

Acute zorg

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, 2003

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Inleiding	13
1.1	Waarom dit advies?	13
1.2	Functie in het beleidsproces	14
1.3	Beleidsvragen	14
1.4	Werkwijze	16
2	Soorten acute zorg	17
2.1	Inleiding	17
2.2	Acute zorgvraag en acute zorg	17
2.3	Soorten acute zorg	19
3	Probleemanalyse	21
3.1	De meest dringende problemen	21
3.2	Conclusies	22
4	Gewenste richting voor de acute zorg	23
4.1	Inleiding	23
4.2	Twee wegen naar acute zorg	23
4.3	Scheiding acute en electieve zorg	24
4.4	Taakverdeling en concentratie	25
4.5	Benutten technologische mogelijkheden	26
5	Mogelijke maatregelen	27
5.1	Inleiding	27
5.2	Sneller hulp en sneller op de juiste plek	27
5.3	Vergroten van doelmatigheid	33
5.4	Financiering van de beschikbaarheid	38
6	Conclusies, aanbevelingen en implementatie	40
6.1	Inleiding	40
6.2	Conclusies	40
6.3	Aanbevelingen	41
6.4	Implementatie	42

Bijlagen

1	Adviesaanvraag (Uit: Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. C. Ross-van Dorp d.d. 25 februari 2003)	49
2	Samenstelling RVZ	51
3	Adviesvoorbereiding	53
4	Begrippenkader	55
5	Probleemanalyse	75
6	Inventarisatie knelpunten op het terrein van acute zorg	85
7	Gebruikscijfers, substitutie-effecten en -mogelijkheden van de acute zorg	91
8	Financiële gegevens over acute zorg	103
9	Lijst van afkortingen	117
10	Literatuur	119
11	Overzicht publicaties RVZ	125

Bij dit advies is een aparte publicatie (03/15) met de volgende achtergrondstudies uitgebracht:

- Spoedeisende zorg in getal en aandachtspunten (prof. dr. A.J.P. Schrijvers)
- Acute zorg (J.B.J. Drewes, arts)
- Triage (L. Ottes, arts)

Samenvatting

Met een andere organisatie van de acute zorg kunnen meer mensenlevens gered worden

Acute zorg kan doorgaans op veel belangstelling rekenen. Dat is niet zo verwonderlijk want ambulances met zwaailicht en sirenes maken op de meeste burgers indruk. Iedereen weet dan dat spoed geboden is. Televisieprogramma's die verslag doen van wat er in een weekend aan slachtoffers is vervoerd, laten bovendien zien dat soms een helikopter wordt ingeschakeld of extra personeel wordt aangevoerd. En foto's van grote verkeersongevallen in de krant leveren imponerende en tot de verbeelding sprekende plaatjes op.

Niet alleen verkeersslachtoffers, maar ook burgers die thuis getroffen worden door een hartinfarct of plotseling hevige pijn of koorts krijgen, rekenen op snelle hulp. Vanuit het perspectief van de patiënt hebben veel vragen een urgent karakter, maar dat hoeft niet te betekenen dat de te verlenen zorg medisch gezien urgent is. Zowel voor de organisatie als de financiering van de acute zorg moet dat onderscheid wel gemaakt worden. Het is dus van belang een onderscheid te maken tussen een acute zorgvraag en acute zorg.

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

De RVZ spreekt van **acute zorg** wanneer zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen. Alle planbare zorg, zoals bijvoorbeeld de zorg en behandeling van iemand die een staaroperatie moet ondergaan, valt niet onder dit begrip.

De centrale vraag in het advies is hoe de acute zorg doelmatig kan worden ingericht. Mede gelet op de voornemens om het stelsel van ziektekostenverzekeringen te herzien, de veranderingen in de huisartsenzorg buiten kantooruren, de veranderingen op afdelingen spoedeisende hulp in ziekenhuizen en de voorgenomen herziening van de Wet op het Ambulancever-

voer, is dit een goed moment om de (organisatie van de) acute zorg op een nieuwe leest te schoeien.

Wat zijn op dit moment de problemen?

De kwaliteit van de acute zorg schiet op onderdelen tekort. Volgens internationale maatstaven duurt het bijvoorbeeld te lang voordat er professionele hulp is bij een patiënt met een hartstilstand of met ernstige verwondingen. En niet alle patiënten met een beroerte worden op een stroke unit van een daartoe uitgerust ziekenhuis opgenomen. Dat zou wel moeten om de volgens huidige inzichten beste behandeling te krijgen.

De wijze waarop de keten van acute zorg georganiseerd is, leidt bovendien tot ondoelmatigheid. Zo worden medisch specialisten op de afdelingen spoedeisende hulp ingezet voor huisartsenzorg. Van de mensen die zonder verwijzing op een afdeling spoedeisende hulp komen, kan bijna driekwart ook door een huisarts behandeld worden. En de beoordeling of acute zorg nodig is, gebeurt onvoldoende samenhangend en systematisch en bovendien door drie verschillende instellingen. Verder is veel bestuurlijk overleg nodig om de vele autonome partijen en instanties zoals private en publieke ambulancediensten, ziekenhuizen, huisartsen, beroepsorganisaties van uiteenlopende disciplines en overheden (rijk, provincie en gemeente) op één lijn te krijgen.

Ook de beschikbaarheid van de acute zorg is onvoldoende. Dat komt onder meer doordat de acute zorg gebruik moet maken van voorzieningen en capaciteit die ook voor minder spoedeisende soorten zorg wordt gebruikt. Als een patiënt met acute hartklachten wordt opgenomen in een ziekenhuis, moet de cardioloog in veel gevallen van zijn spreekuur gehaald worden. En in het ambulancevervoer moet het spoedvervoer concurreren met het geplande, bestelde vervoer. Dat leidt tot overschrijdingen van de geldende 15-minutennorm. Bovendien wordt de beschikbaarheid van acute zorg onvoldoende gefinancierd.

Hoe moet de acute zorg eruit gaan zien?

Met een andere organisatie van de acute zorg zijn tussen de 1000 en 2000 meer mensenlevens per jaar te redden. Daarom moet de toekomstige inrichting van de acute zorg anders.

De hoofdlijnen van die inrichting zien er volgens de RVZ als volgt uit:

- Twee wegen naar acute zorg
 - Eén landelijke telefoondienst voor de patiënt die meent een acuut medisch probleem te hebben. Hier vindt een samenhangende afhandeling plaats van verzoeken om spoedeisende huisartsen- en ambulancezorg.
 - Eén locatie voor acute hulp op maximaal 30 minuten reisafstand van iedere burger, door functionele integratie van huisartsenposten met afdelingen spoedeisende hulp in ziekenhuizen.
- Scheiding van acute en electieve zorg
 - Patiënten die acute zorg behoeven worden via een ander traject behandeld dan patiënten die een ander soortige zorgvraag hebben. In het ambulancevervoer betekent dit een scheiding van het spoed- en besteld vervoer.
- Taakverdeling en concentratie
 - Bepaalde categorieën patiënten worden niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht, maar naar daarvoor aangewezen centra. Patiënten met bijvoorbeeld een hartinfarct die voor dotteren in aanmerking komen worden alleen naar een ziekenhuis met dotterfaciliteiten gebracht.
- Benutten technologische ontwikkelingen
 - De organisatie van de acute zorg zal in de toekomst in hoge mate bepaald worden door technologische ontwikkelingen. Nieuwe mogelijkheden moeten sneller benut kunnen worden.

Welke maatregelen zijn daarvoor nodig?

De gewenste veranderingen zullen niet van de ene op de andere dag tot stand kunnen komen. Daarom stelt de Raad een stapsgewijze benadering voor. Verder is van belang te onderkennen dat niet naast iedere Nederlander gekwalificeerd personeel kan staan dat meteen zorg kan verlenen. Er zijn echter wel normen nodig die aangeven wat de burger op dit punt mag verwachten.

De RVZ vindt ten eerste dat de overheid voor de acute zorg normen voor kwaliteit en toegankelijkheid moet stellen, gebaseerd op volksgezondheidsoverwegingen. Bij normering vanuit volksgezondheidsperspectief gaat het primair om de vraag hoe de meeste gezondheidswinst geboekt kan worden. Kansen daarvoor liggen volgens de RVZ vooral in de eerste fase, vanaf

de melding van een patiënt of omstanders tot de aankomst van een ambulance of andere professionele hulpverleners. Het gaat er in de eerste plaats om sneller hulp ter plekke te kunnen bieden en pas in de tweede plaats om vervolgens de patiënt naar de juiste plaats te vervoeren.

Om sneller hulp te kunnen bieden beveelt de RVZ aan de planningsnorm voor ambulancehulp van 15 naar 8 minuten te verlagen. De norm van 8 minuten moet ruimte laten voor variatie in de inzet van mensen en middelen. In sommige gebieden zullen bijvoorbeeld motorambulances ingezet kunnen worden of fietsambulances. En een scheiding tussen spoed- en besteld vervoer kan betekenen dat hulp sneller ter plaatse is.

Verder geeft de RVZ aan, aan de hand van drie aandoeningen (hartinfarct, cerebrovasculair accident (beroerte) en ernstig trauma), wat snellere hulp en sneller vervoer naar de juiste plek in de praktijk concreet zal betekenen.

Voor de eerste opvang van patiënten met een hartinfarct betekent dat onder andere het volgende:

- De overheid stimuleert een beleid om lekenomstanders en *first responders* te trainen in reanimatiehandelingen. Doelstellingen daarbij zijn: van getuigen van een collaps weten lekenomstanders in 75% van de gevallen elementaire reanimatiehandelingen uit te voeren en van first responders als EHBO-ers, politieagenten, brandweermannen en vliegtuigpersoneel gebruikt 75% de Automatische Externe Defibrillatie (AED). *First responders* zo nodig ondersteunen met telefonische instructie.
- Wanneer is vastgesteld dat een patiënt een hartinfarct heeft en in aanmerking komt voor dotteren, wordt hij of zij niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht, maar naar een ziekenhuis waar de patiënt gedotterd kan worden.

Voor een eerste opvang van patiënten met een cerebrovasculair accident (beroerte) betekent dat onder andere het volgende:

- De overheid stimuleert de totstandkoming van een programma voor vroege herkenning van een cerebrovasculair accident (CVA).
- Binnen een met veldpartijen af te spreken termijn worden alle patiënten die getroffen worden door een CVA vervoerd naar een ziekenhuis met een daartoe uitgeruste stroke unit.

Voor een eerste opvang van patiënten met een ernstig trauma betekent dat onder andere het volgende:

- Binnen een afgesproken termijn, de RVZ denkt aan een jaar, worden patiënten over de ziekenhuizen in de regio verdeeld volgens de criteria die daarvoor door de traumacentra worden opgesteld. De protocollen van de ambulancediensten worden daarvoor bijgesteld.
- De overheid geeft traumacentra de opdracht binnen korte termijn met ziekenhuizen en ambulancediensten in de regio tot bindende afspraken te komen over de invoering van een registratiesysteem voor traumapatiënten.

Naast snellere hulp ter plekke en sneller vervoer naar het juiste ziekenhuis, moet er een norm zijn voor de toegankelijkheid van locaties voor acute zorg. De RVZ vindt dat de overheid de norm voor de maximale reisafstand met eigen vervoer tot een afdeling spoedeisende hulp in ziekenhuizen voor iedere burger moet stellen op maximaal 30 minuten. Dat kan met 84 locaties. Het RIVM heeft voor de RVZ berekend dat 84 SEH-locaties een even groot verzorgingsgebied hebben als de huidige 107 Spoedeisende hulp locaties. Van alle burgers in Nederland kunnen 'slechts' 112.000 mensen niet binnen 30 minuten met eigen vervoer een SEH-locatie bereiken. Meer dan 90% kan bij 84 locaties al in kortere tijd een afdeling spoedeisende hulp bereiken, en meer dan 50% zelfs binnen 15 minuten.

Ten tweede zijn maatregelen nodig om de prestaties in de acute zorg te meten. Eén registratiesysteem voor alle bij de acute zorg betrokken diensten en hulpverleners is nodig om op termijn meer te kunnen zeggen over kwaliteit en doelmatigheid in de keten van acute zorg. De traumacentra moeten bij de opdracht die ze daarvoor hebben, zo nodig ondersteund worden met wettelijke maatregelen door de overheid. De RVZ beveelt verder aan tot een systeem van openbaarheid van prestaties in de acute zorg te komen.

Ten derde zijn maatregelen nodig die de doelmatigheid vergroten. Volgens de RVZ kunnen 23 SEH-afdelingen gesloten worden. Verder kunnen afdelingen voor spoedeisende hulp in ziekenhuizen en huisartsenposten functioneel integreren. Naast kwaliteitswinst zit de doelmatigheidswinst hier in de eerste plaats vooral in het afhandelen van de klachten van de zelfverwijzers door huisartsen in plaats van door de medisch specialist of SEH-arts. Verder ziet de RVZ doelmatigheidswinst in een adequate mix van de personele bezetting: huisarts, verpleegkundige, nurse practitioner, SEH-arts en ander onder-

steunend personeel. Ook in het ambulancevervoer zijn maatregelen mogelijk. Differentiatie in het soort voertuigen, naast de klassieke ambulance de motorambulance en meer hulpambulances voor het besteld vervoer, kan zorgen voor meer doelmatigheid.

Ten vierde zijn maatregelen nodig in de financiering van de acute zorg. In de financiering van de acute zorg moet de beschikbaarheid (benodigde capaciteit van mensen en middelen), infrastructuur en paraatheid volgens de RVZ apart gefinancierd worden. Dat wil zeggen dat er een aparte tariefstelling is voor de beschikbaarheid en paraatheid en voor de feitelijke dienstverlening (zorg en/of vervoer). Voor acute zorg in ziekenhuizen ziet de Raad de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) als basis voor de extra beschikbaarheidskosten die acute zorg met zich meebrengt. Voor de ambulancezorg denkt hij aan brede doeluitkeringen zoals voor de jeugdzorg of een subsidieregeling ex AWBZ of ZFW.

Wat kosten de maatregelen?

Door de planningsnorm van ambulancehulp stapsgewijs te verlagen van 15 naar 8 minuten moet aanvankelijk een bedrag van 198 miljoen euro geïnvesteerd worden. Daar staan tussen de 90 en 140 miljoen euro besparingen door doelmatigheidswinst tegenover, die daarvoor benut kunnen worden. Een grove schatting leert dat met een integratie van huisartsenposten en SEH-afdelingen 44 miljoen euro doelmatigheidswinst te behalen is. Sluiting van 23 SEH's levert tussen de 15 en 30 miljoen euro op. De invoering van mobiele paraatheid tussen de 25 en 45 miljoen en de inzet van hulpambulances in het besteld vervoer tussen de 9 en 18 miljoen euro.

De kernpunten van het advies

Welk probleem lost dit advies op?

In dit advies schetst de RVZ een organisatie van de acute zorg waardoor per jaar tussen de 1000 en 2000 meer mensenlevens gered kunnen worden. Daarvoor is onder meer nodig dat binnen 8 minuten ambulancehulp geboden wordt aan patiënten en dat de ambulance de patiënt naar de juiste locatie brengt. Om te zorgen dat de patiënt de beste zorg krijgt, moet de ambulance de patiënt bij bepaalde aandoeningen daarom naar een voor zijn acuut probleem gespecialiseerd centrum brengen.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

De consument krijgt sneller hulp als het er echt toe doet. En de consument krijgt meer duidelijkheid over wat bij een acute zorgvraag te doen: bellen naar 112 of naar een locatie voor acute zorg gaan.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

In het ambulancevervoer komt een onderscheid tussen spoed- en besteld vervoer. Ziekenhuizen maken afspraken over taakverdeling en concentratie: welke patiënt is waar het beste geholpen. Huisartsenposten integreren met afdelingen spoedeisende hulp in ziekenhuizen.

Wat kost het?

Investeren in snellere hulp kost aanvankelijk 198 miljoen euro. Doelmatigheidswinst kan tussen de 90 en 140 miljoen euro opleveren.

Wat is nieuw?

Een samenhangende afhandeling van acute zorgvragen en meer variatie in ambulancehulp.

1 Inleiding

1.1 Waarom dit advies?

De aanleiding voor de adviesaanvraag van de minister van VWS is de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg. Daarbij is de vraag aan de orde of marktwerking in alle onderdelen van de zorg mogelijk is. Om die vraag te beantwoorden, wordt in het beleid voor de ziekenhuiszorg bijvoorbeeld een onderscheid gemaakt tussen acute, electieve en chronische zorg.

Aanleiding voor de vraag van de Minister is de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg

Maar ook ontwikkelingen bij de zorgverleners zelf roepen vragen op. Zo is het voor ziekenhuizen de vraag of in ieder ziekenhuis kwalitatief verantwoord acute zorg geleverd kan en moet worden. Verder zijn in de huisartsenzorg ontwikkelingen gaande die de vraag welke plaats acute zorg binnen de huisartsenzorg inneemt, actueel maken. Zo roept de inrichting van huisartsenposten, al dan niet gesitueerd in een ziekenhuis, de vraag op hoe de 'acute' huisartsenzorg zich verhoudt tot andere schakels in de keten van de acute zorg. Hoe moeten huisartsenposten (al dan niet gesitueerd in ziekenhuizen) bijvoorbeeld gezien worden in relatie tot de afdelingen spoedeisende hulp in de ziekenhuizen en de traumazorg? En is de acute zorg binnen de huisartsenzorg in de avonden en weekenden van een andere orde dan overdag? En wie bepaalt of en welke acute zorg de huisarts moet verlenen?

Maar ook ontwikkelingen in de zorg roepen vragen op over acute zorg

In de ambulancehulpverlening wordt naast acute zorg ook niet-acute zorg geleverd. In de sector wordt onderscheid gemaakt tussen de zogenoemde A1-, A2- en B-ritten. Bij de B-ritten gaat het om het zogenoemde besteld vervoer. Het gaat dan bijvoorbeeld om patiënten die van huis met een ambulance naar een ziekenhuis vervoerd moeten worden voor therapie of diagnostiek. De A-ritten zijn de spoedeisende ritten. Het onderscheid tussen een A1- en A2-rit wordt bepaald door het oordeel van de centralist van de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA). Voor de A1-ritten geldt dat de ambulance binnen een termijn van 15 minuten ter plaatse moet zijn om zorg te kunnen leveren. De grens van 15 minuten geldt niet voor de A2-ritten, maar langdurig uitstel van hulp is evenmin wenselijk.

In de ambulancezorg wordt naast acute zorg ook niet-acute zorg geleverd

En voor de burger die met een acuut medisch probleem zit, is niet altijd duidelijk waar hij terecht kan. Is dat in alle gevallen de huisarts, de ambulancevoorziening of de afdeling spoedei-

Waar moet de burger naar toe met zijn acute zorgvraag?

sende hulpverlening in het ziekenhuis, of zijn andere voorzieningen denkbaar? Brengen technologische ontwikkelingen wellicht andere oplossingen in beeld?

1.2 Functie in het beleidsproces

De Minister vraagt het advies in het licht van de geïntroduceerde marktwerking in de zorg. In de acute zorg is marktwerking niet in alle schakels van de keten van acute zorg op dezelfde wijze mogelijk. Die notie is van belang voor een doelmatige inrichting van de acute zorg en bij het formuleren van beleidsvoornemens voor de verschillende vormen van acute zorg.

De plaats van de acute zorg bij de invoering van marktwerking

Meer concreet kan het advies een bijdrage leveren aan:

- het verhelderen van de samenhang tussen de verschillende vormen van acute zorg;
- het VWS-programma Modernisering Curatieve Zorg 2005;
- de modernisering van de eerste lijn;
- het formuleren van een visie van de overheid op de organisatie van de acute zorg.

1.3 Beleidsvragen

De oorspronkelijke vragen die de Raad gesteld zijn, zijn te vinden in bijlage 1. Tijdens de adviesvoorbereiding is regelmatig van gedachten gewisseld met het departement over de voortgang. De tijdschema's waarin het advies van de RVZ is voorbereid en de activiteiten op het departement om een beleidsvisie op de acute zorg voor de Tweede Kamer voor te bereiden, bleken niet synchroon te verlopen.

Dat heeft geleid tot bijstelling van de in het plan van aanpak overeengekomen beleidsvragen. Mede om die reden is de acute zorg voor mensen met psychiatrische problemen buiten beschouwing gebleven. Een tweede reden is dat voor de acute zorg voor psychiatrische patiënten een heel eigen traject is ontstaan dat weinig raakvlakken heeft met bijvoorbeeld de opvang van verkeersslachtoffers. Desgevraagd zal de Raad graag hierover separaat een advies uitbrengen. In dit advies beantwoordt de Raad de volgende beleidsvragen.

Het advies gaat niet over acute zorg voor mensen met psychiatrische problemen

Beleidsvragen	Antwoorden in
Is een indeling te maken van soorten acute zorg?	Hoofdstuk 2
Wat zijn op het terrein van de acute zorg de bestaande en te verwachten beleidsproblemen?	Hoofdstuk 3, bijlage 5 en 6
Hoe ernstig en urgent zijn de problemen?	
Hoe worden de problemen veroorzaakt en in stand gehouden?	
Wat is de gewenste richting voor de ontwikkeling van de acute zorg?	Hoofdstuk 4
Wat zijn mogelijke beleidsmaatregelen?	Hoofdstuk 5
Welke beleidsmaatregelen moet de Minister nemen?	Hoofdstuk 6
Hoe ziet het implementatietraject er uit?	Hoofdstuk 6

In dit advies gaat het niet om de acute zorg bij grote ongevallen en rampen, maar wel zal hier en daar aandacht besteed worden aan de invloed van de organisatie bij ongevallen en rampen op de reguliere acute zorg. De reguliere ambulancezorg wordt bij grote ongevallen (meer dan vier slachtoffers) en rampen 'opgeschaald'. Dan wordt gesproken van Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen (GHOR). In zijn advies over de bestuurlijke organisatie van de rampenbestrijding, 'Veiligheid op niveau', heeft de Raad voor het openbaar bestuur (Rob) zich niet uitgesproken over de organisatie en financiering van de geneeskundige hulpverleningsdiensten. De minister van Binnenlandse Zaken heeft de Raad voor het openbaar bestuur (Rob) nu gevraagd, in aansluiting op genoemd advies, daarover begin 2004 advies uit te brengen en de RVZ daarbij te betrekken.

Het advies gaat ook niet over acute zorg bij grote ongevallen en rampen

De keten van acute zorg bestaat uit veel schakels. In dit advies ligt het accent op de eerste schakels in de keten. Zo wordt minder aandacht besteed aan noodzakelijke voorwaarden als voldoende capaciteit van Intensive Care bedden en voldoende mogelijkheden voor revalidatie. Die keuze hangt samen met de

In het advies ligt het accent op de eerste schakels in de keten van acute zorg

door de RVZ gehanteerde definitie van acute zorg in dit advies.

1.4 Werkwijze

Het advies is voorbereid door de raadsleden mevrouw prof. dr. J.P. Holm en de heer prof. dr. T.E.D. van der Grinten.

Prof. dr. A.J.P. Schrijvers verzamelde op verzoek van de Raad een aantal kwantitatieve gegevens over acute zorg, onder meer over acute zorg door huisartsen en ambulancevoorzieningen. De resultaten vindt u in de achtergrondstudie Spoedeisende zorg in getal en aandachtspunten.

Het RIVM maakte voor de Raad een aantal analyses, onder meer een analyse van de spoedritten in het ambulancevervoer naar diagnosegroepen en het aantal binnen 30 minuten te bereiken Spoed Eisende Hulp (SEH) locaties voor burgers met eigen autovervoer. De resultaten zijn te vinden op www.rvz.net.

Verder zijn gesprekken gevoerd met betrokkenen in het veld van de gezondheidszorg. Zie voor een overzicht bijlage 3. In het bijzonder willen wij bedanken dr. M.J. de Boer, prof. H.J.J. Wellens, prof. J.P.H. Leenen en prof. J. Luitse. Zij hebben de door het secretariaat opgestelde achtergrondstudie Acute zorg van commentaar voorzien.

2 Soorten acute zorg

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beantwoordt de RVZ de vraag welke soorten acute zorg onderscheiden kunnen worden. Zoals nog zal blijken, is acute zorg een begrip dat voor velerlei uitleg vatbaar is. Dat is in het dagelijks spraakgebruik geen bezwaar, maar dat is het wel als de Minister de vraag moet beantwoorden hoe de acute zorg doelmatig kan worden ingericht. Het antwoord hangt dan nauw samen met het beeld dat men voor ogen heeft. Gaat het over de ambulancezorg, de traumahelikopter of over de acute zorg door de huisarts? Of bedoelen we de afdelingen spoedeisende hulp in ziekenhuizen?

Acute zorg is een begrip dat voor velerlei uitleg vatbaar is

In onderstaande paragraaf wordt eerst stil gestaan bij het onderscheid tussen een acute zorgvraag en de acute zorg en wordt het begrip ten behoeve van het advies gedefinieerd. Vervolgens worden soorten acute zorg onderscheiden.

2.2 Acute zorgvraag en acute zorg

Inflatie van het begrip 'spoed'

"Er wordt heel wat geklaagd over 'de patiënt' die zichzelf steeds sneller een spoedgeval vindt. Die oneigenlijk gebruik maakt van de Spoedeisende Hulp, de Centrale Huisartsen Posten als vrijbrief ziet om op ieder willekeurig moment naar de huisarts te gaan en die verwijzers onder druk zet om de wachtlijsten te omzeilen. Maar wie kan het de patiënt kwalijk nemen dat hij zelf zijn urgentie bepaalt als de medische stand zelf ook 'creatief' omgaat met het begrip spoed?"

Uit: MedischVandaag, 14-05-2003

Iemand die plotseling onwel wordt en daarbij het bewustzijn verliest en iemand die zich met een scherp mes tijdens het koken verwondt en daarbij een diepe snijwond oploopt, hebben met elkaar gemeen dat ze plotseling medische hulp behoeven. Ook iemand die plotseling hevige pijn in de nierstreek krijgt en aan een aanval van nierstenen denkt, zal een beroep willen doen op medische hulp. Dat geldt ook voor een ouder die geconfronteerd wordt met een ziek kind met hoge koorts of voor een zwangere vrouw die plotseling bloed verliest.

In een aantal situaties zal het voor de patiënt (of omstanders) duidelijk zijn dat acute zorg geboden is. Bijvoorbeeld bij een

Wanneer heeft een patiënt acuut medische hulp nodig?

Soms is dat duidelijk, maar niet altijd

ernstig verkeersongeval, bij ernstige pijn op de borst, bij acute benauwdheid of wanneer iemand hevig bloedt. Maar in veel situaties is dat veel minder duidelijk. Is acute zorg nodig bij plotseling hevige buikpijn, bij hoge koorts of als iemand een splinter in een oog krijgt?

Het toenemend aantal zelfverwijzers op SEH afdelingen maakt dat steeds meer discussie komt over de vraag of patiënten niet oneigenlijk gebruik maken van deze voorziening. Is er wel sprake van een acute zorgvraag? Dezelfde vraag leeft op huisartsenposten. Op een aantal posten heeft dat er toe geleid dat de patiënt zich telefonisch moet aanmelden.

Ten behoeve van dit advies definieert de RVZ een acute zorgvraag als volgt:

een vraag van een patiënt/ slachtoffer of omstander om onmiddellijke hulp in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergerd

Buiten deze definitie valt bijvoorbeeld een vraag om herhaalrecepten, de behandeling van een verstopt oor of een voetwrat.

Wanneer vanuit het perspectief van de patiënt sprake is van een acute zorgvraag is het vanuit medisch perspectief nog maar de vraag of en in welke mate sprake is van acute zorg. Het aspect 'tijd' speelt daarbij een cruciale rol. In dit verband moet gewezen worden op de term 'golden hour'. Met deze uit de traumatologie afkomstige term wordt bedoeld op het gegeven dat de beste kansen op overleving en op zo gering mogelijke gezondheidsschade bestaan wanneer binnen een uur na het ontstaan van het letsel of de aandoening, ademhaling, bloeddruk en circulatie hersteld worden.

