



nederlandse vereniging van artsen
voor verstandelijk gehandicapten

Handreiking
aanrijtijden bij acute zorg
voor artsen voor verstandelijk gehandicapten

Voorwoord

Het vak geneeskunde voor verstandelijke gehandicapten omvat een breed spectrum binnen de gezondheidszorg. Het vak kent enerzijds raakvlakken met de huisartsgeneeskunde en het vak van de specialist ouderengeneeskunde, anderzijds met klinische specialismen als revalidatiegeneeskunde, psychiatrie en neurologie. De arts voor verstandelijk gehandicapten (hierna AVG) is een integraal werkend arts met als doelgroep mensen met een verstandelijke beperking. Deze doelgroep heeft specifieke kenmerken die een apart specialisme rechtvaardigen.

De gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijke beperking wordt voor een aanzienlijk deel bekostigd vanuit de AWBZ. Dit geldt zeker voor de geïstitutionaliseerde zorgverlening. De AVG is vrijwel altijd in dienst van een zorginstelling. Binnen die instelling verleent de AVG medische zorg. Afhankelijk van de wijze waarop de zorg in die instelling is georganiseerd, bestaat die zorg uit algemeen medische zorg en/of doelgroepspecifieke medische zorg. Dit betekent dat de AVG in sommige instellingen zowel de algemeen medische zorg als de doelgroepspecifieke medische zorg verleent en in andere instellingen alleen doelgroepspecifieke medische zorg. In dat laatste geval verleent een huisarts de algemeen medische zorg.

Hoe de acute medische zorgverlening is georganiseerd hangt af van de wijze waarop de medische zorg in de zorginstelling is geregeld. Wanneer de huisarts de algemeen medische zorg levert dan wordt nogal eens aansluiting gezocht en gevonden bij een huisartsenpost. Wanneer de AVG de algemene medische zorg levert dan doet de AVG zelf de acute medische zorgverlening.

Met het oog op het verlenen van kwalitatief goede zorg is de vraag opgekomen hoe de spoedeisende zorg aan mensen met een verstandelijke beperking geregeld is. Meer specifiek is de vraag opgekomen of er een norm bestaat waarbinnen een AVG medisch noodzakelijke zorg dient te verlenen. In deze handreiking wordt deze norm beschreven. Bij de beschrijving van de norm is goed gekeken naar de normen die er in het medische veld al beschreven zijn.

Aan deze handreiking hebben meegewerkt namens KNMG Consult mr. Diederik van Meersbergen, gezondheidsjurist en Esther Bakker-van Gijssel, voorzitter NVAVG, Luc Imschoot, AVG, Titia Kranenburg-de Koning, AVG en Madelon Toepoel, AVG.

Inhoud

Samenvatting

1. Inleiding

2. Zorg door de AVG en probleem verkenning

- 2.1 *Welke zorg wordt door AVG geleverd?*
- 2.2 *Op welke wijze is de zorg georganiseerd?*
- 2.3 *Aanrijtijden bij acute zorg tijdens de ANW-diensten*

3. Norm voor aanrijtijden AVG

- 3.1 *Bestaande norm*
- 3.2 *Invulling criteria van de KNMG*
- 3.3 *Norm aanrijtijd voor AVG*

BIJLAGEN

Bijlage 1 KNMG Normstelling aanrijtijd hulpverleners

Bijlage 2 Aanrijtijden andere medische beroepen

- 1 *Wettelijke norm*
- 2 *Wetsvoorstel Wet cliënten rechten zorg (WCZ)*
- 3 *Norm KNMG*
- 4 *Ambulancevervoer*
- 5 *Huisartsen*
- 6 *Huisartsenposten*
- 7 *Specialist ouderengeneeskunde*
- 8 *Medisch specialisten*
- 9 *Productspecificaties ZZP*

Bijlage 3 Werkzaamheden AVG

Bijlage 4 Verschillende zorgvormen AVG en financiering

Bijlage 5 Zorg zwaarte pakket GZ

Samenvatting

Instellingen die AVG-zorg verlenen moeten zorgen dat de kwaliteit van die zorg goed is. Dit betekent onder meer dat de zorg tijdig moet worden verleend, ook tijdens de diensten. Dit roept de vraag op binnen welke tijd een AVG in de instelling aanwezig moet zijn bij spoedmeldingen. Dit wordt 'aanrijtijd' genoemd.

In de praktijk wordt de acute algemene medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking tijdens de ANW-diensten verleend door huisartsen en/of huisartsenposten. In sommige situaties echter wordt de acute algemene medische zorg door de (dienstdoende) AVG geleverd. De aanrijtijden die daarbij gelden zijn gebaseerd op de normen die voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde gelden.

Deze handreiking gaat in op de vraag binnen welke tijd de AVG die **acute algemene medische zorg verleent** tijdens de ANW-diensten in de instelling aanwezig dient te zijn.

- Bij een spoedmelding dient de AVG op zo kort mogelijke termijn de noodzakelijke hulp te realiseren.
- Uitgangspunt daarbij is dat de best mogelijk zorg geleverd wordt. Dit kan betekenen dat zo nodig aan de 'verpleegkundige voorwacht' (de reeds aanwezige verpleegkundige of andere cliëntenbegeleiders) een opdracht gegeven wordt of dat via 112 een ambulance gebeld wordt.
- Gezien het relatief gering aantal in Nederland geregistreerde AVG kan het zijn dat de aanrijtijd voor een bepaalde instelling (met name tijdens de ANW-dienst) zo groot is dat hierdoor het verlenen van kwalitatief goede zorg in het gedrang komt.
- In dat geval dienen samenwerkingsafspraken met andere professionele hulpverleners zoals huisartsen en ambulancediensten gemaakt te worden.
- De AVG die signaleert dat de kwaliteit van zorg in het gedrang komt moet deze signalen (mondeling of schriftelijke) aankaarten bij het management of bestuur van de instelling of organisatie. Gezamenlijk dient dan gezocht te worden naar oplossingen en mogelijkheden in de vorm van samenwerkingsafspraken met andere organisaties in de regio, waarneming, achterwacht en dergelijke.

