

Aan: Landelijke Huisartsen Vereniging
Betreft: Discussienotitie Acute zorg 2015

Geachte heer/mevrouw,

Bijgevoegd treft u een discussienotitie aan ter voorbereiding op de formulering van het toekomstbeeld van de minister van VWS over de invulling van de Acute zorg anno 2015. Het streven is de Tweede Kamer hierover in maart 2011 te berichten, waarschijnlijk als onderdeel van een bredere brief over de toekomst van de zorg (zorglandschap).

Het doel van deze discussienotitie is uitdrukkelijk uw reactie te benutten om te komen tot een nieuw toekomstbeeld op de acute zorg. Een actualisering is nodig omdat de huidige beleidsvisie uit 2005 verouderd is en niet meer goed aansluit op nieuwe ontwikkelingen in de zorg.

Het aanpassen van het toekomstbeeld van de acute zorg kan alleen tot stand komen in samenwerking met het veld, dat primair verantwoordelijk is voor de vormgeving en organisatie ervan.

Daarom is het van groot belang dit toekomstbeeld tezamen met het veld vorm te geven. Ik nodig u daarom uit te reageren op deze discussienotitie.

U heeft eerst de gelegenheid schriftelijk te reageren en daarna zal, op basis van de schriftelijke reactie, een overlegronde worden georganiseerd.

Graag verzoek ik u dan ook vriendelijk, de schriftelijke reactie binnen vier weken, uiterlijk 22 januari 2011, aan VWS te sturen. Het contactadres is:

E.Lazova@minvws.nl. Meer inhoudelijke vragen kunt u richten aan mw. Alberda (cc.alberda@minvws.nl).

Voor de daaropvolgende overlegronde, in de eerste weken van februari 2011, zal een afspraak worden gemaakt.

Op basis van de uitkomsten van de discussieronde wordt het discussiedocument omgezet en een geactualiseerd toekomstbeeld, dat –zoals eerder gezegd- per brief aan de Tweede kamer wordt aangeboden.

Ik realiseer me dat u vanwege de kerstperiode een beperkte tijd ter beschikking heeft om te reageren. De achtergrond hiervan is het verzoek van de Tweede Kamer om zoals hierboven reeds gemeld uiterlijk in maart een brief over het zorglandschap te sturen.

Ik hoop desondanks dat u de reactiemogelijkheid ten volle benut.

Een afschrift van deze brief is naar de volgende organisaties gestuurd: LVTC, NVZ, NFU, AZN, LHV, NHG, VHN, NPCF, ZN, GGZnl, V&VN, NVSHV, NVSHA, KNOV, NVOG, KNMP, NZa, CVZ, IGZ, GHOR NL, Min. V&I

Hoogachtend,
De minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Sport,
namens deze,
de Directeur Curatieve Zorg,

Arnold Moerkamp

Goed op Tijd!

Naar een klantgerichte, efficiënte, effectieve en flexibele acute zorg

Discussienotitie acute zorg 2015
Ministerie van VWS

1. Vooraf

Dit discussiedocument is een notitie ter voorbereiding van de formulering van het toekomstbeeld van de minister van VWS over de invulling van de curatief-medische acute zorg en de wijze waarop dat toekomstbeeld werkelijkheid gaat worden. Het streven is de Tweede Kamer hierover in maart te berichten, waarschijnlijk als onderdeel van een bredere brief over het zorglandschap. Het doel van dit stuk is aan de hand van een scherp gesteld toekomstbeeld uw visie op de mogelijke invulling van de acute zorg van 2015 te horen en de discussie te voeren. Het actualiseren van het toekomstbeeld van de acute zorg kan immers alleen tot stand komen in samenwerking met het veld dat uiteindelijk verantwoordelijk is voor de vormgeving en organisatie ervan. Dit betekent dat het toekomstbeeld dat in dit document wordt neergelegd nog kan veranderen onder invloed van die discussie.

2. Wat is acute zorg?

Het is geen uitgemaakte zaak wat onder acute zorg moet worden verstaan. Is acute zorg alleen die zorg die noodzakelijk is om een levensbedreigende situatie af te wenden of om onomkeerbare verergering van gezondheidsschade te voorkomen? Denk aan een ernstig trauma ten gevolge van een verkeersongeval. Of verstaan we onder de acute zorg alle zorg en aandacht die wordt verleend omdat men denkt dat het acuut is terwijl het (achteraf) niet zo blijkt te zijn?¹ Een oordeel of het wel of niet acuut is, blijkt voor degene die hulp vraagt vaak lastig. Denk aan de situatie met een klein kind met flinke koorts op vrijdagavond waar de ouders zich zorgen om maken, maar wat een verkoudheid blijkt te zijn.