Ten behoeve van dit advies definieert de RVZ acute zorg als volgt:

de keten van activiteiten die erop is gericht zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg te verlenen om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen

De RVZ beperkt zich in dit advies tot niet in een ziekenhuis opgenomen patiënten. Buiten deze definitie valt de hulp op spoedeisende afdelingen in ziekenhuizen waar mensen onterecht een beroep op doen, namelijk wanneer geen spoed ver-

De toename van het aantal zelfverwijzers vraagt om duidelijkheid over het begrip acute zorgvraag

Acute zorgvraag: de patiënt denkt dat er sprake is van een ernstige of mogelijk levensbedreigende situatie

Acuut heeft vanuit een patiëntenperspectief een andere betekenis dan vanuit een medisch perspectief

Acute zorg: er moet zo spoedig mogelijk hulp verleend worden om overlijden of onherstelbare gezondheidsschade te voorkomen

Niet alle hulp op SEH afdelingen en niet alle huisartsenzorg buiten kantooruren is acute zorg

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

2.3 Soorten acute zorg

Acute zorg bestaat uit activiteiten waarbij de aard van de activiteiten, de plaats, het tijdstip en de betrokken hulpverleners kunnen verschillen. Tijd is, zoals gezegd, een cruciaal element in het begrip acute zorg. Maar de tijdsperiode waarbinnen verrichtingen uitgevoerd moeten worden om overlijden en irreversibele gezondheidsschade te voorkomen kan variëren.

Tijd is een cruciaal element, maar de tijdsperiode kan variëren

Voor patiënten met een levensbedreigende hartritmestoornis als kamerfibrilleren geldt een aanzienlijk kortere tijdsduur waarin ingrijpen levensreddend en zinvol is dan voor de meeste verkeersslachtoffers. Na 4 tot 6 minuten totale circulatiestilstand is er reeds sprake van onherstelbare hersenschade, met daarmee aanzienlijk verminderde overlevingskansen en een aanzienlijke kans op restverschijnselen bij overleven. Voor deze patiënten moet daarom niet in termen van een 'uur' gedacht worden, maar in 'minuten'.

De tijdsperiode kan variëren van enkele minuten tot enkele uren

Er zijn nationaal en internationaal verschillende indelingen in gebruik om de mate van urgentie in de acute zorg aan te geven. Deze indelingen zijn gebaseerd op een oordeel over de toestand van vitale functies. De indelingen voor de mate van urgentie verschillen van elkaar, afhankelijk van onder meer van waar ze gebruikt worden (zie verder de achtergrondstudie over triage). Om een beeld te geven van de verschillende soorten acute zorg presenteert de Raad een eigen indeling. Deze indeling gaat uit van de maximale tijd (van onmiddellijk tot enkele uren) waarbinnen moet worden ingegrepen om overlijden en irreversibele gezondheidsschade te voorkomen. De Raad komt tot de volgende indeling in soorten acute zorg.

Er worden verschillende indelingen gehanteerd van acute zorg, afhankelijk van waar ze gebruikt worden

Tabel 2.2 Soorten acute zorg

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

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

In onderstaande tabel geeft de RVZ een overzicht van de interventies die bij acute zorg noodzakelijk kunnen zijn en van de hulpverlener die bij de uitvoering betrokken kan zijn.

Tabel 2.3 Soorten interventies bij acute zorg

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

3 Probleemanalyse

3.1 De meest dringende problemen

Wat gaat er op dit moment niet goed in de acute zorg? De Raad baseert zijn probleemanalyse op eerdere inventarisaties van knelpunten in de acute zorg, de achtergrondstudies voor dit advies, gesprekken met deskundigen en literatuur. Een uitgebreide probleemanalyse is te vinden in bijlage 5. Hier wordt volstaan met het benoemen van de kernpunten daaruit.

De probleemanalyse is deels gebaseerd op eerdere inventarisaties van knelpunten in de acute zorg

De meest dringende problemen in de keten van acute zorg zijn: het ontbreken van kwaliteitsnormen, ondoelmatigheid in de keten van acute zorg, en een ontoereikende beschikbaarheid en paraatheid. Zo hebben andere landen betere resultaten, bijvoorbeeld als het gaat om de overleving van patiënten met een hartstilstand. Verder is men het er internationaal over eens dat alle CVA-patiënten in een stroke unit van een daartoe uitgerust ziekenhuis moeten worden opgenomen voor diagnostiek en behandeling. Per jaar zou dat in Nederland 750 sterfgevallen kunnen schelen. Dit inzicht wordt in Nederland echter niet overal geaccepteerd.

Drie dringende problemen:
- kwaliteitsnormen ontbreken;

De beoordeling of acute zorg nodig is gebeurt niet samenhangend en systematisch en er is onvoldoende coördinatie tussen de verschillende schakels in de keten van acute zorg. Dat leidt tot ondoelmatigheid.

- ondoelmatigheid in de keten;

En de overschrijding van de 15-minutengrens van ambulances is een uiting van onvoldoende beschikbaarheid en paraatheid. De beschikbaarheid staat ook onder druk omdat de capaciteit van mensen en middelen voor de acute zorg ook wordt ingezet voor minder spoedeisende zorg.

- ontoereikende beschikbaarheid en paraatheid

De oorzaken van de problemen zijn velerlei. Zo is het ontbreken van een samenhangende gegevensverzameling een belangrijke oorzaak voor het ontbreken van kwaliteitsnormen. Consensus en afspraken op basis van vrijwilligheid leveren onvoldoende op om de zorg doelmatiger te organiseren. Coördinatie en afstemming moeten thans plaatsvinden op basis van overtuigingskracht. Beslissingsmacht of zeggenschap om andere partijen in de keten iets op te leggen hebben partijen niet. Marktwerking zal dat probleem doen toenemen. De wijze van financiering is de belangrijkste oorzaak voor onvoldoende beschikbaarheid en paraatheid.

De oorzaken voor de problemen zijn velerlei

3.2 Conclusies

Een eerste conclusie van de Raad is dat vanuit volksgezondheidsperspectief duidelijk is dat de meeste gezondheidswinst te boeken valt in de eerste fase, vanaf de melding door de patiënt of omstanders tot de aankomst van een ambulance. Dat dit ook mogelijk is, blijkt uit onderzoek.

De meeste gezondheidswinst is te behalen in de eerste fase

Een tweede conclusie is dat de organisatie van de acute zorg zo ingericht moet worden dat die potentieel te behalen gezondheidswinst ook verzilverd kan worden. In het bijzonder in de eerste fase van de hulpverlening mag daarom geen sprake zijn van onvoldoende beschikbaarheid of paraatheid. Daarin zal geïnvesteerd moeten worden.

Om de potentiële gezondheidswinst te behalen moet geïnvesteerd worden in voldoende beschikbaarheid en paraatheid

Een derde conclusie is dat ten opzichte van de huidige situatie op onderdelen concentratie van voorzieningen nodig is. Het is immers duidelijk dat specifieke ingrepen als neurochirurgische operaties niet overal plaats kunnen vinden. De zorg voor patiënten met brandwonden is ook vanuit kwaliteitsoverwegingen in enkele centra geconcentreerd. Voor zware traumapatiënten zien we een vergelijkbare ontwikkeling. Ook voor andere patiëntencategorieën moet dat volgens de RVZ gebeuren. Zoals de Raad in zijn advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg heeft aangegeven, zijn naast de medische urgentie ook factoren als de mate van kapitaalsintensiteit, mate van specialisatie, omvang van de doelgroep en frequentie van de zorgvraag van belang voor het aantal plaatsen waar zorg verleend kan worden en de spreiding daarvan (RVZ, 2003).

Op onderdelen in de acute zorg is concentratie van voorzieningen nodig

Een vierde conclusie is dat bij de afweging 'wel of geen marktwerking' een kwalitatief goede acute zorg voorrang dient te hebben boven marktwerking. Marktwerking zet de beschikbaarheid en paraatheid van de acute zorg verder onder druk.

Marktwerking zet beschikbaarheid en paraatheid van acute zorg onder druk

Een vijfde conclusie is dat patiënten ook over de kwaliteit van de acute zorgverlening geïnformeerd moeten worden. Niet altijd is het dichtstbijzijnde ziekenhuis de beste plek om behandeld te worden.

Patiënten weten onvoldoende dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis niet altijd de beste plek is voor zijn acuut probleem

4 Gewenste richting voor de acute zorg

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geeft de RVZ zijn visie op de gewenste inrichting van de acute zorg. De noodzakelijke veranderingen in de organisatie van de acute zorg baseert hij op volksgezondheidsoverwegingen. Er is immers nog kwaliteitsverbetering en gezondheidswinst te boeken in de acute zorg in Nederland. Dat was de conclusie van de Raad in het vorige hoofdstuk.

Volksgezondheidsoverwegingen bepalen de gewenste richting

4.2 Twee wegen naar acute zorg

Voor een patiënt met een acute hulpvraag zijn er diverse mogelijkheden: met 112 bellen voor een ambulance, naar de eerste hulp afdeling van een ziekenhuis gaan, naar de huisarts toegaan of de huisarts bellen. Vanwege het belang van tijdig ingrijpen bij acute zorg moet de patiënt niet hoeven aarzelen wie te bellen of waar naar toe te gaan. De RVZ kiest om die reden voor twee punten waar de patiënt met een acute zorgvraag terecht kan: één landelijke telefoondienst acute zorg en één locatie waar de patiënt met een acute hulpvraag fysiek terecht kan.

De patiënt met een acute zorgvraag kan kiezen uit twee mogelijkheden

Eén landelijke telefoondienst acute zorg

De centralist die de telefoon aanneemt, moet eerst beoordelen of de situatie zodanig is dat ambulancehulp gestuurd moet worden. Dat kan een ambulance zijn, maar ook een motorambulance, een helikopter en/of wellicht ook een MMT. De centralist gebruikt hiervoor een door betrokken professionals geaccordeerd (en indien mogelijk gevalideerd) landelijk protocol. Zo nodig worden aan de melder per telefoon instructies gegeven hoe te handelen (bijvoorbeeld bij een slagaderlijke bloeding, een noodzakelijke reanimatie en/of gebruik van een Automatische Externe Defibrillator (AED)).

Er is één telefoonnummer voor ambulancehulp

Ook als ambulancehulp niet nodig is (geen A1 of A2 rit), kan het zijn dat de patiënt op korte termijn wel door een arts gezien moet worden. De centralist kan de patiënt dan verwijzen naar de dichtstbijzijnde locatie voor acute zorg of regelt dat een arts bij de patiënt langskomt.

Eén locatie voor acute zorg

Op redelijke afstand van iedere burger in Nederland is een locatie acute zorg gesitueerd. De patiënt die geen ambulance-hulp nodig heeft, maar wel een acute zorgvraag heeft, moet naar een locatie kunnen waar een professioneel oordeel wordt geveld. Heeft de patiënt toch direct zorg nodig, is sprake van sub-acute zorg of kan de patiënt wellicht wachten tot morgen?

Er is één locatie voor acute zorg

De RVZ is voorstander van een functionele integratie van de huisartsenposten met afdelingen eerste hulp van ziekenhuizen. Wat de personele bezetting van de locatie betreft, denkt de RVZ aan een mix van huisartsen, SEH-artsen, specialisten, verpleegkundigen en nurse practitioners. Op deze locatie is tevens een uitgiftepunt voor medicijnen of een apotheekdienst. Patiënten die na behandeling op de acute zorgpost medicatie nodig hebben, hoeven dan in de avond of nacht geen apotheek te gaan zoeken.

Functionele integratie van huisartsenposten en SEH-afdelingen van ziekenhuizen

4.3 Scheiding acute en electieve zorg

De RVZ is voorstander van het scheiden van patiëntenstromen. Patiënten die acute zorg behoeven, worden via een ander traject behandeld dan patiënten met een andersoortige zorgvraag. Acute zorg moet niet concurreren met andere zorgvormen.

Scheiden van patiëntenstromen heeft voordelen...

Dit heeft voordelen voor zowel acute als niet-acute patiënten. Voor de acute patiënt kan het tijdswinst betekenen. Voor de niet-acute patiënten kan dit als voordeel hebben dat bij diagnostiek en behandeling minder kans op vertraging bestaat. Momenteel worden patiënten bij wie diagnostiek en behandeling enig uitstel toelaten, nogal eens 'slachtoffer' van de voorrang binnen het zorgsysteem die aan acute patiënten wordt gegeven. Wanneer bijvoorbeeld voor een acute patiënt met spoed OK-ruimte en -personeel noodzakelijk is, kan dit betekenen dat geplande operaties worden uitgesteld.

... voor zowel acute als niet-acute patiënten

In het ambulancevervoer betekent het scheiden van patiëntenstromen een scheiding tussen spoed- en besteld vervoer. In ziekenhuizen is op de afdeling eerste hulp een paraat team aanwezig en worden operatiekamers gereserveerd voor acute zorg. Dit laatste lijkt overigens in sommige ziekenhuizen al praktijk te zijn, zoals onderstaand voorbeeld laat zien.

In het ambulancevervoer is een scheiding tussen spoed- en besteld vervoer nodig

OK-personeel op de bank

Het Erasmus Medisch Centrum gaat met ingang van komend jaar personeel achter de hand houden zodat operaties altijd kunnen doorgaan. In combinatie met een nieuwe manier van plannen levert dit 10 tot 20 procent meer operatietijd op. In het project 'Gegarandeerd OK' is uit gegevens over ziekteverzuim berekend hoeveel assiterend personeel dagelijks op de 'reservebank' moet zitten om de 24 operatiekamers zo efficiënt mogelijk te benutten. Daarnaast zijn data geanalyseerd van 125.000 operaties die sinds 1995 zijn uitgevoerd. Het aantal spoedgevallen dat een operatieplanning kan verstoren, blijkt veel beter te voorspellen dan tot nu toe wordt aangenomen. In de nieuwe planning moeten de verschillende specialismen afgestemde hoeveelheden tijd vrijhouden voor onverwachte gebeurtenissen. Specialisten die zich hier goed aan houden en realistisch plannen, worden beloond met extra OK-tijd.

De nieuwe operatieplanning zal worden uitgevoerd met de bestaande bezetting. Dat dit meer operatietijd oplevert, blijkt uit simulaties die het Erasmus MC samen met de Technische Universiteit Twente heeft uitgevoerd.

Uit Medisch Contact, 10-10-2003

Het voorbeeld laat zien dat door tijd vrij te houden electieve patiënten op tijd geholpen kunnen worden, geen extra personele of ruimtelijke capaciteit nodig is en geen extra geld hoeft te worden geïnvesteerd.

4.4 Taakverdeling en concentratie

Patiënten worden soms beter geholpen in daartoe specifiek uitgeruste centra. In de ambulance wordt daarom beslist naar welk ziekenhuis de patiënt wordt gebracht. Voor de acute zorg is dat primair afhankelijk van de aandoening van de patiënt. Bepaalde categorieën patiënten, zoals patiënten met een hartinfarct, een cerebrovasculair accident en traumapatiënten, kunnen dus niet naar ieder ziekenhuis gebracht worden.

Welk ziekenhuis het beste is, is primair afhankelijk van de aandoening van de patiënt

Taakverdeling en concentratie van hulpverlening is verder ook nodig om vaardigheden van hulpverleners op peil te kunnen houden. Voor andere dan de hier genoemde categorieën patiënten gelden afspraken die ziekenhuizen onderling (zullen) maken over taakverdeling en concentratie. Volgens de RVZ sluit dat aan bij de al eerder gesignaleerde trend dat ziekenhuizen zich in de toekomst meer zullen richten op specifieke

Ziekenhuizen moeten afspraken maken over taakverdeling en concentratie

categorieën, bijvoorbeeld op patiënten die een orthopedische ingreep nodig hebben.

4.5 Benutten technologische mogelijkheden

De (organisatie van de) acute zorg zal in de toekomst in hoge mate bepaald worden door technologische ontwikkelingen. De inzichten op dit terrein zijn voortdurend in beweging. Zo is het bijna vanzelfsprekend dat de ambulanceverpleegkundige al in de ambulance een ECG kan maken. Dat was vroeger ondenkbaar. Maar de techniek zal steeds weer grenzen verleggen.

De acute zorg zal sterk beïnvloed worden door technologische ontwikkelingen

Gebruik van informatie en communicatietechnologie (ICT) zou kunnen leiden tot een minder zware belasting van het systeem van de acute zorg, omdat de behandeling al in een eerder stadium bijgesteld kan worden en acute situaties daarvoor worden voorkomen. Zo zou een cardiologisch callcenter waar met behulp van telemonitoring 24 uur per dag ritmestoornissen en andere gegevens beoordeeld kunnen worden, niet alleen kunnen zorgen voor snellere hulp, maar tevens de organisatie van de acute zorg op dit onderdeel ingrijpend kunnen beïnvloeden.

Inzet van ICT kan preventief werken

Van de ontwikkelingen in de techniek zijn daarnaast meer mogelijkheden en kansen voor snellere hulp te verwachten. In Twente wordt op dit moment bijvoorbeeld gewerkt aan apparatuur waarmee rechtstreeks gegevens van de patiënt op bijvoorbeeld de plaats van het ongeval doorgeseind kunnen worden naar de traumatoloog of medisch specialist in het ziekenhuis (tele-ambulance). De werking van de belangrijkste lichaamsfuncties wordt geregistreerd met behulp van een verzameling sensoren (body area network). Via een umts-verbinding komen de gegevens bij het ziekenhuis binnen. Een gerichte behandeling kan dan al in de ambulance beginnen. Over een aantal maanden worden de resultaten van de test verwacht. Het project wordt financieel ondersteund door de EU, die innovatieve toepassing van mobiele technologie wil stimuleren (Universiteit Twente).

Door rechtstreeks contact vanaf de plaats van het ongeval met het ziekenhuis kan de behandeling sneller starten

De toekomstige inrichting van de acute zorg zal naar de mening van de RVZ zodanig moeten zijn dat de verworvenheden van de techniek sneller benut kunnen worden dan nu gebeurt.

Verworvenheden van de techniek sneller benutten

5 Mogelijke maatregelen

5.1 Inleiding

Het is duidelijk dat de huidige situatie in de acute zorg niet overeenstemt met de door de RVZ gewenste. In dit hoofdstuk geeft de Raad aan welke maatregelen getroffen kunnen worden om daar verandering in te brengen. Het gaat om maatregelen die mogelijk en nodig zijn om tot verbeteringen en meer doelmatigheid in de acute zorg te komen.

Welke maatregelen zijn nodig om van de huidige situatie te komen tot de gewenste?

Eerst geeft de Raad aan welke maatregelen moeten leiden tot snellere hulp en sneller vervoer naar de plaats waar de patiënt de juiste behandeling kan ondergaan. Daarna schetst hij maatregelen die tot meer doelmatigheid leiden en tot slot geeft hij aan hoe de acute zorg gefinancierd moet worden.

5.2 Sneller hulp en sneller op de juiste plek

Sneller hulp

Kortere aanrijtijd van ambulances

Een belangrijke verandering die tot snellere hulp kan leiden, is de aanrijtijd van ambulances verkorten. Door de planningsnorm voor ambulances te baseren op professionele normen zou die verlaagd moeten worden van 15 naar 8 minuten. Vooral voor hartinfarctpatiënten is aangetoond dat daarmee behoorlijke gezondheidswinst behaald kan worden (TNO, 1996 en achtergrondstudie Acute zorg). Een Schots onderzoek liet zien dat bij een aanrijtijd van 15 minuten de overleving van patiënten met een hartstilstand 6% bedroeg, bij 8 minuten 8% en bij 5 minuten 10-11% (Pell, e.a.; BMJ 322 (2001) p. 1385-1388). Ervan uitgaande dat nu in Nederland 15 minuten wordt gerealiseerd, zou dat voor 8 minuten 225 en voor 5 minuten 500 extra overlevenden betekenen.

Professionele normen geven aan dat de 15-minutengrens in het ambulancevervoer omlaag moet naar 8 minuten

De 8-minutennorm stemt ook meer overeen met wat in ons omringende landen gebruikelijk is. Zo is de wettelijk toegestane maximale responstijd in Groot-Brittannië op basis van de Ambulance Performance Standards 8 minuten voor wat in Nederland aangeduid wordt als A1-ritten. Voor de A2-ritten geldt de norm van 18 minuten voor een landelijk gebied en 14 minuten in stedelijke gebieden (Achtergrondstudie 'Acute Zorg' en Ambulance services, England: 2002-03). In België is de wettelijke norm dat 90% van de ambulances binnen 10

De 8-minutengrens is ook meer in overeenstemming met de normstelling in ons omringende landen

minuten ter plaatse moet zijn, in Duitsland is de norm 95% binnen 5-15 minuten, en in Zweden is de aanrijtijd 10-30 minuten, afhankelijk van de ernst van het letsel (OCFEB, 2003). Daarbij moet worden opgemerkt dat de ambulancezorg in andere landen anders is georganiseerd. Zo worden in Engeland en België geen verpleegkundigen ingezet, maar paramedics.

Het RIVM heeft voor de RVZ berekend wat een verlaging van de norm voor de aanrijtijd zou betekenen voor het aantal standplaatsen van ambulances, het aantal ambulances en de kosten.

Dat vraagt wel extra ambulances en standplaatsen

Tabel 5.1: Benodigde standplaatsen, ambulances en kosten, bij een aanrijtijd van 8 minuten

Bereikte inwoners	Standplaatsen	Ambulances	Extra benodigde middelen (miljoen € in prijzen van 2002)
91%	536	848	198
93%	589	900	230
95%	655	965	269
97%	747	1055	323

Bron: RIVM, 2003

In tabel 5.1 is voor de vier berekende dekkingspercentages het aantal benodigde ambulances opgenomen bij een aanrijtijd van 8 minuten (inclusief 2 minuten voor de melding). De globale schatting van de kosten zijn gemaakt door een normbedrag van € 600.000,- te hanteren voor elke extra benodigde ambulance. Dit bedrag gaat uit van een parate dienstsoort en van bemensing met gemiddeld 1,5 team. Een team bestaat uit een verpleegkundige en een chauffeur. De totale extra benodigde middelen zijn eveneens in tabel 5.1 weergegeven.

De extra kosten daarvan bedragen 198 miljoen euro

De RVZ merkt bij bovenstaande berekening op dat de genoemde bedragen naar beneden bijgesteld kunnen worden wanneer uitgegaan wordt van een mobiele paraatheid. Bij mobiele paraatheid vertrekken ambulances niet van een standplaats, maar zijn reeds op de weg en ze zijn vrij om zich zo efficiënt mogelijk te verdelen. In eerdere berekeningen ging het RIVM daarbij uit van 10% minder benodigde ambulances. Dat zou een besparing op de extra kosten geven van 25 miljoen euro.

Dat bedrag kan 25 miljoen euro lager uitvallen door mobiele paraatheid ...

Het concept mobiele paraatheid zou volgens de RVZ nog aantrekkelijker kunnen worden door daarbij ook meer motorambulances in te zetten. In Den Haag is daarmee ervaring opgedaan en de resultaten laten zien dat de kosten per rit aanzienlijk lager zijn in vergelijking met ambulances met twee medewerkers.

... en nog lager door meer motorambulances in te zetten

Het extra benodigde bedrag kan ook nog omlaag door een scheiding van acuut en besteld vervoer en door een differentiatie in te voeren bij het soort voertuigen. In Den Haag worden sinds 1991 hulpambulances ingezet voor besteld vervoer. Het gaat om vervoer van patiënten die liggend vervoerd moeten worden, maar waarvoor volledig ingerichte ambulances en regulier geschoold ambulancepersoneel strikt genomen niet nodig zijn. Wanneer een deel van het besteld vervoer in heel Nederland door 'hulpambulances' uitgevoerd zou kunnen worden, komt capaciteit vrij voor spoedvervoer en zijn minder volledig uitgeruste ambulances nodig. Berekend is dat er in heel Nederland potentieel ruimte is voor 88 hulpambulances (Brouwer, 2003). De RVZ heeft berekend dat de inzet van hulpambulances tussen de 9 en 18 miljoen euro doelmatigheidswinst kan opleveren (bijlage 8).

Bij een scheiding tussen spoed- en besteld vervoer kunnen meer 'hulpambulances' ingezet worden. Dat betekent een potentiële doelmatigheidswinst van tussen de 9 en 18 miljoen euro

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

Bron: *London Ambulance Service, Annual Report 2002.*

Grotere inzet van first responders

Een grotere inzet van *first responders* zou eveneens kunnen bijdragen aan het sneller ter plaatse zijn van hulp voor de patiënten. In afwachting van de komst van een ambulance kan dan al begonnen worden met levensreddende handelingen, bijvoorbeeld met mond-op-mondbeademing of het gebruik van een AED. De meningen daarover lopen echter uiteen en de discussie over de inzet van de *first responders* is de laatste tijd in een stroomversnelling terecht gekomen.

Een grotere inzet van *first responders* is gewenst, maar ...

Voor de RVZ staat voorop dat de inzet van *first responders* aanvullend moet zijn op de professionele acute zorg. De organisatie van de acute zorg moet zonder meer goed zijn, maar een verbod op levensreddende handelingen door *first responders* als brandweermensen of politie kan en wil de Raad vanuit een volksgezondheidsperspectief niet billijken. Ook het argument dat levensreddend handelen niet de taak is van de politie overtuigt de Raad niet. Het is niet de primaire taak, maar als van iedere burger hulp in nood wordt verwacht, mag dat toch zeker ook van de politie verwacht worden.

... hulp door *first responders* moet aanvullend blijven op de professionele acute zorg

Volendam laat EHBO'ers defibrilleren

De 410 leden van de Rooms-Katholieke EHBO-vereniging Sint Willibrordus in Volendam gaan binnenkort hartpatiënten defibrilleren. Op vijftien openbare plaatsen in het dorp, waaronder cafetaria, hotels en een autobedrijf, komen defibrillatoren te hangen die in nood kunnen worden gebruikt. Door het fijnmazige netwerk dat zo ontstaat, hopen de Volendamers levens te kunnen redden van mensen met een hartstilstand.

In de proef, die twee jaar gaat duren, wordt eerst een aantal zeer ervaren EHBO'ers opgeleid om met de automatische externe defibrillatoren om te gaan. Ook het personeel van de instellingen en bedrijven waar zo'n apparaat hangt, zal een defibrillatiecursus krijgen. Uiteindelijk krijgen alle leden van Sint Willibrordus de opleiding. De organisatoren benadrukken echter dat ook mensen zonder opleiding veilig met een externe defibrillator aan de slag kunnen.

Uit: Medisch Contact, NieuwsReflex, 10 oktober 2003

Voorlichting over acute klachten

Patiënten zouden zelf ook kunnen bijdragen aan snellere hulp. Er zou meer geïnvesteerd moeten worden in het terugdringen van het zogenoemde patient delay. Uit de achtergrondstudie 'Acute zorg' komt naar voren dat bijvoorbeeld hartpatiënten soms te lang aarzelen voordat ze hulp inroepen. Bij patiënten die in al behandeling zijn zouden de verschijnselen waarbij meteen professionele hulp ingeroepen moet worden een standaardonderdeel van de voorlichting moeten zijn. Voorlichting aan mantelzorgers en beroepsmatige melders over wanneer zij de meldkamer (112) wel en niet moeten bellen zou ook kunnen helpen (Schrijvers, 2003).

Patiënten beter voorlichten over wanneer ze hulp moeten inroepen

Meer EHBO-diploma's

Verder blijkt dat mensen die in het bezit zijn van een EHBO-diploma significant vaker hulp verlenen voordat een ambulans-

ce arriveert dan mensen zonder diploma. Dat pleit ervoor het belang van een EHBO-diploma nog eens onder de aandacht van de bevolking te brengen. Een andere mogelijkheid is om het rijbewijs te koppelen aan het bezit van een EHBO-diploma. Nog weer een andere optie is om vooral mensen die vanwege hun beroep meer kans hebben om in aanraking te komen met mensen die acuut hulp nodig hebben specifiek te trainen, zoals beveiligingsbeambten, onderwijzers, taxichauffeurs, vrachtwagenchauffeurs, en mensen werkzaam in de horeca (Schrijvers, 2003).

Het belang van een EHBO-diploma kan niet genoeg onderstreept worden

Voor mensen die niet gereanimeerd willen worden, is het van belang dat dit voor omstanders duidelijk is. Wanneer de patiënt in de eigen omgeving is, zal dit bekend zijn bij de naasten. Een duidelijk zichtbaar kenteken, bijvoorbeeld een SOS-plaatje met gegevens, kan uitkomst brengen wanneer een patiënt op straat iets overkomt.