Met betrekking tot de doelgroepspecifieke medische zorg, geldt de volgende norm:

Indien alleen doelgroepspecifieke medische zorg door de AVG wordt verricht dient de (dienstdoende) arts bereikbaar te zijn en binnen tien minuten op een oproep te reageren en bij een spoedmelding dient de AVG op zo kort mogelijke termijn de gevraagde en noodzakelijke hulp te realiseren.

1. Inleiding

Uit de Kwaliteitswet zorginstellingen vloeit voort dat instellingen ervoor moeten zorgen dat de kwaliteit van zorg goed is. Dit betekent onder meer dat de zorg tijdig moet worden verleend, ook tijdens de avond-, nacht, en weekenddiensten (ANW- diensten). In welk geval er sprake is van tijdige zorg zal afhangen van de omstandigheden van het geval. Verschillende beroepsgroepen, zoals huisartsen en verpleeghuisartsen hanteren in dit kader normen die aangeven binnen welke termijn een arts in een instelling aanwezig moet zijn. Dit wordt de *aanrijtijd* genoemd.

In de praktijk wordt de *acute* algemene medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking tijdens de ANW-diensten verleend door huisartsen en/of huisartsenposten. In die situaties gelden dan ook de normen voor aanrijtijden die voor huisartsen en/of huisartsenposten zijn opgesteld (**zie bijlage 2**). In sommige situaties echter wordt de acute algemene medische zorg door de (dienstdoende) AVG geleverd. De vraag doet zich voor welke normen met betrekking tot de aanrijtijden dan gelden. De NVAVG heeft derhalve gemeend hierover een handreiking te moeten opstellen.

Deze handreiking gaat in op de vraag binnen welke tijd de AVG die acute algemene medische zorg verleent tijdens de ANW-diensten in de instelling aanwezig dient te zijn. De volgende definitie voor het begrip acute zorg wordt gehanteerd:¹

Acute zorg is het antwoord op een zorgvraag die door de burger als acuut wordt ervaren. De toewijzing van de juiste zorgverlener en behandeling bij de juiste hulpvraag is een aangelegenheid van de professionals.

Uitgangspunt van deze handreiking is dat de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking van eenzelfde, kwalitatief goed, niveau dient te zijn, onafhankelijk van de vraag op welke wijze die zorg is georganiseerd.

Deze handreiking heeft *geen* betrekking op andere situaties waarin de AVG zorg verleent, zoals zorg die poliklinisch wordt verricht.

2. Zorg door de AVG en probleem verkenning

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de vraag voor welke situaties deze handreiking is bedoeld. Daartoe wordt allereerst uiteengezet welke zorg door AVG'S wordt geleverd en op welke wijze die zorg is georganiseerd. Daarna wordt uiteengezet in welke situaties deze handreiking voor aanrijtijden is bedoeld.

2.1 Welke zorg wordt door AVG's geleverd?

De zorg die door AVG'S wordt geleverd is op te splitsen in *algemene medische zorg* en *doelgroepspecifieke medische zorg*. Dit onderscheid is terug te voeren op het Besluit zorganspraken AWBZ.²

Artikel 15, eerste lid, sub a van dat besluit luidt:

“Voor zover gepaard gaande met verblijf in dezelfde instelling, omvat de zorg, bedoeld in de artikelen 8 en 13, tevens: *geneeskundige zorg van algemeen medische aard*, niet zijnde paramedische zorg.”

Artikel 8 van dat besluit luidt:

“Behandeling omvat door een instelling te *verlenen behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard* gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of

¹ NHG-Standpunt De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg.

² Besluit van 25 oktober 2002, Stb. 2002, 527, laatst gewijzigd, Stb. 2010, 764.

beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap.”

Om te komen tot een helder en eenvoudig begrippenkader is gekozen voor de beschrijving van het zorgaanbod van de AVG is gekozen de termen **algemene medische zorg** en **doelgroepspecifieke medische zorg** te hanteren. Doelgroepspecifieke medische zorg geeft hierbij aan dat de medische zorg geschikt is voor een specifieke doelgroep, namelijk mensen met een verstandelijke beperking. De term ‘doelgroepspecifieke medische zorg’ kan desgewenst worden afgekort tot ‘specifieke medische zorg’, maar dat is wel iets minder duidelijk.³

2.2 Op welke wijze is de zorg georganiseerd?

De meeste AVG's zijn verbonden aan zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking. Het zorgaanbod aan de cliënten in deze instellingen is, zoals in paragraaf 3.1 is aangegeven, op te splitsen in *algemene medische zorg* en *doelgroepspecifieke medische zorg*. Niet alle AVG's leveren beide vormen van zorg. Dit is afhankelijk van de wijze waarop de zorg in een instelling is georganiseerd. In de praktijk komt het namelijk voor dat de huisartsen de algemene medische zorg in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking voor hun rekening nemen. In dat geval richten de AVG's zich op het verlenen van de doelgroepspecifieke medische zorg. In andere instellingen wordt zowel de algemene medische zorg als de doelgroepspecifieke medische zorg door de AVG geleverd.

De volgende twee situaties doen zich derhalve dus voor.

1. De AVG levert algemene medische zorg en doelgroepspecifieke medische zorg.
2. De AVG levert alleen doelgroepspecifieke medische zorg.

In de tweede situatie wordt de algemene medische zorg geleverd door een (gecontracteerde) huisarts.

In **Bijlage 4** worden deze verschillende zorgvormen en de wijze van financiering daarvan nader beschreven.

