

Gezamenlijke uitgangspunten bij regiovisies spoedeisende zorg

O.b.v. ZN Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg 2013

Februari 2014

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Gezamenlijke uitgangspunten bij regiovisies.....	4
Algemene uitgangspunten.....	4
Intensive Care.....	5
Acuut Myocard Infarct	6
Spoedeisende geboortezorg.....	6
CVA.....	6
Spoedeisende hulp.....	10

Inleiding

In het bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord van juli 2011 zijn zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS met elkaar overeengekomen 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. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft vervolgens een landelijke Kwaliteitsvisie ontwikkeld, als gemeenschappelijk kader ten behoeve van de selectieve inkoop van de complexe spoedeisende zorg door zorgverzekeraars.

Het resultaat is de ZN publicatie Kwaliteitsvisie Spoedeisende zorg (februari 2013). Dit rapport gaat in op de kwaliteitsindicatoren voor de complexe spoedeisende zorgstromen waarmee zorgverzekeraars hun (selectieve) inkoop kunnen vormgeven. Ook beschrijft dit rapport op basis van de literatuur waar en tot welk niveau de concentratie van complexe spoedeisende zorg wenselijk is vanuit het perspectief van kwaliteit en doelmatigheid van zorg. De inhoud van het rapport is besproken met een groot aantal relevante wetenschappelijke verenigingen, belangenorganisaties en andere experts op het gebied van spoedeisende zorg.

Vanuit het gemeenschappelijke kader van de Kwaliteitsvisie hebben zorgverzekeraars per traumaregio (gelijk aan de ROAZ indelingen) vervolgens hun regionale scenario's voor de complexe spoedeisende zorg uitgewerkt. Zorgverzekeraars hebben de gewenste inrichting van de complexe spoedeisende zorg in de betreffende regio beschreven, conform de kwaliteitseisen zoals geformuleerd in de ZN Kwaliteitsvisie. Ook is meegenomen hoe deze herinrichting van de complexe zorgstromen van invloed is op de profielen van de SEH van ziekenhuizen. Na het sluiten van het nieuwe Regeerakkoord in 2013 is eveneens gekeken hoe de betere samenwerking tussen, of integratie van, de SEH met de HAP gestalte kan krijgen.

Na deze fase van regionale visievorming (maart tot oktober 2013), zijn zorgverzekeraars in dialoog gegaan met de ziekenhuizen en ROAZ'en (Regionaal Overleg Acute Zorg) om hun voorkeursscenario te bespreken. Het doel van deze dialoog is om te komen tot een gedragen visie op de spoedeisende zorg in de regio en gezamenlijk een strategische agenda op te stellen voor de toekomst.

Voorliggend document dient als toelichting op de nadere invulling van de ZN Kwaliteitsvisie in de regionale scenario's. Het beschrijft een aantal uitgangspunten, die gaande het traject zijn geformuleerd om bij de uitwerking van de afzonderlijke regionale scenario's op een eenduidige manier te werk te gaan. Door deze uitgangspunten expliciet te maken streven we naar zo groot mogelijke transparantie naar de veldpartijen. We willen daarmee een zo vruchtbaar mogelijke dialoog te bevorderen.

Hieronder worden de gehanteerde uitgangspunten voor de regionale scenario's toegelicht; dit betreft zowel algemene, als zorgstroomspecifieke uitgangspunten.