In deze notitie gaan we uit van een ruime definitie van acute zorg, met als achtergrondgedachte dat de patiënt vaak zelf in staat is te beoordelen wat wel en niet acuut is. Voor zover de angst bestaat dat de acute zorgverleners worden overspoeld met vragen die niet acuut zijn, kan daar in worden voorzien door ruimere openingstijden van de reguliere zorg zoals het kabinet voorstaat en door eigen bijdragen te introduceren.

Acute zorg heeft betrekking op alle vormen van curatief-medische zorg die niet uitstelbaar is. Daarom moet de acute zorg altijd en snel beschikbaar zijn. Dit vergt een andere benadering - en op onderdelen ook andere sturing door de overheid - dan de planbare/electieve zorg. Acute zorg wordt geleverd door huisartsen, verloskundige hulpverleners, ambulancevoorzieningen, spoedeisende eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen, traumacentra (met hun mobiele medische teams), crisisdiensten GGZ, acute thuiszorg en natuurlijk tal van ander personeel in de zorg (denk aan assistenten, verpleegkundig specialisten etc.). Samenwerking binnen de acute zorg en tussen de acute zorg en de rest van de zorg is essentieel om de juiste zorg, op de juiste tijd, op de juiste plaats door de juiste zorgverlener,

Zie RVZ, NFU.

aan de patiënt die deze zorg nodig heeft, te leveren. Kortom: zinnige en efficiënte zorg!

3. Waarom een nieuw geactualiseerd toekomstbeeld op de acute zorg?

De acute zorg in Nederland is goed, maar het kan beter. De huidige beleidsvisie² is verouderd en past niet meer binnen de nieuwe ontwikkelingen. Daarnaast zit de huidige acute zorg gevangen in een structuur van eigenstandige voorzieningen/instituten, die onvoldoende inspelt op snelle, toegankelijke en betaalbare acute zorg. Iedere voorziening doet vanuit het eigen perspectief wat het beste is voor de patiënt met acute zorgvragen zonder oog voor de samenhang of de som der delen. Ondanks de (regionale) taak om onderling sluitende afspraken te maken over toegang, kwaliteit, samenwerking en doelmatigheid van de zorg, lukt dit maar op beperkte schaal zodat je zou kunnen zeggen dat de keten nog steeds rammelt.

Ook gezien de te verwachten ontwikkelingen is het nodig de acute zorg te veranderen. Maatschappelijke veranderingen die ook op andere onderdelen van de zorg spelen, gelden ook voor de acute zorg. Denk aan de substantieel groeiende en veranderende zorgvraag, een stijging van chronische ziekten die ook acute zorg vergen en meer behandelmogelijkheden. Maar denk ook aan verdunning van de bevolking in bepaalde regio's, aan schaarste aan personeel en aan beperkte financiële middelen.

De verdere ontwikkeling van de acute zorg gaat niet vanzelf. Het begint met een gedeeld beeld op hoe die acute zorg er in de toekomst uit moet zien. Vervolgens moeten het zorgveld, de verzekeraars en de overheid consequent aan de slag gaan om dat beeld ook te bereiken. Soms is daar aanpassing van regelgeving voor nodig, moet de bekostiging worden aangepast of moeten (regionaal) afspraken worden gemaakt. Ook kunnen bijvoorbeeld nadere kwaliteitsnormen nodig zijn.

Dit kabinet maakt in het Regeerakkoord op het terrein van de zorg een aantal duidelijke keuzes. Het kabinet zet in op een betere basiszorg dicht bij huis. Denk aan huisartsenzorg, wijkverpleegkundigen, thuiszorg, apothekers, fysiotherapeuten, regionale ziekenhuizen die basiszorg leveren en anderen die samenwerken in een netwerk van zorg in de wijken en dorpen. Daarbij stimuleert het kabinet dat die zorg die in samenhang wordt gegeven (ketenzorg). De bereikbaarheid van huisartsen dient te verbeteren. Zeldzame, ingewikkelde, innovatieve behandelingen kunnen daarentegen vanuit kwaliteits- en doelmatigheidsoverwegingen beter naar enkele (top)ziekenhuizen worden geconcentreerd. Maar ook het borgen van de continuïteit van zorg blijft aandachtspunt.³

Het uitwerken van de thema's rond acute zorg, basiszorg dicht bij huis en concentratie van ziekenhuis topzorg kent een logische samenhang met als uiteindelijk resultaat dat het zorglandschap in 2015/2020 er anders uit zal zien dan in 2010. Bijvoorbeeld de concentratie van topzorg, de vermindering van het aantal SEH's en de substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn kunnen ingrijpende gevolgen hebben voor de vormgeving van het zorglandschap. De acute zorg is onderdeel van dit nieuwe zorglandschap dat zal ontstaan, maar

² Beleidsvisie acute zorg, Ministerie van VWS, oktober 2003

³ Ook relevant toezegging minister op motie Van der Veen, over inrichting zorglandschap.

vereist tegelijkertijd ook een aparte benadering omdat deze zorg er onvoorwaardelijk altijd en snel voor de burger moet zijn. Dat brengt ons tot de kern van wat we willen bereiken:

In 2015 is de acute zorg in Nederland kwalitatief verbeterd, doelmatiger georganiseerd en eenvoudig toegankelijk als je het nodig hebt.

