



Toekomstige Samenwerking tussen
Spoedeisende Eerste Hulp en
Huisartsenpost:

Mening van betrokken specialisten

B.A. Schulz

Studentnummer: 9932534

Kenniscentrum Huisartsenposten
en spoedeisende zorg

Afd. Kwaliteit van Zorg

UMC St Radboud Nijmegen (WOK)

Begeleiders:

Drs. P. Giesen, huisarts- onderzoeker

Dr. H. Mookink, methodoloog

Scriptie wetenschappelijke stage

Geneeskunde

Januari- April 2004

1. Samenvatting

Inleiding

Nu de huisartsenpost (HAP) in Nederland de organisatievorm geworden is van waaruit de huisartsenzorg buiten kantoor tijden wordt geleverd, komt de discussie op gang over de toekomst van de HAP. In de huidige discussie wordt geopperd dat de HAP samenwerking moet gaan zoeken met de ziekenhuis- Spoedeisende Eerste Hulp (SEH). Om de consequenties van een dergelijke ontwikkeling vooraf in te schatten is het van belang huisartsen en specialisten naar hun mening te vragen.

Doel

Dit onderzoek brengt de mening van specialisten in kaart betreffende de toekomstige aard van samenwerking tussen huisartsen en specialisten op het terrein van de spoedeisende zorg.

Methode

Een literatuurstudie naar samenwerking tussen huisartsen en specialisten op het terrein van de spoedeisende zorg en een telefonische semi-gestructureerd kwalitatief onderzoek onder bij de SEH betrokken specialisten.

Resultaten/ Conclusie

1. Samenwerking tussen huisarts en specialist op het gebied van de spoedeisende hulp vond, in beperkte mate, al langer plaats zo blijkt uit de literatuur. De intensieve samenwerking die vereist is bij een integratie van SEH en HAP is echter nieuw, en voorafgaand onderzoek naar de verwachtingen en wensen waarmee de participanten deze samenwerking in de toekomst aan zullen gaan, is dan ook zeer gewenst.
2. De grootste ervaren knelpunten op de huidige SEH zijn de bereikbaarheid van een huisarts, de wachttijd en de doorlooptijd van een patiënt. Het lijkt erop dat specialisten in de toekomst opteren voor het gezamenlijke loket, het '1 poort- model', met een telefonische triage voorafgaand aan bezoek van de geïntegreerde SEH/ HAP en een verpleegkundige voor de triage aan de poort.

2. Inhoudsopgave

| | |
|--|--------|
| 1. Samenvatting | pg. 1 |
| 2. Inhoudsopgave | pg. 2 |
| 3. Inleiding | pg. 4 |
| 4. Vraagstelling | pg. 5 |
| 5. Methode | |
| 5.1 Design | pg. 6 |
| 5.2 Populatie | pg. 6 |
| 5.3 Variabelen | pg. 6 |
| 5.4 Analyse | pg. 7 |
| 6. Resultaten | |
| 6.1 Ervaren knelpunten in de huidige zorg | pg. 8 |
| 6.2 Gewenste organisatievorm | pg. 9 |
| 6.3 Gewense samenwerking | pg. 10 |
| 6.4 Mogelijke randvoorwaardelijke aanvullingen en obstakels van integratie..... | pg. 12 |
| 7. Beschouwing | |
| 7.1 Belangrijkste resultaten | pg. 14 |
| 7.2 Opmerkingen bij de Resultaten | pg. 14 |
| 7.3 Kanttekeningen bij dit onderzoek | pg. 15 |
| 7.4 Punten van discussie | pg. 16 |
| 7.5 Conclusie | pg. 17 |
| 8. Literatuurlijst | pg. 18 |

| | |
|---|--------|
| 9. Bijlagen | pg. 21 |
| 9.1 Literatuurstudie | |
| 9.2 Enquête | |
| 9.3 Kwantitatieve resultaten | |
| 9.4 Uitwerking open vragen/ opmerkingen | |

3. Inleiding

Nu de huisartsenpost (HAP) in Nederland de organisatievorm geworden is van waaruit de huisartsenzorg buiten kantooruren wordt geleverd, komt de discussie op gang over de toekomst van de huisartsenpost. De HAP voldoet weliswaar aan de verwachtingen die huisartsen voor het starten met de post hadden; zoals daar zijn lagere werkdruk en toename van de arbeidssatisfactie (zie bijlage 9.1.2.2). Maar met de komst van de huisartsenpost komen ook langer bestaande problemen boven water en er ontstaan weer nieuwe problemen. Patiënten lijken niet meer te weten bij welke zorgaanbieder zij met hun klacht terecht moeten en er vindt een inefficiënt gebruik van middelen plaats door het bestaan van twee parallelle zorgaanbieders; de HAP en de ziekenhuis- Spoedeisende Eerste Hulp (zie bijlage 9.1.2.2). In de huidige discussie wordt geopperd dat de HAP samenwerking moet gaan zoeken met de ziekenhuis- SEH, vanuit de gedachte dat verdergaande integratie een win/ win- situatie kan opleveren en kan leiden tot efficiëntere en meer op de patiënt afgestemde zorg; immers de patiënt komt zo sneller terecht bij de aangewezen hulpverlener voor zijn klachten; zij het de huisarts, zij het de specialist. Dit is ook het model dat het ministerie in haar beleidsvisie voorstaat (zie bijlage 9.1.2.3).

Om de consequenties van een dergelijke ontwikkeling vooraf in te schatten is het van groot belang huisartsen en specialisten te bevragen op hun visie. Daarom is bij de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Zorg van het UMC St Radboud te Nijmegen een grootschalig onderzoek gestart naar deze visies. Dit onderzoek valt uiteen in 3 delen:

1. De toekomstvisie van huisartsen op de HAP (en een mogelijke samenwerking met de ziekenhuis-SEH)
2. Een inventarisatie van de problematiek die op een doorsnee SEH gezien wordt: blijkt uit de betreffende gegevens dat er voordeel te behalen valt uit een nauwere samenwerking tussen HAP en SEH?
3. De toekomstvisie van specialisten op een mogelijke nauwere samenwerking tussen HAP en SEH

Met het voor u liggende deelonderzoek wordt de toekomstvisie van specialisten, betrokken bij de de SEH, in kaart gebracht.

Uit een literatuurstudie die is uitgevoerd voordat gestart werd met dit onderzoek bleek dat de visie van specialisten op dit onderwerp nog niet op een landelijke schaal is onderzocht (tenminste er zijn nooit resultaten gepubliceerd). Wel zijn er enkele regionale samenwerkingsprojecten beschreven; deze zijn weergegeven in de literatuurstudie, die als

bijlage 9.1 in deze scriptie is opgenomen. Twee voorbeelden hiervan zijn het ziekenhuis Gelderse Vallei waar sinds 2000 een HAP in het ziekenhuis gevestigd is, en het Academisch Ziekenhuis Maastricht, waar een HAP vóór de SEH is geplaatst.

Uit de literatuurstudie blijkt dus dat er nog discussie bestaat over wat de beste organisatievorm in de toekomst zou zijn. Er zijn een paar modellen geopperd (zoals de genoemde HAP in het ziekenhuis, of vóór de SEH). Deze zijn voor dit onderzoek aangevuld met eigen ideeën, aansluitend bij de huidige discussie. Zo is er een enquête ontwikkeld (dit wordt in hoofdstuk 5. Methode nog verder besproken) met, naast huidige knelpunten en gewenste toekomstige samenwerking, de volgende organisatievormen/ modellen die zijn voorgelegd aan de respondenten:

- huidige situatie behouden (hierbij is de HAP elders in de stad gevestigd, en dus zonder verdere samenwerking met het ziekenhuis noch met de SEH) (*vraag 14*)
- 2 poorten- model (hierbij is de HAP bij de SEH gevestigd, maar niet ermee geïntegreerd en heeft de patiënt dus de keus of hij bij HAP dan wel bij SEH binnenloopt met zijn klacht) (*vraag 15*)
- 1 poort- model (hierbij zijn HAP en SEH dus wél geïntegreerd en kan patiënt met zijn klacht slechts bij één poort terecht) (*vraag 16*)
- opheffing van de HAP's; alle klachten buiten kantooruren worden op de ziekenhuis-SEH gezien en behandeld (mogelijk in het kader van een nieuwe opleiding tot SEH-arts) (*vraag 17*)
- de mogelijkheid voor huisartsen om hun diensten facultatief aan het ziekenhuis te verkopen en dus te worden ingehuurd door een ziekenhuis (*vraag 18*)

4. Vraagstelling

Wat is de mening van specialisten over de toekomstige aard van samenwerking tussen huisartsen en specialisten op het terrein van de spoedeisende zorg?

5. Methode

5.1 Design

Een transversale, telefonisch afgenomen, semigestructureerde enquête met als doel een eerste oriënterend onderzoek.

5.2 Populatie

Er is gekozen voor het afnemen van de enquête bij specialisten die in hun dagelijks werk betrokken zijn bij de SEH. Zij werken er, zij kennen de knelpunten, zij weten wat er speelt op de SEH. Vandaar dat dit onderzoek zich met name gericht heeft op chirurgen, internisten en cardiologen.

Arts- assistenten werkzaam op de SEH zijn niet bij het onderzoek betrokken omdat zij doorgaans kortere tijd werken op de SEH en er dus niet een dusdanige affiniteit mee hebben als de eerder genoemde specialisten.

Via de internetsite www.ziekenhuis.nl zijn telefoonnummers van alle ziekenhuizen in Nederland te achterhalen. Ziekenhuizen zijn dusdanig uitgezocht dat er een zekere geografische spreiding over heel Nederland is verkregen en dat er zowel academische als perifere ziekenhuizen zijn benaderd.

Het aantal benaderde ziekenhuizen stond niet bij aanvang van het onderzoek vast. Het streven was om 20 of meer enquêtes af te nemen. In elk ziekenhuis zijn de secretariaten van de afdelingen chirurgie, interne geneeskunde en cardiologie benaderd, met de vraag of een specialist van de afdeling interesse had om aan het onderzoek mee te werken.

5.4 Variabelen

De gebruikte enquête (als bijlage 9.2 achterin deze scriptie opgenomen) is totstand gekomen uit een reeds eerder ontworpen enquête. Deze werd door de onderzoeksgroep van de afdeling Onderzoek Kwaliteit Zorg, de afdeling die het gehele onderzoek uitvoert, gebruikt om de tevredenheid onder huisartsen over de huidige HAP's in kaart te brengen evenals de toekomstvisie van huisartsen op een mogelijke samenwerking tussen HAP en SEH¹. Deze reeds bestaande enquête is op verschillende punten gewijzigd:

- het onderdeel betreffende de tevredenheid over de huidige HAP's is geschrapt
- in het onderdeel betreffende de toekomstvisie zijn niet relevante vragen geschrapt en mogelijke discussiepunten met betrekking tot randvoorwaarden toegevoegd

¹ De Graaf O. Centrale Huisartsenpost: Toekomstvisie van huisartsen, een pilot- studie. Scriptie. Maart 2004

- het eerste onderdeel van de huidige enquête, betreffende ervaren knelpunten op de huidige SEH, is toegevoegd; dit in de veronderstelling dat het beste kan worden verder gedacht over de toekomstvisie van betreffende specialist met betrekking tot de SEH (en mogelijke samenwerking met de HAP) startend vanuit knelpunten die de specialist in zijn dagelijks werk ervaart

Daarmee bestond de enquête dus uit 4 onderdelen:

1. Ervaren knelpunten in de huidige zorg op de SEH: onderverdeeld in: wachttijden, doorlooptijden op de SEH, personeelstekorten, zelfverwijzers, onbekendheid met voorgeschiedenis van een patiënt, slechte bereikbaarheid van een huisarts, te weinig tijd over hebben voor patiënten op de afdeling (naast SEH- werk). *De specialisten is gevraagd deze te scoren op een schaal van 1 tot 10.*
2. Gewenste organisatievorm; onderverdeeld zoals in de Inleiding aangegeven. *De specialisten is gevraagd welk model hen het meeste aansprak.*
3. Gewenste samenwerking; onderverdeeld in: géén verdere samenwerking, HAP maakt gebruik van diagnostische faciliteiten van het ziekenhuis, telefonische triage, triage aan de poort, triage onder verantwoordelijkheid huisarts, wederzijdse uitwisseling van personeel, opvang bij piekbelasting door de andere partij, elkaar consulteren waar nodig *De specialisten is gevraagd of zij het met de varianten eens waren of niet.*
4. Mogelijke randvoorwaardelijke aanvullingen en obstakels van integratie; met als belangrijkste vraagteken de financiële gevolgen van een verandering van het systeem. *De specialisten zijn naar hun mening hierover gevraagd.*

5.5 Analyse

1. Gekwantificeerde resultaten zijn in een tabel geplaatst (zie bijlage 9.3) en gekeken is naar de frequentieverdeling van de antwoorden.
2. Kwalitatieve opmerkingen en toelichtingen zijn per vraag gegroepeerd (zie bijlage 9.4); gezocht is naar mogelijke trends en de variatie aan meningen is op basis hiervan in kaart gebracht.

Noot: Triage is van oudsher: het sorteren van patiënten en het toekennen van een behandeling aan patiënten, met name in oorlogs- en rampensituaties, gebaseerd op een systeem van prioritering, ontwikkeld om het aantal overlevenden te maximaliseren. Tegenwoordig komt het erop neer dat degene die de triage uitvoert bepaald of een patiënt met spoed door een arts gezien moet worden of dat het nog even kan wachten (vaak tot de volgende dag; dan kan patiënt bij zijn/ haar eigen huisarts terecht).

