

'GEEN MARKTWERKING IN DE ACUTE ZORG'

Kanttekeningen bij nieuwe Wet ambulancevervoer

Er komt een nieuwe Wet op het ambulancevervoer. De introductie van marktwerking is een van de belangrijkste veranderingen. Om de vier jaar bepaalt de minister wie de zorg mag leveren. Het wegvloeiën van kennis en contacten is een mogelijk gevolg.

INGRID LUTKE SCHIPHOLT

Acute zorg is niet geschikt voor deze vorm van marktwerking', vindt arts Pieter van Exter, voorzitter van de sectie Medisch Manager Ambulancezorg (MMA) van de Beroeps Vereniging Ambulancezorg. Volgens de nieuwe Wet ambulancezorg gaat de minister één vergunning per regio verlenen voor een periode van vier jaar. Alle aanbieders van ambulancezorg - niet alleen uit Nederland, maar uit heel Europa - mogen meedingen naar een

budget en geeft vergunningen af. Bij wanprestatie kan de minister een vergunning intrekken. Door deze stroomlijning krijgt het ministerie meer invloed.

Hoogervorst denkt dat hij met het nieuwe vergunningenbeleid de zorg efficiënter kan laten werken. Daarnaast wil hij de ambulancezorg transparanter maken en via de zorgverzekeraars de invloed van het publiek vergroten. De wet komt na het zomerreces in de Tweede Kamer.

'Het is maar de vraag of je marktwerking kunt introduceren in de acute hulpverlening', zegt Van Exter. 'Het is de sectie MMA niet duidelijk wat de

wachten, zeker als het gaat om bijvoorbeeld terminale patiënten die naar huis gaan om te sterven.'

VREES

De sectie MMA van de beroepsvereniging bewaakt de medisch-inhoudelijke kwaliteit van de ambulancezorg en adviseert het verenigingsbestuur bij de totstandkoming van landelijke protocollen ambulancezorg en standaarden van de meldkamer. De sectie vreest dat in de nieuwe situatie de financiën gaan regeren over de kwaliteit.

Van Exter is bang dat de kwaliteit zal afnemen doordat aanbieders van ambulancezorg niet meer of onvoldoende investeren: 'Om de vier jaar begint het hele circus van loven en bieden opnieuw. Een bedrijf zal niet zo gauw investeren in bijvoorbeeld scholing van personeel als het onduidelijk is of het wel zijn vergunning behoudt. Investeren of nieuwe projecten aangaan, is in de toekomst risicovol want dat kan geld kosten. De wens van de beroepsvereniging is dat je een vergunning krijgt op grond van kwaliteit en niet omdat je zo goedkoop bent. Of de nieuwe wet aanvaardbaar is, hangt af van het plan van eisen dat er overigens nog niet is. Een grote organisatie om de vier jaar in onzekerheid laten is natuurlijk niet erg stimulerend voor de kwaliteit en voor investeringen in scholing, nieuwe projecten en materieel.'

'Zachte criteria zoals professionaliteit en zorgzaamheid kun je niet meten'

vergunning. Het samenwerkingsverband Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) en de ziektekostenverzekeraars adviseren de minister welke aanbieder de vergunning krijgt.

Vervolgens maken de ambulancevoorzieningen afspraken met de zorgverzekeraars over de te leveren zorg, zoals het aantal en het soort ritten. De minister maakt een landelijk spreidingsplan van ambulanceposten, bepaalt het

kwaliteitseisen zullen worden. Die zijn heel belangrijk. Het grote gevaar is dat er hoofdzakelijk naar meetbare prestaties wordt gekeken. Aanrijtijden, heel belangrijk, zijn goed te meten. Evenals financiën. Zachte criteria zoals professionaliteit en zorgzaamheid daarentegen kun je niet meten. Als aanrijtijden voor spoedvervoer de norm worden, zou het besteld vervoer structureel kunnen worden verwaarloosd. Dat is heel vervelend als patiënten urenlang op vervoer moeten