Gezamenlijke uitgangspunten bij regiovisies

Algemene uitgangspunten

1. Kwaliteitsindicatoren

In de ZN Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg worden vier typen indicatoren geformuleerd die meegewogen kunnen worden bij het opstellen van een regionaal scenario: (1) structuurindicatoren, (2) procesindicatoren, (3) uitkomstindicatoren en (4) volume. Volume is een belangrijke maat (maar zeker niet de enige). In zijn algemeenheid is volume geassocieerd met een betere uitkomst van zorg. Door te streven naar optimale volumina kan kwaliteitswinst worden gerealiseerd en kunnen middelen doelmatiger worden ingezet. Naast volume wordt gebruik gemaakt van structuur-, proces-, en – in beperkte mate – uitkomstindicatoren (die deels beschikbaar zijn via Vektis). Tot op heden zijn uitkomstindicatoren in veel gevallen alleen beschikbaar voor ziekenhuizen en artsen, niet voor patiënten en zorgverzekeraars (denk aan de landelijke trauma registratie (LTR) en de IC registratie (NICE)). Wij nodigen ziekenhuizen uit om openheid te geven over hun uitkomstmaten die zij tot nu toe nog niet delen met het publiek en de zorgverzekeraars. Op deze wijze kunnen de uitkomsten een grotere rol gaan spelen in de dialoog.

2. Databron

Voor het in kaart brengen van de zorgstromen en de huidige volumes (de zorgvraag) is voor CVA, AMI (PCI), AAA, heupfractuur en geboortezorg uitgegaan van de meest recente Vektis data (2011). Vektis data zijn gebaseerd zijn op declaratiegegevens van zorgverzekeraars, die volgens uniforme definities bij Vektis worden aangeleverd. Andere databronnen zijn gebaseerd op eigen volumeopgaven van ziekenhuizen. Hier speelt het risico van verschillende definitieopvattingen bij de uitvraag en over- of onderschatting van de eigen volumes. Alleen voor de ingrepen/aandoeningen waar geen Vektis data voor beschikbaar zijn, zijn andere databronnen gebruikt. Voor multitrauma gaat het om cijfers uit 2012, gegenereerd op basis van een uitvraag bij de ziekenhuizen in april 2013. Data met betrekking tot de IC zijn verkregen van de website www.ziekenhuizen transparant.nl (2012).

3. 45-minuten norm

De wettelijke bereikbaarheidsnorm van 45 minuten geldt voor de basis spoedeisende zorg (SEH) en geboortezorg en wordt onverkort gehandhaafd door zorgverzekeraars. Hierbij moet ook rekening worden gehouden met de wettelijke normen die voor de ambulancezorg gelden. Voor de overige, meer complexe acute zorg is deze norm niet van toepassing en ook niet gangbaar in de dagelijkse praktijk. Zo zijn er bijvoorbeeld elf traumacentra en drie brandwondencentra in Nederland, die uiteraard niet voor iedereen binnen 45 minuten bereikbaar zijn, maar waar wel de garantie bestaat op de beste zorg.

4. Zowel de complexe als de basis spoedeisende zorg worden beschreven in regiovisies

In de regiovisies wordt zowel de inrichting van de complexe als de basis spoedeisende zorg beschreven. Hierbij is eerst, op basis van de beschikbare optima en overige indicatoren uit de ZN Kwaliteitsvisie, de gewenste infrastructuur van de complexe spoedeisende infrastructuur opgesteld. Vanuit deze complexe spoedeisende infrastructuur is vervolgens gekeken naar de inrichting van de basisspoedeisende zorg. Het gaat hier om de infrastructuur van de SEH en de HAP, waarbij de eventuele consequenties voor de ambulancetzorg in ogenschouw moeten worden genomen. Voor de basis spoedeisende zorg geldt als uitgangspunt dat deze dichtbij beschikbaar is conform de 45-minuten norm.¹

Intensive Care

5. De beschrijving van de gewenste regionale IC-infrastructuur heeft alleen betrekking op de spoedeisende zorg

De Mededingingswet maakt dat zorgverzekeraars alleen over de spoedeisende zorg gezamenlijke inkoopafspraken mogen maken en niet over de electieve zorg. De regionale scenario's gaan dus over de infrastructuur van de spoedeisende zorg, waar de IC ook toe behoort. De IC wordt uiteraard niet alleen in het kader van spoedeisende zorg gebruikt. Voor de IC-zorg geldt dus dat er vanuit andere zorgfuncties zwaarwegende argumenten kunnen zijn (bijvoorbeeld oncologie of andere electieve zorg) om een IC op een locatie te behouden. Dit onderwerp wordt in de dialoofase in iedere regio met de ziekenhuizen besproken.