6. Resultaten

Van de 60 benaderde afdelingen (20 ziekenhuizen; bij elk de afdelingen chirurgie, interne en cardiologie) zijn uiteindelijk 24 enquêtes verkregen.

Hierbij betrof het:

- 10 chirurgen
- 7 internisten
- 6 cardiologen
- 1 SEH- arts (sprekend voor de betreffende afdeling chirurgie)

De resultaten van het onderzoek zullen hieronder per onderdeel worden besproken.

6.1 Ervaren knelpunten in de huidige zorg

De grootste knelpunten bleken te liggen op het terrein van:

- de bereikbaarheid van een huisarts
- in mindere mate de wachttijd op de SEH en de doorlooptijd van een patiënt

Bij de vraag naar de bereikbaarheid van een huisarts werd enkele keren de opmerking gemaakt dat met name buiten kantooruren een knelpunt vormde.

De vraag naar zelfverwijzers/ huisartsgeneeskundige hulpvragen op de SEH, die verwacht werd veel sterker als knelpunt te worden ervaren bij het werk op de SEH, werd juist minder als knelpunt ervaren. Hier zijn door de specialisten enige verklaringen voor gegeven:

1. cardiologen gaven vaak aan geen hinder te ondervinden omdat zij niet zo zeer werkzaam zijn op de SEH als wel op een Eerste Harthulp. En de patiënten die zij daar zien zijn vaak verwezen door de huisarts; en zij die dat niet zijn horen volgens de cardiologen wel degelijk thuis op de Eerste Harthulp (en zouden door een huisarts, als deze door de patiënt was geconsulteerd, ook zijn doorverwezen).
2. internisten gaven aan dat 'interne' beduidend minder zelfverwijzers ziet dan 'chirurgie' en dat het om die reden geen ernstig knelpunt voor hen vormde
3. filosofie:
 - zelfverwijzers brengen een vrijgevestigd chirurg op relatief eenvoudige wijze relatief veel geld in en zijn zodoende altijd welkom
 - het ziekenhuis accepteert dat een patiënt een klacht dusdanig ernstig neemt dat deze ermee naar de SEH komt en vindt zelfverwijzers dus geen probleem
4. meerdere chirurgen gaven aan te werken op een gesloten SEH: zelfverwijzers werden teruggestuurd naar de huisarts en vormden zodoende geen knelpunt meer in de bezigheden op de SEH

Een gesloten SEH is een voorbeeld van de oplossingen die door de verschillende ziekenhuizen zijn bedacht om knelpunten, en dan met name de zelfverwijzers, te verhelpen. Bij de vraag naar oplossingen die nu reeds worden uitgetoet in het betreffende ziekenhuis springt het meest in het oog:

- dat er reeds uiteenlopende samenwerkingsmodellen met HAP's worden toegepast
- dat meerdere ziekenhuizen reeds zijn begonnen met een opleiding tot SEH- arts

Desalniettemin is er zelden sprake van duidelijke tevredenheid onder de specialisten over de toegepaste oplossingen en heerst er nog onzekerheid over het te verkiezen organisatie-model.

6.2 Gewenste organisatievorm

In de enquête (zie bijlage 9.2; vraag 14 t/m 18) zijn enkele organisatie-modellen beschreven voor verdere samenwerking tussen SEH en HAP. Deze zijn ook in de Inleiding reeds uiteengezet.

De situatie zoals die nu bestaat, HAP los van ziekenhuis elders in de stad gevestigd (vraag 14), wordt niet als ideaal ervaren. "Het is het huidige model en het schiet tekort" (denk aan zelfverwijzersproblematiek waarvoor oplossingen moeten worden gezocht, hoge kosten etc.).

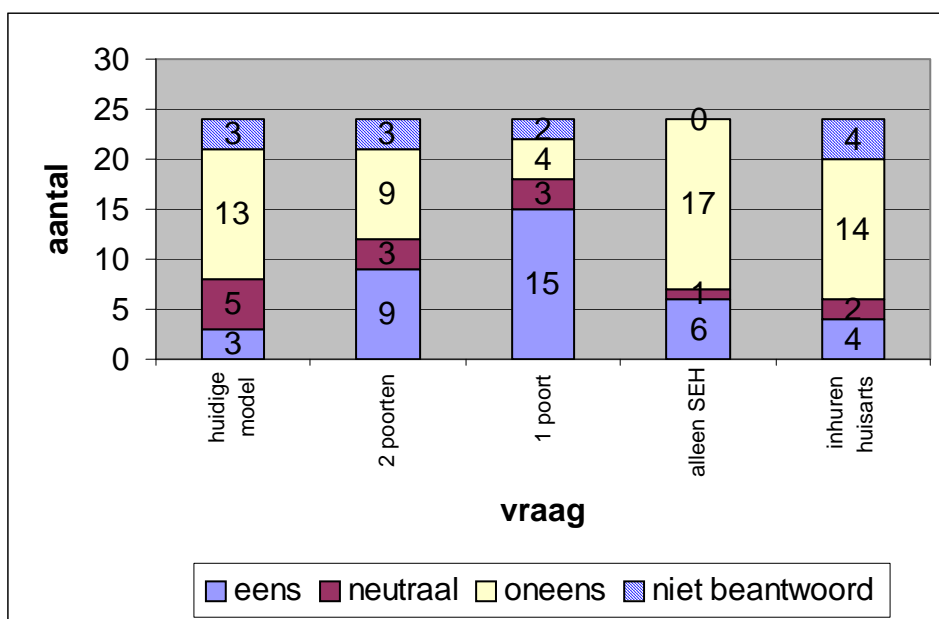
Als men dus naar een nieuw model gaat, lijkt het '1 poort-model' (vraag 16) de voorkeur te krijgen boven het '2 poorten-model' (vraag 15). Bij het '2 poorten-model' wordt enkele keren de opmerking gemaakt dat er sprake moet zijn van een terugverwijsbeleid naar de HAP voor zelfverwijzers. Maar het '1 poort-model' krijgt in totaal toch duidelijk meer voorstanders; wie er aan die poort moet staan om de triage uit te voeren is echter een andere vraag (deze komt in het volgende onderdeel aan de orde).

Het model van vraag 17, waarbij de HAP's worden opgeheven en de klachten buiten kantooruren allemaal door de SEH worden afgehandeld (dit in het kader van de nieuwe opleiding tot SEH- arts) kent veel tegenstanders, maar ook enkele uitgesproken voorstanders. De grootste bezwaren liggen er bij de vraag "Wie doet de thuisvisites?"; bij de begeleiding van terminale patiënten; en bij de verwachting dat het verbruik van middelen toeneemt, er een toename van diagnostieaanvragen zal plaatsvinden en zodoende de kosten zullen stijgen. Een andere respondent echter, een voorstander van een opleiding tot SEH- arts, gaf aan dat de morbiditeit die op de SEH gezien wordt wezenlijk verschilt van die op een HAP (dit blijkt ook uit de literatuur). Hier ligt een rol voor een SEH- arts terwijl de huisarts, voor andere klachten, beschikbaar blijft via een losstaande HAP. De situatie in de grote stad verschilt volgens menig respondent wezenlijk van die op het platteland (denk aan forenzen en toeristen die niet tot het zorggebied van een huisarts behoren) en hier moet dus ook rekening mee worden gehouden.

Een ander model plaatst de SEH- arts als triagist op de SEH, en de huisarts (voor huisartsgeneeskundige zorg buiten kantoor tijden) ‘daarachter’. De SEH- arts trieërt dus en verwijst naar de (geïntegreerde) HAP voor huisartsen- zorg.

Tenslotte heeft een andere respondent nog eens aangegeven dat de visie op de SEH- arts, op de inhoud van zijn (mogelijke) toekomstige functie, ook nog niet helder is. In het betreffende ziekenhuis is de visie: de SEH- arts wordt een soort huisarts⁺ die de specialist ontlast, maar zeker geen “emergency- life- support- arts” zoals deze in Amerika reeds werkzaam is.

Het inhuren van huisartsen door ziekenhuizen, op vrijwillige basis (zij hoeven dus geen dienst meer te doen); een model dat de ‘Club van 100’ voorstaat (zie bijlage 9.1.2.5) werd over de grote lijn afgekeurd. “Huisartsen moeten gewoon dienstdoen!”



figuur 1. Specialisten: eens/oneens met organisatiemodellen

6.3 Gewenste samenwerking

Vraag 19: Er vindt geen verdere samenwerking plaats tussen HAP en SEH?

Deze vraag bleek tijdens het afnemen van de enquêtes niet relevant (immers, de respondenten hadden reeds bij het vorige onderdeel van de enquête aangegeven of zij al dan niet wilden samenwerken met de HAP) en is dan ook bij het afnemen van de enquêtes verder weggelaten.

Vraag 20: HAP maakt gebruik van diagnostische faciliteiten van het ziekenhuis?

Huisartsen mogen gebruik maken van de diagnostische faciliteiten van het ziekenhuis, maar uitsluitend op ‘huisartsenniveau’ (te denken valt aan eenvoudige laboratoriumbepalingen). Onderzoek dat huisartsen niet zelf kunnen beoordelen (het gaat dan toch ook al vaak om een gewone röntgenfoto) moeten ze, zo is de mening van

verschillende specialisten, uitbesteden aan het betreffende specialisme (met andere woorden: verwijzen).

Vraag 21: Gezamenlijke telefonische triage voor de hele regio?

Een meerderheid ziet de noodzaak van een telefonische triage in. Echter, er moet een goede dekking zijn, de bereikbaarheid moet goed zijn en degene die de telefoon beantwoordt moet goed opgeleid zijn. Op de vraag wie het beste deze persoon kan zijn verschillen de antwoorden, maar menig specialist vindt toch dat de doktersassistenten het momenteel zeer behoorlijk doen en dit ook in de toekomst kunnen blijven doen (onder supervisie van een huisarts).

Of de 'delay' (de tijd die verstrijkt voor een patiënt gezien wordt) toeneemt of afneemt door het invoeren van deze telefonische triage, daarover verschillen de meningen; het zal in de praktijk moeten blijken en zonodig bijgestuurd moeten worden.

Wat echter zeker is, is dat het, volgens de specialisten, mogelijk moet zijn om deze telefonische triage te omzeilen! (te denken valt aan patiënten die reeds langer bij de specialist bekend zijn).

Vraag 22: Gezamenlijke triage voor de hele regio aan de poort van de SEH/ HAP?

Ook één triage aan de poort van een geïntegreerde SEH/ HAP draagt de goedkeuring van een groot deel van de specialisten (dit is eigenlijk een herhaling van vraag 16; zie paragraaf 6.2). Maar op de vraag wie deze triage moet uitvoeren, verschillen de antwoorden: ofwel een ervaren SEH- verpleegkundige, ofwel een triage- verpleegkundige (in het kader van een nieuw te starten opleiding voor verpleegkundigen tot triage-verpleegkundige).

Vraag 23: Triage valt onder verantwoordelijkheid van de huisarts?

Het lijkt erop dat deze triage aan de poort onder de verantwoordelijkheid van de huisarts moet gaan vallen. De antwoorden op deze vraag kunnen echter ook geïnterpreteerd worden als: "het moet een huisartsgeneeskundige triage worden". Maar wie daarvoor verantwoordelijk is, is in dit kader dan een hele andere vraag.

Vraag 24: Wederzijdse ondersteunende personeelsinzet?

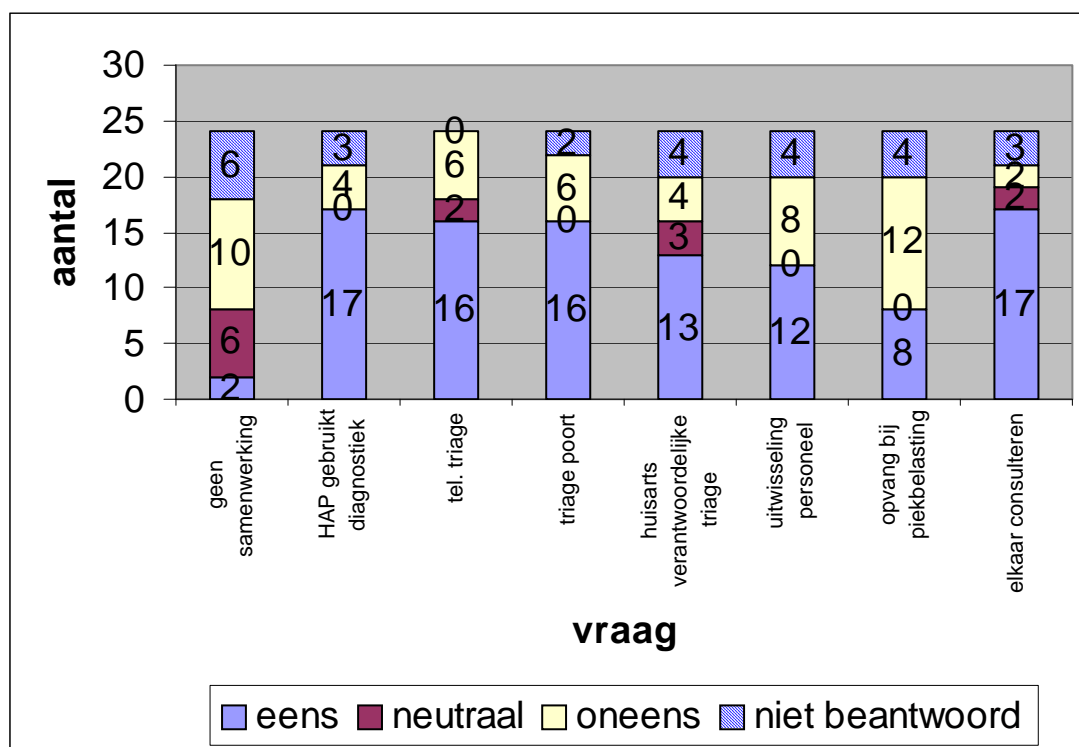
Uitwisseling van ondersteunend personeel (verpleegkundigen en dokters- assistenten) vindt menig specialist niet zo'n goed idee. Voor administratief/ secretariaal werk kan het zeker wel, maar voor de rest heeft het verschillende personeel toch een compleet verschillende achtergrond en is daardoor niet wederzijds inzetbaar.

