

ZIEK BUITEN KANTOORUREN: CHP OF SEH

Een inventariserend onderzoek

A.A.M. de Jong
Groenlostraat 10
5043 LZ Tilburg
013-5711486
Register Zorgmanagement

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	3
DE SPOEDEISENDE HULPVERLENING VANUIT HUISARTSEN-PERSPECTIEF ..	5
Conclusie “spoedeisende hulpverlening vanuit huisartsenperspectief”	9
SPOEDEISENDE HULPVERLENING VANUIT PATIËNTEN-PERSPECTIEF	10
Conclusie “spoedeisende hulp vanuit patiëntenperspectief”	14
CENTRALE HUISARTSENPOST EINDHOVEN.....	15
Conclusie “centrale huisartsenpost Eindhoven”	17
DE ZELFVERWIJZERS OP DE SEH VAN HET CATHARINAZIEKENHUIS	18
Conclusie ‘de zelfverwijzers op de SEH van het Catharinaziekenhuis	22
LOCATIE VAN DE CENTRALE HUISARTSENPOST.....	23
Conclusie “locatie van de Huisartsenpost”	25
AANBEVELINGEN	26
LITERATUURLIJST	28

Inleiding

In 2002 presenteerde de Raad van Bestuur van het Catharina ziekenhuis Eindhoven (CZE) haar nieuwe beleidsplan "Samenhang en Samenwerking"¹. In dit beleidsplan stelt de Raad van Bestuur dat het ziekenhuis wil anticiperen op de toekomstige ontwikkelingen waarbij de volgende doelstelling voorop staat:

Het Catharina-ziekenhuis wil een patiëntgericht, innovatief, topklinisch opleidingsziekenhuis zijn, die aan hen die zich aan de zorg van het ziekenhuis toevertrouwen state of art medische behandeling, verzorging en begeleiding biedt.

In het beleidsplan worden voor de komende jaren een groot aantal beleidsdoelstellingen genoemd. Hoofdprioriteit in het beleid voor de komende vijf jaar is en blijft het realiseren van goede brede basiszorg voor het adherentie gebied. Met name de patiëntgerichtheid, toegankelijkheid en kwaliteit staan hierbij centraal. Ook het realiseren en garanderen van acute zorg is en blijft een belangrijk speerpunt. De komende jaren zal de samenwerking met de zorgpartners in de regio geïntensiveerd worden.

In het verlengde van de twee laatste beleidsvoornemens werd door de Raad van Bestuur het realiseren van een Centrale Huisartsenpost (CHP) bij het Catharinaziekenhuis (CZE) genoemd. Globaal werd t.a.v. de CHP het volgende aangegeven:

"Veel waarde wordt gehecht aan het verbeteren met de eerste lijn, in het bijzonder de huisartsen. Meer concreet gaat het hierbij om, het in samenwerking met de districtshuisartsenvereniging (DHV) **realiseren van spoedeisende huisartsenzorg in het ziekenhuis**, gezamenlijke zorgverlening door huisarts en specialist ten behoeve van de chronische patiënten categorieën en ICT ter verbetering van de communicatie met de huisarts."

Tijdens de voorbesprekingen m.b.t. het realiseren van een CHP kwam het managementteam Spoedeisende Hulp tot de conclusie dat voordat een grootschalige dienststructuur zoals een CHP kan worden gerealiseerd, er veel aandacht zal moeten uitgaan naar het bedenken een passende vorm van de CHP en het creëren van voldoende draagvlak voor de opzet van een CHP.

De doelstelling voor het realiseren van een CHP werd vastgesteld:

- Spoedeisende huisartsenzorg in het ziekenhuis
- Afname van het aantal zelfverwijzers door terugverwijzing naar de CHP;
- Toename van het aantal verwezen patiënten door samenwerking met een CHP;
- Optimale samenwerking tussen de 'eerstelijns' CHP en de 'tweedelijns' SEH

Niet duidelijk was voor het managementteam naar welke CHP-vorm gestreefd moest worden om de doelstellingen te behalen. Het ontbrak aan referentiegegevens omtrent ervaringen elders in Nederland. Afgesproken werd om alvorens verdere plannen te ontwerpen er allereerst geïnventariseerd moest worden hoe de Nederlandse ervaringen zijn met de CHP en welke conclusies hieruit getrokken konden worden.

Als lid van het managementteam van de functiegroep Spoedeisende Hulp werd aan mij de opdracht verstrekt om een inventariserend onderzoek te doen naar de Nederlandse ervaringen met een CHP. Het bij het onderzoek uitgebrachte advies zou als leidraad dienen bij de verdere realisatie van een CHP. Als publicatietijdstip werd half april 2003 aangehouden.

De probleemstelling waarvoor ik mij geplaatst zag, kan als volgt geformuleerd worden:

"Welke vorm van CHP kan het beste gerealiseerd worden bij het CZE rekening houdend met de ziekenhuisdoelstellingen maar ook lerend van de ervaringen m.b.t. spoedeisende hulpverlening vanuit huisartsen- en patiëntenperspectief?"

Als plan van aanpak heb ik gekozen voor een literatuurstudie waarin vooral op basis van onderzoekscijfers een mening gevormd wordt. Al na een eerste inventarisatieronde onder artikelen m.b.t een CHP kwam ik tot de conclusie dat er veel geschreven is over huisartsenposten door vooral huisartsen, maar dat vaak de individuele mening de basis vormt voor de getrokken conclusie. Gelukkig waren er ook voldoende onderzoeken uitgevoerd, die weer tot evenzoveel artikelen aanleiding gaven.

Uitzondering op de regel heb ik gemaakt voor de Eindhovense huisarts M. Klomp. Zijn artikel in 'Huisarts en wetenschap' vond ik belangrijk omdat hij ten eerste één van de huisartsen uit de omgeving van het CZE is en daarbij een visie neerzette die sterk tot nadenken aanzet.

In tegenstelling tot de CHO zijn er weinig onderzoeksgegevens bekend betreffende de zelfverwijzer op de SEH. Wel was sprake van veel individuele meningen over het zich, terecht of onterecht, aanmelden van zelfverwijzers op de SEH. Helaas was het meestal een bestaand gevoel, maar ontbrak de feitelijke onderbouwing. Gelukkig waren de SEH gegevens van het CZE vrij gedetailleerd bekend.

A. de Jong

Verpleegkundig functiegroepmanager SEH

De spoedeisende hulpverlening vanuit huisartsenperspectief

De huisartsenzorg heeft een centrale positie in de Nederlands gezondheidszorg. Bijna de gehele bevolking staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. In de meeste gevallen zoeken patiënten met een gezondheidsprobleem eerst contact met de huisartsenpraktijk als zij denken professionele hulp nodig te hebben. De huisarts fungeert als filter of poortwachter binnen de gezondheidszorg. Dit houdt in dat de meeste andere zorgaanbieders alleen toegankelijk zijn na een (formeel) akkoord van een huisarts. Een positie als poortwachter betekent dat de huisarts de schifting aanbrengt tussen hulpvragen die door de huisarts zelf worden opgelost en hulpvragen die een verwijzing behoeven binnen de eerste lijn of naar de tweede lijn. In de huisartsenpraktijk wordt een breed zorgaanbod geleverd zowel op het gebied van preventie, diagnostiek als behandeling.

De organisatie van de huisartsenzorg buiten kantoor tijden in Nederland heeft in enkele jaren een grote ommezwaai gemaakt van kleinschalige waarneemgroepen naar de grootschalige CHP. Inmiddels is hierbij negentig procent van de Nederlandse huisartsen aangesloten. De CHP's zijn voortgekomen uit een groot aantal knelpunten in de huisartsenzorg binnen en buiten kantoor tijden.

Spoedeisende zorg was vroeger een belangrijk onderdeel van het huisartsenvak². Duidelijk werd dat de huisartsenzorg in de afgelopen decennia de eigen rol in de spoedeisende zorg in steeds mindere mate kon waarmaken. Behalve het tekort aan huisartsen, de opgelopen praktijkkosten en de vestigingsproblemen speelden de volgende factoren een rol van betekenis.^{3, 4, 5}:

- Huisartsen waren moeilijk te bereiken door het gebruik van (soms meerdere) antwoordapparaten. Tijdens de dienst werkten zij vaak in een semi-professionele situatie, vanuit thuis met familieleden die de telefoon opnamen.
- Het aantal diensten was groot en de diensten werden als belastend ervaren door hun lange duur en het gebrek aan rust.
- Toename van oneigenlijke hulpvragen en de afname van het 'echte' huisartsenwerk door zelfverwijzing naar de SEH's van ziekenhuizen of via 112 werkte demotiverend;
- Het ontbreken van adequate randvoorwaarden voor spoedeisende zorg zoals financiën, ondersteuning door doktersassistenten en chauffeur en de uitrusting onderweg.
- De ambulancezorg heeft zich ontwikkeld van vervoerder naar hulpverlener met goed materieel en strakke protocollen;
- De 'inpakken en wegwezen houding' is vervuld voor een prehospital stabieliserende strategie, waarbij veel technische middelen ingezet kunnen worden;
- De vrije toegang van patiënten tot de afdeling Spoedeisende hulp.

Een van de hoofdoorzaken waarom huisartsen zich niet sterk hebben gemaakt voor hun positie ligt in de werkdruk. Uit onderzoek d.m.v. een representatieve steekproef onder huisartsen in 2000 bleek dat huisartsen een werkweek hadden van 55 uur en daarbovenop 20 uur dienst.⁶ Door de toename van het aantal hulpvragen nam de dienst buiten kantoor uren steeds meer de vorm aan van reguliere werktijd, terwijl het in oorsprong een bereikbaarheidsdienst betrof voor calamiteiten. Ongeveer 70% van de huisartsen vond hierbij de diensten belastend tot zeer belastend. De arbeidssatisfactie onder huisartsen was laag.

De centrale CHP zijn sinds 2000 sterk in opkomst en hebben de volgende gemeenschappelijke kenmerken⁷⁺⁸:

- Centraal gelegen, goed bereikbare en zichtbare post;
- Toegang via een centraal telefoonnummer;
- Grootschaligheid met te bedienen populaties van 100.000 tot 500.000 patiënten;
- Volledig uitgeruste, herkenbare dienstauto met chauffeur,
- Veel ICT-voorzieningen, zoals het elektronisch patiëntendossier en online-verbinding met de auto;
- Triage aan de telefoon door assistentes en verpleegkundigen;

- Korte diensten voor de huisartsen
- Iedere huisarts heeft een verschillende taak tijdens de dienst: consultarts, visitearts en in toenemende mate telefoonarts;
- Korte lijnen naar de ambulancedienst.

Het blijkt dat de CHP's een groot aantal knelpunten in de huisartsenzorg hebben weggenomen⁹. Met name de werkdruk is verminderd en de arbeidssatisfactie is toegenomen. Door taakverdeling en taakdelegatie kunnen met name visite-artsen zich volop wijden aan de meer spoedeisende problemen⁷.

