

Quick Scan Regioplan Spoedeisende Zorg Noord-Nederland



11 maart 2014

Bram den Engelsen
Maret van der Wees

Inhoudsopgave

1. Inleiding	1
2. De uitgangspunten van het regioplan	2
2.1 Spreiding en concentratie en de rol van zorgverzekeraars	2
2.2 Kwaliteit, volume en doelmatigheid	3
2.3 Complexe acute zorg versus acute basiszorg	4
2.4 Intensive Care	4
2.5 De bedrijfs(economische) betekenis van acute zorg	6
2.6 De betekenis van acute zorg voor burger en patiënt	8
2.7 De overige betekennissen van acute zorg	9
3. De inhoud van het regioplan	10
3.1 Huidige situatie spoedeisende zorg in Noord Nederland	10
3.2 Essentie regioplan	12
3.3 Acute neurologische zorg	14
3.4 Acute cardiologische zorg	20
3.5 Acute vaatchirurgische zorg	21
3.6 Intensive Care Zorg	22
3.7 Locatiekeuze	24
3.8 Het regioplan in relatie tot de publieke belangen	25
4. Het proces	26
5. Conclusies en aanbevelingen	27
5.1 Conclusies	27
5.2 Aanbevelingen	27
Bronnenlijst	29

1. Inleiding

Zorgverzekeraars Nederland heeft in 2013 een 'Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg' gepubliceerd. In het verlengde hiervan hebben de zorgverzekeraars gezamenlijk regioplannen opgesteld, waarin de Kwaliteitsvisie is vertaald naar specifieke regio's.

Recent hebben de zorgverzekeraars ook hun regioplan voor de spoedeisende zorg in Noord-Nederland gepresenteerd aan de ziekenhuizen in Groningen, Friesland en (een deel van) Drenthe. Het plan is volgens de verzekeraars bedoeld om 'met de ziekenhuizen in gesprek te gaan over de toekomstige organisatie van de (complexe) spoedeisende zorg in de regio'. Het regioplan heeft met name consequenties voor de inrichting van de acute neurologische, cardiologische en vaatchirurgische zorg in Noord-Nederland. Voorts doet het plan uitspraken over de Intensive Care-zorg, waarbij het voornemen is om 'hoogwaardige IC's' te concentreren op drie locaties.

Indien het regioplan zou worden uitgevoerd heeft dat consequenties voor de betrokken ziekenhuizen, maar ook voor patiënten en verwijzende huisartsen en voor de zorginfrastructuur in bredere zin. Tegen die achtergrond bestaat er bij al deze partijen behoefte aan een onderbouwde eerste beschouwing op het regioplan, op basis waarvan de dialoog met de zorgverzekeraars kan worden gevoerd teneinde te komen tot een regiovisie die door alle betrokkenen wordt gedeeld.

Op basis van eigen onderzoeksmateriaal¹, deskresearch en contacten met betrokkenen heeft Twynstra Gudde deze beschouwende quick scan opgesteld. De quick scan is gebaseerd op de presentatie van de zorgverzekeraars van 16 januari. Eventuele onderliggende documenten zijn ons niet bekend en hebben wij dus ook niet mee kunnen nemen. De focus van de quick scan ligt op de uitgangspunten, onderbouwing en inhoud van het regioplan van de zorgverzekeraars en op het tot nu toe gevolgde proces.

¹ De brede betekenis van acute zorg, *Twynstra Gudde in opdracht van de NVZ, 2013*

2. De uitgangspunten van het regioplan

Het regioplan kent enkele expliciete (en één impliciete) uitgangspunten die gebaseerd zijn op de 'Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg' van Zorgverzekeraars Nederland (2013) en recent zijn samengevat in het document 'Gezamenlijke uitgangspunten bij regiovisies spoedeisende zorg' van ZN (februari 2014). In dit hoofdstuk beschouwen wij deze algemene punten nader, omdat zij ook relevant zijn voor de beoordeling van het regioplan voor Noord-Nederland.

Het gaat hierbij om de volgende uitgangspunten

- zorgverzekeraars hebben de regierol bij concentratie en spreiding van zorg (2.1)
- er is een relatie tussen kwaliteit en volume (2.2)
- er is een onderscheid tussen complexe en niet-complexe zorg (2.3)
- er is een relatie tussen complexe spoedeisende zorgstromen en intensive care zorg (2.4)
- spoedeisende zorgstromen kunnen als op zichzelf staand worden beschouwd (2.5, 2.6 en 2.7).

2.1 Spreiding en concentratie en de rol van zorgverzekeraars

Het regioplan stelt dat in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord (2011) tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en het ministerie van VWS afspraken zijn gemaakt over concentratie en spreiding van zorg. Volgens het regioplan hebben zorgverzekeraars 'prioriteit gegeven aan het herschikken van de spoedeisende zorg'.

Concentratie en spreiding van medisch specialistische zorg is een thema dat de gemoederen reeds langere tijd bezighoudt. Zo'n 10 jaar geleden werd al een stevige discussie gevoerd over 'spreiding en bereikbaarheid van ziekenhuiszorg'. Er was publieke onrust over de dreigende sluiting van ziekenhuislocaties en de landelijke en regionale politiek bemoeiden zich stevig met deze problematiek. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en het Interprovinciaal Overleg (IPO) stelden het 'referentiekader spreiding curatieve zorg op'² en de minister van VWS kwam met een beleidsstandpunt over 'bereikbare ziekenhuiszorg'², waarbij onder andere de beschikbaarheidstoelage voor kleine ziekenhuislocaties werd geïntroduceerd. De spreidingsdiscussie van tien jaar geleden werd gevoerd vanuit het algemeen aanvaarde concept van het brede basisziekenhuis, waarbij het accent in het debat lag op de bereikbaarheid van acute zorg.

De discussie over spreiding en concentratie gaat in 2014 ook weer gepaard met publieke onrust en politieke bemoeienis. Eén van de belangrijke verschillen met tien jaar geleden is dat de zorgverzekeraars, die destijds nauwelijks betrokken waren in de discussie, nu geacht worden een regierol te vervullen.

Bij de introductie van gereguleerde marktwerking in 2006 kregen de verzekeraars een sleutelrol bij de zorginkoop. Juist hun selectieve inkoopbeleid zou moeten bijdragen aan de concurrentie tussen ziekenhuizen en de differentiatie moeten bevorderen. En door onderlinge concurrentie tussen de verzekeraars zou de verzekerde wat te kiezen hebben en daardoor de verzekeraars scherp houden.

Tegen die achtergrond is de rol van de zorgverzekeraars bij de concentratie en spreiding van *acute* zorg een bijzondere. De verzekeraars hebben in het regeerakkoord de regierol gekregen bij de herinrichting

² Referentiekader Spreiding Acute Zorg. *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Interprovinciaal Overleg*, februari 2003

van de acute zorg. Daarbij concurreren zij niet met elkaar, maar trekken zij gezamenlijk op, met toestemming van de mededingingsautoriteit ACM. De Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de daarop gebaseerde regioplannen zijn daar een voorbeeld van. De herinrichting van de acute zorg raakt echter aan het bredere zorgaanbod en daarmee aan het profiel van ziekenhuizen. En is dus van invloed op het niet-acute deel van het zorgaanbod waarop ziekenhuizen juist met elkaar moeten concurreren, daartoe mede uitgedaagd door diezelfde - maar nu onderling concurrerende - zorgverzekeraars. Ofwel, de regierol van de verzekeraars bij de acute zorg kan het concurrentiespeelveld van de ziekenhuizen in de niet-acute zorg beïnvloeden.

De regierol van de zorgverzekeraars bij de acute zorg kan het concurrentiespeelveld van de ziekenhuizen in de niet-acute zorg beïnvloeden.

2.2 Kwaliteit, volume en doelmatigheid

Het regioplan stelt dat concentratie van volume leidt tot een betere kwaliteit van zorg. Dit sluit aan bij de gezamenlijke uitgangspunten van de zorgverzekeraars: “door te streven naar optimale volumina kan kwaliteitswinst worden gerealiseerd en kunnen middelen doelmatiger worden ingezet”³.

De afgelopen jaren zijn in de Nederlandse ziekenhuiszorg voor een aantal aandoeeningen kwaliteitsnormen ontwikkeld. Daarbij ligt veel nadruk op het minimum aantal behandelingen. Verschillende partijen zoals zorgverzekeraars, wetenschappelijke verenigingen van specialisten, patiëntenorganisaties, onderzoeksinstituten en toezichthouders hebben hieraan bijgedragen. De achterliggende gedachte is dat er in veel gevallen een relatie is tussen een hoger behandelvolume en een betere kwaliteit van zorg. Er is echter nog wel discussie over (de eenduidigheid en algemene geldigheid van) die relatie, mede gevoed door zowel wetenschappelijke verschillen van inzicht als door uiteenlopende belangen.

Het Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg⁴ geeft aan dat er in het debat over volume en kwaliteit van zorg door diverse partijen verschillende beoordelingscriteria worden gebruikt. In het onderzoek worden het maatschappelijke perspectief, het organisatieperspectief, het professionele perspectief en het patiëntenperspectief onderscheiden. Vanuit het maatschappelijk perspectief dienen volume-initiatieven een bijdrage te leveren aan de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg. Vanuit het organisatieperspectief gaat het vooral om efficiënte organisatie van de zorg, strategische positionering, samenwerking en concurrentie. Bij de professionals speelt voldoende expertise, multidisciplinaire samenwerking en loopbaanontwikkeling een belangrijke rol, terwijl voor patiënten vooral individuele gezondheidsuitkomsten, keuzevrijheid en geografisch goed bereikbare zorg voorop staan.

In hun ‘Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg’ geven de zorgverzekeraars aan dat de spoedeisende zorg in Nederland op dit moment goed is, maar beter kan. Er zijn volgens hen kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen. In die Kwaliteitsvisie definieert men kwaliteit van (spoedeisende) zorg als “gerealiseerde effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid van de zorg”. De Kwaliteitsvisie stelt dat deze visie is opgesteld vanuit het patiëntenperspectief. Daartoe is een set van structuur-, proces- en uitkomst-indicatoren opgesteld die invulling geeft aan deze definitie.

Een nadere beschouwing daarvan laat zien dat het hier toch primair gaat om medisch-technische maatstaven en dat vermindering van het sterfterisico een dominante rol speelt. Hoewel in sommige gevallen ook ‘verbetering van het functioneren op langere termijn’ als waarde wordt genoemd, overheerst de indruk dat de Kwaliteitsvisie een specifieke en relatief enge definitie van het patiëntenperspectief kiest.

³ Gezamenlijke uitgangspunten bij regiovisies spoedeisende zorg. *Zorgverzekeraars Nederland*, 2014

⁴ De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg, tijd voor een brede benadering. *Consortium Onderzoek Kwaliteit van zorg*, 2012

De Kwaliteitsvisie van ZN legt een impliciete relatie tussen kwaliteit van zorg en doelmatigheid: een betere kwaliteit van zorg leidt tot minder complicaties en daarmee tot minder 'herstelkosten'. Men zet hierbij in op concentreren van het zorgaanbod waardoor volumes vergroot worden en kwaliteitsverbetering op moet treden. De relatie tot de kosten blijft beperkt tot de genoemde 'herstelkosten' en 'het doelmatiger inzetten van middelen'. Andere instanties (CWZ, VWS, Gezondheidsraad)⁵ beschrijven doelmatigheid als een factor die iets zegt over de optimale balans tussen kosten en baten: "De meest doelmatige behandeling levert de beste resultaten - gemeten in gezondheidswinst - tegen de laagst mogelijke prijs". Hierbij is gezondheidswinst dus een belangrijke factor.

De veronderstelde algemene relatie tussen volume en kwaliteit verdient nuancering. Kwaliteit wordt in de Kwaliteitsvisie van de zorgverzekeraars vooral gedefinieerd in termen van sterfterisico, terwijl het patiëntenperspectief breder is. Doelmatigheid is in de Kwaliteitsvisie in beperkte zin gedefinieerd en de relatie tussen concentratie van acute volumina en doelmatigheid is niet uitgewerkt.

2.3 Complexe acute zorg versus acute basiszorg

Het regioplan gaat over 'complexe spoedeisende zorg'. Dat veronderstelt dat er een duidelijk onderscheid is tussen complexe en niet-complexe acute zorg.