Vraag 25: *Bij piekbelasting van één partij is er opvang door de andere partij?*

Huisartsen hebben niet voldoende specialistische kennis hiertoe! Nood breekt natuurlijk wet; maar problemen bij piekbelasting geeft blijk van een organisatorisch probleem dat op dat vlak moet worden aangepakt (inroostering van meer personeel).

Vraag 26: *Specialist en huisarts geven gezamenlijk zorg aan patiënt en consulteren elkaar waar nodig?*

Het “elkaar consulteren” wordt veelal als dé meerwaarde van het hele systeem gezien. Kanttekening is wel dat verantwoordelijkheden duidelijk verdeeld moeten zijn. Enkele specialisten zijn ‘strenger’ en zeggen: zelf oplossen, of verwijzen!



figuur 2. *Specialisten: eens/ oneens met samenwerkingsopties*

6.4 Mogelijke randvoorwaardelijke aanvullingen en obstakels van integratie

Met name financiële kanttekeningen vormden een belangrijk punt.

Enerzijds gaven verschillende specialisten aan dat het principe ‘geld volgt de zorg’ een eerlijk principe was en dat een, hiermee gepaard gaande, inkomensdaling voor specialisten voor lief moet worden genomen.

Anderzijds gaven vrijgevestigde chirurgen aan de Eerste Poli Bezoeken die resulteren uit de relatief eenvoudige ingrepen die in de toekomst door de huisarts zouden moeten worden uitgevoerd, niet te willen verliezen.

Een compromis ligt mogelijk in een inkomensgarantie op basis van verwachte patiëntstromen en de vraag is in hoeverre het systeem van de DBC's (Diagnose Behandel Combinatie's) hierin voorziet.

Een heel andere visie die naar voren kwam: huisartsen krijgen reeds een vaststaand bedrag voor ziekenfondspatiënten en worden verwacht in ruil hiervoor zorg te leveren. Momenteel is het echter zo dat chirurgen een deel van deze zorg leveren (immers zij behandelen nu de zelfverwijzers nog). Huisartsen krijgen nu dus eigenlijk geld voor zorg die zij helemaal niet leveren! De huisarts in de toekomst laten zorgen voor de zelfverwijzers, levert dus een besparing op voor het hele zorgsysteem!

Overige relevante opmerkingen:

- er moet een Elektronisch Medisch Dossier komen dat toegankelijk is voor zowel huisarts als specialist (verschillende ziekenhuizen experimenteren hier reeds mee)
- een grotere stad telt meerdere SEH's: moeten er dan ook meerdere HAP's komen als men kiest voor een integratie van SEH en HAP?
- de werkdruk voor huisartsen zal stijgen: gaat dit een probleem vormen?
- Het Academisch Ziekenhuis Maastricht is het enige ziekenhuis in Nederland dat reeds langere tijd functioneert met een integratie van HAP en SEH, de HAP is hier vóór de SEH geplaatst, en een ieder die buiten kantooruren met een klacht komt wordt dus eerst door een huisarts gezien.

Een respondent uit dit ziekenhuis gaf aan dat dit model voor een duidelijke verlaging van de kosten voor het ziekenhuis heeft gezorgd! De inkomsten gingen omlaag, maar de winst voor het ziekenhuis die in de kostenbesparing lag overtrof deze inkomensdaling beduidend!

7. Beschouwing

7.1 Belangrijkste resultaten

Grootste knelpunten op de SEH waren de bereikbaarheid van een huisarts en de wacht- en doorlooptijden van de patiënten.

Het lijkt erop dat specialisten in de toekomst opteren voor het ‘1 poort- model’, met een telefonische triage voorafgaand aan het bezoek van een patiënt aan de geïntegreerde SEH/HAP en een verpleegkundige voor de triage aan de poort. De huisartsen die dienst doen op de HAP mogen gebruik maken van de diagnostische faciliteiten van het ziekenhuis zolang zich dit beperkt tot het “huisartsniveau”. Een uitwisseling van personeel (behalve voor secretariële werk) wordt niet gewenst, evenmin als een opvang van drukte bij de ene partij door de andere. Er moeten duidelijke grenzen getrokken worden, die voor consultatie echter overschreden kunnen worden.

7.2 Opmerkingen bij de Resultaten

Met consultatie wordt dan met name gedacht aan consultatie van een specialist door een huisarts, niet andersom! De indruk bestaat dat het met name de huisarts is die profiteert van een mogelijke integratie. Het is de huisarts die de kans krijgt een specialist te consulteren, het is de huisarts die de diagnostische faciliteiten van het ziekenhuis mag gaan gebruiken en voor de specialist betenkt integratie slechts dat hij niet meer veel tijd hoeft te ‘verdoen’ met makkelijke problematiek. Dit lijkt het enige motief voor integratie voor de specialist. De enige winst.

Het is mogelijk dat de verklaring hiervoor voor een deel ligt in het onderzoek naar de ervaren knelpunten op de huidige SEH; dit deel van het onderzoek kwam niet goed uit de verf.

Immers, samenwerking met een HAP als oplossing voor knelpunten in het eigen werk is waarschijnlijk wél een goed motief voor integratie. Er werden door de specialisten echter geen duidelijke knelpunten aangegeven. Waarschijnlijk komt dit door de gebruikte onderzoeksmethode; binnen 5 minuten telefonisch aangeven, via voorgestructureerde kernwoorden, waar het schort op de eigen SEH is niet de ideale onderzoeksofzet.

Dit is jammer omdat samenwerking eigenlijk nog veel meer in kan houden voor de specialist en huisarts: transmurale samenwerking, de mogelijkheid tot inhoudelijke samenwerking tussen eerste- en tweede lijn; het samen aan het ‘bed’ van de patiënt staan.

We hebben het dan over het inzicht krijgen in de visie van de ander, over het leren kennen van de ander en zijn werkwijze! We hebben het dan over nieuwe mogelijkheden die ontstaan bij het integreren van twee totaal verschillende bedrijfsculturen. Dit zijn voordelen van een integratie die zeker ook een effect kunnen hebben op de samenwerking tussen huisarts en specialist overdag.

Het zal dan ook nodig zijn deze immateriële aspecten van een nauwere samenwerking (zoals het leren kennen van elkaar en elkaars visie, wat kan leiden tot een betere kwaliteit van zorg door bundeling van expertise en uitwisseling van vakgebonden kennis) te onderkennen en te waarderen omdat het onvermijdelijk zal zijn dat er botsingen op gaan treden tussen huisarts en specialist bij integratie van SEH en HAP; bij integratie van twee culturen. En dan is het nodig deze voordelen van een blijvende samenwerking voor ogen te houden om de onenigheden te overbruggen.

Er dient dus getracht te worden de discussie over de toekomst van HAP en SEH niet enkel en alleen te voeren op het gebied van de verliezen en bedreigingen, van de randvoorwaarden en de territoriumafbakening maar om ook de immateriële kant van een integratie te betrekken. Nu is hier in het uitgevoerde onderzoek via een telefonische enquête duidelijk te weinig tijd voor geweest, en is deze kant van de zaak ook onderbelicht gebleven in de enquête, maar dit is zeker iets wat in komende onderzoeken mee moet worden genomen.

7.3 Kanttekeningen bij dit onderzoek

Er moet hier een duidelijke kanttekening gezet worden bij de onderzoeksmethode.

Zoals gezegd is voor dit onderzoek gebruik gemaakt van een reeds bestaande enquête. Deze enquête heeft echter een duidelijk manco. In de enquête wordt de respondenten gevraagd of zij het eens danwel oneens zijn met een bepaald organisatiemodel. Op basis van deze vraagstelling kan men echter niet concluderen dat een bepaald model de vóórkeur van de respondent heeft!

Om dit te ondervangen heb ik bij het telefonisch afnemen van de enquête gevraagd welk model de respondent het meest áánspreekt. Echter heb ik vervolgens, in sommige gevallen, tevens gevraagd of de respondent het met de overige modellen eens dan wel oneens is. Niet in alle gevallen omdat ik mij niet altijd in de positie zag om lang door te vragen. Drukke agenda's van de respondenten, dan wel een uitgesproken mening die geen ruimte voor discussie liet, noopten mij soms mijn enquête in te korten en sommige vragen niet te stellen. Dit wil nu echter niet zeggen dat de verkregen resultaten geen waarde hebben. Zij geven wel degelijk de trends in de meningen van de bevroegde specialisten weer. En gezien het feit dat het hier een pilotstudie betreft, met het doel mogelijke trends in kaart te brengen, is dit verder geen probleem; men moet zich alleen niet blind staren op de kwantitatieve resultaten maar meer kijken naar de algemene tendensen die eruit blijken.

7.4 Punten van discussie

Om dan terug te keren tot het eigenlijke onderzoek:

Er is in de toekomst mogelijk toch een rol weggelegd voor een opleiding tot SEH- arts (gezien het feit dat enkele ziekenhuizen reeds begonnen zijn met de opleiding tot SEH- arts, en het feit dat de discussie over toekomstige taken en plaats in de organisatie zo sterk speelt bij de respondenten); ook de implementatie van een duidelijk waargenomen verschil tussen “stad en platteland” is nog een punt van discussie. Bij de resultaten (zie paragraaf 6.2) zijn reeds verschillende visies hierop besproken. In dit kader is het ook nuttig te kijken naar de functie van ‘triagist’ op een geïntegreerde SEH/ HAP.

Ik zeg functie, omdat het in feite niet gaat om een onderdeel van het huisartsen- danwel van het specialistenterritorium maar om een losstaande taak. De taak van het inschatten van welke zorg een patiënt nodig heeft. En de vraag is dan: wie voldoet er het beste aan de eisen die horen bij deze functie? Is dit de huisarts omdat hij ervaring heeft met het beoordelen van eerste- lijnsziektebeelden, is dit de SEH- arts omdat hij hiertoe in de toekomst zal worden opgeleid, of is dit een verpleegkundige omdat artsen te duur zijn om voor dit doeleinde te worden ingezet en een verpleegkundige die de grenzen van haar kunnen kent deze functie het meest (kosten)effectief kan vervullen en een arts te rade kan roepen wanneer een casus haar expertise overstijgt?

Naast de vraag wie de functie van triagist het beste kan vervullen komen er nog meer vragen uit dit onderzoek naar voren die om aandacht vragen:

- de telefonische triage moet omzeild kunnen worden en mag absoluut niet leiden tot een verlengde ‘delay’ voordat de patiënt gezien wordt; het is nog de vraag of de ‘delay’ door een telefonische triage misschien niet juist verkort wordt...
- wie moet de telefonische triage uitvoeren? Er zijn meerdere stemmen die zeggen dat de doktersassistenten van nu dit kunnen blijven doen, maar er zijn ook genoeg stemmen die zeggen dat zij niet voldoen, wijzend op beperkte opleiding bij de doktersassistenten.
- het fenomeen zelfverwijzers zal nooit helemaal verholpen kunnen worden. Daarom is er ook een rol weggelegd voor een verpleegkundige die triage aan de poort uitvoert. Voorkómen moet worden dat de patiënt te vaak zijn verhaal moet vertellen. Of deze verpleegkundige een ervaren SEH- verpleegkundige of een nieuwe triage-verpleegkundige moet zijn is nog de vraag (wellicht beide...)
- financiële gevolgen voor specialisten (mogelijk op te lossen via een inkomensgarantie op basis van verwachte patiëntstromen) vormen nog heikel punt. Nu mag het, mijns inziens, echter niet zo zijn dat persoonlijk financieel voordeel een factor wordt in het

beslissen over veranderingen die tot een betere kwaliteit van zorg voor heel Nederland kunnen leiden (desalniettemin moet er natuurlijk wel naar deze financiële situatie gekeken worden...)

- toename van werkdruk voor de huisarts en de rol van nurse- practitioners en verpleegkundigen in het verminderen hiervan
- een grotere stad kent vaak meerdere ziekenhuizen en meerdere SEH's. Betenkt dit ook dat er meerdere HAP's moeten komen, of ligt er een mogelijkheid in het doorsturen van zelfverwijzers bij de overige SEH's naar de geïntegreerde HAP/ SEH?

De bovengenoemde punten vragen om een antwoord dat mogelijk in toekomstig onderzoek gegeven kan worden.

7.5 Conclusie

“De mening van specialisten over de toekomstige aard van samenwerking tussen huisartsen en specialisten op het terrein van de spoedeisende zorg” biedt, zo lijkt het, ruimte aan: een integratie van SEH en HAP in de vorm van een ‘1 poort- model’, waarbij de huisarts gebruik mag maken van de diagnostiek van het ziekenhuis (op “huisartsniveau”), een telefonische triage voorafgaand aan het bezoek van een patiënt aan deze voorziening en een verpleegkundige voor de triage aan de poort.

Met als kanttekening dat deze conclusie de algemene trend in de meningen van de verschillende specialisten weergeeft. In feite zijn slechts sommigen van de respondenten een uitgesproken voor- dan wel tegenstander van een verdergaande samenwerking; meer respondenten zijn er eigenlijk ‘nog niet helemaal uit’.

