



BEELD: DE BEELDREDAKTIE, JAN ANNINGA

TUSSEN DROOM EN DAAD

Toekomstvisie huisartsen op hun positie in de spoedzorg

De spoedzorgketen kent enkele bekende knelpunten. Samenwerking en integratie tussen huisartsenposten en spoedeisende hulp kan deze wellicht oplossen. De vraag is alleen of verregaande samenwerking niet weer nieuwe knelpunten oplevert.

PAUL GIESEN C.S.

Nu de huisartsenpost (HAP) in Nederland de huisartsenzorg buiten kantoor tijd levert, komt de discussie op gang over de plaats van de HAP in de spoedzorgketen van HAP,

ambulancedienst en Spoedeisende Hulp (SEH).¹⁻⁶ Deze discussie wordt enerzijds gevoed door het simpele feit dat veel HAP'en een tijdelijke huisvesting hebben en uitkijken naar een definitieve locatie, en anderzijds door de wens om bestaande knelpunten in de spoedzorgketen aan te pakken. Tussen 2002 en 2005 verschenen maar liefst veertien nota's met beleidsad-

- Door adequate triage is er minder sprake van 'verkeerde-echelonproblematiek': patiënten met tweedelijnsproblemen krijgen een rechtstreekse verwijzing voor specialistische zorg. Huisartsen richten zich op eerstelijns spoedzorg en complexe chronische zorg, terwijl verpleegkundigen en doktersassistenten zich meer richten

79 procent van de huisartsen wil de verantwoordelijkheid houden over de 24-uurszorg

viezen over de inrichting van de spoedzorg. De rapporten neigen allemaal naar meer samenwerking en integratie in de spoedzorgketen, met name tussen HAP en SEH.⁷ De verwachting is dat integratie de volgende oplossingen biedt.⁵⁻⁹

- De toenemende stroom zelfverwijzers op de SEH buigt af in de richting van de HAP, waardoor lange wachttijden, onnodig kostbare zorg en mogelijk ook medicalisering van laagcomplex klachten afnemen.

op triage, verpleegkundige zorg en het stimuleren van zelfzorg.

- De huidige inefficiënte inzet van mensen en middelen vanwege meerdere parallel werkende zorgaanbieders (HAP, SEH en ambulancehulpverlening) neemt af. Dit geldt vooral voor de nachtelijke uren, waarin momenteel de drie parate teams relatief weinig patiëntencontacten hebben.
- De arbeidsvreugde neemt toe doordat de hulpverlener werk doet waar- >>

- << voor hij is opgeleid. Bovendien neemt het cultuurverschil en onbegrip tussen eerste- en tweedelijns hulpverleners af.
- Door gebruik van het elektronisch medisch dossier (EMD) neemt de bestaande discontinuïteit in de zorg af. Ook vermindert, door betere afstemming van het medisch beleid tussen huisarts en specialist, het aantal doublures en fouten.
 - De patiënt krijgt duidelijkheid: hij is altijd aan het juiste loket. De zorg sluit beter aan op de verwachting van de patiënt, die de ontvangen zorg dan ook positiever beoordeelt.

Hoewel de overheid, patiënten en zorgverzekeraars deze trend naar meer integratie van HAP en SEH steunen, is onduidelijk of de hooggespannen verwachtingen zijn waar te maken.¹⁰ Het is zelfs de vraag of verregaande samenwerking tussen HAP en SEH niet weer nieuwe knelpunten oplevert, zoals onoverbrugbare cultuurverschillen, verschillende financiële belangen en inhoudelijke chaos door het grote aantal hulpverleners van verschillende pluimage.¹⁰

Hoog tijd dus om de betreffende professionals bij deze ontwikkelingen te betrekken. We vroegen huisartsen hun visie te geven op de toekomstige organisatievorm, de samenwerking en het gewenste eigen takenpakket. We gebruikten een bestaande vragenlijst, aangepast aan de huidige situatie en gevalideerd in twee pilotstudies en twee panelsessies.^{1,2} Deze vragenlijst werd tussen september 2004 en oktober 2005 verstuurd aan alle 1705 gevestigde huisartsen van veertien HAP'en. Deze veertien HAP'en zijn verdeeld over vier regio's: Midden-Limburg, de hele provincie Utrecht, Gooi & Vechtstreek en Noordwest-Veluwe, Rijk van Nijmegen en de regio Amsterdam.

Van de 1705 verstuurd vragenlijsten, kwamen er 944 ingevuld terug (55%). Vergeleken met kenmerken van de Nederlandse huisartsen (bron: Nivel) verschilde de groep responderende huisartsen niet wat betreft leeftijdsopbouw en praktijkvorm. Wel bleek de respondentengroep 10 procent meer vrouwen te bevatten.

