

De brede betekenis van acute zorg

NVZ



Rapport

5 augustus 2013

Bram den Engelsen
Hein Abeln
Maret van der Wees

Samenvatting

Meer nuance en inzicht rond concentratie en spreiding van acute zorg

Over concentratie en spreiding van acute zorg is al heel wat onderzocht, bestudeerd en voorgesteld, al dan niet in de vorm van blauwdrukken. Al die rapporten en onderzoeken wijzen in de richting van concentratie van 'complexe' acute zorg en van beschikbaarheidfuncties als SEH en IC, en van spreiding van 'nabije basiszorg'. Als die blauwdrukken werkelijkheid worden dan zijn er in de toekomst vele ziekenhuislocaties die bepaalde acute patiëntenstromen niet meer kunnen ontvangen of die helemaal geen SEH en/of IC meer hebben. De onbeantwoorde vraag is wat dit betekent in ruimere zin. De beschikbaarheid en het niveau van functies als een SEH en IC zijn volgens zeggen immers van grote invloed op het zorgaanbod in ruimere zin en dus op het profiel van het ziekenhuis. Maar hoe ligt die relatie nu? Daar werpt dit rapport van Twynstra Gudde, in opdracht van de NVZ, nader licht op.

In het onderzoek stonden twee, samenhangende, kernvragen centraal:

- *wat betekent acute zorg voor de burger en patiënt?*
- *wat betekent acute zorg voor het ziekenhuis?*

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is onderzoek gedaan op basis van deskresearch, een bestandsanalyse van gegevens uit de DIS registratie, en tientallen 'veldcontacten' met ziekenhuizen en medisch specialisten. De voorlopige bevindingen zijn besproken op een werkconferentie met NVZ-leden.

De recente Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) borduurt in feite voort op de indeling in spoedeisende zorgstromen, zoals die in 2009 werd geïntroduceerd door de werkgroep Kwaliteitsindeling SEH. Achterliggende gedachte is dat die stromen specifieke deskundigheid en infrastructuur behoeven.

In essentie is het minder van belang of die stromen synoniem zijn met complexe zorg, dan wel dat uit oogpunt van kwaliteit een bepaalde mate van concentratie geboden is.

Een tweede pijler van de Kwaliteitsvisie is de integratie van SEH en HAP in 'spoedeisende medische diensten'. Ook die ontwikkeling is al eerder bepleit en sluit aan bij de praktijk waarin SEH en HAP steeds intensiever samenwerken. De 'lange lijnen' van waaruit de Kwaliteitsvisie vertrekt, zijn dan ook begrijpelijk en passen bij het breed geaccepteerde principe van 'de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats, door de juiste professional'.

De discussie over concentratie en spreiding van acute zorg gaat niet zozeer over die 'lange lijnen' en principes, maar over de uitwerking en implementatie. Duidelijk is dat de discussie gebaat is bij meer nuance en inzicht. Er moet worden gewaakt voor theoretische optimalisaties van beschikbaarheidsfuncties, zonder oog voor de bredere betekenis van spoedeisende en intensieve zorg voor patiënt en ziekenhuis.

Onderscheid in acute zorg

Voor een genuanceerde dialoog over concentratie en spreiding van acute zorg (zoals die wordt verleend door huisartsen en ziekenhuizen) is het belangrijk om onderscheid te maken in:

- mate van urgentie
- tijdstip
- soort spoedeisende zorg.

Acute zorg bestaat maar voor een klein deel uit spoedeisende zorg die wordt geassocieerd met beelden van 'zwaailichten' en 'emergency rooms'. Iets meer dan 10% van de zorg die zich op een SEH

aandient is in die zin spoedeisend. Het grootste deel van de acute zorg wordt overdag en 's avonds verleend.

Als het gaat om huisartsen en ziekenhuizen is er een onderscheid te maken in drie soorten spoedeisende zorg:

- acute huisartsenzorg
- acute medisch specialistische basiszorg
- acute complexe medisch specialistische zorg.

Deze indeling laat twee 'domeinen' van concentratie en spreiding zien:

- acute basiszorg: de verdeling tussen huisarts en medisch specialist/ziekenhuis
- acute medisch specialistische zorg: de verdeling tussen medisch specialisten/ziekenhuizen.

In de praktijk is het onderscheid niet altijd scherp te maken en vaak pas achteraf. Dat betekent dat de grenzen in de praktijk grijze maar betekenisvolle gebieden zijn. Ook ontstaan nieuwe actoren, zoals de in spoedzorg gespecialiseerde verpleegkundig specialist.

Acute basiszorg

In de acute basiszorg krijgt de samenwerking tussen SEH en HAP steeds meer gestalte. De beoordeling van die samenwerking is wel gebaat bij subtiliteit als het gaat om kwaliteit (triage), kostenbesparing en substitutie tussen huisarts en medisch specialist/ziekenhuis. Ook als SEH en HAP integreren in één spoedeisende medische dienst, dan blijft er daarbinnen sprake van een onderscheid tussen acute huisartsenzorg en acute medisch specialistische basiszorg. Door locatieprofilering en regionale samenwerking wordt overigens nu ook al gewerkt aan een verdere optimalisatie van de inrichting van de acute basiszorg.

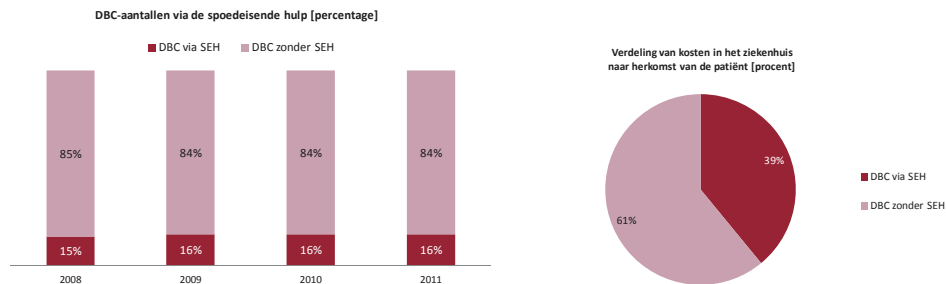
Complexe acute zorg

Het onderscheid tussen acute complexe en basiszorg is in de praktijk niet zo eenvoudig en eenduidig te maken en kan vaak pas achteraf worden vastgesteld. Traumazorg en complexe pediatrie zijn al in belangrijke mate geconcentreerd. Acute verloskunde toont aan dat tussen ideaaltypische normen en praktische haalbaarheid een discrepantie kan bestaan. Bij acute cardiologie, neurologie en vaatchirurgie gaat het minder om de vraag of iets complex is, dan wel of er een aantoonbare relatie is tussen volume (in combinatie met infrastructuur) en kwaliteit. Als de uitgewerkte ziektebeelden in de Kwaliteitsvisie van ZN (multitrauma, heupfractuur, CVA, AMI, geruptureerd AAA) als 'complex' worden aangemerkt, dan gaat het (exclusief verloskunde) om naar schatting 5% van de acute zorg.

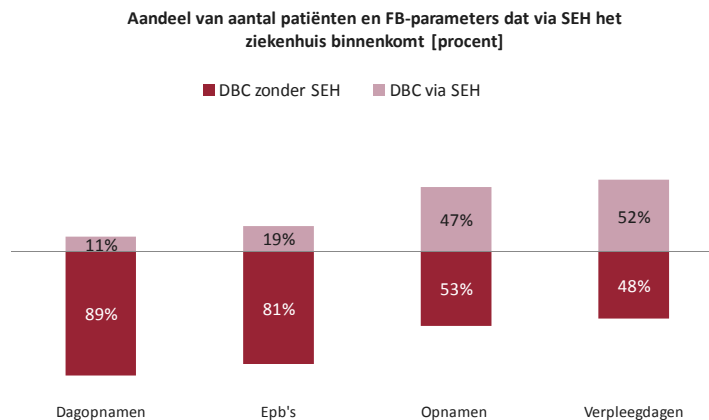
De discussie over eventuele concentratie van IC-zorg wordt te eenzijdig gevoerd. Er is op dit moment geen manifest en breed kwaliteitsprobleem dat moet worden opgelost. Verbetering is altijd mogelijk, maar niet via theoretische optimalisaties. Bovendien moet rekening worden gehouden met toekomstige ontwikkelingen. Er is een trend zichtbaar dat het aantal geplande IC-opnamen afneemt in verhouding tot het aantal ongeplande opnamen. Momenteel is ongeveer 34% van de opnamen gepland, tegen ruim 60% in 2006. De daling van de geplande patiëntenstroom hangt samen met verbeteringen in chirurgische en anesthesiologische technieken en met de intrinsieke groei van niet-chirurgische patiënten. Bij de laatste categorie zijn het veelal oudere patiënten met multimorbiditeit. Zo ligt de aanleiding voor een IC-opname vaker in de complexiteit van de conditie van de patiënt dan in de complexiteit van een voorafgaande ingreep. Verwacht wordt dat deze trend doorzet.

Wat betekent acute zorg voor een ziekenhuis

De SEH is thans van grote bedrijfs(economische) betekenis voor een ziekenhuis. Zo'n 16% van het totale aantal DBC's van een ziekenhuis is gerelateerd aan een SEH-bezoek. Die bezoeken (en het vervolgtraject) betreffen ongeveer 40% van de economische waarde (in termen van kosten) van alle DBC's van een ziekenhuis.



Van de SEH-DBC's leidt uiteindelijk 78% tot een eerste polibezzoek, 7% tot een dagopname en 35% tot een klinische opname. Ongeveer de helft van de totale opnamen en verpleegdagen in een ziekenhuis betreft patiënten die in eerste instantie via de SEH het ziekenhuis binnenkomen. Bovendien is de gemiddelde ligduur van een patiënt met een SEH-DBC met 5,4 dagen langer dan bij andere patiënten (4,5 dagen). De SEH is dus met name voor de aanvoer naar de kliniek thans van grote betekenis.



De SEH gerelateerde DBC's zijn ook van (al dan niet substantiële) betekenis voor de OK, diagnostiek en laboratorium. De relatie tussen SEH en IC is aanwezig, maar in aantallen relatief bescheiden. De SEH's (en IC's) hebben ook een belangrijke interne functie voor een ziekenhuis en zijn voorts relevant voor de aantrekkingskracht op de arbeidsmarkt.

Eventuele sluiting van een SEH heeft dus thans een grote impact op een ziekenhuis. Als de discussie zich zou vernauwen tot een eenzijdige optimalisatie van deze beschikbaarheidsfunctie (met sluiting van vele SEH's als gevolg), dan kan beter het debat worden gevoerd over het bestaansrecht van het concept 'algemeen ziekenhuis' zoals wij dat nu kennen. Verzekeraars geven echter aan dat het hen niet gaat om sluiting van SEH's, maar om integratie van SEH en HAP in een nieuw concept. Zolang maar wordt onderkend dat binnen dit concept verschillende soorten acute zorg worden geboden, lijkt dit een levensvatbare gedachte. Die levensvatbaarheid kan worden versterkt door niet alleen naar de huidige actoren ('huisarts', 'medisch specialist') te kijken, maar ook naar tussenvormen zoals verpleegkundig specialisten.

Het effect van concentratie en spreiding van acute zorg op kostenbesparing moet niet worden overschat en hangt ook samen met de wijze van bekostiging. Bij de huidige separate bekostiging van SEH en HAP kan er inderdaad worden bespaard door zelfverwijzers die alleen acute huisartsenzorg nodig hebben direct naar de juiste plaats te leiden, zoals thans al in toenemende mate gebeurt. Dat betreft dus lang niet alle zelfverwijzers. Een deel daarvan komt terecht op de SEH en een deel dat eerst naar de HAP gaat, wordt vervolgens alsnog doorverwezen naar de SEH voor nadere diagnostiek of behandeling.

Indien er geen SEH op een ziekenhuislocatie meer is, moet er nog altijd worden voorzien in de interne functie bij spoedinterventies en reanimatie. En als er, als gedeeltelijk alternatief voor een SEH, een Acute Zorg Afdeling of een Acute Opname Afdeling komt dan brengt dit ook kosten met zich mee. Concentratie van specialistische spoedzorgstromen kan vermoedelijk tot een grotere doelmatigheid leiden.

Regionaal overleg

De discussie over concentratie en spreiding van acute zorg is niet gebaat bij blauwdrukken die uniform over het land worden uitgerold. Er is een wezenlijk verschil tussen en binnen regio's, waarbij door regionaal overleg en samenwerking kan worden gezocht naar een optimale oplossing. Het is wel wenselijk dat er op een of andere wijze landelijk wordt voorzien in kennisuitwisseling, de overdracht van beproefde concepten, de ontwikkeling van best practices, en professionalisering (zoals via SEH-artsen en verpleegkundige spoedspecialisten).

Er kunnen in principe drie regionale contexten worden onderscheiden:

- de grote stad (met veelal een academisch ziekenhuis)
- kleinstedelijke gebieden met (onder andere) een groot algemeen ziekenhuis
- het platteland met een klein ziekenhuis dat met een groter ziekenhuis in een netwerk samenwerkt.

Binnen elk van die contexten gaat het om een spreiding van basisspoedzorg en een concentratie van bepaalde specialistische spoedzorgstromen. Die specialistische stromen kunnen, in overleg binnen een regio, ook worden verdeeld tussen ziekenhuizen, gerelateerd aan nadere profielkeuzes. Basis-spoedzorg omvat zowel acute huisartsenzorg als acute medisch specialistische basiszorg. Het ligt daarom voor de hand dat basisspoedzorg vanuit een ziekenhuislocatie wordt aangeboden, mede vanwege de bredere infrastructuur en de mogelijkheid tot opname. Daarmee hoeft die basisspoedzorg niet noodzakelijkerwijs 'van' het ziekenhuis te zijn, maar is het doelmatiger als deze 'in' het ziekenhuis wordt geleverd. Ofwel: stand alone locaties waar alleen basisspoedzorg wordt geboden zonder bredere ziekenhuisfunctie liggen minder voor de hand.

Inhoudsopgave

Samenvatting

1. Inleiding	6
2. Onderscheid in acute zorg	10
2.1 Urgentie	10
2.2 Tijdstip	11
2.3 Soort	12
3. Acute basiszorg	13
3.1 Zelfverwijzers	13
3.2 Herinrichting acute basiszorg krijgt gestalte	15
4. Complexe acute zorg	18
4.1 Complex versus basis	18
4.2 Traumazorg en complexe pediatrie al geconcentreerd	19
4.3 Acute verloskunde: norm versus haalbaarheid	20
4.4 Acute neurologie, cardiologie, vaatchirurgie	20
4.5 Betekenis spoedeisende zorgstromen	21
4.6 Intensive Care	24
5. Wat betekent acute zorg voor een ziekenhuis	26
5.1 De bedrijfs(economische) betekenis van de SEH	26
5.2 De interne functie van de SEH	36
5.3 De aantrekkingskracht op de arbeidsmarkt	37
5.4 Relatie tussen concentratie en opleidingen	37
6. Conclusies en aanbevelingen	38
Bronvermeldingen	40
Bijlage 1: Acute zorg in beeld	42
Bijlage 2: Acute zorg in beweging	49
Bijlage 3: Wat betekent acute zorg voor de patiënt	59

1. Inleiding

1.1 Spreiding en concentratie van acute zorg in perspectief

Langlopende discussie

Concentratie en spreiding van medisch specialistische zorg is een thema dat de gemeenteraden reeds langere tijd bezighoudt. Zo'n 10 jaar geleden werd al een stevige discussie gevoerd over 'spreiding en bereikbaarheid van ziekenhuiszorg'. Er was publieke onrust over de dreigende sluiting van ziekenhuislocaties en de landelijke en regionale politiek bemoeiden zich stevig met deze problematiek. De NVZ en het Interprovinciaal Overleg (IPO) stelden het 'referentiekader spreiding curatieve zorg op'¹, in samenwerking met de NPCF, de LHV, de Orde van Medisch Specialisten, de KNOV en Ambulancezorg Nederland. De minister van VWS kwam met een beleidsstandpunt over 'bereikbare ziekenhuiszorg'², waarbij onder andere de beschikbaarheidstoelag voor kleine ziekenhuislocaties werd geïntroduceerd. Daaraan lag het concept van het 'basisziekenhuis' ten grondslag. Dit concept was door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) in 2002 omschreven als een ziekenhuis dat zich toelegt op de veel voorkomende vormen van ziekenhuiszorg. In een dergelijk ziekenhuis zijn 'alle (minimaal 25) poortspecialismen en de onmisbare ondersteunende specialismen vertegenwoordigd, is een basispakket van diagnostische en therapeutische faciliteiten aanwezig, kan 24-uurs spoedeisende zorg worden geboden, zijn IC/CCU-faciliteiten aanwezig met de mogelijkheden tot ademhalingsondersteuning en kan poliklinische zorg, klinische zorg en dagbehandeling worden geboden', aldus het CBZ².

Volgens de toenmalige minister van VWS De Geus kenmerkt een dergelijk ziekenhuis zich 'door het bieden van tenminste de spoedeisende tweedelijnszorg in volle omvang'. Zo'n ziekenhuis zou 80 tot 85% van de ziekenhuiszorg kunnen leveren³.

In feite was deze omschrijving een herbevestiging van de inrichting van de ziekenhuiszorg in Nederland. Relatief grote, brede algemene ziekenhuizen, goed verspreid over het hele land. De spreidingsdiscussie van tien jaar geleden werd dan ook gevoerd vanuit dit concept van een ziekenhuis, waarbij het accent in het debat lag op de bereikbaarheid van acute zorg.

Veranderde context

Sinds 2003 is er het nodige veranderd in de zorg. Marktwerking werd geïntroduceerd, de schaalvergroting ging door in de vorm van fusies en strategische samenwerkingsverbanden, en regionale samenwerking tussen ziekenhuizen en andere zorgaanbieders kwam van de grond. Het karakter van een ziekenhuis verandert, met name door medisch-inhoudelijke, -technologische en -organisatorische factoren. Een ziekenhuis wordt meer een medisch interventiecentrum. Het verpleegkarakter wordt minder, de ligduur korter, patiënten stromen sneller door, er zijn meer dagopnamen, processen worden anders ingericht. Samenwerking wordt daarom steeds belangrijker. Dat geldt voor de multidisciplinaire samenwerking binnen het ziekenhuis en voor de samenwerking met de eerste lijn en de verzorging, verpleging en thuiszorg. Niet alleen het ziekenhuis, maar ook de patiënt verandert.

¹ Referentiekader Spreiding Acute Zorg, *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Interprovinciaal Overleg*, februari 2003

² Uitvoeringstoets Spreiding ziekenhuiszorg, deel II, tranche I. *College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen*, januari 2002

³ Notitie Minister van VWS (A.J. de Geus), Het bereikbare Ziekenhuis. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, november 2002

Patiënten oriënteren zich steeds ruimer en maken bewuster keuzes als zij ziekenhuiszorg nodig hebben. Ze beschikken daarbij over een groot aantal informatiebronnen, zoals internet. Mede door de media-aandacht rond incidenten zijn patiënten zich meer bewust van risico's rond kwaliteit en veiligheid in ziekenhuizen. Patiënten zijn bereid langer te reizen, als de kwaliteit ergens anders aantoonbaar beter is. Dit speelt vooral bij de planbare zorg. Patiënten worden geconfronteerd met stijgende zorgkosten (premies, eigen bijdragen, belastingen), wat van invloed is op hun zorgvraag. Ze stellen hogere eisen aan de klantgerichtheid van ziekenhuizen en willen gelijkwaardig betrokken worden bij het proces van zorg en herstel.

Accentverschillen in de discussie

De discussie over spreiding en concentratie gaat in 2013 ook weer gepaard met publieke onrust en politieke bemoeienis. Maar er zijn, naast de veranderde context, wel enkele belangrijke verschillen met tien jaar geleden:

- de publieke belangen van kwaliteit en kosten domineren nu, in plaats van het publieke belang van bereikbaarheid, wat meer een randvoorwaarde lijkt te worden
- de zorgverzekeraars worden geacht een regierol te vervullen, terwijl die destijds nauwelijks betrokken waren in de discussie.

De afgelopen jaren zijn in de Nederlandse ziekenhuiszorg voor een aantal aandoeningen kwaliteitsnormen ontwikkeld. Daarbij ligt veel nadruk op het minimum aantal behandelingen. Verschillende partijen zoals zorgverzekeraars, wetenschappelijke verenigingen van specialisten, patiëntenorganisaties, onderzoeksinstituten en toezichthouders hebben hieraan bijgedragen. De achterliggende gedachte is dat er in veel gevallen een relatie is tussen een hoger behandelvolume en een betere kwaliteit van zorg. Er is echter nog wel discussie over (de eenduidigheid en algemene geldigheid van) die relatie, mede gevoed door zowel wetenschappelijke verschillen van inzicht als door uiteenlopende belangen.

Het Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg⁴ geeft aan dat er in het debat over volume en kwaliteit van zorg door diverse partijen verschillende beoordelingscriteria worden gebruikt. In het onderzoek worden het maatschappelijke perspectief, het organisatieperspectief, het professionele perspectief en het patiëntenperspectief onderscheiden. Vanuit het maatschappelijk perspectief dienen volume-initiatieven een bijdrage te leveren aan de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. Vanuit het organisatieperspectief gaat het vooral om efficiënte organisatie van de zorg, strategische positionering, samenwerking en concurrentie. Bij de professionals speelt voldoende expertise, multidisciplinaire samenwerking en loopbaanontwikkeling een belangrijke rol, terwijl voor patiënten vooral individuele gezondheidsuitkomsten, keuzevrijheid en geografisch goed bereikbare zorg voorop staan.

De rol van de zorgverzekeraars bij de concentratie en spreiding van met name acute zorg is een bijzondere. Bij de introductie van gereguleerde marktwerking kregen de verzekeraars een sleutelrol bij de zorginkoop. Juist hun selectieve inkoopbeleid zou moeten bijdragen aan de concurrentie tussen ziekenhuizen en de differentiatie moeten bevorderen. En door onderlinge concurrentie tussen de verzekeraars zou de verzekerde wat te kiezen hebben en daardoor de verzekeraars scherp houden. De verzekeraars hebben in het regeerakkoord de regierol gekregen bij de herinrichting van de acute zorg. Daarbij concurreren zij niet met elkaar, maar trekken zij in feite gezamenlijk op. De Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is daar een voorbeeld van. De herinrichting van de acute zorg raakt echter aan het bredere zorgaanbod en daarmee aan het profiel van ziekenhuizen. En is daarmee van invloed op het niet-acute deel van het zorgaanbod waarop ziekenhuizen juist met elkaar moeten concurreren, daartoe mede uitgedaagd door diezelfde zorgverzekeraars. Ofwel, de regierol van de verzekeraars bij de acute zorg beïnvloedt het concurrentiespeelveld van de ziekenhuizen in de niet-acute zorg.

⁴ De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg, tijd voor een brede benadering. *Consortium Onderzoek Kwaliteit van zorg*, 2012

Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg ZN

De zorgverzekeraars ontlenuen zelf hun rol bij de herinrichting van de acute zorg mede aan het hoofdlijnenakkoord⁵. Zij geven aan dat de spoedeisende zorg in Nederland op dit moment goed is, maar beter kan. Er zijn volgens hen kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen. De verzekeraars gaan de Kwaliteitsvisie gebruiken voor gesprekken met verschillende ziekenhuizen in de bestaande 11 traumaregio's. Op basis van deze gesprekken wordt een regioplan opgesteld, dat in een aantal jaren wordt ingevoerd. Met het onderscheid naar spoedeisende zorgstromen borduurt de Kwaliteitsvisie in feite voort op de Werkgroep Kwaliteitsindeling SEH uit 2009. Benadrukt wordt dat de Kwaliteitsvisie over de complexe spoedeisende zorg gaat, niet over de acute basiszorg, wat niet wegneemt dat de Kwaliteitsvisie wel uitspraken doet over de 'overige spoedeisende zorg' en over de concentratie van IC's. In de 'overige spoedeisende zorg' zouden primair 'spoedeisende medische diensten' moeten voorzien, die ontstaan door een integratie van SEH en HAP. Verzekeraars verwachten dat SEH's niet zozeer dichtgaan, maar in sommige gevallen anders ingericht moeten worden. Daarbij gaat het vooral om de integratie van SEH en HAP⁶.

1.2 Vraagstelling en onderzoeksanpak

Rond concentratie en spreiding van acute zorg is al heel wat onderzocht, bestudeerd en voorgesteld, al dan niet in de vorm van blauwdrukken. Al die rapporten en onderzoeken wijzen in de richting van concentratie van acute zorg en van beschikbaarheidfuncties als SEH en IC, en van spreiding van nabije basiszorg. Het dominante argument daarbij is verhoging van de kwaliteit van zorg, bij een 'aanvaardbare' verlenging van de reistijden (met enkele geografische uitzonderingen). Het tweede argument is besparing van kosten. Als die blauwdrukken werkelijkheid worden dan zijn er in de toekomst vele ziekenhuislocaties die bepaalde acute patiëntenstromen niet meer kunnen ontvangen of die helemaal geen SEH en/of IC meer hebben. De onbeantwoorde vraag is wat dit betekent in ruimere zin. De beschikbaarheid en het niveau van functies als een SEH en IC zijn volgens zeggen immers van grote invloed op het zorgaanbod in ruimere zin en dus op het profiel van het ziekenhuis. Maar hoe ligt die relatie nu? Daar werpt dit rapport nader licht op.

In het onderzoek, in opdracht van de NVZ, stonden twee, samenhangende, kernvragen centraal:

- *wat betekent acute zorg voor de burger en patiënt*
- *wat betekent acute zorg voor het ziekenhuis?*

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is onderzoek gedaan op basis van:

- deskresearch: documentstudie naar relevante onderzoeken, studies en rapporten
- bestandsanalyse op basis van gegevens uit de DIS registratie
- veldcontacten: ruim 30 contacten over praktijkervaringen van ziekenhuizen en medisch specialisten zijn mede gebruikt om de bevindingen uit de bestandsanalyse en deskresearch te toetsen en aan te vullen.

De bestandsanalyse is gemaakt in samenwerking met SiRM. Het doel was om inzicht te krijgen in de bedrijfs(economische) betekenis van de SEH, in termen van aantallen patiënten, patiëntenstromen volgend op een SEH-bezoek en de daaraan gerelateerde geldswaarde. De geldswaarde is ontleend aan de kosten van DBC's, zoals die in 2005 door de (voorloper van de) NZa zijn gebruikt om tarieven te bepalen. In absolute zin zijn deze kosten uiteraard veranderd, maar in relatieve zin zijn zij bruikbaar voor dit onderzoek. Enerzijds om het relatieve belang van de verschillende aan een SEH-DBC gekoppelde verrichtingen weer te geven en anderzijds om verschillen tussen wel of niet SEH gerelateerde DBC's inzichtelijk te maken.

