

Door één deur naar de huisartsenpost of de spoedeisende hulp

Spoedpost onder druk

Sophie Broersen

Bij de balie van de spoedpost in het Kennemer Gasthuis wordt beoordeeld of een patiënt naar de huisartsenpost moet of naar de SEH. De ervaringen zijn positief, maar uitzicht op goede financiering is er niet.

Van links naar recht: chirurg Martin Heetveld en huisarts Peter de Groof, beiden medisch manager van de spoedpost, en Nout Waller, manager kwaliteit, marketing en verkoop van het Kennemer Gasthuis.

beeld: De Beeldredactie, Koen Suyk

Spoedpost, staat er groot op de betonnen overkapping bij de zij-ingang van het Kennemer Gasthuis in Haarlem. Op het bordje naast de deur staat daar netjes onder: huisartsenpost en spoedeisende hulp. Hier hoeft de patiënt niet zelf te bedenken of hij naar de huisarts of naar het ziekenhuis moet, hij meldt zich bij de spoedpost. De frontoffice, heet dat dan. De telefooncentrale wordt bemand door doktersassistentes die zowel naar de huisarts als naar de eerste hulp van het ziekenhuis kunnen verwijzen. Als pa-

tiënten zelf binnenlopen op de spoedpost – de ‘zelfverwijzers’ – beoordeelt de triageverpleegkundige waar ze moeten zijn. Deze frontoffice wordt door beide kampen gedeeld: huisartsen en specialisten.

Na de ontvangstbalie zijn de werelden nog wel gescheiden. Rechtsaf naar de rustige gang van de huisartsenpost (HAP), waar af en toe een huisarts – zonder witte jas – loopt om een patiënt uit de wachtkamer te halen. Linksaf achter de deuren de drukte van de spoedeisende-hulpafdeling (SEH), met arts-assistenten,





gipsmeesters, een whiteboard voor de bezetting, karretjes vol ziekenhuisparafernalia en alles wat je er nog meer kunt verwachten. De spoedpost van het Kennemer Gasthuis is niet uniek; er zijn meer plaatsen waar de huisartsenpost en de SEH geïntegreerd zijn. Wel uniek is dat de huisartsen zelf geen personeel in dienst hebben om de HAP te bemannen; al het personeel wordt – net als de faciliteiten – ingekocht bij het Kennemer Gasthuis. Verregaande samenwerking tussen HAP en SEH lijkt de ideale situatie, afgaand op aanbevelingen in de vele rapporten die over de inrichting van acute zorg in Nederland verschijnen (zie *kader* op blz. 1080). Een duidelijke toegang voor de patiënt, goede triage en samenwerking tussen eerste en tweede lijn. ‘Het werkt ook goed, voor alle partijen’, zeggen zowel chirurg Martin Heetveld als huisarts Peter de Groof, beiden medisch manager van de spoedpost. Maar hoe lang het vol te houden is, of dat het voor andere centra een haalbare kaart is om zo samen te werken, daar zetten zij hun vraagtekens bij.

Aanleverroute

Aan het begin van het nieuwe millennium besloten de huisartsen en het Kennemer Gasthuis te gaan samenwerken om de acute zorg klaar te maken voor de toekomst, vanuit een gezamenlijke visie: de patiënt komt via één deur naar binnen, en komt door goede triage op de juiste plek. Daar waar hoge kwaliteit tegen een goede prijs wordt geleverd. Maar het samengaan van de twee verschillende werelden had wel wat voeten in aarde. Beide partijen waren bevreesd voor de consequenties. De huisartsen voor meer werk zonder dat daar iets tegenover staat, het ziekenhuis voor inkomstenverlies. Nout Waller, manager kwaliteit, marketing en verkoop van het Kennemer Gasthuis: ‘De SEH is voor ziekenhuizen een belangrijke aanleverroute van nieuwe patiënten. We zagen het aantal eerste polibezoeken, waar de SEH-bezoeken onder vallen, het eerste jaar dan ook wat dalen. Dat konden we opvangen, omdat de poli via andere wegen nog groeide. Dat was nodig, voor het ziekenhuis en voor de specialisten.’ Chirurg Martin Heetveld, medisch manager van de ziekenhuiskant van de spoedpost: ‘De huisartsen zijn natuurlijk ook hofleverancier van nieuwe patiënten; wat dat betreft legt goede samenwerking ons geen windeieren.’ Goede afspraken vooraf over de financiën, over de dagelijkse gang van zaken, over welke patiënten nu wel en niet verwezen werden, waren dan ook essentieel. Bijzonder aan de spoedpost is

dat ook tijdens kantooruren de samenwerking doorgaat. De Groof: 'Zelfverwijzers die beter bij de huisarts terecht kunnen, worden ook dan naar de huisarts verwezen, hoewel die dan niet in huis is.' Maar dat heeft wel grenzen, zegt Heetveld: 'Patiënten die overdag met letsels binnenkomen, sturen we niet weg.'

