

The background features a central horizontal band with a vibrant, multi-colored gradient of red, pink, orange, and purple. This band is set against a white background adorned with various dark blue, stylized symbols that resemble calligraphic or geometric motifs. The symbols are scattered across the page, with some appearing larger and more prominent than others.

SEMD HOUTSKOOLSCHETS 2027

6-PAGER



Deze 6-pager (vanaf volgende pagina) heeft tot doel om de achtergrond en contouren van de **toekomstige** SpoedEisende Medische Dienst (SEMD) op te tekenen. Het dient als **houtskoolschets** of stip aan de horizon voor alle SEMD betrokkenen en projectgroepen. De schets beschrijft de **situatie over een aantal jaren, als de SEMD volwassen begint te worden**.

Een heldere toekomstschets helpt **professionals** om in de komende jaren **de SEMD samen nader te ontwerpen, bediscussiëren en inkleuren**. We werken gestructureerd in de komende zes pagina's toe naar de houtskoolschets in hoofdstuk zes, maar starten bij de doelen voor de SEMD en de principes die we willen hanteren voor de inrichting van de nieuwe organisatie. Onderstaand is alvast de samenvatting van de 6-pager weergegeven:

De SEMD houtskoolschets 2027

Honderd professionals uit vijf domeinen hebben de unieke kans om vanaf een leeg vel een geheel nieuwe, volledig gezamenlijke organisatie voor de acute basiszorg te ontwerpen. Voor elke stap vragen we ons af of het een impactvolle transformatie beoogt en de patiënt helpt: "De SEMD staat voor passende acute zorg die begrijpelijk is en goed vindbaar, waar samenwerken de norm is, de patiënt altijd het uitgangspunt en iedereen in het acute zorgnetwerk herkenbaar en aanspreekbaar is":

De SEMD is **dé poort voor acute basiszorg**, niet in een keten maar vanuit **netwerkzorg** met voor alle vijf domeinen **één duidelijk loket**. Onze **netwerkzorg begint thuis** en is zo ingeregeld dat we spoed-presentaties op de SEMD maximaal voorkomen. De SEMD is **24x7 geopend** en biedt een **eigen palet passende basiszorg** voor de acute patiënt zodat de vijf domeinen (**adem**)ruimte krijgen voor hun **kerntaken**. Elk domein bepaalt zelf (per patiënt) de wens tot SEMD-verwijzing zodat ook acute basiszorg altijd **persoonsgericht** en **op maat** blijft. Iedereen binnen de SEMD is **breed inzetbaar** (opgeleid) en **elk domein brengt naar rato eigen personeel in**. Alle domeinen werken als **één team gezamenlijke collega's in één 24x7 organisatie**. Het **nieuwe SEMD-model vraagt transitie** en vervangt het piepende kwart eeuw oude HAP diensten-verkoopmodel. Als eerste in Nederland (met hulp van de IZA partijen) zullen we, met behoud van registratie en inkomsten, **de huisarts verplichting om diensten te draaien afschaffen** en **werven een eigen groep vaste acute zorgcollega's** voor het SEMD team. Praktijkhouders kunnen naar wens meedraaien in dit team. De SEMD krijgt als flexibele, lerende organisatie een bestuur/aansturing met **breed mandaat**. De bekostiging past bij onze netwerk-aanpak: niet op individuele prestaties maar **op basis van populatie of beschikbaarheid**. **Data en ICT is ons speerpunt** en de SEMD zoekt daarbij nadrukkelijk samenwerking met partijen om **grote stappen** te maken. Er komt een **data monitoringshuis** voor continue effectmeting op in-, door- en uitstroom voor de regio. Maximaal **voorspellend** door gebruik van **kunstmatige intelligentie (AI)**. Rond ICT zetten we in op **maximale toegang en uitwisseling** van gegevens.

Dat onze stip voor 2027. Laten we beginnen. **Vandaag is Dag 1**.

1) Inleiding

Dit document heeft tot doel om de achtergrond en contouren van een toekomstige SpoedEisende Medische Dienst (SEMD) op te tekenen en te bediscussiëren. Het resultaat in hoofdstuk 6 noemen we de SEMD ‘**houtschoolschets**’. Voor deze schets kijken we samen door onze oogbollen naar hoe de SEMD er in 2027 uitziet, als het volwassen begint te worden. De reden om dat op dit moment in het SEMD proces op te tekenen is tweeledig en heeft te maken met de inhoud en het tijdsplan.

1) Inhoud & transitie: ten eerste gaat dit over de wens tot en de aard van een impactvolle transformatie wat we *een transitie* noemen. We weten dat het huidige systeem onhoudbaar is (zie H2) en een zorginfarct aanstaande. Dan zijn incrementele stappen naar een ‘spoedplein plus’ of ‘super-HAP’ onvoldoende. Onze oude organisatie modellen zijn ‘op’, werken niet meer. We moeten onze *fundamenten herzien* ofwel fundamenteel veranderen om de zorgvraag aan te kunnen. Vergelijk het met de energietransitie van fossiel (olie en steenkool) naar hernieuwbaar (energie uit wind, zon en aarde) of van 24 encyclopedieën naar 24x7 Wikipedia op zak, of de introductie van streaming op muziek (Spotify) of op tv en film (Netflix). Een transitie betekent ook dat oude grenzen verlegd worden, domeinen met elkaar vermengen en dat er nieuwe organisatie modellen ontstaan, ook voor de acute zorg.