⁵ Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord, 4 juli 2011

⁶ Persbericht ZN, 12 februari 2013

Per op de SEH geopende DBC is geanalyseerd welke verrichtingen daaraan vervolgens zijn gekoppeld en welke kosten die met zich meebrengen. Zo wordt de betekenis duidelijk van de SEH in termen van aantallen en geld, uitgesplitst naar polibezoeken, (dag)opnamen, OK's, IC-opnamen, diagnostiek en laboratorium.

De gegevens zijn ontleend aan de DBC-registratie 2011 en betreffen: AGB-code ziekenhuis, patiëntgegevens (geslacht, leeftijd, postcode), specialisme, begindatum DBC, gerelateerde dagopnamen, verpleegdagen en EPB's, en gerelateerde kosten van bijbehorende verrichtingen voor kliniek, OK, laboratorium en diagnostiek. De onderzoeksgroep betreft de algemene ziekenhuizen. Uiteindelijk is een groep van 27 ziekenhuizen geselecteerd, waarvan de gegevens compleet en bruikbaar waren. Deze onderzochte ziekenhuizen vormen een representatieve groep, qua grootte en geografische spreiding. De verdeling over de categorieën (grootte, marktdichtheid) komt overeen met de indeling in de NVZ-brancherapporten.

De voorlopige bevindingen van dit onderzoek zijn besproken op een werkconferentie met NVZ-leden op 26 juni 2013. De opmerkingen en suggesties zijn verwerkt in deze eindrapportage.

Niet als 'disclaimer' maar wel als nuancering: wij belichten in dit rapport wat tot nu toe niet belicht of onderbelicht is gebleven. Daarmee heeft dit rapport per definitie een exploratief karakter.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 maken wij op verschillende manieren een onderscheid in het begrip 'acute zorg'. Vervolgens gaan wij in hoofdstuk 3 in op de acute basiszorg en in hoofdstuk 4 op de complexe acute zorg. In hoofdstuk 5 belichten wij de brede betekenis van een SEH voor een ziekenhuis. Hoofdstuk 6 bevat de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek.

De bijlagen hebben een wat ander karakter dan bij de meeste rapporten. Ze bevatten drie wezenlijke delen van de deskresearch, die in feite de context vormen van de bevindingen in de hoofdstukken 2 tot en met 5. In bijlage 1 worden de belangrijkste kenmerken van de acute zorg in Nederland samengevat. Bijlage 2 beschrijft hoe kwaliteitsverbetering in de acute zorg (SEH en IC) de afgelopen jaren gestalte heeft gekregen. Bijlage 3 vat het patiëntenperspectief samen. Daarmee lijkt de patiënt het sluitstuk, in plaats van het vertrekpunt van het rapport. Niets is minder waar. Uit de komende hoofdstukken zal blijken dat de bredere betekenis van acute zorg voor een ziekenhuis directe relevantie heeft voor de patiënt.

2. Onderscheid in acute zorg

Conclusies

Acute zorg bestaat maar voor een klein deel uit spoedeisende zorg die wordt geassocieerd met beelden van 'zwaailichten' en 'emergency rooms'. Iets meer dan 10% van de zorg die zich op een SEH aandient is levensbedreigend of spoedeisend. Het grootste deel van de acute zorg wordt overdag en 's avonds verleend.

Voor een genuanceerde dialoog over concentratie en spreiding van acute zorg (zoals die wordt verleend door huisartsen en ziekenhuizen) is het belangrijk om onderscheid te maken naar:

- mate van urgentie
- tijdstip
- soort spoedeisende zorg.

2.1 Urgentie

De eerste stap in de behandeling van een acute zorgvraag is triage: het beoordelen van de urgentie van de zorgvraag en het eventueel indiceren van zorg. Het Nederlands Triage Systeem (NTS) onderscheidt voor acute gezondheidsproblemen vijf urgentieklassen, waarvoor een bepaalde vorm van acute zorg het meest geëigend is.

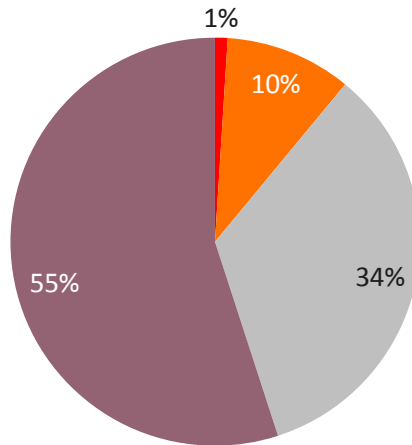
Tabel 1. Urgentieklassen NTS

Klasse	Omschrijving	Te verlenen actie
Urgentie 1	Levensbedreigend	Onmiddellijk actie, de vitale functies zijn in gevaar of uitstel van behandeling leidt tot ernstige en onherstelbare schade van de gezondheid
Urgentie 2	Spoedeisend	Zo vlug mogelijk actie, de vitale functies zijn (nog) niet in gevaar, maar er is een reële kans dat de toestand snel verslechtert of dat uitstel van behandeling tot ernstige en onherstelbare schade van de gezondheid leidt
Urgentie 3	Dringend	Niet te lang uitstel, binnen enkele uren om medische en/of humane redenen
Urgentie 4	Niet dringend	Er is geen tijdsdruk om medische of andere gronden. Het moment en de plaats van de afspraak worden met de aanvrager/patiënt overeengekomen
Urgentie 5	Advies	Een fysieke beoordeling kan wachten tot de volgende werkdag

Op basis van deze indeling is het bezoek aan de SEH als volgt verdeeld⁷:

SEH-bezoeken naar urgentie

■ Levensbedreigend ■ Spoedeisend ■ Dringend ■ Niet dringend/advies



Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid

Figuur 1. Verdeling SEH-bezoeken naar urgentie

11% van de gezondheidsproblemen die zich op de SEH aandienen is dus levensbedreigend of spoedeisend. Op de HAP gaat het om 2 tot 8% van de gevallen. Omgekeerd geldt dat ruim de helft van de gezondheidsproblemen op de SEH en het overgrote deel van de problemen op de HAP wordt beoordeeld als een niet-dringend gezondheidsprobleem, of er kan worden volstaan met een advies.

Dat een hulpvraag medisch gezien 'niet urgent' is, wil overigens niet zeggen dat deze 'niet terecht' is. Een grote groep patiënten is ongerust, ervaart een probleem of heeft gebrek aan kennis over de klacht en wil daarom niet wachten. Het Ministerie van VWS hanteert dan ook de volgende definitie van acute zorg: 'een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling'.

2.2 Tijdstip

De volgende tabel geeft een beeld van de verdeling van het aantal bezoeken aan HAP en SEH naar dag en tijdstip⁸.

⁷ Nationaal Kompas Volksgezondheid

⁸ Nationaal Kompas Volksgezondheid

Tabel 2. Verdeling SEH en HAP bezoeken naar dag en tijdstip

<i>Tijdstip</i>	<i>HAP</i>	<i>SEH</i>
Doordeweeks		
<i>Overdag (8.00 - 17.00)</i>	0%	41%
<i>Avond (17.00 - 24.00)</i>	32%	22%
<i>Nacht (24.00 - 8.00)</i>	6%	5%
Weekend		
<i>Overdag (8.00 - 17.00)</i>	38%	17%
<i>Avond (17.00 - 24.00)</i>	19%	12%
<i>Nacht (24.00 - 8.00)</i>	5%	3%
Totaal	100%	100%

Het percentage nachtelijke contacten is ten opzichte van het totaal aantal contacten in een etmaal beperkt. Op de HAP is het gemiddeld aantal contacten per uur het hoogst overdag in het weekend. Op de SEH is het aantal behandelingen per uur overdag het hoogst (met kleine verschillen tussen weekend en doordeweeks).

Het is niet bekend hoe vaak huisartsen tijdens de gewone praktijkturen acute zorg verlenen.

2.3 Soort

Er worden in het kader van dit onderzoek drie soorten spoedeisende zorg onderscheiden:

- acute huisartsenzorg
- acute medisch specialistische basiszorg
- acute complexe medisch specialistische zorg.

Deze indeling laat twee 'domeinen' van concentratie en spreiding zien:

- acute basiszorg: de verdeling tussen huisarts en medisch specialist/ziekenhuis
- acute medisch specialistische zorg: de verdeling tussen medisch specialisten/ziekenhuizen.

In de praktijk is er een verschil tussen acute zorg die wordt verleend door de huisarts of medisch specialist zelf en de zorg die wordt verleend onder verantwoordelijkheid van de huisarts of medisch specialist, maar wordt uitgevoerd door bijvoorbeeld een doktersassistente of SEH-verpleegkundige.

Zie 4.5 voor een inschatting van de omvang van de acute complexe medisch specialistische zorg.

3. Acute basiszorg

Conclusies

Vrijwel alle zelfverwijzers vinden hun bezoek aan de SEH terecht. Het aantal medisch gezien 'onterechte' zelfverwijzers op een SEH neemt af. De samenwerking tussen SEH en HAP krijgt steeds meer gestalte. De beoordeling van die samenwerking is wel gebaat bij nuance, als het gaat om kwaliteit (triage), kostenbesparing en substitutie tussen huisarts en medisch specialist/ziekenhuis. Door locatieprofilering en regionale samenwerking wordt ook gewerkt aan een verdere optimalisatie van de inrichting van de acute basiszorg.

Bij de acute basiszorg gaat het in dit rapport vooral om de taakverdeling tussen huisarts en medisch specialist/ziekenhuis.

3.1 Zelfverwijzers

Hoeveel zijn het er en hoeveel zijn 'terecht'

Eén van de belangrijkste redenen die worden aangevoerd voor een nieuwe inrichting van de acute basiszorg betreft de 'grote aantallen' zelfverwijzers (ook wel binnenlopers genoemd) op een SEH, waarvan wordt verondersteld dat het merendeel beter en goedkoper door de huisarts kan worden gezien.

Studies uit de periode 2000 - 2007 geven aan dat tussen de 43% en 70% van de SEH-bezoekers zelfverwijzers zijn. Een onderzoek uit 2002 stelt dat zes op de tien zelfverwijzers volgens zorgverleners ten onrechte op de SEH komt⁹.

Volgens recentere gegevens van het Nationaal Kompas Volksgezondheid komt 42% van de patiënten op een SEH op eigen initiatief, 39% is doorverwezen door de huisarts, 10% komt met de ambulance en 10% is verwezen door een andere professional.

In 5 tot 8% van de contacten met de HAP verwijst de huisarts de patiënt naar een SEH of polikliniek. De rest van de patiënten wordt behandeld door de huisarts of krijgt een zelfzorgadvies. Van alle contacten met de huisartsenpost (HAP) betreft ongeveer 42% een telefonisch consult, 48% een consult op de post en 10% een visite¹⁰.

Het verschil tussen de eerdere studies en recentere gegevens kan mogelijk worden verklaard uit de op gang gekomen samenwerking tussen SEH's en HAP's. Omdat deze samenwerking voortgaat, zal het aantal 'onterechte' zelfverwijzers op een SEH vermoedelijk verder afnemen. Het aantal SEH-bezoeken is van 2010 tot 2011 met 4% gedaald. In 2012 bleef het volume gelijk, maar nam het aandeel binnenlopers af. Het aandeel patiënten ingestuurd door de huisarts nam juist toe¹¹.

Overigens kunnen deze cijfers verschillen per regio en is er een verschil tussen landelijke en stedelijke gebieden. Dat bleek ook uit de veldcontacten tijdens dit onderzoek. Zo zijn er 'gesloten' SEH's die vrijwel geen binnenlopers hebben en SEH's met grote aantallen zelfverwijzers.

⁹ Selectie aan de poort: onterechte zelfverwijzers op de SEH terugdringen. M. Reitsma-van Rooijen, A.Brabers, J. de Jong, 2013

¹⁰ Nationaal Kompas Volksgezondheid, <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/acute-zorg/stroomdiagram-acute-zorg>, 2013

¹¹ 156 locaties spoedzorg in Nederland: een quickscan van de huidige organisatie van spoedzorg. Gupta Strategists, 2013

Een zeer grote SEH in de Randstad heeft zo'n 50% binnenlopers, waarvan na triage door een SEH-verpleegkundige in eerste instantie de helft naar de HAP wordt verwezen. Daarvan komt echter de helft toch terug op de SEH omdat de huisarts vindt dat aanvullend onderzoek nodig is. Ofwel, 25% van de binnenlopers op die SEH kunnen echt uitsluitend door de huisarts worden behandeld, de rest heeft een vorm van acute medisch specialistische diagnostiek of zorg nodig.

Een middelgrote SEH (zonder HAP op de locatie) in een grote stad heeft onderzoek gedaan naar de binnenlopers, die zo'n 35% van de SEH-bezoekers uitmaken. Hieruit bleek dat ruim 80% dezelfde diagnostiek en behandeling kreeg als patiënten die door de huisarts worden verwezen. Het ziekenhuis concludeerde dat de 'patiënt in staat is zichzelf te triëren'.

Vanuit professioneel oogpunt kan 'terechte' of 'onterechte' zelfverwijzing worden bepaald op basis van de uiteindelijke diagnose. In de praktijk kan bij een ogenschijnlijke basiszorgvraag echter ook sprake zijn van het vermoeden van ernstig onderliggend lijden. Acute buikpijn kan ook een ruptuur abdominaal aorta aneurysma ((r)AAA) zijn en maagpijn ook een acuut myocardinfarct (AMI). Een deel van de achteraf 'onterechte' zelfverwijzers komt in die zin toch in eerste instantie 'terecht' op de SEH. Als dit 'grijze gebied' niet zou (kunnen) bestaan wordt het risico groter dat acute patiënten niet adequaat kunnen worden behandeld, met alle gevolgen van dien.

Zelfverwijzing vanuit de patiënt gezien

Zelfverwijzers vinden hun bezoek aan de SEH vrijwel nooit onterecht, zo blijkt uit onderzoek van het NIVEL. Bijna de helft van de respondenten zegt dat hij of zij weleens gebruik heeft gemaakt van de SEH. Drie op de tien deed dit zonder verwijzing door een zorgverlener. Een groot deel (83%) van de zelfverwijzers meent dat ze voor de klacht waarvoor ze naar de SEH zijn geweest niet naar de huisarts of de HAP hadden moeten gaan. Een tiende van de respondenten denkt dat ze wel naar de huisarts of de HAP hadden moeten gaan. Het overige deel (7%) weet het niet. Het overgrote deel ziet zichzelf dus, ook achteraf, als terechte zelfverwijzer¹².

Spoedbeleving brengt zelfverwijzers op de SEH. De reden die door zelfverwijzers het meest (48%) werd aangekruist, is: 'Ik vond dat ik met spoed moest worden behandeld'. Ook eerder onderzoek laat zien dat dit één van de belangrijkste redenen is voor SEH-bezoek. In de top drie van meest genoemde redenen om de SEH te bezoeken staan ook: 'Ik dacht dat aanvullend onderzoek nodig was' (22%) en 'Ik was ongerust' (14%). Verder geeft 10% van de zelfverwijzers aan dat ze naar de spoedeisende hulp zijn gegaan, omdat de huisarts niet bereikbaar was¹³. Kortom, vooral spoedbeleving brengt zelfverwijzers op de SEH. Spoedbeleving is lastig te beïnvloeden en verklaart dat zelfverwijzers hun bezoek aan de SEH, anders dan zorgverleners, vrijwel altijd als terecht zien.

Het NIVEL geeft aan dat mensen niet altijd weten waar ze met welke klacht terecht kunnen. Bij twijfel kiezen mensen eerder voor de SEH dan voor de HAP. Voor bijna een kwart is het onduidelijk met welke klacht men naar de SEH moet en met welke naar de HAP. Dit kan ertoe leiden dat men eerder naar de SEH dan naar de HAP gaat. Het kan ook zijn dat men eerder naar de SEH gaat, omdat men daar snellere en betere hulp verwacht. Ook praktische overwegingen spelen een rol: 16% geeft aan eerder naar de SEH te gaan omdat men deze beter weet te vinden en 11% omdat de HAP dichterbij is. Een groot deel van de respondenten heeft veel vertrouwen in een triagesysteem, ongeacht of men hier *feitelijke ervaring mee heeft of niet*.

¹² Selectie aan de poort: onterechte zelfverwijzers op de SEH terugdringen. M. Reitsma-van Rooijen, A.Brabers, J. de Jong, 2013

¹³ Selectie aan de poort: onterechte zelfverwijzers op de SEH terugdringen. M. Reitsma-van Rooijen, A.Brabers, J. de Jong, 2013

3.2 Herinrichting acute basiszorg krijgt gestalte

3.2.1 Samenwerking SEH en HAP

Ver(der)gaande samenwerking tussen HAP's en SEH's is een belangrijk uitgangspunt bij de herinrichting van de acute (basis)zorg in Nederland. De stand van zaken bij deze samenwerking is recent in beeld gebracht door Gupta Strategists (2013), in opdracht van de VHN, LHV, NVZ, NFU en ZN¹⁴. Het onderzoek is bedoeld als een 'foto van de huidige situatie'. Hierna vatten wij de meest relevante resultaten samen.

In Nederland wordt op 156 locaties spoedzorg aangeboden door huisartsen en/of ziekenhuizen:

- 76 locaties met zowel huisartsenzorg als ziekenhuiszorg (co-locaties)
- 51 locaties met alleen huisartsenzorg (waaronder 4 kleinschalige HAP's)
- 29 locaties met alleen ziekenhuiszorg.

Op co-locaties bestaan verschillende vormen van samenwerking:

- geïntegreerde samenwerking (9): HAP en SEH vormen richting patiënt één organisatie voor alle spoedzorg
- seriële samenwerking (22): HAP en SEH hanteren voor binnenlopers een afgesproken vaste triage (of door de HAP, of door de SEH).
- co-locatie met samenwerkingsafspraken (23): HAP en SEH werken op onderdelen samen, maar de binnenloper kiest bij welke organisatie hij zich meldt (en daar vindt de triage plaats)
- co-locatie zonder samenwerkingsafspraken (22): HAP en SEH delen een terrein, maar hebben geen afspraken om samen te werken. De binnenloper kiest bij welke organisatie hij zich meldt, daar vindt de triage plaats. 17 van deze 22 co-locaties zijn bezig samenwerkingsafspraken te maken, meestal volgens het seriële model. Op 8 locaties verwacht men de samenwerking in 2013 te concretiseren.

Het delen van wachtruimte en/of balie hangt sterk samen met de samenwerkingsvorm. Geïntegreerde en seriële samenwerkingen kiezen relatief vaak voor het delen van deze functies.

De triage van binnenlopers is zeer verschillend belegd. Soms is het een gedeelde taak van SEH- en HAP-medewerkers, soms triëert de HAP, soms de SEH. Ook binnen samenwerkingsvormen bestaan verschillen.

De SEH en HAP gebruiken meestal verschillende triagesystemen. De meeste HAP's gebruiken inmiddels het NTS, terwijl vrijwel alle SEH's gebruik maken van het Manchester triagesysteem. Dit verschil wordt door betrokkenen niet als vreselijk bezwaarlijk gezien, maar wel als onwenselijk. Genoemde oorzaken zijn ICT-systemen in ziekenhuizen die NTS nog niet kunnen verwerken, maar ook gebrek aan vertrouwen bij medisch specialisten in de validiteit van NTS voor gebruik in de ziekenhuiszorg.

Bij intensivering van de samenwerking worden meer problemen ervaren dan bij bestaande samenwerkingen. Problemen bij bestaande samenwerkingen zijn vooral intern en betreffen verschillen in cultuur en werkwijze tussen SEH en HAP. Bij intensivering van samenwerking worden meer externe problemen ervaren, met name bij de financiering van de HAP.

¹⁴ 156 locaties spoedzorg in Nederland: een quickscan van de huidige organisatie van spoedzorg. *Gupta Strategists*, 2013

In 15 regio's (30 spoedzorglocaties) liggen de HAP en SEH niet op hetzelfde terrein, maar bedienen ze wel vrijwel hetzelfde gebied. In 11 van deze gedeelde regio's lopen gesprekken om tot samenwerking te komen. 5 regio's verwachten deze afspraken al in 2013 te concretiseren. De meeste kiezen voor het seriële model.

Van 2005 - 2007 groeide het aantal HAP-consulten met 8% per jaar en daarna vlakke de groei af naar 1% per jaar. HDS-bestuurders geven aan dat de nieuwigheid van de HAP's begint af te nemen en dat posten strenger worden als mensen niet eerst hebben gebeld om een afspraak te maken. Het aantal SEH-bezoeken is van 2010 tot 2011 met 4% gedaald. In 2012 bleef het volume gelijk, maar nam het aandeel binnenlopers af. Het aandeel patiënten ingestuurd door de huisarts nam juist toe.

Er is geen verband tussen samenwerkingen met HAP's en het aantal SEH-bezoeken, maar wel tussen verwijzingen via HAP's en binnenlopers. Naarmate de samenwerking intensiever is, is het aantal binnenlopers op de SEH lager en het aantal verwijzingen van huisartsen duidelijk hoger. SEH-managers geven aan dat HAP's weliswaar de binnenlopers in eerste instantie afvangen, maar dat bij relatief veel patiënten toch nog een verwijzing naar de SEH nodig is. In een aantal gevallen lijkt door de samenwerking tussen HAP en SEH de doorverwijsdrempel lager te worden.

Triage genuanceerd

In de veldcontacten tijdens dit onderzoek is ook het punt van triage aan de orde gekomen. Inderdaad wordt hieraan in de praktijk op verschillende manieren invulling gegeven. Het vaak gepropageerde uitgangspunt van 'triage door de huisarts' suggereert dat een huisarts persoonlijk de triage verzorgt. Meestal gebeurt dit echter door een doktersassistente met behulp van het NTS. In de praktijk stelt men zich de vraag of dit een adequate oplossing is voor situaties waarbij er één triagepunt is voor binnenlopers, met vervolgens een vertakking naar HAP of SEH. Om redenen van kwaliteit en efficiency wordt daarom wel gekozen voor triage door een SEH-verpleegkundige, die vervolgens bepaalt of de patiënt naar de HAP of de SEH gaat. Dit heeft alles te maken met het feit dat in de praktijk bij binnenkomst niet altijd een eenduidige diagnose kan worden gesteld. Hoe meer ervaring de triagist heeft, hoe groter de kans dat vermoedens van ernstiger problematiek tijdig worden gesignaleerd. Op een grote SEH in de Randstad werkt men met verpleegkundig specialisten op het gebied van spoedzorg. Die kunnen zowel voor een deskundige triage zorgen als zelfstandig bepaalde behandelingen uitvoeren.

Kostenbesparing genuanceerd

Er wordt vaak gesteld dat door integratie van SEH en HAP landelijk forse besparingen kunnen ontstaan. Er is in Nederland weinig onderzoek gedaan naar de kosten van zelfverwijzers op de SEH maar er wordt wel aangenomen dat de zorg op de SEH duurder is dan de zorg door de huisarts of HAP. Volgens berekeningen van de Vereniging voor Huisartsenposten Nederland (VHN) is de zorg door de huisarts 65 euro per patiëntencontact goedkoper dan de zorg op de SEH¹⁵. Hier is voornamelijk de consultprijs berekend, en niet gekeken naar aanvullende diagnostiek en verwijzingen. Er wordt ook wel gesteld dat de zorg voor zelfverwijzers op een SEH bijna 3x duurder zou zijn dan op een HAP en bijna 5x duurder dan bij een huisartsenpraktijk. Deze vaak geciteerde bevinding komt echter uit één scriptieonderzoek in 2010, gebaseerd op een pilotstudy waarbij de SEH van een UMC werd vergeleken met een HAP¹⁶. Gezien deze beperkte studie lijkt een generalisering van de conclusie, zoals thans in de discussie gebeurt, niet verantwoord.

¹⁵ De huisartsenpost, Armslag voor een goed eerstelijnsloket. *Nederlandse Vereniging Huisartsenposten*, 2007

¹⁶ Spoedeisende hulp en huisartsenzorg: een kostenanalyse. S. Giesbers, 2010

Financiële effecten onvermijdelijk

Geïntegreerde spoedzorg heeft natuurlijk wel financiële consequenties voor een ziekenhuis en voor de medisch specialisten, zeker daar waar er geen SEH-artsen zijn. Waar sprake is van veel zelfverwijzers op de SEH, zal een deel van deze stroom na integratie richting huisarts gaan. Dat betekent met name voor chirurgen een daling van inkomsten, omdat deze nu verreweg het grootste deel van deze groep behandelen. Ook bij andere grote 'SEH-specialismen' als orthopedie, interne geneeskunde en kindergeneeskunde kan sprake zijn van een nadelig financieel effect. Omdat geïntegreerde spoedzorg een onomkeerbare ontwikkeling lijkt te zijn, zijn deze nadelige financiële effecten onvermijdelijk. In de praktijk blijkt dat een tijdelijke compensatie van inkomensverlies wel onderwerp van gesprek kan zijn met verzekeraars en HAP's. Dat geldt overigens ook voor een tijdelijke compensatie voor de hogere werkdruk bij de HAP's.

Substitutie in de acute zorg lijkt beperkt

Bij de chronische zorg is sprake van substitutie tussen de tweede en eerste lijn. Denk aan de ketenzorg bij diabetes of COPD. De vraag is of er bij de acute zorg ook sprake kan zijn van substitutie, anders dan de beweging om de stroom zelfverwijzers richting huisarts en HAP te laten afbuigen. Voor veel aandoeningen is er immers sprake van eenduidigheid, als het gaat om de vraag wie dat moet behandelen. Een HAP is bijvoorbeeld niet de goede plaats voor de behandeling van fracturen, bloedingen, acute vaatproblematiek, multitrauma, opvang bij problemen binnen 24 uur na dagbehandeling en patiënten waarvoor aanvullende diagnostiek nodig is.

3.2.2 Locatieprofilering leidt tot sluiting SEH's

Diverse ziekenhuizen met meerdere locaties hebben, in het kader van locatieprofilering, besloten om één van de SEH's te sluiten. Zoals het Albert Schweitzer ziekenhuis (locatie Zwijndrecht), Rijnstate (locatie Zevenaar) en het Diaconessenhuis Utrecht (locatie Zeist). Belangrijke redenen waren het grote aantal zelfverwijzers en/of het niet meer kunnen voldoen aan aangescherpte kwaliteitscriteria. De sluiting van de SEH werkte ook door op de sluiting van de IC (voor zover aanwezig) en op het zorgaanbod van de betreffende locatie. In de locaties ligt het accent nu op de laagcomplex en veelal electieve zorg. In alle drie de gevallen is er gezocht naar een mogelijkheid om patiënten op te vangen die acute zorg nodig hebben. De oplossingen variëren van een HAP die mogelijk een HAP+ functie krijgt, een HAP in combinatie met een 'spoedpoli' of een Acute Zorg Afdeling met mogelijkheden tot hartbewaking en stabilisatie. Er zijn verschillende wegen bewandeld in het proces om te komen tot sluiting van de SEH. In alle gevallen is gekozen voor een nauwe samenwerking met de huisartsen en in sommige gevallen met de ambulancediensten. De communicatie met de lokale bevolking en politiek is erg belangrijk en bleek niet altijd eenvoudig. Proactiviteit en een heldere, eenduidige boodschap waar niet op wordt teruggekomen, zijn essentieel.

