

**HUISARTSENZORG
BUITEN KANTOORUREN
IN ROTTERDAM EN OMSTREKEN**

R. Schuller
D.H. de Bakker

april 1996



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Grieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van:
Commissie van Overleg Districts Huisartsen Vereniging Rotterdam e.o./ Zilveren Kruis
Zorgverzekeraar Rijnmond

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 2319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Schuller, R.

Huisartsenzorg buiten kantooruren in Rotterdam en omstreken / R. Schuller, D.H. de Bakker. - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-297-0

Trefw.: huisartsenzorg, Rotterdam, waarneemregeling.

INHOUDSOPGAVE RAPPORT

VOORWOORD

1.	INLEIDING	7
2.	ACHTERGRONDEN EN VRAAGSTELLING	10
2.1	Inleiding	10
2.2	De huisartsenzorg buiten kantooruren	10
2.3	Alternatieve modellen en de variaties hierin	12
2.4	Onderzoeksvragen	17
3.	METHODEN	18
3.1	Onderzoeksgebied	18
3.2	Opzet en uitvoering	19
	3.2.1 De schriftelijke enquête	19
	3.2.2 Respons, non-respons en representativiteit	20
	3.2.3 Praktijkenmerken	22
	3.2.4 De interviews	22
3.3	Analyses	23
4.	DE HUIDIGE SITUATIE	26
4.1	Inleiding	26
4.2	De dienstenstructuur van de huisartsen	26
4.3	Andere voorzieningen die hulp buiten kantooruren verlenen	40
4.4	Samenvatting	43
5.	BEOORDELING FUNCTIONEREN SPOEDEISENDE MEDISCHE HULPVERLENING BUITEN KANTOORUREN	45
5.1	Inleiding	45
5.2	Hoe ervaren huisartsen de diensten?	45
5.3	Verschillen in ervaren belasting verklaard	49
5.4	Het functioneren van de waarne(e)m(regel)ing	53
5.5	Hulpverlening van andere voorzieningen	55
5.6	Samenvatting	56

6.	NAAR EEN ANDERE DIENSTENSTRUCTUUR?	58
6.1	Inleiding	58
6.2	Aanpassingswensen van huisartsen	58
6.3	Alternatieve modellen om de waarneming te regelen	63
6.4	Aanpassingswensen bij andere voorzieningen	70
6.5	Samenvatting	72
7.	CONCLUSIES EN SLOTBESCHOUWING	74
7.1	Samenvatting	74
7.2	Conclusie en aanbevelingen	78
	LITERATUUR	82

BIJLAGEN

- Bijlage 1. Richtlijnen van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap inzake bereikbaarheid/ beschikbaarheid
- Bijlage 2. Vragenlijst 'Waarneemregeling huisartsen Rotterdam en omstreken'
- Bijlage 3. Aandachtspunten in de interviews en geïnterviewde personen
- Bijlage 4. Interviewverslagen

VOORWOORD

Dit rapport geeft een beschrijving van de spoedeisende medische hulpverlening door de huisarts buiten kantooruren. Daarnaast wordt gekeken naar de knelpunten die zich in deze hulpverlening voordoen en naar de wenselijkheid en haalbaarheid om de spoedeisende medische hulpverlening buiten kantooruren op een andere manier te regelen. Het onderzoek richt zich echter niet alleen op de huisartsen. Ook een aantal andere voorzieningen die hulp buiten kantooruren verlenen worden in het onderzoek betrokken. Een motief om dit onderzoek te initiëren is dat door verhoging van de doelmatigheid van de waarneemregeling de werkbelasting voor de huisartsen zal verminderen en daardoor de werkomstandigheden zullen verbeteren.

Het onderzoek is geïnitieerd door de Districts Huisartsen Vereniging Rotterdam en is uitgevoerd in opdracht van de Commissie van Overleg Districts Huisartsen Vereniging Rotterdam en omstreken/ Zilveren Kruis Zorgverzekeraar Rijnmond.

Voor het onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld die bestaat uit:

- Mw. B.J. Sliker, Districts Huisartsen Vereniging Rotterdam e.o.
- Mw. N.A.A.M. van Thiel, Zilveren Kruis Zorgverzekeraar Rijnmond
- Dhr. E.J. van Dijk, huisarts te Rotterdam
- Dhr. J.A.M. Galesloot, huisarts te Rotterdam
- Dhr. C.J. Jansen, huisarts te Rotterdam
- Dhr. V.I. Bakker, huisarts te Capelle a/d IJssel

De auteurs willen hun dank uitspreken aan de leden van de begeleidingscommissie alsmede aan de huisartsen die aan het onderzoek hebben meegewerkt door het invullen van een vragenlijst en aan de personen van de aanpalende voorzieningen die hun medewerking verleenden aan een interview. Voorts bedanken de auteurs mw. J. Velthuis, die de lay-out van het rapport verzorgde en dhr. H. Abrahamse, die de kaarten voor zijn rekening heeft genomen.

1. INLEIDING

De huisarts in de grote stad heeft het in toenemende mate moeilijk om zijn taak als hulpverlener van persoonlijke, integrale en continue zorg waar te maken. De grote stad lijkt een minder aantrekkelijke plaats om zich als huisarts te vestigen. Dit blijkt niet alleen uit het feit dat het moeilijk is om vacatures op te vullen of waarnemers te vinden, maar ook uit relatief hoge scores op schalen voor 'burn-out'. Huisartsen in de grote stad ervaren in samenhang daarmee veel 'vervelende patiëntencontacten' (fysieke bedreiging en oneigenlijke hulpvragen) en belastende situaties (Van Dierendonck et al, 1992).

De moeilijkheden van de huisarts in de grote stad hebben onder andere te maken met een aantal kenmerken van de patiëntenpopulatie. In grote steden woont een meer bewerkelijke patiëntenpopulatie, waaronder een hoger aantal ouderen, allochtonen en vrouwen. Deze groepen presenteren bijvoorbeeld relatief veel sociale en psychische problemen en vragen veel tijd in contacten waarin gespreksvoering plaatsvindt (Verheij et al, 1992; Luijten en Tjadens, 1995). Kenmerkend is ook het relatief grote aantal wisselingen in de praktijkpopulatie. Daarnaast heeft de hogere bewerkelijkheid ook te maken met een aantal sociale factoren, zoals lage inkomens, werkloosheid, arbeidsongeschiktheid en een hoog percentage ziekenfondsverzekerden. Sociaal-economisch zwakkere groepen hebben vaak een hogere medische consumptie en een hogere consultfrequentie (Galesloot en Bles, 1993; Querido, 1993). In de grote stad komt meer risicovol gezondheidsgedrag voor, zoals roken, alcoholgebruik, drugsverslaving, seksueel overdraagbare aandoeningen. Uit onderzoek blijkt dat de patiëntenpopulatie in de grote steden een hoger aantal acute klachten presenteert, meer sociale en psychische problemen heeft en vaak meerdere klachten in een consult presenteert. De verhuismobiliteit van de bevolking is hoog en de inschrijvingsduur van patiënten laag, waardoor het moeilijker is voor de huisarts om langdurige contacten te onderhouden (Verheij et al, 1992). De contactfrequentie is echter hoog, soms wel 1,5 tot 2 keer zo hoog als in een gemiddelde huisartsenpraktijk, evenals de consultduur (Luijten en Tjadens, 1995).