Het toekomstbeeld richt zich op 2015. Dat is een betrekkelijk willekeurig jaartal. Het gaat om het weergeven van een stip op de horizon, waar men zich op kan richten. Sommige verbeteringen kunnen al eerder zijn bereikt, voor andere veranderingen is meer tijd nodig.

De rest van dit toekomstbeeld volgt zo veel mogelijk de weg van de patiënt, die acute zorg nodig heeft. Eerst iets over de toegang tot acute zorg. Dan wat je kunt verwachten als je hetzij acute zorg ter plaatse nodig hebt (bv in geval van een straatongeluk of een hartaanval thuis), hetzij je zelf naar de acute zorg kunt komen (wat heb je dan beschikbaar in de buurt). Aparte aandacht wordt besteed aan de verloskundige zorg en aan de kwaliteit van de acute zorg en tot slot wordt ingegaan op wat er moet gebeuren om dit allemaal te bereiken.

Wat laten we over aan de markt (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) en wat wordt direct vanuit de overheid gereguleerd. Het antwoord op deze sturingsvraag zal op onderdelen van de acute zorg anders zijn dan bij andere zorgvormen. Maar ook in de acute zorg geldt dat de overheid alleen ingrijpt wanneer marktpartijen het zelf niet kunnen oplossen of wanneer een publiek of wettelijke belang in het geding is.

Zorg is niet alleen een kwestie van geld. De crux zit ook in het zorgpersoneel. Werken er in 2025 nog voldoende mensen in de zorg om de gevraagde zorg te leveren? Drie trends dwingen ons naar oplossingen te zoeken; de toenemende zorgvraag, het schaarser wordende arbeidsaanbod en een steeds gevarieerder wordend arbeidsaanbod. Gegeven het huidige arbeidsmarktbeleid. Er zullen in 2025 niet of nauwelijks meer arbeidskrachten zijn. Dit is een probleem gezien de 470.000 extra krachten die dan in de zorg nodig zijn. Tegen deze achtergrond wordt krachtig ingezet op taakherschikking, ook in de acute zorg. De ontwikkelingen rond taakherschikking maken het dat de bevoegdheden van beroepsbeoefenaren veranderen. De zorg zal daarmee ook door andere dan de huidige beroepsbeoefenaren worden uitgevoerd. Hiermee wordt onder meer beoogd nieuwe beroepsbeoefenaren naar de zorg te halen en meer carrièreperspectief in de gezondheidszorg te bieden.

4. Glasheldere toegang

Wat kan er beter?

Er zijn veel telefoonnummers waar de burger met een acute zorgvraag naar toe kan bellen. De huisarts overdag of huisartsenpost, meldkamer 112, crisisdienst GGZ, thuiszorg, verloskundige, ziekenhuis (SEH) etc. Dit leidt tot onduidelijkheid voor de zorgvrager, juist ook omdat je niet elke dag acute zorg nodig hebt. Ook leidt het tot onnodige wachttijden, ondoelmatige doorverwijzing/behandeling, shopgedrag, dubbele inzet van diverse 7x24 uurs opvangdiensten etc.

Hoe gaat het er uit zien?

Er worden twee landelijke telefoonnummers geïntroduceerd zodat voor de burger die met spoed zorg nodig glashelder is hoe de telefonische toegang⁴ is. Dit geldt voor alle vormen van acute zorg die in de inleiding zijn genoemd, dus ook voor de GGZ-crisisdienst etc.:

- **Levensbedreigende situatie?**

Bel 112.

> Hier vindt triage plaats en wordt zonodig (snel) mobiele acute zorg op pad gestuurd.

- **Géén levensbedreigende situatie, maar wel acute zorg nodig?**

Bel 0900

> Hier vindt een systematische triage plaats welke soort hulp nodig is en wordt bepaald of zorgvrager naar zorgverlener kan komen of dat hulp ter plaatse noodzakelijk is.

Zoals het hier is beschreven gaat het uiteraard over de front-office. Voor de back-office kan worden nagedacht over verschillende varianten die nog uitgewerkt kunnen worden.

Ook is goede voorlichting of en wanneer men gebruik kan maken van acute zorg onderdeel van de uitwerking.

Discussievraag 1: Wat vindt u van het idee om naast 112 voor levensbedreigende situaties, één ander landelijk telefoonnummer in te stellen voor niet levensbedreigende acuut medische zorgvragen?