Een onderzoek onder deelnemers en niet-deelnemende huisartsen aan de CHP in Nijmegen gaf het volgende beeld:

Werkbelasting en arbeidssatisfactie				
	Deelnemers		Niet-deelnemers	
Algemeen oordeel	1998	2000	1998	2000
Belastend	89	39	67	69
Uitdagend	35	59	15	25
Leuk	9	46	3	9
Afwisselend	39	75	48	36
Leerzaam	33	66	38	25
Uitbesteden van diensten				
Niet	30	71	62	69
Incidenteel (1 a 2 maal per jaar)	46	20	33	27
Geregeld(>2 maal per jaar)	24	9	5	4
Vergelijking van deelnemers (n=46) en niet deelnemers (n=46) aan de CHP Nijmegen die in 1998 en 2000 repondeerden (in percentages)				

Met de invoering van de centrale CHP zijn het aantal ervaren knelpunten bij de deelnemers fors verminderd:

Knelpunten				
	deelnemers		Niet-deelnemers	
	1998	2000	1998	2000
Beslag op gezinsleven	80	12	79	72
Hoge frequentie dienst	33	10	26	38
Oneigenlijke hulpvraag	76	19	48	56
Agressie	52	19	42	35
Eisend gedrag patiënt	67	30	58	58
Gestoorde nachtrust	89	50	67	69
Onvoldoende rust na dienst	76	33	48	60
Vergelijking van deelnemers (n=46) en niet deelnemers (n=46) aan de CHP Nijmegen die in 1998 en 2000 repondeerden (in percentages)				

Ook tegenwoordig vinden de huisartsen dat de spoedeisende zorg een belangrijk deel van hun taak is. Een representatieve steekproef bij de Nederlandse huisartsen⁵ gaf het volgende resultaat:

Taakopvatting van Nederlandse huisartsen anno 2000:	
Spoedeisende Hulp is grotendeels of volledig de taak van de huisarts	66%
Spoedeisende Hulp tijdens kantooruren	88%
Spoedeisende hulp buiten kantooruren	71%
Acute (potentieel) levensbedreigende aandoeningen	67%
Behandeling zelfverwijzers SEH	81%
Medische Hulp bij ongevallen en rampen	21%

Ook patiënten bleken deze mening te zijn toegedaan. De belangrijkste aspecten waaraan de huisartsgeneeskunde volgens patiënten moet voldoen zijn::

- Expertise in het herkennen en slagvaardig optreden bij spoed
- Snel bereikbaar en snel beschikbaar.

Spoedeisende zorg is een relatief klein deel van de totale huisartsenzorg. De centrale CHP Nijmegen heeft onder circa 30.000 patiënten op basis van dezelfde criteria als de ambulancedienst een verdeling gemaakt op basis van urgentie¹⁰. Hierbij staat A1 voor levensbedreigend (binnen 15 minuten hulp), A2 (binnen 1 uur hulp noodzakelijk), A3 (binnen 3 uur hulp noodzakelijk) en routine. Bij behandeling het urgentieniveau bij de huisarts ongeveer 30% lager te liggen dan bij inschatting door de ambulancedienst.

Urgentie	N (patiënten)	%
A1 (15 min)	330	1.1
A2 (<1 uur)	1920	6,4
A3 (<3 uur)	5880	19,6
Routine (8 uur)	21870	72.9

In de huisartsgeneeskunde wordt veel aandacht geschonken aan veel voorkomende ziektes, die meestal een **gunstig** verloop hebben. Huisartsen zijn hierdoor traditioneel erg gericht op terughoudend beleid gezien het natuurlijk beloop bij veel ziekten ("**een patiënt is gezond tot het tegendeel bewezen is**"). Verder is de huisarts sterk gericht op meewegen van contextuele factoren, communicatie en afstemming met de patiënt.. Protocollen zijn voor de huisarts een leidraad en dienen als ondersteuning.

Ambulanceverpleegkundigen zijn meer gericht op het **ongunstige** beloop van ziekten. Dit komt voornamelijk door de ziekenhuisachtergrond ("**een patiënt is ziek tot het tegendeel is bewezen.**"). Ambulanceverpleegkundigen zijn vooral sterk gericht op protocollair handelen. Deze manier van denken en handelen komt voornamelijk door de sterke ziekenhuisachtergrond. Het merendeel van de protocollen¹¹ waarmee ambulanceverpleegkundigen werken zijn samengesteld onder supervisie van medisch specialisten uit de ziekenhuizen. De huisartsen zijn hierbij nauwelijks betrokken.

Huisartsen zijn traditioneel sterk in diagnostiek en beleid. Zij kijken meer naar het acute toestandsbeeld en zijn vervolgens sterk in stabilisering. Deze verschillen in achtergrond en visie kunnen de communicatie flink verstoren (maar verklaard wel de 30% lagere urgentie inschatting door huisartsen). Door de beperkte communicatie ontstaat echter over en weer een sfeer van "zij zijn slecht en wij zijn goed" en vormt daardoor een belemmerende factor in de samenwerking.

De interpretatie van "spoedeisende hulp" verschilt ook tussen huisartsen onderling, en tussen huisartsen en assistentes¹². Er is regelmatig geen consensus over de indicatie van

visite-rijden. Daardoor gaan individuele huisartsen en assistentes hier verschillend mee om. Het leidt tot onderlinge fricties en onduidelijkheid voor de patiënt.

Sommige artsen maken zich ernstige zorgen over de voortdurende toename van “oneigenlijke” vragen. Zij noemen dit de grootste bedreiging voor het functioneren van CHP. Zij pleiten daarom voor een restrictief beleid. Anderen vinden dat je geen risico’s moet nemen en dat teveel zorg beter is dan te weinig.

Een ander probleem zijn de “binnenlopers”. De regel is dat patiënten eerst bellen voor ze naar de CHP komen. Veel patiënten houden zich daar niet aan en er zijn ziekenhuizen die zelfverwijzers doorsturen naar de CHP. Het dilemma is hoe hiermee om te gaan. De posten zijn er niet op ingericht en er is geen goede selectie van de zorgvraag meer mogelijk. Een aantal artsen vindt binnenlopers een gegeven en de organisatie moet hierop worden afgestemd. De meeste huisartsen zijn hier echter sterk tegen en vrezen een aanzuigende werking.

De financiering voor de nieuwe dienstenstructuur is nog niet goed geregeld. Huisartsen kunnen en willen deze voorziening niet zelf bekostigen. In de beroepsgroep heerst de opvatting dat de Nederlandse samenleving de extra inzet zou moeten honoreren en ondersteunen¹³. De zorgverzekeraars en het ministerie van VWS hebben in eerste instantie de nieuwe ontwikkelingen van de CHP’s dankbaar geadopteerd en gefinancierd. In de tarieven van de huisartsen zitten echter al geruime tijd de kosten welke gemaakt worden i.v.m. bereikbaarheid verwerkt. Over dit kostenaspect is een discussie opgelaaid tussen huisartsen en ziektekostenverzekeraars.

In enkele jaren tijd zijn er circa 100 huisartsenposten opgericht. Zij hebben de status van zorginstelling in het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Inmiddels is er een koepel voor de CHP’s opgericht onder de vleugels van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Op dit moment is men nog niet verder dan het formuleren van een kapstok om het kwaliteitssysteem aan op te hangen Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten / Cliënten Federatie (NPCF) en de inspectie van de Gezondheidsraad oefenen druk uit om in de toekomst een integraal kwaliteitssysteem zoals dat van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling te komen.

De inspectie van de gezondheidszorg maakt zich echter grote zorgen over de huisartsengeneeskunde in het algemeen. Zij constateert zelfs dat de huisartsenzorg stuurloos is¹⁴ en dat bij de huidige maatschappelijke ontwikkelingen het onduidelijk is in welke richting deze zorg zich de komende jaren zal ontwikkelen. Zorgverzekeraars komen met incidentele initiatieven, waarbij de inspectie zich de vraag stelt wat de effecten zijn op de toekomst van de huisartsenzorg. De inspectie is van mening dat het hoog tijd wordt dat de betrokken partijen (beroepsgroep, zorgverzekeraars, patiënten en departement) een indringende discussie voeren over de toekomst van de huisartsenzorg. Volgens de inspectie kunnen de partijen slechts dan hun verantwoordelijkheid nemen om gezamenlijk tot een goed product te komen. Als de partijen met elkaar kiezen voor een andere vorm van toekomstige huisartsenzorg – bijvoorbeeld voor een ander systeem van avond-, nacht- en weekenddiensten en voor een huisarts die is opgegaan in de ziekenhuisstructuur¹⁵ of voor een herschikking van taken en bevoegdheden¹⁶ kan de inspectie in die nieuwe situatie haar toezichthoudende rol op de kwaliteit van de zorg en veiligheid voor de patiënt vormgeven. Zolang echter niet voor een andere rol van de huisarts gekozen is, zullen nieuwe initiatieven steeds getoetst worden aan de bestaande normen met betrekking tot veiligheid, toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van zorg.

In afwachting van de ontwikkeling van normen door de LHV die maatschappelijk draagvlak hebben, zal de inspectie bij het toezicht vasthouden aan de volgende uitgangspunten:

- Triage is een integraal onderdeel van de huisartsenzorg. Het selecteren van klachten en het geven van zelfzorgadviezen behoort tot het deskundigheidsniveau van de huisarts.

Triage, ook als deze wordt gedelegeerd, blijft de verantwoordelijkheid van de huisarts met wie de patiënt een behandelingsovereenkomst heeft (WBGO)

- Triage door een extern call-center is een brug te ver. De huisarts kan zijn verantwoordelijkheid voor de continuïteit van zorg niet waarmaken als de triage selectief uit de zorg is gehaald en bij een externe instantie is ondergebracht waar geen integrale huisartsenzorg wordt geleverd.
- Bij grootschalige dienstenstructuren is iedere betrokken huisarts mede verantwoordelijk voor de hele behandeling van de patiënt. De gegevensoverdracht dient zodanig te zijn dat de huisarts zijn pluis-/niet-pluisgevoel ook in grootschalige structuren kan ontwikkelen.
- Spoedeisende hulp is een integraal onderdeel van de huisartsenzorg. Als bij een huisarts een beroep wordt gedaan op noodhulp, kan hij dit niet uitbesteden aan een ambulancedienst.