2.3. Aanrijtijden bij acute zorg tijdens de ANW-diensten

Acute zorg door huisarts

In de hiervoor onder 2 aangegeven situatie – waarin de AVG alleen doelgroepspecifieke medische zorg verleent en de algemene medische zorg door een (gecontracteerde) huisarts wordt geleverd – doet zich geen probleem voor met betrekking tot de acute zorg. In die gevallen regelt de huisarts namelijk zowel overdag als tijdens de avond-, nacht-, en weekenddiensten (ANW-diensten) de acute zorg. Met betrekking tot de aanrijtijden hanteren huisartsen normen die beschrijven binnen welke termijn een huisarts geacht wordt zorg te leveren. Dergelijke aanrijtijden bestaan er ook voor de huisartsenzorg die via huisartsenposten wordt geleverd tijdens de avond-, nacht-, en weekenddiensten. In **bijlage 2** zijn deze normen weergegeven.

Acute zorg door AVG's

In de hiervoor onder 1 genoemde situatie – waarin de AVG naast de doelgroepspecifieke medische zorg ook de algemene medische zorg verricht – dient de AVG er ook zorg voor te dragen dat de acute zorg goed georganiseerd is. Dit levert overdag doorgaans geen problemen op omdat er dan in een instelling een AVG aanwezig is.

Tijdens de ANW-diensten kan dit wel problemen opleveren. Om de tijdigheid 7 x 24 uur te garanderen, dus ook gedurende de avond-, nacht-, en weekenden (ANW), werken artsen voor verstandelijk gehandicapten aan de hand van een dienstrooster. Gezien het aantal in Nederland geregistreerde AVG's is er een beperkte beschikbaarheid. In de praktijk zal dit betekenen dat een dienstdoende AVG voor verschillende instellingen dienst heeft. Deze

³ Zorgaanbod van de AVG, hoofdstuk 5, Het zorgaanbod van de AVG: begrippenkader.

instellingen kunnen, afhankelijk van de geografische spreiding, ver uit elkaar liggen. Dit heeft invloed op de tijd waarbinnen een AVG in een instelling aanwezig kan zijn. Dit roept de vraag op welke aanrijtijd gehanteerd moet worden om te zorgen dat de kwaliteit van zorg gegarandeerd wordt. Deze handreiking stelt eisen aan de aanrijtijden in deze situatie.

3. Norm voor aanrijtijden AVG's

3.1. Bestaande norm

Op dit moment bestaat er geen concrete norm voor aanrijtijden voor AVG's. In de productspecificaties van de Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP) is wel in algemene zin aangegeven welke zorgverleners aanwezig, beschikbaar, of oproepbaar moeten zijn (zie ook **bijlage 2**).

Bij het formuleren van een concrete norm kunnen de criteria die door de KNMG opgesteld zijn ontwikkeld zijn als leidraad dienen (**zie bijlage 1**). Daarnaast kan bij het invullen van de norm gekeken worden naar de normen die voor andere beroepsgroepen gelden. Met het oog op het soort werkzaamheden dat AVG's verrichten – zoals beschreven in hoofdstuk 2 – ligt het voor de hand de normen voor aanrijtijden te vergelijken met die voor huisartsen en de specialist ouderengeneeskunde.

3.2 Invulling criteria van de KNMG

Bij het vaststellen van een aanrijtijd kunnen de normen die door de KNMG opgesteld zijn gehanteerd worden. Als norm voor een gewenste spoedige aanrijtijd wordt uitgegaan van een 'medisch verantwoorde tijd'.

In de KNMG normen is een aantal criteria opgenomen. Deze criteria zullen per regio of stad (bij voorkeur in ketenverband) nader ingevuld moeten worden door de gezamenlijke betrokken partijen (AVG's, verpleegkundigen, ambulancediensten). Het gaat dan om de volgende criteria:

- het moet gaan om (dreigend) *risico voor gevaar* voor de patiënt zelf of voor anderen;
- In protocollen of richtlijnen moet worden aangegeven welke aandoeningen 'spoedeisende zorg' vereisen op basis van *medisch inhoudelijke argumenten (evidence based)*³.
- Bij de normstelling speelt ook de *geografische situatie* een belangrijke rol. Gaat het om verstedelijkt gebied of platteland, hoe ver liggen de instellingen uit elkaar?
- Ook de *verkeersomstandigheden en mobiliteit* zijn van belang. Zo zijn er structurele obstakels als: bereikbaarheid via de weg, tijdstip van de dag en verkeersspits, grote aantal stoplichten zo mogelijk op afstand bestuurbaar, omleidingen, verkeersdrempels, éénrichtingswegen, parkeerproblemen, evt. gebruik van de busbaan, evt. gebruik van zwaailichten of attentiebalk op het dak van de auto etc.
- Hoe is de *uitrusting* van de instelling of praktijk? Is er bijvoorbeeld een crash room en/of team beschikbaar in het ziekenhuis voor de eerste opvang waardoor de 'medisch verantwoorde tijd' voor het verlenen van spoedeisende hulp door de hulpverlener iets langer kan zijn.
 - Zijn er mogelijkheden voor de inzet van een *achterwacht* of van *gekwalficeerde hulppersonen* voor spoedeisende hulp.

Aantal AVG's en geografische situaties

Bij het opstellen van de normen moet rekening worden gehouden met het aantal AVG's dat er is en de geografische situatie. In Nederland zijn ongeveer 182 AVG's⁴ geregistreerd. De instellingen die zorg verlenen dienen ervoor te zorgen dat er een dienstrooster is om de zorg gedurende 7x24 uur te kunnen garanderen. In de praktijk zal dit betekenen dat een dienstdoende AVG voor verschillende instellingen dienst heeft. Dit kan problematisch zijn als deze instellingen ver uit elkaar liggen. Het hangt van de geografische ligging van de instellingen af of de dienstdoende AVG tijdig van de ene instelling in de andere instelling kan komen. In meer verstedelijkte gebieden zoals de Randstad zal dat minder problematisch zijn.

⁴ Stand van zaken volgens HVRC op 4 februari 2011.

In andere situaties kunnen de instellingen ver uit elkaar liggen. Dit vergt dan nadere eisen aan de aanrijtijden.

