

NHG-Standpunt Huisarts en spoedzorg

Toelichting

Het Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg Huisarts en spoedzorg omvat de visie van het NHG op de huisartsgeneeskundige inbreng in de spoedzorg(keten), zowel binnen kantooruren als daarbuiten.

Dit Standpunt is een actualisering van het NHG-Standpunt De Huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg uit 2005.

Dit Standpunt besteedt aandacht aan de taak en functie van de huisarts in de spoedzorg en de samenwerking in de spoedzorgketen. Omdat de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige inbreng in de spoedzorgketen onlosmakelijk is verbonden met de organisatie van de zorg, wordt ook dit aspect nadrukkelijk behandeld.

Samenvatting

Uitgangspunten

Aan de zorgvraag van de patiënt moet worden voldaan op de juiste tijd, op de juiste plaats en door de hulpverlener met de juiste competenties, met als resultaat veilige en doelmatige zorg. In de afgelopen jaren hebben de huisartsgeneeskunde, de SEH- geneeskunde en de ambulancezorg een grote kwaliteitsslag gemaakt, professioneel én organisatorisch. Vanuit het besef dat deze disciplines complementair zijn aan elkaar, zijn vele initiatieven ontwikkeld om de samenwerking te versterken.

Wat is spoed?

Huisartsgeneeskundige spoedzorg richt zich op de zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is. Er kan een verschil bestaan tussen de spoedbeleving van de patiënt en de medische urgentie van zijn hulpvraag. Patiënten zoeken vaak contact met de huisartsenpost voor problemen die vanuit medisch perspectief hadden kunnen wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts. Ook de SEH en 112 hebben te maken met minder urgente zorgvragen. De beleving van de patiënt moet bepalend zijn voor de inhoud en de organisatie van de spoedzorg.

Infrastructuur

Waar een patiënt met acute klachten terecht kan, hangt af van het tijdstip op de dag. Moet hij naar de huisartsenpraktijk, de huisartsenpost, 112 of de afdeling SEH van het ziekenhuis? Dit is niet altijd duidelijk voor de patiënt.

Het is essentieel dat de ketenpartners in de spoedzorg vanuit dezelfde visie optimaal samenwerken. Zowel de patiënt als zorgverleners moeten weten wat zij van elkaar kunnen verwachten.

Kennis en vaardigheden

In de spoedeisende zorgverlening behoren tot de benodigde kennis en vaardigheden: het denken in urgenties en toestandsbeelden bij de triage en de beheersing van de ABCDE-systematiek.

De huisartsenpost

Actief risicomangement en voldoende diagnostische mogelijkheden zijn voorwaarden voor effectieve, veilige en efficiënte spoedzorg. Dat geldt zeker in de huisartsenpost. De enorme diversiteit aan hulpvragen vereist generalistische expertise bij de triage, diagnostiek en behandeling. De triagist neemt de telefonische beoordeling en waar mogelijk de afhandeling van zorgvragen op zich. De aanwezigheid van een regiearts verhoogt de kwaliteit.

Wetenschappelijk onderzoek

Onderzoek naar huisartsgeneeskundige spoedzorg beperkt zich voornamelijk tot de huisartsenposten. Over spoedzorg in de dagpraktijk is veel minder bekend.

Proactief beleid

Soms zijn spoedzorgvragen te voorkomen door bijtijds te anticiperen op mogelijke crises of onregelingen, met name bij chronische patiënten en kwetsbare ouderen. Een goede overdracht draagt hieraan bij.

Inhoud

Toelichting	1
Samenvatting	2
1. Inleiding	4
1.1 Achtergrond	4
1.2 Het perspectief van de patiënt en het perspectief van de professional.....	5
2. Probleemstelling	6
2.1 Meerdere toegangsmogelijkheden tot de spoedzorg	6
2.2 Spoedbeleving van de patiënt en medische urgentie.....	6
2.3 Toename van de zorgvraag op de huisartsenpost.....	6
2.4 Spoedzorg overdag	7
2.5 Spoedzorg in ANW-uren.....	8
3. Uitgangspunten	10
4. Uitwerking van de uitgangspunten	11
4.1 Huisarts 7 x 24 verantwoordelijk	11
4.2 Patiëntvraag is het uitgangspunt.....	12
4.3. Veilige en doelmatige zorg, afgestemd op patiënt	13
4.4 Geïntegreerde zorg	15
4.5 Toegang via huisartsenpraktijk	17
4.6 Proactieve aanpak voorkomt spoedzorg.....	19
5. Randvoorwaarden	21
5.1 Organisatie van de zorg.....	21
5.2 Triage	21
5.3 Personeel	21
5.4 Diagnostiek.....	21
5.5 ICT	22
5.6 Arbeidstijden	22
5.7 Financiering.....	22
Bijlage Totstandkoming	23
Bijlage	24
Noten	25

1. Inleiding

Spoedzorg vormt een integraal onderdeel van de huisartsenzorg. De kernwaarden van de huisartsenzorg – generalistische, persoonsgerichte en continue zorg – zijn terug te zien in de spoedzorg tijdens praktijkturen in de huisartsenpraktijk en tijdens de ANW-diensten in de huisartsenpost.

De generalistische huisartsenzorg kan bij uitstek de acute somatische en psychische aandoeningen herkennen in het gevarieerde klachtenaanbod, gebruikmakend van risico-inschattingen op basis van de gepresenteerde klacht, epidemiologie, voorgeschiedenis en kennis van de patiënt.

Bovendien heeft de huisartsgeneeskundige spoedzorg een aantal bijzondere kenmerken, die in dit standpunt aan de orde komen.

1.1 Achtergrond

De huisartsgeneeskundige spoedzorg heeft zich het afgelopen decennium in rap tempo ontwikkeld. Rond de eeuwwisseling ging de zorg tijdens ANW-diensten over van kleinschalige waarneemgroepen naar huisartsenposten. Deze posten leveren inmiddels de spoedeisende huisartsenzorg voor bijna de hele Nederlandse bevolking en hebben daarbij jaarlijks ongeveer 4 miljoen contacten.

Huisartsenposten ontstonden vanwege de toenemende dienstendruk en vanuit de wens tot kwaliteitsverbetering.¹ Deze ontwikkeling vond ook steun bij de patiënten, de zorgverzekeraars en de politiek. In de loop der tijd hebben vele partijen een visie ontwikkeld op spoedzorg, waarin de centrale positie van de huisarts wordt erkend.²

Met de komst van huisartsenposten maakte de huisartsenzorg een enorme kwaliteitsslag rond toegankelijkheid en triage, inzet van niet-artsen, medische uitrusting, kwaliteitsonderzoek en ketensamenwerking. In de ambulancezorg en de SEH-geneeskunde vinden vergelijkbare kwaliteitsslagen plaats. Spoedzorg wordt steeds meer een gezamenlijk domein, waarbij kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van zorg centraal staan. Er zijn belangrijke ontwikkelingen in de samenwerking tussen huisartsenposten met SEH, MKA, VVT en andere ketenpartners. Gestreefd wordt naar een betere samenwerking tussen huisartsenposten en de SEH, waarbij de huisarts de zelfverwijzers zo veel mogelijk opvangt.

De patiëntenpopulatie van de huisarts bestaat voor een steeds groter deel uit ouderen die vaak meerdere chronische aandoeningen hebben. Voor deze kwetsbare groep patiënten is samenhang in de zorg van groot belang.³ De spoedketen moet ook hierop zijn ingericht.

Bovenstaande ontwikkelingen vergen een herijking van het NHG-Standpunt De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute (keten)zorg uit 2005.⁴

1.2 Het perspectief van de patiënt en het perspectief van de professional

In het Standpunt wordt gekozen voor de term spoedzorg. Het gaat hierbij om huisartsenzorg als antwoord op een zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is.

Spoedzorg heeft als subjectief criterium de vraag en de beleving van de patiënt, die vaak ongerust is en denkt met spoed een dokter nodig te hebben. Het is vervolgens de triagist die in samenspraak met de patiënt de medische urgentie en een passend zorgaanbod bepaalt. De huisarts handelt het overgrote merendeel van de zorgvragen af, zonder dat verwijzing naar medisch-specialistische zorg nodig is.

