

Acute Basiszorg?!

Advies over het maken van een onderscheid tussen (acute) basiszorg en (acute) medisch specialistische zorg ten behoeve van bekostiging

Stageverslag Nederlandse Zorgautoriteit
Utrecht, augustus 2009

Drs. Jetty Thiesen
Keuzestage jaar 6, Universiteit Utrecht
j.thiesen@students.uu.nl

Met dank aan

- Thesra Hilde-olde Scheper, Ben Scharp, Bart Keuper en Sander Koopman voor hun begeleiding tijdens deze stage
- Alle experts en belanghebbende partijen die hebben meegewerkt aan de interviews
- De medewerkers bij de Nederlandse Zorgautoriteit die hun visie op het onderwerp hebben gegeven, in het bijzonder Johan van Manen.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk	Pagina
1. Samenvatting	3
2. Inleiding	6
2.1 Aanleiding tot dit onderzoek	
2.2 Vraagstelling	
2.3 Leeswijzer	
3. Begrippen en juridische aspecten	8
3.1 Procesbeschrijving huidige situatie	
3.2 Beschrijving patiëntkarakteristieken	
3.3 Definiëring begrippen	
3.4 Juridische aspecten	
4. Literatuurstudie	12
4.1 Literatuuronderzoek	
4.2 Beschrijving relevante literatuur	
4.3 Conclusie	
5. Interviews	18
5.1 Methoden	
5.2 Resultaten	
5.3 Conclusie	
6. Discussie	23
6.1 Conclusie	
6.2 Ideale situatie vanuit inhoudelijk perspectief	
6.3 Uitwerking modellen	
6.4 Aanvullende adviezen	
Bijlage 1	27
Bijlage 2	28
Referenties	29

1. Samenvatting

Dit advies beschrijft de mogelijkheid tot het maken van een onderscheid tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg, vanuit een bekostigingsperspectief. Het doel van dit onderzoek is proberen criteria op te stellen op basis waarvan dit verschil in de praktijk gemaakt kan worden.

In eerste instantie is door middel van een literatuuronderzoek geprobeerd de vraag te beantwoorden hoe dit onderscheid gemaakt kan worden. In de literatuur worden vooral criteria beschreven op basis waarvan in een spoedpost, een samenwerkingsverband tussen een huisartsenpost (HAP) en spoedeisende hulp (SEH), besloten kan worden of een patiënt op de HAP of SEH gezien moet worden.

Uit de geraadpleegde rapporten kunnen de volgende conclusies worden getrokken: er is sprake van medisch specialistische zorg bij patiënten:

- die doorverwezen zijn;
- die per ambulance komen;
- waarbij aanvullend onderzoek nodig is zoals röntgendiagnostiek;
- in specifieke groepen die onder behandeling zijn bij een medisch specialist, zoals patiënten met problemen door gips en patiënten met koorts tijdens chemotherapie.

Bij patiënten die eerst telefonisch contact opnemen, die zichzelf verwijzen, waarbij geen aanvullend onderzoek of hoogwaardige medische apparatuur nodig is, is sprake van basiszorg. Er wordt niet nader omschreven wat precies hoogwaardige medische apparatuur is.

Een onderscheid tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg, gericht op de bekostiging van zorg, kan niet gebaseerd worden op bovenstaande indeling. Om deze reden is besloten experts en belanghebbende partijen uit het veld te raadplegen. In totaal is met 20 respondenten een semi-gestructureerd interview gehouden om een antwoord op deze vraag te vinden.

De overgrote meerderheid van de respondenten is van mening dat het niet mogelijk is een volledig onderscheid te maken tussen (acute) basiszorg en (acute) medisch specialistische zorg en hiervoor criteria op te stellen. Volgens hen is het niet duidelijk waar de grens tussen deze twee begrippen precies ligt. Daarnaast zal altijd een grijs gebied blijven bestaan tussen deze twee begrippen. Door de respondenten is een aantal criteria benoemd op basis waarvan mogelijk een gedeeltelijk onderscheid gemaakt kan worden. Ook wordt genoemd dat er grote regionale verschillen zijn in de inrichting van de acute zorg en dat het om die reden moeilijk is landelijke richtlijnen op te stellen. Er wordt voorgesteld te starten met pilots en experimentele ruimte zodat de effecten van deze nieuwe vorm van financiering eerst onderzocht en geëvalueerd kunnen worden.

Op basis van het bovenstaande wordt geconcludeerd dat het verschil tussen (acute) basiszorg en (acute) medisch specialistische zorg, gericht op de bekostiging van zorg, niet gemaakt kan worden. Het is wel mogelijk een aantal criteria te benoemen waarbij in ieder geval sprake is van medisch specialistische zorg. Maar het is niet mogelijk dit te doen voor de basiszorg.

Het maken van een onderscheid tussen deze begrippen met het oog op bekostiging is op basis van (bepaalde) aanvullende diagnostiek niet mogelijk. Omdat niet beschreven kan worden of, en bij welke aanvullende diagnostiek de grens ligt van het huisartsgeneeskundig handelen. Het is eveneens niet mogelijk dit onderscheid te maken op basis van triage. Het bepalen van de vervolgfunctie bij triage is niet gericht op het maken van een financieel onderscheid tussen huisartsgeneeskundige zorg en medisch specialistische zorg. Daarnaast geeft een triage systeem geen absolute indeling, in een later stadium kan altijd van een eerste beslissing afgeweken worden.

Ten slotte is het ook op basis van urgentiecodering niet mogelijk een onderscheid te maken tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg. Namelijk, zowel een huisarts als medisch specialist kan zorg bieden aan patiënten met zorgvragen met de urgenties U1-U5.

Omdat het onderscheid tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg niet volledig gemaakt kan worden en omdat het niet mogelijk is criteria op te stellen voor zorg die in ieder geval als basiszorg aangemerkt kan worden, wordt geadviseerd de inrichting van de

acute basiszorg niet op een dergelijke indeling te baseren. Namelijk, een voorwaarde voor het invoeren van prestatiebekostiging is de mogelijkheid prestaties goed en duidelijk te kunnen omschrijven. Wat voor de prestaties acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg niet kan.

Daarnaast wordt geconcludeerd dat gehanteerde begrippen binnen de acute zorg vaak niet duidelijk omschreven zijn en niet consequent worden gehanteerd. In dit advies wordt geadviseerd duidelijk te benoemen of begrippen vanuit medisch inhoudelijk oogpunt of vanuit patiënten perspectief beschreven worden. Dit is belangrijk om misverstanden te voorkomen en duidelijkheid te verschaffen over wat precies bedoeld wordt.

2. Inleiding

2.1 Aanleiding tot dit onderzoek

Herinrichting bekostiging acute zorg

In februari 2008 heeft de NZa de uitvoeringstoets 'Met spoed!' geschreven over de verbetering van de regulering van acute zorg. Hier wordt ingegaan op de gehele keten van spoedeisende zorg en de verschillende aanbieders. Daarnaast komen knelpunten en oplossingen van een doelmatige inrichting en organisatie van deze zorgketen aan bod.

In januari 2009 heeft de minister de NZa om een vervolg op deze uitvoeringstoets gevraagd over het voornemen dat hij heeft over de bekostiging van acute basiszorg. De minister vraagt hierin het principe van functionele bekostiging, zoals dat in de uitvoeringstoets 'Met Spoed!' beschreven is, met een aantal aanpassingen verder uit te werken. Hij vraagt de NZa twee varianten nader te analyseren. De eerste variant betreft een bekostigingssysteem volgens een volledig consulttarief, waarbij alleen in uitzonderingsgevallen (zeer dun bevolkte gebieden) sprake zou kunnen zijn van een beschikbaarheidsvergoeding. In de tweede variant vraagt de minister om een berekening van de hoogte van de tarieven, zonder de gestelde voorwaarden.

2.2 Vraagstelling

De hoofdvraag die in dit advies beantwoord moet worden is de volgende:

Is het mogelijk onderscheid te maken tussen (acute) basiszorg en (acute) medisch specialistische zorg?

Op basis van welke criteria kan dit onderscheid in de praktijk worden gemaakt?

In dit advies wordt geprobeerd een antwoord te formuleren op deze vraag. Daarnaast zullen, indien mogelijk, heldere criteria opgesteld worden op basis waarvan het onderscheid tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg in de praktijk gemaakt kan worden.

Een antwoord op deze vraag kan een bijdrage leveren bij het beantwoorden van de vragen die gesteld zijn in het kader van het vervolg op de uitvoeringstoets 'Met Spoed!', namelijk:

Hoe kan bij acute basiszorg functionele prestatiebekostiging worden ingevoerd?

En meer in het bijzonder:

1. Welke prestaties kunnen worden onderscheiden bij acute basiszorg?
2. Welke prestatiebeschrijvingen zijn nodig voor een goede werking van het gekozen bekostigingssysteem?
3. Welke tarieven moeten voor deze prestaties gelden?

Onderzoekskader

De minister wil de acute basiszorg zoveel mogelijk functiegericht inrichten en overweegt daartoe een tweetal bekostigingsmodellen in te voeren¹. Deze modellen worden momenteel door de NZa verder uitgewerkt. Binnen de kaders van functionele bekostiging dient deze vraagstelling beantwoord te worden. De acute psychiatrische hulp en de ambulancezorg vallen buiten dit advies.

2.3 Leeswijzer

Op de volgende manieren wordt geprobeerd een antwoord te geven op de hoofdvraag:

- Allereerst wordt in hoofdstuk 3 het juridisch kader van acute zorg beschreven en worden relevante begrippen gedefinieerd.
- In hoofdstuk 4 wordt een literatuuronderzoek in Pubmed, EMBASE, Picarta en acuteczorg.nl beschreven. Het doel hiervan is bestaande literatuur over het onderwerp te identificeren. De resultaten van dit literatuuronderzoek, relevante literatuur voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, worden beschreven.
- Vervolgens wordt in hoofdstuk 5 een beschrijving gegeven van een onderzoek onder belanghebbende partijen en experts uit het veld. Door middel van semi-structureerde interviews is geprobeerd criteria op te stellen op basis waarvan het verschil tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg gemaakt kan worden.

- In hoofdstuk 6 wordt de discussie beschreven. De verzamelde resultaten uit het literatuuronderzoek en de gehouden interviews worden samengevoegd en mogelijkheden en knelpunten worden beschreven.
- Ten slotte wordt in hoofdstuk 7 antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Daarnaast zal ook een aantal algemene en meer specifieke aanbevelingen gedaan worden over de inrichting van de acute basiszorg.

3. Begrippen en juridische aspecten

3.1 Procesbeschrijving huidige situatie

Als een patiënt een acute zorgvraag heeft dan kan deze, of zijn omgeving, voor het zoeken van hulp een van de volgende mogelijkheden kiezen:

1. Telefonisch contact opnemen met de huisarts of, in de avond-, nacht-, of weekend-uren (ANW-uren)ⁱ, met de huisartsenpost.
2. Op eigen gelegenheid en zonder voorafgaand telefonisch contact te hebben gehad, naar de huisarts of, in de ANW-uren, naar de huisartsenpost (HAP) gaan.
3. Een ambulance (112) bellen.
4. Op eigen gelegenheid een spoedeisende hulp (SEH) bezoeken. In dit geval is er sprake van zelfverwijzing naar de SEH.

