

**Dit standpunt is vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van 1 december 2005.**



**nederlands huisartsen  
genootschap**

## **NHG-Standpunt**

### **De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg**

#### **Toelichting op de NHG-Standpunten**

Het NHG formuleert vanuit inhoudelijke huisartsgeneeskundige optiek standpunten over actuele onderwerpen binnen de huisartsenzorg.

Een NHG-Standpunt is bedoeld als handreiking voor het dagelijks handelen van huisartsen en ondersteunend personeel in de praktijk. Het kan hierbij gaan om medisch-inhoudelijke onderwerpen, bijvoorbeeld naar aanleiding van het verschijnen van nieuwe onderzoeksuitkomsten. Een Standpunt kan in zo'n geval een inhoudelijke aanscherping van een NHG-Standaard betekenen of een aanduiding van de nieuw beschikbare 'evidence' voor de bestaande Standaard. Een NHG-Standpunt kan ook betrekking hebben op patiëntenzorg of praktijkorganisatie.

Dit NHG-Standpunt 'De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg' is onderdeel van de implementatie van de Toekomstvisie Huisartsenzorg.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2002.  
Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening, uitwerking Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012.  
Utrecht: NHG/LHV, 2003.

## 1. Inleiding

De ontwikkelingen binnen de acute medische zorg gaan snel. Na de opkomst van de huisartsenposten voor de avond-, nacht en weekenddiensten (ANW-diensten) in de afgelopen jaren, wordt nu op verschillende plaatsen gewerkt aan integratie van huisartsenposten en afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) in de ziekenhuizen. Huisartsen(posten) die bij deze ontwikkelingen betrokken zijn, hebben het NHG gevraagd snel met een standpunt hierover te komen. Zij hebben behoefte aan een leidraad bij het zoeken naar een vorm van patiëntgerichte, inhoudelijk geïntegreerde acute ketenzorg.

Het NHG richt zich in dit Standpunt op de inhoudelijke aspecten van de acute ketenzorg en komt op basis daarvan tot enkele organisatorische richtlijnen. Deze zullen regionaal moeten worden vertaald. De Landelijke Huisartsen Vereniging rekent het tot haar taak hiervoor de juiste randvoorwaarden te creëren.

Het NHG is van mening dat een goed functionerende zorgketen in de acute medische zorg cruciaal is. Deze dient in termen van functies te worden geformuleerd in plaats van instanties. Het uitgangspunt in de keten van hulpverlening bij acute gezondheidsklachten is dat de zorg wordt verleend op het juiste moment, op de juiste plaats, en door een hulpverlener met de juiste competenties.

De respectievelijke schakels in de keten zijn: de individuele huisarts en de huisartsenpost, de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA), de ambulancehulpverlening, de afdeling SEH van het ziekenhuis, apotheken, de geestelijke gezondheidszorg en de thuiszorg.

Het is van groot belang om te werken aan gezamenlijke uitgangspunten, een taakomschrijving van de verschillende partners en het vervolgens efficiënt organiseren van de zorg.

In dit Standpunt wordt gekozen voor de term ‘acute zorg’ in plaats van ‘spoedeisende zorg’ omdat ‘acute zorg’ beter aansluit bij de huisartsenzorg. Hulpvragen hoeven niet per se een spoedkarakter te hebben en de klachten zijn meestal niet levensbedreigend. Uitgangspunt voor de acute zorg in de ANW-diensten is zorg die niet kan wachten tot de volgende dag overdag. Acute zorg wordt hier gedefinieerd als al datgene wat de burger als acuut ervaart. Een acute zorgvraag is een zorgvraag die door de patiënt/burger (of door direct betrokkene) als zodanig wordt benoemd. De vraag van de burger vormt steeds het uitgangspunt bij de bepaling van de ernst van de situatie en daarmee de zorgbehoefte (dit is de behoefte aan zorg door de professional geformuleerd). Hierop wordt een adequaat zorgaanbod afgestemd. De toewijzing van de juiste zorgverlener en behandeling bij de juiste hulpvraag is vervolgens een aangelegenheid van de professionals.<sup>2</sup>

Wat de huisartsenzorg betreft is het aanbod in de diensten minder groot dan overdag. Dit betekent dat in de diensten een selectie plaatsvindt; niet altijd wordt datgene wat de burger als acuut ervaart ook als zodanig afgehandeld. Op basis van een goede triage kan gemotiveerd worden besloten op dat moment geen behandeling te geven, maar de patiënt terug te verwijzen naar het spreekuur van de eigen huisarts overdag.

---

<sup>2</sup>Zie onder andere: Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden. Snel en goed omdat het moet. Standpunt AVVV over herinrichting acute zorgketen. Utrecht: AVVV, april 2005.

### *Inhoud van het Standpunt*

Dit NHG-Standpunt geeft:

- inhoudelijke criteria voor de huisartsgeneeskundige acute zorg;
- organisatorische kaders;
- een omschrijving van de huisartsgeneeskundige inbreng en van het huisartsgeneeskundige aanbod in de 7x24 uur acute ketenzorg, tijdens kantooruren in de huisartsenpraktijk en tijdens de ANW-diensten in de huisartsenpost.

Het NHG zal in samenwerking met voortrekkers binnen de huisartsenzorg op het terrein van de huisartsenposten 'good practices' uitwisselen en bekendmaken in de beroepsgroep. Mede daardoor en op basis van wetenschappelijk onderzoek zal dit Standpunt zich de komende tijd naar verwachting verder uitkristalliseren.<sup>3</sup> Dit betreft onder andere de toenemende cijfermatige onderbouwing van de triage en de patiëntenstromen in de acute medische zorg.

### *Opbouw van het Standpunt*

Direct hierna volgt het Standpunt zelf. In paragraaf 2.1 komen de inhoudelijke criteria voor de huisartsgeneeskundige acute zorg aan de orde. En paragraaf 2.2 bevat organisatorische kaders voor de invulling van de acute ketenzorg.

Daarna volgt achtergrondinformatie. Paragraaf 3.1 bevat een schets van de huidige situatie en de probleemstelling. In paragraaf 3.2 worden de patiënten en patiëntenstromen in de acute ketenzorg beschreven. Het Standpunt gaat uit van een patiëntgerichte opzet van de acute zorg zowel tijdens kantooruren als tijdens de ANW-diensten; deze wordt in paragraaf 3.3 omschreven. Paragraaf 3.4 bevat de uitgangspunten voor de huisartsgeneeskundige acute zorg tijdens kantooruren en ANW-diensten.

Bijlage 1 biedt een overzicht van gebruikte literatuur. In bijlage 2 wordt een beschrijving gegeven van de competenties in de U1-zorg van de huisarts werkend in de acute zorg, het zogenaemde ABCDE-concept. En bijlage 3 bevat een schematisch overzicht van de huidige en van de gewenste situatie.

---

<sup>3</sup> De uitgangspunten zullen worden getoetst in een onderzoek dat het NHG samen met het Kwaliteitsinstituut voor de Zorg CBO en het adviesbureau Virtuoos verricht naar goede voorbeeldprojecten in het land (zie ook bijlage 1).

## 2. NHG-Standpunt

### De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg

#### 2.1. Inhoudelijke criteria voor huisartsgeneeskundige acute zorg

Bij een verdergaande afstemming en integratie binnen de acute medische zorg, zal voor de huisartsgeneeskundige inbreng aan een aantal inhoudelijke criteria moeten worden voldaan.