2) Tijdsplan & keuzes: ten tweede gaat het over de spanning tussen op korte termijn beginnen en resultaten boeken versus voor de lange termijn de tijd nemen om ons verder te verdiepen, om gedegen naar de beste oplossingen te zoeken en te experimenteren. Op dit moment starten immers de SEMD projectgroepen die nadenken over bijvoorbeeld governance, bekostiging of personeelsbeleid maar zonder een stip op de horizon worden er mogelijk niet de juiste keuzes gemaakt rond bijvoorbeeld rechtsvorm, aansturing, ICT of het ontwikkelen van (nieuwe) functies. En een aantal van deze beslissingen zijn vrijwel onomkeerbaar. Het zijn in de woorden van Bezos¹ *eenrichtings-deuren*: je gaat erdoorheen en je kan niet gemakkelijk meer terug. Gelukkig zijn ook voor de SEMD vele keuzes tweerichtings-deuren: je kunt door de deur lopen, kijken of het bevalt en zo niet, terugkeren en een andere deur kiezen. Die keuzes zijn snelle eenvoudige beslissingen.

Een transitie is nooit een lineair proces en kost tijd. Maar door in houtskool samen de toekomst-stip aan de horizon te schetsen geven we samen al richting voor lange én de korte termijn keuzes en zullen we in de werkgroepen gemakkelijker één- en tweerichtings deuren herkennen. We werken in dit document gestructureerd toe naar een toekomstscenario in hoofdstuk zes, maar starten bij onze doelen voor de SEMD en de principes die we hanteren voor de inrichting van de nieuwe organisatie.

2) Doelen

Scherpe doelen starten bij een heldere definitie over wat een Spoed Eisende Medische Dienst is en levert: ‘*De SEMD wil voor nu en in de toekomst voor de regio passende acute basiszorg organiseren maximaal integraal over en complementair aan onze domeinen*’.

- **Acute basiszorg:** acute basiszorg is er voor alle gezondheidsproblemen die in de beleving van de patiënt acuut zijn² en of advies of behandeling vragen (dus ook telefonisch/digitaal; zie ook AI-ontwikkeling).
- **Passende zorg:** ‘passend’ omvat de juiste zorg op de juiste plek en tijd, waardegedreven en waar het kan samen met en gezamenlijk rondom de patiënt.
- **Integraal & complementair:** gelijk- en actiegericht in een samenlerende organisatie vanuit een regionaal en lokaal netwerk. De perfecte aanvulling op en versterking van het bestaande aanbod van organisaties.

Vanuit deze definitie willen de partijen in 2030³ klaar zijn om de enorme veranderingen in het zorglandschap van Kennemerland zoals door ROAZ⁴ gedefinieerd te kunnen opvangen:

Stijgende vraag

- **Opvangen groei:** algemene bevolking groeit van 554.000 naar 606.000 in 2030, een stijging van 52.000 (+9,6%) en daarbinnen stijgt het aantal 75+ers in de komende 6 jaar met maar liefst 26%.
- **Opvangen stijging HAP contacten:** er is een stijging van het aantal HAP contacten te verwachten van 40.827 naar 44.828, een toename van 4.000 patiënten (+9,8%).
- **Opvangen toename vraag ziekenhuiszorg:** we gaan van 46 naar 50 benodigde SEH-bedden in 2030 (+8,7%), wat directe effecten heeft op shockroom, personeel, apparatuur en AOA bedden (+9%).
- **Opvangen toename ambulanceritten:** er is een totale toename van het aantal A1 en A2 ritten van 14%. De stijging is met name te zien in de leeftijdsgroep 75+ met 26%.
- **Opvangen GGZ vraag:** er is een toename van crisisbeoordelingen van 3835 naar 4242 (+11%).
- **Opvangen VVT vraag:** de zorgvraag voor verpleging & verzorging neemt in 2030 toe met 33% en de thuiszorg met 18%.

¹ <https://aws.amazon.com/executive-insights/content/how-amazon-defines-and-operationalizes-a-day-1-culture/>

² Algemeen aanvaarde definitie van acute zorg uit de huisartsgeneeskunde volgende NHG

³ Kwantificeringen gaan uit van peiljaar 2030, in 2027 willen we hier echter al wel klaar voor zijn.

⁴ Roaz Beeld. Regio Kennemerland,



Tekort aanbod

- **Opvangen huisartsentekort:** er zijn in 2022 6.300 huisartsen in onze regio, in 2030 zijn er 7.300 nodig. Dat is een tekort van 900 huisartsen (12,3%).
- **Opvangen tekort ambulanceverpleegkundigen:** er is in 2022 487 FTE aan ambulanceverpleegkundigen werkzaam in het ROAZ-gebied. In 2029 zijn er 580 nodig. Dat is een stijging van 19%.
- **Opvangen personeelstekort GGZ-sector:** er is in de hele ROAZ-regio in 2022 voor de GGZ-sector een tekort van 17.100 medewerkers, dit zal in 2030 oplopen naar 18.700. Dat is een tekort van 1.800 medewerkers (-9,6%)
- **Opvangen personeelstekort VVT-sector:** in 2030 zijn er in de V&V 76.400 mensen nodig. We verwachten een tekort van 6.300 medewerkers (-8%). In de thuiszorg is er op 20.400 medewerkers een tekort van 1.400 (-7%).

Kortom een enorme groei van de vraag naar acute zorg en door dubbele vergrijzing en ontgroening een feitelijke krimp van het aanbod. Dit als SEMD goed opvangen vraagt om transformatie van de organisatie van de acute zorg. Dit keer niet meer in de eigen organisatie maar gezamenlijk, over de domeinen.