Mensen die niet gereanimeerd willen worden, moeten dat duidelijk laten blijken

Meer helikopters

Meer inzet van helikopters kan uiteraard eveneens bijdragen aan het sneller ter plaatse brengen van hulp bij de patiënt. Helikopters zouden ook meer ingezet kunnen worden voor een sneller vervoer van de patiënt naar het voor de behandeling aangewezen ziekenhuis. Eén extra helikopter kost twee miljoen euro.

Eén extra helikopter betekent eveneens snellere hulp en kost twee miljoen euro

Eén telefoonnummer bij acute klachten

Vanwege de snelheid van handelen die in de eerste periode geboden is, ligt een samenhangende afhandeling van meldingen voor spoedeisende huisartsen- en ambulancezorg voor de hand. Dat is nu niet het geval, maar zou volgens de RVZ wel wenselijk zijn. Verder zou voor de pre-ambulance triage gebruik moeten worden gemaakt van één landelijk triagesysteem (zie ook de achtergrondstudie 'Triage'). In sommige regio's doen centralisten overigens al de triage voor spoedeisende huisartsenzorg. Echter zes op de tien huisartsen vinden dat onjuist (Schrijvers, 2003).

Een samenhangende afhandeling van meldingen voor spoedeisende huisartsen- en ambulancezorg is nodig

Toch zou het uitgangspunt voor de patiënt die met een acute zorgvraag zit volgens de RVZ één telefoonnummer (112) moeten zijn waar men zich in acute of dringende situaties kan melden.

Als één telefoondienst wordt ingevoerd voor mensen met acute klachten, zouden burgers zelf ook een bijdrage kunnen leveren aan snellere hulp. Ze zouden ervoor kunnen zorgen

dat medische gegevens die levensreddend kunnen zijn (bijvoorbeeld hemofilie of allergieën voor bepaalde medicatie) in het computersysteem opgenomen kunnen worden. Uiteraard met garanties voor de privacy. Daarmee zou ook een deel van de klachten over huisartsenposten voorkomen kunnen worden. Veel daarvan hebben namelijk te maken met het feit dat men eerst een aantal gegevens, bijvoorbeeld welke verzekeraar men heeft, moet geven voordat naar de klacht geluisterd wordt.

Burgers kunnen zelf ook een bijdrage leveren aan snellere hulp door belangrijke medische gegevens aan te leveren

Eén locatie bij acute klachten

Veel patiënten die geen ambulance nodig hebben (of denken te hebben) maar wel met een acuut medisch probleem zitten, komen (veelal zonder verwijzing) op de SEH-afdelingen van ziekenhuizen of gaan naar een huisartsenpost. Daar moet worden beoordeeld of de patiënt inderdaad acute zorg nodig heeft. In de huidige praktijk wordt dat op SEH's veelal door verpleegkundigen gedaan, die daarbij gebruik maken van het Manchester triagesysteem (zie achtergrondstudie 'Triage'). Op de huisartsenposten zijn verschillende systemen in gebruik. Maar net als aan de telefoon, ligt een samenhangende en uniforme beoordeling van de klachten op de noodzaak van acute zorg voor de hand.

Ook op SEH-afdelingen is een samenhangende afhandeling van klachten nodig

Voor patiënten moet duidelijk zijn welke rol voor de huisarts is weggelegd in de acute zorg. Dat geldt zowel voor de huisartsenzorg binnen als buiten kantooruren. Op dit moment is dat voor patiënten onduidelijk. Zo rijden in de avond en nacht in bepaalde regio's auto's rond in de kleuren van en met het opschrift ambulance, maar tegelijkertijd wordt aangegeven dat een huisarts in de auto zit. Andere huisartsendiensten maken in de avond en nacht gebruik van taxi's om huisartsen naar de patiënt te brengen. In weer andere regio's worden huisartsenposten ingeschakeld door de CPA om A1-ritten te doen waarbij de auto's zwaailichten mogen voeren.

De rol van huisartsen in de acute zorg moet duidelijker worden

De RVZ ziet voor de huisarts in de acute zorg die binnen 30 minuten ingrijpen vereist, anders dan als *first responder*, op termijn geen rol. De ervaring van huisartsen daarmee, gemiddeld eenmaal per maand, is te gering om voldoende vaardig te blijven voor Advanced Life Support (ALS). Mede om die reden zou het volgens de RVZ goed zijn de telefonische bereikbaarheid voor acute huisartsenzorg te koppelen aan de meldingen voor het ambulancevervoer. Technisch gezien is het mogelijk de telefonische bereikbaarheid voor de acute huisartsenzorg te koppelen aan het alarmnummer 112. Wanneer de centralist heeft vastgesteld dat geen ambulance nodig is, zou doorge-

Op termijn ziet de RVZ voor de huisarts bij acute zorg die binnen 30 minuten ingrijpen vereist, anders dan als *first responder*, geen rol

schakeld kunnen worden naar de huisarts(enpost). Ook zou eventueel doorgeschakeld kunnen worden naar een zorgadvieslijn.

Zorgadvieslijn

Voor niet acute zorgvragen acht de RVZ een Zorgadvieslijn, zoals aanbevolen in het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg, gewenst. Dat zou de toeloop tot SEH-afdelingen en huisartsenposten sterk kunnen beperken. Dat blijkt ook uit de gegevens van de achtergrondstudie van Schrijvers. Zo leiden op een bepaalde huisartsenpost 100 van de 144 meldingen tot een consult van de huisarts, terwijl dat op een andere post 100 van de 124 meldingen betreft. De meldingen die niet tot een consult leiden, 25 tot 30%, worden door de assistent afgehandeld.

Een zorgadvieslijn kan de toeloop naar SEH-afdelingen en huisartsenposten beperken

De patiënt op de juiste plaats

Voor de categorieën patiënten met de drie aandoeningen die de RVZ in de achtergrondstudie 'Acute Zorg' uitwerkte, betekent het uitgangspunt 'de patiënt op de juiste plaats' een verandering ten opzichte van de huidige situatie. Concreet zou dat het volgende moeten inhouden. De ambulance vervoert patiënten met een hartinfarct die in aanmerking komen voor een dotterbehandeling niet langer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, maar naar een ziekenhuis waar de patiënt gedotterd kan worden. Patiënten met een beroerte worden naar een ziekenhuis gebracht met een stroke unit die aan daaraan te stellen eisen voldoet. Traumapatiënten worden volgens door de traumacentra opgestelde criteria over de regio verdeeld. De protocollen van de ambulancehulpverlening zijn daarop aangepast.

Verandering van patiëntenstromen is het gevolg van het uitgangspunt 'de patiënt op de juiste plaats'

5.3 Vergroten van doelmatigheid

Registreren

Voorwaarde voor meer doelmatigheid is inzicht hebben in de processen, diensten en kosten. Uit een voorstudie in 1998 bleek dat het niet mogelijk was om een studie uit te voeren waarin de effecten van veranderingen in de keten van acute zorg op regionaal niveau gemeten konden worden (Van Baar et al, 1998). Gedetailleerde gegevens over patiënten, processen van medische zorg en de uitkomsten van zorg ontbraken. Die ontbreken veelal ook nu nog, waardoor de (kosten)effectiviteit en doelmatigheid van veranderingen in de keten van acute zorg slechts op specifieke onderdelen gemeten zal kunnen worden.

De (kosten)effectiviteit van veranderingen moet op specifieke onderdelen gemeten worden

Eén van de meest urgente maatregelen moet volgens de RVZ dan ook de totstandkoming zijn van één registratiesysteem voor de acute zorg. Niet alleen voor oordelen over de doelmatigheid, maar zeker ook voor oordelen over de kwaliteit is registratie noodzakelijk. De registratiesystemen van een meldkamer voor ambulances, spoedeisende-hulpafdelingen, de huisartsenposten, en call centra moeten naadloos op elkaar kunnen aansluiten. Alleen op die manier kan op termijn iets gezegd worden over de kwaliteit in en van de keten van acute zorg, en kunnen hulpverleners elkaar feedback geven op genomen beslissingen. De Nederlandse Vereniging van Traumacentra heeft inmiddels een registratiesysteem geaccordeerd. Nu zal de afstemming met andere schakels in de keten vorm moeten krijgen.

Met de totstandkoming van één registratiesysteem voor de acute zorg kan niet langer gewacht worden

Meer integratie en samenwerking

De doelmatigheid in de acute zorg zou volgens de RVZ sterk bevorderd kunnen worden door de onderscheiden schakels in de keten van acute zorg meer in elkaar te schuiven. Zoals eerder gezegd zijn drie los van elkaar staande trajecten ontstaan voor patiënten die een acute zorgvraag hebben. Dat leidt onvermijdelijk tot ondoelmatigheid.

Alleen al sanering van en afstemming van ondersteunende diensten en faciliteiten, sanering van en afstemming van protocollen en werkwijzen en de invoering van één (landelijke) ondersteuningsstructuur daarvoor zal leiden tot doelmatigheidswinst. Zo zou de ondersteuningcapaciteit van afdelingen spoedeisende hulp in ziekenhuizen en ambulance-diensten/RAV's gebundeld kunnen worden.

Bundeling van ondersteuningscapaciteit leidt tot doelmatigheidswinst

Verder kunnen naar de mening van de RVZ de volgende maatregelen doelmatigheidswinst opleveren.

Minder SEH-locaties

Het RIVM heeft voor de RVZ berekend dat 84 SEH-locaties een even groot verzorgingsgebied kunnen hebben als de huidige 107 locaties. Van alle burgers in Nederland kunnen nu 'slechts' 112.000 mensen niet binnen 30 minuten met eigen vervoer een SEH-locatie bereiken. Dat blijft ook zo wanneer er 84 locaties zijn. Meer dan 90% kan echter in kortere tijd een afdeling spoedeisende hulp bereiken, terwijl meer dan 50% dit zelfs kan binnen 15 minuten, zoals onderstaande tabel laat zien. Dat zou betekenen dat in principe 23 afdelingen spoedeisende hulp gesloten kunnen worden. Dat zou een besparing kunnen opleveren van 15 tot 30 miljoen (bijlage 8).

Er zijn minder SEH-afdelingen nodig. Dat kan een besparing opleveren van 15 tot 30 miljoen euro

Tabel 5.2 Aantal mensen die per reistijdklasse een SEH-locatie kan bereiken (84 ziekenhuislocaties en huidige situatie).

Reistijdklasse in minuten	84 ziekenhuislocaties		Huidige situatie (107 locaties)	
	Aantal inwoners	% (cumulatief)	Aantal inwoners	% (cum.)
0 tot 5	1.852.000	11,5	2.667.000	16,6
5 tot 10	4.215.000	37,8	5.160.000	48,7
10 tot 15	3.825.000	61,6	3.550.000	70,8
15 tot 20	3.272.000	82,0	2.592.000	87,0
20 tot 25	2.069.000	94,8	1.448.000	96,0
25 tot en met 30	716.000	99,3	532.000	99,3
Meer dan 30 minuten	112.000	100,0	112.000	100,0

Bron: RIVM, 2003.

Een beperking van het aantal SEH-locaties kan naar de mening van de RVZ bovendien leiden tot meer kwaliteit. Veelal zijn de aantallen patiënten in vooral kleinere ziekenhuizen te klein om de ervaring in de acute zorg op peil te houden. Uit een dit jaar gehouden enquête komt naar voren dat de SEH-afdelingen per dag gemiddeld 49 patiënten behandelen. Het aantal varieert van 0,5 – 215 (bijlage 7).

Een aantal SEH-afdelingen is te klein om ervaring in de acute zorg op peil te houden

Integratie huisartsenposten met SEH-afdelingen

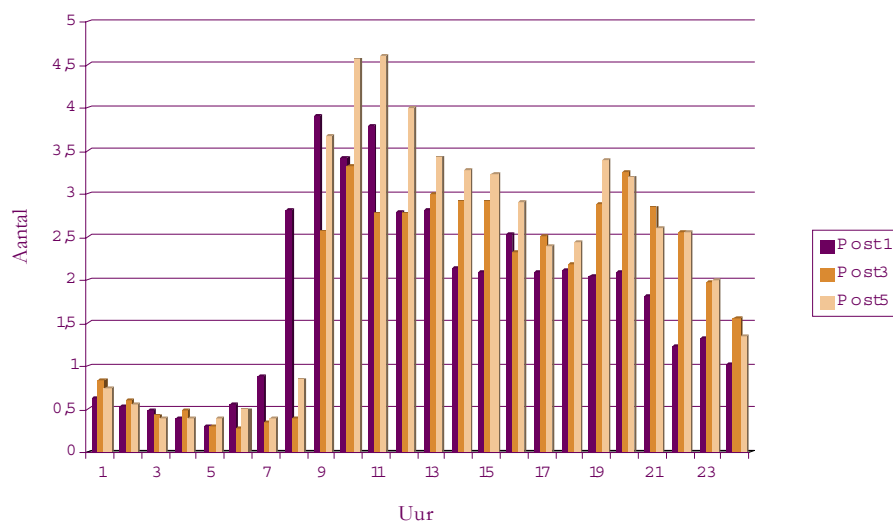
Verder zouden de posten voor huisartsenhulp buiten kantooruren en de SEH-afdelingen van ziekenhuizen functioneel kunnen integreren. De doelmatigheidswinst ziet de RVZ hier vooral in het afhandelen van de klachten van zelfverwijzers door huisartsen en nurse practitioners in plaats van door medisch specialisten of SEH-artsen. Waarschijnlijk kan nog meer doelmatigheidswinst geboekt worden door een combinatie van huisarts, nurse practitioner en SEH-arts. Verder zit doelmatigheidswinst ook in het niet apart hoeven investeren in bijvoorbeeld energie en huur voor huisartsenposten.

Een adequate mix van hulpverleners ...

De totale personeelskosten zouden bij een integratie gunstiger komen te liggen. Zeker wanneer daarbij de aantallen patiënten per nacht op beide soorten posten in ogenschouw worden genomen. Het aantal consulten per uur per arts op een huisartsenpost is in Utrecht 's nachts minder dan één, het aantal telefoontjes per uur per assistent circa 3,5 (Schrijvers, 2003). Dat aantal zou gemakkelijk extra op SEH-afdelingen opgevangen kunnen worden. Hiervoor is ook al de grote variatie in aantallen behandelde patiënten per SEH afdeling genoemd.

... is gunstiger voor de personeelskosten

Figuur 2.1 Aantal consulteenheden per post per uur van de dag (april 2003)



Bron: Schrijvers, 2003.

Wanneer geen functionele integratie tot stand zou komen, acht de Raad de aanstelling van huisartsen en meer nurse practitioners door ziekenhuizen een oplossing voor het groeiende aantal zelfverwijzers op de SEH. Daarmee zou meer capaciteit (en geld) voor de ‘echte’ acute zorg beschikbaar blijven.

Nog los van de doelmatigheidsvraag schat de RVZ in dat een integratie van huisartsenposten met de SEH-afdelingen tevens een bijdrage zou kunnen betekenen aan het oplossen van het probleem van het toenemend huisartsentekort.

Integratie van huisartsenposten met SEH-afdelingen kan een bijdrage leveren aan huisartsentekort ...

De RVZ schat dat integratie van huisartsenposten met SEH-locaties een besparing zou kunnen opleveren van meer dan 44 miljoen euro (bijlage 8). Ook hier geldt dat dit tegelijkertijd tot verbetering van kwaliteit van zorg kan leiden zoals betrokkenen in onderzoeken aangeven.

... en kan naar schatting 44 miljoen euro doelmatigheids-winst opleveren

Eerder noemde de RVZ al de koppeling van de telefonische bereikbaarheid voor mensen die zich met acute klachten tot de huisarts wenden aan het alarmnummer 112 (par. 5.2) en de mogelijkheid van een zorgadvieslijn om de toeloop naar huisartsenposten en spoedeisende hulp afdelingen van ziekenhuizen te verminderen (RVZ, 2003).

Minder meldkamers

Het aantal meldingen per meldkamer centrale posten ambulancevervoer, in 1999 gemiddeld 100 per dag (Schrijvers, 2003), geeft de RVZ aanleiding te veronderstellen dat er geen 25 meldkamers voor de acute zorg nodig zijn. Wanneer acuut en besteld ambulancevervoer gescheiden worden, zou de planning van het besteld vervoer niet zonder meer via de CPA's moeten lopen.

Minder meldkamers nodig

Voor het besteld vervoer kan dat anders geregeld worden, zoals het eerder genoemde experiment in Den Haag laat zien. Ziekenhuizen zouden zelf de planning voor het besteld vervoer op zich kunnen nemen of kunnen uitbesteden. Dat kan aantrekkelijk zijn, omdat de werkprocessen in de ziekenhuizen dan niet verstoord worden door ambulances die te laat komen vanwege spoedvervoer. Zo is bijna de helft van het aantal patiënten dat per ambulance naar de afdelingen radiotherapie komt nu te laat (Schrijvers, 2003). Marktwerking op het onderdeel besteld vervoer acht de RVZ mogelijk.

Ziekenhuizen kunnen zelf de planning van het besteld vervoer regelen of dat uitbesteden

Denkbaar is dat op de langere termijn één nationale CPA voldoende is om alle verzoeken om spoedvervoer af te handelen. Een andere optie is om het aantal meldkamers te koppelen aan het aantal traumacentra. Dat zijn er op dit moment 10, maar mogelijk dat dit er in de toekomst minder zijn. Op dit moment zijn nog onvoldoende gegevens voorhanden om uitspraken te doen over het vanuit kwaliteitsoverwegingen gewenste aantal patiënten per traumacentrum. Van belang is verder dat 21 meldkamers zijn gecolokeerd met de meldkamer van politie en/of brandweer en de relatie van de meldkamers met de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). Eventuele besparingen door minder meldkamers heeft de Raad om die reden buiten beschouwing gelaten.

Op de langere termijn is mogelijk één CPA voldoende

Bestuurlijke complexiteit verminderen

Het grote aantal autonome partijen in de keten van acute zorg is een gegeven. Dat geldt daarmee ook voor de bestuurlijke complexiteit. Wel kan een heldere verantwoordelijkheidsverdeling er voor zorgen dat die complexiteit niet tot verlamming leidt. Duidelijk moet zijn wie, eventueel na veel overleg, uiteindelijk een beslissing kan nemen. Dat is in het bijzonder in de acute zorg nodig, omdat een onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling daar veel risico's met zich meebrengt. Zo zullen afspraken over taakverdeling en concentratie vanwege consequenties voor individuele instellingen niet zonder meer tot stand komen. De overheid zou uiteindelijk van be-

Bij de vele autonome partijen moet duidelijk zijn wie uiteindelijk kan beslissen

De overheid moet beschikbare instrumenten gebruiken om publiek belang van acute zorg te borgen

schikbare instrumenten gebruik moeten maken om het publieke belang van de acute zorg te borgen.

De RVZ heeft al eerder aangegeven geen voorstander te zijn van marktwerking voor de acute zorg. De overheid heeft hier een zwaardere verantwoordelijkheid dan op onderdelen van de zorg waarvoor marktwerking wel mogelijk en gewenst is. Zo is het naar de mening van de RVZ ongewenst dat ziekenhuizen patiënten die acute zorg nodig hebben kunnen weigeren omdat planbare ingrepen meer inkomen genereren (Schrijvers, 2003). De RVZ vindt dat de Minister afdelingen spoedeisende hulp moet kunnen aanwijzen en daaraan voorwaarden moet kunnen verbinden. De financiering van de SEH kan daarvoor een instrument zijn. Eerder heeft hij aanbevolen daarvoor de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) te gebruiken.

Voor de ziekenhuizen is dat de WBMV

De onwenselijkheid van marktwerking in de acute zorg is wat de Raad betreft van toepassing op de gehele keten. Dat brengt met zich mee dat de aansturing voor de spoedeisende ambulancehulp en van de meldkamers acute zorg door de overheid moet gebeuren. Die moet niet overgelaten worden aan risico-dragende en concurrerende verzekeraars. Evenmin aan particuliere ambulancebedrijven zoals bij de voorgestelde constructie van Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV) tot de mogelijkheden behoort en zoals beschreven in de recente ambulancebrief aan de Tweede Kamer. Zoals gezegd ziet de Raad wel mogelijkheden voor marktwerking in het besteld vervoer.

Voor de ambulancezorg de herziene WAV

De aansturing door de overheid kan geregeld worden bij de herziening van de Wet op het Ambulancevervoer (WAV). In het bijzonder voor de meldkamer geldt dat de minister van VWS eisen moet kunnen stellen aan bijvoorbeeld de kwalificaties van centralisten. De centralist is immers de poortwachter in de toegang tot de acute ambulancezorg. Verder is aansturing van de meldkamer acute zorg door de overheid van belang vanwege de relatie met Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). De aansturing van de meldkamer zal onderwerp van advisering zijn in een door de minister van BZK gevraagd advies aan de Rob, waar de RVZ een bijdrage aan zal leveren.

Het publiek belang is onder andere gediend met door de overheid te stellen eisen aan de kwalificaties van centralisten

5.4 Financiering van de beschikbaarheid

In zijn advies over marktwerking in de medisch specialistische zorg (RVZ, 2003) heeft de RVZ aangegeven dat de beschik-

baarheidsfunctie van acute zorg apart gefinancierd moet worden en dat in de bekostiging van ziekenhuizen rekening moet worden gehouden met de relatief zwaardere zorgzwaarte van acute patiënten. Voor dat laatste heeft hij een case-mixtoeslag voorgesteld. Niet alle ziekenhuizen zijn in staat kwalitatief verantwoord alle acute zorg te verlenen. Dat impliceert dat ziekenhuizen uit een oogpunt van het publiek belang taken moeten verdelen. Als wettelijk kader voor die taakverdeling heeft de RVZ eerder de WBMV aanbevolen.

De beschikbaarheidsfunctie van de acute zorg moet apart gefinancierd worden

Die WBMV vormt dan tegelijkertijd de basis voor de extra beschikbaarheidskosten die dat voor acute zorg met zich meebrengt. Langs die weg zou de beschikbaarheidsfunctie van de 84 SEH's die de RVZ voor ogen heeft gefinancierd moeten worden. En de contracteerplicht voor verzekeraars voor acute zorg blijft voor die 84 instellingen met een SEH bestaan. Verder kunnen ziekenhuizen die door de taakverdeling bijvoorbeeld zwaardere traumapatiënten opnemen met als gevolg hogere kosten, door een case-mixtoeslag gecompenseerd worden.

Voor de financiering van de extra beschikbaarheidskosten voor acute zorg in ziekenhuizen kan de WBMV als basis dienen

Bovenstaand model voor de financiering van de beschikbaarheid van acute zorg in ziekenhuizen is niet geschikt voor het ambulancevervoer. Voor ziekenhuizen is de toepassing van de WBMV integraal verbonden met andere onderdelen en processen in de instelling. Dat is niet geval in de ambulancezorg.

Bij een aansturing door de overheid ligt financiering via een verzekeringssysteem niet zonder meer voor de hand. Dan valt ook te denken aan brede doeluitkeringen, zoals bij de jeugdzorg. Denkbaar is ook een constructie vergelijkbaar met een AWBZ financiering, bijvoorbeeld financiering van de beschikbaarheid via een subsidieregeling ex AWBZ (of ZFW).

Voor de ambulancezorg kan dat via doeluitkeringen of subsidieregelingen ex AWBZ of ZFW

De RVZ vindt regie door de verzekeraar, zoals hiervoor aangegeven, minder voor de hand liggen. Voor het besteld vervoer is dat anders, maar voor de beschikbaarheid van de spoedritten mag de burger geen risico lopen. Wanneer de overheid toch kiest voor de regie door verzekeraars zou de financiering zo vorm gegeven moeten worden dat de verzekeraar geen risico loopt.

6 Conclusies, aanbevelingen en implementatie

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk formuleert de RVZ zijn conclusies en aanbevelingen. De Raad is het met de Minister eens als hij in de ambulancebrief aan de Tweede Kamer stelt dat een norm met gevoel voor realiteit moet worden nagestreefd. De RVZ realiseert zich dan ook dat de kloof tussen de huidige organisatie van de acute zorg en de gewenste niet in één keer gedicht kan worden. Mede om die reden stelt hij een gefaseerde invoering voor (paragraaf 6.4).

6.2 Conclusies

Er is gezondheidswinst en kwaliteitsverbetering te boeken in de acute zorg in Nederland. Met een andere organisatie van de acute zorg kunnen meer mensenlevens gered worden en kunnen meer mensen zonder blijvende beperkingen leven. Alleen al een verlaging van de 15 minutengrens voor ambulancehulp naar 8 minuten kan 225 mensenlevens per jaar redden, en snellere hulp door omstanders en *first responders* aan mensen met een hartinfarct per jaar 2000. Het behandelen van patiënten met een CVA volgens de laatste inzichten kan 750 mensenlevens per jaar redden, en een behandeling volgens de laatste inzichten van mensen met een hartinfarct 140.

Die cijfers laten volgens de RVZ geen andere conclusie toe dan dat de acute zorg op een andere manier georganiseerd moet worden. Duidelijk is ook dat de meeste winst behaald kan worden in de eerste fase van een levensbedreigende aandoening of letsel. Investerings in maatregelen die professionele hulp sneller bij de patiënten brengen, verdienen daarom prioriteit. De burger moet er van verzekerd kunnen zijn dat bij acute levensbedreigende aandoeningen binnen korte tijd (8 minuten) professionele hulp beschikbaar is.

De voorstellen van de Raad brengen veranderingen met zich mee die gevolgen hebben voor veel betrokkenen. Zo zal de burger merken dat hij niet voor alle aandoeningen bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis terecht kan. Daar staat tegenover dat burgers van snelle en kwalitatief betere professionele hulp

Met een andere organisatie van de acute zorg kunnen meer mensenlevens gered worden en kunnen meer mensen zonder blijvende beperkingen leven

Dat betekent dat de acute zorg anders georganiseerd moet worden

De voorstellen van de Raad betekenen voor veel betrokkenen veranderingen

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

De conclusie van de Raad is namelijk dat de potentiële gezondheidswinst alleen behaald kan worden wanneer door burgers, professionals en ziekenhuizen wordt geaccepteerd dat kwalitatief goede acute zorg taakverdeling en concentratie vereist. Voor patiënten met een ernstig trauma of met brandwonden wordt die notie alom geaccepteerd. Voor andere aandoeningen is dat veel minder het geval. Dat komt onder meer doordat burgers geen informatie hebben over de kwaliteit van de acute zorg. Toch zal het voor iedere burger duidelijk zijn dat niet alle ziekenhuizen over de geavanceerde apparatuur kunnen beschikken die soms voor acute zorg nodig is, en dat professionals voldoende ervaring moeten hebben om bepaalde ingrepen uit te voeren. Gegevens over de kwaliteit van zorg zullen daarom in die acceptatie een belangrijke rol moeten spelen. Dat betekent dat gegevens over de uitkomsten van de acute zorg openbaar moeten zijn.

De potentiële gezondheidswinst is alleen te behalen als betrokkenen accepteren dat acute zorg taakverdeling en concentratie vereist

Openbaarheid van gegevens over de kwaliteit van de acute zorg kan daarbij helpen

6.3 Aanbevelingen

De RVZ beveelt aan de planningsnorm voor ambulancehulp van 15 naar 8 minuten te verlagen. De Raad beveelt aan de hiervoor noodzakelijke uitbreiding van posten en ambulances te financieren. Voor de normering geeft hij de voorkeur aan een systeem van openbare publicatie van prestaties boven een wettelijk vastgelegde norm. Dat laat meer ruimte voor variatie wat betreft de inzet van mensen en middelen.

Verlaging van de planningsnorm voor ambulancehulp van 15 naar 8 minuten

De herziening van de Wet Ambulance Vervoer zou naar de mening van de RVZ zo ingericht moeten worden dat in ieder geval productdifferentiatie binnen de ambulancehulpverlening mogelijk is. De wet zou ruimte moeten bieden voor de diversiteit aan hulp en vervoer die inmiddels al in de praktijk ontstaan is (ambulance, helikopter, motorambulance, hulpambulance, etc.) en voor het maken van een onderscheid tussen spoed- en besteld vervoer. Verder is het van belang dat de wet de toepassing van nieuwe technologie faciliteert en in ieder geval daarvoor geen blokkades opwerpt.