5. Mobiele acute zorg, snel ter plaatse

Wat kan er beter?

Als uit de triage blijkt dat acute zorg ter plaatse nodig is, eventueel met de mogelijkheid om de patiënt naar elders te vervoeren, dan kan dat op verschillende manieren. Op dit moment heeft iedere zorgvoorziening (huisarts, huisartsenpost, ambulance, Mobiel Medisch Team, thuiszorg, Crisisdienst GGZ) zijn eigen vervoersvorm(en), die los van elkaar wachten op oproep en inzet. Dit is ondoelmatig en kan samengebracht worden. Dit bevordert de samenwerking en het leveren van zorg op maat en bespaart op dubbele beschikbaarheidvergoeding voor het leveren van diverse vormen van vervoer.

Hoe gaat het er uit zien?

Onderscheid in twee vormen van mobiele acute zorg. Dit is zorg die ter plaatse bij de patiënt moet worden geleverd en waarbij wel of geen vervoer van de patiënt nodig is:

- **Geen levensbedreigende situatie, generalistische acute zorg volstaat ('huisarts visite').**

Denk in deze situatie aan de omstandigheden waarin er een vraag is naar acute zorg, maar er geen levensbedreigende situatie is. Denk aan de (spoed-)visites die huisartsen of huisartsenposten afleggen, maar het kan ook gaan om een melding aan de thuiszorg over een verstopt infuus. Denk ook aan de behoefte die er is naar diensten van bijvoorbeeld een SOS-arts.

- **In het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)** worden regionale afspraken gemaakt over het leveren van acute basiszorg

⁴ Ook relevant te melden de discussie over de opschaling van de meldkamer.

aan huis. Betrokken aanbieders zoals de huisarts, huisartsenpost, verpleegkundig specialist, ambulance, thuiszorg, SOS-arts, etc. spreken af wie in welke situatie de zorg levert. In het land zijn al voorbeelden waar de ambulancezorg intensief samenwerkt met de thuiszorg of met de huisartsenposten.

Uitgangspunt wordt dat er heldere afspraken zijn in de regio en dat geen dubbele financiering van beschikbaarheid meer plaatsvindt aan diverse aanbieders.

- **Levensbedreigende situatie**

Het uitgangspunt is ook hier zorg op maat. Afhankelijk van de aard van de melding en de regionale situatie wordt gekozen welke vorm van zorg het meest geschikt is. Op dit moment geldt eigenlijk alleen één veldnorm: bij een dergelijke (A1)melding is voor 97% van de bevolking in 95% van de gevallen binnen 15 minuten een ambulance ter plaatste. Dat doet geen recht aan de verschillende situaties die er zijn. Bij een hartstilstand is 15 minuten te laat en in dichtbevolkte gebieden ook niet nodig, want daar kan het sneller. Bij gecompliceerde trauma's kun je beter iets langer wachten op een beter uitgeruste ambulance met hoger opgeleid personeel dan dat er bijvoorbeeld binnen 5 minuten een fietsambulance staat⁵. Zeker in dunner bevolkte gebieden kan meer gebruik worden gemaakt van 'lekenhulp', of van zorgverleners die sowieso in de buurt zijn (huisartsen en dergelijke) en brandweer of politie dan nu het geval is. Dat leidt tot het volgende:

- **In het ROAZ worden regionale afspraken gemaakt** over in te zetten vormen van zorg ter plekke. Dat kan zijn een ambulance, fietsambulance in binnenstad, beter uitgeruste ambulance in dunbevolkte gebieden, 7x24 uren MMT/traumahelikopter voor gecompliceerde gevallen, spoed visite huisarts, acute thuiszorg.
- Daarnaast zal naast inzet van ambulances actief moeten worden ingestoken op bevordering van de **inzet van lekenhulp (AED's)**, met brandweer en politie voor met name acute cardiale problemen waar 6 minuten essentieel is.
- Met de politie worden afspraken gemaakt over de inzet bij een psychiatrisch/openbare GGZ crisis in samenhang met de inzet van de Crisisdienst GGZ en (ondersteuning bij) vervoer per ambulance bij wettelijke BOPZ maatregel.

- **Vervoer van de patiënt is nodig**

Op dit moment ligt vast in de WTZi dat voor 98.8% van de bevolking moet gelden dat men binnen 45 minuten na een (A1)melding in een ziekenhuis moet kunnen zijn. Deze norm is opgebouwd uit 15 minuten aanrijtijd van de ambulance, 5 minuten stabiliseren en laden en 25 minuten rijden met de ambulance van de plek des onheils naar het ziekenhuis. In de volgende paragraaf wordt teruggekomen op wat er dan precies beschikbaar moet zijn binnen die 25 minuten. Op deze plek is relevant te vermelden dat samen met de sector zal worden bezien of het nuttig en noodzakelijk is om meer differentiatie in vervoersvormen te introduceren. Bijvoorbeeld of het nuttig is in de dunbevolkte, met 'ambulancehelikopters' te gaan werken die snel vervoer mogelijk maken of in grote steden in de binnenstad met fietsambulances.

