

Monitor

Samenwerking spoedeisende hulp (seh) en huisartsenposten (hap)

**Onderzoek naar de substitutie
van lichte spoedzorg**

Inhoud

Samenvatting	5
1. Inleiding	9
1.1 NZa-onderzoek samenwerking seh-hap	9
1.2 Onderzoeksvragen	9
1.3 Definitie van substitutie van zorg	10
1.4 Financiële prikkels hap en seh	11
1.5 Aanpak	12
1.6 Leeswijzer	12
2. Samenwerkingsvormen seh-hap	13
2.1 Samenwerking op een locatie (colocatie)	13
2.2 Openingstijden	13
2.3 Beoordeling van de situatie van de patiënt: triage	14
2.4 Diagnostiekfaciliteiten seh	14
2.5 Aantal seh's, aantal hap's en aantal patiënten	15
2.6 Conclusies	16
3. Indicatoren voor substitutie	17
3.1 Lichte behandeling	17
3.2 Type verwijzer	20
3.3 Verschillen in seh-bezoek door de week/in het weekend	21
3.4 Percentage seh-behandelingen met radiologie	22
3.5 Conclusies	23
4. Samenwerking seh/hap en substitutie lichte zorg	25
4.1 Zorgt samenwerking tussen seh en hap voor minder zelfverwijzers?	25
4.2 Zijn er aanwijzingen van substitutie van seh naar hap via eerstelijnsdiagnostiek?	28
4.3 Conclusies	30
5. Substitutiepotentieel lichte seh-behandelingen	33
5.1 Gemiddeld percentage lichte behandelingen per groep seh's	33
5.2 Substitutiepotentieel	33
5.3 Conclusies	34
6. Andere ontwikkelingen in de acute zorg	35
6.1 Meer ouderen op de seh	35
6.2 Zwaardere behandelingen op de seh	36
6.3 Conclusies	36
7. Interviews met zorgaanbieders acute zorg	37
7.1 Hoofdlijnen	37
7.2 Mogelijkheden om samenwerking te verbeteren	38
7.3 Conclusies	39

Samenvatting

Spoedzorg is de zorg die geleverd wordt in levensbedreigende of zeer acute situaties. Deze vorm van zorg is voor iedereen in Nederland beschikbaar als dat nodig is. Tijdens de anw-uren (avond-, nacht en weekend) verzorgen huisartsenposten (hap), de afdelingen Spoedeisende Hulp (seh) van ziekenhuizen en de ambulancezorg de spoedzorg.

Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag wat er nog kan verbeteren in de samenwerking tussen de seh en de hap om te zorgen dat patiënten voor lichte behandelingen door de huisarts behandeld worden, en niet onnodig op de spoedeisende hulp.

Om de kwaliteit en doelmatigheid van de spoedzorg te verhogen, is de spoedzorg in de afgelopen jaren meer gespecialiseerd en geconcentreerd. Daarnaast is er gewerkt aan een geïntegreerde samenwerking tussen seh's en hap's, waarbij zij meer als één organisatie zijn gaan samenwerken. Het doel daarvan is om onnodige doorverwijzingen te voorkomen en het aantal patiënten dat zonder verwijzing op de seh komt (zelfverwijzers) te verminderen.

Als de seh en hap goed samenwerken, kan de hap meer lichte spoedvragen opvangen. Hierdoor krijgt de seh meer ruimte om complexe spoedzorg te verlenen. Dit noemen we substitutie van zorg.

Deze substitutie kan de kosten van de acute zorg verlagen. Ook voor patiënten heeft dit voordelen, omdat een bezoek aan de seh ten koste gaat van het eigen risico. Een bezoek aan de hap niet. Een betere organisatie van zorg leidt dan ook tot een directe besparing voor een grote groep patiënten. Naast kostenvermindering zijn ook de drukte en lange wachttijden op de seh een belangrijke reden om de samenwerking tussen hap's en seh's te versterken.

Dit onderzoek laat zien dat:

- het aantal patiënten op de spoedeisende hulp daalt in de periode 2012-2015;
- de kosten van de huisartsenposten in deze periode in verhouding sneller stijgen dan het aantal consulteenheden op de hap;
- de meeste ziekenhuislocaties een seh-locatie hebben met een huisartsenpost;
- als er sprake is van triage-afspraken, de meeste patiënten eerst de huisartsenpost bezoeken;
- de meeste hap's die op het ziekenhuisterrein gevestigd zijn, volledige avond-, nacht- en weekenduren (anw-uren) open zijn;
- er minder radiologen beschikbaar zijn in de anw-uren om uitslagen te beoordelen dan tijdens kantoortijden;
- het aantal lichte behandelingen op de seh sinds 2012 afneemt.

Dit onderzoek laat zien dat volledige anw-openingsuren van de hap, colocatie en triage van zelfverwijzers via de hap of een gezamenlijk loket de beste samenwerkingsvorm is om het aantal lichte patiënten en zelfverwijzers op de seh te verminderen. Intensieve samenwerking loont daarom voor het substitueren van lichte spoedzorg tussen hap en seh. We constateren dat er voldoende mogelijkheden zijn om de verschillende samenwerkingsvormen tussen seh en hap te financieren.

Tegelijkertijd kan er meer gedaan worden om de samenwerking tussen seh en hap te stimuleren. De NZa gaat de mogelijkheden verkennen om makkelijker afspraken te kunnen maken. Waar wenselijk zal de NZa aanpassingen doen die samenwerking en het gebruik van de bekostigingsmogelijkheden daarvoor verder stimuleren.

Zoals ook in de marktscan acute zorg is beschreven is het voor de realisatie van de substitutie van lichte spoedzorg tussen seh en hap wel nodig regionaal de

gevolgen voor de capaciteit binnen de huisartsenzorg te onderzoeken en waar nodig passende investeringen te doen.

Aandachtspunten zijn er vooral in de Randstad. In de grote steden wordt in verhouding minder samengewerkt en er komen in verhouding meer zelfverwijzers en lichte behandelingen op de seh voor dan in minder stedelijke gebieden.

De verschillen in het aantal lichte behandelingen tussen seh's zijn groot en lopen uiteen van 10% tot 50%. Er zijn 24 seh's waar relatief weinig lichte behandelingen worden uitgevoerd (gemiddeld 16,5%). Als het andere ziekenhuizen zou lukken om datzelfde percentage lichte behandelingen op de seh uit te voeren, dan zouden er jaarlijks ongeveer 180.000 (11%) minder behandelingen worden gedaan op de seh. Gemiddeld zijn deze lichte behandelingen op de seh €150 duurder dan als diezelfde behandeling door de huisartsenpost wordt gedaan.

De NZa roept zorgaanbieders en zorgverzekeraars dan ook op om in ieder geval in de grote steden afspraken te maken om de samenwerking tussen seh en de hap te intensiveren en te streven naar maximaal 15-20% lichte behandelingen op de seh. Zowel in de anw-uren als overdag. Dit leidt niet alleen tot besparingen, maar biedt ook mogelijkheden om te seh ontlasten. Zo ontstaat er meer ruimte op de seh voor de zwaardere behandelingen. Dat is belangrijk omdat we zien dat vooral meer ouderen naar de seh gaan die een zwaardere behandeling nodig hebben. Daarnaast kan het in grootstedelijke gebieden financieel aantrekkelijk zijn om een 24-uurs afvang voor de seh (hap-overdag) in te richten. Hier wordt lokaal mee geëxperimenteerd. Segment 3 van de huisartsenbesteding biedt de ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hierover afspraken te maken. Ook kan het lonen om te investeren in goede afspraken over verwijzing en terugverwijzing van patiënten tussen ziekenhuis en huisartsenpraktijken. Dit voorkomt onnodige behandelingen overdag in het ziekenhuis. We roepen de brancheorganisaties LHV, InEen, VPH en de NVZ op om een protocol voor terugverwijzen op te stellen. Onderdeel van deze afspraken kan ook de wijze van informeren en begeleiden van 'zelfverwijzers' zijn.

Huisartsen en huisartsenposten kunnen financieel beloond worden als zij zorg overnemen van de tweede lijn en effectief verwijzen. Op de seh is er geen financiële prikkel om patiënten effectief te verwijzen naar de eerstelijns. De NZa adviseert zorgverzekeraars om de seh ook te belonen met behulp van een shared savingsmodel. Als er meer patiënten in de eerstelijns behandeld worden, kan de besparing worden gedeeld tussen de hap, huisarts, seh en zorgverzekeraar. Binnen de regelgeving is hier voldoende ruimte voor.

Daarnaast is het belangrijk dat eerstelijnsdiagnostiek ook in de anw-uren kan worden uitgevoerd op de HAP. Uit dit onderzoek blijkt dat er nog vaak naar de seh wordt verwezen, omdat deze diagnostiek in die uren niet uitgevoerd kan worden. Als de hap eerstelijnsdiagnostiek in de anw-uren kan aanvragen, helpt dit het aantal lichte behandelingen op de seh te verminderen.

Ook een betere registratie van patiënten in de spoedzorg kan helpen om beter samen te werken en patiënten snel en soepel door te verwijzen naar de juiste plek. De NZa constateert dat de kwaliteit van de registratie in de spoedzorg niet eenduidig en volledig is. Zo moet de seh beter registreren of er sprake is van een zelfverwijzer en bijhouden wat de verdeling is tussen lichte en zware behandelingen. De zorgverzekeraar heeft die informatie nodig om maatregelen te treffen waar nodig. Daarnaast zijn er richtlijnen nodig voor de registratie van patiënten die via de ambulance binnenkomen.

Tot slot valt ook winst te behalen als patiënten betere informatie krijgen over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute spoedzorg. Een app is een uitstekende e-health toepassing die helpt om real-time en dichtbij de patiënt een deel van de triage op te vangen. Met name laag urgente en lichte klachten

kunnen zo heel makkelijk naar het juiste loket overdag verwezen worden. Er zijn bestaande initiatieven zoals de app 'moet ik naar de dokter' waar huisartsenposten en seh's bij kunnen aansluiten. Zorgaanbieders en patiëntenorganisaties zouden hierbij samen moeten werken om dit te realiseren.

De NZa gaat graag in gesprek met zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de samenwerking tussen seh en hap in de grote steden te verbeteren en het aantal lichte behandelingen op de seh te verminderen.

Daarnaast maakt de NZa het per januari 2018 mogelijk dat een eerstelijns aanspreekpunt overdag gedeclareerd kan worden met de zogenoemde O&I-prestaties. Zie voor meer informatie www.nza.nl. Vooral in de grote steden kan dit helpen om het centrale aanspreekpunt van huisartsenpraktijken te verstevigen.

We vinden het belangrijk om regionaal meer maatwerkoplossingen tussen zorgaanbieders mogelijk te maken, zodat zij intensiever gaan samenwerken. Als het regionaal bijvoorbeeld wenselijk en haalbaar is om over te stappen op één integrale spoedketen met 24-uurstrriage, waarmee de organisatie van zorg verandert, dan kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars hiervoor een experiment aanvragen bij de NZa, zodat deze samenwerking op een integrale manier bekostigd kan worden.

Voor zorgverzekeraars is het noodzakelijk om inzicht te krijgen in de urgentieverdeling per seh en per hap, zodat zij waar nodig maatregelen kunnen nemen. De NZa pleit er dan ook voor dat seh's en hap's de urgentie van de zorgvraag uniform vastleggen in de declaratiedata. Daarnaast is het belangrijk dat de seh-locaties en de hap's die samenwerken, aan elkaar gekoppeld kunnen worden in de declaratiegegevens. Hiervoor is het nodig dat seh's en hap's ook de locatie vastleggen in de declaratiedata. Alleen op die manier kunnen zorgverzekeraars, onderzoekers en beleidsmakers het effect en de uitkomsten zien van de samenwerking tussen de locaties voor spoedeisende hulp en huisartsenposten.

De NZa gaat ten aanzien van de verbetering van de registratie met partijen in gesprek.

Tot slot zal de NZa de voortgang van substitutie in de spoedzorg de komende jaren nauwlettend blijven volgen. Meer informatie over andere ontwikkelingen in de acute zorg leest u in de Marktscan acute zorg van de NZa.

