

Integratie spoedeisende hulp (SEH) en huisartsenpost (HAP) leidt tot een toename in zorggebruik en kosten

Erik Wackers, Niek Stadhouders, Simone van Dulmen, Patrick Jeurissen

Contact: Erik.Wackers@radboudumc.nl

Kernpunten

- Integratie eerste en tweedelijns spoedzorg leidt tot toegenomen zorgvraag op de SEH
- Beoogde kostenbesparingen worden niet bereikt
- Nader onderzoek nodig naar regionale verschillen en gevolgen voor de kwaliteit van zorg

Toenemende druk op de spoedzorg

Het aantal spoedeisende hulp-locaties (SEH) in Nederland is afgenomen van 107 in 2003 tot 88 in 2018.[1] Tegelijkertijd is het aantal patiënten dat jaarlijks een SEH bezoekt stabiel gebleven rond de twee miljoen.[2] De druk op de SEH is daardoor toegenomen, hetgeen kan leiden tot overbelaste SEH's, met mogelijke negatieve gevolgen voor de gezondheid van patiënten.[3, 4] Toch valt ook een aantal positieve zaken op. Vergeleken met andere landen wordt de SEH in Nederland relatief weinig bezocht.[4] Ook zijn er relatief weinig patiënten die zonder verwijzing de SEH bezoeken (zelfverwijzers). Dit is in grote mate te danken aan de sterke eerste lijn, met de huisarts als poortwachter.

Sinds 2010 is de integratie van SEH en huisartsenpost (HAP) in sterke mate toegenomen (tot >90% van alle SEH's in 2017).[5] Het idee is dat dit leidt tot een reductie van onnodige SEH-bezoeken, doordat patiënten met dezelfde kwaliteit van zorg behandeld kunnen worden in de eerste lijn,

tegen lagere kosten[6]. Wij hebben onderzocht of deze assumptie klopt. Hiervoor konden we de declaratiedata van zorgverzekeraar VGZ uit 2017 benutten. Alle bezoeken aan de SEH en de HAP staan hierin geregistreerd.

Het doel van het onderzoek was het in kaart brengen van de effecten van integratie van SEH en HAP op: (1) SEH-bezoeken, (2) opnames in het ziekenhuis, en (3) de totale kosten¹ per patiënt.

In Nederland heeft de integratie van SEH en HAP meerdere verschijningsvormen, variërend van huisvesting op hetzelfde (ziekenhuis-) terrein, beide recepties in hetzelfde gebouw, tot een gedeelde receptie. In dit onderzoek maken we echter een tweedeling tussen een geïntegreerde SEH en HAP en een losstaande SEH of HAP.

Resultaten van het onderzoek

De effecten van integratie zijn geschat op basis van (logistische) regressiemodellen.

¹ Kosten worden in dit onderzoek geschat op basis van declaratiedata. Beschikbaarheidsbijdragen voor de SEH zijn onbekend in onze data, waardoor een onderschatting van de kosten waarschijnlijk is. Werkelijke kosten voor de zorgaanbieders kunnen hierdoor afwijken van de declaratiekosten.

Gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, type ziekenhuis en aantal bezoeken laten onze analyses zien dat integratie van HAP en SEH leidt tot een **46% grotere kans op een SEH-bezoek**, **6% grotere kans op ziekenhuis-opname** en **2% hogere kosten**, vergeleken met patiënten die een losstaande HAP of SEH bezoeken. In de praktijk worden de beoogde kostenvoordelen van integratie dus niet behaald. Een mogelijke verklaring is dat – door de fysieke nabijheid – bij integratie de drempel om door te verwijzen naar de SEH lager is dan bij een zelfstandige HAP. Dit effect vertaalt zich in hogere opnamepercentages en kosten. Door de bank genomen lijken *supplier-induced demand*-effecten op te treden: het aanbod van diensten creëert zijn eigen vraag.

Tabel 1: Effecten integratie SEH ten opzichte van losstaande instellingen

	Geïntegreerd t.o.v. losstaand
SEH-bezoeken	46% ↑
Opnames	6% ↑
Kosten	2% ↑

Beleidsimplicaties

Op macroniveau lijkt integratie van SEH en HAP geen beleids optie die de kosten van (de organisatie van) de spoedzorg verlaagt. Dit is opvallend, gezien het sterk toenemende aantal geïntegreerde SEH's. De poortwachtersfunctie van de eerste lijn, een belangrijke bouwsteen van het Nederlandse zorgsysteem, wordt hiermee deels tenietgedaan. Dit onderzoek duidt op het belang van een zekere (fysieke) afstand tussen eerste- en tweede-lijnsspoedzorg, indien het primaire doel is om het volume op de SEH te beperken. Een aantal vervolgstappen kan afgeleid worden uit deze resultaten.

Ten eerste bevelen wij onderzoek aan naar regionale verschillen in de spoedzorg. Op basis van de zorgvraag kan regionaal een passende organisatie gerealiseerd worden. Het is bijvoorbeeld bekend dat grootstedelijke gebieden een andere patiëntenpopulatie kennen dan overige regio's.[6] Ten tweede is inzicht in de effecten van integratie van SEH en HAP op de kwaliteit van de patiëntenzorg niet bekend. Het in kaart brengen hiervan zal beleidsmakers helpen om een afgewogen keuze te maken, zowel op basis van kwaliteit als kosten.

Referenties

1. Nederlandse Zorgautoriteit, *Monitor acute zorg 2018*. 2019: Utrecht.
2. Gaakeer, M., et al., *National developments in emergency departments in the Netherlands: numbers and origins of patients in the period from 2012 to 2015*. Ned Tijdsch Geneesk, 2016. **160**: p. D970.
3. Van Der Linden, C., et al., *Emergency department crowding in The Netherlands: managers' experiences*. International journal of emergency medicine, 2013. **6**(1): p. 41.
4. Gaakeer, M., et al., *The emergency department landscape in The Netherlands: an exploration of characteristics and hypothesized relationships*. Int J Emerg Med, 2018. **11**(1): p. 35.
5. Nederlandse Zorgautoriteit, *Marktscan acute zorg 2017*. 2018: Utrecht.
6. Nederlandse Zorgautoriteit [Dutch Healthcare Authority], *Monitor samenwerking spoedeisende hulp (seh) en huisartsenposten (hap) [Monitor collaboration between ED and AHPC]*. 2017, Nederlandse Zorgautoriteit: Utrecht.