

Doe mij maar een HAP-speciaal: Over de toekomst van de spoedzorg in Nederland

Woensdagmiddag 12 december 2012

Locatie Domus Medica te Utrecht.

Ontvangst 14.40 uur. Aanvang 15.00 uur.

Afsluiting en borrel rond 17.00 uur.

Middagvoorzitter en discussieleider: Maria Henneman.

Bekend van NOS journaal en Netwerk; interim manager, ondernemer en kritisch discussieleider.

Doelgroepen: huisartsen, medisch specialisten, betrokken ministeries, consumentenbond, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, ziekenhuisdirecties, landelijke pers, Tweede Kamerleden, betrokken, koepelorganisaties, overige belangstellenden

14.30 uur: Ontvangst

15.00 uur: Inleiding/probleemstelling W. N. van den Berg, huisarts en voorzitter VPHuisartsen

Toelichting op het KPMG rapport: “De basis spoedzorg: hoe het anders kan”
W. Bos, voorzitter KPMG gezondheidszorg.

15.45 uur: 3 debatronden met prikkelende stellingen en wisselende samenstelling van de debatersfora (steeds maximaal 5 personen) Met inbreng van :

W. Bos, voorzitter KPMG Gezondheidszorg

P. Edgar, manager zorginkoop Achmea

R. Leijten, woordvoerder volksgezondheid SP

J. Benedictus, NPCF

W. van den Berg, voorzitter VPHuisartsen

W. van der Meeren, Voorzitter RvB CZ

Mw. M. Neijens, huisartsenkring Amsterdam

E. van der Veen, deze middag plvv woordvoerder volksgezondheid PVDA

M. Bontje, voorzitter Vereniging Huisartsenposten Nederland

B. Koster, manager Zorg Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Mw.. C. Alberda, Beleidcoördinator Acute Zorg ministerie van VWS

C.L. van den Brand, bestuurslid Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen

M. Gaakeer, voorzitter Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen

Mw. M. Weijers, directeur patiëntenzorg Diaconessenhuis Leiden

P. Habets, huisarts en vice voorzitter LH

Drs. F.L.A. Korver MBA, lid raad van bestuur Stichting Zorgpartners

Friesland en directie-voorzitter ziekenhuis Tjongerschans B.V.

H.M. Bolle, directeur Vereniging Huisartsenposten Nederland

Mw. C. Vogeler, programma directeur NPCF

C.A.M. Machielse, programma manager Zorg Menzis

En andere betrokkenen

Verslag van VPHuisartsen symposium

Doe mij maar een HAP-speciaal: Over de toekomst van de spoedzorg in Nederland

Inleiding

Er moet iets gebeuren met de Spoedeisende Hulp (SEH) en de Huisartspost (HAP) in Nederland, zo leidde voorzitter Van den Berg van VPHuisartsen het symposium in. Veel patiënten, die zelf hun klacht diagnosticeren, gaan hiermee niet naar de HAP, maar belanden bij de SEH.

Het eerste probleem hiermee is de doelmatigheid, zo stelt Van den Berg. De SEH is vele malen duurder dan de HAP. Als de patiënt dus eerst de HAP bezoekt, scheelt dat de maatschappij veel geld.

Het tweede probleem is de toegenomen werklast van de huisarts. Dienstdoen is voor de huisarts veel drukker geworden. Veel patiënten, die naar de HAP komen, hebben een medisch niet-urgente klacht, die beter de volgende dag tijdens het normale spreekuur geholpen kunnen worden.

De houdbaarheid van het systeem is het derde probleem. Gepensioneerde en pas opgeleide huisartsen zijn vaak werkzaam als waarnemer en nemen niet deel aan de HAP. De werklast van de HAP komt daardoor op de schouders van de praktijkhoudenden, zonder deelname van steeds meer waarnemers.

Tenslotte is er nog een sociologisch aspect. De vele SEH's en HAP's kunnen bij te veel vrije keus leiden tot overconsumptie en medicalisering.

Om de genoemde redenen heeft VPHuisartsen KPMG ingeschakeld met de vraag om een organisatiemodel te ontwikkelen voor de basis spoedzorg dat tegemoet komt aan de genoemde problemen. Het plan dat vanmiddag wordt gepresenteerd is daar de uitkomst van.

Presentatie Wouter Bos

Wouter Bos van KPMG wil vooral uitleggen wat in het regeerakkoord is opgenomen met betrekking tot deze problematiek.

Bij aanvang van zijn werk bij KPMG liep hij tegen een aantal gevoeligheden aan. Zo werd hij door een directeur van een ziekenhuis erop gewezen dat een ziekenhuis zonder SEH geen echt ziekenhuis is. Een andere gevoeligheid was, dat het verdwijnen van een SEH uit een ziekenhuis productie kost. Bos benadrukt dat dit nu juist de bedoeling is.