Conclusie “spoedeisende hulpverlening vanuit huisartsenperspectief”

- Het kiezen voor een samenwerkingsverband in een CHP is gebaseerd op de behoeften van de huisartsen en niet op de behoeften van de patiënt.
- De CHP is bij uitstek een middel gebleken om de werkdruk bij huisartsen te verlichten, met name voor de belastende avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten)
- Door het samenwerken in een CHP tijdens de ANW-diensten is de arbeidstevredenheid bij de deelnemende huisartsen fors toegenomen.
- De huisartsen zijn van mening dat de spoedeisende zorg voor een belangrijk deel hun taak is. Patiënten zijn het met dit standpunt eens.
- Het ingeschatte urgentieniveau bij acute hulpvragen ligt bij huisartsen 30% lager als bij de ambulanceverpleegkundige.
- De handelingen van de ambulanceverpleegkundige is protocollair bepaald vanuit een ziekenhuissetting op basis van de gedachte “een patiënt is ziek tot het tegendeel bewezen is”. De huisarts gaat uit van de visie “een patiënt is gezond tot het tegendeel bewezen is”.
- Binnen een samenwerkingsverband als de CHP is geen eenduidigheid over de interpretatie van “spoedeisende hulp”. Hierdoor ontstaan fricties tussen huisartsen onderling en huisartsen/assistentes.
- De financiering van de CHP is nog een discussiepunt tussen de huisartsen en de ziektekostenverzekeraars.
- De CHP heeft de status van zorginstelling. Aan een kwaliteitsmodel voor de CHP wordt gewerkt door de LHV.
- De inspectie is van mening dat het hoog tijd wordt dat de betrokken partijen (beroepsgroep, zorgverzekeraars, patiënten en departement) een indringende discussie voeren over de toekomst van de huisartsenzorg.
- In deze discussies zullen keuzes voor de toekomst gemaakt moeten worden zoals een ander systeem voor de ANW-diensten of het opgaan in de ziekenhuisstructuur.

Spoedeisende hulpverlening vanuit patiëntenperspectief

Hoe spoedeisend is 'spoedeisend'? Niet elke acute hulpvraag vereist in medisch opzicht acuut ingrijpen, en een acute interventie wordt niet altijd voorafgegaan door een acute hulpvraag. Hulpvraag en interventie zijn dus niet altijd met elkaar in overeenstemming. Artsen en patiënten hebben soms een verschillende mening over hoe ernstig een gezondheidsprobleem is en welke hulpvraag echt spoedeisend is.

Het hulpgedrag van mensen wordt volgens het Health Belief Model verklaard door:

- De ervaren bedreiging van de gezondheid;
- De verwachte baten en lasten van medische zorg;
- De ervaren prikkels om tot actie over te gaan;
- Het vermogen om het probleem(naar eigen idee) te kunnen hanteren;
- De ervaren behoefte aan informatie¹⁷.

Wat dit betekent voor de spoedeisende hulpverlening kan worden afgeleid uit een Schots onderzoek, waarin werd gevraagd waarom mensen voor zichzelf of een ander, spoedeisende hulp hadden gezocht bij de huisarts. Het bleek dat deze redenen te maken hadden met ideeën over wat 'abnormale verschijnselen' zijn en eerdere ervaringen met de zorgverlening.

Bepaalde patiëntgroepen hebben schijnbaar specifieke motieven voor het zoeken van hulp. De ervaring leert dat vrouwen anders dan mannen reageren op bepaalde signalen, zoals pijn of bloed. Bepaalde groepen zullen lichamelijke signalen wellicht negeren zoals mensen met een drukke baan en ouderen, die lichamelijke ongemakken vaak als min of meer normaal beschouwen.

Mensen in de omgeving zijn vaak bepalend voor de hulpvraag. Bij jonge kinderen speelt ongerustheid van de ouders een belangrijke rol: ouders willen het gevoel hebben dat zij het uiterste hebben gedaan.

Ook tekortkomingen in de reguliere zorg zou het beroep op zorg buiten kantooruren kunnen verklaren. Uit een klein onderzoek in een Britse stadswijk bleek dat maar liefst 25% van de hulpvragen buiten kantooruren plaatsvond binnen twee dagen na het laatste consult bij de huisarts. Bij navraag bleek echter dat dit niet het gevolg was van ontevredenheid van het eerste consult, maar samenhang met een hoge medische consumptie als gevolg van een complexe leefsituatie en psychiatrische problematiek.

Uit een grote schriftelijke enquête in acht Europese landen blijkt dat patiënten het uiterst belangrijk vinden dat de huisarts bij spoedeisende problemen snel en adequaat hulp kan bieden. Uit een lijst van 38 aspecten van huisartsenzorg kozen de Nederlandse patiënten 'snelle beschikbaarheid bij spoed' als de belangrijkste kwaliteit van een goede huisarts. Deze mening was niet anders dan in andere landen. Uit een gelijktijdig uitgevoerde enquête in Nederland onder een aselechte steekproef van huisartsen bleek dat huisartsen 'snelle hulp bij spoed' ook uiterst belangrijk vinden. Bovendien realiseerden de huisartsen zich dat patiënten aan dit aspect van zorg hoge prioriteit geven. Huisartsen en patiënten zitten dus wat dit punt op één lijn, maar het is de vraag of zij bij 'spoedeisende situaties' aan dezelfde dingen denken.

Veel patiënten zijn geneigd direct naar de SEH van het ziekenhuis te gaan of 112 te bellen:

- Hoe ernstiger de klacht of het letsel is in de optiek van de patiënt, des te groter is de kans dat deze denkt dat specialistische hulp noodzakelijk is.¹⁸
- De keuze om naar het ziekenhuis te gaan heeft ook te maken met de verwachte service.
- Mensen ervaren het ziekenhuis als gemakkelijk toegankelijk: men kan er altijd terecht en er is steeds iemand die naar de patiënt kijkt.

- Mensen hebben veel vertrouwen in de SEH van het ziekenhuis, vanwege de verwachte deskundigheid en de aanwezigheid van onderzoeksfaciliteiten.¹⁹
- Verder blijkt dat patiënten die het ziekenhuis kennen van eerdere bezoeken aan de SEH in spoedeisende situaties vaak opnieuw kiezen voor het ziekenhuis.
- Er is kritiek op de organisatie van de huisartsenzorg buiten kantooruren.

In een recent kleinschalig onderzoek²⁰ onder 95 zelfverwijzers op de SEH van het Catharinaziekenhuis is aan deze patiënten gevraagd of de patiënt van mening was dat de hulpvraag thuishoorde op de Spoedeisende Hulp.

Het merendeel van de patiënten (69) was overtuigd dat zij met hun hulpvraag op de juiste plaats waren. Slechts 7 gaven aan dat zij met hun hulpvraag bij de huisarts moesten zijn. Op de vraag waarom men vond dat de hulpvraag op de SEH thuishoorde werd door de patiënten het volgende beeld geschetst:

Daar is de SEH toch voor	26
Ik ga nooit met zoiets naar de huisarts	1
Specialistische zorg noodzakelijk	31
Voor alle zekerheid	12

Dit beeld komt overeen met onderzoeken elders. Blijkbaar is de huisarts bij een deel van de patiënten uit beeld verdwenen als het gaat om spoedeisende hulpverlening. Mogelijk spelen het niet zichtbaar aanwezig zijn en de (verwachte) slechte bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts hierbij een rol.

De aanwezigheid van een ziekenhuis in de buurt heeft een duidelijke invloed op het aantal ongevalpatiënten dat de huisarts behandelt: het aantal zelfverwijzers neemt toe naarmate de afstand tot het ziekenhuis kleiner is²¹.

Of de patiënt kiest voor de SEH van een ziekenhuis heeft ook te maken met de gepercipieerde aantasting van de eigen gezondheidstoestand. Hoe ernstiger de klacht of het letsel in de optiek van de patiënt, deze te groter de kans dat deze denkt dat specialistische hulp noodzakelijk is. Zelfverwijzers die naar eigen idee een ernstig letsel hebben, verschillen echter vanuit medisch perspectief niet van zelfverwijzers die dat niet denken.²²

In Nederland is maar weinig onderzoek gedaan naar de aard van de hulpvragen die in een zelfde periode worden gesteld aan huisartsen en SEH's in een zelfde regio. Omdat het AMC betrokken werd bij evaluatieonderzoek naar de mogelijke effecten van de opening van een CHP in Amsterdam Zuid Oost werd besloten van de zelfverwijzers op de SEH ook gegevens te verzamelen.²³ De vragen die hierbij gesteld werden waren:

- In hoeverre zijn de klachten die s'avonds en s'nachts aan de huisartsen, respectievelijk de SEH, worden gepresenteerd van dezelfde aard?
- Zijn er op de locaties als "oneigenlijk" te bestempelen hulpvragen?

In de twee periodes dat gemeten werd, bleek het aantal patiëntcontacten nagenoeg gelijk te zijn. De verhouding tussen het aantal huisartsencontacten en SEH contacten was s'avonds nagenoeg 2:1 en s'nachts 3:1. De SEH werd vooral bezocht door kinderen en jong volwassenen, terwijl de huisarts bezocht werd door patiënten van alle leeftijden. Terwijl contact met de SEH uitsluitend mogelijk is door feitelijk op bezoek te gaan, zijn er voor de patiënt drie mogelijkheden om contact te krijgen met de huisarts: telefonisch consult, visite door de huisarts en bezoek CHP. De huisarts handelde steeds meer dan de helft van de contacten telefonisch af.

Frequentst genoemde redenen (in %) voor de komst van patiënten op de afdeling SEH of bij de huisarts:

Contactreden	Afdeling SEH (n=979)	Huisarts (n=2039)
Koorts	20(2,0)	221(10,8)
Bijwerking/vraag geneesmiddel	3(0,3)	68(3,3)
Buikpijn	54(5,5)	151(7,4)
Maagpijn	15(1,5)	54(2,6)
Braken	18(1,8)	119(5,8)
Klacht hand/vinger	45(4,6)	3(0,1)
Klacht enkel	52(5,3)	5(0,2)
Hoofdpijn	34(3,5)	57(2,8)
Benauwdheid	24(2,4)	122(6,0)
Snijwond	107(10,9)	11(0,5)
Oorpijn	17(1,7)	75(3,7)
overige	590(60,4)	1173(57,5)

Omdat de groep 'overig' bij deze weergave van de gegevens groot bleef (60%) werd besloten ook een tabel samen te stellen met clusters van alle redenen voor de hulpvraag. Het grootste cluster 'acute somatische symptomen' werd verdeeld in categorieën.

Geclusterde reden voor contact	Afdeling SEH (n=979)	Huisarts (n=2039)
Acuut somatisch	746(76,2)	1620(79,4)
Bewegingsapparaat	352(47,6)	165(10,2)
Maag-darmkanaal	121(16,4)	449(27,7)
Ademhaling	61(8,2)	270(16,7)
Oor	19(2,6)	83(5,1)
Neur. Klacht	45(6,1)	110(6,8)
Urinewegen	7(0,1)	53(3,3)
Huis	22(3,0)	62(3,8)
overig	119(16,0)	428(26,4)
Trauma	153(15,7)	37(1,8)
Infectie	14(1,4)	27(1,3)
Zwangerschap/bevalling	15(1,5)	24(1,2)
Angst voor ziekte	19(1,9)	190(9,3)
Psychisch	13(1,3)	53(2,6)
overige	19(1,9)	88(4,4)

De SEH werd op het niveau van de reden voor komst meer bezocht voor acute klachten van het bewegingsapparaat en voor traumata. De huisarts daarentegen werd vaker geconsulteerd voor acute somatische symptomen van maag, darm en ademhalingstelsel. Ook 'angst voor ziekte' was bij de huisarts een veel voorkomende reden voor consultatie.