Volgens de NVSHA⁶ is sprake van een vereenvoudiging van de werkelijkheid, als men complexe spoedeisende zorg eenvoudig scheidt van spoedeisende basiszorg. Bij die scheiding wordt spoedeisende zorg nadrukkelijk vanuit het einde van het zorgproces (de uiteindelijke diagnose) bekeken en opgedeeld. In de praktijk is volgens de NVSHA aan de voorkant van het zorgproces eerder sprake van een spectrum aan zorg. Hierbij is een groot deel nog ongedifferentieerd of onjuist gedifferentieerd. De klacht waarmee een patiënt zichzelf bij de huisarts, SEH of ambulance presenteert, kan nog verschillende uitkomsten hebben. Hierdoor is sturing van acute zorg in werkelijkheid ingewikkelder dan vaak wordt gesuggereerd. Volgens de NVSHA zijn patiënten bij de ingang van spoedeisende zorg dan ook niet gebaat bij gefragmenteerd georganiseerde zorg. Voorbeelden uit de praktijk illustreren dat de splitsing tussen complexe spoedeisende en basiszorg nog niet zo eenvoudig te realiseren is. Dat komt omdat zoals gezegd de tweedeling uitgaat van de uiteindelijke diagnose, en niet vanuit de klacht en de mogelijk ernstigste diagnose.

Het onderscheid tussen complexe en niet-complexe acute medisch specialistische zorg is in de praktijk niet zo eenvoudig en eenduidig te maken.

2.4 Intensive Care

In het regioplan wordt gesproken over een concentratie van 'hoogwaardige' IC-zorg, als verlengde van de voorgenomen concentratie van de acute neurologische, cardiologische en vaatchirurgische stromen.

⁵ Basis online, <http://www.basis-online.nl/index.cfm/1.109.349.0.html/Doelmatigheidsbevordering-in-de-Zorgverzekeringswet>, februari 2014

⁶ Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg Zorgverzekeraars Nederland, een gemiste kans. *Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen*, 2013

Twynstra Gudde

Volume

Zowel in de Kwaliteitsvisie van ZN⁷ als in de nieuwe Conceptrichtlijn IC wordt⁸, op basis van een analyse van wetenschappelijke literatuur, ingegaan op de relatie tussen het volume aan IC-patiënten en de uitkomsten van de IC-zorg. Op grond van dezelfde studies worden verschillende conclusies getrokken. De Kwaliteitsvisie van ZN komt tot een 'optimum' volume van 400 niet-postoperatief beademde patiënten per jaar. De Conceptrichtlijn constateert dat een relatief groot aantal studies de relatie tussen volume en uitkomst (IC-sterfte en ziekenhuissterfte) beschrijft, waarbij blijkt dat de overleving slechter is bij behandeling op een laag-volume IC. Men tekent hierbij aan dat vrijwel alle studies zijn uitgevoerd bij beademde, meestal niet-chirurgische patiënten en dat sommige studies het effect alleen vonden bij ernstig zieke patiënten. Daarom bestaat volgens de Conceptrichtlijn de mogelijkheid dat het verband niet bestaat bij niet-beademde patiënten en bij minder ernstig zieke patiënten. De Conceptrichtlijn stelt dan ook dat er geen duidelijk 'afkappunt' is als het gaat om het volume.

Concentratie

De Kwaliteitsvisie van ZN heeft op basis van het 'optimale' volume van 400 niet-postoperatieve IC-patiënten berekend dat er maximaal 46 IC-locaties in Nederland nodig zouden zijn. De consequentie is een verhoging van de gemiddelde reistijd per patiënt met 40% (van 11,8 naar 16,4 minuten) en een toename van het aantal inter-klinische transporten.

Als de 'norm' van 400 niet-postoperatief beademde patiënten als uitgangspunt wordt genomen, dan raakt dit landelijk 94% van alle algemene ziekenhuizen. De eventuele herverdeling raakt dus vrijwel alle ziekenhuizen en zou een enorm effect hebben door alleen al de herallocatie van capaciteiten. Voorts blijkt dat een aantal grote ziekenhuizen relatief weinig patiënten in deze categorie heeft, waarbij het vrij theoretisch is ervan uit te gaan dat deze ziekenhuizen het dan maar zonder IC zouden moeten stellen. Ook blijkt dat sommige kleinere ziekenhuizen over hogere aantallen niet-postoperatief beademde patiënten beschikken dan sommige grotere ziekenhuizen.

De reactie van de NVIC op de Kwaliteitsvisie van ZN op dit punt luidt: "Een kale, niet nader gespecificeerde volumennorm als kritische prestatie-indicator doet geen recht aan de regionale kwaliteit van zorg en de hierbij passende uitkomst die wordt geleverd op de diverse afdelingen intensive care in Nederland".

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) laat zich ook kritisch uit over de concentratie van IC-zorg⁹. Volgens de NVA is juist een toename van het aantal IC-bedden nodig, met een goede spreiding over de verschillende niveaus. De NVA wijst op de groei van het aantal patiënten met multimorbiditeit, waardoor een relatief onschuldige aandoening of een simpele operatieve ingreep al snel tot levensbedreigende situaties kan leiden. Volgens de NVA moet daarom ieder ziekenhuis in staat zijn om indien nodig snel en adequaat te kunnen ingrijpen. Omdat de snelheid van de eerste behandeling bepalend is voor de uitkomst, is het volgens de NVA onwenselijk om 'met instabiele patiënten te gaan crossen'. Dat geldt ook voor postoperatieve intensieve behandelingen. Om dat te voorkomen pleit de NVA ervoor dat elke ziekenhuislocatie voldoende en competente postoperatieve zorg kan aanbieden.

Trend

Bij de inrichting van IC-zorg moet rekening worden gehouden met toekomstige ontwikkelingen. Er is een trend zichtbaar dat het aantal geplande IC-opnamen afneemt in verhouding tot het aantal ongeplande opnamen. Momenteel is ongeveer 34% van de opnamen gepland, tegen ruim 60% in 2006¹⁰.

⁷ Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg. *Zorgverzekeraars Nederland*, 2013

⁸ Concept richtlijn Intensive Care. *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2013

⁹ Zorgelijk.nl, <http://www.zorgelijk.nl/index.php/professional-kwaliteit-en-veiligheid/156-in-elk-ziekenhuis-intensieve-care-en-spoedeisende-hulp>, 2012

¹⁰ Concept richtlijn Intensive Care. *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2013

De daling van de geplande patiëntenstroom hangt samen met verbeteringen in chirurgische en anesthesiologische technieken en met de intrinsieke groei van niet-chirurgische patiënten. Bij de laatste categorie zijn het veelal oudere patiënten met multimorbiditeit. Zo ligt de aanleiding voor een IC-opname vaker in de complexiteit van de conditie van de patiënt dan in de complexiteit van een voorafgaande ingreep. Verwacht wordt dat deze trend zich doorzet, mede gezien de toenemende vergrijzing.

Relatie IC en profiel

Het niveau van de IC is veelal leidend voor het zorgaanbod dat een ziekenhuis kan bieden. Het IC-niveau bepaalt namelijk in grote mate de mogelijke complexiteit van patiënten bij de overige zorgfuncties en basisvoorzieningen zoals de traumatologie op de SEH en de verloskunde¹¹.

Interne functie van de IC

De SEH en IC vervullen ook een belangrijke interne functie voor een ziekenhuis. Dat manifesteert zich vooral bij de Spoed Interventie Teams en bij de organisatie van reanimatie. Afhankelijk van de grootte van een ziekenhuis worden artsen en verpleegkundigen van SEH en/of IC (vele) honderden malen per jaar intern geconsulteerd. Indien een ziekenhuis niet meer over een SEH en/of IC zou beschikken moet deze interne acute opvangfunctie nog steeds worden ingevuld. Dat betekent dus ook dat er op dit punt geen sprake zou zijn van een kostenbesparing.

De discussie over eventuele concentratie van IC-zorg heeft nuance. Er is op dit moment geen manifest en breed kwaliteitsprobleem dat moet worden opgelost. Verbetering is altijd mogelijk, maar niet via eenzijdige en theoretische optimalisaties zoals in de Kwaliteitsvisie van ZN. Er wordt hierbij onvoldoende rekening gehouden met trends, met de relatie tussen de IC en het profiel van een ziekenhuis en met de interne functie van acute voorzieningen als een IC.

2.5 De bedrijfs(economische) betekenis van acute zorg

De essentie van het regioplan is dat er in Noord-Nederland een andere inrichting komt van de acute zorg op het gebied van neurologie, cardiologie en vaatchirurgie, met ook consequenties voor de inrichting van de Intensive Care zorg. Vanuit dit vertrekpunt beschouwen we hierna de mogelijke bedrijfs(economische) consequenties van dit plan.

Het regioplan suggereert dat alleen de acute zorg op het gebied van CVA, STEMI en AAA wordt geconcentreerd.

Per spoedeisende zorgstroom heeft ZN één of enkele ziektebeelden uitgewerkt die volgens haar 'het merendeel van de zorg (volume en kosten) bepaalt en waarvoor geldt dat de daarvoor benodigde spoedeisende infrastructuur ook de overige zorg binnen die zorgstroom adequaat kan leveren'. Bij de neurologische zorg gaat het om CVA, bij de cardiologische zorg om AMI (in het regioplan is gekozen voor STEMI) en bij de vaatchirurgische zorg om (r)AAA. De totale acute zorgstroom omvat echter ook de niet-uitgewerkte ziektebeelden.

¹¹ Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg. *Regieraad*, 2011

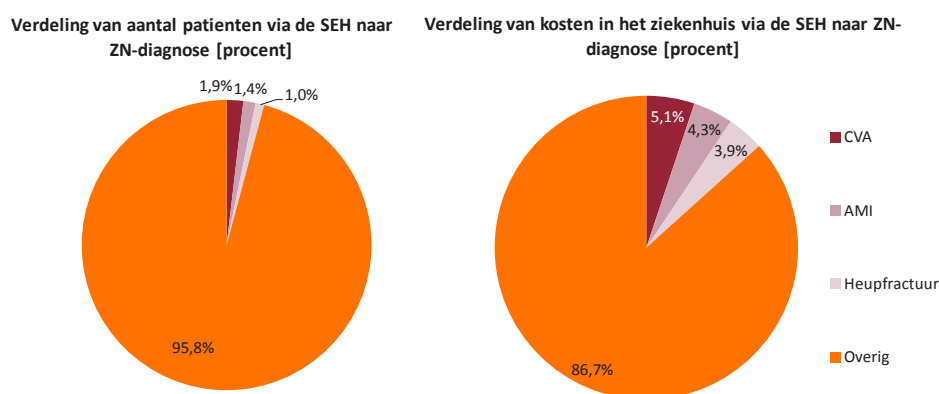
Spoeisende zorgstroom	Uitgewerkte ziektebeelden	Niet uitgewerkte ziektebeelden
Neurologische zorg	CVA	Postanoxisch coma Meningitis Epilepsie Acute hoofdpijn Overige acute aandoeningen
Cardiologische zorg	Acuut myocardinfarct (AMI)	Acuut hartfalen Hartritmestoornissen Instabiele angina pectoris Overige acute aandoeningen
Vaatchirurgische zorg	Ruptuur abdominaal aorta aneurysma ((r)AAA)	Ruptuur thoracaal aorta aneurysma (TAA) Aortadissectie

Tabel 1. Spoeisende zorgstromen volgens Kwaliteitsvisie ZN

De idee van de Kwaliteitsvisie van ZN is dat de totale acute zorgstromen worden geconcentreerd en niet alleen de uitgewerkte ziektebeelden. Het regioplan is hier overigens niet duidelijk over.

In het rapport 'De brede betekenis van acute zorg' (2013) is op landelijk niveau een schatting gemaakt van omvang van deze spoeisende zorgstromen. De schatting is op twee manieren gemaakt: per totale spoeisende zorgstroom (dus zowel de uitgewerkte als niet uitgewerkte ziektebeelden), c.q. alleen de uitgewerkte ziektebeelden. Daarbij is uitgegaan van de op de SEH-geopende DBC's en de daaraan in totaliteit verbonden kosten (die indicatief zijn voor de omzet van een ziekenhuis).