In het regeerakkoord ziet Bos een aantal bewegingen met betrekking tot de SEH en de HAP. Een eerste grote beweging beoogt dat er een sterkere rol van de verzekeraar komt door selectieve zorginkoop. In de praktijk is het nu vaak zo dat de zorgverzekeraars met iedereen een contract afsluiten, soms met de een wat gunstiger dan de ander. De bedoeling is ooit geweest dat verzekeraars door met de een wel en met de ander geen contract af te sluiten een sturende rol zouden hebben in hoe patiëntenstromen zich door het zorglandschap bewegen.

De afspraken in het huidige regeerakkoord zijn erop gericht die bedoelde selectieve zorginkoop te versterken. Bijvoorbeeld het veel transparanter maken van kwaliteit, wordt meer en meer verplicht. In de basiszorg zal er alleen maar sprake zijn van gecontracteerde volumes, waardoor de keuzevrijheid van de patiënt wordt beperkt. De patiënt kan niet altijd meer kiezen waar hij behandeld wil worden. De keuzevrijheid en de restitutiepolissen gaan dan naar de aanvullende verzekering en dit betekent dat het inkoopinstrument van de verzekeringen dreigender wordt naar ziekenhuizen.

Daarnaast moeten er om kwaliteitsredenen minder locaties voor acute zorg zijn waarover afspraken gemaakt moeten worden.

Dit alles bij elkaar zal voor grote veranderingen zorgen tussen de verhouding tussen de zorgaanbieder enerzijds en de zorgverzekeraar anderzijds.

De tweede beweging zal ertoe leiden dat er een versterking plaatsvindt van de eerste-en -anderhalve lijn zorg. Substitutie vanuit de tweede naar anderhalve lijn wordt bevorderd, onder andere door een eigen bijdrage voor mensen die zonder verwijzing naar de SEH gaan. Bos stelt dat, meer dan wat dan ook, de SEH-HAP-huisartsen -en -verplegingsfuncties onder één bekostigingssysteem moeten worden gebracht en wel: populatiegebonden bekostiging. Niet meer op basis van verrichtingen, maar op populatiekenmerken.

De prikkels in het systeem staan niet meer in de richting van overproductie maar van ontmoedigen van onnodige medische interventies. Hierdoor zullen er niet alleen meer verrichtingen worden gedaan in eerste en anderhalve lijn maar ook minder verrichtingen in tweede lijn en gaat er minder volume richting het ziekenhuis.

Een verandering in het bekostigingssysteem van de SEH kan voor sommige ziekenhuis betekenen dat zij in de problemen zullen komen en de inkomsten en uitgaven niet meer met elkaar in evenwicht te brengen zijn. In een nieuw hoofdlijnen akkoord van 2015 staat dat er geen 2,5% stijging van het ziekenhuisbudget, maar slechts 2% per jaar zal zijn. Ook het feit dat er, om kwaliteitsredenen, minder locaties zullen zijn waar acute zorg wordt verleend zal dit voor sommige instellingen meer zekerheid betekenen dat zij tot de overgebleven locaties zullen behoren dan anderen. Er komt dan druk op het systeem, waardoor zorgaanbieders op een andere manier moeten gaan werken; ingrijpen in de portefeuille, keuzes maken, samenwerkingsrelaties aangaan, of misschien zelfs ophouden met aanbieden van bepaalde voorzieningen.

Als samenvattende vierde beweging, waar uiteindelijk ook veel vandaan komt, omsluit ook de wens van de onderhandelaars om de enorme stijging van de kosten van de gezondheidszorg een halt toe te roepen. Het akkoord kent grotere bezuinigingen op het gebied van de langdurige zorg (AWBZ) dan op de curatieve zorg. Deze loopt ook meer uit de pas met het buitenland dan de curatieve zorg.

De beoogde gevolgen uit de afspraken in de regeerakkoorden komen neer op een drietal consequenties, concludeert Bos.

Ten eerste de vereenvoudiging van bekostiging in eerste en anderhalve lijn tot en met SEH die ontstaat door middel van populatiebekostiging. De huisartsenbekostiging zal niet volledig populatiegebonden zijn, er zal altijd ruimte zijn voor specifieke afspraken met daar bijhorende specifieke beloningselementen.

Ten tweede zal de positie van de huisarts worden versterkt, juist omdat er een type bekostiging komt bij iedereen die een rol speelt in het voorveld van het ziekenhuis. En omdat er een eigen bijdrage komt voor het bezoek aan de SEH zonder verwijzing.

Ten derde zal er een rem komen op het volume in de tweede lijn, omdat het bezoek aan de SEH en daardoor de instroming in het ziekenhuis zal worden geremd. In het voorportaal kan minstens zo goede zorg geboden worden.

Hoe het anders kan.....de SEMD

Eveline van Beek van KPMG schetst het door KPMG ontwikkelde alternatieve model voor de spoedeisende zorg in Nederland. Dit model is getoetst aan het regeerakkoord.