Productdifferentiatie en scheiding tussen spoed- en besteld vervoer binnen de ambulancehulpverlening mogelijk maken

<p>De Raad beveelt de Minister aan samen met betreffende beroepsgroepen en ziekenhuizen tot taakverdeling en concentratie te komen en daarbij concrete doelstellingen te formuleren. In de volgende paragraaf geeft hij daarvoor een aanzet.</p>	<p>Afspraken maken met betrokkenen over taakverdeling en concentratie</p>
<p>De Raad beveelt aan de traumacentra te ondersteunen bij de opdracht die ze hebben met ziekenhuizen en ambulancediensten in de regio tot bindende afspraken te komen over de invoering van een registratiesysteem voor traumapatiënten. Bij het voorgenomen vergunningensysteem voor de Regionale Ambulance Voorzieningen zou koppeling aan het registratiesysteem als voorwaarde gesteld moeten worden. Een vergelijkbare constructie verdient aanbeveling via de WBMV voor SEH-afdelingen van ziekenhuizen.</p>	<p>Wettelijke ondersteuning voor de totstandkoming van één registratiesysteem voor acute zorg</p>
<p>De Raad beveelt aan de beschikbaarheid (benodigde capaciteit van mensen en middelen) en paraatheid van de acute zorg apart te financieren. Voor de acute zorg in ziekenhuizen beveelt hij de WBMV aan als de basis voor de extra beschikbaarheidskosten en een aanvullende case-mixtoeslag ter compensatie van verschillen in zorgzwaarte. Voor het ambulancevervoer is dat afhankelijk van de gekozen besturingsfilosofie. De Raad is voorstander van sturing door de overheid. De financiering moet zo vorm gegeven worden dat de verzekeraar geen risico loopt. Denkbaar is een constructie vergelijkbaar met een AWBZ financiering, bijvoorbeeld financiering van de beschikbaarheid via een subsidieregeling.</p>	<p>Beschikbaarheid en paraatheid van acute zorg apart financieren</p>
<p>De Raad beveelt aan te komen tot openbaarheid van prestaties in de acute zorg. In zijn advies Volksgezondheid en Zorg heeft hij zijn aanpak hiervoor geschetst. Hij is voorstander van openbaarheid van resultaten. Financiële incentives kunnen dit stimuleren. Zo nodig zou de overheid openbaarheid verplicht moeten stellen (RVZ, 2001).</p>	<p>Openbaarheid van prestaties in de acute zorg</p>

6.4 Implementatie

In deze afsluitende paragraaf geeft de Raad een eerste aanzet voor het implementeren van zijn advies.

Voorlichting aan het publiek

- De overheid start een voorlichtingscampagne om burgers te informeren over wat te doen bij een acute zorgvraag.
 - Tevens worden burgers geïnformeerd dat een wat langere reisafstand na de eerste ambulancehulp uit kwaliteitsover-
- Voorlichting over wat te doen bij een acute zorgvraag

wegingen soms te verkiezen is boven het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Stapsgewijze verlaging van de planningsnorm voor ambulancehulp van 15 naar 8 minuten

- De overheid stelt vast binnen welke termijn en met welk dekkingpercentage de verlaging tot stand moet komen. Daarbij zou een onderscheid gemaakt kunnen worden tussen stedelijke en meer landelijke gebieden. Voor de grotere steden lijkt de norm van 8 minuten in kortere tijd haalbaar, omdat er waarschijnlijk meer mogelijkheden zijn voor mobiele paraatheid en de inzet van bijvoorbeeld motorambulances en/of fietsambulances. Overheid stelt vast binnen welke termijn planningsnorm verlaagd moet worden
- Het streefcijfer voor de stedelijke gebieden zou om te beginnen op 90% gesteld kunnen worden. En de termijn waarbinnen 90% van de verzoeken om ambulancehulp binnen 8 minuten beantwoord moet worden op twee jaar. De streefcijfers voor landelijke gebieden zouden anders getemporiseerd kunnen worden. Streefcijfers kunnen aanvankelijk variëren
- Ambulancediensten/RAV's worden verplicht jaarlijks te publiceren hoeveel procent van de ambulancehulp binnen de norm van 8 minuten gegeven kon worden. Verplichting om jaarlijks te publiceren over resultaten
- Met de Centrale Posten Ambulancevervoer wordt een streefcijfer van twee minuten afgesproken voor de tijd waarbinnen meldingen worden afgehandeld. Ook zij worden verplicht jaarlijks te publiceren hoeveel procent van de meldingen binnen die tijd kon worden afgehandeld.

Snellere hulp

- De overheid stimuleert een beleid om lekenomstanders en first responders te trainen in reanimatiehandelingen. Doelstellingen daarbij zijn: van getuigen van een collaps weten lekenomstanders in 75% van de gevallen elementaire reanimatiehandelingen uit te voeren en van first responders als EHBO-ers, politieagenten, brandweermannen en vliegtuigpersoneel gebruikt 75% de Automatische Externe Defibrillator (AED). De minister van VWS overlegt met de minister van BZK over de noodzaak het gebruik van de AED door politie en brandweer te stimuleren. Een stimulerend beleid om meer mensen te trainen in reanimatiehandelingen
- De overheid stimuleert de totstandkoming van een programma voor vroege herkenning van een cerebrovasculair accident (CVA).

Registratie

- Indien de overheid een vergunningsstelsel voor ambulancehulp invoert, wordt als voorwaarde gesteld dat gegevens Vergunningen koppelen aan het aanleveren van gegevens

- ten behoeve van het registreren van traumapatiënten worden aangeleverd bij de traumacentra.
- Een soortgelijke voorwaarde geldt wanneer ziekenhuizen in aanmerking willen komen voor het hebben van een SEH-afdeling.
 - De overheid overlegt met betrokken partijen in de sector om tot verdere afspraken te komen over het op elkaar afstemmen van registratiesystemen voor de acute zorg.

De patiënt op de juiste plaats voor een adequate behandeling

De overheid stippelt in overleg met de betreffende beroepsverenigingen en koepels van ziekenhuizen een tijdpad uit waarbinnen:

- patiënten met een hartinfarct die voor een dotterbehandeling in aanmerking komen, niet meer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis worden gebracht, maar naar een ziekenhuis waar de patiënt gedotterd kan worden;
- alle patiënten die getroffen worden door een CVA worden vervoerd naar een ziekenhuis met een stroke unit die aan daaraan te stellen eisen voldoet;
- patiënten met ernstige trauma's over de ziekenhuizen in de regio worden verdeeld volgens de criteria die daarvoor door de traumacentra worden opgesteld. Daarbij is tevens de vraag aan de orde met hoeveel slachtoffers per traumacentra de beste resultaten worden behaald, of dat resulteert in een vermindering van het aantal traumacentra en de noodzaak van de inzet van een extra helikopter in het geheel van prioriteiten.

Met betrokkenen een tijdpad uitstippelen voor het realiseren van taakverdeling en concentratie

De protocollen van de ambulancediensten worden daarvoor bijgesteld.

Protocollen ambulance-diensten daarop afstemmen

De overheid overlegt met de ziekenhuizen over het aanwijzen van 84 SEH's en over de voorwaarden die daaraan verbonden zijn.

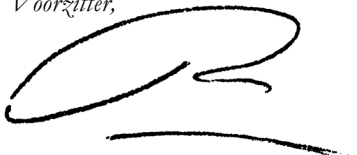
Overleggen over aanwijzen 84 SEH's

De overheid overlegt met de huisartsen en ziekenhuizen over integratie van de huisartsenposten met de SEH-afdelingen.

Overleggen over integratie huisartsenposten en SEH-afdelingen

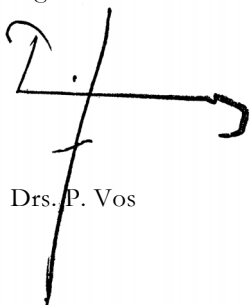
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of a large, rounded 'S' shape followed by a horizontal line and a small flourish.

Drs. F.B.M. Sanders

Algemeen secretaris,

A stylized handwritten signature in black ink, featuring a vertical line with a horizontal crossbar and a small flourish at the end.

Drs. P. Vos

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

Uit: Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, drs. C. Ross-van Dorp d.d. 25 februari 2003

Doelmatige inrichting van acute zorg

In de curatieve sector zijn vragen te stellen bij de doelmatige inrichting van de acute zorg. De huisartsen die vroeger ook als poortwachter functioneerden in geval van acute zorgvragen spelen in deze nauwelijks een rol meer. Kleine ziekenhuizen benoemen als één van hun kernactiviteiten het bieden van 24-uurszorg voor acute problematiek, maar hebben veelal grote moeite het aanbod daarvoor op kwalitatief goed peil te organiseren. Daarnaast zijn er signalen dat er teveel overbodige urgente ambulanceritten worden uitgevoerd; oneigenlijk omdat er veelal geen sprake is van een echte acute zorgvraag.

Een onafhankelijke analyse van hoe thans met de acute zorgvraag wordt omgegaan, wat de vraag aan acute zorg echt is en welke arrangementen aanbevelenswaardig zijn om op doelmatige wijze aan die vraag te kunnen voldoen, lijkt gewenst. De RVZ wordt gevraagd een dergelijke analyse uit te voeren en daar zo mogelijk aanbevelingen aan te verbinden.

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter:

Drs. F.B.M. Sanders

Leden:

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Vanuit de Raad

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten
Mw. prof. dr. J.P. Holm

Samenstelling ambtelijke projectgroep

Mr. G.P.M. Raas, projectleider
J.B.J. Drewes, arts, adviseur
Drs. J. van Hasselt, projectmedewerker
H. Nauta, projectmedewerker
J.J. Lekahena-de Wolf, projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommiteerd. Tijdens het adviesproject zijn de volgende personen geconsulteerd.

Geconsulteerden

- Mr. drs. A. Anker, Project Versterking Ambulancezorg
- Drs. J. Bax, Beroepsvereniging Ambulancezorg
- Dr. E. van Beeck, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam
- A. van Bekhoven, Beroepsvereniging Ambulancezorg
- Dr. M.J. de Boer, Isalaklinieken lokatie Weezenlanden
- A. Bos, Zorgverzekeraars Nederland
- Mw. I.G.A. Coenen-van den Berg, hoofd SEH-afdeling Ziekenhuis Rijnstate Arnhem
- Mw. drs. P. Cuelenaere, Beroepsvereniging Ambulancezorg
- J. Francke, Provincie Zeeland
- Mw. B. Hazelzet-Crans, Staatstoezicht/Inspectie Gezondheidszorg
- Drs. M.P.H. van Haeften, Raad voor het openbaar bestuur
- C. Kievit, huisarts, voorzitter Stichting Dienstenstructuren Huisartsen Utrecht
- Drs. F.C.W. Klaassen, arts, GHOR Zuid-Limburg
- Mw. A. Kuntze, AMC
- Ir. G.J. Krommer, RIVM

- J.P.H. Leenen, chirurg-traumatoloog, AZU
- J. Luitse, traumatoloog, AMC
- Drs. R.A. van Mourik, Beraad van GHOR-burgemeesters;
Raad van Regionaal Geneeskundige Functionarissen
- P. Niesink, Zorgverzekeraars Nederland
- P. Pahlplatz, Nederlandse Vereniging Traumatologie
- B. Prins, Landelijke Huisartsen Vereniging
- K. Rosmalen, Landelijke Huisartsen Vereniging
- R.C. Sardeman, Staatstoezicht/Inspectie Gezondheidszorg
- H. Schraa, Regionale Ambulance Voorziening Groningen
- Prof. dr. A.J.P. Schrijvers, Universitair Medisch Centrum
Utrecht, Juliuscentrum
- A.A. van der Veen, RIVM
- W.J. Vles
- Mw. C.J. van Vugt, Landelijke Huisartsen Vereniging
- W. de Vrij, RGF, directeur CPA Zuidoost-Brabant
- Prof. H.J.J. Wellens
- S.L.N. Zwakhals, RIVM

Bijlage 4

Begrippenkader

1 Inleiding

Dit begrippenkader acute zorg behoort bij het advies van de RVZ over de doelmatige inrichting van de acute zorg. Het heeft tot doel de lezer houvast te bieden bij een aantal in het advies gehanteerde begrippen. Het stuk bevat grotendeels aan derden ontleende omschrijvingen van relevante begrippen in het verband van de acute zorg. Daarnaast formuleert het een werkdefinitie voor het begrip acute zorg, die de Raad in zijn advies gebruikt.

Bij de samenstelling van het begrippenkader werd niet gestreefd naar volledigheid. Dit zou zowel nagenoeg onmogelijk als onwenselijk zijn. De acute zorg is bij uitstek een terrein waarop een veelheid aan verschillende termen gebezigd worden, die vaak voor meer dan één uitleg vatbaar zijn. Het begrip acute zorg zelf is hier een goed voorbeeld van. Iedereen heeft bij het horen van de term acute zorg een bepaald beeld van wat hieronder moet worden verstaan. Er kunnen echter grote verschillen zijn in de concrete beeldvorming bij betrokkenen, afhankelijk van hun positie. Een patiënt zal een andere kijk kunnen hebben op het fenomeen acute zorg dan een hulpverlener, een omstander, of een verantwoordelijke voor regelgeving. Voor een patiënt, alsook voor een omstander, is soms het onderscheid tussen een werkelijk ernstige acute situatie en een weliswaar acute situatie, maar met weinig risico, niet goed te maken. Dit onderscheid tussen wat men zou kunnen noemen ‘echte’ acute *zorg* en acute *vraag* is wezenlijk voor een kwalitatief goede en doelmatige uitvoering van acute zorg. Het vraagt een professionele invulling van acute zorg om goed met dit onderscheid om te gaan.

Het begrippenkader heeft de volgende indeling. Aansluitend aan de inleiding gaat paragraaf 2 nader in op het begrip acute zorg. Paragraaf 3 besteedt aandacht aan het ketenkarakter van acute zorg en benoemt vier fasen die in de keten cruciaal zijn. Deze fasen en de bijbehorende begrippen worden vervolgens uitgewerkt in paragraaf 4. Paragraaf 5 tenslotte formuleert een definitie van acute zorg voor het advies en geeft een schematisch overzicht van de per fase van acute zorg betrokken hulp-

verleners en anderen, de te ondernemen acties en de noodzakelijke voorzieningen.

NB: het begrippenkader gaat uit van uitsluitend somatische aanleidingen voor acute zorg. Het heeft geen betrekking op psychische problematiek.

2 Het begrip acute zorg

Zoals in het voorgaande al werd aangegeven is voor het begrip acute zorg geen algemene omschrijving beschikbaar. Het is kennelijk een gemakkelijk hanteerbare term die voldoende flexibel toepasbaar is om een grote variëteit aan activiteiten, situaties en hulpverleners te omvatten. Het begrip wordt wel als concept gebruikt in bijvoorbeeld het ziekenhuismodel van de Plexus Medical Group¹. In dit model worden vier patiëntenstromen onderscheiden, waarbij de acute zorg bedoeld is voor patiënten die zich in een acute levensbedreigende situatie bevinden². De noodzakelijke zorg moet op zo kort mogelijke termijn worden gegeven.

De term acute zorg wordt ook dikwijls gebruikt als aanduiding voor de afdeling in een ziekenhuis die zich speciaal richt op de zorg aan ongevalslachtoffers of mensen met acute medische problematiek. Een synoniem voor deze betekenis van acute zorg is bijvoorbeeld de aanduiding Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) voor een vergelijkbare afdeling.

Een omschrijving van het begrip acute zorg die uitsluitend betrekking heeft op ziekenhuiszorg luidt als volgt:

Acute zorg:

Acute zorg betreft spoedeisende hulp waarbij onderzoek en behandeling geen uitstel dulden. Deze wordt gegeven wanneer sprake is van een levensbedreigende situatie of van een situatie waarbij uitstel ernstige gevolgen heeft voor de gezondheid.³

Naast acute zorg zijn enkele verwante termen gangbaar waarvoor wel omschrijvingen bestaan. In België is de term ‘urgentiegeneeskunde’ ingeburgerd. Er bestaat daar ook een medisch specialisme urgentiegeneeskunde. Voor de Nederlandse situatie gelden de volgende omschrijvingen van ‘urgentiegeneeskunde’:

Urgentiegeneeskunde:

- *Spoedeisende transmurale geneeskundige hulp aan slachtoffers van incidenten, ongevallen en rampen.*⁴
- *Het onderdeel van de zorgketen dat zich in het bijzonder bezighoudt met de organisatie, de zorginhoud en de consequenties van grote delen van met name de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.*⁵

In Nederland is 'spoedeisende medische hulp' als verwant begrip gangbaar. Enkele omschrijvingen hiervan zijn:

Spoedeisende medische hulp:

- *Het verlenen van medische en verpleegkundige hulp aan acute patiënten (= patiënten met plotselinge ziekteverschijnselen ten gevolge van ziekte of letsel), zodanig dat deze hulpverlening zoveel mogelijk voldoet aan de behoefte van de patiënt.*⁶
- *De spoedeisende medische hulpverlening van organisaties en individuele hulpverleners aan patiënten.*⁷
- *De spoedeisende medische hulpverlening functioneert als een keten van zorg waarin de patiënt centraal staat. Deze keten bestaat uit verschillende schakels, zoals de alarmering bij de centrale posten ambulancevervoer, de inzet van ambulances en traumateams, het verlenen van verpleegkundige en medische hulp ter plaatse van het ongeval, het vervoer naar het ziekenhuis, de opvang in het ziekenhuis, de vervolgbehandeling in het ziekenhuis, de revalidatie.*⁸
- *Spoedeisende medische hulpverlening: de medische hulpverlening naar aanleiding van een gebeurtenis, letsel ten gevolge hebbend, waarvoor de centrale post voor het ambulancevervoer opdracht heeft gegeven tot ambulancevervoer en waarvoor een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines is vereist.*⁹

Bij bovenstaande definities ligt het accent op de aspecten spoedeisendheid en snelheid van de hulp, naast de aard (medische en verpleegkundige hulp), de kwaliteit (voldoende aan de behoefte van de patiënt) en de organisatie van de hulp (hulpverlening door organisaties en individuele hulpverleners) en de coördinatie. Al deze aspecten komen in de vervolgende paragrafen aan de orde.

Zoals in de inleiding al werd opgemerkt, moet een onderscheid gemaakt worden tussen 'echte' acute zorg en een acute zorgvraag van een patiënt.

Acute zorgvraag:

Een vraag van een patiënt/ slachtoffer of omstander om onmiddellijke hulp in verband met een ervaren of geobserveerde zeer ernstige of levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert.¹⁰

Het verschil schuilt erin dat bij ‘echte’ acute zorg altijd sprake is van een objectief medisch vaststelbare zorgbehoefte, terwijl dit bij een acute zorgvraag van een patiënt niet steeds het geval hoeft te zijn. Met andere woorden is niet iedere door een patiënt ervaren acute zorgvraag ook echt acuut in de zin dat zo spoedig mogelijk ingrijpen noodzakelijk is.

3 Acute zorg als ketenzorg: vier verschillende fasen

Acute zorg is te beschouwen als een keten van activiteiten waarbij de aard van de activiteiten, de plaats, het tijdstip en de betrokken hulpverleners en voorzieningen kunnen verschillen. Afhankelijk van de omstandigheden hoeft niet in alle gevallen de gehele keten doorlopen te worden. In het vervolg van deze notitie wordt hierop nader in gegaan.

Verder moet bedacht worden dat acute zorg geen afgebakend en op zichzelf staand gegeven is, maar dat deze zorg in ieder individueel geval opnieuw wordt vormgegeven door acties van mensen, inzet van voorzieningen en beschikbaarheid van structuren. Centraal moet staan de zorg voor de patiënt, die op enig moment acute zorg nodig heeft, bijvoorbeeld als gevolg van een ongeval of een acute levensbedreigende aandoening.

Bij een beschrijving van de keten van acute zorg is een aantal invalshoeken mogelijk. In principe kunnen alle genoemde aspecten - te ontplooiën activiteiten, de plaats waar deze ingezet worden, de verschillende tijdstippen waarop actie plaatsvindt, de betrokken hulpverleners en de noodzakelijke voorzieningen en structuren - als uitgangspunt genomen worden.

Het aspect tijd speelt bij acute zorg een cruciale rol. In dit verband moet gewezen worden op de term ‘golden hour’ die vooral in de USA, maar ook elders veel gebruikt wordt. Met deze uit de traumatologie afkomstige term wordt bedoeld op het aanvankelijk vooral empirische gegeven dat de beste kansen op overleving en op zo gering mogelijke gezondheidsschade bestaan wanneer binnen een uur na het ontstaan van het letsel of de aandoening, ademhaling, bloeddruk en circulatie

hersteld worden.¹¹ Het begrip ‘golden hour’ is vooral van toepassing op patiënten met lichamelijk letsel, als gevolg van een trauma. Voor andere categorieën patiënten kan een andere maximale tijdsduur gelden voor een zo succesvol mogelijke interventie¹².

Uit pragmatische overwegingen kiest dit begrippenkader ervoor de factor tijd als criterium te nemen voor de beschrijving van de keten van acute zorg. Er kunnen dan vier situaties worden onderscheiden, die in beginsel in de tijd op elkaar volgen. Zij vormen afzonderlijke fasen in de keten van acute zorg:

- *Melding*: er doet zich een acute situatie voor. Deze wordt door de betrokkene of door omstanders gemeld via 112. In het geval dat de patiënt zich tot de huisarts gewend heeft, kan ook de huisarts de melding doen.
- *Aanwezigheid hulpverleners ter plaatse*: via de centrale post ambulancevervoer wordt een ambulance, een mobiel medische team of een traumahelikopter naar de plaats van de acute situatie gestuurd. Ook kunnen zogenoemde ‘first responders’ naar de patiënt gestuurd worden, of bijvoorbeeld een huisarts.
- *Vervoer*: de betrokken patiënt wordt met een ambulance of traumahelikopter vervoerd naar een plaats waar de noodzakelijke spoedeisende medische hulp kan plaatsvinden.
- *Zorginstelling*: De patiënt is aangekomen in een zorgvoorziening waar hij/zij de noodzakelijke hulp krijgt. Dit kan een afdeling Spoedeisende hulp van een ziekenhuis zijn, of een andere afdeling, zoals de Intensive Care, dan wel een traumacentrum.

In de volgende paragrafen worden de genoemde fasen nader bekeken en worden de voor deze fasen relevante begrippen omschreven. Bij deze indeling in vier fasen moet bedacht worden dat niet in alle gevallen deze vier fasen doorlopen moeten worden. Een patiënt kan zich bijvoorbeeld ook zelf melden bij een afdeling Spoedeisende hulp van een ziekenhuis. Bij de vierde fase gaat het niet om patiënten die zijn opgenomen in een zorginstelling en waarbij zich een acute situatie voordoet. Ook gaat het niet om patiënten die voor een bekende aandoening met spoed worden opgenomen.

4 **Uitwerking van de vier bovengenoemde fasen**

Melding

In deze fase vindt melding plaats en wordt deze verwerkt. Melding vormt in veel gevallen de start van de keten van acute zorg. Melding kan door verschillende personen plaatsvinden: de patiënt zelf, omstanders of bijvoorbeeld een geconsulteerde hulpverlener, zoals de huisarts. Onder de omstanders kunnen zich ook mensen met een EHBO-diploma bevinden. De begrippen patiënt, omstander en huisarts spreken eigenlijk voor zichzelf. Omdat de patiënt de hoofdpersoon vormt in de keten van acute zorg, lijkt het toch gewenst in deze context een algemene omschrijving van dit begrip te geven:

Patiënt:

Persoon die met spoed medische hulp nodig heeft, als gevolg van ziekte of ongeval.¹³

Melding vindt sinds 1997 in principe plaats via het alarmnummer 112.¹⁴ Dit uniforme nummer geldt momenteel in een groot aantal Europese landen. Aangenomen moet worden dat dit alarmnummer genoegzaam bekend is onder de bevolking. Bovendien staat het vermeld in telefoonboeken en op openbare telefooncellen.

Het alarmnummer geeft toegang tot drie diensten: politie, brandweer en ambulancezorg. Afhankelijk van de lokale situatie en het medium waarmee gemeld wordt, bijvoorbeeld een mobiele telefoon, komt de melding terecht bij een centrale of regionale meldkamer. Melding via de mobiele telefoon wordt rechtstreeks doorgeschakeld naar de meldkamer van het Korps Landelijke Politie Diensten (KLPD) te Driebergen/Zeist. Via vaste telefoons komt een melding binnen bij een regionale meldkamer. Dit kan zijn een meldkamer van de politie of een gecombineerde meldkamer van brandweer en ambulancezorg. In sommige gevallen zitten politie, brandweer en ambulancezorg in één meldkamer.

In ambulancekringen omvat de term ‘melding’ zowel de eigenlijke melding - hier ‘aannee’ genoemd, welke resulteert in de later te noemen ‘indicatiestelling’ - als het ‘urgentie stellen’ en de ‘uitgifte’ van een ‘ritopdracht’. Al deze termen komen hieraan de orde. Het betreft in alle gevallen activiteiten die een gevolg zijn van de melding. Eerst wordt een aantal voorzieningen dat in het kader van de melding belangrijk is, omschreven.

Meldkamer:

Plaats waar meldingen via het alarmnummer 112 binnenkomen en deze worden afgehandeld. De meldkamer is 7 dagen per week en 24 uur per dag bemand.¹⁵

In de meeste gevallen (21 meldkamers) maken momenteel de brandweer en de ambulancezorg gebruik van een geïntegreerde meldkamer. Dit wil zeggen dat de meldkamer gebruikmaakt van een gezamenlijk systeem en dat meldingen kunnen worden afgehandeld door centralisten van beide ‘bloedgroepen’. Zo kan een centralist met brandweerachtergrond een verzoek om ambulancehulp afhandelen. De meldkamer van de politie is vaak geïsoleerd. Hieronder wordt het volgende verstaan:

Colocatie:

Het op één locatie onderbrengen van meldkamers van de politie, van de brandweer en van de ambulancevoorziening.¹⁶

Bij colocatie is weliswaar sprake van een gezamenlijke behuizing, maar maken de verschillende deelnemers gebruik van een eigen systeem van melding en verwerking van de melding.

CPA-centralist:

Medewerker van een meldkamer ambulancezorg die bevoegd is om te bepalen of en op welke wijze ambulancezorg noodzakelijk is¹⁷.

Zoals gezegd kunnen in het geval van een geïntegreerde meldkamer van brandweer en ambulancezorg CPA-centralisten van beide ‘bloedgroepen’ aanwezig zijn. In het vervolg van dit begrippenkader zal steeds gesproken worden van CPA-centralist.

De CPA-centralist beoordeelt de melding op inhoudelijke zorgbehoefte en bepaalt zo mogelijk in overleg met de zorgvrager of melder de aard van de zorgvraag en de gewenste/noodzakelijke inzet. Later in deze paragraaf wordt hier nader op in gegaan. Om deze functie te kunnen vervullen heeft de CPA-centralist actueel inzicht nodig in ontwikkelingen en werkwijzen van de ambulancezorg (zie voor omschrijving ‘ambulancezorg’ een volgende subparagraaf).

Specifiek voor de inschakeling van de ambulancezorg is de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA):

Centrale Post Ambulancevervoer:

Organisatie die belast is met de coördinatie van het ambulancevervoer binnen een gebied dat door Provinciale Staten is aangewezen.¹⁸

De CPA wordt momenteel meestal in de vorm van een gemeenschappelijke regeling van gemeenten georganiseerd. De oprichting en instandhouding van een CPA is daarmee thans de verantwoordelijkheid van de gezamenlijke gemeenten.

De CPA is verantwoordelijk voor de 'toegang' tot de ambulancezorg, dat wil zeggen het proces van indicatiestelling, zorgtoewijzing en zorgcoördinatie. De CPA fungeert als centraal punt in het communicatieproces van de melding tot de inzet van ambulancezorg en de waarschuwing van het ziekenhuis. De CPA heeft ook contact met andere CPA's en met politie en brandweer.

Sinds 1997 wordt er gewerkt aan het totstandkomen van Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV).

Regionale Ambulance Voorziening:

- *Een RAV is een regionaal samenwerkingsverband tussen ambulancediensten en CPA.¹⁹*
- *De organisatie die verantwoorde ambulancezorg levert. De RAV is als eerste verantwoordelijk voor het leveren van ambulancezorg in de regio, maar is ook beschikbaar voor ambulancezorg in andere regio's.²⁰*
- *Per regio is er één RAV die integraal verantwoordelijk is voor het leveren van verantwoorde ambulancezorg; zowel in de dagelijkse routinematige situatie, als bij zware ongevallen en rampen.²¹*

Ambulancezorg betreft in beginsel de dagelijkse kleinschalige zorg. In de meeste gevallen is van reguliere ambulancezorg sprake wanneer er niet meer dan vier slachtoffers bij een incident zijn die spoedeisende medische hulp nodig hebben.²² In geval van grootschalige ongevallen of rampen wordt de ambulancezorg 'opgeschaald', wat wil zeggen dat de reguliere zorgverlening en diensten op een hoger bereiksniveau gaan werken. De dagelijkse ambulancezorg moet moeiteloos kunnen opschalen tot een goed georganiseerde zorg bij ongevallen en rampen.