1. Inleiding

Spoedzorg is de zorg die geleverd wordt in levensbedreigende of zeer acute situaties. Deze vorm van zorg is voor iedereen in Nederland beschikbaar als dat nodig is. In Nederland verzorgen huisartsenposten (hap), de afdelingen spoedeisende Hulp (seh) van ziekenhuizen en de ambulancezorg buiten kantooruren de spoedzorg.

Om de kwaliteit en doelmatigheid van de spoedzorg te verhogen, is de spoedzorg in de afgelopen jaren meer gespecialiseerd en geconcentreerd. Daarnaast is er gewerkt aan een geïntegreerde samenwerking tussen seh's en hap's, waarbij zij meer als één organisatie zijn gaan samenwerken. Het doel daarvan is om onnodige doorverwijzingen te voorkomen en het aantal patiënten dat zonder verwijzing op de seh komt (zelfverwijzers) te verminderen.

Ook in het regeerakkoord staat dat de hap en de seh nauw(er) moeten samenwerken, liefst vanuit één locatie, met de hap als ingang voor mensen die zelf naar de spoedpost komen.

Als de seh en hap goed samenwerken, kan de hap meer lichte spoedvragen opvangen. Hierdoor krijgt de seh meer ruimte om complexe spoedzorg te verlenen. Dit noemen we substitutie van zorg. Bestuurders en beleidsmakers in de zorg zien dit als een manier om de tweedelijns volumegroei van de afgelopen jaren af te buigen en kosten te verlagen.

Er zijn ook grote voordelen voor de burger. Een bezoek aan de seh gaat ten koste van het eigen risico. Een bezoek aan de hap niet. Een betere organisatie van zorg leidt dan ook tot een directe besparing voor een grote groep patiënten.

Naast kostenvermindering zijn ook de drukte en lange wachttijden op de seh een belangrijke reden om de samenwerking tussen hap's en seh's te versterken.

1.1 NZa-onderzoek samenwerking seh-hap

Dit onderzoek gaat over de vraag of er daadwerkelijk sprake is van substitutie van spoedzorg. Met andere woorden: of patiënten die lichte spoedzorg nodig hebben worden behandeld bij de huisartsenpost en niet op de spoedeisende hulp. Of de spoedzorg eenvoudig is of niet, bepalen we met een aantal behandelingskenmerken. We onderzoeken niet of patiënten terecht of onterecht op de spoedeisende hulp behandeld worden, maar of er verschillen zijn tussen ziekenhuizen als het gaat om het aantal eenvoudige spoedpatiënten op de seh. We bekijken of deze verschillen komen door de manier waarop en mate waarin de samenwerking tussen de spoedeisende hulp en de huisartsenpost is georganiseerd.

Het doel van dit onderzoek is om een beeld te krijgen van de ontwikkelingen in dit deel van de spoedzorg en van de mogelijkheden om de spoedzorg nog beter te organiseren.

1.2 Onderzoeksvragen

De belangrijkste onderzoeksvragen zijn:

1. Welke samenwerkingsvormen komen voor tussen de hap en de seh?
 - a. Welke afspraken maken veldpartijen over de substitutie van spoedzorg?
 - b. Vindt monitoren van uitkomsten plaats?
2. Is er sprake van substitutie van eenvoudige spoedzorg?
 - a. Wat is de omvang van eenvoudige spoedzorg op de seh van het ziekenhuis in vergelijking met andere ziekenhuizen?
 - b. Welke indicatoren kunnen wijzen op substitutie van spoedzorg?

- c. Is de mate van substitutie van spoedzorg in de periode 2012-2015 veranderd of gelijk gebleven?
 - d. Welke samenwerkingsverbanden hangen samen met een hogere graad van substitutie van spoedzorg?
 - e. Kan er nog meer substitutie plaatsvinden?
3. Welke succes- en faalfactoren spelen een rol bij de substitutie van spoedzorg?
 - a. Wat belemmert de substitutie van spoedzorg tussen de seh de hap?
 - b. Wat zijn de succes- en faalfactoren en wat zijn de randvoorwaarden voor de substitutie van spoedzorg?
 4. Welke andere factoren voor het ziekenhuis en andere ketenpartners hangen samen met de substitutie van spoedzorg tussen de hap en de seh?

1.3 Definitie van substitutie van zorg

We hanteren de volgende definitie van substitutie van zorg:

Het verplaatsen van zorg en middelen van de tweede (spoedeisende hulp) naar de eerste lijn (huisartsenpost), dat wil zeggen zorg die door beide partijen geleverd kan worden, maar liefst zo laag mogelijk in de lijn belegd is. Dit past bij de definitie uit de landelijke substitutiemonitor van KPMG: Ex-ante afsprakenmonitor van maart 2015.

Het is daarnaast belangrijk de gesubstitueerde zorg in de eerste lijn te behouden zonder dat patiënten onnodig worden doorverwezen naar de medisch-specialistische zorg. Onnodig doorverwijzen is geen specifiek thema in deze monitor. We richten ons op het opvangen van de eerste spoedvraag bij de spoedeisende hulp en de huisartsenposten, en in hoeverre dat doelmatig is georganiseerd. We onderzoeken in deze monitor dus niet of een patiënt doelmatig is doorverwezen.

Wel brengen we de relatie in kaart tussen de aanwezigheid van een radiologische beoordelingsfaciliteit in de anw-uren in het ziekenhuis en substitutie op het gebied van beeldvormende diagnostiek. Zonder eerstelijnsdiagnostiek (eld) zouden patiënten eerder naar de spoedeisende hulp kunnen worden doorverwezen, wat de substitutie van zorg negatief beïnvloedt.

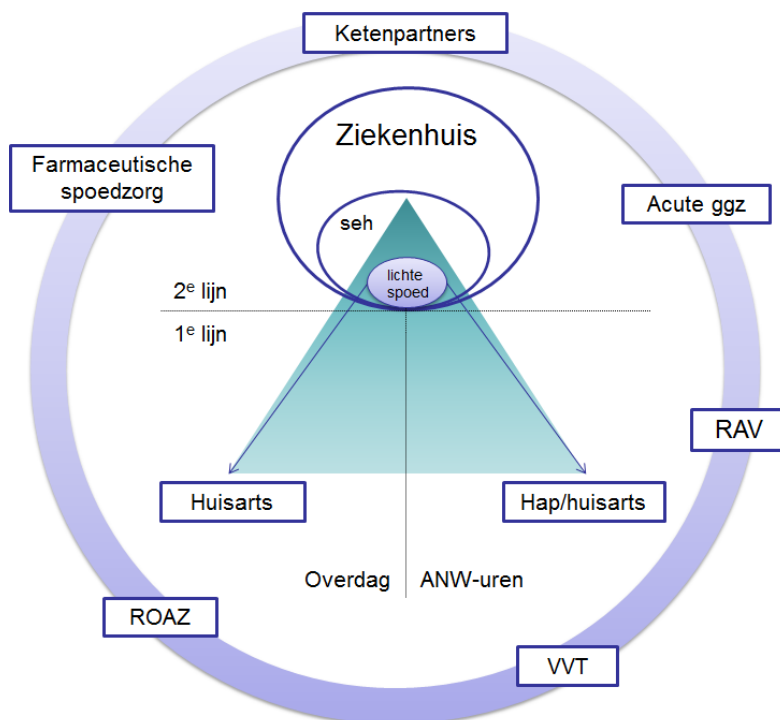
Beoordelen van lichte spoedzorg

Ook bij de meest optimale organisatie van de spoedzorgketen komen lichte spoedvragen in de tweede lijn voor. Als een patiënt zich in de eerste lijn meldt, is het (bijvoorbeeld voor de huisarts) soms moeilijk in te schatten of de patiënt een lichte spoedvraag heeft of niet. Als er sprake is van twijfel, moet hij wel naar de spoedeisende hulp worden doorverwezen. Een patiënt kan dus met een lichte spoedvraag bij de spoedeisende hulp aan het juiste loket zijn. Toch zijn er ook patiënten die bij de huisartsenpost behandeld hadden kunnen worden als de spoedzorg anders georganiseerd zou zijn.

We kunnen alleen achteraf met cijfers (de zorgdeclaraties) onderzoeken wat de verschillen zijn tussen ziekenhuizen in het aantal patiënten met een lichte spoedvraag op de spoedeisende hulp. Dit geeft geen perfecte meting van te substitueren zorg voor elke seh. Wel geven deze cijfers inzicht in de manier waarop ziekenhuizen omgaan met lichtere spoedvragen en de ontwikkelingen die zich daarin voordoen.

Acute zorgketen

De acute zorg wordt in Nederland geleverd door verschillende zorgaanbieders, die allemaal in meer of mindere mate met elkaar samenwerken. In Figuur 1 zijn de ketenpartners schematisch weergegeven met centraal de organisatie van de seh/huisarts/hap. We richten ons in deze monitor op de samenwerking tussen de huisartsenpost en de spoedeisende hulp in het ziekenhuis.

Figuur 1. Schema substitutie spoedzorg seh/huisarts/hap

De spoedzorg van de huisartsenpost is alleen tijdens de anw-uren beschikbaar. Voor spoedvragen tijdens kantooruren is er de eigen huisarts. In het ziekenhuis is er geen onderscheid tussen de manier waarop de spoedzorg overdag en tijdens de anw-uren gefinancierd wordt. Hoe kunnen we dan de gegevens vergelijken? Met de declaratiegegevens van de ziekenhuizen kunnen we alleen zien op welke dag patiënten zijn behandeld. In de analyses met dbc-gegevens (de declaraties van dbc's in het ziekenhuis) richten we ons daarom voornamelijk op de substitutie van zorg in de weekenden tussen seh en hap. We zullen de spoedzorg door de week en in het weekend voor de volledigheid wel met elkaar vergelijken. Dit is belangrijk, omdat huisarts de lichte spoedzorg die tijdens kantooruren op de spoedeisende hulp geleverd wordt, in sommige gevallen ook kunnen leveren.

Gelijktijdig publiceert de NZa de marktscan acute zorg. De overlap tussen de producten is gelegen in bepaalde doelgroepen, die de drukte op de seh beïnvloeden: oudere patiënten en patiënten met een opname. In de marktscan is er gekeken in hoeverre deze groepen een verklaring bieden voor de toegenomen drukte in de acute zorgketen. In deze monitor onderzoeken we in hoeverre substitutie van deze patiënten naar de eerstelijns een antwoord is om de drukte op de seh te verminderen.

1.4 Financiële prikkels hap en seh

De bekostiging van de hap is anders dan die van de seh.

In anw-uren is de huisartsenzorg georganiseerd in hds-verband (huisartsendienstenstructuur). De hds heeft meestal meerdere huisartsenposten in het verzorgingsgebied. De bekostiging van de hap verloopt via een budgetsystematiek. Een hds krijgt een budget op basis van zijn tariefaanvraag. Het vast te stellen budget van de hds bestaat uit een aantal onderdelen: het budget per inwoner, het totale beschikbare bedrag, het lokaal overeengekomen budget en het aanvullend overeengekomen budget. Het aanvullend overeengekomen budget in verband met substitutie van zorg heeft geen maximum.

De belangrijkste kenmerken zijn:

- Het aantal patiënten van huisartsen die deelnemen aan een hds bepaalt in de basis de hoogte van een hds-budget.
- Over substitutie tijdens anw-uren kunnen vrije prijsafspraken gemaakt worden tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- De hds is de enige aanbieder van acute eerstelijns spoedzorg tijdens de anw-uren in een regio. Er is dus geen vrije markt.

De seh's zijn onderdeel van het medisch-specialistische bedrijf en worden bekostigd vanuit de gedeclareerde dbc-productie. Hierover maakt het ziekenhuis afzonderlijk prijs- en volume-afspraken met de zorgverzekeraars. In een regio zijn vaak meerdere ziekenhuizen gevestigd.

Omdat hap's grotendeels gebudgetteerd zijn, hebben zij geen financiële prikkel om meer patiënten te zien. Wel is er een ruim financieel kader om met de zorgverzekeraar aanvullende budgetafspraken te maken voor substitutie van zorg. De hds kent geen marktrisico om productie kwijt raken aan een naburige hds-organisatie.

Het omgekeerde is het geval bij de seh. Meer dbc's betekent meer inkomsten en dus een productieprikkel om (lichte) patiënten in behandeling te nemen en ze niet terug te verwijzen naar de eerste lijn. Bovendien heeft een ziekenhuis rekening te houden met een marktaandeel in een regio. Het aantrekken van spoedzorg kan voor een ziekenhuis een manier zijn om dat marktaandeel veilig te stellen en zich positief te profileren.