Bij het onderzoek werd ook geteld hoeveel contacten door de SEH-artsen en huisartsen werden gewaardeerd als 'terecht', 'onterecht, maar invoelbaar' en 'onterecht'. Bij de SEH kon een kwart niet worden gewaardeerd, omdat de patiënt door de SEH-arts werd overgedragen aan een specialist.

	Terecht	Onterecht, maar invoelbaar	Onterecht
SEH	50%	29%	21%
Huisarts	40%	46%	14%

Voor de categorie 'hart en vaten' moet worden opgemerkt dat het hier voor de SEH om een onderschatting ging, omdat de Eerste Harthulp van het AMC niet het onderzoek werd meegenomen.

De onderzoekers concludeerden dat de resultaten van hun onderzoek aansloten bij die van anderen, die concludeerden dat de meeste patiënten redelijk goed in staat waren om zelf te beslissen naar welke medische dienstverlening zij gaan.²⁴ Gezien de vastgestelde complementariteit is het de vraag waarop de mening is gebaseerd dat er op de SEH's zoveel huisartsengeneeskundige klachten worden gezien. Naar de mening van de onderzoekers gaat het daarbij vooral om het segment klachten dat gekarakteriseerd kan worden als 'geen(acute) medische hulp noodzakelijk', dus ook niet van de huisarts, die immers ook dergelijke klachten krijgt aangeboden. Een belangrijk verschil is dat de huisarts daarbij echter de mogelijkheid heeft om dit soort klachten telefonisch af te handelen, terwijl de arts op de SEH direct met de zelfverwijzer geconfronteerd wordt en hem of haar zal moeten onderzoeken. Toch werd door de SEH-artsen in dit onderzoek ruim driekwart van de contacten (79%) als 'terecht' of 'invoelbaar' gewaardeerd. Uit het onderzoek bleek geen duidelijke aanzuigende werking door de oprichting van de Centrale CHP s'nachts in Amsterdam-Zuidoost: een beeld dat op diverse andere plaatsten in het land wordt bevestigd.²⁵

Artsen en patiënten hebben verschillende opvattingen over elkaars rechten en plichten, wensen en mogelijkheden. Dit kan leiden tot onbegrip of misnoegen. Overheid en patiëntenorganisaties streven naar een meer vraaggestuurde inrichting van de zorg. Over de herziening van het zorgstelsel is veel in beschouwende zin geschreven, maar er is weinig empirisch onderzoek gedaan naar de opvattingen hierover van zorggebruikers en zorgverleners. Het bureau Intomart heeft hierover een enquête gehouden onder het KNMG-ledenpanel en een internetsteekproef onder de Nederlandse bevolking²⁶. De resultaten zijn via weging representatief gemaakt voor de Nederlandse bevolking. Aan artsen en publiek werden zoveel mogelijk dezelfde vragen gesteld.

De mening van het publiek betreffende de vragen aangaande de SEH ligt er niet om:

Stelling	Groep	%(geheel) mee eens	% hiervan is nu al vaak sprake	% dit zal in de toekomst zeker/waarschijnlijk gebeuren
De SEH is er om mensen direct te helpen ongeacht de aard van hun klachten	Publiek	63,7	45,9	45,4
	artsen	8,9	52,6	45,7
Als patiënten een eigen bijdrage betalen voor de eerste hulp, moeten zij met al hun klachten bij de SEH terechtkunnen	Publiek	54,7	8,1	33,8
	artsen	14,9	5,1	15,0

Artsen blijken vooral grote waarde te hechten aan vraaggerichtheid van de zorg. Zij hebben goed hulpverlenerschap hoog in het vaandel staan. Bij het publiek overheerst de opvatting dat de inrichting van de zorg moet worden gekenmerkt door aandacht voor keuzevrijheid en keuze-informatie. Kortom: meer echte marktwerking. Ook bleek uit het onderzoek dat artsen zich beter in staat vinden om zich in de problemen van patiënten te verplaatsen dan het publiek dit vindt. Ook voor de toekomst heeft het publiek hier geen vertrouwen in. Vraag is of artsen op deze punten nog moeten worden overtuigd van het gelijk van het publiek? Of miskent het publiek de werkelijkheid. In ieder geval is er een diepe kloof tussen wat artsen en publiek vinden van deze belangrijke aspecten van de arts-patiëntrelatie.

Conclusie “spoedeisende hulp vanuit patiëntenperspectief”

- Patiënten maken de keuze CHP, huisarts of SEH op basis van gevoel. Deze keuze is niet gebaseerd op regelgeving. Abnormale verschijnselen of eerdere ervaringen spelen hierbij een belangrijke rol.
- Patiënten vinden “snelle beschikbaarheid bij spoed” de belangrijkste kwaliteit van een goede huisarts. Deze Nederlandse uitkomst is niet anders dan in andere landen.
- Huisartsen en patiënten zitten op één lijn wat betreft dit punt, echter het is de vraag of beide partijen bij “spoedeisende situaties” aan dezelfde dingen denken.
- Hoe ernstiger de klacht of het letsel in de optiek van de patiënt, des te groter de kans dat de patiënt of zijn omgeving van mening is dat specialistische hulp noodzakelijk is.
- Ook gevoel van service, toegankelijkheid, deskundigheid en de ervaringen met CHP’s in het verleden spelen een rol om te kiezen voor de SEH.
- Het merendeel van de patiënten welke zich melden op een SEH zijn ervan overtuigd dat op de juiste plaats hulp is gezocht.
- De aanwezigheid van een ziekenhuis in de buurt heeft een duidelijke invloed op het zelfverwijsgedrag van patiënten. Het aantal neemt toe naarmate de afstand tot het ziekenhuis kleiner is.
- De verhouding tussen huisartsencontacten en SEH-contacten is s’avonds 3:1 en s’nachts 2:1. De huisarts helpt meer dan de helft van deze contacten telefonisch af.
- De SEH wordt vooral bezocht door patiënten met acute klachten van het bewegingsapparaat, terwijl de huisarts vaker geconsulteerd wordt voor acute somatische symptomen van maag, darm en ademhalingsstelsel.
- Bij gelijktijdige registratie in het AMC concludeerden zowel huisarts als SEH-artsen dat de hulpvragen in 50% van de gevallen terecht waren. ‘Onterecht, maar invoelbaar’ scoorde bij de huisartsen 46% en bij de SEH-artsen 29%. Een aanzuigende werking van de CHP werd niet vastgesteld.
- Patiënten zijn redelijk goed in staat zelf te beslissen naar welke medische dienstverlening zij gaan.
- Een groot verschil tussen CHP en SEH is de mogelijkheid van de huisarts om klachten telefonisch af te handelen en de SEH direct met de hulpvrager wordt geconfronteerd.
- Patiënten vinden dat zij op de SEH direct geholpen moeten worden ongeacht hun klachten. Slechts een kleine deel van de artsen deelt deze mening.

Centrale Huisartsenpost Eindhoven

In de regio Zuidoost-Brabant zijn de ontwikkelingen in de huisartsenzorg niet bepaald gunstig te noemen.²⁷ Binnen afzienbare tijd zal een groot percentage huisartsen met pensioen gaan of uitstromen en zijn er problemen met de opvolging in (vooral solo-)praktijken. Door deze problemen ontstaan zgn grijze gebieden zonder huisartsenpraktijk.

De huisartsen proberen onder andere door het herorganiseren van de waarneemregelingen het tij enigszins te keren. Zorgverzekeraars CZ en VGZ spelen in dit proces een grote rol. Zij hebben met nadruk gesteld dat reorganisatie in ieder geval tot resultaat zou moeten hebben dat de dienstverlening transparanter zou worden.

Sinds eind 2001 zijn de waarneemregelingen in een groot gedeelte van de regio Eindhoven en Kempenstreek daadwerkelijk ingrijpend veranderd. Door doktersassistentes wordt in een zgn. call-center een schifting aangebracht tussen spoedeisend en niet spoedeisende hulpvragen. Als de patiënt buiten kantooruren door een arts gezien moet worden, kan dat op een vaste locatie. In de Kempenstreek zijn er de Doktersposten in Valkenswaard, Veldhoven, Bladel, Eersel, Bergeijk en Deurne en in Eindhoven is de CHP gevestigd in een onderkomen naast het MMC Eindhoven. Deze CHP is bedoeld voor ongeveer 226.000 patiënten uit Eindhoven, Aalst-Waalre, Best, Oirschot en Son en Breugel. Bij de CHP hebben zich ongeveer 125 huisartsen aangesloten.

De CHP is te bereiken via een centraal telefoonnummer. Men krijgt dan een doktersassistente aan de lijn van de Zorgcentrale van Thuiszorg Kempenstreek. Deze voert een triage (beoordeling hulpvraag), en wordt daarbij ondersteund door computergestuurde protocollen. De assistente heeft de volgende mogelijkheden:

- Zelf advies geven
- Ruggespraak houden met de huisarts
- Arts aan de lijn roepen
- Afspraak maken voor een consult op de CHP
- Arts op huisbezoek laten komen
- Doorschakelen naar 112

Als alle assistentes bezet zijn, wordt doorgeschakeld naar een telefoniste. Deze mag alleen de urgentie van de hulpvraag beoordelen. Zij vraagt om een moment te wachten, zegt toe teruggebeld te worden of onderbreekt een lopend gesprek als de urgentie dit vereist.

De diensdoende arts is eindverantwoordelijk.

Al voor de start van de nieuwe regelingen waren er behoorlijk wat kritische en bezorgde geluiden te horen. De komst van de post bleek voor veel mensen volkomen onverwacht te komen. Mensen waren verbolgen over het feit dat men pas kort voor de start van de CHP hierover geïnformeerd werd.

Net als de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie beschouwt het Regionaal Patiënten/Consumenten Platform Zuidoost Brabant (RPCP) de oprichting van CHP's als een middel om de werkdruk voor huisartsen te verminderen²⁸. Deze ontwikkelingen zijn niet meer tegen te houden.. Het RPCP staat hier ook niet negatief tegenover. Het RPCP realiseert zich ten volle dat iedere verandering in eerste instantie weerstanden zal oproepen en dat de posten nog in de kinderschoenen staan. Daarnaast heeft het RPCP gemerkt dat veel mensen best begrip kunnen opbrengen voor de situatie waarin huisartsen verkeren. Dit alles laat onverlet dat CHP's aan bepaalde voorwaarden moeten voldoen, bijvoorbeeld wat betreft de kwaliteit van triage (beoordeling van de hulpvraag), de bejegening van patiënten, de wachttijden, de bereikbaarheid, de aanrijdtijden, de kosten en de informatievoorziening. Het RPCP vond het belangrijk om de waarneemregelingen te evalueren vanuit patiënten perspectief. Op basis van ervaringen elders in Nederland werd besloten een meldactie te houden.