Inzetten van hulppersonen/ achterwacht

Relevant voor het bepalen van de aanrijtijd in acute situaties is nog dat de zorg doorgaans vanuit een instelling verleend wordt. Dat betekent dat er naast de AVG vaak nog andere beroepsbeoefenaren, zoals verpleegkundigen en andere cliëntbegeleiders, aanwezig zijn in de instelling. Deze 'verpleegkundige voorwacht' is in staat om tijdens acute situaties, al dan niet na (telefonisch) overleg met de AVG levensreddende handelingen zoals hartmassage, beademing etc. te verrichten.

3.3 Norm aanrijtijd voor AVG's

Gezien de wijze waarop de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is georganiseerd kan deze – zeker wat de algemeen medische zorg betreft – vergeleken worden met de huisartsgeneeskundige zorg en met de zorg die door specialisten ouderengeneeskunde worden verricht. De norm voor aanrijtijden voor AVG's zal om die reden bij de normen die voor deze beroepsgroepen gelden aansluiten. Daarbij moet rekening worden gehouden met de in paragraaf 3.2 genoemde criteria.

Dit leidt tot de volgende norm voor aanrijtijden voor acute algemene medische zorg tijdens de ANW-diensten.

- Bij een spoedmelding dient de AVG op zo kort mogelijke termijn de noodzakelijke hulp te realiseren.
- Uitgangspunt daarbij is dat de best mogelijk zorg geleverd wordt. Dit kan betekenen dat zo nodig aan de 'verpleegkundige voorwacht' (de reeds aanwezige verpleegkundige of andere cliëntenbegeleiders) een opdracht gegeven wordt of dat via 112 een ambulance gebeld wordt.
- Gezien het relatief gering aantal in Nederland geregistreerde AVG's kan het zijn dat de aanrijtijd voor een bepaalde instelling (met name tijdens de ANW-dienst) zo groot is dat hierdoor het verlenen van kwalitatief goede zorg in het gedrang komt.
- In dat geval dienen samenwerkingsafspraken met andere professionele hulpverleners zoals huisartsen en ambulancediensten gemaakt te worden.
- De AVG die signaleert dat de kwaliteit van zorg in het gedrang komt moet deze signalen (mondeling of schriftelijke) aankaarten bij het management of bestuur van de instelling of organisatie. Gezamenlijk dient dan gezocht te worden naar oplossingen en mogelijkheden in de vorm van samenwerkingsafspraken met andere organisaties in de regio, waarneming, achterwacht en dergelijke.

Met betrekking tot de doelgroepspecifieke medische zorg, geldt de volgende norm:

Indien alleen doelgroepspecifieke medische zorg door de AVG wordt verricht dient de (dienstdoende) arts bereikbaar te zijn en binnen tien minuten op een oproep te reageren en bij een spoedmelding dient de AVG op zo kort mogelijke termijn de gevraagde en noodzakelijke hulp te realiseren.

BIJLAGE 1

KNMG Normstelling aanrijtijd hulpverleners

Voorstel voor normstelling aanrijtijd hulpverleners bij het verlenen van noodzakelijke medische hulp

Inleiding

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de KNMG en de NVZ verzocht normen tot stand te brengen met betrekking tot het tijdsverloop waarbinnen een arts noodzakelijke medische hulp dient te verlenen. Volgens de Inspectie zijn de normen op dit moment zeer divers, onduidelijk of voor bepaalde beroepsgroepen zelfs niet aanwezig. Ook is er, met uitzondering van de Wet ambulancevervoer, geen wettelijke regeling over een afstand- of tijds criterium⁵. Deze notitie strekt ertoe tot een meer heldere en uniforme normstelling voor de aanrijtijd van artsen bij het verlenen van noodzakelijke medische hulp te komen. Daaraan hebben de volgende verenigingen meegewerkt: de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Orde van Medisch Specialisten (OvMS), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA), de NVZ vereniging van ziekenhuizen, en de Koninklijke Nederlandsche Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Helaas heeft de NVZ vereniging van ziekenhuizen tijdens de bestuursvergadering in februari jl. besloten het voorstel niet mede te ondertekenen. De NVZ noemt als reden dat men een concrete tijdsduur waarbinnen de hulpverlener in de instelling moet zijn, in het voorstel genoemd wil zien. In dit voorstel onder de eerste randvoorwaarde wordt echter een algemeen uitgangspunt voor een tijdsduur geformuleerd.

In deze notitie wordt een voorstel op hoofdlijnen gedaan. Meer specifieke zaken zullen per beroepsgroep nader uitgewerkt moeten worden.

Voorstel voor normstelling aanrijtijd

Als norm voor een gewenste spoedige aanrijtijd wordt uitgegaan van een 'medisch verantwoorde tijd'⁶. Voor de nadere invulling van deze norm zal een aantal relevante criteria (zonodig bij wet) aangegeven moeten worden. Deze criteria zullen per regio of stad bij voorkeur in ketenverband nader ingevuld moeten worden door de gezamenlijke betrokken partijen (huisartsen, ziekenhuizen/diverse medisch specialismen, verpleeghuizen, ambulancediensten, verloskundigen, RIAGG/psychiaters etc. en zonodig met de plaatselijke politie). De volgende criteria moeten daarbij worden langsgelopen:

- Het moet gaan om (dreigend) *risico voor gevaar* voor de patiënt zelf of voor anderen⁷
- In protocollen of richtlijnen moet worden aangegeven welke aandoeningen 'spoedeisende zorg' vereisen op basis van *medisch inhoudelijke argumenten (evidence based)*³. Derhalve is een nadere invulling nodig vanuit de diverse wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, verloskundigen, verpleeghuisartsen, huisartsen, GGD, RIAGG etc. Op die basis dient een medisch inhoudelijke inschatting van de specifieke hulpvraag plaats te vinden.
- Bij de normstelling speelt ook de *geografische situatie* een belangrijke rol. Gaat het om verstedelijkt gebied of platteland, hoe ver reikt de nieuwbouwwijk?
- Ook de *verkeersomstandigheden en mobiliteit* zijn van belang. Zo zijn er structurele obstakels als: bereikbaarheid via de weg, tijdstip van de dag en verkeersspits, grote aantal stoplichten zo mogelijk op afstand bestuurbaar, omleidingen, verkeersdrempels,

⁵ zie daarvoor de bijlage waarin de wettelijke norm en de normen binnen de bestaande hulpverleningspraktijk worden weergegeven.