6. Faciliteit voor opvang acuut zieke patiënten

Het is van belang dat ieder ziekenhuis beschikt over de structuur en mogelijkheden om bij een spoedindicatie de primaire opvang in huis te hebben om de patiënt te kunnen opvangen (Basic Life Support (reanimatie) en Advanced Life Support (o.a. beademing en bewaking))². Volgens de laatste versie van de concept IC-richtlijn (waarvan het op dit moment onhelder is of deze daadwerkelijk wordt vastgesteld in deze vorm), betekent dit niet dat er daarvoor ook een IC aanwezig moet zijn op de locatie. Een IC-bed kan ook vormgegeven worden op afdelingen zoals een post-anesthesia care unit (PACU, eventueel aangevuld met Acute Opname Afdeling faciliteiten) of Medium/High care unit. Van groot belang is dat de IC-zorg op een PACU en/of andere afdelingen is ingebed in een **regionaal IC-netwerk**, met toetsbare gezamenlijke afspraken rondom behandeling, scholing en samenwerking met de omliggende IC's³ van dat netwerk.

Bovengenoemde leidt ertoe dat ook ziekenhuizen zonder IC moeten beschikken over een voorziening voor patiënten die onverhoopt toch intensieve bewaking en beademing nodig hebben. In welke vorm dit precies zal plaatsvinden is afhankelijk van regionale omstandigheden en zal in dialoog tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis tot stand komen. In generieke zin streven zorgverzekeraars ernaar om in ieder ziekenhuis faciliteiten te hebben waar de acuut zieke patiënt voor maximaal 24 uur kan worden opgenomen, waarna deze overgeplaatst wordt naar een IC uit het regionale netwerk. Een PACU, eventueel aangevuld met een faciliteit voor acute opname, is hierbij een van de mogelijkheden.

¹ De afbakening tussen de basis en complexe spoedzorg is in de Kwaliteitsvisie van ZN gebaseerd op het onderscheid tussen spoedzorg waar een medisch specialist vereist is en spoedzorg die afgehandeld kan worden door een huisarts of SEH-arts. Voor grote delen van de spoedzorg is deze indeling helder, sommige delen bevinden zich in een grijs gebied. ZN zal in 2014 komen een indeling van alle spoedzorg DOT producten in de categorieën basis en complex.

² Orde van Medisch Specialisten, Conceptrichtlijn IC, versie januari 2013.

³ Van de omliggende IC's dient er één zogenaamde "kern IC" te zijn, waar de complexe spoedeisende zorg wordt geleverd.

Acuut Myocard Infarct

7. Onderscheid NSTEMI en STEMI

In de regioplannen wordt door zorgverzekeraars voor het acuut myocard infarct een onderscheid gemaakt tussen de NSTEMI- en STEMI-patiënten. Het streven is om STEMI-patiënten via goede triage in één keer in een PCI centrum te krijgen. NSTEMI-patiënten kunnen eventueel ook in een niet-PCI centrum behandeld worden mits er goede samenwerkingsafspraken zijn met het PCI centrum, zoals dat nu ook op veel plekken reeds het geval is.

Spoedeisende geboortezorg

8. Gevoelige locaties voor geboortezorg

In de RIVM Bereikbaarheidsanalyse 2013 is een aantal locaties aangewezen als gevoelige locatie voor geboortezorg. Op deze gevoelige locaties blijft geboortezorg beschikbaar om zo aan de bereikbaarheidseisen te voldoen.