Het verschil tussen de spoedbeleving van de patiënt en de medische urgentie van zijn hulpvraag blijkt vaak groot.⁵ Erkenning van deze discrepantie is belangrijk bij de verbetering van de kwaliteit en organisatie van de spoedzorg.

2. Probleemstelling

De organisatie van de spoedzorg kampt vanuit huisartsgeneeskundig perspectief met een aantal knelpunten.

2.1 Meerdere toegangsmogelijkheden tot de spoedzorg

In Nederland verlenen meerdere organisaties naast elkaar spoedzorg. Tijdens kantooruren kan de patiënt met acute klachten terecht bij de huisartsenpraktijk, de meldkamer ambulancedienst (112) en bij de afdeling SEH van een ziekenhuis.⁶ Tijdens ANW-uren neemt de huisartsenpost de zorg over van de huisartsenpraktijk.

Deze overlappende infrastructuur maakt het voor de patiënt onduidelijk waar hij terecht kan. Daarbij is er ook nog een verschil tussen verstedelijkte en dunbevolkte gebieden: in de verstedelijkte gebieden kan de patiënt kiezen tussen een HAP en de SEH, dunbevolkte gebieden kennen die keuzemogelijkheid veel minder. Ook het verschil in toegang overdag en tijdens ANW-uren leidt tot onduidelijkheid. Bovendien hebben patiënten de neiging om een hoge hulpinzet te kiezen. Door dit alles neemt de druk op de specialistische spoedzorg toe.⁷ Hier komt nog bij dat de werkwijze, triage en inhoudelijke richtlijnen van de drie betrokken domeinen onvoldoende op elkaar aansluiten.⁸ Ambulancezorg, huisartsenzorg en ziekenhuiszorg hebben verder op onderdelen van de spoedzorg een verschillende visie, bijvoorbeeld op telefonische triage. Verlies van efficiëntie en doelmatigheid van zorg is het gevolg.⁹

2.2 Spoedbeleving van de patiënt en medische urgentie

Er is een fors verschil tussen hetgeen de patiënt als spoedeisend ervaart en hetgeen na triage als medisch spoedeisend wordt aangemerkt. Uit onderzoek blijkt dat verreweg de meeste patiënten vinden dat zij terecht een beroep hebben gedaan op de spoedzorg. Ongerustheid en het gevoel met spoed een huisarts nodig te hebben zijn de belangrijkste redenen om contact op te nemen met de huisartsenpost.¹⁰ Patiënten zoeken relatief vaak contact met de huisartsenpost voor zorgvragen die vanuit medisch perspectief ook hadden kunnen wachten tot het volgende spreekuur van de eigen huisarts. Slechts 7,7% van de contacten valt binnen de hoogste urgentiecategorieën en vanuit medisch perspectief is 60% van de hulpvragen op de huisartsenpost niet urgent. Een aanzienlijk deel (40%) van deze vragen kan telefonisch worden afgehandeld.¹¹

De afdelingen SEH hebben te maken met patiënten die geen ziekenhuiszorg nodig hebben. In platteland regio's is het percentage zelfverwijzers naar de SEH ongeveer 40% en in grootstedelijke regio's ongeveer 80%.¹² Uit onderzoek blijkt dat de huisarts ongeveer 75% van deze zelfverwijzers had kunnen behandelen.¹³ Ook de ambulancedienst krijgt een groot aantal meldingen van patiënten die geen ambulancezorg nodig hebben.¹⁴ Een duidelijkere infrastructuur en eenduidige voorlichting is dus van belang, zowel voor de patiënt als voor efficiency en kostenbeheersing.

2.3 Toename van de zorgvraag op de huisartsenpost

Het aantal patiëntcontacten op de huisartsenpost nam in de periode 2004-2010 toe met 4,1% per jaar (landelijk gemiddelde).¹⁵ Ter vergelijking: in de periode 2006-2011 steeg het aantal

gedeclareerde contacten met de huisartsenpraktijk met gemiddeld 4,6% per jaar.¹⁶ Sinds 2010 stabiliseert de zorgvraag op de huisartsenposten; de grote toename van de patiëntcontacten met de huisartsenposten is dus mogelijk verleden tijd.¹⁷ Ook het aantal contacten met de huisartsenpraktijken stabiliseerde; in de periode 2009-2011 waren er circa 4,0 contacten per ingeschreven patiënt.¹⁸

Het grote aantal contacten met de huisartsenpost roept vragen op over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg overdag. Ruim een kwart van de patiënten neemt contact op met de huisartsenpost omdat zij de eigen huisarts overdag niet telefonisch konden bereiken of niet voor dezelfde dag een afspraak konden maken.¹⁹

De zorgconsumptie van patiënten tijdens ANW verschilt flink per huisartsenpraktijk.²⁰ Dit komt deels door factoren die de huisarts niet kan beïnvloeden, zoals de sociaaleconomische status van de patiëntenpopulatie, de afstand tot de huisartsenpost en de mate van verstedelijking. Maar ook de wijze waarop de praktijk is georganiseerd blijkt een rol te spelen. De zorgconsumptie op de huisartsenpost neemt bijvoorbeeld toe bij een slechtere bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenpraktijk. Ook blijken huisartsen die zelf buiten kantoor tijd palliatieve zorg verlenen, minder zorgconsumptie te genereren. Mogelijk hangt dit samen met attitude en werkwijze van de huisarts tijdens praktijktaken.

2.4 Spoedzorg overdag

Spoedeisende of zelfs levensbedreigende hulpvragen komen overdag in de huisartsenpraktijk minder vaak voor. Dit heeft te maken met de kleinere schaalgrootte van de dagpraktijk ten opzichte van de huisartsenpost.

De praktijk beschikt over veel voorkennis over de patiënt en zijn ziekte, en vaak is er een langdurige behandelingsrelatie. De huisarts kan hierdoor beter persoonsgericht werken. De assistente kent veel patiënten persoonlijk en van nagenoeg iedere patiënt is een dossier beschikbaar.

De praktijkassistente verricht de triage onder verantwoordelijkheid en supervisie van de huisarts. De praktijkassistentes hebben naast hun opleiding tot doktersassistente over het algemeen geen aanvullende opleiding gehad tot triagist. Het is niet goed bekend in hoeverre de praktijkassistente daadwerkelijk gebruikmaakt van de NHG-TriageWijzer. Evenmin is bekend in hoeverre de huisarts supervisie geeft bij de adviezen van de praktijkassistente.

Er is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de aard en het aantal spoedhulpvragen overdag. Ook de kwaliteit en organisatie van de spoedzorg in de huisartsenpraktijk overdag is nauwelijks wetenschappelijk onderzocht. Over de kwaliteit van de triage is weinig bekend. Er bestaan geen landelijke afspraken over de mate van zelfstandigheid, de snelheid van consultatie en controle op adviezen die de assistente zelfstandig geeft.

De bereikbaarheid van de dagpraktijken voor spoedgevallen is goed. Elke praktijk heeft een spoedlijn die binnen 30 seconden moet worden opgenomen. Uit onderzoek van de IGZ blijkt dat vrijwel iedere praktijk aan de bereikbaarheidseisen voor spoedgevallen voldoet.²¹ Het overgrote merendeel van de spoedvragen heeft echter geen levensbedreigend karakter en komt binnen via de reguliere praktijklijn.

De spoeduitrusting van de huisartsenpraktijk voldoet weliswaar aan de norm, maar wisselt per praktijk en is minder uitgebreid dan op de HAP. Niet elke praktijk beschikt over zuurstof, een

AED et cetera. Overdag kan de huisarts daarentegen wel sneller en uitgebreider diagnostiek inzetten dan in ANW-uren op de huisartsenpost.

2.5 Spoedzorg in ANW-uren

De huisartsenpost is een complexere organisatie dan de huisartsenpraktijk en genereert dus ook meer risico's. Risicoverhogende factoren zijn: wisselende teams van triagisten en huisartsen, onbekende patiënten, ontbrekende dossiers, grotere voorafkans op ernstige ziektebeelden et cetera. De huisarts zou daarom sneller aanvullende diagnostiek willen inzetten, maar dat is tijdens ANW-uren juist lastiger dan overdag. Vrijwel nergens kan de huisarts direct röntgenonderzoek of echoscopie aanvragen tijdens ANW-uren. Een beperkt aantal huisartsenposten heeft de mogelijkheid van bloedonderzoek (zoals een CRP-bepaling); een ECG kan niet op elke post worden gemaakt.