3) Tactische principes

Bij die transformatie van de acute zorg vormen samenwerken en vertrouwen de basis. Eveneens moeten we zorgen voor voldoende besluitvaardigheid. Om hiertoe te komen zijn de volgende principes leidend bij het evalueren en prioriteren van SEMD-activiteiten:

- **Eén samenwerkend team, één doel:** wij werken samen als één team aan het zo spoedig als mogelijk leveren van de optimale zorguitkomst voor iedere unieke patiënt. Er is geen *wij/zij* of *mijn/jouw* en we helpen elkaar met onze kennis en hande(le)n. Er vindt kennisdeling en maximaal gebruik van elkaars expertise plaats. We verbinden de culturen van de organisaties en leiden maximaal gezamenlijk op.
- **Deskundige, vakbekwame medewerkers:** om de beste patiëntenzorg te leveren staan medewerkers op nummer 1 én in hun eigen kracht. We pakken elke kans aan om nieuwe kennis op te doen, zowel inhoudelijk als competentiegericht.
- **Van ketenzorg naar netwerkzorg:** verschuiven van strikte protocollen, eigen domeinen en hiërarchische structuren naar een meer patiëntgerichte, adaptieve netwerkaanpak. Een acute zorgvraag is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle zorgverleners en niet de optelling van zorgelementen. Dit omvat ook het stroomlijnen van het patiëntenproces, verbeteren van gegevensuitwisseling en optimaliseren van personele capaciteiten.
- **Zorgproces gaat boven organisatie:** als een samenwerkend team richten we het zorgproces zo in dat iedere patiënt een behandeling op maat krijgt. Onze trans-disciplinaire blik op zorg overstijgt de organisatiegrenzen en brengt de beste kennis en kunde rond iedere patiënt.
- **Optimale logistiek en doorstroom:** wij monitoren en zetten de wetenschap in om beter te worden. Door slimme keten/netwerklogistiek en capaciteitssturing verbeteren we de doorstroom continu.
- **Uitdagend werk, breed inzetbaar:** wij willen voor iedereen uitdagend werk en een brede inzetbaarheid. *Taakverruiming* (horizontale verbreding) en *taakroulatie* (het wisselen van taken) maakt ons werk aantrekkelijk & diverser, *taakverrijking* (verticale verrijking) maakt ons werk uitdagender. En alle drie tezamen geeft ons groei en loopbaanperspectief.

4) Staat van de organisatie(s)

Het complexe landschap van domeinen, eigen kokers en organisaties zorgt ervoor we nog niet goed als netwerk kunnen samenwerken. Een gezamenlijke regie ontbreekt omdat zorginspanningen nog niet adequaat zijn geïntegreerd of gebundeld binnen een gezamenlijk netwerk. Acute patiënten hebben de keuze voor meerdere ingangen tot acute zorg maar het is voor hen onmogelijk om zelf te bepalen welke deur naar de juiste zorg leidt. En eenmaal ergens binnen, is er bij de zorgverleners een wirwar van classificaties, betaaltitels en criteria, afhankelijk van het domein en de organisatie. Dit labyrint van definities vormt een obstakel voor effectieve samenwerking en een vloeiende overdracht tussen zorginstellingen. Tijd is essentieel, maar vertragingen liggen op de loer, veroorzaakt door deze wirwar maar ook het tekort aan zorgmedewerkers. Dit tekort is in alle betrokken organisaties zichtbaar, van het ziekenhuisbed tot de huisartsenpraktijk. Dit maakt de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod dieper en dat wordt niet beter door de tekortschietende arbeidsomstandigheden en het hoge verloop en uitstroom. Deze problemen worden nog verder versterkt door de onvoldoende beschikbaarheid van vervolgcapaciteiten, zoals bedden. Een ander groot knelpunt is het gebrek aan toegankelijke en deelbare medische informatie. De complexiteit neemt bovendien verder toe wanneer financiers en zorgaanbieders niet gezamenlijk optrekken en dezelfde doelen nastreven, wat essentieel is voor een gestroomlijnde zorgketen.

In onze hedendaagse 24/7 maatschappij verwachten patiënten en hun ondersteunende netwerken dat zorg *altijd* beschikbaar is. Die 24/7 beschikbaarheidsverwachting wordt in de toekomst nog luider door (mondige, veeleisende kinderen van) de groeiende groep ouderen met een opeenstapeling van fysieke en mentale aandoeningen, wat de zorgvraag intensificeert door meervoudige chronische aandoeningen, co-morbiditeiten en polyfarmacie. Daarnaast is er een toenemende vraag naar acute geestelijke gezondheidszorg en zorg gerelateerd aan leefstijl. Een verbetering van de zorg voor de acute patiënt ligt mogelijk in een betere verbinding tussen het medische en sociale domein. Een geïntegreerde benadering die preventie, zelfmanagement en educatie omvat, kan de noodzaak van acute zorg verlichten, ondersteuning bieden waar nodig, en in sommige gevallen zelfs zorg voorkomen. Echter hier is momenteel vaak nog geen sprake van. Al met al een optelsom van ingewikkelde knelpunten in de huidige inrichting van de acute zorg. Onder het IZA gesternte en met subsidie voor de komende vier jaar hebben we de kans om de zorg opnieuw in te richten zodat er ook in de toekomst continuïteit van de zorg voor de patiënt kan worden gerealiseerd.