De patiënt heeft op dit moment meerdere opties voor zijn klacht. Overdag gaat hij naar de huisarts, tijdens avond, nacht en weekend naar de HAP. Uit cijfers blijkt dat de patiënt echter ook vaak de SEH bezoekt, terwijl 80% van de patiënten op de SEH een basis spoedeisende zorg probleem heeft en dus ook terecht had gekund op de HAP. Wij weten dat zorg op de SEH veel duurder is; 3x duurder dan de HAP en 5x duurder dan de huisarts overdag.

Een nieuw concept is de Spoedeisende Medische Dienst (SEMD). De SEMD is altijd gekoppeld aan een ziekenhuis, maar hoeft overdag niet in alle gevallen open te zijn. Er zijn er in Nederland minimaal 47 nodig voor een geografische spreiding. De SEMD wordt betaald, niet meer via DBC's, maar via populatiebesteding gebaseerd op het gemiddelde budget per persoon in die regio. Er wordt altijd triage gedaan en meestal komt de patiënt dan gewoon bij de huisarts terecht. Voortaan gaat de patiënt overdag naar de huisarts en in de avond, de nacht en het weekend naar de SEMD. De positie van de huisarts wordt dan sterker, maar hij krijgt het ook drukker. Er treedt een verschuiving op van patiëntstromen. Wat eerst naar de SEH ging gaat nu naar de SEMD en wordt misschien niet altijd behandeld op de SEMD, maar gaat soms ook terug naar de huisarts. Dat levert heel veel geld op.

De SEMD gaat € 173 miljoen besparen. Hiervan is € 74 miljoen bespaard, omdat de SEMD goedkoper is dan de SEH. Overdag, wat nu bij de SEH plaatsvindt en gewoon bij de huisarts thuishoort, zal in de toekomst dan terug worden gestuurd naar de huisarts. Dat levert een tweede besparing op van € 65 miljoen. De overige € 34 miljoen worden bespaard wanneer patiënten die de volgende dag bij de huisarts kunnen worden geholpen en onterecht op de HAP terecht komen terug worden verwezen naar de huisarts.

Wat betreft de toegankelijkheid worden de normen t.a.v. de bereikbaarheid niet aangepast.

Dit beleid heeft drie consequenties: de bekostiging van spoedeisende hulp wordt goedkoper, de positie van de huisarts wordt sterker, en de volumes in de tweede lijn nemen af.

Vanuit de SEMD een terugverwijzing naar de huisarts kan erg lastig zijn, waarvoor een eigen bijdrage een oplossing zou kunnen zijn. Daarvan moet qua hoogte van het bedrag de balans gezocht worden; hoog genoeg om mensen te ontmoedigen die er eigenlijk niet moeten zijn maar laag genoeg om mensen niet te ontmoedigen die er wel moeten zijn.

Discussie 1

'U vraagt wij draaien'

In de eerste discussieronde wordt besproken of er op dit moment te veel sprake is van een *'u vraagt wij draaien'* cultuur waarin de patiënt op zijn wenken wil worden bediend. Mevrouw Neijens (huisarts in Amsterdam) stelt dat mensen die niet direct op hun wenken bediend worden de neiging hebben om naar de SEH te gaan. Als voorbeeld noemt zij een patiënt die zijn enkel heeft verstuikt en hier vervolgens nog uren op heeft gewerkt en vervolgens toch nog dezelfde dag wil worden gezien. Als zij de patiënt verwijst naar het spreekuur de volgende dag kiest deze er vervolgens voor om naar de SEH te gaan, waar een foto gemaakt wordt, hij een softcast krijgt en pijnstillers. Mevrouw Neijens benadrukt dat een consult bij haar de volgende dag nog geen 9 euro zou hebben gekost, wat duidelijk minder zou zijn dan de kosten gemaakt op de SEH.

In Amsterdam zouden patiënten snel de neiging hebben naar de SEH te gaan, zij weten niet dat zij met dit soort ongelukken naar de HAP kunnen gaan. De patiënt is niet goed geïnformeerd, ook niet door de zorgverzekeraars. Zij benadrukt ook dat de ziekenhuizen patiënten die zichzelf verwijzen naar de SEH met open armen ontvangen, omdat dit hen productie oplevert.

Neijens benadrukt dat de triage een zeer belangrijk instrument is voor de huisarts om te bepalen of een patiënt wel of niet op dat moment geholpen moet worden. Zij schetst een beeld waarin de patiënt veranderd is en uit gemak in het weekend of in avonduren met een niet spoedeisend probleem naar de huisarts gaat. Discussieleider, Maria Henneman, brengt hiertegen in dat uit onderzoek zou blijken dat dit niet de beweegredenen zijn van patiënten om naar de huisarts te gaan.