Het is onbekend of de huisartsenpost het beste triagemodel hanteert en er is indertijd beperkt stilgestaan bij alternatieve organisatiemodellen. Het Nederlandse triagemodel vormt een mix tussen het Engelse (met telefonische triage door verpleegkundigen) en het Deense (waar de huisarts de triage verricht).^{22,23} In Nederland triëren doktersassistenten en verpleegkundigen onder supervisie van de huisarts. Dit sluit logisch aan bij de werkwijze in de huisartsenpraktijk, waar ook de assistente de telefoon opneemt. Er is veel energie gestoken in kwaliteitsverbetering van de telefonische triage, waaronder de ontwikkeling van de NHG-TriageWijzer.²⁴ Ook kwam er een gecertificeerde triagistenopleiding en op dit moment is vrijwel 100% van de triagisten gediplomeerd of in opleiding. Ten slotte zijn de taak en functie van regieartsen beschreven en zijn voor hen trainingen ontwikkeld.²⁵

Een recente systematische review toont aan dat 97% van alle triagecontacten in de dagelijkse praktijk als veilig is te beschouwen. In onderzoeken met veel hoog-urgente at risk-patiënten bleek de veiligheid af te nemen.²⁶ Gepoogd wordt de veiligheid te verbeteren door het invullen van de regiefunctie, meer urgent te triëren en eerder een consult bij de huisarts af te spreken. De verhoging van de veiligheid heeft een keerzijde: de werkdruk van de huisarts neemt toe en het lijkt ten koste te gaan van de doelmatigheid.

Voor bestendigheid in de verdere toekomst moeten de voor- én nadelen van het huidige triagemodel nader worden onderzocht, maar ook de alternatieven. Telefonische triage is een uiterst relevant maar ook kwetsbaar onderdeel van het zorgproces en het blijft van belang de kwaliteit te onderzoeken en te streven naar optimalisering. Te denken valt aan onderzoek naar de vereiste competenties bij de instroom van triagisten, het uitvoeren van een deel van de triage door huisartsen, de toegevoegde waarde van de regiefunctie, de kwaliteit van de registratie, de kwaliteit van het telefonisch zelfzorgadvies en de kwaliteit van de triage bij gebruik van de NTS.²⁷

Extra aandacht behoeft de spoedzorg tijdens ANW voor kwetsbare groepen zoals terminale patiënten, chronisch zieken en ouderen met complexe problemen. Het gaat hierbij om patiënten bij wie op enig moment acute verslechtering van de gezondheidssituatie valt te verwachten. Een acute en soms geringe achteruitgang kan een grote impact hebben op de zelfredzaamheid van deze patiënten. Vaak is er sprake van een verslechtering die past bij het beloop van de aandoening of van een te verwachten complicatie. In feite betreft het dus 'planbare' zorg.

In samenspraak met de huisarts van de patiënt kan hier soms worden volstaan met medicamenteuze ondersteuning en uitbreiding van de zorg in de thuissituatie. Dit is moeilijk als de eigen huisarts onvoldoende anticipeert op mogelijke scenario's en als de dienstdoende huisarts snel keuzes moet maken zonder adequate voorkennis over de patiënt en diens situatie. Naasten voelen zich niet altijd in staat de zorg voor de zieke op zich te nemen vanwege onbekendheid met de situatie en de angst die daarmee gepaard gaat. Daarbij komt dat het lastig is om tijdens de ANW-uren snel uitbreiding van zorg te regelen. Het komt geregeld voor dat een terminale patiënt en de mensen om hem heen niet zijn voorbereid op het overlijden en het moment van sterven zo lang mogelijk willen uitstellen.²⁸ Als de patiënt vervolgens in het ziekenhuis wordt opgenomen, ondergaat hij daar soms belastende behandelingen in een laatste poging de situatie te verbeteren. Het komt vaak voor dat de patiënt dan alsnog in het ziekenhuis overlijdt.²⁹

3. Uitgangspunten

Het Standpunt Huisarts en spoedzorg heeft de hieronder beschreven uitgangspunten. Deze worden in hoofdstuk 4 nader uitgewerkt.

1. Huisartsen zijn 7 x 24 uur verantwoordelijk voor toegankelijke en bereikbare generalistische spoedzorg.³⁰
2. De vraag van of over de patiënt vormt het uitgangspunt bij de bepaling van de ernst van de situatie. Aan de hand van de zorgvraag en het toestandbeeld beoordeelt de huisarts de urgentie van het probleem en het bijpassende zorgaanbod.
3. Het uitgangspunt in de huisartsgeneeskundige spoedzorg is veilige én doelmatige zorg die is afgestemd op de patiënt.
4. Spoedzorg is geïntegreerde zorg; binnen de spoedzorg is er sprake van naadloze samenwerking tussen de verschillende aanbieders.
5. Tijdens kantooruren is de huisartsenpraktijk dé toegang voor generalistische spoedzorg.
6. De huisartsenpraktijk bevindt zich bij uitstek in de positie om bij specifieke doelgroepen door middel van een proactieve aanpak spoedzorg te voorkomen.

4. Uitwerking van de uitgangspunten

4.1 Huisarts 7 x 24 uur verantwoordelijk

Huisartsen zijn 7 x 24 uur verantwoordelijk voor toegankelijke en bereikbare generalistische spoedzorg.³¹

De 7x24-uurs-spoedzorg maakt integraal deel uit van de huisartsenzorg en behoort tot het basisaanbod. Iedere huisarts moet dan ook zowel overdag in de huisartsenpraktijk als tijdens ANW-uren hulp kunnen verlenen bij spoedgevallen. De huisarts moet daarvoor voldoende kennis en vaardigheden hebben, waaronder het beoordelen van de toestand van de patiënt conform de ABCDE-methode en het kunnen uitvoeren van de bijbehorende handelingen om de vitale functies te stabiliseren.³²

De kernwaarden van de huisartsgeneeskunde – het verlenen van generalistische, persoonsgerichte en continue zorg – zijn onverkort van toepassing op de huisartsgeneeskundige spoedzorg, zowel overdag als tijdens ANW-uren. In tegenstelling tot de dagpraktijk is er op de huisartsenpost sprake van een hogere voorafkans op ernstige aandoeningen bij onbekende patiënten, van wie het volledig medisch dossier niet altijd beschikbaar is. Het bepalen van het te volgen beleid is tijdens ANW-diensten vaak lastiger dan overdag. Het is dan ook extra belangrijk om tijdens de ANW-diensten over minimaal dezelfde mogelijkheden tot aanvullende diagnostiek te beschikken als overdag. Dan kan scherper en beter worden verwezen naar de tweede lijn. Dit komt de veiligheid van zorg ten goede.

Goede beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk overdag vermindert de vraag naar zorg buiten kantooruren. Recent onderzoek laat zien dat de manier waarop huisartsenpraktijken overdag zijn georganiseerd de zorgconsumptie tijdens ANW-uren beïnvloedt.³³

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts onderhoudt zijn medische kennis en vaardigheden op het gebied van de spoedeisende geneeskunde.
- De huisarts is op de hoogte van vroege voorspellende symptomen en klachten van levensbedreigende acute aandoeningen.
- De huisarts is getraind in het denken in urgenties en toestandsbeelden bij triage en de ABCDE-methode.
- De huisarts is bekend met de uitgangspunten en de urgentiebepalende triagecriteria van de ingangsklachten in de NHG-TriageWijzer.

Aanbevelingen voor de huisarts tijdens ANW

- Iedere huisarts op de huisartsenpost kan werken in teamverband, aanvaardt leiding en feedback, leeft de geldende procedures en protocollen na en is zich bewust van de specifieke risicomomenten en -situaties op de huisartsenpost.

Aanbeveling voor de beroepsorganisaties en ketenpartners

- De huisarts heeft in de ANW-uren voldoende mogelijkheden van aanvullende

diagnostiek, desgewenst inclusief interpretatie.
--

4.2 Patiëntvraag is het uitgangspunt

De vraag van of over de patiënt vormt het uitgangspunt bij de bepaling van de ernst van de situatie. Aan de hand van zorgvraag en toestandsbeeld beoordeelt de huisarts de mate van urgentie en de daarbij passende actie.

