

Overgrote meerderheid had evengoed naar de huisarts gekund

Zelfverwijzers SEH jagen zorgkosten op

drs. Steven Giesbers,
arts-onderzoeker

dr. Marleen Smits,
postdoc onderzoeker

dr. Paul Giesen,
huisarts-onderzoeker en
projectleider Nederlands Kennisnetwerk Huisartsenposten en Spoedzorg

Allen verbonden aan IQ
healthcare, UMC St Radboud
Nijmegen

Correspondentieadres:
p.giesen@iq.umcn.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Omdat men in Nederland zonder verwijzing naar de spoedeisende hulp (SEH) kan gaan, zit de wachtkamer daar vol patiënten die eigenlijk door de huisarts gezien hadden kunnen worden. Zij leggen daarmee onnodig veel beslag op kostbare zorg.

Het aantal zelfverwijzers op de SEH ligt in Nederland tussen 43 en 70 procent van het totaal aantal SEH-contacten en is groter naarmate de verstedelijking toeneemt.¹⁻⁴ Van hen komt meer dan 80 procent met laagurgente klachten, die ook door een huisarts gezien kunnen worden.⁴ Deze groep doet dus een beroep op de relatief

kostbare zorg, het personeel en de ruimte van de SEH.

Literatuuronderzoek leert dat in het buitenland de zorg op de SEH 2,6 tot 5 keer duurder is dan de zorg door de huisarts.⁵⁻⁶ Dit grote verschil bleek voornamelijk te komen door de standaard hogere consultkosten binnen de ziekenhuissetting, de kosten van aanvullend onderzoek en het verwijzen van patiënten naar de polikliniek.⁵⁻⁹ Toch is de kwaliteit van de zorg door huisartsen minstens zo doelmatig, veilig en patiëntvriendelijk als op de SEH. Bovendien werken huisartsen meer kostenefficiënt, blijkt uit onderzoek naar het inzetten van huisartsen op de SEH.⁸⁻¹⁰ Ander onderzoek toont aan dat de indirecte kosten die patiënten maken als zij de SEH bezoeken significant hoger zijn dan wanneer zij de huisarts bezoeken. Dit komt onder andere door langere wachttijden en hogere vervoerskosten.¹¹

Veel patiënten die naar de SEH komen, hadden evengoed door de huisarts geholpen kunnen worden.

beeld: Bart Beelen, HH





De huisarts zou beter toegerust moeten zijn voor de opvang van niet-planbare patiënten met kleine trauma's.

beeld: Thinkstock

De Nederlandse situatie is nog niet eerder onderzocht. Reden voor ons om hier studie naar te verrichten.

Kostenanalyse

In ons onderzoek is behalve naar de consultkosten van de huisarts (9 euro boven op het abonnementstarief van 71,32 euro), de huisartsenpost (67,85) en de SEH (vanaf 108 euro), ook gekeken naar het verschil in kosten van aanvullend onderzoek en doorverwijzing.

We bestudeerden dossiers van 253 patiënten van huisartsenpraktijk 't Weeshuis in Nijmegen die zich tussen juni 2008 en juli 2010 als zelfverwijzer meldden op de SEH van het UMC St Radboud. Van deze 253 patiënten werd het SEH-dossier, aangevuld met het dossier van de huisartspraktijk, door drie (bijna)arts-observatoren beoordeeld op de vraag of deze patiënten door de huisarts behandeld hadden kunnen worden. De observatoren beoordeelden de dossiers onafhankelijk van elkaar en lieten een grote overeenkomst zien (Cohen's kappa rond 0,8). Zij oordeelden dat van de 253 zelfverwijzers er 203 (80,2%) door de eigen huisarts behandeld konden worden.

Aan de hand van het patiëntendossier van deze 203 patiënten voerden we een kostenanalyse uit. Hierbij achterhaalden we per patiënt welke DBC er gedeclareerd was door het ziekenhuis en wat hiervan de prijs was. Vervolgens keken we of de patiënten tijdens of buiten kantooruren op de SEH kwamen en berekenden de prijzen van huisartsenpraktijk respectievelijk huisartsenpost. Vervolgens is per patiëntendossier gekeken welk onderzoek en welke behandeling er op de SEH hadden plaatsgevonden en hoe vaak een patiënt ter controle op de polikliniek kwam. Daarna is een fictieve kostenberekening gemaakt voor het geval deze handelingen door een huisarts waren uitge-

voerd, inclusief eventuele doorverwijskosten. Omdat een huisarts op een huisartsenpost bijna geen aanvullend onderzoek doet en de patiënt hiervoor meestal naar de eigen huisarts verwijst, hebben we voor deze onderzoeken de kosten genomen als waren ze aangevraagd door een huisarts. Voor de consultprijzen van de huisarts zijn de prijzen genomen zoals ze zijn afgesproken door de preferente zorgverzekeraar van de huisartsenpraktijk, namelijk CZ. De vaste basisvergoeding van 71,32 euro die huisartsen per patiënt per jaar krijgen, is buiten beschouwing gelaten: deze is niet afhankelijk van de frequentie waarmee een patiënt de huisarts bezoekt.