Naast al deze kwantitatieve werklast verhogende kenmerken van de grote stad is ook de kwalitatieve belasting hoog. Een huisarts in de grote stad krijgt vaker te maken met sociale en psychische problematiek. Uit het onderzoek van Luijten en Tjadens (1995) blijkt dat een vierde van de patiëntencontacten van een huisarts in een achterstandswijk in de grote stad emotioneel belastend is, dat één op de twaalf contacten in medisch of sociaal opzicht ontevredenstellend is, dat één op de tien contacten taalproblemen of oneigenlijke hulpvragen met zich meebrengt en dat één op de 26 contacten gepaard gaan met agressie en/of eisend gedrag van de patiënt, waaronder zelfs fysieke bedreiging en/of geweld. Risicovolle situaties waarin de kans op geweld, waaronder lichamelijk, verbaal of economisch geweld, toeneemt zijn contacten tijdens de waarneming (omdat arts en patiënt elkaar dan meestal niet kennen), ziektekeuringen en bij de behandeling van drugsverslaafden (Van der Eijk, 1984).

Ondanks de hoge werkbelasting blijft het inkomen van de huisarts soms als gevolg van de gehanteerde honoreringssystematiek onder het norminkomen. Dit geldt met name voor de achterstandsbuurtten waar het percentage ziekenfondsverzekerden over het

algemeen hoog is, soms tot 85% (Galesloot en Bles, 1993). Daarbij komt dat de contactfrequentie voor ziekenfondspatiënten hoger ligt dan voor particulier verzekerden, namelijk 5,1 maal per jaar tegen 3,7 maal (Groenewegen et al, 1992).

De huisartsenzorg in de grote steden staat niet op zichzelf. Een aantal huisartsentaken wordt in de grote stad geheel of gedeeltelijk overgenomen door andere zorgverleners; spoedeisende hulp wordt gedaan door het ziekenhuis, verloskunde door verloskundigen, jeugdzorg door de GGD etcetera. Doordat de huisarts, als gevolg van zelfverwijzing van patiënten en het beleid van ambulancediensten, steeds vaker gepasseerd wordt in de spoedeisende medische hulpverlening verliest hij zijn deskundigheid hierin (Fraanje en Meijerink, 1988). Overigens blijkt dat 60% van de zelfverwezen patiënten bij de EHBO van het ziekenhuis door de huisarts behandeld had kunnen worden (Creutzberg et al, 1989). Door de grote omvang van de tweede lijn is het moeilijk om een goede werkrelatie op te bouwen met bijvoorbeeld specialisten van een bepaald ziekenhuis (Querido, 1993).

De huisartsgeneeskundige continuïteit, die al bemoeilijkt wordt door eerder genoemde factoren als de bewerkelijkheid van de populatie en werklust verhogende elementen, staat dus tegenover een stedelijke discontinuïteit, waaronder sterke mobiliteit van de bevolking en problemen met andere hulpverleners in de eerste en tweede lijn (Querido, 1993).

De moeilijkheden van de grote-stadspraktijk komen in sterke mate tot uiting tijdens de diensten. Dertig procent van de huisartsen in Nederland noemt het draaien van diensten als een punt dat hen in de weg staat bij de uitoefening van het vak (Van Dierendonck et al, 1992). Vooral de weekenddiensten worden als belastend ervaren. Veel van de contacten tijdens de avonden, nachten en weekenden worden door de huisartsen gezien als oneigenlijke hulpvragen. Bij diensten waarbij wordt waargenomen voor meerdere praktijken, wordt tussen de 34% en 39% van de hulpvragen gezien als oneigenlijk. Betreft het een dienst voor de eigen praktijkpopulatie, dan wordt tussen de 25 en 30% van de hulpvragen beoordeeld als oneigenlijk.

De waarneemdiensten zijn niet in alle opzichten optimaal geregeld. Zo zijn afspraken over de waarneemdiensten niet altijd vastgelegd conform de regels van de LHV, overlappen de gebieden waarvoor de verschillende huisartsengroepen waarnemen etc. (Jansen, 1995). De Rotterdamse huisarts Van Dijk (1994) stelt de meer fundamentele vraag of waarneming door huisartsen in de grote stad nog wel van deze tijd is. Hij schat dat in het weekend 's nachts de 30 dienstdoende huisartsen in Rotterdam gemiddeld 150 contacten, waaronder 45 visites hebben. Met een bedrijfsmatig georganiseerde acute hulpdienst zou dat met veel minder artsen kunnen.

De problemen van de grote stad en de werklust van de huisarts zullen in de komende jaren niet afnemen. Een aantal taken van de huisarts zal nog meer benadrukt worden, zoals de poortwachtersfunctie voor de tweede lijn, waardoor de werklust nog zal toenemen. Dit onderzoek richt zich op het werk van de huisarts buiten kantooruren. De motieven van de Districts Huisartsen Vereniging Rotterdam om dit onderzoek te initiëren zijn enerzijds dat door verhoging van de doelmatigheid van de waarneming de belasting voor de huisartsen zal verminderen en daardoor de werkomstandigheden zullen verbeteren en anderzijds dat het idee bestaat dat aan de waarneming in een aantal opzichten wel wat te verbeteren valt.

De doelstellingen van het onderzoek kunnen daarom als volgt geformuleerd worden:

1. Het beschrijven van de bestaande situatie met betrekking tot het functioneren van de spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren in Rotterdam en omstreken
2. Het inventariseren van knelpunten in de spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren in Rotterdam en omstreken
3. Het onderzoeken van de wenselijkheid van en het draagvlak voor alternatieve manieren om de spoedeisende medische hulpverlening buiten kantooruren te organiseren

Het onderzoek beperkt zich niet tot de waarneemregeling van de huisartsen, maar strekt zich ook uit tot de spoedeisende hulp verleend door aanpalende voorzieningen. Op deze manier wordt een overzicht verkregen van de totale spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren en wordt inzicht verkregen in voor- en nadelen van verschillende alternatieven.

Het rapport is opgebouwd volgens bovenstaande doelstellingen. Hoofdstuk 2 bestaat uit een literatuurverkenning over de huidige waarneemregelingen in binnen en buitenland, de richtlijnen die gehanteerd worden ten aanzien van waarneming, bereikbaarheid en beschikbaarheid, en geeft de onderzoeksvragen. Hoofdstuk 3 behandelt vervolgens de te volgen onderzoeksmethoden, waarna in hoofdstuk 4 begonnen wordt met doelstelling één, het beschrijven van de huidige spoedeisende hulpverlening in Rotterdam. Hoofdstuk 5 gaat dan verder met de knelpunten die zich in de spoedeisende hulpverlening voordoen. Hoofdstuk 6 geeft een aantal alternatieven om de spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren van huisartsen te regelen. In dit hoofdstuk wordt het oordeel van de betrokkenen over de wenselijkheid en haalbaarheid van aanpassingen/veranderingen van de huidige waarneemregeling weergegeven.

Het laatste hoofdstuk 7 geeft de conclusies en een slotbeschouwing.