Zoals aangegeven in de Kwaliteitsvisie is het voldoen aan de adviezen uit het rapport 'Een Goed Begin' de weg om de kwaliteit van de geboortezorg (o.a. het verminderen van babysterfte) te verbeteren. Uit gesprekken met het veld en uit praktijkervaringen in diverse regio's blijkt, dat het niet haalbaar is om bij zeer kleine volumes te voldoen aan deze adviezen. Dit leidt ertoe dat in de regiovisies vanuit het perspectief van de optimale kwaliteit van de geboortezorg gestreefd wordt naar centra met minimaal 1.500 bevallingen per jaar. Dit getal lijkt niet altijd haalbaar in rurale, dunbevolkte gebieden – wat betekent dat hier een andere dialoog gevoerd moeten worden, maar is wel goed haalbaar op het merendeel van de ziekenhuislocaties.

CVA

9. CVA zorg kan en moet beter

Het Londense model

In de pers is door sommige partijen gezegd dat het Londense model van verbetering van de CVA zorg door concentratie van de hyperacute zorg (zie Kwaliteitsvisie p. 15), niet vergeleken kan worden met de Nederlandse situatie. Echter:

- Het Londense model laat zien dat een belangrijke verandering in de organisatie van de zorg een groot effect kan hebben op de verbetering van de uitkomsten van de zorg. Dit is onafhankelijk van de uitgangssituatie.
- Onderzoek uit het UMCG (Lahr et al.)⁴ laat zien dat in regio's met geconcentreerde CVA zorg de uitkomsten beter worden, o.a. door het verkorten van de (pre)hospitale tijd door betere samenwerking in de keten, hetgeen de extra reistijd teniet deed.

⁴ Zie: <http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Nieuws/Persberichten/Pages/Acute-zorg-bij-beroerte-kan-beter-door-verbeteren-hele-keten.aspx>

- Alhoewel de uitgangssituatie in Nederland beter is dan in Londen, is er wel degelijk nog winst te behalen. Zo zijn de verschillen in trombolysepercentages tussen het ene centrum en het andere centrum nog erg groot.
- Binnen een straal van 1 kilometer kan het ene centrum een trombolysepercentage hebben van 2-4% en het ander van 33%.
- Ook blijkt uit declaratiegegevens dat de 90-daagse sterfte na CVA zorg tussen regio's wisselt tussen de 10% en 25%.
- Kortom, aanwijzingen dat in de ene regio of ziekenhuis de kwaliteit van zorg veel beter is dan in de andere.

Netwerk

Zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat zorgaanbieders hun CVA zorg aanbieden in een netwerk. Dit netwerk omvat het ziekenhuis, de revalidatie, de ambulance en verpleeg- en thuiszorg. Er zijn nu al goed georganiseerde CVA netwerken of 'stroke services' actief, deze richten zich echter vooral op de nazorg. Voor zorgverzekeraars betekent een netwerk het volgende:

- Nauwe samenwerking en afstemming tussen zorgaanbieders in het **gehele** traject van diagnostiek-behandeling-nazorg. En tevens: allemaal dezelfde protocollen, dezelfde kwaliteitsregistratie en elkaar scherp houden op het continu verbeteren van de kwaliteit .

Is CVA basiszorg?

De Nederlandse Vereniging voor Neurologie schrijft op 3 februari 2014 in de pers "Trombolyse is geen hoog-complexe behandeling die dagelijks of wekelijks gedaan moet worden om kwaliteit te garanderen (zoals bijvoorbeeld slokdarmchirurgie), maar wel een behandeling waarbij een goede organisatie in het ziekenhuis noodzakelijk is".

- Het diagnosticeren en behandelen door middel van trombolyse is geen complexe ingreep, maar de organisatie van een topteam vereist uitstekende teamleden, kennis, infrastructuur en veel afstemming.
- Op het moment dat de patiënt in het ziekenhuis arriveert moet een dedicated en getraind team klaar staan om de patiënt zo snel mogelijk op veilige en adequate wijze te helpen waarbij de laatste stand van wetenschap gebruikt wordt.
- Daarom vinden zorgverzekeraars dat het beter is enkele patiënten per dag te zien dan enkele patiënten per week of zelfs per maand.
- Naast uitstekend team dat 24/7 in huis is vereist zo'n centrum ook een uitstekende infrastructuur (bijvoorbeeld een CT scan op de SEH) en eventueel een afdeling neurochirurgie.
- Ook dienen nieuwe behandelmethoden snel en betrouwbaar onderzocht en ingevoerd te kunnen worden zoals bijvoorbeeld de intra-arteriële trombolyse.

