

Deze uitgave is een nieuwsbrief, die belangrijke ontwikkelingen met leuke wetenswaardigheden in de gezondheidszorg combineert.  
"Natuurlijk in Beweging" is een initiatief van Biomet Nederland BV, gevestigd in Dordrecht.



# Natuurlijk in Beweging

Nieuws Special:

**Acute zorg**

**juiste zorg, juiste plaats, juiste tijd?!**

# Geachte lezer,

### Special Acute zorg; juiste zorg, juiste plaats, juiste tijd!

Graag bieden wij u de deze speciale Natuurlijk in Beweging over Acute zorg aan. Acute zorg is al jaar en dag lokaal ingeregeld. Een situatie die velen jaren goed heeft kunnen functioneren, maar beter kan worden wanneer meebewogen wordt in alles wat er op dit moment in ons zorgland- schap gebeurt.

De woorden 'goed' en 'beter' zijn in deze context belangrijk. Het spreekwoord "beter is de vijand van het goede" zal voor acute zorg, wanneer zaken goed worden aangepakt en uitgevoerd, niet opgaan.

Wat vanuit goed beter kan, is het definiëren van kwaliteit- snormen. De beschikbaarheid en paraatheid is een topic om zeker aandacht aan te geven en last but not least meer doelmatigheid in de acute ketenzorg kan en moet verbetering geven.

Het opsommen van deze drie kernpunten voor verbetering is een gemakkelijke opgave. Toch zullen de Nederlandse zorg en de verantwoordelijken op bestuurlijk- en operatio- neel niveau in z'n geheel flink de schouders eronder moeten zetten om deze zaken te realiseren.



Acute zorg, niemand van ons hoopt hier mee te maken te krijgen, maar mocht het dan toch zo zijn, dan graag de juiste zorg, op de juiste plaats in de juiste tijd. Ik wens u veel leesplezier.

Groeten,  
**Roland van Esch**



# Inleiding

## Zorggebruik acute zorg

*Opbouw acute zorg - gebaseerd op de Nederlandse Triage Standaard (NVZ 2013)*

Levensbedreigend	1%
Spoedeisend	10%
Dringend	34%
Niet dringend, inclusief advies	55%

## Per jaar (2008) waren er:

- 4,3 miljoen bezoeken aan de HAP,
- tussen de 1,8 en 2,2 miljoen bezoeken aan de SEH,
- bijna 700.000 spoedeisende inzetten van de ambulancezorg (2009),
- Van de patiënten (2009) die een SEH bezochten, in verband met acute problematiek, was ongeveer 40% doorverwezen door de huisarts en ongeveer 40% kwam op eigen initiatief. De overige 20% werd ingestuurd via de ambulancezorg of via een andere zorgverlener, zoals een verpleeghuisarts of een bedrijfsarts (ZN 2013).

*Zorggebruik per 100 inwoners per jaar*

	<b>Totaal</b>
- Contacten met de HAP	24,5 (2010)
- Ambulance inzetten	6,51 (2011)
- Eerste polikliniek bezoeken (incl. SEH bezoeken)	65,6 (2010)
- SEH-bezoeken	12,1-13,5 (2008-2010)

Voor meer cijfers zie RIVM (2014)

Door de veelheid van de rapporten met daarin onder andere verschillende definities en indelingen, lijkt het in eerste instantie een zeer complexe én ingewikkelde problematiek, waar zeer verschillend over wordt gedacht. Maar alles op een rijtje zettende, blijkt dat in feite iedereen dezelfde knelpunten ziet en pleiten voor een betere bereikbaarheid/ beschikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid (betaalbaarheid) van de acute zorg.

De rapporten vanaf 2008 zijn in deze nieuwsbrief verwerkt. Een enkel rapport van de periode daarvoor is opgenomen omdat er vanuit patiënten perspectief (2005) geen actuelere visie bekend is. Het RVZ rapport van 2003 geeft een mooie heldere schets van de problemen en verbeterpunten. Beide zijn van belang voor de adviezen die daarna volgden. Van alle bestudeerde rapporten zijn daarom de hoofdpunten op onderwerp beschreven in deze themanieuwsbrief, gevolgd door de rapporten van de verschillende partijen waarin hun standpunt/visie staat verwoord.

De komende periode is de uitdaging dat diverse betrokken partijen landelijk en regionaal/lokaal er hun schouders onder gaan kunnen zetten en de discussie (en een ontwikkeltraject) op inhoud gaan voeren. Gelet op de diversiteit in belangen (en domeinen) is het zinvol om de inrichting van de acute zorg(keten) als een ontwikkeltraject te zien. Door alle partijen bij deze ontwikkeling te betrekken kan er worden gewerkt aan een optimale structuur, passend bij een bepaalde regio. Dit verlangt vooral overeenstemming over de doelstellingen, ambities en te verwachten resultaten. Het verbeteren van de doelmatigheid zal consequenties hebben voor zowel de (onderlinge) werkwijze als de organisatiestructuur. Voor een verbetering van de acute zorg zal uiteindelijk moeten worden gesproken over een functieerschikking tussen én binnen de 1ste en 2de lijnszorg,

maar ook over een herschikking van taken tussen huisartsen, medisch specialisten en (gespecialiseerde) verpleegkundigen. Dit alles maakt het lastig om niet in een domeinendiscussie terecht te komen. Het is echter goed om in te zien dat organisaties en mensen in de zorg een maatschappelijk belang dienen. Het belang is dat van de gezondheid (en welzijn) van mensen. Het doel dient niet te zijn het systeem te laten blijven bestaan in de huidige vorm. Soms blijkt het lastig het eigen belang ter zijde te schuiven ten bate van een verbetering van de acute zorg (dat leidt tot gezondheidswinst en doelmatigheid).

Hopelijk maakt het lezen van deze nieuwsbrief duidelijk dat de acute zorg doorontwikkeld zal moeten worden, omdat hier zeker twee keer winst te behalen is: gezondheidswinst en doelmatigheidswinst. Laten we de discussie rondom acute zorg constructief, zorgvuldig en uit oogpunt van maatschappelijk belang met elkaar voeren. Door een pro actieve en positieve instelling van alle betrokken partijen bij de acute zorg, moeten er stappen kunnen worden gemaakt. Acute zorg kan worden gezien als een ontwikkeltraject, waarbij de uitwerking tussen (gelijkwaardige) partners plaatsvindt. Dat vraagt van menigeen dat ze over hun eigen schaduw



heen kunnen springen. Ik ben er zeker van dat dit lef bij velen aanwezig zal zijn!