Grote verschillen

Voor de 203 patiënten is voor 52.069,66 euro aan DBC's gedeclareerd bij de zorgverzekeraars. Gemiddeld kostte een bezoek aan de SEH door een zelfverwijzer 256,50 euro. De huisartsenzorg zou in totaal 15.997,26 euro hebben gekost, gemiddeld 78,80 euro per patiënt. Als we deze kosten van de huisartsenzorg splitsen in de kosten van de eigen huisarts en de huisartsenpost dan komt dit neer op 47,82 euro per patiënt voor de huisarts en 92,43 euro per patiënt voor de huisartsenpost. We vonden geen significante verschillen in kosten voor verschillende patiënt- en zorgkenmerken zoals leeftijd, geslacht, trauma en soort klacht. De zorg voor zelfverwijzers op de SEH is binnen kantooruren dus bijna vijf keer en buiten kantooruren bijna drie keer duurder dan de zorg door de huisarts. Dit verschil wordt grotendeels veroorzaakt doordat de initiële kosten van de SEH en de huisartsenpost veel hoger liggen dan de kosten van de huisarts in zijn praktijk. Dat de huisarts zo goedkoop is, heeft ook te maken met het vaste abonnementstarief van 71,32 euro per patiënt per jaar. Deze kosten zijn, als gezegd, niet meegenomen in onze studie.

Het is overigens aannemelijk dat het door ons berekende verschil in kosten tussen de SEH en huisartsenzorg in werkelijkheid nog groter is. Uit onderzoek blijkt namelijk dat de huisarts over het algemeen minder aanvullend onderzoek doet, minder doorverwijst naar de polikliniek en patiënten minder ter controle terug laat komen.^{4 8-10} Bovendien betreft ons onderzoek de SEH van een universitair ziekenhuis. Uit een recent rapport over variatie in het aantal operaties per ziekenhuis blijken universitaire centra zich doorgaans conservatiever op te stellen, waarbij minder patiënten dan gemiddeld worden geopereerd.¹²


SAMENVATTING

- Zelfverwijzers op de SEH hebben meestal laagurgente klachten die de huisarts kan behandelen.
- Uit onderzoek onder 253 zelfverwijzers blijkt de SEH ongeveer vijf keer duurder dan de huisarts en ongeveer drie keer duurder dan de huisartsenpost.
- De komst van spoedposten HAP-SEH is een veelbelovende maatregel om het aantal zelfverwijzers terug te dringen.
- Grootschalig onderzoek is nodig om de werkelijke kosten van zelfverwijzers in Nederland te achterhalen.

Vervolgonderzoek

Ons onderzoek geeft een eerste impressie van de kosten van zelfverwijzers op de SEH. Als we de resultaten zouden extrapoleren naar alle zelfverwijzers in Nederland dan kost de zorg van de SEH jaarlijks minimaal 169 miljoen euro meer dan deze bij de huisarts gekost zou hebben. Om de werkelijke kosten voor Nederland te berekenen zou het kostenonderzoek moeten worden herhaald in verschillende regio's en ook in perifere ziekenhuizen. Bovendien zullen dan ook uitkomsten als doelmatigheid, veiligheid en patiëntvriendelijkheid betrokken moeten worden. De meest geijkte onderzoeksopzet is dan een randomized controlled trial, waarbij patiënten willekeurig worden toegewezen aan de huisarts of de SEH. Maar dat zelfverwijzers de SEH, dus de zorg als geheel, op kosten jagen, staat vast.

Dit kan niet worden voorkomen door de zorg in te krimpen, maar wel door een efficiënte herverdeling van zorgtaken. Ten eerste zal de huisarts zich duidelijker moeten positioneren in de spoedzorg en waar mogelijk spoedpatiënten zelf behandelen. Daarnaast zal hij optimaal bereikbaar en toegerust moeten zijn voor de opvang van niet-planbare patiënten met meestal kleine trauma's.

Tevens is samenwerking van huisartsenposten met SEH's in de vorm van spoedposten, waarbij huisartsen zelfverwijzers opvangen, een veelbelovende ontwikkeling om het aantal zelfverwijzers op de SEH te minimaliseren. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) lijkt deze conclusie te ondersteunen in haar recente besluit om onder bepaalde voorwaarden huisartsenposten toe te staan om meer geld uit te geven aan het inhuren van extra huisartsen.¹³ Deze aanpassing van de reguliere bekostiging is nodig om de extra toestroom van patiënten uit de tweede lijn te kunnen opvangen. 