In de spoedzorg gaat het om problemen die in de beleving van de patiënt niet kunnen wachten tot de volgende werkdag van de eigen huisarts. Vanuit medisch perspectief is slechts een klein deel van deze acute zorgvragen (potentieel) levensbedreigend. Veel spoedzorgvragen komen voort uit angst of ongerustheid.^{34,35} Deze hulpvragen van patiënten zijn principieel legitiem en het is de taak van de triagist en de huisarts om passende zorg te bieden.

Bij triage wordt per patiënt vastgesteld op welk moment, op welke plaats en door welke hulpverlener zorg moet worden verleend. Triage helpt om keuzes te maken bij een grote patiëntenstroom en is een middel om de werkdruk van behandelend artsen te reguleren en de zorg betaalbaar te houden.

De triagist zorgt voor de telefonische beoordeling en eventuele afhandeling van zorgvragen (40% van alle contacten op huisartsenposten). Speciaal opgeleide doktersassistentes (80%) of verpleegkundigen (20%) nemen deze functie voor hun rekening. Het instroommanagement op de huisartsenpost is complexer dan in de dagzorg. Bovendien is er op de huisartsenpost meer kans dat de triagist wordt geconfronteerd met levensbedreigende aandoeningen en situaties. De competenties van de triagist moeten daarvoor toereikend zijn.

Hulpvragen die door de triagist zelfstandig zijn afgehandeld moeten door de huisarts worden geautoriseerd, in het belang van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Een herstelactie is dan mogelijk als de huisarts zich niet in het advies van de triagist kan vinden. Zo kunnen de huisartsenpost en de dienstdoende huisarts de eindverantwoordelijkheid dragen voor de zorg. De branchenorm schrijft voor dat zelfzorgadviezen van de triagist binnen een uur door de arts geautoriseerd moeten worden. Onderzoek ter onderbouwing van deze (streef)norm ontbreekt.

Huisartsenposten zijn grootschaliger van opzet dan de dagpraktijk. Meerdere triagisten en huisartsen werken er tegelijkertijd en de werkdruk is vaak hoog. Daarom is risicomangement essentieel op de huisartsenpost. Hierbij gaat het om anticiperen en dus is een integrale benadering van het operationele proces op de werkvloer vereist. Om veilig te kunnen opereren moeten voldoende kennis en vaardigheden aanwezig zijn.

Ook op het niveau van de organisatie is risicomangement belangrijk. Het gaat hier om het inschatten van risico's bij grote drukte en bij communicatieproblemen. Maar ook bijvoorbeeld om de consequenties van (veraf gelegen) visites voor de capaciteit op de huisartsenpost en de risico's die daardoor ontstaan. Of het gegeven dat een huisarts bij tijdrovende GGZ-patiënten soms een uur niet beschikbaar is voor andere patiënten.

Beperkt onderzoek maakt aannemelijk dat de regiefunctie de balans tussen veilige, efficiënte en op de patiënt afgestemde zorg verbetert.³⁶ De functie moet worden vervuld door een ervaren huisarts met specifieke competenties op het gebied van risico-inschatting (ook op organisatieniveau), veiligheidsdenken, effectieve supervisie, coaching van triagisten, overname van complexe problemen van de triagist, proactief handelen en teamaansturing.³⁷

Naast zijn consultatiefunctie behoort het fiatteren en beoordelen van complexe hulpvragen tot

zijn verantwoordelijkheid.³⁸ Voor het steeds tijdig anticiperen en vaak proactief handelen is ervaring in het kennen en herkennen van risicosituaties onmisbaar.³⁹ In kleinere huisartsenposten kan het invullen van de regiefunctie een probleem opleveren. Hier kan naar andere oplossingen worden gezocht.

Aanbevelingen voor de huisarts in de dagpraktijk

- De huisarts vergewist zich in zijn praktijk van de kwaliteit van de telefonische zelfzorgadviezen van de praktijkassistente.
- De huisarts zorgt in zijn praktijk voor heldere werkafspraken over overleg bij spoedvragen, consultatie en het onderbreken van het spreekuur.

Aanbevelingen voor de huisartsenpost

- Bij aankomst op de HAP wordt zo nodig fysieke hertriage verricht, wanneer de fysieke toestand of klachten van de patiënt hiertoe aanleiding geven.
- Elke huisartsenpost beschikt over een protocol waarin de taken en verantwoordelijkheden van de regiefunctie zijn beschreven.
- Huisartsenposten streven ernaar dat de regiefunctie altijd wordt ingevuld.
- Huisartsenposten doen onderzoek naar de optimale schaalgrootte voor de telefonische triage en de regiefunctie.

Aanbevelingen voor onderzoek voor de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde

- Er vindt onderzoek plaats naar triage in de dagpraktijk, vooral naar de mate van zelfstandigheid van de praktijkassistente, de snelheid van consultatie, en de controle op zelfstandig gegeven adviezen en het effect daarvan op de kwaliteit en veiligheid van zorg.
- Er vindt onderzoek plaats naar de voor- en nadelen van gebruik van het huidige triagemodel op de huisartsenpost en naar alternatieve modellen, zoals het deels door huisartsen verrichten van de triage; een en ander met het oog op een toekomstbestendig model op de lange termijn.
- Er vindt nader onderzoek plaats naar de kwaliteit van de triage bij gebruik van het NTS.
- Er vindt onderzoek plaats naar de gewenste tijd waarbinnen een zelfzorgadvies van de triagist moet worden geautoriseerd.

4.3. Veilige en doelmatige zorg, afgestemd op patiënt

Het uitgangspunt in de huisartsgeneeskundige spoedzorg is veilige én doelmatige zorg die is afgestemd op de patiënt.

Met *veilige* zorg wordt bedoeld: de patiënt ondervindt geen schade door inadequate of uitgestelde hulpverlening.

Met *doelmatige* zorg wordt bedoeld: bij de inzet van hulpverlening wordt overconsumptie, overbelasting van hulpverleners en onnodige zorg voorkomen. Doelmatige zorg wordt bevorderd door het werken volgens richtlijnen uit de NTS, het toepassen van NHG-Standaarden en het geven van zelfzorg- en vangnetadviezen aan de patiënt.

Met *op de patiënt afgestemde* zorg wordt bedoeld: medisch zinnige zorg die wordt gegeven op basis van de voorgeschiedenis, context, ervaringen met en wensen van deze patiënt.

Veiligheid en doelmatigheid moeten met elkaar in balans zijn. Bij triage wordt een afweging gemaakt tussen veiligheid en doelmatigheid. Immers, triage behelst risicomanagement en honderd procent veiligheid is bij voorbaat uitgesloten. Veiligheid en doelmatigheid staan op gespannen voet met elkaar; het vergroten van de veiligheid verlaagt de doelmatigheid en vice versa. Bij goede triage worden bewust risico's genomen, zij het met een zo groot mogelijke mate van veiligheid. Een te sterk accent op het veiliger maken van de patiëntenzorg, bijvoorbeeld door vaak hoog-urgent te triëren, meer inzet van ambulances, meer aanvullende diagnostiek en meer specialistisch onderzoek, leidt tot iatrogene schade, afhankelijkheid van de patiënt en enorme kostenstijgingen. Ook kunnen risico's voor de volksgezondheid ontstaan, bijvoorbeeld resistentievorming door overmatig voorschrijven van antibiotica. Veiligheidsincidenten moeten waar mogelijk worden voorkomen, maar zijn nooit uit te sluiten. Bovendien zijn veiligheidsincidenten niet altijd goed te voorspellen.

Sinds 2011 is de NTS beschikbaar als standaard voor triage in de spoedketen. Het doel ervan is een systematische triage die de veiligheid en doelmatigheid van de acute zorg verhoogt, zodat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt en de juiste behandeling of zorg krijgt. De patiënt en zijn zorgvraag staan centraal. Een tweede doel is het verbeteren van de samenwerking in de spoedketen. Van belang hierbij is uniformiteit in taal, begrippen en definities rond urgentiebepaling, triagecriteria, vervolgacties en (geprotocolleerde) adviezen.⁴⁰ Inmiddels is 40% van de huisartsenposten overgegaan op gebruik van het NTS en 50% gebruikt TriageWijzer.⁴¹

Kernexpertise van de huisartsgeneeskunde is het doelmatig werken en inschatten van veiligheidsrisico's: wat is zelfzorg, wat geneest via natuurlijk beloop, wat kan de huisarts zelf behandelen en wie moet worden verwezen naar specialistische hulpverlening? Ook heeft de huisarts expertise in het bepalen van de snelheid en plaats van de hulpverlening. Kennis van het dossier, het gedrag en de context van de patiënt kunnen de risico-inschatting ondersteunen. Het ontbreken van een patiëntendossier op de huisartsenpost vergroot de kans op onveilige maar ook ondoelmatige zorg.