3.2.3 Regionale samenwerking borgt kwaliteit acute zorg

In meerdere regio's wordt gezocht naar samenwerking op het gebied van de acute zorg tussen huisartsen en ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen onderling. Zo heeft bijvoorbeeld het Röpcke-Zweers ziekenhuis in Hardenberg enerzijds samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de HAP die in het ziekenhuis is gehuisvest en de SEH. Indien bijvoorbeeld de dienstdoende huisarts op spoedvisite moet, dient het SEH-team als achterwacht. Men kan werk van elkaar overnemen gedurende diensturen. Anderzijds wordt er intensief samengewerkt met andere ziekenhuizen in het Netwerk Acute Zorg Zwolle. Hierin zijn zeven ziekenhuizen in de regio vertegenwoordigd, die samen afspraken maken over welke spoedzorg waar naartoe gaat en ook wordt er onderling kennis en kunde uitgewisseld. Dit met als doel kostenbesparend te werken en 'de juiste zorg op de juiste tijd en op de juiste plaats te leveren'.

4. Complexe acute zorg

Conclusies

Het onderscheid tussen acute complexe en basiszorg is in de praktijk niet zo eenvoudig en eenduidig te maken. Traumazorg en complexe pediatrie zijn al geconcentreerd. Acute verloskunde toont aan dat tussen ideaaltypische normen en praktische haalbaarheid een discrepantie kan bestaan. Bij acute cardiologie, neurologie en vaatchirurgie gaat het minder om de vraag of iets complex is, dan wel of er een aantoonbare relatie is tussen volume (in combinatie met infrastructuur) en kwaliteit. 'Complexe' acute zorg (exclusief verloskunde) maakt naar schatting zo'n 5% van de acute zorg uit.

4.1 Complex versus basis

Het veel genoemde onderscheid tussen complexe en niet-complexe acute medisch specialistische zorg is in de praktijk minder eenvoudig en eenduidig te maken.

Vereenvoudiging van de werkelijkheid

Volgens de NVSHA¹⁷ is sprake van een vereenvoudiging van de werkelijkheid, als men complexe spoedeisende zorg eenvoudig scheidt van spoedeisende basiszorg. Bij die scheiding wordt spoedeisende zorg nadrukkelijk vanuit het einde van het zorgproces (de uiteindelijke diagnose) bekeken en opgedeeld. In de praktijk is volgens de NVSHA aan de voorkant van het zorgproces eerder sprake van een spectrum aan zorg. Hierbij is een groot deel nog ongedifferentieerd of onjuist gedifferentieerd. De klacht waarmee een patiënt zichzelf bij de huisarts, SEH of ambulance presenteert, kan nog verschillende uitkomsten hebben. Hierdoor is sturing van acute zorg in werkelijkheid ingewikkelder dan vaak wordt gesuggereerd. Volgens de NVSHA zijn patiënten bij de ingang van spoedeisende zorg dan ook niet gebaat bij gefragmenteerd georganiseerde zorg.

Een voorbeeld uit de praktijk illustreert dat de splitsing tussen complexe spoedeisende en basiszorg nog niet zo makkelijk te realiseren is. Dat komt omdat zoals gezegd de tweedeling uitgaat van de uiteindelijke diagnose, en niet vanuit de klacht en de mogelijk ernstigste diagnose. Zo besloot een ziekenhuis met meerdere locaties een onderscheid aan te brengen in de spoedzorg. Op de ene locatie (laagcomplexe spoedzorg) werd een deel van de acute zorg niet meer geboden. De IC sloot en de acute cardiologie, de trombolysie-patiënten en de complexe chirurgie werden alleen nog op de andere locatie (hoogcomplexe spoedzorg) geboden. Het onderscheid tussen beide SEH's werd duidelijk gecommuniceerd naar huisartsen en RAV. In de praktijk werden echter meer patiënten door ambulances naar de SEH voor complexe zorg gebracht dan gezien de afspraken nodig zou zijn. Zo kwamen er veel patiënten 'voor de zekerheid', die gezien hun uiteindelijke diagnose op de andere locatie geholpen hadden kunnen worden. Het bleek moeilijk voor de verwijzer (huisarts en RAV) om aan het begin van de keten de ernst van het onderliggende lijden juist in te schatten. Simpele enkelfracturen, collapsen, epileptische insulten en andere aandoeningen kwamen naar de 'zwaardere SEH' omdat er mogelijk sprake was van ernstig onderliggend lijden of een spoed OK-indicatie. Ook de zelfverwijzer koos vaak voor die locatie omdat 'daar alles nog kon'. De ongeruste patiënt met een acute zorgvraag wilde daar zijn waar eventuele ernstiger onderliggende pathologie behandeld zou kunnen worden. Voor SEH's die zijn ingericht voor complexe zorg kan het dus betekenen dat zij het (overdag) te druk krijgen met niet-complexe zorg waarvoor zij niet zijn uitgerust qua ruimte en personeel.

¹⁷ Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg Zorgverzekeraars Nederland, een gemiste kans. *Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen*, 2013

Ongedifferentieerde patiënten binnen 'overige spoedeisende zorg'

Een recent artikel in Medisch Contact¹⁸ gaat in op de zorgstroom 'overige spoedeisende zorg (zowel snijvend als beschouwend)' in de Kwaliteitsvisie van ZN¹⁹, die vrijwel overeenkomt met acute medisch specialistische basiszorg. Deze zorgstroom is in volume de grootste groep, die in de Kwaliteitsvisie niet is uitgewerkt. ZN volstaat met de constatering dat de aanwezigheid van een IC voor deze patiënten voldoende garanties biedt. Het artikel wijst erop dat een deel van deze groep patiënten bij presentatie geen duidelijke diagnose heeft. Het gaat dan om ongedifferentieerde patiënten, van wie het klachtenpatroon en de comorbiditeit vaak te complex is om een enkelvoudige diagnose te stellen. Deze patiënten kenmerken zich vaak door hogere leeftijd, aanwezigheid van een of meer chronische aandoeningen en polyfarmacie. Multimorbiditeit betreft overigens niet alleen de geriatrische patiënten. Er zijn patiënten uit alle leeftijdscategorieën met chronische ziekten, waaronder cardiovasculaire problematiek, diabetes mellitus met complicaties, chronische nierinsufficiëntie/dialysebehandeling, hiv-infectie, systeemziekten en oncologische aandoeningen. De eerste opvang, diagnostiek, behandeling en het vaststellen van het te voeren beleid is voor deze ongedifferentieerde patiënten niet altijd zo eenvoudig te protocolleren als voor patiënten met enkelvoudige problematiek. Ondanks het feit dat het hoogcomplexere patiëntenzorg betreft, zijn de vitale functies slechts zelden zodanig bedreigd dat opname op een IC nodig is (5% van de patiënten op de SEH). De betrokkenheid van een IC bij de acute opvang is volgens de auteurs dan ook zelden geïndiceerd en biedt daarom geen algemene garantie voor optimale zorg.

Risicoclassificatie operaties ontbreekt

Ook bij de IC-zorg is het minder eenvoudig dan vaak wordt gedacht om (vooraf) een scherp onderscheid te maken tussen complexe en minder complexe ingrepen. Het volgende is ontleend aan de richtlijn 'Het preoperatieve traject' van de NVVH²⁰. Voor de inschatting van het operatierisico is niet alleen de conditie van de patiënt belangrijk, maar ook het type operatie. Een valide risicoclassificatie voor operaties bestaat echter niet. Er bestaan wel classificaties voor operaties, maar die zijn voor andere doeleinden ontwikkeld (bijvoorbeeld classificatie van technische moeilijkheidsgraad voor de chirurgische opleiding), en een relatie met risico voor de patiënt is niet aangetoond. Om veilige zorg te kunnen leveren is het belangrijk om de risico's te kennen en daarop te kunnen anticiperen. Daarom acht de werkgroep die de richtlijn opstelde het van belang dat onderzoek wordt gedaan naar een valide en betrouwbare risicoclassificatie van operaties. Omdat deze classificatie tot nu toe ontbreekt, is het ook lastig om eenduidig aan te geven welke operatieve ingrepen direct samenhangen met IC-zorg.

4.2 Traumazorg en complexe pediatrie al geconcentreerd

Op een aantal gebieden is de complexe spoedeisende zorg in Nederland al in belangrijke mate geconcentreerd. Het gaat om zorg waarover vrijwel geen discussie is dat die complex is, zoals:

- De traumazorg: complexe medisch-specialistische acute zorg, vooral aan ernstige ongevalsslachtoffers. Voor deze patiënten biedt de gemiddelde SEH onvoldoende mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. In Nederland zijn elf ziekenhuizen aangewezen als traumacentrum. Elk traumacentrum beschikt over een mobiel medisch team (MMT, ook wel traumateam genoemd), dat in aanvulling op ambulancezorg ter plaatse van het incident medisch-specialistische hulp kan verlenen²¹.
- De complexe spoedeisende pediatrie: die is geconcentreerd rond een beperkt aantal pediatrie IC's.

¹⁸ Medisch Contact, <http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/archief-6/tijdschriftartikel/130324/spoedinternist-kan-acute-zorg-versterken.htm>, 2013

¹⁹ Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg. *Zorgverzekeraars Nederland*, 2013

²⁰ Het preoperatieve traject. *Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie*, 2010

²¹ Landelijk netwerk Acute zorg. <http://www.inaz.nl/bues/cms/nl/4/takenzorg.html>, 2013

4.3 Acute verloskunde: norm versus haalbaarheid

De acute verloskunde is niet op voorhand complexe zorg, maar wel spoedeisend. De belangrijkste aanleiding voor concentratie ligt hier in de noodzakelijke kwaliteitsverbetering. Het voorbeeld toont aan dat tussen ideaaltypische normen en praktische haalbaarheid een forse discrepantie kan bestaan.

Sinds begin 2008 staat de perinatale sterfte in Nederland weer hoog op de politieke en maatschappelijke agenda, ingegeven door onder andere een babysterfte van 10% op jaarbasis en de in Europees verband relatief slechte prestatie van de verloskundige zorg in Nederland. Om deze redenen zag het Ministerie van VWS zich in 2010 genoodzaakt de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in te richten, met de opdracht om de "zorg rond zwangerschap en geboorte te optimaliseren, zodat waar mogelijk de perinatale sterfte en morbiditeit kan worden teruggedrongen"²². Deze stuurgroep heeft diverse aanbevelingen gedaan, onder andere het instellen van het College voor Perinatale Zorg (CPZ), om de verbeteringen in algemeen beleid, kaders en richtlijnen te vertalen zodat benodigde samenwerking van professionals tot stand kon komen. Naast richtlijnen stelt de stuurgroep de norm dat er in acute situaties 24 uur per dag, 7 dagen in de week juiste zorg beschikbaar is. Dit houdt onder andere in dat er binnen 15 minuten een professional in een acute situatie de benodigde behandeling moet kunnen starten. Hierbij moet de 45 minuten norm voor bereikbaarheid van ziekenhuizen gehandhaafd blijven.

Op basis van de aanbevelingen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte en de bereikbaarheidsnormen rondom acute verloskunde in ziekenhuizen en thuisbevallingen, heeft het Ministerie van VWS daarom de NVZ en de NVOG in 2011 gevraagd om een implementatieplan op te leveren om de vastgestelde richtlijnen in de praktijk te brengen in de tweede lijn. Uit eerdere rapporten van diverse onderzoeksinstituten²³ is gebleken dat de 15 minuten norm en de benodigde bewakings- en begeleidingsnormen niet haalbaar zijn op korte termijn. Specifiek heeft de minister van VWS daarom gevraagd wat er nodig is en binnen welk tijdspad om aan de vastgestelde normen en kaders te voldoen. KPMG Plexus heeft dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van NVOG en NVZ en is tot de conclusie gekomen dat het op 62 locaties aanbieden van acute verloskundige zorg, vanwege de 45 minuten norm, weliswaar perspectief biedt, maar dat de beschikbaarheid van het benodigd personeel erg lang duurt in verband met opleidingstijd en benodigde financiële middelen²⁴. Mede op basis van dit rapport geeft de minister in maart 2012 aan dat het niet verantwoord is om de strengere normen op een korte termijn door te voeren voor alle ziekenhuizen, mede vanwege de forse invoeringsproblemen. In 2017 (termijn van vijf jaar) wil de minister opnieuw bekijken of de invoer van de strengere normen noodzakelijk is. Tot die tijd moet men alternatieve oplossingen vinden in de regio en blijft het balanceren tussen kwaliteit en bereikbaarheid.

4.4 Acute neurologie, cardiologie, vaatchirurgie

In feite borduurt de Kwaliteitsvisie van ZN voort op het onderscheid dat de Werkgroep Kwaliteitsindeling SEH in 2009 maakte, in termen van profielen. De Kwaliteitsvisie geeft geen definitie van complexe spoedeisende zorg. Bij de acute neurologische, cardiologische en vaatchirurgische zorg worden specifieke aandoeningen genoemd (CVA, AMI, (r)AAA) waarvoor vervolgens de 'complexe spoedeisende zorgstromen en de optimale volumes' worden beschreven. Deze aandoeningen worden dus vereenzelvigd met complexe zorg, wat in de praktijk tot discussie leidt, met name in het geval van CVA.

²² Een goed begin. *Stuurgroep zwangerschap en geboorte*, 2010

²³ Verloskunde in ziekenhuizen. *Inspectie voor de Gezondheidszorg*, 2011 en Acute Verloskunde: praktijkonderzoek naar een goed begin. *KPMG Plexus*, 2010 en Van wens naar realisatie. *Logex*, 2010

²⁴ 24/7 Acute Verloskunde in het ziekenhuis. *KPMG Plexus*, 2012

Een werkgroep Acute Zorg van de Orde van Medisch Specialisten noemt overigens trombolysie bij een ischemisch CVA een voorbeeld van een complexe acute zorgvraag²⁵. Iets anders is het of dit een zinvolle discussie is. Relevanter lijkt dat het hier gaat om aandoeningen waarbij de relatie tussen volume en kwaliteit vrij uitgebreid wordt onderbouwd. Wel wordt vanuit de praktijk gewezen op afbreukrisico's, met name als gevolg van een mogelijk langer vervoer van patiënten.

De Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) stelt dat de aanbevelingen in de Kwaliteitsvisie van ZN zouden kunnen leiden tot averechtse effecten en een slechtere zorg voor patiënten met een beroerte. De laatste jaren is er door de NVN samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor gezorgd dat trombolysie tegenwoordig in de meeste ziekenhuizen door de neuroloog snel gegeven kan worden. Deze behandeling heeft alleen zin in de eerste uren na het ontstaan van een beroerte. Hoe eerder de behandeling plaatsvindt, hoe meer er kans is op volledig herstel ('time is brain'). Beperking van de beschikbaarheid van trombolysie door concentratie van deze zorg zou volgens de NVN ertoe leiden dat patiënten deze behandeling niet of te laat krijgen, waardoor zij onnodig hersenletsel oplopen.²⁶

Bij de complexe vaatchirurgische acute zorg bepleit de Kwaliteitsvisie van ZN een verdere concentratie van de spoedeisende zorg bij een geruptureerd abdominaal aorta aneurysma ((r)AAA). Uitgaande van een 'optimum' van 33 (r)AAA's, waarvan minimaal 15 acuut, zouden deze ingrepen nog maar op 52 in plaats van de huidige 82 locaties worden uitgevoerd. Dat betekent een uitbreiding van het ambulancevervoer met risico's van collaterale schade. Er zal bij een eventuele verdere concentratie dan ook niet alleen meer en langer vervoerd moeten worden, maar de ambulancezorg zelf zal moeten worden aangepast (adequate protocollen, e.d.).

4.5 Betekenis spoedeisende zorgstromen

Op basis van de DIS-registratie is een schatting gemaakt van omvang van de spoedeisende zorgstromen zoals de Kwaliteitsvisie van ZN die onderscheidt. Per spoedeisende zorgstroom heeft ZN één of enkele ziektebeelden uitgewerkt die 'het merendeel van de zorg (volume en kosten) bepaalt en waarvoor geldt dat de daarvoor benodigde spoedeisende infrastructuur ook de overige zorg binnen die zorgstroom adequaat kan leveren'.

²⁵ Standpunt Acute zorg, www.kwaliteitskoepel.nl, december 2012

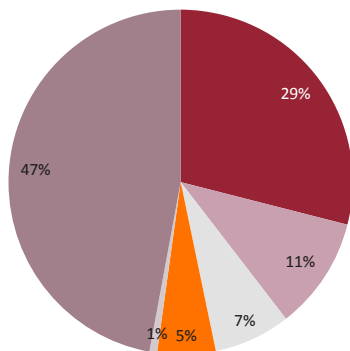
²⁶ Nederlandse Vereniging voor Neurologie, <http://www.neurologie.nl/publiek/nieuws/actueel/persbericht-nvn-waarschuwt-voor-averechtse-effecten-van-aanbevel>, 2013

Tabel 3. Spoedeisende zorgstromen volgens Kwaliteitsvisie ZN

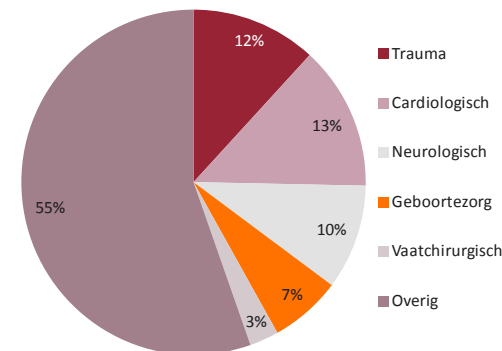
Spoedeisende zorgstroom	Uitgewerkte ziektebeelden	Niet uitgewerkte ziektebeelden
Traumazorg	Multitrauma Monoletsel: heupfractuur	Monoletsels: Hoofd-/hersenletsel Aangezichtsfracturen Thoraxletsel Buikletsel Wervelkolomletsel Letsel bovenste extremiteiten Letsel onderste extremiteiten Brandwonden huid en/of ademweg Vaatletsel Overige traumatische letsels
Neurologische zorg	CVA	Postanoxisch coma Meningitis Epilepsie Acute hoofdpijn
Cardiologische zorg	Acuut myocardinfarct (AMI)	Overige acute aandoeningen Acuut hartfalen Hartritmestoornissen Instabiele angina pectoris
Vaatchirurgische zorg	Ruptuur abdominaal aorta aneurysma ((r)AAA)	Overige acute aandoeningen Ruptuur thoracaal aorta aneurysma (TAA) Aortadissectie
Geboortezorg		
Overige acute zorg		

De schatting is op twee manieren gemaakt: per totale spoedeisende zorgstroom (dus zowel de uitgewerkte als niet uitgewerkte ziektebeelden), c.q. de uitgewerkte ziektebeelden.

Schatting van aantal patiënten naar SEH-zorgstroom [procent]



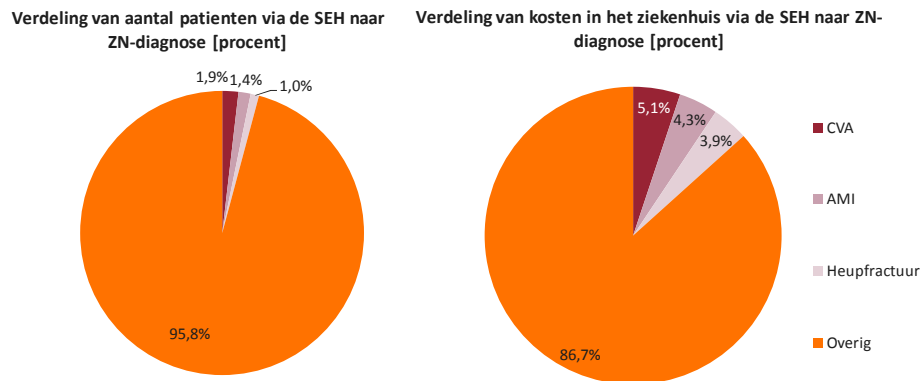
Schatting van kosten in het ziekenhuis naar SEH-zorgstroom [procent]*



* Koppeling op basis van benadering van indeling van ZN-rapport Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg (2013)
Bron: DIS-registratie (2011), SiRM analyse

Figuur 2. Schatting relatieve aandeel spoedeisende zorgstromen

De in de Kwaliteitsvisie genoemde spoedeisende zorgstromen betreffen in totaal dus iets meer dan de helft (53%) van de SEH-DBC's en 45% van de daaraan gerelateerde kosten. Hierbij zijn dus per zorgstroom zowel de door ZN uitgewerkte als de niet uitgewerkte ziektebeelden meegenomen. Figuur 3 geeft een schatting van alleen de uitgewerkte ziektebeelden.



* Koppeling op basis van benadering van indeling van ZN-rapport Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg (2013)
Bron: DIS-registratie (2011), Kosten per verrichting NZa (2005), SIRM analyse

Figuur 3. Schatting aandeel uitgewerkte ziektebeelden

Als wij alleen kijken naar de uitgewerkte ziektebeelden, dan blijkt dat CVA, AMI en heupfracturen samen ongeveer 4% van de aantallen en 13% van de kosten van alle SEH-DBC's uitmaken. Hierbij is de inschatting dat het grootste deel van de AMI's die via een Eerste Hart Hulp binnenkomen als SEH-DBC wordt geregistreerd.

Voor AAA waren in de onderzoeksgroep geen DBC's geregistreerd. Jaarlijks worden in Nederland ruim 4.400 operaties uitgevoerd vanwege een AAA, waarvan naar schatting 500 - 600 vanwege een geruptureerd AAA²⁷.

Er zijn in Nederland per jaar naar schatting zo'n 2.500 multitrauma's, op bijna 1 miljoen letsels die op de SEH worden behandeld c.q. worden opgenomen²⁸. Dat komt dus neer op zo'n 0,25%. Ofwel, van de zorgstroom trauma is waarschijnlijk een zeer klein deel multitrauma's.

Op basis van bovenstaande gegevens schatten wij de 'complexe' spoedeisende zorgstromen (in de zin van multitrauma, heupfracturen, CVA, AMI, AAA) op circa 5% van de aantallen en 15% van de kosten van de SEH-DBC's.

In Nederland is jaarlijks, bij een totaal van circa 175.000 bevallingen, in 34.000 gevallen (19%) sprake van een acute verloskundige situatie²⁹. In 80% van die acute gevallen is de vrouw al in het ziekenhuis, in de overige 20% moet zij met spoed daarheen worden vervoerd. De acute verloskunde bedraagt 5% van het aantal en 7% van de kosten van de SEH-DBC's (zie figuur 2).

²⁷ Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg. *Zorgverzekeraars Nederland*, 2013

²⁸ Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg. *Zorgverzekeraars Nederland*, 2013

²⁹ Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg. *Zorgverzekeraars Nederland*, 2013

4.6 Intensive Care

Volume

Zowel in de Kwaliteitsvisie van ZN³⁰ als in de nieuwe Conceptrichtlijn IC wordt³¹, op basis van een analyse van wetenschappelijke literatuur, ingegaan op de relatie tussen het volume aan IC-patiënten en de uitkomsten van de IC-zorg. Op grond van dezelfde studies worden verschillende conclusies getrokken. De Kwaliteitsvisie van ZN komt tot een optimum volume van 400 niet-postoperatief beademde patiënten per jaar. De Conceptrichtlijn constateert dat een relatief groot aantal studies de relatie tussen volume en uitkomst (IC-sterfte en ziekenhuissterfte) beschrijft, waarbij blijkt dat de overleving slechter is bij behandeling op een laag-volume IC. Men tekent hierbij aan dat vrijwel alle studies zijn uitgevoerd bij beademde, meestal niet-chirurgische patiënten en dat sommige studies het effect alleen vonden bij ernstig zieke patiënten. Daarom bestaat volgens de Conceptrichtlijn de mogelijkheid dat het verband niet bestaat bij niet-beademde patiënten en bij minder ernstig zieke patiënten. De Conceptrichtlijn stelt dan ook dat er geen duidelijk 'afkappunt' is als het gaat om het volume.

Concentratie

De Kwaliteitsvisie van ZN heeft op basis van het 'optimale' volume van 400 niet-postoperatieve IC-patiënten berekend dat er maximaal 46 IC-locaties in Nederland nodig zouden zijn. De consequentie is een verhoging van de gemiddelde reistijd per patiënt met 40% (van 11,8 naar 16,4 minuten) en een toename van het aantal interklinische transporten.

Het aantal van 46 overblijvende IC-locaties lijkt op het scenario dat de Regieraad in 2011 publiceerde³². Daarbij ging men uit van een herverdeling van de IC-capaciteit binnen de bestaande traumaregio's. Binnen deze 11 regio's is gekeken naar de IC-vraag op grond van adherentiecijfers. Capaciteit en patiëntenstromen zijn verplaatst naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis in de regio. Uitgangspunt was dat er per regio een kernziekenhuis ontstaat waar hoogcomplexe zorg wordt geleverd. Daaromheen zijn 1 of meer satellietziekenhuizen die de laagcomplexe zorg verlenen. De consequentie van de herverdeling zou zijn dat 1 op de 40 patiënten langer dan 45 minuten moet reizen naar een ziekenhuis met een IC. De herverdeling is gemaakt door de IC-capaciteit van 39 ziekenhuizen met een niveau 1 IC te herverdelen. Een uitzondering is gemaakt voor 7 level 1 IC's waarvoor sluiting te grote consequenties zou hebben voor de toegankelijkheid.

Hoewel de aantallen overblijvende IC's vrijwel gelijk zijn, is de scenarioberekening van de Regieraad dus een andere dan die van de Kwaliteitsvisie van ZN.

Op basis van de openbare gegevens van ziekenhuizen transparant.nl (gegevens 2011) hebben wij een inventarisatie gemaakt van het aantal IC-patiënten per ziekenhuis.