1. Het uitgangspunt in de keten van hulpverlening bij acute gezondheidsklachten is dat de zorg wordt verleend op het juiste moment, op de juiste plaats, en door een hulpverlener met de juiste competenties.
2. De vraag van de burger vormt steeds het uitgangspunt bij de bepaling van de ernst van de situatie en daarmee de zorgbehoefte (dit is de behoefte aan zorg door de professional geformuleerd). Hierop wordt een adequaat zorgaanbod afgestemd. De toewijzing van de juiste zorgverlener en behandeling bij de juiste hulpvraag is vervolgens een aangelegenheid van de professionals.<sup>4</sup>
3. De goed functionerende zorgketen in de acute zorg dient in termen van functies te worden geformuleerd in plaats van instanties. De volgende functies worden onderscheiden: triage (telefonisch/fysiek), telefonisch zelfzorgadvies, eenvoudige behandeling/geruststelling, verwijzing, uitgebreide behandeling/stabiliserende handelingen en eventueel opname/overplaatsing, klinisch zorgtraject. Landelijk wordt hierbij de volgende 'level-indeling' voorgesteld: Level 1: topvoorzieningen; Level 2: uitgebreidere voorzieningen; Level 3: basisvoorzieningen.<sup>5</sup>
4. De huisartsenvoorziening - tijdens kantooruren overdag de huisartsenpraktijk, tijdens de ANW-diensten de huisartsenpost - is toegankelijk voor alle hulpvragen en klachten waarvan de patiënt vindt dat die niet kunnen wachten en is verantwoordelijk voor de huisartsgeneeskundige acute zorg en de adequate verwijzing voor medisch specialistische acute zorg.
5. Het is niet wenselijk dat huisartsenposten tijdens kantooruren overdag worden opengesteld om dan de acute zorg voor hun rekening te nemen. Het heeft grote voordelen (context, continuïteit) dat de zorg tijdens kantooruren overdag in de eigen, vertrouwde voorziening in de buurt wordt gegeven.<sup>6</sup>
6. Voor het overgrote deel van de hulpvragen in de ANW-diensten is geen medisch specialistisch onderzoek of acute behandeling nodig. Deze hulpvragen kunnen in de huisartsenzorg in de diensten of overdag worden opgevangen. Wat de huisartsenzorg betreft is het aanbod in de diensten minder groot dan overdag. Dit betekent dat in de diensten een selectie plaatsvindt; niet altijd wordt datgene wat de burger als acuut ervaart ook als zodanig afgehandeld. Op basis van een goede triage kan gemotiveerd worden besloten op dat moment geen behandeling te geven, maar de patiënt terug te verwijzen naar het spreekuur van de eigen huisarts overdag.
7. Over het probleem van de zelfverwijzers zullen regionaal, afhankelijk van de plaatselijke omstandigheden, tussen huisartsenpraktijken/huisartsenposten, ziekenhuizen en regionale zorgverzekeraars afspraken moeten worden gemaakt.
8. De algemene huisartsgeneeskundige uitgangspunten dienen ook bij de acute zorg in de huisartsenpraktijk/-post behouden te blijven: terughoudend, doelmatig beleid met een beperkte diagnostiek, patiëntenvertrouwen, en continuïteit van zorg.

---

<sup>4</sup>Zie onder andere noot 2.

<sup>5</sup> Zie onder andere noot 2.

<sup>6</sup> Sommige huisartsenposten en ook zorgverzekeraars en afdelingen SEH van ziekenhuizen zouden het openstellen van huisartsenposten overdag tijdens kantooruren wenselijk vinden.

9. De huisarts signaleert, diagnosticeert en behandelt.
10. In de huisartsgeneeskundige acute zorg - overdag of in de diensten - wordt de hulpvraag vanuit huisartsgeneeskundig perspectief gedefinieerd (probleemverheldering). Die huisartsgeneeskundige triage is als eerste schakel in de keten van eminent belang, omdat daarbij de patiënten worden geleid naar die zorgverlener die het best is toegerust om de benodigde zorg op een kwalitatief verantwoord niveau te verlenen of verder vast te stellen. Door te differentiëren tussen spoed en niet-spoed draagt de huisartsgeneeskundige triage bij aan een doelmatig gebruik van de acute zorg. Onnodige behandeling wordt zo voorkomen.
11. De binnen de huisartsgeneeskundige beroepsgroep en de huisartsenposten gehanteerde kritische kwaliteitskenmerken ('KKK's') gelden bij de uitvoering van de triage als uitgangspunt. Het kwaliteitssysteem zal verder worden ontwikkeld op basis van daadwerkelijk in de praktijk gemeten indicatoren.
12. De medische back-up en fiattering van dit handelen zullen eveneens sluitend georganiseerd moeten zijn. De huisarts vervult de rol van supervisor en coach.<sup>7</sup>
13. De triage dient transparant en toetsbaar te zijn. Dat geldt ook voor de deskundigheid en vaardigheid van de triage-assistente of praktijkverpleegkundige. Deze zal inzicht in en verantwoording van diens handelen moeten kunnen geven via een systeem van verslaglegging. Na de huisartsgeneeskundige triage volgt een telefonisch advies, een uitnodiging voor een consult of er wordt een visite afgesproken.
14. De huisarts kan de patiënt verwijzen naar de afdeling SEH van het ziekenhuis voor specialistische zorg of aanvullende diagnostiek. (Uiteraard is er een directe lijn van de CPA naar de afdeling SEH mogelijk. Het ziekenhuis is ook verantwoordelijk voor acute noodhulp.)
15. In de werkwijze is het belangrijk uit te gaan van de verwachtingen die de patiënt heeft van de acute zorgverlening. (Of aan de verwachtingen van de patiënt is voldaan, is een belangrijke voorspeller van tevredenheid.<sup>8</sup>). Regelmatige toetsing in patiënten-enquêtes, waarbij naar de feitelijke ervaring wordt gevraagd, is daarbij een goed middel. Heldere voorlichting en communicatie over de expertise en de werkwijze van de triage-assistente of verpleegkundige, geeft de patiënt vertrouwen in dit onderdeel van het proces van spoedeisende zorg.
16. Iedere huisarts moet als professional hulp kunnen verlenen aan een patiënt die zich met een acute hulpvraag tot hem wendt. Hij dient daartoe kennis te hebben van acute situaties en hoe daarbij te handelen. Minimaal moet hij daarom beschikken over het elektronisch medisch dossier (EMD), dat de relevante informatie over de patiënt van de huisarts overdag dient te bevatten, en de kennis en vaardigheden om een acute patiënt te onderzoeken zoals momenteel gebruikelijk is binnen de keten van acute zorg. Daarnaast zal hij kennis en vaardigheden moeten hebben om levensbedreigende situaties op te vangen binnen het kader waar hij werkzaam is (de huisartsenpraktijk en de huisartsenpost).
17. In de urgentiegeneskunde is het ABCDE-concept - zie bijlage 2 - breed geaccepteerd. Ketenpartners in de acute zorg (CPA, SEH), maar ook het EHBO-onderwijs aan leken werken ermee. Ook huisartsen dienen volgens dit concept te (gaan) werken.

---

<sup>7</sup> Zie: Busser G, Giesen P. Een spin in het web: de telefoonarts, een nieuwe functie in de grootschalige huisartsenpost. Med Contact 2002;57(38):1353-5.

<sup>8</sup> Giesen c.s. Goed bevonden. Patiënten geven huisartsenpost het rapportcijfer 8. Med Contact 2004;59(17):672-5.

18. Binnen de keten zullen mogelijkheden van diagnostiek en behandeling steeds verder toenemen naarmate aanvullend onderzoek en technische hulpmiddelen beschikbaar zijn.  
Huisartsen kunnen meer zorg leveren, minder en scherper verwijzen wanneer ze meer gebruik kunnen maken van de faciliteiten van het ziekenhuis, óók in de ANW-diensten: röntgen, lab, spleetlamp, ECG, etc.<sup>9</sup> De apparatuur dient snel toegankelijk te zijn, want dan zal deze sneller worden gebruikt, wat onnodige verwijzing zal voorkomen. (Maar zie wel punt 8 hiervóór over een terughoudend, doelmatig beleid.)
19. De ANW-diensten vereisen dezelfde competenties van de huisarts als waarover hij overdag dient te beschikken.
20. Voor al deze criteria moet nog worden nagegaan of er behoefte is aan aanvullende scholing binnen de beroepsgroep. Het uitgangspunt is dat de huisartsopleiding voldoende opleidt tot het verlenen van acute zorg overdag en in de ANW-diensten. Voor bijzondere functies als huisartscoördinator binnen de huisartsenpost kunnen modules van de Kaderopleidingen Huisartsgeneeskunde worden ingezet. Voor triage-assistenten werkt momenteel een werkgroep van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) aan een opleiding tot gecertificeerd triagist.