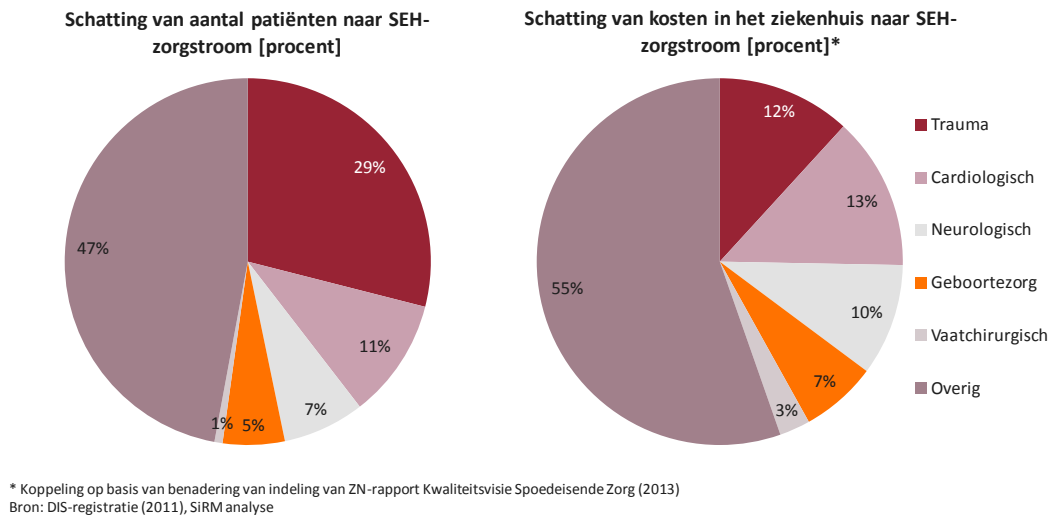
Als we alleen kijken naar de uitgewerkte ziektebeelden, dan blijkt dat CVA en AMI samen ruim 3% van de aantallen en ruim 9% % van de kosten van alle SEH-DBC's uitmaken. Hierbij is de inschatting dat het grootste deel van de AMI's die via een Eerste Hart Hulp binnenkomen als SEH-DBC wordt geregistreerd. Voor AAA waren in de onderzoeksgroep geen DBC's geregistreerd.



* Koppeling op basis van benadering van indeling van ZN-rapport Kwaliteitsvisie Spoeisende Zorg (2013)
Bron: DIS-registratie (2011), Kosten per verrichting NZa (2005), SIRM analyse

Figuur 1. Schatting aandeel uitgewerkte ziektebeelden

De in de Kwaliteitsvisie genoemde cardiologische, neurologische en vaatchirurgische spoedeisende zorgstromen betreffen in totaal 19% van de op een SEH geopende DBC's en 26% van de daaraan gerelateerde kosten. Hierbij zijn dus per zorgstroom zowel de door ZN uitgewerkte als de niet uitgewerkte ziektebeelden meegenomen.



Figuur 2. Schatting relatieve aandeel spoedeisende zorgstromen

Deze schatting op basis van landelijke gegevens geeft aan dat een ziekenhuis dat niet meer over de acute neurologische, cardiologische en vaatchirurgische zorgstromen beschikt bijna 20% minder spoedeisende patiënten (SEH-dbc's) krijgt en en daardoor ruim 25% aan kostendekking derft.

In het verlengde hiervan is het goed voorstelbaar dat een dergelijke concentratie ook gevolgen heeft voor het niet-acute deel van het zorgaanbod.

De acute neurologische, cardiologische en vaatchirurgische spoedstromen zijn thans van significante bedrijfs(economische) betekenis voor een ziekenhuis. Concentratie van die spoedeisende stromen raakt waarschijnlijk ook aan het niet-acute zorgaanbod.

2.6 De betekenis van acute zorg voor burger en patiënt

De NPCF geeft aan dat het in het kader van het patiëntenperspectief belangrijk is om te benadrukken dat het gaat om zorgvragen die door de patiënt als acuut worden ervaren en dat een 'oneigenlijke' acute zorgvraag niet bestaat¹². Vaak weet iemand pas achteraf of de vraag echt zo acuut was dan van te voren ingeschat. Belangrijk is ook dat de acute zorgvraag 24 uur per dag gesteld en beantwoord moet kunnen worden. In 2008 vult de NPCF hierop aan dat acute zorg gaat over 'snelle en juiste zorg'¹³. Bij snelle zorg staan aspecten als fysieke toegankelijkheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid van professionals centraal, en bij juiste zorg draait het om de vakkundigheid en deskundigheid van de betrokken professionals.

¹² Uitgangspunten en Kwaliteitscriteria vanuit Patiëntenperspectief. *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie*, 2006

¹³ Ons Ziekenhuis, Patiëntgericht. *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie*, 2008

ZonMW en NIGZ hebben in 2007 een overzichtsstudie gemaakt van de behoeften en kwaliteitseisen van de patiënt in geval van het gebruik van spoedzorg¹⁴. Op basis dit onderzoek blijkt dat vanuit patiëntenperspectief de volgende punten van groot belang zijn:

- relatief snelle bereikbaarheid van de voorziening voor spoedeisende zorg (fysiek, telefonisch, korte wachttijden)
- duidelijkheid over spoedvoorzieningen (waar kan men met welke zorgvraag terecht, eenduidige procedures)
- kwaliteitsverschillen tussen spoedeisende voorzieningen
- deskundigheid en bejegening.

Voor de burger is het van belang zich verzekerd te weten van goede medische zorg die in geval van nood binnen 'handbereik' is. Deze emotionele betekenis van nabije spoedeisende zorg blijkt uit de commotie die steevast lokaal ontstaat bij een dreigende sluiting van een SEH of een voorziening voor acute verloskunde.

Gelet op het belang van burgers bij een evenwichtige concentratie van complexe acute zorg enerzijds en een goede spreiding van de acute basiszorg anderzijds, vinden patiëntenorganisaties het belangrijk dat burgers nadrukkelijk worden betrokken bij de toekomstige invulling van de ziekenhuiszorg in het algemeen en de acute zorg in het bijzonder.

Bij een herinrichting van de acute zorg moet het brede patiëntenperspectief worden meegenomen, mede door actieve participatie van patiënten(organisaties).

2.7 De overige betekennissen van acute zorg

Aantrekkingskracht op de arbeidsmarkt

Zeker in dunbevolkte gebieden zoals in Noord-Nederland, waar de bevolking wel gebaat is bij nabije ziekenhuiszorg, speelt de aantrekkingskracht op de arbeidsmarkt ook een rol. Indien een ziekenhuis niet over delen van acute zorg beschikt is het voor specialisten soms minder aantrekkelijk om zich daar te vestigen. Confrontatie met acute problematiek is nu eenmaal een belangrijk element voor veel specialisten.

Relatie met opleidingen

Concentratie van acute zorg raakt ook aan de opleidingsfunctie van ziekenhuizen, hoewel op dit punt reeds sprake is van veranderende inzichten.

Volgens de Raad Opleidingen van de Orde van Medisch Specialisten zal de regionalisering van de medisch specialistische zorg met de concentratie en spreiding van zorg verder toenemen. Datzelfde geldt voor de opleidingen, die minder ziekenhuis- en meer regiogebonden zullen plaatsvinden. Dat vraagt echter nog wel de nodige organisatie en dus tijd.

Relatie met grote ongevallen en rampen (GHOR)

Concentratie van acute zorg en IC-zorg heeft ook consequenties voor de infrastructuur die gebruikt wordt in het kader van geneeskundige zorg bij grote ongevallen en rampen. Met dit perspectief van veiligheid en openbaar bestuur is in de Kwaliteitsvisie van ZN geen rekening gehouden.

De acute zorg heeft een bredere betekenis, die moet worden meegenomen bij een eventuele herinrichting.

¹⁴ Informatiebehoeften en kwaliteitsaspecten in de eerstelijns- en acute zorg vanuit patiëntenperspectief. *Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie en ZonMW, 2007*

3. De inhoud van het regioplan

In dit hoofdstuk beschrijven we eerst de huidige situatie van de spoedeisende zorg in Noord-Nederland en beschouwen we vervolgens met name de voorgenomen veranderingen op het gebied van de acute neurologische, cardiologische en vaatchirurgische zorg en de IC-zorg.

3.1 Huidige situatie spoedeisende zorg in Noord Nederland

De regio Noord-Nederland bestaat uit ziekenhuizen in de drie noordelijke provincies Groningen, Friesland en een gedeelte van Drenthe. In deze regio zijn er één academisch ziekenhuis, twee topklinische ziekenhuizen en acht algemene ziekenhuizen actief.

In de provincie Groningen:

- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMC)
- Martini Ziekenhuis (topklinisch)
- Ommelander Ziekenhuisgroep (met locaties Delfzijl en Winschoten)
- Refaja Ziekenhuis

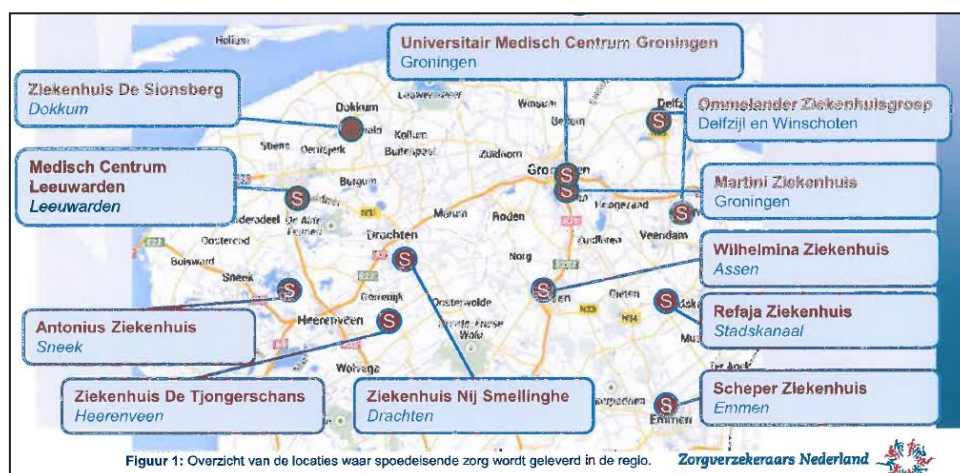
In (het betreffende deel van) de provincie Drenthe:

- Wilhelmina Ziekenhuis
- Scheper Ziekenhuis

In de provincie Friesland:

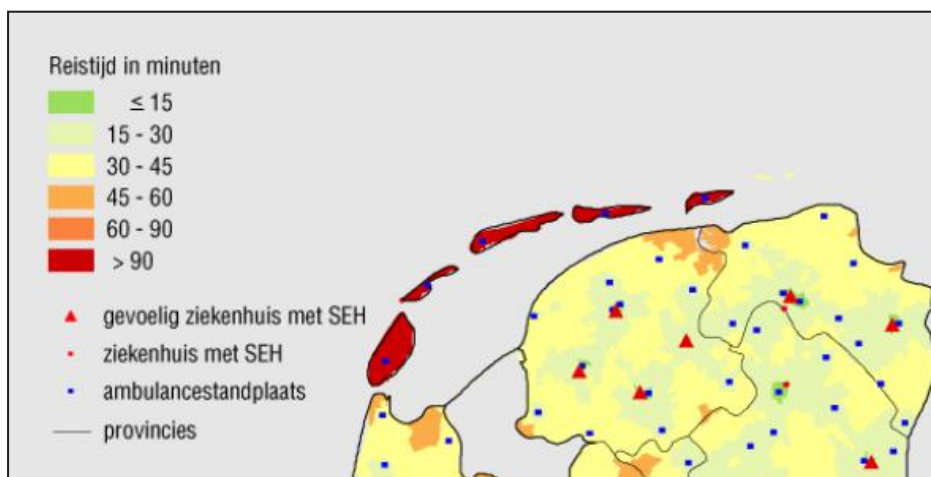
- Medisch Centrum Leeuwarden (topklinisch)
- Ziekenhuis De Tjongerschans
- Ziekenhuis Nij Smellinghe
- Ziekenhuis De Sionsberg
- Antonius Ziekenhuis

In de volgende figuur is deze situatie weergegeven, zoals gepresenteerd door Zorgverzekeraars Nederland in het regioplan voor Noord-Nederland.



Figuur 3. Overzicht van de locaties waar spoedeisende zorg wordt geleverd in de regio

Zeven van de ziekenhuizen komen voor in de analyse van gevoelige ziekenhuizen¹⁵, die gebaseerd is op het rijtijdenmodel uit 2011. Deze norm wordt ook door Zorgverzekeraars Nederland in hun regioplan gehanteerd, gezien de marginale bereikbaarheid van de spoedzorg in de regio Noord- Nederland. Men spreekt van een gevoelig ziekenhuis als het verzorgingsgebied uitsluitend door deze locatie wordt bediend. Met andere woorden: 'een ziekenhuislocatie is gevoelig wanneer mensen niet meer binnen de normtijd een ziekenhuis met een SEH kunnen bereiken als de SEH op de betreffende locatie wordt gesloten'. De gevoelige ziekenhuislocaties betreffen in dit geval: Medisch Centrum Leeuwarden (23.800 inwoners), Antonius Ziekenhuis (24.700 inwoners), Ziekenhuis de Tjongerschans (3.500 inwoners), Universitair Medisch Centrum Groningen (2.600 inwoners), Ommelander Ziekenhuisgroep (Winschoten 18.400 inwoners), Scheper ziekenhuis (7.200 inwoners), Nij Smellinghe (600 inwoners). De getallen tussen haakjes betreffen het aantal patiënten dat niet meer binnen de normtijd een SEH zou kunnen bereiken.