Voor dat doel is vanaf 1996 een bestuursvorm met de naam 'Geneeskundige Hulpverlening bij zware Ongevallen en Rampen' (GHOR) ontwikkeld. Sinds 1999 functioneren 26 GHOR-regio's. De GHOR heeft tot taak de coördinatie van de voorbereiding van de spoedeisende medische hulpverlening bij rampen. Elke GHOR-regio heeft voor dit doel een Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) aangesteld. Deze is onder meer belast met bedoelde coördinatie.

Terug naar de melding bij de CPA. De CPA-centralist neemt de melding in ontvangst. Men spreekt hierbij van de 'aanname'.

Aanname:

Het uitvragen van de aanvrager door de CPA-centralist, wat resulteert in een indicatiestelling en bij inzet van een ambulance een locatiebepaling van de patiënt.²³

De aanname begint op het moment dat de telefoon gaat bij de CPA. De CPA-centralist moet aan de hand van de melding de indicatie en de urgentie van ambulancezorg vaststellen.

Onder indicatie wordt het volgende verstaan:

Indicatie:

Aanduiding van de (vermoede) aandoening of letsel van de patiënt. Op grond van de indicatie bepaalt de CPA-centralist of en met welke urgentie ambulancezorg nodig is.²⁴

Voor de urgentie geldt een indeling in drie soorten:

A1-rit:

Spoedeisende rit in opdracht van de CPA-centralist in geval van acute bedreiging van vitale functies van de patiënt en in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door de ambulancebemanning ter plaatse kan worden uitgesloten.²⁵

Voor de A1-rit geldt de landelijke veldnorm dat de ambulance binnen 15 minuten na de melding ter plaatse moet kunnen zijn. Voor het verwerken van de melding tot en met het uitrukken van de ambulance wordt doorgaans een maximumtijd van 2 minuten gerekend. Deze periode is dus toe te rekenen aan de meldkamer. De resterende 13 minuten is toe te rekenen aan de ambulancezorg als zodanig.

A2-rit:

Rit in opdracht van de CPA-centralist naar aanleiding van een zorgvraag waaruit blijkt dat geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij de ambulance wel zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn.²⁶

Voor de A2-rit geldt de onofficiële landelijke norm dat de ambulance zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 30 minuten ter plaatse moet zijn.

B-rit:

Rit in opdracht van de CPA-centralist naar aanleiding van een zorgvraag zonder A1- of A2-urgentie.²⁷

Een B-rit wordt ook welk ‘besteld vervoer’ genoemd. Het tijdstip van het vervoer is van tevoren door de CPA met de aanvrager afgesproken.

De CPA-centralist moet bevorderen dat de meest urgente patiënt met de minste vertraging zo optimaal mogelijk wordt geholpen. Indien nodig voert de CPA-centralist een triage uit.

Triage:

Selectie van patiënten, met urgentie als belangrijk selectie criterium.²⁸

Van triage kan ook sprake zijn op de plaats van een ramp of een ongeval, waarbij meer dan één slachtoffer spoedeisende hulp nodig heeft. Deze triage wordt dan meestal uitgevoerd door de ambulanceverpleegkundige of een medewerker van een later te noemen mobiel medisch team.

De CPA-centralist geeft ritopdrachten uit:

Uitgifte:

Het inschakelen van de dichtstbijzijnde beschikbare ambulance door de CPA-centralist indien bij inzet van ambulancezorg noodzakelijk acht. Dit resulteert in een ritopdracht van de CPA-centralist aan de ambulancebemanning. Selectie van de ambulance geschiedt op basis van de beschikbaarheid, de urgentiestelling en de locatie waar de ambulance naar toe moet.²⁹

Ritopdracht:

Opdracht van de CPA-centralist aan de ambulancebemanning waarbij tenminste de aanleiding van de ritopdracht en de locatie zijn doorgegeven. Geeft de CPA-centralist een ritopdracht naar aanleiding

*van een concrete zorgvraag, dan zijn bovendien minimaal de indicatie en de urgentie doorgegeven.*³⁰

Dit betekent dat bij de vaststelling van de noodzaak van ambulancezorg de dichtstbijzijnde ambulance wordt ingezet. Selectie van de ambulance vindt plaats aan de hand van de beschikbaarheid, de mate van urgentie en de locatie waar de ambulancezorg geleverd moet worden.

Soms heeft de ritopdracht te maken met de paraatheid van ambulances. In dit verband zijn de volgende begrippen belangrijk:

Paraatheid:

*Het paraat staan van de ambulancebemanning om in het geval van een spoedeisende melding zo spoedig mogelijk naar de opgegeven locatie te gaan.*³¹

Het is van belang dat ambulances zich op een zodanige plaats in de regio bevinden dat zoveel mogelijk aan de genoemde '15-minuteneis' bij A1-ritten kan worden voldaan.

Parate dienst:

*Tijdsbestek dat de ambulancebemanning te allen tijde arbeid verricht of dient te verrichten.*³²

Aanwezigheidsdienst (slaapdienst):

*De ambulancebemanning is op de dienst/post aanwezig om op afroep arbeid te verrichten die is te voorzien.*³³

Bereikbaarheidsdienst (of piketdienst):

*Het op afroep beschikbaar zijn om arbeid te verrichten die is te voorzien. De bemanning is niet aanwezig op de dienst/post.*³⁴

Een omschrijving van het begrip 'ambulance' en een toelichting bij de ambulancebemanning is te vinden in een volgende subparagraaf van dit begrippenkader.

In geval van grootschalige rampen of ongevallen kan naast ambulancezorg ook de inzet van Mobiele Medische Teams noodzakelijk zijn. De CPA-centralist beslist hierover. Het begrip 'Mobiel Medisch Team' wordt eveneens hierna gedefinieerd.

Aanwezigheid hulpverleners ter plaatse

In deze fase heeft melding van de acute behoefte aan zorg plaatsgevonden en wordt de melding verwerkt. Een van de uitkomsten kan zijn dat hulpverleners naar de patiënt worden gestuurd: ambulancepersoneel, medisch mobiel team en/of traumahelikopter, huisarts. Ook kunnen zogenoemde first responders ter plaatse komen. Hieronder wordt het volgende verstaan:

First responder:

- *Eerst aanwezige hulpverlener bij het slachtoffer na een melding door omstanders. In veel gevallen is dit een politieagent of een bedrijfshulpverlener. Ambulanceverpleegkundigen arriveren meestal later.³⁵*
- *Hulpverlener die bij een verzoek om spoedeisende medische hulpverlening als eerste naar de plaats van de melding gaat en direct begint met de vereiste spoedeisende medische hulpverlening.³⁶*

In een eerste omschrijving van het begrip ‘first responder’ gaat het om personen zonder medische of verpleegkundige scholing die beroepshalve in een vroeg stadium in contact komen met een persoon die acute zorg nodig heeft. De RVZ gaat uit van deze omschrijving. Deze first responders kunnen in principe aan de patiënt ‘basic life support’ (BLS) verlenen. Hieronder wordt het volgende verstaan.

Basic life support (BLS):

Elementaire reanimatie met behulp van eenvoudige technieken zoals hartmassage en mond-op-mondbeademing.³⁷

De tweede omschrijving van het begrip ‘first responder’ omvat tevens medische verpleegkundige of paramedische hulpverleners. Deze hulpverleners kunnen bijvoorbeeld door de CPA naar de patiënt gestuurd zijn. Bovendien kunnen zij tevens advanced life support (ALS) geven aan de patiënt. Hieronder wordt het volgende verstaan:

Advanced life support (ALS):

Uitgebreide reanimatie waarbij een aantal voorbehouden handelingen worden verricht, zoals het geven van injecties, intubatie en defibrillatie.³⁸

De term ‘advanced life support’ heeft zowel betrekking op de daadwerkelijk verleende zorg aan een patiënt, als op een zorgconcept. Er bestaan een aantal vergelijkbare termen, zoals ‘advanced trauma life support’, ‘advanced cardiac life support’

en ‘advanced pediatric life support’. In al deze gevallen betreffen het al dan niet internationaal erkende zorgconcepten, waarvoor specifieke trainingen en accreditatiemogelijkheden bestaan.

Ambulancezorg:

De zorg die beroepsmatig of bedrijfsmatig wordt verleend om een zieke of gewonde binnen het kader van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en – in opdracht van de CPA – per ambulance te vervoeren, met inachtneming van datgene wat op grond van algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis noodzakelijk is.³⁹

In beginsel gaat het bij ambulancezorg om drie soorten zorg:

- zorg in acute situaties aan individuen;
- planbare zorg eveneens aan individuen;
- voorbereiding op rampen en ongevallen.

In het kader van acute zorg zijn vooral de als eerste en als laatstgenoemde zorgsoorten van belang.

Ambulancebemanning:

Bemanning van de ambulance, bestaande uit een ambulanceverpleegkundige en een ambulancechauffeur.⁴⁰

In brede kring wordt het wenselijk geacht dat de ambulanceverpleegkundige en ambulancechauffeur over een specifieke opleiding beschikken. Voor de ambulanceverpleegkundige gaat het om een verpleegkundige opleiding en een BIG-registratie, alsook een door de ambulancesector erkende aanvullende opleiding tot ambulanceverpleegkundige en registratie in het Register Beroepsbeoefenaren Ambulancezorg (RBA). De ambulancechauffeur assisteert de ambulanceverpleegkundige. Hij/zij dient te beschikken over een erkende functieopleiding.

De ambulanceverpleegkundige is in staat om aan de patiënt de eerdergenoemde ‘advanced life support’ te verlenen.

Mobiel Medisch Team (MMT):

De mobiele medische teams zijn een voorbeeld van medisch specialistische hulpverlening buiten de ziekenhuismuren. Zij verlenen medische zorg in aanvulling op de ambulancezorg in het geval er sprake is van een groot en gecompliceerd ongeval met meerdere en zwaargewonde patiënten. Ook in het geval dat er sprake is van een beknelling en de patiënt niet direct vervoerd kan worden, kan het MMT worden ingeschakeld. In een MMT participeren een specialist (chirurg/-

traumatoloog en/of anesthesioloog) en één of meerdere gespecialiseerde verpleegkundige(n).⁴¹

De leden van een MMT moeten ervaring hebben met zogenoemde prehospitala spoedeisende medische hulpverlening. De verantwoordelijkheid voor de MMT ligt bij de 10 traumacentra in Nederland. Deze centra vallen in de systematiek van dit begrippenkader onder paragraaf Zorginstellingen. Daar wordt een omschrijving van het begrip traumacentrum gegeven. Het MMT voert indien nodig triage uit. Het MMT maakt voor het vervoer gebruik van een speciale auto. Naast de zogenoemde 'grondgebonden' MMT's in de 10 traumacentra, beschikken 4 traumacentra over een helikoptervervoering met een paraat MMT.

Vervoer

In deze fase van de keten van acute zorg worden patiënten - onder begeleiding van daartoe gekwalificeerde hulpverleners - vervoerd naar een zorgvoorziening waar de zorg aan de patiënt kan worden voortgezet. Voor dit vervoer komen in beginsel twee voorzieningen in aanmerking: ambulances en traumahelikopters.

Ambulance:

Voertuig waarmee ambulancezorg wordt uitgevoerd en dat speciaal is ingericht voor vervoer en behandeling van patiënten.⁴²

Traumahelikopter:

Helikopter die speciaal is ingericht voor de aanvoer van een mobiel medisch team naar de plaats van het ongeval of de ramp en die tevens inzetbaar is voor het vervoer van slachtoffers van ongevallen of rampen naar een traumacentrum.⁴³

Vanaf 1995 beschikken vier traumacentra in Nederland over een traumahelikopter. De bemanning van een traumahelikopter bestaat naast de helikopterpiloot uit een arts met ervaring op het gebied van chirurgie, anesthesiologie of traumatologie en een verpleegkundige met ervaring als ambulanceverpleegkundige of als IC-verpleegkundige. Beiden moeten een aantal aanvullende trainingen hebben gehad. De helikopterpiloot verricht doorgaans geen assistentie bij de verzorging van patiënten, zoals wel gebruikelijk is voor de ambulancechauffeur.

De traumahelikopter wordt niet altijd ingezet. Bij slecht zicht en 's avonds en 's nachts wordt hij niet gebruikt. De inzet is alleen toegestaan van 'schemer tot schemer'.

Zorginstellingen

Als laatste schakel in de keten van acute zorg gelden zorginstellingen waarin patiënten met acute zorgbehoefte worden opgevangen en waar de eventueel in eerdere fasen van de keten begonnen diagnostiek en behandeling wordt voortgezet. Het gaat in beginsel om de volgende drie soorten instellingen: afdelingen Spoed Eisende Hulp van ziekenhuizen, andere aanvullende afdelingen van algemene ziekenhuizen en traumacentra.

Afdeling Spoed Eisende Hulp:

Gespecialiseerde afdeling van een ziekenhuis die erop gericht is zorg te verlenen aan ongevalslachtoffers en aan patiënten met acute aandoeningen.⁴⁴

Sinds 1993 bestaat in Nederland een Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen. Deze vereniging heeft de ontwikkeling bevorderd van een opleiding tot SEH-verpleegkundige en het opstellen van een profiel voor deze functie.

Een vergelijkbare ontwikkeling voor artsen is van later datum. Sinds 1999 bestaat er in Nederland een Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA), die zich beijvert voor de ontwikkeling van een functie Spoedeisende Hulp-arts (SEH-arts). Inmiddels bestaan er een beroepsprofiel en een aantal opleidingen voor SEH-arts.

In het kader van de eerdergenoemde traumazorg spelen de traumacentra een belangrijke rol.

Traumazorg:

De zorg voor ernstige ongevalpatiënten, geleverd door of vanwege de ziekenhuizen en de ambulancediensten.⁴⁵

Bij traumazorg gaat het vooral om zorg aan ernstige ongevalslachtoffers, bijvoorbeeld met een zogenoemd multi-trauma. Voor deze patiënten biedt de gemiddelde SEH onvoldoende mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. Ter verbetering van de zorg aan (multi-)traumapatiënten zijn in Nederland 10 traumacentra aangewezen.⁴⁶

Traumacentrum:

Ziekenhuis dat zich specifiek richt op de opvang van multi-traumapatiënten⁴⁷.

De traumacentra hebben een specifieke zorgtaak voor de zeer ernstige ongevals slachtoffers. Deze vraagt een 24-uurs beschikbaarheid van een groot aantal specialismen, waarbij onderscheid wordt gemaakt naar 24-uurs beschikbaarheid en beschikbaarheid binnen 15 minuten.⁴⁸ De traumacentra moeten de beschikking hebben over een mobiel medisch team. Verder hebben de traumacentra als opdracht om samen een traumazorgnetwerk te vormen. Binnen dit netwerk hebben de traumacentra elk een specifieke rol. Tenslotte hebben de traumacentra tot taak zorg te dragen voor kennisontwikkeling en deskundigheidsbevordering.

Vier traumacentra zijn tevens aangewezen als standplaats voor een helikoptervoorziening. Doel van deze voorziening is het per helikopter vervoeren van een mobiel medisch team, dat ter aanvulling op de ambulancezorg bij ernstige ongevallen specialistische hulp kan bieden.

Een bijzondere instelling in Nederland vormt het zogenoemde Calamiteitenhospitaal in Utrecht. Het gaat om een samenwerkingsverband tussen het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC) en het Centraal Militair Hospitaal eveneens te Utrecht. Het Calamiteitenhospitaal is gevestigd in een bunker onder het UMC heeft een capaciteit van maximaal 300 bedden en is naast de opvang van militairen bedoeld voor slachtoffers bij grootschalige rampen⁴⁹.

5 Definitie acute zorg en schematische weergave van de keten

Gelet op de vraagstelling van het advies formuleert het begripkader ter afsluiting de volgende omschrijving voor acute zorg in het advies van de Raad:

Acute Zorg in het RVZ-advies:

De RVZ spreekt van acute zorg wanneer zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen bij niet in een ziekenhuis opgenomen patiënten.⁵⁰

Aansluitend geeft deze paragraaf een schematisch overzicht van de fasen van de keten van acute zorg. Per fase wordt aan-

gegeven welke hulpverleners en anderen betrokken kunnen zijn, welke acties noodzakelijk (kunnen) zijn en welke voorzieningen een rol spelen.

Schematische weergave keten acute zorg

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

Noten en literatuur

- ¹ Plexus Medical Group, Amsterdam.
www.plexus.nl/page46.html
- ² De overige drie patiëntenstromen zijn: urgente zorg, waarbij enig uitstel - in termen van uren - van diagnostiek en behandeling mogelijk is; electieve zorg, waaronder verstaan wordt de 'planbare' zorg; chronische zorg.
- ³ Tweede Kamer der Staten-Generaal. Nota positionering algemene ziekenhuizen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1999-2000. No. 27.295-2.
- ⁴ NIZW, thesaurus:
<http://www.nizw.nl/thesaurus/00007333.htm>
- ⁵ Ministerie van VWS. Startnotitie Platform urgentiegeneseskunde, 2000, geciteerd in Licht op traumazorg. Utrecht: Prismant, 2001.
- ⁶ Definitie afkomstig uit de dissertatie van F.H. de Man: 'Gezien de spoedeisendheid van het geval', 1992; genoemd in de Boerhave cursusbeschrijving 'Onderweg naar morgen; ontwikkelingen binnen de SEH'. Leiden, 15 februari 2001.
- ⁷ Definitie van het Platform Urgentiegeneseskunde (PLUG), genoemd in de Boerhave cursusbeschrijving 'Onderweg naar morgen; ontwikkelingen binnen de SEH'. Leiden, 15 februari 2001.
- ⁸ Tweede Kamer der Staten-Generaal. Beleidsnota Rampenbestrijding 2000-20004: Nota Rampenbestrijding, de veiligheidsketen gesmeed. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1999-2000. No. 26.956-2.
- ⁹ Tweede Kamer der Staten-Generaal. Voorstel van Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2002-2003. No. 28.644-1, 2.
- ¹⁰ Dit advies.
- ¹¹ De term 'golden hour' werd ontwikkeld door Dr. R. Adems Cowley. Maryland Institute for Medical Services, USA.
- ¹² Zie hiervoor de achtergrondstudie bij dit advies over acute zorg.
- ¹³ Dit advies.
- ¹⁴ Voor informatie over de bekendheid bij burgers met 112, zie onder meer de achtergrondstudie van A. Schrijvers bij dit advies.
- ¹⁵ Dit advies.
- ¹⁶ Onder meer: Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangen

- van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (VII) voor het jaar 2002. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2001-2002. No. 28.000 VII-2.
- 17 Project Versterking Ambulancezorg. Begrippenkader ambulancezorg: een uniform begrippenkader voor het primaire proces van ambulancezorg, versie 1.0. Woerden: Projectbureau Versterking Ambulancezorg, 2003.
- 18 Veen, A.A. van der, e.a. Niet zonder zorg; een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg. RIVM, IGZ, CTG, Bilthoven, z.j.
- 19 Tweede Kamer der Staten Generaal. Spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1996-1997. No. 25.387-2.
- 20 Project Versterking Ambulancezorg. Begrippenkader Ambulancezorg, versie 1.0, 2003.
- 21 Tweede Kamer der Staten Generaal. Zorgnota 2002. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2001-2002. No. 28.008-26.
- 22 Veen, A.A. van der, e.a. Niet zonder zorg; een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg. RIVM, IGZ, CTG, Bilthoven, z.j.
- 23 Project Versterking Ambulancezorg. Begrippenkader ambulancezorg: een uniform begrippenkader voor het primaire proces van ambulancezorg, versie 1.0. Woerden: Projectbureau Versterking Ambulancezorg, 2003.
- 24 *Ibidem*
- 25 *Ibidem*
- 26 *Ibidem*
- 27 *Ibidem*
- 28 Zie achtergrondstudie over Triage bij dit advies
- 29 Project Versterking Ambulancezorg. Begrippenkader ambulancezorg: een uniform begrippenkader voor het primaire proces van ambulancezorg, versie 1.0. Woerden: Projectbureau Versterking Ambulancezorg, 2003.
- 30 *Ibidem*
- 31 *Ibidem*
- 32 *Ibidem*
- 33 *Ibidem*
- 34 *Ibidem*
- 35 Gezondheidsraad. Toepassing van de automatische uitwendige defibrillator in Nederland. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002.

- ³⁶ Veen, A.A. van der, e.a. Niet zonder zorg; een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg. RIVM, IGZ, CTG, Bilthoven, z.j.
- ³⁷ *Ibidem*
- ³⁸ Toepassing van de automatische uitwendige defibrillator in Nederland. Gezondheidsraad, Den Haag, 21 januari 2002.
- ³⁹ Nota Met Zorg Verbonden, VWS en BZK, 1997.
- ⁴⁰ Project Versterking Ambulancezorg. Begrippenkader Ambulancezorg. Versie 1.0, 2003.
- ⁴¹ Tweede Kamer der Staten Generaal. Nota Spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1996-1997. No. 25.387-2.
- ⁴² Project Versterking Ambulancezorg. Begrippenkader ambulancezorg: een uniform begrippenkader voor het primaire proces van ambulancezorg, versie 1.0. Woerden: Projectbureau Versterking Ambulancezorg, 2003.
- ⁴³ Dit advies.
- ⁴⁴ Dit advies.
- ⁴⁵ Nota Met Zorg Verbonden, VWS en BZK, 1997.
- ⁴⁶ Zie verder de achtergrondstudie bij dit advies over acute zorg.
- ⁴⁷ Tweede Kamer der Staten Generaal. Spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1998-1999. No. 25.387-4.
- ⁴⁸ De eis van 24-uursbeschikbaarheid geldt voor een intern traumateam, bestaande uit tenminste 1 chirurg met traumatologie-ervaring, 1 anesthesist, 1 radiodiagnost, 2 SEH-verpleegkundigen en 2 Röntgenlaboranten; de eis van 15 minutenbeschikbaarheid geldt voor o.a. neurochirurg, thoraxchirurg, kaakchirurg KNO-arts en kinderarts. Zie: TK 25.387, nr. 4, bijlage 1.
- ⁴⁹ Traumacentrum Zuidwest Nederland: www.azr.nl/tczwn
- ⁵⁰ Dit advies.

Bijlage 5

Probleemanalyse

1 Inleiding

Acute zorg mag zoals gezegd, rekenen op veel belangstelling. Hoewel de acute zorg per definitie binnen een afgegrensd tijdsbestek plaatsvindt, kan die korte tijd nog onderverdeeld worden in verschillende periodes:

1. Eerste periode, waarin alleen niet-geschoolde of beperkt geschoolde mensen bij de acute situatie aanwezig zijn, al dan niet beschikkend over beperkte medische technologie.
2. Tweede periode, waarin geschoold personeel en relevante medische technologie bij de acute situatie aanwezig zijn.
3. Derde periode, waarin het slachtoffer vervoerd wordt naar een plaats, waar hoogwaardige spoedeisende hulp geleverd kan worden.
4. Vierde periode, waarin op deze plaats geavanceerde spoedeisende hulp geboden kan worden.

De Raad baseert zijn probleemanalyse op eerdere inventarisaties van knelpunten in de acute zorg, de achtergrondstudies voor dit advies, gesprekken met deskundigen en literatuur. Hij volgt daarbij niet bovenstaande indeling in periodes, maar een indeling van problemen die in alle periodes en de verschillende schakels in de keten van acute zorg voorkomen (zie voor een overzicht van knelpunten bijlage 6 en voor een beschrijving van de keten bijlage 2). Dat leidt tot de volgende indeling en clustering van de naar zijn mening meest dringende knelpunten in de keten van acute zorg: het ontbreken van kwaliteitsnormen, een ontoereikende (financiering van) beschikbaarheid en paraatheid en ondoelmatigheid in de keten van acute zorg.

2 Het ontbreken van kwaliteitsnormen

Probleem

Uit de literatuurstudie, internationale vergelijking, protocollen en standaarden, gesprekken met deskundigen en knelpuntenanalyses blijkt dat (ook in Nederland) de kwaliteit van de acute zorg valt te verbeteren. Dit is in een achtergrondstudie bij dit advies aangetoond voor het acuut myocardinfarct (AMI), het cerebrovasculair accident (CVA) en de multitraumaslachtof-

fers, maar zal mutatis mutandis ook gelden voor andere aan-
doeningen, waarvoor de tijdsfactor cruciaal is, zoals enkelvou-
dige levensbedreigende verwondingen, acute buik of shock
door verschillende oorzaken.

Voor het acuut hartinfarct bijvoorbeeld valt afgemeten aan
internationale vergelijkingen en uitkomsten van recente trials
nog gezondheidswinst te halen. Verder blijkt uit een vergelij-
kend onderzoek dat veel Europese systemen van spoedeisende
medische hulp (EMS=Emergency Medical Services) veel bete-
re resultaten bereiken in termen van overleving bij een hartstil-
stand buiten het ziekenhuis dan Nederland (Bonn 21%, Got-
tingen 33%, Stavanger 35%, Amsterdam 11%).

Als er gemiddeld 1 minuut tijdswinst zou kunnen worden
geboekt in het starten van elementaire reanimatiehandelingen
zouden daardoor in Nederland 3.000 meer levens gered kun-
nen worden. En als er gemiddeld 1 minuut eerder gedefibril-
leerd zou worden bij hartpatiënten die een levensbedreigende
ritmestoornissen hebben, zou dat 1.150 tot 2.000 levens kun-
nen schelen (bijlage 8).

Voor een omvangrijke groep hartinfarctpatiënten is het verder
van groot belang zo snel mogelijk primair gedotterd te worden,
al dan niet met plaatsing van een stent. Dit kan alleen gebeuren
in centra waar 7x24 uur personeel en outillage aanwezig zijn.
Momenteel worden van de 12.000 in aanmerking komende
hartinfarctpatiënten naar schatting 4.500 primair gedotterd. Op
basis van onderzoek is berekend dat meer primair dotteren 140
menslevens kan redden en tot aanzienlijk minder blijvende
beperkingen leidt.

Bij de hulp aan CVA-patiënten is naast het vermijden van
sterfte ook het voorkómen van ernstige beperkingen in de
vorm van blijvende verlammingen en afasie een belangrijke
reden tot snel ingrijpen. Internationaal is men het erover eens
dat daarvoor alle CVA-patiënten in een stroke unit van een
daartoe uitgerust ziekenhuis moeten worden opgenomen voor
diagnostiek en behandeling. Per jaar zou dat in Nederland 750
sterfgevallen kunnen schelen. Dit inzicht wordt in Nederland
niet overal geaccepteerd.

De kwalitatieve normen waaraan acute zorg zou moeten vol-
doen, worden idealiter gesteld door de betrokken beroeps-
groepen. Het zijn de beroepsgroepen die de professionele
standaard moeten formuleren. Maar de voorbeelden in de

achtergrondstudie laten zien dat dit niet altijd gebeurt. En als er al een norm is, volgt niet iedereen die.

De norm van 15 minuten voor de aanrijtijd van ambulances is weliswaar een duidelijke norm, maar is in wezen een planningsnorm en niet gebaseerd op professionele normen voor de behandeling van bijvoorbeeld hartpatiënten.

Ernst en oorzaak van het probleem

Volgens de RVZ is het ontbreken van kwaliteitsnormen voor acute zorg het meest urgente probleem. Als bestaande professionele kwaliteitsnormen niet (kunnen) worden nageleefd, krijgen patiënten niet in alle gevallen de beste zorg die beschikbaar is. Verder wordt het bij het ontbreken van kwaliteitsnormen lastiger iets te zeggen over de doelmatigheid van de acute zorg.