## 2.2. Organisatorische kaders

De organisatorische invulling van de acute ketenzorg zal regionaal moeten plaatsvinden. Dit gebeurt ook al in diverse ‘proeftuinen’, waarin met diverse vormen wordt geëxperimenteerd. Een gedegen evaluatie van de verschillende vormen is noodzakelijk.

Het uitgangspunt van ‘zorg op het juiste moment, op de juiste plaats, en door een hulpverlener met de juiste competenties’ zal moeten worden geconcretiseerd afhankelijk van de plaatselijke omstandigheden. Een aantal elementen zijn daarbij vast, een aantal optioneel.

Er wordt gewerkt binnen de volgende organisatorische kaders:

- acute huisartsenzorg tijdens kantooruren overdag in de huisartsenpraktijk;
- acute huisartsenzorg tijdens ANW-diensten in de huisartsenpost;
- huisartsgeneeskundige triage als basis voor het overgrote deel van de hulpvragen;
- afstemming en eventueel integratie van de verschillende triagesystemen: van de huisartsenvoorziening, de afdeling SEH van het ziekenhuis, de ambulancedienst en de geestelijke gezondheidszorg;<sup>10</sup>
- adequate ondersteuning van de huisarts (voor telefonische triage/zelfzorgadvisering: de doktersassistente/triage-assistente; voor hulp bij vraagverheldering, diagnostiek, bloeddrukmeting, wondreiniging, het voorbereiden van de ingreep en hechten, ECG, etc.: de doktersassistente, praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige/bachelor of nursing; voor organisatie, kwaliteitsborging, etc.: de manager met ervaring in de zorg);

<sup>9</sup> Door de toenemende beschikbaarheid van hulpmiddelen zoals pulse-oximeter, zuurstof, intraveneuze canule en AED (automatische externe defibrillator) zal de huisarts zijn mogelijkheden naar verwachting kunnen uitbreiden. De moeilijkheidsgraad van bediening van de apparatuur komt overeen met de eenvoud van het meten van de temperatuur met een elektronische thermometer.

<sup>10</sup> Voor het ministerie van VWS voert het NHG in 2005 met een aantal partners het onderzoek ‘De ontwikkeling van een systeem voor eenduidige triage’ uit, met als doel de ontwikkeling van een systeem van eenduidige triage voor de acute ketenzorg. [In de ‘Beleidsvisie acute zorg’ (oktober 2003) achtte het ministerie het al van belang dat een uniform triagemodel zou worden ontwikkeld dat door alle ketenpartners zou worden gehanteerd.] Het eerste hoofdstuk van het NHG-rapport ‘De ontwikkeling van een systeem voor eenduidige triage. Het dynamische proces om urgentie te bepalen en vervolgtraject te indiceren. “Eén voor allen, allen voor één” (2005) bevat een goed overzicht van rapporten en adviezen over triage in de acute zorg.

- goede onderlinge werkafspraken ten aanzien van het werken met een achterwacht en het nabespreken van alle telefonische contacten in de huisartsenpraktijk en de huisartsenpost;
- beschikbaarheid voor huisartsen, óók in de ANW-diensten, van de faciliteiten van het ziekenhuis: röntgen, lab, spleetlamp, ECG, etc.;
- een nauwere verbinding tussen de huisartsenpost en de afdeling SEH dan nu op de meeste plaatsen nog het geval is;
- geen onnodig transport van de patiënt, de hulpverlener volgt bij voorkeur de patiënt. Dat betekent bijvoorbeeld ook de mogelijkheid van consultatie van de medisch specialist in de huisartsenpost;
- betrokkenheid van alle ketenpartijen: de huisartsenpraktijk, de huisartsenpost, de SEH-afdeling, de CPA, de acute psychiatrie, de apotheek en de thuiszorg.

De huisartsenpost vervult een gids- en poortwachtersfunctie in de zorg en fungeert daarmee als voorportaal van het ziekenhuis. Er dient een functionele samenhang te zijn van huisartsenpost en SEH, in sommige gevallen ook een fysieke integratie. Met het oog op de toegankelijkheid en patiëntvriendelijkheid is het echter ook van belang dat er in grotere gebieden satellietposten zijn.

De hulpvraag voor de acute zorg wordt vanuit huisartsgeneeskundig perspectief gedefinieerd (probleemverheldering). Na deze selectie dient er geen tweede selectie te zijn door een poortarts, ag(n)io, etc.

Zeer waarschijnlijk leidt een huisartsenpost vóór de SEH-afdeling tot aanzienlijke vermindering van de zelfverwijzers op de SEH en een grotere rol van de huisarts met betrekking tot de niet-ernstige traumata. Bij de huisartsenpost vóór de SEH wordt iedere zelfverwijzer immers eerst door de huisarts gezien. Dit leidt tot meer afhandelingen door de huisarts en minder door de SEH. Op basis van nog niet gepubliceerd onderzoek kan ongeveer 85 procent van de zelfverwijzers geholpen worden door de huisarts en indien aanvullende diagnostiek door de huisarts in de ANW-zorg mogelijk wordt, zelfs 90 tot 95 procent. Het poortwachterschap van de huisarts binnen het systeem van de gezondheidszorg wordt daarmee versterkt.<sup>1112</sup>

De toegangspoort tot de acute zorg zal eenduidig moeten zijn. Randvoorwaarden zijn daarbij: goede bereikbaarheid, een goede huisartsgeneeskunde triage, de garantie van een adequate respons, de beschikbaarheid van een elektronisch medisch dossier en goede kwaliteit van zorgverlening. Functionele samenhang van huisartsenposten en afdelingen SEH kan de duidelijkheid voor de patiënt vergroten en een bijdrage leveren aan het oplossen van het probleem van zelfverwijzers naar de afdeling SEH van een ziekenhuis.

Indien acute zorg om specialistische interventie vraagt ten behoeve van diagnostiek en behandeling, dienen daarvoor op de afdeling SEH/in het ziekenhuis de benodigde medisch-specialistische competenties aanwezig te zijn. De invulling van de huisartsenposten zal mede bepalen welke competenties nodig zijn, ook wat de capaciteit daarvan betreft. Spoedeisende hulp-artsen kunnen hier eventueel een rol spelen; hun competenties worden momenteel in kaart gebracht.

<sup>11</sup>Giesen P, Franssen E, Mokking H, Van den Bosch W, Van Vught A en Grol R. Out-of-hours care: patient's choice of general practice cooperative or accident and emergency department. Nog niet gepubliceerd onderzoek.

<sup>12</sup> Van Uden CJT, Crebolder HFJM. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? Emerg Med J. 2004;21:722-3.

Een totale integratie van de huisartsenpost en de afdeling SEH is vanuit huisartsgeneeskundig oogpunt alleen te verdedigen wanneer aan de in dit Standpunt gestelde inhoudelijke criteria en organisatorische kaders wordt voldaan.



### 3. Achtergrondinformatie

#### 3.1. Schets van de huidige situatie; probleemstelling

De acute ketenzorg behoeft verbetering; de keten ‘rammelt’. Dat wordt uit de praktijk en de overstelpende hoeveelheid literatuur daarover wel duidelijk. (Zie bijlage 1.)

Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg is een ketenbrede visieontwikkeling niet van de grond gekomen en worden vooral huisartsen nauwelijks bij de ontwikkeling betrokken. Huisartsen, ziekenhuizen, ambulancezorg en de CPA's worden opgeroepen om samen te gaan werken aan een vereenvoudigde structuur voor de spoedeisende medische hulpverlening.<sup>13</sup>

In het nog niet gepubliceerde verslag van een Nijmeegse inventariserende studie worden de problemen in de huidige situatie geschetst.<sup>14</sup> Hoewel de huisartsenzorg in het verleden voor bijna alle spoedzorg de ingang vormde en deze door de huisarts werd afgehandeld, valt in de laatste decennia een verschuiving van de patiëntenstroom te zien in de richting van 1-1-2 en SEH, waarbij algemeen wordt aangenomen dat rond 60 tot 80 procent van de zelfverwijzers met klachten komt die in medisch opzicht niet spoedeisend zijn.<sup>15</sup> De opvatting bestaat dat deze verschuiving leidt tot kostbare en inefficiënte zorg met lange wachttijden op de SEH. Bovendien bestaat het risico dat bij echte calamiteiten de loketten verstopt raken door patiënten zonder spoedeisende hulpvragen.

De trend is nu om de huisartsenpost en de SEH verregaand te integreren, vanuit de gedachte dat zelfverwijzers dan door de huisarts behandeld kunnen worden en de druk op de specialistische zorg zal afnemen. Bij zelfverwijzers gaat het meestal om laag urgente zorg, merendeels kleine trauma's. Een deel van deze zorg kan door huisartsen worden gedelegeerd.

Om tot een samenhangende zorgketen te komen, wordt op een aantal plaatsen gewerkt aan structurele afspraken over de taakverdeling tussen huisartsenposten, ambulancehulpverlening en afdelingen SEH, maar in de praktijk blijkt dit moeilijk te zijn. Er treden verschillende belemmeringen op: territoriumdrift is waarschijnlijk de belangrijkste, maar de complexe en strikt gescheiden financieringsstromen naar de drie partijen is er ook een.<sup>16</sup>

Taakherschikking wordt ook als mogelijke oplossing gezien. Zie bijvoorbeeld de rapporten van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg uit 2003.<sup>17</sup>

Geluiden gaan op om de huisartsenposten geheel in de ziekenhuizen te laten opgaan.<sup>18</sup> Leenen is van mening dat door geïntegreerde zorg vanuit één organisatie de onderlinge afstemming verbetert, optimale ketenzorg mogelijk is en een integraal kwaliteitssysteem kan worden geïmplementeerd. Hij pleit ervoor om de organisatie van de spoedhulp in ziekenhuizen te scheiden van de electieve zorg.

---

<sup>13</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg. Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overall goed. Den Haag: IGZ, 2004.

<sup>14</sup> Zie noot 11.

<sup>15</sup> Jaarsma-van Leeuwen I et al. Patiënten zonder verwijzing op de afdeling Spoedeisende Hulp. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 2000;144(9):428-31.

<sup>16</sup> Giesen P, Fraanje W, Klomp M. Rammelende keten. Afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. Med Contact 2003;58(47):1810-2.

<sup>17</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Acute zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003 (publicatie 3/14). Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Acute zorg. Achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2003 (publicatie 3/15).

<sup>18</sup> Zie in het bijzonder: Leenen LPH. Gescheiden wegen. Efficiëntere zorg door een aparte spoedzorgstructuur. Med Contact 2004;59(10):360-3.

De rol van de huisarts in deze nieuwe opzet is voor hem gering: 'Het takenpakket en de opleiding van de huisartsen evenals de organisatie van de huisartsenzorg zijn niet meer ingesteld op spoed. Wordt de patiënt uiteindelijk toch naar het volgende echelon verwezen, dan begint het hele diagnostische en therapeutische proces opnieuw.'

Andere auteurs denken hier heel anders over. Zo schrijven Bernts en De Wildt dat de huisartsenposten juist vanwege hun voortrekkersrol bij de modernisering van de eerste lijn in de eerstelijnsgezondheidszorg moeten blijven. 'Bij de organisatie van de ANW-zorg moeten beschikbaarheid, toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit leidende uitgangspunten zijn. De ANW-zorg moet worden gezien vanuit de context van de gehele zorgsector en niet alleen vanuit de keten van acute zorg.'<sup>19</sup> Van Uden et al. schrijven dat het poortwachterschap van de huisarts binnen het systeem van de gezondheidszorg wordt versterkt bij een huisartsenpost vóór de SEH-afdeling.<sup>20</sup> En volgens het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is een huisartsenpost als voorportaal van een SEH-afdeling een gunstiger ontwikkeling dan de volledige integratie van huisartspost en afdeling SEH. In dat laatste model bestaat er volgens het CVZ een groter risico dat de huisarts een ruimhartiger diagnosegedrag gaat vertonen.<sup>21</sup>

Ondanks dat de huisartsenposten nog niet zo lang bestaan, is er al veel over geschreven. De Inspectie voor de Gezondheidszorg kwam in 2004 met een kritisch rapport.<sup>22</sup> De huisartsenposten kwamen ook aan de orde in het onderzoeksrapport 'Spoed moet goed. Een onderzoek naar de spoedeisende zorg' van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).<sup>23</sup>

Er verschenen ook positief gestemde publicaties waaruit bleek dat de posten snel werken<sup>24</sup> en dat de patiënten er tevreden over zijn<sup>25</sup>.

### **3.2. Patiënten en patiëntenstromen in de acute ketenzorg**

In deze paragraaf worden gegevens gepresenteerd over de patiënten en patiëntenstromen in de acute ketenzorg. In bijlage 3 worden de huidige en gewenste stromen schematisch weergegeven.

In de laatste jaren zijn gegevens uit verschillende onderzoeken in de acute zorg gepubliceerd. Deze hebben nog vooral betrekking op de acute zorg in de avonden, nachten en weekends.

Vergelijkend onderzoek in 2001 naar een huisartsenpost vóór de SEH (Maastricht-Heuvelland) en een huisartsenpost op afstand van een afdeling SEH (Oostelijk Zuid-Limburg) kwam tot belangrijke bevindingen: 'Het lijkt aannemelijk dat een huisartsenpost vóór de SEH-afdeling leidt tot aanzienlijke vermindering van de zelfverwijzers op de SEH en een grotere rol van de huisarts met betrekking tot de niet-ernstige traumata.

---

<sup>19</sup> Bernts N, De Wildt JE. Ruimte voor verbetering. Huisartsenposten als vehikel voor modernisering van eerstelijnszorg. Med Contact 2004;59(24):994-6.

<sup>20</sup> Van Uden, CJT, et al. Poortwachter hersteld. Eerst naar de huisarts, dan naar de Spoedeisende Hulp. Med Contact 2003;58(39):1482-5.

<sup>21</sup> Mastebroek CG, Van der Meer FM. Huisartsendienstenstructuren: doelmatigheid en sturing door zorgverzekeraars. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2004.

<sup>22</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg. Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten. Den Haag: IGZ, 2004. Het NHG heeft hier een reactie op geschreven.

<sup>23</sup> TNS NIPO. 'Spoed moet goed. Een onderzoek naar de spoedeisende zorg'. Utrecht: NPCF, 2005. Het NHG heeft hierop in februari 2005 een reactie geschreven.

<sup>24</sup> Giesen P, Mokking H, Van den Bosch W, Grol R. Wachten op een visite. Med Contact 2004;59(46):1820-3.

<sup>25</sup> Zie noot 8.

Het poortwachterschap van de huisarts binnen het systeem van de gezondheidszorg wordt daarmee versterkt. Daar staat echter tegenover dat de huisarts het wel drukker krijgt.<sup>26</sup> Bij de huisartsenpost vóór de SEH wordt iedere zelfverwijzer immers eerst door de huisarts gezien. Dit leidt tot meer afhandelingen door de huisarts en minder door de SEH.<sup>27</sup>

De RVZ gaf in haar rapporten van 2003 een verdeling van de patiënten die in het ziekenhuis/op de afdeling SEH terechtkwamen: 54 procent van hen was zelfverwijzer, 18 procent kwam met de ambulance en 28 procent was verwezen door de huisarts. Volgens de RVZ is naast kwaliteitswinst een doelmatigheidswinst te behalen als huisartsen in plaats van SEH-artsen klachten van zelfverwijzers afhandelen. De RVZ constateert dat bijna driekwart van de zelfverwijzers op de afdeling SEH door een huisarts kan worden behandeld.<sup>28</sup>

De afdeling Huisartsenposten van de LHV publiceerde in 2004 haar Toekomstvisie. Daarin wordt aangegeven dat 127 huisartsenposten - als onderdeel van 54 huisartsendienstenstructuren - met circa 6.000 aangesloten huisartsen circa 3,5 miljoen contacten per jaar hebben.<sup>29</sup>

In 2004 publiceerde de Stichting Consument en Veiligheid (LIS-)cijfers.<sup>30</sup> Jaarlijks moeten in Nederland 2,4 miljoen mensen medisch worden behandeld voor de gevolgen van een ongeval of geweld. Van hen komt 1 miljoen terecht op de afdeling SEH. In dit onderzoek was het aantal zelfverwijzers zelfs nog hoger: 68 procent. 17 procent kwam na rechtstreekse verwijzing door een huisarts, 7 procent met de ambulance.