2. ACHTERGRONDEN EN VRAAGSTELLING

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de wijze waarop de huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren is georganiseerd. Paragraaf 2.2 beschrijft de wijze waarop deze huisartsgeneeskundige zorg op dit moment in Nederland is georganiseerd. Daarbij wordt tevens ingegaan op hetgeen uit onderzoek bekend is over het functioneren van de huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren. Ook de richtlijnen die door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ten aanzien van de huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren zijn ontwikkeld komen in deze paragraaf aan de orde. In paragraaf 2.3 worden alternatieve manieren om de waarneming buiten kantooruren te organiseren beschreven. Wij beperken ons hierbij niet tot alternatieven binnen de landsgrenzen. Ook wordt gekeken naar de wijze waarop de zorg buiten kantooruren is georganiseerd in landen waar de huisarts een vergelijkbare positie inneemt als in Nederland. Per alternatief worden de ervaringen die daarmee zijn opgedaan, voor zover die uit de literatuur bekend zijn, beschreven.

In paragraaf 2.4, tenslotte, wordt de vraagstelling voor dit onderzoek nader gespecificeerd.

2.2 De huisartsenzorg buiten kantooruren

Bereikbaarheid en beschikbaarheid zijn volgens het Basistakenpakket van de LHV van groot belang om de functie van huisarts naar behoren te kunnen vervullen. Aangezien het voor de individuele huisarts onmogelijk is om 24 uur per dag en 7 dagen in de week voor zijn patiënten beschikbaar te zijn bestaan er regelingen waardoor de patiënt tijdens afwezigheid van de eigen huisarts toch huisartsgeneeskundige hulpverlening kan krijgen.

De meest gebruikelijke regeling in Nederland is die waarin een groep huisartsen, in grootte variërend van enkele huisartsen tot meer dan 15, voor elkaar buiten kantooruren waarneemt. De onderlinge regeling van de waarneming in huisartsengroepen is het uitgangspunt in de LHV-nota over Bereikbaarheid en Beschikbaarheid van de huisarts. In deze nota en in de NHG-standaard Bereikbaarheid/Beschikbaarheid zijn richtlijnen neergelegd ten aanzien van de waarneemregeling. Belangrijke vereisten volgens de LHV-nota zijn dat de afspraken met betrekking tot de waarneming zijn vastgelegd in een waarneemcontract, dat er sprake moet zijn van een duidelijk afgebakende waarneemregio, dat de rijtijd binnen de waarneemregio maximaal 15 minuten bedraagt en dat de waarneempopulatie niet groter is dan 20.000 patiënten. Indien het aantal boven de 15.000 zielen komt, wordt geadviseerd een achterdienst te hebben. Boven de 20.000 zielen is een achterdienst verplicht en wordt geadviseerd de groep te splitsen. Boven de 30.000 zielen is splitsing noodzakelijk. In sommige gevallen kan bij waarneming voor een populatie tussen de 20.000 en 30.000 zielen splitsing worden vermeden door het functioneren van een achterdienst. In de bijlagen is een uitgebreide beschrijving opgenomen van de LHV-nota en de NHG-standaard.

De honorering van de huisartsenzorg in Nederland verloopt op twee manieren. Voor ziekenfondspatiënten ontvangt de huisarts per jaar een vast abonnementstarief. Dit tarief bedraagt voor de eerste 1600 ziekenfondspatiënten in de praktijk f123,44, voor overige ziekenfondspatiënten f70,47. De huisartsenzorg buiten kantooruren aan ziekenfondspatiënten wordt niet apart gefinancierd. Deze zorg is een onderdeel van het abonnementstarief. Particulier verzekerde patiënten betalen de huisarts per contact. Het tarief voor een consult korter dan 20 minuten is f35, voor een visite korter dan 20 minuten f52,50 en voor een telefonisch consult f17,50. Buiten kantooruren tussen 20:00 uur en 08:00 uur mogen deze bedragen worden verdubbeld (de bedragen gelden per 1-1-1995 en zijn afkomstig van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg en de Landelijke Huisartsen Vereniging).

Onderzoek in het verleden van de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid (bijvoorbeeld Van Campen, 1989) laat zien dat er grote variatie is in het functioneren van de waarneemregeling. Gegevens uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (voor het jaar 1987/1988) geven aan dat de gemiddelde Nederlandse huisarts per drie maanden 14 keer dienst doet. Daarvan zijn 10 avond-/nachtdiensten door de week, 2 avond/nachtdiensten in het weekend en 2 weekenddiensten overdag. Er is echter een grote spreiding rond dit gemiddelde (De Bakker et al, 1994).

Over de ontwikkeling van de hulpvraag in de tijd zijn slechts sporadisch gegevens bekend. Een huisartsengroep in een Rotterdamse achterstandwijk (de Artsen Combinatie West) heeft gedurende 10 jaar consulten in het weekend geregistreerd. Hieruit bleek dat het aantal consulten per 1000 patiënten op zaterdag en zondag in de periode 1983-1994 is gestegen van 57,1 naar 104,3. De hulpvraag is dus sterk toegenomen. Het aantal visites daalde in dezelfde periode van 31,5 naar 19,9 per 1000 patiënten. Deze laatste ontwikkeling wijst eerder op een geringere bereidheid van de huisartsen om visites af te leggen dan op een daling van het aantal hulpvragen (Artsen Combinatie West, 1995). Ook de landelijke cijfers geven eenzelfde trend weer. Het percentage personen dat in één jaar de huisarts consulteert is gestegen van 69% in 1981 naar ruim 76% in 1994. Het percentage huisbezoeken is tussen 1981 en 1994 gedaald van 16% naar 10% (CBS, 1995).

De organisatie van de huisartsenzorg in huisartsengroepen heeft de nadrukkelijke voorkeur van de LHV, omdat de huisartsengroep een instrument kan zijn voor de realisering van het LHV-beleid. Dit beleid, dat in de LHV-nota 'De positie van de huisarts in de toekomst' is vastgelegd, onderscheidt drie hoofdlijnen, namelijk de versterking van de beroepsorganisatie, het kwaliteitsbeleid en de versterking van de centrale positie van de huisarts. De huisartsengroep is een instrument voor interne normering en voor het versterken van de organisatie (Van de Rijdt-Van de Ven, 1994). De meeste huisartsengroepen komen voort uit waarneemgroepen van huisartsen. In de Landelijke Peiling Huisartsengroepen uit 1993 (Van de Rijdt-Van de Ven, 1993) zijn een groot aantal gegevens verzameld van 72% van alle huisartsengroepen. In 76% van de gevallen is de huisartsengroep gelijk aan de waarneemgroep. De huisartsengroepen bestaan in 39% van de gevallen uit zeven tot negen leden en in 32% van de gevallen uit vier tot zes leden. De waarneemgroepen hebben in 46% van de gevallen vier tot zes leden. Verder constateert Van de Rijdt-Van de Ven dat 62% van de waarneemgroepen de waarneemregeling heeft vastgelegd in een schriftelijk ondertekend

waarneemreglement en dat 82% van de waarneemgroepen voldoet aan de eisen met betrekking tot omvang en afbakening van de waarneemregio.