Dit advies is erop gericht het verschil aan te merken tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg. In de eerste en tweede beschreven optie komt een patiënt bij de huisarts of huisartsenpost. Omdat een huisarts basiszorg biedt, wordt in deze scenario's dus (acute) basiszorg geleverd. Als een huisarts vervolgens besluit een patiënt door te sturen naar een medisch specialist, dan is in principe sprake van medisch specialistische zorg. Door organisatorische redenen is het in de ANW-uren voor veel huisartsen niet mogelijk aanvullende diagnostiek zoals röntgenfoto's, laboratorium onderzoek en ECG's aan te vragen, terwijl zij overdag deze mogelijkheid wel hebben. Dit betekent dat patiënten vaak worden doorgestuurd naar de tweede lijn als aanvullende diagnostiek geïndiceerd is. Er kan gediscussieerd worden over de vraag of dan automatisch sprake is van medisch specialistische zorg.

Volgens de Wet ambulancezorg (Waz) is ambulancezorg "erop gericht een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren". Volgens de toelichting bij de Waz (Kamerstukken II 2004-2005, 29 835, nr. 3) moet de zorg twee elementen omvatten, namelijk hulpverlening en vervoer. Waarbij het vervoer niet daadwerkelijk hoeft plaats te vinden.² Ambulancezorg is gericht op andere functies dan zorg geleverd door een huisarts of medisch specialist. Het doel is namelijk niet het stellen van een diagnose of het bieden van een volledige behandeling. Daarnaast kent de ambulancezorg een eigen triage en wordt deze zorg op een andere manier gefinancierd. Vanwege deze redenen wordt ambulancezorg in dit advies buiten beschouwing gelaten. Als een patiënt per ambulance naar het ziekenhuis wordt vervoerd is na aankomst in het ziekenhuis in principe sprake van medisch specialistische zorg.

Een SEH levert zowel basiszorg als medisch specialistische zorg. In geval van zelfverwijzing naar de SEH is het dus niet meteen duidelijk of er sprake is van basiszorg of medisch specialistische zorg. Dit advies zal dus voornamelijk gericht zijn op de zelfverwijzer naar de SEH.

3.2 Beschrijving patiëntkarakteristieken

Giesen³ heeft gedurende vier weken de patiëntkarakteristieken van patiënten op de HAP en zelfverwijzers op de SEH onderzocht en met elkaar vergelekenⁱⁱ. 223.410 inwoners hebben in de ANW-uren 5.178 maal contact gezocht met een acute zorgaanbieder. 4.423 patiënten (85,4%) namen contact op met de HAP en 755 patiënten (14,6%) verwezen zichzelf naar

ⁱ Deze uren betreffen de tijdsperiode tussen 18.00 en 08.00 uur en de tijdsperiode tussen zaterdagmorgen 08.00 uur en zaterdagavond 18.00 uur en de tijdsperiode tussen zondagmorgen 08.00 uur en zondagavond 18.00 uur, alsmede de tijdsperiode tussen 08.00 uur en 18.00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet. (Tariefbeschikking huisartsenzorg vanaf 1 juli 2009, nummer 5000-1900-09-3, Nederlandse Zorgautoriteit)

ⁱⁱ Door een van de geïnterviewden (zie hoofdstuk 5) werd het proefschrift van dr. Giesen overhandigd, waar de resultaten van dit onderzoek in beschreven staan. Er is kort gezocht in de literatuur naar soortgelijke onderzoeken. Echter, er zijn geen onderzoeken gevonden waar zowel karakteristieken van patiënten op de SEH als op de HAP vergeleken zijn. Om toch een korte beschrijving te kunnen geven van de groep patiënten waar dit onderzoek betrekking op heeft, is besloten alleen de resultaten van dit onderzoek weer te geven.

tweedelijns zorg. 644 patiënten (12.6%) hiervan gingen zelf naar de SEH en 111 patiënten (2,1%) belden het alarmnummer 112.

Dit komt neer op een contactfrequentie van 258 patiënten bij de HAP en 43 zelfverwijzers naar de SEH per 1000 patiënten per jaar. De patiënt kenmerken zijn weergegeven in tabel 1.

7,1% van de patiënten op de HAP werd verwezen naar de SEH, ongeveer de helft hiervan (52,5%) werd in het ziekenhuis opgenomen. Gedeeltelijk was het feit dat de HAP geen faciliteiten had voor ECG, röntgendiagnostiek of uitgebreid lab onderzoek de reden om patiënten te verwijzen.

Van de zelfverwijzers naar de SEH werd 13,5% opgenomen in het ziekenhuis.

50,4% van de zelfverwijzers naar de SEH kreeg een röntgenfoto op de SEH.

Tabel 1 Patiënt kenmerken op HAP en SEH⁴ⁱⁱⁱ

	Totaal	HAP	SEH
Contact frequentie	n=5178	n=4423	n=755
	100%	85.5%	14.5%
Man (%)	45.8	43.4	60.1
Leeftijd (%)			
0-15	26.4	27.9	17.5
16-65	55.7	53.0	71.7
>65	17.9	19.1	10.9
Urgentie (%)			
U1 + U2	4.9	4.6	6.1
U3	17.4	13.0	43.6
U4	77.7	82.4	50.3
Klachten (%)			
Trauma	15.4	6.8	66.1
Infectie	22.9	26.2	3.7
Spier-skelet problemen	11.4	12.8	3.4
Verteringsstelsel	9.0	10.1	2.4
Ademhalings problemen	4.2	4.8	0.9
Hart	4.2	3.9	6.1
Andere problemen	32.8	35.4	17.4

3.3 Definiëring begrippen

In 2007 is er door van Baar et al.⁵ een voorstel ontwikkeld voor de begrippen acute- en dringende zorg. Het begrip acute zorg is hierbij overgenomen van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ).

Acute zorg⁶

"Wanneer zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een levensbedreigende aandoening of ongeval te voorkomen."

Dringende zorg

"Dringende zorg gaat uit van alle medische vragen en klachten als gevolg van een aandoening of een ongeval, waarvan volgens de patiënt behandeling of beoordeling niet langer dan enkele uren tot een dag uitstelbaar is om overlijden of irreversibele gezondheidsschade te voorkomen."

In deze definities worden de urgentiecodes U1 en U2 tot acute zorg gerekend en de urgentiecodes U3 en U4 tot dringende zorg, volgens de urgentieclassificatie van het Nederlands Triage Systeem (NTS). Het overkoepelende begrip wordt hier gedefinieerd als spoedzorg.

ⁱⁱⁱ De urgentiecodering U1 t/m U4 worden in paragraaf 3.3 nader uitgelegd.

Tabel 2 Schematische weergave gehanteerde categorieën U1 t/m U5⁷

Categorie	Naam	Klinische prioriteit
U1	Levensbedreigend	Onmiddellijk actie, de vitale functies zijn in gevaar of uitstel van behandeling leidt tot ernstige en onherstelbare schade van de gezondheid.
U2	Spoed	Vitale functies zijn (nog) niet in gevaar, maar er is een reële kans dat de toestand snel verslechtert of dat uitstel van behandeling tot ernstige en onherstelbare schade van de gezondheid leidt.
U3	Dringend	Niet te lang uitstel, binnen enkele uren om medische en/of humane redenen.
U4	Niet dringend	Er is geen tijdsdruk om medische of andere gronden. Het moment en de plaats van de afspraak worden met de aanvragen/patiënt overeengekomen.
U5	Advies	Een fysieke beoordeling kan wachten tot de volgende werkdag.

In de uitvoeringstoets 'Met spoed!⁸ wordt het begrip acute basiszorg als volgt gedefinieerd:

"Acute basiszorg omvat de spoedeisende generalistische zorg die doorgaans door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts kan worden verleend."

Door van Baar et al. wordt de definitie van het begrip acute zorgvraag overgenomen van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ), 2003⁹, namelijk:

Acute zorgvraag

"Als een patiënt/slachtoffer of omstander om onmiddellijke hulp vraagt in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert."

Daarnaast wordt in dit rapport het begrip zelfverwijzer als volgt gedefinieerd:

"Een zelfverwijzer is een persoon die zonder verwijzing van de huisarts op eigen initiatief de SEH of andere afdeling van een ziekenhuis bezoekt."

Ten slotte heeft prof. Schrijvers¹⁰ het begrip spoedpost als volgt – tijdelijk in de zin van aan te passen bij nader inzicht - gedefinieerd:

"Een spoedpost is een samenwerkingsverband van een huisartsenpost en een Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) van een ziekenhuis met tenminste gezamenlijke triage, huisvesting en zorgafspraken over afstemming over bijvoorbeeld zelfverwijzers."

Zoals hierboven beschreven, blijkt dat acute zorg vanuit twee perspectieven bekeken kan worden. Namelijk, acute zorg vanuit medisch inhoudelijk oogpunt, zoals beschreven wordt als definitie van het begrip 'acute zorg'. Daarnaast kan acute zorg vanuit patiëntperspectief benaderd worden, zoals in de beschrijving van de begrippen 'dringende zorg' en 'acute zorgvraag' terug komt. Het door elkaar gebruiken van deze begrippen kan misverstanden veroorzaken. Immers, vaak is er een discrepantie tussen wat in de ogen van de patiënt acute zorg is en wat vanuit medisch inhoudelijk oogpunt als acuut beoordeeld wordt. Door van zorgvraag te spreken is het duidelijk dat vanuit het perspectief van de patiënt gekeken wordt. Mogelijk zou om die reden het begrip 'dringende zorg' veranderd kunnen worden in 'dringende zorgvraag'.

3.4 Juridische aspecten

In het boek 'gezondheidsrecht'¹¹ wordt het wettelijk kader van spoedeisende hulp besproken. Uitgangspunt hierbij is de verplichting van een arts of een afdeling voor spoedeisende hulp om een patiënt die zich met een spoedeisende zorgvraag presenteert, te onderzoeken zodat vastgesteld kan worden of het probleem ook vanuit medisch inhoudelijk oogpunt spoedeisend is. Er wordt vermeld dat dit onderzoek in principe niet overgelaten kan worden aan een verpleegkundige of een andere niet-zelfstandig bevoegde hulpverlener.

In het geval een patiënt telefonisch contact opneemt met een arts, hoeft deze niet door de arts persoonlijk gezien te worden. De patiënt kan ook worden doorverwezen naar de huisarts, een HAP of SEH, indien dit in de gegeven situatie realistische opties zijn.

Wettelijk gezien is niet expliciet geregeld dat een arts of SEH de verplichting heeft patiënten die zichzelf verwijzen naar de SEH met een in hun ogen acute zorgvraag te onderzoeken. De volgende wetsartikelen en richtlijnen geven een beschrijving met betrekking tot de taken die de arts in de acute zorg heeft.

Artikel 453 van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) omschrijft dat taken van een hulpverlener algemeen:

"De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard."

Door de KNMG zijn gedragsregels voor artsen opgesteld¹², voor spoedeisende zorg gelden onderstaande gedragsregels:

"Aan ieder die zich tot hem wendt in zijn hoedanigheid als arts verleent hij de noodzakelijke behandeling, begeleiding, adviezen en beoordelingen overeenkomstig de eisen, die hem op grond van zijn beroep en deskundigheid mogen worden gesteld."

