

Excellentie, geachte medewerkers,



Als kaderhuisartsen spoedzorg, een specialisme binnen de huisartsgeneeskunde met als aandachtsgebied spoedzorg, maken wij graag gebruik van uw uitnodiging om te reageren op uw concept aangaande de “Houtskoolschets acute zorg”.

Als poortwachter van de zorg zien huisartsen het grootste aantal spoedpatiënten in de acute keten. Ook wij merken de noodzaak tot hervorming van de organisatie van spoedzorg, om deze toekomstbestendig te maken.

Het eerste wat ons opvalt is de definitie van spoedzorg die wordt gegeven; acute zorg in een situatie waarin zo spoedig mogelijk (...) zorg verleend moet worden (...) en als antwoord op een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is. Wij zien vooral die laatste definitie graag meer gekaderd. In onze 24-uurs economie komt het steeds vaker voor dat als mensen iets willen, ze het direct willen. Wij zijn van mening dat het belangrijk is om kwalitatief hoogwaardige spoedzorg te leveren, mits er echt sprake is van spoed. Wanneer het gaat om zorg, die op dat moment niet strikt noodzakelijk is, is ons uitgangspunt dat de eigen huisarts in de dagpraktijk bij uitstek de beste zorg kan leveren. Deze kent de patiënt en zijn/haar medische geschiedenis immers beter dan wie dan ook. Het is natuurlijk aan de overheid om te beslissen of ze 24/7 laagdrempelig toegang tot alle zorg willen faciliteren, maar wij zien hierin bezwaren; onder andere hogere zorgkosten en inzet van meer personeel. Als dat niet gewenst is moet de overheid voorlichting geven dat men recht heeft op 24/7 spoedzorg, maar niet op 24/7 reguliere zorg.

Huisartsen, samen met goed opgeleide triagisten uit de dagpraktijk en op de huisartsenposten hebben veel ervaring met deze selectie. De poortwachtersrol van de huisarts kan in uw schets meer worden uitgewerkt en aanvullend kan investering in eerstelijns spoedzorg helpen de spoedzorg behapbaar te houden.

Ten tweede wordt er gesproken over ‘slimme zorg’ met gebruikmaking van ICT-oplossingen. Wij adviseren om expliciet te investeren in ICT ketenbreed, en daarbij zorg te dragen dat verschillende systemen op elkaar aan te sluiten zijn, zodat er geen dataverlies is. Op dit moment is het dataverlies tussen huisartsenpraktijken en andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld ziekenhuis of ambulance) een van de grootste beperkingen op goede zorg.

Daarnaast worden naar het voorbeeld van Kopenhagen voorbereidingen getroffen om een centraal telefoonnummer naast 112 aan te nemen voor problemen die niet levensbedreigend zijn maar wel spoed. Wij hebben hier onze twijfels over en adviseren dringend om rekening te houden met de volgende zaken: Het is al steeds lastiger om voldoende goede triagisten te vinden en te behouden voor de huisartsenposten. De ervaring in Kopenhagen leert dat het centrale telefoonnummer leidt tot overconsumptie van zorg, en bij een defensieve of onvoldoende strakke triage leidt tot overmatige belasting van spoedposten en een toename van niet-zinnige zorg. Er zijn al positieve ervaringen met regionale zorg coördinatiecentra. Triage volgens huisartsgeneeskundige richtlijnen zou daarbij voor SEH en ambulance triage moeten gaan, aangezien de triage van SEH en ambulance vaak te defensief is en dus tot hoge zorgconsumptie leidt. Ons advies is om deze meldkamers regionaal te houden. De sociale kaart is namelijk in elke regio anders, evenals samenwerking met GGZ en

thuiszorg, die ook een belangrijke rol hebben bij coördinatie van spoedzorg. Dit ligt voor een deel aan financiering, waar wij later in deze reactie nog op terug komen. Verder ligt er een risico in het opstuigen van grote organisaties waar zorgverleners zich niet betrokken bij voelen.

Bij het voorkomen van acute zorg wordt in de houtskoolschets een grote rol toegedicht aan gemeenten. Wij vragen hier nog eens heel goed over na te denken. Iets overlaten aan de gemeente heeft als voordeel dat het beter afgestemd kan worden op de behoeften van de regio, en als nadeel dat de kwaliteit sterk afhankelijk is van de bereidheid van de gemeente om hierin te investeren. Als de gemeenten hier een rol in moeten krijgen, moeten zij hiervoor goed geëquipeerd en gestimuleerd worden. In plaats van dit overlaten aan gemeenten, kan ook worden gekozen voor organisatie binnen de veiligheidsregio's. Wat verder zeer van belang is bij het voorkomen van zorg is dat de huisartsenpraktijken overdag goed bereikbaar zijn, en dat bij kwetsbare patiënten de eigen huisarts advance care planning heeft gedaan en in het dossier heeft genoteerd. Ook dit moet gestimuleerd worden door de huisartsen hiervoor de tijd en financiering te bieden. In de hele houtskoolschets missen wij het benoemen van terminale zorg, een belangrijk onderdeel van eerstelijns spoedzorg. Ook hiervoor is van belang dat de eigen huisarts of de specialist ouderengeneeskunde de mogelijkheid tot advance care planning heeft om de druk op de ANW te verminderen.

Het idee van een integrale spoedpost met meerdere disciplines die zonder drempels samenwerken spreekt ons aan. Wij adviseren om regionaal te bepalen waar die spoedposten komen en hoe groot/uitgebreid ze moeten worden. Dat biedt tevens ruimte aan een ruimer netwerk van spoedposten dan alleen die posten die geïntegreerd kunnen worden met SEH's. Laat medische kwaliteit evenals nabijheid meewegen. Laat ook hier door de regio bepalen waar de verschillende typen spoedposten moeten komen. Wat werkt in de randstad kan heel anders uitpakken in de periferie. Verder moet de mogelijkheid onderzocht worden van 'meekijkconsulten', waarbij een huisarts een andere medisch specialist kan vragen om (digitaal) mee te kijken bij een patiënt. Daarbij wordt de huisartsenpost niet naar het ziekenhuis gebracht, maar de expertise van het ziekenhuis naar de huisarts en de patiënt, via slimme ICT.

Het doet ons deugd dat er een hoofdstuk gewijd is aan de financiering, en deze discussie dus niet uit de weg gegaan wordt. De financiering moet grondig herzien worden met als belangrijkste punt ontschotting tussen de eerste en tweede lijn. Zo lang de spoedeisende hulpen en de huisartsenposten apart gefinancierd worden, zullen de integrale spoedposten nooit van de grond komen.

Tot slot willen wij graag benadrukken dat kaderhuisartsen spoedzorg experts zijn in het organiseren van spoedzorg. Bij de te ontwikkelen projecten kunnen wij een grote bijdrage leveren door beleidsmakers te adviseren en de verbinding te maken met de werkvloer.

Wij kijken er dan ook naar uit om hierover verder van gedachten te wisselen.

Met vriendelijke groet,

Jozanneke Kant en Gwendolyn Zelvelder,

Namens de Stichting Spoedzorg Huisartsen Advies Groep (SpoedHAG)
www.spoedhag.nl