2.3 Alternatieve modellen en de variaties hierin

Zowel binnen als buiten Nederland worden alternatieve modellen om de hulp buiten kantooruren te regelen gehanteerd ten opzichte van de organisatie in waarneemgroepen. De alternatieven hebben als gemeenschappelijk kenmerk dat de schaal waarop de hulpverlening buiten kantooruren is georganiseerd groter is dan in de waarneemgroep. In deze paragraaf zal een aantal van dit soort modellen worden beschreven. We hebben ons daarbij beperkt tot in de literatuur beschreven modellen. Eerst komen modellen aan de orde waarin de hulpverlening buiten kantooruren door huisartsen zelf wordt gedaan ('s Hertogenbosch, Den Haag en Denemarken). Vervolgens komen modellen aan de orde waarin de diensten worden uitbesteed (Utrecht en Groot-Brittannië). Schema 2.1 geeft een samenvatting van de kenmerken van de alternatieve waarneemmodellen. Tussen de modellen doen zich variaties voor op verschillende gebieden. Ten eerste variëren de modellen in schaalgrootte (Denemarken en Den Haag hebben waarneemregelingen voor 400.000 tot 600.000 patiënten, Den Bosch heeft een waarneemregeling voor zo'n 80.000 patiënten). Ten tweede verschilt de lokatie van waaruit wordt waargenomen (Denemarken, Den Haag en Den Bosch werken met een centrale huisartsen post, in Groot-Brittannië en Utrecht wordt de waarneming niet onderling maar door een aparte organisatie geregeld, die vanuit een eigen post opereert). Tot slot verschillen ook de waarneemtijden (regelingen voor de avond- en nachtdienst in Den Haag, Denemarken en Utrecht, weekendregeling in Den Bosch en regeling voor elke gewenste dienst in Groot-Brittannië) (zie schema 2.1). Hieronder volgen de volledige beschrijvingen van de modellen.

's-Hertogenbosch beschikt voor de weekendwaarneming sinds 1979 over een centrale huisartsenpost (CHP). De CHP heeft een eigen onderkomen in het GGD-gebouw. De post is bemand door een huisarts en een doktersassistent(e). Twee andere huisartsen rijden de visites. Er wordt waargenomen voor ongeveer 80.000 patiënten. Per vier weken heeft een huisarts een half weekend dienst. De weekendwaarneemregeling loopt van zaterdag 09:00 uur tot zondag 08:30 uur en van zondag 08:30 uur tot zondag 24:00 uur. Diensten duren vier tot vijf en een half uur, een nachtdienst duurt acht en een half uur. Elk lid van de Bossche huisartsen vereniging betaalt een vast jaarbedrag van f400 om de CHP te bekostigen. Van alle consulten, visites en telefonische contacten die resulteren in het uitschrijven van een recept wordt een waarneembriefje gemaakt. Deze briefjes worden zondagavond verstuurd naar de huisarts van de patiënt. Deze beschrijving is gebaseerd op een artikel uit 1988, de situatie kan inmiddels zijn gewijzigd (Schretlen et al, 1988).

ervaringen

Het is gebleken dat huisartsen minder diensten draaien, geen achterwacht nodig hebben en geen diensten vanuit huis of eigen praktijk hoeven te draaien. De diensten zijn druk en de post oefent een aantrekkingskracht uit op hulpvragers met niet-spoedeisende problemen. Dit komt enerzijds door het systeem zelf; zonder afspraak kan men dag en nacht terecht, terwijl de wachttijd doorgaans minimaal is. Anderzijds is inconsequent gedrag van de verschillende huisartsen een oorzaak van de aantrekkingskracht (Schretlen et al, 1988). De druk op de CHP is ongeveer twee keer zo groot als op de

weekenddienst van een waarneemgroep (Schretlen, 1990). De patiënten zijn zeer tevreden, omdat ze in het weekend nooit meer hoeven te bellen bij welke huisarts ze waar en hoe laat terecht kunnen. Uit onderzoek is bekend dat de CHP voor 85% van de patiënten in alle opzichten aan de verwachtingen voldoet. Kennelijk is de financiële regeling voor de betrokken huisartsen aanvaardbaar, want 34 van de 37 leden van de Bossche Huisartsen Vereniging participeert in de regeling. Overigens zijn negen huisartsen in Den Bosch geen lid van de BHV. Zij kunnen dus ook niet in de regeling participeren (Schretlen et al, 1988).

In **Den Haag** bestaat sinds 1942 een doktersnachtdienst, die op een aanzienlijk grotere schaal is georganiseerd dan die in 's Hertogenbosch. Dit is een centrale organisatie van de avond- en nacht huisartsenzorg, waarbij de huisartsen bij toerbeurt diensten draaien. In 1995 waren ongeveer 180 van de 200 huisartsenpraktijken aangesloten. Uit het proefschrift van Engelenburg (1992) blijkt dat in 1989 door de doktersnachtdienst ongeveer 393.000 patiënten zijn waargenomen. De diensten worden gedraaid vanuit een centrale post. De avonddienst begint om 19:00 uur en eindigt om 01:00 uur. Tijdens deze dienst zijn er drie huisartsen op de post en twee huisartsen rijden in een taxi door de stad om huisbezoeken af te leggen. Van 01:00 uur tot 07:00 uur gaat de nachtdienst in. Vier huisartsen gaan dan naar huis, de vijfde blijft op de post als reserve-kracht en er komen twee 'verse' artsen bij. Vanaf 01:00 uur 's nachts is er nog één taxi beschikbaar (Burger, 1995). Voor aangesloten artsen van de stichting doktersnachtdienst is het niet toegestaan tegen betaling diensten te doen waarnemen. Huisartsen hebben eenmaal per 19 avonden/nachten dienst. Dit kan een dienst op de post of een visite-dienst zijn. De arts betaalt voor patiënten uit zijn eigen praktijk *f*35 voor een visite en *f*11 voor een consult. Deze bijdragen dekken de kosten voor de regeling, zoals taxi-kosten, telefoon, etc. De meeste artsen zijn *f*150 tot *f*300 per maand kwijt (Bartstra, 1995). Van iedere visite en consult wordt in drievoud een rapport gemaakt voor de patiënt ter overhandiging aan de huisarts, voor de nota aan de huisarts en voor de administratie van de nachtdienst (Engelenburg, 1992).

ervaringen

Uit evaluatie-onderzoek blijkt dat huisartsen minder vaak dienst hebben maar als zij dienst hebben hebben zij het drukker. Diensten hoeven niet in huis of eigen praktijk gedraaid te worden en er is geen achterwacht nodig. Wat betreft de kwaliteit van de regeling zijn er geen structurele problemen. Wat een probleem vormt is de toename van het aantal hulpvragen dat geen spoedeisend karakter heeft, toenemende agressie en gebrek aan vertrouwen bij het publiek. Dit leidde onder meer tot het plan van de DHV een aparte, onafhankelijke klachtencommissie te bieden (Oudenampsen en Rijkschroeff, 1993). De meeste huisartsen achten de invloed van de kosten van de nachtdienst op hun beslissing aangesloten te blijven niet van belang.

De waarneemregeling voor huisartsen in **Denemarken** is in januari 1992 veranderd. Voor die datum was de huisartsenzorg buiten kantooruren geregeld in waarneemgroepen. De groepen in de grote steden bestonden uit 50 tot 200 huisartsen, op het (verstedelijkt) platteland werden groepen geformeerd rond drie tot acht huisartsen. Binnen de waarneemgroepen werden diensten gedraaid. Vooral de huisartsen op het platteland klaagden over een zware werklast en een zeer lage honorering. Als gevolg hiervan is het waarneemgroepensysteem in 1992 veranderd in een systeem gebaseerd op regionale coördinatiecentra (Olesen en Jolleys, 1994).

