. In Duitsland is net als in Nederland een discussie gaande over centralisatie van zorg, ook op het gebied van de spoedeisende zorg.^{73,74} De positie van het specialisme spoedeisende hulp arts is daarbij nog volop in discussie. Opvallend verschil is dat de ambulances worden bemand door artsen

Zweden

Zweden kent een geïntegreerd meldkamersysteem en beschikt net als de meeste EU-landen over het 112-nummer. Het ambulancesysteem in Zweden is de laatste jaren gewijzigd. Tot voor enkele jaren was er een algemeen ambulancesysteem met daarnaast ambulances die bijstand verleenden bij acute hartproblematiek. Inmiddels is dat systeem verlaten. Tegenwoordig is er op elke ambulance adequate deskundigheid beschikbaar om te reanimeren en te defibrilleren. Uitgangspunt is dat de noodzakelijke hulp vanaf het eerste moment gegeven wordt, en niet dat de patiënt zo snel mogelijk in een kliniek gepresenteerd moet worden.

Zweden heeft 90 ziekenhuizen die in het publieke domein gefinancierd en bestuurd worden. Daarnaast zijn er 950 regionale ‘primary care clinics’. Spoedeisende en eerste hulp wordt door eerste hulpposten (‘walk-in clinics’), geboden en door huisartsen in de regionale klinieken. Vanuit deze hulpposten worden patiënten vaak overgeplaatst naar spoedeisende hulpposten van grote ziekenhuizen. De organisatie van de spoedeisende hulp verschilt per ziekenhuis en is afhankelijk van het karakter van dat ziekenhuis.

Bij de triage in een ziekenhuis dat over een spoedeisende hulpafdeling beschikt wordt onderscheid gemaakt tussen: algemeen medische, chirurgische of direct acute problemen. De specialismen kindergeneeskunde, verloskunde/gynaecologie, KNO en oogheelkunde gaan naar de aparte afdelingen. Net als elders is in Zweden ook een discussie gevoerd over een aparte plaats voor de SEH-arts, die aansluit bij het Europees Curriculum.⁷

Conclusie

In vrijwel alle besproken buitenlandse publicaties over de organisatie van spoedeisende hulp wordt geconstateerd dat het praktisch ondoenlijk is om alle zorg overal gelijkkelijk ter beschikking te stellen.

Het meest opvallend bij het vergelijken van buitenlandse systemen van spoedeisende hulp is daarnaast het pleidooi dat de organisatie ervan regionaal moet worden ingebed. Verder hebben veel landen de laatste jaren het specialisme SEH-arts als zelfstandig specialisme erkend, en dit in het spoedeisende zorgsysteem opgenomen.

Wat tot slot nog opvalt bij de bestudering van buitenlandse acute-zorgsystemen is dat, net als in ons land, de volume-kwaliteitsdiscussie daar wordt gevoerd. Onvoldoende volume leidt tot onvoldoende kwaliteit, zo is vaak de bevinding.

Lijst met uitleg van afkortingen

<i>AIOS</i>	Assistent in Opleiding tot Specialist
<i>CBZ</i>	College Bouw Zorginstellingen
<i>CPA</i>	Centrale Post Ambulancevervoer
<i>GHOR</i>	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
<i>GGZ</i>	Geestelijke gezondheidszorg
<i>HAP</i>	Huisartsenpost
<i>HDS</i>	Huisartsen Diensten Structuur
<i>IOM</i>	Institute Of Medicine
<i>IGZ</i>	Inspectie voor de Gezondheidszorg
<i>LNAZ</i>	Landelijk Netwerk Acute Zorg
<i>MICU</i>	Mobiele Intensive Care Unit
<i>MMT</i>	Mobiel Medisch Team
<i>NZA</i>	Nederlandse Zorg Autoriteit
<i>PGHOR</i>	Psychosociale Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
<i>RAV</i>	Regionale Ambulance Voorziening
<i>RGF</i>	Regionaal Geneeskundig Functionaris
<i>ROAZ</i>	Regionaal Overleg Acute Zorg
<i>SEH</i>	Spoedeisende hulp
<i>SMH</i>	Spoedeisende Medische Hulpverlening
<i>STZ</i>	Samenwerkende Top Ziekenhuizen
<i>TWAZ</i>	Tijdelijke Wet Ambulancezorg

<i>UMC</i>	Universitair Medisch Centrum
<i>WBMV</i>	Wet Bijzondere Medische Verrichtingen
<i>WPG</i>	Wet Publieke Gezondheid
<i>WVR</i>	Wet op de Veiligheidsregio's
<i>ZiROP</i>	Ziekenhuis Rampen Opvang Plan
<i>ZN/KPZ</i>	Zorgverzekeraars Nederland/Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren

Beleidsregel CI-895

Beschikbaarheidstoeslag

1 Algemeen

- a De beleidsregel is van toepassing op organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1, onder A, nummer 1 van het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992.
- b De beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2006 en werkt terug tot die datum indien de bekendmaking van de neerlegging van de beleidsregel in de Staatscourant na deze datum plaatsvindt.
- c De termijn waarvoor de beleidsregel geldt: onbepaald.
- d d. De geldigheidsduur van de goedgekeurde beleidsregel I-821 met betrekking tot onderstaande onderwerpen en de onder 1a aangeduide categorieën van organen voor gezondheidszorg wordt gewijzigd van onbepaald in “tot en met 31 december 2005”.
- e De in deze beleidsregel genoemde bedragen zijn gebaseerd op het loon- en prijsniveau 2005.
- f Deze beleidsregel kan worden aangehaald als “Beleidsregel beschikbaarheidstoeslag”.

