

Taakverzwaring door concentratie spoedzorg

De spoedzorg in Nederland staat kwalitatief en qua doelmatigheid ter discussie. Vanaf 2013 trekken de zorgverzekeraars de regie naar zich toe om de spoedzorg te reorganiseren. Wat is de stand van zaken medio 2014 en waar treft het de eerstelijnszorg?

Om betere kwaliteit te bieden is concentratie van de spoedzorg nodig volgens Zorgverzekeraars Nederland¹. De huidige spoedzorg is versnipperd, waardoor de patiënten niet altijd de juiste zorg krijgen, bijvoorbeeld omdat de eerste opvang plaatsvindt door een arts in opleiding of omdat bepaalde acute aandoeningen te weinig voorkomen om routine op te bouwen, of noodzakelijke medisch-technische apparatuur en infrastructuur ontbreekt. In de ambulancewereld is het allang impliciet of expliciet beleid dat men met bepaalde aandoeningen het beste ziekenhuis in plaats van het dichtstbijzijnde ziekenhuis kiest. Voor veranderingen in de spoedzorg verwijst men vaak naar Engeland, waar al een concentratieslag heeft plaatsgevonden. Vooral het CVA-voorbeeld uit Londen komt altijd terug als de best practice.

Kritiek en verzet

Om de kwaliteit te verbeteren hebben zorgverzekeraars inmiddels elf regioplannen opgesteld, waarin concentratie en specialisatie tot uitdrukking komen en in bepaalde verstedelijkte gebieden dertig procent van de SEH's dicht zouden moeten². Natuurlijk is er kritiek en verzet van bestaande instituties vanwege de verwachte consequenties. Inhoudelijke kritiek op gebied van slechtere aanrijdtijden³ en dus later kunnen starten met een spoedbehandeling of de onzekerheid of iets spoed is of niet. Procesmatig door het ontbreken van overleg, het tempo van de veranderingen of de continuïteit van de ziekenhuizen zonder SEH. De lobby van de ziekenhuizen is machtig⁴. Provincies en gemeenten willen hun ziekenhuis voor



Beoordeling van de effecten van concentratie in de spoedzorg wordt belemmerd door de segmentatie bij de zorgverzekeraars, die eerstelijns-, ziekenhuis-, ggz- en farmaceutische inkopers hebben. (Foto: Thinkstock)

de regio behouden, dichtbij voor de burgers en het behoud van vaak een van de grootste werkgevers. Het is dan ook de vraag of de zorgverzekeraars hun plannen tot uitvoer kunnen brengen. De NPCF pleit voor behoud van de toegankelijkheid en één loket voor alle soorten spoedzorg.

Onduidelijkheid en verschillen

Huisartsen, verloskundigen en huisartsenposten zijn direct betrokken bij de verbetering van de spoedzorg. Maar ook de geneesmiddelenverstrekking buiten kantooruren, ambulancezorg en acute zorg voor psychiatrische pati-

enten zijn stakeholders. Eenduidige definities ontbreken, waardoor het niet helemaal duidelijk is wat zorgverzekeraars precies willen: seriële spoedzorg, basisspoedeisende zorg, geïntegreerde spoedzorg, acute zorg, binnen/buiten kantooruren of... ?

En wat zijn nu precies de normen? Dertig minuten, maar dan met eigen vervoer voor de patiënten voor de huisartsenzorg buiten kantooruren en 45 minuten met de ambulance inclusief stabilisatie van de patiënt en aanleveren op de SEH, of toch nog anders? Op basis van informatie van de RIVM is duidelijk dat momenteel 99,6 procent van alle Nederlanders met eigen vervoer binnen dertig minuten een SEH kan bereiken.

1 Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg ZN 2013

2 regioplannen ZN 2013 - 2014

3 RIVM zorgatlas 2013

4 Lamping 2010 NVZ meest machtige lobby uit de gezondheidszorg

Bloedspoed

Dezelfde onduidelijkheid geldt voor de typering van patiënten, hoe spoedeisend is de zorgvraag? De SEH is de ingang van het ziekenhuis voor bloedspoed-patiënten die gestrekt binnenkomen, zelfverwijzers of door de huisarts verwezen patiënten. De SEH vervult deels de rol als spoedeisende hulp maar is misschien nog veel meer een polikliniek voor niet-geplande zorg. Wat we inmiddels weten van de acute zorg is dat slechts tien procent van de contacten echt bloedspoed is. Maar de overige negentig procent patiëntencontacten zijn wel belangrijk voor de productie van het ziekenhuis. Met lage marges en een dalende pro-

ductie vanaf 2013 kan een ziekenhuis zich weinig veroorloven om niet in de rode cijfers te belanden. Al naar gelang de belangen worden alle argumenten en emoties in de strijd gegooid.