Er is slechts beperkt onderzoek naar veiligheid in de huisartsgeneeskunde en dit onderzoek wordt niet systematisch uitgevoerd. Onderzoek van een aselechte steekproef van duizend patiëntendossiers in de huisartsenpraktijk, waarbij per patiënt alle contacten in één jaar werden bestudeerd, leverde geen veiligheidsincidenten op met blijvende schade of overlijden van de patiënt. Wel werden zeven contacten in verband gebracht met onnodige ziekenhuisopname. Uit dossieranalyse van 250 tuchtzaken blijkt dat veiligheidsincidenten vooral te maken hebben met verkeerde of te laat gestelde diagnoses bij ernstige ziektebeelden zoals hartinfarct en beroerte.

Een onderzoek naar de follow-up van 1145 contacten met de huisartsenpost liet geen overlijden van of blijvende schade bij de patiënt zien. Wel was er in 2,4% van de gevallen sprake van suboptimale (en dus potentieel onveilige) zorg. Incidenten rond triage kwamen relatief weinig voor. In de meeste gevallen betrof het incidenten bij oudere patiënten en incidenten rond falende diagnostiek en beleid door huisartsen. Ander onderzoek laat zien dat de huisartsenzorg bij de opvang van zelfverwijzers op huisartsenposten zeer veilig, doelmatig en kosteneffectief is.⁴²

Voor het leveren van veilige en doelmatige spoedzorg moeten de betrokken partijen ketenbrede richtlijnen en protocollen ontwikkelen. Waarschijnlijk zullen deze bijdragen aan meer *evidence based* handelen, minder regionale verschillen, en een betere afstemming en minder verschillen binnen de ketenspoedzorg.

Ook verdient het aanbeveling om veiligheidsincidenten in de huisartsenpraktijk en op de huisartsenpost systematisch te analyseren en bespreken. Systematische analyse van calamiteitendossiers bij IGZ kan eveneens helpen zwakke plekken in de spoedzorg bloot te leggen en maatregelen te nemen om deze te voorkomen. Ten slotte verdient onderwijs in veiligheid in de spoedzorg meer aandacht.

Taak- en functiedifferentiatie in de huisartsenzorg kunnen bijdragen aan de doelmatigheid van spoedzorg en wellicht de werkdruk en werklast van huisartsen verminderen.

*Taak*differentiatie is het onderbrengen van taken binnen bestaande functies, dus zonder dat er per definitie nieuwe functies ontstaan. *Functie*differentiatie is het herschikken van taken en verantwoordelijkheden in een nieuwe functie.

De laatste jaren is de zorgvraag op de huisartsenposten weliswaar gestabiliseerd, maar dit gaat veranderen. Vooral door nauwe samenwerking tussen huisartsenposten en afdelingen SEH wordt straks het grootste deel van de zelfverwijzers overal door de huisarts behandeld.

Momenteel wordt al geëxperimenteerd met de inzet van verpleegkundig specialisten tijdens de piekuren op de huisartsenpost. Deze verpleegkundigen hebben een tweejarige masteropleiding gevolgd waarin huisartsgeneeskundige kennis van KNO-klachten, huidproblemen en klachten van het bewegingsapparaat centraal staat. Zij diagnosticeren en behandelen zelfstandig een aantal ingangsklachten op de genoemde gebieden. Recent onderzoek wijst uit dat de eerste indrukken positief zijn.⁴³

Aanbeveling voor huisartsen in de dagpraktijk en op de huisartsenpost

- Huisartsen zorgen voor systematische analyse en casuïstiekbespreking van veiligheidsincidenten in de huisartsenpraktijk en op de huisartsenpost.

Aanbeveling voor het NHG en de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde

- Geef in de huisartsopleiding en in de bij- en nascholing voldoende aandacht voor de spoedzorg.
- Analyseer systematisch dossiers van calamiteiten en incidenten in de spoedzorg.
- Stimuleer huisartsgeneeskundig onderzoek naar inhoudelijke aspecten van spoedzorg, zowel in de dagzorg als tijdens ANW-uren.
- Onderzoek de kwaliteit, doelmatigheid en veiligheid bij het delegeren van zorg op de huisartsenpost.

4.4 Spoedzorg is geïntegreerde zorg

Binnen de spoedzorg is er sprake van naadloze samenwerking tussen de verschillende aanbieders.

Spoedzorg is idealiter één domein van alle spoedzorgaanbieders. De belangrijkste voorwaarde hierbij is naadloze samenwerking tussen de ketenpartners, zoals afdelingen SEH, ambulancediensten/meldkamers en huisartsen/huisartsenposten. Daarbij hoort natuurlijk ‘het spreken van dezelfde taal’.

Hoewel de huisarts een aanzienlijk deel van de spoedzorg zelf afhandelt, wordt ongeveer 6 tot 10 procent van de patiënten verwezen.⁴⁴ De belangrijkste actoren rond de patiënt in de spoedzorgketen zijn: de huisartsenpraktijk, de huisartsenpost, de regionale ambulancevoorziening en de afdeling SEH van het ziekenhuis. Een spoedzorgketen kan niet goed functioneren zonder gezamenlijke visie en uitgangspunten, een heldere taakverdeling en een efficiënte organisatie. Er zijn veel initiatieven om meer samenhang te creëren in de organisatie van de spoedzorg. Dit is vooral aan de orde tussen huisartsenposten en SEH, maar ook steeds vaker met ambulancemeldkamers en thuiszorgorganisaties.

Het spreken van dezelfde professionele taal is een voorwaarde voor een goede samenwerking. Dit begint met een gemeenschappelijk begrippenkader zoals ‘spoedzorg’. Ook een eenduidige urgentieclassificatie en triagemethodiek zijn essentieel, waarbij de huisartsenpraktijk, huisartsenpost, SEH en ambulancemeldkamer met hetzelfde triagesysteem – de Nederlandse Triage Standaard – als ketenrichtlijn werken. Daarnaast is de samenwerking in de spoedzorgketen ook gebaat bij gezamenlijke richtlijnen voor diagnostiek en behandeling.

De huisarts heeft een belangrijke rol in de coördinatie van de spoedzorg en de informatievoorziening aan de patiënt. Hij zorgt voor relevante patiëntengegevens en een adequaat gegevensbeheer in het elektronisch patiëntendossier. Met toestemming van de patiënt stelt de huisarts een selectie van relevante informatie uit het elektronisch huisartsendossier beschikbaar aan collega-huisartsen en triageassistenten.⁴⁵ Digitale verslaglegging en uitwisseling van gegevens tussen de ketenpartners is essentieel voor een goede samenwerking. De regionale samenwerking tussen huisarts en ambulancedienst is gebaat bij een landelijk format voor (digitale) gegevensoverdracht van huisarts naar ambulancezorg en vice versa, met de bijbehorende verantwoordelijkheden. Huisarts, ambulancedienst en SEH hebben ieder hun eigen rol en kwaliteiten in de spoedzorg; elk van deze aanbieders maakt eigen afwegingen van risico's en heeft eigen competenties en verantwoordelijkheden in de keten.

Problematisch is dat de overdracht van patiëntgegevens door de ketenpartners vaak niet is geregeld, met name van de ambulancedienst/MKA naar de huisarts.

Om optimaal samen te werken en elkaar te versterken, moeten de zorg in de huisartsenpraktijk/huisartsenpost, de medisch specialistische zorg op de SEH en de ambulancezorg complementair zijn aan elkaar. Zowel de patiënt als de zorgverleners om hem heen moeten weten wat zij van elkaar kunnen verwachten. Het is nuttig als de ketenpartners in de regio een gezamenlijk gedragen visie formuleren en de spoedzorgketen conform die visie inrichten. Ook de benoeming van een portefeuillehouder ketensamenwerking met een duidelijke opdracht en mandaat kan handig zijn. Bovendien zijn samenwerkingsafspraken nodig met zorgverleners gelieerd aan de spoedzorgketen, zoals apothekers, de thuiszorg, de GGZ en de tandheelkundige zorg.