Kruisbestuiving

Ruim vijf jaar later blijkt de samenwerking goed te bevallen. Huisarts Peter de Groof: 'Voor de patiënt is het er makkelijker op geworden.

Die hoeft niet na te denken of hij nu naar de huisarts of naar de SEH moet; bij telefonisch contact of binnenlopen op de spoedpost wordt eerst getriageerd, dan wordt gekeken bij welk loket iemand het beste terecht kan. Dat werkt goed, dat

zie je bijvoorbeeld aan hoe weinig mensen wij alsnog vanaf de HAP naar de SEH moeten sturen. Blijkbaar komen mensen dus meestal meteen op de goede plek.' De huisarts ziet meer voordelen: 'Er is meer verbondenheid tussen de eerste en de tweede lijn, en wij kunnen als huisartsen soms meeliften op kennis vanuit het ziekenhuis. Neem bijvoorbeeld scholing van medewerkers, of het signaleren van kindermishandeling.' Maar zoals gezegd: van totale integratie is geen sprake. De Groof: 'Nee, het blijven toch twee culturen die naast elkaar bestaan. Kruisbestuiving was een doel, maar komt in de praktijk toch niet zo goed uit de verf. Het

hangt er vanaf wie er werkt, maar doorgaans zijn beide kanten druk met hun eigen werkzaamheden. En ook in pauzes zitten we niet bij elkaar.'

De huisartsen kopen medewerkers en faciliteiten in bij het ziekenhuis en dat heeft voordelen, maar ook nadelen, zegt De Groof. 'Een ziekenhuis is een loggere organisatie dan een HAP; beslissingen gaan over veel meer schijven. Huisartsen kunnen doorgaans veel sneller veranderingen doorvoeren. Als je bijvoorbeeld een deur wilt aanpassen, kan de aannemer morgen al op de stoep staan. Zo werkt dat niet in een ziekenhuis.'

Ook Heetveld ziet voordelen in de nauwe samenwerking met de huisartsen. 'De mensen die wij op de SEH zien, horen daar doorgaans ook thuis. Dat is bijvoorbeeld voor de opleiding van SEH-artsen een voordeel. Maar misschien wel het belangrijkste: door samen te werken, gaan we doelmatiger om met geld.'

Volgens Waller is echter moeilijk te berekenen hoeveel besparing de spoedpost oplevert, ten opzichte van de gebruikelijke situatie waarbij een HAP en een SEH los van elkaar opereren. 'Wat we in ieder geval zien is dat er geen groei is geweest in aantallen zelfverwijzers op de SEH. Ten opzichte van de landelijke stijging is dat dus een besparing. Hetzelfde gaat op voor de totale productie van de SEH: die is al sinds 2009 stabiel, waar je eigenlijk een stijging zou verwachten.' Heetveld: 'En in de loop van een paar jaar kunnen we ook toe met iets minder manuren. Maar dat gaat niet van de ene op de andere dag. Pas na een jaar konden we efficiënter gaan werken, door hier eens een dienst minder in te zetten, of daar wat uren te minderen.' De Groof: 'Maar van die besparing zien wij niets terug.'

Triagetarief

Daar zit dan ook meteen de pijn van het project: de voorloperfunctie levert financieel niets op voor de huisartsen en het ziekenhuis. Heetveld: 'Als koploper neem je een financieel risico, in de hoop dat gepaste financiering volgt, maar die is nog niet gekomen. Waller: 'We hebben ons flink ingezet voor verbetering van financiering, maar we hebben onze neus gestoten, zijn nergens gekomen. Nu ligt er weer een mooi rapport van de Gezondheidsraad, *De basis moet goed*, waar niets in staat over financiering.' Heetveld: 'Wel over het belang van consistente triage, maar niet over hoe dat dan gefinancierd moet worden. Dat geldt ook voor andere eisen, zoals dat er 24 uur per dag een SEH-arts moet rondlopen –

