

Reactie HAP Midden-Holland op de houtskoolschets 29-12-2020

Wij kunnen ons in de basis goed vinden in de gezamenlijke reactie van de vier huisartsenkoepels op de Houtskoolschets (Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsenvereniging, InEen en Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen), maar wij willen toch ook graag onze eigen visie laten horen en daarbij meteen de uitnodiging doen aan VWS om eens een bezoek te brengen aan huisartsenpost Midden-Holland HAP) te Gouda. We zijn er namelijk erg trots op hoe onze huisartsenpost in het spoedlandschap functioneert en op onze collega's die de post tot een succes weten te maken.

Wij horen van externe trainers en auditoren dat de telefonische triage op onze post van hoog niveau is. In de landelijke benchmark scoren wij goed op de kritische prestatie-indicatoren en ook qua kosten doen we het goed. Wij denken te weten wat de succesfactoren zijn. We hebben namelijk een vast team ervaren triagisten, die uitgebreid opgeleid en gecoacht zijn/worden. Onze triagisten geven aan graag bij ons te werken, omdat ze het prettig vinden hun werk (telefonische triage) te doen op de plek waar de patiënten ook naar toe komen voor een consult. Zij werken prettig samen met een groep praktijkhouders (de coöperatieleden van de HAP), hidha's en een vrij vaste club waarnemers die qua aantal een mooie omvang heeft om elkaar goed te (leren) kennen (onze regio telt ± 260.000 inwoners en heeft ongeveer 120 vaste huisartsen: praktijkhouders en hun hidha's). Er wordt hard gewerkt tijdens de diensten, maar het is ook gezellig. Artsen en triagisten weten elkaar in de teamkamer en backoffice laagdrempelig te vinden voor overleg en zorgen daarmee voor continu finetunen om de best passende zorg te verlenen aan de patiënten. Bovendien zijn we een heel platte organisatie waarbij de aangesloten huisartsen en triagisten op allerlei vlakken inbreng hebben in het beleid: zo is de ALV van coöperatieleden het hoogste besluitvormend orgaan, bestaat ons bestuur uit 3 huisartsen en zijn er daarnaast artsen die calamiteiten en VIM's onderzoeken, klachten behandelen, waarnemers begeleiden, beslissen ten aanzien van de medische werkprocessen en inventaris, de regiearts-training en de ABCD/BLS- scholing vormgeven en als BOT-lid hun collega's bijstaan.

De laatste paar jaar nemen we de telefoon aan met 'spoedpost'. Wij dragen de boodschap "HAP voor spoed" actief uit naar onze patiënten en functioneren voor een belangrijk deel al als spoedpost. Er zijn nauwe samenwerkingsverbanden met de acute thuiszorg, de acute GGZ, het ELV-loket, de SEH en de RAV. Patiënten weten ons al 20 jaar goed te vinden tijdens AvondNachtWeekend (ANW)-uren, ons telefoonnummer is goed bekend, en onze triagisten weten goed de weg binnen de acute zorgketen en kunnen patiënten goed verwijzen wanneer hun zorgvraag zich binnen een ander domein bevindt, zoals een verpleegkundige visite, de GGZ-crisisdienst, de tandarts of verloskundige.

In plaats van het creëren van een nieuw zorgsysteem met één landelijk telefoonnummer zouden wij liever zien dat de huidige huisartsenposten verder worden doorontwikkeld tot spoedposten. Wij vinden het niet wenselijk om een apart callcenter in te richten ver van de patiënt en de consult-/visitearts vandaan. In plaats daarvan zou er ons inziens beter geïnvesteerd kunnen worden in het inrichten van regionale spoedpleinen, waar de verschillende partijen in de acute keten een werkplek krijgen voor het onderzoeken en behandelen van patiënten, maar ook laagdrempelig met elkaar kunnen overleggen en/of met elkaar kunnen meekijken, zodat dubbele handelingen en onnodige patiëntverplaatsingen zoveel mogelijk vermeden kunnen worden. Het triagecentrum onder regie van de huisarts kan naar onze visie het beste opereren in directe nabijheid van het spoedplein. In zo'n setting zijn t.b.v. een efficiënte inzet, de collega's vanuit de wijkverpleging, RAV, verloskundigen en de GGZ die op het spoedplein taken hebben, ook benaderbaar voor vragen vanuit de telefonische triage. Het aantal telefonische zorg-/GGZ-gerelateerde vragen is voor een kleinere regio niet zo groot dat een GGZ of wijkverpleegkundig centralist daarmee een hele dienst kan vullen, maar bij een combinatiefunctie met fysieke beoordelingen op het spoedplein kan dat ons inziens wel.