Als de 'norm' van 400 niet-postoperatief beademde patiënten als uitgangspunt wordt genomen, dan raakt dit 94% van alle algemene ziekenhuizen, zo blijkt uit deze inventarisatie. Er waren in 2011 slechts 5 ziekenhuizen die boven deze norm zaten; 5 ziekenhuizen zaten tussen de 350 en 400 van dergelijke patiënten. De eventuele herverdeling raakt dus vrijwel alle ziekenhuizen en zou een enorm effect hebben door alleen al de herallocatie van capaciteiten. Voorts blijkt dat een aantal grote ziekenhuizen relatief weinig patiënten in deze categorie heeft, waarbij het vrij theoretisch is ervan uit te gaan dat deze ziekenhuizen het dan maar zonder IC zouden moeten stellen. Ook blijkt dat sommige kleinere ziekenhuizen over hogere aantallen niet-postoperatief beademde patiënten beschikken dan sommige grotere ziekenhuizen.

³⁰ Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg. *Zorgverzekeraars Nederland*, 2013

³¹ Concept richtlijn Intensive Care. *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2013

³² Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg. *Regieraad*, 2011

De reactie van de NVIC op de Kwaliteitsvisie van ZN op dit punt luidt: “Een kale, niet nader gespecificeerde volumenorm als kritische prestatie-indicator doet geen recht aan de regionale kwaliteit van zorg en de hierbij passende uitkomst die wordt geleverd op de diverse afdelingen intensive care in Nederland”. De reactie is misschien wat kort door de bocht, maar wel begrijpelijk.

Vervoer

Een (verdere) concentratie van acute zorg leidt tot een sterke intensivering van het ambulancevervoer. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) laat zich ook kritisch uit over de concentratie van IC-zorg³³. Volgens de NVA is juist een toename van het aantal IC-bedden nodig, met een goede spreiding over de verschillende niveaus. De NVA wijst op de groei van het aantal patiënten met multimorbiditeit, waardoor een relatief onschuldige aandoening of een simpele operatieve ingreep al snel tot levensbedreigende situaties kan leiden. Volgens de NVA moet daarom ieder ziekenhuis in staat zijn om indien nodig snel en adequaat te kunnen ingrijpen. Omdat de snelheid van de eerste behandeling bepalend is voor de uitkomst, is het volgens de NVA onwenselijk om ‘met instabiele patiënten te gaan crossen’. Dat geldt ook voor postoperatieve intensieve behandelingen. Om dat te voorkomen pleit de NVA ervoor dat elke ziekenhuislocatie voldoende en competente postoperatieve zorg kan aanbieden.

In de praktijk worden ook vele voorbeelden genoemd van nu al bestaande problemen bij het overplaatsen van patiënten. Zo hebben ontvangende IC’s regelmatig geen capaciteit of geen belang (want anders kan de volgende dag een complexe operatie niet doorgaan) bij het overnemen van patiënten.

Conclusie

De discussie over eventuele concentratie van IC-zorg heeft nuance. Er is op dit moment geen manifest en breed kwaliteitsprobleem dat moet worden opgelost (zie bijlage 2). Verbetering is altijd mogelijk, maar niet via eenzijdige en theoretische optimalisaties. Bovendien moet rekening worden gehouden met toekomstige ontwikkelingen. Er is een trend zichtbaar dat het aantal geplande IC-opnamen afneemt in verhouding tot het aantal ongeplande opnamen. Momenteel is ongeveer 34% van de opnamen gepland, tegen ruim 60% in 2006³⁴. De daling van de geplande patiëntenstroom hangt samen met verbeteringen in chirurgische en anesthesiologische technieken en met de intrinsieke groei van niet-chirurgische patiënten. Bij de laatste categorie zijn het veelal oudere patiënten met multimorbiditeit. Zo ligt de aanleiding voor een IC-opname vaker in de complexiteit van de conditie van de patiënt dan in de complexiteit van een voorafgaande ingreep. Verwacht wordt dat deze trend zich doorzet.

³³ Zorgelijk.nl, <http://www.zorgelijk.nl/index.php/professional-kwaliteit-en-veiligheid/156-in-elk-ziekenhuis-intensive-care-en-spoedeisende-hulp>, 2012

³⁴ Concept richtlijn Intensive Care. *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2013

5. Wat betekent acute zorg voor een ziekenhuis

Conclusies

De SEH is van grote bedrijfs(economische) betekenis voor een ziekenhuis. Circa 16% van de DBC's is gerelateerd aan een SEH-bezoek. Die bezoeken (en het vervolgtraject) betreffen ongeveer 40% van de economische waarde (in termen van kosten) van alle DBC's van een ziekenhuis. Vooral de betekenis van een SEH voor de kliniek is groot. Ongeveer de helft van de klinische opnamen en verpleegdagen is gerelateerd aan een SEH-bezoek. De SEH gerelateerde DBC's zijn ook van (al dan niet substantiële) betekenis voor de OK, diagnostiek en laboratorium. De relatie tussen SEH en IC is in aantallen relatief bescheiden. De SEH's (en IC's) hebben ook een belangrijke interne functie voor een ziekenhuis en zijn voorts relevant voor de aantrekkingskracht op de arbeidsmarkt.

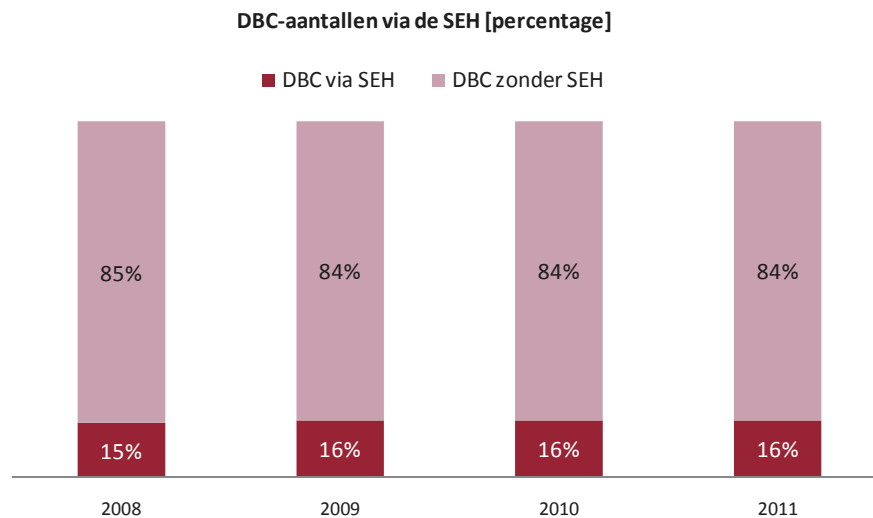
5.1 De bedrijfs(economische) betekenis van de SEH

In dit hoofdstuk belichten wij de bedrijfs(economische) betekenis van de SEH voor een ziekenhuis. De kwantificering is gebaseerd op de DIS-registratie 2011 en betreft een representatieve groep algemene ziekenhuizen. Er is zowel gekeken naar aantallen als naar geldswaarde. De geldswaarde is ontleend aan de kosten van DBC's, zoals die in 2005 door de (voorloper van de) NZa zijn gebruikt om tarieven te bepalen. In absolute zin zijn deze kosten uiteraard veranderd, maar in relatieve zin zijn zij bruikbaar voor dit onderzoek. Enerzijds om het relatieve belang van de verschillende aan een SEH-DBC gekoppelde verrichtingen weer te geven en anderzijds om verschillen tussen wel of niet SEH gerelateerde DBC's inzichtelijk te maken. Per op de SEH geopende DBC is geanalyseerd welke verrichtingen daaraan vervolgens gekoppeld zijn en welke kosten die met zich meebrengen. Zo wordt de betekenis duidelijk van de SEH in termen van aantallen en geld, uitgesplitst naar polibezoeken, (dag)opnamen, OK's, IC-opnamen, diagnostiek en laboratorium. De kosten kunnen hierbij worden gezien als een indicator van de economische waarde van een SEH.

5.1.1 Aantallen

Hoeveel en waarvoor

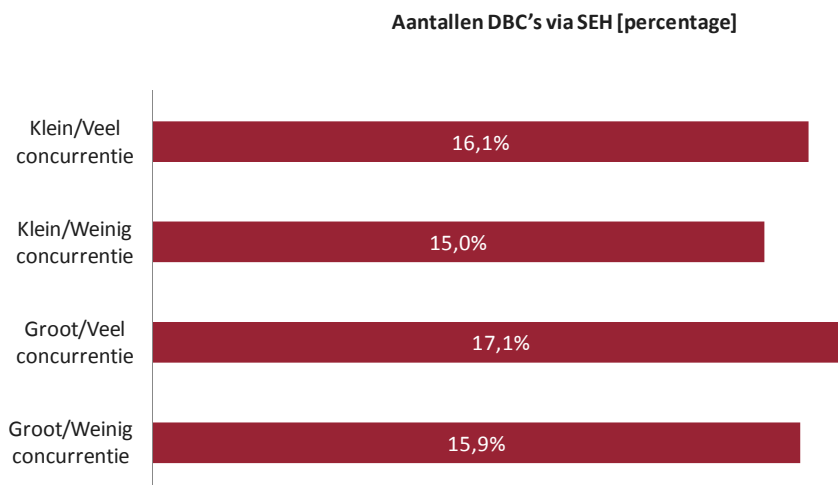
Ongeveer 16% van het aantal DBC's is direct gekoppeld aan de SEH. Dit percentage varieert binnen de onderzoeksgroep tussen 10% en 21%.



Bron: DIS-registratie (2008-2011), SiRM analyse

Figuur 4. Aantallen SEH-DBC's

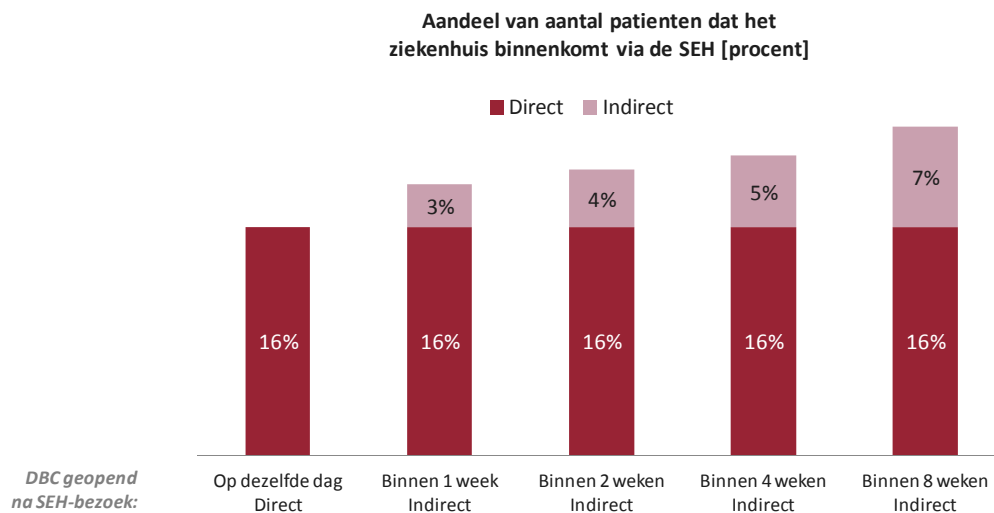
In de brancherapporten van de NVZ worden de algemene ziekenhuizen ingedeeld naar omvang (groot, klein) en marktichtheid (veel, weinig concurrentie). De gebieden met veel concurrentie zijn doorgaans de meer stedelijke gebieden. In die gebieden wordt relatief meer gebruik gemaakt van de SEH.



Bron: DIS-registratie (2011), SiRM analyse

Figuur 5. Aantallen SEH-DBC's naar soort ziekenhuis

Naast de DBC's die gekoppeld zijn aan een SEH-bezoek wordt bij dezelfde patiënten binnen 2 maanden nog eens 7% van de DBC's geopend. Dit is te beschouwen als het indirecte effect, dus bovenop de 16% direct. De aanname hierbij is dat de kans groot is dat een DBC die kort na SEH-bezoek wordt geopend, te maken heeft met dat eerdere SEH-bezoek. Hoe korter de tijdsperiode, hoe groter de kans.

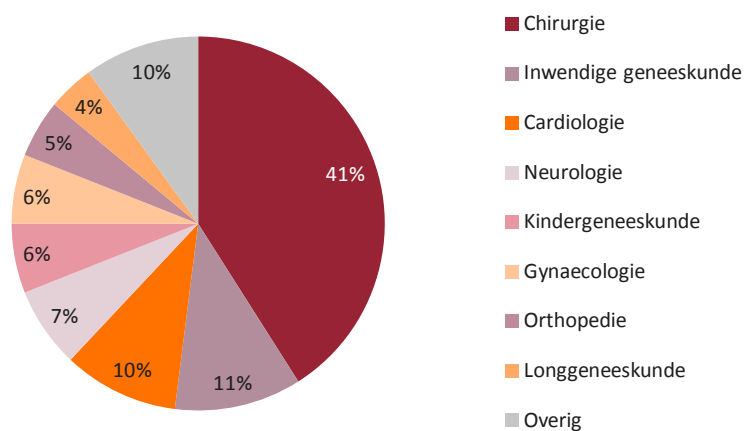


Bron: DIS-registratie (2011), SiRM analyse

Figuur 6. Indirect effect SEH-bezoek

De verdeling van de SEH-bezoeken naar specialisme weerspiegelt zowel de huidige (2011) organisatie op de SEH (welke specialismen bemensen de SEH) als de meest voorkomende diagnoses. Zo betreft ruim 40% van de SEH-DBC's het specialisme chirurgie.

Verdeling SEH-bezoeken per specialisme [percentage]

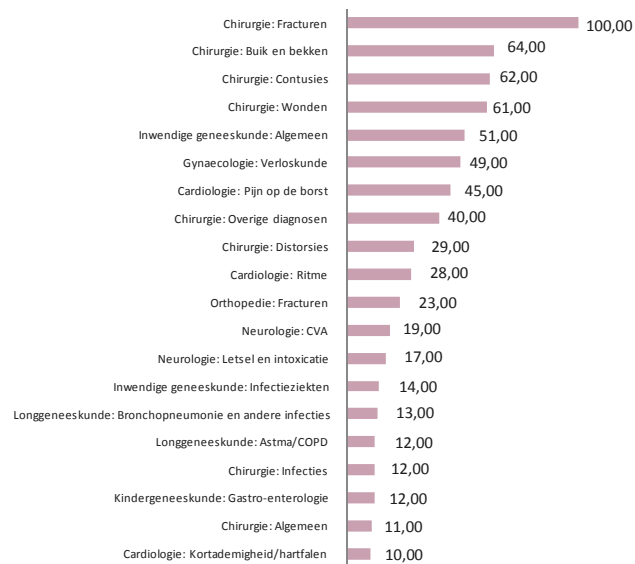


Bron: DIS-registratie (2011), SiRM analyse

Figuur 7. Verdeling SEH-bezoeken per specialisme

De grote SEH-specialismen komen ook terug in de meest voorkomende diagnoses. De top 20 van diagnoses verklaart zo'n 70% van de SEH-bezoeken. Fracturen zijn de meest voorkomende diagnoses. De andere diagnoses zijn uitgedrukt in een percentage van de fracturen.

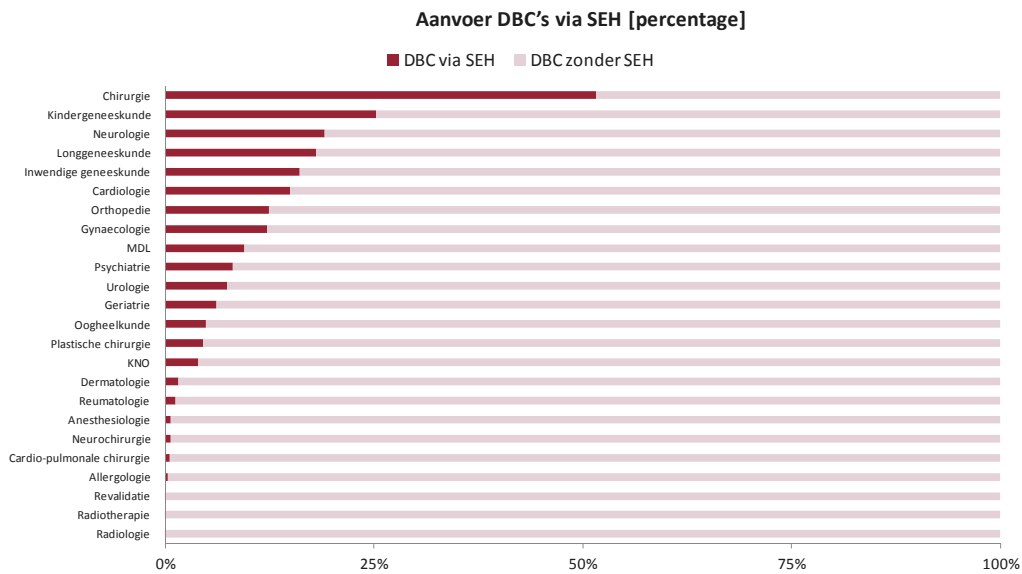
Aantal SEH-bezoeken per diagnose [index]



Bron: DIS-registratie (2011), SiRM analyse

Figuur 8. Meest voorkomende diagnoses SEH (aantallen)

Omgekeerd hebben de grote SEH-specialismen ook veel belang bij de SEH. Zo betreft ruim 50% van de chirurgische DBC's een SEH-bezoek.

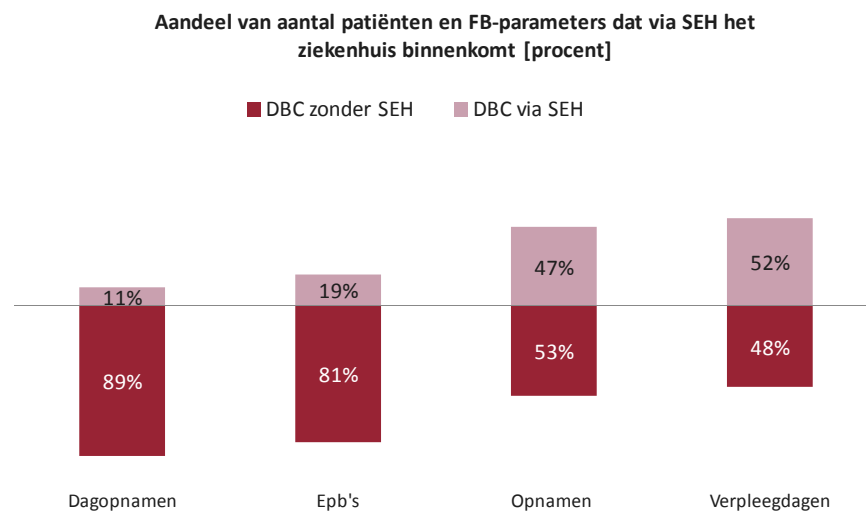


Bron: DIS-registratie (2011), SiRM analyse

Figuur 9. Belang SEH voor specialismen

Aandeel SEH in EPB's en (dag)opnamen

Van de SEH-DBC's leidt uiteindelijk 78% tot een eerste polibezoek, 7% tot een dagopname en 35% tot een klinische opname. Uit figuur 10 blijkt dat ongeveer de helft van de totale opnamen en verpleegdagen in een ziekenhuis patiënten betreft die in eerste instantie via de SEH het ziekenhuis binnenkomen. Bovendien is de gemiddelde ligduur van een patiënt met een SEH-DBC met 5,4 dagen langer dan bij andere patiënten (4,5 dagen). De SEH is dus met name voor de aanvoer naar de kliniek van grote betekenis.



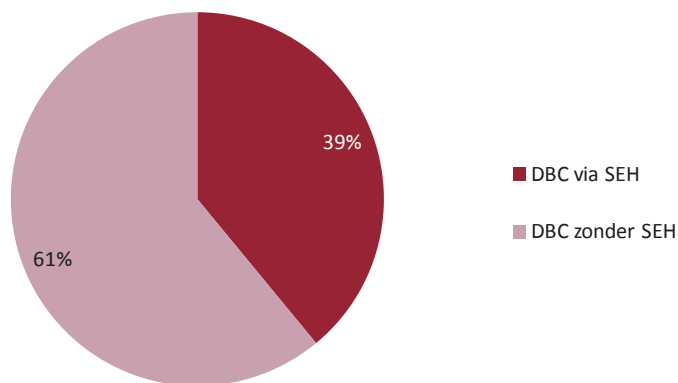
Bron: DIS-registratie (2011), SiRM analyse

Figuur 10. Belang SEH voor eerste polibezoek en (dag)opnamen

5.1.2 Kosten

Zoals toegelicht zijn de kosten van verrichtingen gehanteerd om (in relatieve zin) de bedrijfseconomische betekenis van SEH-bezoeken te berekenen. Zo beschouwd wordt bijna 40% van de kosten gerealiseerd bij patiënten met een SEH-bezoek (variatie binnen de onderzoeksgroep: 22% tot 51%). Indirect zijn nog eens 10% van de kosten toe te rekenen aan DBC's ten gevolge van een SEH-bezoek.

Verdeling van kosten in het ziekenhuis naar herkomst van de patiënt [procent]

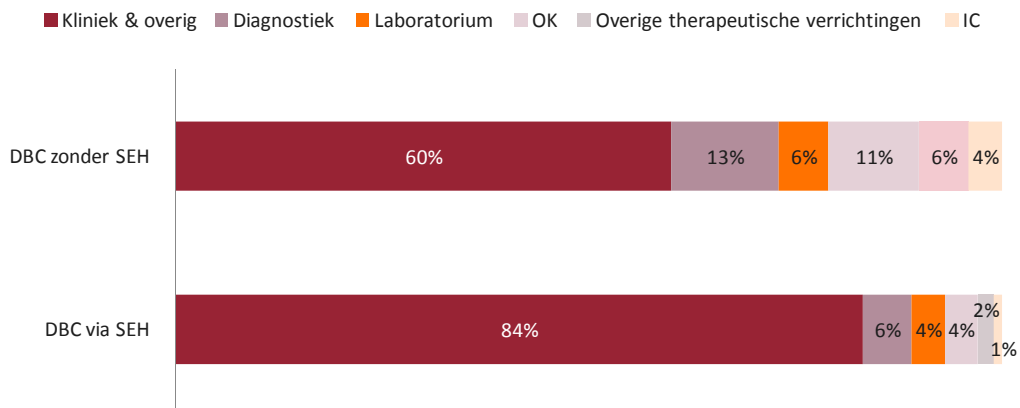


Bron: DIS-registratie (2011), Kosten per verrichting, SiRM analyse

Figuur 11. Aandeel SEH gerelateerde DBC kosten

Het grote klinische belang blijkt ook uit de verdeling van de kosten. DBC's met een SEH-bezoek hebben een grotere klinische component dan DBC's zonder SEH-bezoek.

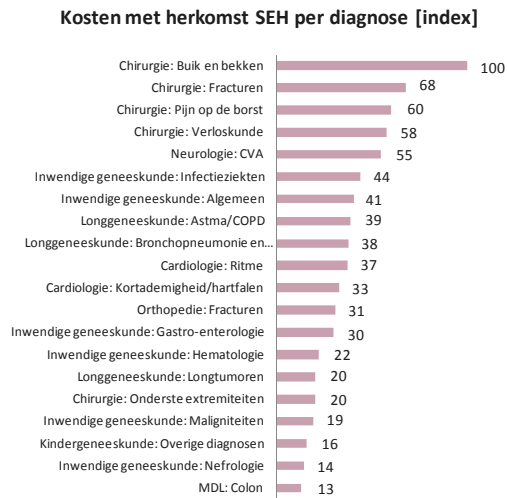
Verdeling van kosten in het ziekenhuis naar herkomst van de patiënt [procent]



Bron: DIS-registratie (2011), Kosten per verrichting NZa (2005), SiRM analyse

Figuur 12. Verdeling kosten SEH gerelateerde DBC's

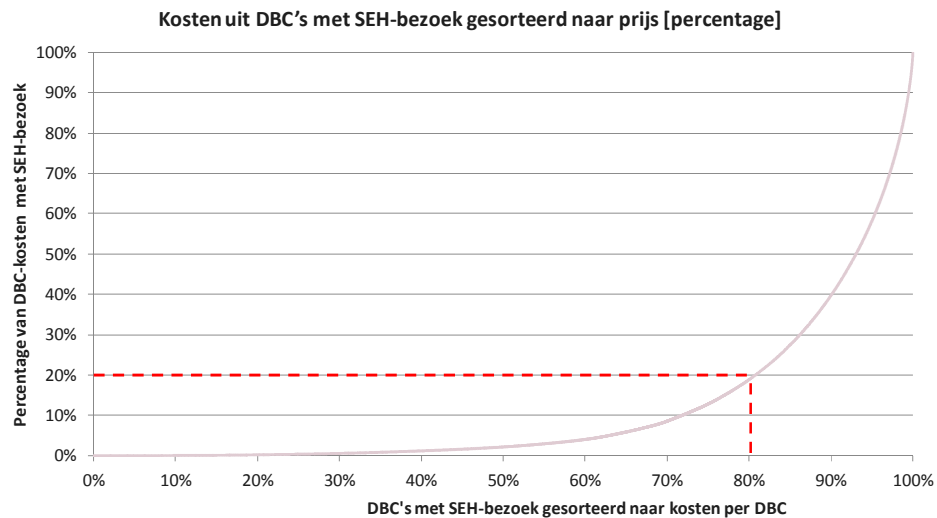
Evenals bij de aantallen is ook in geld de top 20 van DBC's goed voor bijna 70% van de aan de SEH gerelateerde DBC's. Qua diagnoses is de lijst begrijpelijkerwijs anders samengesteld.



Bron: DIS-registratie (2011), Kosten per verrichting NZa (2005), SiRM analyse

Figuur 13. Meest voorkomende diagnoses SEH (kosten)

80% van de kosten voor DBC's met een SEH-bezoek wordt behaald door 20% van de DBC's. Bij die dure DBC's gaat het om complexere diagnoses, zoals multiple orgaanstoornissen, longtumoren, levenstoornissen, ernstig perifeer arterieel vaatlijden, hartfalen, CVA.



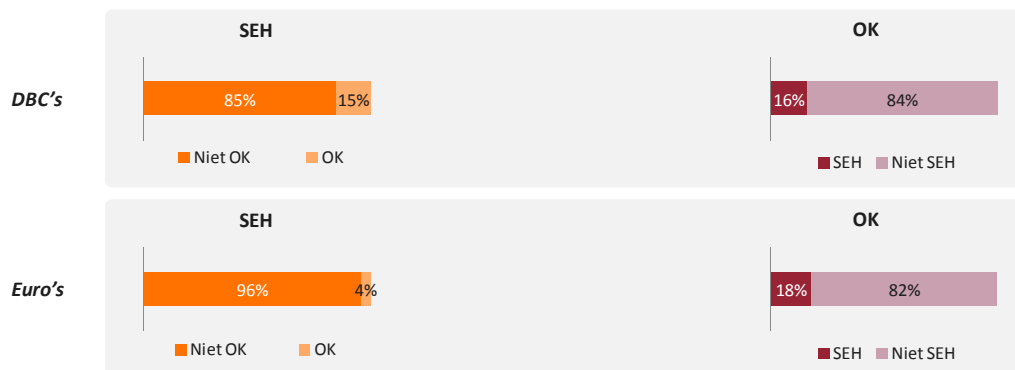
Bron: DIS-registratie (2011), Kosten per verrichting NZa (2005), SiRM analyse

Figuur 14. Kosten SEH-DBC's gesorteerd naar omvang kosten

5.1.3 Betekenis voor OK, IC, diagnostiek en laboratorium

OK

De bedrijfs(economische) betekenis van de SEH vertaalt zich niet alleen in eerste polibezoeken en (dag)opnamen, maar ook op andere terreinen. Zo leidt 15% van de SEH-bezoeken tot een OK. Omgekeerd is 16% van het aantal OK-verrichtingen gerelateerd aan een SEH-patiënt.