⁵ Verwijzen naar studie van Giessen e.a. over (gebrek aan) wetenschappelijk bewijs voor 15 minutennorm.

Discussievraag 3: Wat vindt u ervan om verschillende vormen van mobiele acute zorg te bundelen in de regio?

Discussievraag 4: Wat is uw mening om over te gaan tot gedifferentieerde normen voor de aanrijtijden van acute zorg (thans veldnorm van 15/45 minuten) en hoe zouden deze gedifferentieerde normen er uit kunnen zien of hoe kan tot dergelijke normen worden gekomen? Wat zou er binnen welke tijd beschikbaar moeten zijn?

6. Acute zorg 2015: wat heb je in de buurt?

Wat kan er beter?

Over bereikbaarheid zijn tussen de verschillende vormen van acute zorg niet altijd duidelijke afspraken gemaakt. Een heldere regionale organisatie van de acute zorg is nodig om er voor te zorgen dat de noodzakelijke acute zorg in de buurt beschikbaar is. Het gaat dan om de bereikbaarheid van generalistische acute zorg (zoals de huisarts en huisartsenpost) en de medisch specialistische zorg (de spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis). Daarnaast wordt er op SEH's een groot aantal patiënten geholpen die zich daar zelf melden en die beter en doelmatiger met basiszorg uit zouden kunnen.

Niet iedere HAP kan gekoppeld worden aan een SEH, maar andersom wel. Er zijn in sommige regio's meer SEH's dan vanwege continuïteit van zorg nodig zijn. In andere regio's dreigt vanwege bevolkingskrimp verminderde toegankelijkheid van de acute zorg. Er is een onderscheid tussen een basis-SEH⁶ en een profiel-SEH die gespecialiseerd is in een specifieke aandoening. Onderscheiden worden 6 profielen: hartinterventies, neurologie, acute aneurysma aorta, intensieve zorg kinderen, pré-en dysmature zorg en acute gedragsstoornissen. Iedere regio heeft maar een beperkt aantal profiel SEH's nodig. Afspraken moeten gemaakt over opvang van patiënten met specifieke en/of complexe aandoeningen, die vanwege kwaliteit/veiligheid niet door basiszorg kunnen worden opgevangen en behandeld.

Hoe gaat het er uit zien?

Wat is beschikbaar aan acute zorg in de buurt? ⁷

- Je hebt altijd **acute basiszorg** bij je in de buurt, dat wil zeggen er zijn locaties met 7x24 uur acute basiszorg, **op afstand van een half uur rijden (eigen auto, taxi) toegankelijk.**
- Deze locaties kennen ook een **inloopspreekuur.**
- **Aan iedere SEH is een functie voor basiszorg gekoppeld, maar niet iedere locatie met acute basiszorg heeft een SEH.**
- Binnen **25 minuten rijden met een ambulance ben je bij een basis-SEH**, dat wil zeggen dat stabilisatie mogelijk is maar deze SEH is niet per sé gespecialiseerd in jouw klachten.
- Afspraken met de ambulancesector dat als de klachten het toestaan, langer doorrijden met de ambulance naar een gespecialiseerd ziekenhuis.
- De Gezondheidsraad buigt zich in 2011 over de vraag wat de infrastructuur van een basis SEH zou moeten zijn. Dit betekent dat gekeken wordt naar de achtervangfuncties en beschikbare specialismen van een basis SEH.

⁶ Rapport Werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp(SEH). De werkgroep beschrijft waaraan het profiel van een SEH afdeling van een ziekenhuis minimaal moet voldoen om de kwaliteit van de zorg te waarborgen.

⁷ Binnen de context van de 45 minuten norm.

- Mogelijke optie voor dunbevolkte of moeilijk bereikbare gebieden is: **inzet van een ambulancehelikopter voor vervoer van de patiënt.** (dit is geen traumahelikopter!) als alternatief voor het openhouden van een SEH.
- Inzet van ambulance in rurale gebieden bij basiszorg/thuiszorg.
- Uiteraard volgens WTZi kader van 45 minuten norm
- **Wat is verder beschikbaar aan acute zorg in een trauma regio?**

Iedere ROAZ regio beschikt over:

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

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

***Discussievraag 5:** Hoe kijkt u aan tegen het beschikbaar zijn in de regio van centra voor acute basiszorg, waar men 7 x 24 uur terecht kan met acute zorgvragen?*