De overheid heeft de Nederlandse acute zorg ondergebracht in tien regionale overleggen, ROAZ'en, die uitgaan van één regionaal traumacentrum. Deze regionale indeling komt niet overeen met de gebiedsindeling van de huisartsenposten of de ambulancediensten, en evenmin met de GHOR-indeling. Daarom moet op regionaal niveau goed worden bekeken met welke partners afspraken nodig zijn. De definitie van een ‘regio’ is in het kader van dit Standpunt: het adherentiegebied van een huisartsenpost. Voor de huisartsgeneeskundige spoedzorg is deze regio de passende maat voor het regelen van de samenwerking met de ketenpartners.

Aanbevelingen voor de beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- De betrokken beroepsverenigingen ontwikkelen een landelijk format als leidraad voor goede regionale samenwerking.
- De beroepsverenigingen van huisartsen, SEH-artsen en de brancheorganisatie Ambulancezorg Nederland bevorderen het gebruik van de NTS.
- De betrokken beroepsverenigingen en brancheorganisaties ontwikkelen en implementeren richtlijnen voor de verslaglegging van patiëntcontacten naar de huisarts van de patiënt.

Aanbevelingen voor de regionale ketenpartners

- De regionale ketenpartners stellen een gezamenlijke visie op met afspraken over taken, verantwoordelijkheden en afstemming van de spoedzorg in de regio.
- De regionale ketenpartners maken afspraken over doorverwijzing na triage van patiënten die zich bij de verkeerde toegang van de spoedzorg hebben gemeld.
- De regionale ketenpartners respecteren elkaars werkwijze en missie. Zij weten dat hun patiëntenpopulaties onderling verschillen.

Aanbeveling voor het NHG en de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde

- In bij- en nascholing is er aandacht voor de wederzijdse expertiseoverdracht tussen hulpverleners in de spoedketen.

4.5 Toegang spoedzorg via huisartsenpraktijk

Tijdens kantooruren is de huisartsenpraktijk dé toegang voor generalistische spoedzorg.

De huisartsenpraktijk is op werkdagen van 08.00 tot 17.00 uur het eerste aanspreekpunt voor de patiënt met acute zorgvragen. De kennis van de huisarts over de patiënt – zoals zijn (ziekte)gedrag, de familiegeschiedenis, relevante ziekten, medicatie en risicofactoren – is opgeslagen in het geheugen van de huisarts en in het EPD. Deze kenmerken zijn van grote waarde bij de inschatting van de ernst en voor een passende professionele reactie. Bovendien wonen de meeste patiënten op korte afstand van de praktijk, zodat de huisarts bij spoed snel ter plekke kan zijn.

Een levensbedreigende urgentie komt overdag in de huisartsenpraktijk zeer weinig voor. Wel heeft een groot aantal patiënten een klacht die de huisarts dezelfde dag moet beoordelen. De enorme diversiteit aan meestal laag-urgente hulpvragen vergt generalistische expertise. De huisarts bepaalt hoe urgent de klacht is en welke zorg nodig is op basis van de anamnese, lichamelijk onderzoek, de context van de patiënt, huisartsgeneeskundige epidemiologie en wetenschappelijke richtlijnen. De huisarts handelt veruit de meeste klachten, ook de spoedeisende, zelf af en is hiervoor voldoende toegerust door training en aanwezige randvoorwaarden zoals de spoedkoffer.

Huisartsenpraktijken werken nauw samen met eerste- en tweedelijns zorgaanbieders, zodat zij patiënten zo nodig kunnen verwijzen naar de meest passende vervolgzorg. Ook is binnen kantooruren consultatie van de specialist over het te volgen beleid gemakkelijk te regelen. Mits veilig geboden is spoedzorg in de eerste lijn immers aanzienlijk goedkoper dan elders in de keten.⁴⁶

Huisartsenpraktijken hebben veel geïnvesteerd in hun bereikbaarheid voor spoedgevallen. Onderzoek van IGZ wees uit dat inmiddels elke praktijk binnen dertig seconden bereikbaar is

via een spoedlijn.⁴⁷ De huisarts handelt kleine trauma's zelf af. Bij vermoeden van een fractuur wordt direct een röntgenfoto geregeld in het regionale ziekenhuis. Bij ernstige ziekten kan de huisarts aanvullend onderzoek inzetten, zoals bloedonderzoek, een echo of een ecg. Meestal is er binnen enkele uren een uitslag. Met de opkomst van point-of-care tests zal deze ontwikkeling doorzetten.

Huisartsenpraktijken hebben doorgaans voldoende capaciteit voor klachten die na triage direct of binnen enkele uren beoordeling vergen. Soms ontstaat wel enige ontregeling van het dagprogramma, maar vanwege de relatief lage frequentie van urgente problematiek is dit geen probleem. Een onvoorspelbaar verloop van de dag hoort bij de dynamiek van het beroep en de flexibele houding van de huisarts.

Er is slechts weinig onderzoek naar de kwaliteit van de spoedzorg overdag gedaan. Dit zou wel aanbevelenswaardig zijn, bijvoorbeeld naar:

- de kwaliteit van de triage door doktersassistenten;
- patiënt- en zorgkenmerken van de spoedzorg overdag;
- calamiteitenanalyse;
- andere met spoedzorg overdag samenhangende thema's;
- samenwerking bij opvang van zelfverwijzers op de SEH en 112-melders.

Doel van het onderzoek is het in kaart brengen van sterke en zwakke plekken van de spoedzorg overdag en het doen van voorstellen ter verbetering.

Huisartsenposten, ambulancediensten en SEH moeten op regionaal niveau goede afspraken maken over door- en terugverwijzing van patiënten die zich bij 'de verkeerde ingang' melden. Nader onderzoek moet uitwijzen of zelftriage en gezondheidseducatie doeltreffende middelen zijn om onnodige hulpvragen te voorkomen.

Aanbevelingen voor de huisartsenpraktijk

- De huisarts garandeert dat de spoedlijn binnen 30 seconden wordt opgenomen.
- De huisarts zorgt voor een goede telefonische bereikbaarheid van de praktijk overdag.
- De huisarts zorgt voor voldoende capaciteit om hulpvragen af te handelen die na triage geen hoge urgentie hebben maar nog wel dezelfde dag op het spreekuur of telefonisch moeten worden beoordeeld.
- De huisarts onderzoekt of en hoe de openingstijden van de praktijk flexibel kunnen worden gemaakt, aangepast aan de patiëntenpopulatie.

Aanbevelingen voor de huisartsenposten

- Geef inzicht aan huisartsenpraktijken en -groepen in het aantal patiënten dat de huisartsenpost bezoekt.
- Geef brede voorlichting over de infrastructuur van de spoedzorg en de eigen functie daarin.

Aanbevelingen voor de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde

- Onderzoek de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige spoedzorg overdag.
- Onderzoek de samenwerking tussen ketenpartners bij de opvang van zelfverwijzers op de SEH en 112-melders.

4.6 Proactieve aanpak kan spoedzorg voorkomen

De huisartsenpraktijk bevindt zich bij uitstek in de positie om bij specifieke doelgroepen door middel van een proactieve aanpak spoedzorg te voorkomen.

Met een proactief beleid kan de huisarts soms spoedzorg voorkomen, bijvoorbeeld door te anticiperen op crises of ontregelingen bij chronische patiënten en kwetsbare ouderen. Ook de palliatieve zorg is vanuit deze visie deels te plannen. Goed begeleid zelfmanagement en een zorgplan met diverse scenario's kunnen voorkomen dat de situatie uit de hand loopt. Het NHG-Standpunt *Huisarts en palliatieve zorg* geeft hierover uitgebreid advies.⁴⁸

De huisarts moet ervoor zorgen dat de huisartsenpost steeds beschikt over actuele informatie over het te volgen beleid bij kwetsbare patiënten. Het gaat dan vooral om (pre)terminale zorg, ernstige verslavings- en psychosociale problematiek et cetera. Ook moet de huisarts aangeven in hoeverre hij beschikbaar en bereikbaar is voor consultatie door de patiënt of een collega.