De resultaten van een meldactie geven geen volledig beeld. Met name reageren mensen die een opvallend positieve of negatieve ervaring hebben. De resultaten van een meldactie zijn

dan ook vooral bedoeld om knelpunten zoals patiënten die ervaren weer te geven en kan een hulpmiddel zijn voor verbeteringen.

Tijdens de meldactie van 27 mei tot 31 mei 2002 deden 154 mensen een melding. 16 mensen meldden een uitsluitend positieve ervaring, 15 mensen meldden hun bezorgdheid over de CHP-regeling, 121 belden met klachten over de dienstverlening.

De uitkomsten van de meldactie vormen grotendeels een bevestiging van reeds eerder gesignaleerde knelpunten en bezorgdheden:

Algemeen

algemene informatie over de CHP is niet goed bekend

doelstelling van de CHP en verschil met SEH en 112 is een extra aandachtspunt klachtenprocedure

bereikbaarheid en toegankelijkheid

- terugbellen van patiënten gebeurt niet altijd tijdig en afspraken hierover zijn soms vaag
- de mogelijkheden om telefonisch een arts te spreken zijn beperkt
- de CHP hanteert regels omtrent 'recht op consult op de post/visite' erg strikt
- de bewegwijzering laat te wensen over
- de bereikbaarheid wordt door patiënten uit de randgemeenten vaak slecht gewaardeerd

Bejegening

- de assistente vraagt eerst naar gegevens alvorens naar het verhaal van de patiënt te luisteren
- patiënten vinden de medische inschatting nagal eens onjuist en voelen zich vaak afgescheept met een zelfzorgadvies
- het recht van de patiënt om desgewenst een arts te consulteren wordt niet altijd serieus genomen; de mogelijkheden hiertoe zijn beperkt
- veel patiënten hebben het gevoel dat ze zich assertief en eisend moeten opstellen om geholpen te worden
- de assistentes worden niet altijd gealarmeerd door een niet pluis gevoel en betrekken soms ten onrechte geen arts bij een zaak

Klachtenprocedure

- het wordt mensen in de huidige situatie onmogelijk gemaakt om hun onvrede achteraf te uiten aan de arts of assistente die hen gesproken of behnadeld heeft
- de klachtenprocedure is niet algemeen bekend
- de klachtenprocedure werkt traag

Tegenover een goede bejegening (64%) door de assistentes stond een oordeel van slechte deskundigheid van 49 % (42% goed). De bejegening door de huisarts werd door 75% van de patiënten als goed beoordeeld met een deskundigheidsscore 'goed' van 61% (slecht 25%)

Aan de melders is gevraagd of men uiteindelijk tevreden was over de geboden hulp. Van de 139 mensen die daadwerkelijk gebruik hebben gemaakt van de diensten van de CHP hebben 126 personen hierop geantwoord.

In totaal 79 melders gaven aan 'niet tevreden' te zijn, 12 waren tevreden behalve over 1 of meer aspecten, 19 waren tevreden, maar klaagden over de randvoorwaarden en 16 patiënten hadden geen klachten.

Ongetwijfeld is een deel van de gesignaleerde knelpunten niet ontstaan door de komst van de CHP. Zij zijn nu alleen duidelijker aan het licht gekomen.

Het voortbestaan van de zes doktersposten in de Kempen en Deurne wordt bedreigd door geldgebrek. De Stichting Huisarts Organisatie Kempen en Omstreken (SHOKO) liet op 25 februari 2003 een waarschuwing hiervoor uitgaan. Het is vrijwel zeker dat het ministerie van Volksgezondheid vanaf januari 2004 één landelijk tarief voor huisartsen instelt, dat lager ligt

dan het huidige door SHOKO gehanteerde. SHOKO hoopt dat de gemeenten een vergoeding per inwoner willen vergoeden of dat de dokterspost zonder huur beschikbaar gesteld kan worden. Komt er echter geen structurele oplossing dan voorziet de SHOGO zwaar weer voor haar dokterposten.

Conclusie “centrale huisartsenpost Eindhoven”

- Binnen afzienbare tijd zal een groot percentage huisartsen in de regio Eindhoven met pensioen gaan. Er zijn problemen met de opvolging van huisartsen in de praktijken. Er ontstaan huisartsloze gebieden.
- Ziektekostenverzekeraars CZ en VGZ hebben met nadruk gesteld dat de reorganisatie van de huisartsenzorg in ieder geval tot resultaat moet hebben dat de zorg transparanter wordt.
- Inwoners van het doelgebied van de CHP lieten bij de start kritische en bezorgde geluiden horen.
- De bejegening van patiënten door huisartsen en assistentes wordt over het algemeen als redelijk goed ervaren.
- De deskundigheid van de huisartsen was goed. Over de deskundigheid van de assistente was men minder te spreken.
- De SHOGO's hebben een ongunstige financiële toekomst .

De zelfverwijzers op de SEH van het Catharinaziekenhuis

De doelstelling van de afdeling SEH van het CZE is:

- *Bij patiënten met een acute zorgvraag, in een zo kort mogelijke tijd, te komen tot een diagnose en het instellen van een eerste noodzakelijke therapie, om de directe en indirecte gevolgen van het letsel of ziekte te voorkomen of beperken.*
- *Het zo mogelijk voorkomen van een onnodige ziekenhuisopname.*

De afdeling Spoedeisende Hulp is een specialistische multidisciplinaire afdeling binnen de ziekenhuisorganisatie. Ruimte, outillage en personeel zijn gereserveerd voor iedereen die in een medische noodsituatie is geraakt. Dit gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week. De SEH is een open afdeling, d.w.z. dat een ieder die zich meldt wordt gezien door een arts/verpleegkundige.

De activiteiten van de SEH zijn speciaal afgestemd op ontvangst, onderzoek, beoordeling, eerste behandeling, begeleiding, informatie, overdracht en zorg dragen voor de nazorg van de patiënt. Dit geldt zowel voor de acute patiënt als voor de zelfverwijzers, waarbij het acute karakter niet altijd aanwezig is. Uitgangspunt is een patiëntgerichte werkvorm. Dat wil zeggen dat de verpleegkundige die de patiënt ontvangt verantwoordelijk is tot de patiënt de afdeling weer verlaat. Hierdoor wordt de continuïteit van zorg het meest gewaarborgd.

De problemen in het behandelen van een sterk toenemend patiëntenaanbod waaronder veel zelfverwijzers leidde ertoe dat eind 1998 is in het CZE een project gestart werd met als doel te komen tot een geaccepteerd voorstel voor een verbeterde opvang van acute patiënten in het ziekenhuis. Als resultaat van het project werd in februari 2000 het rapport 'SEH klaar voor een nieuw millennium' gepresenteerd. In dit rapport werd o.a. gepleit voorstarten van de opleiding tot SEH-arts. Eén van de motieven om te komen tot de aanstelling van SEH-artsen was de wens dat er specifieke kennis van huisartsgeneeskunde nodig was op de SEH. Eén van de taken van de SEH-arts is het snel herkennen van huisartsgeneeskundige zorgbehoefte, zodat deze ook in het juiste echelon terugkomt zonder verspilling van ziekenhuismiddelen en schaarse capaciteit van andere specialismen. Het voorstel werd door de Raad van Bestuur van het CZE overgenomen.

In STZ-verband (Stichting Topklinische Opleidingsziekenhuizen) werd in 2000 gestart met de eerste opleidingen tot SEH-arts. Alle randvoorwaarden welke nodig waren om een medisch specialist op te leiden werden door de betreffende ziekenhuizen en de ziektekostenverzekeraars gerealiseerd. Inmiddels studeren de eerste SEH-artsen af in de diverse ziekenhuizen. Het resultaat van de ingezette actie is dat momenteel tien SEH-artsen werkzaam zijn op de SEH van het CZE. De SEH-artsen behandelen alle niet verwezen patiënten voor de chirurgie, orthopedie, KNO en oogheelkunde op de SEH en een groot deel van de verwezen patiënten. Ondanks dat de SEH-opleiding op basis van een groot draagvlak onder de medische staf tot stand kwam, bleken er toch angst te bestaan onder de grote specialismen dat men veel 'kaarten' ging missen. De SEH-artsen waren nl niet in dienst van een specialist. De betreffende specialist kon dus ook geen behandelingen declareren. Dit had weer tot gevolg dat de specialist er financieel op achteruit zou gaan door de komst van de SEH-artsen. Een ander probleem was dat de arts-assistenten in opleiding te weinig acute geneeskunde te zien zouden krijgen als een SEH-arts deze taak op zich zou nemen. Voor specialisten in opleiding is het zeer belangrijk om een gezond "niet-pluis"gevoel te ontwikkelen en te leren handelen in onzekerheid. Alhoewel veel oudere arts-assistenten en specialisten na hun SEH-periode erg snel vergeten hoeveel ervaring zij op dit gebied opgedaan hebben op de SEH, moeten zij dit wel erkennen als een belangrijke patiëntengroep (de zelfverwijzers) dreigt weg te stromen naar huisarts of SEH-arts. Op dat moment dreigt zowel een financieel als een opleidingsprobleem. Voor beide problemen is echter een oplossing gevonden waar alle partijen zich in konden vinden.

Aangezien alle zelfverwijzers door een arts gezien worden en als zodanig ingeschreven is het aantal patiënten binnen deze patiëntencategorie niet afgenomen. Zonder behandeling terugverwijzen naar de huisarts behoort tot de zeldzaamheden.

Aan verandering van het terugstuurbeleid (het ongezien naar de huisarts sturen van patiënten zonder verwijzing met niet-urgente klachten) kleven dan ook nogal wat bezwaren. Hiermee gepaard gaande ruzies op de SEH en mogelijke inschattingsfouten met eventuele juridische gevolgen maken het terugsturen van patiënten een impopulaire maatregel voor zowel de hulpverleners van het ziekenhuis als de patiënt. Zo bleek uit een onderzoek ²⁹ elders dat een streng toegepaste terugstuurregeling weliswaar het aantal patiënten dat zonder verwijzing naar het ziekenhuis komt verminderde, maar dat een dergelijke maatregel nogal wat agressie opwekte bij de patiënten. Bovendien verplaatste de patiëntenstroom zich naar naburige ziekenhuizen. Vanzelfsprekend waren deze ziekenhuizen hier niet blij mee.