De nieuwe regeling is net als het vroegere systeem gebaseerd op het feit dat de huis-

arts te allen tijde verantwoordelijkheid behoudt voor zijn patiënten en is van toepassing op avond-, nacht- en weekenddiensten. Op het niveau van een regio (45.000 tot 600.000 mensen) is er één coördinatiecentrum, waar de telefoon door huisartsen beantwoord wordt. De huisarts kan een telefonisch advies geven, de patiënt adviseren naar één van de klinieken te gaan of een huisbezoek regelen. In het gebied zijn verschillende posten van waaruit huisbezoeken kunnen worden gemaakt en waar patiënten zelf terecht kunnen. Op het coördinatiecentrum zijn tussen de één en acht huisartsen aanwezig. De waarneming wordt in principe door de huisartsen zelf gedaan, maar er bestaat de mogelijkheid om diensten uit te besteden, bijvoorbeeld voor oudere artsen. Door de goede verdienste voor waarneming is het vinden van (jonge) artsen die extra diensten willen draaien meestal geen probleem.

De artsen hebben niet vaker dan eenmaal per 35 nachten dienst en niet vaker dan eenmaal per 15 avonden. Huisartsen krijgen per consult betaald (overheid), maar dragen ook bij aan de kosten voor de waarneming (computernetwerk, telefoon, etc.). Deze bijdrage is ongeveer f1000 per jaar. De patiënteninformatie is via een computersysteem opvraagbaar.

ervaringen

Uit het evaluatie-onderzoek blijkt dat de huisartsen aanzienlijk minder vaak diensten draaien dan voor deze regeling werd getroffen. De diensten zijn ook zo gepland dat de huisartsen tijdens diensten genoeg werk hebben en niet hoeven te wachten tot een patiënt hen nodig heeft. De kwaliteit van de dienstverlening wordt hoog geacht. Het percentage tevreden patiënten ligt boven de 90%. Deelname aan de waarnemingsregeling is financieel aantrekkelijk voor huisartsen. Telefonische afhandeling van hulpvragen wordt financieel gestimuleerd, doordat de honoreringen voor consulten, visites en telefonische consulten verschillend zijn. Hierdoor is het aantal visites gedaald. Het aantal hulpvragen buiten kantooruren is kort na de introductie van het nieuwe systeem gedaald, echter deze daling van het aantal hulpvragen heeft zich niet voortgezet (Olesen en Jolleys, 1994).

Volledige verantwoordelijkheid voor patiënten is een kenmerk van de huisartsenzorg in **Groot-Brittannië**. Het aantal huisartsen dat zelf zorg draagt voor de patiënten buiten kantooruren is echter drastisch gedaald. In 1964 was 39% van de huisartsen nog elke nacht zelf beschikbaar, in 1991 gold dit nog maar voor 4% van de huisartsen (Hallam, 1994). De meeste huisartsen werken nu in een groep met een dienstensysteem. In Groot-Brittannië bestaat tevens een commerciële dienstverlening, de zogenaamde deputising service, die het werk van huisartsen buiten kantooruren kan overnemen (avond-, nacht- of weekenddiensten). In 1989 voerde de deputising service 46% van de nachtbezoeken uit (Hallam, 1994). De deputising services werken vanuit een eigen post. De hulpverleners zijn niet noodzakelijkerwijs huisartsen. De Britse huisartsen krijgen van de National Health Service een vergoeding voor de avonden/nachten. Deze vergoeding is sinds 1990 verdeeld in twee bedragen. Als de huisarts zelf de nachtzorg op zich neemt krijgt hij een vergoeding van f110 per huisbezoek 's nachts (tussen 22:00 en 08:00). Als de huisarts de deputising service de zorg laat overnemen krijgt de huisarts een lager bedrag, f37,50. Van deze f37,50 moet de huisarts de commerciële deputising service betalen (Baker et al, 1994).

ervaringen

In deze regeling voor de hulp buiten kantooruren kan de huisarts worden vrijgesteld van waarneemdiensten, waardoor hij zich meer kan toeleveren op zijn patiënten overdag. De kwaliteit van de deputising service en de hulpverleners wordt weleens in

twijfel getrokken in verband met de kwalificaties van de hulpverleners. Uit onderzoek blijkt echter dat tussen de 70 en 80% van de klanten tevreden is over de dienstverlening van de deputising service, gelijk met de tevredenheid over de huisartsenzorg van de NHS in het algemeen (Ilfie en Haug, 1991). De laatste jaren zijn een aantal van deze deputising services sterk geprofessionaliseerd. Voorheen was het tarief voor nachtelijke huisvisites door de huisarts of door de deputising service gelijk. Omdat dit leidde tot een sterke, ongewenste verschuiving naar de deputising service heeft men het tarief gedifferentieerd. Het percentage nachtbezoeken dat de deputising service uitvoert daalde hierdoor van 46% in 1989 tot 34% in 1993 (Cragg en Hallam, 1994).

In **Utrecht** is sinds januari 1995 het project nightcare gestart. Nightcare beschikt over een eigen kantoor. De telefoon van de deelnemende huisartsen wordt vanzelf doorgeschakeld. Op het kantoor van deze nachtdienst heeft één van de deelnemende huisartsen parate dienst, die de telefoontjes beantwoordt en visites af kan leggen. De contacten worden in de computer geregistreerd, waarna de eigen huisarts de volgende ochtend bericht krijgt. De waarneemtijden zijn van 23:30 tot 7:30. Deelnemende huisartsen betalen een maandelijks bedrag variërend van f0, f187 tot f561. Dit bedrag is afhankelijk van de vraag of men vier, twee of geen (f561) diensten per kwartaal wil draaien. Op de helft van 1995 waren 31 huisartsen aangesloten. De initiatiefnemer moest op dat moment nog 28 nachtdiensten per kwartaal zelf doen. De initiatiefnemer benadrukt de goede service van uitgeslapen huisartsen en het geringe aantal diensten die deelnemers moeten draaien.

ervaringen

Over het functioneren van deze recente regeling is nog weinig bekend. Het is duidelijk dat de belasting van de deelnemende huisartsen vermindert. De consequenties voor de kwaliteit zullen nog moeten blijken. De Utrechtse huisartsenvereniging benadrukt het feit dat er 'geen sprake meer is van echte huisartsgeneeskunde in de zin van streven naar een optimale persoonlijke integrale zorgverlening'. Ook de financiële haalbaarheid moet nog blijken, want het aantal deelnemers is nog in opbouw (Bartstra, 1995).

In onderstaand schema 2.1 zijn de verschillende modellen kort samengevat.