- Volume is dan ook geen doel maar een middel om optimale kwaliteit te behalen.
- Door ZN is een optimum volume aangegeven tussen de 350 (dat is gemiddeld een patiënt per dag!) en 1500 patiënten per jaar. Dit volume is geen doel maar een middel om de investeringen in personeel, apparatuur en training mogelijk en zinvol te maken.
- Daarnaast is het zo dat bij kleine volumes door toevalvariatie betrouwbare kwaliteitsmetingen onmogelijk zijn.

Ambulancezorg

De afspraken die met de ambulance gemaakt worden moeten duidelijk zijn. Bijvoorbeeld de afspraak dat alle patiënten met de verdenking CVA, die binnen 4,5 uur (hoe eerder, hoe beter) na aanvang van de aanval in het ziekenhuis kunnen zijn (en dus voor trombolyse in aanmerking komen), naar een trombolyse centrum vervoerd moeten worden.

Patiënten die een CVA krijgen onder de leeftijd van 50 jaar hebben dikwijls pathologie waarvoor onderzoek en behandeling in een tertiair (academisch) centrum noodzakelijk is.

Het feit dat het ene centrum een laag trombolysepercentage heeft en het andere een veel hoger wil niet direct iets zeggen over de kwaliteit van het centrum. Het is bekend dat in grote delen van het land ambulances bij zeer ernstige patiënten of patiënten waarvan men inschat dat deze voor trombolyse in aanmerking komen, eerder zal kiezen voor een groot centrum. Dat betekent dat een kleiner centrum voorbijgereden wordt. In die zin bestendigt het ZN plan wat deels reeds in de praktijk door de ambulance wordt toegepast.

Aanrijtijden

“Hoe sneller de diagnose en behandeling plaats kunnen vinden, hoe hoger de kans op herstel en overleving. ‘Time is Brain’ in dit geval. Elke seconde dat hersenen geen zuurstof krijgen kan er onherstelbare schade ontstaan. Met alle gevolgen van dien: cognitieve beperkingen, communicatieproblemen (zoals afasie), lichamelijke beperkingen, gedragsveranderingen, vermoeidheid en gebrekkige conditie”. Dit citaat staat in de brief van de stichting Hersenletsel.nl aan de leden van de Vaste Kamer Commissie van VWS.

- Dit betekent dat concentratie alleen daar kan plaats vinden waar bij concentratie van de zorg de aanrijtijden niet of nauwelijks veranderen en de netto opbrengst van de betere behandeling voor patiënten positief is. Dat zal voornamelijk het geval zijn in stedelijke gebieden waar ziekenhuizen dicht bij elkaar liggen. Uit reistijden analyses blijkt dat het concentreren van CVA zorg in stedelijk gebied slechts leidt tot een marginale toename van de reistijd.

Kwaliteitsindicatoren

De meest gebruikte indicatoren om de kwaliteit van een CVA keten in het ziekenhuis te beoordelen zijn de door-to-needle-time (DTNT) en het trombolyse percentage.

- De DTNT zegt iets over de snelheid waarmee het ziekenhuis de diagnose kan stellen en de behandeling kan beginnen.
- Een patiënt die getromboliseerd kan worden heeft beter vooruitzichten op herstel. Een hoog trombolysepercentage is dus wenselijk. Dit wordt, naast de deskundigheid van het team en of het team in huis is, beïnvloedt door het percentage patiënten dat binnen 4,5 uur in het ziekenhuis arriveert en door de patiëntenmix.

■ De **uitkomstmaten** waar het uiteindelijk echt om gaat zijn:

- het percentage patiënten dat overleeft,
- het percentage patiënten dat na 3 maanden de algemene dagelijkse handelingen kan verrichten (en dus zelfstandig kan blijven wonen).