2 Uitgangspunten en definities

De beleidsregel heeft als doel bestaande spoedeisende ziekenhuiszorg op locaties die voor de bereikbaarheid noodzakelijk zijn, beschikbaar te houden. Daartoe biedt de beleidsregel de mogelijkheid om, ingeval door exploitatieproblemen het instandhouden van een dergelijke locatie int, een toeslag

toe te kennen. Voor de toepassing van deze beleidsregel worden daarbij de volgende begrippen gehanteerd.

– Beschikbare spoedeisende zorg: Er is sprake van beschikbare spoedeisende zorg indien minimaal een spoedeisende eerste hulp verpleegkundige in de ziekenhuislocatie aanwezig is en een medisch specialist binnen 15 minuten op de locatie aanwezig kan zijn. Dit moet 24 uur per etmaal het geval zijn;

– Bereikbare spoedeisende ziekenhuiszorg: Er is sprake van bereikbare spoedeisende ziekenhuiszorg indien een locatie van een ziekenhuis waar spoedeisende zorg beschikbaar is, binnen maximaal 45 minuten aanrijdtijd per ambulance voor een patiënt te bereiken is. In deze 45 minuten is de aanrijdtijd van een ambulance naar de patiënt en het aansluitende vervoer van de patiënt naar de ziekenhuislocatie begrepen. Het RIVM heeft in opdracht van VWS een onderzoek uitgevoerd naar aanrijdtijden naar ziekenhuislocaties met een spoedeisende eerste hulpafdeling. Dit onderzoek (briefrapport 116/03VTV/LZ van september 2003) geeft aan welke locaties voldoen aan de bereikbaarheid volgens bovenstaande definitie. Het feit dat een locatie in dit onderzoek wordt genoemd betekent niet dat een trekkingsrecht ontstaat op toekenning van extra middelen. Voor toekenning van middelen zijn de voorwaarden uit 2.2 van deze beleidsregel van toepassing. In de huidige situatie is sprake van een bereikbaarheid volgens bovenstaande definitie van 98,8% van de bevolking. Het verder verhogen van de bereikbaarheid zou het oprichten van extra ziekenhuislocaties inhouden. Gegeven het beperkt aantal personen dat daarmee potentieel bereikt zou worden is een dergelijke aanpak niet doelmatig. De beleidsregel is er dan ook op gericht om bestaande ziekenhuislocaties, die nodig zijn voor de bereikbaarheid, in stand te houden.

2 Toekennen extra middelen voor bereikbaarheid

2.1 Ziekenhuizen die aan de in 2.2 genoemde voorwaarden voldoen kunnen voor de kosten van de beschikbaarheid op een locatie een verhoging van de aanvaardbare kosten ontvangen.

2.2 Voorwaarden

2.2.1 Op de locatie waarvoor de toeslag wordt overeengekomen moet beschikbare spoedeisende zorg volgens de in hoofdstuk 1 genoemde definitie gerealiseerd zijn.

2.2.2 Het ziekenhuis dat de extra middelen ontvangt dient zorg te dragen voor een voldoende capaciteit aan medisch specialisten om aan de in hoofdstuk 1 geformuleerde eisen te voldoen. Hiervoor geldt uit hoofde van de kwaliteitseisen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stelt, een absoluut minimum van 2,5 FTE-specialist per vakgroep voor 24-uurs beschikbaarheid. Hieraan kan ook invulling worden gegeven door samenwerking met andere ziekenhuisorganisaties of-locaties.

2.2.3 De klinische adherentie van de locatie waarvoor de toeslag wordt gegeven is minder dan 72.500. Voor de beschikbaarheidstoeslag in jaar t dient te worden uitgegaan van de gemiddelde klinische adherentie over de jaren t-2, t-3 en t-4.

2.2.4 Indien als gevolg van het beschikbaar houden van spoedeisende zorg op de desbetreffende locatie sprake is van exploitatietekorten, waardoor de beschikbaarheid in het gedrang komt, kunnen ziekenhuis en zorgverzekeraars in het lokaal overleg maken afspraken over de wijze waarop de beschikbaarheid wordt geregeld en over de hoogte van de daarmee gemoeide kosten.

2.2.5 De middelen mogen niet worden aangewend voor andere doeleinden dan waarvoor deze zijn toegekend. Op de door lokale partijen overeengekomen kosten vindt nacalculatie plaats binnen het in deze beleidsregel aangegeven maximum per locatie.

2.2.6 De middelen kunnen alleen worden toegekend indien sprake is van overeenstemming tussen aanbieder en verzekeraars in het lokaal overleg.

2.2.7 Het is lokale partijen toegestaan om andere oplossingen te creëren die voldoen aan de uitgangspunten van deze regeling en die goedkoper of doelmatiger zijn. Dit dient in de afspraken te worden vastgelegd.

3 Omvang extra financiële middelen

3.1 De extra middelen bedragen ten hoogste een bedrag van € 112,85 per adherente inwoner(klinisch) per locatie. Daarbij wordt het totaal aantal adherente inwoners dat bij de berekening in aanmerking wordt genomen bepaald door het verschil tussen de grenswaarde van 72.500 en de klinische adherentie van de locatie. Bij de aanvraag voor de beschikbaarheidstoeslag dient een document van Prismant te worden toegevoegd met de klinische adherentiecijfers.

3.2 Het bedrag dat onder 3.1 wordt vastgesteld is inclusief een vergoeding voor de loonkosten respectievelijk het honorarium voor de medisch specialisten. Voor zover sprake is van een zogenaamd lokaal initiatief van vrijgevestigde specialisten dient dit bedrag niet als dekking van de lumpsum.