De huisarts moet zich duidelijker positioneren in de spoedzorg



De literatuurlijst en verwijzingen naar meer artikelen over het 'probleem' zelfverwijzer vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

veldwerk

Niet mee bemoeien

Mevrouw B. is 89 jaar en geboren in de 'Jordaan' van Amersfoort met navenante tongval. Ze meldde zich twintig jaar geleden aan bij mijn praktijk, maar ik zie haar pas voor het eerst nadat ze in 1999 een flink CVA heeft doorgemaakt. Ze heeft nooit iets met dokters gehad. Na haar CVA laat ze enkele controles toe, maar haar therapietrouw is twijfelachtig. Bloeddrukken van 220/110 zijn meer regel dan uitzondering. Naast een zeer ernstige COPD ontwikkelt ze hartfalen. In 2002 spreekt de geconsulteerde nefroloog van 'preterminale nierinsufficiëntie' bij een klaring van 15 ml/min. Nierdialyse weigert ze. Al die dokters aan haar lijf. Als haar pruik maar goed zit.

Daarna vindt ze het wel best. Opgevekt ziet ze de dood tegemoet. Soms bel ik haar; een visite is nooit nodig. Tot 2010. Ze heeft haar been gestoten, met een klein ulcus cruris als gevolg. Voor iemand die al acht jaar preterminaal is, ziet ze er patent uit. Labonderzoek wordt toegestaan. Een creatinine van 593, een klaring van minder dan 5 ml/min en daarnaast nog een aantal niet met het leven verenigbare labuitslagen. Ze drinkt bijna alleen melk, vertelt ze opgewekt. En medicijnen gebruikt ze niet meer. Als dat been maar weer opknapt.

Op een tegeltje in mijn spreekkamer staat: 'Mijn dokter is een goede dokter, hij heeft me niet zieker gemaakt.' En zo is het. Ik voel me klein en durf het woord nierprotocol niet eens te denken.

Ik denk aan de stokoude man met een fez op zijn hoofd die ik in Kenia in het ziekenhuis opnam. Voor het eerst in jaren ging zijn fez af – de luizen zochten een heenkomen – en voor het eerst van zijn leven onderging hij een wasbeurt. De volgende dag was hij dood.

In dubio abstinence. Ik verander niets aan het niet-mee-bemoeienbeleid bij mevrouw B. Als haar pruik maar goed zit.

Jos van Bommel,
huisarts

Referenties

1. Jaarsma-van Leeuwen I, Hammacher ER, Hirsch R, Janssens M. Patiënten zonder verwijzing op de afdeling spoedeisende hulp: patiëntenkarakteristieken en motieven. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2000; 144 (9): 428-31.
2. Van Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling G, Crebolder H, van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emerg Med J* 2003; 20: 184-7.
3. Moll van Charante EP, van Steenwijk-Opdam, Bindels PJE. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients choices and referrals by general practitioners and ambulance services. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 46.
4. Giesen P, Franssen E, Mokkink H, van den Bosch W, van Vugt A, Grol R. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department in out-of-hours: a comparison. *Emerg Med J* 2006; 23: 731-4.
5. Campbell MK, Silver RW, Hoch JS, Østbye T, Stewart M, Barnsley J, Hutchison B, Mathews M, Tyrrell C. Re-utilization outcomes and costs of minor acute illness treated at family physician offices, walk-in clinics, and emergency departments. *Can Fam Physician* 2005; 51: 82-3.
6. Baker LC, Baker LS. Excess cost of emergency department visits for nonurgent care. *Health Aff* 1994; 13 (5): 162-71.
7. Martin BC. Emergency medicine versus primary care: a case study of three prevalent, costly, and non-emergent diagnoses at a community teaching hospital. *J Health Care Finance* 2000; 27 (2): 51-65.
8. Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. *BMJ* 1996; 312 (7042): 1340-4.
9. Jiménez S, de la Red G, Miró O, Bragulat E, Coll-Vinent B, Senar E, Asenjo MA, Salmerón JM, Sánchez M. Effect of the incorporation of a general practitioner on emergency department effectiveness. *Med Clin (Barc)* 2005; 125 (4): 132-7.
10. Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, Gibney D, Smith M, Mullan E, Johnson Z. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. *BMJ* 1996; 312 (7039): 1135-42.
11. Kernick DP, Reinhold DM, Netten A. What does it cost the patient to see the doctor? *Br J Gen Pract* 2000;50(454):401-3.
12. Plexus, in opdracht van Ministerie van VWS. Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling. Breukelen: Plexus; 2010. <http://www.plexus.nl/uploads/Nieuwsbericht/budgettaire-effecten-van-scherpere-indicatiestelling.pdf>.
13. Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Beleidsregel BR/CU-7003. http://www.nza.nl/137706/144027/Besluit_knelpunt_toestroom_HDS.pdf.