5) Geleerde Lessen

De huisartsenzorg bespaart de maatschappij zorgkosten, het is dichtbij, persoonlijk, laagdrempelig en van goede kwaliteit. Uniek in de wereld en inmiddels overal in het land goed georganiseerd op subregionale schaal. Net als bij de dagzorg werkt de huisarts in de acute ANW-zorg als poortwachter voor duurdere tweedelijns zorg. Ook binnen de SEH zijn er positieve ontwikkelingen geweest zoals het steeds beter afbakenen van de acute zorg in het ziekenhuis, een flinke sprong in kwaliteit en opleiding en de inzet en erkenning van SEH-artsen.

Tegelijkertijd moeten we onze ogen niet sluiten voor kansen tot verbetering. Het ANW HAP-model piept en kraakt bijvoorbeeld overal. Een belangrijk knelpunt zit in de contractuele verantwoordelijkheid die iedere praktijkhoudend huisarts persoonlijk heeft⁵. De *organisatie* van de huisartsen spoedzorg is weliswaar belegd bij de regionale huisartsenpost maar de uiteindelijke *verantwoordelijkheid* blijft bij de huisarts die voor 24/7 verantwoordelijk is voor de huisartsenzorg voor zijn/haar patiënten. Alle verschillende organisatie-oplossingen die in de afgelopen jaren zijn bedacht, zoals diensten “verkopen”, HIDHA's en vaste waarnemers contractueel vastleggen voor een aantal uren ANW-zorg, instroom beperken, strenger triëren en vele andere touwtjes en pleisters werken onvoldoende om de continuïteit en kwaliteit van de huisartsenspoedzorg nog heel lang te blijven garanderen. Het organisatiemodel ofwel ‘bedrijfsmodel’ van de HAP blijkt niet duurzaam. En ondanks de landelijke groei van het aantal huisartsen van 10.000 naar 13.000 in vijf jaar tijd blijven er simpelweg te weinig zorgverleners beschikbaar om de toenemende acute zorgvraag op te vangen, dat klopt ergens niet. Een bijeffect van de ervaren druk op de praktijkhoudend huisarts vanwege de contractuele verantwoordelijkheid voor de ANW-zorg is dat het daardoor onaantrekkelijker wordt om een praktijk over te nemen. Dit leidt regelmatig weer tot grotere praktijken elders, waarmee de gecontracteerde ANW-uren voor de praktijkhoudend huisarts weer toenemen. Een negatieve spiraal.

Behalve de oplossingen voor de instroom zijn de maatregelen om de doorstroom en de uitstroom beter te regelen ook onvoldoende gebleken. De keten is vaak verstopt doordat de samenwerkingsafspraken met de vvt/ggz niet van de grond komen, het aanvragen van röntgendiagnostiek en labonderzoek niet door de huisarts gedaan kan worden, waardoor de SEH in het ziekenhuis zwaarder belast wordt dan nodig. Een van de oorzaken is de verkokering van ons (financierings-)stelsel, waardoor de grondslagen voor de spoedzorg in de verschillende sectoren niet op elkaar zijn aan te sluiten. Een andere oorzaak zit in de techniek: het op elkaar laten aansluiten van de verschillende ICT-systemen.

De SEH is zijn werkgebied in de afgelopen jaren verder aan het definiëren, mede met de komst van het nieuwe specialisme van de SEH-arts. De recente erkenning van de SEH-arts, die aan de poort staat van alle patiënten die de SEH bezoeken, wordt door sommige vakgroepen ervaren als een bedreiging voor de grenzen van het eigen werkdomein (occupational closure). De schuivende panelen rond verantwoordelijkheden tijdens en buiten kantooruren zijn nog regelmatig onderwerp van discussie. Ook bij de SEH piept en kraakt het soms. Niet zozeer in het organisatiemodel maar met name op het vlak van personeel en aan de kant van instroom en uitstroom. In Beverwijk valt het bijzonder mee maar de SEH-stop (crowding) is inmiddels een bekend fenomeen in het land. Een van de oorzaken is de instroom. Grofweg 20% ofwel één op de vijf patiënten op de SEH valt onder de categorie ‘klein leed’ en vraagt eenvoudige ingrepen die niet in het ziekenhuis thuishoren. Deze groep kost veel tijd en ‘verstoorde’ regelmatig de aandacht voor de groep die wel 2^e-lijnszorg nodig heeft. Daarnaast heeft de SEH te maken met binnenlopers / zelfverwijzers gedurende de hele dag en nacht. Tenslotte is er ook een uitdaging in het patroon van werk op de SEH. Hoewel een acuut probleem niet planbaar is voor de individuele patiënt heeft de drukte op de SEH een grotendeels voorspelbaar patroon⁶. Toch blijft er het probleem van ‘hollen of stilstaan’, pieken en dalen, wat mogelijk door taakverbreding en taakroulatie te verbeteren is.

Tenslotte zijn er in de andere drie domeinen ook een aantal grote uitdagingen. Veelal door zorg die niet in de ‘2^e lijn’ thuishoort, niet onder de definities van basiszorg valt en beter afzonderlijk in een andere gezamenlijke organisatie zoals de SEMD te organiseren is. Zo is volgens de GGZ-crisisdienst rond de 20-30% van de patiënten niet tweedelijns. Een gedeelte daarvan hoeft niet door een arts gezien te worden. De VVT ziet in de combinatie met huisartsen en het ziekenhuis ook een dag-coördinatietaak die mogelijk goed 24x7 te combineren is. Tenslotte kan 10-15% van de ambulancezorg (C1, C2: binnen en buiten kantooruren) afgeschaald worden naar een eerstelijnsorganisatie zoals de SEMD, waar transdisciplinaire kennis aanwezig is om vervoer, een juiste hulpverlener of een juist advies te coördineren. Elke partij brengen met de patiënten ook personeel mee naar een nieuwe organisatie. Er is daarmee vanuit verschillende domeinen een 24x7 vraag voor het *creëren van de voor 2030 zo benodigde ademruimte* in de 2^e lijns activiteiten, door samen de nieuwe acute basiszorg facilitair in te richten.