"De arts verleent in noodsituaties en bij calamiteiten te allen tijde en voor zover mogelijk eerste hulp."

Daarnaast zegt de Richtlijn Triage op de Spoedeisende hulp¹³ het volgende over de behandelingsovereenkomst:

"Zodra de patiënt zich met een hulpvraag meldt op de SEH, ontstaat een overeenkomst tussen de patiënt en het ziekenhuis, waarop de regels van de WGBO van toepassing zijn. De WGBO legt de rechten en verplichtingen van hulpverlener en patiënt vast."

Ten slotte geeft artikel 14 lid 2 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) inhoudelijk aan welk risico op de toegang tot (acute) medisch specialistische zorg door de zorgverzekeraar moet worden verzekerd:

"De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts."

In de wet wordt de 24x7 zorgverplichting van huisartsen voor de eigen patiënten ook niet expliciet geregeld. Maar de huisartsen hebben hier mogelijk wel een eigen opvatting over, namelijk de meerderheid van de huisartsen wil de verantwoordelijkheid voor de 24-uurszorg blijven behouden¹⁴.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is van mening dat huisartsenzorg 7 dagen in de week en 24 uur per dag drempelloos toegankelijk moet zijn. De IGZ vindt dat ook voor niet-spoedeisende vragen iedereen binnen een redelijke tijd contact moet kunnen krijgen met de huisarts.¹⁵

Daarnaast spreekt het College voor Zorgverzekeringen (CVZ)¹⁶ ook van de huisartsenzorg als 7x24-uur-zorg.

4. Literatuur studie

4.1 Literatuuronderzoek

De literatuur die gebruikt is voor de uitvoeringstoets 'Met spoed!' is opnieuw bekeken en beoordeeld op bruikbaarheid voor het beantwoorden van deze vraagstelling. Daarnaast is gezocht in Pubmed, EMBASE, Picarta en acutezorg.nl naar andere relevante literatuur. De zoekstrategie is hierbij bewust beperkt tot literatuur met betrekking tot de Nederlandse situatie. In meerdere opzichten is de taakomschrijving van de huisarts typisch Nederlands.¹⁷ Zo zijn er landen die geen huisartsen kennen, waar het takenpakket van de huisarts minder uitgebreid is of waar patiënten geen vaste (huis)arts hebben en dus steeds een andere arts kunnen bezoeken.

De vraag die met behulp van deze zoekstrategie beantwoord dient te worden is gelijk aan de hoofdvraag, genoemd in hoofdstuk 1, namelijk:

Wat is het verschil tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg (in Nederland) en hoe kan in de praktijk dit onderscheid gemaakt worden?

Methoden

De zoekstrategie is opgesteld met het doel alle relevante studies over het maken van een onderscheid tussen acute medisch specialistische zorg en acute basiszorg in de praktijk te vinden. Op 27 mei 2009 is gezocht in Medline (1966-2009) en EMBASE (1980-2009), hierbij zijn synoniemen gebruikt voor de verschillende onderdelen van de vraagstelling. Dubbele artikelen zijn uit de zoekresultaten gefilterd, waarna titels en abstracts gescreend zijn op relevantie voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Vervolgens is geprobeerd full-text versies van de relevante artikelen te verkrijgen. Ten slotte zijn de referenties van de relevante artikelen gescreend met behulp van de eerder genoemde in- en exclusie criteria.

Tabel 3 zoekstrategie

<p><i>[Title/abstract]</i> netherlands OR Holland OR Dutch</p> <p><i>[Title/abstract]</i> acute care OR emergency medicine OR after hours care OR critical care medicine OR acute medicine OR out of hours care OR out of hour service OR emergency health care OR emergency service</p> <p><i>[Title/abstract]</i> primary care OR primary health care OR secondary care OR secondary health care OR GP OR general practitioner OR family doctor OR family practice OR patient care management OR medical specialist care OR clinical care OR hospital care</p> <p><i>Zoekdatum: 27 mei 2009</i></p>

Op 3 juni 2009 is gezocht in de bibliotheek van www.acutezorg.nl en Picarta met de volgende zoektermen: 'spoedpost', 'acute basiszorg', 'acute huisartsenzorg', 'acute ketenzorg', 'spoedeisende zorg' en 'acute zorg' (alleen gebruikt voor Picarta).

Resultaten

De zoekstrategie leverde 270 resultaten in Medline op en 337 in EMBASE, na ontdubbelen bleven er 342 resultaten over. Screenen van titel en abstract leverde 5 relevante artikelen op, waarvan er 4 full-text beschikbaar waren in de Medische Bibliotheek van de Universiteit

Utrecht. Na het lezen van de artikelen bleek dat geen van de artikelen relevant was voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Zoeken in de bibliotheek van www.acutezorg.nl leverde in eerste instantie 7 nieuwe, relevant lijkende, rapporten op. Uiteindelijk bleken twee nieuwe rapporten inhoudelijk iets te zeggen over de manier waarop bij spoedposten besloten wordt patiënten naar de huisarts of medisch specialist te verwijzen^{18,19}. Zoeken in Picarta leverde twee nieuwe, mogelijk relevante rapporten op. Echter, deze rapporten waren niet openbaar en niet verkrijgbaar via de Medische Bibliotheek van de Universiteit Utrecht.

Het rapport 'Op weg naar inkoop van functies in de acute zorg'²⁰, gebruikt voor de uitvoeringstoets 'Met Spoed!' en de beschrijving van de ontwikkeling van het Nederlands Triage Systeem²¹ bleken ook bruikbaar voor het beantwoorden van de hoofdvraag.

Hieronder zijn de belangrijkste gegevens voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag van deze rapporten beschreven.

4.2 Beschrijving relevante literatuur

4.2.1 'Functiecatalogus acute zorg'

In de 'Functiecatalogus acute zorg'²² van Plexus worden drie processtappen in de acute zorgverlening onderscheiden, namelijk: 1. telefonische toegang en regie; 2. stabilisatie en behandeling; 3. complexe vervolgzorg. Iedere processtap omvat één of meer functies die samen de totale acute zorg omvatten.

1. Telefonische toegang en regie
 - o telefonische toegang en regie
2. Stabilisatie en behandeling
 - Mobiel
 - o stabilisatie en vervoer
 - o mobiele psychiatrische crisishulp
 - o mobiele behandeling
 - o mobiele verpleging
 - o mobiele verzorging
 - Niet-mobiel
 - o geprotocolleerde zorg
 - o basisbehandeling
 - o behandeling met aanvullende diagnostiek
 - o psychiatrische crisishulp
3. Complexe vervolgzorg
 - o algemeen
 - o hartinfarct
 - o multitrauma
 - o cerebro vasculair accident (CVA)
 - o zwangerschap
 - o psychiatrie

Binnen de kaders van dit advies zijn slechts een aantal functies uit de tweede processtap van belang. Zoals beschreven in hoofdstuk 1, valt de psychiatrische hulpverlening buiten dit advies. Daarnaast is de ambulancezorg buiten beschouwing gelaten (hier de functie 'stabilisatie en vervoer'). Ten slotte zijn de functies 'mobiele verpleging' en 'mobiele verzorging' gericht op hulpverleners met respectievelijk verpleegkundige- en verzorgingsexpertise en worden ze om deze reden niet besproken in dit advies.

Plexus definieert de functie 'mobiele behandeling' als zorg voor iedereen met medische zorgvragen met uiteenlopende urgentie, U1-U4, waarbij mogelijke kleine kans op schade is. Deze functie zou geboden moeten worden door een visiteauto met een persoon met huisartsgeneeskundige expertise.

De functie 'geprotocolleerde zorg' wordt omschreven als zorg voor iedereen met niet levensbedreigende medische zorgvragen, U2-U4, waarvan de behandeling te protocolleren valt en regelmatig voorkomt. Een hulpverlener met algemeen verpleegkundige expertise onder supervisie van een (huis)arts dient deze zorg te bieden.

Voor de functie 'basisbehandeling' geldt dat deze wordt omschreven als zorg voor iedereen met medische zorgvragen met een uiteenlopende urgentie, U1-U4. De zorgvragen zijn niet

protocolleerbaar, de vitale functies zijn in gevaar en in eerste instantie is geen aanvullende diagnostiek noodzakelijk. Volgens Plexus dient deze zorg door een hulpverlener met huisartsgeneeskundige expertise geboden te worden.

Ten slotte wordt de functie 'behandeling met aanvullende diagnostiek' beschreven als zorg voor iedereen met medische zorgvragen met een uiteenlopende urgentie, U1-U4. De zorgvragen zijn niet protocolleerbaar en het is direct duidelijk dat aanvullende diagnostiek noodzakelijk is. Een hulpverlener met SEH-expertise of medisch specialistische expertise is nodig om deze zorg te leveren. Het begrip SEH-expertise wordt hier niet verder gedefinieerd.

Indien er vanuit wordt gegaan dat zorg geleverd door een hulpverlener met SEH-expertise ook onder medisch specialistische zorg valt, dan vloeit uit het rapport van Plexus voort dat het onderscheid tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg gemaakt kan worden op basis van de noodzaak tot het uitvoeren van aanvullende diagnostiek. Daarnaast kan uit het rapport de conclusie worden getrokken dat dit onderscheid niet gemaakt kan worden op basis van urgentie. Namelijk, ook een huisarts (functie 'basisbehandeling') biedt zorg met uiteenlopende urgentie (U1-U4).

4.2.2 'Op weg naar eenduidige triage'

Het rapport 'Op weg naar eenduidige triage'²³ heeft de volgende stappen vastgesteld bij triage:

1. het bepalen van de urgentie via de ABCD-methodiek;
2. het bepalen van de ingangsklacht;
3. het bepalen van de urgentie;
4. het indiceren van het vervolgtraject;
5. het doorspreken van de triage en het advies met patiënt of diens omgeving.

De ABCD-methodiek is erop gericht levensbedreiging, ongeacht de oorzaak, als eerste uit te sluiten. De letters ABCD staan voor Airway, Breathing, Circulation en Disability. Om de levensbedreiging uit te sluiten wordt vastgesteld of uitgevraagd of er een bedreigde luchtweg is (A), of er een afwezigheid of insufficiënte ademhaling is (B) en of er nog circulatie van bloed is, dus of het hart nog klopt (C). Ten slotte wordt bepaald of er een bewustzijnsstoornis is (D).

In stap vier wordt het vervolgtraject geïndiceerd, door het NTS worden hierbinnen de volgende functies onderscheiden:

- Basis acute zorg (algemeen verpleegkundige expertise)
- Generalistische zorg (huisartsgeneeskundige expertise)
- Complexe acute zorg (medisch-specialistische expertise)
- Zelfzorgadvies
- GGZ
- Mobiele acute zorg (gespecialiseerde verpleegkundige expertise)
- Mobiele generalistische zorg (huisartsgeneeskundige expertise)

Onder generalistische zorg valt differentiaaldiagnose (onduidelijk ziektebeeld, verduidelijking nodig voor expertise), complexe therapeutische behandeling of medicatietoediening, kinderen of baby's met mogelijke ernstige gevolgen en kleine kans op grote gevolgen. Onder complexe acute zorg wordt verstaan: complexe behandeling noodzakelijk met specifieke (orgaan)kennis of diagnose gebonden zorg en toestandsbeeld/waarschijnlijkheidsdiagnose vaststellen met aanvullende diagnostiek. Ook in dit rapport wordt een onderscheid tussen huisartsgeneeskundige expertise en medisch-specialistische expertise dus gelegd bij het uitvoeren van aanvullende diagnostiek.