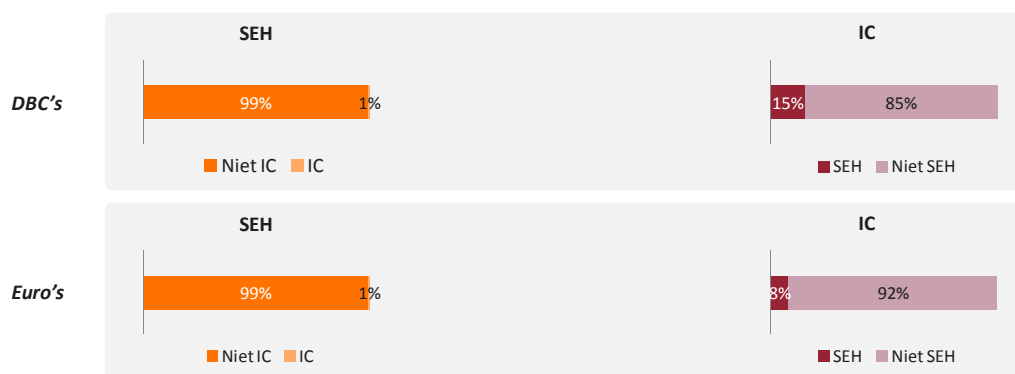


Bron: DIS-registratie (2011), Kosten per verrichting NZa (2005), SiRM analyse

Figuur 15. Wederzijdse relatie SEH en OK

IC

1% van de SEH-bezoeken leidt tot een IC-opname; 15% van de IC-opnamen komt van de SEH. Dit laatste percentage komt overigens redelijk overeen met de 17% die wordt genoemd in de nieuwe concept IC-richtlijn.

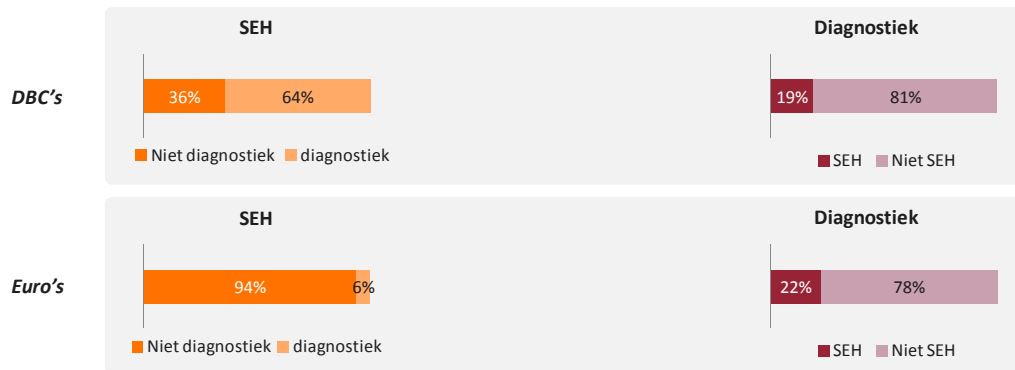


Bron: DIS-registratie (2011), Kosten per verrichting NZa (2005), SiRM analyse

Figuur 16. Wederzijdse relatie SEH en IC

Diagnostiek

64% van de SEH-bezoeken leidt tot diagnostiek. Omgekeerd is zo'n 20% van de diagnostiek afhankelijk van de SEH (19% in aantallen, 22% in geld).

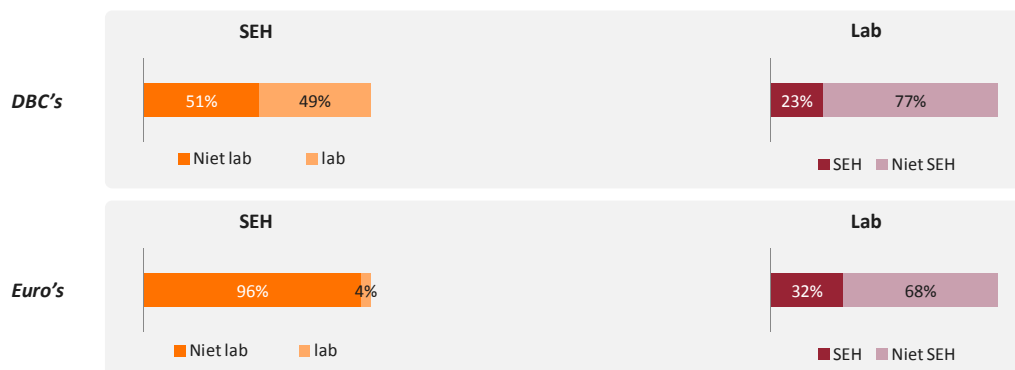


Bron: DIS-registratie (2011), Kosten per verrichting NZa (2005), SiRM analyse

Figuur 17. Wederzijdse relatie SEH en diagnostiek

Laboratorium

Bijna de helft van de SEH-bezoeken leidt tot laboratoriumonderzoek. Omgekeerd is het laboratorium voor 23% van de verrichtingen (32% van de kosten) afhankelijk van de SEH.



Bron: DIS-registratie (2011), Kosten per verrichting NZa (2005), SiRM analyse

Figuur 18. Wederzijdse relatie SEH en laboratorium

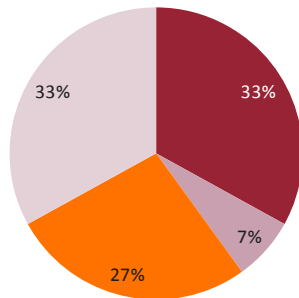
5.1.4 Verdeling SEH-patiënten in 5 categorieën

Om de SEH-stromen in perspectief te plaatsen is gekeken welk deel van de SEH-diagnosen ook op een andere manier het ziekenhuis binnenkomen. Dat leidt tot 4 categorieën:

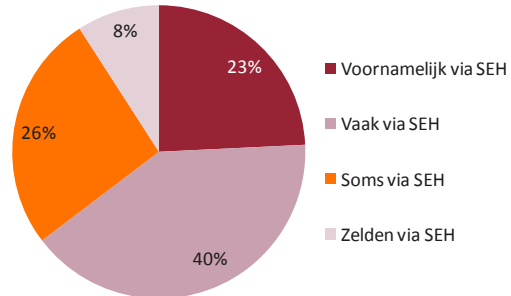
- voornamelijk via SEH: diagnose met meer dan 75% van de DBC's via de SEH
- vaak via de SEH: diagnose met 50 - 75% van de DBC's via de SEH
- soms via de SEH: diagnose met 25 - 50% van de DBC's via de SEH
- zelden via de SEH: diagnose met minder dan 25% van de DBC's via de SEH.

Zo'n 60% van het aantal SEH-patiënten heeft betrekking op diagnoses die in de meeste gevallen op een andere manier het ziekenhuis binnenkomen. In kosten gaat het bij de categorieën 'soms' en 'zelden' in totaal om 34%.

Verdeling van SEH-bezoeken naar categorie SEH-bezoek [procent]



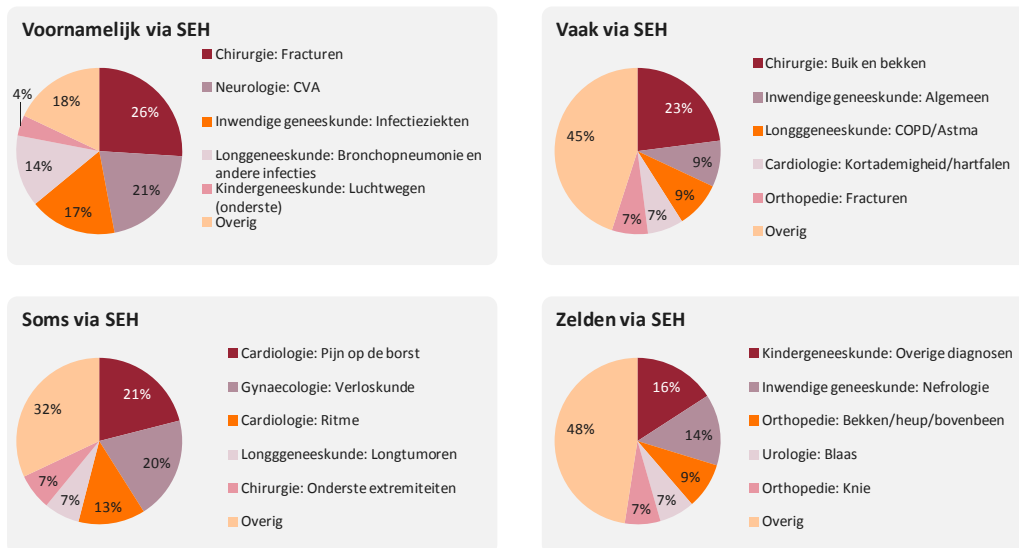
Verdeling van kosten binnen het ziekenhuis in categorieën voor patiënten met SEH-bezoek [procent]



Bron: DIS-registratie (2011), Kosten per verrichting NZa (2005), SiRM analyse

Figuur 19. SEH-bezoeken in 4 categorieën

De vraag is of de categorieën 'soms' en 'zelden' wel op de SEH thuishoren. Daartoe is gekeken naar de belangrijkste diagnoses (in kosten) per categorie:

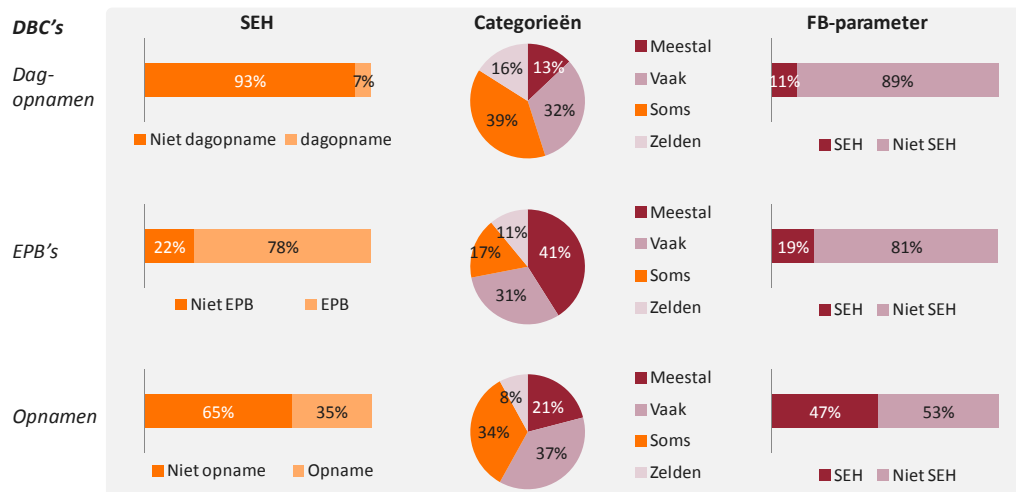


Bron: DIS-registratie (2011), Kosten per verrichting NZa (2005), SiRM analyse

Figuur 20. Belangrijkste diagnoses per categorie

De belangrijkste diagnoses in de categorieën 'soms via SEH' of 'zelden via SEH' betreffen problemen waarvan het voorstelbaar is dat die vaak niet, maar soms wel via de SEH komen. Zoals pijn op de borst of ritmestoornissen (cardiologie), verloskunde, en problemen met het bewegingsapparaat (bekken, heup, bovenbeen, knie). Het is aannemelijk dat het bij presentatie op de SEH van deze problemen gaat om een spoedeisend karakter, in elk geval in de beleving van de patiënt. Wat betreft de opgenomen patiënten: indien er geen SEH zou zijn zouden deze patiënten wellicht ook via een acute opnameafdeling kunnen worden opgenomen.

Er is ook een uitsplitsing gemaakt van de relatie tussen SEH-bezoeken en polibezoeken en (dag)opnamen, over de 4 categorieën. Hieruit blijkt dat ruim 70% (41% + 31%) van de polibezoeken na een SEH-bezoek betrekking heeft op diagnoses die meestal al, of vaak via de SEH binnenkomen. Bij de opnamen gaat het om bijna 60% (21% + 37%).



Bron: DIS-registratie (2011), Kosten per verrichting NZa (2005), SiRM analyse

Figuur 21. Relatie SEH en polibezoeken en (dag)opnamen, naar categorie

5.2 De interne functie van de SEH

SIT/reanimatie

De SEH en IC vervullen ook een belangrijke interne functie voor een ziekenhuis. Dat manifesteert zich vooral bij de Spoed Interventie Teams en bij de organisatie van reanimatie. Afhankelijk van de grootte van een ziekenhuis worden artsen en verpleegkundigen van SEH en/of IC (vele) honderden malen per jaar intern geconsulteerd. Indien een ziekenhuis niet meer over een SEH en/of IC zou beschikken moet deze interne acute opvangfunctie nog steeds worden ingevuld. Dat betekent dus ook dat er op dit punt geen sprake zou zijn van een kostenbesparing.

Dat geldt ook voor de situatie in kleine ziekenhuizen, waar een arts assistent SEH in de ANW-uren ook dienst doet voor de overige afdelingen.

Acute opvang voor de eigen patiënten

De SEH vervult ook een functie voor de eigen patiënten, die bijvoorbeeld problemen ondervinden na een dagbehandeling. Of voor chronische patiënten bij wie een acute zorgvraag ontstaat die niet zomaar in een ander ziekenhuis kan worden opgevangen, bijvoorbeeld omdat men daar de geschiedenis van de patiënt niet kent of geen capaciteit heeft. Zolang er geen uitwisselbaar EPD is blijft dit een reëel probleem.

De relatie is overigens wederkerig: omdat er een SEH is, kan bepaalde zorg worden geleverd. Zo geeft een ziekenhuis in het veldonderzoek aan dat korte chirurgische (dag)behandelingen kunnen worden gedaan omdat de SEH als vangnet fungeert voor eventuele problemen als pijn, nabloedingen en infecties en de SEH hiervoor makkelijk (24/7) bereikbaar is. Ook stelt men dat de mogelijkheid tot opvang van oncologiepatiënten op de SEH (bijvoorbeeld voor bijwerkingen van chemo of bestraling) een voorwaarde is voor het geven van hoogwaardige oncologische zorg in het eigen ziekenhuis.

Het laatste is een voorbeeld van botsende paradigma's. Bij de discussie over concentratie en spreiding van acute zorg staat het economische en bedrijfskundige paradigma soms haaks op het geneeskundige paradigma. Vanuit beide paradigma's heeft 'optimalisatie' een eigen lading. Waar economen en bedrijfskundige bij een verhouding van 95%/5% vooral de optimalisatievoordelen van de 95% zien, beschouwen geneeskundigen de 5% als een groot en verder te minimaliseren risico. Omdat het hier niet om een 'half vol/half leeg' discussie gaat, lopen de emoties soms hoog op.

5.3 De aantrekkingskracht op de arbeidsmarkt

Zeker in dunbevolkte gebieden, waar de bevolking wel gebaat is bij nabije ziekenhuiszorg, speelt de aantrekkingskracht op de arbeidsmarkt ook een rol. Indien een ziekenhuis niet over een SEH en/of IC beschikt is het voor specialisten soms minder aantrekkelijk om zich daar te vestigen. Confrontatie met acute problematiek is nu eenmaal een belangrijk element voor veel specialisten.

De SEH is een plek waar niet alleen voor artsen maar ook voor verpleegkundigen veel opleidingsmomenten plaatsvinden. Tevens biedt een SEH een ideale doorgroeimogelijkheid voor verpleegkundigen uit het ziekenhuis. Een SEH maakt een ziekenhuis dus een aantrekkelijke(r) werkgever.

5.4 Relatie tussen concentratie en opleidingen

Concentratie van acute zorg raakt ook aan de opleidingsfunctie van ziekenhuizen, maar op dit punt is reeds sprake van veranderende inzichten.

De invloed van concentratie en spreiding van zorg op de organisatie van medisch specialistische opleidingen was het thema van een conferentie die de Raad Opleidingen van de Orde van Medisch Specialisten in 2012 organiseerde. De regionalisering van de medisch specialistische zorg zal met de concentratie en spreiding van zorg verder toenemen, zo werd geconcludeerd. Datzelfde geldt voor de opleidingen, die minder ziekenhuis- en meer regiogebonden zullen plaatsvinden. De opleiding zal niet in 1 of 2, maar in meerdere instellingen gevolgd worden. Regionale samenwerking en afstemming van de opleiders en opleidingsziekenhuizen wordt nog belangrijker. Ook zal de interne kwaliteitszorg van opleidingen een regionaal karakter moeten krijgen. De basisopleidingen zullen idealiter in één regio plaatsvinden. Als de opleidingen op verschillende locaties in de regio plaatsvinden, zouden aiossen steeds van werkgever wisselen. Omdat dit niet wenselijk is zullen hiervoor oplossingen moeten worden gezocht. Dit kan door detachering vanuit één opleidingsziekenhuis of door een dienstverband met een te ontwikkelen rechtspersoon, bijvoorbeeld de onderwijs- en opleidingsregio. Het ligt voor de hand om bij regionale oriëntatie van opleidingen ook regionaal te visiteren. Een toename van het aantal opleidingslocaties vraagt om een flexibel opleidingsschema. Meer dan nu is het van belang dat delen van de opleiding ook buiten de huidige opleidingsziekenhuizen kunnen worden gevolgd. Op dit moment is dit mogelijk door een instelling te erkennen voor een deel van de opleiding of via een zogenaamde 'bagagedragerconstructie'. Formeel betekent dit dat er een 'samenwerkingsovereenkomst bestuurlijke eenheid' wordt gesloten met een (nog) niet voor de opleiding erkende instelling.

6. Conclusies en aanbevelingen

De 'lange lijnen' van waaruit de Kwaliteitsvisie van ZN vertrekt zijn begrijpelijk en passen bij het breed geaccepteerde principe van 'de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plaats, door de juiste professional'. De discussie over concentratie en spreiding van acute zorg gaat niet zozeer over die 'lange lijnen' en principes, maar over de uitwerking en implementatie. Duidelijk is dat de discussie gebaat is bij meer nuance en inzicht. Er moet worden gewaakt voor theoretische optimalisaties zonder oog voor de bredere betekenis van spoedeisende en intensieve zorg voor patiënt en ziekenhuis.

De SEH is thans van grote bedrijfs(economische) betekenis voor een ziekenhuis. Eventuele sluiting van een SEH heeft dus een grote impact op een ziekenhuis en daarmee op de patiënt. Als de discussie zich zou vernauwen tot een eenzijdige optimalisatie van deze beschikbaarheidsfunctie (met sluiting van vele SEH's als gevolg), dan kan beter het debat worden gevoerd over het bestaansrecht van het concept 'algemeen ziekenhuis' zoals wij dat nu kennen.

Een toekomstgerichte inrichting van de acute zorg vraagt evenwel ook om het loskomen van bestaande concepten, zoals 'SEH' en 'IC'. Het gaat uiteindelijk niet om de SEH of IC zoals wij die nu als verschijningsvorm kennen, maar om de toekomstige inrichting van spoedzorg en intensieve zorg. Omdat die bekende verschijningsvormen thans van grote betekenis zijn voor een ziekenhuis, zal een langere overgangperiode nodig zijn. Ook om te forse afschrijving op bestaande investeringen te voorkomen.

Het effect van concentratie en spreiding van acute zorg op kostenbesparing moet niet worden overschat en hangt ook samen met de wijze van bekostiging.

De discussie over concentratie en spreiding van acute zorg is niet gebaat bij blauwdrukken die uniform over het land worden uitgerold. Er is een wezenlijk verschil tussen en binnen regio's, waarbij door regionaal overleg en samenwerking gezocht kan worden naar een optimale oplossing. Het is wel wenselijk dat er op een of andere wijze landelijk wordt voorzien in kennisuitwisseling, de overdracht van beproefde concepten, de ontwikkeling van best practices, en professionalisering (zoals via SEH-artsen en verpleegkundige spoedspecialisten).

Er kunnen in principe drie regionale contexten worden onderscheiden:

- de grote stad (met veelal een academisch ziekenhuis)
- kleinstedelijke gebieden met (onder andere) een groot algemeen ziekenhuis
- het platteland met een klein ziekenhuis dat met een groter ziekenhuis in een netwerk samenwerkt.

Binnen elk van die contexten gaat het om een spreiding van basisspoedzorg en een concentratie van bepaalde specialistische spoedzorgstromen. Basisspoedzorg omvat zowel acute huisartsenzorg als acute medisch specialistische basiszorg. Het ligt daarom voor de hand dat basisspoedzorg vanuit een ziekenhuislocatie wordt aangeboden, mede vanwege de bredere infrastructuur en de mogelijkheid tot opname. Daarmee hoeft die basisspoedzorg niet noodzakelijkerwijs 'van' het ziekenhuis te zijn, maar is het doelmatiger als ze 'in' het ziekenhuis wordt geleverd. Ofwel: stand alone locaties waar alleen basisspoedzorg wordt geboden zonder bredere ziekenhuisfunctie liggen minder voor de hand.

In de grote stad kunnen specialistische spoedzorgstromen in onderling overleg ook worden verdeeld, bijvoorbeeld tussen het academische ziekenhuis en een topklinisch ziekenhuis, op basis van de verschillende zorgprofielen. De basisspoedzorg zal overdag worden gespreid over enkele (maar niet per definitie alle) ziekenhuislocaties, mede op basis van een zekere concentratie van volume en rekening houdend met de verschillen in profielen van locaties. 's Nachts kan de basisspoedzorg eventueel worden verleend vanuit de locaties met de specialistische spoedzorgstromen, mits er een adequate opvang is voor patiënten van de andere ziekenhuizen (bijvoorbeeld bij een complicatie na een dagbehandeling of een chronische patiënt). In de grote stad hoeven niet alle ziekenhuislocaties (24/7) basisspoedzorg te bieden.

In kleinstedelijke gebieden met (onder andere) een groot algemeen (al dan niet topklinisch) ziekenhuis zal moeten worden bekeken welke specialistische spoedzorgstromen daar kunnen worden geboden, en voor welke kwaliteitsredenen iets verder moet worden gereisd. Indien in het gebied ook een kleiner ziekenhuis is gevestigd, dan kan in een netwerkverband de basisspoedzorg worden georganiseerd, eventueel met verschillen tussen overdag en ANW-uren.

In plattlandsgebieden met verspreid liggende kleinere ziekenhuizen is een spoedzorgnetwerk het meest voor de hand liggend, waarbij het dichtstbijgelegen topklinische of academische ziekenhuis als kern fungeert.

Kortom: de discussie over concentratie en spreiding van acute zorg is zinvol en noodzakelijk, maar behoeft meer nuance, meer oog voor de praktijk en meer ruimte voor regionale invulling in combinatie met landelijke kennisuitwisseling. Daarbij zullen alle partijen geleidelijk aan moeten loskomen van vertrouwde maar niet noodzakelijkerwijs toekomstgerichte concepten als 'SEH', 'IC' en 'algemeen ziekenhuis'.

Met de inzichten uit dit rapport kunnen ziekenhuizen de volgende stappen nemen ter voorbereiding op de dialoog met verzekeraars:

- breng in kaart (aantallen en geldswaarde) wat de huidige betekenis is van de acute zorg voor het ziekenhuis (zie hoofdstuk 5). Wees eerlijk over het deel dat feitelijk acute huisartsenzorg is en dus onvermijdelijk verdwijnt
- analyseer wat de consequenties kunnen zijn van aangescherpte kwaliteitseisen (houd daarbij oog voor de 'lange lijnen' en vermijd interne discussies over misschien arbitraire normen)
- ontwikkel een strategische visie op het profiel van het ziekenhuis, inclusief de betekenis van acute zorg
- bespreek in regionaal verband de toekomstige inrichting van de acute zorg en de weg daar naartoe (heb daarbij oog voor ontwikkelingen in vergelijkbare regio's en voor vernieuwende concepten). Hoewel het voor de hand ligt om uit te gaan van de ROAZ-indeling in 11 traumaregio's, is het ook denkbaar dat het gesprek plaatsvindt in kleinere, meer natuurlijke subregio's met een sterke samenhang
- ga vervolgens de dialoog aan met de zorgverzekeraar(s).