Voor het ziekenhuis is er geen financiële stimulans om (lichte) spoedzorg af te stoten. Voor de hap is die prikkel er wel als er met de verzekeraar substitutieafspraken zijn gemaakt.

1.5 Aanpak

Voor dit onderzoek hebben we declaraties van spoedbehandelingen op de seh (DIS) gebruikt en declaraties over de consulten op de hap en bij huisartsen (Vektis). Daarnaast gebruikten we gegevens over de omvang en kosten van de zorg van hds'en. Ook kwamen gegevens van InEen (benchmarkbulletins 2013 en 2014) en het RIVM (overzicht samenwerkingsverbanden seh en hap uit 2014) van pas.

Verder interviewden we vertegenwoordigers van enkele ziekenhuizen, huisartsenposten en een verzekeraar, om de randvoorwaarden en succes- en faalfactoren in kaart te brengen van de substitutie van de spoedzorg van seh naar hap.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zoomen we in op de verschillende manieren waarop de hap en de seh samenwerken. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 3 de indicatoren voor substitutie van eenvoudige spoedzorg tussen de hap en de seh. Hoofdstuk 4 beschrijft de relatie tussen de mate van samenwerking en percentages van lichte patiënten en zelfverwijzers op de seh. In hoofdstuk 5 becijferen we het substitutiepotentieel van lichte spoedzorg. Hoofdstuk 6 bevat de uitkomsten van de interviews en ervaringen van zorgaanbieders. Er zijn ook andere verwante ontwikkelingen die het verminderen van het aantal patiënten met lichte spoedvragen op de HAP en SEH beïnvloeden. Deze komen aan bod in hoofdstuk 7. Tot slot beschrijven we hoofdstuk in 8 de conclusies van deze monitor.

2. Samenwerkingsvormen seh-hap

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de spoedeisende hulp en huisartsenposten samenwerken. In de wijze van samenwerken onderscheiden we drie varianten: door een locatie te delen, door de triage te delen en door diagnostische faciliteiten (laboratorium- en radiologiefaciliteiten) te delen.

2.1 Samenwerking op een locatie (colocatie)

In 2014 telde Nederland 131 ziekenhuislocaties en 122 huisartsenposten. 95 ziekenhuislocaties hadden een seh-locatie, waarvan er op 71 ook een hap gevestigd was (tabel 1).

Tabel 1. Aantal ziekenhuizen voorzien van een seh en/of hap

Kenmerk ziekenhuis	Aantal	Percentage
Locatie met seh en hap	71	54%
Locatie met seh zonder hap	24	18%
Locatie zonder seh met hap	10	8%
Locatie zonder seh zonder hap	26	20%
Totaal	131	100%

Bron: RIVM

Van de ziekenhuislocaties met een seh en een hap was in 92% van de gevallen de hap gevestigd in het gebouw van het ziekenhuis. Bij de overige 8% was de hap gevestigd op een ander deel van het ziekenhuisterrein. Van de huisartsenposten die gevestigd waren in het ziekenhuis had 72% een gezamenlijke ingang met de seh (tabel 2).

Tabel 2. Colocatie van seh-hap op ziekenhuisterrein

Colocatie	Aantal	Percentage
Hap in ziekenhuis met gezamenlijke ingang	51	72%
Hap in ziekenhuis zonder gezamenlijke ingang	14	20%
Hap niet in ziekenhuis	6	8%
Totaal	71	100%

Bron: RIVM

Uit de afgenomen interviews onder zorgaanbieders blijkt dat meerdere locaties inmiddels verder zijn gekomen op het gebied van samenwerking dan de gegevens over 2014 laten zien. In de marktscan acute zorg is de laatste stand van zaken over de periode 2013 – 2016 in beeld gebracht.

2.2 Openingstijden

Bijna alle seh's (96%) zijn 24 uur per dag, 7 dagen in de week open. Bij seh's met een hap op het ziekenhuisterrein ligt dat percentage nog een fractie hoger (97%). Van de hap's heeft 80% volledige anw-openingstijden. Van de hap's met een colocatie op het ziekenhuisterrein en met een 24x7-uurs seh is dat 87%. Bij de hap's die minder uren open zijn, gaat het vaak om hds-structuren met meerdere hap-locaties, die 's nachts samenwerken op minder locaties (RIVM, 2015).

2.3 Beoordeling van de situatie van de patiënt: triage

Triage is het toekennen van een urgentieniveau en vervolgzorg door de ernst van de situatie van de patiënt te beoordelen. Deze triage kan op verschillende manieren georganiseerd worden, afhankelijk van de afspraken tussen de seh en de hap. Bijvoorbeeld:

- seh en hap hebben één gemeenschappelijke receptie en hebben een gemeenschappelijke triage;
- de hap bevindt zich in het ziekenhuis met een receptie vóór de seh, zonder gemeenschappelijke triage. De patiënt bezoekt eerst de hap;
- de hap bevindt zich in het ziekenhuis met een afzonderlijke receptie van de seh. De seh triert en er is geen gemeenschappelijke triage;
- er zijn geen triage-afspraken: patiënten die niet zijn doorverwezen door een hulpverlener – de zelfverwijzers – beslissen zelf waar ze naar binnen gaan.

Als spoedeisende hulp en huisartsenpost op dezelfde locatie gevestigd zijn, maakt driekwart van de hap's triage-afspraken met de seh (tabel 3). In 5% van de gevallen voeren de seh en hap de triage gezamenlijk uit. We spreken dan van volledig geïntegreerde samenwerking. In 59% van de gevallen bevindt de hap zich in het ziekenhuis met een receptie vóór de seh zonder gemeenschappelijke triage. De patiënt bezoekt dan eerst de hap. Bij 12% bevindt de hap zich in het ziekenhuis met een afzonderlijke receptie van de seh. De seh triert, er is dus geen gemeenschappelijke triage. In iets minder dan een kwart van de gevallen zijn er geen triage-afspraken. De zelfverwijzer beslist zelf bij welke organisatie hij zich meldt.

Tabel 3. Triage op colocatie van seh-hap en ziekenhuis-hap

Colocatie	Triage-afpraak		Geen afspraak		Totaal
	Gezamenlijk	hap	seh	Patiënt kiest	
Hap in zkh met seh	4	36	9	15	64 (79%)
Hap niet in zkh met seh	0	3	1	3	7 (9%)
Hap in zkh zonder seh	0	9	0	0	9 (11%)
Hap niet in zkh zonder seh	0	1	0	0	1 (1%)
Totaal	4 (5%)	49 (60%)	10 (12%)	18 (22%)	81 (100%)

Bron: RIVM

De plek waar de triage plaatsvindt, hangt sterk af van de vestigingsplaats van de hap op de colocatie. Uit de cijfers blijkt dat de triage vaak plaats vindt op de hap als die gevestigd is in het ziekenhuis. Op nagenoeg alle ziekenhuislocaties met een seh-locatie zijn een triageprotocol en een triagearts of verpleegkundige aanwezig. Opvallend is dat de meeste hap's en seh's die gevestigd zijn op een colocatie niet dezelfde triageprotocollen hanteren.

2.4 Diagnostiekfaciliteiten seh

Op de ziekenhuislocaties met een seh-locatie zijn diagnostiekfaciliteiten (laboratorium- en radiologiefaciliteiten) ook buiten kantooruren beschikbaar. In de anw-uren is echter bij slechts 19% van de ziekenhuislocaties met een seh-locatie ook een radioloog aanwezig om radiologie-uitslagen te beoordelen. Maar in 75% van de gevallen is de radioloog wel binnen 15 of 30 minuten beschikbaar om te beoordelen. In een aantal gevallen is de radioloog niet op het ziekenhuis beschikbaar, maar is hij thuis telefonisch bereikbaar. Hij kan dan zo nodig via een internetverbinding thuis op een computerscherm beelden

beoordelen. Zo'n 60% van de ziekenhuislocaties met een seh-locatie maakt afspraken met de hap over de diagnostiek en de behandeling van patiënten (tabel 4).

Tabel 4. Diagnostiekfaciliteiten seh

Diagnostiekfaciliteiten seh	Percentage
Laboratoriumfaciliteiten aanwezig tijdens kantoortijden	94%
Laboratoriumfaciliteiten aanwezig tijdens anw-tijden	92%
Radiologiefaciliteiten aanwezig tijdens kantoortijden	94%
Radiologiefaciliteiten aanwezig tijdens anw-tijden	81%
Beoordeling radiologiefaciliteiten aanwezig tijdens kantoortijden	92%
Beoordeling radiologiefaciliteiten aanwezig tijdens anw-tijden	19%
Afspraken seh en hap rondom diagnostiek en behandeling	60%

Bron: RIVM

2.5 Aantal seh's, aantal hap's en aantal patiënten

In totaal bezochten in 2015 bijna 2 miljoen patiënten een seh. De afgelopen jaren neemt zowel het totaal aantal seh's als het aantal patiënten af (tabel 5).

Tabel 5. Aantal seh's en aantal patiënten in 2012-2015

Kenmerk	2012	2013	2014	2015
Aantal seh's*	93	89	88	87
Aantal patiënten	2.079.172	2.008.737	2.003.411	1.951.055
Verschil aantal patiënten		-3,4%	-0,3%	-2,6%

* Het aantal ziekenhuizen met een seh. Een seh kan meerdere seh-locaties hebben, maar telt hier als één.

Bron: Medisch Tijdschrift Geneeskunde

In verhouding zien we dat de kosten sterker stijgen dan de productie op de hap. Dit uit zich in stijgende kosten per productie-eenheid.

De macrokosten zijn in de jaren 2012 – 2015 met 12% gestegen. Vooral in 2014 is er meer gebruik gemaakt van de extra budgetruimte voor de financiering van de hds-structuren. We zien dat dit deels komt door extra inzet van waarnemers op de hds-locaties. Evenzo zien we een toename in de personeelskosten anders dan huisartsen.

In de jaren tot en met 2014 wisselt het verloop van het aantal gewogen contactmomenten. In 2015 lijkt een stijging ingezet te zijn naar meer dan 3,5 miljoen consulteenheden.

De kosten per consulteenheid zijn, ondanks de daling in 2015, gestegen.

Tabel 6. Aantal hap's en aantal consulten in 2012-2015

Kenmerk	2012	2013	2014	2015
Aantal hap's	124	121	122	119
Aantal consulteenheden	3.432.163	3.393.300	3.405.118	3.544.598
Vershil aantal consulteenheden		-0,8%	+0,3%	+4,1%
Kosten per consulteenheid	€ 80,62	€ 84,31	€ 89,05	€ 86,90
Vershil kosten per consulteenheid		+4,6%	+5,6%	-2,4%

Bron: NZa, InEen

2.6 Conclusies

- De meeste ziekenhuislocaties hebben een seh-locatie met een hap.
- Wanneer er sprake is van triage-afspraken, dan bezoekt de patiënt in de meerderheid van de gevallen eerst de hap.
- De meeste hap's met een colocatie op het ziekenhuisterrein hanteren volledige anw-openingstijden.
- In de anw-uren zijn er minder radiologen aanwezig om radiologie-uitslagen te beoordelen dan tijdens kantoortijden.
- Het aantal patiënten op de seh daalt in de periode 2012-2015.
- In verhouding zien we dat de kosten op de hap sterker stijgen dan de productie.

3. Indicatoren voor substitutie

Wanneer is er sprake van substitutie van spoedeisende zorg door de huisartsenpost? We kijken hiervoor naar verschillende indicatoren op basis van patiëntenstromen. De indicatoren laten een verandering in de tijd zien en leggen verschillen tussen ziekenhuizen bloot.

Dit hoofdstuk introduceert deze indicatoren. In volgende hoofdstukken onderzoeken we ze verder en proberen we variaties te verklaren door te kijken naar verschillen in de samenwerking tussen hap en seh.

3.1 Lichte behandeling

Patiënten die via de seh het ziekenhuis binnenkomen, verdelen we in twee categorieën: lichte en zware behandelingen. Volgens onze definitie valt een lichte behandeling onder spoedzorg, die potentieel ook mogelijk zou kunnen zijn bij de eigen huisarts of op de huisartsenpost.