Oorzaken voor het ontbreken van adequate kwaliteitsnormen zijn velerlei:

- Het ontbreken van gegevens is een belangrijke oorzaak. In de eerste plaats wordt niet overal uniform geregistreerd en is de registratie nog niet geautomatiseerd. Zo moet voor een analyse van spoedritten per ambulance naar diagnosegroepen gebruik worden gemaakt van niet gestandaardiseerde tekstvelden (RIVM, 2003). In de tweede plaats worden in de verschillende schakels diverse systemen gebruikt die niet met elkaar kunnen communiceren. Daardoor komt bijvoorbeeld een systematische uitwisseling van gegevens tussen ziekenhuizen en ambulancediensten moeilijk tot stand waardoor inzicht ontbreekt of de vermoedelijke diagnose overeenstemt met de gestelde. Systematische feedback van de afdelingen spoedeisende hulp aan de meldkamers ambulancevervoer over de uiteindelijke diagnose komt slechts bij 5,6% van de SEH's voor. Voor uitspraken over de kwaliteit van de keten van acute zorg is een betrouwbare, continue dataverzameling bij de diverse zorgaanbieders vereist (Schrijvers, 2003).
- Gebrek aan consensus tussen betrokken beroepsgroepen. Zo bestaat er ondanks aankondiging nog steeds geen NHG-standaard voor CVA en kan ieder ziekenhuis een stroke unit claimen zonder te voldoen aan daaraan te stellen eisen.
- Gebrek aan consensus over takenpakketten van beroepsbeoefenaren. Zo lopen de meningen over het aandeel dat huisartsen in de acute zorg (moeten) hebben, sterk uiteen.

- Afspraken tussen ziekenhuizen over taakverdeling en concentratie die nodig zijn, bijvoorbeeld voor de meest effectieve behandeling van patiënten met een hartinfarct, komen moeizaam tot stand vanwege vele conflicterende belangen. Zo vrezen ziekenhuizen die niet over dotterfaciliteiten beschikken een deel van hun patiëntenpopulatie te verliezen.
- Structurele oorzaken in de vorm van capaciteitstekorten bij en specifieke wensen van ziekenhuizen en huisartsen.
- Gebrek aan consensus tussen de verschillende schakels in de keten over te hanteren protocollen en te volgen procedures.

3 Ondoelmatigheid in de keten van acute zorg

Probleem

Bij acute zorg gaat het per definitie om ketenzorg. Problemen kunnen zich voordoen in alle fasen en alle schakels in het hulpverleningsproces. Kenmerkend voor de huidige situatie in Nederland is, dat er bezien, ook vanuit het perspectief van de patiënt of getuigen, eigenlijk meerdere ketens van acute hulp naast elkaar bestaan, die gedeeltelijk in elkaar kunnen overlappen en overlappen:

- de keten van een melding bij 112 bij de CPA, met aanrijden van de ambulance, met vervoer naar een SEH-afdeling van een ziekenhuis of een gespecialiseerd centrum;
- de keten van een melding bij 112 bij de CPA, met inzet van een medisch mobiel team (MMT) via de weg of een heli trauma team (HTT);
- de keten van het zich vervoegen bij een SEH-afdeling van een ziekenhuis, met directe behandeling, eventueel opname, of alsnog verwijzing naar de huisarts;
- de keten van een melding voor een spoedconsult bij of door de huisarts tijdens kantooruren;
- de keten van melding bij of bezoek aan een huisartsenpost/-dienst buiten kantooruren.

Ondoelmatigheid op zorginhoudelijk niveau

Vanuit het perspectief van patiënten en slachtoffers mag bovenstaand scala aan aanbod van acute hulp aantrekkelijk zijn door de keuzemogelijkheden die er zijn, maar het is de vraag of met een dergelijke diversiteit de kwaliteit en de doelmatigheid van de acute zorg zijn gediend. Zo is nu de triage in ieder geval in drie verschillende handen (centralist van de CPA, EH-

afdeling, huisarts of diens assistent), wordt de acute hulp door de verschillende instanties ‘erbij’ gedaan en heeft de keuze van de patiënt of van de getuigen invloed op de wijze waarop in de acute zorg wordt ingestapt, zonder dat duidelijk is of dit in kwalitatief opzicht en uit een oogpunt van doelmatigheid ook de beste weg is.

Ook komt het voor dat de patiënt of omstanders die angstig zijn en/of in paniek zowel de ambulance als de huisarts bellen. Als beiden gearriveerd zijn, kan blijken dat noch de ambulanceverpleegkundige, noch huisarts hulp moeten verlenen. Buitenlands onderzoek toont aan dat tot 50% van de ambulance-ritten achteraf overbodig blijkt te zijn geweest (Balcar, 2003). Voor Nederland zijn die cijfers niet beschikbaar. Die percentages lopen in Nederland voor de verschillende ambulancediensten uiteen van 5% tot 64% (RIVM, 2002). Dat kan afgeleid worden uit het percentage niet declarabele ritten. Een niet declarabele rit wil zeggen dat in opdracht van de CPA een ambulance uitrijdt, zonder dat vervoer van een patient plaatsvindt.

Coördinatie vindt veelal wel plaats op de afzonderlijke onderdelen zoals de huisartsen en/of de ambulancediensten, maar tussen de verschillende schakels ontbreekt die nogal eens waardoor mensen en middelen niet efficiënt ingezet kunnen worden. Medisch specialisten worden bijvoorbeeld op de SEH ingezet voor huisartsenzorg. Van de zelfverwijzers op de SEH-afdelingen blijkt 61% tot 78% ook door een huisarts behandeld te kunnen worden (Van der Heijden en Schwuwirth, 2003).

Ondoelmatigheid ontstaat ook omdat iedere organisatie eigen ‘producten’ ontwikkelt die vervolgens weer op elkaar moeten worden afgestemd. Zo wordt zowel binnen de ambulancezorg als in de traumacentra gewerkt aan een registratiesysteem voor de acute hulp. En ziekenhuizen waar bijvoorbeeld CVA-patiënten worden opgenomen, kunnen een heel ander registratiesysteem hanteren. Verder ontwikkelen de verschillende partijen eigen protocollen en eigen ondersteuningsstructuren. Zo gebruikt iedere organisatie of instelling een eigen protocol (als dat er is) om vast te stellen of er sprake is van acute zorg. De huisartsen ontwikkelen een eigen protocol dat weer anders is dan van de CPA’s of in de ziekenhuizen.

Het ketenidee van acute zorg veronderstelt dat de diverse onderdelen van de keten goed op elkaar aansluiten en dat de

onderdelen als zodanig goed werken. Hoewel de praktijk in dit opzicht goede voorbeelden laat zien, zijn er toch grote verschillen in de mate waarin de onderdelen op elkaar zijn afgestemd. Ook de beschikbaarheid van de afzonderlijke onderdelen van de keten en de kwaliteit van de dienstverlening zijn niet steeds gelijk. Daardoor weet de burger niet waar hij aan toe is als hij met een acute zorgvraag zit.

Bestuurlijk/organisatorisch

De vele partijen en organisaties die bij de acute zorg betrokken zijn, werken ondoelmatigheid in de hand. Veel bestuurlijk overleg is nodig om autonome partners op één lijn te krijgen. Dat geldt voor de partijen in de zorg, maar ook voor de vanuit het openbaar bestuur betrokken partijen (rijk, provincie, en gemeenten).

Dat leidt er bijvoorbeeld toe dat de rittenverdeling in de ambulancewereld niet alleen op urgentie en indicatie plaatsvindt, maar dat ook rekening wordt gehouden met marktaandeelen van de ambulancebedrijven. Dat kunnen zowel private als publieke bedrijven zijn.

Daar komt bij dat de culturen van betrokken partijen uiteenlopen. De medisch specialisten in ziekenhuizen werken in een andere cultuur dan de huisartsen, die weer anders is dan die van de ambulancewereld. En centralisten op een CPA kunnen uit de brandweerwereld afkomstig zijn. Als deze mensen gezamenlijke werkwijzen en protocollen moeten ontwikkelen, gaat dat niet zonder slag of stoot.

Ernst en oorzaak van het probleem

Volgens de RVZ gaat het om een ernstig probleem waar te weinig vooruitgang wordt geboekt, ook al zijn er veel goede initiatieven. Consensus en afspraken op basis van vrijwilligheid leveren te weinig op. Coördinatie en afstemming moeten thans plaatsvinden op basis van overtuigingskracht. Beslissingsmacht of zeggenschap om andere betrokken partners in de keten van acute zorg iets op te leggen, hebben partijen niet ten opzichte van elkaar. Zo hebben traumacentra geen zeggenschap over de ambulancediensten. Ze moeten ambulancediensten bijvoorbeeld weten te overtuigen van de noodzaak de door hen opgestelde protocollen te hanteren. Afdwingen kunnen ze dat niet. En ziekenhuizen kunnen huisartsen niet dwingen om in de avonden en nachten te komen tot een gezamenlijke opvang van mensen met acute vragen op de afdelingen spoedeisende hulp. Marktwerving zal de neiging om op basis van vrijwillig-

heid tot afspraken te komen eerder doen afnemen dan toemen.

Verder stagneert de door de overheid gewenste RAV-vorming. Particuliere ambulancediensten kunnen bijvoorbeeld niet gedwongen worden hierin te participeren. Ook als een ziekenhuis een eigen ambulancedienst exploiteert, kan die niet verplicht worden onderdeel te worden van een samenwerkingsverband als de RAV. De aangekondigde maatregelen in de brief die de Minister onlangs naar de Tweede Kamer stuurde, lossen dit probleem niet op.

De bestuurlijke complexiteit van de keten (relatief erg veel partijen, bestuurders uit het openbaar bestuur die elkaar voortdurend tegenkomen met verschillende petten op) verhindert de noodzakelijke aansturing van verbeteringen. Dat is één van de conclusies in een rapport in opdracht van de provincie over de spoedeisende hulp in Zeeland. Een andere conclusie is dat in de afgelopen 5 à 10 jaar niet gebleken is dat door samenwerking voldoende coherentie in de keten bewerkstelligt kan worden. Over de bestuurlijke complexiteit van de CPA wordt gesteld: *“De CPA is een kleine organisatie met een bestuurlijke achterban. Spottend wordt wel gesproken over een organisatie met 8 fte personeel en 34 bestuurders”* (Cap Gemini Ernst & Young, 2003). Volgens de RVZ moet de oorzaak voor die bestuurlijke complexiteit niet zozeer gezocht worden bij de uitvoerende organisaties, maar worden gezocht in de wet- en regelgeving.

Maar conclusies over de bestuurlijke complexiteit gaan meer in zijn algemeenheid op. Diezelfde bestuurlijke complexiteit is aanwezig in de gezondheidszorg. Ook hier zoals gezegd autonome partijen als ziekenhuizen, ambulancediensten en huisartsen. Die complexiteit wordt nog versterkt door de verschillende wettelijke kaders die gelden voor activiteiten, organisaties en instellingen die betrokken zijn bij de acute zorg.

Daar komt nog de invloed van het wettelijk kader voor de rampenbestrijding bij. In de acute zorg hebben de verschillende overheden (rijk, provincie en gemeenten) bovendien ieder een eigen rol die niet altijd is afgestemd op wat nodig is voor een goede organisatie van de reguliere acute zorg.

4 Ontoereikende beschikbaarheid en paraatheid

Probleem

De ontoereikende beschikbaarheid en de paraatheid van de acute zorg wordt door betrokkenen in de verschillende schakels van de acute zorg als een groot, zo niet het grootste probleem, genoemd.

In de ambulancehulpverlening is de overschrijding van de 15-minutennorm een uiting van onvoldoende beschikbaarheid en paraatheid. Om dat probleem op te lossen heeft de minister van VWS in zijn brief van 10-10-2003 aan de Tweede Kamer een aantal maatregelen aangekondigd. Vanaf 2004 stelt de minister maximaal 18 miljoen euro beschikbaar om dit knelpunt op te lossen.

De beschikbaarheid van acute zorg in ziekenhuizen komt in gevaar als ziekenhuizen opnamestops hebben voor spoedeisende patiënten. Dat komt gemiddeld bijna tweemaal per maand voor. Voor IC bedden en CCU bedden ligt dat gemiddelde nog hoger. Dat betekent dat een ziekenhuis gemiddeld één op de drie dagen een opnamestop heeft (Schrijvers, 2003).

De beschikbaarheid van traumazorg staat in de traumacentra onder druk doordat de acute zorg veelal gebruik moet maken van voorzieningen en capaciteit die ook voor andere, minder spoedeisende soorten zorgverlening bedoeld is. Dat is ook in de andere schakels van de keten het geval. De praktijk is dat door hulpverleners en voorzieningen de acute zorg erbij wordt gedaan. Dit geldt zowel voor de ambulancehulpverlening en de huisarts, als voor de ziekenhuizen.

Bij het ambulancevervoer moet het spoedvervoer in zekere zin concurreren met het geplande, bestelde vervoer. Dat geldt ook voor huisartsen die bovendien meestal weinig acute zorg doen om voldoende ervaring te houden. Huisartsen bieden in kantoor tijd gemiddeld 1 keer per maand zelf spoedhulp bij patiënten thuis (Schrijvers, 2003). Als er zich een myocardinfarct, CVA of multitrauma voordoet en de patiënt naar een ziekenhuis wordt gebracht, wordt nu de dienstdoende cardioloog, neuroloog of chirurg van zijn poli gehaald. Er is geen vaste parate bemensing van de afdelingen spoedeisende hulp van ziekenhuizen, afgezien van de poortarts, meestal een beginnend arts.

Uit het evaluatierapport van het CVZ over de traumacentra (2002) blijkt dat geen sprake is van een landelijk dekkend netwerk grondgebonden MMT's die zorg kunnen bieden op de plaats van het ongeval. Over de praktische invulling en de financiering van 10 grondgebonden MMT's is de minister in overleg met de Landelijke Vereniging voor Traumacentra (LVTC) (Tweede Kamer, 28 600 XVI, nr. 118).

Met de vier parate MMT's die overdag per helikopter vervoerd kunnen worden, wordt evenmin een landelijk dekkende beschikbaarheid gerealiseerd. Uit onderstaande kaart van het RIVM blijkt dat bepaalde gebieden in Nederland niet bestreken worden.

Figuur 1: Bereik traumahelikopters

hier invoegen: EPS-figuur tr_heli_polreg_50
(apart bijgevoegd)

Bron: Centrum voor VIV, RIVM, 2003.

Ernst en oorzaak van probleem

Als zorg in de meest cruciale fase voor patiënten niet beschikbaar is, is dat een ernstig probleem. Patiënten krijgen dan niet de zorg waar ze op zouden moeten kunnen rekenen.

De huidige wijze van financiering van de beschikbaarheid en de paraatheid van de acute zorg wordt alom door betrokkenen genoemd als oorzaak voor de ontoereikendheid daarvan. Aparte voorzieningen, zoals spoed-OK's, blijken in de praktijk moeilijk in stand te houden, omdat er geen tot nauwelijks financieringsgronden voor dergelijke voorzieningen zijn. En door gebrek aan Intensive Care (IC-) en Coronary Care Units (CCU-)bedden raakt de keten van acute zorg verstoort.

De introductie van marktwerking in de gezondheidszorg zal de beschikbaarheid en paraatheid van acute zorg nog verder onder druk zetten. Er zal immers druk zijn om alle faciliteiten zo optimaal mogelijk te gebruiken. En beschikbaarheid en paraatheid van voorzieningen brengt per definitie ondoelmatigheid met zich mee.

Aparte voorzieningen zijn verder onder meer duur, omdat binnen de arbeidsvoorwaarden beschikbaarheidsdiensten uitgebreid gecompenseerd moeten worden. Een financieel probleem dat mogelijk versterkt zal worden als zou blijken dat het Jaeger-arrest van het Europese Hof van Justitie (C-151/02) voor de zorgsector in volle omvang van toepassing is. Beschikbaarheidsdiensten op een door de werkgever aangewezen plek waarin slechts compensatie wordt geboden voor de periode waarin daadwerkelijke werkzaamheden zijn verricht, acht het Hof in strijd met de Europese richtlijn over arbeidstijden.

Bijlage 6

Inventarisatie knelpunten op het terrein van acute zorg

Inleiding

Deze bijlage is geschreven in de fase van voorbereiding van het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over doelmatigheid in de acute zorg. Het betreft een inventarisatie van knelpunten op het terrein van de acute zorg. De knelpunten hebben zowel betrekking op zorginhoudelijke aspecten als op bestuurlijke en organisatorische problemen.

Bij de knelpunten zijn één of meer bronnen aangegeven. Dit zijn de plaatsen waar het knelpunt werd weergegeven. Uiteraard is hiermee niet gezegd dat het knelpunt niet ook in andere bronnen gevonden zou kunnen worden. Er is voor gekozen een beperkt aantal bronnen te gebruiken. Deze zijn aan het eind van de bijlage vermeld. Als bron zijn ook de bij de adviesvoorbereiding gevoerde gesprekken met deskundigen genoemd.

Een sluitende opsomming van knelpunten is nagenoeg onmogelijk. De vraag is ook of deze nuttig zou zijn. In deze inventarisatie is ervoor gekozen om de meest belangrijke knelpunten weer te geven. De inventarisatie sluit aan bij de ketenbenadering van acute zorg in het advies en onderscheidt de navolgende onderwerpen:

- CPA
- ambulancetzorg
- MMT's
- traumahelikopter
- huisartsen
- opschaling/GHOR
- SEH-afdelingen in ziekenhuizen
- beschikbaarheid specifieke klinische voorzieningen
- traumacentra
- acute zorg in algemene zin (anders dan onder voorgaande kopjes genoemd).

De volgorde waarin de knelpunten per onderwerp worden weergegeven houdt geen verband met de ernst van het knelpunt. Wel is getracht, voor zover van toepassing, eerst de

knelpunten met een zorginhoudelijk karakter weer te geven en daarna de bestuurlijke en organisatorische problemen.

Gesignaleerde knelpunten

CPA

Zorginhoudelijk

- onvoldoende bemensing CPA (2);
- wisselende bemensing meldkamer; niet altijd CPA-centralist beschikbaar (2);
- geen landelijk protocol beschikbaar voor het uitvragen door CPA-centralist (2,8);
- nog geen standaardisatie van hulpverlening door CPA (2,8);
- indicatiestelling in de meldkamer kost teveel tijd (8);
- nog geen uniforme structurele registratie (2,4).

Bestuurlijk/organisatorisch

- onduidelijkheid over het gewenste aantal meldkamers: 25, 10, 4, 2, 1 (8);
- onduidelijkheid over toekomstige bestuurlijke positie CPA (8);
- relatie CPA – GHOR – RAV onduidelijk (2,8);
- nog geen uniforme communicatie: invoering C-2000 en GMS stagneert (6).

Ambulancezorg

Zorginhoudelijk

- soms onvoldoende waarborgen voor continuïteit spoedeisende medische hulpverlening (2);
- aan de 15-minuteneis wordt niet altijd voldaan (1,2,4);
- geen uniforme ontwikkeling van kwaliteitsbeleid binnen ambulancediensten (2);
- ontbreken uniformiteit in keuze van ziekenhuizen bij specifieke aandoeningen, bijvoorbeeld dotterklinieken bij hartinfarct (8);
- onvoldoende registratie ambulancezorg (8).

Bestuurlijk/organisatorisch

- onvoldoende beschikbaarheid van inzetbare ambulances (1,2);
- spreiding standplaatsen niet steeds optimaal (1,2);
- versnippering ambulancediensten (2);
- ontbreken scheiding spoed- en besteld vervoer (8);

- vorming van RAV's stagneert (2);
- ontbreken van landelijke coördinatie ambulancezorg (8);
- onduidelijkheid over verantwoordelijkheidsverdeling en regie ambulancezorg (6,8);
- ontbrekende saneringsregeling voor kleinere ambulance-bedrijven (2);
- macrobudget ambulancezorg ontoereikend voor verantwoorde zorg (2,8);
- ambulancesector wordt nu afgerekend op productie in plaats van op kwaliteit (2);
- ongelijke arbeidsvoorwaarden in ambulancezorg, onder meer particuliere en overheidsdiensten (5,8);
- onduidelijkheid over nieuwe ambulancewet (8).

MMT's

Bestuurlijk/organisatorisch

- inzetbaarheid (paraatheid/beschikbaarheid) MMT's laat te wensen over, zowel bij traumacentra met als zonder traumahelikopter (4,8);
- vervoer niet uniform geregeld: traumahelikopter of auto (4);
- geen landelijk dekkend netwerk MMT (7,8).

Huisartsen

Zorginhoudelijk

- onduidelijkheid over poortwachterfunctie huisarts voor acute zorg (8);
- onvoldoende noodzakelijke tweedelijnsvaardigheden bij huisartsen (8).

Opschaling/ GHOR

Zorginhoudelijk

- RGF meestal niet praktiserend geneeskundige (8);
- ontbreken van protocollen voor verdeling van patiëntenstromen en inzet van mmt's (4);
- ontbreken van een uniform registratiesysteem (4).

Bestuurlijk/organisatorisch

- onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling (4);
- ontbreken landelijke coördinerende CPA bij grootschalige ongevallen en rampen (8);
- ontbreken landelijke visie en prioriteitstelling (8);
- nog geen uniforme gebiedsindeling; verschillende regio's GHOR, RAV, brandweer, politie (4).

- schaalgrote GHOR-regio's soms te klein voor rampenbestrijding (8);
- moeizame publiek-private samenwerking bij opschaling (8).

Traumahelikopter

Zorginhoudelijk

- Beperkte inzetbaarheid (niet 's-avonds en 's-nachts en niet bij slecht zicht) (4,8).

Bestuurlijk/organisatorisch

- ongunstige kosten/baten verhouding (4,8);
- ondoelmatigheid door vier verschillende 'providers' voor de helikopters (8).

SEH-afdelingen in ziekenhuizen

Zorginhoudelijk

- niet altijd voldoende kwaliteit (4,8);
- niet altijd voldoende voorzieningen (8).

Bestuurlijk/organisatorisch

- niet altijd voldoende capaciteit (2);
- beperkte beschikbaarheid opgeleide SEH-artsen (8);
- groot percentage zelfverwijzers is ondoelmatig (8).

Beschikbaarheid specifieke klinische voorzieningen

Bestuurlijk/organisatorisch

- onvoldoende beschikbaarheid dottermogelijkheden en stroke units (8);
- geen aparte beschikbaarheid personeel en voorzieningen voor acute zorg (8).

Traumacentra

Zorginhoudelijk

- ontbreken van protocollen voor verdeling van patiëntenstromen (4,8);
- relatie RGF – traumacentra nog onduidelijk (4);
- ontbreken van een uniform registratiesysteem (4,8).

Bestuurlijk/organisatorisch

- capaciteitsproblemen (4);
- onduidelijkheid over gewenst aantal traumacentra: 5, 8 of 10 (8);
- ontbreken bevoegdheden traumacentra (8);

- financiering houdt onvoldoende rekening met polytraumapatiënten (4,8);
- onvoldoende financiering beschikbaarheid en paraatheid (8).

Acute zorg in algemene zin (anders dan onder voorgaande kopjes genoemd)

Zorginhoudelijk

- bepaalde groepen patiënten worden onvoldoende door acute zorg bereikt: psychiatrisch gestoorde, sociaal zwakkeren, asielzoekers, mensen in penitentiaire inrichtingen en andere gemarginaliseerden (8);
- onduidelijk of triage in voorkomende gevallen niet beter door hogere deskundigheidsniveaus kan worden uitgevoerd (8).

Bestuurlijk/organisatorisch

- acute zorg leent zich niet of nauwelijks voor marktwerking (8).

Bronnen

1. Kommer, G.J. et al. Ambulances binnen bereik: analyse van de spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2003.
2. Veen, A.A. van der, et al. Niet zonder zorg: een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg. RIVM, CTG, IGZ. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
3. Raad voor het openbaar bestuur. Veiligheid op niveau. Den Haag: Rob, 2003.
4. Steenbeek, R. en Kwartel, A.J.J. van der. Licht op traumazorg. Utrecht: Prismant, 2001.
5. Holtzer, D. Ambulancemannen voeren voorzichtig actie. Algemeen Dagblad 29 juli 2003 .
6. Diverse kamerstukken, waaronder: TK 28008/27575, nr. 45; TK 28600 XVI, nr. 79.
7. Schrijvers, A.J.P. De kwaliteit van de afhandeling van meldingen van burgers door meldkamers ambulancezorg. UMC, z.j.; Schrijvers, A.J.P. Spoedeisende zorg in getal en aandachtspunten (achtergrondstudie bij dit advies).
8. Diverse gesprekken.

Bijlage 7

Gebruikscijfers, substitutie-effecten en -mogelijkheden van de acute zorg

Ten behoeve van het advies over de toekomstige inrichting van de acute zorg wordt in deze notitie nagegaan wat er bekend is over het gebruik van de verschillende vormen van spoedeisende hulp en huisartsenzorg buiten kantooruren. Daarbij wordt ook bekeken welke verschuivingen (substitutie-effecten) er tussen deze vormen van zorg spontaan optreden. Dit is van belang om een schatting te kunnen maken van de eventuele doelmatigheidswinst (of -verlies) die de voorstellen in het advies door het gebruiken van substitutiemogelijkheden met zich meebrengen.

Hierbij is gebruikgemaakt van diverse bronnen:

1. de achtergrondstudie van prof. dr. A.J.P. Schrijvers Spoedeisende zorg in getal en aandachtspunten;
2. analyses van het RIVM en het NIVEL;
3. de rapportages van het Letsel Informatie Systeem (LIS);
4. rapportages van en onderzoek naar afzonderlijke Huisartsenposten en SEH-ziekenhuizen.

Tussen de verschillende vormen van acute hulpverlening bestaan interacties en interdependenties. Het gaat hierbij om de volgende vormen van hulpverlening.

1. Acute huisartsenzorg tijdens kantooruren;
2. Acute huisartsenzorg buiten kantooruren (Centrale Huisartsen Posten (CHP);
3. Ambulancezorg (meldkamers, ambulancehulpverlening ter plaatse, spoedvervoer naar SEH of gespecialiseerd centrum);
4. Behandeling op een SEH-afdeling;
5. Behandeling in een gespecialiseerd centrum.

Patiënten, maar ook hulpverleners, kunnen in meerdere of mindere mate kiezen van welk hulpverleningskanaal zij gebruik maken of laten maken.

Allereerst komen de kerncijfers naar gebruik van de verschillende mogelijkheden aan de orde, voorzover bekend. Daarna zullen de interacties worden bekeken.

1. Acute huisartsenzorg tijdens kantooruren

Over acute huisartsenzorg tijdens kantooruren is het volgende bekend. Huisartsen bieden gemiddeld 3,4 keer per kwartaal spoedhulp bij patiënten thuis: 50% echter maar 2 maal per kwartaal en 25% 4 keer of meer. Er bestaan daarbij significante regionale verschillen. Huisartsen vragen per kwartaal gemiddeld 3,3 keer bij de meldkamer een spoedrit aan. Er is een positief significant verband tussen zelf spoedhulp bieden en spoedhulp aanvragen. Huisartsen zijn bijzonder tevreden over de afhandeling door de centralist, al wordt vaak meer geboden dan gevraagd (A1 i.p.v. A2).

In sommige regio's wordt soms omgekeerd door de centralist aan de huisarts gevraagd spoedhulp op straat te verlenen. Huisartsen vinden dat juist als dat niet anders kan, bijvoorbeeld als de 15-minutengrens anders niet kan worden gehaald. In sommige regio's doen centralisten ook de triage voor de spoedhulp van huisartsen. Daarover zijn de meeste huisartsen minder tevreden, omdat zij vinden dat dat door henzelf of hun assistente moet gebeuren.¹

Deze bevindingen zijn opvallend, omdat een secundaire analyse van de Nationale studie² naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk over de jaren 1987/1988 had laten zien, dat in die jaren het aantal spoedvisites door de huisarts 2 per week bedroeg, waarvan de helft tijdens kantooruren. Daarbij gaat het alleen om visites, want spoedgevallen in de praktijk zelf waren in de registratie niet herkenbaar. In feite lag dus het totaal aantal spoedgevallen nog hoger.³ In een oudere studie over rond 1975 werden in een plattelandspraktijk van 4.000 zielen zelfs 5 spoedvisites per week geregistreerd, waarvan bijna de helft verloskunde en ongevallen.⁴ Deze trends moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden, omdat de definities van spoedeisende hulp in de verschillende studies niet geheel overeenkomen.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden, dat momenteel het aandeel van de huisarts in de acute zorg tijdens kantooruren per huisarts beperkt is, maar in zijn totaliteit substantieel. Waarschijnlijk is er sprake van een sterk dalende trend. Of dat samenhangt met een verminderde toegankelijkheid van de huisarts tijdens kantooruren, een grotere toegankelijkheid van de SEH en/of een sterk veranderd patiëntengedrag valt nog niet goed uit te maken. Omgerekend op 7.500 huisartsen wordt er nu per jaar tijdens kantooruren naar schatting 100.000 keer spoedhulp

verleend en 100.000 keer spoedhulp ingeroepen. Omgerekend is dat niet meer dan 1 spoedgeval per huisarts in de twee weken.