Voorstander mits... of, tegenstander tenzij... het proces van meningvorming is nog in volle gang met bovenstaande conclusie als huidige trend.

8. Literatuurlijst

Berden H.J.J.M., Biert J. e.a. Spoedeisende medische hulpverlening; versterking van de keten. Medisch Contact 1996; 51 (17): 583- 585

Breedveld E., Brekelmans R. e.a. Ex- ante evaluatie ANW- model; een analyse vanuit cliënten- en medewerkersperspectief. Tilburg, oktober 2003

Centrale huisartsendienst Nijmegen. Jaarverslag 1999 en werkplan 2000; meer kwaliteit, minder last

Club van 100. Manifest 2004.

Coöperatieve Centrale Huisartsenpost Enschede e.o. Samen of alleen; Rapport Commissie Kansen en Bedreigingen Integratie CHPE- SEH. 19- 06- 2003

De Graaf O. Centrale Huisartsenpost: Toekomstvisie van huisartsen, een pilot- studie. Scriptie. Maart 2004

Evenblij M. Medische triage. Gezondheidszorg als slagveld. Medisch Contact 2004; 59 (12): 447- 450)

Galesloot J.A.M. Waar voor ons geld; Het maatschappelijk belang van acute huisartsenzorg. Medisch Contact 2000; 55 (48): 1725- 1727

Giesen P., Morkink H. e.a. Huisartsenzorg buiten kantoortijd in waarneemgroepen: ervaren knelpunten en taakopvatting van de huisartsen in Nederland anno 2000. rapport.

Giesen P., Hiemstra N. e.a. Tevreden over diensten; centrale huisartsenpost voldoet aan verwachtingen. Medisch Contact 2002; 57 (45): 1657-1660

Giesen P., Fraanje W., Klomp M. Rammelende keten; afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. Medisch Contact 2003; 58 (47): 1810- 1812

Hoogervorst H. Beleidsvisie acute zorg. Kamerstuk. 10- 10- 2003

Hutten J.B.F., Van Lindert H.P., Groenewegen P.P. Eerste en tweede lijn vinden elkaar; samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen geïnventariseerd. Medisch Contact 2003; 58 (34): 1270- 1271

Ijzermans C.J., Mentink S. e.a. Contacten buiten de kantooruren: klachten gepresenteerd aan de huisarts en aan de Spoedeisende Hulp. Ned. Tijdschr. Geneeskd. 2002; 146 (30): 1413- 1417

Jaarsma- Van Leeuwen I., Hammacher E.R., Hirsch R., Janssens M. Patiënten zonder verwijzing op de afdeling Spoedeisende Hulp: patiëntkarakteristieken en motieven. Ned. Tijdschr. Geneeskd. 2000; 144 (9): 428- 431

Jacobs E.S., Van Enk J.G., Post D. Poortwachter in het ziekenhuis; huisartsenpost leidt niet tot drukte in de tweede lijn. Medisch Contact 2003; 58 (19): 771- 772

Leenen L.P.H. Gescheiden wegen; efficiëntere zorg door een aparte spoedzorgstructuur. Medisch Contact 2004; 59 (10): 360- 363

Netten P.M., Van der Zee P.M., Bleeker M.W.P., Smulders C. De eerste lijn voorbij; Inventariserend onderzoek naar zelfverwijzers op de Spoedeisende Hulp. Medisch Contact 2002; 57 (03): 87- 89

Nieuwsreflex. Veel haken en ogen rond integratie SHE en huisartsenpost. Medisch Contact 2003; 58 (48): 1847

RVZ advies. Acute Zorg. 18- 12- 2003

Sardeman R.C. Piketpaaltjes langs het huisartsenterritorium; Inspectie voor de gezondheidszorg bakent de eerstelijnszorg af. Medisch Contact 2003; 58 (05): 170- 172

Sixma H.J., De bakker D.H. Hospital or general practice? Results of two experiments limiting the number of self referrals of patients with injuries to hospitals in The Netherlands. Journal of Accid. Emerg. Med. 1996; 13: 264- 268

Smaling A. De methodologische kwaliteit van kwalitatief onderzoek; Mogelijke Maatregelen. Verpleegkunde 1996; 11 (4): 240- 254

Spoedeisende Hulp als ketenzorg, Medisch Contact 2002; 57 (14): 528

Van den Bergh E.T.A.M., Mokkink H.G.A. Als elke seconde knelt... een onderzoek naar knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en ambulancediensten in de regio Nijmegen. Huisarts en Wetenschap 1997; 40 (12): 576- 80

Van Uden C.J.T. c.s. Poortwachter hersteld; Eerst naar de huisarts, dan naar de Spoedeisende Hulp. Medisch Contact 2003; 58 (39): 1482- 1485

Wensing M., Giesen P. Spoedeisende Geneeskunde: het patiëntenperspectief. Huisarts en Wetenschap 2000; 43 (12): 503- 506

9. Bijlagen

9.1 Literatuurstudie

9.1.1 Methode

9.1.2 Resultaten

9.1.2.1. De situatie vóór de oprichting van de HAP's

9.1.2.2. De situatie nú: samenwerking tussen HAP en andere actoren in het veld van de acute zorgverlening

9.1.2.3. Beleidsvisie van de overheid betreffende vernieuwing van de huidige acute zorg

9.1.2.4. De overwegingen van patiënten om met klachten naar de huisarts dan wel naar de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) van het ziekenhuis te gaan

9.1.2.5. Evaluatie van de integratie van HAP en SEH; overwegingen en verwachte problemen

9.1.2.6 Conclusie

9.2 Enquête

9.3 Kwantitatieve resultaten

9.4 Uitwerking open vragen/ opmerkingen

9.1 Literatuurstudie

9.1.1 Methode

Ik heb in de eerste plaats gebruik gemaakt van literatuur die reeds bij de onderzoeksgroep voorhanden was. Dit betrof met name basale literatuur betreffende huisartsenposten. Met behulp van zoektermen op basis van deze literatuur en de literatuuropgave aan het eind van elk reeds gelezen artikel heb ik verder gezocht naar aanvullende literatuur (de sneeuwbal methode). Hierbij heb ik gebruik gemaakt van het online archief van Medisch Contact (weekblad van de KNMG); de belangrijkste zoektermen waren hierbij “spoedeisende hulpverlening”, “zelfverwijzers” en “transmurale samenwerking”.

Daarnaast heb ik via Medline gezocht naar Engels- en Nederlandstalige artikelen, gepubliceerd tussen januari 1996 en februari 2004; deze beperking in de tijd, omdat huisartsenposten een relatief nieuw verschijnsel zijn dat zich snel ‘evolueert’ (oudere artikelen zijn regelmatig al niet meer ‘up to date’). De volgende zoektermen heb ik gebruikt: “out- of- hours”, “general practice”, “cooperation”, “emergency departement”, “self referrals”, “interprofessional- relations” en “cooperative- behavior”.

Verder heb ik via Pubmed naar artikelen gezocht; hierbij heb ik gebruik gemaakt van de volgende ‘MeSH- terms’: “after- hours- care”, “family practice”, “interdisciplinary communications” en (evenals bij Medline) “interprofessional relations” en “cooperative- behavior”.

De zo gevonden artikelen heb ik opgezocht in de medische bibliotheek van het UMC St Radboud; een enkel artikel heb ik besteld bij het NIWI (Nederlands Instituut voor Wetenschappelijke Informatievoorziening).

Hier moet nog opgemerkt worden dat internationale literatuur nauwelijks iets heeft kunnen bijdragen aan deze literatuurstudie (dit zal de lezer ook blijken uit het feit dat de aangehaalde artikelen, op een enkele uitzondering na, Nederlands zijn), terwijl ik wel degelijk uitgebreid heb gezocht naar artikelen uit internationale bronnen (zoals wel blijkt uit de hierboven weergegeven gebruikte literatuursystemen en zoektermen). De enige verklaring hiervoor is, dat er in de internationale literatuur op dit moment blijkbaar geen vernieuwende artikelen te vinden zijn (vernieuwend ten opzicht van de situatie in Nederland). Dit gaat lichtelijk tegen de verwachtingen in die ik bij aanvang de literatuurstudie had, aangezien het algemeen bekend is dat de huisartsenposten in Engeland en Denemarken al langer operationeel zijn.

Tenslotte moet in deze methodebeschrijving nog opgemerkt worden dat het onderzochte terrein een “terrein in beweging” is. Bijna elke week wordt er, met name in Medisch Contact, wel een artikel gepubliceerd dat het vermelden in deze literatuurstudie waard is. Vandaar dat deze dan ook toegevoegd zijn met als doel deze literatuurstudie zo ‘up to date’ mogelijk te houden.

9.1.2 Resultaten

De gevonden artikelen beslaan grofweg 5 verschillende, opeenvolgende aandachtsgebieden:

1. De situatie vóór het oprichten van de Huisartsenposten (HAP's)
(4 artikelen, referenties 3 t/m 6)
2. De situatie nú: samenwerking tussen HAP en andere actoren in het veld van de acute zorgverlening *(8 artikelen, referenties 7 t/m 14)*
3. Beleidsvisie van de overheid betreffende vernieuwing van de huidige acute zorg
(2 artikelen, referenties 15 t/m 16)
4. De overwegingen van patiënten om met klachten naar de huisarts dan wel naar de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) van het ziekenhuis te gaan
(5 artikelen, referenties 17 t/m 21)
5. Evaluatie van de integratie van HAP en SEH; overwegingen en verwachte problemen
(6 artikelen, referenties 22 t/m 27)

9.1.2.1. De situatie vóór de oprichting van de HAP's

In 1999 ging in Nijmegen, als één van de koplopers, de nieuwe dienstregeling via de huisartsenpost van start². Voor die tijd, en dit kan tegenwoordig feitelijk als geschiedenis beschouwd worden, werden de diensten in kleiner verband, via waarneemgroepen, gedraaid. De onderzoeken uit die tijd, en daarmee natuurlijk ook de door mij gevonden artikelen, zijn dus niet meer representatief voor de huidige situatie. Deze studies vormen echter de achtergrond, het decor waartegen men de huidige situatie af moet zetten en zijn daarmee voor het totaalbeeld relevant. Bovendien zijn sommige van de gevonden resultaten altijd nog actueel.

² *Centrale huisartsendienst Nijmegen. Jaarverslag 1999 en werkplan 2000; meer kwaliteit, minder last*

Zo blijkt uit een onderzoek met behulp van vragenlijsten uit 1997³; een onderzoek naar ervaren knelpunten in wederzijdse samenwerking tussen huisartsen en ambulanceverpleegkundigen; dat er sprake was van:

- onduidelijkheid over verantwoordelijkheid en taken
- tekort aan afstemming van medisch handelen en verschil in inzicht van wat ter plekke noodzakelijk was
- tekort aan kennis en vaardigheden op het gebied van EHBO bij de huisartsen

Ik wil niet zeggen dat hiervan nu nog steeds sprake is; maar de studie geeft wel duidelijk aan wat knelpunten kunnen zijn in de samenwerking tussen deze twee beroepsgroepen, en is daarmee ook tegenwoordig nog bruikbaar.

Om het tekort aan afstemming tussen de verschillende hulpverleners, dat uit bovenvermelde studie nog blijkt, te verhelpen, was het Motan opgericht⁴. Een model waarbij vertegenwoordigers van de belangrijkste disciplines in de spoedeisende hulp samen overlegden, om zo tot een uitwisseling van kennis en kunde te komen. Dit, om de verschillende beroepsgroepen via protocollering en bij-/ nascholing dichterbij elkaar te brengen. Een geschiedkundig voorbeeld (ook al is het nog geen 10 jaar oud) van samenwerking tussen huisartsen en specialisten.

De huisartsen zijn intussen overgegaan van een systeem met waarneemgroepen naar een centrale huisartsendienst. Uit onderzoek zijn verschillende factoren naar voren gekomen die deze grote verandering hebben uitgelokt⁵:

- lage arbeidssatisfactie bij werken in waarneemgroep
- hoge subjectieve werkdruk (objectieve werkdruk 20 uur per week)
- veel organisatorische en randvoorwaardelijke problemen
- oneigenlijke hulpvragen van patiënten/ eisend en agressief gedrag

Deze bezwaren hebben er dus voor een groot deel voor gezorgd dat de huisartsenzorg buiten kantooruren nu via HAP's geregeld is.

³ Van den Bergh E.T.A.M., Morkink H.G.A. *Als elke seconde knelt... een onderzoek naar knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en ambulancediensten in de regio Nijmegen. Huisarts en Wetenschap 1997; 40 (12): 576- 80*

⁴ Berden H.J.J.M., Biert J. e.a. *Spoedeisende medische hulpverlening; versterking van de keten. Medisch Contact 1996; 51 (17): 583- 585*

⁵ Giesen P., Morkink H. e.a. *Huisartsenzorg buiten kantooruren in waarneemgroepen: ervaren knelpunten en taakopvatting van de huisartsen in Nederland anno 2000. rapport.*

9.1.2.2. De situatie nú: samenwerking tussen HAP en andere actoren in het veld van de acute zorgverlening

De vraag is, of deze overgang naar centrale huisartsendiensten ook daadwerkelijk heeft geleid tot vermindering van bovengenoemde knelpunten.

Onderzoek uit 2002 lijkt dit te bevestigen⁶:

het aantal diensturen nam met 80 procent af, de subjectieve werkdruk nam af en de arbeidssatisfactie nam toe; bovendien was de belasting door negatief gedrag van patiënten veel lager dan bij huisartsen in kleinschalige dienstenstructuren. Deze getallen zijn echter alleen van toepassing op de HAP van Nijmegen; of andere posten met een andere organisatie dezelfde resultaten laten zien, is nog de vraag.