De definitie van een lichte behandeling bestaat uit alle initiële zorgtrajecten, inclusief diagnose, geopend op de seh met *alle* volgende kenmerken:

- geen verpleegdagen;
- geen dagbehandelingen;
- geen operaties;
- geen middelzware zorgactiviteiten;
(zie Bronnen & Methoden)
- minder dan 3 uitgevoerde zorgactiviteiten uit de ‘lichte’ categorie;
(zie Bronnen & Methoden)
- maximaal 1 poliklinisch consult;
- patiënt is niet overleden.

Alle andere zorgtrajecten definiëren we als zware behandelingen. We nemen aan dat de lichte behandeling zowel in de eerste als in de tweede lijn gegeven kan worden. In de bijlage is een duiding opgenomen van de definitie. De definitie van een lichte behandeling is in de interviewronde voorgelegd aan de experts en ze werd herkend.

In Tabel 7 staan de gemiddelde prijzen van dbc-zorgproducten gestart op de seh voor patiënten met een lichte behandeling en voor patiënten met een zware behandeling.

Tabel 7. Gemiddelde prijs dbc-zorgproducten gestart op seh

Jaar	Gemiddelde prijs bij lichte behandeling	Gemiddelde prijs bij zware behandeling
2012	€ 228	€ 1.797
2013	€ 230	€ 1.899
2014	€ 246	€ 1.946
2015	€ 238	€ 2.017

Bron: DIS (2015)

We zien een duidelijk prijsverschil tussen de dbc's met een lichte en een zware behandeling. Dat is een extra bevestiging dat onze definitie van een lichte behandeling aansluit bij de groep mensen die een lichte behandeling krijgt.

In Tabel 8 is te zien dat in 2015 ongeveer een kwart van alle seh-patiënten een lichte behandeling heeft. Dit percentage is gedaald in de periode 2012-2015.

Tabel 8. Patiënten met lichte behandeling (als % van het totaal aantal seh-patiënten)

Jaar	Patiënten met lichte behandeling
2012	29,7 %
2013	27,8 %
2014	27,6 %
2015	24,8 %

Bron: DIS (2015)

De zorgtrajecten met een lichte behandeling vallen allemaal in de categorie 'licht ambulante'. Licht ambulante zorgproducten zijn niet automatisch gelijk aan een lichte behandeling. Een licht ambulante zorgproduct kan ook meerdere (twee) polikliniekbezoeken bevatten. In dat geval is het volgens onze definitie geen lichte behandeling meer.

De zorg die patiënten met een lichte behandeling krijgen, is onder te verdelen in drie groepen: algemene klachten/symptomen, kleine letsels en ademhalingsproblemen.

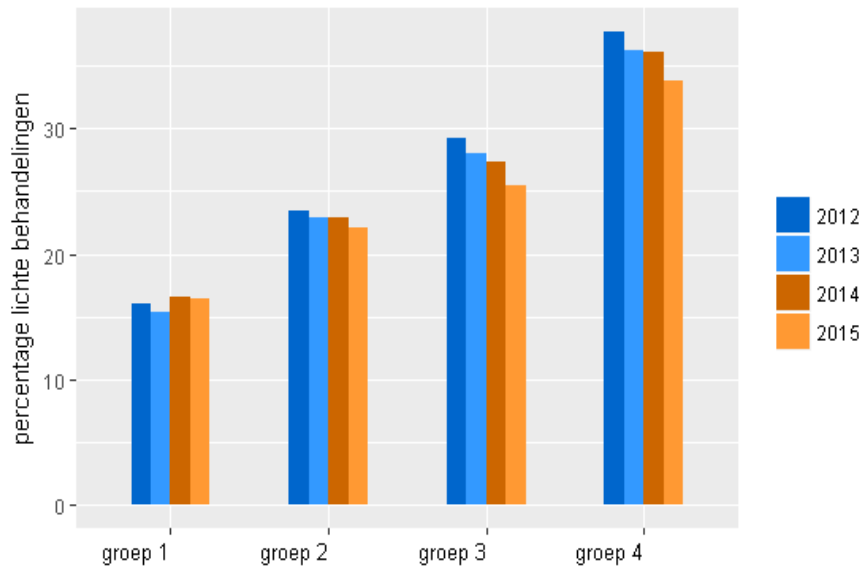
Uit de interviews blijkt dat de vertegenwoordigers de gepresenteerde gegevens herkennen. Ze kunnen zich vinden in de definitie voor 'lichte patiënt' en in het beeld dat we over 2012, 2013 en 2014 presenteerden voor specifieke locaties. Een vaak terugkerend punt was de constatering dat niet alle als 'licht' bestempelde patiënten onterecht op de seh worden behandeld. Het is niet realistisch om te stellen dat het percentage lichte patiënten op de seh 0% zou kunnen zijn bij ideale samenwerking tussen de tweede en eerste lijn. Ook patiënten met hoge spoed kunnen namelijk achteraf een lichte behandeling op de seh krijgen.

Verschillen tussen ziekenhuizen in aantal lichte behandelingen seh

We hebben geconstateerd dat van alle ziekenhuizen gemiddeld 25% van de patiënten die op de seh komen een lichte behandeling krijgt. Maar hoe groot zijn de verschillen van dat percentage per ziekenhuis?

Om deze analyse uit te voeren, verdelen we alle ziekenhuizen in vier gelijke groepen. Om tot de indeling te komen, bekijken we het gemiddelde percentage lichte patiënten over de periode 2012 – 2015. We nemen het gemiddelde over meerdere jaren om verschillen tussen jaren mee te wegen.

In groep 1 zitten de ziekenhuizen met gemiddeld de laagste percentages lichte patiënten. De groepen 2, 3 en 4 zijn ingedeeld op basis van een oplopend percentage van het meerjarige gemiddelde. In groep 4 zitten dus de ziekenhuizen met gemiddeld de hoogste percentages lichte patiënten. Elke groep bevat hetzelfde aantal ziekenhuizen. Zo'n indeling noemen we *kwartielen*.

Figuur 2. Percentage lichte behandelingen per kwartiel

Bron: DIS (2015)

Figuur 2 toont het percentage lichte patiënten per kwartiel per registratiejaar van de dbc.

We zien dat de kwartielen 2 en 3 in de buurt zitten van de genoemde 25% lichte behandelingen, het landelijk gemiddelde. Maar in kwartiel 1 hebben de ziekenhuizen 16 tot 17 procent lichte behandelingen, terwijl voor kwartiel 4 dit percentage rond de 35% ligt, meer dan twee keer zoveel als kwartiel 1.

We zien dat er grote verschillen zijn tussen ziekenhuizen als het gaat om het percentage lichte behandelingen voor patiënten die via de seh binnenkomen. Daarnaast kunnen we uit de grafiek afleiden dat bij de ziekenhuizen in de kwartielen 3 en 4, met veel lichte behandelingen, het aantal lichte behandelingen de laatste jaren afneemt. Bij de ziekenhuizen met weinig lichte behandelingen (kwartielen 1 en 2) blijft het percentage ongeveer gelijk. In hoofdstuk 5 gaan we verder in op deze verschillen tussen ziekenhuizen.

Verschillen tussen regio's

Ook tussen regio's zijn er verschillen in de verhouding tussen lichte en zware behandelingen. In de Randstad komen op de seh verhoudingsgewijs meer patiënten voor met een lichte behandeling dan daarbuiten.

Om uit te sluiten dat dit verschil komt door een verschil in de zorgvraag van de patiëntenpopulatie, hebben we gekeken naar het totaal aantal lichte patiënten per regio, inclusief patiëntaantallen op de hap's. Deze patiënten ontvangen namelijk allemaal ook een lichte behandeling en bepalen mede het aantal lichte zorgvragen in een regio. We leggen de lichte zorgvragen langs alle behandelingen op de hap en seh samen.

De opvallende conclusie van deze analyse is dat de lichte zorgvraag weinig verschilt tussen regio's. In elke regio is het percentage patiënten dat voldoende heeft aan een lichte behandeling op de seh en de hap samen ongeveer even groot.

We merken dat vooral in stedelijke regio's lichte patiënten vaker op de seh belanden. Het verschil in toegankelijkheid van zorg tussen eerste lijn en tweede lijn speelt hierin een rol. Een studie van het RIVM en IQ Health Care concludeert dat goede toegankelijkheid van huisartsenzorg bezoek aan de spoedeisende hulp voorkomt.

Ook tijdens de interviews zijn vergelijkbare argumenten naar voren gekomen:

- In stedelijke gebieden is de seh beter bereikbaar voor patiënten dan in meer landelijke gebieden vanwege de kortere reistijd;
- Expats en toeristen vinden de huisarts minder gemakkelijk en gaan sneller naar de seh;
- De relatie tussen huisarts en patiënt verschilt per regio. Daar waar ze minder sterk is, gaan mensen sneller naar de seh. De beleving is dat de relatie in landelijke gebieden sterker is dan in stedelijke regio's.

Dit betekent niet dat huisartsenzorg in stedelijke gebieden onvoldoende bereikbaar of beschikbaar is. Wel is het zo dat de seh in stedelijke gebieden beter bereikbaar is dan in landelijke regio's. Ook verschilt de relatie tussen huisarts en patiënt per regio en ze varieert met de mate van stedelijkheid. Er zijn daarom aanwijzingen dat in stedelijke gebieden de bereikbaarheid van de huisarts achter blijft bij de goede bereikbaarheid van de seh en mede het hogere aantal lichte patiënten op de seh verklaart. Naast een verschil in bereikbaarheid lijkt hierin ook de omvang van de groep expats en toeristen een belangrijke rol te spelen.

Verschillen per verzekeraar

We hebben ook gekeken naar het percentage lichte patiënten per verzekeraar. De verschillen hierin zijn niet heel groot (tussen 20% en 26%) en lijken vooral bepaald door de regio's waar hun verzekerden wonen. Met de gegevens kunnen we geen verband leggen tussen het beleid van de verzekeraar en de omvang van substitutie.

3.2 Type verwijzer

Een andere indicator die iets zegt over substitutie van zorg is de zelfverwijzer. Het percentage zelfverwijzers is relevant, omdat de patiënt op eigen initiatief naar de seh komt. Onder de zelfverwijzers zijn ook lichte patiënten. Die hadden mogelijk ook door de eigen huisarts of de huisartsenpost geholpen kunnen worden. Om die reden brengen we het type verwijzer in beeld.

In de registratie van behandelingen worden verschillende soorten verwijzers vastgelegd. In tabel 10 staat het percentage 'zelfverwijzers'. Dit zijn patiënten die zich zonder verwijzing melden bij de seh. Daarnaast staat het percentage 'verwezen'. Dit zijn patiënten die zich op de seh melden met een verwijzing van een huisarts. Het percentage 'overig' omvat patiënten voor wie een andere herkomst is vastgelegd in de ziekenhuisregistratie. Dit kan bijvoorbeeld zijn vanwege een verwijzing vanuit een ander specialisme binnen hetzelfde ziekenhuis, vanwege een verwijzing vanuit een ander ziekenhuis, of omdat het een eigen patiënt is. De laatste groep kan voorkomen bij een vervolgtraject of een nieuwe zorgvraag van een eigen patiënt.

Tabel 9. Percentage zelfverwijzers en verwezen seh-patiënten

Jaar	Zelfverwijzer	Verwezen	Overig
2012	26,3 %	20,4 %	53,3 %
2013	30,7 %	38,7 %	30,6 %
2014	30,7 %	44,8 %	24,5 %
2015	25,1 %	50,8 %	24,1 %

Bron: DIS (2015)

In 2012 zijn instellingen voor het eerst het type verwijzer gaan registreren. In het begin zijn er veel foutcodes ingevoerd waardoor de registratie nog niet op orde was. In de rubriek 'Overig' zijn alle foutcodes ondergebracht, vandaar dat het

percentage in 2012 zo hoog was, meer dan 50%. In de latere jaren wordt dit minder, wat duidt op een verbeterde registratie.

Het percentage zelfverwijzers op de seh neemt in 2013 toe. Dit heeft vermoedelijk ook te maken met de verbeterde registratie. Het percentage verwezen patiënten neemt in dat jaar nog veel meer toe. In 2015 neemt het percentage zelfverwijzers duidelijk af en neemt het percentage verwezen patiënten toe. Dit is een trend die we verwachtten, op basis van de algemene beleving dat substitutie van lichte spoedzorg is toegenomen. Een mogelijke oorzaak is de toegenomen samenwerking tussen hap en seh. Uit de marktscan acute zorg volgt dat in de periode 2013 – 2016 er steeds vaker gemeenschappelijke triage voorkomt of triage via de hap. Zelfverwijzers komen dan vaker bij de hap in plaats van op de seh.

