

Nieuwe keuzes **Andere organisatie spoedzorg**

De spoedzorgketen kraakt. Oude organisatiestructuren werken niet meer, maar nieuwe keuzes zijn nog niet zomaar gemaakt. Hoe moet het verder? Prof. dr. Prabath Nanayakkara, hoogleraar acute geneeskunde aan het Amsterdam UMC, en dr. Martijn Rutten, huisarts bij universitair gezondheidscentrum Heyendaal in Nijmegen, nemen een voorschot.

TEKST: MICHEL VAN DIJK

FOTO: FRANK MULLER / HOLLANDSE HOOGTE

De acute zorgketen knelt, partijen in de spoedzorg lopen tegen hun grenzen aan. Zo stijgt het aantal complexe patiënten dat bij de spoedzorg komt. “Denk aan kwetsbare ouderen met comorbide problematiek”, constateert Rutten, coördinator van de NHG-kaderopleiding huisarts en spoedzorg. “Daarnaast spelen maatschappelijke veranderingen een rol. Patiënten komen eerder met hun spoedzorgvragen en zijn ook dwingender in hun zorgvraag.”

‘HAP’s en SEH’s vinden elkaar niet voldoende’

Afgelopen najaar promoveerde Rutten op de samenwerking tussen huisartsenposten (HAP’s) en spoedeisende eerste hulpdiensten (SEH’s). Daar ligt volgens hem meteen een deel van de oplossing voor de druk op de spoedzorgketen. Want die samenwerking kan beter. “HAP’s en SEH’s vinden elkaar niet voldoende. Het zijn andere organisaties, met een andere historische en culturele achtergrond. Bovendien kijken huisartsen, ambulancediensten en SEH-medewerkers anders tegen spoedzorg aan, ze zijn er anders in opgeleid. Twee ongeruste ouders met een ziek kind, voor de huisarts is dat een spoedgeval, ook al hoeft er geen sprake te zijn van medische spoed. Terwijl SEH- of ambulancemedewerkers vooral medische spoed zien, zoals een reanimatie of een verkeersongeval.”

Dubbel werk voorkomen

Hoewel de samenwerking in de afgelopen jaren al sterk is toegenomen, ziet Rutten nog veel kansen voor verbetering. Dat lukt volgens hem het best door de aparte organisaties – HAP, SEH, ambulancediensten – samen te brengen in één nieuwe overkoepelende organisatie, de spoedpost. “Ze werken dan niet langer naast, maar mét elkaar. Professionals, allen vanuit hun eigen deskundigheid, kijken dan samen, als één team, welke zorg de patiënt nodig heeft en hoe ze deze het beste kunnen bieden. Hierdoor lever je de juiste zorg door de juiste professional op één plaats, de spoedpost. Je voorkomt daarmee dubbel werk, en kunt de inefficiëntie in de acute zorgverlening tegengaan.”

Gezamenlijk triageloket

In diverse regio's bestaan al spoedposten, maar die kennen veel onderlinge variatie, constateert Rutten. Sommige hebben één centraal loket, bij andere zijn huisartsenpost en spoedeisende hulp gescheiden. Of de patiënt kan zelf beslissen of hij kiest voor huisartsenzorg of spoedeisende hulp. Die variatie is niet gewenst, stelt Rutten. “Ik pleit voor één gezamenlijke organisatie, waar huisartsen, ambulanceverpleegkundige en SEH-arts collega's van elkaar zijn, ze hun kennis en ervaringen uitwisselen in de gezamenlijke koffiekamer, en ze op piekmomenten de zorg van elkaar kunnen overnemen.”



HOUTSKOOLSCHETS

Het ministerie van VWS bereidt momenteel een 'houtskoolschets' voor van de acute zorg. Minister Bruno Bruins stuurt deze in het voorjaar naar de Tweede Kamer. In de schets zet de bewindsman uiteen hoe de contouren van het spoedzorglandschap er in de toekomst uit moeten komen te zien.



Nee, opgaan in één spoedzorgorganisatie, voor Nanayakkara is dat een brug te ver. “De kracht van HAP’s en SEH’s is juist dat het twee zelfstandig functionerende units zijn. Als je die integreert, verlies je de meerwaarde van de HAP’s. De huisarts wordt dan net zo’n medisch specialist als de SEH-arts, een internist of een chirurg. Terwijl de kracht van huisartsen is dat ze generalistisch naar spoedzorg kijken. Ze zijn in staat om met weinig middelen ingrijpende beslissingen te nemen. We moeten die kwaliteit behouden, dat lukt niet als je overgaat naar één gezamenlijke spoedpost-organisatie.” Nanayakkara is het wel met Rutten eens dat de samenwerking tussen HAP’s en SEH’s beter moet. En ze zijn ook beiden van mening dat er één gezamenlijk triageloket moet komen, met daarachter de gezamenlijke spoedzorgorganisaties. “Maar dan wel met voldoende ervaren triagisten,” stelt Nanayakkara. “Je neemt daarmee druk weg op de spoedzorg in de ANW-uren, omdat ervaren triagisten minder vaak onterechte spoedverwijzingen zullen doen. Ze zullen eerder zeggen: ‘Maakt u zich geen zorgen, er is medisch niets ernstigs aan de hand’ of ‘Ga morgen naar uw huisarts.’ Natuurlijk, investeren in ervaren triage kost geld, maar dat verdient je snel terug doordat je minder patiënten in de spoedzorg krijgt.”

Steun praktijkhoudende huisarts

Nanayakarra hekelt ondertussen de rol van de zorgverzekeraars in de aanpak van de spoedzorg.

“Zorgverzekeraars praten over kwaliteit, maar denken in geld. Vergeet niet dat het in de spoedzorg om de gehele keten gaat. Als je bezuinigt op thuiszorg, dan betaal je dat terug met meer spoedpresentaties. Bijvoorbeeld omdat je de problemen van een thuiswonende kwetsbare oudere niet snel genoeg hebt gesignaleerd.” Hij zou daarom graag zien dat de zorgverzekeraars de praktijkhoudende huisartsen meer ondersteunen, met geld en menskracht. “Ze moeten ervoor zorgen dat het leven van de huisarts tijdens de dagzorg wat gemakkelijker wordt. Zodat deze meer tijd heeft om overdag visites te doen en spoedzorg te leveren.” Ondertussen heeft – én behoudt – de huisarts een belangrijke rol in de spoedzorg, benadrukt Rutten. “Daar is momenteel onder huisartsen discussie over. Sommige huisartsen vinden dat we uit de spoedzorg moeten stappen, juist omdat veel van deze zorg nu op ons bordje komt. Ik zou het onverstandig vinden als we zo’n keuze zouden maken. De continuïteit van de huisartsgeneeskundige zorg komt daarmee in het geding. Bovendien zal de kwaliteit van de zorg erdoor achteruitgaan. Patiënten weten dan niet langer waar ze terecht kunnen met hun zorgvraag, we laten onze ketenpartners in de steek én we zetten onszelf als poortwachter van de zorg buitenspel. Die weg moeten we niet opgaan.”