Onder de patiënten die door de huisarts worden verwezen, bevinden zich relatief veel vrouwen, kinderen en ouderen. De letsels waarmee patiënten door de huisarts zijn verwezen, zijn duidelijk ernstiger dan de letsels van zelfverwijzers. De onderzoekers hebben berekend dat het aantal bezoeken aan een afdeling SEH jaarlijks met 120.000 zal afnemen als de huisarts als poortwachter optreedt. 'Als we ervan uitgaan dat het percentage minder ernstige letsels bij de zelfverwijzers net als bij de door de huisarts verwezen patiënten ongeveer 15 procent mag zijn, zou het aantal bezoeken aan een SEH jaarlijks met minimaal 120.000 bezoeken, oftewel 10-15 procent afnemen als de letselpatiënten eerst naar de huisarts gaan in plaats van meteen naar de SEH-afdeling.'

---

<sup>26</sup> Van Uden CJT et al. Evaluatie Centrale Huisartsenposten Maastricht/Heuvelland en ontwikkeling van een systeem van eenduidige triage voor de acute ketenzorg. Oostelijk Zuid Limburg (Nightcare). Een eerste beschrijving van patiëntenstromen/Economische analyse/Tevredenheidsenquête huisartsen. Maastricht: Academisch Ziekenhuis Maastricht, afdeling Bze VII, Transmurale Zorg, 2002.

Van Uden, CJT, et al. Poortwachter hersteld. Eerst naar de huisarts, dan naar de Spoedeisende Hulp. Med Contact 2003;58(39).

Van Uden CJT. Studies on general practice out-of-hours care [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.

<sup>27</sup> Zie de vorige noot.

Het gestelde hoeft echter niet altijd zo te zijn. Er zijn ervaringen waarin de toename van de contacten vanuit de 'aanloop' teniet wordt gedaan door de afname van de workload door inschakeling van een triageverpleegkundige, die ook (uiteraard onder supervisie van de huisarts) geprotocolleerde zorg kan leveren. (Uit de meetweek in Utrecht kwam bijvoorbeeld een percentage van ICPC-gecodeerde consulten op de huisartsenpost van meer dan 10 in de categorie urineweginfecties en kleine verwondingen.)

<sup>28</sup> Zie de RVZ-publicaties in noot 18.

<sup>29</sup> Afdeling Huisartsenposten LHV. Toekomstvisie Huisartsenposten in Nederland. Essentiële schakel in de acute zorgketen. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, mei 2004.

<sup>30</sup> Mulder S, Stam Ch. Met spoed naar de huisarts. Aantal SEH-bezoeken kan met 120.000 omlaag. Med Contact 2004;59(24):985-7.

Zij voegen hieraan toe: ‘Deze informatie is relevant als inbreng in de discussie over de organisatie van de behandeling van letselpatiënten, bijvoorbeeld door een centrale huisartsenpost dicht bij het ziekenhuis te creëren<sup>31</sup> of door de huisartsenpost en de SEH samen te voegen en spoedeisende en electieve zorg te scheiden.<sup>32</sup>

Op deze kwestie wordt ook ingegaan in het hiervoor al aangehaalde verslag van een inventariserende studie naar patiëntencontacten buiten kantoor tijd op de huisartsenpost en de afdeling SEH.<sup>33</sup>

In het uitgevoerde onderzoek bleek de contactfrequentie op de huisartsenpost ongeveer vier keer zo hoog te zijn als op de afdeling SEH. Patiënten in de huisartsenpost kregen in ruim de helft van de gevallen een telefonisch consult. Het aantal visites is laag en deze worden vooral bij ouderen afgelegd.

De huisartsenpost en de afdeling SEH hebben wat betreft het moment van contact een vergelijkbaar patroon: grote drukte in het weekend overdag, in mindere mate 's avonds en een zeer geringe drukte 's nachts. In de huisartsenpost is de meerderheid vrouw en op de SEH is juist de meerderheid man.

Hoog urgente levensbedreigende klachten (U1 en U2) komen in de huisartsenpost en op de SEH relatief weinig voor. Driekwart van de in de huisartsenpost gepresenteerde klachten en iets minder dan de helft van die op de afdeling SEH blijken geen spoedeisend probleem te betreffen.

Zelfverwijzers op de afdeling SEH blijken in vergelijking met groepen afkomstig van de huisarts relatief zelden levensbedreigende spoedeisende problemen te hebben. Merendeels betreft het klachten die medisch gezien geen spoedzorg nodig hebben en kunnen wachten tot de huisartsenzorg of met een zelfzorgadvies geholpen kunnen worden.

De morbiditeit in de huisartsenpost en op de afdeling SEH verschilt aanzienlijk. In de huisartsenpost betreft het een zeer breed spectrum van problemen waarbij infecties de boventoon voeren, terwijl op de afdeling SEH een beperkter aantal problemen voorkomt die vooral worden bepaald door trauma's.

Op de afdeling SEH vindt in ongeveer tweederde deel van de gevallen aanvullende diagnostiek plaats, waarvan het grootste deel röntgenonderzoek en in mindere mate bloedonderzoek. Bij driekwart van de patiënten in de huisartsenpost en ongeveer eenderde van de SEH-patiënten wordt geen vervolgbehandeling geadviseerd. Slechts een klein deel, 7,9 procent van de populatie in de huisartsenpost, werd verwezen, vooral patiënten uit de groep die een visite hadden ontvangen. Op de afdeling SEH werd een kwart terugbesteld op de polikliniek en een kwart werd opgenomen. Patiënten die op de afdeling SEH terecht waren gekomen via 1-1-2 en via de huisarts, werden in de helft van de gevallen opgenomen; zelfverwijzers daarentegen weinig.

De auteurs van het verslag achten de uitkomsten van hun onderzoek interessant in het licht van de toekomstige samenwerking tussen huisartsenpost en afdeling SEH. De huisartsenpost heeft weliswaar een vier keer hogere contactfrequentie, maar de helft van de gevallen wordt telefonisch afgehandeld. De SEH-bezoekers zijn grotendeels zelfverwijzers met traumata die voor het grootste deel door de huisarts kunnen worden afgehandeld. De huisartsenzorg handelt bijna alle contacten zelf af en werkt dus zeer efficiënt. Het aantal verwijzingen vanuit de huisartsenzorg is laag en kan nog verder verlaagd worden als er ook dezelfde diagnostische mogelijkheden aanwezig zouden zijn als in de dagzorg. Zelfverwijzers krijgen relatief vaak aanvullende diagnostiek en worden relatief vaak op de polikliniek terugbesteld.

---

<sup>31</sup> Van Uden CJT et al. Poortwachter hersteld. Eerst naar de huisarts, dan naar de Spoedeisende Hulp. Medisch Contact 2003;58(39). Zie ook de vorige paragraaf.

<sup>32</sup> Leenen LPH. Gescheiden wegen. Efficiëntere zorg door een aparte spoedzorgstructuur. Medisch Contact 2004;59(10):360-3. Zie ook de vorige paragraaf.

<sup>33</sup> Zie noot 11.