⁶ korte toelichting: het hanteren van een strikt *minuten-criterium* als norm voor de bereikbaarheid van artsen en andere hulpverleners zal, gelet op het besluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit van 2001 ten aanzien van het 15-minuten-criterium voor bereikbaarheid van huisartsen, in strijd zijn met de Mededingingswet. Voorts doet het hanteren van één vast minuten-criterium geen recht aan de zeer uiteenlopende situaties en factoren die essentieel zijn voor het kunnen realiseren van een gewenste spoedige aanrijtijd van hulpverleners voor het bieden van noodzakelijke medische hulp

⁷ dit criterium is ook genoemd in het rapport 'Wettelijke regeling redelijke termijn voor zorgverlening' van het College voor zorgverzekeringen in Amstelveen (27 september 2001)

éénrichtingswegen, parkeerproblemen, evt. gebruik van de busbaan, evt. gebruik van zwaailichten of attentiebalk op het dak van de auto etc.

- Hoe is de *uitrusting* van de instelling of praktijk? Is er bijvoorbeeld een crash room en/of team beschikbaar in het ziekenhuis voor de eerste opvang waardoor de 'medisch verantwoorde tijd' voor het verlenen van spoedeisende hulp door de hulpverlener iets langer kan zijn.
- Zijn er mogelijkheden voor de inzet van een *achterwacht* of van *gekwalificeerde hulppersonen* voor spoedeisende hulp en/of voor (achterblijvende) patiënten. Het inzetten van een achterwacht kan noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld bij (forensisch) geneeskundige diensten die werkzaam zijn voor een groot werkgebied.

In het bovenstaande is uitgegaan van de 'normale omstandigheden'. Er kunnen zich uiteraard altijd overmachtsituaties voordoen, waardoor de uitkomst verkregen door invulling van voornoemde criteria niet (geheel) gehaald kan worden. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij tijdelijke (in tegenstelling tot structurele) verkeersobstakels of andere niet-voorzienbare omstandigheden. Tevens is van belang te benadrukken dat ook patiënten/cliënten hun verantwoordelijkheden hebben en hun bijdrage zullen moeten leveren om de voorgestelde criteria voor het daadwerkelijk kunnen bieden van spoedige noodzakelijke medische hulp te kunnen laten slagen.

Bij voornoemde criteria zijn naar de mening van de werkgroep als randvoorwaarden van essentieel belang dat:

- in ieder geval *communicatie* plaatsvindt tussen hulpvrager⁸ en hulpverlener. Adequate communicatieapparatuur moet daartoe beschikbaar zijn. Uitgangspunt moet zijn dat de dienstdoende hulpverlener of eventueel een gekwalificeerde hulppersoon binnen 5 minuten reageert op een oproep⁹. Voorts zal deze arts of hulppersoon zich moeten *bevinden* (dat betekent niet dat hij daar ook zal moeten wonen) op een locatie welke onder normale omstandigheden¹⁰ op maximaal 30 minuten afstand per auto van de locatie ligt, waar de hulp geboden moet worden. Binnen deze tijd dienen, waar nodig, instructies te worden gegeven voor het verlenen van de noodzakelijke, meest acute medische hulp.
- binnen de afspraken in regionaal-, lokaal- en/of ketenverband tevens aandacht wordt besteed aan punten als: de *optimale inzet* bij hulpvragen (welke mede afhankelijk is van de mobiliteit en beschikbaarheid van vervoer en plaatsing, en van de expertise van de betreffende hulpverleners), de *paraatheid* (ambulances bijvoorbeeld) en de *uitrusting* die tijdens het vervoer onderweg voorhanden is (zoals het belang van de deskundige zorg en ondersteuning in ambulances) en *gebiedsindelingen* die kunnen gelden voor andere betrokken hulpverleners. Het onderwerp verwijzing naar de -bij voorkeur- dichtstbijzijnde instelling in geval van volledige (bed)bezetting dient eveneens onderdeel uit te maken van deze afspraken.
- gekeken wordt naar een zo optimaal mogelijke *spreiding* van instellingen (dat wil zeggen bereikbaarheid van de relevante functies) en (groeps)praktijken van waaruit spoedeisende hulpverlening wordt geboden als ook van spoedeisend vervoer. In het nog in ontwikkeling zijnde Referentiekader Spreiding Curatieve Zorg wordt voor de functionele benadering gekozen. Het is in dat kader niet nodig de instelling als zodanig in stand te houden zolang bepaalde functies binnen verantwoorde tijd (de norm) beschikbaar zijn.
- *transparantie* wordt geboden aan patiënten over de resultaten van de nadere uitwerking van deze normstelling en tijdig heldere informatie over hetgeen zij mogen en kunnen verwachten en waar zij terecht kunnen als een deel van de ketenzorg door omstandigheden niet geboden kan worden.

⁸ In het geval niet de patiënt maar een hulpverlener of hulppersoon een oproep doet aan de dienstdoende hulpverlener om te komen, zal deze laatste, behoudens overmacht, daarop altijd moeten ingaan. Gaat de hulpvraag uit van de patiënt (via bijvoorbeeld de huisartsenpost of een assistente) dan kan deze eventueel telefonisch met de patiënt afgehandeld worden mits dit in overeenstemming is met de professionele standaard. Anders zal hij, behoudens overmacht, op de oproep moeten ingaan.

⁹ Conform de Nota Normpraktijk Gynaecologie.