De heer Benedictus (NPCF) wil ook dat de patiënt beter wordt geïnformeerd over waar zij met hun hulpvraag naartoe kunnen, maar geeft aan dat er niet een persoon of instantie aan te

wijzen is die hiervoor verantwoordelijk is. Bovendien vindt hij dat de toegankelijkheid van de huisartsenzorg goed georganiseerd moet worden. De onduidelijkheid begint volgens hem al bij het begrip kantooruren, waarbij voor niemand duidelijk zou zijn wanneer de patiënt nou precies terecht kan bij de huisarts. Ook hoogopgeleiden weten niet goed waar ze terecht kunnen. Hulpverleners zouden steviger in hun schoenen moeten gaan staan en patiënten verwijzen naar het juiste adres voor hun hulpvraag op dat moment of eventueel zelfs een ander moment.

Teveel aanloop naar de SEH en slecht geïnformeerde patiënten?

Er wordt gesteld dat de aanloop naar de SEH ontspoord is. Twee SEH-artsen uit de zaal zijn het hier niet mee eens. Cijfers van SEH kosten en bezoeken zouden ten opzichte van andere landen relatief laag zijn. Wel wordt er gesteld dat inderdaad de niet spoedeisende zorg niet op de SEH thuis hoort en dit beter opgelost moet worden.

Ook benadrukt Maarten Kok, SEH arts, dat het geen HAP versus SEH is. Essentieel is volgens hem dat er vanuit de patiënt moet worden gedacht. Er is geen sprake van 'U vraagt wij draaien', maar van onvoldoende ingelichte patiënten. Het 'opvoeden' van patiënten zou totaal zinloos zijn. De patiënt zou niet de schuld moeten krijgen van het verkeerd gebruik van een systeem dat de zorgverleners hebben ingericht. Onterechte zelfverwijzers is volgens hem een uiterst verkeerde term. Hij stelt dat je de patiënt prima kunt uitleggen wat wel en niet kan, maar bij de poort een patiënt te weigeren, na de moeite die de patiënt heeft genomen om daar te komen, is volgens hem heel erg grof. De patiënt is een leek en komt niet voor zijn lol op zaterdag op de SEH om daar een paar uur te zitten wachten tot hij of zij wordt geholpen. Leloup, huisarts en lid van VPHuisartsen (Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen), beaamt dat de patiënt niet de schuldige is maar alleen slecht geïnformeerd. De politiek en de zorgverzekering zouden een verkeerd signaal uitgeven dat er 24 uur zorg beschikbaar zou moeten zijn en dat is dan ook wat de burger hoort. Dit probleem moet door de zorgverleners samen worden opgelost, de burger is er niet schuldig aan. 'U kunt altijd komen, u kunt altijd terecht' is het signaal vanuit de politiek en om daar als zorgverlener dan tegen in te gaan zonder conflict met de patiënt is lastig. Om daadwerkelijk alleen de spoedeisende zorg alleen nog maar te verlenen op de SEH noemt zij een 'nobel streven', maar benadrukt ook dat het lastig is om mensen weg te sturen. Zij pleit voor het informeren van de patiënten door de zorgverleners gezamenlijk.

De heer van der Meeren (CZ) ziet als voordeel van het door KPMG gepresenteerde plan dat je als zorgverzekeraar een helder en makkelijk contract kunt afsluiten met de SEMD's en daar publiciteit aan kunt geven, zodat de burger weet waar hij terecht kan. Er moet niet teveel gehamerd worden op financiële aspecten richting de burger, maar eerder dat de burger op een plek wordt behandeld waar de kennis aanwezig is van pluis of niet pluis. Dat is de huisartsgeneeskunde, daar is de patiënt beter op zijn plek en kan sneller geholpen worden. Vaak wil de patiënt geruststelling. Dit kan de huisarts uitstekend doen. Wel moet de toegankelijkheid volgens hem gewaarborgd blijven. Een goede organisatie moet voorkomen dat mensen onnodig naar de SEH gaan. Volgens hem hoeft de spoedeisende huisartsenhulp helemaal niet zo duur te zijn en gaat het ook vaak om geruststelling.

Kosten en verlies van inkomen van de SEH

De heer Korver (directie ziekenhuis Tjongerschans) beaamt dat de SEH gefinancierd wordt met alles wat er binnenkomt, maar benadrukt ook dat het ziekenhuis niet zit te wachten op meer patiënten op de SEH. De infrastructuur die aanwezig is moet natuurlijk wel betaald worden. Dus de behandelingen die worden aangeboden, worden dan misschien wel duurder om te kunnen blijven bestaan. De SEH maakt in het Tjongerschans ziekenhuis circa 5% van

de omzet uit, maar hij zegt ook dat er bij hem mogelijk wel wat minder zelfverwijzers zijn dan in andere regio's.