En in nabijheid van het spoedplein zijn de triagisten ook dubbel inzetbaar: ter ondersteuning van de huisartsen bij de consulten en aan de telefoon wanneer de wachttijden toenemen.

Wij denken dat de samenwerking met bijvoorbeeld de 112 meldkamer ook door verbeterde inzet van technologie geoptimaliseerd kan worden zonder dat daartoe per se alle triagisten en centralisten zich fysiek in dezelfde ruimte moeten bevinden (virtueel zorgcoördinatiecentrum).

Voorwaarden voor het goed laten functioneren van deze triagecentra en spoedpleinen zijn ons inziens wel dat:

- de poortwachterfunctie van de huisarts behouden blijft
 - de aangesloten disciplines zorgen voor de juiste formatie en onderling goed bereikbaar zijn, en
 - consultatieverzoeken en verwijzingen zonder discussie geaccepteerd worden
- waarbij eventueel ervaren knelpunten nadien via een gezamenlijk VIM-systeem geagendeerd kunnen worden en met elkaar opgelost, waar nodig door aanpassing van de samenwerkingsafspraken.

De huisartsen komen er op deze wijze niet alleen voor te staan, zoals in het huidige systeem helaas wel regelmatig het geval is en niet zelden huisartsen de problemen moeten oplossen die zich in de doorstroom, binnen het domein van bijvoorbeeld de ouderenzorg of de GGZ bevinden.

Verdere verbetering van de verantwoordelijkheidsverdeling is daarnaast wat ons betreft mogelijk door alle actief werkende, geregistreerde huisartsen verantwoordelijk te maken voor de 24/7 huisartsenzorg en waarnemers net zo goed als de praktijkhouders verantwoordelijk te laten zijn voor het vullen van de ANW-diensten, wat de werk- en dienstendruk voor de praktijkhouders verbetert.

Wij geloven erin, dat het zorgsysteem in Nederland sterk, patiëntvriendelijk, toegankelijk en betaalbaar is door de unieke poortwachterfunctie van de huisarts. Doordat de huisartsenzorg (regulier en acuut) 24/7 goed en dichtbij de patiënt georganiseerd is, zijn de aantallen bezoeken aan de SEH in Nederland het laagst van heel Europa. Laten we dat succes niet inruilen voor een nieuw systeem, dat zich nog moet bewijzen.

Maar neem in plaats daarvan de huidige situatie als uitgangspunt en bouw dat uit tot een verbeterd systeem waarbij organisaties die het goed doen in kwaliteit, patiëntvriendelijkheid, efficiëntie, kosten en (werving van) personeel als voorbeeld worden beschouwd.

Wij sluiten onze bijdrage graag af met:

1. de pluspunten van de huidige spoedpost-voorziening
2. wat wij sterke elementen vinden in de Houtskoolschets
3. de knelpunten die wij zien in de Houtskoolschets

Pluspunten van onze huidige spoedpost-voorziening:

- Patiënt staat centraal met de huisarts als poortwachter, waardoor de 2^e lijn niet onnodig belast en de zorg niet duurder wordt. Juiste zorg, juiste plek, juiste tijd, juiste zorgverlener.
- Continuïteit van 24/7 huisartsenzorg en een goed systeem van overdracht van dagpraktijk naar HAP en vice versa. Huisartsen en triagisten die overdag in de dagpraktijken werken, bemensen tijdens ANW-uren ook de diensten. Vanwege de beperkte schaal kennen wij de patiënten die vaker zorg nodig hebben, goed.
- Eén centrale locatie gesitueerd middenin de regio, onder het dak van het regio-ziekenhuis. De post past in omvang en bereikbaarheid goed bij zowel de patiëntenpopulatie als de aangesloten huisartsen en medewerkers.
- Betrokken en tevreden professionals, doordat de post van en voor de huisartsen is, met een goede, open en prettige samenwerking tussen alle disciplines.
- Solide organisatie, die kwalitatief goed georganiseerd en financieel gezond is.