⁵ Wettelijk is er overigens geen plicht, de beroepsgroep stelde zelf in de jaren ‘50 deze 24x7 als norm. Een 24x7 *zorgplicht* ligt sinds 2006 (introductie ZVW) bij de zorgverzekeraar. De LHV zelf heeft ervoor gekozen de uitvoering van die norm enkel bij praktijkhouders te leggen.

⁶ Bron: Monitor acute zorg 2018, NZa: invloeden als griepgolven, (big data rond) het weer, feestdagen overdrachtsmomenten radiologie en chirurgie, betere spreiding van planbare ambulanceritten en huisarts-visites.

6) Stip aan de Horizon: Houtskoolschets

I | SEMD in de kern: netwerkzorg

Ons doel is voor nu en in de toekomst voor de regio *passende* acute basiszorg organiseren *maximaal integraal* over en *complementair* aan onze domeinen. De woorden ‘en in de toekomst’ zijn niet zonder betekenis. Het voelt vandaag nog niet helemaal zo, maar de torenhoge doelen (H2) die we met deze nieuwe organisatievorm willen bereiken vragen een radicale verandering van organisatie. Er zijn 9% meer bedden nodig op de SEH die we met hetzelfde aantal handen moeten verzorgen. Op elke tien huisartsen valt er aan capaciteit één weg en het aantal 75+ers met co-morbiditeiten stijgt met meer dan een kwart in onze regio. Het samen goed inrichten van de SEMD moet de noodzakelijke *lucht en ruimte* bieden aan onze bestaande organisaties om deze zorgvraag goed op te vangen.

Daarom wil de SEMD alle acute basiszorg in de ANW-uren integraal (domein-overstijgend) in één organisatie *beleggen* en *leveren*. Daar is een gezamenlijke entiteit en gezamenlijke bekostiging enorm behulpzaam in, is ook de les uit de integrale geboortezorg. Maar om die doelen te bereiken is met elkaar een entiteit oprichten niet voldoende. Er moet een visie op *inhoud* zijn en een visie op *samenwerken* ofwel op het coördineren van de zorg.

Inhoud: Om ruimte te maken voor bestaande zorg zal de SEMD vanuit elk van de vijf domeinen *zorg-inhoudelijk* diepgaand onderzoeken welke onderdelen en/of patiënten het beste af zijn in deze nieuwe organisatie voor acute basiszorg. Dit vereist kijken naar waar de zorgkwaliteit en/of toegankelijkheid nu knelt, naar welke patiëntcategorieën of ingangsklachten waar thuishoren, wat het proces verstoort of wat een verbeteringslag kan betekenen voor de patiënt zelf óf voor alle andere patiënten (die moeten wachten of minder aandacht krijgen). In de geleerde lessen (H5) hebben we gezien dat dit per domein aanzienlijke delen van de zorg betreft voor elk van de vijf domeinen.

Samenwerken: al in de IZA-aanvraag werd het nummer één knelpunt over de acute keten als volgt samengevat: *rammelende schakels in een keten met op plekken een (te) lage organisatiegraad die onvoldoende is gericht op samenhang, kwaliteit en passende zorg*. Tot nu toe heeft ook de SEMD altijd gesproken over het ‘optimaliseren’ van de acute *zorgketen*. Waarschijnlijk omdat een goed sluitende keten al beter is dan zorg leveren enkel vanuit je eigen (SEH / HAP) organisatie of domein. Maar een *ketenzorg* aanpak is eigenlijk ouderwets en weinig toekomstbestendig. Het gaat uit van schakels, van de zorg doorgeven of overdragen, van domeingrenzen en van de gedachten ‘mijn organisatie’ of ‘de eerste of tweede lijn’ of mijn schakel (lees: budget) *start hier en stopt daar*.

Daarom zal de SEMD samenwerken vanuit *netwerkzorg*. Het coördinatieprincipe van netwerkzorg heeft namelijk een veel meer flexibele, adaptieve en patiënt-gecentreerde benadering van organiseren. Zorg vanuit een netwerk die zich continu aanpast aan de veranderende behoeften en omstandigheden van de patiënt. Dit wordt gezien als een meer toekomstbestendige manier van denken die beter in staat is om in te spelen op de dynamische aard van het leveren van acute zorg.

De overgang van ketenzorg naar netwerkzorg is geen snelle of eenvoudige verschuiving. Het vereist een aanhoudende inzet, samenwerking en een bereidheid om bestaande systemen en benaderingen te heroverwegen. In onze cultuur moeten we van hiërarchie naar gelijkwaardigheid (tussen *alle* functies) en open communicatie. De patiëntgerichtheid moet versterkt worden en de inrichting van de organisatie is wezenlijk anders: *iedereen* heeft flexibele rollen en systemen en (zorg)afspraken worden maximaal geïntegreerd. Er is één gezamenlijke set kwaliteitsindicatoren die ons allen scherp houdt en overal zijn feedbackloops in het SEMD-netwerk organiseert. We zijn een lerende organisatie die trots is op het vermogen tot zich continu kunnen aanpassen en veel energie steekt in multidisciplinair trainen en opleiden.