Aangezien dezelfde categorie ook door huisartsen wordt gezien zonder aanvullende diagnostiek en poliklinische behandeling, rijst de vraag of hier niet sprake is van overdiagnostiek en overbehandeling.

De auteurs van het verslag concluderen dat de huisartsenzorg bij verdere integratie (met ondersteuning van assistentes en verpleegkundigen) zonder probleem het grootste deel van de zelfverwijzers op zich kan nemen. Daarmee krijgt de afdeling SEH weer de functie die ze had moeten hebben, namelijk de spoedeisende specialistische zorg. Hoogurgente gevallen komen bij verdere integratie sneller in specialistische handen. Als het gebruik van de telefoon gestimuleerd en het binnenlopen ontmoedigd kan worden, kan een aanzienlijk deel van de zelfverwijzers met een telefonisch advies worden geholpen of naar de dagzorg worden verwezen. Zolang de ziekenhuizen vooral bij veel zelfverwijzers aanvullende diagnostiek blijven verrichten, zullen zij ook een verwachting blijven creëren en in stand houden. Dit terwijl voorlichting en geruststelling hier eerder op hun plaats zijn.

De NCCF publiceerde begin 2005 de gegevens van het onderzoek 'Spoed moet goed'.<sup>34</sup> Onderzocht is of mensen met een spoedeisende hulpvraag buiten kantooruren op de juiste plaats terechtkomen om behandeld te worden, en in hoeverre de medische gegevens van patiënten beschikbaar zijn bij de zorgverleners in de spoedeisende zorg.

Volgens de onderzoekers vinden er jaarlijks buiten kantooruren ongeveer 2,3 miljoen bezoeken plaats aan de huisartsenpost en bijna 1 miljoen aan de afdeling SEH.

Zowel ondervraagde patiënten als zorgverleners komen tot ongeveer een half miljoen mensen met een spoedeisende hulpvraag per jaar die niet op de juiste plek terechtkomen, dat wil zeggen in de meerderheid van de gevallen niet op de huisartsenpost.

Uit het onderzoek komt verder naar voren dat met een goed waarneemdossier 20 tot 25 procent van de patiënten beter geholpen had kunnen worden. Door het ontbreken van goede medische informatie vinden extra onderzoeken en handelingen plaats. De kosten hiervan worden geschat op ruim 36 miljoen euro per jaar.

In een recent gepubliceerd artikel, ten slotte, blijkt van de op een huisartsenpost geleverde ANW-zorg bijna 84 procent huisartsenzorg te zijn die, in medisch opzicht, geen spoedeisend karakter heeft.<sup>35</sup> Voor de urgentieclassen U1 (levensbedreigend), U2 (spoed), U3 (dringend) en U4 (routine), komen de auteurs op grond van de diagnose op de volgende percentages: 0,6, 3,2, 12,5 en 83,7. Problemen in de hoogste urgentiecategorieën werden vooral bepaald door hart-, luchtweg- en bewustzijnsstoornissen; bij de niet-urgente klachten ging het vooral om infecties en klachten van het bewegingsapparaat.

### **3.3. Een patiëntgerichte opzet**

De organisatie en inhoud van de 7x24 uur acute zorg dient volgens het NHG patiëntgericht te zijn; dit wil zeggen goed toegankelijk (laagdrempelig, goed bereikbaar en beschikbaar), op het juiste hulpverleningsniveau - op het juiste moment, op de juiste plaats, en door een hulpverlener met de juiste competenties -, en van een goede medisch-inhoudelijke kwaliteit, waarbij de deskundigheid van de hulpverleners essentieel is.

Patiënten hebben behoefte aan en baat bij een duidelijk, overzichtelijk, samenhangend aanbod aan acute zorg, overdag én buiten kantooruren.

Dat heeft consequenties voor de positie van de huisartsenpost, de afdeling SEH, de CPA, de geestelijke gezondheidszorg, de apotheek en de thuiszorg.

---

<sup>34</sup> Zie noot 23.

<sup>35</sup> Giesen PHJ, Mookink HGA, Ophey G, Drijver CR, Grol RPTM, Van den Bosch WJHM. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsenpost? Huisarts Wet 2005;48(5):207-10.

Met meer samenhang tussen de diensten van de verschillende aanbieders van acute zorg zal de patiënt een beter op de acute zorgvraag afgestemde respons, op een herkenbare plaats of via één herkenbaar telefoonnummer, kunnen vinden. Er is bij acute zorg een overgangsgebied wat betreft competenties voor de noodzakelijke behandeling. Daarom is het van belang dat de verschillende vormen van acute zorg, binnen een solide keten, in zo nauw mogelijke fysieke nabijheid kunnen worden aangeboden. Hierdoor kan zo nodig een goede en snelle transfer van de ene naar de andere zorgaanbieder plaatsvinden zonder onnodige vertraging. De competentie van de zorgverleners moet worden afgestemd op de zwaarte van de zorgvraag en voortdurend worden bewaakt en aangescherpt. Een adequate informatievoorziening is bij dit alles een belangrijke voorwaarde.

### **3.4. Uitgangspunten voor de huisartsgeneeskundige acute zorg**

In de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 en in de concretisering daarvan<sup>36</sup> zijn de kenmerken van de huisartsenzorg beschreven. Deze zijn ook van toepassing op de acute zorg tijdens kantooruren in de huisartsenpraktijk en tijdens de ANW-diensten in de huisartsenpost; de acute zorg vormt een integraal onderdeel van de huisartsenzorg.

#### *Kwaliteitseisen voor acute huisartsenzorg*

De geboden zorg bij acute problemen behoort tot de basiszorg en voldoet aan dezelfde kwaliteitseisen. Door het generalisme is huisartsenzorg bij uitstek in staat om te differentiëren tussen wel-geen spoedaandoeningen, en somatische en psychische spoedaandoeningen; en om laag prevalentie aandoeningen te herkennen. Voorwaarden zijn de volgende:

- De huisarts doet op een adequate wijze aan vraagverheldering en bezit de vaardigheid tot het opsporen van zeldzaam voorkomende spoedbeelden én gewone ziektebeelden met een abnormaal (spoedeisend) beloop.
- De huisarts heeft een adequate (persoons- en contextgerichte) attitude.
- De huisartsenvoorziening beschikt over een toegankelijk elektronisch medisch dossier (EMD) en de huisarts maakt daar gebruik van conform de door het NHG daarvoor opgestelde richtlijn. Dit dient te gebeuren met behoud van maximale bescherming van privacy van patiënten.

Evenals in de huisartsenzorg overdag is het gewenst dat de medewerkers van de huisartsenposten gemotiveerd zijn voor een goede kwaliteit van zorg. Hierbij hoort een kwaliteitssysteem vergelijkbaar met de huidige NHG-Praktijkaccreditering® en de daarbij behorende instrumenten ten behoeve van regelmatige toetsing en kwaliteitsverbetering.

#### *De specifiek huisartsgeneeskundige benadering*

De huisarts is een van de weinige medici die een tweesporenbeleid kan voeren, de tijd als diagnosticum gebruikt en met onzekerheden kan omgaan en durft om te gaan. De diagnostiek van de huisartsgeneeskundige zorg heeft een ander fundament dan die van andere medisch specialisten. De populatie die zich wendt tot de huisarts is epidemiologisch anders van samenstelling dan die van de medisch specialist en kenmerkt zich door een lage prevalentie van ernstige aandoeningen. Dit vraagt om een andere strategie met betrekking tot diagnostiek en behandeling. Dit laat voor de huisarts onverlet dat hij alert is op afwijkend beloop en op weinig voorkomende levensbedreigende ‘spoed’beelden.

#### *De specifiek huisartsgeneeskundige benadering in de acute zorg*

Deze specifiek huisartsgeneeskundige benadering die in de zorg overdag tijdens kantooruren gebruikelijk is, geldt óók voor de acute zorg tijdens de ANW-diensten in de huisartsenpost.

---

<sup>36</sup> Zie noot 1.