- Een platte, transparante organisatiestructuur, die dichtbij de werkvloer staat. Belangrijke verander-besluiten worden door de huisartsen zelf via de ALV genomen, waardoor een breed draagvlak voor veranderingen gecreëerd wordt. Door het ontbreken van meerdere managementlagen zijn de overheadkosten beter te beheersen en kan bovendien snel geschakeld worden/snel geanticipeerd worden op veranderingen. In het beheersbaar houden van de kosten staan we ook niet alleen: in 2019 bedroegen de totale ANW-kosten van de huisartsenposten bij elkaar slechts 0,5% van alle zorgkosten in Nederland. We zijn in de eerste lijn in staat om 96% van de patiëntenzorg tegen 4% van de zorgkosten te leveren.
- Efficiënte inzet van medewerkers door combinatie van triage en consulten op 1 plaats.
- Triage en zelfzorgadviezen (44 %) op hoog niveau door een ervaren team triagisten dat uitgebreid geschoold en gecoacht wordt.
- Inzet van innovatieve en moderne technieken (ICT, beeldbellen, foto's delen, 1^e lijns diagnostiek, zelftriagetool voor patiënten).
- Werkdrukverlaging door functiedifferentiatie: inzet SOH (SpreekuurOndersteuner Huisarts), VS/PA.
- Geen tekort aan personeel: doktersassistenten opleiden tot triagisten, inzet medisch studenten, opleiden VS samen met RAV en SEH, inzet basisartsen als VS.
- Goed werkgeverschap, personeel behouden door mogelijkheden te bieden tot functieontwikkeling en afwisseling van werkzaamheden.
- Goede samenwerking met SEH en DAM (DienstApotheek Midden-Holland), doordat we onder 1 dak en in elkaars directe nabijheid gesitueerd zijn.
- Goede samenwerking met ketenpartners uit dezelfde regio.
- Benchmark: we scoren landelijk goed op alle punten (KPI's) qua kwaliteit en kosten.
- Kijkend naar de Coronaperiode hebben we bewezen dat in crisissituaties zoals deze de spoedpost kwalitatief goede en veilige 24/7 zorg voor de hele regio kan leveren, door in enkele dagen tijd op te schalen naar een tweede centrale locatie voor de beoordeling van Coronaverdachte patiënten uit de hele regio, zowel tijdens kantooruren en in de ANW. De continuïteit van zowel de reguliere als acute huisartsenzorg is in onze regio goed geborgd ook in tijden van crisis, het HAROP (huisartsen-rampenopvangplan) functioneert goed bij een pandemie.
- Continue focus op leren en verbeteren.

Sterke elementen in de Houtskoolschets:

- De inspanning om de acute zorgvraag binnen de huisartsenzorg zoveel mogelijk te voorkomen.
- Juiste zorg op de juiste plek op de juiste tijd door de juiste zorgverlener, waardoor er efficiënte en betaalbare zorg geleverd wordt.
- Zorgen voor een goede door/uitstroom vanuit de acute zorg.
- Optimale samenwerking tussen de verschillende ketenpartners in de acute zorg.
- Adequaat inzicht in medische gegevens en inzet van nieuwe technologieën waaronder zelftriage-instrumenten en monitoring thuis waarmee acute zorgvragen mogelijk deels te voorkomen zijn.
- Betrekken van de gemeente/overheid bij de inrichting en het functioneren van de acute keten.

Knelpunten in de Houtskoolschets:

- In de schets wordt de huisartsenzorg vooral vanuit de spoedzorg beschreven, terwijl 94% van de huisartsenzorg geen huisartsgeneeskundige spoedzorg is, zowel tijdens dag als ANW. De patiënt heeft echter wel 24/7 behoefte aan laagdrempelig bereikbare zorg. Deze laag-urgente zorg m.b.t. vragen/adviezen ligt bij uitstek op het terrein van de eerste lijn. Huisartsen zijn met beperkte diagnostische faciliteiten (lichamelijk onderzoek en klinische blik, daarbij ondersteund door stethoscoop, tensiometer, zuurstofsaturatiemeter en otoscoop) goed in staat om vast te stellen, wie nader onderzocht moet worden in het ziekenhuis en wie in de thuissituatie verder behandeld kan worden/nog even kan worden afgewacht. Huisartsen werken volgens het principe “gezond tot het tegendeel bewezen is”, in plaats van een focus op het uitsluiten van ziekte, wat de insteek is van de medisch specialistische zorg. Triage en onderzoek van laagurgente zorgvragen vanuit het perspectief ‘uitsluiten van ziekte’ werkt overdiagnostiek in de hand en geeft overbelasting van de tweede lijn.
- Op basis van de schets missen we de continuïteit van huisartsenzorg 24/7. Wij hebben nog geen duidelijk beeld hoe dit plan zich tijdens kantoortijden verhoudt tot de dagpraktijken. Hebben het regionaal zorgcoördinatiepunt en de laagcomplexe spoedzorgpost tijdens kantoortijden een andere bezetting dan tijdens ANW-uren?
- Op de spoedpost voor laagcomplexe zorg zou volgens de schets iedereen kunnen werken, niet per sé ook huisartsen, waarmee naar ons idee de poortwachterfunctie van de huisarts verloren gaat. Om redenen die onder het eerste opsommingsteken zijn beschreven zou de sturing/bepalen beleid op de spoedpost voor laagcomplexe zorg het beste kunnen plaats vinden vanuit de huisartsen, het eerste of anderhalve lijns perspectief, niet primair vanuit het ziekenhuis (tweedelijns) perspectief.
- De conclusie is dat de traumacentra prima functioneren en dat deze kunnen blijven. Maar die conclusie gaat voorbij aan het feit dat er ook diverse kleine(re) spelers zijn, zoals onze HAP, die stabiel en efficiënt werken en goede patiëntenzorg leveren.
- Wanneer er grote multidisciplinaire samenwerkingsverbanden ontstaan met betrokkenheid van allerlei typen instellingen (huisartsen/HAP, ziekenhuis, GGZ, TZ, VVT), liggen knelpunten t.a.v. de bestuurbaarheid/wendbaarheid en tegenstrijdige belangen op de loer. Grote spelers in de keten kunnen bovendien een dominante houding aannemen t.a.v. de beleidsvoering van de deelnemende collega-instellingen uit andere sectoren en de verdeling van het beschikbare budget.
- De ervaring met 1 landelijk telefoonnummer leek in andere landen niet zo positief en zou kwetsbaar kunnen zijn als juist dit landelijke nummer een storing ervaart.
- Voor 1 landelijk nummer zal het gaan om een enorm volume aan telefoontjes. Liet het centraliseren van de 112 meldkamers juist niet eerder zien dat een te groot volume niet werkbaar is en technische problemen kent? Dat er een limiet is aan wat technisch kan? Onze voorkeur zou uitgaan naar regionale multidisciplinaire structuren van beperkte omvang met een telefoonnummer dat via bijvoorbeeld een regioapp voor alle inwoners snel toegankelijk is.
- Er wordt in de schets in eerste instantie vaak gesproken over “dat de zorgverlener bij de patiënt thuiskomt”. Pas later wordt de spoedpost genoemd waarmee tijdswinst behaald wordt om iemand naar een centrale consultlocatie te laten komen (vermijden reistijd). Naast de 2-keuzen: (beeld)bellen of fysieke beoordeling/hulp aan huis, is ook laagcomplexe spoedzorg op een consultlocatie wenselijk met diagnostische voorzieningen en de aanwezigheid van gespecialiseerd verpleegkundigen en bijv. SEH-artsen naast huisartsen. Aandacht is hierbij wel vereist hoe ideeën/gevoelens van superioriteit van de ene discipline naar de andere te vermijden zijn en vertrouwen in elkaars expertise kan ontstaan.
- Uit belovende sectoren, zoals de gemeenten, weten we dat centralisatie ook te ver doorgevoerd kan worden en dat meer slagkracht verkregen kan worden door in kleinere eenheden te opereren. Het vermijden van een te grote schaal in de plannen.

- Er is in de schets veel focus op een sleutelrol voor ROAZ en GHOR. In onze regio was de meerwaarde van met name laatst genoemde organisatie niet heel uitgesproken tijdens de Coronacrisis. Het lijkt verstandig om ervoor te waken dat de spoedposten logge, ambtelijke/administratieve kolossen worden.
- De integrale bekostiging met één budget voor de acute zorg in een regio is vanuit de huisartsenzorg moeilijk voor te stellen. Het benodigde budget is in de huisartsenzorg beduidend lager dan in de tweede lijn en is verdeeld over de dagpraktijken en de huisartsenposten.
Qua onderhandelingspositie en managementstructuur staan zij minder sterk ten opzichte van grote spelers in de keten. Voorkomen moet worden dat door verschillende belangen de budgetverdeling tot problemen bij de kleinere spelers leidt.