Op jaarbasis ontvangt de Spoedeisende Hulp circa 29.000 patiënten. Hiervan vormt de trauma-patiënt een, door de jaren heen, stabiele groep van circa 12.000 patiënten. Het betreft hier voornamelijk de groep patiënten met kleine letsels ten gevolge van een sport- of verkeersongeval danwel huis- tuin en keuken letsels. De afgelopen jaren heeft er een sterke stijging plaatsgevonden in aanbod van symptomatologie patiënten. Dit zijn voornamelijk de patiënt die komen met een ziekte en zich presenteren met buikklachten, pijn op de borst, benauwd e.d. Was er in 1990 nog sprake van circa 8000 symptomatologie-patiënten, in 1997 was er een aanbod van 13.000 patiënten en in 2002 is er een patiëntenaanbod symptomatologie van 17.000 patiënten.³⁰

Om een indruk te krijgen over de herkomst van deze patiënten geeft de onderstaande tabellen een aardige indruk:

Totaal	1998	1999	2000	2001	2002
Zelfverwijzer	14038	14799	15487	16170	15048
Huisarts	5659	6057	5846	6039	6657
Poli	715	774	878	1013	1237
AZH	186	197	214	248	235
Ambulance	3409	3624	3585	3645	3407
Röntgen	507	492	506	550	564
Politie	66	69	73	64	76
Retour	858	1001	1085	1576	1633
	25438	27013	27674	29305	28857

Sympto- matologie	1998	1999	2000	2001	2002
Zelfverwijzer	4475	4779	5123	5701	5526
Huisarts	4795	5113	5043	5299	6000
Poli	668	731	825	956	1188
AZH	82	82	94	130	126
Ambulance	2389	2423	2571	2628	2424
Röntgen	69	66	84	89	76
Politie	11	6	7	8	9
Retour	807	950	998	1500	1591
	13296	14150	14745	16311	16940

Trauma	1998	1999	2000	2001	2002
Zelfverwijzer	9563	10020	10364	10469	9522
Huisarts	864	944	803	740	657
Poli	47	43	53	57	49
AZH	104	115	120	118	109
Ambulance	1020	1201	1014	1017	983
Rontgen	438	426	422	461	488
Politie	55	63	66	56	67
Retour	51	51	87	76	42
	12142	12863	12929	12994	11917

Opvallend in deze tabellen is dat sinds de opening van de CHP bij het MMC locatie Eindhoven het aantal zelfverwijzers zowel bij de trauma-patiënten als bij de symptomatologie aan het afnemen is. Frappant is ook dat het aantal verwijzingen door de huisarts voor de symptomatologie structureel een sterke stijging vertoont. De verwijzing van trauma-patiënten door de huisarts neemt echter af. Concreet betekent het echter dat het aantal zelfverwijzers met 7% is afgenomen en het aantal verwijzingen door de huisarts van symptomatologie patiënten met 13% is gestegen. Alhoewel deze ontwikkelingen een positieve richting aangeven, kan niet gezegd worden dat het aantal zelfverwijzers fors afgenomen is door de komst van de CHP.

Sinds 1996 wordt door de SEH geregistreerd welke nazorg wenselijk is voor de patiënt na behandeling op de SEH. In onderstaande tabel wordt aangegeven welke nazorg door de behandelend arts noodzakelijk werd geacht voor zowel de verwezen patiënten als de zelfverwijzers.

Symp	Zelfverwijzers				
	1998	1999	2000	2001	2002
Geen nacontrole*	1594	1637	1896	2049	1876
Huisarts	801	899	1116	1068	1023
Poli	1264	1288	1385	1577	1588
AZH	77	72	90	96	65
OK	7	5	7	7	6
ICU	8	16	13	18	16
CCU	103	114	105	97	152
Mort	1		2	1	
Verpl afd	699	810	753	938	902
Symp	verwijzing huisarts				
	1998	1999	2000	2001	2002
Geen nacontrole	581	675	732	796	806
Huisarts	247	295	365	331	419
Poli	1665	1673	1855	2005	2240
AZH	104	58	103	78	78
OK	25	20	14	15	13
ICU	31	34	31	28	35
CCU	210	174	178	155	189
Mort	4	4		2	2
Verpl afd	2021	2202	2006	1938	2300

TRAUMA	Zelfverwijzers					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Geen nacontrole ¹		5132	5109	5494	6146	5178
Huisarts		2102	2513	2888	2012	2105
Poli		2167	2191	2100	2153	2087
AZH		128	122	111	108	121
OK		19	7	7	8	7
ICU		5	9	4	3	2
CCU		1	1			1
Mort						
Verpl afd		137	163	156	135	129

TRAUMA	Verwijzing huisarts					
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Geen nacontrole		268	288	245	261	210
Huisarts		163	185	180	108	133
Poli		376	394	348	323	261
AZH		14	10	8	7	10
OK		2	2	2	4	1
ICU		2			1	
CCU				1		
Mort		1		1		
Verpl afd		43	67	46	42	47

Als ervan uitgegaan wordt dat alle zelfverwijzers die terug moeten komen op de polikliniek dan wel opgenomen worden in de kliniek een terechte gang hebben gemaakt naar het ziekenhuis blijkt dat bij de trauma-patiënten 24% van de zelfverwijzers terecht een beroep hebben gedaan op de ziekenhuisfaciliteiten en dat dit gegeven bij de symptomatologie zelfs ligt op 48%. Gezien dit hoge aantal patiënten is dan ook logisch dat het ziekenhuis geen enkel risico willen lopen door zelfverwijzers zonder medische behandeling retour huisarts te sturen.

Er zijn echter ook signalen die niet in overeenstemming zijn met de cijfers uit het CZE. In het Bosch Medisch Centrum bleek dat op de SEH 56% van de patiënten voor de interne geneeskunde zelfverwijzer was. Het grootste deel (60%) van deze zelfverwijzers werd door de internist terugverwezen naar de eerste lijn. Bij 20% van de zelfverwijzers werd een ander specialisme geconsulteerd. Van deze groep werd 4% terugverwezen naar de eerste lijn. Slechts 6% werd teruggezien op de polikliniek en 14% werd opgenomen.

Cijfers uit andere ziekenhuizen ontbreken. De meeste ziekenhuizen houden niet structureel bij hoe het staat met de patiëntenstromen op de SEH. Veel van de gedane uitspraken omtrent de zelfverwijzers zijn gebaseerd op een gevoel en niet op een feitelijke onderbouwing.

¹ Onder het zeer hoge aantal "geen nacontrole" of "huisarts" zitten zeer veel patiënten waarbij een wond gehecht is. Veel huisartsen hebben echter geen materialen om wonden te hechten. De vraag is of deze patiënten onterecht gebruik maken van de SEH.

Conclusie ‘de zelfverwijzers op de SEH van het Catharinaziekenhuis’

- De acute behandeling van zelfverwijzers voor orthopedie, chirurgie, kno en heelkunde wordt verzorgd door SEH-artsen. In de nabije toekomst zullen zelfverwijzers van de andere specialismen volgen.
- Ondanks dat de specialismen de noodzaak van SEH-artsen is men zeer kritisch m.b.t de gevolgen voor de eigen specialistische opleidingen.
- De ‘niet in loondienst zijnde’ specialisten accepteren de komst van SEH-artsen mits dit niet teveel financiële gevolgen heeft voor de maatschap.
- Terugstuurbeleid naar de CHP is geen populaire maatregel en wordt in de praktijk vrijwel niet toegepast. Ruzies en mogelijke inschattingsfouten zijn het gevolg bij het nemen van deze maatregel.
- Stringente toepassing van het terugstuurbeleid heeft tot gevolg dat het aantal zelfverwijzers afneemt, maar de zelfverwijzerstroom ombuigt naar de andere ziekenhuizen.
- Sinds de opening van het CHP bij het MMC Eindhoven zijn het aantal zelfverwijzers iets afgenomen en het aantal verwezen patiënten toegenomen. Van een forse afname in het aantal zelfverwijzers is zeker geen sprake.
- 24% van de zelfverwijzers traumatologie wordt opgenomen of komt terug op de polikliniek. Bij de symptomatologie wordt zelfs 48% opgenomen of teruggezien op de polikliniek.
- Het wegvallen van een groot deel zelfverwijzers mag niet ten koste gaan van de kwaliteit van de opleiding van medisch specialist.

Locatie van de Centrale Huisartsenpost.

Door de huisartsen in Nederland is massaal gekozen tot het samenwerken buiten kantooruren in Centrale Huisartsen Posten. Het kiezen voor een CHP is niet gebaseerd op de behoeften van de patiënt maar uit behoeften van de huisartsen. Door op deze manier samen te werken werden een aantal knelpunten in de huisartsenzorg weggenomen. Met name de werkdruk is verminderd en de arbeidssatisfactie is toegenomen door op deze manier samen te werken.

De locatie van een CHP is zeer verschillend. CHP's worden opgericht in een wijk, op ziekenhuisterrein en geïntegreerd binnen een SEH van het ziekenhuis.

Deze verschillen hebben te maken met de kansen en bedreigingen die de in een CHP samenwerkende huisartsen voelen. In Nijmegen is aan huisartsen in de regio Nijmegen³¹ gevraagd wat hun plannen voor de toekomst waren op het gebied van spoedeisende hulpverlening:

Plannen voor de toekomst	
Samenwerkingspartners	
• Samenwerken met CPA met één grote belcentrale voor hele regio	51
• Samenwerken met ziekenhuis op facilitair gebied	56
• Samenwerken met ziekenhuis op zorginhoudelijk gebied	35
Locatie CHP:	
• CHP vestigen nabij ziekenhuis (>200m)	60
• CHP vestigen in ziekenhuis	35
• CHP noch in noch bij het ziekenhuis vestigen	22

Uit het onderzoek bleek dat huisartsen terughoudend zijn ten aanzien van de intensiteit van samenwerking uit angst de eigen identiteit te verliezen. Daarnaast stellen huisartsen dat de eerstelijnszorg wezenlijk verschilt van de tweede lijn en om die reden daarvan gescheiden moet blijven. In hun toekomstvisie geven de huisartsen aan voor zichzelf een duidelijke positie te zien in de spoedeisende zorg. Er is sprake van een voorzichtige trend in de richting van de ziekenhuizen. Nu de CHP duidelijk voordeel oplevert voor de huisartsen kan dit op den duur een uitstralend effect hebben op andere partijen in de gezondheidszorg. Deze kampen immers met problemen analoog aan die van de huisartsen. De ziekenhuizen zitten bijvoorbeeld met het probleem van de zelfverwijzers. In dat kader zijn er op het model van de CHP varianten te bedenken die interessant kunnen zijn voor de patiënt en de gezondheidszorg:

- Vestiging van een CHP in het ziekenhuis kan de ketenzorg versterken met name de samenwerking tussen huisarts en specialist en de efficiënte inzet van mensen en middelen;
- De CHP biedt de huisartsen de mogelijkheid zich te herpositioneren op het vlak van de spoedeisende zorg en daarbij nieuwe afstemming te zoeken met de ziekenhuizen;
- De locatie van een huisartsenpost in of nabij het ziekenhuis zal de herkenbaarheid doen toenemen.

