

Reactie LHV, InEen, VPHuisartsen en NHG op Houtskoolschets

Inleiding

Op 3 juli jl heeft VWS de [Houtskoolschets acute zorg](#) gepubliceerd. Deze schets ligt ter consultatie voor aan betrokkenen. De huisartsenkoepels (Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsenvereniging, InEen en Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen) hebben ervoor gekozen een gezamenlijke reactie op de schets vanuit de vier koepels te geven, om zo een éénduidig geluid vanuit de huisartsenzorg te laten horen. De reactie kan tot 1 januari 2021 ingediend worden via een internetconsultatie.

Reactie op de Houtskoolschets

De huisartsen(posten) kunnen zich op hoofdlijnen vinden in de Houtskoolschets zoals deze aan partijen is voorgelegd op 6 juli jongstleden. In de voorbereiding van de schets (eind 2019 en begin 2020) zijn de koepels van de huisartsen(posten) bevraagd over hoe zij de toekomst van de acute zorg zien. In interviews en tijdens bijeenkomsten, georganiseerd door het ministerie van VWS, is aangegeven dat de acute zorgketen versterkt moet worden door een intensievere samenwerking c.q. samengaan van de zorgprofessionals in de acute zorgketen.

De huisartsen(posten) zien in de Houtskoolschets die voorligt veel elementen terug die de huisartsenorganisaties inbrachten, zoals het behoud van de acute huisartsenzorg overdag, de zorgmeldkamers (eerder verwoord als zorgcoördinatie) en de geïntegreerde spoedposten (eerder verwoord als Spoedeisende Medische Dienst).

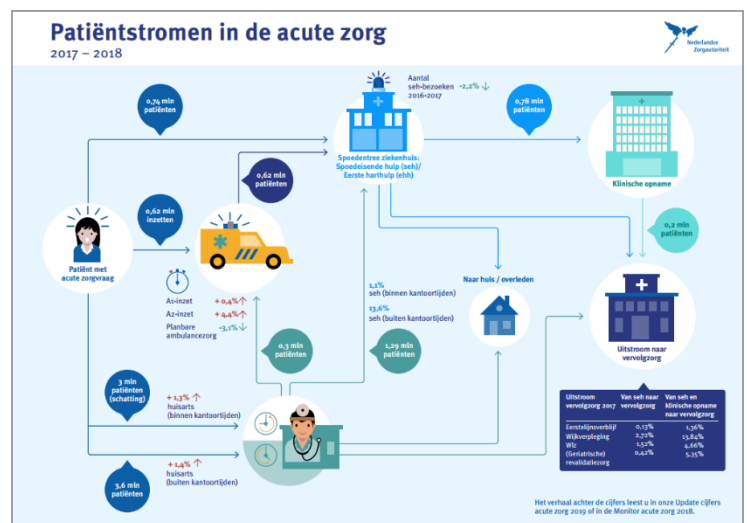
Volgens de kernwaarden en kerntaken van de Woutshotenconferentie zien de huisartsen(posten) ook in de toekomst een belangrijke rol in de acute zorg voor zichzelf weggelegd. Zeker gezien het hoge volume aan acute zorgvragen die bij de huisarts overdag en in de ANW terecht komen (circa 6,6 mln).

Bovendien is acute huisartsenzorg veilig, efficiënt en met kwaliteit.

Algemene aandachtspunten Houtskoolschets

Zoals ook in de Houtskoolschets op pagina 28 staat, onderschrijven de huisartsen(posten) dat er per regio ruimte moet zijn voor een passende inrichting van de acute zorg. Er kan geen sprake zijn van 'one size fits all'. Er zijn bijvoorbeeld krimpregio's waar het moeilijk is om laag- en hoogcomplexe spoedzorg dichtbij te blijven organiseren, zowel overdag en in de ANW. De uitwerking van de Houtskoolschets moet daar oplossingen voor bieden.

In de Houtskoolschets wordt niet ingegaan op de regie en financiering van de zorgmeldkamers en integrale spoedposten. Gezien het hoge volume aan acute zorgvragen zien de huisartsen(posten) een belangrijke rol voor zichzelf weggelegd in de regievraagstukken.



We ondersteunen de constatering dat het essentieel is dat een zorgprofessional in een spoedeisende situatie over alle essentiële en actuele (medische) gegevens kan beschikken. In de huidige praktijk knelt het complex van veldnormen, richtlijnen, kwaliteitseisen, en wet- en regelgeving; mede omdat de gegevens vindbaar maken, beschikbaar stellen, uitwisselen en raadplegen, autorisatie en toestemming op uiteenlopende manieren beschouwd lijken te worden. We achten het noodzakelijk dat voor de spoedzorg ook het wettelijke kader wordt gerealiseerd om data te kunnen laten stromen en uitwisselen.