4.2.3 'Functies en competenties op de spoedpost'

De Spoedpost Waterland heeft onder andere de functies op de Spoedpost als onderdeel van de acute-zorgketen geformuleerd en het model Spoedpost beschreven²⁴.

De kern van het model Spoedpost is dat de patiënt met een acute zorgvraag hulp zoekt bij één regionaal loket. Hierbinnen werkt een team van de SEH en HAP samen, met als doel de patiënt goed en snel door de juiste hulpverlener te laten behandelen.

In het rapport van de Spoedpost Waterland worden drie cruciale elementen onderkend in de acute-zorgketen namelijk: toegang, triage en behandeling. Triage wordt gedefinieerd als:

"Triage is het dynamische proces van urgentie bepalen én vervolgtraject indiceren."

Op triage kan een zelfzorgadvies, een consult, een visite, behandeling, inzet van de ambulancezorg of een verwijzing volgen. Het doel van triage wordt omschreven als zorg-op-maat, afgestemd op de behoefte van de patiënt. Tegelijkertijd moet hierbij rekening worden gehouden met de beschikbare capaciteit en mogelijkheden van de organisatie.

Op de Spoedpost worden de volgende functies (verantwoordelijkheidsgebieden) onderscheiden:

- Triage, dit kan zowel telefonisch of fysiek gedaan worden. Het doel is de urgentie en het vervolgtraject te bepalen. Voor het vervolgtraject kan uit onderstaande vier functies gekozen worden.
- Advies omvat telefonisch zelfzorgadviezen. Deze worden gegeven als de triage als uitkomst de laagste urgentie aangeeft. Hierbij is geen reden voor een fysieke beoordeling. De triagist voert deze functie uit.
- Basis acute zorg. Hieronder vallen patiënten met kleine trauma's en goed te protocolleren klachten (bijvoorbeeld bepaalde huid-, oog-, en KNO klachten). Een verpleegkundige die door extra scholing is opgeleid tot een zogenaamde kortelijnverpleegkundige (KLV) kan deze zorg leveren.
- Generalistische zorg (inclusief mobiele zorg). Hierbij gaat het over het algemeen om ingewikkelde differentiaal diagnostiek. Huisartsgeneeskundige expertise is vereist. De zorg kan zowel telefonisch als fysiek in de vorm van een consult of huisbezoek geboden worden.
- Complexe zorg. Hierin worden per ambulance binnengebrachte patiënten behandeld die zijn verwezen door de huisarts of via de basis acute zorg. Complexe zorg is nodig als specifieke orgaankennis of aanvullende diagnostiek vereist is of wanneer vitale functies in gevaar zijn.

In het model van de Spoedpost Waterland wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen de domeinen eerste- en tweedelijns zorg. Maar wordt een onderverdeling gemaakt in complexe en niet-complexe zorg. Waarbij de huisartsenpost de niet-complexe zorg levert en de huisarts verantwoordelijk is voor de functies triage, basis acute zorg en generalistische zorg. Het ziekenhuis met de medisch specialist levert complexe zorg en is hier verantwoordelijk voor.

In het rapport van de Spoedpost Waterland wordt complexe zorg (medisch specialistische zorg) als volgt gedefinieerd:

"Complexe zorg is spoedeisende zorg voor degenen die zijn verwezen, die per ambulance komen, of bij wie aanvullend onderzoek nodig is zoals röntgenonderzoek. Of is de zorg voor specifieke groepen die onder behandeling zijn van een medisch specialist."

Niet-complexe zorg wordt op de volgende manier gedefinieerd:

"Onder niet-complexe zorg wordt spoedeisende zorg verstaan voor patiënten die bellen naar de Spoedpost, die zonder verwijzing komen aanlopen of die een behandeling krijgen waarbij geen aanvullend onderzoek of hoogwaardige medische apparatuur nodig is."

De manier waarop de functies volgens Plexus, het NTS en op de Spoedpost zich tot elkaar verhouden is weergegeven in tabel 4:

Tabel 4 Verhouding functies volgens Plexus, het NTS en op de Spoedpost²⁵

Functie Spoedpost	NTS	Plexus
		Consumentenvoorlichting
Triage	Triage	Telefonische toegang '113' Fysieke toegang
		Telefonische toegang '112'
Basis acute zorg	Basis acute zorg	Geprotocolleerde zorg
Generalistische zorg	Generalistische zorg	Basisbehandeling
Mobiele zorg	Mobiele generalistische zorg	Mobiele behandeling
Complexe zorg	Complexe acute zorg	Behandeling met aanvullende diagnostiek
Advies	Zelfzorgadvies	Telefonische toegang '113'
	Mobiele acute zorg	Stabilisatie en vervoer
	GGZ	

In het rapport 'Op weg naar inkoop van functies in de acute zorg'²⁶ stelt Plexus voor om naast één telefonische toegang voor levensbedreigende zorgvragen (112) een algemeen nummer te openen voor alle overige acute zorgvragen (113).

Indien patiënten per ambulance binnenkomen, verwezen zijn of als aanvullende diagnostiek noodzakelijk is, dan is volgens bovenstaande beschreven rapporten sprake van medisch specialistische zorg. Daarnaast wordt genoemd dat bij specifieke groepen die onder behandeling zijn van een specialist ook sprake is van medisch specialistische zorg. Echter, er wordt niet beschreven welke groepen dit zijn.

Uit de rapporten vloeit voort dat het niet mogelijk is op basis van urgentiecodering een onderscheid te maken tussen basiszorg en medisch specialistische zorg. Namelijk, zowel een hulpverlener met huisartsgeneeskundige expertise als een hulpverlener met medisch specialistische expertise (of SEH-expertise) kan zorg bieden voor zorgvragen met de urgenties U1-U4.

4.2.4 'Evaluatie spoedposten Haarlem-Zuid en Waterland'

Prismant heeft de spoedposten Haarlem-Zuid en Waterland geëvalueerd²⁷. In dit rapport worden deze twee spoedposten in termen van kwantiteit en kwaliteit vergeleken met twee controlelocaties die met gescheiden locaties voor HAP en SEH werken.

Het spoedpostmodel van beide spoedposten en de organisatie van de gescheiden huisartsenposten en spoedeisende hulpen wordt beschreven. Daarnaast worden van alle locaties gegevens van patiënten en professionals en patiëntstromen weergegeven.

Op de spoedpost Waterland wordt buiten kantooruren gezamenlijk spoedeisende zorg geleverd door het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf het Waterlandziekenhuis (WLZ) en de coöperatieve huisartsenvereniging Zaanstreek/Waterland (HAP). In deze zorg wordt op dezelfde manier als hierboven onderscheid gemaakt tussen complexe en niet-complexe zorg. Het WLZ is hierbij verantwoordelijk voor de complexe zorg, terwijl de HAP verantwoordelijk is voor de niet-complexe zorg.

In dit rapport wordt ook beschreven wat de spoedpost Waterland onder complexe en niet-complexe zorg verstaat. Namelijk, onder complexe zorg wordt verstaan spoedeisende zorg voor patiënten:

- die zijn verwezen;
- die via een ambulance komen;
- bij wie aanvullend onderzoek wordt verricht zoals röntgenonderzoek;
- in specifieke groepen die onder behandeling zijn bij een medisch specialist:
 - o patiënten met een probleem door gips;
 - o patiënten met koorts tijdens chemotherapie en
 - o nader te definiëren door de medische staf.

Onder niet-complexe zorg wordt verstaan spoedeisende zorg voor patiënten:

- die (eerst) bellen naar de Spoedpost;
- die zonder verwijzing of belcontact aan de voordeur staan of
- bij wie een huisbezoek nodig is.

4.3 Conclusie

Zowel in het rapport van Prismant als van de spoedpost Waterland wordt dezelfde spoedpost besproken. Er volgt uit deze rapporten een zelfde onderscheid tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg. In het rapport van Prismant worden de specifieke groepen die onder behandeling zijn bij een medisch specialist verder uitgewerkt. Namelijk, patiënten met een probleem door gips en patiënten met koorts tijdens chemotherapie.

Concluderend kunnen de volgende categorieën onderscheiden worden: er is sprake van medisch specialistische zorg bij patiënten:

- die verwezen zijn
- die per ambulance komen
- waarbij aanvullend onderzoek nodig is zoals röntgendiagnostiek
- in specifieke groepen die onder behandeling zijn bij een medisch specialist, zoals patiënten met problemen door gips en patiënten met koorts tijdens chemotherapie.

Bij patiënten die eerst telefonisch contact opnemen, die zichzelf verwijzen, waarbij geen aanvullend onderzoek of hoogwaardige medische apparatuur nodig is, is sprake van basiszorg. Er wordt niet nader omschreven wat precies hoogwaardige medische apparatuur is.

Ten slotte volgt uit het rapport van Plexus dat het onderscheid tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg niet gemaakt kan worden op basis van urgentie. Namelijk, ook een huisarts (functie 'basisbehandeling') biedt zorg met uiteenlopende urgentie (U1-U4).

5. Interviews

5.1 Methoden

In het voorgaande hoofdstuk worden criteria beschreven op basis waarvan besloten kan worden of sprake is van basiszorg of medisch specialistische zorg. Deze indeling wordt bij een spoedpost gebruikt om te kunnen bepalen of een patiënt naar de HAP of SEH verwezen dient te worden. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn deze criteria slechts gedeeltelijk bruikbaar. Namelijk, uit bovenstaande criteria volgt dat in geval van zelfverwijzing sprake is van basiszorg. Dit is niet bij alle zelfverwijzers op de SEH automatisch het geval. Ook bij een deel van deze patiënten zal, net zoals bij een huisarts, medisch specialistische zorg noodzakelijk zijn. De hierboven genoemde criteria waarmee beschreven wordt wanneer sprake is van basiszorg, zijn vanuit bekostigingsoogpunt dus niet bruikbaar.

De geraadpleegde literatuur beantwoordt de onderzoeksvraag onvoldoende. Om die reden is besloten belanghebbende partijen en experts op het gebied van acute basiszorg te benaderen en hen de vraag voor te leggen of het verschil tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg te maken is. En zo ja, op basis van welke criteria dit onderscheid gemaakt kan worden.

De volgende partijen zijn met dit verzoek benaderd:

- Zorgaanbieders die systemen hebben ontwikkeld waarbij ze op basis van triage besluiten een patiënt met acute zorgvraag te verwijzen naar de HAP of SEH. Het gaat hierbij om de zogenaamde spoedposten;
- Medisch adviseurs werkzaam bij zorgverzekeraars, College voor Zorgverzekeringen (CVZ) of zelfstandig werkzaam;
- Onderzoekers of onderzoeksbureaus die zich met dit onderwerp bezighouden;
- De inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), en;
- Landelijke artsverenigingen.

Een totaal van 20 respondenten is gesproken in het kader van dit onderzoek. De lijst met alle respondenten is te vinden in bijlage 1.