ORGANISATIEMODEL

Uit vragen over de organisatie van avond-, nacht- en weekend (ANW)-zorg blijkt dat huisartsen tevreden zijn over de huidige opzet van HAP'en. De overgrote meerderheid, 83 procent, wil niet meer terug naar waarneemgroepen. De



Spoedzorg in Nederland: huisartsen, ambulancediensten en SEH's werken steeds vaker samen.

HAP als organisatie-model krijgt significant vaker steun van jongere artsen, parttimers en vrouwelijke artsen.

Er is een groep huisartsen die ernaar streeft de verantwoordelijkheid voor de 24-uurszorg op te geven en zich te beperken tot de dagzorg. In dat geval zouden de ziekenhuizen samen met de ambulancedienst deze zorg buiten kantoor-tijd kunnen regelen. Eventueel kunnen hierbij huisartsen worden ingehuurd.

Hechten en katheteriseren hoort er ook bij

De overgrote meerderheid (79%) van de huisartsen uit de enquête wil de verantwoordelijkheid voor de 24-uurszorg blijven behouden. Deze meerderheid bestond uit significant meer vrouwelijke artsen en parttimers.

Er gaan stemmen op om de HAP overdag te openen, waarbij deze bijvoorbeeld de triage voor huisartsenpraktijken kan regelen en de zelfverwijzers naar de SEH opvangt. Echter: een overgrote meerderheid van de huisartsen, 88 procent, staat hier negatief tegenover.

EXPERTISE

Nu met de HAP'en het aantal diensten is afgenomen, lopen huisartsen het risico hun expertise te verliezen. Om deze

reden gaan er stemmen op om te komen tot taakdifferentiatie in de dienst: huisartsen die gedurende bijvoorbeeld drie tot vijf jaar werkzaam zijn als telefoon-, consult-, of visitearts.¹¹ Voordeel is dat huisartsen zich kunnen verdiepen in een deelgebied en hun kwaliteit door specifieke training kunnen verbeteren. Als huisartsen één taak hebben, zullen zij als visitearts hulpverleners van de ambulancedienst en als consultarts de hulpverleners van de SEH vaker zien, wat mogelijk een positief effect heeft op de samenwerking. Over taakdifferentiatie blijken huisartsen echter ambivalent: 35 procent is het hiermee eens, 35 procent oneens.

Om een indruk te krijgen van het gewenste samenwerkingsmodel van HAP en SEH hebben we de huisartsen mogelijke toekomstige organisatie-modellen voorgelegd, variërend van geen tot verregaande integratie. Hieruit blijkt dat 63 procent het model met een gezamenlijk HAP-SEH-loket en verregaande transmurale samenwerking steunt. Het model waarbij de HAP als voorportaal van de SEH fungeert, krijgt duidelijk minder steun, terwijl dit model momenteel in de praktijk het meest wordt toegepast.

SPOEDNUMMER

In veel rapporten wordt gepleit voor het invoeren van een gezamenlijk regionaal spoedtelefoonnummer (1-1-3).⁷ Dit om de eenduidigheid in het zorgaanbod te bevorderen, oneigenlijk gebruik van het alarmnummer 1-1-2 tegen te gaan en de wederzijdse afstemming tussen ambulancedienst en HAP'en te bevorderen. Uit de enquête onder huisartsen komt

SAMENVATTING

- Er bestaat een trend richting verregaande samenwerking tussen Huisartsenpost (HAP) en Spoedeisende Hulp (SEH), maar onduidelijk is of dit de beoogde winst oplevert.
- Uit een enquête onder 944 huisartsen blijkt dat een grote meerderheid voor behoud van de 24-uurszorg is, met de HAP als organisatie-model.
- Huisartsen steunen verregaande transmurale samenwerking tussen HAP en SEH, en samenwerking met medisch specialisten.
- De zorg voor zelfverwijzers en vaardigheden ter stabilisering van patiënten met levensbedreigende problemen, vinden huisartsen tot hun takenpakket behoren.

naar voren dat slechts 25 procent van de huisartsen opteert voor het invoeren van het regionale spoednummer 1-1-3. De meerderheid, 66 procent, heeft een duidelijke voorkeur voor de huidige gescheiden telefonische toegang tot de HAP en het alarmnummer 1-1-2.

Overdag kunnen huisartsen aanvullend röntgen- en bloedonderzoek laten verrichten in het ziekenhuis. Uit dit onderzoek blijkt dat 67 procent van de huisartsen dit ook wil tijdens de dienst.

Bovendien willen huisartsen in overgrote meerderheid de toekomstige transmurale samenwerking met specialisten tijdens de dienst vormgeven door samenwerking op het gebied van diagnostiek, therapie en vervolgbeleid (85-87%). Ten slotte opteert 71 procent voor een gezamenlijk EMD.