**Yvonne van Kemenade**

In deze themanieuwsbrief zal de term acute zorg worden gebruikt in plaats van de term acute/spoedzorg, tenzij er in een rapport uitdrukkelijk wordt gesproken over spoedzorg.



# Herinrichting van het zorglandschap noodzakelijk

## Algemeen

*In het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord (juli 2011) hebben betrokken zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS de verantwoordelijkheid genomen voor - en afspraken gemaakt over - een beheerste uitgavenontwikkeling in de komende jaren. Een uitgavenontwikkeling die niet ten koste mag gaan van de toegankelijkheid of de kwaliteit van de zorg. Met elkaar is afgesproken dat zorgverzekeraars hun selectieve inkoop sterk zullen uitbreiden en dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars concentratie en spreiding van zorg zullen bewerkstelligen, wanneer dit vanuit het oogpunt van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is. Verder is overeengekomen dat een herinrichting van het zorglandschap noodzakelijk is. Hierbij gaat het om het zo nodig afbouwen van capaciteit en het specialiseren en spreiden van zorg. Belangrijk fundament van het hoofdlijnenakkoord is een ordentelijke contractering tussen zorgaanbieder en verzekeraar. De acute zorg is onderdeel van het nieuwe zorglandschap dat zal ontstaan, maar vereist tegelijkertijd ook een aparte benadering omdat deze zorg er onvoorwaardelijk altijd en snel voor de burger moet zijn (ministerie VWS 2010).*

## Doel

Doel van een verbetering van de acute zorg is: gezondheidswinst (en kwaliteitsverbetering zorg) en doelmatigheidswinst. Volgens de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (2003) kunnen hierdoor per jaar 1.000 tot 2.000 meer levens worden gered.

## Definitie

Onder acute zorg wordt over het algemeen verstaan: 'Alle zorg die niet kan wachten tot de eerstvolgende mogelijkheid op werkdagen om de huisarts of hulpverlener te raadplegen' (RIVM 2014). Deze definitie wordt onder andere 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'. De beleving van de zorgvrager staat in deze definities centraal. In de discussie acute zorg dient in de gaten te worden gehouden dat er een verschil bestaat tussen een acute zorgvraag en acute zorg. Acute zorgvraag: als een patiënt/slachtoffer hulp vraagt in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert.

Acute zorg: wanneer zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen (RVZ 2003).

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

## Zorgaanbod acute zorg

Acute zorg wordt geleverd door huisartsen, verloskundige hulpverleners, apothekers, 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 aan de patiënt die deze zorg nodig heeft, te leveren. Sommige aanbieders bieden uitsluitend acute zorg aan, terwijl anderen zowel acute als niet-acute zorg leveren. Zo bieden ambulancediensten en huisartsenposten (HDS) vrijwel uitsluitend acute zorg aan, terwijl dit voor ziekenhuizen en huisartsen een relatief beperkt onderdeel van hun totale takenpakket is.

## Verschillende indelingen

In de diverse rapporten/nota's worden verschillende indelingen genoemd van acute zorg:

- A.** Vormen van acute hulpverlening
- B.** Functies in de acute zorg
- C.** Complex versus basis spoedzorg
- D.** Acute zorg versus spoed
- E.** Spoedeisende zorgstromen

### **A. Vormen van acute hulpverlening:**

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

### **B. Functies in de acute zorg (NZa 2008):**

- Telefonische toegang waarbij de nadruk ligt op de regie van de zorgketen (de meldkamer ambulancevoorziening-112).
- Telefonische toegang waarbij de nadruk ligt op de zorginhoudelijke beoordeling en behandeling (voornamelijk telefonische toegang tot huisarts en HAP).
- Stabilisatie en vervoer (ambulancediensten).
- Acute basiszorg, aangeboden door huisartsen, HAP's of SEH's.

- Acute specialistische zorg, aangeboden door de SEH.
- Complexe specialistische acute zorg (traumacentra).

### **C. Complex versus basis spoedzorg (ZN 2003)**

Complexe spoedzorg: Belangrijk is dat verzekerden bij complexe spoedzorg snel in een gespecialiseerd ziekenhuis terechtkomen voor de beste behandeling door een ervaren team. Dit verhoogt de kans op overleven en verlaagt het risico op complicaties. Zorgverzekeraars gaan/zijn in overleg met ziekenhuizen om de complexe spoedeisende zorg meer te concentreren.

Basis spoedzorg: blijft (zo veel mogelijk) dichtbij. Er zou een betere samenwerking moeten zijn en integratie van de spoedeisende hulpposten van ziekenhuizen (SEH) en de huisartsenposten (HAP). Hierbij moet worden gekeken naar de regionale vraag en het regionale aanbod en hoe dit optimaal op elkaar kan worden afgestemd (HAP's, SEH's, traumacentra en ziekenhuizen met IC's).

### **D. Acute zorg versus spoed (NVZ 2013)**

De NTS (Nederlandse Triage Standaard) onderscheidt vijf gradaties van urgentie:

- 1 Levensbedreigend (1%).
- 2 Spoedeisend (10%).
- 3 Dringend (34%) acute basiszorg.
- 4 Niet dringend (55%),  
(inclusief 5. Advies) acute basiszorg.

Het overgrote deel van de acute zorg is basiszorg, NTS-urgenties 3 t/m 5. Het gaat om niet-levensbedreigende situaties en niet-planbare zorg. Vaak is pas na behandeling duidelijk of het huisartsenzorg betrof of medisch-specialistische zorg.

### **E. Spoedeisende zorgstromen (ZN 2013)**

Er kunnen zes spoedeisende zorgstromen worden onderscheiden (met uitzondering van de spoedeisende psychiatrische zorg en spoedeisende pediatrie zorg):

1. Traumazorg (voorbeeld heupfractuur).
2. Spoedeisende neurologische zorg (voorbeeld CVA).
3. Spoedeisende cardiologische zorg (voorbeeld: Acuut myocardinfarct (AMI)).
4. Spoedeisende vaatchirurgische zorg (voorbeeld: Ruptuur abdominaal aorta aneurysma ((r)AAA)).
5. Spoedeisende geboortezorg.
6. Overige spoedeisende zorg (zowel snijdend als niet snijdend).