De manier waarop de spoedposten geselecteerd zijn is beschreven in bijlage 2.

De interviews zijn gehouden in de periode 15 juni t/m 24 juli 2009. Hiervoor is een semi-gestructureerde vragenlijst gebruikt, toegespitst op de expertise van de betreffende partij. Dit betekent dat niet aan alle respondenten precies dezelfde vragen zijn gesteld. De vragenlijst is door de onderzoeker zelf opgesteld. De onderwerpen die in de vragenlijst aan bod komen zijn opgenomen in tabel 5.

Tabel 5 Onderwerpen vragenlijst

Mogelijkheid tot het maken van een verschil tussen (acute) basiszorg en (acute) medisch specialistische zorg
Criteria op basis waarvan dit onderscheid in de praktijk gemaakt kan worden
Mening over functionele prestatiebekostiging in de acute basiszorg
Noodzaak tot het invoeren van nieuwe prestaties voor de acute basiszorg
Voor spoedposten: inrichting van de betreffende spoedpost
Aanvullende opmerkingen en adviezen

Voor het houden van de interviews zijn alle respondenten persoonlijk bezocht. Voorafgaand aan het interview is aan alle respondenten een itemlijstje toegezonden.

Alle gesprekken zijn opgenomen, uitgeschreven en afhankelijk van de wens van de betreffende respondent, ter controle opgestuurd. De meeste respondenten hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. In eerste instantie zijn de uitwerkingen van de interviews in vier groepen samengevoegd en geclusterd. Namelijk, respondenten van spoedposten, respondenten van artsen verenigingen, medisch adviseurs en onderzoekers. De antwoorden die door deze vier groepen gegeven zijn vertonen geen duidelijke verschillen. Daarom is besloten de antwoorden van alle groepen respondenten samen te voegen en gezamenlijk te beschrijven.

In tabel 6 worden de bewoordingen weergegeven die gebruikt zijn om het aantal respondenten dat een bepaald antwoord gaf, weer te geven.

Tabel 6 bewoordingen om het aantal respondenten dat een antwoord gaf weer te geven

Aantal respondenten	Bewoordingen
1-4	Enkele, een paar
5-8	De minderheid, een aantal, verschillende
9-11	(ongeveer) de helft
12-15	De meerderheid, het merendeel
16-20	Bijna allemaal, de overgrote meerderheid

Omdat niet aan alle respondenten dezelfde vragen zijn gesteld, geeft het aantal respondenten dat een antwoord heeft gegeven niet altijd het percentage weer dat de betreffende mening deelt.

5.2 Resultaten

5.2.1 Onderscheid acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg

De overgrote meerderheid van de respondenten denkt dat het niet mogelijk een volledig onderscheid te maken tussen (acute) basiszorg en (acute) medisch specialistische zorg en criteria op te stellen hiervoor. Het is niet duidelijk waar de grens tussen deze twee begrippen precies ligt en er zal altijd een grijs gebied blijven bestaan hiertussen. Dit komt onder andere doordat de expertise van huisartsen onderling sterk wisselt. Daarnaast is er een groeiende mate van overlap tussen zorg die een huisarts en medisch specialist kunnen bieden. Ten slotte verandert het takenpakket van de huisarts in de loop van de jaren.

Zoals hierboven beschreven zijn de geïnterviewde experts van mening dat het onderscheid tussen basiszorg en medisch specialistische zorg niet volledig gemaakt kan worden. Als toch besloten wordt een functionele prestatiebekostiging in te voeren binnen de acute basiszorg, dan is de meerderheid van mening dat het belangrijk is hiervoor toch een definitie op te stellen. In deze definitie moeten in ieder geval een aantal criteria beschreven worden. Enkele malen wordt genoemd dat geconcretiseerd moet worden waar het om gaat en dat het veld behoefte heeft aan handvatten. Daarnaast wordt verschillende keren gezegd dat de huidige situatie, waarin op de SEH teveel betaald wordt voor basiszorg, zal blijven bestaan als het maken van een onderscheid aan het veld overgelaten wordt. Met andere woorden de medisch specialist zal in deze situatie de mogelijkheid hebben de zorg te declareren die het meeste oplevert. Ten slotte kunnen grote verschillen ontstaan tussen ziekenhuizen en regio's onderling met betrekking tot het declareren van basis- en medisch specialistische zorg als geen definitie wordt gegeven. Het kan hierbij gebeuren dat bij een gelijksoortige patiënt de ene keer basis-, en de andere keer medisch specialistische zorg wordt gedeclareerd.

Ook als wel een definitie wordt gegeven, met daarbinnen een grijs gebied, bestaat volgens verschillende geïnterviewde experts de kans dat een shift plaatsvindt naar het kunnen declareren van meer medisch specialistische zorg. Dit risico zal vooral ontstaan als er een groot verschil is tussen de beide tarieven. De mogelijkheid bestaat dat meer diagnostiek wordt uitgevoerd als hier de grens ligt tussen het basiszorg tarief en het tarief voor medisch specialistische zorg. Daarnaast kunnen om dezelfde reden meer ingrepen worden uitgevoerd of meer patiënten worden opgenomen.

Enkele respondenten verwachten daarentegen niet dat een verschuiving zal plaatsvinden naar het declareren van meer medisch specialistische zorg of vinden dit moeilijk te voorspellen.

Het merendeel van de gesproken personen zou, als oplossing voor 'het probleem' van de zelfverwijzer op de SEH, een samenwerking tussen huisartsenpost en spoedeisende hulp willen stimuleren. Enkel hiervan zouden deze samenwerking verplicht willen stellen.

Een aantal respondenten vindt dat de huisarts (of HAP) de eerste stap zou moeten zijn in de acute zorgketen. In principe zouden hierbij alle patiënten met een acute zorgvraag eerst gezien of getrieerd moeten worden door een huisarts. Vervolgens kan dan door de huisarts besloten worden een patiënt te verwijzen naar de tweede lijn. Een aantal omschreven patiënten categorieën, zoals ambulance patiënten, zouden wel rechtstreeks bij de SEH terecht moeten kunnen. Enkele respondenten zouden de SEH hierbij willen sluiten voor zelfverwijzers. En een paar geïnterviewde personen zouden een sanctie of eigen bijdrage willen invoeren voor patiënten die zichzelf onterecht verwijzen naar de SEH.

Een andere optie die door een paar respondenten is genoemd, is het geven van voorlichting over waar de patiënt met welke klachten in de ANW-uren terecht kan. De nadruk zou gelegd kunnen worden op de huisarts of HAP. Mogelijk kan het aantal zelfverwijzers hiermee teruggedrongen worden.

Volgens verschillende respondenten zijn er een forse regionale verschillen met betrekking tot de inrichting van de acute zorg. Om die reden is het moeilijk een landelijke regeling op te stellen. Bij het invoeren van veranderingen op dit gebied zouden, onder andere daarom eerst pilots of onderzoek uitgevoerd moeten worden. Op deze manier kan gekeken worden naar problemen die kunnen ontstaan en oplossingen hiervoor. De functionele prestatiebekostiging zou bijvoorbeeld eerst in een aantal experimentele spoedposten getest en geëvalueerd kunnen worden. Het is belangrijk dat niet ineens van het ene naar een ander financieringssysteem wordt overgeschakeld

5.2.2 Criteria op basis waarvan een gedeeltelijk onderscheid gemaakt zou kunnen worden

Een aantal respondenten zegt dat het onderscheid tussen basiszorg en medisch specialistische zorg ligt bij degene die de zorg biedt. Een huisarts levert basiszorg en is de enige die deze zorg kan bieden. Ongeveer de helft van de respondenten deelt de mening dat medisch specialisten een andere visie hebben op het leveren van zorg. Ze zijn anders opgeleid dan huisartsen en denken en werken anders. Een huisarts werkt vanuit de visie dat een patiënt niet ziek is totdat het tegendeel bewezen is. Een medisch specialist daarentegen werkt vanuit de visie dat een patiënt ziek is totdat het tegendeel binnen zijn specialistisch vakgebied bewezen is. Enkele respondenten vinden om deze redenen dat een medisch specialist geen basiszorg levert.

Een aantal respondenten vindt dat het verschil tussen basis- en medisch specialistische zorg vooraf gemaakt moet worden. Terwijl ongeveer eenzelfde aantal van mening is dat dit achteraf moet gebeuren. Enkele respondenten noemen een systeem waarbij zowel op basis van criteria die vooraf als achteraf benoemd kunnen worden, een onderscheid kan worden gemaakt.

Vooraf zou op basis van een aantal triage criteria beslist kunnen worden of er sprake is van basis- of medisch specialistische zorg. Als voorbeeld wordt enkele malen het Nederlands Triage Systeem (NTS) genoemd waarin, naast urgentiecodering, ook de vervolgfunctie wordt bepaald. Op basis van deze criteria kan bepaald worden of een patiënt door een huisarts of medisch specialist gezien moet worden.

Volgens verschillende respondenten zou het onderscheid achteraf gemaakt kunnen worden op basis van bepaalde aanvullende diagnostiek die nodig is (geweest). Een aantal respondenten is van mening dat bijvoorbeeld röntgendiagnostiek, een ECG en laboratorium onderzoek nog tot de basiszorg behoort en dat diagnostiek zoals MRI of CT onder medisch specialistische zorg valt. Een respondent vindt dat in de ANW-uren bij alle aanvullende diagnostiek sprake is van medisch specialistische zorg.

Volgens een paar respondenten kan de grens tussen basiszorg en medisch specialistische zorg mogelijk gelegd worden bij bepaalde faciliteiten die nodig zijn om een behandeling te kunnen bieden. Daarnaast vinden enkele geïnterviewden dat bij patiënten die per ambulance binnen komen, die ABCD-instabiel zijn (bedreigde vitale functies), waarbij een operatie moet worden uitgevoerd of die opgenomen worden, sprake is van medisch specialistische zorg. Alle patiënten met traumatologie vallen volgens enkele respondenten onder basiszorg. Tenzij blijkt dat er een fractuur (botbreuk) is, dan is er sprake van medisch specialistische zorg. De urgentiecodering is volgens enkele respondenten geen geschikt criterium om onderscheid te maken tussen basis- en medisch specialistische zorg.

Verschiedende respondenten noemen dat door zorgverzekeraars achteraf materiële controle kan plaatsvinden op de verhouding basiszorg ten opzichte van medisch specialistische zorg door ziekenhuizen geleverd. Volgens een respondent zou deze controle alleen op patiëntniveau (ieder dossier afzonderlijk) door iemand met medische kennis (een arts) kunnen worden uitgevoerd. Maar volgens deze persoon is het zelfs dan niet mogelijk harde criteria voor deze controle op te stellen.

5.2.3 Financiële gevolgen

Een aantal geïnterviewde experts vindt het niet terecht dat een SEH zorg moet gaan leveren voor een basiszorg tarief. De redenen die hiervoor genoemd worden zijn dat de kosten voor basiszorg op de SEH hoger zijn dan op de HAP. Daarnaast zou een SEH geen basiszorg leveren, daarom zou deze zorg daar ook niet vergoed moet worden.