***Discussievraag 6:** Hoe kijkt u aan tegen de genoemde normtijden voor de bereikbaarheid?*

***Discussievraag 7:** Hoe kijkt u aan tegen het noodzakelijk gekoppeld zijn van SEH aan een voorziening voor acute basiszorg maar niet andersom?*

***Discussievraag 8:** Hoe kijkt u aan tegen de spreiding van profiel SEH's? Is het nodig voor alle 6 aandoeningen in een regio binnen 45 minuten een SEH beschikbaar te hebben?*

***Discussievraag 9:** Hoe zou u de acute GGZ willen positioneren en hoe kijkt u aan tegen één crisisdienst GGZ per regio?*

7. Verloskunde: Verzekerd van een goed begin.

De stuurgroep zwangerschap en geboorte heeft diverse aanbevelingen geformuleerd om noodzakelijke maatregelen voor veilige zorg rond zwangerschap en geboorte in ons land. Voor acute verloskundige zorg is belangrijk dat er goede samenwerkingsafspraken zijn tussen verloskundigen en gynaecologen en dat er heldere afspraken worden gemaakt over 24/7 beschikbare verloskundige ziekenhuiszorg. Eén van de normen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte betreft het 24/7 starten van een acute verloskundige behandeling binnen 15 minuten na aankomst in het ziekenhuis. Uit onderzoek van de NVZ blijkt dat in 92% van de ziekenhuizen het proces verbeterd kan worden om zo de 15 minutennorm te halen. De IGZ vraagt van alle ziekenhuizen voor de zomer van 2011 een plan van aanpak waarin zij afspraken maken over de beschikbaarheid van relevante professionals en hun onderlinge samenwerking om deze 15 minutennorm te halen. In dit plan van aanpak worden ziekenhuizen verzocht aan te geven wat er nodig zou zijn, lokaal in de ziekenhuizen, om aan de veldnormen die de Stuurgroep zwangerschap en geboorte voor de ziekenhuizen stelt te voldoen, wat dit oplevert en wat de mogelijke negatieve gevolgen zijn. De IGZ gaat met het veld afspraken maken over de termijn waarop de ziekenhuizen met hun Verloskundig Samenwerkingsverband deze afspraken hebben gerealiseerd, en vervolgens daarop toetsen.

Hoe gaat het er uit zien?

- De acute verloskunde maakt onderdeel uit van de acute zorg.

- Alleen de ziekenhuizen die volgens de normen verloskundige zorg kunnen leveren, deze ook zullen leveren. Dit kan betekenen dat de aanrijtijd in sommige gebieden langer dan 45 minuten wordt en thuis bevallen daardoor in sommige regio's risicovoller wordt.

***Discussievraag 10:** Ligt de koppeling van beschikbaarheid van acute verloskunde en SEH voor de hand met het oog op de achtervang in ziekenhuizen?*

8. De kwaliteit van de acute zorg is top.

Wat kan er beter?

Zorgverleners in de acute zorg zijn verantwoordelijk voor een heldere eenduidige set van kwaliteitseisen, normen, richtlijnen voor het leveren van spoedzorg, waaraan ieder zich conformeert en de IGZ toetst. Daarnaast is het essentieel dat er eenheid van taal en uitkomst van zorg is voor het optimaal kunnen opvangen van acute hulpvragen zonder dat tijd verloren gaat bij toewijzen van zorg aan juiste zorgverlener.

In 2009 hebben relevante beroepsgroepen vastgesteld aan welke eisen een zogenoemde basis SEH zou moeten voldoen en welke profielen op SEH's te onderscheiden zijn en wat daar voor nodig is. Dat is al een belangrijke stap voorwaarts in de verbetering van de kwaliteit van de SEH-afdelingen. Nog niet is vastgesteld welke functies er achter de SEH beschikbaar moeten zijn wil er sprake zijn van een volwaardige SEH. Welke specialismen en welke diagnostische mogelijkheden moeten er binnen welke tijd beschikbaar zijn? Daarom heeft de minister van VWS aan de Gezondheidsraad gevraagd hierover te adviseren. Dit advies wordt verwacht in december 2011.

Aparte aandacht vraagt de triage in de acute zorg. Een goede triage –zowel telefonisch als face to face- is letterlijk van levensbelang. De kern van een goede triage is dat de patiënt - ongeacht waar hij de zorg binnenstapt- op tijd naar de juiste zorg wordt geleid. Op dit moment geven de verschillende triage methoden ongelijke uitkomsten en dat kan nooit optimaal zijn. Daarom is het streven naar één systematiek of standaard(niet noodzakelijkerwijs één systeem) die verzekert dat in dezelfde gevallen dezelfde uitkomst resulteert.

Hoe gaat het er uit zien?