¹⁰ Zo kan bijvoorbeeld schaarste van artsen binnen het gevraagde specialisme reden zijn de eisen van de werkgever t.a.v. het 'woongebied' aan te passen en de mogelijkheden voor meer inzet van gekwalificeerde hulppersonen zoals agio's of agnio's, uit te breiden.

BIJLAGE 2

Aanrijtijden andere medische beroepen

1 Wettelijke norm

In de wetgeving over de beroepsuitoefening door de arts zijn geen specifieke bepalingen opgenomen over de bereikbaarheid en de maximale afstand tot patiënten in tijd of kilometers. Noch in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet big), noch in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) is daarover iets vastgelegd. Wel mag worden aangenomen dat het tot de in artikel 7:453 BW geformuleerde plicht van een 'goed hulpverlener' behoort, dat de arts nagaat of de patiënt met wie hij een behandelingsovereenkomst heeft binnen voldoende tijd bereikt kan worden zodat hij in staat is tijdig hulp te bieden, met name in situaties dat acute hulp is geboden.

2 Wetsvoorstel Wet cliënten rechten zorg (WCZ)

In het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (WCZ)¹¹ is een bepaling opgenomen op grond waarvan de minister de bevoegdheid krijgt om per gebied (regio) een zorgaanbieder, doorgaans een traumacentrum, aan te wijzen die passende afspraken moet maken met andere zorgaanbieders en andere daarvoor in aanmerking komende veldpartijen, zoals zorgverzekeraars, over het waarborgen van spoedeisende zorg, met specifieke aandacht voor opgeschaalde zorg in het kader van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (art. 42). De norm voor de beschikbaarheid van acute zorg zullen in lagere regelgeving op grond van het wetsvoorstel WCZ opgenomen worden. Veldnormen voor acute huisartsenzorg en voor verloskundige zorg (inclusief de telefonische bereikbaarheid), voor geestelijke gezondheidszorg en verplegings-, ouderen- en gehandicaptenzorg in crisissituaties en opgeschaalde hulpverlening bij rampen moeten nog ontwikkeld worden. Mochten veldnormen uitblijven, dan is de minister bevoegd zelf normen te stellen. In de algemene maatregel van bestuur kan de inhoud van het begrip 'spoedeisende zorg' worden aangegeven, en kunnen nadere regels gesteld worden.¹²

3 Norm KNMG

In 2003 heeft de KNMG op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg een voorstel gedaan voor een norm voor aanrijtijden voor situaties waarbij het gaat om (dreigend) risico voor gevaar voor de patiënt of voor anderen.¹³ In die norm wordt geen concreet minutencriterium gehanteerd maar wordt uitgegaan van 'medisch verantwoorde tijd'¹⁴. De norm hanteert een aantal criteria aan de hand waarvan een concretere aanrijtijd kan worden bepaald. In **bijlage 1** is de norm bijgevoegd.

4 Ambulancevervoer

Het uitgangspunt voor de bereikbaarheid van de acute zorg door ambulances is de bereikbaarheidsnorm van 45 minuten. Deze bereikbaarheidsnorm is als volgt opgebouwd: vanaf de ontvangst van de melding van een ongeval bij de meldkamer heeft de ambulance 15 minuten aanrijtijd om bij de plaats van het ongeval te komen. Vervolgens heeft het ambulancepersoneel 5 minuten stabilisatie- en inlaadtijd. De overige 25 minuten resteert voor het vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een spoedeisende hulp.¹⁵ In Nederland wordt de veldnorm binnen de ambulancesector aangehouden dat in geval van noodzaak 95% van de bevolking binnen 15 minuten bereikt kan worden. Dit is momenteel een planningsnorm

¹¹ Op het moment waarop dit advies tot stand komt was dit wetsvoorstel nog niet in werking getreden maar wel reeds bij de Tweede Kamer ingediend (Kamerstukken II, 2009-2010, 32 402). Het wetsvoorstel zal onder meer grote delen van de Wgbo vervangen.

¹² Kamerstukken II, 32402, nr 3, p. 145/146.

¹³ Voorstel voor normstelling aanrijtijd hulpverleners bij het verlenen van noodzakelijke medische hulp, www.knmg.nl.

¹⁴ Korte toelichting: het hanteren van een strikt *minuten-criterium* als norm voor de bereikbaarheid van artsen en andere hulpverleners zal, gelet op het besluit van de Nederlandse Mededingingsautoriteit van 2001 ten aanzien van het 15-minuten-criterium voor bereikbaarheid van huisartsen, in strijd zijn met de Mededingingswet. Voorts doet het hanteren van één vast minuten-criterium geen recht aan de zeer uiteenlopende situaties en factoren die essentieel zijn voor het kunnen realiseren van een gewenste spoedige aanrijtijd van hulpverleners voor het bieden van noodzakelijke medische hulp

¹⁵ Kamerstukken II, 29 247, nr 115, 29 januari 2010.

en geen zorgnorm. In het door het RIVM ontwikkelde landelijke referentiekader wordt op basis van deze veldnorm de capaciteit en spreiding van de ambulances gepland.¹⁶

5 Huisartsen

Van oudsher gold in de huisartsenpraktijk 15 minuten als aanrijtijd. De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft het 15-minuten-criterium verlaten en vervangen door een inspanningsverplichting die eruit bestaat, dat er op regionaal niveau openbare afspraken zijn of worden gemaakt tussen huisartsen en andere partijen zoals ambulance en ziekenhuizen over de afhandeling van spoedeisende hulpvragen (afspraken van moment van binnenkomst van de hulpvraag tot en met de afhandeling daarvan)¹⁷. In die afspraken moeten ten minste de volgende punten opgenomen worden:

- De inzet bij hulpvragen. Deze is afhankelijk van: de afstand: wie kan het eerst ter plekke zijn, de beschikbaarheid: bij bijvoorbeeld niet direct inzetbare ambulance gaat de huisarts als eerste en de expertise: bij de huisarts is dat diagnostiek en beleid, bij de ambulancedienst de technische vaardigheid.
- De gebiedsafbakening: de waarneemgroep/HAGRO is zelf verantwoordelijk voor de geografische omvang van het gezamenlijk praktijkgebied. Het ligt voor de hand daarbij zoveel mogelijk rekening te houden met gebiedsindelingen van andere hulpverleners.
- De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts o.a. d.m.v. mobiele telefoon waarbij ook de mate van paraatheid een rol speelt.
- De uitrusting onderweg (bijv. ampullen en instrumentarium).
- De mobiliteit (gebruik van busbaan, op afstand bestuurbare stoplichten, gebruik van zwaailichten etc.).