Sommige huisartsen gaan een stap verder. De Eindhovense huisarts M. Klomp geeft zijn mening tijdens een lezing op het NHG-congres "Kijk op de Praktijk"³². Volgens Klomp hebben alle maatregelen om het aantal zelfverwijzers in te dammen, of om te buigen, niets geholpen. Zijn conclusie: "blijkbaar is het ziekenhuis voor de patiënten een zeer herkenbare plaats. Voor hen is het een logische keuze om zich bij dringende hulpverzoeken tot het ziekenhuis te wenden." Tegelijkertijd constateert hij dat de patiënten eigenlijk naar de huisartsen moeten komen. Het gevaar bestaat dat zelfverwijzers in een ziekenhuissetting overbehandeld worden. Dit gevaar moet volgens Klomp bezworen worden door de CHP bij de SEH van het ziekenhuis te vestigen.

Volgens hem komen CHP's nu vaak te gehaast tot stand. Dit is uit nood geboren, om de werkdruk te beperken. Het is echter wel belangrijk dat de juiste plek gekozen wordt. Daarbij wordt niet strategisch nagedacht over wat we met de CHP op de lange termijn willen.

Klomp: "als huisartsen kiezen voor de ketenbenadering, wat inhoudt dat ze meer gaan samenwerken met andere disciplines, is het onvermijdelijk dat ze bij de SEH-afdelingen intrekken. Het is het opvallend dat sommige CHP's wel op het ziekenhuisterrein gaan zitten. Schijnbaar voelen deze waarneemgroepen aan dat het ziekenhuisterrein de beste locatie is, maar durven zij niet te kiezen voor een plek binnen die instelling. Ik bespeur echter bij sommige huisartsen de angst dat als zij eenmaal binnen de muren van het ziekenhuis zitten, de discipline van de huisartsengeneeskunde gaat verwateren. Een CHP bestaat al snel uit 100 tot 150 huisartsen. Het gevaar dat zo'n grote groep in de verdrukking komt is erg klein. Dit minieme risico weegt niet op tegen de grote voordelen. Zo staan ECG-apparatuur, laboratoria, rontgen enz. 24 uur ter beschikking. Eventueel kan de specialist (die immers om de hoek zit) meekijken. De huisarts en specialist worden zo complementair zodat er ook een echte start kan worden gemaakt met de ketenzorg. De schotten tussen eerste- en tweedelijnszorg zullen dan eindelijk verdwijnen."

Klomp is van mening dat het einddoel moet zijn dat CHP's in Nederland de SEH grotendeels gaan overnemen van het ziekenhuispersoneel. Alleen een beperkt aantal spoedgevallen zal meteen bij de SEH terechtkomen. Realisatie kan echter de werkdruk voor de huisartsen verder verhogen. Voor hem is dat echter geen reden om de ambitie te laten varen.

Toch lijkt zijn standpunt een stap te ver voor veel huisartsen. Regelmatig wordt de vraag aan de huisartsen gesteld of, ook vanwege het kostenaspect, huisartsen niet zouden moeten fuseren met de SEH-afdelingen van ziekenhuizen. Die beschikken immers over faciliteiten en personeel. Het antwoord vanuit de huisartsenberoepsgroep luidt dat huisartsen eerst hun eigen structuur en werkwijze verder moeten ontwikkelen en pas daarna met de SEH kunnen gaan samenwerken³³. Op de SEH's werken agio's en agnio's met een volkomen ander opvatting over consultvoering, met een andere oriëntatie op de epidemiologie van ziektebeelden, met een andere visie op werken met onzekerheid. De huisartsen vinden dat zij pas succesvol kunnen samenwerken als zij een aantal eigen probleemstellingen verder hebben uitgewerkt. Huisartsen zijn aldus bezig een nieuwe discipline te ontwikkelen: 'acute huisartsenzorg', een zorg die voortkomt uit veranderingen in de samenleving. Een zorg die voorlopig een andere insteek heeft dan acute geneeskunde op de SEH. De samenwerking met de SEH's is nu nog prematuur maar zal in de toekomst functioneel zijn, mits de huisartsen hun werkwijze goed hebben gedefinieerd en overdraagbaar gemaakt.

Dat er een toenemende neiging bestaat om CHP's te lokaliseren bij de ziekenhuizen is onmiskenbaar. In de meeste gevallen wordt de CHP al op het ziekenhuisterrein gesitueerd als er een ziekenhuis nabij is. Ook komt het voor dat huisartsen na verloop van tijd toch de stap richting ziekenhuis maakt. Op 6 februari 2003³⁴ reageerden de huisartsen in Midden Brabant gematigd positief op het voorgelegde 'geïntegreerde avond-, nacht- en weekendzorg plan'(ANW-plan). In het plan wordt de spoedeisende eerste- en tweedelijnszorg buiten kantooruren zo veel mogelijk via een gezamenlijk op te zetten call-centrum verdeeld. Uiteindelijk zouden de plannen moeten leiden tot een opsplitsing van de CHP over drie vestigingen bij de ziekenhuizen in Waalwijk en Tilburg. De huisartsen verbinden wel randvoorwaarden aan de nieuwe opzet. De opsplitsing mag niet leiden tot een stijging van de werkdruk en het aantal diensten. In een gezamenlijke persverklaring van de huisartsen en het RPCP wordt gesteld dat het plan 'tegemoet komt aan de kanttekeningen die nu geplaatst worden bij het huidige aanbod van ANW-zorg". De ziektekostenverzekeraar Centraal Ziekenfonds en de ziekenhuizen vinden het een 'logische' stap dat de patiënt voor acute zorg op één plek terechtkan.

Het eerste ziekenhuis dat er voor koos om een CHP bij de SEH onder te brengen is het Academisch Ziekenhuis te Maastricht (AZM). Door goede afspraken te maken tussen de CHP en de SEH zijn zeer goede resultaten geboekt in het terugbrengen van het aantal zelfverwijzers (>30% daling). Het AZM is echter een vrij geïsoleerd ziekenhuis en heeft

vrijwel een monopolie positie. Het is de vraag of dezelfde resultaten geboekt zouden worden in een regio met vijf ziekenhuizen dicht bij elkaar.

De insteek van de CHP is werkdrukverlichting voor de huisarts. In de regio Eindhoven zien de huisartsen gemiddeld 100.000 patiënten in de ANW-diensten. Ondanks dat huisartsen vinden dat de spoedeisende medisch zorg bij de huisarts thuishoort, blijft de vraag of de huisartsen zitten te wachten op de gemiddeld 45.000 zelfverwijzers die zich jaarlijks melden op de SEH's in de regio Eindhoven. Tijdens de eerste besprekingen voor de realisatie van de CHP (2000) in de regio Eindhoven waren de huisartsen dit zeker niet van plan. Hun standpunt was dat de insteek juist lastenverlichting moest zijn en niet verzwaring.

Conclusie “locatie van de Huisartsenpost”

- De meeste huisartsen zijn voorstander van een CHP **nabij** een ziekenhuis. Slechts 35% wil een CHP vestigen **in** het ziekenhuis. Wel wil het merendeel samenwerken op facilitair en zorginhoudelijk gebied.
- Huisartsen zijn bang hun eigen identiteit te verliezen bij intensieve samenwerking met het ziekenhuis.
- Huisartsen vinden dat de ‘eerste lijn’ wezenlijk verschilt van de ‘tweede lijn’ en om die reden gescheiden moet blijven.
- Op langere termijn zien de huisartsen echter wel mogelijkheden tot nauwere samenwerking met de ziekenhuizen.
- De CHP Midden Brabant heeft plannen om de huidige CHP te splitsen in drie CHP's bij de ziekenhuizen.
- Het AZM heeft uitstekende ervaringen met een CGHP binnen het ziekenhuis.
- Het is de vraag of de DHV van het vroegere standpunt afgestapt is dat de huisartsen niet zitten te wachten doorverwijzing van de 40.000 zelfverwijzers welke de regioziekenhuizen gemiddeld per jaar behandelen.

Aanbevelingen

Uit deze literatuurstudie blijkt dat er grote verschillen zijn in de verwachtingspatronen over de spoedeisende hulpverlening tussen huisartsen, patiënten en de ziekenhuizen. Voordat er sprake kan zijn van samenwerking zal er een discussie gevoerd moeten worden tussen het CZE (Raad van Bestuur, Stafbestuur) en de DHV. Op medisch gebied zullen eerst alle wegen geëffend moeten zijn voordat andere partijen aan kunnen schuiven zoals ziektekostenverzekeraars en patiënt organisaties. Het is van belang dat bij alle partijen zowel ziekenhuis als DHV een urgentiegevoel ontstaat om daadwerkelijk iets aan het probleem van de zelfverwijzers te doen. In de discussie moeten over een aantal punten consensus bereikt worden:

- De huisartsen moeten bereid zijn om de zelfverwijzers van de SEH over te nemen en te behandelen. Dit zal ongetwijfeld de werklast verhogen. Daarbij is het zeer de vraag of bij deze groep patiënten het call-centrum een deel van deze werklast weg zal nemen. Het mag niet zo zijn dat de zelfverwijzers bij de CHP weggestuurd wordt om zich vervolgens weer te melden op de SEH. De CHP moet zich ervan bewust zijn dat zij geconfronteerd worden met hetzelfde agressie-probleem als de SEH momenteel wanneer hulp aan “aanlopers” geweigerd wordt.
- De specialisten en het ziekenhuis moeten bereid zijn de financiële consequenties te dragen van het wegvallen van een groot deel van de groep zelfverwijzers. Dit kan consequenties hebben voor enige budgetparameters.
- De specialismen moeten vaststellen wat de consequenties zijn voor het opleiden de arts-assistenten als zelfverwijzers terugverwezen worden naar de CHP.
- Het heeft de voorkeur een 24 uur's CHP voor spoedeisende hulpverlening te realiseren. Dergelijke regeling geeft voor zowel voor het samenwerkingsverband als de patiënten duidelijkheid waar men heen moet bij acute problemen.

Als de partijen het niet met elkaar eens kunnen worden heeft het voor het CZE geen zin om te streven naar een CHP. Vastgesteld zal moeten worden dat de doelstellingen niet haalbaar zijn.