Daarnaast betwijfelen enkele respondenten of de zorg goedkoper wordt door de invoering van functionele bekostiging voor acute basiszorg. Volgens deze personen bestaat de kans dat als het goedkope deel van de zorg uit de DBC's wordt gehaald, de DBC's duurder zullen worden. In de huidige situatie zou sprake zijn van kruissubsidie op de SEH.

Enkele gesproken partijen noemen het belang van een goede vergoeding voor de huisarts en een verzachting van de arbeidsomstandigheden hiervoor. Volgens hen bestaat het risico dat medisch specialisten het leveren van basiszorg gaan vermijden en zelfverwijzers naar de huisarts zullen verwijzen. Om ervoor te zorgen dat huisartsen(posten) deze stijging in werkbelasting kunnen verwerken is het belangrijk dat er een redelijke vergoeding staat tegenover het werk dat de huisarts doet.

5.2.4 Gevolgen voor de productie op de huisartsenpost

Het merendeel van de geïnterviewde personen verwacht niet dat er een productiestijging zal komen op de HAP als prestatiebekostiging wordt ingevoerd. De redenen hiervoor zouden zijn dat huisartsen niet bereid zijn meer diensten te gaan draaien en dat in de huidige diensten al sprake is van een maximale werkbelasting. De capaciteit is hierbij dus de beperkende factor. Een respondent denkt dat er mogelijk een productiestijging kan komen. Een andere respondent zegt dat naar alle waarschijnlijkheid de productie op de HAP zal toenemen. Volgens deze persoon zijn er manieren om het capaciteitstekort te ondervangen. Er zouden bijvoorbeeld assistentes of physician assistants (PA)^{iv} kunnen worden aangenomen. Daarnaast verdwijnt het capaciteitsprobleem van huisartsen mogelijk als er vrij onderhandeld mag worden over het uurloon.

5.2.5 Prestaties acute basiszorg

Aan de respondenten is gevraagd of het nodig is nieuwe prestaties in te voeren voor de acute basiszorg. Deze zouden kunnen gelden naast de prestaties die in het huidige systeem op de HAP gedeclareerd kunnen worden, te weten visite, regulier consult, telefonisch consult en spoed herhaalrecept.

Verschillende respondenten zijn van mening dat triage als aparte prestatie gefinancierd moet worden. De belangrijkste reden die hiervoor genoemd wordt is dat altijd eerst triage uitgevoerd moet worden en dat op basis hiervan beslist dient te worden of een patiënt naar de HAP of SEH gaat. In dit systeem kan triage door een andere organisatie uitgevoerd worden dan de organisatie die vervolgens de zorg levert.

De andere respondenten, die triage niet apart willen bekostigen noemen als belangrijkste reden dat triage gewoon onderdeel is van het werk van een huisarts en dat het om die reden niet apart betaald moet worden.

Ongeveer de helft van de respondenten is daarnaast van mening dat er geen andere prestaties aan de huidige prestaties toegevoegd hoeven te worden. Door de overige respondenten werd enkele malen genoemd dat een optie zou kunnen zijn een dubbel consult of visite te kunnen declareren en dat verrichtingen en aanvullende diagnostiek als aparte prestatie gefinancierd moeten worden. Daarnaast werd een paar keer het belang genoemd van het apart financieren van beschikbaarheid.

^{iv} De Physician Assistant (PA) verleent op hbo-masterniveau medische zorg binnen een deelgebied van de geneeskunde. De PA is in Nederland geïntroduceerd om een bijdrage te leveren aan de opvang van de sterk toenemende vraag naar medische zorg. Het gaat hierbij voornamelijk om het overnemen van (geprotocolleerde) medische standaardtaken van artsen (taakherschikking/substitutie). Daarnaast levert de PA een bijdrage aan de kwaliteit van zorg, met name waar het de continuïteit van die zorg betreft. In de dagelijkse praktijk ontvangt de PA supervisie en vakinhoudelijke richtlijnen van een medisch specialist. (Nederlandse Associatie Physician Assistants)

5.3 Conclusie

Uit de interviews blijkt dat de overgrote meerderheid van de respondenten van mening is dat het niet mogelijk is een volledig onderscheid te maken tussen (acute) basiszorg en (acute) medisch specialistische zorg, er zal altijd een grijs gebied hiertussen blijven bestaan.

Als functionele prestatiebekostiging in te voeren is het belangrijk dat er in ieder geval een definitie wordt opgesteld. Een gedeeltelijk onderscheid kan mogelijk op basis van een van de volgende criteria worden gemaakt:

- Op basis van triage criteria kan naast de urgentie ook de vervolgfunctie bepaald worden. Hiervoor zou het NTS gebruikt kunnen worden.
- Op basis van (bepaald) aanvullend onderzoek dat nodig is. Dus:
 - o Als aanvullend onderzoek wordt uitgevoerd is sprake van medisch specialistische zorg.
 - o Röntgendiagnostiek, laboratorium onderzoek en ECG behoort tot de basiszorg, en ander aanvullend onderzoek valt onder medisch specialistische zorg.
- Op basis van degene die de zorg levert. Als een huisarts zorg levert valt dit onder basiszorg en als een medisch specialist zorg biedt dan is er sprake van medisch specialistische zorg.
- Als een patiënt per ambulance wordt binnen gebracht is sprake van medisch specialistische zorg.
- Bij een ABCD-instabiele patiënt (vitale functies bedreigd) is sprake van medisch specialistische zorg.
- Als een patiënt opgenomen wordt is er sprake van medisch specialistische zorg.
- Alle patiënten met (kleine) traumatologie vallen onder de basiszorg, tenzij er een fractuur (botbreuk) gezien wordt, dan is er sprake van medisch specialistische zorg.

Als geen definitie wordt opgesteld heeft de medisch specialist de mogelijkheid de zorg te declareren die het meeste oplevert. Als er wel een gedeeltelijke definitie wordt opgesteld bestaat ook de kans dat er een verschuiving kan plaatsvinden naar het kunnen declareren van medisch specialistische zorg.

Door de respondenten wordt genoemd dat de huisarts (of HAP) ook in de acute zorgketen de eerste stap zou moeten zijn. Dit kan bereikt worden door een samenwerking tussen HAP en SEH te stimuleren, verplicht te stellen dat ook voor de SEH een verwijzing nodig is, een sanctie in te voeren voor patiënten die zichzelf naar de SEH verwijzen of door middel van een voorlichtingscampagne de patiënt uit te leggen waar hij in de ANW-uren met welke zorgvragen terecht kan.

Omdat er grote regionale verschillen zijn in de inrichting van de acute zorg is het moeilijk landelijke richtlijnen hiervoor op te stellen. Mede om deze reden wordt voorgesteld te starten met pilots en experimentele ruimte zodat de nieuwe manier van financiering eerst onderzocht en geëvalueerd kan worden.

6. Conclusie en aanbevelingen

6.1 Conclusie

Is het mogelijk onderscheid te maken tussen (acute) basiszorg en (acute) medisch specialistische zorg?

Op basis van welke criteria kan dit onderscheid in de praktijk worden gemaakt?

Op basis van de verkregen informatie uit de literatuurstudie en de interviews met experts en belanghebbende partijen op het gebied van de acute zorg blijkt dat het vanuit bekostigingsoogpunt niet mogelijk is een volledig onderscheid tussen (acute) basiszorg en (acute) medisch specialistische zorg te maken. Er zal hierin altijd een grijs gebied blijven bestaan.

Het is wel mogelijk een aantal criteria te benoemen waarbij in ieder geval sprake is van medisch specialistische zorg. Namelijk, bij patiënten die per ambulance komen, bij ABCD-instabiele patiënten (patiënten waarbij vitale functies bedreigd zijn) en bij patiënten die opgenomen worden in een ziekenhuis is sprake van medisch specialistische zorg. Maar het is niet mogelijk harde criteria op te stellen om te benoemen wanneer in ieder geval sprake is van basiszorg. Op iedere opgestelde regel of criterium zijn uitzonderingen mogelijk waardoor de geleverde zorg toch van medisch specialistische aard kan zijn.

- Het is niet mogelijk op basis van (bepaalde) aanvullende diagnostiek een onderscheid te maken tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg, gericht op bekostiging. In het competentieprofiel van de huisarts is niet duidelijk beschreven of het aanvragen en/of beoordelen van aanvullende diagnostiek tot de huisartsgeneeskundige expertise behoort.²⁸ Terwijl het aanvragen, uitvoeren en beoordelen van bepaalde aanvullende diagnostiek overdag op veel plaatsen tot de mogelijkheden van een huisarts behoort. Echter, er is niet beschreven welke aanvullende diagnostiek en bij welke indicatie dit tot het standaard huisartsgeneeskundig handelen kan worden gerekend. Daarnaast verandert de zorg die gezien wordt als behorend tot de huisartsgeneeskunde in de tijd; dit schuift en is daarmee dynamisch. Vanwege deze redenen is het dus niet mogelijk te beschrijven of, en bij welke aanvullende diagnostiek de grens ligt tussen basiszorg en medisch specialistische zorg.
- Ook is het op basis van urgentiecodering niet mogelijk een onderscheid te maken tussen deze twee begrippen. Namelijk, zowel een huisarts als medisch specialist kan patiënten van alle urgentiecategorieën behandelen.
- Het is eveneens niet mogelijk op basis van triage een onderscheid te maken tussen basiszorg en medisch specialistische zorg, gericht op de financiering van zorg. Een triage systeem is gericht op het bepalen van een urgentiecodering. Het Nederlands Triage Systeem (NTS) benoemt hierbij, tot nu toe als enige, ook de vervolgfunctie. Het bepalen van deze vervolgfunctie is niet gericht op het maken van een financieel onderscheid tussen huisartsgeneeskundige zorg en medisch specialistische zorg. Daarnaast geeft een triage systeem geen absolute indeling, in een later stadium kan altijd van een eerste beslissing afgeweken worden. Ten slotte werkt slechts een beperkt aantal ziekenhuizen met het NTS en is de ontwikkelingsfase van dit triage systeem nog niet afgerond.

Omdat het onderscheid tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg niet volledig gemaakt kan worden en omdat het niet mogelijk is criteria op te stellen voor zorg die in ieder geval als basiszorg aangemerkt kan worden, wordt geadviseerd de inrichting van de acute basiszorg niet op een dergelijke indeling te baseren.

Een voorwaarde voor het invoeren van prestatiebekostiging is de mogelijkheid prestaties goed en duidelijk te kunnen omschrijven. Zoals hierboven beschreven, is dit voor de prestaties acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg niet mogelijk. Omdat niet duidelijk is wat precies tot een prestatie behoort, is het niet mogelijk de (kost)prijs hiervan vast te stellen. Daarnaast is het niet mogelijk achteraf te controleren op het juist declareren van prestaties door de zorgaanbieder. Medisch specialisten zullen in dit systeem altijd de mogelijkheid hebben in hun voordeel te declareren. Zelfs als het lukt een gedeeltelijke definitie op te stellen

dan bestaat de kans dat een schuivende grens ontstaat naar het kunnen declareren van medisch specialistische zorg.

Het onderscheid tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg zou mogelijk wel gemaakt kunnen worden door dit te koppelen aan de aanbieder die de zorg levert. Echter, de wet hanteert een functionele beschrijving^v van de zorg geboden door huisartsen en medisch specialisten. Een dergelijke indeling gaat hier dus tegenin.