Nu de HAP dé gevestigde instantie is voor huisartsenzorg buiten kantooruren doen zich nieuwe problemen voor. Er zijn nu grofweg drie aanbieders van spoedeisende zorg: de huisartsenzorg, ambulancehulpverlening en de spoedeisende hulp van het ziekenhuis⁷.

De huisartsenzorg heeft terrein verloren op de spoedeisende hulpverlening; veel mensen gaan naar de SEH of bellen 112 terwijl zij net zo goed door de HAP geholpen kunnen worden: verkeerde- echelonproblematiek. Dit leidt tot capaciteitsproblemen door inefficiënt gebruik van materiaal en mensen in parallele organisaties.

De 24 uren economie en groeiende mobiliteit van de bevolking hebben deze tendens zeker in de hand gewerkt, en helaas vind er zeer weinig afstemming plaats tussen verschillende zorgaanbieders. Dit is te verklaren door verkokering van de beroepsgroepen en eigenbelang (denk aan territoriumdrift, financieel voordeel zoals Eerste Poli Bezoeken voor het ziekenhuis, onzekerheid en angst voor kritiek).

Om deze capaciteitsproblemen het hoofd te bieden is het absoluut nodig om tot een afstemming van terrein en taken te komen tussen de verschillende zorgaanbieders!

Aan deze samenwerking tussen eerste en tweede lijn (want daar gaat het in feite om) wordt nu ook al hard gewerkt. Zo meldt 80% van de bevroegde ziekenhuizen in een onderzoek⁸ dat er gezamenlijke nascholingsactiviteiten plaats vinden met de betrokken huisartsen (te denken valt aan werkconferenties, cursussen, symposia). 41% heeft gezamenlijke casusbesprekingen

⁶ Giesen P., Hiemstra N. e.a. *Tevreden over diensten; centrale huisartsenpost voldoet aan verwachtingen. Medisch Contact 2002; 57 (45): 1657-1660*

⁷ Giesen P., Fraanje W., Klomp M. *Rammelende keten; afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. Medisch Contact 2003; 58 (47): 1810- 1812*

⁸ Hutten J.B.F., Van Lindert H.P., Groenewegen P.P. *Eerste en tweede lijn vinden elkaar; samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen geïnventariseerd. Medisch Contact 2003; 58 (34): 1270- 1271*

en 12% heeft gezamenlijke spreekuren; deze zijn niet ziekenhuisbreed maar betreffen vaak enkele specialismen die een initiatief nemen. Op het gebied van ICT wisselt 69% laboratorium- aanvragen en uitslagen elektronisch uit, 24% verstuurt röntgenfoto's elektronisch, 43% verstuurt verwijs- en ontslagbrieven elektronisch en bij 12% kan de huisarts informatie opvragen uit het Ziekenhuis Informatie Systeem. Wat huisartsenposten betreft, meldt de helft van de ziekenhuizen dat er ruimte op het ziekenhuisterrein ter beschikking wordt gesteld aan de HAP. 23% meldt dat de HAP gebruik maakt van ziekenhuisapparatuur en 1 ziekenhuis meldt een gezamenlijke triage.

Een ander samenwerkingsinitiatief is te vinden in Drenthe⁹: hier werken HAP en ambulancedienst sinds 2001 nauwer samen. De triage is in handen van de ambulancedienst, die bepaalt wat spoed is en wat tot het terrein van de huisarts behoort. De huisarts gaat hier op pad met de ambulance. Dit model, 'ketenzorg', heeft als voordeel dat een hulpvraag op opeenvolgende deskundigheidsniveau's wordt behandeld en het geheel dus als een systeem werkt.

In het ziekenhuis Gelderse Vallei is sinds 2000 een HAP gevestigd. Bij de oprichting waren specialisten in het ziekenhuis bang, dat dit zou leiden tot meer verwijzingen, meer zelfverwijzers op de SEH en dat het aantal presentaties via de ambulance zou toenemen. Dit is in 2003 dan ook onderzocht¹⁰ met betrekking tot de kindergeneeskundige afdeling en het bleek dat er geen enkel significant verschil was waar te nemen in binnengekomen kinderen op de SEH buiten kantooruren na opening van de HAP. Ook het aantal zelfverwijzers was niet toegenomen.

Een verder voorbeeld van samenwerking tussen huisarts en specialist komt uit Maastricht¹¹. Hier is een vergelijkend onderzoek gedaan tussen 2 modellen: bij het eerste model is de HAP vóór de SEH gesitueerd. Dit houdt in dat elke patiënt die de SEH bezoekt zonder verwijzing, eerst door een huisarts wordt gezien; deze behandelt zelf, of verwijst patiënt door. Alle zelfverwijzers buiten kantooruren worden dus door de huisarts gezien. Bij het tweede model is de HAP los van de SEH geplaatst; dit is de situatie zoals die feitelijk in heel Nederland nog bestaat.

⁹ *Spoedeisende Hulp als ketenzorg, Medisch Contact 2002; 57 (14): 528*

¹⁰ *Jacobs E.S., Van Enk J.G., Post D. Poortwachter in het ziekenhuis; huisartsenpost leidt niet tot drukte in de tweede lijn. Medisch Contact 2003; 58 (19): 771- 772*

¹¹ *Van Uden C.J.T. c.s. Poortwachter hersteld; Eerst naar de huisarts, dan naar de Spoedeisende Hulp. Medisch Contact 2003; 58 (39): 1482- 1485*

De resultaten tonen:

- meer contacten tussen huisarts en patiënt bij het eerste model; dit is natuurlijk te verklaren door het feit dat alle zelfverwijzers in principe bij de huisarts terecht komen, en doordat de huisartsen in het tweede model significant meer hulpvragen via een telefonisch consult afhandelden
- het aantal zelfverwijzers in het eerste model is vele malen lager dan in het tweede model; het is niet gelijk aan 0 (wat men eigenlijk zou verwachten) omdat er altijd sprake zal zijn van een groep patiënten die overduidelijk direct specialistische hulp nodig heeft (denk aan grotere traumata, hartinfarct etc.)
- de huisarts handelt in het eerste model beduidend meer niet- ernstige traumata (bv. sport) af

De conclusie uit dit onderzoek mag dan ook zijn dat er bij het eerste model duidelijk minder zelfverwijzers zijn, en dat met dit model het poortwachterschap van de huisarts ook buiten kantooruren is versterkt. Daar staat wel tegenover dat de huisarts het drukker krijgt...

En dat de huisarts het daarmee drukker krijgt, is een heikel punt. Ten eerste wegens een algemeen bekend toenemend tekort aan huisartsen, en ten tweede omdat menig huisarts nu reeds van mening is dat de diensten op de HAP niet voldoende gecompenseerd worden¹². Daar komt nog eens bij, dat het verstrekken van huisartsenzorg via centrale diensten op een HAP, niet door een ieder als ideale vorm van huisartsenzorgverlening wordt gezien¹³: het is niet de eigen huisarts die buiten kantooruren gebeld kan worden (tenzij er sprake is van zeer veel toeval en de eigen huisarts dienst heeft) maar een huisarts die totaal onbekend is met de patiënt, zijn geschiedenis en zijn thuissituatie. Huisartsenzorg kenmerkt zich door continuïteit van zorg; door het opbouwen van een band met de patiënt, hetgeen zich over vele jaren uitstrekt. Huisartsenzorg is eigenlijk “levensloopgeneeskunde”/ “gezinsgeneeskunde”. Het organiseren van deze zorg buiten kantooruren in HAP's zorgt dan ook voor een duidelijke ondermeining van deze continuïteit. De oprichting van call- centers zoals dat door Achmea is gedaan, en het steeds vaker werken van huisartsen in deeltijd, versterkt deze tendens alleen maar.

Bovengenoemde factoren kunnen dus leiden tot een uitholling van de functie van de huisarts; dit is een overweging die goed in het achterhoofd moet worden gehouden als men uitspraken wil doen over de organisatie van de huisartsenzorg, zowel binnen als buiten kantooruren of

¹² Galesloot J.A.M. *Waar voor ons geld; Het maatschappelijk belang van acute huisartsenzorg. Medisch Contact 2000; 55 (48): 1725- 1727*

¹³ Sardeman R.C. *Piketpaaltjes langs het huisartsenterritorium; Inspectie voor de gezondheidszorg bakent de eerstelijnszorg af. Medisch Contact 2003; 58 (05): 170- 172*

als men deze organisatie wil veranderen, zoals het Ministerie van Volksgezondheid (VWS) dat aangeeft te willen doen in haar visie op vernieuwing van de acute zorg.

9.1.2.3. Beleidsvisie van de overheid betreffende vernieuwing van de huidige acute zorg

De samenwerkingsinitiatieven die eerder beschreven zijn, sluiten goed aan bij de visie die de overheid op de (re)organisatie van de acute zorg voorstaat. Reorganisatie van de acute zorg kan namelijk duizenden levens redden, zo meldt de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) in haar advies “Acute Zorg”¹⁴. Hiertoe is het onder andere nodig om de aanrijtijd van ambulances terug te brengen van 15 naar 8 minuten, en om de samenhang in de keten van de acute zorg te vergroten. Een vitaal onderdeel van deze samenhang- vergroting in de keten is het samenvoegen van HAP en SEH. Deze fusie zal volgens berekeningen zo’n 44 miljoen euro opleveren (het verlagen van de aanrijtijd zal zo’n 198 miljoen euro gaan kosten...). De kostenbesparing door het samenvoegen van HAP en SEH (hier gaat het dan met name om infrastructurele kosten) spreekt ook de Minister van VWS aan¹⁵.

In haar beleidsvisie op de acute zorg geeft het Ministerie aan, dat de centrale aanbodsturing van de zorgsector is vastgelopen en dat er zo snel mogelijk moet worden overgegaan op een gereguleerde marktwerking, deelmarktgewijs. Voor de deelmarkt ‘acute zorg’ houdt dit in dat er concurrentie zou moeten ontstaan tussen de verschillende zorgaanbieders; de SEH’s van de ziekenhuizen zouden onderling moeten gaan concurreren. Dit zou zorgverzekeraars dan de mogelijkheid bieden zorg goedkoper in te kopen en zodoende de kosten van de gezondheidszorg te verlagen. Echter, SEH’s zijn per verzorgingsgebied gelokaliseerd, waardoor er weinig concurrentie is en zij vaak een regionaal monopolie bezitten (zeer sterke onderhandelingspositie dus). Bovendien is het financieel niet aantrekkelijk om een SEH te openen in een dunbevolkt gebied. Daarom blijft sturing door de overheid nodig om bereikbaarheid en kwaliteit van de zorg in het hele land te waarborgen.

Behalve het genoemde gebrek aan concurrentie zijn er echter nog meer problemen aangewezen in de beleidsvisie, die bij verhelping kostenbesparing kunnen opleveren:

- huisartsenzorg: door de invoering van HAP’s is de zorg er in het algemeen transparanter op geworden, maar is er tegelijkertijd een forse toename te zien in de kosten voor deze ANW- dienstenstructuur (Avond, Nacht, Weekend = buiten kantooruren)
- ziekenhuiszorg: zelfverwijzers zijn, zoals al eerder gezegd, een groeiend probleem; patiënten gaan steeds vaker naar de SEH in plaats van naar de huisarts waardoor zij veelal te dure zorg krijgen en de kosten van de gezondheidszorg dus stijgen.

¹⁴ RVZ advies. *Acute Zorg*. 18- 12- 2003

¹⁵ Hoogervorst H. *Beleidsvisie acute zorg*. Kamerstuk. 10- 10- 2003

9.1.2.4. De overwegingen van patiënten om met klachten naar de huisarts dan wel naar de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) van het ziekenhuis te gaan

Er zijn meerdere studies naar het verschijnsel ‘zelfverwijzer’ gedaan.

Studie naar de patiëntkarakteristieken liet het volgende zien¹⁶: spoedeisende hulp buiten kantooruren werd vaker ingeroepen in gebieden met een sociaal- economische achterstand; verder was hierop van invloed: het aantal zwangere vrouwen, aantal passanten, aantal kinderen onder de 5 jaar, aantal mensen met een chronische ziekte. Contextuele factoren die nog een invloed bleken te hebben waren: ouders willen voor hun kinderen het gevoel hebben dat ze al het mogelijke gedaan hebben, tekortkomingen in de reguliere zorg tijdens kantooruren zou de vraag buiten kantooruren kunnen versterken.

Motieven om, bij een zorgvraag buiten kantooruren, naar de SEH te gaan in plaats van naar de huisarts waren: het ziekenhuis wordt als gemakkelijk toegankelijk ervaren, hoe ernstiger de klacht, in het optiek van de patiënt, hoe eerder hij/ zij naar het ziekenhuis zal gaan.

Het waren met name (blanke) mannen (man: vrouw = 60: 40) tussen de 20 en 29 jaar met traumata die zonder verwijzing de SEH bezochten.

Ander onderzoek naar patiëntmotieven en karakteristieken toont daarnaast aan¹⁷: de belangrijkste reden die door zelfverwijzers genoemd wordt om met de klacht níet naar de huisarts maar naar de SEH te gaan was “niet aan de huisarts gedacht” (47,7%). Dit argument (excuus) kwam veel vaker voor dan het argument van de slechte (telefonische) bereikbaarheid van de huisarts, dat maar door 0,5% van de patiënten genoemd werd. 28,3% van de zelfverwijzers wilde specialistische hulp (zoals een röntgenfoto); zag met andere woorden in eigen ogen een noodzaak voor specialistische hulp. Uit dit onderzoek blijkt dus, dat onwetendheid bij de patiënt over de rol van de huisarts in de keten van de acute zorg één van de belangrijkste redenen is om hem/ haar over te slaan. Patiëntenvoorlichting lijkt dan ook nodig.