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

- Voor de basis en profiel SEH is **exact omschreven** aan welke normen die moeten voldoen.
- Er zijn **normen** opgesteld voor de **achtervangfuncties** (bijvoorbeeld voor de benodigde IC-faciliteiten en diagnostiek) die binnen welke tijd beschikbaar moeten zijn achter ieder profiel van een SEH.
- Een **telefonische hulpvraag** voor acute zorg wordt **binnen 30 seconden** beantwoord.
- Het verloskundig veld (incl. beroepsgroepen) beoordeelt de **normen voor verloskundige zorg** die in "Een goed begin" zijn voorgesteld en stellen deze vast.
- De GGZ sector stelt normen op waaraan een regionale crisisdienst GGZ minimaal moet voldoen.
- Ongeacht waar je met zorgvraag binnenkomt, krijgt ieder altijd **eenduidige triage** wat leidt tot de juiste zorg.

Discussievraag 11: *Geven de genoemde onderwerpen een dekkend overzicht van de op te stellen normen of mist u nog normen en richtlijnen?*

9. Andere verbeterpunten.

Naast hiervoor benoemde verbeterpunten zijn er wellicht nog andere voorstellen/suggesties die een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het optimaliseren van de acute zorg. (Bijvoorbeeld over de schaalgrootte en verschillende regio indelingen in het zorglandschap.)

Discussievraag 12: *Zijn er nog aanvullende verbeterpunten te noemen, die een wezenlijk bijdrage leveren aan het optimaliseren van de acute zorg?*

10. Wat te doen om dit te bereiken?

In het voorgaande is een schets gegeven van de gewenste verbeteringen in de acute zorg. Verschillende aspecten zijn de revue gepasseerd, maar wat is nu de hoofdlijn en hoe wordt het toekomstbeeld bereikt? Dat is het onderwerp van deze paragraaf.

Hoofdlijn van de veranderingen en de consequenties.

Toegang

Landelijk is de toegang tot de acute zorg glashelder geregeld. Voor de telefonische bereikbaarheid zijn twee nummers, één voor levensbedreigende situaties en één voor niet-levensbedreigende medisch curatieve zorgvragen. Bij levensbedreigende situatie kan waarschijnlijk een kort en krachtig gestandaardiseerd triage traject worden doorlopen waarna hulp op pad wordt gestuurd. Bij niet-levensbedreigende situaties is een uitgebreidere triage door een medisch geschoolde centralist nodig om de adequate hulp (variërend van een zelfhulpadvies tot een het toch sturen van een ambulance) te bepalen.

Deze richting heeft uiteraard raakvlakken met de discussie die over de meldkamer wordt gevoerd in het Veiligheidsdomein en waarvan het Regeerakkoord stelt dat het aantal meldkamers zal worden gereduceerd tot één meldkamerorganisatie met drie locaties. VWS zal het initiatief nemen tot overleg over dit onderdeel met het ministerie van V&I, Ambulancezorg Nederland, LHV, Vereniging Huisartsenposten Nederland, GGZN, Zorgverzekeraars Nederland, NPCF en Consumentenbond.

Mobiele acute zorg ter plaatse

Als er acute zorg ter plaatse van de patiënt nodig is, dan kunnen daar verschillende hulpverleners bij betrokken zijn. Denk aan de huisarts, de ambulance, de thuiszorg, of in zeer gecompliceerde gevallen een mobiel medisch team, de politie en de crisisdienst GGZ. Lekenhulp (via een AED) kan ook van toepassing zijn. Verder is relevant of vervoer van de patiënt noodzakelijk is. Al deze verleners van mobiele acute zorg gaan beter samenwerken met als doel dat de kwaliteit van de zorg verbetert (sneller de juiste zorg ter plekke) maar ook met als doel dat er niet onnodig dubbele financiering van beschikbaarheid plaatsvindt.

Discussievraag 13: *Wie neemt het initiatief tot overleg over mobiele acute zorg?*

Betrokkenen: Ambulancezorg Nederland, LHV, Vereniging Huisartsenposten Nederland, thuiszorg, LVTC, ZN, NPCF en Consumentenbond.

Acute zorg in de buurt

Leidend is de gedachte dat de zorg die je vaker nodig hebt dicht bij huis beschikbaar moet zijn en dat je voor meer complexe zorg iets grotere afstand mag reizen. In 2015 is gerealiseerd dat voor 95% van de bevolking op maximaal een half uur afstand (met eigen vervoer of taxi) een voorziening is voor acute basis zorg. Deze voorziening maakt onderdeel uit van de SEH van een ziekenhuis of staat daar los van. Er zijn géén SEH afdelingen van ziekenhuizen meer zonder voorziening voor acute basiszorg. Wel kunnen, omdat in bepaalde gebieden ziekenhuizen te ver weg zijn, zelfstandige voorzieningen voor acute basiszorg voorkomen.