In de interviews geven meerdere partijen aan dat de door ons gepresenteerde gegevens over zelfverwijzers op hun locatie afwijken van hun eigen beeld. Met name de gegevens over 2012 en 2013 worden op meerdere locaties als niet-realistisch gezien. De partijen noemen opstartproblemen met de DIS-registratie van deze gegevens als grootste oorzaak. Vanaf 2014 verloopt de registratie beter. Van meerdere locaties horen wij dat zorgverzekeraars nu meer sturen op correcte registratie van zelfverwijzing. De geïnterviewden raden daarom aan geen sterke conclusies te trekken over 2012 en 2013.

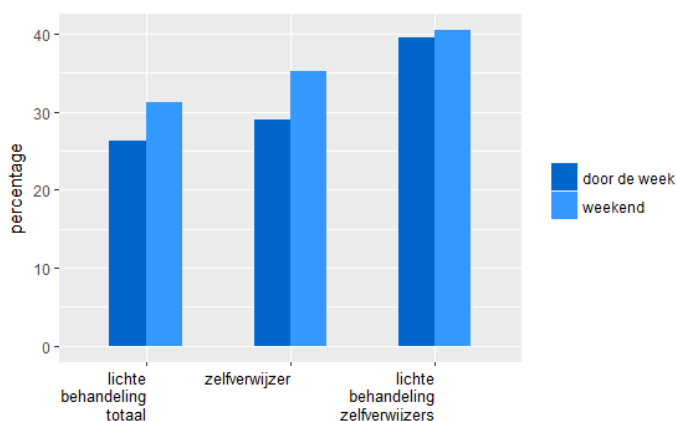
Voor het jaar 2014 keken we naar het verband tussen zelfverwijzers en het soort behandeling. We zien in de cijfers (zie voor een gedetailleerde figuur de bijlage Bronnen en Methoden) dat ziekenhuizen waar relatief veel zelfverwijzers op de seh binnenkomen ook relatief veel lichte behandelingen uitvoeren. We kunnen echter niet stellen dat elke zelfverwijzer een lichte patiënt is. Ook patiënten die meer dan een lichte behandeling nodig hebben kunnen zich bij de seh melden. Omgekeerd heeft ook niet elke verwezen patiënt een zware behandeling nodig. De huisarts kan het zekere voor het onzekere nemen door de patiënt bij een niet-pluis-gevoel door te sturen naar een specialist. Wat wel volgt is dat het aantal lichte behandelingen op de SEH zal dalen als een ziekenhuis erin slaagt het aantal zelfverwijzers te verlagen.

We merken op dat er in de praktijk verschillen zijn bij het vastleggen van het veld 'zelfverwijzer'. Soms wordt een patiënt als 'zelfverwijzer' geregistreerd op de seh, terwijl deze patiënt op dezelfde dag wel bij een huisarts is geweest. Hoe vaak dit gebeurt verschilt sterk per ziekenhuis. Ook komen verschillen voor in de registratie wanneer een patiënt met de ambulance naar de seh toekomt. Als een schriftelijke verwijzing ontbreekt, worden deze patiënten soms ook als zelfverwijzer geregistreerd.

3.3 Verschillen in seh-bezoek door de week/in het weekend

Hieronder geven we het percentage lichte behandelingen, het percentage zelfverwijzers, en het percentage van lichte behandelingen bij zelfverwijzers weer (figuur 3). De cijfers zijn uitgesplitst naar door de week en het weekend. De figuur laat allereerst zien dat de zelfverwijzer vaker een lichte patiënt is dan patiënten die op een andere manier naar de seh toe komen.

Figuur 3. Indicatoren voor substitutie, verschil door de week/weekend



Bron: DIS (2014)

We zien ook dat er in de weekenden in verhouding meer lichte patiënten en meer zelfverwijzers op de seh komen. Dit heeft te maken met het verschil in aantal doorverwijzingen door de week en in het weekend. Door de week vervult de huisarts de rol van poortwachter, waardoor er overdag relatief meer verwezen patiënten op de seh komen. In het weekend is het aantal doorverwijzingen lager, waardoor het percentage zelfverwijzers hoger is.

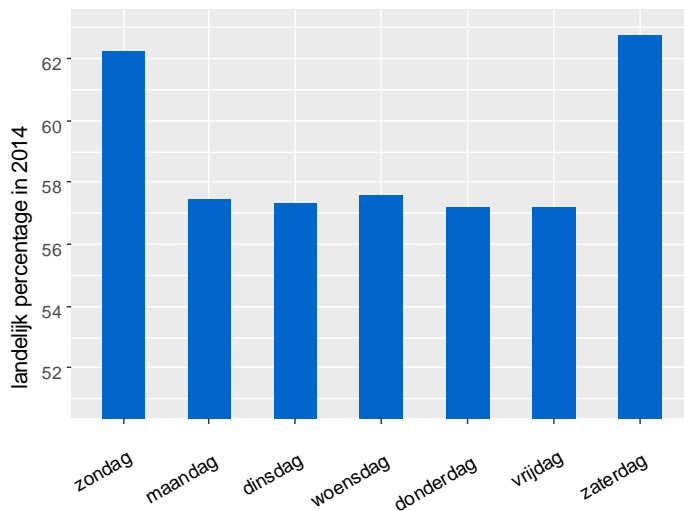
Daar staat tegenover dat er door de week gemiddeld per uur 60% meer patiënten naar de seh toe komen dan in het weekend.

Ondanks het verschil in dynamiek zijn beide situatie daarom relevant in het kader van substitutie van lichte spoedzorg.

3.4 Percentage seh-behandelingen met radiologie

Soms belanden patiënten op de seh omdat er geen diagnostische faciliteiten voor de hap beschikbaar zijn. In tegenstelling tot de huisarts, die tijdens kantooruren wel radiologie kan aanvragen, kan de hap dit tijdens de anw-uren vaak niet, omdat er dan geen radioloog beschikbaar is voor de beoordeling. Met de declaratiedata in DIS kunnen we dit zien door weekdagen te onderscheiden. Figuur 4 toont het percentage behandelingen op de seh met radiologie bij patiënten die op dezelfde dag ook op de hap of bij de huisarts zijn geweest. Er is duidelijk sprake van een hoger percentage in het weekend.

Figuur 4. Percentage radiologie per dag bij seh-patiënten die dezelfde dag bij de huisarts zijn geweest



Bron: DIS (2014)

Bovenstaande grafiek toont het landelijke beeld, op basis van alle ziekenhuizen. In hoofdstuk 4 leggen we de verschillen per ziekenhuis naast de mogelijkheden die hap's hebben om eerstelijnsdiagnostiek aan te vragen.

3.5 Conclusies

Er zijn verschillende indicatoren om substitutie tussen hap en seh in beeld te brengen. Met de indicator 'lichte behandelingen bij patiënten op de seh' komen aanzienlijke verschillen tussen ziekenhuizen aan het licht.

In de Randstad komen op de seh verhoudingsgewijs meer patiënten met een lichte behandeling dan daarbuiten. Dit komt niet door een verschil in lichte zorgvraag van patiënten. In elke regio in Nederland is het percentage patiënten dat voldoende heeft aan een lichte behandeling op de seh en de hap samen ongeveer even groot.

Landelijk zien we dat het aantal lichte behandelingen op de seh sinds 2012 afneemt. Dit kan duiden op toenemende substitutie van deze zorg naar de huisartsenposten.

Zelfverwijzers hebben vaak een lichte behandeling nodig. Door het aantal zelfverwijzers op de seh te verminderen komen er relatief minder lichte behandelingen op de seh voor. Dat ontlast de seh en zo ontstaat er meer ruimte voor de zwaardere behandelingen.

In het weekend krijgen meer patiënten die zich bij de seh melden radiologisch onderzoek. Dit heeft te maken met beperkte mogelijkheden van de hap om zelf deze diagnostiek aan te vragen. Dit onderzoeken we verder in Hoofdstuk 4.

4. Samenwerking seh/hap en substitutie lichte zorg

In dit hoofdstuk beschrijven we of er een verband is tussen de manier waarop de seh en de hap samenwerken en de mate van substitutie van licht spoedeisende zorg. Hierbij gaan we uit van het jaar 2014, waarvan we gegevens over de seh-productie en de samenwerkingsvorm tussen de seh en de hap hebben. We denken dat er bij intensievere samenwerking meer substitutie is van lichte spoedzorg van de seh naar de hap.

De samenwerking tussen de spoedeisende hulp en de huisartsenpost kan op verschillende manieren vorm krijgen, bijvoorbeeld door:

- de hap op een ziekenhuislocatie te vestigen;
- de hap alle anw-openingsuren open te houden;
- goede afspraken te maken over de triage van zelfverwijzers;
- eerstelijnsdiagnostiek van het ziekenhuis in de anw-uren beschikbaar te stellen voor de hap.

We verwachten dat de eerste drie vormen van samenwerken zorgen voor minder zelfverwijzers op de seh. Toegankelijke eerstelijnsdiagnostiek geldt voor doorverwezen patiënten en voorkomt 'onnodig' doorverwijzen van patiënten van de hap naar de seh als eerstelijns diagnostisch onderzoek nodig is. In dit hoofdstuk onderzoeken we in hoeverre de vormen van samenwerking samenhangen met substitutie van zorg tussen seh en hap.

4.1 Zorgt samenwerking tussen seh en hap voor minder zelfverwijzers?

Eerst toetsen we of seh's met een intensieve samenwerkingsvorm met de hap minder lichte patiënten zien. In deze analyse onderscheiden we de vier meest voorkomende samenwerkingsvormen die belangrijk zijn om het aantal zelfverwijzers op de seh terug te dringen. In oplopende graad van samenwerking zijn dit:

- **Samenwerkingsvorm 1:** er is geen hap aanwezig op het ziekenhuisterrein of in het ziekenhuisgebouw (geen colocatie).
- **Samenwerkingsvorm 2:** colocatie, maar de hap werkt geen volledige ANW-uren.
- **Samenwerkingsvorm 3:** colocatie, en de hap werkt volledige ANW-uren, maar de triage is niet via de hap of een gezamenlijk loket.
- **Samenwerkingsvorm 4:** colocatie, hap werkt volledige ANW-uren, en de triage is via de hap of een gezamenlijk loket.

Tabel 10 geeft een overzicht van de verdeling van de 24-uurs seh's op basis van deze samenwerkingsvormen in 2014.

Tabel 10. Samenwerkingsvormen tussen seh en hap

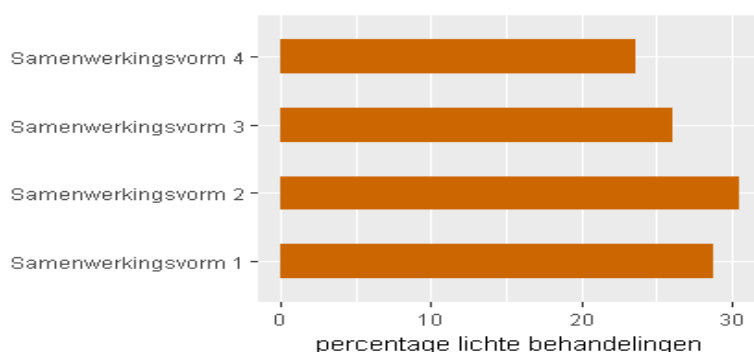
Type samenwerking tussen seh en hap	Aantal seh's
Samenwerkingsvorm 1	21 (23%)
Samenwerkingsvorm 2	7 (8%)
Samenwerkingsvorm 3	24 (27%)
Samenwerkingsvorm 4	38 (42%)
Totaal	90 (100%)

Bron: RIVM (2015).

Opvallend in Tabel 10 is dat een hap op een seh-locatie bijna altijd volledige openingsuren werkt en dat een groot aantal seh's de meest intensieve samenwerkingsvorm heeft. Bij deze laatste samenwerkingsvorm verwachten we dan ook de meeste substitutie van de lichte spoedzorg aan te treffen.