DE WET AMBULANCEVERVOER TOT NU TOE

De huidige Wet ambulancevervoer (WAV) stamt uit 1973. Hierin staat dat de provincies uitmaken waar de standplaatsen komen en met hoeveel ambulances. Zij verlenen ook de vergunningen aan de vervoerders. Veel provincies steken bovendien extra geld in kwaliteitsverbetering van de ambulancezorg. Gemeenten zijn volgens de wet verplicht een centrale post ambulancevervoer (CPA) op te richten en in stand te houden. Zij doen dit vaak samen met andere gemeenten. De CPA's coördineren de zorg en verdelen de ritten. Het College Tarieven Gezondheidszorg bepaalt de hoogte van de budgetten. Het geld komt van de zorgverzekeraars. ■

Van Exter ziet nog een bijkomend gevaar van marktwerking: het zal leiden tot monopolisering. Kleine aanbieders zullen er niet in slagen in één klap voor een hele regio ambulances en ambulancepersoneel paraat te hebben. De vergunningen zullen daarom naar de grote spelers gaan.

'Voor ons is er nog een probleem,' zegt Van Exter, 'want wij zullen om de vier jaar onduidelijkheid hebben over onze aanstelling. Een nieuwkomer kan niet verplicht worden het huidige ambulancepersoneel over te nemen. Dus dat is een grote zorg. Hopelijk wordt daar een oplossing voor gezocht. Eerlijk gezegd moet ik er niet aan denken dat er gekwalificeerd personeel verdwijnt. Zeker aan de logistieke kant zal het enorme problemen geven, alleen al de gedachte aan ambulancechauffeurs zonder regiokennis. Dat leidt onherroepelijk tot langere wachttijden en aanrijtijden. De kennis van het personeel is enorm belangrijk, bijvoorbeeld als het gaat om regionale afspraken en protocollen. De politie wordt toch ook niet om de vier jaar opnieuw aanbesteed?'

RAMPENOEEFENINGEN

Op dit moment bepalen de provincies waar ambulanceposten komen en wat hun werkgebied is. Als de nieuwe wet

van kracht wordt, verliezen de provincies hun planningstaak. Er komen 24 ambulanceregio's. Deze regio's zijn nagenoeg gelijk aan de veiligheidsregio's, gebieden waar brandweer, politie, gezondheidszorgverleners en overheid bij rampen samenwerken. In elke regio is één regionale ambulancevoorziening (RAV) waarin de huidige zelfstandige posten opgaan. Elke veiligheidsregio organiseert een meldkamer. De regionale ambulancevoorziening is budgethouder voor zowel de vervoerders in de regio als voor de meldkamer. Ongeacht of de ambulancevoorziening particulier of van de overheid is, zij valt hiërarchisch onder het openbaar bestuur.

Rijk en gemeenten stellen geld beschikbaar voor regionale rampenoefeningen. Die worden regelmatig gehouden om hiaten in de zorgverlening en om communicatieproblemen op te sporen. Organisator van de oefeningen is het samenwerkingsverband

Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR).

Dat die rampenoefeningen nodig zijn, blijkt uit rapportages van onder meer het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Geldgebrek speelt nu ook al een rol, bijvoorbeeld bij rampenoefeningen. Volgens het Inspectierapport (april 2005) is er bij rampenoefeningen een discrepantie tussen vraag en aanbod. 'Ambulancediensten zijn kwantitatief onvoldoende ingericht op nevenactiviteiten zoals deelname aan oefeningen (...)', schrijft de inspectie. 'Vanuit de ambulancewereld worden signalen afgegeven dat het vervoeren van pseudo-gewonden geen leermomenten biedt voor de ambulancebemanning en dat daarvoor schaarse en te dure voorzieningen worden ingezet. Het transport heeft wel waarde voor de andere deelnemers in >>

Samenwerkende hulpverleningsinstanties houden regelmatig rampenoefeningen. Zo ook de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen in Hendrik Ido Ambacht. Hier werd een explosie in een jongerencentrum gesimuleerd. Behalve de speciaal getrainde Lotus-slachtoffers wist geen hulpverlener van de oefening. De hulpverlening komt traag op gang, maar als die eenmaal op stoom is, gaat het goed.