Ook dan stelt de huisarts zich verantwoordelijk voor de aanpak van vragen, klachten en problemen van patiënten. Uitgangspunt is de zorg die niet kan wachten tot de volgende dag overdag. En dat is niet alles wat in de ANW-diensten wordt aangeboden.

Na de huisartsgeneeskundige triage handelt de huisarts het overgrote deel zelf af: deze patiënten krijgen zelfzorgadviezen of ze worden aan de telefoon of na een consult terugverwezen naar het spreekuur van de eigen huisarts overdag. Een ander deel van de patiënten wordt doorverwezen voor specialistische behandeling of aanvullende diagnostiek. In de reguliere ANW-zorg is door de meeste huisartsen al lang (h)erkend dat maar een klein deel van de ANW-zorg echt spoed is.<sup>37</sup> Huisartsen beperken zich niet tot klachten en aandoeningen die vanwege de ernst om directe behandeling vragen. Acut opkomende ongerustheid, over welke aandoening dan ook, wordt breed gezien als een legitieme contactreden (vermijden van conflicten wellicht ook). De kracht van de huisarts is de terughoudendheid en doelmatigheid bij de inzet van aanvullende diagnostiek in het beoordelingsproces van klachten, zonder daarbij de acute patiënt de behandeling te onthouden die hij nodig heeft.<sup>38</sup>

#### *Duidelijkheid voor patiënten en andere hulpverleners*

Huisartsen dienen voor patiënten en andere hulpverleners duidelijk te maken wat zij van de 7x24 uur acute huisartsenzorg kunnen verwachten. Een goede informatievoorziening over de inzet van het huisartsgeneeskundige zorgaanbod tijdens kantooruren en tijdens de ANW-diensten is erg belangrijk voor het patiëntenvertrouwen.

---

<sup>37</sup> Zie noot 35.

<sup>38</sup> Zie noot 35.

## Bijlage 1. Gebruikte literatuur

Bij het formuleren van dit standpunt is dankbaar gebruikgemaakt van de volgende literatuur (in chronologische volgorde):

- Van der Werf GTh, Zaat JOM. Schaalvergroting bij spoedeisende zorg: een bedreiging van de continuïteit van zorg? Huisarts Wet 2000;43(5):495-6.
- Verblackt B. Makkelijker gezegd dan gedaan. Huisartsen werken aan een nieuwe dienstenstructuur. Med Contact 2000;55:425-8.
- Ebbens EH, De Bruijne MC. Nachtwacht. Een nieuwe organisatie van de nachtdienst in Almere. Huisarts Wet 2000;43(5):207-9.
- Van Dantzig A. Redder in de nood. Huisarts Wet 2000;43(12):497-8.
- Wensing M, Giesen PHJ. Spoedeisende geneeskunde: het patiëntenperspectief. Huisarts Wet 2000;43(12):503-6.
- Lagro-Janssen ALM. Noem mij tijd en uur. Huisarts Wet 2000;43(12):507.
- Giesen PHJ, Haandrikman LGR, Broens S et al. Centrale huisartsenposten: wordt de huisarts er beter van? Huisarts Wet 2000;43(12):508-10.
- Van Geloven AAW, Luitse JSK, Simons MP, Obertop H. Diagnose en behandeling van patiënten met buikklachten op de spoedeisende hulpafdeling. Verschillen tussen zelfverwijzers en de door de huisarts verwezen patiënten. Huisarts Wet 2000;43(12):516-7.
- Van Wieringen AJM, IJzermans CJ, Vrakking AWGM, Van Weert HJM, Sixma H, Bindels PJE. Patiënten oordelen over een huisartsenpost. Huisarts Wet 2000;43(12):518-20.
- Van de Werf GTh. Een geval van acute dementie. Huisarts Wet 2000;43(12):527.
- Zaat JOM, Van Bakel N. Niet alle spoed heeft haast. Huisarts Wet 2000;43(12):535-7.
- Jaarsma-van Leeuwen I et al. Patiënten zonder verwijzing op de afdeling Spoedeisende Hulp. Ned Tijdschr Geneesk 2000;144(9):428-31.
- Van Uden CJT et al. Evaluatie Centrale Huisartsenposten Maastricht/Heuvelland en Oostelijk Zuid Limburg (Nightcare). Een eerste beschrijving van patiëntenstromen/Economische analyse/Tevredenheidsenquête huisartsen. Maastricht: Academisch Ziekenhuis Maastricht, afdeling Bze VII, Transmurale Zorg, 2002.
- IJzermans CJ, Mentink S, Klaphake L, Van Grieken J, Bindels P. Contacten buiten kantooruren: klachten gepresenteerd aan de huisarts en aan de Spoedeisende Hulp. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:1413-7.
- Busser G, Giesen P. Een spin in het web: de telefoonarts, een nieuwe functie in de grootschalige huisartsenpost. Med Contact 2002;57(38):1353-5.
- Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: LHV/NHG, 2002.
- Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening, uitwerking Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2003.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Acute zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003 (publicatie 3/14).
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Acute zorg. Achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2003 (publicatie 3/15).
- Van der Meer HCB, Smilde AMP, Drijver CR. Onbekwaam maakt onbevoegd. Telefonische triage geldt als risicovolle handeling. Med Contact 2003;58(5):173-176.
- Van Uden CJT et al. Poortwachter hersteld. Eerst naar de huisarts, dan naar de Spoedeisende Hulp. Med Contact 2003;58(39):1482-5.



- Ministerie van VWS. Beleidsvisie acute zorg. Den Haag: VWS, oktober 2003.
- Giesen P, Fraanje W, Klomp M. Rammelende keten. Afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. Med Contact 2003;58(47):1810-2.
- Afdeling Huisartsenposten LHV. Toekomstvisie Huisartsenposten in Nederland. Essentiële schakel in de acute zorgketen. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, mei 2004.
- Leenen LPH. Gescheiden wegen. Efficiëntere zorg door een aparte spoedzorgstructuur. Med Contact 2004;59(10):360-3.
- Schrijverscollectief. Evaluatie werkbaarheid richtlijn 'Triage op de SEH'. Utrecht: CBO, maart 2004.
- Jochems P, Woldendorp H. Projectvoorstel Ketenvensterking Acute Zorg van huisarts-ziekenhuis. Patiënt centraal en anders werken. Groningen: Virtuoots, maart 2004.
- Silderhuis V c.s. Boze brieven. Klachten over huisartsenposten in kaart gebracht. Med Contact 2004;59(15):600-2.
- Giesen c.s. Goed bevonden. Patiënten geven huisartsenpost het rapportcijfer 8. Med Contact 2004;59(17):672-5.
- Derks M, Spelten ER, Kool RB. Intermediair tussen arts en patiënt. Nieuwe functie van triageassistent roept vragen op. Med Contact 2004;59(19):784-7.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten. Den Haag: IGZ, mei 2004.
- Mulder S, Stam Ch. Met spoed naar de huisarts. Aantal SEH-bezoeken kan met 120.000 omlaag. Med Contact 2004;59(24):985-7.
- Bernts N, De Wildt JE. Ruimte voor verbetering. Huisartsenposten als vehikel voor modernisering van eerstelijnszorg. Med Contact 2004;59(24):994-6.
- De Voogd K, Wiggers P, Post J. Bellen naar de huisartsenpost. Patiënt volgt telefonisch advies assistente goed op. Med Contact 2004; 59(26):1085-7. Van Uden CJT, Crebolder HFJM. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? Emerg Med J. 2004;21:722-3.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Spoedeisende hulpverlening: Haastige spoed niet overall goed. Den Haag: IGZ, september 2004.
- PPCP-Utrecht, Provincie Utrecht, Agis Zorgverzekeringen, ZN/KPZ Regiovertegenwoordiger. Visie en Uitgangspunten Spoedeisende Zorg Regio Utrecht. Utrecht, oktober 2004.
- ABC-werkgroep. Competenties huisarts in U1-(A1-)situaties in een huisartsendienstenstructuur (HDS). Conceptadvies aan het NHG-bestuur. Utrecht: ABC-werkgroep, oktober 2004.
- Pauli H. De ongelijke concurrentie tussen verzekeraars en artsenposten. Mednet 2004;11:18-20.
- Paul Giesen c.s. Wachten op visite. Afstand tot huisartsenpost beïnvloedt wachttijd nauwelijks. Med Contact 2004;59(46):1820-3.
- Jochems P, Woldendorp H. Discussienota Acute Zorg. Groningen: Virtuoots, november 2004.
- Jochems P, Woldendorp H. Plan van aanpak Inrichting Acute Zorg. Groningen: Virtuoots, november 2004. (Plan van aanpak voor het NHG/CBO-Project Ketenvensterking acute zorg. Huisartsenzorg en ziekenhuiszorg)
- Mastenbroek CG, Van der Meer FM. Huisartsendienstenstructuren: doelmatigheid en sturing door zorgverzekeraars. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2004.
- TNS NIPO. 'Spoed moet goed. Een onderzoek naar de spoedeisende zorg'. Utrecht: NPCF, 2005.