'Als koploper neem je risico, in de hoop dat gepaste financiering volgt'



Meer informatie over spoedposten en het rapport van de Gezondheidsraad vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

Stand van zaken SEH-ontwikkelingen

Aan rapporten, brieven en aanbevelingen over de inrichting, financiering of organisatie van de spoedeisende hulp geen gebrek de afgelopen jaren. Zo kwam de werkgroep Kwaliteitsindeling SEH in 2009 met de aanbeveling om de spoedeisendehulpafdelingen in drie typen te onderscheiden: basis-, profiel- en complete SEH's. Als vervolg daarop kwam de Gezondheidsraad begin dit jaar met een rapport *De basis moet goed* met een advies waaraan die basis-SEH moet voldoen. Daarin staan allerlei aanbevelingen, zoals dat meer samenwerking tussen en integratie van HAP's en SEH's zinvol is.

De raad vindt dat er voor goede kwaliteit van de acute zorg niet alleen naar de SEH en ziekenhuis moet worden gekeken, maar naar de hele acute keten: van verloskundige tot meldkamer en van huisarts tot ziekenhuis. Daarvoor zijn goede regionale afspraken nodig, en een zorgverzekeraar die betrokken is bij de inrichting van de spoedeisende zorg.

Consistente triage – die volgens het rapport momenteel nog ontbreekt – acht de raad essentieel. Over financiering daarvan geen woord.



hoe je dat als ziekenhuis of huisarts voor elkaar moet krijgen, wordt niet vermeld.'

Wat de managers van de Haarlemse spoedpost het liefst zouden zien, is een gezamenlijk triagetarief. De Groof: 'Zorgen dat de patiënt op de goede plek komt, is essentieel voor goede en doelmatige zorg. Dat lukt ons, maar dat kost ook wat. Daar zou een tarief tegenover moeten staan, zodat we zeven dagen per week, 24 uur per dag juiste triagering kunnen bieden. Nu wordt ervanuit gegaan dat urgentiebepaling binnen de eigen organisaties plaatsvindt, maar het moest juist de eerste en tweede lijn overstijgen.' Van extra financiering, bijvoorbeeld in de vorm van het triagetarief, lijkt echter geen sprake in deze tijden. De frustratie is groot. Heetveld: 'We zitten met een goed model, dat ook politiek wenselijk is; in feite is dit de ideale situatie. Maar het enige wat eraan komt, zijn volgende bezuinigingsrondes en nog meer kwaliteitseisen.' Waller: 'Ik durf niet uit te sluiten dat wij over anderhalf jaar een discussie moeten aangaan over of we dit nog in de lucht kunnen houden.'

Navolging

Op de vraag of andere regio's dit voorbeeld moeten volgen, blijft het dan ook even stil. Het antwoord is ambivalent. De Groof: 'Als je wilt samenwerken, moet je elkaar eerst vinden op inhoud en kwaliteit. Maar er zal een passende financiering bij moeten komen. Als je dat niet rond krijgt, zijn dat geen goede vooruitzichten voor de samenwerking.' Waller: 'Het dubbele is, wij hebben het gedaan, dus blijkbaar kan het. Maar als je dit landelijk wilt realiseren, zal dat niet op dezelfde manier gaan. Wij begonnen in economisch rooskleuriger tijden, de poli-omzet groeide nog wat, we hadden een minister die meedacht, een verzekeraar die ons tijdelijk wilde ondersteunen. Niemand werd er armer van. We leven nu in andere tijden.' De Groof: 'Tijden waarin hoe dan ook gehakt zal worden. De huisartsen zijn het beu dat er geen goed tarief is voor de diensten, de ziekenhuizen kunnen maar beperkt groeien.' Heetveld: 'Daarmee komt de samenwerking onder druk te staan, want dan gaat het draaien om belangen. Ieder voor zich en God voor ons allen.' Terwijl het samenwerkingsmodel juist de toekomst lijkt. Heetveld: 'Het is patiëntvriendelijker, kwalitatief beter en goedkoper. Waller: 'Maar daarvoor moet je langlopende afspraken kunnen maken. Want je kunt niet meteen alles afromen, dat zou de dood in de pot betekenen. Als je dat in heel Nederland wilt invoeren, zal er nergens meer groei mogelijk zijn. Dat zal niet gaan.' 