Schema 2.1 Kenmerken van de verschillende waarneemmodellen

	Waarneempopulatie	Aantal hulpvragen	Lokatie	Aantal huis- artsen dienst	Dienstfrequentie	Waarneemtijden	Kosten voor de huisarts	Sinds...
Denemarken	45.000-600.000	telefoonlijnes: 17.000-260.000 per jaar (1992)	coörd./ huisartsen- post	1-8 op coörd. centrum	1/35 nachten 1/15 avonden	16:00-22:00/ 22:00-08:00	f 1.000/jaar	1992
Groot-Brittannië	populatie van 40% vd huisartsen	gemiddeld 35 per huisarts per 1.000 patiënten per jaar	eigen post		bepaalt huisarts zelf	22:00-08:00	f 110 of f 37,- 50 vergoeding	jaren '60
Den Haag	ca. 400.000	visite 8.500 consult 12.500 telef. 11.000 per jaar (1990)	centrale post	3-5	1/19 avonden en nachten	19:00-01:00/ 01:00-07:00	f 35 per visite f 11 per consult	1942
Den Bosch	80.000	gemiddeld visite 27 consult 161 telef. 196 per weekend- dienst (1980-1987)	centrale post	3	1/4 weken een half weekend	za 09:00-zo 08:30 zo 08:30-24:00	f 400/jaar	1979
Utrecht	populatie van 31 huisartsen	-	kantoor nightcare	1	4, 2 of 0 nachten per kwartaal	23:30-07:30	f 0, f 187 of f 561/maand	1995

2.4 Onderzoeksvragen

In de inleiding is de problematiek van het werk (buiten kantooruren) van de huisarts in de grote steden kort geschetst alsmede de doelstellingen van het onderzoek. In paragraaf 2.2 is geconstateerd dat er grote variatie is in het functioneren van de waarneemregelingen. Bovendien is uit de literatuur gebleken dat huisartsen de diensten in het algemeen als belastend ervaren. Om te bezien in hoeverre aanpassing van de huidige regeling wenselijk is moet daarom eerst de huidige situatie in kaart worden gebracht en moet worden nagegaan welke huisartsen welke aspecten van de waarneming als belastend ervaren. Bovendien moet worden ingegaan op de wenselijkheid en haalbaarheid van alternatieve manieren om de huisartsenzorg buiten kantooruren te regelen.

Het onderzoek beperkt zich, zoals blijkt uit de onderzoeksvragen, nadrukkelijk niet tot de hulpverlening buiten kantooruren van de huisarts alleen. Ook aanpalende voorzieningen worden bij het onderzoek betrokken. Wat andere voorzieningen aan hulpvraag laten liggen komt immers vaak op het bordje van de huisarts en vice versa. Bij aanpassing van de waarneemregeling is de afgrenzing c.q. samenwerking met andere voorzieningen nadrukkelijk een onderwerp van aandacht. Daarom is de vraagstelling niet alleen gericht op de huisartsenhulp maar op alle medische dienstverlening buiten kantooruren, inclusief de psycho-sociale hulpverlening.

Met deze gegevens kunnen nu de volgende onderzoeksvragen geformuleerd worden:

1. Hoe is de spoedeisende medische hulpverlening buiten kantooruren, zoals deze wordt verleend door de huisarts en door aanpalende voorzieningen, in Rotterdam en omstreken georganiseerd, wat is de belasting voor de huisarts en andere hulpverleners, hoe is de kwaliteit van de huisartsenzorg en van de voorzieningen en welke variaties bestaan er tussen huisartsen in verschillende delen van het onderzoeksgebied?
2. Welke knelpunten doen zich waar voor in de spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren, verleend door de huisarts en aanpalende voorzieningen? Is er een samenhang tussen deze knelpunten en de wijze waarop de hulpverlening is georganiseerd?
3. Wat is de wenselijkheid en de haalbaarheid van alternatieve organisatievormen van de waarneming voor de organisatie van de spoedeisende medische hulpverlening buiten kantooruren? Welke variaties zijn er op het gebied van deze wenselijkheid en haalbaarheid tussen huisartsen in de verschillende delen van het onderzoeksgebied en hangt dat samen met de wijze waarop de waarneming is georganiseerd en met de door huisartsen ervaren knelpunten?

Bij belasting van de hulpverleners moet niet alleen gedacht worden aan de huisarts zelf, maar ook aan die van eventuele vervangers, de praktijkassistentie en de achterwacht. Kwaliteit wordt gemeten in de volgende aspecten: de kwalificaties van de hulpverlener, de kwaliteit van de informatie-overdracht van waarnemer naar huisarts en vice versa en de kwaliteit van de geboden service aan de patiënt, bijvoorbeeld telefonische bereikbaarheid, maximale responstijd e.d.

3. METHODEN

3.1 Onderzoeksgebied

Het onderzoeksgebied bestaat uit de Rotterdamse deelgemeenten en de gemeenten Capelle a/d IJssel, Nieuwerkerk a/d IJssel, Bergschenhoek en Berkel en Rodenrijs. Er zijn 12 deelgemeenten. De deelgemeente Hoek van Holland wordt niet in dit onderzoek betrokken. De 12 deelgemeenten zijn samengesteld uit 85 buurten, waaronder tien industrie- of kantoorgebieden.

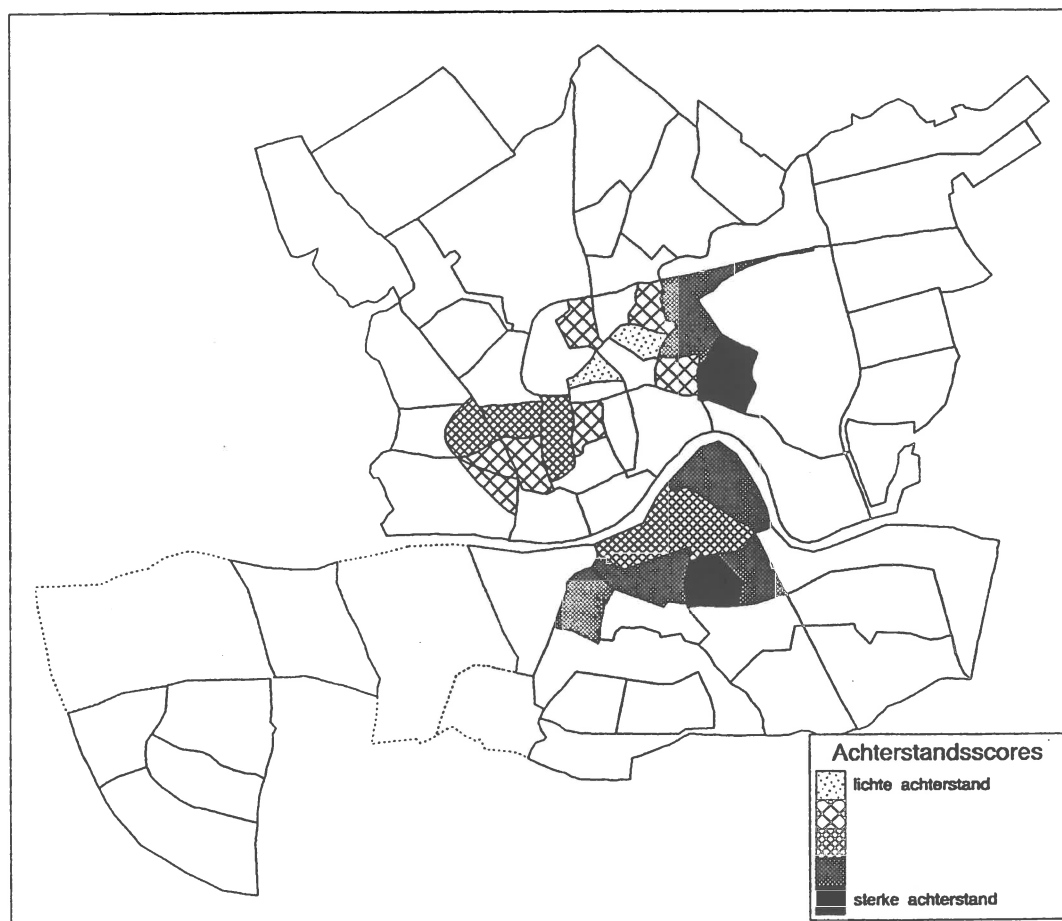
In totaal bestond de Rotterdamse bevolking op 1-1-1994 uit 598.694 personen. De grootste deelgemeenten zijn Prins Alexander (78.414 inwoners), Delfshaven (75.866 inwoners) en Feijenoord (72.528 inwoners). Delfshaven en Feijenoord zijn deelgemeenten met een hoger percentage 0-14 jarigen dan de overige deelgemeenten. Hillegersberg/Schiebroek daarentegen heeft een hoog percentage 65-plussers (25%). De deelgemeenten Delfshaven en Feijenoord hebben de hoogste percentages etnische minderheden, respectievelijk 49% en 42%.