2. (Acute) huisartsenzorg buiten kantooruren

Over de spoedeisende hulp door de huisarts buiten kantooruren zijn op dit moment nog geen landelijke cijfers bekend. De IGZ zal daarover begin 2004 een rapport publiceren. Wel zijn er in de loop van de tijd verschillende plaatselijke onderzoeken verricht. Daarbij werd vaak zowel het beroep op de huisarts als op EH-voorzieningen in verband met elkaar bekeken. Deze onderzoeken in bijvoorbeeld Amsterdam en Almere zijn niet goed landelijk te extrapoleren omdat zij gedaan zijn in specifieke situaties.⁵

De Utrechtse Huisartsenposten bedienen bijna anderhalf miljoen inwoners, ongeveer 9% van de Nederlandse bevolking. In de eerste vier maanden van 2003 vonden daar 91.544 consulten plaats, waarvan 42% telefonisch en 12% in de vorm van huisvisites. Aangenomen dat Utrecht exemplarisch is voor heel Nederland en dat de eerste vier maanden hetzelfde patroon hebben als voor het hele jaar, zou dat neerkomen op ongeveer 1 miljoen consulten per jaar buiten kantooruren, waarvan 468.000 op de post, 427.000 telefonisch en 122.000 per visite.⁶ Verondersteld kan worden dat het bij de telefonische consulten uiteindelijk niet om acute zorg ging. Volgens de Nationale studie zijn de spoedvisites als volgt over de week verdeeld:

Tabel 1 Verdeling spoedvisites over de week

Verdeling over de week	%
Door de week	76%
- overdag	50%
- avond	14%
- nacht	11%
Weekend	24%
- overdag	15%
- avond	5%
- nacht	4%
Totaal	100%

Bij deze spoedvisites ging het om de volgende aandoeningen:

Tabel 2 Diagnoses bij spoedvisites van de huisarts

Aandoeningen	%
Acuut myocardinfarct	3,4%
Hyperventilatie	3,4%
Decompensatio cordis	3,3%
Angina pectoris	3,2%
Infecties maag/darm	2,5%
Beroerte	2,1%
Astma bronchiale	2,0%
Flauwvallen	1,9%
Niersteen	1,8%

Bron: Nationale Studie

Andere diagnoses scoren minder, dus ook ongevallen/letsels. Deze zullen waarschijnlijk wel in ruimere mate voorkomen bij de spoedgevallen in de praktijk zelf, maar dat valt zoals gezegd vanuit de gegevens verder niet te kwantificeren.

Al geconstateerd is, dat er sinds 1988 belangrijke verschuivingen hebben plaatsgevonden in het aandeel van de huisartsenzorg in de spoedeisende hulp. Dat blijkt ook uit de voorlopige resultaten van de Tweede Nationale Studie.⁷

Uit het Utrechtse onderzoek is wel bekend hoe de consulten buiten kantooruren verdeeld zijn over de uren van de dag. Opvallend is daarbij dat het aantal consulten in nachtelijke uren (0:00-6:00 uur) beperkt is tot 1 consult per twee uur per dienstdoende arts. Daarbij is niet aan te geven of het daarbij altijd om spoedeisende hulp gaat.⁸

Conclusie

De huisartsen leveren ook buiten kantooruren collectief een substantiële bijdrage aan de spoedeisende hulp. Deze hulp is vooral gericht op acute (exacerbaties van) aandoeningen. Er lijkt ook hier een dalende trend in deze bijdrage aanwezig, maar de uitkomsten van de Tweede Nationale studie moeten worden afgewacht. In de nachtelijke uren hebben huisartsen relatief weinig te doen op de huisartsenposten.

3. Ambulancezorg

Voor de gebruikscijfers van de ambulancezorg kunnen we gebruik maken van drie bronnen. In de VTV-studie Niet zonder zorg⁹ worden de volgende kengetallen gegeven:

Tabel 3 Aantal ambulanceritten 1999 en 2001

	Aantal ritten 1999	Percentage 1999	Aantal ritten 2001	Percentage 2001
A1-ritten	322.747	39,5%	341.361	42,3%
A2-ritten	156.300	19,0%	152.523	18,9%
B-ritten	341.139	41,5%	313.116	38,8%
Totaal	820.186	100 %	807.000	100%

Bron: VTV 2002

In de loop van de tijd is er sprake van een toename van het aantal ritten, al zijn de cijfers uit verschillende bronnen hierover niet eenduidig.

Tabel 4 Ontwikkeling ambulanceritten 1985-1999

Jaar	Aantal ritten
1985	604.000
1989	594.000
1992	605.000
1996	715.000
1999	820.000

Bron: VTV 2002, Schrijvers 2003

Een derde bron waaruit gegevens over de ambulancezorg zijn af te leiden, is het Letsel Informatie Systeem (LIS), dat door Consument en Veiligheid wordt bijgehouden op basis van gegevens van 14 SEH-afdelingen van ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen beslaan voor wat betreft de ongevallen 11,5% van de SEH-behandelingen in Nederland. Van de bezoekers wordt 16,2% per ambulance aangevoerd. Door de week ligt dit percentage iets hoger. Overdag en 's avonds ligt dit op ongeveer 15%, maar 's nachts is het 29%.¹⁰

Conclusie

De ambulancezorg neemt gestadig toe, waarbij de verhouding tussen A1-, A2- en B-ritten mogelijk iets verschuift in de richting van de A1-ritten.

4. Behandeling op een SEH-afdeling

Het LIS-systeem geeft uiteraard ook informatie over de aanpak en behandeling op de afdelingen spoedeisende hulp. Voor zover deze gegevens betrekking hebben op ongevallen en letsels kunnen zij ook in aantallen vertaald worden naar landelijk niveau. 8,5% van alle meldingen bij de SEH vindt 's nachts plaats (0:00-8:00 uur). Over het hele jaar gezien, is er piek in de zomermaanden, met name in mei en juni. 54% van de mensen komt op eigen initiatief en 28% op verwijzing door de huisarts. Bij 7% ligt het initiatief bij de ambulanceverpleegkundige. In het weekend ligt het aantal zelfverwijzers op 62% en huisartsverwijzingen op 23%. Verdeeld over de dag komt het volgende beeld naar voren:

Tabel 5 Verwijzing naar SEH naar dagdeel

LIS 2001	Zelfverwijzing	Huisarts	Ambulanceverpleegkundige
Ochtend (6:00-12:00)	46%	28%	6%
Middag (12:00-18:00)	52%	32%	6%
Avond (18:00-24:00)	64%	24%	6%
Nacht (0:00-6:00)	61%	20%	12%

Bron: LIS Spiegelinformatie 2001

De redenen voor bezoek aan de SEH zijn als volgt verdeeld.

Tabel 6 Reden bezoek SEH

Reden bezoek LIS 2001	Aantal landelijk	Percentageverdeling bij LIS-SEH's
Lichamelijk letsel of vergiftiging	1.000.000	62%
Ziekte of aandoening	500.000-900.000	30%
Controle	60.500	4%
Overig gespecificeerd	58.400	4%
Onbekend	3.400	<1%
Totaal	1.600.000-2.000.000	100%

Voor ziekte of aandoeningen kan het landelijk aantal niet berekend worden, omdat verbinding met de LMR-gegevens niet kan worden gemaakt. Vandaar ook dat het totaal aantal landelijke SEH-bezoeken vanuit de LIS-gegevens alleen grofweg kan worden geschat. Een andere schatting komt verderop nog ter sprake in paragraaf 5.

Voor ongevallen en letsels kunnen wel landelijke cijfers worden berekend.

Tabel 7 SEH-behandelingen naar soort ongeval

Soort ongeval	Aantal landelijk	Percentage
Privé-ongeval	530.000	53%
Sportblessure	170.000	17%
Verkeersongeval	150.000	15%
Arbeidsongeval	100.000	10%
Geweldpleging	38.000	4%
Zelfmutilatie	14.000	1%
Onbekend	13.000	1%
Totaal	1.000.000	100%

Bron: LIS Spiegelinformatie 2001

Privé-, sport- en geweldsletsels komen in het weekend méér voor en arbeidsongevallen uiteraard minder. In 34% van de gevallen gaat het om een oppervlakkig letsel, 18% gaat om een open wond, 23% betreft fracturen en 11% luxaties en distorsies. Oogletsels maken 3% van het totaal uit, spier- en peesletsels 2% en vergiftigingen ook 2%. In 11% van de gevallen wordt operatief behandeld en in 88% conservatief. De meeste operatieve behandelingen betroffen open wonden (88%). Reanimaties kwamen omgerekend naar landelijk 120 keer voor. Slechts bij een zeer klein aantal van de geregistreerde patiënten was er sprake van een ernstige toestand afgemeten aan de Revised Trauma Score (RTS), maar deze parameter is maar bij minder dan 5% van de slachtoffers gescoord, zodat dat geen betrouwbare informatie verschaft.

36% van de patiënten op de SEH werd door de chirurg behandeld, 32% door een EH-arts of basisarts, 8% door een internist, 6% door een orthopeed, 5% door een cardioloog, 3% door de neuroloog, 2% door een kinderarts, 2% door een

longarts, 1% door de oogarts, 1% door de KNO-arts, 1% door de gynaecoloog en 1% door een uroloog.

20% van de SEH-patiënten werd opgenomen, 45% moest na behandeling terugkomen voor controle bij SEH of polikliniek (30%) of huisarts (15%) en 33% hoefde na behandeling niet terug te komen. Slechts 0,12% kwam op de SEH te overlijden.

De grootste aan de LIS deelnemende ziekenhuizen hebben jaarlijks tussen de 15.000 en 35.000 SEH-patiënten. Dat is gemiddeld tussen de 40 en de 100 patiënten per dag. Het kleinste deelnemende ziekenhuis had gemiddeld maar 1 SEH-patiënt per dag.

Uit een enquête onder 102 SEH-afdelingen in Nederland in 2003 komt naar voren, dat de SEH-en gemiddeld per dag 49 patiënten per dag behandelen, met een range van 0,5 – 215. 18,3% daarvan was per ambulance aangevoerd (LIS 16,2%). Op grond van deze gegevens worden per jaar 1.800.000 SEH-bezoeken voor heel Nederland berekend (LIS 1.600.000-2.000.000).¹¹

Conclusie

Per jaar vinden in Nederland tussen de 1,6 en 2 miljoen SEH-behandelingen plaats. Extrapolatie van enquêtetijfers levert een aantal van 1,8 miljoen op. De meeste mensen vinden zelf de weg naar de SEH, vooral in de avond en nacht. Niet duidelijk is in hoeverre deze zelfverwijzing terecht of overbodig is. Wel kan door substitutie met de zorg van de huisartsenpost de zelfverwijzing aanzienlijk worden teruggebracht.

5. Substitutie tussen SEH- en huisartsenzorg

Er zijn maar beperkt gegevens bekend over de interactie en interdependentie tussen SEH-zorg en huisartsenzorg. Een aantal ziekenhuizen heeft inmiddels ervaring met de vestiging van een huisartsenpost op het terrein of annex aan het ziekenhuis. Zo is in het Academisch Ziekenhuis Maastricht een centrale huisartsenpost geïntegreerd met de SEH. Uit een onderzoek bleek, dat het aantal patiëntencontacten op de SEH met 25% afnam. Ook het verwijzingspatroon veranderde drastisch. Zelfverwijzing ging van 62 naar 14%, verwijzing door de huisarts van 17 naar 57% en verwijzing door de ambulancedienst van 10 naar 15%. Het aantal contacten waarvoor géén nabehandeling nodig was, nam ook substantieel af. Daartegenover stond dat het aantal huisartsconsulten buiten kantooruren veel hoger uitviel dan oorspronkelijk geraamd, maar het aantal

telefonische consulten veel lager uitviel. De algehele werkbelasting van de huisartsen steeg.¹² Bij deze integratie is ervoor gekozen, dat de huisarts zijn poortwachtersfunctie ook ten aanzien van spoedeisende hulp buiten kantooruren handhaaft. Vandaar dat in een vervolgonderzoek Maastricht is vergeleken met een andere huisartsenpost in Limburg (Oostelijk Zuid-Limburg (OZL)), waar de post op 4 kilometer van de SEH ligt. Deze vergelijking levert de volgende resultaten op.¹³ Ook de uitkomsten van het Utrechtse onderzoek zijn toegevoegd.

Tabel 8 Vergelijking OZL, Maastricht en Utrecht

	Oostelijk Zuid-Limburg	Maastricht	Utrecht
Populatie HA-post	278.000	190.000	1.477.000
Populatie SEH	300.000	190.000	
Contacten HA-post/1000 inw./jr	238	279	191
Contacten SEH/1000inw./jr	66	52	
Zelfverwijzers SEH	51,7%	15,9%	
Per HA-post/1000 inw./jr			
Telefonisch consult	113	83	88
Consult op de post	93	175	80
Visites	32	21	23

Bron: Van Uden, Schrijvers

Ook uit deze vergelijking blijkt een flink verschil bij ‘voorschakeling’ van de huisarts bij de spoedeisende hulp met een beduidend groter aantal consulten op de post voor de huisartsen.

Bij de opzet van een huisartsenpost in de Zuid-Oost-lob van Amsterdam in de directe omgeving van de EH van het AMC bleek echter dat dit nauwelijks tot veranderingen leidt in het SEH-bezoek. De onderzoekers concluderen dan ook, dat de SEH-voorziening en de huisartsenpost in ieder geval voor de avond en de nacht grotendeels complementair aan elkaar zijn, al nam het aantal SEH-bezoeken van zelfverwijzers wel af. In dit onderzoek werd ook gekeken in hoeverre de bezoeken door de behandelend arts als terecht, onterecht maar invoel-

baar en onterecht werden beoordeeld. Bij de huisartsen was dat respectievelijk 40, 46 en 14%, bij de SEH-artsen 50, 29 en 21%.¹⁴

Bij andere ziekenhuizen is gebleken dat een aanwezigheid van de huisartsenpost op het ziekenhuisterrein wel degelijk leidt tot daling van het aantal zelfverwijzers. Zo hebben de ziekenhuizen in Lelystad en Emmeloord, die in principe alleen via verwijzing door de huisarts toegankelijk zijn respectievelijk 20 en 16% zelfverwijzers.¹⁵ In de Eindhovense vestiging van het Maxima Medisch Centrum werd ook een daling van het aantal zelfverwijzers gevonden na vestiging van een huisartsenpost.¹⁶ Het ziekenhuis Vlietland in Vlaardingen meldde na vestiging van de HA-post een daling van de zelfverwijzing van 65 naar 39%. In de gegevens van de LIS-ziekenhuis werd in 2001 een daling van het aantal letselbehandelingen op de SEH's geconstateerd van 8,5%. Ongeveer 2% daarvan wordt toegeschreven aan de vestiging van huisartsenposten.¹⁷

Conclusie

Een integratie van de huisartsenzorg buiten kantooruren met de SEH levert soms aanzienlijke verschuivingen op. Het aantal zelfverwijzingen daalt vaak sterk en daarmee ook het aantal SEH-contacten. Daar staat tegenover, dat het aantal consulten op de huisartsenpost toeneemt. Dit betekent dat er tussen de huidige SEH-voorzieningen en de huisartsenposten belangrijke substitutiemogelijkheden zijn.

De Utrechtse contactcijfers op de huisartsenpost liggen beduidend lager dan die in Zuid-Limburg. Dat zou ervoor pleiten om te bezien of de huidige schaalgrootte van de huisartsenposten wel in alle gevallen de meest doelmatige is.

6. Behandeling in een gespecialiseerd centrum

Voor een aantal acute aandoeningen en ongevallen bestaan sinds een aantal jaren in Nederland gespecialiseerde centra voor de eerste opvang. Het gaat daarbij om de centra voor primair dotteren bij een Acuut Myocard Infarct, de zogenaamde 'stroke units' voor opvang van mensen met een beroerte, die eventueel in aanmerking komen voor trombolyse, de traumacentra voor mensen met ernstige en/of meervoudige verwondingen en de brandwondencentra. Helaas wordt van deze gespecialiseerde centra geen goede, openbaar toegankelijke registratie bijgehouden.

Hartcentra

In de dertien centra voor interventiecardiologie (binnenkort 15) worden per jaar 3000 patiënten met een Acut Myocard Infarct (AMI) primair gedotterd. Volgens Prismant zouden dat er in 2002 al 4.500 zijn geweest. Dat zou neerkomen op gemiddeld 300 per centrum. Volgens de wetenschappelijke criteria zouden er jaarlijks 12.000 patiënten met een AMI voor een dergelijke procedure in aanmerking komen.

Stroke units

Over het aantal (acute) opnames in 'stroke units' zijn geen geaggregeerde gegevens bekend. Wel is bekend dat er jaarlijks ongeveer 29.000 opnames in ziekenhuizen met de diagnose beroerte plaatsvinden, maar niet gespecificeerd is hoeveel hiervan op specifieke stroke units worden opgenomen, noch hoeveel er geïndiceerd trombolysen ondergaan in de eerste drie uren.

Trauma- en brandwondcentra

Ook voor de traumacentra, waar multitrauma-slachtoffers worden opgenomen, bestaan geen geaggregeerde gegevens. Binnenkort verschijnt wel een proefschrift over de geïntegreerde traumaregistratie van het St. Elisabeth-ziekenhuis in Tilburg over de jaren 1996-1998. Daarbij werden alle opgenomen traumapatiënten geregistreerd. Hieronder bevonden zich 295 ernstige traumapatiënten, gemiddeld bijna honderd per jaar (mondelinge mededeling). Extrapolatie naar landelijk niveau is vanuit deze gegevens niet goed mogelijk. Geschat zou kunnen worden, dat het landelijke cijfer ernstige traumapatiënten ergens tussen de 1500 en 2.000 ligt. Ook over de brandwondcentra zijn geen geaggregeerde gegevens bekend.

Conclusie

Er zijn maar in beperkte mate kwantitatieve gegevens bekend over de patiënten in gespecialiseerde centra voor acute zorg. Daardoor is het zowel niet goed mogelijk om de benodigde capaciteit aan gespecialiseerde centra en de omvang en de spreiding daarvan aan te geven, als om de kwaliteit van de geleverde zorg te evalueren.

Noten (literatuur)

- ¹ Schrijvers, A.J.P. Spoedeisende zorg in getal en aandachtspunten. In: Acute zorg: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- ² NIVEL: Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht 1991.
- ³ Bakker, D.H. de, e.a. Spoedvisites in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 42, 1999, p.199-204.
- ⁴ Smit, P.T. Spoedgevallen in een huisartspraktijk. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1986.
- ⁵ Ebbens, E. en M de Bruijne. Geneeskundige zorg buiten kantooruren in Almere. Huisarts en Wetenschap, 43, 2000, p. 511-513.
Ijzermans C.J., e.a.: Contacten buiten de kantooruren: klachten gepresenteerd aan de huisarts en aan de Spoedeisende hulp. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 146, 2002, p. 1413-1417.
- ⁶ Schrijvers, idem.
- ⁷ NIVEL. Jaarboek 2002, p.7. Utrecht: Nivel, 2002.
- ⁸ Schrijvers, idem.
- ⁹ RIVM. VTV 2002, deelrapport Niet zonder zorg. Bilthoven: RIVM, 2002.
- ¹⁰ Consument en Veiligheid. LIS Spiegelinformatie 2001. Amsterdam: Consument en Veiligheid, 2002.
- ¹¹ Schrijvers, idem
- ¹² Heijden, I. v.d. en L. Schuwirth, Veranderingen in patiëntencontacten na centralisatie van huisartsenzorg op een spoedeisendehulpafdeling. Huisarts & Wetenschap, 46, 2003, p. 493-495.
- ¹³ Uden, C.J.T. van. Poortwachter hersteld. Medisch Contact 58, 2003, p.1482-1484.
- ¹⁴ Ijzermans, C.J. idem.
- ¹⁵ Lindhout, F. Managementinformatie op de SEH-afdeling. Voordracht Seminar Ongevalslachtoffers in beeld. Amstelveen, 30 oktober 2003.
- ¹⁶ Heerwaarden, J. van. Ziekenhuis Informatie Systemen en de SEH-afdeling. Idem.
- ¹⁷ Bloemhoff, A. Ontwikkelingen ten aanzien van het LIS. Idem.

Bijlage 8

Financiële gegevens over de acute zorg

In deze bijlage zal getracht worden enig inzicht te krijgen in de kosten van de diverse onderdelen van de acute zorg in Nederland. Als kanttekening dient vermeld te worden dat het gepresenteerde materiaal gebaseerd is op een zeer gefragmenteerd en niet samenhangend aanbod van cijfermateriaal.

Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling een volledig beeld te schetsen van de financiële stromen in de acute zorg. Dat is niet alleen onmogelijk, maar ook niet nodig voor het doel van deze bijlage. Het gaat erom een globale inschatting te kunnen maken van de door de RVZ aangegeven mogelijkheden voor doelmatigheidswinst.

1. Huisartsenposten

Bij aanvang van het traject van huisartsenposten is door Zorgverzekeraars Nederland de opzet van huisartsendienstenstructuren (HDS) op circa € 68 miljoen geschat, gebaseerd op de kosten per verzekerde van € 4,50. Inmiddels blijkt uit de signalering van het CTG dat de macrokosten voor 2003 op basis van de begrotingen een overschrijving van meer dan € 25 miljoen laten zien, daarbij aangetekend dat ook het CTG een nog beperkt inzicht heeft in de werkelijke kosten van de huisartsen dienstenstructuren.

Volgens de brief minister met standpunt over het advies van de commissie Tabaksblat en de grootschalige dienstencultuur (Tweede Kamer der Staten Generaal, no. 28605-9, 17-4-2003) zijn inmiddels 59 huisartsen dienstenstructuren met circa 100 huisartsenposten opgericht, en zijn circa 90% van alle huisartsen aangesloten bij een HDS.

Een brief van het CTG van 15 april 2003 aan de minister van VWS, bevat de eerste kerngegevens die bekend zijn over HDS'en in 2002. De totale kosten voor 2002 bedragen € 93 miljoen op jaarbasis. Hierbij niet inbegrepen is het honorarium voor de artsen, die voor de periode 1 oktober 2002 tot 31 december 2002 voor € 15 miljoen in de begroting is opgenomen. Op jaarbasis zou dat een totaal van € 60 miljoen betekenen, waarmee totaal geschatte kosten van huisartsen diensten-

structuren rond de € 150 miljoen op jaarbasis zouden uitkomen.

Van de totale kosten exclusief honorarium artsen is de volgende verdeling van kosten bekend:

Tabel 1 Overzicht van de gemiddelde verdeling van kostenposten HDS'en

Kostenpost	Verdeling	Doelmatigheidswinst
Personeelskosten (assistente, telefoniste, adm. medewerker)	41%	20%
Vervoerskosten	23%	
Organisatiekosten	9%	5%
Coördinatiekosten (management, secr. ondersteuning)	8%	8%
Huisvesting	7%	7%
Automatisering	5%	5%
Telecom	2%	1%
Instrumentarium	1%	1%
Aanloopkosten	1%	
Overige kosten	2%	1%
Totaal	100%	48%

Bron: Bijlage 1 bij CTG-brief d.d. 15 april 2003 (A/03/051)

Het is mogelijk om door de samenvoeging van een huisartsenpost met een spoedeisende hulpafdeling, doelmatigheidswinsten te behalen. Het betreft dan onder meer kostenposten als automatisering, huisvesting, telecom en een deel van de personeelskosten. Bij de grootste kostenpost, personeelskosten, wordt een doelmatigheidswinst van de helft van de huidige personeelskosten geraamd. Gaan we volgens de schatting die weergegeven is in tabel 1 uit van een doelmatigheidswinst van 48%, dan is op jaarbasis een besparing van zo'n € 44 miljoen (48% van € 93 miljoen) mogelijk. Hierbij is nog geen rekening gehouden met mogelijke besparingen die betrekking hebben op een andere inzet van artsen door een mix van gekwalificeerde professionals. Momenteel worden de personeelskosten van artsen bij huisartsendienstenstructuren op € 60 miljoen geschat.

Huisartsenposten in Utrecht

Om een idee te krijgen in hoeverre deze gegevens in overeenstemming zijn met gegevens over de kosten van HDS'en uit andere beschikbare bronnen, volgt hier een overzicht van de overige, weliswaar beperkte, informatie die beschikbaar is. Het betreft de huisartsenposten in Utrecht, waar de kosten gebaseerd zijn op de begroting van desbetreffende posten voor de periode januari tot april 2003 (Schrijvers, 2003). Enkele HDS'en uit Overijssel konden door het ontbreken van voldoende gedetailleerde informatie niet verder verwerkt worden in gemaakte generalisaties naar de totale kosten van HDS'en in Nederland. De totale kosten van deze posten, in onder andere Deventer, Zutphen en Apeldoorn, variëren tussen de € 1,6 miljoen en € 2,3 miljoen.

In Utrecht (tabel 2) komen we op een gemiddeld bedrag uit van rond de 2 miljoen euro per huisartsenpost per jaar. De dekking in aantal inwoners maakt ongeveer 1/10 deel uit van het totaal aantal inwoners van Nederland. In het geval dat in heel Nederland een dekking van huisartsenposten bestaat, zouden op basis van deze gegevens de totale kosten kunnen oplopen tot boven de 150 miljoen euro op jaarbasis. Dit komt overeen met eerdergenoemde ramingen van het CTG.

Tabel 2 Kosten en dekking huisartsenposten Utrecht

Huisartsenposten	Totale kosten in €	Inwoners
Utrecht 1	3.678.600	350.000
Utrecht 2	3.168.741	262.000
Utrecht 3	2.695.143	230.000
Utrecht 4	1.931.058	180.000
Utrecht 5	1.915.398	165.000
Utrecht 6	1.557.684	100.000
Utrecht 7	1.659.105	110.000
Utrecht 8	673.401	55.000
Totaal Utrecht	17.279.130	1.452.000
Gemiddeld Utrecht	2.159.891	181.500

Bron: Waar vinden patient en huisarts elkaar, een toegankelijke huisartsenpost in de regio Salland. Provincie Overijssel/Prismant, 2003 en Schrijvers, A.J.P. Spoedeisende zorg in getal en aandachtspunten". In: Acute zorg: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2003

Bezetting

Tabel 3 Gemiddelde bezetting in geselecteerde huisartsendienstenstructuren

Huisartsenposten	Inwoners	Avond		Nacht		Weekend	
		Arts	Assistent	Arts	Assistent	Arts	Assistent
Utrecht 1	350.000	6	3,4	3	1,4	8	6,5
Utrecht 2	262.000	4	3	2	1,3	7	4,5
Utrecht 3	230.000	4	5	2	1	6	5
Utrecht 4	180.000	3	4	1	1	3	6
Utrecht 5	165.000	2	2	1	1	3	3
Utrecht 6	100.000	1	2	1	1	2	3
Utrecht 7	110.000	2	2,3	1	1	3	3,5
Utrecht 8	55.000	1	1	1	0	1	1
Groningen	165.000	2	2	2	1	3	2,5
Nijmegen	132.000	2	2	1	1	2,5	2,5
Rotterdam	132.000	2	2	2	2	2	2
Gemiddeld	171.000	2,6	2,6	1,5	1,1	3,7	3,6

Bron: Schrijvers, A.J.P. Spoedeisende zorg in getal en aandachtspunten". In: Acute zorg: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2003 en Coöperatieve Huisartsenpost Alkmaar, <http://home-3.worldonline.nl/~knmg3249/haprechts.htm>

Tabel 3 laat zien dat er redelijke grote verschillen zijn in de bezetting van huisartsenposten. Gedurende de nacht blijkt bij elke HDS een arts en een assistent paraat te staan, de grootte van de huisartsdienst lijkt hier weinig van invloed. Door het samenvoegen van bezoeken van huisartsendienstenstructuren en spoedeisende hulpafdelingen, zijn onder andere op dergelijke personele kosten waarschijnlijk doelmatigheidswinsten haalbaar.

