

De Spoedeisende Medische Dienst

Een landelijke primeur lonkt: Haagse instellingen onderzoeken of één loket voor basisspoedeisende zorg in de avond, nacht en het weekeinde kan worden gerealiseerd in de regio Haaglanden. In dat geval zou een nieuwe geïntegreerde acute keten deze zorg van 112 meldkamer/ambulancedienst, huisartsenpost, SEH, crisis-GGZ en acute thuiszorg vervangen. Hun callcenters, vervoersdiensten en behandelingen worden dan gebundeld in een zogeheten Spoedeisende Medische Dienst (SEMD).

“Dit is niet logisch.” Honderd dagen nadat hij was aangetreden als voorzitter raad van bestuur bij Huisartsendienst SMASH – die voorziet in drie Haagse huisartsenposten – zette Rob Jansen twee jaar geleden op papier wat hem had verwonderd. Met ‘niet logisch’ doelde hij op de drie acute zorgketens in de ANW-uren: die van de GGZ, de eerste lijn en de tweede lijn.

“Ik denk dat de meeste burgers dit ook op deze manier ervaren”, zegt hij. “Wat doe je bijvoorbeeld als je kind ’s avonds, ’s nachts of in het weekeinde een knikker heeft ingeslikt? Bel je 112, ga je naar de huisartsenpost of rijd je naar de SEH? Deze onduidelijkheid leidt ertoe dat menigene zich niet op het juiste adres meldt en dat de werkdruk voor zorgverleners toeneemt, bijvoorbeeld door onnodige telefoongesprekken, ambulanceritten en patiënten op behandellocaties.”

gebracht in opdracht van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPHuisartsen). Dit document was voor Jansen de aanleiding met de ketenpartners in Den Haag in gesprek te gaan over een mogelijke SEMD. In Een, LHV en VPH ondersteunen de pogingen. Zij zien de SEMD als een potentieel middel om de toenemende drukte in de acute zorg tegen te gaan die burgers, patiënten en zorgaanbieders ervaren.

Wat was voor u de belangrijkste aanleiding om de mogelijkheid van een SEMD te onderzoeken?

Jansen: “Ondoelmatigheid. Ik werd geconfronteerd met een situatie waarin de GGZ-keten, SMASH en de tweede lijn stuk voor stuk een eigen callcenter hadden. Ze boden ook alle afzonderlijk vervoer. Bovendien verzorgt de politie nu vaak het acute vervoer van verwarde patiënten. Dat is onlogisch, voor de po-

het juiste moment op de juiste plaats bij de juiste zorgverlener.”

Wat is er inmiddels veranderd?

“SMASH, de tweede lijn en de GGZ-crisisdienst hebben bestuurlijke afspraken gemaakt over mogelijke samenwerking tussen de callcenters, samenwerking op vervoersniveau en samenwerking op behandellocaties. En zorgverleners binnen de SMASH en de tweede lijn treffen elkaar inmiddels op gedeelde behandellocaties. We zien daar overigens een opmerkelijk verschil. In het Haga-Ziekenhuis, waar de eerste lijn triert, blijft zeventig procent in de eerste lijn en wordt dertig procent verwezen naar de tweede lijn. Op de locaties Bronovo en Westeinde van Haaglanden Medisch Centrum (HMC) doen tweedelijnszorgverleners nu nog de triage. Hier blijft slechts veertig procent van de patiënten in de eerste lijn en gaat zestig procent naar de tweede. Hoe dan ook: nu is er nog seriële samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Het doel is te komen tot geïntegreerde samenwerking, waarbij de huisarts een regierol heeft. Net als tijdens de dagzorg is de huisarts dan de poortwachter die bepaalt of verwijzing naar de tweede lijn nodig is.”