Later wordt er vanuit de zaal opgemerkt dat er wordt gezegd dat de specialisten geen probleem zouden maken van de inkomstenderving die geleden wordt door de spoedzorg anders te regelen. In de praktijk zou dit anders blijken. Met name de chirurgen zouden in de vorm van traumatologie patiënten veel meer dan 5% omzet verliezen.

Dhr. Bos (cohesie huisartsenorganisatie Venlo) ziet ook problemen met specialisten en hun verlies aan inkomsten. Het enthousiasme van specialisten voor plannen zoals SEMD's zijn volgens dhr. Bos niet zo groot. Hij is bezig met het opzetten van een spoedpost onder regie van de huisartsen voor het ziekenhuis. De chirurgen daar stemmen alleen in met het plan wanneer zij een flinke vergoeding krijgen voor de inkomstenderving die zij hierdoor lijden. Een huisarts uit de zaal neemt het op voor de chirurgen en zegt dat de chirurgen zich bij het ontstaan van de SEMD niet alleen aan de inkomstenderving zullen denken maar vooral ook aan de opleidingscapaciteiten die hiermee verloren zouden gaan.

Kosten SEH in Nederland versus buitenland

De heer van de Brand (NVSHA) stelt dat de intensivering van de samenwerking van de eerste en tweede lijn een goede ontwikkeling is, doordat de patiënt goed weet waar hij terecht moet. Echter hij heeft zorgen over het idee dat de SEH duur zou zijn, wat volgens hem niet zo is. In vergelijking met andere landen zou dit niet het geval zijn.

Later wordt hier vanuit de zaal op gereageerd door een huisarts met het gegeven dat er in het buitenland ook veel minder huisartsen werkzaam zijn, waardoor de SEH kosten daar ook veel hoger zijn. Overdag wordt door huisartsen veel spoedzorg verleend en dit maakt de zorg goedkoper dan in het buitenland.

Eveline van Beek legt uit dat de vergelijking van basisspoed versus spoed in zijn algemeenheid (inclusief medisch specialistische spoed) heel lastig te maken is en dus ook in vergelijking met het buitenland. Voor wat betreft de kosten per inwoner liggen wij op ongeveer hetzelfde niveau als de UK en Denemarken.

'Creatieve destructie' van infrastructuur op de SEH

Volgens de heer Van de Brand zal het wegvangen van eenvoudige problemen van de SEH ervoor zorgen dat bijvoorbeeld opvang van trauma patiënten duurder zal worden doordat de infrastructuur hiervoor behouden moet blijven. Dit is volgens hem ook de oorzaak dat er een groot prijsverschil bestaat tussen de HAP en de SEH. Wel beaamt hij dat dit ten dele zou kunnen worden opgelost door het concentreren van spoedeisende zorg. Nadat er een opmerking wordt gemaakt dat het raar is dat minder urgente gevallen de infrastructuur van de SEH omhoog houden, zegt hij dat een gezamenlijke triage tussen de SEH en de HAP naar zijn mening ook helemaal niet slecht is.

Van de Meeren pleit juist voor minder infrastructuur door middel van sluiting, hij noemt dit "creatieve destructie". Onzinnige dingen in stand houden moet vooral niet gebeuren. Hij benadrukt het belang van triage; de patiënt weet volgens hem zelf niet wat een spoedeisend probleem is. Geruststelling is een van de belangrijkste taken van de huisarts en dat moet goed georganiseerd worden. En wat zeker niet zo moet zijn is het in stand houden van een ziekenhuis door overbodige bezoeken aan de spoedeisende hulp.

Koster vindt het idee van 'creatieve destructie' wel wat kort door de bocht. Hij waarschuwt dat zomaar concentreren problemen met zich mee zal brengen. Er zijn regionale verschillen en om zomaar te gaan concentreren zou volgens hem niet goed zijn. Hij pleit voor maatwerk per regio waar de zorgverzekeraar een belangrijke rol in speelt. Bij de afbouw van infrastructuur zouden ook herstructureringsfondsen moeten komen om dit ook echt mogelijk te maken.

Discussie 2

SEMD een goed idee? Voorbeelden van bestaande samenwerkingsconcepten

Korver ziet als voordeel, wanneer patiënten, bijvoorbeeld via een SEMD, getrieerd worden voordat ze naar de SEH gaan, dat de capaciteiten ook daar gebruikt worden waar ze nodig zijn. Hij ziet eigenlijk geen nadelen. Ook omdat patiënten die geen urgent probleem hebben nu heel lang zitten te wachten voor zij geholpen worden en dit zou door het anders te organiseren verkort kunnen worden. Dit komt de kwaliteit van de zorg en de patiëntvriendelijkheid ten goede.

Koster ziet ook geen problemen qua omzetverlies bij medisch specialisten en denkt niet dat deze hier bezwaar tegen zullen maken. Van de Brandt is wat voorzichtiger en zegt dat er wel goed naar de uitvoering van het plan gekeken moet worden. Integratie en de patiënt op de juiste plek krijgen, vindt hij wel een goede zaak.