Tevens vragen we aandacht voor de definitie van spoedzorg: zorg die vanuit de beleving van de patiënt acuut is. De vraag van de patiënt is in het algemeen leidend; patiënten mogen ten allen tijde laagdrempelig vragen stellen. Echter de zorgprofessional (huisarts/triagist) bepaalt vervolgens de urgentie van de zorgvraag en passende vervolgactie.

Er wordt in de Houtskoolschets ook veel verwacht van acute zorg thuis. Los van het feit dat al veel gebeurt moeten we ook reëel blijven gegeven de capaciteitsproblemen in de zorg. Er is een groot tekort aan huisartsen, maar ook aan specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn, verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen en verzorgenden thuis.

Acute huisartsenzorg overdag

In de Houtskoolschets staat een toekomstige (organisatie)structuur uitgewerkt die nieuw is voor met name de organisatie van de acute huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden (ANW). Ook staat in de Houtskoolschets beschreven hoe de toekomstige acute huisartsenzorg **overdag** georganiseerd moet worden (pag 16):

“In de huidige situatie kan een patiënt die overdag acute huisartsenzorg nodig heeft bij de eigen huisarts terecht. Dit willen we in de nieuwe situatie ook behouden. De huisarts blijft poortwachter en kan veel instroom in de tweedelijns acute zorg voorkomen.”

De huisartsen onderschrijven deze toekomstvisie; de patiënt is met een acute huisartsenzorgvraag overdag het beste af bij zijn eigen huisartspraktijk. De huisarts kent de gezondheidssituatie van zijn patiënten en hun directe omgeving. Bovendien vangt de huisarts in zijn eigen praktijk het grote volume aan acute zorgvragen overdag (circa 3 mln) op. In de Houtskoolschets is echter slechts deze korte tekst gewijd aan het behoud van de acute (huisartsen)zorg overdag. We vragen het ministerie dan ook om de rol van de eigen huisarts(praktijk) in de acute zorg overdag steviger in de Houtskoolschets te verankeren.

Zorgmeldkamer/ zorgcoördinatie

In de Houtskoolschets staat de term ‘zorgmeldkamers’ benoemd. In onze ogen een vreemde term aangezien op dit moment in 10 verschillende regio’s wordt geëxperimenteerd met één (fysiek of virtueel) loket onder de noemer van ‘zorgcoördinatie(centra)’. Bovendien is de beschrijving in de Houtskoolschets van de zorgmeldkamer overeenkomstig met één van de onderwerpen die momenteel wordt uitgewerkt in de Agenda Acute zorg, ook onder de noemer van zorgcoördinatie. Tot slot is de term zorgmeldkamer verwarrend ten opzichte van de bestaande 112-meldkamers. Het verdient daarom aanbeveling om de term ‘zorgmeldkamer’ te vervangen door ‘zorgcoördinatie(punt)’.

Inhoudelijk kunnen de huisartsen(posten) zich scharen achter de beschrijving van de zorgmeldkamer (zorgcoördinatie). Nadrukkelijk stellen we wederom dat de acute zorg overdag via de reguliere huisartsenpraktijk loopt net zoals nu het geval is. Inhoudelijk kunnen we stellen dat de triage in het zorgcoördinatie(punt) altijd uitgaat van een huisartsengeneeskundige insteek, waarbij volgens de huisartsenkoepels de medische-inhoudelijke regie bij de huisartsen(posten) ligt. Uitgangspunt moet zijn dat de huisarts veilig moet kunnen werken en binnen de grenzen moet kunnen blijven van de huisartsenzorg. De (fysieke c.q. virtuele) aanwezigheid van een regie-(huis)arts en triagisten met

verschillende expertise draagt overigens zeker bij aan de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment.

Naast een goede triage draagt ook zorgcoördinatie bij aan een goede door- en uitstroom van de patiënt. De ervaringen van de huisartsen(posten) nu is dat de problemen in de acute zorgketen aan het eind van de keten (uitstroom naar ELV, ggz etc) zitten. Met het samenbrengen van de verschillende expertises en inzicht in (bedden)capaciteit van instellingen in een zorgcoördinatiepunt zal dit verbeteren.

Wel vragen wij extra aandacht voor de schaalgrootte van een dergelijk zorgcoördinatie(punt). Het risico van grootschalige instituten is dat de afstand tussen diegene die de zorgvraag beantwoordt en de inzet van zorg coördineert té ver afstaat van waar de zorg daadwerkelijk verleend moet worden. Wat betekent dit voor het aantal overdrachtsmomenten en daarmee de mogelijke fouten die worden veroorzaakt? Hoe groter de schaal, hoe groter wellicht het risico op verlies van kwaliteit en bestuurbaarheid. Bovendien kan een verdere centralisatie leiden tot verlies van gekwalificeerd personeel. We vragen dan ook aandacht voor 'de juiste mensen op de juiste plek'. De ervaringen uit de nu lopende pilots zorgcoördinatie zullen naar verwachting een idee geven van geschikte schaalgrootte per regio.