- Schipholt IL. Ongerustheid wegnemen en wonden hechten. Specialist en huisarts samen op Spoedpost. Med Contact 2005;60(11):436-9.
- Giesen P, Franssen E, Mokking H, Van den Bosch W, Van Vught A en Grol R. Out-of-hours care: patient's choice of general practice cooperative or accident and emergency department. Nog niet gepubliceerd onderzoek.
- Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden. Snel en goed omdat het moet. Standpunt AVVV over herinrichting acute zorgketen. Utrecht: AVVV, april 2005.
- Van Uden CJT. Studies on general practice out-of-hours care [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.
- Van der Werf GTh. Hulpvragen op de dokterspost: ongerust of urgent? Huisarts Wet 2005;48(5):206.
- Giesen PHJ, Mookink HGA, Ophey G, Drijver CR, Grol RPTM, Van den Bosch WJHM. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsenpost? Huisarts Wet 2005;48(5):207-10.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Telefonische bereikbaarheid huisartsenposten. Den Haag: IGZ, juni 2005.
- Jochems P, Drijver R. De ontwikkeling van een systeem voor eenduidige triage. Het dynamische proces om urgentie te bepalen en vervolgtraject te indiceren. 'Eén voor allen, allen voor één'. Deel 1. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, augustus 2005.

## **Bijlage 2. Het ABCDE-concept: competenties van de huisarts werkend in de acute zorg**

*Uit: ABC-werkgroep. Competenties huisarts in UI-(AI-)situaties in een huisartsendienstenstructuur (HDS). Conceptadvies aan het NHG-bestuur. Utrecht: ABC-werkgroep, oktober 2004.*

Het ABCDE-concept kenmerkt zich door een onderzoek van de vitale functies op een specifieke manier en in een strikte volgorde. In maximaal 30 seconden, zonder daarbij gebruik te maken van onderzoeksinstrumenten ('kijken, voelen en luisteren'), vormt men zich een indruk van de acute patiënt (eerste benadering). Men zou kunnen spreken van een gekwalificeerde 'klinische blik' omdat de *waarnemingen worden benoemd*, samengevat worden in een *toestandsbeeld* en er een *urgentie wordt bepaald*. Bij de tweede benadering, die hier direct op volgt, worden in een strikte volgorde (ABCDE-)functies onderzocht met gebruikmaking van het dagelijks instrumentarium van de huisarts. Daarbij worden eenvoudige metingen verricht (ademhalingsfrequentie, bloeddruk, pols, temperatuur et cetera) en worden systematisch de noodzakelijke handelingen uitgevoerd om de vitale functies veilig te stellen. Onder de E van Evaluation past het vervolgonderzoek, met gerichte anamnese ('5 vragen') en 'top tot teen-onderzoek', leidend tot een diagnostische overweging of diagnose en vervolgacties.

### **Algemeen**

De huisarts heeft **kennis van**:

- het didactisch ABCDE-concept als systematische benadering van de spoedpatiënt.

De huisarts heeft de **vaardigheid**:

- veiligheid voor zichzelf, de omgeving en de patiënt te creëren;
- het ABCDE-concept te hanteren.

### **A(irway)**

De huisarts heeft **kennis van**:

- oorzaken, symptomen en behandeling van een bedreigde ademweg - de wijze waarop de ademweg vrijgemaakt wordt.

De huisarts heeft de **vaardigheid**:

- te beoordelen of de lucht/ademweg vrij is;
- de mond en keel te inspecteren;
- de adem/luchtweg vrij te maken, ook wanneer er mogelijk sprake is van een instabiele CWK.

### **B(reathing)**

De huisarts heeft **kennis van**:

- de oorzaken, symptomen en behandeling van een bedreigde ademhaling;
- de toepassingsmogelijkheden en interpretatie van onbloedige zuurstofsaturatiemeting;
- de indicaties en dosering van zuurstoftherapie;
- de algemene maatregelen voor positionering van de patiënt met ademhalingsproblemen.

De huisarts heeft de **vaardigheid**:

- zich in korte tijd een indruk te vormen van de ademhaling;
- een bedreigde ademhaling te behandelen, met of zonder het gebruik van hulpmiddelen;
- zuurstof toe te dienen;
- beademing toe te passen eventueel met het gebruik van hulpmiddelen.

## **C**(irculation)

De huisarts heeft **kennis van**:

- de oorzaken, symptomen en behandeling van circulatieproblemen;
- de indicaties en overwegingen van het starten, uitvoeren en stoppen van reanimatie;
- de algemene maatregelen voor positionering van de patiënt met circulatieproblemen.

De huisarts heeft de **vaardigheid**:

- zich in korte tijd een indruk te vormen van de circulatie;
- een bedreigde circulatie te behandelen, met of zonder het gebruik van hulpmiddelen;
- uitwendige bloedingen te stelpen;
- hartmassage toe te passen.

## **D**(isabilities)

De huisarts heeft **kennis van**:

- de oorzaken, symptomen en behandeling van bewustzijnsstoornissen en andere acute neurologische symptomen;
- de algemene maatregelen voor positionering van de patiënt met bewustzijnsstoornissen.

De huisarts heeft de **vaardigheid**:

- zich in korte tijd een indruk te vormen van de mate van een bewustzijnsstoornis;
- de patiënt in een goede positie te brengen;
- de mate van een bewustzijnsstoornis te kunnen objectiveren;
- te beoordelen of er sprake is van neurologische uitval;
- zich in korte tijd een indruk te vormen over andere zichtbare en voelbare afwijkingen.

## **E**(xposure)

De huisarts heeft **kennis van**:

- de toepassingsmogelijkheden en interpretatie van temperatuurmetingen;
- de oorzaken, symptomen en interpretatie van temperatuursafwijkingen;
- de omgevingsfactoren die invloed hebben op de lichaamstemperatuur van de patiënt.

De huisarts heeft de **vaardigheid**:

- zich in korte tijd een indruk te vormen van de mate van een temperatuurstoornis;
- de temperatuur van de patiënt te meten.

## **E**valuatie

De huisarts heeft **kennis van**:

- toestandsbeelden in de urgentiegeneskunde;
- urgentieklassen voor vervoer en behandeling;
- de aanvullend uit te voeren gerichte anamnese en lichamelijk onderzoek volgens de richtlijnen van de beroepsgroep (NHG-Standaarden).

De huisarts heeft de **vaardigheid**:

- het toestandsbeeld van de patiënt te beschrijven (in het kader van een adequate overdracht);
- de urgentie te bepalen;
- aanvullend de gerichte anamnese en lichamelijk onderzoek volgens de richtlijnen van de beroepsgroep (NHG-Standaarden) uit te voeren en op grond hiervan een diagnose te stellen en specifieke therapie te starten en/of patiënt met spoed te verwijzen naar een passend behandelcentrum;
- indien nodig zorg te dragen voor een adequate overdracht;
- indien nodig zorg te dragen voor begeleiding van direct betrokkenen en/of achterblijvende familieleden.