Figuur 4. Overzicht van de gevoelige ziekenhuizen in de regio Noord Nederland uitgaande van de volledige (24x7 uren) SEH's

Met betrekking tot de huidige spoedzorgstromen is er, met uitzondering van De Sionsberg, op alle locaties een SEH. Voor de spoedeisende geboortezorg en de IC zorg geldt een soortgelijke situatie. Ieder ziekenhuis in de regio biedt spoedeisende geboortezorg aan en heeft een IC (van verschillende niveaus), behalve ziekenhuis de Sionsberg. Wel kennen de IC's diverse niveaus, zoals hieronder weergegeven:

Ziekenhuis	Niveau IC
Ziekenhuis De Sionsberg	Geen IC
Ommelander Ziekenhuisgroep	1
Wilhelmina ziekenhuis	1
Ziekenhuis Nij Smellinghe	1
Refaja Ziekenhuis	1
Ziekenhuis de Tjongerschans	1
Antonius Ziekenhuis	1
Scheper Ziekenhuis	2
Martini Ziekenhuis	3
Medisch Centrum Leeuwarden	3
UMCG	3

Tabel 2. Niveau IC's

In de regio is één traumacentrum dat zich bevindt in het UMCG. Alle ziekenhuizen bieden spoedzorg aan met betrekking tot heupfracturen en CVA (acute neurologische) zorg. Met betrekking tot de AAA

¹⁵ Analyse gevoelige ziekenhuizen. Zwakhals, S., Kommer, G. (RIVM), 2011

(acute vaatchirurgische zorg) en de PCI (acute cardiologische zorg), bestaat een meer wisselend beeld. De AAA zorg wordt geboden op negen van de elf locaties en de PCI zorg wordt op drie van de elf locaties geboden.

Met betrekking tot de indeling van de (complexe) acute zorgstromen zijn zo kort mogelijke rijtijden onontbeerlijk. Onderstaande tabel bevat de huidige rijtijden met betrekking tot de IC, CVA, PCI en AAA, in combinatie met het aantal inwoners in Noord Nederland¹⁶ en in relatie tot de gestelde 45 minuten norm.

HUIDIGE SITUATIE	IC (aantal)	IC (%)	CVA	CVA (%)	PCI	PCI (%)	AAA	(AAA%)
Aantal inwoners	1.606.735		1.606.735		1.606.735		1.606.735	
Aantal inwoners met rijtijd <45 minuten	1.587.600	99%	1.594.410	99%	1.524.045	95%	1.587.600	99%
Aantal inwoners met rijtijd > 45 minuten	19.135	1%	12.325	1%	82.690	5%	19.135	1%
Gemiddelde rijtijd auto (min)	19		18		26		19	
Gemiddelde rijtijd ambulance (min: meldtijd, aanrijtijd, inlaaftijd, afrijtijd)	28		27		35		29	

Tabel 3. Rijtijden

Dit betekent dat veruit de meerderheid van de inwoners in de regio (99%) een reistijd heeft van minder dan 45 minuten om een betreffende (complexe) spoedeisende zorgvoorziening te bereiken. Bij de PCI zorgstroom is dit percentage iets lager, 95%. De gemiddelde rijtijden blijven onder de 45 minuten norm.

Over het algemeen kan gesteld worden dat er momenteel een gedifferentieerd en gevarieerd aanbod bestaat op de acht in de Kwaliteitsvisie van ZN genoemde (complexe) spoedeisende zorgstromen en dat vrijwel alle ziekenhuizen een aandeel daarin hebben.

3.2 Essentie regioplan

De essentie van het regioplan is dat er in Noord-Nederland een andere inrichting komt van:

- de acute zorg op het gebied van neurologie, cardiologie en vaatchirurgie
- de Intensive Care zorg

Daarbij legt het regioplan een directe relatie tussen de voorgenomen concentratie op het gebied van acute neurologische, cardiologische en vaatchirurgische zorg en de concentratie van de zogenoemde 'hoogwaardige' IC-zorg.

Het regioplan stelt dat de basis SEH-zorg, geboortezorg en zorg voor patiënten met een heupfractuur dichtbij verzekerden beschikbaar blijft, wat erop neer komt dat er op deze punten geen verandering komt in de huidige situatie. Dat geldt ook voor de zorg bij multitrauma's, die in het traumacentrum van het UMCG worden behandeld. Overigens voldoet het UMCG met 221 patiënten niet aan de volumenorm zoals gesteld door ZN (240-480 patiënten). Vermoedelijk speelt de lage bevolkingsdichtheid hierbij een rol bij deze keuze en blijven aanrijtijden op deze manier aanvaardbaar.

De in het regioplan als complex aangeduide spoedzorg wil men op basis van beschikbaarheids- en kwaliteitsnormen vergaand concentreren om zo 'door specialisatie en toename van volume de kwaliteit van zorg te bevorderen'. De regionale zorgstromen, zoals die nu al bestaan rondom de acute cardiologische zorg, zijn in het regioplan doorgetrokken om op gelijke wijze ook de acute neurologische zorg

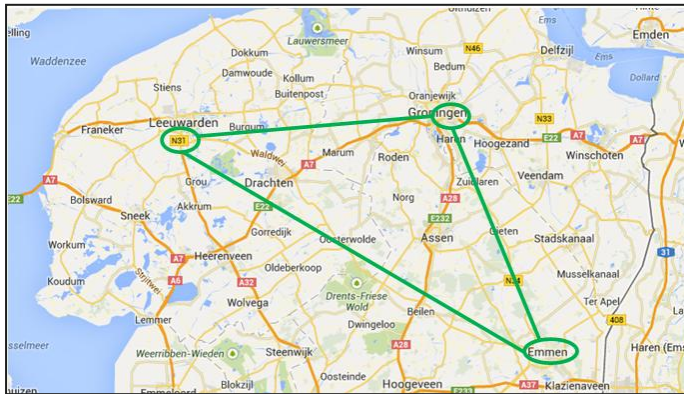
¹⁶ Regioplan Noord-Nederland, Bijlage 5. *Zorgverzekeraars Nederland*, 2014

Twynstra Gudde

en de acute vaatchirurgische zorg te concentreren. Dit betekent dat er in het Scheper Ziekenhuis, het Medisch Centrum Leeuwarden en het UMCG specialisatie kan optreden rondom acute vaatzorg, aldus Zorgverzekeraars Nederland. Hiervoor is ook een 'hoogwaardige' IC noodzakelijk en ook deze zal geconcentreerd worden op dezelfde drie locaties.

Voor deze zorgstromen zullen er voor het merendeel van de ziekenhuizen dan ook grote wijzigingen optreden ten opzichte van de huidige situatie. Voor zeven ziekenhuizen geldt dat men geen 'hoogwaardige' IC zorg (meer) zal leveren. Of deze ziekenhuizen dan wel andere vormen van IC zorg behouden, wordt niet duidelijk uit het regioplan.

Geografisch lijkt, door het concentreren van de complexe acute zorg, zich een driehoek af te tekenen.



Figuur 5. Organisatie complexe acute zorg na vergaande concentratie van PCI's, CVA's, AAA en hoogwaardige IC-zorg.

Als we kijken naar de rijtijden in de nieuwe situatie na concentratie en deze vergelijken met de huidige situatie, is het volgende patroon zichtbaar. Het aantal inwoners in de regio die binnen de 45 minuten norm valt is afgenomen met 3%, in absolute zin betreft dit 37.485 inwoners. Daarnaast zijn de gemiddelde rijtijden met de ambulance toegenomen, variërend tussen de 21% en 30% (6-8 minuten). Wel blijven de rijtijden binnen de 45 minuten norm zoals gesteld door het Ministerie van VWS.

VOORGESTELDE SITUATIE NA CONCENTRATIE								
	IC (aantal)	IC (%)	CVA	CVA (%)	PCI	PCI (%)	AAA	(AAA%)
Aantal inwoners	1.606.735		1.606.735		1.606.735		1.606.735	
Aantal inwoners met rijtijd <45 minuten	1.550.115	96%	1.550.115	96%	1.550.115	96%	1.550.115	96%
Aantal inwoners met rijtijd > 45 minuten	56.620	4%	56.620	4%	56.620	4%	56.620	4%
Gemiddelde rijtijd auto (min)	26		26		26		26	
Gemiddelde rijtijd ambulance (min: meldtijd, aanrijtijd, inlaaftijd, afrijtijd)	35		35		35		35	

VERSCHILLEN VOORGESTELDE - HUIDIGE SITUATIE	IC (%)	CVA (%)	PCI (%)	AAA(%)
% Aantal inwoners met rijtijd <45 minuten	96%	96%	96%	96%
% Aantal inwoners met rijtijd > 45 minuten	4%	4%	4%	4%
Toename gemiddelde rijtijd auto (min)	37%	44%	0%	37%
Toename gemiddelde rijtijd ambulance (min: meldtijd, aanrijtijd, inlaaftijd, afrijtijd)	25%	30%	0%	21%

Tabel 4. Verschillen huidige en voorgestelde situatie

Uit de voorgaande analyse blijkt dat het regioplan voor de spoedeisende zorg op sommige ziekenhuizen meer impact heeft dan op andere ziekenhuizen. Dit zowel bekeken vanuit een vermindering van de acute zorgstromen als het niet-acute (maar wel concurrentiële) zorgaanbod dat daardoor mogelijk-erwijs uit het ziekenhuis verdwijnt. Ook heeft de concentratie relatief grote impact op de rijtijden.

3.3 Acute neurologische zorg

ZN hanteert in de kwaliteitsvisie het uitgangspunt dat de diagnosegroep cerebrovasculair accident (CVA) het grootste gedeelte van het volume en de kosten van de spoedeisende neurologische zorg omvat en dat de daarvoor vereiste infrastructuur ook de overige acute neurologische zorg adequaat kan bieden. Dit uitgangspunt is overgenomen in het gepresenteerde regioplan voor Noord-Nederland. De zorgverzekeraars stellen dat de waarde van de voorgestelde concentratie voor patiënten bestaat uit zowel "een vermindering van de sterfte in de acute fase door een hoge kwaliteit van zorg als ook verbetering van het functioneren op langere termijn en preventie van een nieuw CVA".

Zoals in hoofdstuk 2 aangegeven gaat het in de Kwaliteitsvisie van ZN om de concentratie van de volledige acute neurologische zorgstroom en niet alleen om de CVA-zorg. CVA is het zogeheten 'uitgewerkte ziektebeeld' dat als het gaat om de benodigde infrastructuur representatief zou zijn voor alle acute neurologische zorg. Dat betekent dat het voornemen tot concentratie ook geldt voor andere acute neurologische zorg, zoals postanoxisch coma, meningitis, epilepsie, acute hoofdpijn, e.d. Onduidelijk is of het regioplan voor Noord-Nederland hetzelfde uitgangspunt kiest.

3.3.1 Huidige situatie

Alle elf ziekenhuizen in Noord-Nederland bieden op dit moment acute CVA zorg¹⁷. Aangezien trombolysie de voorkeur geniet bij een onbloedige CVA en de patiënt het meeste baat heeft bij een snelle en adequate behandeling, wordt dit als uitgangspunt genomen in het regioplan. In de provincies Drenthe en Friesland is er sprake van een decentraal trombolysemodel waarbij alle ziekenhuizen trombolysie toedienen. In de provincie Groningen bestaat een (semi)centraal model waarin het UMCG trombolysie verzorgt voor de Ommelander Ziekenhuisgroep en het Refaja Ziekenhuis. Voorts verrichten zowel het UMCG als het Martini Ziekenhuis de trombolysie voor hun eigen adherentiegebied. De overige ziekenhuizen vangen in dit (semi)centrale model de CVA patiënten op die niet meer in aanmerking komen voor trombolysie.

In de volgende tabel¹⁸ is te zien dat er vier ziekenhuizen zijn die het grootste aandeel hebben in de acute CVA zorg, te weten het Scheper Ziekenhuis, het Martini Ziekenhuis, het Medisch Centrum Leeuwarden en het UMCG. Qua patiëntenaantallen ontlopen zij elkaar niet veel. Ook bestaan er in de drie provincies en daarbinnen in diverse regio's verschillende netwerken van zorgverleners en instellingen rondom het CVA-traject. Deze hebben als doel om gezamenlijk een integrale, deskundige en samenhangende zorg en behandeling voor patiënten met een CVA te waarborgen in alle fasen van de aandoening: de preventieve fase, de acute fase, de revalidatiefase en de chronische fase. Huisartsen, ziekenhuizen en revalidatie-instellingen hebben hierin een belangrijke gezamenlijke verantwoordelijkheid¹⁹.