Deze inhoud en nieuwe vorm van samenwerken gaat gepaard met duidelijke *randvoorwaarden*. Om vanuit meerdere disciplines optimaal als netwerk te functioneren zetten we maximaal in op grondig ontdebellen, combineren en ontschotten. Ontdebellen van ICT, van functies en werkprocessen. Dus: 1 hoofdproces. 1 balie. 1 triagesysteem. 1 koffiekamer. 1 beleid. En 1 apparaat als er geen twee nodig zijn. En als het dit jaar niet lukt dan volgend jaar en als we niet kunnen ontdebellen gaan we combineren. Mede door deze integratie en het leren van de best practices kunnen en willen we maximaal moderniseren met bijvoorbeeld directe toegang tot de radiologie, lab, implementatie van meekijkconsulten en ECG's, een PA acute zorg op de ambulance, een 24x7 coördinatie vanuit de VVT en een gemoderniseerde eerstelijns-tak voor acute geestelijke zorg.

II | SEMD als evolutie van bestaande modellen

De voorzitter van de SEMD-programmagroep noemde het ontstaan van de IGO een mooie *evolutie* van geboortezorg. Een evolutie die we ook in de acute ziekenhuiszorg zagen bij het ontstaan en loskoppelen van de SEH zorg en die we nu ook gaan zien in de acute huisartsenzorg waarbij beide domeinen gaan samenwerken in de SEMD: een stukje geschiedenis.

Ziekenhuis: Voor de tweede wereldoorlog was er nog niets voor (ziekenhuis)spoedzorg. Geen specifieke afdeling of gespecialiseerde training. In de nacht was er alleen een nachthoofd van het ziekenhuis, overdag de algemeen verpleegkundige en arts. Na de introductie van autoverkeer kwamen er al snel ‘EHBO afdelingen’ op, maar die waren meer voor chirurgische zorg en botbreuken. Pas eind 20^e eeuw na de groei van meer beschouwende vakken ontstond het brede spectrum van acute geneeskunde en van daaruit de Spoed Eisende Hulp (SEH). De bemensing werd nog gedaan vanuit het gehele ziekenhuis, iedereen deed het ‘erbij’ en had ‘SEH-dienst’. Spoedzorg en ‘spoedjes’ lopen dan altijd door de reguliere planbare zorg en dat is



verre van optimaal. Daarom ontstond in de laatste jaren het nu erkende specialisme ‘SEH arts’. De zoektocht blijft voortgaan naar wat er onder de SEH valt en wat onder andere specialismen (bv. cardiologie). Er komen speciale vervolgzorg -afdelingen zoals een acute opname afdeling en er is inderdaad aan de voordeur de samenwerking met de huisartsenzorg. De SEH is immers een dure zorgomgeving met complexe apparatuur en een bemensing om ‘2^e-lijns’ ofwel complexe acute zorg te leveren. Voor een SEH is het logisch om binnenlopers, zelfverwijzers en de flinke categorie klein leed (20%) vanuit die nieuwe SEMD-organisatie te gaan leveren (triage, diagnose, behandeling) en **de balie 24/7 open te houden**, net als nu. Daarnaast is het interessant om te onderzoeken of de SEH en huisartsen samen **elkaars pieken en dalen kunnen helpen gladtrekken**, zowel in de ANW als in de dagzorg.

Huisartsen: In de jaren ‘60 en ‘70 was iedere huisarts 24/7 verantwoordelijk voor de eigen patiënten. Vaak was de partner/vrouw van de dokter de assistente en kon de dokter dag en nacht gebeld worden. Om de belasting op het privéleven enigszins te verlichten maakten de huisartsen die bij elkaar in de buurt zaten afspraken in HAGRO-verband. Met elkaar deden zij de spoedzorg en namen voor elkaar waar tijdens vakanties. Dat laatste is nog steeds zo, dat eerste is op een enkele plek ook (weer) zo, bijvoorbeeld in Drenthe. De eerste grootschalige huisartsenposten (HAP’s) ontstonden tussen 1996 en 1999⁷. Ze vormden het antwoord op de vele knelpunten in de kleinschalige waarneemgroepen, zoals hoge werkdruk en afnemende motivatie voor het dienstdoen. Daarnaast was de kwaliteit van die waarneemgroepen gebrekkig, wat mede kwam door onvoldoende financiering en personele en materiële ondersteuning. De HAP’s vormden ook het antwoord op de toenemende vraag naar parttime werken en een betere scheiding van werk- en privéleven. Ten slotte steeg het aantal 112-meldingen en SEH-zelfverwijzers al jaren – een trend die de komst van de HAP met een sterke rol voor de huisarts poogde te doorbreken. Huisartsen richtten de meeste HAP-coöperaties zelf op en financierden deze door een bijdrage per praktijk. Na een succesvolle demonstratie in Den Haag lukte het de huisartsen in 2000 om erkenning en financiering van de HAP’s te krijgen, waarna de HAP’s als paddenstoelen uit de grond schoten. Het HAP-organisatiemodel is sinds 2000 niet meer wezenlijk veranderd.

Evolutie naar SEMD: acute zorg verstoort de planbare zorg en processen. Als verschillen en volume tussen twee diensten groot zijn is het mogelijk deze te ontkoppelen en te herdefiniëren hoe verantwoordelijkheden liggen. In de ziekenhuiszorg hebben twee knippen plaatsgevonden: alle acute zorgvraag concentreren in een aparte afdeling én aan de aanbodzijde een apart specialisme of vak ontwikkelen (arts en verpleegkundige). Hierdoor heeft er een volledige *ontkoppeling* tussen acuut en planbare zorg plaatsgevonden, terwijl het ziekenhuis toch integraal (24x7) verantwoordelijk blijft.