Een laatste interessant gegeven op dit gebied komt uit een onderzoek uit 2002¹⁸. Dit onderzoek vergeleek de klachten die, buiten kantooruren, gepresenteerd werden op de SEH en aan de huisarts. Het bleek dat de SEH met name bezocht werd voor snijwonden en (ongevals) letsels aan de hand, vinger en enkel; voor acute klachten van het bewegingsapparaat en voor

¹⁶ Wensing M., Giesen P. *Spoedeisende Geneeskunde: het patiëntenperspectief. Huisarts en Wetenschap* 2000; 43 (12): 503- 506

¹⁷ Jaarsma- Van Leeuwen I., Hammacher E.R., Hirsch R., Janssens M. *Patiënten zonder verwijzing op de afdeling Spoedeisende Hulp: patiëntkarakteristieken en motieven. Ned. Tijdschr. Geneeskd.* 2000; 144 (9): 428- 431

¹⁸ Ijzermans C.J., Mentink S. e.a. *Contacten buiten de kantooruren: klachten gepresenteerd aan de huisarts en aan de Spoedeisende Hulp. Ned. Tijdschr. Geneeskd.* 2002; 146 (30): 1413- 1417

traumata. Terwijl de huisarts met name bezocht werd voor koorts, bijwerkingen van geneesmiddelen, braken en benauwdheid; voor acute somatische symptomen van maag, darm en ademhalingsstelsel. Een duidelijke differentiatie tussen gepresenteerde klachten dus. Voor de patiënt zijn huisarts en SEH niet zo zeer parallele aanbieders van acute zorg, maar eerder complementair.

Uiteindelijk is het natuurlijk ook belangrijk om in kaart te brengen om hoeveel patiënten het hier nu eigenlijk gaat. Onderzoek heeft aangetoond dat 56% van de patiënten die de SEH bezoeken zichzelf heeft verwezen¹⁹: 3% melde dat de huisarts niet bereikbaar was, 12% kwam via de GGD nadat het alarmnummer was gebeld, de rest kwam op eigen initiatief (als zelfverwijzer dus): van hen gaf 65% als reden dat zij meenden met spoed hulp nodig te hebben en dat de huisarts hier onvoldoende op was ingesteld; veelal had men er niet eens aan gedacht de huisarts te bellen; 14% vond de weg via de huisarts te lang.

Van deze grote groep zelfverwijzers had, achteraf gezien, 60% even goed door de huisarts geholpen kunnen worden. Aangezien spoedeisende hulp in het ziekenhuis relatief duur is, ten gevolge van het vereiste personeel en de te verrichten onderzoeken zonder harde indicatie, is dit, zoals ook al in de beleidsvisie vermeld, een forse kostenpost die aangepakt moet worden. Het NIVEL heeft in 1996 al een onderzoek gedaan naar twee methoden om deze kosten terug te dringen²⁰: in Zoetermeer werd bij de opening van het nieuwe ziekenhuis aldaar afgesproken dat alle zelfverwijzers op de SEH zouden worden terug gestuurd naar de huisarts; in Almere werd bij de opening van het ziekenhuis aldaar van een competitie- model uitgegaan (de SEH van het ziekenhuis moest gaan concurreren met 2 HAP's die waren toegerust op spoedeisende hulp). De resultaten toonden aan:

- het model gebruikt in Zoetermeer was zeer effectief. Het werd echter niet geaccepteerd door de patiënten dat zij werden weggestuurd en onder de druk van de publieke opinie heeft de directie de regeling na enkele maanden afgeschaft!
- Het model uit Almere was minder effectief, maar werd door de patiënten beduidend beter geapprecieerd. Probleem was dat er nu parallele zorgaanbieders daadwerkelijk met elkaar gingen concurreren en dat dit, voor de lokale overheid, totaal niet kosteneffectief was. Als gevolg werden de openingstijden van de HAP's begrensd.

De schrijvers van het onderzoek geven in hun conclusie aan dat beide modellen niet ideaal zijn, en zij raden dan ook aan om, in de toekomst, SEH en huisarts te integreren.

¹⁹ Netten P.M., Van der Zee P.M., Bleeker M.W.P., Smulders C. *De eerste lijn voorbij; Inventariserend onderzoek naar zelfverwijzers op de Spoedeisende Hulp. Medisch Contact* 2002; 57 (03): 87- 89

²⁰ Sixma H.J., De bakker D.H. *Hospital or general practice? Results of two experiments limiting the number of self referrals of patients with injuries to hospitals in The Netherlands. Journal of Accid. Emerg. Med.* 1996; 13: 264- 268

9.1.2.5. Evaluatie van de integratie van HAP en SEH; overwegingen en verwachte problemen

Er zijn tot nu toe 2 onderzoeken uitgevoerd naar deze integratie; één onderzoek in Enschede en één in Tilburg. Ik zal de relevante resultaten en conclusies hier kort weergeven.

Het eerste onderzoek betreft een intern rapport, uitgebracht door een Commissie Kansen & Bedreigingen aan het bestuur van de huisartsenpost in Enschede. Deze commissie was ingesteld met als doel een zwaarwegend advies uit te brengen over het al dan niet deelnemen van de HAP aan de plannen van het Medisch Spectrum Twente (MST) om tot integratie te komen van SEH en HAP aldaar²¹. Om tot dit advies te komen heeft de commissie verkennende gesprekken gevoerd met de betrokken partijen. Deze partijen hebben hun visie en toekomstplannen hierin naar voren gebracht:

- Raad van Bestuur van het MST wil een nieuw specialisme oprichten: een vierjarige opleiding tot Spoedeisende Hulparts. Verder wil de raad starten met het opleiden en inzetten van triage- verpleegkundigen. Tenslotte wil de raad CHPE (Centrale HuisartsenPost Enschede) en SEH fysiek en functioneel integreren.
- Medisch specialisten willen bij integratie één loket, en een triage- verpleegkundige die bepaalt of een patiënt door specialist dan wel huisarts wordt gezien. Korte lijnen zijn wenselijk; dit komt naar hun mening de kwaliteit van zorg ten goede met als gevolg een daling van het aantal ziekenhuisopnames. De financiële gevolgen voor zelfstandig gevestigde specialisten moeten echter wel nog in kaart worden gebracht, en hier moet vervolgens ook op gereageerd worden. Ook de bevoegdheden van een mogelijke triage- verpleegkundige moeten nog vastgelegd worden (vraag is bij hen of patiënten het zullen accepteren door een verpleegkundige te worden weggestuurd zonder dat ze een arts gezien hebben).
- Afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) verwacht dat het aantal zelfverwijzers drastisch zal dalen en dat de werkbelasting van de huisarts tijdens diensten toe zal nemen met ongeveer 35%. Eén loket, één poort lijkt de SEH voor de patiënt ook het fijnst omdat het duidelijkheid en gemak schept, en voor de huisarts omdat deze gebruik kan maken van de faciliteiten van het ziekenhuis.
- Huisartsen verwachten een duidelijke toename van hun werkbelasting. Er zal dan ook zeker personeel bij moeten komen; men denkt aan het inzetten van praktijkondersteuners. Het grote voordeel dat ook de huisartsen zien is, dat integratie

²¹ *Coöperatieve Centrale Huisartsenpost Enschede e.o. Samen of alleen; Rapport Commissie Kansen en Bedreigingen Integratie CHPE- SEH. 19- 06- 2003*

de mogelijkheid biedt de krachten te bundelen nu het aanbod aan huisartsenzorg afneemt en de vraag ernaar stijgt. Echter, de triage die op een geïntegreerde post plaats zal vinden moet volgens hen een huisartsgeneeskundige triage zijn; de huisartsen moeten dus invloed krijgen op de opleiding van de triage-verpleegkundigen.

Verder willen de huisartsen afspraken maken met het MST over het terugvloeien van financiële middelen, mocht er een positief saldo ontstaan.

Andere afspraken die gemaakt moeten worden betreffen het NONI- probleem (Niet Op Naam van een huisarts Ingeschreven patiënten). De kans bestaat namelijk dat zij de zorg die zij overdag niet krijgen zullen proberen te verkrijgen tijdens de diensten, met alle gevolgen van dien; het moet niet zo zijn dat één groep (de huisartsen) dit probleem dan alleen moet dragen.

Een ander aandachtspunt van de huisartsen is dat de huisarts niet mag verworden tot een soort acute hulparts. De kans hierop is extra groot als men 7 x 24 uren huisartsenzorg wil gaan verlenen op de geïntegreerde post: “shoppen” en “bypassen” van de eigen huisarts wordt dan te gemakkelijk (ook het behoud van de eigen identiteit als huisarts is hierbij belangrijk).

- Doktersassistenten zien een integratie als bedreiging en uitholling van hun functie omdat het patiëntencontact nog verder zal afnemen en ook het contact met de huisarts zal dalen (als callcenter en post fysiek gescheiden worden). Wellicht kan men hen deel laten nemen aan de opleiding tot triage- verpleegkundige.

Het tweede onderzoek betreft integratie van verschillende zorgaanbieders op het gebied van de ANW- zorg (Avond- Nacht- Weekend- zorg) in de regio Tilburg (Twee Steden Ziekenhuis, St. Elisabeth ziekenhuis, DHV, GGD, GGZ)^{22, 23}. Het onderzochte model gaat uit van één centraal callcenter dat bij alle klachten gebeld moet worden (dus geen zelfverwijzers). De klacht wordt dan behandeld door een medisch centralist die een zelfzorgadvies geeft danwel doorverwijst naar HAP/ SEH.

De resultaten uit het onderzoek naar dit model zijn samen te vatten onder een paar noemers:

- Volledigheid: bij volledige integratie van verschillende aanbieders moet er ook voor gezorgd worden dat alle zorg geleverd wordt; ook een apotheek moet dus deel uitmaken van het systeem.

55% van de ondervraagde cliënten geeft aan geen genoegen te zullen nemen met een

²² *Nieuwsreflex. Veel haken en ogen rond integratie SHE en huisartsenpost. Medisch Contact 2003; 58 (48): 1847*

²³ *Breedveld E., Brekelmans R. e.a. Ex- ante evaluatie ANW- model; een analyse vanuit cliënten- en medewerkersperspectief. Tilburg, oktober 2003*

zelfzorgadvies van de medisch centralist en zullen dan waarschijnlijk toch nog als zelfverwijzer naar de HAP/ SEH komen.

Bepaalde groepen zoals ouderen, chronisch zieken, terminale patiënten en allochtonen (die niet kunnen verstaan wat de hulpverlener via de telefoon vertelt) vragen andere zorg, persoonlijkere zorg.

De belangrijkste punten van twijfel zijn de bereikbaarheid van het centrale telefoonnummer en de deskundigheid en toetsbaarheid van de centralist. Het model staat of valt met deze facetten.

- Taakintegratie en coöperatie: er moeten goede afspraken gemaakt worden tussen CPA (centrale post ambulancehulpverlening) en callcenter over welke patiënten waar thuis horen en er moeten duidelijke triage criteria worden opgesteld om te voorkomen dat échte spoedgevallen worden opgehouden. In dit kader moet er ook gekeken worden naar de verschillende opeenvolgende triagemomenten (bij call center, bij HAP, bij SEH); de patiënt moet telkens weer zijn verhaal doen in dit systeem... Gemeenschappelijk gebruik van patiënteninformatie wordt door alle hulpverleners als belangrijk ervaren; evenals protocollen en afspraken over de samenwerking en onderlinge taakverdeling. Dit moet volledig zijn uitgewerkt.

Het model ziet ook een taak bij de patiënt liggen: “goed patiëntschap”. De patiënt moet uiteindelijk goed kunnen inschatten of zijn zorgvraag daadwerkelijk spoed heeft, of niet. En de patiënt moet deze geïntegreerde zorg niet als te vrijblijvend en te makkelijk toegankelijk gaan zien (shoppen, en ‘s avonds na eigen werktijd komen moet voorkomen worden).

Op het terrein van de coöperatie moet ook de mogelijke integratie van CPA (ambulance- meldpunt) en call center bekeken worden. Op deze manier hoeven de CPA's niet te integreren met de meldkamers van politie en brandweer (waar ze zich niet echt thuisvoelen).

- Informatie: interne informatie- overdracht is van wezenlijk belang, maar zeer zeker ook een duidelijke communicatie naar de patiënt om hem/ haar uit te leggen hoe de ANW- zorg nu geregeld is en wat er van hem/ haar verwacht wordt voor een optimaal functioneren van het model.

Naast deze twee onderzoeken naar integratie van HAP en SEH en mogelijke knelpunten daarin is het hier ook de plaats om de nieuwste artikelen op dit gebied kort te behandelen.

Leenen pleit in zijn artikel²⁴ voor een scheiding van electieve zorg en spoedzorg; spoedzorg waarin volgens hem een plaats is weggelegd voor een integratie van HAP en SEH. Dit, omdat er een steeds groter tekort aan huisartsen ontstaat, omdat patiënten niet voldoende kunnen differentiëren tussen HAP en SEH en dus niet weten met welke klacht zij waar terecht kunnen, en omdat het laten bestaan van twee voorzieningen die grotendeels hetzelfde doen niet kosteneffectief is.