LHV en VWS legden in 2012 in een convenant vast dat het aantal oneigenlijke hulpvragen op de huisartsenpost en de SEH kan afnemen door flexibele en op de populatie afgestemde openingstijden en de mogelijkheid om online afspraken te maken.⁴⁹

Onderzoek moet nog uitwijzen of zelftriage en gezondheidseducatie – bijvoorbeeld via Thuisarts.nl – doeltreffende middelen zijn om onnodige spoedzorg te voorkomen.

Het is belangrijk dat patiënten weten dat zij zich bij de huisartsenpost moeten melden voor overbruggende zorg die medisch gezien niet kan wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts. Omdat sommige mensen zeer regelmatig (ten onrechte) de huisartsenpost/SEH bezoeken, is het wenselijk dat de huisartsenpraktijk regelmatig een overzicht krijgt van de zorgconsumptie door individuele patiënten van de praktijk. De huisarts krijgt zo de veelgebruikers in beeld en kan hen daar zo nodig op aanspreken of onderzoeken hoe hij ervoor kan zorgen dat deze patiënten minder vaak voor laag-urgente problemen contact opnemen met de huisartsenpost.

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts anticipeert op crises bij chronische en palliatieve patiënten.
- De huisarts zorgt voor overdracht aan de huisartsenpost van alle relevante informatie over terminale en/of palliatieve patiënten, ernstige psychosociale- of verslavingsproblematiek en in alle overige situaties waarin dit van belang is.
- De huisarts verleent de zorg voor terminale patiënten bij voorkeur zelf.
- De huisarts zorgt dat de overgedragen informatie actueel blijft.

Aanbevelingen voor de huisartsenpraktijk

- De huisarts informeert de patiënt over de functie van de huisartsenpost in de spoedzorg.
- De huisarts geeft gericht voorlichting aan patiënten die voor niet urgente-problemen bovengemiddeld vaak gebruik maken van de huisartsenpost.

Aanbeveling voor het NHG

- Ontwikkel formats voor crisisscenario's en zorgplannen die de huisartsenpraktijk kan gebruiken in de chronische en palliatieve zorg.

Aanbeveling voor de VHN en het NHG

- De VHN en NHG zorgen voor patiëntenvoorlichtingsmateriaal over de functie en rol van de huisartsenposten.

Aanbeveling voor de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde en onderzoeksprogramma's

- De effecten van zelftriage en gezondheidseducatie op de vraag naar spoedzorg worden onderzocht.

5. Randvoorwaarden

Goede spoedzorg door de huisarts, zoals geschetst in dit NHG-Standpunt, vereist een aantal randvoorwaarden. In dit laatste hoofdstuk worden deze kort aangestipt.

5.1 Organisatie van de zorg

Het moet voor de patiënt duidelijk zijn waar hij met zijn acute zorgvraag terecht kan en dat er een samenhangende organisatie van spoedzorg is.

Randvoorwaarden

- Huisartsenpost en SEH en werken nauw met elkaar samen. Taken, verantwoordelijkheden en onderlinge afstemming zijn goed geregeld.
- De spoedketen kent twee telefonische toegangen tot spoedzorg (de huisartsenpost en de ambulancedienst). Deze partijen verrichten eenduidige triage en stemmen de zorg onderling af.

5.2 Triage

Randvoorwaarden

- Bij de patiënt vindt in principe slechts eenmaal in de keten triage plaats, tenzij herhaling om veiligheidsredenen of na verloop van tijd is geïndiceerd.
- Er vindt afstemming en waar mogelijk integratie van de verschillende triagesystemen plaats: van de huisartsenpraktijk, de huisartsenpost, de afdeling SEH van het ziekenhuis, de ambulancedienst en de geestelijke gezondheidszorg. De huisartsenpost, SEH en de ambulancemeldkamers implementeren de Nederlandse Triage Standaard.

5.3 Personeel

Randvoorwaarden

- Iedere huisarts moet spoedzorg kunnen verlenen aan patiënten die zich met een spoedeisende hulpvraag tot hem wenden. Hij moet daartoe competent zijn en blijven.
- Op de huisartsenpost is de regiefunctie ingevuld.
- In de dagzorg is voldoende capaciteit en kwaliteit van het ondersteunend personeel gewaarborgd.

5.4 Diagnostiek

Randvoorwaarde

- De huisarts heeft zowel in de dagzorg als tijdens de ANW-diensten op de huisartsenpost voldoende mogelijkheden voor aanvullende diagnostiek, desgewenst inclusief interpretatie.

5.5 ICT

Continuïteit van informatie in de spoedzorgketen is essentieel. Dit vergt een tijdige en goede onderlinge digitale gegevensuitwisseling. Een up-to-date medisch dossier is met toestemming van de patiënt 24/7 beschikbaar.

Randvoorwaarde

- Om continuïteit van zorg te kunnen waarborgen moet de huisarts 7 x 24 uur toegang hebben tot de relevante medische informatie over de patiënt.
- De huisarts richt zijn HIS in volgens de ADEPD-richtlijnen.
- Om continuïteit van zorg te waarborgen informeren ketenpartners elkaar (digitaal) over de behandeling van de patiënt.

5.6 Arbeidstijden

Randvoorwaarde

- De huisarts integreert ANW-diensten zodanig in zijn werkweek dat hij niet meer dan een verantwoord aantal uren achtereen werkt.

5.7 Financiering

Randvoorwaarde

- Er moet een adequate financiering zijn voor de spoedzorg buiten kantooruren.

Bijlage Totstandkoming

Samenstelling NHG-werkgroep en totstandkoming van het Standpunt

De NHG-werkgroep die het Standpunt Huisarts en Spoedzorg ontwikkelde bestond uit:

P.H. de Groof (voorzitter), huisarts, huisartsopleider AMC en medisch manager van de Spoedpost te Haarlem.

C.R. Drijver, huisarts, voorzitter Redactieraad Nederlandse Triage Standaard.

Dr. P.H.J. Giesen, huisarts, onderzoeker en projectleider Nederlands Kennisnetwerk Huisartsenposten en Spoedzorg, UMC St Radboud, IQ healthcare.

H.J. Herberths, huisarts, vice-voorzitter van de LHV-kring De Gelderse Rivieren, namens de LHV.

Mw. A.H. de Jonge, huisarts, lid NHG-Verenigingsraad.

J.M. Kruyswijk, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker NHG-afdeling Implementatie.

Mw. mr. C.C.S. Festen (secretaris), senior-beleidsmedewerker NHG.

Totstandkoming

De NHG-Verenigingsraad besprak op 11 april 2013 een conceptversie van het Standpunt Huisarts en Spoedzorg. In april 2013 is het concept-Standpunt voor commentaar op de NHG-website geplaatst en naar de achterban en externe commentatoren gestuurd.

Commentaar is tijdens de ontwikkelfase ingewonnen bij de VHN.

In de externe commentaarronde zijn 20 reacties ontvangen van individuele huisartsen, van een Kring/Huisartsenpost en van de Orde van Medisch Specialisten.