In de huisartsenzorg heeft er slechts één halve knip plaatsgevonden: alle acute zorgvraag *enkel in de ANW-uren* concentreren op één plek (vaak bij ziekenhuis) en aan de aanbodzijde is alleen de groep *triagisten* in dienst van de HAP maar de artsen niet.(..) Zoals voorgaand weergegeven heeft dat te maken met de 24x7 zorgplicht en het ontkoppelen. De discussie is in de huisartsenzorg dan ook niet nieuw. Ten tijde van het actieplan ANW hebben de LHV en de VPH ‘*vooralsnog niet gekozen voor ontkoppelen*’ [sic!]⁸ omdat het *teveel overleg en besluitvorming* vraagt en de actiepunten enkel waren gekozen op *snellheid en effectiviteit*. Grofweg zijn progressieve, vaak jongere generatie huisartsen vóór deze ontkoppeling (‘heb ook een leven naast het werk’; ‘balans is belangrijker dan omvallen’) / en een groep meer conservatieve (vaak oudere generatie) huisartsen ertegen (‘24x7 is een kerntaak van de huisartsenzorg’; ‘niet het beroep uitkleden’). 68% van de huisartsen is reeds voorstander voor afschaffing van de ANW-herregistratie-eis⁹.

Zoals geschetst is het organisatiemodel van de HAP al bijna een kwart eeuw niet significant veranderd. Het is een buitengewoon omslachtig en kwetsbaar model dat in geen enkele andere sector zo werkt: je bent persoonlijk verantwoordelijk in avond, nachten en weekenden maar je ‘verkoop’ die verantwoordelijkheid aan een willekeurige persoon of commerciële organisatie die de dienst draait. In H5 staan nog meerdere pleisters en touwtjes voor dit model genoemd: kortom dit is niet houdbaar.

“Overdag helpt de huisarts zijn eigen patiënten. De ANW-zorg wordt (veelal) vanuit grootschalige locaties op afstand aangeboden door onbekende hulpverleners, aan onbekende patiënten en georganiseerd onder verantwoordelijkheid van zelfstandige zorginstellingen [HDS] met eigen regelgeving en eigen overhead. Bron: VPH¹⁰”

De SEMD maakt een model mogelijk die wel de **ontkoppeling** van de aanbodzijde organiseert terwijl de **24x7 verantwoordelijkheid en gewenste eigen grip en autonomie juist versterkt wordt**. We kijken daarvoor naar de evolutie die de SEH al heeft doorgemaakt en kiezen ervoor om de diensten-verkoop-handel in te ruilen voor een meer duurzaam organisatiemodel. Namelijk door samen met de SEH en de drie andere domeinen 24/7 met een vaste groep SEH en huisartsen *in dienstverband* te gaan werken. Dit mede omdat dat vele positieve neveneffecten brengt (zie ook deel 3): te beginnen met dat je de artsen die zich over jouw patiënten ontfermen allemaal kent en je directe collega’s zijn. Het grote voordeel is daarbij dat de SEMD van, voor en door de eigen huisartsen is en alle randvoorwaarden, regels en uitzonderingen zelf bedacht kunnen worden. Zo moet een SEMD zeker niet zomaar 24x7 volledig toegankelijk zijn maar voldoende dempende schillen bevatten zoals digitale (zelf)triage, telefonische triage of enkel via een verwijzing op bepaalde momenten van de dag. **Spoed is spoed** en de SEMD is dus ook geen afvoerputje of duizend-dingen doekje: **thuisblijven zolang dat kan**, juist de SEMD kan dat helpen organiseren en anders direct naar de juiste plek.

⁷ Bron: De opbrengst van 20 jaar huisartsenposten, Huisarts & Wetenschap, Paul Giesen et al 06-05-2021

⁸ LHV, Actieplan ANW, [veelgestelde vragen](#)

⁹ Bron: [link](#)

¹⁰ Bron: <https://www.vphuisartsen.nl/faq-ontkoppeling-anw/>

Ontkoppelen van acute basiszorg naar een nieuw 24x7 *gezamenlijk* model is een logische doorontwikkeling voor elk van de vijf domeinen. Ook voor de HAP is het tijd voor transformatie na een kwart eeuw stilstand.

III | Positieve netwerkeffecten van een eigen SEMD organisatie

Door een afzonderlijke, gezamenlijke centrale organisatie zijn er met elkaar allerlei schaalvoordelen mogelijk die afzonderlijk niet te bereiken zijn. Bijvoorbeeld coöperaties als Friesland Campina zijn ontstaan voor ‘de kleine man’ of ‘de kleine boer’ om met elkaar centraal investeringen te kunnen doen (bijvoorbeeld in centrale administratieve of juridische expertise of in apparatuur en faciliteiten) en elkaar te helpen als iemand ziek is of steun nodig had. Je bent gezamenlijk eigenaar van elke keuze en besluit van ‘de melkfabriek’, voelt ook die verantwoordelijkheid en helpt elkaar op die plekken waar jij goed in bent.

Terug naar de zorg en los van welke toekomstige rechtsvorm dan ook: samenwerken heeft allerlei voordelen. Dat begint al bij de kostenvoordelen van het ontdebellen naar één balie en één triage. Er is gezamenlijke inkoopmacht van zorgproductie maar ook voor de inkoop van spullen (ook voor individuele praktijken) of investeringen in infrastructuur die je met elkaar kan gebruiken. We kunnen samen functies combineren, elkaar helpen en ‘overpakken’ bij pieken. Niet alleen tussen artsen & huisartsen of tussen verpleegkundigen, triagisten & secretariaat maar juist ook via taakroulatie, taakverruiming en taakverbreding. Paramedisch personeel die op de SEMD taken van de (huis)arts overneemt of physician assistants die als ‘rapid responders’ ambulanceinzet voorkomen tot het voorbeeld van Noordwest waar secretaresses een opleiding hebben gedaan tot doktersassistent, waardoor ze bij kunnen springen bij bijvoorbeeld urinesticks, controles of kleine wondjes.