Tabel 3.1 Bevolking van de gemeenten in het onderzoeksgebied

	0-14 jarigen		65+		Totaal
Rotterdam	101.179	(17%)	96.389	(16%)	598.694 (100%)
Capelle a/d IJssel	11.350	(19%)	7.759	(13%)	59.364 (100%)
Nieuwerkerk a/d IJssel	4.175	(23%)	1.683	(9%)	18.534 (100%)
Bergschenhoek	1.628	(20%)	802	(10%)	8.058 (100%)
Berkel en Rodenrijs	3.340	(21%)	1.496	(10%)	15.563 (100%)

Naar aanleiding van het rapport 'Huisartsen in achterstandswijken' van Luijten en Tjadens (1995) heeft de LHV zogenaamde achterstandsscores berekend per postcodegebied. Ten behoeve van de op deze wijze onderscheiden achterstandswijken is geld uitgetrokken om specifiek beleid te ontwikkelen gericht op bestrijding van de hogere werklast voor de huisarts en op een betere honorering voor de huisarts (Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg, 1995). In figuur 3.1 zijn de postcodegebieden weergegeven waar sprake is van een lichte tot sterke sociaal-economische achterstand. Hieruit blijkt dat de gebieden rond het centrum en in de zuidelijke helft van de stad tot de achterstandsgebieden gerekend worden.

Figuur 3.1 Achterstandsgebieden in Rotterdam



3.2 Opzet en uitvoering

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen wordt gebruik gemaakt van twee middelen, namelijk een schriftelijke enquête en interviews. Op beide wordt verder ingegaan.

3.2.1 De schriftelijke enquête

Aan alle huisartsen in het gebied van de Regionale Huisartsenvereniging Rotterdam, in Capelle a/d IJssel en Nieuwerkerk a/d IJssel, in totaal 324, is een vragenlijst gestuurd. De namen en adressen van deze huisartsen komen uit het huisartsenregistratiebestand van het NIVEL. Vier weken na het versturen van de vragenlijst is een rappel verstuurd. De vragen in de vragenlijst volgen de onderzoeksvragen en zijn verdeeld in vijf gedeeltes. Het eerste gedeelte van tien vragen gaat over de huidige waarnemering, het tweede gedeelte bestaat uit tien vragen over de beoordeling van het functioneren van de waarneming, de volgende vijf vragen gaan over het oordeel

over aanpassingen van de waarneemregeling, vervolgens wordt gevraagd naar de mening over bestaande alternatieve manieren om de waarneming te regelen en tot slot worden nog zeven vragen gesteld over huisarts- en praktijkkenmerken. De alternatieve waarneemmodellen zijn beschreven in hoofdstuk 2.

De vragenlijst is tot stand gekomen in nauw overleg met de begeleidingscommissie van het onderzoek en uitgetest bij een viertal huisartsen. De volledige vragenlijst is opgenomen in de bijlagen.

3.2.2 Respons, non-respons en representativiteit

Vier weken na het versturen van de vragenlijst werd een respons van 50% gehaald. Op dat moment is er een rappelbrief met opnieuw een vragenlijst verstuurd. Uiteindelijk werd een responspercentage van 77% behaald (250 stuks). Zeven vragenlijsten zijn niet ingevuld teruggestuurd.

Om de representativiteit van de respondentengroep te kunnen vaststellen is een aantal huisartsenkenmerken van de respondenten met de niet-respondenten vergeleken. Deze kenmerken zijn geslacht, leeftijd, praktijkvorm, dienstverband, functie en postcode, op basis waarvan de (deel)gemeente waarin de huisarts is gevestigd is bepaald.

Het gemiddelde aantal huisartsen per buurt is zes. Buurten met tien huisartsen of meer zijn Middelland, Liskwartier, Kralingen, Ommoord, Hillesluis en Groot-IJsselmonde, waarbij Ommoord met 19 huisartsen de kroon spant. Het gemiddelde responspercentage is 77%. Dit percentage wordt bereikt in 28 van de 51 buurten. Veel buurten met maar enkele huisartsen behalen een respons van 100%. Van de buurten met tien huisartsen of meer haalt alleen Groot-IJsselmonde het gemiddelde responspercentage niet.

Tabel 3.2 Aantal respondenten van het totaal aantal huisartsen per (deel)gemeente

(Deel)gemeente	Aantal huisartsen	Aantal respondenten
Maasstad	12	11 (92%)
Delfshaven	39	31 (80%)
Overschie	8	5 (63%)
Noord	27	22 (82%)
Hillegersberg/Schiebroek	19	15 (79%)
Kralingen/Crooswijk	22	18 (82%)
Prins Alexander	42	32 (76%)
Feijenoord	42	30 (71%)
IJsselmonde	23	18 (78%)
Charlois	30	22 (73%)
Hoogvliet	17	12 (71%)
Bergschenhoek/Berkel en Rodenrijs	9	4 (44%)
Capelle a/d IJssel	26	19 (73%)
Nieuwerkerk a/d IJssel	8	8 (100%)

Het gemiddelde aantal responderende huisartsen per (deel)gemeente is 22. De (deel)gemeenten met de meeste huisartsen zijn Delfshaven (39), Prins Alexander (42), Feijenoord (42) en Charlois (30). De gemiddelde respons is 76%. In acht van de 14 (deel)gemeenten wordt dit percentage bereikt. Maasstad, Noord, Kralingen/Crooswijk en Nieuwerkerk aan den IJssel hebben een respons van 80% of meer (zie tabel 3.2 en

figuur 3.2).