Bijlage

Definities en gebruikte afkortingen:

ABCDE	Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure: methodiek om potentieel levensbedreigende situaties tijdig te onderkennen
ADEPD	Adequate Dossiervorming Elektronisch Patiënten Dossier
ANW(-zorg, -diensten, -uren)	Avond, nacht en weekend
HIS	Huisartsen Informatie Systeem
Huisartsenpost	Grootschalige organisatie die de regionale huisartsgeneeskundige spoedzorg buiten kantooortijd organiseert en verzorgt. Landelijk zijn er 124 huisartsenposten (HAP's). Daarnaast is er een beperkt aantal kleinschalige dienstenstructuren en waarneemgroepen
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MKA	Meldkamer Ambulancezorg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NTS	De Nederlands Triage Standaard is een ketenrichtlijn voor triage die triagisten in de spoedzorgketen ondersteunt (huisarts-ambulancehulpverlening-SEH)
SEH	Afdeling Spoed Eisende Hulp van een ziekenhuis
(Telefonische) triage	Het inschatten van de urgentie en benodigde inzet van hulp zodat de patiënt op het juiste moment, op de juiste plaats en van de juiste hulpverlener geholpen kan worden
Triagist	Degene die de hulpvraag achterhaalt, de juiste urgentieclassificatie bepaalt, de juiste hulpverlening inzet en (waar mogelijk) telefonisch advies bij de hulpvraag geeft
VHN	Vereniging van Huisartsenposten Nederland
VVT	Branche Verpleging, verzorging, thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Zelfverwijzer	Een patiënt die HAP of SEH bezoekt zonder (telefonische) raadpleging vooraf van een zorgverlener

Noten

- ¹ Giesen P. Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands. Proefschrift Radboud Universiteit, Nijmegen 2007.
- ² Eind 2012 / begin 2013 verschenen visiedocumenten over (onderdelen van) de spoedzorg van de Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging van Praktijkhoudende Huisartsen, de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Zorgautoriteit.
- ³ NHG-LHV Toekomstvisie 2022.
- ⁴ Standpunt De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute (keten)zorg, NHG, 2005.
- ⁵ Smits M, Kiezer E, Huibers L, Giesen P. Ervaringen van huisartsen op de huisartsenpost: motiverende en belastende aspecten van het dienst doen. Huisarts Wet 2012; 55:102-105.
- ⁶ Schrijvers A.J.P. e.a. Atlas en scenario's spoedzorg. Igitur, Utrecht Publishing & Archiving Services 2008.
- ⁷ Kamphuis H, Stukstette M, Homberg D, Sonneveld R, Kool, R. Rollen en taakverdeling in de geïntegreerde acute zorg, deel 2. Evaluatie Spoedposten Haarlem-Zuid en Waterland. Rapport 2007 Prismant.
- ⁸ Giesen P, Fraanje W, Klomp M. De rammelende keten: afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. Med Contact 2003;48(47):1810-1812.
- ⁹ Giesen P, Fraanje W, Klomp M. De rammelende keten: afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. Med Contact 2003;48(47):1810-1812.
- ¹⁰ Giesen P, Hammink A, Mulders A, Oude Bos A. Te snel naar de huisartsenpost. Spoedbeleving van patiënt amper te beïnvloeden. Med Contact 2009;64(6):239-243.
- ¹¹ Marleen Smits, Ellen Keizer, Paul Giesen. Verschillen in zorgconsumptie en hulpverleningsinzet tussen huisartsenposten. Rapport 2013 IQ healthcare.
- ¹² Giesen P, Franssen E, Mokkink H, van den Bosch W, van Vugt A, Grol R. Medische Zorg buiten kantooruren: de huisartsenpost of de spoedeisende eerste hulp. Huisarts Wet 2007;50(5):202-206.
- ¹³ Martijn Rutten, Paul Giesen, Fieke Vrieling. Kwaliteit van zorg voor zelfverwijzers op de huisartsenpost (concept artikel 2013).
- ¹⁴ Weerts M, Janssen K, Smits M, Giesen P. Analyse A1/A2 ritten ambulancehulpverlening. Een vergelijking tussen meldingen via 112 en de huisarts, regio Gelderland-Zuid. Nijmegen: IQ healthcare, 2012.
- ¹⁵ Marleen Smits, Ellen Keizer, Paul Giesen. Verschillen in zorgconsumptie en hulpverleningsinzet tussen huisartsenposten. Rapport 2013 IQ healthcare.
- ¹⁶ Cijfers LINH.
- ¹⁷ Benchmarkbulletin 2011, VHN, augustus 2012.
- ¹⁸ Cijfers LINH.
- ¹⁹ Giesen P, Hammink A, Mulders A, Oude Bos A. Te snel naar de huisartsenpost. Spoedbeleving van patiënt amper te beïnvloeden. Med Contact 2009;64(6):239-243.
- ²⁰ Giesen P, Smits M, Peters Y. Zorgconsumptie op de huisartsenpost: wat is de samenhang met huisarts- en praktijkenmerken. CONCEPT rapport VHN 2013.
- ²¹ Nieuwsbericht IGZ: 'Bijna alle huisartspraktijken reageren op tijd op spoedoproep.' Inspectie voor de Gezondheidszorg, 4 november 2011. www.igz.nl.
- ²² Giesen P. Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands. (Proefschrift). Radboud Universiteit, Nijmegen, 2007.
- ²³ Post J. Grootschalige huisartsenzorg buiten kantooruren. (Proefschrift). Rijksuniversiteit Groningen, 2004.
- ²⁴ NHG TriageWijzer, NHG, 2011.
- ²⁵ Busser G, Giesen P. Een spin in het web: de telefoonarts, een nieuwe functie in de grootschalige huisartsenpost. Med Contact 2002;57 (38):1353-55.
- ²⁶ Huibers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review. Scand J Prim Health Care 2011; 29 (4):198-209.
- ²⁷ Derkx H. 'For your ears only'. Quality of telephone triage at out-of hours centres. (Proefschrift). Universiteit Maastricht, 2008.
- ²⁸ KNMG-Handreiking 'Tijdig spreken over het levenseinde'. Handreiking om met de patiënt het gesprek aan te gaan over grenzen, wensen en verwachtingen rond het levenseinde KNMG, 2012.
- ²⁹ Schweitzer B. Out-of- hours palliative care by general practitioners (Proefschrift). Amsterdam Vrije Universiteit Amsterdam, 2012.
- ³⁰ Toekomstvisie 2022.
- ³¹ Toekomstvisie 2022.
- ³² ABCDE-kaart voor huisartsen. NHG, Huisartsopleiding Nederland, 2012.
- ³³ Giesen P, Smits M, Peters Y. Zorgconsumptie op de huisartsenpost: wat is de samenhang met huisarts- en praktijkenmerken. CONCEPT rapport VHN 2013.

³⁴ Giesen P, Mookink H, Ophey G, Drijver R, Grol R, van den Bosch W. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsen Post? Huisarts Wet 2005;48(5):207-211. Giesen P, Stam D, Wensing M, Husselman D. "Je wilt de zekerheid dat het goed zit" Frequente bezoekers huisartsenpost vertellen hun motieven. Med Contact 2010;65(37):1863-5.

³⁵ Giesen P, Hammink A, Mulders A, Oude Bos A. Te snel naar de huisartsenpost. Spoedbeleving van patiënt amper te beïnvloeden. Med Contact 2009;64(6):239-243.

³⁶ Giesen P, Halink D. Smeerolie van de huisartsenpost: Patiënten en hulpverleners tevreden over de regiearts. Med Contact 2007;69:371-373.

³⁷ Drijver R et al. Rollen en taakverdeling in de geïntegreerde acute zorg, deel 1, Rapport 2007, Prismant.

³⁸ Busser G, Giesen P. Een spin in het web: de telefoonarts, een nieuwe functie in de grootschalige huisartsenpost. Med Contact 2002; 57(38):1353-55.

³⁹ Giesen P, Halink D. Smeerolie van de huisartsenpost: Patiënten en hulpverleners tevreden over de regiearts. Med Contact 2007; 69:371-3.

⁴⁰ Triage acute zorg op één golflengte, factsheet NTS, NTS april 2012.

⁴¹ Marleen Smits, Ellen Keizer, Paul Giesen. Verschillen in zorgconsumptie en hulpverleningsinzet tussen huisartsenposten. Rapport 2013 IQ healthcare.

⁴² Huibers A. Out-of-hours primary care and the quality of telephone triage. Proefschrift). Nijmegen: Radboud Universiteit, 2011.

⁴³ Onderzoek van IQ healthcare (UMC St Radboud), de Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH) en de Centrale Huisartsen Posten Zuidoost-Brabant naar de effecten van het inzetten van Verpleegkundig Specialisten op de Spoedpost in het Catharina ziekenhuis in Eindhoven. 2010-2013.

⁴⁴ Giesen P. Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands. (Proefschrift) Nijmegen: Radboud Universiteit; 2007.

⁴⁵ NHG-Standpunt 'Kernwaarden huisartsgeneeskunde', 2011.

⁴⁶ De basis spoedzorg: hoe het anders kan. Spoedeisende zorg op de juiste plaats. Rapport KPMG / Plexus november 2012.

⁴⁷ Onderzoek IGZ, november 2011.

⁴⁸ NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg, NHG, 2009.

⁴⁹ Convenant LHV/VWS, 2012.