Deze gegevens over de uitkomsten van zorg zijn op dit moment in bijna geen enkel ziekenhuis bekend. Met behulp van declaratiedata zijn wel analyses te maken, alleen ontbreekt daarbij de mate van detail (o.a. de omvang van het CVA) om een goede zorgzwaarte correctie op ziekenhuisniveau te maken. Verzekeraars vinden dat het noodzakelijk is dat deze informatie beschikbaar komt om de zorg te verbeteren en te beoordelen.

Wat te doen met patiënten met een CVA die zich toch in een niet trombolyse centrum melden?

Nu is het reeds ook al het geval dat sommige ziekenhuizen niet trombolyseren. Goede triage in de ambulance is daarom uiteraard van belang om dit zoveel mogelijk te voorkomen.

Het kan ook zijn dat patiënten zich zelfstandig met een CVA aan de poort melden (niet met de ambulance), of tijdens opname een CVA krijgen. Over deze patiënten moeten tussen de ziekenhuizen in de regio goede afspraken gemaakt worden, zodat deze CVA patiënten zo snel mogelijk vervoerd worden naar het juiste centrum in de regio.

Organisatiemodellen voor de toekomst

Bovenstaande laat zien dat er veel argumenten zijn om de CVA-zorg beter in te richten. Samenvattend gaat het om het volgende:

1. De literatuur laat zien dat een hoger volume per ziekenhuis bij CVA-zorg leidt tot minder sterfte.
2. Bij lage volumes zijn kwaliteitsmetingen lastig of onmogelijk zijn (door toevalsvariatie).
3. Het concentreren van schaars personeel en apparatuur is doelmatiger.
4. Analyses laten zien dat de 90-daagse sterfte na CVA sterk wisselt tussen regio's. Ook de trombolysepercentages wisselen sterk. Ook dit heeft geleid tot het inzicht dat het blijven aanbieden van trombolyse bij CVA zorg op alle ziekenhuislocaties – zeker in stedelijk gebied – leidt tot een suboptimale kwaliteit van CVA zorg.

Daarom zijn de volgende twee typen voorkeursscenario's opgenomen in de regiovisies:

- a. Een model waarbij de CVA zorg in een regio geconcentreerd wordt in minder centra.
- b. Een model waarbij de trombolyse zorg in een regio geconcentreerd wordt in minder centra:
 - Patiënten met korter dan 4,5 uur uitval en twijfelgevallen gaan naar deze centra.
 - CVA patiënten waar géén trombolyse vereist is worden in andere ziekenhuizen ondergebracht.

Spoedeisende hulp

10. Per ziekenhuislocatie wordt bekeken wat de gevolgen zijn van de herinrichting van de complexe spoedzorg voor de SEH

Op dit moment zijn er 94 SEH's in Nederland. Bij de (her)inrichting van de basisspoedeisende zorg moet rekening worden gehouden met de bereikbaarheid van basisspoedeisende zorg: binnen 45 minuten moet voor de burger basisspoedzorg 7/24 uur beschikbaar zijn. Dit is vastgelegd in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi):

"Basisziekenhuizen, topklinische ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, de crisisfunctie in GGZ-instellingen, regionale ambulancevoorzieningen en huisartsenposten nemen op een constructieve manier deel aan het op initiatief van het traumacentrum georganiseerde regionale overleg acute zorgketen. De in dat overleg gemaakte afspraken dienen te worden nagekomen. [...] De afspraken in het regionale overleg acute zorgketen moeten ertoe leiden dat deelnemers aan het overleg alleen (tijdelijk) kunnen stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minuten norm om een Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) afdeling van een basisziekenhuis te bereiken, niet in gevaar komt."⁵

In september 2013 heeft het RIVM voor de gevoelige SEH's een update van de Bereikbaarheidsanalyse uit 2011 uitgebracht. Dit heeft geleid tot een afname van het aantal gevoelige locaties voor de SEH van 26 naar 8.