Naast de zogenoemde basis SEH's zullen er in iedere traumaregio profiel SEH's beschikbaar moeten zijn voor specifieke aandoeningen. Er is dus per regio als het ware een landkaart nodig met welke acute zorgvorm waar beschikbaar is. Dat zal niet zonder slag of stoot gaan, sommige SEH afdelingen zullen moeten sluiten en bij andere zal 'upgrading' moeten plaatsvinden om aan de kwaliteitseisen en achtervang functies te voldoen. Bij het in kaart brengen moet ook gedacht worden aan een crisisdienst GGZ.

Discussievraag 14: *Wie kan dit oppakken? Is het aannemelijk in iedere ROAZ regio een overleg te starten met de relevante partijen (inclusief zorgverzekeraars en patiënten/consumenten vertegenwoordiging) onder voorzitterschap van het traumacentrum om met een voorstel te komen voor deze regio?*

Discussievraag 15: *Kunt u zich vinden in de voorgestelde aanpak?*

Kwaliteit van acute zorg

Er komen expliciete normen voor de kwaliteit van de spoedeisende hulp afdelingen van ziekenhuizen en posten voor basiszorg. De Gezondheidsraad is om advies gevraagd voor wat er aan achtervang functies en diagnostiek nodig is. VWS nodigt de sector uit ook zelf met aanbevelingen te komen.

Bekostiging van acute zorg

Het zal nodig zijn de bekostiging van acute zorg op onderdelen te wijzigen. Er komt één tarief voor acute basiszorg, ongeacht wie deze levert. De bekostiging van de ambulancezorg zal worden aangepast zodat deze meer prikkels bevat om efficiënte zorg te verlenen. Aanpassing van de deze bekostiging wordt gezien tegen de achtergrond van de toekomstige financiering van de beschikbaarheidsfunctie van huisartsen(posten), thuiszorg en eventuele andere mobiele acute zorgverleners.

Ook de bekostiging van de SEH-afdelingen zal tegen het licht worden gehouden, in het bijzonder de (voorwaarden voor) beschikbaarheidstoeslag.

Sturingsparadigma in de acute zorg

Op grond van de Zorgverzekeringswet kopen zorgverzekeraars de curatieve zorg in voor hun verzekerden en hebben daarmee een belangrijke rol in de vormgeving van het aanbod. Bij de acute zorg is er iets bijzonders aan de hand in de zin dat zorgverzekeraars zich op grond van hun inkoop acute zorg lastiger en op onderdelen onmogelijk van elkaar kunnen onderscheiden. Het is niet onmogelijk: wel degelijk kunnen zorgverzekeraars afspraken maken met zorgaanbieders over kwaliteit of meer of minder intensieve samenwerking in de keten van acute zorg. Verzekeraars zullen een mening hebben over de vraag of het beter is een SEH-afdeling in een dunbevolkt gebied open te houden, een extra ambulance (standplaats) beschikbaar te stellen of een helikopter in te zetten voor patiënten vervoer. Verzekeraars kunnen besluiten niet langer alle SEH's in een grootstedelijk

gebied te contracteren maar slechts twee omdat dit voldoende kwaliteit en capaciteit levert. Tegelijkertijd is de vraag of de bedoelde concentratie van SEH's dan voldoende tot stand komt. Het ROAZ waarin alle belangrijke partijen op het terrein van de acute zorg in een regio zijn vertegenwoordigd kan in beginsel een belangrijke rol spelen in de regiovoering in de regio, maar op dit moment gebeurt dat zeker nog niet overal.

Waar precies de grenzen liggen van de sturing door zorgverzekeraars en sturing door de overheid is ook onderwerp van deze discussieronde.

Discussievraag 16: hoe kijkt u aan tegen de rol van aanbieders, de rol van zorgverzekeraars en de rol van de overheid in de acute zorg?

Voorgestelde verdere aanpak

Deze discussienotitie is de basis voor de verdere discussie met het veld. Dat zal op de volgende wijze gebeuren. De discussienotitie zal eind 2010 aan alle relevante partijen⁸ worden toegestuurd met het verzoek schriftelijk te reageren om input te krijgen. De schriftelijke reactie zal uiterlijk 24 januari worden gevraagd.

Daaropvolgende zal VWS de eerste twee weken van februari een overlegronde organiseren. Op basis van de uitkomsten van de discussieronde wordt het discussiedocument omgezet in een geactualiseerd toekomstplan. Dit plan zal in het voorjaar 2011, wellicht als onderdeel van een brief over het zorglandschap, aan de Tweede kamer worden gezonden.

Parallel wordt onder voorzitterschap van de DG Curatieve Zorg van het ministerie van VWS een taskforce acute zorg opgericht die de veranderingen zal monitoren en waar nodig stimuleren.

⁸ NVZ, NFU, LHV, NHG, VHN, AZN, LVTC, ZN, BZK, etc.