BEELDEN: DE BEELDREDACTIE / GUIDO BENSCHOP



<< de geneeskundige keten. (...) Ambulancebemanningen dragen hun kennis over aan de andere betrokkenen.'

De hulpverlenende instanties zijn verplicht grote rampen te oefenen. Het is vooraansnog echter niet duidelijk hoe die verplichting in praktijk wordt gebracht als het marktmechanisme van kracht wordt. Welke prioriteit de ambulancediensten aan oefeningen voor rampen zullen geven, is onduidelijk omdat er nog geen programma van kwaliteitseisen is.

Ook het CVZ is nog niet tevreden over de samenwerking in de traumazorg, aldus het evaluatierapport 'Voorbij het Gouden Uur' dat begin dit jaar verscheen. Volgens het college is de ambulancezorg en het samenspel met traumacentra op bepaalde onderdelen onvoldoende - bijvoorbeeld de aanrijtijden in de nachten. Daarnaast constateert het CVZ dat de ervaring en de opleiding van teamleden in sommige gevallen te beperkt is.

AANSPREEKPUNT

Inmiddels is er al een aanzet tot de nieuwe structuur gemaakt. Elke ambulanceregio heeft nu één medisch manager. Waar er vroeger verschillende artsen betrokken waren in deelgebieden van die

regio's, is er nu één. 'Er is een duidelijk aanspreekpunt gekomen voor politie, traumacentra en brandweer', zegt Van Exter, die zelf medisch manager is bij de ambulancezorg in Amsterdam en omstreken. 'Die slag is nu gemaakt. Er zijn nu veel minder MMA's, namelijk 24, die bijna allemaal fulltime werken.

plaats met alle medisch betrokkenen bij een ongeval, zoals het ambulancepersoneel en SEH-artsen. Van Exter vreest dat dergelijke initiatieven bij commerciële aanbieders van ambulancezorg in de toekomst onder druk komen te staan: 'Deze patiëntbesprekingen vinden met enige regelmaat in een vertrouwelijke sfeer

Als het marktmechanisme van kracht wordt, krijgen rampenoefeningen wellicht geen prioriteit

Het zijn artsen met jarenlange ervaring als huisarts, SEH-arts of traumatoloog. Maar ook hier dreigen kwaliteit en ervaring te verdwijnen. Als een goedkope ambulancevoorziening de vergunning krijgt, kan die een jonge basisarts met weinig ervaring als MMA in dienst nemen. Dat is veel goedkoper.'

De MMA is verantwoordelijk voor de medisch-inhoudelijke kant van het ambulancevervoer. Hij autoriseert de voorbehouden handelingen en is betrokken bij regionale werkafspraken, logistieke processen, collegiale contacten en casuïstiekbesprekingen. Er vindt overleg

plaats. De ambulancedienst levert casussen aan. Het personeel moet niet meteen in de verdediging schieten; er moet een open discussie zijn. Het is de bedoeling ervan te leren. Als je elkaar niet kent, zul je dit telkens weer moeten opbouwen.'