TAKENPAKKET

HAP'en zijn bedoeld voor die zorg die niet kan wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts. Het betreft dus zorg met een min of meer spoedeisend karakter. Uit eerder onderzoek kwam echter naar voren dat driekwart van de hulpvragen vanuit het perspectief van de arts niet-spoedeisende vragen betreft.¹¹ Deze enquête toont aan dat huisartsen ambivalent staan ten opzichte van niet-spoedeisende hulpvragen tijdens de dienst, want 51 procent vindt deze 'oneigenlijke' hulpvragen er niet bijhoren en 38 procent wel.

Zelfverwijzers die nu naar de SEH gaan, vormen een probleem, want specialistische zorg is kostbaar, inefficiënt en de SEH's raken verstopt, met lange wachttijden tot gevolg.^{5 6 10-12} Uit ander onderzoek blijkt dat de helft van de SEH-populatie bestaat uit zelfverwijzers; vooral jonge mannen met trauma's, vrijwel nooit met levensbedreigende klachten. Deze klachten kunnen volgens hetzelfde onderzoek in naar schatting 85 procent van de gevallen door huisartsen, verpleegkundigen of zelfzorgadvies worden afgehandeld.¹³ Uit onze enquête komt naar voren dat 62 procent van de huisartsen de zorg voor zelfverwijzers tot hun toekomstige takenpakket vindt behoren.

De HAP'en zijn ingericht voor de behandeling van kleine trauma's. Huisartsenauto's zijn ingericht met apparatuur en middelen, zoals spoedmedicatie, infusen, zuurstof en defibrillator, om ernstig zieke levensbedreigde patiënten te kunnen stabiliseren. Uit onze enquête

bleekt dat huisartsen hechten (87%), katheteriseren (90%), reanimeren (74%) en automatisch defibrilleren (69%) tot hun toekomstige takenpakket vinden behoren. Tegenover het inbrengen van een infuus (56%) en het toedienen van zuurstof (52%) staan huisartsen ambivalent. Slechts 25 procent rekent het beoordelen van een ECG tot zijn taak. Opvallend is dat huisartsen werkzaam in grote steden en huisartsen die hun diensten vaker uitbesteden, significant vaker zichzelf een kleiner takenpakket toedichten.

TENDENS

De grote meerderheid van de huisartsen staat voor zowel behoud van de 24-uurszorg als de HAP als organisatie-model. Huisartsen steunen verregaande transmurale samenwerking tussen HAP en SEH, en samenwerking met specialisten. De zorg voor zelfverwijzers en vaardigheden ter stabilisering van patiënten met levensbedreigende problemen, vinden zij tot hun takenpakket behoren.

Hoewel dit onderzoek naar de toekomstvisie van huisartsen een duidelijke trend weergeeft, bestaat er mogelijk wel een verschil tussen droom en daad. Zo bestaan er veel belemmeringen om tot daden over te gaan, zoals werkdruk, weinig aanbod van levensbedreigde patiënten, financiële aspecten en cultuur- en belangenverschillen tussen huisartsen en ziekenhuis.^{6 8 9} Aan de andere kant vereist een heldere positie in de spoedzorgketen ook dat huisartsen eenduidige conclusies trekken over de eigen scholing, protocollair werken en afspraken met SEH en ambulancedienst.

Met dit onderzoek pretenderen we niet meer dan te schetsen hoe de huisarts over de toekomstige ketensamenwerking denkt. Naast de visie van huisartsen is een visie van specialisten zeer gewenst om te komen tot juiste keuzes omtrent de inrichting van de spoedzorg: wat is volgens hen de gewenste samenwerking met huisartsen met betrekking tot zelfverwijzers? Is er volgens specialisten een rol weggelegd voor een specialisme SEH-geneeskunde?

REGIE

Binnen de huisartsenvereniging LHV is een brede discussie gevoerd over dit onderwerp. Naar aanleiding hiervan heeft de ledenraad van de LHV op 14 december jongstleden het volgende besluit genomen: huisartsen zien de con-

tinue 24-uurszorg aan hun patiënten als een essentieel kenmerk van de zorg die zij leveren. De zorg overdag en gedurende de avond, nacht en weekenden zien zij als onlosmakelijk. Om die reden willen zij de regie over die totale zorg blijven voeren. Wel moeten de randvoorwaarden waaronder huisartsen die zorg leveren dan verbeteren. ■

P.H.J. Giesen,
huisarts, onderzoeker en projectleider

A.M.J. Huibers,
arts-onderzoeker

M. Padros Goossens,
gezondheidswetenschapper, onderzoeker

M.H.C. Willekens,
arts-onderzoeker

Allen werkzaam bij het Nederlands Kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedzorg, afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St Radboud, Nijmegen.

Correspondentieadres: p.giesen@voha.umcn.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op onze site: www.medischcontact.nl/dezeweek.

Een voorbeeld van een feedback-rapport aan één huisartsenpost vindt u op onze website: www.medischcontact.nl/dezeweek.