In Figuur 5 staat per samenwerkingsvorm welk percentage patiënten op de seh een lichte behandeling krijgt. Bij de meest intensieve samenwerking zien we het laagste percentage lichte zorg op de seh. Over het geheel genomen zien we dat intensievere samenwerking leidt tot een lager percentage lichte patiënten op de seh. Alleen samenwerkingsvorm 2 wijkt af van de trend. Als er wel een colocatie met de hap is, maar de hap niet alle anw-uren geopend is (samenwerkingsvorm 2), komt er procentueel meer lichtere zorg op de seh voor dan wanneer er helemaal geen hap op het terrein is (samenwerkingsvorm 1). Dit zou kunnen komen doordat mensen zelf kiezen voor de seh als ze toch al op het terrein zijn. Maar ook andere omstandigheden kunnen hierbij een rol spelen. We merken op dat samenwerkingsvorm 2 bij minder dan 10% van de seh's voorkomt. Aan het eind van deze paragraaf komen we hierop terug.

Figuur 5. Percentage lichte behandelingen per type samenwerking in 2014



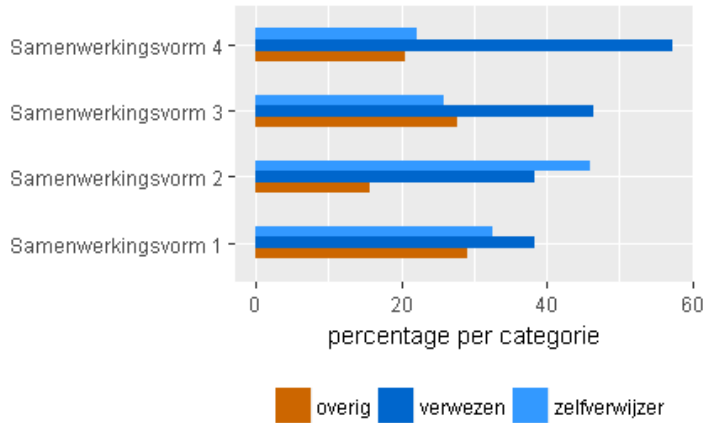
Bron: DIS (2014), RIVM (2015)

In Figuur 6 staat het percentage zelfverwijzers, verwezen en overige patiënten op de seh bij de verschillende samenwerkingsvormen.

Over het geheel genomen zien we dat intensievere samenwerking leidt tot een lager percentage zelfverwijzers op de seh. Als de seh en de hap een locatie delen (samenwerkingsvorm 2, 3 en 4), dan is het percentage zelfverwijzers bijna 20% lager wanneer de hap ook in de avond- en weekenduren volledig open is (samenwerkingsvorm 3 en 4). Dit percentage wordt nog iets lager als daarnaast

ook de triage van patiënten via de hap of via een gezamenlijk loket loopt (samenwerkingsvorm 4). Bij samenwerkingsvorm 2 is al met al minder substitutie te zien dan bij samenwerkingsvorm 1.

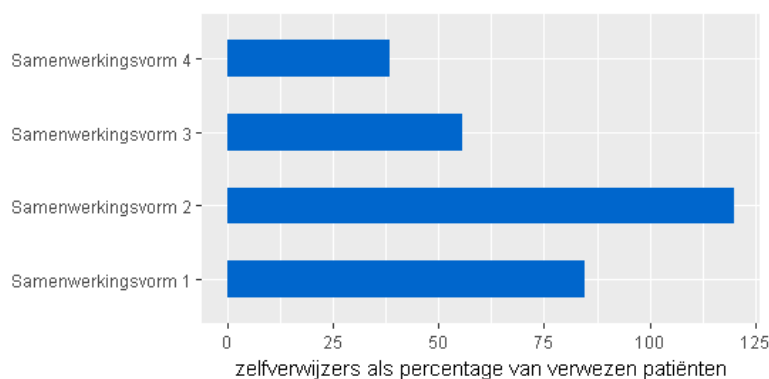
Figuur 6. Percentages zelfverwijzers, verwezen en overige patiënten per samenwerkingsvorm seh/hap in 2014



Bron: DIS (2014), RIVM (2015)

De restcategorie ('overig') is in Figuur 6 meegenomen om de omvang van de groep zelfverwijzers en verwezen patiënten in verhouding tot het totale aantal patiënten te kunnen zien. In Figuur 7 laten we daarnaast het aantal zelfverwijzers op de seh in verhouding tot verwezen patiënten zien. Het valt op dat dit percentage bij samenwerkingsvorm 2 rond de 120% is, terwijl dit bij samenwerkingsvorm 4 onder de 50% is.

Figuur 7. Zelfverwijzers in verhouding tot verwezen patiënten op de seh, per samenwerkingsvorm seh/hap in 2014



Bron: DIS (2014), RIVM (2015)

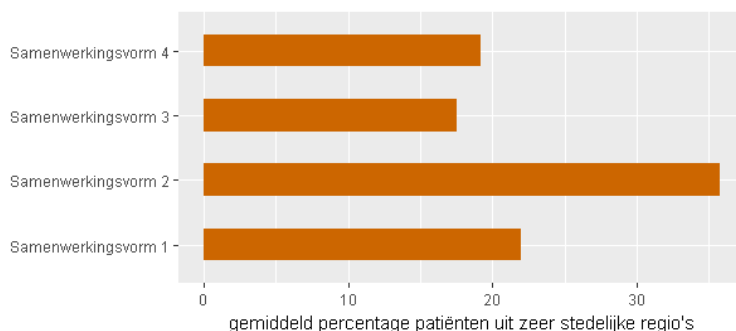
Opvallend blijft dat een seh met samenwerkingsvorm 1 (geen colocatie) gemiddeld minder lichte patiënten en zelfverwijzers ziet dan een seh met samenwerkingsvorm 2. Dit kan meerdere oorzaken hebben. Aan de ene kant laat dit zien dat colocatie op zichzelf nog geen reden is om meer substitutie te verwachten. Bijvoorbeeld als de hap gedeeltelijk tijdens de anw-uren gesloten is, is er ook minder substitutie mogelijk. Aan de andere kant wordt de mate van substitutie ook door andere omstandigheden beïnvloed, zoals verschillen in de stedelijkheid van de omgeving, de zichtbaarheid van de hap-locatie en de voorkeur van de burger.

Om met omgevingsverschillen rekening te houden, hebben we een regressieanalyse uitgevoerd van de relatie tussen samenwerkingsvorm en het percentage lichte behandelingen op de seh. Hierin corrigeren we zoveel mogelijk voor de verschillen die substitutie kunnen beïnvloeden, zoals de stedelijkheid van de omgeving en regionale verschillen (zie schattingsresultaten in 'Bronnen en Methoden'). Ook na de correctie zien we de meeste substitutie bij samenwerkingsvorm 4. Gecorrigeerd voor omgevingsverschillen ligt het percentage van lichte patiënten bij samenwerkingsvorm 4 gemiddeld 4 procentpunten lager dan bij samenwerkingsvorm 1.

Daarnaast schatten we dat het percentage lichte patiënten hoger ligt bij seh's in grootstedelijke gebieden. Bij dezelfde samenwerkingsvorm behandelt een seh in een zeer stedelijke regio veel meer lichte patiënten dan een seh op het platteland. Ter illustratie: als we twee seh's met dezelfde samenwerkingsvorm met elkaar vergelijken, waarbij de één op het platteland gevestigd is en de tweede in een grootstedelijk dichtbevolkt gebied, dan is er gemiddeld meer dan 20 procentpunten verschil in het percentage uitgevoerde lichte behandelingen. Dit effect komt vooral door meer zelfverwijzers in stedelijke gebieden, zie Figuur 6. We vermoeden dat het versterkt wordt door de zelfverwijzers die overdag naar de seh toekomen, wanneer de hap gesloten is.

Figuur 9 laat bovendien zien dat seh's in grootstedelijke gebieden gemiddeld minder intensief met de hap samenwerken. Bij een groot deel van de seh's in deze gebieden komen samenwerkingsvorm 2 en 1 het meest voor.

Figuur 8. Gemiddelde percentage van stedelijke gebieden per samenwerkingsvorm seh/hap in 2014



Bron: DIS (2014), RIVM (2015)

4.2 Zijn er aanwijzingen van substitutie van seh naar hap via eerstelijnsdiagnostiek?

Als een hap toegang tot eerstelijnsdiagnostiek heeft, hoeven minder lichte patiënten naar de seh te worden doorverwezen. Door eerstelijnsdiagnostiek in de anw-uren toegankelijk te maken, kunnen ziekenhuizen zorgen voor meer substitutie onder patiënten die de huisarts naar de seh verwees.

Als de hap eerstelijnsdiagnostiek in de anw-uren kan aanvragen, kunnen patiënten zonder fractuur – net als binnen kantoor tijden – door de huisarts worden behandeld. Dit zorgt voor minder laagcomplexe zorg op de seh, waardoor er meer tijd is voor complexe problematiek. (Medisch contact, 2016)

In deze paragraaf kijken we specifiek naar beeldvormende diagnostiek (radiologie). Om eerstelijns beeldvormende diagnostiek te kunnen aanbieden, moet een ziekenhuis tegelijkertijd een radiologische faciliteit en een beoordelingsfaciliteit voor een radioloog hebben. Ziekenhuizen waar beide faciliteiten in de anw-uren aanwezig zijn (dat wil zeggen, binnen vijf minuten

beschikbaar), kunnen eerstelijns beeldvormende diagnostiek gemakkelijker aanbieden dan ziekenhuizen zonder een van deze faciliteiten in de anw-uren.

Op de meeste 24-uurs seh's in Nederland zijn radiologiefaciliteiten altijd aanwezig, maar dit verschilt per ziekenhuis. Omdat directe gegevens over de afspraken tussen seh's en hap's over radiologie niet beschikbaar zijn, concentreren we ons op verschillen in de aanwezigheid van de beoordelingsfaciliteit in de anw-uren in het ziekenhuis. We verwachten namelijk meer substitutie op dit vlak bij ziekenhuizen waar een beoordelingsfaciliteit van een radioloog in de anw-uren aanwezig is, dan bij ziekenhuizen waarbij de faciliteit alleen in de kantooruren aanwezig is.

We onderscheiden daarom drie situaties voor beeldvormende diagnostiek:

- Zowel de radiologie- als de beoordelingsfaciliteit is in de anw-uren en in de kantoor tijden aanwezig in het ziekenhuis.
- De radiologiefaciliteit is aanwezig in de anw-uren en tijdens kantoor tijden, maar een beoordelingsfaciliteit is alleen tijdens kantooruren aanwezig in het ziekenhuis.
- Overige seh-locaties zonder deze kenmerken (er zijn mogelijk wel radiologiefaciliteiten, maar de beoordelingsfaciliteit is niet beschikbaar binnen vijf minuten voor patiënten).

De analyse concentreert zich op de eerste twee situaties, die verschillen in de aanwezigheid van de beoordelingsfaciliteit in de ANW-uren. Tabel 10 geeft een overzicht van de verdeling van de 24-uurs seh's per situatie en legt de relatie met de samenwerkingsvorm tussen de seh en hap.

Tabel 11. Type samenwerking en de beschikbaarheid van beeldvormende diagnostiek in het ziekenhuis in 2014

Type samenwerking tussen seh en hap	Aantal seh's	Radiologiefaciliteit is aanwezig in alle uren		Overig
		Beoordelingsfaciliteit ANW- en kantooruren	Beoordelingsfaciliteit alleen kantooruren	
Samenwerkingsvorm 1	21	7	13	1
Samenwerkingsvorm 2	7	3	3	1
Samenwerkingsvorm 3	24	2	18	4
Samenwerkingsvorm 4	38	6	23	9
Totaal	90	18	57	15

Bron: RIVM (2015).

Tijdens kantooruren is de radioloog meestal aanwezig in het ziekenhuis om de beoordeling te doen, maar in de anw-uren komt dit minder vaak voor. We verwachten dat er meer sprake is van substitutie van verwezen patiënten door de beschikbaarheid van eerstelijns diagnostiek dan bij seh's waar geen beoordeling van een radioloog in de anw-uren beschikbaar is. Het valt in de tabel echter op dat juist bij deze groep seh's meer dan de helft nog weinig samenwerkt met de hap (10 van de 18 seh's hebben samenwerkingsvormen 1 of 2).

Aan het aantal declaraties van ziekenhuizen zien we daarnaast dat beoordelingsfaciliteiten bij grote ziekenhuizen vaker aanwezig zijn tijdens anw-uren dan bij kleinere ziekenhuizen.