## Knelpunten/problemen

In de diverse nota's worden nagenoeg dezelfde problemen in de acute zorg benoemd. Deze problemen hebben betrekking op:

- 1) Het ontbreken kwaliteitsnormen.
- 2) Een ontoereikende beschikbaarheid en paraatheid.
- 3) De ondoelmatigheid in de keten acute zorg.

Voor de acute zorg ontbreken kwaliteitsnormen en duidelijke voorwaarden. Verder is geen sprake van een eenduidig en uniform registratiesysteem. Er bestaat praktijkvariatie, in het bijzonder ook door de verschillen in triage- en behandelprotocollen. De beschikbaarheid en paraatheid van de acute zorg is onvoldoende, omdat er geen eenduidige toegang is (verschillende telefoonnummers en locaties) en gebruik wordt gemaakt van voorzieningen/capaciteit die ook voor minder spoedeisende soorten zorg wordt gebruikt. De cardioloog moet bijvoorbeeld van zijn spreekuur worden gehaald en in het ambulancevervoer moet het spoedvervoer concurreren met het geplande, bestelde vervoer.

De ondoelmatigheid wordt veroorzaakt door het aantal zelfverwijzers en de bezetting. Bijvoorbeeld omdat medisch specialisten op de afdelingen spoedeisende hulp worden ingezet voor huisartsenzorg. De beoordeling of acute zorg nodig is, gebeurt onvoldoende samenhangend en systematisch en bovendien door drie verschillende instellingen. Daarbij sluit de bekostiging niet aan bij de beschikbaarheid en functie van acute zorg.

### **Kwaliteit van zorg:**

- Ontbreken van normen acute zorg.
- Ontbreken eenduidige registratie.
- Verschillen in de triage- en behandelprotocollen.

### **Ontoereikende beschikbaarheid en paraatheid:**

- Geen onderscheid spoed/gepland zorg/vervoer.
- Geen eenduidige toegang, vertraging schakels, verlies info bij overdrachten.
- Triage onvoldoende deskundig.

### **Doelmatigheid (juiste plek):**

- Aantal zelfverwijzers SEH.
- Zorgvragen/ers op verkeerde plek, inzet medisch specialist voor huisartsenzorg.
- Bezetting in relatie tot zorgvragen/ers.
- Bekostiging: gericht op organisatie en niet op de prestatie (NZa 2008). Aanbieders krijgen dezelfde zorgfunctie op verschillende manieren gefinancierd en de bekostiging heeft een beperkte prikkel tot doelmatig handelen.

Over het algemeen kan worden gezegd dat de acute zorg meer aanbodgericht (domeinen/belangen) werkt dan patiënt/persoonsgericht.



# Hoe kan het beter?

Over de wijze waarop de keten van acute zorg kan worden verbeterd zijn de diverse rapporten het aardig met elkaar eens. De overheid moet normen stellen voor kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg, gebaseerd op volksgezondheidsoverwegingen. De vraag is hoe de meeste gezondheidswinst kan worden geboekt. Kansen liggen (1) in de eerste fase, vanaf de melding van een patiënt of omstanders tot de aankomst van een ambulance of andere professionele hulpverleners en (2) vervolgens in het vervoeren van de patiënt naar de juiste plaats.

Er zou één registratiesysteem moeten komen voor alle bij de acute zorg betrokken diensten en hulpverleners, om op termijn meer te kunnen zeggen over kwaliteit en doelmatigheid in de keten van acute zorg. De traumacentra moeten hierbij worden ondersteund met wettelijke maatregelen. Er zou een systeem van openbaarheid van prestaties van acute zorg moeten komen.

Het project Ketenbrede Kwaliteitsindicatoren Acute Zorg (Nivel 2013) was gericht op de ontwikkeling van een set van indicatoren voor vier acute zorgketens: CVA, ACS/STEMI, Heupfractuur en Acute Obstetrie. Onderdeel van de ontwikkeling was een veldtest die inzicht geeft in de meetbaarheid en bruikbaarheid van de ontwikkelde indicatorensets. Vier potentiële indicatorensets zijn getest in Amsterdam, Groningen, Nijmegen en Brabant. De veldtest heeft aangetoond dat de meerderheid van de indicatoren in de praktijk meetbaar blijkt.

Met betrekking tot de bereikbaarheid en paraatheid moet meer duidelijkheid komen voor de consument over wat te doen bij een acute zorgvraag: bellen naar 112 of naar een locatie voor acute zorg gaan (eenduidige toegang). Het zou goed zijn om de telefonische bereikbaarheid van huisartsenposten te koppelen aan de meldingen van het

ambulancevervoer. Wanneer de centralist heeft vastgesteld dat geen ambulance nodig is, zou kunnen worden doorgeschakeld naar de huisarts(enpost). Een deskundige triage is hier van belang. Om de bereikbaarheid te verbeteren zou er een scheiding moeten worden aangebracht van acute en electieve zorg: patiënten die acute zorg nodig hebben worden via een ander traject behandeld dan patiënten die een andersoortige zorgvraag hebben. In het ambulancevervoer betekent dit een scheiding van het spoed- en besteld vervoer.

Ter verbetering van de doelmatigheid (en kwaliteit van zorg) moet er een taakverdeling (en daarmee ook een concentratie) van de acute zorg komen tussen ziekenhuizen. Bepaalde categorieën patiënten worden dan niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gebracht, maar naar daarvoor aangewezen centra. Patiënten met bijvoorbeeld een hartinfarct die voor dotteren in aanmerking komen worden alleen naar een ziekenhuis met dotterfaciliteiten gebracht. De ingezette samenwerking tussen SEH en huisartsenpost moet verder doorzetten, naar een volledige integratie. Het gaat hier om de basis spoedzorg die in een huisartsenpost verleend kan en moet worden. Verder zouden de technologische ontwikkelingen beter en sneller benut kunnen worden.

Met betrekking tot de bekostiging van acute zorg moet meer worden gedacht in functies en moeten beschikbaarheid, infrastructuur en paraatheid apart worden bekostigd (zie hiervoor de aparte bekostigingsparagraaf).

### **Kwaliteit van zorg:**

- Normen/randvoorwaarden t.a.v. kwaliteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid.
- Meten van prestaties, één registratiesysteem.

**Bereikbaarheid & paraatheid:**

- Eenduidige: 1 loket (telefoonnummer en post).
- Snelheid:
  - Aanrijtijd zorgvrager en ambulance.
  - Hulp ter plekke.
  - Scheiding acute/electief (zorg) en spoed/besteld vervoer.
- Deskundig: triage.

**Doelmatigheid:**

- Taakverdeling en concentratie.
- Integratie CHP – SEH.
- Bekostiging functioneel (NZa) vergoeding gerelateerd aan prestatie.

**Bekostiging acute zorg**

De NZa heeft de huidige bekostiging in kaart gebracht en geadviseerd over een meer passende (functionele) bekostiging van de acute zorg, waarbij de zorgvraag van de patiënt leidend is en niet de organisatie van de zorgverlener. Verder is de vergoeding van de zorgaanbieder direct gerelateerd aan het leveren van prestaties (prestatiebekostiging).

Huidige bekostiging van acute generalistische zorg

Zorgaanbieders	Kantooruren	ANW
Huisarts	Inschrijftarief + verrichtingen huisartsenzorg	Verrichtingen huisartsenzorg in de ANW
HDS/CHP/HP	Indien open: verrichtingen Huisartsenzorg	Budgetbekostiging HDS-en + Verrekenarieven
Ziekenhuis (SEH)	FB-budget/DBC	FB-budget/DBC's

Acute basiszorg omvat de spoedeisende generalistische zorg die doorgaans door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts kan worden verleend. In de praktijk verlenen ook huisartsenposten (in de ANW-uren) en SEH's (zowel overdag als in de ANW-uren) deze acute basiszorg.

Op medisch inhoudelijke gronden is het moeilijk onderscheid te maken tussen acute en niet-acute generalistische zorg, daarom spreekt de NZa over generalistische zorg.

Wel kan een onderscheid worden gemaakt in de bekostiging van de generalistische zorg naar tijdstip van de dag waarop de zorg wordt verleend: de zorg die overdag gedurende de week wordt verleend (kantooruren) en de generalistische zorg die in de avond, nacht en weekend (ANW-uren) wordt geboden.

De NZa (2009) adviseert de minister om de acute generalistische zorg overdag te bekostigen uit de reguliere huisartsenbekostiging, zoals ook in het huidige bekostigingskader het geval is. Deze bekostiging zou ook van toepassing moeten worden op incidentele generalistische zorg geleverd door het ziekenhuis. Met betrekking tot de generalistische zorg in de ANW-uren adviseert NZa om in de bekostiging de prestaties 'telefonisch consult', 'consult' en 'visite' te gebruiken (maximum tarieven) en een aparte prestatie en tarief te introduceren om de beschikbaarheid van de zorg in de ANW-uren te borgen.

Voorgestelde bekostiging generalistische zorg

Zorgaanbieders	Kantooruren	ANW
Huisarts	Prestaties generalistische zorg overdag (nu: Inschrijftarief + verrichtingen huisartsenzorg)	Prestaties generalistische zorg in de ANW
HDS/CHP/HP	Prestaties generalistische zorg overdag - indien open	Prestaties generalistische zorg in de ANW + beschikbaarheidsvergoeding
Ziekenhuis (SEH)	Prestaties generalistische zorg overdag	Prestaties generalistische zorg in de ANW

Huisartsen kunnen alleen overdag aanvullende diagnostiek aanvragen en moeten patiënten in de ANW-uren daarvoor formeel doorverwijzen naar een medisch specialist. Voor de bekostiging betekent dit dat deze diagnostische verrichtingen overdag als generalistische zorg en in de ANW als specialistische zorg wordt getarifeerd. De NZa adviseert de minister om eenzelfde generalistische zorg tarief te rekenen voor zowel aanvullende diagnostiek in de eerste lijn als in de tweede lijn.





### Relatie tussen gezondheidswinst en aanrijdtijd

Momenteel hanteert de ambulancesector als veldnorm dat bij spoed een ambulance binnen 15 minuten na melding ter plaatse moet zijn, wat is gebaseerd op de wettelijke 45 minuten norm zoals vastgelegd in de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) voor het bereiken van een Spoedeisende Hulp (SEH). De norm is opgebouwd uit 15 minuten aanrijdtijd voor de ambulance, 5 minuten voor stabiliseren van de patiënt en daarna 25 minuten rijtijd om een SEH te bereiken.

De RVZ adviseert de aanrijdtijd van ambulances van 15 minuten, te verlagen naar 8 minuten. De norm van 15 minuten voor de aanrijdtijd van ambulances is wel een duidelijke norm, maar is een plan-norm en niet gebaseerd op professionele normen voor de behandeling. Ook vindt de RVZ dat de maximale reisafstand met eigen vervoer tot een afdeling spoedeisende hulp in ziekenhuizen voor iedere burger maximaal 30 minuten dient te zijn.

Uit onderzoek komt naar voren dat er geen directe relatie kan worden vastgesteld tussen bereikbaarheid (15 minuten aanrijdtijd) en gezondheidswinst (Malschaert 2008).

Máár ook, dat niet kan worden vastgesteld dat de gezondheidswinst toeneemt als de aanrijdtijd wordt verlaagd naar 8 minuten. Wel blijkt uit onderzoek dat bij een acute hartstilstand wetenschappelijk kan worden vastgesteld dat de behandeling binnen 6 minuten moet worden gestart voor een goede kans op overleving. Hoewel het belangrijk is dat bij acute hartstilstand snel wordt gestart met behandeling, kan het vanuit de aspecten van kwaliteit en betaalbaarheid niet wenselijk zijn om de ambulancezorg in te richten op een aanrijdtijd van 6 minuten. De vakbekwaamheid van het ambulancepersoneel komt bij een aanrijdtijd van 6 minuten onder druk te staan. Ze zullen in verhouding minder vaak moeten uitrukken waardoor ze ook minder vaak bepaalde bekwaamheden kunnen uitoefenen. Het RIVM heeft in 2003 uitgerekend dat er minimaal 323 miljoen euro extra nodig is om de aanrijdtijd te verlagen naar 8 minuten en een dekking van 97% te garanderen. Dit zou bijna een verdubbeling van het huidige ambulancebudget inhouden. Ook zou kunnen worden gekeken naar andere instrumenten die bijdragen aan een snelle hulpverlening bij een acute hartstilstand. Hierbij kan worden gedacht aan initiatieven die momenteel in het land ontstaan op het gebied van burgerhulpverlening met automatische externe defibrillatoren (AED's) en de inzet van first responders als brandweer, politie of huisarts/ huisartsenpost.

### Benodigde SEH faciliteiten

De Gezondheidsraad (2012) heeft gekeken naar welke deskundigheid en faciliteiten (achtervang) aanwezig moeten zijn op de basis-SEH om kwalitatief verantwoorde spoedeisende zorg te kunnen leveren, voornamelijk om patiënten zodanig te stabiliseren dat zij voor vervolghandeling kunnen worden vervoerd naar een ander ziekenhuis?

Bij de begrippen 'stabilisatie' en 'vervolghandeling' is het noodzakelijk om het functioneren van de gehele acute keten te bezien. Het is van belang een onderscheid te maken in ziekenhuizen met een:

- Complete SEH's: in universitaire centra.
- Profiel-SEH's: in ziekenhuizen met afdelingen voor gespecialiseerde zorg in de achtervang.
- Basis-SEH's: die in principe bedoeld zijn voor reanimatie, stabilisatie en behandeling van laag complexe maar veel voorkomende acute problemen.

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

De organisatie van de traumazorg zou hier een voorbeeld voor kunnen zijn. Het garanderen van de kwaliteit van zorg waarin basis-SEH's voorzien is niet alleen een kwestie van eisen stellen aan de voorziening zelf en aan de achtervang in de rest van het ziekenhuis.

Bij acute zorg is snelheid niet het enige wat telt, soms is een patiënt beter af als de ambulance doorrijdt naar een verder gelegen 'profiel'- of 'compleet' ziekenhuis waar meteen gespecialiseerde zorg voorhanden is. Niet elke basis-SEH hoeft 24/7 geopend te zijn.



Binnen regio's moet worden bepaald op welke uren een basis-SEH geopend moet zijn om veel voorkomende maar laagcomplexe problemen te behandelen. Tijdens de minder drukke uren (meestal 's nachts) kunnen profiel-ziekenhuizen of academische centra met een complete SEH die taak overnemen. Uitrust van voorzieningen of specialismen kan daarbij aangewezen zijn. Voor elke afdeling spoedeisende hulp in ons land moet worden bepaald tot welk type deze behoort: basis-SEH, profiel-SEH of complete SEH. Aan die toewijzing kunnen vervolgens heldere kwaliteitseisen worden verbonden, die door de wetenschappelijke verenigingen worden opgesteld.

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 Gezondheidsraad vindt de aanwezigheid van een geregistreerd SEH-arts en een gediplomeerd SEH-verpleegkundige noodzakelijk of een ervaren arts die kan reanimeren en stabiliseren, en die ervaring heeft met triage. Belangrijk is dat de SEH-arts, indien nodig, binnen korte tijd kan beschikken over de volgende specialismen: gynaecologie/obstetrie, chirurgie, interne geneeskunde, cardiologie, kindergeneeskunde, KNO-heelkunde, neurologie, anesthesiologie en radiologie. Ook ondersteunende specialismen moeten snel beschikbaar zijn: apotheek, klinische chemie, medische microbiologie en pathologie. Omdat er snel moet kunnen worden geopereerd is de beschikbaarheid van een anesthesist en een OK-team noodzakelijk. Ook laboratorium- en röntgenfaciliteiten moeten direct toegankelijk zijn. Een 24-uurs verkoeverfunctie en observatieafdeling voor acute problematiek zijn eveneens geboden. Dat geldt niet voor een intensive care. Wanneer IC-zorg nodig is, moet de patiënt worden overgeplaatst naar een profiel of academisch ziekenhuis. Voor kinderen zijn speciale achtervang-functies nodig. Is de basis-SEH gesloten, dan is de aanwezigheid van een ervaren arts die kan reanimeren en triëren voldoende voor het geval een in het ziekenhuis verblijvende patiënt plotseling verslechtert.

## Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

De rapporten met betrekking tot de acute zorg van ZN (2013 en 2014) hebben veel stof doen opwaaien. ZN is voorstander van een regiovisie voor zowel de complexe als de basis spoedeisende zorg. Hierbij moet worden gekeken naar de gewenste infrastructuur van de complexe spoedeisende infrastructuur. Vanuit deze complexe spoedeisende infrastructuur moet vervolgens worden gekeken naar de inrichting van de basis-spoedeisende zorg. ZN (2013) beschrijft de spoedeisende zorg functioneel en maakt onderscheid in 6 spoedeisende zorg stromen. Per zorgstroom is een kwaliteitsvisie uitgewerkt (diagnosegroepen, volume/kwaliteit, gewenst uitkomsten/prestatie-indicatoren). Daarbij is gekeken naar de wenselijkheid van spreiding/concentratie:

- Spoedeisende zorgstromen en bijbehorende IC-faciliteiten: concentreren in minder ziekenhuizen, die verder gespecialiseerd zijn.
- Basisspoedzorg (in de buurt): in de vorm van een geïntegreerde HAP en SEH zorgfunctie.

Waar vroeger het concept van de 'volwaardige SEH' met daarin vertegenwoordiging van alle acht poortspecialismen centraal stond is de laatste jaren het besef ontstaan dat het 'functioneel' benaderen van de gezondheidszorg meer perspectief biedt in termen van bekostiging, regulering en kwaliteitsmetingen. ZN gaat uit van het perspectief van de spoedpatiënt met zijn hulpvraag, gebundeld in spoedeisende zorgstromen (zie paragraaf: Verschillende indelingen). Deze verschillende spoedeisende zorgstromen kennen een verschillend niveau van kwaliteitsregulering en concentratie. Waar de meest complexe traumazorg is geconcentreerd in elf ziekenhuizen in het land, is dit bijvoorbeeld bij de spoedeisende neurologische zorg (vooral de cerebro vasculair accident (CVA) zorg) in veel mindere mate het geval. Per zorgstroom is gekeken naar de interactie met de functies in het ziekenhuis: de intensive care (IC), de diagnostische faciliteiten en de medisch-specialistische expertise. Tenslotte is bekeken wat dit kader betekent voor de 'basis' spoedeisen-

de zorg, die nu in de huisartsenposten (HAP's) en spoedeisende hulp (SEH's) wordt geleverd. Per zorgstroom is een kwaliteitsvisie opgesteld op basis van het grootste volume van een specifieke (samenhangende groep van) diagnose, waarvoor infrastructuur, competenties en ervaring vereist zijn. Voor elke spoedeisende zorgstroom is vastgesteld welke diagnosegroepen onder de betreffende zorgstroom vallen. Op basis van het patiëntperspectief is gedefinieerd wat de gewenste uitkomsten zijn van de behandeling. Vervolgens is door het 'spoedeisende zorglandschap' aan de hand van het zorgpad van de patiënt bekeken welke Kritische Prestatie Indicatoren (KPI's) kunnen worden geformuleerd om de kwaliteit van spoedeisende zorg zo veel mogelijk te waarborgen en inzichtelijk te maken.

Hierbij wordt waar mogelijk uit gegaan van uitkomstindicatoren, aangevuld met structuur- en procesindicatoren daar waar deze aanvullende relevantie hebben voor de te borgen zorguitkomsten.

De zorgfunctie Spoedeisende Medische Dienst (SEMD) wordt momenteel ingevuld door HAP's en deels door SEH's die in samenhang met de ambulancezorg de 'basis' spoedeisende zorg leveren. Indien het gaat om triage, diagnostiek en behandeling, waarvoor geen uitgebreide medisch specialistische faciliteiten vereist zijn, kan de SEMD de zorg van begin tot eind leveren. In het geval van een 'complexe' spoedeisende zorgvraag zijn aanvullende infrastructuur, competenties en ervaring vereist.

Ziekenhuizen die 24/7 meerdere complexe spoedzorgstromen leveren, zullen vermoedelijk over een kwalitatief hoogwaardige SEH, inclusief SEH-arts KNMG, willen beschikken. Aangezien op dergelijke locaties de benodigde faciliteiten aanwezig zijn, lijkt het logisch dat er dan wordt samengewerkt met de overige zorgverleners in de regio en dat ook de basis-spoedzorg vanuit dit ziekenhuis wordt geleverd. Dit tenzij de regio dusdanig dichtbevolkt is, dat er voldoende patiënten zijn voor een aparte basis-spoedzorglocatie.

Wanneer een ziekenhuis geen spoedeisende zorgstromen aanbiedt, lijkt het logischer om de basis-spoedzorg onder te brengen in een HAP en het ziekenhuis geen SEH te laten hebben, om te voorkomen dat er een dubbele spoedzorg infrastructuur in de regio ontstaat.

Ziekenhuizen die spoedeisende zorgstromen aanbieden zullen zich richten op enkele of meerder spoedeisende zorgstromen. Afhankelijk van het type en aantal spoedeisende zorgstromen zal er behoefte zijn aan een meer of minder uitgebreid opgezette SEH. Wanneer een ziekenhuis bijvoorbeeld alleen de spoedeisende zorgstroom neurologie behandelt (een mogelijkheid die zich in dichtbevolkte gebieden zal kunnen voordoen) zal de SEH minder uitgebreid uitgerust zijn vergeleken met een ziekenhuis dat alle spoedeisende zorgstromen aanbiedt. Daarmee wordt aangesloten bij het advies van de Gezondheidsraad (2012).

## **Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)**

NVZ (2013) heeft onderzoek laten doen naar acute zorg. De belangrijkste uitkomsten zijn:

- 5% van de acute zorg is complex. Concentratie van spoedeisende hulp om de kwaliteit van complexe zorg te verhogen, gaat maar op voor een klein deel van de acute zorg.
- Overige acute zorg vraagt om een andere organisatievorm, en andere competenties en manieren om met risico om te gaan.
- SEH heeft een interne functie voor patiënten in het ziekenhuis. Dit pleit voor een goede duiding van de verschillende soorten acute zorg en een genuanceerde discussie over alle verschillende functies.
- 40% van de ziekenhuiskosten is gerelateerd aan opname en verpleegdagen. Wel of niet een SEH heeft grote consequenties voor een ziekenhuis.
- Kostenvoordeel sluiting SEH's is minder dan 0,5%. Het effect van schaalvoordelen op de SEH bij concentratie van spoedeisende zorg is beperkt, gezien de bijkomen-

de kosten voor ziekenhuizen en vervoerskosten voor patiënten.

- Acute zorg vraagt om regionale organisatie, omdat de zorgvraag en de organisatie van de acute zorg lokaal en regionaal zeer uiteen lopen. Een landelijk toepasbaar model (blauwdruk) is niet mogelijk.
- Weeg de zorgbehoefte van de regio en het portfolio van het individuele ziekenhuis mee. De discussie over acute zorg moet worden gevoerd binnen de brede discussie over de toekomstige inrichting van de medisch-specialistische zorg in het algemeen. Ook de rol van de IC is nauw verbonden met die van de SEH.

Als zou blijken dat het nodig of nuttig is een SEH te reorganiseren, dan heeft dat grote consequenties en verandert het karakter van een ziekenhuis. Analyse van DIS-data uit 2011 voor een representatieve groep ziekenhuizen wijst uit dat bijna 40% van de kosten van ziekenhuizen worden gemaakt door patiënten die een SEH bezoeken.

Ongeveer de helft van de klinische opnamen en verpleegdagen is gerelateerd aan een bezoek aan de SEH. De SEH-gerelateerde DBC's zijn bovendien van betekenis voor de OK, diagnostiek en laboratorium (NVZ 2013).

Er zijn geen financieel-economische redenen voor verdere concentratie van de spoedeisende hulp. Op de SEH zijn schaalvoordelen te behalen. Het effect ervan bij concentratie van spoedeisende zorg is echter beperkt. Bij een concentratie, waarbij de helft van de SEH's wordt gesloten, is in eerste instantie een besparing van 10% op de SEH-kosten haalbaar.

Als dit effect wordt gerelateerd aan de totale kosten van ziekenhuizen dan is het kostenvoordeel minder dan 0,5%. Concentratie van SEH's leidt echter in tweede instantie tot extra transport- en vervolgcosten. Deze vervolgcosten voor SEH-patiënten zijn juist bij opnames in grote ziekenhuizen gemiddeld hoger.

## **Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)**

Alle Universitair Medische Centra (UMC's) hebben een erkenning als traumacentrum voor een regio (naast drie algemene ziekenhuizen in Tilburg, Enschede en Zwolle). De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI), die op 1 januari 2006 in werking is getreden, verplicht de traumacentra een Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) te initiëren. De regionale acute keten omvat naast de SEH's van ziekenhuizen, huisartsen en doktersdiensten, bijvoorbeeld ook het ambulance- en IC-vervoer en de acute psychiatrische of verloskundige zorg.

Volgens de UMC's zou de basis van iedere SEH-afdeling de SEH-arts moeten zijn. Een SEH-arts is gespecialiseerd in de acute opvang en triage van alle acute zorgvragen en bij machte de eerste stappen in een behandeling zelfstandig te entameren. De vakbekwaamheid van de SEH-arts staat borg voor kwalitatief goede acute zorg.