Van een goede afstemming in de keten van spoedeisende medische hulpverlening verwachten de huisartsen meer kwaliteit dan van een tijds criterium. Ook in het model voor een overeenkomst van intercollegiale waarneming van april 2001 wordt niet verwezen naar het 15-minuten-criterium. In de praktijk wordt, als afgeleide van de wettelijke norm t.a.v. de ambulancediensten, in de werkafspraken soms nog wel vastgehouden aan het 15-minuten-criterium.

Een belangrijke overweging bij het verlaten van het 15-minuten-criterium is geweest, dat uit het besluit d.d. 11 april 2001 van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)¹⁸ volgt dat door de 15-minuten-eis een geografische marktverdeling ontstaat omdat de huisartsen geen patiënten kunnen aannemen dan wel overnemen buiten de straal van 15 minuten van hun praktijk. Volgens de NMa is dit mededingingbeperkend en derhalve in strijd met de Mededingingswet.

6 Huisartsenposten

Veel huisartsenzorg wordt in de avond, nacht en weekenden overgenomen door huisartsenposten. Deze huisartsenposten kennen alleen normen met betrekking tot aanrijtijden bij visites. Deze normen zijn opgenomen in de Branchennormen van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN).¹⁹ Voor aanrijtijden vanuit een huisartsenpost is in de norm een onderscheid gemaakt naar de spoedeisendheid van de hulpvraag. Bij een zogenaamde U1 classificatie dient de huisarts binnen vijftien minuten aanwezig te zijn. Bij een U2 classificatie is die norm een uur. De aanrijtijd wordt gerekend vanaf het moment dat de telefoon persoonlijk wordt opgenomen tot moment waarop de dienstdoende arts (de zogenaamde visitearts) bij de patiënt arriveert.

7 Specialist ouderengeneeskunde

In het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg is bepaald dat voor de functie verblijf gecombineerd met verpleging en/of behandeling, 7 x 24 uur een arts bereikbaar en oproepbaar moet zijn.

¹⁶ Ambulance A1 spoedritten: Wat is de relatie tussen responstijd en gezondheidswinst? Scientific Institute for Quality of Healthcare & Acute Zorgregio Oost, R. Malschaert, T.H. van de Belt, P. Giesen Nijmegen, 14 juli 2008.

¹⁷ Uit: addendum d.d. 22 juni 2000 bij de LHV nota 'Bereikbaarheid en Beschikbaarheid van de Huisartsenzorg' van 1989.

¹⁸ Besluit dg Nma d.d. 11 april 2001, TvGr nr. 6, 2001, 2001/45.

¹⁹ HKZ kwaliteitsschema voor huisartsenposten, www.vhn.artsenet.nl, vastgesteld op 14 september 2010.

De betreffende arts dient binnen tien minuten te reageren en binnen dertig minuten ter plaatse te zijn.²⁰ De specialist ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisarts) heeft bij een spoedmelding de verplichting om op zo kort mogelijke termijn de noodzakelijke hulp te realiseren. In de tussentijd kan zo nodig aan de verpleging een opdracht gegeven worden om de nodige maatregelen te treffen of kan een ambulance gebeld worden. De regel dat de specialist ouderengeneeskunde binnen 30 minuten aanwezig moest zijn was al langer gebruikelijk binnen verpleeghuizen, maar gold als inspanningsverplichting. Die norm is nu vastgelegd in het Kwaliteitskader. Locaties die buiten de medisch verantwoorde tijd vallen van de specialist ouderengeneeskunde ontvangen de medische zorg via samenwerking met andere professionele hulpverleners zoals huisartsen en ambulancediensten.

Zowel Verenso als ActiZ (de branchevereniging van de zorgorganisaties) hebben zich verbonden aan het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. In het nieuwsbericht op de website van Verenso staat dat het de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde is om te signaleren wanneer zich knelpunten voordoen in de haalbaarheid van de norm. Signalen moeten zowel mondeling als schriftelijk aangekaart worden bij het management of bestuur van de organisatie. Gezamenlijk dient dan gezocht te worden naar oplossingen en mogelijkheden in de vorm van samenwerkingsafspraken met andere organisaties in de regio, waarneming, achterwacht en dergelijke. Indien op grond van deze signalen geen adequate actie wordt ondernomen of uiteindelijk onvoldoende oplossingen bereikt worden, is het raadzaam dat de inspectie (IGZ) hierover wordt geïnformeerd.²¹

8 Medisch specialisten

In de Toelatingsovereenkomst tussen NVZ en Orde van Medisch Specialisten van juni 2006 is in artikel 13 bepaald, dat de medisch specialist in relatie tot zijn functie en werkzaamheden bij spoedgevallen binnen *verantwoorde tijd* in het ziekenhuis aanwezig moet zijn. In oude toelatingsovereenkomsten werd gesproken over 'redelijke tijd'. Met betrekking tot dat oude begrip is in de jaren 1985-1986 door het Scheidsgerecht Gezondheidszorg bepaald dat dit impliceert dat de specialist in de nabijheid van het ziekenhuis woont en dat daarbij maximaal vijftien minuten per auto rijden een redelijke afstand tussen ziekenhuis en woonplaats is.