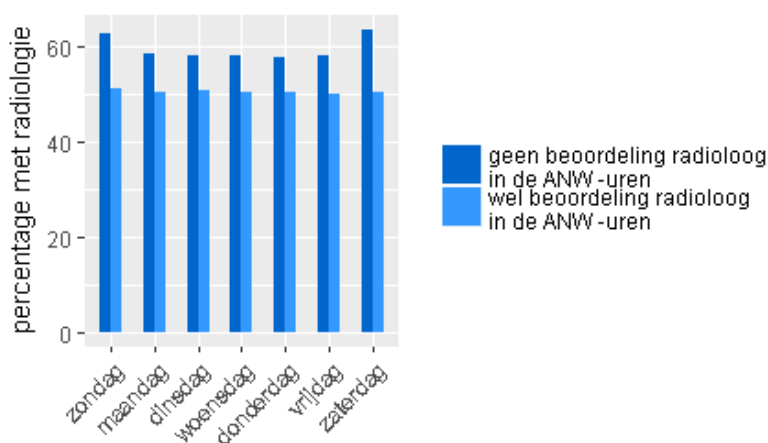
Om substitutie te meten gebruiken we de indicator op het gebied van beeldvormende diagnostiek die we in hoofdstuk 3 beschreven. De indicator meet het percentage radiologisch onderzochte patiënten in de groep verwezen patiënten op de seh. Een 'verwezen patiënt' is een seh-patiënt die op dezelfde dag

ook een huisarts of hap bezocht. Hierbij nemen we aan dat de patiënt eerst bij de huisarts is geweest en daarna bij de seh.

We verwachten dat deze indicator op alle weekdays gelijke waarden heeft bij ziekenhuizen waar de hap door de week en in het weekend radiologie aan kan vragen. Bovendien verwachten we vanwege substitutie dat deze indicator bij deze ziekenhuizen gemiddeld lager is dan bij ziekenhuizen waar radiologie alleen tijdens de kantooruren aan te vragen is.

Figuur 9 toont het gemiddelde percentage verwezen patiënten op de seh die een behandeling met beeldvormende diagnostiek kregen. Er is (afhankelijk van de weekday) inderdaad 8 tot 10% minder radiologisch onderzoek bij de groep ziekenhuizen waar de beoordelingsfaciliteit in de anw-uren aanwezig is. Bij deze groep zien we bovendien een stabiel patroon over alle weekdays. Bij de tweede groep is er wel een duidelijk verschil te zien tussen weekenden en door de week, met in het weekend juist meer verwezen patiënten die beeldvormende diagnostiek nodig hebben.

Figuur 9. Percentage seh-behandelingen met radiologie in de patiëntengroep met een huisartsbezoek op dezelfde dag in 2014



Bron: DIS (2014), Vektis (2014), RIVM (2015)

Een vergelijkbaar resultaat lezen we terug in een artikel uit het Medisch Contact, waarin onderzoekers stellen dat de beschikbaarheid van eerstelijnsdiagnostiek op de hap tijdens anw-uren zorgt voor minder laagcomplexiteit op de seh, waardoor er meer tijd is voor complexe problematiek (Medisch contact, 2016). Ook enkele geïnterviewden zagen de beschikbaarheid van diagnostiek (radiologie) binnen de huisartsenpost als mogelijkheid om de patiëntenstroom naar de tweede lijn in te dammen. Anderen vonden het beter om goede afspraken te maken tussen eerste en tweede lijn over de wijze waarop diagnostiek (radiologie en laboratorium) beschikbaar is en wordt ingezet. Omdat de lokale omstandigheden verschillen, kunnen de optimale oplossingen per regio verschillen.

4.3 Conclusies

Dit hoofdstuk laat zien dat de openingsuren van de hap en goede afspraken over de triage van zelfverwijzers belangrijk zijn om het aantal lichte patiënten en zelfverwijzers op de seh te verminderen. Bij seh's met volledige anw-openingsuren en goede afspraken over de triage van zelfverwijzers ligt het percentage lichte patiënten gemiddeld ongeveer vier procentpunten lager dan bij

(vergelijkbare) seh's zonder deze kenmerken, als we corrigeren voor omgevingsverschillen die de substitutie van lichte spoedzorg kunnen beïnvloeden.

Daarnaast laat dit hoofdstuk zien dat percentages zelfverwijzers en lichte patiënten hoger liggen bij seh's in grootstedelijke regio's. Bovendien komen in deze regio's de minder intensieve samenwerkingsvormen vaker voor. Er zijn daarom meer onbenutte substitutiemogelijkheden in deze regio's dan in andere regio's van Nederland. Hierdoor zijn er meer zelfverwijzers op de seh's, zowel binnen als buiten anw-uren.

Als de hap eerstelijnsdiagnostiek in de anw-uren kan aanvragen, helpt dit de drukte op de seh te verminderen. In dit hoofdstuk hebben we specifiek gekeken naar de beschikbaarheid van beeldvormende diagnostiek in de anw-uren in het ziekenhuis. Bij de groep ziekenhuizen waarin deze faciliteiten tijdens de anw-uren aanwezig zijn, zien we minder verwezen seh-patiënten die radiologisch onderzoek nodig hebben. Dit wijst erop dat deze groep ziekenhuizen meer lichte spoedzorg substitueert, waarbij eerstelijns diagnostisch onderzoek nodig is. Tegelijkertijd werken meerdere van deze ziekenhuizen nog weinig met de hap samen op het gebied van zelfverwijzers.

5. Substitutiepotentieel lichte seh-behandelingen

In deze paragraaf onderzoeken we hoeveel lichte behandelingen huisartsenposten zouden kunnen overnemen van seh's. Dit noemen we het substitutiepotentieel. We willen hiermee niet zeggen dat patiënten onterecht op de seh terecht zijn gekomen. Het kan namelijk zo zijn dat er niets aan de hand blijkt is bij een verwijzing om iets uit te sluiten. Wel vergelijken we ziekenhuizen met lagere percentages lichte patiënten met ziekenhuizen die veel hoger zitten. Uit de voorgaande analyses blijkt dat er 24 ziekenhuizen zijn waar relatief weinig patiënten (gemiddeld 16,5%) met een eenvoudige spoedvraag behandeld worden op de seh.

5.1 Gemiddeld percentage lichte behandelingen per groep seh's

Om de ziekenhuizen te kunnen vergelijken, hebben we ze ingedeeld in 3 groepen. Dit doen we met het percentage lichte seh-behandelingen in verhouding tot het totaal aantal seh-behandelingen. Hiermee sluiten we aan bij de indeling in hoofdstuk 3.1:

- **Laag (groep 1):** Seh's met een *laag* percentage lichte behandelingen. In deze groep zitten 24 ziekenhuizen waar op de seh minder dan 20,8% van de patiënten wordt behandeld voor een lichte spoedvraag. Het gemiddelde is hier 16,5%.
- **Midden (groep 2 en 3):** Seh's met een *gemiddeld* percentage lichte behandelingen. Deze groep bevat 43 ziekenhuizen waar gemiddeld 25,1 % van de behandelingen op de seh licht is. De percentages schommelen tussen de 21,8% en 29,7%.
- **Hoog (groep 4):** Seh's met een *hoog* percentage lichte behandelingen. In deze groep zitten 23 ziekenhuizen met meer dan 29,7% lichte behandelingen op de seh. Het gemiddelde is hier 37%. In deze groep zitten veel ziekenhuizen die in de categorie grootstedelijk vallen (zie de eerdere bevindingen hierover in hoofdstuk 3 en 4).

5.2 Substitutiepotentieel

We vergelijken alle ziekenhuizen met het gemiddelde percentage lichte seh-behandelingen van ziekenhuizen in groep 1 (16,5%). Het verschil tussen het gemiddelde in groep 1 (16,5%) en het eigen percentage van het ziekenhuis is het substitutiepotentieel van dat ziekenhuis. Voor alle ziekenhuizen hebben we dat berekend.

In de cijfers is te zien dat er op de seh's in Nederland jaarlijks ongeveer 180.000 lichte behandelingen (dbc's) meer worden uitgevoerd dan in de groep ziekenhuizen die een laag aantal van deze lichte behandelingen uitvoert op de seh. We noemen dit het substitutiepotentieel, omdat deze behandelingen in potentie in de eerste lijn (door de huisarts of de huisartsenposten) kunnen worden uitgevoerd. Voor meer informatie over de cijfers zie de bijlage Bronnen en Methoden.

Het substitutiepotentieel van 180.000 behandelingen komt neer op 11,2% procent van het totaal aantal behandelingen (dbc's) op de seh. Per ziekenhuis varieert het substitutiepotentieel tussen de 0 en 11.500 seh-behandelingen. Dit is afhankelijk van het percentage lichte patiënten in dat ziekenhuis en de omvang van het aanbod op de seh.

5.3 Conclusies

We zien een grote spreiding in het percentage lichte behandelingen op de seh met percentages tussen de 10 en 50%. Het percentage lichte behandelingen op de seh is onder andere hoger in de stedelijke gebieden van Nederland.

Er zijn 24 seh's waar relatief weinig lichte behandelingen worden uitgevoerd (gemiddeld 16,5%). Als het andere ziekenhuizen zou lukken om datzelfde percentage lichte behandelingen op de seh uit te voeren, dan zouden er in Nederland in totaal jaarlijks ongeveer 180.000 behandelingen minder worden gedaan op de seh's. Dit komt landelijk overeen met ongeveer 11% van het totaal aantal behandelingen op de seh waarmee we de indicator van lichte behandelingen meten.

De lokale situatie varieert van 0 tot 11.500 behandelingen per seh die huisartsen en hap's mogelijk zouden kunnen uitvoeren.

6. Andere ontwikkelingen in de acute zorg

In de acute zorg zijn ook andere ontwikkelingen relevant die de drukte op de seh kunnen beïnvloeden, waaronder de toename van het aantal ouderen dat naar de seh gaat en het aantal zware behandelingen. In dit hoofdstuk bekijken we wat dat betekent voor de substitutie van zorg naar de huisartsenposten.

6.1 Meer ouderen op de seh

Volgens de geïnterviewden hebben de seh's te maken met meer bezoeken van ouderen, waardoor de druk toeneemt.

Tabel 12 en Tabel 13 laten zien dat het percentage ouderen op de seh de laatste jaren sterk toeneemt. Dit percentage stijgt terwijl het totale aantal behandelingen op de seh in deze periode licht daalt.

We merken op dat het effect van de procentuele stijging van de patiëntengroep 65-plus bij lichte behandelingen voor een groot deel teniet wordt gedaan door de algehele daling van het percentage lichte behandelingen op de seh.

Tabel 12. Percentage ouderen in de patiëntengroep met lichte behandeling op de seh, 2012-2015

Jaar	65-plus	65-74	75-84	85 plus
2012	16,3 %	7,0%	6,0%	3,3 %
2013	18,1 %	7,6 %	6,6 %	3,9 %
2014	18,4 %	7,8 %	6,7 %	3,8 %
2015	20,4 %	8,5 %	7,5 %	4,4 %

Bron: DIS (2015)

Tabel 13. Percentage ouderen in de patiëntengroep met zware behandeling op de seh, 2012-2015

Jaar	65-plus	65-74	75-84	85 plus
2012	31,5 %	12,3 %	12,2 %	7,0%
2013	34,0%	13,2 %	13,2 %	7,6 %
2014	35,1 %	13,7 %	13,5 %	8,0%
2015	37,8 %	14,6 %	14,5 %	8,7 %

Bron: DIS (2015)

De cijfers laten zien dat het percentage ouderen in de patiëntengroep met een zware zorgvraag bijna twee keer hoger is dan het percentage in de patiëntengroep met een lichte zorgvraag. In relatieve termen komen ouderen steeds minder vaak met lichte zorgvragen naar de seh dan met zware, terwijl het aantal ouderen op de seh stijgt. Dat betekent dat substitutie van zorg tussen eerste en tweede lijn slechts gedeeltelijk gevolgen heeft voor het percentage oudere patiënten op de seh.

Uit de interviews hebben we teruggekregen dat de zorgvraag van ouderen op de seh vaker dan gemiddeld uit meerdere klachten en aandoeningen (co- en multimorbiditeit) bestaat. Met de vergrijzing neemt de omvang van de groep ouderen landelijk sterk toe, en hiermee ook het percentage ouderen. Het is dan ook belangrijk om de lichtere zorg zo veel mogelijk naar de eerstelijns te

substitueren, om de seh te ontlasten. Zo komt er meer ruimte op de seh voor zwaardere behandelingen.