¹⁷ Regioplan Noord-Nederland. *Zorgverzekeraars Nederland*, 2014

¹⁸ Regioplan Noord-Nederland, Bijlage 3. *Zorgverzekeraars Nederland*, 2014

¹⁹ Kennisnetwerk CVA Drenthe, <http://www.kennisnetwerkcva.nl/zuid-oost-drenthe-1>, 2014, Zorgkantoor Friesland, <http://www.zorgkantoorfriesland.nl/zorgaanbieders/samenwerken-met-zorgkantoor-friesland/ketenzorg/cva.aspx>, 2014 en Samenvatting eindrapportage stroomlijnen van acute zorg in een zorgketen. *Acute Zorg Netwerk Noord Nederland*, 2011

Plaats	Ziekenhuis	CVA (aantallen)	CVA (%)
Leeuwarden	Medisch Centrum Leeuwarden	420	14,6%
Groningen	UMCG	398	13,9%
Groningen	Martini Ziekenhuis	356	12,4%
Emmen	Scheper Ziekenhuis	353	12,3%
Heerenveen	De Tjongerschans	238	8,3%
Drachten	Nij Smellinghe Ziekenhuis	231	8,0%
Sneek	Antonius Ziekenhuis	223	7,8%
Assen	Wilhelmina Ziekenhuis Assen	212	7,4%
Stadskanaal	Refaja Ziekenhuis	179	6,2%
Delfzijl	Ommelander Ziekenhuisgroep	151	5,3%
Dokkum	Ziekenhuis Talma Sionsberg	112	3,9%
Norm		350	
Aantal patiënten		2873	

Tabel 5. Aandeel ziekenhuizen in CVA-zorg

3.3.2 Voorstel regioplan

Het regioplan van de zorgverzekeraars wil de acute neurologische zorg concentreren om de kwaliteit van de zorg te verhogen. De regionale zorgstromen zoals die nu al bestaan rondom de acute cardiologische zorg in de vorm van PCI, zijn in het regioplan doorgetrokken om op gelijke wijze ook de acute neurologische zorg (en de acute vaatchirurgische zorg) te concentreren. Dit betekent dat er in het Scheper Ziekenhuis, het Medisch Centrum Leeuwarden en het UMCG specialisatie kan optreden rondom acute vaatzorg, aldus Zorgverzekeraars Nederland. Concreet betekent dit dat er in acht van de elf ziekenhuizen geen CVA-zorg meer verleend zal worden en dat deze zorgvraag zich zal verplaatsen naar de drie genoemde ziekenhuizen.

Het wegvallen van de (acute) CVA zorg in acht ziekenhuizen betekent volgens de aantallen zoals gepresenteerd in het regioplan (tabel 5) dat er ongeveer 40% van de huidige CVA-gevallen moet worden herverdeeld over de drie ziekenhuizen, uiteraard naar rato van capaciteit en aanrijtijden.

Door de concentratie zullen de gemiddelde rijtijden voor de CVA- zorgstroom toenemen met 30% voor de ambulance en met 44% voor de auto. In beide gevallen gaat het om een toename van 8 minuten²⁰ (zie tabel 4).

3.3.3 Beschouwing

Algemeen

In het algemeen is te constateren dat de concentratie van CVA-zorg zoals de zorgverzekeraars die voorstaan, in het hele land voor veel discussie zorgt. Dat begint al bij het vertrekpunt van de zorgverzekeraars, dat het hier zou gaan om 'complexe' zorg. De overheersende mening van professionals in het land is echter dat het CVZ een spoedeisende, zeer veel voorkomende, niet-complexe aandoening is waarbij iedere minuut telt ('time is brain').

²⁰ Regioplan Noord-Nederland, Bijlage 5. *Zorgverzekeraars Nederland*, 2014

De Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) stelt dat de aanbevelingen in de Kwaliteitsvisie van ZN zouden kunnen leiden tot averechtse effecten en een slechtere zorg voor patiënten met een beroerte. De laatste jaren is er door de NVN samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor gezorgd dat trombolysen tegenwoordig in de meeste ziekenhuizen door de neuroloog snel gegeven kan worden. Deze behandeling heeft alleen zin in de eerste uren na het ontstaan van een beroerte. Hoe sneller diagnose en behandeling plaatsvinden, hoe groter de kans op overleving en herstel is. Beperking van de beschikbaarheid van trombolysen door concentratie van deze zorg zou volgens de NVN ertoe leiden dat patiënten deze behandeling niet of te laat krijgen, waardoor zij onnodig hersenletsel oplopen.²¹

Het regioplan voert (mede op basis van de in de Kwaliteitsvisie gepresenteerde normen voor 'optimale' volumes en prestatie-indicatoren) diverse argumenten aan om het belang van concentratie van CVA-zorg te onderbouwen. Deze argumenten worden hierna beschouwd vanuit de optiek van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

Volumenorm

Het optimale volume dat is vastgesteld door ZN in de Kwaliteitsvisie ligt op minimaal 350 CVA-patiënten per jaar per ziekenhuis. Feitelijk hanteert men een bandbreedte van 350 - 1.500 patiënten, waarbij de bovengrens is gebaseerd op een Londense studie. Er is veel kritiek op de neiging om die studie te zien als best practice voor Nederland. Zo zou de uitgangssituatie in Londen veel slechter zijn geweest dan in Nederland en daarmee niet vergelijkbaar. Volgens de Benchmark CVA 2012²² is het percentage getromboliseerde patiënten in Nederland de afgelopen jaren gestegen en wijkt het niet ver af van de Londense studie.

Daarnaast stellen de Wetenschappelijke Vereniging van Neurologen (NVN) en andere neurologen²³ in het land dat patiëntenvolume geen adequate indicator is voor de kwaliteit van zorg bij CVA patiënten, gezien het belang van snelle en adequate behandeling in plaats van complexiteit van de behandeling.

In de huidige situatie voldoen vier ziekenhuizen in Noord-Nederland aan de genoemde norm van 350 patiënten per jaar: Scheper ziekenhuis, MCL, Martini ziekenhuis en het UMCG. Dit is overigens gebaseerd op door de zorgverzekeraars gebruikte Vektis-data, waarbij professionals opmerken dat deze data belangrijke gegevens niet zouden bevatten, zoals de ernst van de beroerte en de uitkomst na drie maanden.

Concentratie door centralisatie

In het regioplan wordt voorgesteld de CVA-zorg te concentreren op drie locaties. Daarbij baseert men zich vooral op één onderzoek²⁴ waarin gevonden is dat CVA patiënten in een geconcentreerde setting een grotere kans hebben op behandeling met trombolysen. Dit is gebaseerd op het feit dat de tijd tot behandeling afneemt en de extra rijtijd gecompenseerd kan worden. Ook betekent het volgens dit onderzoek dat er gewerkt kan worden met een ervaren team en een grotere stroke unit waardoor er 24/7 beter gemonitord kan worden. Echter, deze studie geeft ook aan dat de prehospitalen factoren de situatie verbeterd hebben en hiervoor is juist een goed georganiseerde keten onontbeerlijk.

²¹ Nederlandse Vereniging voor Neurologie, <http://www.neurologie.nl/publiek/nieuws/actueel/persbericht-nvn-waarschuwt-voor-averechtse-effecten-van-aanbevel>, 2013

²² CVA Benchmark 2012. Kennisnetwerk CVA Nederland, juli 2013

²³ Nederlandse Vereniging voor Neurologie, <http://www.neurologie.nl/publiek/nieuws/actueel/persbericht-nvn-waarschuwt-voor-averechtse-effecten-van-aanbevel>, 2013

²⁴ Proportion of Patients treated with thrombolysis in a centralized versus a decentralized acute stroke care setting, Lahr, Luijckx, Vroomen, 2012

De Benchmark CVA 2012²⁵ nuanceert ook de voordelen van concentratie. Men geeft aan dat er inderdaad kleine aanwijzingen in de (internationale) literatuur te vinden zijn die erop duiden dat grotere CVA-centra betere uitkomsten van zorg geven. Echter, hierbij moeten de voordelen van grotere centra (als snelheid en efficiëntie, doelmatige inzet van middelen etc.) afgezet worden tegen het nadeel van de langere rijtijd en de hogere vervoerskosten. Volgens de Kwaliteitsvisie van ZN weegt de extra rijtijd op tegen een efficiëntere logistiek in het ziekenhuis. De Benchmark CVA 2012 concludeert echter: "Wij vonden geen bewijs voor een relatie tussen het aantal CVA-patiënten per ziekenhuis, het trombolyspercentage en de door-to-needle tijd. Wij zijn van mening dat patiëntvolume een ondergeschikte rol speelt in de analyse van kwaliteit van zorg. Men moet niet alleen maar kijken naar uitkomsten op gebied van overleven en functionele toestand, maar ook naar patiëntervaringen. Ook de keten speelt hierin een belangrijke rol, niet alleen het ziekenhuis. Naast analyses per keten spelen ook de uitkomsten op regionaal niveau een belangrijke rol"²⁶. De Benchmark CVA nuanceert hiermee de gedachte dat concentratie en toename van volume per definitie betekent dat er een efficiëntere logistiek plaats vindt in het ziekenhuis en dus de kwaliteit van zorg toeneemt. Dit laatste hangt dus af van meerdere factoren.

Effect op kwaliteit en doelmatigheid van zorg

Het type CVA wordt vastgesteld door middel van een CT scan en de voorkeursbehandeling voor een onbloedige CVA is trombolysie, waarbij het van belang is dat deze behandeling zo snel mogelijk wordt ingezet ('time is brain') en uiterlijk binnen 4,5 uur. Hierbij speelt de tijd om symptomen te herkennen, hulp in te roepen, de rijtijd (onset-to-door time) als de tijd tussen de aankomst in het ziekenhuis en de start van de behandeling een rol (door-to-needle time). ZN haalt in haar Kwaliteitsvisie de indicator door-to-needle time aan die door concentratie van de CVA-zorg zou dalen. De langere rijtijden als gevolg van concentratie zouden opgevangen kunnen worden door een efficiëntere logistiek in het ziekenhuis en een snellere behandeling en dus betere kwaliteit van zorg. Volgens de Benchmark CVA 2012 is echter zonder concentratie ook al een dalende lijn te zien in de door-to-needle time. Volgens de Benchmark en het Kennisnetwerk CVA loopt dit parallel aan de beweging naar een steeds effectievere ketensamenwerking op het gebied van CVA. Het Kennisnetwerk CVA²⁷ geeft specifiek aan dat goede aandacht voor het onderwerp CVA in de keten en verbeteringen in de organisatie van de zorg hebben geleid tot een sterke verlaging van de door-to-needle time. Het lijkt volgens haar in de toekomst dan ook haalbaar om te streven naar een door-to-needle time van < 30 minuten voor 80% van de getrombolyseerde patiënten.

De cijfers van Ziekenhuizen Transparant²⁸ geven geen grote verschillen in de snelheid in behandeling met trombolysie in de ziekenhuizen in de noordelijke regio:

²⁵ CVA Benchmark 2012. *Kennisnetwerk CVA Nederland*, juli 2013

²⁶ Kwaliteitszorg CVA: volume is een slechte raadgever, belangrijker om te kijken naar uitkomsten en patiëntervaringen. *Limburg, M., Scherf, S., Wimmers, R., Lingsma, H.* Medisch Contact 2013: 1734-1736.

²⁷ Kennisnetwerk CVA, <http://www.kennisnetwerkcva.nl/>, 2014

²⁸ Ziekenhuizen transparant, gegevens CVA, www.ziekenhuizen transparant.nl, 2012

Plaats	Ziekenhuis	Type ziekenhuis	Alle patiënten met een herseninfarct behandeld met trombolysie	Aantal patiënten met een herseninfarct binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis behandeld met trombolysie	% Patiënten binnen 1 uur na binnenkomst in het ziekenhuis behandeld met trombolysie
Assen	Wilhelmina Ziekenhuis Assen	Algemeen	29	28	97%
Delfzijl	Ommelander Ziekenhuisgroep	Algemeen	0	0	
Dokkum	Ziekenhuis Talma Sionsberg	Algemeen	7	6	86%
Drachten	Nij Smellinghe	Algemeen	42	39	93%
Emmen	Scheper Ziekenhuis	Algemeen	41	35	85%
Heerenveen	De Tjongerschans	Algemeen	43	40	93%
Sneek	Antonius Ziekenhuis	Algemeen	26	18	69%
Stadskanaal	Refaja Ziekenhuis	Algemeen	0	0	
Groningen	Martini Ziekenhuis	Topklinisch	37	27	73%
Leeuwarden	Medisch Centrum Leeuwarden	Topklinisch	38	37	97%
Groningen	UMCG	UMC	98	84	86%

Tabel 6. Door-to-needle time

Een nuance blijkt dus op zijn plaats als men stelt dat concentratie nodig is vanuit doelmatigheidsoogpunt en betere kwaliteit van de zorg. Er wordt blijkbaar al een verbeteringsslag gemaakt in Nederland, zonder zo vergaand te concentreren. Net als elders in het land is er ook in het Noorden geïnvesteerd in de CVA-zorg vanwege de grote gezondheidswinst die behaald kan worden bij tijdige behandeling. Concentratie zou neerkomen op een desinvestering. Het is dan ook de vraag of concentratie van CVA-zorg in de mate waarin dit in Noord-Nederland voorgesteld wordt nodig is en opweegt tegen het herinrichten van de ketensamenwerking, het afstoten van bestaande kennis, de benodigde capaciteitsuitbreiding en efficiëntieslag in de centra waar gecentraliseerd wordt, en de toegenomen rijtijden.