De spoedzorg zou er ongeveer zo moeten gaan uitzien:

Een callcenter dat door de patiënt gebeld moet worden als deze een klacht heeft buiten kantooruren voert de triage uit en verwijst zonnodig door; gedifferentieerde spoedzorg geleverd in een ziekenhuis waar concentratie van SEH- voorzieningen heeft plaats gevonden (hier is een belangrijke rol weggelegd voor een nieuw op te leiden SEH- arts), alles afgestemd op regionale behoeften (met sluiting van niet- efficiënte afdelingen, al is het maar in daluren).

De Club van 100²⁵ (dit is een initiatief van, in den beginne 100, huisartsen om iets te doen aan de, in hun ogen, slechte werkomstandigheden en beloning voor huisartsen) pleit in haar Manifest (naast andere zaken die in het kader van deze literatuurstudie niet relevant zijn) voor het organiseren van de spoedeisende zorg buiten kantooruren via de ziekenhuis- SEH waarbij SEH- artsen, ambulancepersoneel en ziekenhuis- EHBO de zorg op zich nemen. Huisartsen zouden hierbij op vrijwillige basis kunnen worden ingehuurd door het ziekenhuis aangezien huisartsen een grote ervaring hebben in het beoordelen van gezondheidsproblemen in de eerste lijn.

Tenslotte behandelt Evenblij in zijn artikel de vraag wie triage het beste uit kan voeren en welke hulpmiddelen daarbij gebruikt kunnen worden (Manchester- principe met ondersteuning van expertsystemen).²⁶ De triage op de SEH kan het beste worden overgelaten aan ervaren verpleegkundigen, zo blijkt uit zijn artikel.

9.1.2.6 Conclusie

Kort en bondig: samenwerking tussen huisarts en specialist op het gebied van de spoedeisende hulp vond, in beperkte mate, al langer plaats. De intensieve samenwerking die vereist is bij een integratie van SEH en HAP is echter nieuw (en alleen op kleine, regionale schaal onderzocht), en voorafgaand onderzoek naar de verwachtingen en wensen waarmee de participanten deze samenwerking in de toekomst aan zullen gaan, is dan ook zeer gewenst.

²⁴ Leenen L.P.H. *Gescheiden wegen; efficiëntere zorg door een aparte spoedzorgstructuur. Medisch Contact 2004; 59 (10): 360- 363*

²⁵ Club van 100. *Manifest 2004.*

²⁶ Evenblij M. *Medische triage. Gezondheidszorg als slagveld. Medisch Contact 2004; 59 (12): 447- 450*

9.2 Enquête naar mening belanghebbenden ziekenhuis op toekomstige samenwerking huisartsenpost en spoedeisende hulp

Respondentgegevens

1. Leeftijd: Jaar
2. Geslacht: Man
 Vrouw
3. Specialisme/ Functie binnen ziekenhuis:
.....
4. Betreffend ziekenhuis:

Ervaren knelpunten in de huidige zorg

In hoeverre ervaart u de volgende zaken als knelpunten in het optimaal functioneren van de *huidige* Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis?

1-2 = geen knelpunt

9-10 = zeer ernstig knelpunt

| | 1- 2 | 3- 4 | 5- 6 | 7- 8 | 9- 10 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Wachtijd SEH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Doorlooptijd patiënt SEH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Personeelstekort | | | | | |
| a) artsen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) verpleegkundigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Huisartsgeneeskundige hulpvragen/ zelfverwijzers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Onbekendheid met voorgeschiedenis/ medicijngebruik etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Bereikbaarheid huisarts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Toekomen aan specialistische zorg (naast SEH werk) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Toelichting bij de vragen (5 t/m 11):

.....
.....

12. Welke oplossingen voor deze knelpunten worden nu reeds uitprobeerd, of ziet u in de toekomst?

.....
.....

13. In hoeverre denkt u dat een samenwerking van HAP en SEH deze knelpunten kan opheffen?

.....
.....

Toekomstvisie

Middels stellingen willen we te weten komen wat uw visie op de meest optimale toekomstige zorgverlening is.

Gewenste organisatievorm

Huisartsenposten in Nederland, de algemene kenmerken:

- Levering huisartsenzorg buiten kantoor tijden (tussen 17.00 uur en 8.00 uur op werkdagen, gehele weekends en op feestdagen).
 - Toegang uitsluitend via een centraal telefoonnummer.
 - Grootschaligheid met te bedienen populaties van 100.000 tot 500.000 patiënten.
 - Veel ICT-voorzieningen zoals elektronisch patiëntendossier, on-lineverbinding met de auto (volledig uitgeruste dienstauto)
 - Triage aan de telefoon door assistentes of verpleegkundigen.
 - Korte diensten voor huisartsen (van zes tot acht uur).
 - Huisartsen hebben verschillende taken tijdens de dienst: consultarts, visitearts en in steeds vaker telefoonarts.
 - Consumptie: 25% van de populatie 1x per jaar
 - Grofweg 40% telefoon 15 % visite en 45% consulten
- Nijmegen: stad 150.000 inwoners
regio 400.000 inwoners
totaal 120.000 contacten per jaar (alleen stad: 40.000 contacten per jaar)
- Verwijspercentage van HAP naar SEH: 7 %.

Welke van de volgende modellen spreekt/ spreken u het meest aan?

Hoe staat u tegenover de andere opties (afwijzend/ neutraal)?

| | mee eens | neutraal | mee oneens |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. Huisartsenpost (HAP) is los van het ziekenhuis, als eigenstandige organisatie = situatie nu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. HAP is als eigenstandige organisatie gevestigd in het ziekenhuis, los van de spoedeisende hulp (SEH) = 2 poorten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. HAP wordt geïntegreerd met de SEH, daarbij zijn de huisartsen verantwoordelijk voor de spoedeisende eerstelijnszorg, inclusief zelfverwijzers. HAP heeft eigen organisatiestructuur = 1 poort | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Huisartsen zijn niet verantwoordelijk voor de organisatie. De huisartsenzorg buiten kantoor tijd wordt verzorgd door samenwerkende disciplines binnen ziekenhuis SEH: SEH spoedartsen, specialisten, ambulancepersoneel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sommige huisartsen specialiseren zich tot "postarts". Huisartsen worden vervolgens ingehuurd door het ziekenhuis en deelname is facultatief | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Uw argumentatie t.a.v. bovenstaande stellingen (14 t/m 18):

.....

.....

Gewenste samenwerking

| | mee eens | neutraal | mee oneens |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. Er is geen verdergaande samenwerking (samenwerking blijft zoals bv. overdag gebruikelijk) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. HAP maakt gebruik van diagnostische faciliteiten van het ziekenhuis (röntgen, lab, ECG) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Gezamenlijke telefonische triage voor de hele regio ("1-1-3") (huisarts, ambulance, spoedeisende hulp) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Gezamenlijke triage voor de hele regio aan de poort van de SEH/ HAP | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Triage (mogelijk door een triage- verpleegkundige) valt onder verantwoordelijkheid van de huisarts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Wederzijdse ondersteunende personeelsinzet: assistentes en verpleegkundigen worden bij HAP en SEH ingezet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Bij piekbelasting van één partij is er opvang door de andere partij | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. De specialist en huisarts geven gezamenlijk zorg aan de patiënt en consulteren elkaar waar nodig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ad 21.: eerst de modelbeschrijving, vervolgens:

1. ziet u het idee zitten?
2. wie moeten het dan doen? (HAP en assistentes, CPA, zkh.)

ad 22.: dit geldt voor binnenlopers/ zelfverwijzers:

1. gezamenlijke triage aan de poort, of 2 loketten?
2. wie is verantwoordelijk? (in verband met mogelijk delay en dientengevolge ontstane schade).

Uw argumentatie t.a.v. bovenstaande stellingen m.b.t. samenwerking (19 t/m 26):.....

.....

.....

.....

.....

Mogelijke randvoorwaardelijke aanvullingen en obstakels van integratie

27. Taakverdeling tussen HAP en SEH betreffende patiëntcategorieën, protocollering etc.
28. Concensus betreffende transmurale standaarden zoals gezamenlijk diagnostiekbeleid, vervolgspraken, (farmaco)therapie etc.
29. Visie op financiële gevolgen van integratie voor zelfstandig gevestigde specialist en voor ziekenhuis- subsidies (geld volgt de zorg....)
30. Visie op NONI- probleem en gelijksoortige problemen tgv. een té goed functionerende spoedeisende hulp- samenwerking (shoppen, by- passen eigen huisarts)
31. Overige opmerkingen:

9.3 Kwantitatieve resultaten

Verwerkt in een Excel- sheet.

Hierbij dient te worden vermeld:

Vraag 2: geslacht respondent:

1 = man

2 = vrouw

Vraag 3: specialisme/ functie binnen ziekenhuis:

1 = chirurg

2 = cardioloog

3 = internist

9 = anders (in casu: SEH- arts)

Vraag 5 t/m 11: ervaren knelpunt:

1 = 1 – 2

2 = 3 – 4

3 = 5 – 6

4 = 7 – 8

5 = 9 – 10

Vraag 14 t/m 26: organisatievorm en samenwerking:

1 = eens

2 = neutraal

3 = oneens

9 = niet ingevuld

| 9.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|----|---|---|--------------------------------------|---|---|----|----|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Enquetenr. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7a | 7b | 8 | 9 | 10 | 11 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 1 | 46 | 1 | 1 | IJsselmeerziekenhuizen, Lelystad | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| 2 | 55 | 1 | 9 | AMC, Amsterdam | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 9 | 2 |
| 3 | 36 | 2 | 2 | Jeroen Bosch Zkh., 's- Hertogenbosch | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 9 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 |
| 4 | 51 | 1 | 2 | Diakonessenziekenhuis, Utrecht | 4 | 5 | 3 | 5 | 2 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 |
| 5 | 37 | 1 | 3 | Gelre Zkh., Zutphen | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 |
| 6 | 46 | 1 | 3 | CWZ, Nijmegen | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 7 | 49 | 1 | 2 | CWZ, Nijmegen | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 9 | 9 | 9 |
| 8 | 51 | 1 | 2 | de Tjongerschans, Heerenveen | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 9 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 9 | 44 | 1 | 2 | Deventer Zkh, Deventer | 2 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 |
| 10 | 42 | 1 | 1 | Franciscus Zkh, Roosendaal | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 4 | 4 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 9 | 1 | 3 | 1 |
| 11 | 47 | 1 | 2 | Radboud, Nijmegen | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | 1 | 3 | 9 | 1 | 3 | 9 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 |
| 12 | 39 | 1 | 3 | AMC, Amsterdam | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 5 | 5 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 13 | 53 | 1 | 1 | Zkh Rivierenland, Tiel | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 9 | 2 | 9 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 14 | 55 | 1 | 1 | Tweesteden Zkh., Tilburg | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 9 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 |
| 15 | 57 | 1 | 3 | Jeroen Bosch Zkh., 's-Hertogenbosch | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 9 | 9 | 9 | 1 | 3 | 9 | 9 | 1 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 16 | 45 | 1 | 3 | Fransiscus Zkh., Roosendaal | 2 | 2 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 9 | 1 | 3 | 1 |
| 17 | 52 | 1 | 1 | AZM, Maastricht | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 4 | 5 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 9 | 9 | 1 | 1 | 3 | 9 | 3 | 1 |
| 18 | 39 | 1 | 1 | Gelre Zkh., Zutphen | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 |
| 19 | 50 | 1 | 3 | Deventer Zkh., Deventer | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 4 | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| 20 | 48 | 1 | 1 | UMC St Radboud, Nijmegen | 4 | 5 | 2 | 1 | 4 | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 9 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 21 | 44 | 1 | 1 | Catharina Zkh., Eindhoven | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 22 | 42 | 1 | 1 | Vie Curi, Venlo | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 9 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 23 | 56 | 1 | 3 | AZM, Maastricht | 4 | 4 | 1 | 1 | 2 | 9 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 9 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| 24 | 42 | 1 | 1 | Rijnstate, Arnhem | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 5 | 1 | 9 | 9 | 9 | 1 | 9 | 1 | 9 | 1 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Totaal | 68 | 67 | 49 | 55 | 58 | 57 | 77 | 36 | Aantal 1: | 3 | 9 | 15 | 6 | 4 | 2 | 17 | 16 | 16 | 13 | 12 | 8 | 17 |
| Gemiddelde | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | Aantal 2: | 5 | 3 | 3 | 1 | 2 | 6 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 |
| | | | | | | | | | Aantal 3: | 13 | 9 | 4 | 17 | 14 | 10 | 4 | 6 | 6 | 4 | 8 | 12 | 2 |
| | | | | | | | | | Aantal 9: | 3 | 3 | 2 | 0 | 4 | 6 | 3 | 0 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 |

9.4 Uitwerking van open vragen behorend bij enquête

Toelichting bij de vragen (5 t/m 11):

| Vraagnr. | Enquêtenr. | Toelichting |
|----------|------------|--|
| 5 | 2,10 | Varieert gedurende de dag, de week en het jaar |
| | 7,8,9 | Onderscheid tussen SEH en Eerste Harthulp; bij EH géén knelpunt |
| 6 | 2 | Varieert gedurende de dag, de week en het jaar |
| 7 | 9 | Eerste Harthulp komt niet van de grond, wegens personeelstekort |
| | 16 | Recrutering van agnio's in België |
| 8 | 1 | Zelfverwijzers vergroten de wachttijd en zorgen daarmee voor verstopping van de SEH |
| | 2 | Wij hebben de HA niet echt nodig |
| | 2 | Het is geen knelpunt omdat wij accepteren dat patiënt het ernstig genoeg vindt om naar SEH te komen (als langdurige pathologie terugverwijsbeleid naar HA) |
| | 3 | Overgrote deel zou tóch door HA zijn verwezen |
| | 5,15 | Verwezen door HA, nauwelijks zelfverwijzers |
| | 6,16 | Interne heeft weinig zelfverwijzers |
| | 10,13,19 | Geen open SEH (gesloten SEH), met terugverwijsbeleid |
| | 11 | Er zijn patiënt- en HA-factoren voor zelfverwijzing |
| | 17 | Overdag wel knelpunt; 's nachts niet ivm. HAP in zkh. |
| | 18 | Geen knelpunt: hoe meer, hoe meer geld! |
| 9 | 23 | Verschil tussen bekende- en onbekende pat. |
| 10 | 2 | Wij hebben de HA niet echt nodig |
| | 4 | Waarnemend HA heeft niet genoeg info |
| | 13,19,20 | Binnen kantoortijd (1- 4) / Buiten kantoortijd (6- 10) |
| 11 | 2 | Generalist doet SEH, overdracht zonodig aan specialist |
| | 7 | Je kunt op elk moment worden weggeroepen |