Als ziekenhuizen en DHV echter bereid zijn samen te werken, zal er een leidende coalitie gevormd moeten worden. Deze moet bestaan uit de juiste personen, met de juiste kenmerken en voldoende macht om het proces aan te sturen. Ze helpen om in een sfeer van vertrouwen en emotionele betrokkenheid met elkaar om te gaan. De leidende coalitie moet er voor zorgen dat er verder gekeken wordt dan alleen naar de traditionele analytische en financiële plannen en begrotingen. Een goede aantrekkelijke visie tot het realiseren van een CHP met breed draagvlak moet worden gecreëerd om het proces aan te sturen. De leidende coalitie zal de veranderingsvisie moeten communiceren. Ziektekostenverzekeraars, patiëntenorganisaties en regioziekenhuizen zullen bij de plannen betrokken moeten worden. Barrières die een belemmering vormen zullen weggenomen moeten worden. Ook bij de leden van de DHV en de medewerkers van het ziekenhuis moeten obstakels in de organisaties en in de hoofden van belanghebbenden in voldoende mate weggenomen worden, zodat men bereid is zich zodanig te gedragen dat het veranderingsproces daadkrachtig ingezet kan worden.

Met een duidelijk omschreven projectopdracht tot het realiseren van een CHP zal de leidende coalitie aan de slag moeten.

Zoals uit onderzoek blijkt zijn de meeste huisartsen voorstander van een CHP **nabij** en ziekenhuis. Slechts 35% van de huisartsen wil de CHP vestigen **in** het ziekenhuis. Als huisartsen bij hun standpunt blijven dat de spoedeisende hulpverlening tot hun taak behoort en accepteren dat de zelfverwijzers terugverwezen worden naar de huisarts kan dit echter uitsluitend uitgevoerd worden door de CHP **in** het ziekenhuis bij de SEH te realiseren. Uit de onderzoeken is overduidelijk gebleken dat patiënten hun eigen keuze maken bij het kiezen voor een zorgverlener. Alle maatregelen en informatie ten spijt is het aantal

zelfverwijzers op de SEH niet noemenswaardig gedaald sinds de oprichting van de CHP. Patiënten zijn de mening toegedaan dat zij terecht een beroep doen op de SEH van een ziekenhuis (ook als zij niet verwezen zijn). Gezien de juridische aansprakelijkheid en het risico van agressieve uitingen is van terugverwijzing naar de huisarts door de SEH nauwelijks sprake. Natuurlijk kan men blijven hopen op betere tijden en de ogen sluiten voor de werkelijkheid. Duidelijk is echter aangetoond dat de patiënt zijn eigen keuze bepaald bij acute problemen. Als men werkelijk iets aan de zelfverwijzers op de SEH wil doen, blijkt er slechts een mogelijkheid: CHP in het ziekenhuis naast de SEH.

Een slagvaardige manier om de gezamenlijke spoedeisende hulpverlening binnen een ziekenhuissetting door huisartsen en SEH in betere banen te leiden kan door het invoeren van het zgn. één loket model. In dit model melden alle patiënten welke een spoedeisende hulpvraag hebben zich aan hetzelfde loket. De hulpverlener (verpleegkundige, doktersassistente) die de patiënt ontvangt beslist bij zelfverwijzers of deze de hulp ontvangt op de CHP of de SEH. Als er een taak weggelegd is voor de Nurse practitioner kan eventueel ook daar hulp geboden worden. Om de juiste triage te kunnen uitvoeren moeten er voor de hulpverlener aan het loket protocollaire beslismomen beschikbaar zijn. Door het op deze manier samenwerken van CHP en SEH wordt zorg op maat geleverd waarbij de patiënt in de “juiste lijn” behandeld wordt. Natuurlijk moeten er wel koppelingen aangebracht worden tussen de administratieve systemen van de CHP en de SEH om te voorkomen dat patiënten gaan shoppen.

Als echter de CHP uitsluitend bij het CZE op deze manier gerealiseerd wordt lopen andere ziekenhuizen het risico dat deze de zelfverwijzers moeten behandelen die het niet met deze manier van werken eens zijn. Naar mijn mening heeft het dan ook de voorkeur dat alle regioziekenhuizen en CHP's op dezelfde manier burens worden als hier voorgesteld. Naar mijn mening is dit een regionale aanpak van het aantal zelfverwijzers die succesvol zal zijn en tot ieders tevredenheid zal uitpakken.

Wij zullen er echter wel voor moeten waken dat door deze grootschalige dienstenstructuur de kwaliteit van zorg optimaal blijft. Kwaliteitsverhoging en kwaliteitsbewaking moeten hoog in het vaandel staan. Het ontwikkelen van (medische) protocollen en procedures, het creëren van ruimte voor intervisie en feedback, het maken van goede samenwerkingsafspraken tussen alle partijen, opzet van scholing en klachtenprocedures zijn elementen die onderdeel kunnen zijn van een kwaliteitsbeleid. Uiteraard zijn dit activiteiten die continu om aandacht vragen en niet slechts in de realisatiefase.

Een vaak onderschat onderwerp is de PR en voorlichting. De patiënt zal immers goed geïnformeerd moeten worden over de werkwijze van de SEH en de CHP. Ook de collega-zorgverleners moeten op de hoogte gebracht worden van de veranderingen. Door professioneel aandacht te besteden aan foldermateriaal, persberichten, informatiepunten, handboeken en voorlichtingsbijeenkomsten kan voorkomen worden, dat de start van het samenwerkingsverband wordt “overschaduwd” door klachten van patiënten omdat men niet weet waar men aan toe is.

De ICT is een belangrijk ondersteuningsinstrument voor de goede procesgang op de CHP en de SEH. ICT is onmisbaar als het gaat om de logistieke afhandeling en de ondersteuning van het administratieve proces rondom declaraties en facturering. Zowel ziekenhuis als CHP zal immers zelf zorg moeten dragen voor het financieel afhandelen van diverse consulten. Tenslotte kan ICT ondersteuning bieden op het gebied van kwaliteit door bijvoorbeeld medische protocollen onder te brengen. In een geautomatiseerd systeem.

Literatuurlijst

- ¹ Beleidsplan Catharina ziekenhuis “Samenhang en Samenwerking” sept. 2002
- ² Anoniem Basistakenpakket voor de huisarts: LHV, 1987.
- ³ Hombergh P van den, Grol R, van den Hoogen HJM, van den Bosch WJHM. De uitrusting van de huisarts (praktijk) Huisarts en Wetenschap 1997; 1:9-13
- ⁴ Jaarma van Leeuwen, Hirsch R, Patiënten zonder verwijzing op de afdeling Spoedeisende Hulp. NTvG 2000; 144: 428-431
- ⁵ Geloven AAW van, Luitse JSK, Simons JP. Diagnose en behandeling van patiënten met buikklachten op de Spoedeisende Hulp afdeling. Verschillen tussen zelfverwijzers en de door de huisarts verwezen patiënten. Huisarts en Wetenschap; 43: 516-517
- ⁶ Giesen P, Mokking H, Haanrikman R. Huisartsenzorg buiten kantooruren in waarnemgroepen: Ervaren knelpunten. (NTvG)
- ⁷ Giesen P, Nutma A, Schreuder J, Van solistisch werken naar samenwerken. Medisch Contact 1999;54:1445-1447.
- ⁸ Post J., de Haan De vraag naar huisartsenzorg buiten kantooruren: een rekenmodel. Huisarts en wetenschap 2001; 44: 418-422
- ⁹ Giesen P, Haandrikman LGR. Centrale huisartsenposten, wordt de huisarts er beter van? Huisarts en wetenschap 2000;12:508-511
- ¹⁰ P. Giesen Samenwerking tussen huisarts en ambulancehulpverlening: samen beter. 65 Urgentiegeneeskunde en communicatie ISBN 90 5383 843
- ¹¹ Landelijk Protocol Ambulancezorg 2000 Nederlands Ambulance Instituut ISBN 9080185671
- ¹² A.H. van de Rijdt-van de Ven, I.J.M. ten Berge Naar een kwaliteitssysteem voor huisartsenposten. Medisch contact 2001 jaargang 56-43
- ¹³ Galeschoot J. Het maatschappelijk belang van acute huisartsenzorg Medisch Contact 2000; 55- 48
- ¹⁴ Sardeman R Piketpaaltjes langs het huisartsenterritorium Medisch contact 2003 58-05
- ¹⁵ Post D. Taakherschikking in de gezondheidszorg, RVZ de huisarts 2002: 10
- ¹⁶ RVZ Taakherschikking in de gezondheidszorg 14 januari 2003
- ¹⁷ Van der Kar Why do patients consult the general practitioner? Br J Pract. 1992; 42: 313-316.
- ¹⁸ Smeets HM Acuut knieletsel: naar de huisarts of naar de eerste hulp? Huisarts en wetenschap 1992;35:454-457
- ¹⁹ Jaarsma-van Leeuwen Patiënten zonder verwijzing op de afdeling Spoedeisende Hulp. Ned. Tijdschrift Geneeskunde 2000;144:428-431
- ²⁰ De zelfverwijzers op de SEH Eindopdracht opleiding SEH AZR Bart Goorts februari 2002
- ²¹ Tenk M. Ongevallen: huisarts en afstand tot het ziekenhuis. Huisarts en wetenschap 1989;32:125-127
- ²² Jaarsma- van Leeuwen Patiënten zonder verwijzing op de afdeling Spoedeisende Hulp. Ned. Tijdschrift Geneeskunde 2000; 144:428-431.
- ²³ Yzermans Contacten buiten de kantooruren: klachten gepresenteerd aan de huisarts en aan de Spoedeisende Hulp Ned Tijdschr Geneeskunde 2002 27 juli; 146(30) 1413-1417

-
- ²⁴ Avery A What problems do patients present with outside normal practice surgery hours? A prospective study of the use of general practice and accident and emergency services. J Public Health Med 1992; 21:88-94
- ²⁵ Ebbens Geneeskundige zorg buiten kantooruren in Almere. Huisarts en Wetenschap 2000; 43: 511-513
- ²⁶ Delnooij Botsingen in de wachtkamer Medisch Contact 2003 58; 11
- ²⁷ Schalken P.A., drs. Kemps De huisarts en de ontwikkelingen in de zorg in Noord Brabant.
- ²⁸ RPCP Ziek buiten kantoortijd. Ervaringen met de waarneemregelingen van de huisartsen in Zuidoost-Brabant. 2002
- ²⁹ Sixma EHBO: een onderzoek naar de EHBO-voorziening in Zoetermeer rons de opening van het Lage Land ziekenhuis. Utrecht: Ned. Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg: 1990
- ³⁰ Data uit het REBEL registratiesysteem van de SEH CZE.
- ³¹ Giesen P. Tevreden over diensten. Medisch Contact 2002 57; 45
- ³² Bakker M. Wachters aan de poort van het ziekenhuis. Huisarts en Wetenschap 2003; 46: 112-113
- ³³ Galesloot J. Het maatschappelijk belang van acute huisartsenzorg dec 2000 55; 48
- ³⁴ Plan huisartsenpost nader uitgewekt Brabants dagblad 8 februari 2003