Bronvermeldingen

Literatuur

- 156 locaties spoedzorg in Nederland: een quickscan van de huidige organisatie van spoedzorg. *Gupta Strategists*, 2013
- 24/7 Acute Verloskunde in het ziekenhuis. *KPMG Plexus*, 2012
- Actualisatie bereikbaarheidsanalyse SEH's door RIVM. *RIVM*, 2011
- Acute medical assessment units: an efficient alternative to in-hospital acute medical care. *Watts, Powys, Hora, e.a.*, 2011
- Acute Verloskunde: praktijkonderzoek naar een goed begin. *KPMG Plexus*, 2010
- Acute Zorg. *RVZ, G. Raas*, 2008
- Bereikbaarheidsanalyse SEH's door RIVM. *RIVM*, 2008
- Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg. *Regieraad*, 2011
- Concept richtlijn Intensive Care 2006, *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2006
- Concept richtlijn Intensive Care. *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2013
- De Acute Opname Afdeling (AOA) in het Máxima Medisch Centrum (locatie Veldhoven): Vergelijking van de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten voor en na de oprichting van de AOA. *C. Hessels*, 2010
- De Acute Opname Afdeling. *Vreelandgroep*, 2011
- De basis moet goed, kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk. *Gezondheidsraad*, 2012
- De huisartsenpost, Armslag voor een goed eerstelijns loket. *Nederlandse Vereniging Huisartsenposten*, 2007
- De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg, tijd voor een brede benadering. *Consortium Onderzoek Kwaliteit van zorg*, 2012
- De spoedeisende hulp arts, de opkomst en ontwikkeling van een nieuw specialisme. *H. van der Kamp i.s.m. Erasmus MC, ZOMA, IBMG*, 2012
- Effectiveness of acute medical units: a systematic review. *Scott, Vaughan and Bell*, 2009
- Elk ziekenhuis een PACU. *Haak-van der Lely, van Oort en Ploegmakers*, Medisch Contact 2011
- Grote intensive care afdelingen werken continu aan kwaliteit. *Inspectie voor de Gezondheidszorg*, 2011
- Het preoperatieve traject. *Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie*, 2010
- IC-afdelingen van niveau 1: Op weg naar verantwoorde zorg. *Inspectie voor de Gezondheidszorg*, 2008
- Informatiebehoeften en kwaliteitsaspecten in de eerstelijns- en acute zorg vanuit patiëntenperspectief. *Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie en ZonMW*, 2007
- Kamerstuk: Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, 2008
- Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg Zorgverzekeraars Nederland, een gemiste kans. *Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen*, 2013
- Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg. *Zorgverzekeraars Nederland*, 2013
- Levelcriteria traumachirurgie. *Nederlandse Vereniging voor Traumatologie*, 2013
- Meldactie Spoedzorg juli 2012. *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie*, 2012
- Notitie minister van VWS (A.J. de Geus), het bereikbare Ziekenhuis. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, november 2002

- Ons Ziekenhuis, Patiëntgericht. *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie*, 2008
- PACU Visie. *Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie*, 2011
- Referentiekader Spreiding Acute Zorg. *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Interprovinciaal Overleg*, februari 2003
- Richtlijn Triage op de Spoedeisende Hulp. *Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen*, 2005
- Richtlijn, het preoperatieve traject. *Nederlandse Vereniging Voor Heelkunde*, 2010
- Samenvatting 'Spoedeisende hulp: vanuit een stevige basis'. *Rapportage Werkgroep Kwaliteitsindexing SEH*, 2009
- Selectie aan de poort: onterechte zelfverwijzers op de SEH terugdringen. *M. Reitsma-van Rooijen, A.Brabers, J. de Jong*, 2013
- Spoedeisende hulp en huisartsenzorg: een kostenanalyse. *S. Giesbers*, 2010
- The consumer quality index (CQ-index) in an accident and emergency department: development and first evaluation. *Bos, Sturms, Schrijvers en van Stel*, 2012
- Uitgangspunten en kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie*, 2006
- Uitvoeringstoets Spreiding ziekenhuiszorg, deel II, tranche I. *College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen*, januari 2002
- Van wens naar realisatie. *Logex*, 2010
- Verloskunde in ziekenhuizen. *Inspectie voor de Gezondheidszorg*, 2011
- Ziekenhuizen goed op weg met implementatie normen voor afdelingen spoedeisende hulp. *Inspectie voor de Gezondheidszorg*, 2012

Websites

- Ziekenhuizen transparant, <http://www.ziekenhuizen transparant.nl>, gegevens 2011
- Zorgelijk.nl, <http://www.zorgelijk.nl/index.php/professional-kwaliteit-en-veiligheid/156-in-elk-ziekenhuis-intensive-care-en-spoedeisende-hulp>, 2012
- Medisch Contact, <http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/archief-6/tijdschriftartikel/130324/spoedinternist-kan-acute-zorg-versterken.htm>, 2013
- Landelijk netwerk Acute zorg. <http://www.lnaz.nl/bues/cms/nl/4/takenzorg.html>, 2013
- Nederlands Netwerk Acute Opname Afdelingen, <http://www.acuteopnameafdeling.nl/2012/06/12/benieuwd-naar-de-resultaten-van-de-benchmark/>, 2013
- VUMC, <http://www.vumc.nl/patienten/nieuws/helpt-patienten-48-naar-huis/>, 2013
- Nationaal Kompas Volksgezondheid, <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/acute-zorg/acute-zorg-samengevat>, 2013
- Nationaal Kompas Volksgezondheid, <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/acute-zorg/stroomdiagram-acute-zorg>, 2013

Bijlage 1: Acute zorg in beeld

In dit hoofdstuk schetsen wij de belangrijkste kenmerken van de acute zorg in Nederland, op basis van het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM. De beschrijving is beperkt tot het gebruik van acute zorg verleend door de HAP, de SEH van een ziekenhuis, de ambulancezorg en het Mobiel Medisch Team (MMT). Voor de vele bronnen die het RIVM gebruikt verwijzen wij kortheidshalve naar het Nationaal Kompas Volksgezondheid³⁵.

Wat is acute zorg

Wat acute zorg is, hangt af van het perspectief

Onder acute zorg verstaat het Nationaal Kompas Volksgezondheid³⁶: 'Alle zorg die niet kan wachten tot de eerstvolgende mogelijkheid op werkdagen om de huisarts of hulpverlener te raadplegen'. Deze definitie wordt gehanteerd in het Nederlandse Triage Systeem en is oorspronkelijk opgesteld door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Het Ministerie van VWS sluit bij deze definitie aan: 'een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling'³⁷.

De beleving van de zorgvrager staat in deze definities centraal. Een persoon zal bij grote kans op overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade uiteraard behoefte hebben aan acute zorg. Maar ook bij hevige pijn, ernstig ongemak of ongerustheid kan iemand die behoefte hebben.

Acute zorg wordt ook beschreven als 'zorg in situaties waarin zonder acuut ingrijpen gevaar is voor overlijden of irreversibele gezondheidsschade'. Dan gaat de acute zorg meer om leven en dood of om (zeer) ernstig letsel met kans op blijvende gezondheidsschade³⁸. Deze definitie is geformuleerd vanuit het perspectief van de zorgverlener na het beoordelen van de aanvankelijke zorgvraag. Hulpverlening bij ernstig ongemak of ongerustheid van een persoon valt hier dus niet onder, net zo min als huisartsenzorg. Er wordt ook wel gesproken van 'dringende zorg': urgente zorg waarvoor de zorgverlening wel een paar uur maar niet veel langer kan wachten.

Urgentie bepaalt welke actie nodig is

De eerste stap in de behandeling van een acute zorgvraag is triage: het beoordelen van de urgentie van de zorgvraag en het eventueel indiceren van zorg. Huisartsen(posten) gebruiken het Nederlands Triage Systeem (NTS). Met deze richtlijn kan op basis van een telefonische hulpvraag beoordeeld worden wat de zorgbehoefte is van een patiënt en hoe urgent die is. Het NTS onderscheidt voor acute gezondheidsproblemen vijf urgentieklassen, waarvoor een bepaalde vorm van acute zorg het meest geëigend is.

³⁵ Nationaal Kompas Volksgezondheid, <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/acute-zorg/>, 2013

³⁶ Nationaal Kompas Volksgezondheid,

<http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/acute-zorg/acute-zorg-samengevat> 2013

³⁷ Kamerstuk: Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008

³⁸ Acute Zorg. Raad voor de Volksgezondheid, 2003

Klasse	Omschrijving	Te verlenen actie
Urgentie 1	Levensbedreigend	Onmiddellijk actie, de vitale functies zijn in gevaar of uitstel van behandeling leidt tot ernstige en onherstelbare schade van de gezondheid
Urgentie 2	Spoedeisend	Zo vlug mogelijk actie, vitale functies zijn (nog) niet in gevaar, maar er is een reële kans dat de toestand snel verslechtert of dat uitstel van behandeling tot ernstige en onherstelbare schade van de gezondheid leidt
Urgentie 3	Dringend	Niet te lang uitstel, binnen enkele uren om medische en/of humane redenen
Urgentie 4	Niet dringend	Er is geen tijdsdruk om medische of andere gronden. Het moment en de plaats van de afspraak worden met de aanvrager/patiënt overeengekomen
Urgentie 5	Advies	Een fysieke beoordeling kan wachten tot de volgende werkdag

Onderscheid tussen individuele gevallen en grote ongevallen en rampen

Er is verschil tussen acute zorg in individuele gevallen (reguliere acute zorg) en in het geval van een groot ongeval of een ramp. De reguliere zorg wordt bij grote ongevallen, met meer dan vijf slachtoffers, en bij rampen opgeschaald naar de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio. De GHOR is gericht op rampenbeheersing en rampenbestrijding en coördineert de inzet van geneeskundige diensten tijdens rampen en grote ongevallen.

Wie verlenen acute zorg

Verschillende ingangen tot acute zorg

Wanneer iemand acuut zorg nodig heeft, kan hij momenteel kiezen uit drie mogelijkheden:

- de huisarts of HAP bellen voor advies of het maken van een afspraak voor een consult of visite
- naar de SEH van een ziekenhuis gaan voor advies, diagnostiek en behandeling
- het landelijke alarmnummer 112 bellen, waarna men in contact komt met de meldkamer ambulancezorg (MKA). Die stuurt eventueel een ambulance voor hulpverlening en vervoer of een MMT.

De acute zorg wordt een keten als er meerdere zorgverleners bij een zorgvraag zijn betrokken. Bij een consult op de HAP kan de huisarts een patiënt doorverwijzen naar een SEH voor verdere diagnostiek, zoals het maken van een röntgenfoto, en verdere behandeling door een specialist. In de spoedeisende ambulancezorg worden patiënten na stabilisatie en behandeling ter plekke in veel gevallen vervoerd naar een SEH. Daar vindt verdere behandeling plaats en volgt eventueel een ziekenhuisopname.

Regionaal overleg

In de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is vastgelegd dat alle aanbieders van acute zorg moeten participeren in het regionale overleg acute zorgketen (ROAZ). Dat overleg moet ervoor zorgen dat de acute zorg zodanig georganiseerd is dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt wanneer hij acute zorg nodig heeft van ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, geestelijke gezondheidszorginstellingen, verloskundigen, HAP's of huisartsen. Elf ziekenhuizen in Nederland zijn aangewezen als traumacentrum. Deze elf traumacentra initiëren en coördineren dit overleg. Deze wettelijke regeling voorziet in een regionaal dekkend systeem voor de organisatie van de acute zorg, met als doel een optimale afstemming tussen de aanbieders.

Basisdiensten

Verreweg de meeste mensen die acute zorg nodig hebben komen in contact met een of meer van de volgende basisdiensten in de acute zorgketen:

- huisartsenposten (HAP)
- spoedeisende hulpafdelingen (SEH)
- regionale Ambulance Voorzieningen (RAV)
- traumacentra.

Veelvoorkomende redenen voor contact met een HAP, SEH en ambulancevoorziening zijn acute lichamelijke letsels (klachten van het bewegingsapparaat en huid/subcutis, behandeld door traumatologie/heelkunde) en klachten van het spijsverteringsstelsel (behandeld door interne geneeskunde). Verschillen tussen de drie typen aanbieders van acute zorg zijn dat op de HAP de nadruk ligt op algemene klachten en klachten van de luchtwegen, op de SEH op klachten van het bewegingsapparaat en hart vaatstelsel, en dat de inzet van de ambulance vaak gevraagd wordt voor klachten van het hart vaatstelsel en neurologische problemen.

HAP

HAP's zijn er voor acute vragen van patiënten buiten kantooruren en bieden medische zorg die niet kan wachten tot de volgende werkdag. Voor deze zorg zijn de meeste huisartsen georganiseerd in een huisartsendienstenstructuur (HDS). Een HDS heeft één of meer HAP's waarin de diensten in de avond, nacht en weekend worden uitgevoerd. Tijdens kantooruren kunnen patiënten terecht bij de eigen of plaatsvervangende huisarts.

SEH

Een SEH is een gespecialiseerde afdeling van een ziekenhuis die erop gericht is medische en verpleegkundige zorg te verlenen aan ongevals slachtoffers en aan patiënten met acute aandoeningen.

Ambulance

Ambulancezorg wordt wel 'de mobiele schakel in de acute zorg' genoemd. Ambulancezorg wordt verzorgd door een RAV. De inzet vindt plaats via de meldkamer ambulancezorg (MKA), dat in de meeste regio's onderdeel is van de RAV. Na melding bij het 112-alarmnummer komt men in contact met de MKA. De centralist op de meldkamer beoordeelt de urgentie van de zorgvraag en bekijkt of de inzet van een ambulanceteam gewenst is. Een ambulanceteam bestaat uit een verpleegkundige en een chauffeur.

Ambulancezorg wordt frequent ingezet voor problemen op het gebied van de cardiologie, interne geneeskunde, traumatologie/heelkunde en neurologie. Als reden voor inzet van ambulancezorg wordt echter in de meeste gevallen een 'overige klacht of aandoening' geregistreerd (die verder niet is gespecificeerd).

De Gezondheidsraad³⁹ heeft een kanttekening geplaatst bij de 45 minuten norm zoals vastgelegd in de WTZi. Dit betreft de bereikbaarheidsnorm met de ambulance. Vanaf de ontvangst van de melding bij de meldkamer heeft een ambulance 15 minuten om bij de plaats van het incident te komen (in de praktijk blijkt het gemiddelde 10 minuten te zijn). Vervolgens wordt gerekend met 5 minuten stabilisatie- en inlaadtijd. De overige 25 minuten resteert voor het vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een SEH. Volgens de Gezondheidsraad moet in elk geval de norm voor 'inlaadtijd' worden aangepast. De 'inlaadtijd' blijkt in de praktijk gemiddeld 20 minuten te zijn, in plaats van 5. Dat komt omdat het ambulancepersoneel vaak ook stabiliserende of voorbereidende behandelingen verricht. Hoe beter dit gebeurt, hoe minder kritiek de transportduur wordt.

³⁹ De basis moet goed, kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk. *Gezondheidsraad*, 2012

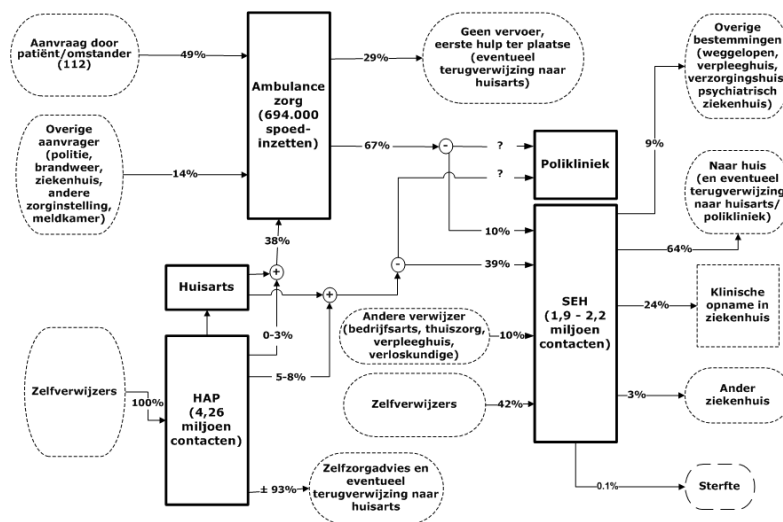
Traumacentra

Voor de organisatie van de zorg voor trauma's, met name voor levensbedreigende of multi-trauma's, zijn de traumacentra en de Landelijke Vereniging van Traumacentra (LVTC) verantwoordelijk. Traumazorg is complexe medisch-specialistische acute zorg, vooral aan ernstige ongevals slachtoffers. Voor deze patiënten biedt de gemiddelde SEH onvoldoende mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling. In Nederland zijn elf ziekenhuizen aangewezen als traumacentrum. Elk traumacentrum beschikt over een Mobiel Medisch Team (MMT, ook wel traumateam genoemd), dat in aanvulling op ambulancezorg ter plaatse van het incident medisch-specialistische hulp kan verlenen. In Nederland zijn 4 MMT's in parate dienst, deze staan elke moment van de dag gereed voor een inzet. Als bij een incident meer MMT's nodig zijn (opschaling) kunnen twee beschikbare team extra ingezet worden. Deze hebben een langere uitruktijd dan een paraat team.

Het gebruik van acute zorg

Algemeen

Op basis van meerdere bronnen bevat het Nationaal Kompas Volksgezondheid een stroomdiagram van de acute zorg (gegevens over 2008/2009):



In 2008 hadden HAP's in totaal 4,3 miljoen patiëntcontacten, ofwel ongeveer 258 per 1.000 inwoners. Voor het aantal behandelingen op SEH's bestaan twee schattingen: 1,9 miljoen (116 behandelingen per 1.000 inwoners) en 2,2 miljoen (135 behandelingen per 1.000 inwoners). In 2009 waren er 693.881 spoedeisende inzetten van ambulancezorg (42,1 per 1.000 inwoners). In totaal zijn er vanwege acute gezondheidsproblemen tussen de 6,9 en 7,2 miljoen contacten met de HAP, SEH en ambulancevoorziening.

In 2010 is 7.218 keer een MMT ingezet voor de hulp bij zeer ernstig gewonde patiënten of grootschalige ongevallen. In bijna de helft van de gevallen werd de inzet alsnog geannuleerd, onder andere omdat de patiënt stabiel werd bevonden door het ambulancepersoneel, omdat de patiënt was overleden of omdat de inzet van het MMT niet (meer) nodig was. De reden voor het oproepen van een MMT is in de meeste gevallen een verkeersongeval. Andere vaak optredende redenen zijn een val van een hoogte, reanimatie en onwel worden. Van de patiënten die gezien worden door het MMT, wordt 75% naar het ziekenhuis vervoerd.

In 5 tot 8% van de contacten met de HAP verwijst de huisarts de patiënt naar een SEH of polikliniek. De rest van de patiënten wordt behandeld door de huisarts of krijgt een zelfzorgadvies. Van alle contacten met de HAP betreft ongeveer 42% een telefonisch consult, 48% een consult op de post en 10% een visite.

Van de patiënten op een SEH komt 42% op eigen initiatief, 39% is doorverwezen door de huisarts, 10% komt met de ambulance en 10% is verwezen door een andere professional. Na behandeling op de SEH kan 64% van de patiënten weer naar huis, terwijl 24% wordt opgenomen in het ziekenhuis. Overigens kunnen deze cijfers verschillen per regio en is er een verschil tussen landelijke en stedelijke gebieden.

Bijna de helft van alle spoedinzetten ambulancezorg wordt uitgegeven na een melding via 112. Bijna 40% wordt uitgegeven na een melding van de huisartspraktijk of HAP, de rest na meldingen van de politie of andere zorgverleners. Van de patiënten voor wie spoedeisende ambulancezorg wordt ingezet, wordt 67% vervoerd naar het ziekenhuis en 29% wordt niet vervoerd (maar kan volstaan worden met hulp ter plaatse of de patiënt wordt niet aangetroffen).

Het percentage nachtelijke contacten met een basisdienst acute zorg is ten opzichte van het totaal aantal contacten in een etmaal beperkt: 8% (SEH) tot 16% (spoedinzetten van de ambulance). Op de HAP is het gemiddeld aantal contacten per uur het hoogst overdag in het weekend. Op de SEH is het aantal behandelingen per uur overdag het hoogst (met kleine verschillen tussen weekend en doordeweeks). Ook het aantal spoedinzetten ambulancezorg is overdag het hoogst (eveneens kleine verschillen tussen weekend en doordeweeks). Voor alle vormen van acute zorg is 's avonds doordeweeks het aantal contacten per uur ook hoog, 's avonds in het weekend wat lager en 's nachts het laagst.

De patiënten van de HAP's zijn vaker vrouwen dan mannen, terwijl op de SEH vaker mannen dan vrouwen worden behandeld. De ambulance wordt ook vaker voor mannen ingezet dan voor vrouwen.

Per zorgaanbieder is er een tamelijk groot verschil in de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie. De patiënten die contact hebben met de HAP' zijn relatief vaak kinderen en jongeren. Op de SEH is er een gelijke verdeling van de patiënten over de leeftijdsklassen. Ambulances worden vaker ingezet voor ouderen.

Het gebruik van de HAP

Contact met de HAP vooral vanwege bewegingsapparaat en niet-specifieke klachten

Klachten waarvoor het meest contact gezocht wordt met de HAP (inclusief telefonische consulten) zijn gerelateerd aan het bewegingsapparaat, het spijsverteringsstelsel, de luchtwegen en huid/subcutis. Daarnaast hebben patiënten met niet-specifieke klachten (bijvoorbeeld koorts) vaak contact met de HAP. Contacten voor andere orgaansystemen komen beduidend minder vaak voor.

De klachten die reden zijn om contact met de HAP te hebben, zijn bijna allemaal (96,6%) lichamelijk van aard.

Wat de afzonderlijke diagnoses betreft, blijken scheur-/snijwonden het meest voor te komen, gevolgd door acute urineweginfectie, ander letsel van het bewegingsapparaat en infectie van de bovenste luchtwegen. Ook koorts, acute middenoorontsteking en maagdarminfectie komen relatief vaak voor. Deze diagnoses omvatten elk 2% of meer van het totaal aantal geregistreerde klachten of diagnoses.

Motieven van patiënten

Als belangrijkste redenen om de huisarts buiten kantoortijden te bezoeken, gaven de meeste patiënten aan dat zij ongerust waren (54%) en/of dat zij het gevoel hadden met spoed een huisarts nodig te hebben (52%). Daarnaast gaf ruim 20% aan dat de eigen huisarts tijdens kantoortijd niet bereikbaar was en 14% gaf aan dat ze niet op dezelfde dag bij de huisarts terecht konden. De behoefte aan medische informatie was ook groot (26%), met name onder ouders/verzorgers van jonge kinderen, en dan vooral bij bezoekers in de avond. Motieven zoals 'overdag geen tijd' of 'second opinion' waren zelden reden om buiten kantoortijd contact te hebben met de HAP.

Profiel patiënten

Uit onderzoek, waarin nader is ingezoomd op frequente bezoekers (3 tot 25 keer per jaar) met laagurgente problemen, blijkt dat ouders met jonge kinderen de belangrijkste groep vormen. Zij zijn van mening dat je met kinderen extra voorzichtig moet zijn en snel aan de bel moet trekken. Deze ouders zijn snel onzeker en ongerust. Een andere belangrijke groep betreft mensen met een chronische ziekte of een belaste voorgeschiedenis. Zij zijn snel ongerust en angstig, en hebben behoefte aan geruststelling en duidelijkheid over wat er aan de hand is.

Verschil tussen onderzoeken, regio's of HAP's wat betreft de frequentie van diagnoses heeft deels te maken met voorkeuren voor het registreren van bepaalde diagnoses door huisartsen. De verschillen kunnen ook te maken hebben met de samenstelling van de bevolking, toevallige uitbraken van infectieziekten in de meetperiode en de ligging van de HAP ten opzichte van de SEH.

Op de HAP is 2-8% van de klachten spoedeisend

Van alle gezondheidsproblemen waarvoor de HAP geconsulteerd wordt, is 2-8% urgent (urgentieklasse U1 of U2). Het percentage gezondheidsproblemen dat als dringend (U3) wordt beoordeeld, verschilt nogal tussen onderzoeken (tussen 5 en 37%). Hoe dan ook, de meeste zorgvragen op de HAP blijken beoordeeld te worden als U4 (57-94%): een zorgvraag zonder tijdsdruk waarbij de doktersassistente zelf voorlichting en advies geeft en bij aanwezigheid van bepaalde symptomen nog overleg voert met de huisarts.

De verdeling van de patiënten over de urgentieklassen verschilt van onderzoek tot onderzoek. Dit heeft onder meer te maken met het verschil in gehanteerde definities, de personen die de urgentie vaststellen en het moment waarop de urgentie wordt toegekend.

Hartproblemen het meest urgent

Hartproblemen komen het meest voor bij gezondheidsproblemen die met de urgentie levensbedreigend (U1) worden beoordeeld. Dat geldt ook voor gezondheidsproblemen die met de urgentie spoedeisend (U2) worden beoordeeld. Bij de urgentieklassen dringend (U3) gaat het veel om infecties van de (lage) luchtwegen en kortademigheid en bij de urgentieklasse niet-dringend (U4) om een scala aan infecties (luchtwegen, huid, urinewegen, maag/darm).

Vooraf veel niet-urgente contacten voor baby's en kleine kinderen

Onder mannen is de incidentie van U1-gezondheidsproblemen hoger dan onder vrouwen (2,7 versus 1,8 per 1.000 personen per jaar). Onder vrouwen is de incidentie van de U2 tot en met U4 problemen hoger. Tussen leeftijdsklassen zijn de verschillen in de verdeling van de urgentieklassen erg groot. Vooral voor kinderen van 0-4 jaar zijn er veel contacten voor niet-dringende problemen. Tot 45 jaar komen contacten voor levensbedreigende problemen (U1) nauwelijks voor. Vanaf 45 jaar neemt de incidentie van U1- en U2-gezondheidsproblemen toe met de leeftijd.

Dat een hulpvraag medisch gezien 'niet urgent' is, wil overigens niet zeggen dat deze 'niet terecht' is. Er is waarschijnlijk een grote groep patiënten die om volkomen invoelbare redenen van ongerustheid, ervaren last of gebrek aan kennis over de klacht niet wil wachten. Het behoort tot de taken van een HAP om vragen te beantwoorden van mensen die niet kunnen wachten tot zij in de eigen huisartsenpraktijk terecht kunnen. Uitleg, geruststellen en zelfzorg adviseren zijn belangrijke taken. Als aan de patiënten zelf gevraagd wordt of zij achteraf hun bezoek aan de HAP terecht vonden, antwoorden zij vrijwel allemaal dat het terecht was. De kleine groep die het onterecht vindt, bestaat voornamelijk uit 18-40 jarigen.

Het gebruik van de SEH

De SEH wordt vooral bezocht vanwege klachten aan bewegingsapparaat

Van de 1,9 miljoen behandelingen op de SEH zijn 930.000 behandelingen (49%) in verband met een acute ziekte of aandoening of is er sprake van een controle. Verder zijn er 870.000 behandelingen in verband met acuut lichamelijk letsel door ongevallen, geweld of automutilatie (46%) en 110.000 behandelingen (6%) in verband met overige zaken.

Aandoeningen van het bewegingsapparaat en huid/subcutis zijn de belangrijkste reden voor de komst naar de SEH. Daarnaast komen aandoeningen van het spijsverteringsstelsel en hartvaatstelsel veel voor. Dit patroon blijkt ook uit de specialismen die verantwoordelijk zijn voor veel behandelingen: heelkunde, orthopedie, interne geneeskunde en cardiologie.

11% van de gezondheidsproblemen op de SEH is spoedeisend

Ruim de helft (55%) van de gezondheidsproblemen op de SEH wordt beoordeeld als een niet-dringend gezondheidsprobleem, of er kan volstaan worden met een advies. Ongeveer 34% wordt beoordeeld als een dringend gezondheidsprobleem, 10% als spoedeisend en 1% als levensbedreigend gezondheidsprobleem. Deze cijfers zijn gebaseerd op metingen op SEH's in vier regio's. Deze SEH's gebruikten verschillende instrumenten om de urgentie vast te stellen; sommige gebruikten het Manchester Triage Systeem (MTS), andere het Nederlands Triage Standaard (NTS) en weer andere de Emergency Severity Index (ESI). Daardoor moet de verdeling van de urgentie zoals hierboven beschreven, beschouwd worden als een globale indicatie.