6.2 Ideale situatie vanuit inhoudelijk perspectief

In de ideale situatie is de huisarts (of een andere eerstelijns zorgaanbieder) de eerste stap in de acute zorgketen. Alle patiënten worden hierbij in principe eerst door een huisarts gezien. Een aantal, vooraf aangemerkte, patiëntcategorieën kunnen hiervan uitgezonderd worden. Bijvoorbeeld patiënten die per ambulance bij de SEH komen of patiënten met een lopende behandeling (zoals koorts bij chemotherapie) bij een medisch specialist. In deze ideale situatie is er een samenwerking tussen huisarts(enpost) en SEH. Daarnaast kunnen er zelfstandige huisartsenposten of andere vormen van samenwerking tussen huisartsen bestaan. Triage vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de huisarts (eerste lijn). Op basis van de uitkomst van deze triage kan besloten worden een patiënt direct naar de SEH te verwijzen, maar, in principe zal een patiënt eerst door een huisarts gezien worden. Indien nodig, kan de huisarts alsnog besluiten een patiënt naar de medisch specialist te verwijzen.

In dit scenario wordt basiszorg door de huisarts(enpost) geleverd en medisch specialistische zorg door, of onder supervisie van, de medisch specialist op de SEH.

Het onderscheid tussen basiszorg en medisch specialistische zorg met betrekking tot de financiering, wordt hierbij gemaakt op basis van degene die de zorg levert. Aan de huisarts(enpost) wordt een basiszorgtarief betaald en aan de SEH een tarief voor medisch specialistische zorg. Het is van belang dat op basis van inhoudelijke criteria wordt getrieerd en niet vanuit financiële belangen.

Het voordeel van deze situatie is dat zorgaanbieders de zorg leveren waar ze voor opgeleid zijn en waar hun expertise ligt. Zoals ook in de interviews genoemd, heeft een medisch specialist een andere opleiding gehad dan een huisarts. Een medisch specialist denkt anders en zal om die reden mogelijk eerder aanvullende diagnostiek inzetten dan een huisarts.

Het kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedeisende Zorg van het UMC St. Radboud Nijmegen²⁹ heeft onderzocht hoe vaak bij zelfverwijzers op de SEH aanvullende diagnostiek wordt uitgevoerd en heeft deze gegevens vergeleken met gegevens van de HAP. Zelfverwijzers die opgenomen werden (3,2%) en zelfverwijzers met een onbekende nabehandeling (3,6%) werden geëxcludeerd. Uit de gegevens is gebleken dat bij 40,2% van de zelfverwijzers op de SEH aanvullend onderzoek werd uitgevoerd. Bij 35,9% van de zelfverwijzers betrof dit beeldvormend onderzoek. Op de HAP werd geen aanvullende diagnostiek uitgevoerd, hiervoor moesten patiënten verwezen worden. Van de patiënten die op de HAP werden gezien, werd 7,7% verwezen naar het ziekenhuis. Volgens Plexus³⁰ werd naar schatting 2% van de patiënten verwezen voor aanvullende diagnostiek.

Mogelijk zullen een huisarts en een medisch specialist bij een gelijksoortige patiënt verschillend handelen om tot een diagnose en behandeling te komen. Om die reden zou het doelmatiger kunnen zijn dat een patiënt die basiszorg nodig heeft door een huisarts (of een andere eerstelijns zorgaanbieder) wordt gezien.

Echter, er is niet bekend hoeveel aanvullend onderzoek op een HAP aangevraagd wordt als dezelfde faciliteiten beschikbaar zijn als op een SEH. Daarnaast is niet duidelijk in hoeverre de populatie zelfverwijzers op de SEH verschilt van de populatie patiënten op de HAP.

Meer onderzoek zal dus nodig zijn om met zekerheid te kunnen zeggen of het doelmatiger is een patiënt die basiszorg nodig heeft door een huisarts te laten zien in plaats van door een medisch specialist.

^v In artikel 11 van de Zorgverzekeringswet wordt beschreven dat de omschrijving van de geneeskundige zorg in een AMvB nader zal worden uitgewerkt. Deze uitwerking wordt in het besluit Zorgverzekering van 28 juni 2005 in artikel 2.4 op de volgende manier beschreven: Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen plegen te bieden...

6.3 Uitwerking modellen acute zorg vanuit bekostigingsperspectief

In deze paragraaf worden drie bekostigingsmodellen voor de acute (basis)zorg besproken en verder uitgewerkt. Er wordt geprobeerd eventuele gevolgen van een dergelijk model weer te geven.

6.3.1 Volledige budgetfinanciering van zowel SEH als huisarts(enpost)

In dit scenario krijgen beide instellingen een vast bedrag per jaar voor het leveren van acute zorg. De hoogte van dit bedrag is onafhankelijk van het aantal patiënten dat behandeld wordt. De instellingen hebben dus een belang zo min mogelijk patiënten te behandelen. Immers, hoe minder patiënten worden behandeld, hoe lager de kosten zijn en hoe hoger de winst uiteindelijk is. De SEH zal proberen patiënten die ook door een huisarts behandeld kunnen worden hiernaartoe te verwijzen. Daarnaast zal een SEH mogelijkheden gaan verkennen om zorg zo goedkoop mogelijk aan te kunnen bieden. Bijvoorbeeld door huisartsen in dienst te nemen of verpleegkundigen bepaalde zorg te laten bieden.

Een huisarts(enpost) zal proberen patiënten die vanuit medisch inhoudelijk perspectief geen acute zorg nodig hebben af te houden en naar de eigen huisarts terug te verwijzen. Daarnaast zal ook de huisarts(enpost) op zoek gaan naar manieren zorg zo goedkoop mogelijk aan te bieden.

Zowel de SEH als huisarts(enpost) heeft een zorgplicht voor het aanbieden van acute zorg. Patiënten die acute zorg (vanuit medisch inhoudelijk perspectief) nodig hebben zullen vanuit deze verplichting dus wel opgevangen worden door de SEH of huisarts(enpost). Het is hierbij belangrijk de kwaliteit van de geleverde zorg goed te bewaken. Doordat SEH en huisarts(enpost) zo goedkoop mogelijke zorg willen leveren bestaat het risico dat ze minder aandacht zullen hebben voor de kwaliteit hiervan.

6.3.2 Volledige prestatiebekostiging van zowel SEH als huisarts(enpost)

In dit scenario krijgen de instellingen betaald per patiënt die behandeld wordt. De hoogte van de inkomsten is dus volledig afhankelijk van het aantal patiënten dat gezien wordt. Een instelling heeft om die reden een belang zo veel mogelijk patiënten te behandelen. Immers, hoe meer patiënten worden behandeld, hoe hoger de inkomsten zullen zijn. Een SEH zal zijn deuren open zetten voor zelfverwijzers. Daarnaast heeft een huisarts(enpost) er belang bij zo veel mogelijk patiënten die telefonisch contact opnemen ook daadwerkelijk te laten komen. Ten slotte ontstaat er mogelijk concurrentie (in plaats van samenwerking) tussen huisarts(enpost) en SEH omdat ze beide voor hun inkomsten afhankelijk zijn van het aantal patiënten.

Doordat beide instellingen een belang hebben zo veel mogelijk patiënten te zien, zullen er meer patiënten binnen de acute zorg behandeld worden. Hierdoor zullen de kosten van de acute zorg mogelijk stijgen.

6.3.3 Één voorziening en prestatie voor acute zorg

In dit model zal er nog maar één voorziening voor acute zorg zijn waar alle patiënten met een acute zorgvraag terecht kunnen. Deze voorziening kan 24 uur per dag geopend zijn. In deze acute zorgvoorziening kunnen zorgverleners met verschillende expertise werkzaam zijn. Er zal één tarief zijn voor alle zorg die geleverd wordt. Er zal verder uitgewerkt moeten worden of dit tarief volledig vast, volledig variabel of vast-variabel moet zijn. Deze voorziening zal fungeren als een soort front-office waarbinnen de eerste opvang van patiënten wordt gedaan. Bepaalde aanvullende diagnostiek en behandelingen kunnen binnen deze prestatie acute zorg vallen. Als een patiënt meer diagnostiek of zorg nodig heeft zal hij 'verwezen' worden naar een vervolgfunctie. Deze vervolgfuncties worden apart bekostigd. Het voordeel van dit scenario is dat voor patiënten duidelijk is waar ze terecht kunnen met acute zorgvragen, er is immers maar één loket. Daarnaast hoeft in dit model het verschil tussen acute basiszorg en acute medisch specialistische zorg niet meer aangemerkt te worden. Er zal slechts één prestatie zijn waar beide onder vallen.

Echter, het probleem bij dit scenario is dat het moeilijk is te beschrijven waar de grens ligt tussen het front-office en de vervolgfuncties. Daarnaast moeten criteria beschreven worden voor het kunnen declareren van prestaties voor de vervolgfuncties. Ten slotte zal er in dit scenario een vorm van samenwerking moeten zijn tussen huisartsen en SEH. Immers, een huisarts heeft niet de faciliteiten en expertise deze vervolgfuncties te kunnen bieden. Deze voorziening zal dus niet op korte termijn tot stand kunnen komen.

6.4 Aanvullende adviezen

Als eerste wordt geadviseerd gehanteerde begrippen duidelijk te omschrijven. Zoals in hoofdstuk drie is beschreven, blijkt dat acute zorg vanuit twee perspectieven benaderd kan worden. Namelijk, vanuit medisch inhoudelijk oogpunt en vanuit het patiëntperspectief. Het door elkaar gebruiken van deze begrippen kan misverstanden veroorzaken. Immers, vaak is er een discrepantie tussen wat in de ogen van de patiënt acute zorg is en wat vanuit medisch inhoudelijk oogpunt als acuut beoordeeld wordt. Een mogelijkheid om dit onderscheid duidelijk te maken zou kunnen zijn van zorgvraag te spreken als het patiënten perspectief bedoeld wordt. Indien vanuit medisch inhoudelijk perspectief wordt geredeneerd zou enkel het woord zorg kunnen volstaan.

Daarnaast is het begrip 'acute basiszorg' door de NZa in de uitvoeringstoets 'Met Spoed!' niet duidelijk beschreven. Uit de beschrijving blijkt onvoldoende wat er precies bedoeld wordt met acute basiszorg, wie deze zorg kan bieden en welke geleverde zorg hier precies onder valt. Begrippen als spoedeisend en generalistische worden niet nader verklaard. Het advies is het begrip 'acute basiszorg' duidelijk te omschrijven en de onderdelen van deze definitie nader toe te lichten.

Vanuit het veld zijn lokale, nieuwe initiatieven in ontwikkeling met betrekking tot de inrichting van de acute zorg. Zo zijn in een aantal regio's samenwerkingsverbanden tussen huisartsenposten en spoedeisende hulpen ontstaan, de zogenaamde spoedposten. Daarnaast zijn er lokale initiatieven van huisartsen die gezamenlijk kleine waarneemgroepen oprichten om 7x24 uren huisartsenzorg te kunnen leveren³¹. En heeft bijvoorbeeld de SEH van het MCH Westeinde in Den Haag het project 'Taakherschikking: zorg voor patiënten met laagcomplexere aandoeningen op de spoedeisende hulp' ontwikkeld, waarbij nurse practitioners zelfstandig zorg verlenen aan laagcomplexere patiënten³².