Doel is geïntegreerde samenwerking met een regierol voor de huisarts

Drukke tegengaan

Het was in dezelfde tijd dat Jansen las over een mogelijke oplossing: de Spoedeisende Medische Dienst (SEMD). In 2012 had accountants- en adviesorganisatie KPMG een rapport hierover uit-

litie niet werkbaar en voor de patiënt niet wenselijk. Tot slot hebben alle drie de acute zorgketens een eigen behandellocatie. Ik vroeg me af: kunnen we de ketens integreren tot één SEMD? Het leidende principe is: de juiste patiënt op

Krijgt de huisarts het dan niet nóg drukker?

“Dat is een van de effecten die we in kaart brengen met onze haalbaarheidsstudie. Gelijktijdig zullen dus maatregelen nodig zijn om de werkdruk voor huisartsen te verlagen. We denken onder andere aan de inzet van verpleeg-



De SEMD moet onduidelijkheid wegnemen, zodat de patiënt op het juiste moment op de juiste plaats de juiste zorg krijgt.

kundig specialisten die als zelfstandig handelende en BIG-geregistreerde professionals circa 95 procent van de patiënten op de HAP kunnen behandelen.”

Wat is nodig om te komen tot een SEMD?

“Aan het eind van het jaar moet de haalbaarheidsstudie hebben geleid tot antwoorden op vijf belangrijke vragen. Daarna besluiten de betrokken partijen of ze al dan niet een pilot met een SEMD opzetten. De eerste drie vragen worden ingegeven door Triple Aim. Eén: verbetert de gezondheid van de populatie dankzij een SEMD? Twee: stijgt de kwaliteit van de gezondheidszorg? Drie: wat levert het financieel op? Hieraan voegen we twee vragen toe. Allereerst: wat zijn de – financiële – effecten voor de afzonderlijke partners? En vervolgens: welke maatregelen kunnen worden getroffen om partijen te compenseren die er financieel op achteruitgaan én om het er-

varen werkplezier van de zorgverleners te vergroten? In het kader van de aankomende arbeidsmarktkrapte in de zorg is dit bijzonder relevant.”

Welke zorgpartijen zijn betrokken bij dit initiatief?

“Meldkamer 112 Haaglanden, Regionale Ambulance Voorziening (RAV) Haaglanden, de ziekenhuizen HMC en Haga-Ziekenhuis, de Haagse GGZ-instellingen, de gemeenten Den Haag en Delft en SMASH. Dit zijn partijen waar patiënten instromen. In de toekomst willen we er ook de VVT-sector bij betrekken voor de uitstroom.”

Wat is raadzaam in het proces om tot een SEMD te komen?

“Iedereen onderschrijft het leidende principe dat de patiënt de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats door de juiste zorgverlener wenst en

onnodig verblijf in het ziekenhuis wil voorkomen. Plaats de SEMD dus in het perspectief van substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg. Begin daarbij klein: eerst samenwerking op de afzonderlijke deelgebieden callcenter, vervoer en behandellocaties. Ik raad ook aan het gremium van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) te gebruiken om het idee bespreekbaar te maken en volgende stappen te zetten. Alle bestuurders binnen de regio treffen elkaar binnen het ROAZ. Hanteer verder het Kwaliteitskader Spoedzorgketen als richtlijn. Hierin vind je alle normen waaraan goede spoedzorg moet voldoen.”

Welke knelpunten kunnen opdoemen?

“De drie acute zorgketens hebben alle een eigen adherentiegebied. De drie gebieden moeten worden geharmoniseerd. In de haalbaarheidsstudie gaan we definiëren voor welke populatie we de SEMD willen opzetten. Een ander punt van aandacht is dat acute zorg onder minstens twee macrobudgetkaders valt: die van huisartszorg en ziekenhuiszorg. In overleg met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het ministerie van VWS wordt bekeken hoe de financiering kan worden geregeld.”

Hoe ondersteunen InEen, LHV en VPH het initiatief?

“Wij doen vooral ons voordeel met het netwerk van deze organisaties. Ze zorgen er bijvoorbeeld voor dat vertegenwoordigers van VWS, de NZa en zorgverzekeraars met ons rond de rafel gaan.” <<

Tekst: Gerben Stolk

Foto's: SMASH