Bijlage 2: Acute zorg in beweging

Voortschrijdende inzichten over de SEH

Er is de afgelopen jaren aanmerkelijke vooruitgang geboekt bij het verhogen van de kwaliteit op SEH's. Er is een indeling in drie niveaus gekomen, waarbij ook onderscheid wordt gemaakt naar verschillende spoedeisende zorgstromen. Ook het belang van de basis SEH in de keten wordt benadrukt. De functie van SEH-arts is sterk in opkomst. Over het algemeen constateert de Inspectie voor de Gezondheidszorg dan ook dat ziekenhuizen 'goed op weg' zijn in de kwaliteitsbevordering van SEH's.

Drie soorten SEH's

In 2009 heeft de Werkgroep Kwaliteitsindeling SEH-eisen opgesteld waaraan SEH's moeten voldoen en daarbij drie verschillende typen SEH's voorgesteld⁴⁰. Volgens deze eisen levert een SEH acute zorg en beschikt deze gedurende de openingstijden over voldoende deskundig personeel en materieel voor herkenning, stabilisatie en resuscitatie van alle acute medische calamiteiten. Op een SEH is men in staat een breed scala aan acute ziekten en letsels in alle leeftijdscategorieën te herkennen en te behandelen of door te verwijzen. Er worden drie typen SEH's onderscheiden: complete SEH's in universitaire centra, profiel-SEH's in ziekenhuizen met afdelingen voor gespecialiseerde zorg in de achtervang, en basis-SEH's, die in principe bedoeld zijn voor reanimatie, stabilisatie en behandeling van laagcomplex maar veel voorkomende acute problemen.

Er zijn zes profielen omschreven:

- interventies aan het hart
- neurologische interventies
- (verdenking) acuut abdominaal aneurysma
- intensive care behoeftig kind
- pre- en dysmatuur zorg (verloskundige zorg)
- gedragsstoornissen (acute psychiatrie).

Een profielziekenhuis hoeft niet alle profielen te hebben. Op regionaal niveau dient wel bekend te zijn welke ziekenhuizen welke profielen hebben. Over het algemeen beschikken de universitaire medische centra en enkele topklinische ziekenhuizen over alle profielen.

Beschikbaarheidstoetsing

Alle SEH's in Nederland moeten aan de minimale kwaliteitseisen voldoen. Daarnaast worden aanvullende eisen gesteld aan SEH's van ziekenhuizen die een beschikbaarheidsvergoeding ontvangen omdat ze in afgelegen gebieden liggen⁴¹. Het patiëntenaanbod van deze zogenaamde 'gevoelige ziekenhuizen'⁴² is over het algemeen te klein om voldoende inkomsten te genereren om een SEH overeind te houden. Om in deze afgelegen gebieden toch een goede bereikbaarheid van de spoedeisende zorg tijdens ANW-uren te garanderen, krijgen deze ziekenhuizen een vergoeding.

⁴⁰ Samenvatting 'spoedeisende hulp: vanuit een stevige basis'. *Rapportage Werkgroep Kwaliteitsindeling SEH*, 2009

⁴¹ Acute Zorg. RVZ, G. Raas, 2008

⁴² Actualisatie bereikbaarheidsanalyse SEH's door RIVM. *RIVM*, 2011

De aanvullende eisen die momenteel aan de SEH's van 'gevoelige' ziekenhuizen worden gesteld, zijn:

- de SEH moet voorzien zijn van een gekwalificeerde bezetting in de ANW-uren
- de SEH moet klinische zorg aanbieden door minimaal acht poortspecialismen. Deze specialismen fungeren als achterwacht
- de poortspecialismen waarover een ziekenhuis moet beschikken zijn: interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, neurologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde en cardiologie.

Eisen aan basis SEH's

In 2012 heeft de Gezondheidsraad nader omschreven waaraan een basis-SEH moet voldoen⁴³. Volgens de raad staat de SEH niet op zichzelf, maar is het een geïntegreerd onderdeel van de ziekenhuisorganisatie. De 'core business' van de basis-SEH is de behandeling van veel voorkomende maar relatief eenvoudige problemen, zoals een acute blindedarmontsteking of een ongecompliceerde breuk. De raad roept zelf de vraag op waar de grens ligt. Zij stelt dat basis-SEH's, anders dan de naam suggereert, in de praktijk worden geconfronteerd met alle mogelijke soorten problemen. Daar kunnen dus ook ernstige problemen tussen zitten, waarbij niet meteen duidelijk is wat er aan de hand is en nadere diagnose en observatie nodig is. Volgens de Gezondheidsraad moeten de wetenschappelijke verenigingen op dit gebied scherpe kwaliteitseisen formuleren. In elk geval moet een ziekenhuis met een basis-SEH over genoeg competenties beschikken voor beslissingen over complexe problemen.

De Gezondheidsraad vindt de aanwezigheid van een geregistreerd SEH-arts en een gediplomeerde SEH-verpleegkundige noodzakelijk op een basis-SEH. Zolang er nog niet voldoende SEH-artsen zijn moet de basis-SEH beschikken over een ervaren arts die kan reanimeren en stabiliseren, en die ervaring heeft met triage. Voorts is een adequate achtervang volgens de raad onontbeerlijk. De SEH-arts moet in korte tijd kunnen beschikken over de volgende specialismen: gynaecologie/obstetrie, chirurgie, interne geneeskunde, cardiologie, kindergeneeskunde, KNO-heelkunde, neurologie, anesthesiologie en radiologie. Ook ondersteunde specialismen moeten snel beschikbaar zijn: apotheek, klinische chemie, medische microbiologie en pathologie. Omdat er snel geopereerd moet kunnen worden is de beschikbaarheid van een anesthesist en een OK-team essentieel. Voorts zijn een verkoeverfunctie en een observatieafdeling voor acute problematiek eveneens noodzakelijk. Volgens de Gezondheidsraad geldt dat niet voor een intensive care. Voor kinderen zijn speciale achtervangfuncties nodig. Als de basis-SEH gesloten is, dan is volgens de raad de aanwezigheid van een ervaren arts die kan reanimeren en triëren voldoende, voor het geval een in het ziekenhuis verblijvende patiënt plotseling verslechtert.

Volgens de Gezondheidsraad zit het grote volume in de acute zorg in de patiënten die geen beroep hoeven te doen op de zogenoemde profielzorg voor complexere problemen. Basis-SEH's zijn volgens de raad dan ook essentieel in de keten. Als alle patiënten met relatief eenvoudige problemen naar een profiel- of complete SEH zouden gaan, dan zouden die overbelast worden. Volgens de raad ligt dat 's nachts anders. Dan speelt, door de terugval in de frequentie van spoedeisende gevallen, het volumeprobleem niet meer bij een profielziekenhuis of het ziekenhuis met een complete SEH. Die kunnen dan het gehele pakket aan acute zorg overnemen, zodat basis-SEH's niet 24 uur per dag open hoeven zijn.

⁴³ De basis moet goed, kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk. *Gezondheidsraad*, 2012

SEH-artsen in opkomst

Eind vorige eeuw werd de kwaliteit van zorg op de SEH's in Nederland als onvoldoende beoordeeld. De SEH's werden voornamelijk bemand door basisartsen met weinig werkervaring. Op advies van traumachirurgen en in overleg met de STZ werd het Amerikaanse model van een SEH-arts met een driejarige opleiding in Nederland ingevoerd. In 2008 is het 3-jarige curriculum SEH-arts erkend. Hierbij wordt de SEH-arts opgeleid tot profielarts, wat het midden houdt tussen basisarts en medisch specialist. Ruim 60% van de ziekenhuizen beschikt inmiddels over één of meer SEH-artsen. Met een kleine 200 SEH-artsen is er op dit moment landelijk nog sprake van een tekort. Over de verdere ontwikkeling van het profiel van de SEH-arts bestaan verschillende visies. SEH-artsen zelf willen graag een 5-jarige opleiding tot medisch specialist, terwijl veel medisch specialisten het huidige profiel voldoende vinden.

Wanneer een ziekenhuis overgaat tot het aanstellen van SEH-artsen heeft dit uiteraard consequenties. In organisatorisch opzicht gaat het vooral om het herverdelen van werkzaamheden tussen medisch specialisten, assistenten en SEH-artsen. In het algemeen kan een SEH-arts een substantieel deel van de spoedpatiënten behandelen zonder het inschakelen van specialisten. Uiteraard verschilt dit per specialisme en hangt het af van de ervaring van de SEH-artsen.

In financieel opzicht stijgen de kosten doorgaans. SEH-artsen zijn in loondienst en duurder dan bijvoorbeeld ANIO's die SEH-diensten draaien. SEH-artsen hebben nu geen eigen declaratiesysteem. De medisch specialisten ontvangen het honorariumdeel voor de werkzaamheden van de SEH-arts, het ziekenhuis ontvangt het ziekenhuisdeel. Voor de financiering van SEH-artsen worden in de praktijk met name twee modellen gehanteerd. In het ene model ontvangt het ziekenhuis (volgens een verdeelsleutel) het honorariumdeel van de door de SEH-arts uitgevoerde verrichtingen. In het andere model kent het ziekenhuis een budget toe aan de SEH waarvan ook SEH-artsen worden betaald. De specialisten ontvangen de volledige vergoeding voor de productie die op hun specialisme wordt geboekt ⁴⁴.

Ziekenhuizen volgens IGZ goed op weg

In 2012 heeft de IGZ de resultaten gepresenteerd van een onderzoek naar de kwaliteit van SEH's⁴⁵. Centraal hierbij stonden de in 2009 gepubliceerde normen van de werkgroep Kwaliteitsindeling SEH, die zijn overgenomen door de minister van VWS en mede uitgangspunt zijn voor de inspectie. Het gaat hier om normen op het gebied van het kwaliteitssysteem SEH, de beschikbaarheid en competenties van de SEH-verpleegkundige en de arts werkzaam op de SEH en het tijdig kunnen zekeren van de luchtweg van een patiënt. De titel van het IGZ-rapport is veelzeggend: 'Ziekenhuizen goed op weg met implementatie normen voor afdelingen spoedeisende hulp'.

De inspectie heeft de SEH's op basis van bezoekersaantallen in drie categorieën verdeeld:

- kleine SEH's (32%): 0 – 15.000 bezoekers per jaar
- middelgrote SEH's (50%): 15.001 – 30.000 bezoekers per jaar
- grote SEH's (18%): meer dan 30.000 bezoekers per jaar.

⁴⁴ De spoedeisende hulp arts, de opkomst en ontwikkeling van een nieuw specialisme. *H. van der Kamp i.s.m. Erasmus MC, ZOMA, IBMG, 2012*

⁴⁵ Ziekenhuizen goed op weg met implementatie normen voor afdelingen spoedeisende hulp. *Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2012*

De inspectie constateert dat er sprake is van een aanmerkelijke verbetering ten opzichte van een vergelijkbaar onderzoek uit 2009. 'Ziekenhuizen zijn na het uitkomen van het rapport 'Vanuit een stevige basis' voortvarend aan de slag gegaan om te werken aan kwaliteitsverbetering op de SEH en om daarbij zorg conform de nieuwe normen te leveren', zo stelt de IGZ. Op alle onderzochte SEH's (op één na) is een arts SEH werkzaam die over de vereiste competenties beschikt (waar dit niet het geval was heeft het ziekenhuis besloten de SEH op te heffen en te herinrichten als een afdeling Acute zorg). Alle artsen worden voorafgaande aan de tewerkstelling opgeleid om zelfstandig hun werkzaamheden op de SEH te kunnen uitvoeren. Volgens de inspectie zou het ideaal zijn als elke SEH over ten minste één KNMG erkende SEH-arts zou kunnen beschikken. Ook de SEH-verpleegkundigen beschikken over de vereiste competenties. Voorts is het binnen 5 minuten zekeren van een luchtweg bij een patiënt gegarandeerd. In de meeste ziekenhuizen ontbreekt nog een zorgbeleidsplan, waarin een heldere afbakening van de op de SEH te leveren zorg is opgenomen.

NVT komt met aangescherpte criteria

Recent heeft de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT) de level-criteria traumatologie herzien, waarin de minimumeisen aan de traumaopvang van hoog-energetische ongevalslachtoffers worden beschreven⁴⁶. De minimumeisen betreffen materiële en personele middelen en sluiten aan bij de huidige richtlijnen en indeling voor SEH's en IC's.

De nieuwe richtlijn van de NVT gaat uit van drie levels en beoogt om:

- level 3 ziekenhuizen (basis SEH, IC level 1) geen enkele rol te laten spelen in de primaire opvang en behandeling van traumapatiënten na een hoog-energetisch ongeval
- level 2 ziekenhuizen (profiel SEH, IC level 2) een belangrijke rol te geven bij de opvang en (chirurgische) behandeling van stabiele ongevalslachtoffers. Afhankelijk van bijvoorbeeld de geografische situatie kunnen deze ziekenhuizen ook een rol spelen bij de opvang en initiële (chirurgische) behandeling van instabiele slachtoffers, waarna desgewenst overplaatsing volgt naar een level 1 ziekenhuis
- level 1 ziekenhuizen (complete SEH, IC level 3) de hoogste staat van paraatheid te geven. Instabiele patiënten moeten hier altijd terecht kunnen voor opvang en definitieve behandeling.

Over de impact en implementatie van de richtlijn moet nog overlegd worden met de ziekenhuizen.

Voortschrijdende inzichten over de IC

Hogere kwaliteitseisen en normen waren aanleiding om de IC-zorg in te delen naar 3 niveaus. Het niveau van de IC is van grote invloed op het zorgaanbod van een ziekenhuis. Er is een trend zichtbaar dat het aantal geplande IC-opnamen afneemt in verhouding tot het aantal ongeplande opnamen. De kwaliteit van IC's in Nederland is de laatste jaren onderzocht door de IGZ en er wordt nauw toegezien op kwaliteitsverbetering. Resultaat is dat alle IC's inmiddels verantwoorde zorg leveren. In 2013 is een nieuwe conceptrichtlijn gepubliceerd die momenteel de nodige discussie oplevert.

⁴⁶ Levelcriteria traumachirurgie, Nederlandse Vereniging voor Traumatologie, 2013

Drie soorten IC's

Op een IC wordt intensieve en gespecialiseerde zorg verleend aan IC-patiënten, die door de NVIC worden gedefinieerd als 'patiënten met één of meer acuut bedreigde vitale functies, waarbij continue monitoring noodzakelijk is en behandeling van een in potentie reversibele aandoening kan leiden tot herstel van stabiele vitale functies'⁴⁷. De behandeling van deze patiënten vereist hoog opgeleid personeel, geavanceerde apparatuur en een hierop afgestemde organisatie. Hoe zieker de patiënt, hoe meer eisen dit stelt. IC's worden daarom momenteel ingedeeld in drie niveaus⁴⁸:

- een niveau 1 IC is een basis IC, gericht op de bewaking, verpleging en behandeling van patiënten met een dreigende of bestaande stoornis van een vitale orgaanfunctie, eventueel in combinatie met een beademingsnoodzaak die naar verwachting niet langer duurt dan twee tot drie dagen
- een niveau 2 IC is gericht op patiënten met ernstige ziekten, waarvoor continue beschikbaarheid en/of aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen en intensivisten noodzakelijk is
- een niveau 3 IC is (een gedeelte van) een IC met een academische en/of supraregionale functie en is gericht op patiënten met zeer gecompliceerde, zeer ernstige ziekten, bij wie tegelijkertijd vitale functies verstoord zijn en waarvoor een continue beschikbaarheid en/of aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen en intensivisten noodzakelijk is. Het gaat hier meestal om specifieke functies zoals IC-behandeling van gecompliceerde thorax-, neuro- en transplantatiechirurgie, dan wel om IC-behandeling van traumapatiënten of patiënten met (zeldzame) gecompliceerde aandoeningen.

Het niveau van de IC is veelal leidend voor het zorgaanbod dat een ziekenhuis kan bieden. Het IC-niveau bepaalt namelijk in grote mate de mogelijke complexiteit van patiënten bij de overige zorgfuncties en basisvoorzieningen zoals de traumatologie op de SEH en de verloskunde⁴⁹.

De volgende gegevens zijn afkomstig van de Regieraad²³.

In 2010 waren er 43 ziekenhuizen met een niveau 1 IC, 25 met een niveau 2 IC en 23 met een niveau 3 IC.

- Niveau 1 IC: 11 ziekenhuizen beschikken over minder dan 6 IC-bedden en 8 ziekenhuizen hebben meer dan 8 bedden. Het aantal intensivisten per bed varieert sterk, van ruim 0,1 tot 0,9. Het aantal IC-verpleegkundigen varieert van minder dan 1 tot meer dan 9; de meeste ziekenhuizen kennen een bezetting van 3 tot 5 IC-verpleegkundigen per bed. Er is een grote variatie in behandeldagen. Vier IC's kennen minder dan 1.000 IC-dagen per jaar, 5 ziekenhuizen hebben meer dan 3.000 dagen.
- Niveau 2 IC: de meeste ziekenhuizen beschikken over 10 tot 18 bedden. Drie ziekenhuizen hebben minder dan 10 bedden. Het aantal intensivisten per bed schommelt tussen 0,3 en 0,6. Het aantal IC-verpleegkundigen varieert van 2 tot 8; de meeste ziekenhuizen kennen een bezetting van 2,6 tot 5 IC-verpleegkundigen per bed. De productie ligt grotendeels tussen 2.500 en 5.000 IC-dagen.
- Niveau 3 IC: 2 ziekenhuizen met een niveau 3 IC beschikken over minder dan 12 bedden. Het aantal intensivisten per bed schommelt tussen 0,3 en 0,9. Het aantal IC-verpleegkundigen varieert van 2 tot 9. Er is een grote variatie in behandeldagen. Drie IC's hebben minder dan 4.000 dagen en zes meer dan 10.000 IC-dagen.

⁴⁷ Concept richtlijn Intensive Care. *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2013

⁴⁸ Concept richtlijn Intensive Care 2006, *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2006

⁴⁹ Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg. *Regieraad*, 2011

IC-opnamen in beeld

De volgende gegevens zijn ontleend aan de recent geïntroduceerde Conceptrichtlijn Intensive Care⁵⁰. In Nederland worden per jaar circa 76.000 patiënten opgenomen op een IC. Het aantal behandeldagen op deze IC's wordt geschat op 275.000. De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 64 jaar. De gemiddelde behandelduur van niet-cardiochirurgische patiënten is 3,6 dagen (mediaan 1,1). Na de IC verblijft men gemiddeld nog 11,6 dagen in het ziekenhuis (mediaan 7,4).

Van alle opnamen op IC's komt:

- 47% van de OK
- 23% van de verpleegafdeling
- 17% van de SEH
- 5% van een ander ziekenhuis
- 6% heropnamen

Het aantal geplande op de IC opgenomen patiënten neemt over de jaren in verhouding af. Momenteel is ongeveer 34% (50% bij IC's > 1.100 opnamen; 20% bij IC's < 1.100 opnamen) van de opnamen gepland, tegen ruim 60% in 2006. IC's met kleinere volumes hebben dus relatief meer acute opnamen dan grotere IC's. Ongeveer tweederde van de acute opnamen vindt plaats buiten kantooruren. De daling van de geplande patiëntenstroom hangt samen met verbeteringen in chirurgische en anesthesiologische technieken en met de intrinsieke groei van niet-chirurgische patiënten. Verwacht wordt dat deze trend zich doorzet. Een deel van de ongeplande opnamen is overigens wel stuurbaar, onder andere door goede triage, juist ambulancetransport en adequate preoperatieve inschatting van risico's.

Niet alle patiënten die momenteel op een IC verblijven, voldoen aan de definitie van IC-patiënt. Zo kunnen er nu ook medium care patiënten (MC), brain care patiënten (BC), respiratory care patiënten (RC) en post anesthesia care unit patiënten (PACU) liggen. Patiënten met mono-orgaanfalen waarvoor continue monitoring is vereist (zoals hart of brein) worden in principe op een daartoe gespecialiseerde afdeling (CCU of stroke unit) gemonitord of behandeld.

Inspectie ziet (toe op) kwaliteitsverbetering

In 2008 onderzocht de inspectie de kwaliteit van kleine IC's⁵¹. In haar rapport benoemde de inspectie vier voorwaarden die zij essentieel achtte voor verantwoorde zorg. Deze waren gebaseerd op wettelijke normen en de door de beroepsgroep opgestelde richtlijn:

- de beschikbaarheid van ten minste één intensivist die gedurende werkdagen overdag aanwezig is
- een zorgbeleidsplan waarin het ziekenhuis vastlegt welke patiënten verantwoord kunnen worden behandeld in het licht van de diagnose- en behandelingsmogelijkheden van de IC
- schriftelijk vastgelegde regionale samenwerkingsafspraken over de IC-zorg met ziekenhuizen met een hoger niveau IC-zorg
- borging van de continuïteit van de intensieve zorg in avond, nacht en weekend door beschikbaarheid van bevoegde en bekwame medische professionals conform de CBO-richtlijn.

Hoewel in eerste instantie vrijwel geen enkel onderzocht ziekenhuis met een IC 1-niveau aan alle vier de voorwaarden bleek te voldoen, leidde de uitwerking van door de inspectie gevraagde verbetervoorstellen ertoe dat in 2009 deze IC's hieraan wel voldeden.

⁵⁰ Concept richtlijn Intensive Care. *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2013

⁵¹ IC-afdelingen van niveau 1: Op weg naar verantwoorde zorg. *Inspectie voor de Gezondheidszorg*, 2008

In 2011 publiceerde de inspectie de resultaten van een onderzoek bij de IC's van niveau 2 en 3⁵². De conclusie was dat alle grote IC's, deels na genomen maatregelen, verantwoorde zorg leveren.

- Alle IC's van niveau 2 en 3 voldoen aan de normen voor verantwoorde IC-zorg. Hoofdbehandelaarschap en medische continuïteit zijn overal geborgd. Het medisch beleidsplan bevat afspraken over samenwerking en afstemming tussen afdelingen en over de afbakening van de geboden zorg. Deze samenwerking en ook het toetsen van bekwaamheden en het naleven van richtlijnen kan en moet beter. Alle ziekenhuizen met een grote IC hebben inmiddels afspraken gemaakt met IC's in hun regio.
- Bij de bezoeken bleek dat enkele ziekenhuizen ook op locaties buiten de IC-patiënten met multi-organafalen behandelden. Waar deze niet aan de eisen voldeden, zijn direct maatregelen genomen zodat deze nu voldoen aan de minimeisen van een IC niveau 1. Ook bleek dat de bouwkundige staat van enkele bezochte IC's tot risico's op onder meer kruisbesmetting en medicatiefouten leidde. Deze ziekenhuizen maakten een risicoanalyse en troffen de nodige maatregelen.
- IC's monitoren en gebruiken de uitkomsten van zorg op structurele wijze om de kwaliteit van de geleverde zorg te toetsen en bij te sturen. De IC zou een grotere rol als 'kwaliteitswaakhond' van het ziekenhuis kunnen spelen als de uitkomsten ziekenhuisbreed gedeeld worden. Dit gebeurt nog heel weinig.

De inspectie vroeg aandacht voor de regionale samenwerking. Op zich hebben alle IC's regionale samenwerkingsafspraken gemaakt, maar het samenwerkingsproces stond in de meeste regio's volgens de inspectie nog 'in de kinderschoenen'.

Discussie over conceptrichtlijn Intensive Care

Momenteel vindt er een discussie plaats over de herziening van de huidige IC-richtlijn. Een werkgroep heeft, op initiatief van de NVIC, NVA en NIV, een nieuwe conceptrichtlijn opgesteld⁵³. Dit concept bevindt zich in de commentaarfase, een term die vrij letterlijk wordt genomen. Er is van veel kanten, ook binnen de betrokken wetenschappelijke verenigingen, veel en fundamenteel commentaar op het concept.

De conceptrichtlijn gaat uit van regionale samenwerking, wat betekent dat zich netwerken en regio's vormen waarbinnen sluitende samenwerkingsafspraken worden gemaakt tussen IC's, ziekenhuizen en professionals en patiënten worden vervoerd om op de juiste plaats de juiste IC-zorg te krijgen. Op zich gaat de discussie niet zozeer over dit principe, maar over de uitwerking ervan.

Discussiepunten zijn onder meer:

- de organisatie van regionale netwerken (volgens de conceptrichtlijn bestaat een dergelijk IC-netwerk uit een 'kern-IC' waar complexe 24/7 zorg kan worden geleverd, en uit 1 tot 4 'basis IC's' die allen een intensieve samenwerking hebben met de kern-IC)
- de rolverdeling binnen regionale netwerken (volgens de conceptrichtlijn heeft ieder netwerk een netwerkcoördinator die het overzicht heeft over de aanwezigheid van patiënten in het netwerk en het medisch inhoudelijke beleid alsmede het overplaatsingsbeleid tussen basis-IC en kern-IC bespreekt en coördineert)
- de criteria voor de indeling in 'kern-IC' en 'basis-IC'
- de criteria voor het (over)plaatsingsbeleid van patiënten.

⁵² Grote intensive care afdelingen werken continu aan kwaliteit. *Inspectie voor de Gezondheidszorg*, 2011

⁵³ Concept richtlijn Intensive Care. *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2013

Andere vormen van acute en intensieve zorg

De SEH en IC zijn weliswaar de meest bekende, maar niet de enige vorm van acute zorg. De afgelopen tijd zien wij ook nieuwe en andere vormen opkomen, zoals een Acute Opname Afdeling (AOA), een PACU of Telemedicine bij de IC. Deze vormen worden niet gezien als volledige vervanging van een SEH of een IC.

Acute Opname Afdeling

De laatste jaren is de AOA bezig aan een opmars in de Nederlandse ziekenhuizen. De AOA is "een klinische verpleegafdeling, waar ongeplande patiënten worden opgenomen en die gericht is op snelle diagnose, het opstellen van een behandelplan en het starten van de behandeling met een maximale verblijfsduur van 48 uur". De AOA is 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar met een volwaardige verpleegafdeling. Een AOA draagt bij aan kwaliteitsverhoging en betere benutting van capaciteit. Kernbegrippen zijn: adequate opvang, deskundigheid, rustiger dan op de verpleegafdeling, verbetering in patiëntveiligheid en snellere start behandeling.⁵⁴

De AOA vangt alle patiënten op die het ziekenhuis 'acuut' krijgt aangeboden, meestal via de SEH, ambulancedienst, de eerste lijn of de polikliniek. Op een AOA scheiden electieve en acute patiëntenstromen zich, en van ieder specialisme wat participeert in het concept van de AOA, komt de acute patiënt op de AOA terecht met als doel binnen 48 uur een gestelde diagnose en een vastgesteld behandelplan. De meerwaarde is dus groter als meer specialismen participeren. De AOA is niet voor elk type patiënt geschikt omdat deze patiënten om andere deskundigheid vragen. Voorbeelden zijn patiënten van de IC/CCU, kindergeneeskunde, psychiatrie en verloskunde⁵⁵.