Marion Borghuis (directrice HAP Nijmegen) vertelt dat zij een spoedplein hebben in het ziekenhuis in Nijmegen. Zij kennen weinig zelfmelders. Zij hebben een besparing van een miljoen door het opvangen van de zelfmelders. De HAP doet de triage. Zelf doen zij veel onderzoek. Zij vertelt dat zij het rapport nog niet kent, maar dat ze nog even niet ziet wat dit nieuwe plan toevoegt aan wat zij al doen. In 2003 werd 4% van verrichtingen gedaan in avond-, nacht- en-weekenddiensten en dat is nu 5%. Maar zij zien nu dat door de samenwerking met ziekenhuizen dit al naar beneden loopt. Zij konden niet verklaren waarom ze in Amsterdam zoveel minder mensen zagen op de HAP en zij denkt dat dit komt doordat de huisartsen in Nijmegen de spoedzorg ook overdag doen en daarom ook meer naar de HAP gaan. Hiermee suggereert zij dat dit in Amsterdam niet zo zou zijn.

Mevrouw Neijens (huisarts) reageert. Zij vindt dat een patiënt met een spoedeisende vraag die vraag moet kunnen stellen, maar wel dat de triage de taak van de huisarts blijft. Zij benadrukt nogmaals dat sommige problemen ook tot de volgende dag kunnen wachten, zoals bij de patiënt uit haar voorbeeld eerder. Zij waarschuwt ervoor dat zorg leveren aan de patiënt op dat moment dat hij die zorg wil hebben ervoor zorgt dat je dus wel terecht komt in een 'U vraagt wij draaien'-systeem waarbij de regie verloren gaat. Dat Amsterdamse huisartsen de spoedvraag niet beantwoorden, zoals mevrouw Borghuis volgens haar suggereert, wil zij hiermee nadrukkelijk betwisten.

Discussie 3

De bezetting van de SEMD

In de laatste discussie, aangevoerd door de heer Bontje (vereniging VHN), de heer Edgar (Achmea) en de heer Nobel (secretaris VPHuisartsen) wordt besproken wie er nu eigenlijk op de HAP moet komen te werken.

De discussie wordt ingeleid door Hans Nobel. De aanleiding om het plan van de SEMD te laten onderzoeken zou, naast de punten genoemd door Eveline van Beek, nog een element missen, namelijk de werkdruk van de praktijkhoudende huisartsen. De SEMD zou hier een oplossing in bieden doordat de werkdruk verdeeld wordt; de SEMD wordt niet van en voor huisartsen. De verantwoordelijkheid voor de SEMD bezetting wordt verdeeld tussen verpleegkundigen, waarnemers, nurse practitioners etc. Niet zoals bij de huidige HAP waar alleen de praktijkhoudende huisartsen verantwoordelijk zijn voor de bezetting, wat een grote werkdruk met zich meebrengt. Op de SEMD komen wel huisartsen te werken, echter wordt dit anders verdeeld dan bij de huidige HAP. De werkdruk wordt op de SEMD anders verdeeld voor bijvoorbeeld moeders met kinderen, dan voor huisartsen die bijna met pensioen gaan.

Door aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden kun je zorgen dat huisartsen worden aangetrokken deze diensten te doen. Tenslotte zijn zij het meest capabel wat betreft de basis spoedzorg. Huisartsen zijn zeer bereid zich in te zetten voor diensten. Uit een peiling is gebleken dat 4% zou stoppen met diensten wanneer dit niet meer verplicht wordt gesteld. Bij de SEMD zou de verplichting tot het doen van diensten vervallen en zullen huisartsen dit vrijwillig doen. Eerder in de discussie zegt ook mevrouw Neijens over de invulling van de SEMD dat dit niet op het bordje van de praktijkhoudende huisartsen moet komen te liggen. Praktijkhoudende huisartsen zijn op dit moment verantwoordelijk voor het invullen van de zorg. De diensten worden naast het reguliere werk erbij gedaan en het bezetten van een HAP na een drukke werkdag is lastig. Volgens haar moet de bemanning van de zorg buiten kantooruren dan ook anders worden ingericht, niet (alleen) door praktijkhoudende huisartsen.

SEMD of integratie HAP en SEH?

Het plan voor het SEMD systeem klinkt de heer Bontje (voorzitter VHN) als muziek in de oren, maar hij beweert dat er eigenlijk gewoon een integratie moet plaatsvinden van de SEH en de HAP. Hij pleit voor het bestaan blijven van de HAP en integratie met de SEH en daarbuiten dus een aantal HAP's waardoor de dekking landelijk gegarandeerd blijft. Hans Nobel denkt dat dit een te simpele vertaling is en juist niet het idee van dit nieuwe plan. Een SEMD is een medische dienst voor spoedgevallen. Dit betekent het einde van de HAP en het einde van de vrije toegang tot de SEH. De SEH blijven uiteraard bestaan, de SEMD's zijn doorgaans verbonden aan het ziekenhuis.