6.2 Zwaardere behandelingen op de seh

Bij substitutie van de lichte spoedvraag neemt het aandeel lichte behandelingen af op de seh. Het aandeel zwaardere behandelingen neemt dan automatisch toe.

Naast de toename van het aandeel zware behandelingen is er ook een verschuiving binnen de groep patiënten met zware zorgvragen op de seh. Tabel 14 laat zien dat het percentage klinische behandelingen binnen de groep 'zware behandelingen' op de seh stijgt tussen 2012 en 2015. Ook het percentage klinische patiënten met operaties is toegenomen, terwijl het percentage poliklinische patiënten met operaties is afgenomen. Ook deze ontwikkeling verhoogt de gemiddelde zorgzwaarte van seh-patiënten. Dit beeld blijkt ook uit de interviews.

Tabel 14. Soort behandeling bij patiënten met zware zorgvraag op de seh, 2012-2015

Jaar	klinisch	Klinisch en operatie	poliklinisch en operatie
2012	35,3 %	7,1 %	12,1 %
2013	37,2 %	7,5 %	10,5 %
2014	38,4 %	7,6 %	8,4 %
2015	40,3 %	7,9 %	6,8 %

Bron: DIS (2015)

6.3 Conclusies

Op de seh zien we de volgende ontwikkelingen:

- het aantal seh-behandelingen daalt tussen 2012 en 2015;
- er komen steeds meer ouderen met een zwaardere zorgvraag naar de seh;
- er zijn steeds meer patiënten met een opname na de seh.

Door beter samen te werken met de hap zou het percentage lichte behandelingen op de seh verder kunnen verminderen. Zo ontstaat er meer ruimte voor zwaardere behandelingen en kan de seh de capaciteit die voor zware zorg nodig is optimaal gebruiken.

7. Interviews met zorgaanbieders acute zorg

In de periode van november 2016 tot februari 2017 spraken we met acht aanbieders van spoedeisende hulp en stelden hen verdiepende vragen. We bevroegen zowel de huisartsenposten als de regionale spoedeisende hulp met een vragenlijst (zie bijlagen). De interviews moesten toetsen of het gesignaleerde landelijke beeld voor de zorgaanbieders herkenbaar en verklaarbaar is. Hierbij zijn ook de data die we in deze monitor gebruikten voor de specifieke locatie ter controle voorgelegd. We selecteerden aanbieders met een hoog (2), een gemiddeld (4) en een laag percentage (2) lichte patiënten op de seh.

In voorgaande hoofdstukken is op specifieke onderwerpen verwezen naar de resultaten van deze interviews. In dit hoofdstuk komen de overige bespreekpunten aan de orde.

7.1 Hoofdpijnen

Alle partijen zeggen dat ze de gepresenteerde data voor de specifieke locatie grotendeels herkennen. Gedetailleerde controle is niet eenvoudig, omdat de NZa-definitie van 'lichte patiënt' voor aanbieders van spoedeisende hulp niet eenvoudig uit de eigen administratie te halen is. De partijen kunnen zich vinden in de definitie voor 'lichte patiënt' en in het beeld dat we over 2012, 2013 en 2014 presenteerden voor de specifieke locatie. Omdat we in dit onderzoek uitgaan van afgesloten DIS-data, geven we een wat verouderd beeld weer. In enkele gevallen zijn locaties sinds 2014 verder gekomen op het gebied van samenwerking dan de data kunnen weergeven. Inmiddels is er ook een verdere ombuiging van lichte patiënten naar de eerste lijn zichtbaar. De partijen zeggen ook dat de definitie van 'lichte patiënt' nog scherper zou kunnen door er urgentiecodes bij te betrekken. Aanbieders van spoedeisende hulp gebruiken en registreren die om de mate van spoedeisendheid weer te geven. Ze zijn echter nog niet landelijk te koppelen aan declaratiedata.

Meer ouderen en meer mondige patiënten

Vrijwel alle geïnterviewde locaties geven aan dat de belasting van de hap en de seh toeneemt. Ze zien een toename in bezoeken en de hieruit volgende opnames van met name kwetsbare ouderen met complexere zorgvragen. Ook merken ze op dat een patiënt die zichzelf vooraf via internet heeft geïnformeerd, zich moeilijker gerust laat stellen. Hij neemt minder snel genoegen met een terugverwijzing naar zijn huisarts. De patiënt wil meteen een oplossing. Hij heeft geen zin om te wachten en de volgende dag of na een paar dagen terug te komen voor diagnostiek of behandeling. Dit kan leiden tot onnodige behandeling op de spoedpost.

Samenwerkingsafspraken helpen, maar er zijn meer factoren

Alle ondervraagde partijen geven aan dat goede samenwerkingsafspraken tussen hap, seh en triage op één locatie onnodige behandeling van lichte patiënten in de tweede lijn voorkomen. Locaties zonder gezamenlijk triagepunt willen hier wel in de nabije toekomst voor zorgen. Het merendeel van de geïnterviewden zou willen dat de eerste lijn de eerste triage doet. Enkel zelden echter dat triage onder verantwoordelijkheid van de tweede lijn effectiever zou zijn.

Een vaak terugkerend punt was de constatering dat niet alle hier als 'licht' gedefinieerde patiënten ten onrechte op de seh worden behandeld. Het is niet realistisch om te stellen dat het percentage lichte patiënten op de seh 0% zou kunnen zijn bij een ideale vorm van samenwerking tussen tweede en eerste lijn.

7.2 Mogelijkheden om samenwerking te verbeteren

Een opvallend beeld dat in de interviews naar voren komt, is dat in de regio's waar de hap en seh goed samenwerken, deze partijen samenwerken omdat zorgaanbieders uit de eerste en de tweede lijn hierom vroegen.

Zorgverzekeraars hebben de partijen hierin ondersteund, maar hebben de samenwerking niet zozeer afgedwongen, wat een positieve uitwerking heeft. Zorgaanbieders zeggen in de interviews dat onderling vertrouwen tussen zorgaanbieders uit meerdere disciplines (huisartsen, medisch specialisten, verplegend personeel) essentieel is voor goede samenwerkingsafspraken en efficiënte zorgverlening. Dit vertrouwen is noodzakelijk voor de gewenste beweging dat seh's op onderdelen laagcomplexen taken over willen laten aan de eerste lijn.

Daar waar het onderlinge vertrouwen nog niet optimaal is, verloopt de samenwerking moeizamer. Daardoor komt de patiënt niet altijd bij het juiste loket terecht.

Vrijwel alle geïnterviewden vertellen dat de druk op de spoedketen toeneemt. Dit betekent dat er sowieso meer patiënten naar de hap komen, los van substitutie. De beschikbare capaciteit op de hap kan daarbij verdere substitutie van lichte patiënten naar de eerste lijn belemmeren. Een grotere capaciteit zou substitutie vergemakkelijken, maar een gebrek aan geschikt personeel kan hier volgens enkele geïnterviewden regionaal een knelpunt vormen.

Samenwerkende partijen met uitgebreide samenwerkingsafspraken geven aan geïnteresseerd te zijn in een integraal tarief voor spoedzorg. Dit kan substitutie bevorderen, omdat het tegengestelde (financiële) belangen en prikkels voor deelnemers binnen de spoedketen wegneemt.

Suggesties van individuele zorgaanbieders

In de interviews zijn ook voorstellen naar voren gekomen die niet per se breed gedragen zijn, maar die wel interessant zijn om hier als verbeterpunten te vermelden:

- Verruiming van de openingstijden van de huisartsenpost zou een mogelijkheid kunnen zijn om de stroom lichte patiënten meer in de eerste lijn op te vangen. Maar dit zou forse gevolgen hebben voor de organisatie en voor de kosten van de huisartsenpost. Ook is het de vraag of er genoeg geschikt personeel beschikbaar is.
- In één van de interviews werd geopperd dat winst te behalen valt in het beter informeren van de huisartsen in de regio. Huisartsen kunnen beter worden voorgelicht over de mogelijkheden van plaatsing van patiënten die niet thuis kunnen verblijven, maar voor wie tweedelijns verwijzing te zwaar is. Denk hierbij aan de beschikbaarheid van eerstelijns verblijf. De geïnterviewde geeft aan dat de specifieke hap/seh veel tijd aan het vinden/organiseren van verblijfmogelijkheden voor niet-direct spoedeisende patiënten, terwijl dit niet in de spoedketen zou hoeven plaatsvinden.
- Dezelfde partij zei dat ook winst te behalen valt door de terugkoppeling van de hap/seh aan de eigen huisarts beter te organiseren. Vervolgens moet de huisarts de begeleiding van zijn patiënt regelen. Nu komen er vaak patiënten uit ongerustheid op de spoedpost terug na een spoedopname. Betere begeleiding na een spoedopname door de eigen huisarts en betere voorlichting van de seh/hap aan de eigen huisarts zouden deze ongerustheid gedeeltelijk kunnen wegnemen, vermoedt zij. Deze partij is daarom net gestart met meekijkconsulten, waarbij de huisarts de spoedpost kan raadplegen. De resultaten hiervan zijn nog niet geëvalueerd.
- Enkele geïnterviewden met een hoge mate van samenwerking zien mogelijkheden om de spoedketen verder te professionaliseren. Implementatie

- van een centraal patiëntendossier en meer betrokkenheid van de apotheek in de spoedketen zouden hieraan bijdragen. Verder zou een casemanager voor complexe patiënten nuttig kunnen zijn.
- Enkele geïnterviewden vertelden dat het zou helpen als er een landelijke, gestandaardiseerde urgentieregistratie van patiënten voor de hele spoedketen zou komen. Dan wordt de verdeling van patiënten over de voorzieningen in de acute spoedzorgketen veel duidelijker. Ook is dan zichtbaar waar die verdeling werkt en misgaat. Bovendien geeft het de verzekeraar handvatten om het succes van substitutie te toetsen.
 - Enkele geïnterviewden zagen meerwaarde in de inzet van een specialist ouderenzorg in de acute zorgketen, met het oog op de toenemende stroom ouderen met een complexe zorgvraag.
 - Enkele geïnterviewden zagen de beschikbaarheid van diagnostiek (radiologie) binnen de huisartsenpost als mogelijkheid om de patiëntenstroom naar de tweede lijn in te dammen. Anderen vinden het beter om goede afspraken te maken met eerste en tweede lijn over de wijze waarop diagnostiek (radiologie en laboratorium) beschikbaar is en wordt ingezet. Een argument tegen het beschikbaar maken van radiologie tijdens ANW-uren binnen de eerste lijn is dat dit tot overmatig gebruik kan leiden, wat de kosten opdrijft. Bovendien kunnen er hoge kosten gemoeid zijn met het beschikbaar stellen van eerstelijns beeldvormende diagnostiek tijdens ANW-uren, waardoor substitutie van deze zorg niet noodzakelijk voor een positieve financiële businesscase zorgt.

7.3 Conclusies

Uit de interviews blijkt dat de partijen de gepresenteerde data op locatieniveau rondom de lichte patiënten binnen de tweede lijn herkennen. De beschikbare cijfers over zelfverwijzers herkennen ze met name over oudere jaren minder.

Uit de interviews blijkt dat partijen zien dat betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn in de spoedketen en gezamenlijke afspraken rondom triage helpen om minder lichte patiënten de tweede lijn te laten instromen. Triage onder regie van de eerste lijn heeft hier meestal de voorkeur. Het valt hierbij op dat onderling vertrouwen tussen aanbieders uit de verschillende disciplines een randvoorwaarde is om goed samen te werken, en dat dit niet enkel is af te dwingen met bekostiging of druk vanuit zorgverzekeraars. Een andere belangrijke randvoorwaarde om de afspraken na te komen is geschikt personeel op de hap om een grotere toeloop op te kunnen vangen.

Partijen laten weten dat niet iedere lichte patiënt onterecht op de seh belandt en dat het aantal lichte patiënten op de seh niet enkel verklaarbaar is door de mate van samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

De geïnterviewden zien, ook als ze al goed samenwerken, verbetermogelijkheden in de spoedketen om onnodige opname van lichte patiënten te voorkomen en om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.