In de Houtskoolschets krijgt één telefoonnummer, naast 112 een prominente plek. De huisartsenorganisaties bepleiten dat alleen het invoeren van één telefoonnummer niet dé oplossing is als de systemen maar vooral ook de samenwerking aan de achterkant niet goed geregeld is. Er moet vooral aandacht worden besteed aan een strategie waarin acute zorgvragen via meerdere kanalen op de juiste plek terecht komen. Denk hierbij aan inzet van digitale triage, via portaal huisarts etc. Het afgelopen jaar hebben diverse huisartsenposten al volop geëxperimenteerd met digitale triage wat de patiënt in staat stelt om zelf te zien of men een consult nodig heeft. Ook overdag maken huisartsenpraktijken steeds vaker gebruik van de technische mogelijkheden om zo de toegang en de bereikbaarheid van de huisartsenpraktijken te optimaliseren. Dit komt nu te beperkt terug in de Houtskoolschets.

Integrale spoedpost

De huisartsenorganisaties gaan ervan uit dat ook op de integrale spoedposten wordt uitgegaan van een triage zoals gebruikelijk binnen de huisartsenzorg. huisartsengeneeskundige insteek en de medische-inhoudelijke regie bij de huisartsen(posten) (c.q. via verlengde armconstructie bij de triagist, VS of PA) ligt. Uitgangspunt moet zijn dat de huisarts tijdens de avond, nacht en weekend(ANW)-uren veilig moet kunnen werken op de spoedpost en binnen de grenzen moet kunnen blijven van de huisartsenzorg.

De huisartsenorganisaties gaan ervan uit dat, gezien het behoud van de acute huisartsenzorg overdag bij de eigen huisartspraktijk, op de integrale spoedposten er overdag geen huisartsvoorziening aanwezig zal zijn. Niet-op-naam ingeschreven patiënten (NONI) worden naar een huisartsenpraktijk in de regio verwezen.

De ervaringen van de huisartsen(posten) nu is dat de problemen in de acute zorgketen aan het eind van de keten (ELV, ggz) zitten. Met het samenbrengen van de verschillende expertises van huisartsen, SEH-artsen, wijkverpleging, specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, GGD-crisisdienst op de spoedpost zal dit naar verwachting verbeteren. Ook is de verwachting dat een integrale spoedpost winst betekent in afspraken over inzet van capaciteit, ontschotting van financiële stromen en het creëren van opleidingsplekken. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat volgens de huisartsenorganisaties de toekomstige uitdagingen niet per sé opgelost worden in een structuur-,

organisatie-, systeemverandering maar veel eerder in het samenbrengen en op elkaar afstemmen van diverse werkculturen van zorgverleners.

Net als bij de zorgcoördinatie(punten) stellen wij ook bij de integrale spoedposten de vraag op welk schaalniveau wordt ingezet. Wordt met het creëren van de spoedpost een nieuw en groot instituut gecreëerd, verder weg van patiënten én zorgverleners (huisartsen) op de werkvloer? De huisartsen(posten) bepleiten om de regio-indeling van de huisartsen- en eerstelijnsorganisaties leidend te laten zijn voor de schaalgrootte van de integrale spoedposten. Daarmee wordt de bereikbaarheid van de acute spoedzorg voor elke Nederlander gegarandeerd.

Levensbedreigende spoedzorg

Hoewel de huisartsenzorg minder betrokken is bij de levensbedreigende spoedzorg doen de huisartsenorganisaties een oproep dat bij de spreiding van de centra rekening gehouden wordt met regionale inkleuring. Met name in rurale gebieden met vaak grote afstanden speelt het risico dat de positie en levensvatbaarheid van ziekenhuizen op het spel staat als de huidige SEH verdwijnt. We vragen dan ook om een goede balans te leggen tussen efficiency en doelmatigheid aan de ene kant en de bereikbaarheid van zorg aan de andere kant.

Tot slot

VPH, LHV, InEen en NHG zijn verheugd met de totstandkoming van de Houtskoolschets acute zorg. Deze schets roept partijen binnen de sectoren en over de sectoren heen op om visies voor de toekomst met elkaar te delen, én de gemeenschappelijkheid op te zoeken. Dit laatste is het geval en daarmee is de schets een mooie stap naar een verbetering in de samenhang en samenwerking in de acute zorgketen.

De huisartsenorganisaties zullen in 2021 het vervolg van de Houtskoolschets nauwgezet en vol verwachting volgen.