12. Welke oplossingen voor deze knelpunten worden nu reeds uitgetoetst, of ziet u in de toekomst?

| Enquêtenr. | |
|------------|--|
| 1,18 | HAP naast SEH (2 poorten) met advisering aan patiënt om bij grote wachttijd SEH naar HAP te gaan (echter vrije keus) |
| 2 | Generalisten ipv. specialisten op SEH waardoor van 85% zelfverwijzers (overige 15% verwezen door HA) maar 30% naar specialist |
| 3,11,12,23 | Koppelen medische dossiers (vr. 9) |
| 4 | HAP in zkh. gehad (was fijn); nu 2 straten verderop |
| 6 | Vooroverleg met HA (telefonisch); soms is deskundigheid arts- ass. te klein waardoor patiënt onnodig geadviseerd wordt naar SEH te komen |
| 7 | Overlegnr. voor contact met HA (vr. 10) |
| 8,21 | HAP elders gelokaliseerd (klachten patiënt en by- passen HAP) |
| 14,21,24 | Opleiding tot SEH- arts = mankracht artsen ↑ |
| 14,24 | Nieuwe SEH bouwen= meer kamers= knelpunten afwerken↓ (en HAP ruimte) |
| 16 | Om artsentekort ↓: starten opleiding |
| 17,23 | HAP in zkh. vóór SEH |
| 18 | Verpleegkundigen nemen eenvoudige ingrepen over volgens protocollen |
| 19 | HAP naast zkh. met terugverwijsbeleid |

Uw argumentatie t.a.v. bovenstaande stellingen (14 t/m 18):

| Vraagnr. | Enquêtenr. | Toelichting |
|----------|------------|--|
| 14 | 2 | Ideaal is SEH-arts die op SEH triage overneemt (andere pathologie) en HAP die voor andere path. blijft bestaan |
| | 7 | Cardiologen zouden eerste harthulp kwijtraken; hebben voor moeten vechten + morbiditeit met HAP verschillend |
| | 11 | Is huidige model en schiet tekort |
| 15 | 5,14 | Er is een verschil tussen zkh.- en HA- zorg |
| | 5,10,14 | terugstuurbeleid op SEH naar HAP |
| | 13 | Beperkt in onderzoek + verwijdsdrempel te laag + filterfunctie te laag |
| | 14 | Scheiding & drempel noodzakelijk |
| | 16 | Moet fysiek duidelijk zijn dat HA poortwachter is |
| | 21 | Voor mensen die naar HA moeten is makkelijk als worden doorverwezen naar specialist |
| 16 | 1 | Mits balie/ poort bemand door adequaat 'zwaargewicht' |
| | 2 | HA is bang dat hij/ zij patiënten moet behandelen die niet tot zijn zorggebied behoren (toeristen/ forenzen etc.) |
| | 3 | Verwijzen naar HAP moet mogelijk blijven |
| | 4 | Wachttijd SEH te groot; als HAP erbij wachttijd ↓ |
| | 15 | Meer schakels voor pat., minder contact, meer afstand |
| | 18 | Als geen arts-ass. dan kan HAP pat. opvangen; als voldoende arts-ass. dan HAP los van zkh. |
| 17 | 1 | Wie doet thuisvisites? |
| | 3 | huisbezoeken en terminale zorg?? |
| | 3,6,23 | Verbruik van middelen en diagnostiek ↑ |
| | 8 | Kwalitatief BETER (alles bij de hand, beter bereikbaar) |
| | 8 | Slechte ervaring met HAP! |
| | 9 | HAP vangt veel (!) oneigenlijke hulpvragen weg; die zouden niet bij een SEH-arts moeten terechtkomen in de toekomst |
| | 10,16,20 | Situatie elders niet te vergelijken met A'dam: HA-tekort/ forenzen |
| | 11 | Blijft HA- werk! |
| | 12 | Scepsis mbt. SEH-arts; HA doet het al jaren! |
| | 15,17,24 | HA alleen nog voor thuisvisites, terminale pat. en tel. triage |
| | 17 | HA toont tegenwoordig aan niet goed te kunnen trieëren (ernstige pat. vaak niet doorgestuurd en foute diagnoses) |
| | 18 | Financieën verlies chirurg en opleiding arts-ass. ↓ |
| | 19 | Nog geen SEH-arts nodig: voldoende arts-ass. |
| | 19 | SEH-arts bij chirurgie; minder nodig bij cardio/ interne |
| | 20 | Visie op SEH-arts: specialist ontlasten als HA ⁺ , participeren in 2 ^{de} lijns-team (géén "emergency- life- support") |
| | 22 | Is reeël om te veronderstellen dat dit de toekomst is... |
| | 23 | Logisiteit niet doenbaar en kosten ↑ |
| | 24 | Overzichtelijkst; nog rol voor HA in opleiding SEH- artsen |
| 18 | 1 | Niet kosteneffectief |
| | 4 | Bij specialisatie ervaring ↓; hele HA geneeskunde behouden |
| | 5,12,13,14 | HA moet GEWOON dienstdoen! |
| | 6,13 | Denken in functies; advisering en triage van hen die niet zijn verwezen kan ook door anderen gebeuren (bv. SEH- arts) |
| | 9 | HA zetten zich buiten spel; willen poortwachter blijven, maar diensten afstoten! |

| | | |
|--|----|---|
| | 16 | Diskwalificatie van eigen beroep! |
| | 17 | HA kunnen diensten verkopen en HA zorg leveren in zkh. ná triage door SEH- arts |
| | 19 | HA moet gewoon betaald worden; maar als uitbesteedt= geen geld |
| | 23 | HA mogen diensten verkopen mits kwaliteitsgarantie |

Uw argumentatie t.a.v. bovenstaande stellingen m.b.t. samenwerking (19 t/m 26):

| Vraagnr. | Enquêtenr. | Toelichting |
|----------|----------------------------------|--|
| 19 | 11 | Zelfverwijzers ↑ |
| 20 | 1,3,8,9,11, 14,19,20,21 22 | Alleen op HA- niveau; geen spoedecho/ CT etc. |
| | 4,10 | Op voorwaarde dat ze alles zelf beoordelen |
| | 5 | Wie kijkt ernaar (bv. radiologie)?? |
| | 12 | Theorie is HA doet minder aanvragen; praktijk wellicht anders! |
| | 16,18,21,23 | Kunnen niet beoordelen: dus verwijzen |
| 21 | 1,9,13 | Mits dekking voldoende, wachttijd niet stijgt & triage plaatsvindt door opgeleiden met ervaring (+ terugkoppeling) |
| | 2,17 | Niet door assistente maar door deskundige |
| | 2,11 | Nooit helemaal haalbaar; bovendien delay als patiënt MOET bellen; moet dus mogen komen! |
| | 3,11 | Delay ↑ |
| | 4 | Nurse practitioner; specialisatie op bepaalde sub- gebieden van telefoonwerkers |
| | 5 | Geen zelfverwijzers bij interne, dus niet nodig (bovendien lastig voor specialist om tel. te triëren) |
| | 6,7 | Delay ↓ omdat meteen SEH, niet eerst HA erheen |
| | 8 | Het gebeurt niet door een arts, dus niet goed genoeg! |
| | 9 | Liefst HA aan telefoon |
| | 10 | 2 ^e lijn niet via telefonisch contact bereiken maar via verwijzing uit 1 ^e lijn |
| | 11,19,20,21 | Reeds bekende patiënten moeten meteen mogen komen |
| | 12,14,15,18 19,22,23 | Doktersassistente |
| | 13,14,15,17 | Onder supervisie van HA |
| | 13 | Verwacht dat druk op zkh ↓ en kosten ↓ |
| | 16 | Zelfverwijzers bellen toch niet |
| | 17 | Door triage- verpleegkundige |
| | 19 | 2 nummers: dokterass. en secretariaat voor bekende pat. |
| | 24 | SEH- arts |
| 22 | 1,20,22 | Door ervaren SEH- verpleegkundigen/ roulatie |
| | 2,16 | In provincie wel, niet in grote stad (anders mega- afdelingen) |
| | 9,18 | Liefst HA aan balie |
| | 11,17,19,21 23 | Door triage- verpleegkundige (+ kwaliteit bijsturing) |
| | 13 | Hangt af van belasting (en organisatie) |
| | 16 | In principe alles naar HAP; dus geen triage nodig |
| 23 | 1 | Mits geen assistente (= wachttijd ↑) |
| | 4 | Het is een HA- triage onder medische verantwoordelijkheid |
| | 11,22 | Verpleegkundige triage obv. ernst (kleurcodes) |
| | 17 | Onder supervisie SEH-arts |
| 24 | 1 | Financieel voordeel |
| | 3,9,11,14 | Verschillende achtergrond waardoor niet mogelijk |
| | 4 | Geeft getouwtrek aan medewerkers |
| | 8 | Zou kwaliteitverbetering voor HAP betekenen |
| | 9,11,18,23 | Administratief/ Secretariaal |
| | 16,19 | Kunnen van elkaar leren op deze manier |
| | 19 | Tijdens overgang integratie, daarna gescheiden |

| | | |
|----|-----------------------------|--|
| | 20 | Eén instituut: grenzen opheffen |
| 25 | 1,3,4,11,14, 16,17,18,23 | HA niet voldoende specialistische kennis |
| | 4,8,20,22 | Nood breekt wet! |
| | 11,13,16,18 19,23 | Moet niet nodig zijn; geeft blijk van organisatorisch probleem |
| 26 | 1,9 | Drempel om te vragen ↓ |
| | 5 | Telefonisch altijd mogelijk; anders verwijzen |
| | 6 | Angst dat HA “over muur hangt” = hulp bij alles vraagt |
| | 8,18 | Verantwoordelijkheden verdelen; of verwijzen, of niet! |
| | 9 | Kunt patiënten die snel hulp behoeven zo sneller zien |
| | 14,22,23 | Dit is dé meerwaarde van het stelsel. |

Overige opmerkingen:

| Vraagnr. | Enquêtenr. | Opmerkingen |
|----------|-------------|--|
| 29 | 1,10,21 | Vrijgevestigden willen EPB's en daarmee makkelijke (= HA) ingrepen zelf behouden |
| | 3 | Afhankelijk van ervaren belasting; als ↑ dan zien ze waarschijnlijk wel voordeel in afstoten 'enkels' en daarmee inkomensverlies |
| | 5,11,18,19 | Geld volgt de zorg = eerlijk! |
| | 6,10,14,18 | Bepaald inkomen garanderen en als kwaliteit zorg verbeterd door HA laten doen 'enkels' dan accepteren |
| | 10,11,18,21 | DBC's? (voorzien hierin...?) |
| | 12,14,16,23 | HA krijgt geld per ziekenfondspat.; krijgt nu dus geld voor zorg die hij niet levert! (wordt dus kostenbesparing voor hele zorg) |
| | 13 | Prima, zolang HA mogelijke complicaties ook zelf af kan handelen |
| | 21 | SEH-arts valt nu nog onder chirurg; als zelfstandig specialisme dan is chirurgie geld kwijt |
| | 23 | HAP vóór SEH = kostenbesparing voor zkh.: 70% ↓ (uitgaven (röntgen/ lab...) dalen beduidend sterker dan inkomsten) |
| 31 | 1 | Visie op opleiding tot SEH- arts? |
| 31 | 2 | Als HA poortwachter wil blijven is hij aan zet, want als opdelen in functies van telefoonarts/ postarts etc. dan gaat het om een functie die ook door anderen kan worden vervuld (levensloopgeneesunde bestaat alleen nog op een dorp) |
| 31 | 2 | SEH- arts kan in perifere zkh. de enige arts op SEH worden, waardoor overige specialisten naar huis kunnen |
| 31 | 8 | HAP werkt nu slecht!! call- center in Leeuwarden (voor Heerenveen), geen medisch dossier op HAP! |
| 31 | 16,23 | Er moet een EMD komen! |
| 31 | 17 | HA als onderdeel in de keten; niet autonoom maar ná SEH-arts |
| | 17 | HA besteden diensten nu ook al uit: HAP houdt geen stand |
| 31 | 19 | Europese regelgeving m.b.t. werktijden is probleem: niet mogelijk goede poortzorg te leveren als men niet een kwartier mag laten overwerken |
| 31 | 20 | Nijmegen telt meerdere SEH's = meerdere HAP's? |
| 31 | 21 | Werkdruk HA ↑ |
| | 21 | Budget zkh. ↓ als zelfverwijzers verdwijnen |
| 31 | 22 | Verwacht dat HA niet meer werk wil: zelfverwijzers blijven zodoende bij chirurg |
| 31 | 23 | Klachten over bereikbaarheid van HAP |