Er zijn verschillende vormen van samenwerking tussen HAP en SEH denkbaar:

1. Stand-alone HAP; omdat er bijvoorbeeld geen SEH in de omgeving van de HAP is.
2. Co-locatie; HAP en SEH staan op hetzelfde terrein, maar werken nog niet samen aan de opvang.
3. Serieel geschakelde HAP-SEH; de HAP en SEH werken samen. De HAP doet de triage van de zelfverwijzers en stuurt desgewenst door naar de SEH. De HAP en SEH behouden hun identiteit.
4. Geïntegreerde HAP-SEH; de HAP en SEH werken samen. De triage wordt gezamenlijk ingevuld. De HAP en SEH hebben gezamenlijk de identiteit van spoedpost.
5. Basis spoedpost en Spoedeisende Medische Dienst (SEMD); de HAP en SEH gaan op in een gezamenlijke organisatie voor de opvang van zelfverwijzers met een eigen financiering en identiteit.

Afhankelijk van de beschikbaarheid van een IC in een ziekenhuis, de aanwezigheid van complexe zorgstromen en daarnaast ook regionale overwegingen zoals de bereikbaarheid, wordt gekozen wat de meest passende spoedzorgvoorziening per ziekenhuis is: een profiel met of zonder complexe spoedeisende zorg.⁶ Het is van belang om te vermelden dat dit onderscheid niet nieuw is: op enkele plekken in het land zijn reeds spoedzorgvoorzieningen ingericht in ziekenhuizen die zich solitair richten op de basisspoedzorg (o.a. Spijkenisse Medisch Centrum en de Sionsberg in Dokkum).

⁵ Paragraaf 3.1 in Bijlage bij Artikel 1 WTZi

⁶ In stedelijk gebied kan het zijn dat ziekenhuizen zonder spoedzorgvoorziening ontstaan.

Uit de recente inventarisatie van de samenwerkingsverbanden tussen HAP en SEH⁷ blijkt dat van het totaal van 156 HAP- en SEH-locaties slechts 33 locaties geïntegreerd⁸ en/of serieel⁹ samenwerken¹⁰. Ook blijkt dat er geen verband is tussen het niveau van de samenwerking en het aantal bezoeken aan de SEH per inwoner. Het percentage zelfverwijzers neemt hierbij wel af naar mate de intensiteit van samenwerking tussen HAP en SEH hoger is. Voor de opvang van zelfverwijzers is het belangrijk om samenwerking tussen HAP en SEH te stimuleren. Op deze manier ontstaat er één loket voor spoedzorg en worden patiënten niet onnodig in de tweede lijn behandeld.

Deze uitkomsten tonen aan dat de huidige samenwerking tussen HAP en SEH suboptimaal is én dat de huidige vormen van samenwerking niet (of niet aantoonbaar) leiden tot minder bezoeken aan de SEH, hetgeen vanuit maatschappelijk perspectief een belangrijke doelstelling van deze samenwerking is. Verschillende onderzoeken tonen aan dat het doelmatiger inrichten van de spoedopvang van een ziekenhuis besparingen kunnen opleveren.¹¹

Een breed gedeeld uitgangspunt van zorgverzekeraars is het inzetten op optimale samenwerking tussen HAP en SEH. Hoe deze samenwerking in de praktijk vorm moet krijgen is onderwerp van de dialoog.

⁷ Hier en verder wordt met SEH zowel basis- profiel als complete SEH's bedoeld alsmede basis spoedposten en SEMD's.

⁸ HAP en SEH vormen richting patiënt één organisatie voor alle spoedzorg.

⁹ HAP en SEH hanteren voor zelfverwijzers een afgesproken vaste triage.

¹⁰ Gupta, 156 locaties spoedzorg in Nederland, Een quick scan van de huidige organisatie van de spoedzorg, februari 2013.

¹¹ KPMG Plexus, De Basisspoedzorg: hoe het anders kan; december 2012.