Uitwerking van het plan

De heer Edgar (Achmea) vraagt zich hardop af of het aantrekkelijk is om zich in te kopen. Het plan is volgens hem nog niet helemaal uitgewerkt. Er zijn wel grote lijnen afgesproken maar er blijven nog een aantal grote vragen liggen. Wanneer wordt een zelfverwijzer echt teruggestuurd? Komt het tuchtcollege dan niet om de hoek kijken? En is de acute geneeskunde niet gewoon een onderdeel van de huisartsgeneeskunde? Kunnen we dit behouden of krijgen we voortaan alleen maar waarnemers?

Het oplossen van ontsporing van de kosten zou volgens hem wel gewaarborgd zijn met dit plan, maar wat de kosten nou eigenlijk zijn van de SEH in Nederland zou dit jaar pas voor het eerst geregistreerd worden. Er is nu een spoed DBC en de kosten worden nu berekend. Hij vraagt zich wel af of de specialistenmaatschappen het wel eens zullen zijn met deze plannen en in hoeverre de ziekenhuisbesturen dit dan door kunnen zetten.

Het is cruciaal dat de triage van de acute zorg huisartsenzorg is en blijft, merkt dhr. Bontje op. Op het moment dat dit niet gebeurt en het ziekenhuis de eerste lijn indringt wordt dit heel kostbaar. Ook is het belangrijk dat werken in een SEMD aantrekkelijk is voor artsen en/of nurse practitioners en niet alleen op financieel gebied.

Bestaande concepten

Frank Gunneweg (Bestuurslid Medicamus) laat weten dat de integratie HAP en SEH 6 jaar geleden al begonnen is in NoordWest-Veluwe. Dit heeft veel ervaring en kennis opgeleverd; hoe beter de triage, hoe minder patiënten de huisarts ziet op de HAP, maar hoe ingewikkelder de medische problematiek op de SEH. Goede triage kan echter alleen gedaan worden door goed opgeleide doktersassistenten en niet door nurse practitioners. We moeten leren van bestaande integratieprojecten en eerst daar onderzoek naar doen stelt Frank Gunneweg. Dhr. Edgar stelt dat er al heel veel onderzoek is gedaan op het gebied van samenwerken tussen ziekenhuizen, maar benadrukt dat er nu eens echt iets moet gebeuren in plaats van alleen maar onderzoek.

Vanuit de zaal wordt opgemerkt dat er in 20 ziekenhuizen al sprake is van integratie van HAP en SEH en dat er nog 20 ziekenhuizen zullen volgen. Er wordt gespeculeerd dat het SEMD-plan slechts een beweging van een aantal huisartsen zou zijn om zich terug te trekken uit de ANW-spoedzorg in plaats van een aanbod van de VPHuisartsen om de acute zorg beter te maken. Hans Nobel legt uit dat het een nieuwe organisatie is van de spoedzorg en huisartsen kunnen deze diensten vrijwillig opvullen, al naar gelang hun andere werkzaamheden. De diensten bij een SEMD worden een facultatieve zaak.

Werkdruk van de huisarts nog groter?

Henk Herberts (huisarts) vraagt zich af of de druk voor de huisartsen niet juist groter wordt door een SEMD. Tijdens de integratie gaat er meer werk naar de eerste lijn, de huisartsen. Hierdoor krijgen huisartsen juist meer werk te doen. Daarnaast staat in een standpunt van de LHV dat een toename van werkdruk voor praktijkhoudende huisartsen niet acceptabel is. Dit is een belangrijke reden waarom er tot nu toe nog niks is gebeurd. Als de grote werkdruk niet duidelijk wordt erkend en ook niet wordt opgelost zorgt dit voor een weerstand binnen de beroepsgroep, aldus Henk Herberts.

Stoppen van 'u vraagt, wij draaien'. Grenzen aan verzekerde zorgverlening.

Anton Maes (huisarts) vindt dat er een belangrijk onderscheid is tussen de SEMD overdag en de SEMD buiten kantooruren. Overdag is de SEMD open omdat de directe toegang tot de SEH geblokkeerd wordt, terwijl het echter de bedoeling is dat deze mensen terug gestuurd worden naar de eigen huisarts. Het is dan ook niet aantrekkelijk voor de patiënt om overdag naar de SEMD te gaan. Het tweede punt wat Anton Maes aanstipt gaat over de triage. Triage is de enige zorg die verzekerd is in Nederland. Het gaat dus niet over de discussie: moeten we de 'U vraagt, wij draaien'-cultuur een halt toe roepen, dit is gewoon de verzekerde zorg. Dus de medische noodzaak hoort te bepalen waar de spoedeisende zorg op de juiste plaats wordt geleverd.