Tabel 4 Kengetallen huisartsendiensten, gemiddelden per HDS

	Nederland	Utrecht
Aantal verzekerden / inwoners	242.361	181.500
Aantal fte huisartsen	103	n.b.
Aantal consulteenheden		
Telefonisch	22.991	14.469
Consult op post	20.863	15.629
Visites	6.038	4.231
Kosten per consulteenheid	€ 64,91	€ 74,96
Aantal consulteenheden/uur per arts	1,78	1,91

Bron: Bijlage 1 bij CTG-brief d.d. 15 april 2003 (A/03/051)
Schrijvers, A.J.P. Spoedeisende zorg in getal en aandachtspunten". In: Acute zorg: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2003

Tabel 4 geeft een overzicht van kerngegevens van huisartsendiensten, zowel op landelijke niveau als in Utrecht. Benadrukt wordt dat de kengetallen gemiddelden per huisartsdienst betreft. De kengetallen over Nederland zijn gebaseerd op gegevens van het CTG, terwijl over Utrecht cijfers van Schrijvers (2003) gebruikt worden, waarbij voor Utrecht in totaal 8 huisartsendiensten onderzocht zijn die een gemiddelde vormen van 8 onderzochte huisartsendiensten. Omdat deze vergelijking gebaseerd is op twee verschillende bronnen, is het niet uit te sluiten dat geconstateerde verschillen voortkomen uit verschillende gehanteerde onderzoeksmethodes of definities. De meeste kengetallen lijken echter redelijk overeen te komen.

In tabel 5 is een aantal kengetallen weergegeven, onderverdeeld naar de grootte van de huisartsdienstenstructuur. Het blijkt dat kleinere HDS'en (minder dan 100.000 verzekerden) beduidend hogere kosten per consult, per verzekerde en per huisarts hebben in vergelijking met grotere HDS'en.

Tabel 5 Gemiddelde cijfers en kosten (in euro's) HDS'en naar grootte

Aantal verzekerden	0 tot 100.000	100.000 tot 200.000	200.000 tot 300.000	300.000 en meer
Aantal consultaties/uur	1,31	2,12	1,97	1,74
Kosten per consult	97,35	61,39	57,01	70,94
<i>Kosten per verzekerde</i>	17,89	11,24	10,43	11,88
Kosten per fte huisarts	42.034	26.404	24.521	27.913

Bron: Bijlage 1 bij CTG-brief d.d. 15 april 2003 (A/03/051)

Tot slot wordt in tabel 6 enig inzicht verschaft over de verdeling van personeelkosten in huisartsenposten in vergelijking met een SEH-afdeling, waarbij gebruikgemaakt is van een voorbeeld in Midden-Nederland.

Tabel 6 Verhouding verdeling personeelskosten huisartsenpost en SEH-afdeling

	HAP	SEH
Kosten verplegend personeel	49,1%	80,9%
Kosten artsen	50,9%	19,1%

Bron: <http://members.lycos.nl/healthvision/>

Interessant is dat bij de huisartsenposten een relatief veel groter deel van de personeelskosten besteed wordt aan artsen in vergelijking met een SEH-afdeling. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat vergelijkbare medische handelingen die in een SEH door een verpleegkundige gedaan worden, bij een HAP door een arts uitgevoerd worden.

2. Ambulancevervoer

Tabel 7 Totaal aantal ambulanceritten in Nederland, 2003

A1	341.194
A2	152.540
B-ritten (besteld vervoer)	313.408
Totaal	807.142

Bron: Ambulances binnen bereik (RIVM, 2003)

Tabel 8 Kerncijfers ambulancevervoer

Kerncijfers	2001	2002	2003
Ambulancediensten	71	69	24*
Budget ambulancediensten	€ 232.900.000	€ 253.800.000	€ 263.400.000
Ritten (x1000)	787	813	816

Bron: Zorgnota 2003, Ambulancezorg.nl

* Regionale Ambulance Voorziening

Bij het in tabel 8 genoemde budget van ambulancediensten zijn de kosten voor de Centrale Posten Ambulancediensten (CPA's) inbegrepen. In tabel 9 zijn de kosten van CPA's weer-gegeven voor de jaren 1997-1999, inmiddels bedragen de kosten zo'n 25 a 30 miljoen euro per jaar.

Tabel 9 Kosten Centrale Posten Ambulancediensten 1997-1999

Jaar	Kosten CPA
1997	€ 18,1 mln.
1998	€ 20,2 mln.
1999	€ 21,3 mln.

Bron: CBS (1999)

Er rijden ongeveer 650 ambulances rond in Nederland, waarmee zo'n 460 ambulances paraat staan. Dit aantal parate ambulances heeft betrekking op de piekbelasting van de ambulancediensten. Op de drukste momenten van de dag zijn er 460 ambulances ingeroosterd en beschikbaar. Aan het verschil tussen het totaal aantal ambulances-auto's (650 vergunningen) en de 460 ambulances die maximaal tegelijkertijd paraat staan, kunnen verschillende factoren ten grondslag liggen. Enerzijds is er altijd een aantal ambulances niet beschikbaar door reparaties en onderhoud, en ook wordt een aantal ambulances in de praktijk niet voor A1- en A2-ritten, maar alleen voor B-ritten ingezet. Voorts is het ook niet uitgesloten dat een ondoelmatige inrichting van de spreiding van ambulancezorg bijdraagt aan dit ogenschijnlijk fors verschil.

Berekenen we op basis van de budgetgegevens de kosten per parate ambulance per jaar, dan komen we uit op ongeveer € 550.000 per jaar (€ 250 mln./460 ambulances). Een globale schatting die geldt als richtlijn bij een verdere raming van

kosten door het RIVM gaat uit van een normbedrag van € 600.000.

Een bottom-up-berekening van de totale loonkosten per parate ambulance per jaar van het CTG komt hoger uit, namelijk rond de € 685.000. Er is hierbij echter vanuitgegaan dat alle ambulances 24 uur per dag bemand worden (uitsluitend 100% parate diensten). Uit een rapport van het RIVM (Ambulances Binnen Bereik, 2003) blijkt dat in de avond-, nacht- en weekenddiensten tussen de 25 en 40 procent van de ambulancediensten uitgevoerd wordt met bereikbaarheidsdiensten en nog eens zo'n 10 procent met aanwezigheidsdiensten.

Op basis van gegevens van de RAV Groningen en Zuid-Holland, blijkt dat de personele kosten bij gebruik van aanwezigheidsdiensten zo'n 10 procent lager uitvallen in vergelijking met 100% parate diensten. Worden tevens bereikbaarheidsdiensten ingezet, dan kunnen de personele kosten tot 40 procent lager zijn ten opzichte van een voorziening met 100% parate diensten.

8-minutennorm

Volgens de raming van het RIVM bedragen de extra kosten die gemoeid zijn met het invoeren van de 8-minutennorm, waarbij 91% van de inwoners binnen die norm bereikt kan worden, € 198 miljoen. Samen met het huidige budget van ambulancediensten van € 253 miljoen zou dat neerkomen op een totaal budget voor de ambulancediensten van € 450 miljoen. De vraag is of op dit bedrag nog enige besparingen mogelijk zijn door het realiseren van doelmatigheidswinsten. In dit kader zijn er een aantal mogelijkheden.

In de RIVM publicatie Ambulances binnen bereik is gekeken naar een dienstvorm waarbij de paraatheid gewaarborgd wordt door rijdende ambulances, het principe van 'mobiele paraatheid'. Geschat werd dat bij een dergelijke variant gemiddeld ruim 10 procent minder ambulances nodig zijn dan nu beschikbaar. Indien toegepast op de totale kosten in de nieuwe situatie, zou dat neerkomen op een doelmatigheidswinst van ruim € 45 miljoen.

Als tweede kan een scheiding tussen spoedvervoer en besteld vervoer bijdragen aan een doelmatiger gebruik van ambulancediensten. In de regio Den Haag is vanaf 1992 ervaring opgedaan met gedifferentieerd ambulancevervoer, door de introductie van zogenaamde hulpambulances. Deze hulpambu-

lances worden ingezet voor besteld vervoer-ritten, waarbij er sprake moet zijn van het liggend vervoeren van personen, zonder dat die personen tijdens het vervoer een specifieke medische en/of verpleegkundige behandeling of verzorging nodig hebben.

Uit een evaluatie (Brouwer, 2003) blijkt dat ongeveer de helft van het totaal aantal besteld vervoer ritten in de Haagse regio in aanmerking komt voor vervoer met een hulpambulance. Voorts blijkt dat een hulpambulance een kleine € 60 *per rit* goedkoper is, dan wanneer een reguliere ambulance de rit zou uitvoeren. Uit de tarieven zoals die door het CTG vastgesteld worden, blijkt een verschil van € 115 tussen een besteld vervoer-rit (B-rit, € 200) en een hulpambulancerit (€ 85).

In het geval dat hulpambulances in heel Nederland ingevoerd zouden worden, zou op basis van deze gegevens landelijk een doelmatigheidswinst van tussen de € 9 miljoen en € 18 miljoen gerealiseerd kunnen worden.

Tabel 10 Kosten RIVM-scenario waarbij 91% van de bevolking binnen 8 minuten bereikt kan worden

Extra kosten (volgens RIVM Analyse)	€ 198.000.000
Huidig budget ambulancediensten (2002)	€ 253.800.000
Totaal kosten	€ 451.800.000
<i>Doelmatigheidswinsten:</i>	
Mobiele paraatheid (10%)	-€ 45.180.000
Inzet hulpambulances	-€ 10.000.000
Totaal kosten na doelmatigheidswinst	€ 396.620.000

Bron: Eigen bewerking RVZ

Ambulance Motor Ondersteuning

Binnen Haaglanden is 6 jaar geleden gestart met de toevoeging van motorambulances aan het voorzieningenpakket van de ambulancediensten. De primaire taakstelling van de motorambulance is het optreden als First Responder in gevallen waar bedreiging bestaat van de vitale functies van de patiënt. Aan de hand van het jaarverslag (Ziekendienst Het Witte Kruis, 2002), is de volgende tabel samengesteld.

Tabel 11 Vergelijking Ambulancedienst en Motor ambulancedienst Haaglanden (2002)

	Ambulancedienst	Motorambulancedienst
Totaal aantal ritten (A1, A2, B)	19.075	3.400
Totale kosten	€ 4.441.971	€ 449.253
Totaal FTE	61,6	6
Aantal voertuigen	13	3
Kosten per FTE	€ 72.110	€ 74.876
Kosten per rit1	€ 233	€ 132

Bron: Jaarverslag Het Witte Kruis (2002)

Op basis van deze gegevens blijken de kosten per FTE voor de motorambulance en normale ambulances vrij goed overeen te komen. Aangezien personeelskosten doorgaans de grootste kostenpost vormen en een motorambulance in principe met één verpleegkundige bemand wordt, zijn de kosten per gereeden rit aanzienlijk lager in vergelijking met normale ambulances die immers met een tweetal medewerkers bemand moeten worden.

3. Helikopters

Tabel 12 Kosten Traumahelikopter per jaar bij paraatheid van 12 uur per dag (1998, in euro's)

Medische team	820.000
Materiële kosten helikopter	640.000
Verzekeringen	320.000
Personele kosten piloot	270.000
Landingsgelden	90.000
Totaal per helikopter	2.140.000

Bron: SWOV, Leidschendam / CGBR, Rotterdam 17 juni 1998

Tabel 13 Totale kosten per jaar, Nederland bij inzet 4½* helikopter (1998) (in euro's)

12 uur, 4½ helikopter	9.980.000
14 uur, 4½ helikopter	10.750.000
24 uur, 4½ helikopter	15.840.000
Gemiddelde kosten per vervoerde patiënt	17.244

Bron: SWOV, Leidschendam / CGBR, Rotterdam 17 juni 1998

* Vier Nederlandse helikopters + drie grensoverschrijdende buitenlandse helikopters

In tabel 14 is een voorbeeld uitgewerkt uitgaande van de totale kosten van het Mobiel Medisch Team van Traumaregio Oost. Het team heeft de beschikking over een helikopter en een MMT-voertuig. Het MMT is in parate dienst 12 uur per dag beschikbaar, voor de overige 12 uren van de dag is er (op afroep en op vrijwillige basis) een team beschikbaar van dezelfde kwaliteit.

Als de helikopter-specifieke kosten niet in aanmerking worden genomen, blijft een totaal budget over voor dit MMT van ongeveer € 1.5 miljoen.

Tabel 14 Voorbeeld MMT Traumaregio Oost (jaarverslag 2002) (in euro's)

Kosten MMT en heli totaal	2.750.000
Kosten helikopter	
Materiele kosten helikopter	640.000
Verzekeringen	320.000
Personele kosten piloot	270.000
Landingsgelden	90.000
Totaal helikopter	-/- 1.320.000
Kosten Medisch Mobiel Team	1.430.000

Bron: SWOV, Leidschendam/CGBR, Rotterdam 17 juni 1998 & Jaarverslag Traumaregio Oost 2002

4 Spoed Eisende Hulp-afdelingen (SEH-afdelingen)

Helaas worden op het niveau van SEH-afdelingen geen landelijke statistieken met betrekking tot de kosten samengesteld. Om een idee te krijgen over de kosten die jaarlijks gemoeid zijn met een gemiddelde SEH-afdeling, is op basis van ge-

sprekken en een beperkt aantal rapportages een schatting gemaakt van de bedragen die jaarlijks gemoeid zijn met een SEH-afdeling.

Gegevens over een middelgroot tot groot ziekenhuis in het oosten van het land, duiden op een totaal aan jaarlijkse personele en materiële kosten van ongeveer € 1,9 miljoen. Bij deze kosten zijn echter niet inbegrepen de kosten van investeringen die gemaakt zijn in het gebouw, de inventaris, de apparatuur en kosten van overige voorzieningen (overhead). Bekend is dat de totale investeringen in inventaris en apparatuur € 500.000 bedragen, terwijl de SEH-afdeling in het gebouw wat betreft oppervlakte 600 m² voor haar rekening neemt. Een precieze berekening kan wegens het gebrek aan verdere gedetailleerde en vergelijkbare gegevens niet uitgevoerd worden, maar geschat wordt dat de totale additionele kosten bovenop de € 1,9 miljoen aan personele en materiële kosten, ruim € 1 miljoen bedragen. De totale jaarlijkse kosten die gemoeid zijn met het onderhouden en financieren van een SEH-afdeling in een middelgroot ziekenhuis, zouden dan uitkomen op ongeveer € 3 miljoen per jaar. Dit betreft een voorzichtige schatting.

We gaan ervan uit dat de kosten van een kleinere SEH-afdeling ongeveer 2/3 bedragen ten opzichte van een middelgrote SEH-afdeling. Indirecte investeringen, in voorzieningen en apparatuur bijvoorbeeld, maken immers een relatief groter deel uit van de totale kosten. Analoog aan het in bovenstaand voorbeeld gebruikte kostenplaatje van een middelgrote SEH-afdeling, zouden de totale jaarlijkse kosten van een kleine SEH-afdeling dan uitkomen op zo'n € 2 miljoen per jaar.

Als een kleine SEH-afdeling vervolgens gesloten wordt en de hulpverlening verplaatst wordt naar een ander, groter ziekenhuis, zijn er doelmatigheidswinsten te behalen op zowel niet-personele als personele kosten. Stel dat deze winsten minimaal 1/3 en maximaal 2/3 van de totale kosten van een kleine SEH-afdeling bedragen, dan zouden de op lange termijn mogelijke doelmatigheidswinsten per gesloten SEH-afdeling uitkomen rond de € 1.000.000,-.

Indien er in Nederland 23 SEH-afdelingen gesloten worden en de productie overgenomen kan worden door andere ziekenhuizen, zou dat betekenen dat op langere termijn een totale doelmatigheidswinst van tussen de € 15 miljoen en € 30 miljoen haalbaar is.

5. Overzicht

In tabel 15 wordt een overzicht gegeven van eerdergenoemde mogelijke besparingen die gerealiseerd kunnen worden door een doelmatiger inrichting van de ambulancezorg. Bij doelmatigheidswinsten door gebruik van mobiele paraatheid is in de minimumvariant uitgegaan van het huidige budget ambulancediensten en in de maximumvariant van de nieuwe situatie volgens het RIVM-rapport indien 91% van de inwoners binnen 8-minuten bereikt kan worden.

Tabel 15 Overzicht genoemde doelmatigheidswinsten (in euro's)

	Minimum variant	Maximum variant
Integratie huisartsenposten met SEH- afdelingen	44.000.000	44.000.000
Mobiele paraatheid (10% ambulances)	25.380.000	45.180.000
Inzet hulpambulances	9.000.000	18.000.000
Sluiting aantal kleinere SEH-afdelingen (gemiddelde)	15.000.000	30.000.000
Totaal	93.380.000	137.180.000

Bron: Eigen bewerking RVZ

In tabel 15 zijn niet inbegrepen de mogelijke kostenbesparende effecten van de invoering van motorambulances. Ook door de integratie van huisartsendienstenstructuren met SEH-afdelingen kan mogelijk nog een besparing gerealiseerd worden op de inzet van artsen door een andere mix van personeel op geïntegreerde SEH-afdelingen.

Bijlage 9

Lijst van afkortingen

AED	Automatische Externe Defibrillatie
ALS	Advanced life support
AMI	Acuut Myocard Infarct
BLS	Basic life support
CCU	Coronary Care Units
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
HTT	Heli Trauma Team
AED	Automatische Externe Defibrillatie
CHP	Centrale Huisartsen Posten
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CVA	Cerebrovasculair accident
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
EMS	Emergency Medical Services
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij zware Ongevallen en Rampen
HDS	huisartsendienstenstructuren
IC	Intensive Care
KLPD	Korps Landelijke Politie Diensten
LIS	Letsel Informatie Systeem
LVTC	Landelijke Vereniging voor Traumacentra
MMT	Mobiel Medisch Team
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
NVSPV	Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen
RAV	Regionale Ambulance Voorzieningen
RBA	Register Beroepsbeoefenaren Ambulancezorg
RTS	Revised Trauma Score
SEH	Spoed Eisende Hulp
UMC	Universitair Medisch Centrum Utrecht

Bijlage 10

Literatuur

Ambulances in Randstad gaan te laat komen. Trouw, 1 november 2003.

AmbulanceZorg Nederland / Beroepsvereniging Ambulancezorg. Visiedocument Ambulancezorg in een gecoloeerde meldkamer. Zwolle: AmbulanceZorg Nederland, 2002.

Baar, M.E., et al. Kosten-effectiviteit van spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheid EUR, 1998.

Bax, J. en P. Coumans. Dordtse traumazorg: ketenzorg op maat bij ongevallen en rampen. In: Schrijvers, G., N. Oudendijk, P. de Vries en M. Hageman (red.). Moderne patiëntenzorg in Nederland: van kennis naar actie. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2002.

Bouwels, P. en P. Sterk. Triage op de spoedeisende hulp. Utrecht: Lemma, 2002.

Breuer, G.J., et al. (red.) Onderweg naar morgen: ontwikkelingen binnen de SEH. Leiden: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs, 2001.

Brouwer, K. Zorg gelijk vervoer?: deelrapportages. In opdracht van Witte Kruis BV Hulpambulances Den Haag. Groningen: Brouwer Onderzoek, Ontwikkeling & Advies, 2003.

Brown, A.F.T. Accident and emergency: mdiagnosis and management. Fourth edition. New York: Oxford University Press, 2002.

College voor zorgverzekeringen. Evaluatie beleidsvisie traumazorg: eerste inventarisatie stand van zaken. Amstelveen: CVZ, 2002.

Considine, J., S.A. LeVasseur en A. Charles. Development of physiological discriminators for the Australasian Triage Scale. Accident and Emergency Nursing, 2002, no. 10, p. 221-234.

COT Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement. Niet langer niemandsland: een empirisch onderzoek naar bestuurs- en organisatiemodellen voor de GHOR anno 2002. Den Haag: 2002.

Department of Health. Ambulance Services, England: 2001-02. Key Facts. Bulletin 2002.13.

Europese Commissie. Beschikbaarheidsdienst die op een door de werkgever aangewezen plek wordt verricht vormt in zijn geheel arbeidstijd, zelfs indien de arts op zijn werkplek mag rusten wanneer geen werkzaamheden van hem worden verlangd. Arrest van het Hof van Justitie in de zaak C-151/02. Luxemburg: Europese Commissie, 2003.

Geloven, A.A.W. van. Spoedeisende hulp bij buikklasten: evaluatie van het functioneren van de spoedeisende hulpafdeling aan de hand van patiënten met buikklasten. Proefschrift Amsterdam. S.l.: s.n., 2000.

Gezondheidsraad. Toepassing van de automatische uitwendige defibrillator in Nederland. Den Haag: GR, 2002.

Giesen, P., W. Fraanje en M. Klomp. Rammelende keten. Medisch Contact, 58, 2003, no. 47.

Griffioen, H.K. De keten een zorg: onderzoek naar de keten van Spoedeisende Medische Hulp. Utrecht: Cap Gemini Ernst & Young, 2002.

Happell, B., M. Summers en J. Pnikahana. The triage of psychiatric patients in the hospital emergency department: a comparison between emergency department nurses and psychiatric nurse consultants. Accident and Emergency Nursing, 2002, no. 10, p. 65-71.

Heijden, I. v.d. en L. Schuwirth, Veranderingen in patiëntcontacten na centralisatie van huisartsenzorg op een spoedeisendehulpafdeling. Huisarts & Wetenschap, 46, 2003, p. 493-495.

Huisartsenposten nadelig voor patiënt: mensen moeten verder reizen. Algemeen Dagblad, 1 november 2003.

Kommer, G.J. et al. Ambulances binnen bereik: analyse van de spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2003.

Laar, T. van de, J. Damkort en C. Bodeker. Samenhangend beleid voor spoedeisende ziekenhuisopnamen in Eindhoven en wijde omgeving: nooit meer opnamestops. In: Schrijvers, G., N. Oudendijk, P. de Vries en M. Hageman (red.). *Moderne patiëntenzorg in Nederland: van kennis naar actie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. *Met zorg verbonden: naar een nieuwe structuur voor ambulancezorg, traumazorg en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen rampen*. Den Haag: VWS en BZK, 1997.

Netten, P.M., et al. De eerste lijn voorbij: inventariserend onderzoek naar zelfverwijzers op de Spoedeisende Hulp. *Medisch Contact*, 37, 2003, no. 3, p. 87-89.

NHS, London Ambulance Service. *Annual report, 2002*. Londen: Ambulance Service NHS Trust, 2003.

Nooij, J. de. Ligtaxi of gilende sirene. *Medisch Contact*, 58, 2003, no. 44.

Oudendijk, N. P. de Vries en A.J.P. Schrijvers. *Samenvatting, conclusies en aanbevelingen: sneller van kennis naar actie*. In: Schrijvers, G., N. Oudendijk, P. de Vries en M. Hageman (red.). *Moderne patiëntenzorg in Nederland: van kennis naar actie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2002.

Patka, P., D. de Jong en H. Haarman (red.). *Spoedeisende en rampengeneeskunde*. 3^e druk. Amsterdam: VU Uitgeverij, 2001.

Patka, P., O.P. Takx en P.W. Driebergen (red.). *Mobiele medische teams in Nederland*. Amsterdam: VU Uitgeverij, 2000.

Prismant. *Licht op Traumazorg*. Utrecht: Prismant, 2001.

Prismant. *Waar vinden patiënt en huisarts elkaar?: een toegankelijke huisartsenpost in de regio Salland*. Utrecht: Prismant, 2003.

Project Versterking Ambulancezorg. *Financiering van de ambulancezorg*. Den Haag; Zeist: Vereniging Nederlandse Gemeenten: Zorgverzekeraars Nederland, 2002.

Projectbureau Versterking Ambulancezorg. Begrippenkader ambulancezorg: een uniform begrippenkader voor het primaire proces van ambulancezorg, versie 1.0. Woerden: Projectbureau Versterking Ambulancezorg, 2003.

Quinn, T., A. Butters en Ian Todd. Implementing paramedic thrombolysis – an overview. *Accident and Emergency Nursing*, 2002, no. 10, p. 189-196.

Raad openbaar bestuur. Veiligheid op niveau: een bestuurlijk perspectief op de toekomst van de veiligheidsregio's. Den Haag: Rob, 2003.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Bijdrage aan het RVZ-advies over de inrichting en doelmatigheid van de acute zorg. Briefrapport 111/03 VTV LZ. Bilthoven: RIVM, 2003.

Rijnconsult. Gecolokeerde meldkamers: basisdocument: 2003. Velp: Rijnconsult, 2003.

Schreuder, J., G. Busser, M. Borghuis en P. Giesen. Een huisartsenpost in Nijmegen: lastenverlichting én kwaliteit. In: Schrijvers, G., N. Oudendijk, P. de Vries en M. Hageman (red.). *Moderne patiëntenzorg in Nederland: van kennis naar actie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2002.

Schrijvers, A.J.P. De kwaliteit van de afhandeling van medelingen van burgers door meldkamers ambulancezorg. Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2002.

Schrijvers, A.J.P. De kwaliteit van de afhandeling van meldingen van burgers door meldkamers ambulancezorg. Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2002.

Schrijvers, A.J.P., C. Meiss-de Haas en R. Donders. Trapeze-werkers en hun vangnet: een onderzoek naar de arbeidssatisfactie van centralisten ambulancezorg. Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2002.

Schrijvers, A.J.P., N. Oudendijk, P. de Vries en M. Hageman (red.). *Moderne patiëntenzorg in Nederland: van kennis naar actie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2002.

Soo, L.H., et al. Influence of ambulance crew's length of experience on the outcome of out-of hospital cardiac arrest. *European Heart Journal*, 1999, no. 20, p. 535-540.

Spiers, C.M. Managing thrombolysis in the accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 2003, no. 11, p. 33-38.

Teanby, S. A literature review into pain assessment at triage in accident and emergency departments. *Accident and Emergency Nursing*, 2002, no. 11, p. 12-17.

TNO Preventie en Gezondheid. Validatie kwaliteitseisen spoedeisende medische hulpverlening. Leiden: TNO PG, 1996.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Acute zorg: brief van de minister van VWS. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2003-2004. No. 29 247-2.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Acute zorg: brief van de minister van VWS. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2003-2004. No. 29 247-1.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van VWS voor het jaar 2003. Brief van de minister van VWS. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2002-2003. No. 28 600 XVI-119.

Uden, C.J.T. van, et al. Poortwachter hersteld: eerst naar de huisarts, dan naar de Spoedeisende Hulp. *Medisch Contact*, 58, 2003. no. 39, p. 1482-1485.

Varkevisser, M. et al. Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg: de deelmarkten spoedeisende zorg en electieve zorg in dagbehandeling. Rotterdam: OCFEB, BMG, 2003.

Veen, A.A. van der, et al. Niet zonder zorg: een onderzoek naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg. RIVM, CTG, IGZ. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

Verbod brandweer voor medische hulp: ambulance komt ikn Zuidoost-Brabant structureel te laat. *De Volkskrant*, 29 oktober 2003.

Vries, G.M.J. de, et al. Een levensreddend specialisme. Medisch Contact, 56, 2001, no. 17.

Waldeck, K.J.J., Fraanje, W.L. en R.G. van Kesteren (red.). Acute klachten: leidraad voor professionele hulpverleners in het eerste uur van de spoedeisende medische hulpverlening. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.

Weijnen, Th.J.G. en F.Th. de Charro. Kosten en effecten van de motorambulance: een exploratie. Rotterdam: Centrum voor Gezondheidszorgbeleid en recht, EUR, 1998.

Wynaden, D., et al. Emergency department mental health triage consultancy service: a qualitative evaluation. Accident and Emergency Nursing, 2002, no. 11, p. 158-165.

Bijlage 11

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer (zolang de voorraad strekt). M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11). De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

Adviezen en achtergrondstudies

03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€	15,00
03/14	Acute zorg	€	15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€	15,00
03/12	Gemeente en zorg	€	15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuis zorg)	€	15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€	15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€	15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€	15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€	15,00

02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€	15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€	15,00
02/05	E-health in zicht	€	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)	€	11,34

01/04E	Healthy without care	€	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€	13,61
00/03	De rollen verdeeld	€	13,61
Bijzondere publicaties			
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01/01	Management van beleidsadviesing	€	11,34
Signalementen			
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00
Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid			
	Signalering Ethiek en Gezondheid 2003		gratis

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2003
ISBN: 90-5732-127-0

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van publicatienummer 03/14.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg