

Standpunt Acute Zorg

Orde van Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen

December 2012

Samenvatting

De Nederlandse burger moet zonder drempels terecht kunnen voor alle vormen acute hulp. In de discussie over concentratie en spreiding van spoedeisende hulp moet de kwaliteit en de bereikbaarheid van de hulp leidend zijn. Nederland beschikt momenteel over zeventig centra voor spoedeisende hulp die 24 uur per dag open zijn. Daar komen patiënten naar toe op eigen initiatief, patiënten die doorverwezen worden door de huisarts of patiënten die per ambulance worden binnengebracht. Het aanbod verandert de laatste jaren: minder traumatologie, meer ouderen met complexe aandoeningen.

Selectie aan de poort is zonder nader onderzoek niet zinvol: men kan de leek onmogelijk verwijten dat hij niet deskundig is. Voor iedere patiënt die binnenkomt is onderzoek nodig dat bepaalt hoe het verder moet. De patiënt kan worden teruggestuurd naar de huisarts, worden doorgestuurd naar een specialistische afdeling of even later op de operatietafel liggen. Het is aan de professionals om daarover te oordelen. Dat vergt in de centra de aanwezigheid van de grote medische vakken als chirurgie, cardiologie, kindergeneeskunde en interne geneeskunde. De grote SEH-posten zullen 90 procent van de zorgvraag zelf kunnen oplossen, de overige 10 procent is te specifiek en moet doorverwezen worden naar gespecialiseerde centra.

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. Daarin zijn besparingen denkbaar door voorzieningen in dichtbevolkte gebieden te concentreren of door bijvoorbeeld posten gedurende de nacht te sluiten. Speciale aandacht wordt gevraagd voor de dunbevolkte gebieden, waar het moeilijker is een goede kwaliteit van de zorg te realiseren tegen acceptabele kosten. Ook de opleiding in de acute onderdelen van de verschillende specialismen moet gewaarborgd blijven.

De werkgroep pleit voor de instelling van een College Acute Zorg. In zo'n College zouden alle partijen vertegenwoordigd moeten zijn: medisch specialisten, verzekeraars, ziekenhuizen, SEH-artsen, huisartsen, verpleegkundigen en patiënten. Doel zou moeten zijn een toekomstbestendige inrichting van de acute zorg met als vertrekpunt de toekomstige zorgvraag enerzijds en de technisch-professionele mogelijkheden anderzijds.

I. Achtergrond

Dit standpunt van de Werkgroep Concentratie & Spreiding van de Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten gaat over de inrichting van de keten van acute zorg, voor zover het de medisch specialistische inzet betreft. Het standpunt is geen theoretisch vergezicht, maar gericht op de korte tot middellange termijn met kwaliteit en haalbaarheid als uitgangspunt. De OMS en de wetenschappelijke verenigingen staan voor een verantwoorde kwaliteit van zorg die iedere burger toekomt. De kwaliteitskaders worden gevormd door de medisch specialistische kaders met betrekking tot verantwoorde zorg en doelmatigheid van de zorg.

Recent hebben meerdere partijen, direct betrokken of niet, een standpunt ingenomen over de concentratie van acute zorg. Hierbij lijkt kostenbeheersing vaak als primair doel gehanteerd en de gewenste oplossing: het aantal SEH's drastisch naar beneden. Vanuit diverse deelgebieden (zoals SEH, perinatale zorg, IC) zijn discussies over concentratie van zorg gevoerd maar deze dienen nog meer geïntegreerd te worden. De werkgroep ziet ook de noodzaak van samenhang tussen de diverse concentratiediscussies, maar beziet dit vanuit dé verantwoordelijkheid en kennis van medisch specialisten: professionele kwaliteit van zorg voor iedere patiënt die een beroep doet op zorg. Hierbij betreft de medisch specialist vanuit zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid eveneens de kosteneffectiviteit in de overwegingen.

In deze notitie wordt een standpunt gegeven waar de werkgroepleden unaniem achter staan. Dit standpunt dient nog wel verder in de diverse wetenschappelijke verenigingen te worden besproken en uitgewerkt tot voorstellen van organisatievormen. De werkgroep doet enkele aanbevelingen die hierbij van belang zijn. De werkgroep is van mening dat dit standpunt een goed vertrekpunt is voor de wetenschappelijke verenigingen en de OMS om verder positie in te nemen. Het geeft duidelijk de grenzen voor de medisch specialist aan als het gaat om beperking van zorgaanbod ('tot hier en niet verder'), maar reikt ook (verder uit te werken) oplossingsrichtingen aan. Er worden geen uitspraken gedaan over het aantal SEH's dat nodig is in Nederland. Dat zal een logische consequentie zijn van de hantering van een aantal uitgangspunten ten aanzien van kwaliteit en is tenslotte een politieke keuze. In deze notitie wordt een aantal uitgangspunten genoemd die voor de werkgroep relevant zijn.

Het standpunt is geschreven vanuit de betrokkenheid en positie van de medisch specialist. Het is bedoeld als startpunt voor een dialoog in eigen kring en met andere in de acute zorg (professioneel) betrokkenen.

II. Reikwijdte en omschrijving

Hoe de acute zorg toekomstbestendig kan worden georganiseerd, vereist een integrale visie. Hierbij zijn meer partijen betrokken dan alleen de medisch specialist, inhoudelijk maar ook qua organisatie en financieel. Vanuit inhoudelijk, medisch, standpunt wordt de volgende omschrijving van acute zorg gehanteerd:

De acute zorg heeft betrekking op alle vormen van medische zorg die niet uitstelbaar zijn omdat uitstel van de zorg tot een levensbedreigende situatie kan leiden of directe schade voor de gezondheid van een patiënt kan betekenen.¹

In dit standpunt wordt de reikwijdte beperkt tot waar medisch specialisten invloed op hebben en ook primair verantwoordelijkheid voor dragen: de acute zorg binnen het ziekenhuis. De echte 'tweedelijns acute zorg'.

Spoedeisend versus spoedwensend

In de praktijk blijken vele mensen zich met een probleem bij de acute zorg te melden dat zij zelf als acuut ervaren ("spoedwensenden"). In veel gevallen blijkt dat er niets gedaan hoeft te worden, dat acuut ingrijpen niet noodzakelijk is, of dat er wel iets moet gebeuren maar dat niet onder de genoemde definitie valt. Dergelijke zorg kan bijvoorbeeld op een huisartspost ook gegeven worden en zo nodig kan zonder gezondheidsschade door tijdsverlies worden doorverwezen naar een ziekenhuis dat de betreffende zorg wél kan leveren. Bij de totstandkoming van netwerk van acute zorgvoorzieningen heeft de medisch specialist een organisatorische en vakinhoudelijke verantwoordelijkheid teneinde verantwoorde zorg te kunnen blijven borgen.

Er zijn echter ook patiënten die wél een spoedeisend probleem hebben waarbij vertraging – bijvoorbeeld door een huisartspost of een onvoldoende toegeruste SEH-afdeling – kan leiden tot een aanmerkelijk slechtere uitkomst (meer blijvend functieverlies). Voorbeelden hiervan zijn de zorg voor CVA's, hartinfarcten, bloedingen. Dergelijke patiënten hebben recht op de snelst mogelijke zorg in een goed uitgerust ziekenhuis.

Verantwoordelijkheid van medisch specialist reikt verder

De verantwoordelijkheid van de medisch specialist begint niet vanaf het moment dat een patiënt op de SEH komt, maar begint al op het moment dat er een indicatie is om die patiënt naar het ziekenhuis te verwijzen of te vervoeren en reikt tot en met de definitieve behandeling. Deze ketenverantwoordelijkheid is natuurlijk niet op ieder moment even intensief. De betrokkenheid tijdens de prehospitalische periode is vooral een inhoudelijk adviserende op organisatieniveau. Na aankomst in het ziekenhuis verschuift dit naar actieve betrokkenheid in diagnostiek en behandeling (en eventuele nazorg) van een individuele patiënt.

¹ (Beperkt aangepast) Ministerie van VWS. Beleidsvisie Acute zorg. Den Haag: Min VWS; 2003

Dit leidt primair tot een focus op SEH-afdelingen van ziekenhuizen, maar ook de toenemende acute zorg daarbuiten, zoals verleend in de verloskunde en in PCI-centra (percutane coronaire interventies), dienen in de organisatie van acute zorg te worden benoemd.

III. Uitgangspunten

1. De kwaliteit van acute zorg en toegankelijkheid leidend.

Acute (basis-)zorg moet voor iedereen binnen de medisch inhoudelijke normen 24/7 toegankelijk zijn. Het is een maatschappelijk belang dat een ieder in Nederland adequate zorg bij acute problematiek kan ontvangen, tegen een maatschappelijk verantwoorde prijs.

Kwaliteit

De kwaliteit van zorg is leidend in de discussie rondom concentratie en spreiding; concentratie is geen doel op zich maar moet volgen uit kwaliteitseisen, bijvoorbeeld ten aanzien van de vereiste competenties. De benodigde voorzieningen om 24/7 zorg te kunnen verlenen wordt bepaald door de wetenschappelijke verenigingen. Daaruit kan blijken dat in sommige gebieden de aanwezige SEH's van type moeten veranderen of zelfs geheel verdwijnen. Als bijvoorbeeld de eerste lijn een grotere rol gaat spelen in acute zorg, dan moet hier een kennis- en fysieke infrastructuur voor worden opgezet en onderhouden. Dit is de laatste decennia op veel plaatsen verder van de patiënt komen te staan².

Sturing moet op wat achter de deur zit, niet op de toegang

De organisatie van acute zorg dient rekening te houden met benodigde competenties en materiële middelen om de verwachte instroom verantwoord te kunnen behandelen. Ieder niveau in acute zorg heeft een eigen competentieprofiel. De wetenschappelijke verenigingen stellen de vakinhoudelijke normen en doen suggesties voor oplossingsrichtingen. Wat kwalitatief en financieel mogelijk is, is een politieke keuze die op lokaal of regionaal niveau gemaakt wordt. Hierbij spelen ook de zorgverzekeraars een rol. De acute zorg die geboden wordt vanuit het ziekenhuis kan verschillend georganiseerd zijn en is (mede) afhankelijk van het ingangstraject van de patiënt, bijvoorbeeld via huisartsen, ambulances, collega-instellingen, verloskundigen, zelfverwijzers. Onder medisch specialistische eindverantwoordelijkheid kan dit door verschillende professionals worden ingevuld, mits deze beschikken over de noodzakelijke competenties.

² Dit komt weer in beweging, onder andere door de vorming van Spoedposten huisartsengeneeskunde op een aantal plaatsen, al dan niet in of in directe nabijheid van een ziekenhuis. Bij de gesignaleerde toenemende complexiteit van acute zorgpatiënten, is echter de vraag of deze werkwijze altijd een kwaliteit- en kostenefficiënte werkwijze is.

Zelfverwijzers zullen deels terecht en deels onterecht acute zorgverlening zoeken. Dit is pas na deskundige triage duidelijk. Men kan een leek niet verwijten dat hij zich wendt tot een zorginstelling die geopend is. Het is dus zaak om op inhoudelijke argumenten de juiste poorten op het juiste moment open te houden. In die toegankelijkheidsdiscussie heeft de medisch specialist ook een verantwoordelijkheid.

Toegankelijkheid

De acute zorgvragen kunnen onderscheiden worden in:

1. Veel voorkomende relatief eenvoudige acute zorgvragen (bijvoorbeeld een gastro-enteritis, een kraal in de neus bij een kind) die vaak op een HAP (evt. HAP+) geholpen kunnen worden en waarvoor geen sterk opgetuigde SEH nodig is,
2. Acute zorg waarbij niet direct medisch-specialistisch ingrijpen nodig is (eerst stabilisatie, bijvoorbeeld repositie van een polsfractuur, waarna patiënt op enig moment en eventueel elders een definitieve behandeling krijgt, bijvoorbeeld osteosynthese van die pols) en
3. De complexe, vaak levensbedreigende, acute zorgvragen waarvoor direct een definitieve behandeling noodzakelijk is (bijvoorbeeld trombolysen bij een ischemisch CVA).

Belemmeringen opwerpen om een acute zorgvoorziening te bezoeken of te raadplegen is geen goed uitgangspunt. Van een leek kan niet verwacht worden dat hij of zij een juiste inschatting kan maken of iets spoedeisend is of niet. De oplossing ligt meer in een snelle toegang, gevolgd door een deskundige triage, waarna behandeling of verwijzing naar het optimale centrum volgt. Dit geldt ook voor de toenemende groep complexe patiënten (zie uitgangspunt 2).

Of de zorgbehoefte werkelijk acuut is/was, wordt meestal pas duidelijk na onderzoek, de triage. De discrepantie tussen 'de eerste indruk' of de beleving door de patiënt en de gebleken medische noodzaak tot snel handelen, is waarschijnlijk een van de belangrijkste oorzaken van de discussie over kosten van SEH's. Veel mensen komen op de SEH terecht zonder tussenkomst van een professional. Dit is in feite een probleem van toegankelijkheid van zorg en meer een maatschappelijk probleem dan een medisch-specialistisch.

Kennelijk is er voor veel mensen een reden om liever naar de SEH te gaan, dan tot de volgende dag te wachten of de huisarts te bellen of bezoeken, terwijl men anderzijds de situatie niet zo ernstig inschat dat direct een ambulance wordt gebeld. Het gaat dan eigenlijk meer om acute opvang dan acute zorg. Ziekenhuizen c.q. medisch specialisten zullen iets moeten met een patiënt die zich aandient, zonder direct een behandelingsplicht te hebben. Zij kunnen de stroom zelfverwijzers alleen sturen door de toegang tot de SEH c.q. medisch specialistische hulp te reguleren of bijvoorbeeld huisartsenposten naast SEH's te stimuleren. Natuurlijk werken medisch specialisten graag mee om dit maatschappelijk probleem aan te pakken, bijvoorbeeld door medisch inhoudelijke informatieverstrekking, doorverwijzing naar minder dure faciliteiten waar dat kan of via een bijdrage aan discussies over heroriëntatie op de bekostigingsstructuur. Maar uitgangspunt is dat iedereen die zich meldt, geholpen wordt. Dit kan dus ook een deur verder zijn.

2. De SEH-patiënt uit het verleden is niet dezelfde als in de toekomst.

Het standpunt focust niet zo zeer op de situatie nu, maar wil bijdragen aan een oplossing voor problematiek die zich in de nabije toekomst aftekent. Er moet bij de landelijke inrichting van acute zorg rekening gehouden worden met een veranderende samenstelling van patiëntenpopulatie die spoedzorg zoekt. Door de vergrijzing zal de verhouding tussen zuiver heelkundige problematiek en meer multimorbide 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.

IV. Standpunten

1. Acute zorgvoorzieningen met verschillende profielen

Geen SEH's op verschillende kwaliteitsniveaus, maar acute zorg met verschillende profielen. Als duidelijk is wat een bepaalde voorziening wil bieden, moet dat ook aan de passende kwaliteitsnormen voldoen. Het acute zorgaanbod waar medisch specialistische beoordeling en/of interventie nodig is, zal bijvoorbeeld de volgende 'gezichten' kunnen hebben:

- A. Een voorziening voor relatief eenvoudige problematiek, niet levensbedreigend maar wel specialistische beoordeling en eventueel behandeling vereisend. Aangezien niet altijd duidelijk is of een medisch probleem eenvoudig is, zal deze voorziening ook patiënten moeten kunnen stabiliseren en snel doorverwijzen.
- B. Een voorziening die het leeuwendeel (bijvoorbeeld 90 procent) 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.

Kwaliteit is leidend ten aanzien van wat er op dat moment nodig is aan disciplines en competenties. De gewenste dichtheid van SEH's en andere acute zorgvoorzieningen volgt hieruit, gegeven:

- De vastgestelde bereikbaarheidsnorm, bijvoorbeeld vanuit de wetenschappelijke verenigingen.
- De rol van de eerste lijn, waarbij huisartsgeneeskundigen en verloskundigen leidend zullen zijn.
- De kwaliteit van de ambulancezorg, via de landelijke meldkamer en ambulanceprotocollen (LPA).
- De samenhang met noodzakelijke infrastructuur (zoals deskundigheid, IC, verloskunde, organisatie, faciliteiten).

Voor al deze punten dienen er normen te zijn. Dit geldt ook voor de eisen die aan de verschillende voorzieningen gesteld moeten worden.

Een voorziening zoals beschreven in profiel B zal circa 90 procent van de acute zorg moeten kunnen bieden. De toenemende multimorbiditeit vereist de mogelijkheid van een snelle, integrale benadering. Dit kan niet overal. Een klein percentage (hoogcomplex, laag volume) vereist doorverwijzing naar een gespecialiseerd centrum, zoals neurochirurgie (profiel C). Om welke (groepen van) aandoeningen dit gaat, zal door de wetenschappelijke verenigingen nader ingevuld moeten worden.

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. Een besluit om op die kwaliteitseisen in te leveren, kan alleen genomen worden door de politiek en/of zorgverzekeraars.

De invulling en bezetting van een tweedelijns-acute zorgvoorziening wordt in onderling overleg door ziekenhuis en medische staf bepaald. Uitgangspunten zijn de benodigde competenties en faciliteiten, waarna gekeken wordt hoe dit zo efficiënt mogelijk kan. Naast deze competenties moet het volume en ervaring voldoende zijn om de benodigde taken in onderwijs en opleiding te kunnen opbouwen en onderhouden. SEH-artsen kunnen een waardevolle rol spelen, bijv. als regievoerder op een SEH-afdeling. De SEH blijft echter een tweedelijns voorziening; het is nog onvoldoende duidelijk of geopperde ideeën om bijvoorbeeld een huisarts op een SEH te laten functioneren tot toegevoegde waarde op die SEH leidt, zowel uit kwaliteitsoogpunt als vanuit kostenperspectief (er zijn bijvoorbeeld al SEH-artsen en aios). Ook deze opties dienen vanuit noodzakelijke en aanwezige competenties te worden beoordeeld.

Een acute zorgvoorziening kan ook in tijd partieel bestaan, bijvoorbeeld alleen overdag. Zo blijkt het aanbod van patiënten op een SEH 's nachts vaak laag. In regionaal overleg kan afgesproken worden om bepaalde voorzieningen tijdens daluren te sluiten. In die gevallen dient een patiënt

mogelijk verder te reizen³, maar dat hoeft in de nacht een niet al te groot probleem te zijn. Natuurlijk kan de patiënt ook besluiten om te wachten tot de volgende dag. Maar als een voorziening 'open' is, dan biedt het onvoorwaardelijk de noodzakelijke kwaliteit.

2. Regiocoördinatie: medisch specialisten voeren de regie

Medisch Specialististen c.q. hun organisaties voeren in gezamenlijk overleg de inhoudelijke coördinatie van de acute zorgketen/netwerk in een regio: Welke voorziening is waar nodig? Wat is de beschikbaarheid van de voorzieningen? Welke voorzieningen blijven 24 uur open? Welke taken worden waar belegd op welk moment? Bij degelijke discussies spelen meerdere factoren een rol, zoals de inhoudelijke normen vanuit de wetenschappelijke verenigingen, eventuele bijzondere populatiekenmerken, et cetera. Uiteraard geschiedt de inrichting van de acute zorg in samenwerking met de ziekenhuizen, eerste lijn, ambulancediensten en zorgverzekeraars.

Deze coördinatie is logisch omdat medisch specialisten de ultieme inhoudelijke kennis in huis hebben over de acute geneeskunde en de medisch-inhoudelijke verantwoordelijkheid dragen, ook in de prehospital setting. Competenties, kwaliteit en veiligheid zijn leidend. Dit neemt niet weg dat anderen die acute hulp verlenen (bijvoorbeeld huisartsen), hun eigen professionele verantwoordelijkheid hebben en dienen te handelen op basis van hun eigen richtlijnen. Gewaakt moet echter worden voor onduidelijke posities hierin (gedeelde verantwoordelijkheid, gezamenlijke verantwoordelijkheid). Dit kan tot misverstanden leiden.

ICT-voorzieningen

Bij de coördinatie wordt rekening gehouden met de noodzakelijke voorzieningen, bijvoorbeeld ten aanzien van acute operatie- en opnamecapaciteit (IC's), acute verloskunde, alsmede concentratiediscussies, bijvoorbeeld ten aanzien van de hoogcomplexe zorg. De coördinatie wordt in de uitvoering ondersteund door een ICT-voorziening, waardoor bijvoorbeeld de beschikbare IC-capaciteit in een regio voor verwijzers en ambulancediensten snel ontsloten wordt. Een EPD is een ander ICT-aspect dat behulpzaam zou kunnen zijn, juist in de acute zorg. Tenslotte zal het kwaliteit- en kosteneffectiviteitsbevorderend werken als eenvoudige communicatie mogelijk is tussen de bijzondere profielvoorzieningen en de andere acute zorgvoorzieningen.

Regio-indeling

Wat een regio is, is niet op voorhand landelijk vast te stellen. Dit zal regionaal moeten worden ingevuld. Bewaakt moet worden dat er in ieder geval geen 'gaten' vallen. Er zijn initiatieven genomen om acute zorg aan bestaande regio's te koppelen, zoals volgens traumaregio's. Ook wordt verwezen naar GHOR-regio's. Acute zorg is echter meer dan traumatologie; bestaande regionale netwerken kunnen waardevol zijn. Bovendien zou de verschuiving naar multimorbide patiënten op een aantal plaatsen waarschijnlijk een andere indeling en netwerkorganisatie vergen. Wat dan een regio is, is niet in een blauwdruk te vangen maar afhankelijk van de

³ Dit gebeurt nu al bij hoog complexe, zeer specialistische zorg. Conform het huidige landelijke protocol ambulancezorg, LPA 7.1 zijn niet de afstand maar de benodigde direct beschikbare competenties op de SEH beleidsbepalend

aandoening. Uiteraard verdient het aanbeveling bij bestaande structuren aan te sluiten en niet voor ieder ziektebeeld een andere regio te definiëren. Nu is de weg ingeslagen van coördinatie vanuit traumaregio's; vraag is of dit overall voldoende toepasbaar is. Mogelijk zullen weer subregio's ontstaan.

3. Opleidingen in acute zorg: essentieel opleidingselement dat moet worden geborgd.

Bij concentratie van acute zorg moet voldoende oog en borging zijn voor de kwaliteit en capaciteit van de opleiding in de acute onderdelen van de betrokken specialismen. De capaciteit kan mogelijk onder druk komen bij concentratie en/of verdere uitbreiding van de specialistische opleidingscapaciteit. Door de ontwikkeling van acute zorggeneeskunde is dit toenemend van belang. Mogelijk zullen opleidingseisen moeten worden aangepast om voldoende kennis en ervaring in acute zorg te garanderen.

4. Organiseer op de gebieden met een grotere bevolkingsdichtheid, niet op de uitzonderingen.

De werkgroep realiseert zich dat de adviezen mogelijk moeilijk uit te voeren zijn in regio's met een lage bevolkingsdichtheid. Integrale uitvoering van alle adviezen in dunbevolkte regio brengt grote kosten en kwaliteitsrisico's met zich mee. Het zal onmogelijk zijn om kwaliteit van tweedelijnsvoorzieningen in de breedte, voor alle vormen van acute zorg, tegen acceptabele kosten voor alle gebieden in Nederland op korte afstand te garanderen. In bepaalde regio's zullen dus andere oplossingen moeten worden gevonden. Het onderscheid in type acute zorgvoorzieningen, zoals hierboven genoemd, maakt dit mogelijk. Dan kan regionaal/lokaal bezien worden of men bijvoorbeeld voor een type A-voorziening capaciteit wil realiseren, of dat men adviseert om 50 km door te rijden naar een ander ziekenhuis. Dit is ongemak (eventueel na pijnstilling) maar geen medisch beletsel. De huisarts kan hier ook een grote rol in spelen.

V. Consequenties van concentratie en oplossingsuggesties

Bij de genoemde uitgangspunten blijkt waar welk type acute zorgvoorziening kan worden gerealiseerd c.q. behouden. Als een SEH moet worden gesloten heeft dit echter wel grote consequenties voor de (afdelingen binnen) ziekenhuizen en de betrokken vakgroepen en/of maatschappen. Aandachtspunten zijn met name:

- a. De acute zorg binnen het ziekenhuis (ten aanzien van patiënten, bezoekers en eigen personeel). Oplossingsuggesties hiervoor: ieder ziekenhuis zal basaal een patiënt moeten kunnen stabiliseren en vitale functies moeten kunnen bewaken. Dit vraagt een hiertoe competente professional en kan afhankelijk van de lokale situatie worden ingevuld.
- b. Opleidingscapaciteit. Deze wordt al regionaal gestuurd; ten aanzien van acute zorg kan gedacht worden aan stages voor het verwerven van kennis van de acute zorg binnen de opleiding.

- c. Inkomstenverlies. Financiële consequenties zijn deels een eigen (ondernemers-) verantwoordelijkheid en risico (men kan ook voor een andere strategie, profilering kiezen), deels kan dit worden opgelost door regiomaatschappen te vormen. Een aandachtspunt hierbij is de afstemming tussen de regio van de maatschappen en de acute zorgregio. Mismatches kunnen tot problemen leiden. Als de komende keuzes leiden tot enorme verschuivingen die redelijkerwijs niet door het veld kunnen worden geacommodeerd, dient vanuit de politiek of zorgverzekeraars meegewerkt te worden aan passende oplossingen.
- d. Relatie met de andere typen zorg binnen de organisatie, zoals die voor chronische patiënten en andere niet-acute zorg.

Andere aandachtspunten zijn onder meer:

- e. Bij ver doorgevoerde concentraties zijn er ook consequenties voor de ziekenhuizen die wel een SEH hebben. Een kritisch punt kan bijvoorbeeld de opnamecapaciteit worden: het aantal beschikbare bedden kan een probleem worden. Of de bemensing van de noodzakelijke capaciteit. Ook de menselijke maat kan onder druk komen. Als concentratie leidt tot veel overplaatsingen (deze bij voorkeur in kantooruren) moeten de consequenties hiervan ook meegewogen worden. Beschikbaarheid van ambulances is bijvoorbeeld één van de aspecten.
- f. Relatie met in gang gezette organisatiesituatie: op basis van wetgeving zijn er ROAZ's ontstaan (Regionaal Overleg Acute Zorg), georganiseerd volgens de traumaregio's (elf regio's: acht rondom UMC's, drie rondom niet-academische traumacentra). Zoals geschetst is het de vraag of dit een in de toekomst meest wenselijke indeling is. Binnen zo'n regio zullen de medisch specialistische inzichten leidend moeten zijn als het gaat om regionale afspraken. De verantwoordelijkheid voor de inhoud is niet af te schuiven naar een organisatievorm c.q. bestuur hiervan.

VI. Aanbevelingen

- 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. Hierbij dient die zorg zodanig ingericht te worden dat kwaliteit van zorg gegarandeerd wordt en kostenoptimaal wordt gewerkt. Vanzelfsprekend zal vervolgens in samenwerking met eerste lijn en ambulancediensten uitgewerkt moeten worden wie wat op welk moment doet. Zoals gesteld, deze notitie focust op de tweedelijns acute zorg, maar er zal ook bredere actieve betrokkenheid vanuit de medisch specialisten in de acute zorgketen moeten zijn. Aanbevolen wordt dan ook een visie op te stellen over de acute zorg die wel snel medisch specialistisch ingrijpen vereist, maar niet complex van aard is (de eenvoudige fracturen bijvoorbeeld) en ook naar een oplossing te zoeken voor de acuut beleefde zorg maar die verder geen medisch specialistisch oordeel of ingrijpen vereist (de verstukte enkel). Dit uiteraard in overleg met de eerste lijn.

- Laat een objectief onderzoek uitvoeren (of stimuleer dat dit gebeurt) naar het meest kosteneffectieve aanbod en bekostiging van acute zorgvoorzieningen (macro en micro), met als kader de noodzakelijke kwaliteit van zorg en competenties, gebaseerd op het uitgangspunt: de juiste zorg op de juiste plek in de juiste tijd. Als de acute zorg anders georganiseerd wordt, zou dit samen moeten gaan met een passende bekostiging. Het feitelijk naast elkaar hebben van bijvoorbeeld huisartsen en SEH-artsen hoeft niet per definitie kosten- en kwaliteitseffectief te zijn. Dit geldt ook voor de gescheiden infrastructuur.
- Wetenschappelijke verenigingen: bepaal de normtijden voor (groepen van) aandoeningen, vanaf moment van optreden incident tot medisch specialistische beoordeling en/of start behandeling. Voor een belangrijk aantal aandoeningen zal dit al gedaan zijn.
- Wetenschappelijke verenigingen: bepaal voor welke (groepen van) aandoeningen verder gaande concentratie nodig is en waar dit kan (hoog complex, laag volume), onder welke voorwaarden, met betrekking tot acute zorg.
- Wetenschappelijke verenigingen: bepaal voor de veel voorkomende acute zorgketens (bijvoorbeeld CVA) wat voor een kwalitatief verantwoorde keten qua competenties, organisatie en faciliteiten nodig is.
- Zoek zo veel mogelijk verbanden met de relevante patiëntenverenigingen. Bepaal, met respect voor ieders positie en verantwoordelijkheid, de uitgangspunten voor verantwoorde acute zorg. Vertaal als het ware de spreekkamer naar 'macro'.
- Werk vervolgens globaal organisatievoorstellen uit, vanuit medisch-specialistisch patiëntenperspectief, die in regionale verbanden geconcretiseerd kunnen worden. Zo worden de medisch specialistische kaders optimaal gehandhaafd.
- Ten slotte: het gaat om majeure wijzigingen, die grote consequenties kunnen hebben voor patiënten en professionals. Voortdurend dient gewaakt te worden voor een 'hit and run' aanpak, bijvoorbeeld gericht op het realiseren van bezuinigingen. Het traject moet zorgvuldig worden belopen om geen 'tussen wal en schip'-situaties te krijgen voor patiënten en kennisverlies te veroorzaken. Geen ongecontroleerde trial and error. Goed gefundeerde keuzes maken, goed de effecten toetsen en zorgvuldig het pad belopen is noodzakelijk bij een zo gevoelig onderwerp. Dit is niet iets wat in korte tijd gerealiseerd kan worden. Het zal voortdurend aandacht en bijsturing vragen. Gelet op het grote maatschappelijke belang, is het te overwegen om, analoog aan de geboortezorg een 'College Acute zorg' in het leven te roepen.

Bijlage: Werkgroepleden

dr. F.H. Bosch (voorzitter)	Nederlandse Internisten Vereniging
mw. dr. A.A.P.H. Vaessen-Verberne	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
prof. dr. G. Oei	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
dr. J.M.M. van Lith	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
M.I.M. Versteegh	Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie
dr. R.M. Bloem	Nederlandse Orthopeden Vereniging
dr. M.H.J. Verhofstad	Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
mw. dr. M.C. Visser	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
J.M.W. Scheltema	Nederlandse Vereniging voor Urologie
G. Franschman	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
Dr. W.R.P. Agema	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
prof. dr. J.J. van Overbeeke	Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie
mr. drs. R.W. Verrips	Secretaris

Geraadpleegd:

Dr. T. Geers, interne geneeskunde, Sint Antoniusziekenhuis, Nieuwegein

Dr. M.J.W.M. Wouters, chirurgie, Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis/NKI, Amsterdam