Effect op bereikbaarheid

De concentratie van de CVA-zorg zal in de noordelijke regio leiden tot meer transporttijd voor ca. 40% van de patiënten en heeft dus consequenties voor zowel de 'onset-to-needle' tijd als de 'door-to-needle' tijd. Dit kan in een dunbevolkte regio als Noord-Nederland leiden tot een afname van de snelheid en daarmee kwaliteit van CVA-zorg. Ook leidt dit tot een toename in vervoerskosten. Volgens de Kwaliteitsvisie van ZN mag door concentratie de rijtijd toenemen met maximaal 1,9 minuten (ofwel 17%), gebaseerd op internationale best practices. Dit zou gecompenseerd worden door een efficiëntere logistiek in gespecialiseerde centra. Daarbij gaat men uit van landelijke concentratie tot 20 centra die evenredig over Nederland zijn verdeeld. In de praktijk zal dit wellicht anders uitpakken, gezien de onevenredige verdeling van de bevolking over Nederland en de afwijkende situatie in dunbevolkte regio's zoals Noord-Nederland.

In het regioplan nemen de rijtijden (met de ambulance) met 8 minuten ofwel 30% toe. Dat is dus fors meer dan de door ZN gestelde geaccepteerde toename van 1,9 minuten (17%).

Effect op capaciteit

Vergaande concentratie leidt tot een toename van de CVA-zorg in enkele ziekenhuizen en een afname in andere ziekenhuizen. De vraag is of de toename in de genoemde centra voldoende kan worden opgevangen en niet zal leiden tot capaciteitsproblemen, ook op gebied van bijvoorbeeld röntgenafdelingen en verpleegafdelingen (een aanzienlijk deel van de klinische neurologiepatiënten betreft CVA). Meer patiënten moeten worden verplaatst, wat leidt tot hogere vervoerskosten. Of er moeten investeringen gedaan worden om de capaciteit te vergroten in de drie centra, wat anderzijds leidt tot hogere kosten. Ook neemt de kwetsbaarheid toe op het gebied van adequate CVA-zorg als men concentreert in drie centra, bijvoorbeeld bij uitbraak van een bacterie. Aangezien de CVA-zorg niet meer elders geleverd kan worden, is het de vraag waar deze patiënten of nieuwe gevallen dan naartoe vervoerd moeten worden.

Het niet-inkopen van CVA-zorg in meerdere noordelijke ziekenhuizen betekent niet op voorhand dat de acute zorgvraag daar niet meer zal zijn. Door de SEH's wordt ook hulp geboden aan patiënten die reeds in het ziekenhuis zijn opgenomen en daar een acuut CVA krijgen, en aan patiënten die zich zonder tussenkomst van huisarts of ambulance melden. Vanwege de verdere integratie van SEH en HAP zullen patiënten met een kort bestaand CVA eerst door de huisarts worden gezien. Vervolgens zouden zij dan met tijdverlies naar een gespecialiseerd centrum moeten worden gebracht.

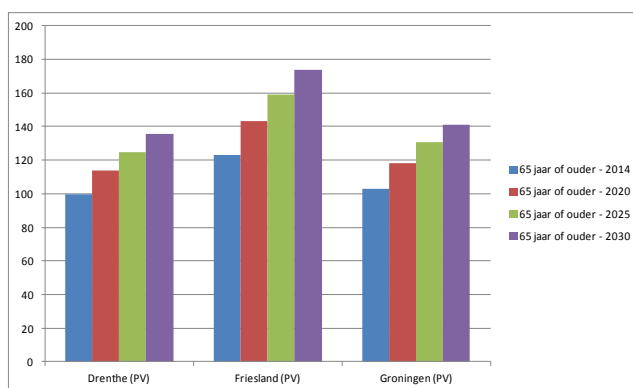
Voorts is de diagnose CVA lang niet altijd eenvoudig te stellen. Een deel van de patiënten met verdenking van een CVA heeft dit niet, maar omgekeerd geldt ook dat patiënten met een andere verdenking toch een acuut CVA kunnen hebben. Ook die patiënten zouden dan weer getransporteerd moeten worden.

Gevolgen voor burger en patiënt

De gevolgen voor de burger en patiënt zijn hiervoor in belangrijke mate reeds genoemd, als het gaat om kwaliteit en bereikbaarheid van de CVA-zorg.

Landelijk is de verwachting is dat het aantal mensen met een CVA met 40% zal stijgen, gezien de demografische ontwikkelingen. Dit betekent dat er in de toekomst sprake zou kunnen zijn van jaarlijks meer dan 55.000 nieuwe CVA gevallen in Nederland²⁹. In de noordelijke provincies wijken de incidentie- en prevalentiecijfers niet significant af van het landelijk gemiddelde. De provincie Friesland heeft relatief de hoogste cijfers³⁰. Ook het sterftecijfer aan beroerte is in Friesland relatief hoog vergeleken met andere provincies. Echter, een CVA kan iedereen overkomen, zowel jong als oud. Wel bestaan er risicofactoren die de kans op een CVA vergroten, zoals hoge bloeddruk, diabetes, hoog cholesterol, hartproblemen en overgewicht. Daarnaast heeft de kans op overlijden door een CVA te maken met leeftijd, soort CVA, ernst van het CVA en comorbiditeit³¹. De mate van comorbiditeit zal onder andere toenemen door de vergrijzende bevolking³².

Kijkend naar de bevolkingsopbouw in de provincies Groningen, Drenthe en Friesland, ziet men dat deze de landelijke trend volgt op gebied van ontgroening en vergrijzing. Met name de vergrijzing doet snel zijn intrede, zoals te zien is in onderstaande figuur.



Figuur 6. Het aantal 65+ ers in de provincies Drenthe, Friesland en Groningen tot 2030 (CBS, 2013)

²⁹ Kwaliteitsvisie Spoedeisende zorg. *Zorgverzekeraars Nederland*, 2013

³⁰ Beroerte 2008-2011. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid, *Mulder M (RIVM)*, 2011 en Zorgatlas (RIVM), <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorgatlas\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Hartvaatstelsel, 28 februari 2013

³¹ De Nederlandse CVA vereniging, <http://www.cva-vereniging.nl/pages/het-cva/voorkom-en-herken-een-cva.php>, februari 2014

³² Nivel, <http://www.nivel.nl/comorbiditeit-en-multimorbiditeit>, 2012

Gezien de toename van het aantal 65+ers in de regio en daarmee samenhangend de mate van co- of multimorbiditeit is te veronderstellen dat de zorgvraag op het gebied van beroertezorg eerder zal stijgen dan dalen. Voor al deze patiënten zijn zowel kwaliteit als bereikbaarheid van deze zorg van groot belang. Bij vergaande concentratie van de CVA zorg neemt de snelle bereikbaarheid af. De kans op doorverwijzingen na presentatie op een SEH/HAP neemt toe, wat leidt tot een te langere reistijd vanaf het begin van de CVA.

Gevolgen voor huisarts en zorgverleners

Een belangrijk vertrekpunt voor een goede CVA-zorg is de samenwerking in de keten, zowel binnen als buiten kantooruren. Dit beaamt ook ZN in haar Kwaliteitsvisie. Daarmee is de huisarts dus een belangrijke schakel in het (eerstelijns-tweedelijnszorg) aanbod. Bij CVA-zorg geldt dat afspraken tussen huisarts en ambulance essentieel zijn in het verminderen van de onset-to-needle tijd. Ook nazorg met revalidatiecentra en thuiszorginstellingen is essentieel. Goede afspraken met alle afzonderlijke schakels in de keten zijn dus onontbeerlijk. Het concentreren van deze zorg in de noordelijke provincies in drie ziekenhuizen en daarmee dus het overhevelen van deze zorg vraagt om herziening van (afspraken in) de keten. Niet primair de geografische afstand maar de vooral de psychologische afstand tussen de hulpverleners dient dan overbrugd te worden. De studie naar centralisatie van de CVA-zorg waar het regioplan aan refereert geeft ook aan dat de prehospitalen factoren een enorm belangrijke rol spelen om de onset-to-needle tijd te verbeteren. Veranderingen in de huidige bestaande netwerken in de regio Groningen, Friesland en Drenthe vragen dus om veel aanpassingen, zowel in het acute zorgproces als in het revalidatieproces.

3.4 Acute cardiologische zorg

3.4.1 Huidige situatie

Er zijn in Noord-Nederland drie PCI-centra: MCL, UMCG en het Scheper ziekenhuis.

3.4.2 Voorstel regioplan

Het regioplan gaat uit van patiënten met STEMI (ST-elevated Myocard Infarct) in plaats van het in de Kwaliteitsvisie van ZN genoemde AMI (Acute Myocard Infarct), omdat een patiënt met STEMI specifieke zorg behoeft welke alleen in een PCI centrum geleverd kan worden. PCI (Percutane Coronaire Interventie) is de aangewezen behandeling bij een STEMI. Deze zorg blijft geconcentreerd in de bestaande drie centra. De zorg voor patiënten met een AMI die niet primair in aanmerking komen voor een PCI, wordt niet geconcentreerd.

3.4.3 Beschouwing

In het algemeen bestaat er onder inhoudelijk deskundigen veel minder discussie over de criteria uit de Kwaliteitsvisie van ZN dan bij CVA.

PCI-zorg bij STEMI is al geconcentreerd en in die zin brengt het regioplan geen verandering in de huidige situatie.

De visie van de zorgverzekeraars op het overige deel van de acute cardiologische zorg is onduidelijk. In de Kwaliteitsvisie van ZN worden in dat verband de volgende ziektebeelden genoemd: acuut hartfalen, hartritmestoornissen, instabiele angina pectoris en andere acute hart- en vaataandoeningen.

Er lijkt in het regioplan een discrepantie te bestaan tussen het niet concentreren van de zorg voor patiënten met een AMI die niet in aanmerking komen voor een PCI enerzijds, en het voornemen om drie centra te vormen “die zich kunnen specialiseren in acute vaatzorg”. Zoals eerder aangegeven is de idee van de Kwaliteitsvisie dat de gehele spoedeisende zorgstroom wordt geconcentreerd en niet alleen het ‘uitgewerkte ziektebeeld’. Het is onduidelijk of het regioplan deze opvatting deelt.

3.5 Acute vaatchirurgische zorg

3.5.1 Huidige situatie

Met uitzondering van het Refaja ziekenhuis en ziekenhuis De Sionsberg bieden alle ziekenhuizen in Noord-Nederland acute zorg bij een geruptureerd abdominaal aorta aneurysma (AAA).

In onderstaande tabel zijn het aantal acute en electieve AAA's per ziekenhuis weergegeven, conform bijlage 3 van het regioplan.

Plaats	Ziekenhuis	Type ziekenhuis	AAA	AAA electief	AAA totaal
Leeuwarden	Medisch Centrum Leeuwarden	Topklinisch	30	103	133
Groningen	UMCG	UMC	21	72	93
Groningen	Martini Ziekenhuis	Topklinisch	35	51	86
Assen	Wilhelmina Ziekenhuis Assen	Algemeen	23	37	60
Emmen	Scheper Ziekenhuis	Algemeen	24	39	63
Sneek	Antonius Ziekenhuis	Algemeen	10	38	48
Drachten	Nij Smellinghe	Algemeen	7	40	47
Heerenveen	De Tjongerschans	Algemeen	4	22	26
Delfzijl	Ommelander Ziekenhuisgroep	Algemeen	2	20	22
Dokkum	Ziekenhuis Talma Sionsberg	Algemeen	0	0	0
Stadskanaal	Refaja Ziekenhuis	Algemeen	0	0	0
Norm			33 totaal waarvan 15 acuut		
Totaal aantal patiënten			180	461	641

Tabel 7. Aantal patiënten per ziekenhuis met acute en electieve AAA's

3.5.2 Voorstel regioplan

Het regioplan stelt voor deze zorg te concentreren in drie ziekenhuizen: MCL, UMCG en het Scheper ziekenhuis.