De verschillen in de spoedzorg zijn groot. Er zijn SEH's met amper 10 duizend, en ook met 75 duizend patiënten per jaar. In de grote steden is het

aantal zelfverwijzers veel groter, al remt de eigen bijdrage en de hernieuwd ingevoerde verwijskaart deze groep.

In rurale gebieden en losstaande huisartsenposten hebben de huisartsen meer routine in kleine chirurgische verrichtingen en in krimpgebieden is de continuïteit een reëel vraagstuk.

Samenhang

De concentratie van de spoedzorg hangt ook samen met andere veranderprocessen die vooral de eerstelijnszorg betreffen. De extramuralisering van de ouderenzorg zal tot extra visites leiden. De ambulantisering van de ggz, met extra werk voor de POH-ggz overdag, kan buiten kantooruren tot meer verwarde, verslaafde en verwaarloosde patiënten leiden. De jeugdzorg die de gemeenten in samenhang met de huisartsen en ggz moet inrichten zal ook tot extra vraag leiden. En tot slot de geneesmiddelenverstreking buiten kantooruren die vanaf 2014 bekostigd wordt op basis van de dienstenapotheek. Dit leidt tot absurde bedragen voor relatief goedkope medicatie, die rechtstreeks ten laste komen van het eigen risico van patiënten, verschraling van de toegankelijkheid en ontkoppelen van de medische en farmaceutische zorg. Duidelijk is dat de huisartsenzorg fors overvraagd wordt en men bevreesd is voor taakverzwarende effecten door de concentratie van de spoedzorg.

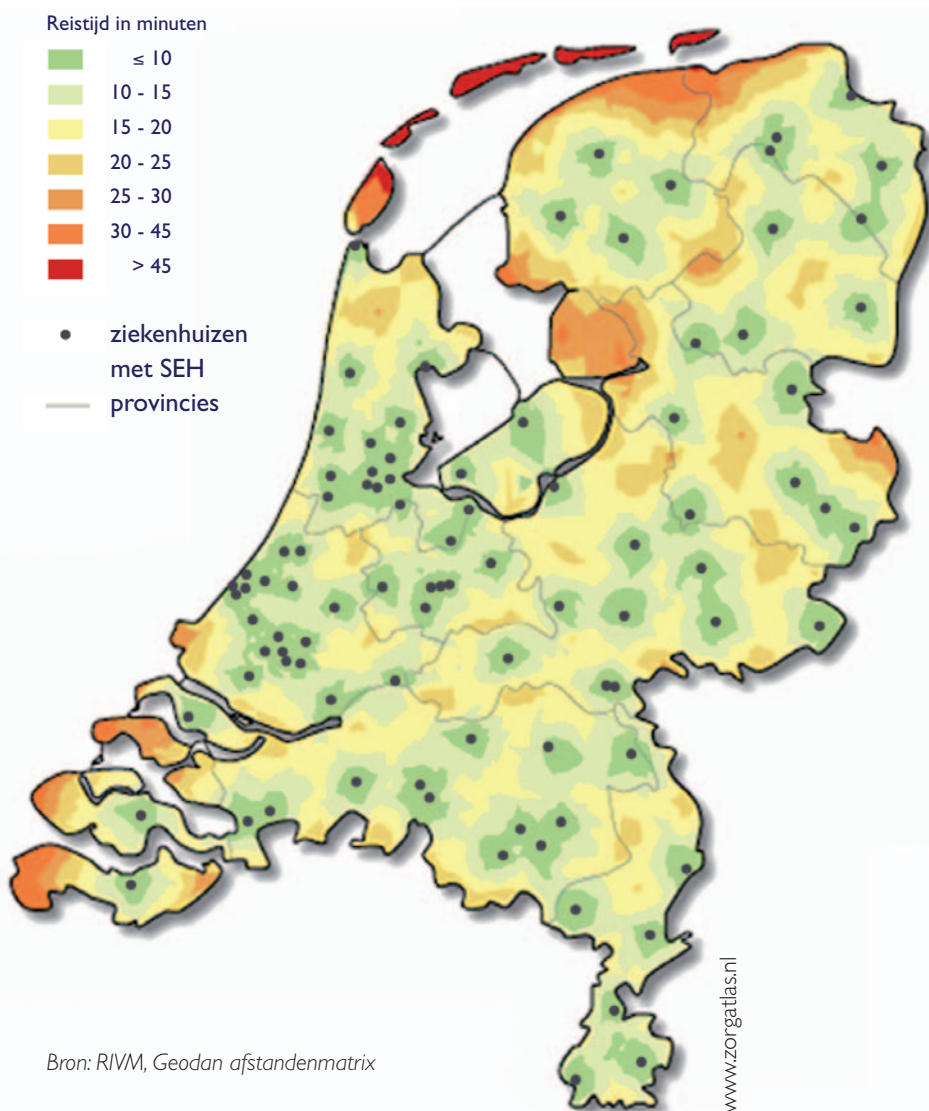
Segmentatie zorgverzekeraars

Maar ook de ziekenhuizen kampen met veranderingen. Het medisch-specialistisch bedrijf dat vanaf 2015 zijn intrede doet, de volume-eisen voor electieve ingrepen, focus in de portfolio of de extra kwaliteitseisen aan de intensive care, die rechtstreeks