Onder garanties van behoud van inkomen en autonomie kunnen bijvoorbeeld huisartsen er in de toekomst ook acute zorg overdag kwijt (4%), zowel als tijdelijke oplossing of als structurele afspraak. Iedere huisarts kan dit *altijd naar eigen keuze en per patiënt beslissen*. Bijvoorbeeld palliatieve zorg met spoed kan indien wenselijk altijd bij de eigen huisarts blijven, zowel overdag als in de ANW. Maatwerk en keuzevrijheid per praktijk en per patiënt staan voorop. Als de continuïteit van huisartsenzorg in de regio in gevaar komt, omdat een praktijkhouder geen opvolging kan vinden, kan de SEMD (tijdelijk) fungeren als gewone huisartsenpraktijk. Voorbeeld hiervan is HONK in Alkmaar, waar de HAP om die reden nu ook in gebruik is als dagpraktijk. Tenslotte kan een SEMD ook fungeren als achterwacht voorziening voor de aangesloten huisartspraktijken. Als een of meer praktijken een dag of dagdeel dicht gaat voor bijvoorbeeld nascholing of om andere (nood-)redenen kan de SEMD de patiëntenzorg waarnemen, zodat er niet gelijk een achterstand ontstaat als de praktijk weer opengaat.

En zo zijn er meer mogelijkheden en voordelen die ontstaan bij het 24x7 als netwerk samenwerken in de acute zorg. Zeker ook bij de ambulancezorg waarmee we bijvoorbeeld het vervoer kunnen innoveren, of samen met de VVT en GGZ in het netwerk nieuwe modellen ontwikkelen die zorgen voor de juiste basiszorg op de juiste plaats, slimmere doorstroom en uitstroom.

Zoals we dit stuk ook begonnen gaat het vandaag om het optekenen van een *impactvolle transitie* als *stip op de horizon* voor *over vijf jaar*, waarbij veldpartijen, verzekeraars en NZa vol meedenken om dit model gestaag van de grond te krijgen. Waarbij alle domeinen samen *maximaal bijdragen én profiteren* van een nieuwe gezamenlijke entiteit voor de acute basiszorg. Daarbij geldt dat pas als we in onze regio een solide basis van de SEMD hebben gelegd we over de grenzen van onze regio heen kijken. Bepaalde functionaliteiten van de SEMD lenen zich om op grotere geografische schaal te gaan aanbieden, zoals mogelijk de basis acute VVT en GGZ, specifieke faciliteiten of de 24-uurs beschikbaarheid van de SEMD.

IV | De SEMD houtskoolschets 2027

Honderd professionals uit vijf domeinen hebben de unieke kans om vanaf een leeg vel een geheel nieuwe, volledig gezamenlijke organisatie voor de acute basiszorg te ontwerpen. Voor elke stap vragen we ons af of het een impactvolle transformatie beoogt en de patiënt helpt: De SEMD staat voor passende acute zorg die begrijpelijk is en goed vindbaar, waar samenwerken de norm is, de patiënt altijd het uitgangspunt en iedereen in het acute zorgnetwerk herkenbaar en aanspreekbaar is:

De SEMD is **dé poort voor acute basiszorg**, niet in een keten maar vanuit **netwerkzorg** met voor alle vijf domeinen **één duidelijk loket**. Onze **netwerkzorg begint thuis** en is zo ingeregeld dat we spoed-presentaties op de SEMD maximaal voorkomen. De SEMD is **24x7 geopend** en biedt een **eigen palet passende basiszorg** voor de acute patiënt zodat de vijf domeinen (**adem**)ruimte krijgen voor hun **kerntaken**. Elk domein bepaalt zelf (per patiënt) de wens tot SEMD-verwijzing zodat ook acute basiszorg altijd **persoonsgericht** en **op maat** blijft. Iedereen binnen de SEMD is **breed inzetbaar** (opgeleid) en **elk domein brengt naar rato eigen personeel in**. Alle domeinen werken als **één team gezamenlijke collega's in één 24x7 organisatie**. Het **nieuwe SEMD-model vraag transitie** en vervangt het piepende kwart eeuw oude HAP diensten-verkoopmodel. Als eerste in Nederland (met hulp van de IZA partijen) zullen we, met behoud van registratie en inkomsten, **de huisarts verplichting om diensten te draaien afschaffen** en **werven een eigen groep vaste acute zorgcollega's** voor het SEMD team. Praktijkhouders kunnen naar wens meedraaien in dit team. De SEMD krijgt als flexibele, lerende organisatie een bestuur met **breed mandaat**. De bekostiging past bij onze netwerk-aanpak: niet op individuele prestaties maar **op basis van populatie of beschikbaarheid**. **Data en ICT is ons speerpunt** en de SEMD zoekt daarbij nadrukkelijk samenwerking met partijen om **grote stappen** te maken. Er komt een **data monitoringshuis** voor continue effectmeting op in-, door- en uitstroom voor de regio. Maximaal **voorspellend** door gebruik van **kunstmatige intelligentie (AI)**. Rond ICT zetten we in op **maximale toegang en uitwisseling** van gegevens.

Dat onze stip voor 2027. Laten we beginnen. **Vandaag is Dag 1.**