TE ONRUSTIG

In andere contexten blijkt ook dat onbekend onbemind maakt. In het vakblad De Psychiater beschrijven de psychiaters Rien Van en Vos Beerthuis enkele casussen waarbij de specialist problemen heeft met de ambulancedienst. Volgens de Wet op de ambulancezorg bepaalt de meld-



kamer of ambulancevervoer nodig is en door wie en op welke wijze dat gebeurt. Ergo: de psychiater kan wel vervoer willen, als de centralist of de verpleegkundige meent dat het niet nodig is of dat de ambulance er niet voor uitgerust is, wordt de patiënt niet vervoerd. Een casus betrof een psychotische vrouw die een inbewaringstelling (IBS) had gekregen. Ze is op het politiebureau en moet worden vervoerd naar een ziekenhuis. Drie uur na de melding aan de ambulancepost komt de ziekenwagen. Het ambulancepersoneel weigert de vrouw mee te nemen; ze is te onrustig.

Van Exter kent dergelijke casussen en volgens haar is het dilemma op te lossen. 'De ambulancezorg is uitgegroeid van een transportbedrijf naar een zorginstelling. De MMA is op basis van de

Wet BIG opdrachtgever en medisch verantwoordelijk voor de ambulancezorg. De MMA is zeven keer 24 uur per week beschikbaar voor consultatie. De centralist heeft de opdracht een IBS-vervoer te weigeren als de veiligheid van het ambulancepersoneel niet geborgd is. Ook de ambulancebemanning heeft de opdracht om verantwoorde zorg te bieden en onverantwoorde zorg te weigeren. Intercollegiaal overleg tussen de verwijzer en de MMA kan dit probleem oplossen. Bijvoorbeeld door het toedienen van transportsedatie.'

Het is de vraag of psychiaters met de nieuwe wet iets opschieten. Zowel volgens de huidige wet als volgens de toekomstige wet moeten er landelijke en aanvullende regionale ambulanceprotocollen zijn. Maar als elke vier jaar

een andere ambulancedienst het voor het zeggen heeft, moeten er ook elke vier jaar aanvullende werkafspraken worden gemaakt met nieuwe mensen. Gezien de inleiding bij zijn nota voorziet Hoogervorst niet zo veel problemen met wisselende aanbieders van ambulancezorg. Hij gaat ervan uit dat de zittende partij een sterke uitgangspositie heeft met betrekking tot kennis van de regio en samenwerkingsafspraken met andere aanbieders. ■

Het wetsvoorstel voor de nieuwe Wet ambulancevervoer en meer informatie vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweeek.



BIJDAGEN VAN DE LEZERS

Ik en de ander

Een arts-assistent begrijpt niet waarom een patiënte naar de Eerste Hulp komt, omdat de vrouw hem haar klachten niet in het Nederlands onder woorden kan brengen. Een in Irak geboren co-assistent weigert om zelfs maar te luisteren naar de euthanasiewens van een terminale patiënt. Een huisarts in Amsterdam begint een duopraktijk met een vrouwelijke Turkse collega om tegemoet te komen aan de vraag van zijn patiënten.

De komst van talloze immigranten heeft de Nederlandse gezondheidszorg grondig van aanzien veranderd. Artsen zien een veel gemêleerder publiek op hun spreekuur dan vroeger, krijgen meer en meer collega's met een culturele achtergrond die zij niet kennen. Omgekeerd wordt ook van de artsen met een buitenlandse achtergrond veel verwacht: de mores onder hun Nederlandse collega's, de vragen van hun patiënten - veel is hun vreemd.

Medisch Contact komt deze zomer met een special over deze diversiteit in de gezondheidszorg. Zoals gebrui-

kelijk zijn bijdragen van lezers meer dan welkom. De ervaringen van een autochtone arts met allochtone patiënten of collega's, wij horen ze graag. Maar ook de allochtone arts die iets kwijt wil over de omgang met autochtone collega's en patiënten, is bij ons aan het juiste adres. Positief of negatief, blij makend of treurig stemmend, alle verhalen zijn welkom.

Klim in de pen of het toetsenbord en mail uw bijdrage (maximaal 400 woorden) nog deze maand naar redactie@medischcontact.nl De inzendingstermijn sluit maandag 4 juli. ■