SEH's kunnen aan de hand van een levelindeling nader worden getypeerd. Het level van een SEH is vooral een bruikbaar sturingsinstrument voor betrokken zorgpartijen in de acute zorgketen zelf. Het ambulancevervoer gebruikt de levelindeling om acute zorgvragers meteen naar de goede plek te brengen. Vanuit hun publieke functie als regisseur van de spoedeisende hulp in de regio en als traumacentrum, zullen de UMC's deze monitoring op zich nemen.

## **Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de wetenschappelijke verenigingen**

De OMS en de wetenschappelijke verenigingen pleiten voor een lokaal passende organisatie van acute zorg, uitgaande van de academische en de grote algemene ziekenhuizen en passend bij de betreffende aandoeningen. Ook pleit de OMS voor de instelling van een College Acute Zorg (vertegenwoordiging alle partijen) met als doel: een toekomstbestendige inrichting van de acute zorg met als vertrekpunt de toekomstige zorgvraag enerzijds en de technisch-professionele mogelijkheden anderzijds.

Het OMS-standpunt is gericht op de veranderende samenstelling van patiëntenpopulatie die spoedzorg zoekt. Door de vergrijzing zal de verhouding tussen zuiver heelkundige problematiek en meer Multi morbide patiënten met acute problematiek, waar bijvoorbeeld cardiologische, neurologische en/of internistische interventies nodig zijn, veranderen. Bij deze patiënten is veelal een meer integrale multidisciplinaire aanpak op medisch-specialistisch niveau nodig, met een snelle opvolging van diagnostische onderzoeken, gevolgd door een soms complexe therapie.

Het acute zorgaanbod waar medisch specialistische beoordeling en/of interventie nodig is, kan de volgende gezichten hebben:

- A. Een voorziening voor relatief eenvoudige problematiek, niet levensbedreigend maar wel specialistische beoordeling en eventueel behandeling vereisend.
- B. Een voorziening die het leeuwendeel (bijvoorbeeld 90%) van het spoedeisende aanbod kan behandelen: naast de relatief eenvoudige problematiek ook de complexe problematiek. Toegankelijk voor de zelfverwijzers, doorverwezen patiënten en uiteraard ambulance en dergelijke. Deze voorziening lijkt het meeste op de huidige SEH-afdeling.
- C. Een sterk geprofileerd, specialistische voorziening, bijvoorbeeld neurochirurgie. Het kan hier zo zijn dat andere vormen van spoedeisende zorg niet worden aangeboden (vergelijk bijvoorbeeld het oogziekenhuis). Deze voorziening zal in het algemeen alleen toegankelijk zijn voor ambulance en verwezen patiënten.
- D. Voorzieningen die hun eigen proces kennen, vaak buiten afdelingen zoals SEH om. Voorbeelden van dergelijke voorzieningen zijn een eerste harthulp en de verloskamers. In het algemeen uitsluitend toegankelijk via doorverwijzing en ambulance.

De toenemende Multi morbiditeit vereist de mogelijkheid van een snelle, integrale benadering. Dit kan niet overal. Een klein percentage (hoog complex, laag volume) vereist doorverwijzing naar een gespecialiseerd centrum, zoals neurochirurgie (profiel C). Om welke (groepen van) aandoeeningen dit gaat, zal door de wetenschappelijke verenigingen nader moeten worden ingevuld.

Medisch specialisten moeten binnen een bepaalde tijd na triage handelend kunnen optreden bij een acute zorgpatiënt. Hier mogen ambitieuze normtijden die afgeleide zijn van de medisch inhoudelijke noodzaak, worden vastgesteld. Wetenschappelijke verenigingen moeten dit voor hun respectievelijke diagnosegroepen nader invullen.

Bij realisatie daarvan speelt de lokale/regionale situatie een belangrijke rol. Omdat medisch specialisten bij uitstek de inhoudelijk deskundigen zijn op het gebied van de acute zorg (dat wat bij een bepaalde acute zorgvraag medisch zou moeten gebeuren), ligt het voor de hand dat de OMS en wetenschappelijke verenigingen een prominente rol hebben in de discussie over hoe deze patiëntenstroom het best gestuurd kan worden.

### **Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)**

Acute zorg is een essentieel onderdeel van de huisartsenzorg, zowel overdag als 's avonds, 's nachts en in het weekend. Huisartsen willen de regie en verantwoordelijkheid blijven nemen voor de acute zorg die zij bieden. Huisartsen zijn vaak de eerste schakel in de keten van de acute zorg. Overdag wordt de acute zorg vanuit de eigen huisartsenvoorziening geleverd. Gedurende ANW-uren wordt acute zorg vanuit de dienstenstructuur geleverd waarvan de huisarts deel uitmaakt, van kleinschalige waarneemgroep tot een geïntegreerd centrum voor spoedzorg waarbij sprake is van vergaande samenwerking tussen huisartsenpost en spoedeisende hulpafdeling van het ziekenhuis.

De LHV is, met de VHN, voorstander van samenwerking tussen huisartsenpost en SEH waarbij de HAP zich functioneel vòòr de SEH bevindt, met andere woorden seriële samenwerking. Dit met het oog op zinnige en zuinige acute zorg. Integratie van de werkorganisaties van HAP en SEH in een geïntegreerde spoedpost heeft niet de voorkeur van de LHV, omdat het effect van dergelijke integratie op de doelmatigheid van de zorg niet is aangetoond. Hoewel dat ook geldt voor seriële samenwerking, is bij seriële samenwerking de waarborg van de identiteit van de huisartsenzorg het grootst.

### **Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**

In september 2004 heeft de IGZ het rapport Spoedeisende hulpverlening 'Haastige spoed niet overal goed' gepubliceerd. Dit rapport was het resultaat van een vervolgonderzoek naar aanleiding van het in 1994 gepresenteerde onderzoek met de titel 'De keten rammelt'. Onderzoek naar de afstemming binnen de spoedeisende hulpverlening. Bij het onderzoek 'Haastige spoed niet overal goed' zijn, naast verbeteringen ten opzichte van het onderzoek in 1994, helaas nog veel tekortkomingen geconstateerd. In september 2005 is op initiatief van de minister van VWS een werkgroep kwaliteitsindeling SEH ingesteld. Deelnemende instanties waren: de Orde, NVIC, NVSHA, NVSHV, V&VN, NHG, LHV, NFU, NVZ, VHN, AZN, LVTC en de IGZ (als waarnemer). In oktober 2009 verscheen het eindrapport 'Vanuit een stevige basis'. Het eindrapport bevat normen waaraan een SEH en medewerkers van een SEH dienen te voldoen. 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 de luchtweg kunnen zekeren bij een patiënt. De minister heeft de normen overgenomen en heeft de IGZ een handhavingskader vastgesteld. De IGZ heeft vastgesteld dat de onderzochte ziekenhuizen een aantal forse kwaliteitsverbeteringen hebben doorgevoerd, maar ook dat er gebieden zijn die extra aandacht behoeven.