3.5.3 Beschouwing

De Kwaliteitsvisie van ZN bepleit een verdere concentratie van de spoedeisende zorg bij een geruptureerd abdominaal aorta aneurysma (rAAA). Uitgaande van een 'optimum' van 33 (r)AAA's, waarvan minimaal 15 acuut, zouden deze ingrepen landelijk nog maar op 52 in plaats van de huidige 82 locaties worden uitgevoerd.

De door ZN gestelde volumenorm zit ver boven de volumenorm van de eigen wetenschappelijke vereniging (20 electieve AAA's per jaar). De Nederlandse Vereniging van Vaatchirurgie conformeert

zich niet aan deze norm van ZN vanwege de 'dunne onderbouwing' die niet gebaseerd is op de Nederlandse situatie.

Het regioplan voor Noord-Nederland gaat uit van 33 AAA-operaties, beschouwd als spoed en electief. De ondergrens van 15 acute AAA's wordt niet genoemd.

Van de negen ziekenhuizen in Noord-Nederland die nu AAA-zorg bieden voldoen er twee niet aan de gecombineerde norm van 33 operaties. Vijf ziekenhuizen in Noord-Nederland voldoen ook aan de acute norm van ZN van 15 operaties. Toch kiest het regioplan voor concentratie op slechts drie locaties. Deze keuze wordt in het regioplan niet onderbouwd.

De voorgenomen concentratie betekent een uitbreiding van het ambulancevervoer met risico's van collaterale schade. Er zal bij een eventuele verdere concentratie dan ook niet alleen meer en langer vervoerd moeten worden, maar de ambulancezorg zelf zal moeten worden aangepast (adequate protocollen, e.d.).

Het is overigens wel de verwachting dat, door vroegtijdige en steeds beter wordende diagnostiek en de toename van de electieve EVAR bij met name oudere mensen, het aantal acute aneurysmata af zal nemen³³.

Patiënten met een rAAA direct zijn gebaat bij adequate IC-zorg. Deze patiënten kunnen echter in elk ziekenhuis terecht komen. De zorgvraag is immers vaak ongedifferentieerd of onjuist gedifferentieerd en de diagnose kan vooraf niet altijd met zekerheid gesteld worden. Voorts kunnen in dunbevolkte gebieden de aanrijtijden voor het bereiken van een ziekenhuis met een 'hoogwaardige' IC ongeoorloofd lang worden met een verhoging van de mortaliteit tot gevolg.

Uit tabel 4 blijkt dat de voorgenomen concentratie in Noord-Nederland leidt tot een toename van de rijtijd voor de ambulance met 21%.

3.6 Intensive Care Zorg

3.6.1 Huidige situatie

De huidige situatie is dat alle ziekenhuizen in Noord-Nederland, met uitzondering van De Sionsberg, beschikken over een Intensive Care.

Op een IC wordt intensieve en gespecialiseerde zorg verleend aan IC-patiënten, die door de NVIC worden gedefinieerd als 'patiënten met één of meer acuut bedreigde vitale functies, waarbij continue monitoring noodzakelijk is en behandeling van een in potentie reversibele aandoening kan leiden tot herstel van stabiele vitale functies'³⁴. De behandeling van deze patiënten vereist hoog opgeleid personeel, geavanceerde apparatuur en een hierop afgestemde organisatie. Hoe zieker de patiënt, hoe meer eisen dit stelt. IC's worden daarom volgens de huidige richtlijn momenteel ingedeeld in drie niveaus³⁵:

- een niveau 1 IC is een basis IC, gericht op de bewaking, verpleging en behandeling van patiënten met een dreigende of bestaande stoornis van een vitale orgaanfunctie, eventueel in combinatie met een beademingsnoodzaak die naar verwachting niet langer duurt dan twee tot drie dagen

³³ Changes in Abdominal Aortic Aneurysm Rupture and Short Term Mortality 2005-2008. *Ann Surg.* Schermerhorn, M. L., Rodney P. Bensley et al., 2012

³⁴ Concept richtlijn Intensive Care. *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2013

³⁵ Concept richtlijn Intensive Care 2006, *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2006

- een niveau 2 IC is gericht op patiënten met ernstige ziekten, waarvoor continue beschikbaarheid en/of aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen en intensivisten noodzakelijk is
- een niveau 3 IC is (een gedeelte van) een IC met een academische en/of supraregionale functie en is gericht op patiënten met zeer gecompliceerde, zeer ernstige ziekten, bij wie tegelijkertijd vitale functies verstoord zijn en waarvoor een continue beschikbaarheid en/of aanwezigheid van gespecialiseerde verpleegkundigen en intensivisten noodzakelijk is. Het gaat hier meestal om specifieke functies zoals IC-behandeling van gecompliceerde thorax-, neuro- en transplantatiechirurgie, dan wel om IC-behandeling van traumapatiënten of patiënten met (zeldzame) gecompliceerde aandoeningen.

Het niveau van de IC is veelal leidend voor het zorgaanbod dat een ziekenhuis kan bieden. Het IC-niveau bepaalt namelijk in grote mate de mogelijke complexiteit van patiënten bij de overige zorgfuncties en basisvoorzieningen zoals de traumatologie op de SEH en de verloskunde³⁶.

De volgende tabel geeft een overzicht van de niveaus van de IC's en de patiëntenaantallen³⁷.

Overzicht ziekenhuizen NVZ naar aantallen postoperatieve niet beademende IC-patiënten over 2012													
Ziekenhuiscategorie	Typering ziekenhuizen			Aantal patiënten niet post-operatief beademd				Aantal patiënten post-operatief beademd (excl. Cardiochirurgisch en kinderen)					
	Plaats	Ziekenhuis	Type ziekenhuis	IC-niveau	<72	72-120	>120	Totaal patiënten	<72	72-120	>120	Cardiochirurgische ingrepen	Totaal patiënten
	Assen	Wilhelmina Ziekenhuis Assen	Algemeen	1	33	19	36	88	26	4	7	NEE	37
	DeFtizi	Ommelander Ziekenhuisgroep	Algemeen	1	53	10	21	84	62	8	10	NEE	80
	Dokkum	Ziekenhuis Talma Slonsberg	Algemeen						geen IC aanwezig				
	Drachten	Nij Smellinghe	Algemeen	1	19	10	15	44	70	1	14	NEE	85
	Emmen	Scheper Ziekenhuis	Algemeen	2	96	28	71	195	47	13	21	NEE	81
	Heerenveen	De Tjongerschans	Algemeen	1	71	17	16	104	35	2	12	NEE	49
	Sneek	Antonius Ziekenhuis	Algemeen	1	69	20	31	120	51	5	9	NEE	65
	Stadskanaal	Refaja Ziekenhuis	Algemeen	1	18	2	1	21	2	0	1	NEE	3
	Groningen	Martini Ziekenhuis	Topklinisch	3	72	25	65	162	98	25	69	NEE	192
	Leeuwarden	Medisch Centrum Leeuwarden	Topklinisch	3	126	38	64	228	71	3	10	JA	84
	Groningen	UMCG	UMC	3	486	102	236	824	409	40	94	JA	543

Tabel 8. Overzicht IC patiënten per ziekenhuis en verdeling naar niet post-operatief en post-operatief beademd

Al enige tijd vindt er een discussie plaats over de herziening van de huidige IC-richtlijn. Een werkgroep heeft, op initiatief van de NVIC, NVA en NIV, een nieuwe conceptrichtlijn opgesteld³⁸. De conceptrichtlijn gaat uit van regionale samenwerking, wat betekent dat zich netwerken en regio's vormen waarbinnen sluitende samenwerkingsafspraken worden gemaakt tussen IC's, ziekenhuizen en professionals en patiënten worden vervoerd om op de juiste plaats de juiste IC-zorg te krijgen. Volgens de concept richtlijn bestaat een regionaal netwerk uit een 'kern-IC' waar complexe 24/7 zorg kan worden geleverd, en uit 1 tot 4 'basis IC's' die allen een intensieve samenwerking hebben met de kern-IC. Er is van veel kanten, ook binnen de betrokken wetenschappelijke verenigingen, veel en fundamenteel commentaar op het concept, zodat nog onduidelijk is of deze richtlijn de nieuwe praktijk wordt.

3.6.2 Voorstel regioplan

Het regioplan is heel summier over de gewenste inrichting van de IC-zorg. De zorgverzekeraars koppelen de concentratie van 'hoogwaardige' IC-zorg direct aan de voorgenomen concentratie van de 'complexe' acute neurologische, cardiologische en vaatchirurgische zorg.

³⁶ Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg. *Regieraad*, 2011

³⁷ Ziekenhuizen transparant, gegevens IC, www.ziekenhuizen transparant.nl, 2012

³⁸ Concept richtlijn Intensive Care. *Nederlandse Intensive Care Vereniging*, 2013

3.6.3 Beschouwing

In algemene zin is in hoofdstuk 2 al ingegaan op de IC-zorg en op de daarbij gehanteerde volumenorm.

De zorgverzekeraars spreken in het regioplan voor Noord-Nederland van concentratie van 'hoogwaardige' IC-zorg, zonder dit begrip te definiëren. Uitgaande van de huidige IC-richtlijn zou met 'hoogwaardig' bedoeld kunnen worden op niveau 3. Op grond van de concept richtlijn zou een 'kern IC' bedoeld kunnen worden. Op zich is dergelijke zorg reeds geconcentreerd en is er een beperkt aantal IC's met niveau 3. In 2011 publiceerde de inspectie de resultaten van een landelijk onderzoek bij de IC's van niveau 2 en 3³⁹. De conclusie was dat alle grote IC's verantwoorde zorg leveren. Er is dus geen probleem dat opgelost moet worden.

Door de directe koppeling van de 'hoogwaardige' IC-zorg aan de drie acute zorgstromen wordt de indruk gewekt dat een ziekenhuis een dergelijke IC niet nodig heeft als men deze spoedstromen niet bedient. De functie van een IC is echter veel breder, zoals ook in hoofdstuk 2 aangegeven. IC-zorg is zowel van belang voor post-operatieve als niet-post operatieve patiënten. De trend is dat er meer ongeplande dan geplande (in relatie tot een complexe operatie) opnamen op de IC plaatsvinden. Dat hangt samen met het stijgende risicoprofiel van oudere patiënten met co- of multimorbiditeit. Die trend zal door de vergrijzing doorzetten en betekent dat ook voor relatief minder complexe behandelingen toch behoefte kan zijn aan (hoogwaardige) IC-zorg, omdat de conditie van de patiënt dat vereist.

Volgens de Regieraad is het niveau van de IC veelal leidend voor het zorgaanbod dat een ziekenhuis kan bieden. Het IC-niveau bepaalt namelijk in grote mate de mogelijke complexiteit van patiënten bij de overige zorgfuncties en basisvoorzieningen zoals de traumatologie op de SEH en de verloskunde⁴⁰.

Het regioplan lijkt geen rekening te houden met de brede functie van een IC en gaat voorts voorbij aan de bijzondere functies die een (hoogwaardige) IC vereisen, zoals het Brandwondencentrum van het Martini ziekenhuis.

3.7 Locatiekeuze

Het regioplan stelt voor de spoedeisende neurologische cardiologische en vaatchirurgische zorg en de 'hoogwaardige' IC-zorg te concentreren op drie locaties: Leeuwarden (MCL), Groningen (UMCG) en Emmen (Scheper ziekenhuis).

Als men al zou willen concentreren (dus even los van alle hiervoor geplaatste nuanceringen) dan zou het voor de hand liggen om de volgende criteria te gebruiken bij het kiezen van locaties:

- Kwaliteit (voldoet de locatie aan de kwaliteitsnormen)
- Bereikbaarheid (is de spreiding van de drie locaties zodanig dat de zorg voor alle patiënten goed bereikbaar is)
- Doelmatigheid (past deze zorg bij het profiel van het ziekenhuis).

De keuze voor de Groningse locatie is in dat opzicht niet direct navolgbaar, omdat daar gekozen wordt voor een academisch ziekenhuis in plaats van een topklinisch ziekenhuis. Over het algemeen hebben academische ziekenhuizen een dure infrastructuur die zich vertaalt in hogere prijzen. Uit een oogpunt van doelmatigheid is er dus wel een vraagteken te plaatsen bij de keuze voor een academisch zieken-

³⁹ Grote *intensive care* afdelingen werken continu aan kwaliteit. *Inspectie voor de Gezondheidszorg*, 2011

⁴⁰ Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg. *Regieraad*, 2011

huis, te meer daar het hier geen academische zorg betreft. Voorts lijkt er geen rekening gehouden te zijn met de toekomstige locatie van de HAP in Groningen.