9 Productspecificaties ZZP

Sinds 1 januari 2009 verloopt de betaling van de geleverde AWBZ-zorg via zorgzwaartepakketten (ZZP's). Het Centrum Indictiestelling Zorg (CIZ) stelt vast welk ZZP een cliënt nodig heeft. Er zijn 8 ZZP's voor mensen met een verstandelijke beperking. Ten behoeve van de zorginkoop 2011 zijn productspecificaties voor de ZZP's bepaald. Die productspecificaties kunnen behulpzaam zijn bij het contact tussen zorgkantoor en aanbieder over de kwaliteit van de in te kopen en te leveren ZZP's. In de productspecificaties is globaal een aantal regels gegeven die relevant zijn bij het bepalen van de aanrijtijden. Voor de ZZP's 6 en 7 is bepaald dat de AVG 7 X 24 bereikbaar en oproepbaar moet zijn. Oproepbaar betekent in dit verband dat binnen 10 minuten gereageerd moet worden. Voor de ZZP's 3, 4 en 5 geldt dat de huisarts/gedragskundige/AVG binnen 30 minuten aanwezig moet kunnen zijn. In de bijlage bij de productspecificaties is dit schematisch weergegeven (**zie bijlage**).

²⁰ Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg voor de sector Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T), www.zichtbarezorg.nl, p. 43. Het kwaliteitskader gaat over langdurige en/of complexe zorg die geleverd wordt door zorgorganisaties in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. Dat kan zorg zijn binnen muren van een zorgorganisatie of thuis. Het gaat zowel over Awbz-zorg die cliënten met een persoonsgebonden budget betalen als Awbz-zorg die verzekeraars in natura vergoeden. Het kwaliteitskader is niet gericht op huishoudelijk hulp (WMO) en/of kortdurende zorg zoals dagbehandeling, revalidatie en kraamzorg.

²¹ Verenso Nieuws 30 september 2010. www.verenso.nl

BIJLAGE 3

WERKZAAMHEDEN AVG

Werkzaamheden AVG

De Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) werkt op een breed terrein van de geneeskunde. De AVG is een integraal werkend arts waarbij het vak op onderdelen vergelijkbaar is met dat van de huisarts. De AVG heeft zich nader gespecialiseerd in diverse aandoeningen binnen en omgang met de specifieke patiëntengroep van mensen met een verstandelijke beperking. De AVG wordt gefinancierd uit de AWBZ.

Naast de longitudinale medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking die in instellingen wonen, houdt de AVG toezicht op de uitvoering van wet- en regelgeving (zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet BIG, de BOPZ en de WGBO) aan mensen met zowel een intra- als een extramurale (voorheen semimurale) zorgindicatie. Verder biedt de AVG preventieve zorg aan deze patiëntengroepen door middel van onderzoek volgens richtlijnen en 'healthwatch' (monitorings-) programma's. De medische deskundigheid van de AVG richt zich op de specifieke gezondheidsproblemen van mensen met een verstandelijke beperking, waarbij:

- er vele oorzaken voor een verstandelijke handicap zijn, waarmee diverse medische problemen geassocieerd zijn;
- er zich vaak meervoudige stoornissen voordoen;
- er een bijzondere verdeling van ziekten en aandoeningen bestaat;
- er sprake is van een bijzondere presentatie van de klachten;
- er handicapgebonden diagnostische en therapeutische problemen optreden;
- er bij de cliënten sprake is van wisselende gradaties van handelings- en wilsonbekwaamheid, waardoor betrokkenheid bestaat van ouders of (andere) wettelijke vertegenwoordigers en (professionele) begeleiders.

De AVG is doorgaans lid van een multidisciplinair team en kan doorverwijzen naar gespecialiseerde paramedici en gedragsdeskundigen. De AVG beschikt over een netwerk van medische specialisten met een bijzondere deskundigheid en/of betrokkenheid bij de specialistische zorg aan mensen met een verstandelijke handicap, zoals de klinisch geneticus, revalidatiearts, neuroloog, internist, kinderarts en psychiater.²²

²² Handreiking huisarts en AVG. NVAVG en LHV, 2010, www.nvavg.nl

BIJLAGE 4

VERSCHILLENDE ZORGVORMEN AVG EN FINANCIERING

1 Patiënten zonder een AWBZ-indicatie verblijf en behandeling

Deze patiënten behoren van oudsher tot het domein van de huisarts. De huisarts is bekend met de individuele zorgvraag en verwijst de patiënt zo nodig door naar de tweede lijn. Vaak is in de regio een polikliniek voor mensen met een verstandelijke beperking beschikbaar. Soms levert de AVG een bijdrage aan het zorg-/ondersteuningsplan. Deze patiënten worden ingeschreven op naam van de huisarts. De financiering en aanspraken lopen via de Zorgverzekeringswet. De huisarts declareert bij de zorgverzekering.

2 Patiënten met een AWBZ-indicatie verblijf en behandeling, verblijvend in een:

A woonvoorziening zonder AWBZ-toelating voor behandeling in de wijk

Dit zijn vaak de vroegere gezinsvervangende tehuizen. De patiënten kunnen op naam van de huisarts ingeschreven worden. De financiering verloopt via de Zorgverzekeringswet.

B woonvoorziening met AWBZ-toelating voor behandeling

B1. Kleinschalige woonvoorziening in de wijk

De huisartsgeneeskundige zorg is inmiddels voor een deel van deze groep aan de plaatselijke huisarts overgedragen. Het andere deel van deze patiëntengroep krijgt de zorg van de AVG's van de plaatsende instelling. De financiering verloopt via de AWBZ.

B2. Instellingsterrein

De medische zorg aan patiënten die verblijven op instellingsterreinen wordt grotendeels geleverd door AVG's of door huisartsen die naast hun huisartsenpraktijk een contract met een zorginstelling hebben afgesloten. Voor de acute hulpverlening tijdens ANW-diensten en vakanties zijn op veel plaatsen afspraken gemaakt met plaatselijke huisartsen en, in het verlengde hiervan, met centrale huisartsenposten. De financiering verloopt via de AWBZ.²³

²³ Handreiking huisarts en AVG. NVAVG en LHV, 2010, www.nvavg.nl