Er zijn grote regionale verschillen met betrekking tot de inrichting van de acute zorg en vaak zijn deze initiatieven nog volop in ontwikkeling, waardoor effecten nog niet bekend zijn. Momenteel wordt door verschillende organisaties onderzoek verricht naar de effecten van spoedposten.

Het is belangrijk deze lokale initiatieven, die vaak geënt zijn op de lokale situatie, de mogelijkheid en ruimte te bieden verder tot ontwikkeling te komen en het verrichten van onderzoek naar de effecten hiervan te stimuleren. Omdat er een groot verschil is in de lokale inrichting van de acute zorg, wordt geadviseerd de bekostiging niet te strak te reguleren. Het moet financieel gezien mogelijk zijn nieuwe initiatieven op te richten en deze te kunnen laten bestaan.

Daarnaast zouden landelijke partijen zoals het College voor Zorgverzekeringen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en (huis)artsenverenigingen de komende jaren kunnen gebruiken om tot inhoudelijke afspraken te komen met betrekking tot de inrichting van de acute zorg.

Op termijn kan gestreefd worden naar één voorziening voor acute zorg, met daarbij één prestatie en tarief voor de functie acute zorg. Deze voorziening is 24 uur per dag open en laagdrempelig toegankelijk, alle patiënten met een acute zorgvraag kunnen zich tot deze voorziening richten.

Als overgangssituatie zouden lokale initiatieven waarbij op een manier samengewerkt wordt tussen eerste en tweede lijn of waarbij op een andere manier taakdelegatie plaatsvindt, gestimuleerd moeten worden. Hierbij is het van belang dat getrieerd wordt op inhoudelijke gronden. Op basis van deze triage wordt besloten door welke hulpverlener met welke expertise een patiënt gezien moet worden.

Ten slotte is het belangrijk dat de kwaliteit en toegang van de acute zorg gewaarborgd blijft. Om die reden wordt geadviseerd goed na te denken over de eventuele gevolgen van een verandering in de bekostiging van de acute zorg op dit gebied. De financiële prikkels dienen zo gelegd te worden dat instellingen belang hebben bij het leveren van kwalitatief goede zorg. Financieel gezien moet het voor de instellingen mogelijk blijven aan de kwaliteitseisen te blijven voldoen.

Bijlage 1, lijst met respondenten

Respondenten van spoedposten (inclusief MCH Westeinde)

- Mevr. van der Kloet, SEH ziekenhuis de Sionsberg in Dokkum
- Dhr. Stuker en dhr. Bruins, Centrale Huisartsdienst Drenthe
- Dhr. Sleeuw en dhr. van der Loo, Samenwerkende Huisartsendiensten Rijnland
- Dhr. Heeringhaus, SEH Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)
- Mevr. van den Brink, SEH Sint Anna ziekenhuis in Geldrop
- Dhr. Welling, Centrale Huisartsenposten Zuidoost Brabant
- Dhr. de Groof en dhr. Augustin HAP en SEH Kennemergasthuis Haarlem
- Mevr. van der Linden, SEH Medisch Centrum Haaglanden Westeinde

Respondenten van artsenverenigingen (inclusief IGZ)

- Dhr. Rosmalen, Landelijke Huisarts Vereniging
- Mevr. van der Hoeven en mevr. Leenhof, Vereniging Huisartsenposten Nederland
- Dhr. Mout, Nederlands Huisartsen Genootschap
- Dhr. Vermeulen, Orde van Medisch Specialisten
- Dhr. van der Plas, Inspectie voor de Gezondheidszorg

Medisch adviseurs

- Dhr. te Gussinklo, wetenschapsjournalist
- Mevr. Schrooyen, arts beleid en advies
- Mevr. Harms, De Friesland Zorgverzekeraar

Onderzoekers

- Dhr. Giesen, Scientific Institute for Quality of Healthcare
- Dhr. Derkx, Medicare
- Dhr. Kool, Prismant
- Dhr. Schrijvers, Julius Centrum voor Eerstelijns geneeskunde en Public Health

Bijlage 2, manier van selecteren spoedposten

Prof. Schrijvers³³ spreekt over een totaal van 18 spoedposten in Nederland. Zoals hierboven beschreven wordt het begrip spoedpost hierbij als volgt gedefinieerd:

"Een spoedpost is een samenwerkingsverband van een huisartsenpost en een Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) van een ziekenhuis met tenminste gezamenlijke triage, huisvesting en zorgafspraken over afstemming over bijvoorbeeld zelfverwijzers."

Via het Julius Centrum³⁴, Prismant³⁵, de Vereniging Huisartsenposten Nederland³⁶ en doorzoeken van het internet is geprobeerd de volledige lijst van spoedposten te verkrijgen. De verkregen namen van de verschillende bronnen kwamen niet altijd overeen. Uiteindelijk is een lijst samengesteld van twaalf samenwerkingsverbanden tussen SEH en HAP, waarvan vrijwel zeker is dat het een spoedpost betreft. Vervolgens zijn vier spoedposten geselecteerd waarvan zowel de SEH als HAP benaderd zijn. Er is geprobeerd zowel landelijk- als stedelijk gelegen ziekenhuizen en zowel een algemene ziekenhuizen als academische centra te selecteren. Verder is rekening gehouden met de grootte van de ziekenhuizen. Ten slotte is hier een SEH aan toegevoegd die geen onderdeel van een spoedpost vormt, maar in een stedelijke omgeving opereert waar geen HAP in de buurt is en om die reden veel met zelfverwijzers te maken heeft. Wegens logistieke redenen is het bij één spoedpost niet gelukt naast de SEH, ook de HAP te spreken, er is toen besloten een andere HAP met redelijk vergelijkbare kenmerken te benaderen.

Referenties

- ¹ Brief minister Klink, ministerie van VWS, vervolg uitvoeringstoets 'Met Spoed!', februari 2009
- ² Concept voor het Besluit ambulancezorg, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (www.minvws.nl)
- ³ Giesen P. Quality of out-of-hours care in the Netherlands, Proefschrift, Nijmegen 2007
- ⁴ Giesen P. Quality of out-of-hours care in the Netherlands, Proefschrift, Nijmegen 2007
- ⁵ Een inventarisatie van het begrippenkader, wetenschappelijk onderzoek, meetinstrumenten, organisatiemodellen en registratiesystemen op het terrein van de spoedzorg, een voorstudie voor het onderzoeksprogramma spoedzorg, M.E. van Baar, P. Giesen, R. Grol, A.J.P. Schrijvers, April 2007, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde Universitair Medisch Centrum Utrecht & Kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedeisende zorg, Afdeling kwaliteit van Zorg (WOK) Universitair Medisch Centrum St. Radboud Nijmegen
- ⁶ Acute zorg, Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer 2003
- ⁷ Nederlands Triage Systeem, Op weg naar eenduidige triage, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Stichting Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen (LAMP), Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV), GGZ Nederland, 2006
- ⁸ Uitvoeringstoets Met spoed!, advies over verbetering van de regulering van acute zorg, Nederlandse Zorgautoriteit, Februari 2008
- ⁹ Acute zorg, Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer 2003
- ¹⁰ Polypil voorkomt hart- en vaatziekten enorm PH.Nieuwsbief 349, www.integratedcare.nl
- ¹¹ Gezondheidsrecht, prof. Mr. Dr. D.P. Engberts en mr. L.E. Kalkman-Bogerd, Bohn-Stafleu van Loghum, Houten 2006
- ¹² Gedragsregels voor artsen, KNMG uitgave, versie 3.0, laatst gewijzigd 2002, www.knmg.nl
- ¹³ Richtlijn Triage op de spoedeisende hulp, 2005, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen
- ¹⁴ Giesen P, Huibers L, Padros Goossens M, Willekens M. Tussen droom en daad. Toekomstvisie huisartsen op hun positie in de spoedzorg, Med Contact 2007;62(15):653-655
- ¹⁵ Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren, Inspectie voor de Gezondheidszorg, NPCF, Den Haag, September 2008
- ¹⁶ College voor Zorgverzekeringen, brief aan de NZa; Prestatieaanvraag SOS-huisartsenzorg, september 2008
- ¹⁷ Volksgezondheid en gezondheidszorg, Mackenbach & van der Maas, vierde druk, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen 2008
- ¹⁸ Rollen en taakverdeling in de geïntegreerde acute zorg, deel 2, Evaluatie spoedposten Haarlem-Zuid en Waterland, stichting Prismant, Utrecht, 2007
- ¹⁹ Functies en competenties op de spoedpost, rapportage fase A, Dhr. Roeland Drijver en Mw. Marleen Teunis, opdrachtgever: MOBG, Utrecht, augustus 2006
- ²⁰ Op weg naar inkoop van functies in de acute zorg, Plexus Medical Group, Jet Wiechers, Walter Balestra, Judith Houtepen, Eefke Jansen, Juni 2006
- ²¹ Nederlands Triage Systeem, Op weg naar eenduidige triage, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Stichting Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen (LAMP), Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV), GGZ Nederland, 2006
- ²² Functiecatalogus acute zorg, Plexus Medical Group, Carel Mastenbroek en Freerkje van der Meer, Mei 2006
- ²³ Nederlands Triage Systeem, Op weg naar eenduidige triage, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Stichting Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen (LAMP), Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV), GGZ Nederland, 2006
- ²⁴ Functies en competenties op de spoedpost, rapportage fase A, Dhr. Roeland Drijver en Mw. Marleen Teunis, opdrachtgever: MOBG, Utrecht, augustus 2006
- ²⁵ Functies en competenties op de spoedpost, rapportage fase A, Dhr. Roeland Drijver en Mw. Marleen Teunis, opdrachtgever: MOBG, Utrecht, augustus 2006
- ²⁶ Op weg naar inkoop van functies in de acute zorg, Plexus Medical Group, Jet Wiechers, Walter Balestra, Judith Houtepen, Eefke Jansen, Juni 2006

²⁷ Evaluatie spoedposten Haarlem-Zuid en Waterland, dr. H.C.M. Kamphuis, drs. M.J.P.M. Stukstette, drs. D.J. Homberg, drs. R.E. Sonneveld, dr. R.B. Kool, Prismant, in opdracht van CBOG en Achmea, Utrecht, september 2007

²⁸ Competentieprofiel van de huisarts, Landelijke Huisarts Vereniging en Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht, 24 augustus 2005

²⁹ Toekomstige samenwerking tussen de Huisartsenpost en de Spoedeisende Eerste Hulp, Een verkennende studie geschreven in opdracht van het CVZ, Paul Giesen, Kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedeisende Zorg, UMC St. Radboud, Nijmegen, Maart 2004

³⁰ Rapportdeel 3, Samenwerking, Samenhang, Integratie Huisartsenpost en Spoedeisende Hulp, Plexus Medical Group, Amsterdam, 29 maart 2004

³¹ www.spoed.nu

³² http://www.bijzijn.nl/content/html/237.asp?nb_id=9771

³³ Polypil voorkomt hart- en vaatziekten enorm PH.Nieuwsbief 349, www.integratedcare.nl

³⁴ Julius centrum voor eerstelijns geneeskunde en Public Health, Universitair Medisch Centrum Utrecht

³⁵ www.prismant.nl

³⁶ www.vhned.nl