3.8 Het regioplan in relatie tot de publieke belangen

In de context van de Kwaliteitsvisie van ZN en de regioplannen in sommige andere delen van het land is het regioplan voor Noord-Nederland enigszins afwijkend. Het lijkt erop dat het kwaliteitsdenken op veel punten heeft moeten buigen voor het publieke belang van de bereikbaarheid, wat op zich heel begrijpelijk is. De geografie en demografie van Noord-Nederland stellen nu eenmaal randvoorwaarden op dit gebied. Waar elders in het land veel commotie ontstaat over dreigende sluiting van SEH's, blijven in dit regioplan de (basis) SEH-voorzieningen in stand, met name vanwege de bereikbaarheid. Ook bij de geboortezorg verandert er om die reden niets, evenals bij de zorg in geval van heupfracturen.

Als het gaat om concentratie van spoedeisende zorg bleef er in het Noorden dus niet zoveel over. Wellicht dat de aandacht zich daarom richtte op de concentratie van de acute neurologische, cardiologische en vaatchirurgische zorg en, in het verlengde daarvan, de 'hoogwaardige' IC-zorg. Maar, zoals beschreven, bij de invulling daarvan speelde bereikbaarheid weer een hoofdrol en niet zozeer kwaliteit. En is het de vraag of die concentratie daadwerkelijk doelmatiger is dan de huidige situatie.

Het is al met al niet op voorhand duidelijk welke verbetering van welke publieke belangen van de acute zorg met dit regioplan wordt bereikt.

4. Het proces

In februari 2013 heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de 'Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg' gepubliceerd. Dit rapport beschrijft de kwaliteitsindicatoren voor de spoedeisende zorgstromen waarmee zorgverzekeraars hun (selectieve) inkoop kunnen vormgeven. Vanuit het gemeenschappelijke kader van deze kwaliteitsvisie hebben zorgverzekeraars per traumaregio (gelijk aan de ROAZ indelingen) vervolgens hun regionale plannen voor de spoedeisende zorg uitgewerkt. Zorgverzekeraars beschrijven hierin hun visie op de gewenste inrichting van de complexe spoedeisende zorg en op de profielen van de SEH van ziekenhuizen. Als uitvloeisel van het Regeerakkoord in 2013 is hier de samenwerking tussen of integratie van HAP en SEH bijgekomen.

Zoals ZN het beschrijft zijn zorgverzekeraars na de regionale visievorming (maart – oktober 2013) "in dialoog gegaan met de ziekenhuizen en ROAZ'en 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"⁴¹.

De zorgverzekeraars hebben op 16 januari hun regioplan voor de complexe spoedeisende zorg in Noord-Nederland gepresenteerd aan de ziekenhuizen. Volgens hen is dit plan "bedoeld als basis om met de ziekenhuizen in gesprek te gaan over de toekomstige organisatie van de (complexe) zorg in de regio".⁴²

Op 6 februari is een werkconferentie belegd waar "de ziekenhuizen (gedurende maximaal 10 minuten) in de gelegenheid worden gesteld een eventuele andere regiovisie te presenteren. Deze moet recht dien aan de uitgangspunten van het regioplan en de doelstelling van concentratie en spreiding zoals benoemd in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord".

Volgens de planning worden vervolgens vanaf medio februari tot en met juli gesprekken gevoerd met ziekenhuizen over de uitwerking van het regioplan.

Wat opvalt is dat, in vergelijking met elders in het land, de zorgverzekeraars relatief laat hun regioplan voor Noord-Nederland hebben gepresenteerd. Bovendien oogt het plan beknopter dan regioplannen elders. De ziekenhuizen hebben vervolgens slechts drie weken gekregen om hun visie te ontwikkelen, waarbij die alternatieve visie wel zou moeten voldoen aan de uitgangspunten van het regioplan. Bovendien gingen de zorgverzekeraars er kennelijk van uit dat de kans klein was dat er een andere visie zou komen, gezien de formulering "een eventuele andere regiovisie". Daarbij kregen de ziekenhuizen welgeteld "maximaal 10 minuten" om die visie te presenteren op de werkconferentie van 6 februari.

De feitelijke gang van zaken tot en met de werkconferentie past nog niet goed bij de kennelijke intentie van 'dialoog, 'gedragen visie' en 'gezamenlijke strategische agenda'. Ervan uitgaande dat deze intentie nog steeds aanwezig is, zal er nu een gezamenlijk proces op gang moeten komen. In plaats van wat nu (hoogstwaarschijnlijk onbedoeld) oogt als een 'dictaat', zal met betrokkenheid van alle stakeholders (dus ook huisartsen en patiëntenorganisaties) de echte dialoog moeten worden gestart en zal daar voldoende tijd voor moeten worden genomen. De acute zorg in Noord-Nederland is geen 'spoedgeval'.

⁴¹ Gezamenlijke uitgangspunten bij regiovisies spoedeisende zorg. *Zorgverzekeraars Nederland*, februari 2014

⁴² Regioplan complexe spoedeisende zorg regio Noord-Nederland. *Zorgverzekeraars Nederland*, 16 januari 2014

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

Het feit dat de zorgverzekeraars komen met een regioplan voor Noord-Nederland is op zich in lijn met de landelijke inzet van Zorgverzekeraars Nederland, om te komen tot een herinrichting van de acute zorg.

De wijze waarop de landelijke Kwaliteitsvisie van Zorgverzekeraars Nederland is vertaald in het regioplan voor Noord-Nederland illustreert de bijzondere geografische en demografische situatie in de regio. Het publieke belang van bereikbaarheid domineert in Noord-Nederland in veel gevallen de belangen van doelmatigheid en 'optimale' kwaliteit.

Het regioplan voor Noord-Nederland, zoals beschouwd in deze Quick Scan, mist een probleemanalyse en een heldere formulering van de nagestreefde doelen.

Het regioplan maakt niet duidelijk welke winst er in Noord-Nederland te behalen is in termen van kwaliteit en doelmatigheid.

Het regioplan gaat niet in op de consequenties voor de burger/patiënt, huisartsen, en de zorginfrastructuur in bredere zin.

Het regioplan houdt geen rekening met de bredere betekenis van acute zorg voor ziekenhuizen, verwijzers en patiënten.

Het regioplan heeft hoogstwaarschijnlijk consequenties voor het niet-acute deel van het zorgaanbod van de ziekenhuizen. Op dit terrein worden niet alleen de ziekenhuizen, maar ook de verzekeraars geacht met elkaar te concurreren. Aan deze consequenties wordt in het regioplan voorbij gegaan.

5.2 Aanbevelingen

Noord-Nederland is gebaat bij een, gegeven de geografische en demografische situatie, optimale bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid van de acute zorg. Om dat gemeenschappelijke belang blijvend te kunnen borgen moeten alle belanghebbenden en betrokkenen nauw samenwerken en soms hun eigen belang ondergeschikt maken.

Dat vraagt om transparantie over de uitgangssituatie en beoogde doelen, om inzicht in en respect voor de wederzijdse ambities en belangen, en om een toekomstgerichte en gedeelde visie. Vanuit het vertrekpunt dat het er nu niet om gaat of het niet goed is, maar of het beter kan in het belang van de patiënt.

Noord-Nederland is gebaat bij een goede en onderbouwde dialoog over de acute zorg, waarin alle belanghebbenden kunnen participeren en waarvoor voldoende tijd wordt genomen. Die tijd is er ook, want er is nu geen acuut probleem dat moet worden opgelost.

Twynstra Gudde

Bij die dialoog moeten meerdere vragen worden beantwoord:

- wat is de huidige situatie, in termen van bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid van de acute zorg in Noord-Nederland
- waar is, rekening houdend met toekomstige ontwikkelingen, verbetering mogelijk
- in welke concrete doelen vertaalt zich dat (bereikbaarheid, kwaliteit, doelmatigheid)
- wat moet daarvoor gebeuren
- wie zijn daarbij betrokken
- wat is daarvoor nodig en weegt dat op tegen de beoogde verbetering
- hoe kan dat worden bereikt en wie maakt dat mogelijk.

In dat proces moet expliciet aandacht zijn voor de relatie tussen acute en niet-acute zorg, omdat dit raakt aan het profiel en de concurrentiepositie van de ziekenhuizen, van betekenis is voor patiënten en huisartsen, en de ruimte bepaalt waarbinnen zorgverzekeraars gezamenlijk kunnen optrekken.

Bronnenlijst

Literatuur

- Analyse gevoelige ziekenhuizen. *Zwakhals, S., Kommer, G. RIVM, 2011*
- Changes in Abdominal Aortic Aneurysm Rupture and Short Term Mortality 2005-2008. *Ann Surg. Schermerhorn, M. L., Rodney P. Bensley et al., 2012*
- Concentratie, specialisatie en samenwerking van ziekenhuiszorg. *Regieraad, 2011*
- Concept richtlijn Intensive Care. *Nederlandse Intensive Care Vereniging, 2013*
- Concept richtlijn Intensive Care 2006. *Nederlandse Intensive Care Vereniging, 2006*
- CVA Benchmark 2012. *Kennisnetwerk CVA Nederland, juli 2013*
- De brede betekenis van acute zorg. *Twynstra Gudde in opdracht van de NVZ, 2013*
- De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg, tijd voor een brede benadering. *Consortium Onderzoek Kwaliteit van zorg, 2012*
- Gezamenlijke uitgangspunten bij regiovisies spoedeisende zorg. *Zorgverzekeraars Nederland, 2014*
- Grote intensive care afdelingen werken continu aan kwaliteit. *Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011*
- Informatiebehoeften en kwaliteitsaspecten in de eerstelijns- en acute zorg vanuit patiëntenperspectief. *Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie en ZonMW, 2007*
- Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg. *Zorgverzekeraars Nederland, 2013*
- Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg Zorgverzekeraars Nederland, een gemiste kans. *Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen, 2013*
- Kwaliteitszorg CVA: volume is een slechte raadgever, belangrijker om te kijken naar uitkomsten en patiëntervaringen. *Limburg, M., Scherf, S., Wimmers, R., Lingsma, H. Medisch Contact, 2013*
- Beroerte 2008-2011. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid, *Mulder M (RIVM), 2011*
- Ons Ziekenhuis, Patiëntgericht. *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2008*
- Proportion of Patients treated with thrombolysis in a centralized versus a decentralized acute stroke care setting. *Lahr, Luijckx, Vroomen, 2012*
- Referentiekader Spreiding Acute Zorg. *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Interprovinciaal Overleg, februari 2003*
- Regioplan Noord-Nederland. *Zorgverzekeraars Nederland, 2014*
- Regioplan Noord-Nederland, Bijlage 3. *Zorgverzekeraars Nederland, 2014*
- Regioplan Noord-Nederland, Bijlage 5. *Zorgverzekeraars Nederland, 2014*
- Regioplan complexe spoedeisende zorg regio Noord-Nederland, *Zorgverzekeraars Nederland, 16 januari 2014*
- Samenvatting eindrapportage stroomlijnen van acute zorg in een zorgketen. *Acute Zorg Netwerk Noord Nederland, september 2011*
- Uitgangspunten en Kwaliteitscriteria vanuit Patiëntenperspectief. *Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2006*

Websites

- Basis Online, <http://www.basis-online.nl/index.cfm/1,109,349,0,html/Doelmatigheidsbevordering-in-de-Zorgverzekeringwet>, 2014

Twynstra Gudde

- De Nederlandse CVA vereniging, <http://www.cva-vereniging.nl/pages/het-cva/voorkom-en-herkennen-cva.php>, 2014
- Kennisnetwerk CVA, <http://www.kennisnetwerkcv.nl/> , 2014
- Kennisnetwerk CVA gegevens Drenthe, <http://www.kennisnetwerkcv.nl/zuid-oost-drenthe-1>, 2014
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie, <http://www.neurologie.nl/publiek/nieuws/actueel/persbericht-nvn-waarschuwt-voor-averechtse-effecten-van-aanbevel>, 2013
- Nivel, <http://www.nivel.nl/comorbiditeit-en-multimorbiditeit>, 2014
- Ziekenhuizen Transparant, www.ziekenhuizen transparant.nl, 2012
- Zorgatlas (RIVM), <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorgatlas\Gezondheid en ziekte/Ziekten en aandoeningen\Hartvaatstelsel, 28 februari 2013
- Zorgelijk.nl, <http://www.zorgelijk.nl/index.php/professional-kwaliteit-en-veiligheid/156-in-elk-ziekenhuis-intensieve-care-en-spoedeisende-hulp>, 2012
- Zorgkantoor Friesland, <http://www.zorgkantoorfriesland.nl/zorgaanbieders/samenwerken-met-zorgkantoor-friesland/ketenzorg/cva.aspx>, 2014



Amersfoort
Stationsplein 1
Postbus 907
3800 AX Amersfoort
033 - 467 77 77

Den Haag
Herengracht 9
2511 EG Den Haag
070 - 304 74 20

www.twynstragudde.nl

KvK 31031754

ROA | Ingeschreven in het
kwaliteitsregister
organisatieadvies