Het concept van de AOA is er niet op gericht om extra bedcapaciteit te creëren in het ziekenhuis, maar komt in de plaats van een gedeelte van het aantal bedden op de afdelingen van de participerende specialismen. Fysiek gezien is de AOA vaak gesitueerd vlak bij de SEH of de HAP. Een AOA is echter geen vervanging van de SEH. De nadruk ligt bij een AOA op de snelle diagnostiek en minder op de behandeling zoals op een reguliere verpleegafdeling. Omdat de AOA vaak ingericht wordt in het ziekenhuis als de 'poort voor acute patiënten naar de (verpleeg)afdelingen in het ziekenhuis', komen er zelden meer spoedpatiënten terecht op reguliere verpleegafdelingen wat rust bevordert en ritmes daar niet verstoort. Pas als het behandelplan definitief is vastgesteld, kan de patiënt van de AOA af⁵⁶.

De doorstroming op de AOA is van essentieel belang; een AOA zonder beschikbare bedden leidt tot een opnametop of acute patiënten die toch weer naar een reguliere verpleegafdeling gaan. Dit betekent dat er een continu monitoringsproces nodig is, artsen vaak visite lopen en er een goede afstemming met andere afdelingen moet zijn in het ziekenhuis (SEH, verpleegafdelingen, polikliniek, e.d.). Het VUmc heeft sinds 2012 een AOA en bevestigt het feit dat doorstroming het sleutelwoord is⁵⁶. Onderzoek van het Máxima Medisch Centrum onder hun patiëntenpopulatie⁵⁷ wijst uit dat 85% van de patiënten via de SEH naar de AOA gaat hetgeen een aanzienlijk aantal is.

⁵⁴ De Acute Opname Afdeling. *Vreelandgroep*, 2011

⁵⁵ De Acute Opname Afdeling. *Vreelandgroep*, 2011

⁵⁶ VUmc, <http://www.vumc.nl/patienten/nieuws/helpt-patienten-48-naar-huis/>, 2013

⁵⁷ De Acute Opname Afdeling (AOA) in het Máxima Medisch Centrum (locatie Veldhoven): Vergelijking van de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten voor en na de oprichting van de AOA. C. *Hessels*, 2010

Een benchmark in 2011 onder de AOA's in Nederland⁵⁸ geeft het volgende aan over de prestaties van de participerende AOA's: de gemiddelde bedbezetting was 78% (idealiter 65%-70%), het percentage ontslag van de AOA was 40%, gemiddelde verblijfsduur was 33 uur (t.o.v. 48 uur als maximum), en de overplaatsing naar de gewenste afdeling werd in 95% van de gevallen gerealiseerd.

Internationaal gezien bestaat het concept van de AOA al een langere tijd; sinds 2005 heeft de AOA (of AMU) een stevige ontwikkeling doorgemaakt in zowel de USA als in Noord-Ierland en Groot-Brittannië. Er is in het buitenland ook meer onderzoek gedaan naar het succes van de AOA of AMU. Een studie uit Engeland onder negen ziekenhuizen⁵⁹ wijst uit dat na de introductie van een AMU de patiëntsterfte verlaagd is, de verblijfsduur verkort, de heropnamecijfers niet verhoogd zijn en dat de medewerkers- en patiënttevredenheid zijn gestegen. Een ander onderzoek uit Ierland geeft aan dat het hebben van een Acute Medical Assessment Center (AMAU) de opnamekosten relatief laag houdt, doordat patiënten onder andere direct gediagnosticeerd kunnen worden en er direct en snel contact is met de medisch specialisten. Op deze manier zijn er minder interne opnamen nodig⁶⁰.

In Nederland wordt, evenals in het buitenland, een snelle groei verwacht in de komende jaren van het aantal AOA's in ziekenhuizen (90 AOA's in 2026)⁶¹.

PACU

PACU's bestaan al meer dan tien jaar en werden in beginsel opgericht in grotere ziekenhuizen vanuit de behoefte aan stabilisatie van het OK-proces. Patiënten gingen postoperatief niet meer naar de IC, maar naar een PACU. Een PACU werd toen gedefinieerd als een verkoeverkamer met 24-uurs bezetting waar post-operatieve patiënten tot een maximum van 24 uur worden bewaakt. Inmiddels is de definitie uitgebreid, en in Nederland geeft de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie de volgende definitie: "De PACU is een post-anesthesia care unit, waar zorg wordt geleverd aan postoperatieve patiënten. Deze patiënten behoeven intensieve bewaking en/of behandeling die gericht is op het stabiliseren van de vitale functies postoperatief met de verwachting dat dit binnen een etmaal gerealiseerd is en welke door de anesthesioloog geboden kan worden. De PACU biedt zorg tot 24 uur postoperatief, en bevordert de doorstroom van patiënten in het operatieve proces"⁶². Het verschil met een definitie van een IC zit hem dus onder andere in het feit dat het bij een PACU echt om postoperatieve patiënten gaat en om een opname korter dan 24 uur. De wijze van bekostiging tussen de twee vormen verschilt ook sinds de invoering van de DBC's.

Aangezien IC-bedden schaars en duur zijn, kan een PACU soelaas bieden door een aanzienlijk deel van de patiënten te verzorgen die postoperatief naar de IC gebracht zouden worden. Ook kan op deze wijze voorkomen worden dat als de IC volledig bezet is, operaties niet uitgesteld hoeven te worden. Dit scheelt ongemak voor de patiënt, maar ook voor de ziekenhuizen is dit efficiënter en goedkoper (anders volgt leegstand van OK's). Ook andere verpleegafdelingen kunnen hierdoor worden ontlast, omdat patiënten die postoperatief intensieve zorg nodig hebben, niet kort na de operatie naar de afdeling worden gestuurd. De aantallen verpleegkundigen en het opleidingsniveau zijn vaak niet toereikend⁶⁶.

⁵⁸ Nederlands Netwerk Acute Opname Afdelingen, <http://www.acuteopnameafdeling.nl/2012/06/12/benieuwd-naar-de-resultaten-van-de-benchmark/>, 2013

⁵⁹ Effectiveness of acute medical units: a systematic review. *Scott, Vaughan and Bell*, 2009

⁶⁰ Acute medical assessment units: an efficient alternative to in-hospital acute medical care. *Watts, Powys, Hora, e.a.*, 2011

⁶¹ De Acute Opname Afdeling. *Vreelandgroep*, 2011

⁶² PACU Visie. *Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie*, 2011

De PACU biedt een ander soort postoperatieve zorg dan op de IC, en is meer gericht op het snel afbouwen van de ondersteuning (kortere intensieve zorg). Dit betekent meer nadruk op een snellere doorstroming. Ook voor operaties die in de ANW-uren plaatsvinden kan de PACU een oplossing bieden, omdat normaliter het OK-team de patiënt zelf moet verkoeveren en dit kost tijd en middelen. Volgens Haak-van der Lely, van Oort en Ploegmakers vult een PACU 'het gat tussen de IC en de verkoeverkamer en ontlast de operatiekamerbezetting'⁶³.

Het is van belang voor een goed operationeel proces rondom een PACU dat er aan bepaalde randvoorwaarden wordt voldaan. De NVA definieert deze als volgt⁶⁶:

- De anesthesioloog is eindverantwoordelijk op de PACU, bij chirurgische complicaties wordt een chirurg of andere specialist geraadpleegd
- de verpleegkundigen op de PACU moeten geschoold zijn in verkoeverzorg, beademing en circulatie (een probleem hierbij vormt wel het groeiende tekort aan IC-verpleegkundigen en verkoeververpleegkundigen)
- uitgangspunt is dat de patiënt de PACU binnen 24 uur verlaat (uitzonderingen daargelaten) en qua zorgzwaarte tussen die van de IC en die van de gangbare verkoeverzorg in zit. Voorwaarde is dat de vitale functies stabiel zijn en geen bewaking of behandeling meer nodig hebben.

Een PACU is niet voor ieder ziekenhuis voordelig. Er moet worden voldaan aan een bepaald patiëntenvolume om een PACU die 24 uur per dag open is, rendabel te maken. Het hebben van een IC hoeft geen voorwaarde te zijn voor het hebben van een PACU, voor kleinere ziekenhuizen kan dit dus zeer waardevol zijn om toch bepaalde operaties uit te kunnen voeren. Echter, de PACU is niet bedoeld voor de opvang van niet-chirurgische patiënten.

Telemedicine bij IC

Het OLVG in Amsterdam en de IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad kennen een vorm van 'telesamenwerking' op het gebied van de IC. In de nieuwe conceptrichtlijn IC wordt ook aandacht besteed aan 'telemedicine'.

Telemedicine is het geheel aan apparatuur en personeel dat zorg op afstand levert. Telemedicine wordt onderverdeeld in teleconferencing, teleconsulting en tele-IC. Teleconferencing is het gebruik maken van een gecombineerde audio-video verbinding om patiënten te bespreken. Bij teleconsulting wordt teleconferencing uitgebreid met data-uitwisseling waarbij de geconsulteerde intensivist eigenhandig in de databestanden (ziekenhuisinformatiesysteem en patiënt-data-management systeem) van het consulterende ziekenhuis kijkt en deze informatie in het consult gebruikt. Bij tele-IC breidt de toepassing zich uit met een audio-video verbinding per bed en is de tele-intensivist behandelaar van de betreffende patiënten. In geval van teleconferencing en teleconsulting is de intensivist adviserend, bij tele-IC besluitvormend⁶⁴.

⁶³ Elk ziekenhuis een PACU. *Haak-van der Lely, van Oort en Ploegmakers*, Medisch Contact 2011

⁶⁴ Concept richtlijn Intensive Care. *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2013

Bijlage 3: Wat betekent acute zorg voor de patiënt

Er bestaan geen oneigenlijke acute zorgvragen, althans vanuit het oogpunt van de patiënt. Men kan pas achteraf definiëren of de zorgvraag daadwerkelijk wel of niet acuut was. Een patiënt wil over 'snelle en juiste zorg' beschikken in geval van een acute zorgvraag en vindt in de meeste gevallen een bezoek aan de SEH of HAP terecht. Specifieke eisen omtrent acute zorg vanuit patiëntperspectief hebben betrekking op snelle bereikbaarheid van en duidelijkheid over spoedvoorzieningen, deskundigheid en bejegening door medisch personeel en informatievoorziening. Patiënten zijn zich bewust van de kosten van acute zorg, echter als spoedzorg echt nodig is, is men bereid verder te reizen of meer te betalen.

Hoe definieert de patiënt spoed/acuut

Onder acute zorg verstaat het Nationaal Kompas Volksgezondheid⁶⁵: 'Alle zorg die niet kan wachten tot de eerstvolgende mogelijkheid op werkdagen om de huisarts of hulpverlener te raadplegen'. Deze definitie wordt gehanteerd in het Nederlandse Triage Systeem en is oorspronkelijk opgesteld door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Het Ministerie van VWS sluit bij deze definitie aan: 'een door de zorgvrager en/of zorgverlener ervaren onvoorziene en onmiddellijke behoefte aan diagnostiek en behandeling'⁶⁶.

De beleving van de zorgvrager staat in deze definities centraal. Een persoon zal bij grote kans op overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade uiteraard behoefte hebben aan acute zorg. Maar ook bij hevige pijn, ernstig ongemak of ongerustheid kan iemand die behoefte hebben.

De NPCF geeft duidelijk aan dat het in het kader van het patiëntenperspectief belangrijk is om te benadrukken dat het gaat om zorgvragen die door de patiënt als acuut worden ervaren en dat een 'oneigenlijke' acute zorgvraag niet bestaat⁶⁷. Vaak weet iemand pas achteraf of de vraag echt zo acuut was dan van te voren ingeschat. Belangrijk is ook dat de acute zorgvraag 24 uur per dag gesteld en beantwoord moet kunnen worden. Dit betekent dat een duidelijk telefoonnummer en een duidelijk herkenbare fysieke plek waar men naar toe kan, noodzakelijk zijn. In 2008 vult de NPCF hierop aan dat acute zorg gaat over 'snelle en juiste zorg'⁶⁸. Bij snelle zorg staan aspecten als fysieke toegankelijkheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid van professionals centraal, en bij juiste zorg draait het om de vakkundigheid en deskundigheid van de betrokken professionals.

Welke kwaliteitseisen stelt de patiënt aan acute zorg

ZonMW en NIGZ hebben in 2007 een overzichtsstudie gemaakt betreft de behoeften en kwaliteitseisen van de patiënt in geval van het gebruik van spoedzorg⁶⁹. Deels is dit gebaseerd op eerder verricht onderzoek door de NPCF⁶⁶. De belangrijkste aspecten en conclusies worden hierna weergegeven. Eerst voor acute zorg in het algemeen, daarna toegespitst op de triage, de HAP en de SEH.

⁶⁵ Nationaal Kompas Volksgezondheid, <http://www.nationaalkompas.nl/zorg/sectoroverstijgend/acute-zorg/acute-zorg-samengevat> 2013

⁶⁶ Kamerstuk: Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008

⁶⁷ Uitgangspunten en Kwaliteitscriteria vanuit Patiëntenperspectief. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2006

⁶⁸ Ons Ziekenhuis, Patiëntgericht. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2008

⁶⁹ Informatiebehoeften en kwaliteitsaspecten in de eerstelijns- en acute zorg vanuit patiëntenperspectief. Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie en ZonMW, 2007

Accommodatie en fysieke locatie
Voorzieningen op een goed bereikbare en duidelijk herkenbare plek met goede bewegwijzering
De voorziening is voor iedereen goed toegankelijk, ook voor mensen met een fysieke beperking
Er is rekening gehouden met het bieden van privacy aan patiënten bij de receptie en spreekkamers
Bereikbaarheid van zorg/snelheid van zorg
Voorziening is rechtstreeks telefonisch bereikbaar met beperkte wachttijd en weinig keuzemenu's of antwoordapparaten
De voorziening heeft een regeling voor telefoonstoringen en overbelasting
De afstand naar de voorziening bedraagt maximaal 30 minuten met de auto
Redelijke wachttijden op locatie
Werken met afspraaktijden en goede informatievoorziening over wachttijden
Medische gegevens zijn (elektronisch) beschikbaar, ook voor ambulance en SEH, waarbij het waarneemdossier en het medicatiedossier van de huisarts minimaal beschikbaar moeten zijn
Deskundigheid en bejegening
De hulpverlener heeft een rustige en begripvolle houding en neemt voldoende tijd en geeft goede informatie over onderzoek en behandeling
Te allen tijde wordt voldoende gekwalificeerd en bekwaam personeel ingezet
Artsen en verpleegkundigen zijn opgeleid en getraind om daadwerkelijk spoedeisende zorg te kunnen verlenen en beschikken over noodzakelijke materialen
Triagisten hebben een gespecialiseerde opleiding gevolgd
Op de HAP en de SEH wordt gewerkt met een kwaliteitssysteem waarin het patiëntenperspectief betrokken is
Het advies is uitvoerbaar en voelt als betrouwbaar
Informatie
Beschikbaarheid van het centrale telefoonnummer, het bezoekadres en mogelijkheden tot contact
Voor welke hulpvragen is de spoedeisende zorg bedoeld en welke soort hulpverleners zijn werkzaam
Inhoud van een telefonische triage en benodigde gegevens
Werkwijze en procedures van de spoedeisende zorgvoorziening
Financiële consequenties van een bezoek
Informatievoorziening op website of via folders en in meerdere talen
Patiëntenrechten
Uniforme criteria over wie toegang heeft tot patiëntgegevens en onder welke omstandigheden en mogelijkheden tot bezwaar van gegevensverstrekking
Uniforme en transparante procedure voor terugkoppeling van gegevens naar de huisarts
Laagdrempelige klachtenafhandeling
Eindverantwoordelijkheid van de spoedeisende zorg voorziening
Inspraakmogelijkheden van patiënten d.m.v. cliëntraden en het RPCP (Regionale Patiënten Consumenten Platform)
Toegankelijkheid
Er is één toegang voor acute zorg dus HAP en SEH zijn in nabijheid van elkaar gesitueerd, het liefst met een apotheekvoorziening
Voorziening is voor iedereen met een acute zorgvraag toegankelijk en men moet zelf kunnen kiezen voor welke locatie gekozen wordt voor spoedeisende zorg
Ondanks noodzaak tot telefonische afspraak moeten patiënten zich ook rechtstreeks kunnen melden bij de voorziening voor spoedeisende zorg
Een consult moet naast op de locatie, ook in de thuisituatie van een patiënt of elders kunnen plaatsvinden en binnen 15 minuten moet er acute zorg geleverd kunnen worden
Er moeten voldoende medisch specialisten aanwezig zijn en voldoende personele bezetting
Er is één landelijk telefoonnummer voor levensbedreigende situaties en één telefoonnummer voor de overige acute zorg

Triage
Voor een telefonische triage moet er binnen 30 seconden een eerste contact zijn met de triagist
De focus ligt eerst op de zorgvraag van de patiënt, daarna op overige gegevens
Voor spoedeisende gevallen is er een spoedtoets om na totstandkoming van het contact de telefonische triage in te laten gaan
Voor niet-spoedeisende gevallen heeft voor 100% van deze gevallen binnen 10 minuten het telefonische consult plaatsgevonden
Systeem van triage waardoor patiënten met een acute zorgvraag direct op de juiste plaats terechtkomen om direct goed afgestemde zorg te ontvangen
De (telefoon)arts heeft de eindverantwoordelijkheid en kan inspringen indien nodig en moet door de triagist afgehandelde vragen binnen een uur fiatteren
Eenduidige triage: er zijn specifieke protocollen en eisen aan het uitvoeren van een telefonische triage
Voor het bepalen van het type consult geldt dat er naast medische factoren, ook sociale factoren meegenomen moeten worden
Patiënten die zich zonder voorafgaand telefonisch contact melden op de spoedeisende zorg voorziening, worden bij binnenkomst getriageerd
Goede bejegening en geruststelling zijn belangrijk

HAP
De huisarts moet aandachtig luisteren naar de vraag van de patiënt
De HAP moet alles goed terugkoppelen naar de huisarts van de patiënt
Er is voldoende parkeergelegenheid bij de HAP
Beperkte wachttijd aan de telefoon

SEH
Er is ketenoverleg mogelijk met andere hulpverleners
Het centrale telefoonnummer en het bezoekadres zijn makkelijk vindbaar
Duidelijkheid over financiële consequenties
Apotheekvoorziening in directe omgeving met beschikbaarheid buiten kantooruren
Binnen 15 minuten moet er in de regio acute zorg geleverd kunnen worden
Eenduidige triage: er zijn specifieke protocollen en eisen aan het uitvoeren van een telefonische triage

Op basis van bovenstaande gegevens en aanvullend onderzoek door de NPCF⁷⁰ kan geconcludeerd worden dat vanuit patiëntenperspectief de volgende punten van groot belang zijn:

- Relatief snelle bereikbaarheid van de voorziening voor spoedeisende zorg
 - . goede fysieke bereikbaarheid van de spoedvoorziening
 - . goede telefonische bereikbaarheid
 - . beperkte wachttijden
 - . echter, snelle zorg is niet meer de enige maatstaf van kwaliteit. Hetzelfde onderzoek van de NPCF⁶⁰ wijst uit dat dit aan het veranderen is, en dat patiënten bereid zijn verder te reizen voor directe beschikbaarheid van bepaalde specialistische zorg (71% van de respondenten geeft aan dat men bereid is om verder te reizen voor acute zorg die beter afgestemd is op de vraag)
- duidelijkheid over spoedvoorzieningen
 - . Duidelijkheid over waar men met welke zorgvraag terecht kan en welke soort hulp men kan verwachten (78% van de respondenten vindt informatievoorziening hieromtrent essentieel)
 - . duidelijkheid over en eenduidigheid in procedures en protocollen vooraf en op de voorziening, zoals telefonische intake, wachttijden, benodigde gegevens, terugkoppeling naar huisarts of financiële consequenties

⁷⁰ Meldactie 'Spoedzorg. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2012

- . duidelijkheid in de vorm van zo veel mogelijk 1 loket voor spoedzorg, zodat de patiënt niet zelf hoeft te kiezen (een merendeel van de patiënten wil in principe zelf een keuze kunnen maken omtrent de acute zorg die benodigd is, echter men vindt het niet onoverkomelijk dat dit in de meeste gevallen niet kan)
- kwaliteitsverschillen tussen spoedeisende voorzieningen
 - . Bijna driekwart van de patiënten vindt informatie over de kwaliteit van specifiek de SEH's belangrijk om een keuze te kunnen maken waar naartoe te gaan, hier zou beter op geanticipeerd kunnen worden door transparantie in informatievoorziening.
- deskundigheid en bejegening
 - . patiënten willen het gevoel hebben dat er voldoende en deskundig (medisch) personeel aanwezig is op een spoedeisende voorziening
 - . specifiek voor de SEH geldt dat men het belangrijk vindt dat er ketenoverleg mogelijk is met andere hulpverleners, zodat de beste zorg geboden kan worden en anders doorverwezen wordt
 - . het aanwezige personeel moet een rustige houding hebben, in combinatie met het nemen van voldoende tijd om de vraag van de patiënt echt aan te horen
 - . als men klachten heeft, wil men deze graag kwijt kunnen en informatie krijgen over de procedures.

Een patiëntenstudie van het Julius Centrum⁷¹ geeft aan dat spoedpatiënten van ziekenhuizen de volgende punten het belangrijkste vinden als het gaat om de kwaliteit van acute zorg:

- vertrouwen in de competenties van artsen en verpleegkundigen op de SEH
- het tegemoetkomen aan verwachtingen van patiënten door medisch personeel
- informatie over:
 - . de ernst van de aandoening
 - . wachttijden
 - . doorstroomtijden
 - . hoe te handelen na vertrek uit de SEH.

Ook deze onderzoeksresultaten onderstrepen het belang van goede informatievoorziening waarmee verwachtingen van patiënten goed gemanaged kunnen worden.

⁷¹ The consumer quality index (CQ-index) in an accident and emergency department: development and first evaluation. *Bos, Sturms, Schrijvers en van Stel*, 2012

De ervaringen van de patiënt

Uit onderzoek naar patiëntenervaringen van het Julius Centrum van het UMC Utrecht in 2010 en 2011⁷², blijkt dat het domein 'Behandeling en attitude zorgverleners' door de patiënten wordt ervaren als het meest positieve aspect van de zorgverlening op de SEH. Daarop volgen de ervaringen op de domeinen 'Informatie zorgverleners', 'Beleving en omgeving SEH', en 'Uitleg bij vertrek van de SEH'. Het minst positief zijn de patiënten over het domein 'Informatieverstrekking in de wachtkamer'. De patiënten waarderen de zorgverlening op de SEH met een gemiddeld cijfer van 8,0 waarbij gecorrigeerd is voor de gezondheid en leeftijd van de patiënten. 63% van de patiënten heeft de zorg gekregen die zij verwachtten. De respondenten bestonden voor 49% uit mannen en voor 51% uit vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 53 jaar. 31% bezocht de SEH 's avonds en 7% 's nachts.

De vijf verbeterpunten in de zorgverlening op de SEH zijn:

1. informatie in de wachtkamer over volgorde hulp
2. informatie bijwerkingen geneesmiddelen
3. informatie verpleegkundige over snelheid hulp
4. informatie van de baliemedewerker
5. verteld dat huisarts geïnformeerd zou worden.

De vijf sterke punten in de zorgverlening op de SEH zijn:

1. vinden SEH binnen het ziekenhuis
2. bewegwijzering naar SEH
3. vinden parkeerplaats bij SEH
4. serieus genomen door baliemedewerker
5. veiligheid op SEH.

De wachttijd tot de start van de behandeling is voor 63% van de patiënten geen probleem. De totale duur van het bezoek aan de SEH wordt door 73% van de patiënten niet als probleem ervaren.

Volgens de NPCF rapportage uit 2012⁷³ heeft een derde van de deelnemers een negatieve ervaring met spoedzorg: 8% is negatief en 25% heeft een ervaring die zowel positief als negatief is. Tweederde van de deelnemers (67%) is positief over de geboden spoedzorg.

Van de deelnemers die positief zijn over de geboden zorg, wist 92% vooraf waar ze terecht konden.

Van de deelnemers die zowel positief als negatief zijn, wist 77% vooraf waar ze terecht konden.

Van de deelnemers die negatief zijn over de geboden zorg, wist 67% vooraf waar ze terecht konden.

Mogelijk weten de deelnemers die weten waar ze terecht kunnen, beter wat ze kunnen verwachten. En zijn daardoor positiever in hun oordeel over de geboden zorg. Deelnemers met een negatieve ervaring meldden vaak dat er een verkeerde diagnose werd gesteld en dat ze lang moesten wachten.

Patiënten ervaren verschillen tussen ziekenhuizen. Uit onderzoek blijkt dat het aantal patiënten dat de SEH van hun ziekenhuis met kwaliteit en deskundigheid associeert, varieert van 77% tot 91%⁷⁴.

De bredere betekenis van spoedzorg

Voor de burger is het van belang zich verzekerd te weten van goede medische zorg die in geval van nood binnen 'handbereik' is. Deze emotionele betekenis van nabije spoedeisende zorg blijkt uit de

⁷² The consumer quality index (CQ-index) in an accident and emergency department: development and first evaluation. *Bos, Sturms, Schrijvers en van Stel*, 2012

⁷³ Meldactie 'Spoedzorg'. *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie*, 2012

⁷⁴ Persbericht Intomart GfK, 11 juli 2013

commotie die steevast lokaal ontstaat bij een dreigende sluiting van een SEH of een voorziening voor acute verloskunde.

Patiënten zijn zich bewust van de kosten van spoedzorg. Uit het onderzoek van de NPCF⁷⁵ blijkt dat 76% van de respondenten het (geheel of gedeeltelijk) eens is met de stelling dat je zo min mogelijk gebruik moet maken van spoedeisende zorg.

Maar als er spoedzorg nodig is dan vindt 71% van de respondenten de kosten niet belangrijk. Bijna de helft is bereid om (soms) bij te betalen voor spoedzorg als men daarmee terecht kan waar men zelf wil. Het onderzoek van de NPCF geeft ook aan dat patiënten bereid zijn verder te reizen voor spoedeisende zorg die beter is afgestemd op de vraag.

Ruim de helft van de respondenten is het (deels) oneens met de stelling dat er in Nederland wel minder SEH's kunnen zijn.

⁷⁵ Meldactie 'Spoedzorg. *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie*, 2012