De huidige spoedzorg is versnipperd, waardoor de patiënten niet altijd de juiste zorg krijgen

Reistijd tot dichtbijzijnde ziekenhuis met SEH 2013

met de auto, SEH 24 uur open (94 locaties)





differentiatie en het volume van de patiënten in de huisartsenzorg toenemen en vreest voor overbelasting van de huisartsen. Innovatie, taakdifferentiatie, e-health, alternatieve distributie van geneesmiddelen zijn nodig om de problemen op te lossen. Concreet op gebied van medicatie door robots in de HAP, koeriersdiensten of uitgifteloketten om de vijftig procent patiënten die bij een consult op de huisartsenpost medicatie voorgeschreven krijgen, van dienst te kunnen zijn. Het aanpassen van wet- en regelgeving is hiertoe noodzakelijk. Maar ook door de toepassing van diagnostische innovaties of apps als “Moet ik naar de dokter?”

Welling ziet in de combinatie van veranderingen in de zorg en maatschappij een ideale gelegenheid om op lokaal niveau met alle betrokken partijen tot een maatwerkoplossing te komen. Lokale en regionale bestuurders moeten daarvoor proactief zoeken naar oplossingen. In Zuid-Nederland zijn ze met de ziekenhuizen in gesprek over de plannen van de zorgverzekeraars

samenhangen met de SEH en integrale geboortezorg.

Om de effecten van concentratie in de spoedzorg goed te kunnen beoordelen moeten deze effecten veel meer met elkaar in verband worden gebracht. Hier belemmert de segmentatie bij de zorgverzekeraars, die eerstelijns, ziekenhuis, ggz en farmaceutische inkopers hebben. En anderzijds de fragmentatie van de zorgverzekeraars met een beperkt marktaandeel en afgeschaft representatiemodel, wat er toe leidt dat er soms meerdere en soms geen sturing en afstemming plaatsvindt. Dat heeft er ook toe geleid dat ZN vanuit kwaliteitsoptiek de concentratie van de spoedzorg benadert, omdat dat de enige mogelijkheid was om aan de ACM te ontkomen.

Modelmatige benadering

Aan het woord twee direct betrokkenen. Ze beschrijven gezamenlijk de verschillende belangen en complexiteit. De kwaliteit van zorg voor de patiënt, de doelmatigheid voor de maatschappij, de continuïteit voor de ziekenhuizen, de werkgelegenheid voor de gemeenten, de werkdruk voor de huisartsen.

Christel van Vugt van InEen, de brancheorganisatie van eerstelijns organisaties waaronder huisartsenposten over het landelijk beleid, pleit voor een keten van acute zorg met als elementen: de huisartsenposten, SEH's, regionale

ambulancevoorzieningen, ggz, verzorging, verpleging en thuiszorg (VVT-sector) en de geneesmiddelenvoorziening. InEen gaat daarbij uit van een duidelijke samenhang tussen de reguliere huisartsenzorg overdag en de spoedzorg buiten kantooruren, maar ook de samenwerking met eerstelijns organisaties als zorggroepen, gezondheidscentra en huisartsenkringen. InEen gelooft niet in blauwdrukken, wel in best prac-

tices en een modelmatige benadering. De huisartsenpost als voorportaal van het ziekenhuis, met goede triage en uitgebreidere diagnostiek om de verwijfsfunctie te optimaliseren. En behoud van de huidige landelijke dekking, ook als er geen directe koppeling met het ziekenhuis mogelijk is.

Vrees voor overbelasting

Gerben Welling, directeur van twee HAP-organisaties in Zuid Nederland vanuit de regio en praktijk ziet de

en zoeken samen naar oplossingen. De sanering van de spoedzorg moet los gezien worden van de ongeplande opname in het lokale ziekenhuis. Eerste- en tweede lijn kunnen dit samen oppakken en moeten niet wachten op opgelegde plannen van de zorgverzekeraars.

Christel van Vugt, beleidsmedewerker InEen
Gerben Welling, directeur HAP
Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

De huisartsenpost als voorportaal van het ziekenhuis, met goede triage en uitgebreidere diagnostiek om de verwijfsfunctie te optimaliseren