Paul Habets (LHV) stelt dat huisartsen over de jaren de burger en patiënt in de modus hebben weten te krijgen van 'U vraagt, wij draaien' en dat is nu onhandig geworden. De kosten stijgen hierdoor namelijk de pan uit. Wat de Nederlandse huisarts eigenlijk verlangt van zowel de patiëntenverenigingen als van de zorgverzekeraar is: bied ons comfort om de zinnige dingen op de juiste momenten te kunnen blijven doen. Dit is ook het standpunt wat de LHV heeft ingenomen. De LHV is voor seriële samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Er moet voor gezorgd worden dat de Nederlandse burger besef krijgt dat er grenzen zijn aan verzekerde zorgverlening.

Daarnaast pleit hij ervoor dat de HAP een veilige, comfortabele werkomgeving moet zijn voor huisartsen. Tegen patiënten moet gezegd worden dat er grenzen zijn aan de mogelijkheden. Als de patiënt deze mogelijkheden niet gebruikt en hierbuiten aanspraak wilt maken op zorg zal hij of zij meer moeten betalen.

De regie in handen van de zorgverzekeraar

Een grote rol in de regie van de acute zorg voor de zorgverzekeraars, zoals in het regeerakkoord beschreven, is een goede zaak volgens de heer Edgar. Verschillende partijen met tegengestelde belangen kunnen alleen tot elkaar gebracht worden door de zorgverzekeraar. Samenwerking en doorzettingsvermogen zijn vereist om die 173 miljoen per jaar te gaan besparen.

De woordvoerder van Menzis beaamt dit. Hoewel de zorgverzekeraar voor zichzelf een stevige rol ziet weggelegd en graag de regie pakt, lopen zij nog wel tegen partijen aan die niks

willen inleveren. Er gaat hoe dan ook ergens pijn ontstaan. Pijn kan ook betekenen harder werken. Er moet bereidheid zijn om daaraan mee te werken.

Anja Weekens (praktijkhoudend huisarts) legt uit waarom de huisartsen de acute zorg moeten blijven verlenen. Volgens haar kunnen alleen huisartsen de handjes op de rug houden en zorgen dat er niet iets gedaan wordt. Daarom is het essentieel dat je als huisartsen een HAP hebt die voor de eerste hulp staat en niet SEH artsen en huisartsen in één setting. Huisartsen moeten ook spoedzorg blijven leveren in avond-, nacht- en weekenddiensten vanwege de ervaring die huisartsen hier opdoen die ook in de dagpraktijk van belang is.

Wouter Bos geeft een toelichting op de genoemde SEH's en SEMD's. Zevenenveertig is het aantal SEH locaties dat men nodig zou hebben om te zorgen dat medisch specialistische spoedzorg voldoende beschikbaar is. Zeventig tot tachtig krijg je als je wilt dat ook de basisspoedzorg voldoende beschikbaar is. Deze twee moeten niet bij elkaar opgeteld worden. De berekening van KPMG komt uit op 70 tot 80 locaties, daar zitten deze 47 locaties al in.

Hij beaamt dat niet voorbij gegaan moet worden aan al bestaande integraties tussen HAP's en SEH's. Wel moeten we niet vergeten dat integreren van HAP en SEH niet het enige is wat we moeten doen. Er zijn twee andere dingen die er toch echt bij horen.

Het eerste is dat je HAP en SEH onder één gemeenschappelijk systeem van bekostiging brengt, waar niet alleen SEH en HAP, maar ook de huisarts en ook de verplegingsfunctie die uit de AWBZ overkomt, onder gaat vallen. In het hele voorveld voor het ziekenhuis worden zo de prikkels op een gelijke manier gericht en hebben alle partijen gelijke belangen. Als je alleen maar integreert en je laat verschillende bekostigingssystemen in stand, dan verlies je dit voordeel.

Het tweede punt is dat je ook moet bedenken hoe logisch het is om, als je SEH- en huisartsenzorg onder één bekostigingssysteem brengt, de SEH basisspoedzorg in een ziekenhuisorganisatie te laten. Is het dan niet veel logischer om een aparte entiteit te creëren waar de basisspoedzorg in thuis hoort? Dit maakt het voor verzekeraars makkelijker om dat type zorg te contracteren. Ook wordt het zo makkelijk om over de prijs en kwaliteit van dat type zorg in discussie te gaan met aanbieders omdat het in een aparte organisatie rust.

De voorzitter van VPHuisartsen, Wouter van den Berg, sluit het symposium af met een korte samenvatting van datgene dat deze middag is besproken. Hij bedankt de deelnemers voor hun inbreng. VPHuisartsen is een relatief kleine speler in het veld, maar wil desalniettemin meepraten over de toekomst van de basis spoedeisende zorg in Nederland. Hij hoopt dat dit gegeven tijdens het symposium duidelijk is geworden.