Deze gebieden zijn: een kwaliteitssysteem SEH, een op het ziekenhuis en de zorgomgeving afgestemd zorgbeleidsplan (waarin is vastgelegd welke patiënten er wel/niet op de SEH worden behandeld), verdere uitbreiding en vervolmaking van profielen en heldere afspraken over tijdige beschikbaarheid van medisch specialisten, vooral gedurende de avond, nacht en weekend. Dit is een aanmerkelijke verbetering ten opzichte van het vergelijkbare onderzoek van Plexus in 2009, waarbij Plexus constateerde dat geen enkele onderzochte SEH aan alle voorwaarden voor verantwoorde zorg voldeed.

## Nationale Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)

De NPCF (2005) heeft onderzoek laten doen naar de ervaringen en wensen van patiënten en zorgverleners omtrent de organisatie van de spoedeisende zorg door huisartsen(posten) en spoedeisende afdelingen van ziekenhuizen. De focus lag daarbij op de keuze die patiënten maken voor de ene dan wel de andere spoedeisende dienst, en de beschikbaarheid van

medische informatie aldaar. Het onderzoek beperkte zich tot de verleende zorg tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten. Geconstateerd werd dat de toegankelijkheid en organisatie van de spoedeisende zorg aanmerkelijk kan worden verbeterd. Patiënten wisten niet waar zij heen moesten en kwamen op de verkeerde plek. Ook op het punt van de communicatie en het uitwisselen van informatie tussen ketenpartners valt veel winst te behalen.

Eén centraal loket voor triage HAP en SEH werd belangrijk gevonden. Evenals het verbeteren van de communicatie en voorlichting over waar klachten het beste behandeld kunnen worden. In het onderzoeksrapport wordt ook stilgestaan bij de beperkte betrouwbaarheid van informatie die patiënt of begeleider(s) verstrekt. Wanneer niet over voldoende medische informatie wordt beschikt volgen extra onderzoeken en handelingen, is een van de conclusies. Een uitgekiend vraagsysteem en elektronisch patiëntendossier kunnen de doelmatigheid en kwaliteit van zorg sterk ten goede komen.

### Gebruikte bronnen:

- Gezondheidsraad: De basis moet goed. Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk (februari 2012).
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Ziekenhuizen goed op weg met implementatie normen voor afdelingen spoedeisende hulp. Kwaliteitssysteem nog niet volledig op orde, Utrecht ( januari 2012).
- Ipse: Schaal- en synergie-effecten bij de spoedeisende hulp - samenvatting (juli 2013).
- LHV. Standpunt Samenwerking HAP en SEH in avond, nacht en weekend (december 2012).
- LHV. Huisartsenzorg in avond, nacht en weekend. Aanbod, organisatie en honorering (juni 2008).
- Malschaert R., T.H. van de Belt, P. Giesen, JAmbulance A1 spoedritten: Wat is de relatie tussen responstijd en gezondheids-winst? (juli 2008).
- Ministerie VWS. Kamerbrief: Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. Bief minister VWS aan TK (juni 2008).
- Ministerie VWS. Goed op Tijd! Naar een klantgerichte, efficiënte, effectieve en flexibele acute zorg. Discussienotitie acute zorg 2015, (www.spoed.nu) (december 2010).
- Ministerie VWS. Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 gesloten tussen Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en ministerie VWS (juli 2011).
- Ministerie VWS. Beleidsagenda 2013 (september 2012)
- Ministerie VWS. Kamerbrief: Bekostiging ambulancezorg (juni 2013).
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Acute Zorg. Een beschrijving van het niet te plannen deel van de ziekenhuiszorg (maart 2010).
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Zicht op zorg (september 2013).
- Nivel. Onderzoeksrapport Ketenbrede Kwaliteitsindicatoren Acute Zorg (juli 2013).
- NPCF. Spoed moet goed, een onderzoek naar de spoedeisende zorg (januari 2005).
- NZa. Uitvoeringstoets. Met spoed (februari 2008).
- NZa. Uitvoeringstoets. Meer ruimte voor samenwerking in de acute zorg. Naar een patiëntgerichte bekostiging van acute generalistische zorg (december 2009).
- NZa. Verantwoordingsdocument Spoedzorg in de AWBZ (juli 2012).
- Orde van Medisch Specialist en de wetenschappelijke verenigingen (OMS). Standpunt Acute Zorg (december 2012)
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid (maart 2014).
- RVZ. Acute zorg (december 2003)
- RVZ. Schaal en zorg (mei 2008)
- Twijnstra en Gudde. De brede betekenis van acute zorg (augustus 2013)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg (februari 2013)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg – bijlagerapport (feb 2014)
- Zuiderent-Jerak Teun en Jeroen Postma, MSc. De kwaliteit van Spoedzorg; Naar een visie op goede zorg op en rond de SEH, iBMG (augustus 2013)

Redactie Judith Rutteman (judith.rutteman@biomet.com), Dr. Yvonne van Kemenade • **Vormgeving** Rob Verhoeven Concept & Illustratie, Mathijs Schipper • **Lithografie & druk** Samplonius & Samplonius BV **Oplage** 2250

**BIOMET**  
One Surgeon. One Patient.

Biomet Nederland B.V. • Toermalijnring 600, 3316 LC Dordrecht • Postbus 3060, 3301 DB Dordrecht • The Netherlands  
Phone: +31 78 629 29 29 • Fax: +31 78 610 42 65 • e-mail: nl.info@biomet.com • www.biomet.nl

This publication and all content, artwork, photographs, names, logos and marks contained in it are protected by copyright, trademarks and other intellectual property rights owned by or licensed to Biomet or its affiliates. This publication must not be used, copied or reproduced in whole or in part for any purposes other than marketing by Biomet or its authorised representatives. Use for any other purposes is prohibited.