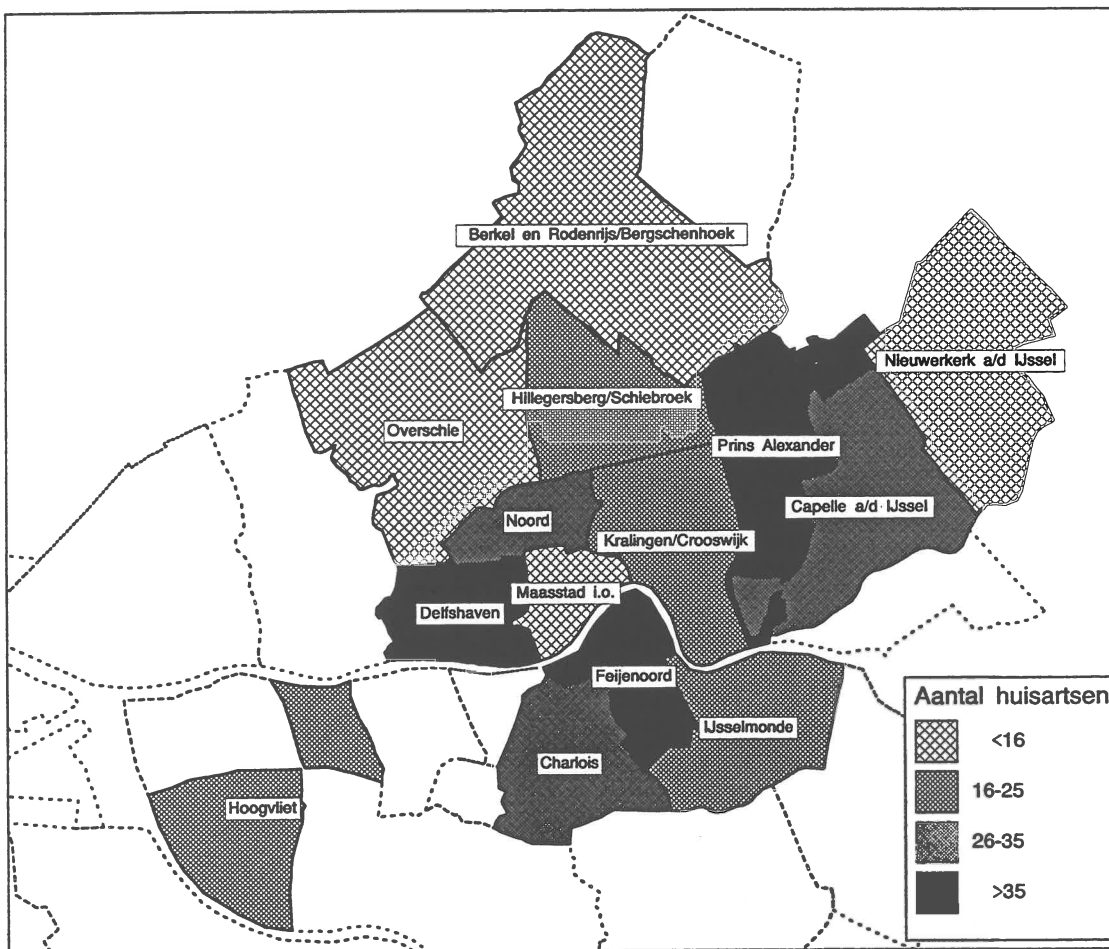
Van de respondenten bevindt 34% zich in een achterstandsbuurt. Van de niet-responderen is dit 29%. De vestigingsbuurten van respondenten en niet-responderen zijn sociaal gezien dus vergelijkbaar.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten en niet-responderen is respectievelijk 43 jaar en 45 jaar. 24% van de huisartsen in het onderzoeksgebied is vrouw. Het percentage respondenten bij de vrouwelijke huisartsen is 70%, bij de manlijke huisartsen is dit percentage hoger, namelijk 82%.

Van de respondenten is 50% werkzaam in een solo praktijk, 22% in een duo praktijk, 11% in een groepspraktijk en 16% in een gezondheidscentrum (zie tabel 3.3). Bij de niet-responderen liggen deze percentages respectievelijk op 65%, 13%, 9% en 13%. De respondenten zijn wat betreft de praktijkvorm waarin ze werken dus minder gericht op de 'traditionele' solo praktijk.

Gezien de hoge respons en de geringe verschillen in responspercentage tussen subgroepen van huisartsen kan van een representatief onderzoek worden gesproken.

Figuur 3.2 Totaal aantal huisartsen per (deel)gemeente



Tabel 3.3 Percentage respondent en niet-respondent naar praktijkvorm, dienstverband en functie

	% van de respondenten	% van de niet-respondenten
Solo praktijk	50	65
Duo praktijk	22	13
Groepspraktijk	11	9
Gezondheidscentrum	16	13
Zelfstandig dienstverband	88	79
Loondienst	11	12
Assistent-huisarts	1	9
Functie zelfstandig huisarts	98	84
Functie assistent-huisarts	2	16

Ruim 88% van de respondenten werkt zelfstandig in tegenstelling tot 11% van de respondenten die in loondienst werkt en 1% die als assistent in de praktijk van een zelfstandig gevestigd huisarts werkt. Ook van de niet-respondenten werkt 79% zelfstandig. 9% van deze groep werkt echter in de praktijk van een zelfstandig gevestigd huisarts (zie tabel 3.3).

3.2.3 Praktijkenmerken

In het laatste deel van de vragenlijst zijn een aantal praktijkenmerken gevraagd. Deze kenmerken hebben betrekking op de 'zwaarte' van de praktijk in het algemeen, dus niet specifiek gericht op de diensten. De meeste huisartsen hebben een volledige werkweek (tien dagdelen, 58%), 63% van de huisartsen heeft daarbij ook volledige assistentie (één FTE).

Van de praktijken telt 43% 2.000 tot 2.500 patiënten. Van de praktijken heeft zelfs 33% meer dan 2.500 patiënten in het bestand. Van de patiënten is gemiddeld 69% via het ziekenfonds verzekerd, met een variatie van 10% tot 95% (negen maal ingevuld). Het percentage ouderen (60 jaar en ouder) in de populatie ziekenfondsverzekerden is in 61% van de gevallen 15% of meer en in 25% van de gevallen 25% of meer. Het percentage etnische minderheden in de praktijkpopulatie is gemiddeld 26% met een variatie van 0% (vier maal ingevuld) tot 91% (één maal ingevuld). Tenslotte werd de huisarts gevraagd in hoeverre hij of zij geconfronteerd wordt met bepaalde probleemgroepen. Voor de groep drugsverslaafden werd het meest (44%) het antwoord 'bijna nooit' aangekruist. Voor de groep alcoholici werd in 35% van de gevallen 'regelmatig' als antwoord gegeven. En ook bij de groep chronische psychiatrische patiënten werd het antwoord 'regelmatig' het meest gegeven, namelijk in 41% van de gevallen. De probleemgroep waarbij het meest de antwoorden 'heel vaak' of 'vaak' is aangekruist, is de groep alcoholici.

3.2.4 De interviews

Naast de schriftelijk verkregen informatie van de huisartsen zijn ook 13 interviews afgenomen door de onderzoeker. De interviews werden gehouden enerzijds om de hulpverlening buiten kantooruren van andere voorzieningen dan de huisarts in kaart te brengen en anderzijds om de mening van deze voorzieningen te peilen over de

knelpunten en eventuele aanpassingen in de hulp buiten kantooruren en tot onderlinge afstemming met de huisartsen te kunnen komen. De keuze van te interviewen personen/instellingen is in samenspraak met de begeleidingscommissie gemaakt. De volgende instellingen zijn geïnterviewd:

Acuut Maatschappelijk Werk, Crisiscentrum Rotterdam Noord, Boumanhuis (Centrum voor Verslavingszorg Zuid-Holland Zuid), Doktersdienst Rotterdam, Bornkamp artsentelefoon, Thuiszorg Rotterdam, Regionale Hulpverleningsdienst Rotterdam Rijnmond, Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg, RIAGG Rijnmond Noord-West, afdelingen spoedeisende hulpverlening van het Dijkzigt Ziekenhuis, Sint Franciscus Gasthuis en Zuiderziekenhuis en de politie. Wat betreft de ziekenhuizen is gekozen voor drie grotere ziekenhuizen in het noordelijke, zuidelijke en centrale deel van de stad. De interviewvragen volgen ook weer in grote lijnen de onderzoeksvragen. Eerst wordt de organisatie van de hulp buiten kantooruren in kaart gebracht, vervolgens de eventuele knelpunten in het functioneren van de eigen organisatie en in de relatie met de huisarts en als laatste de mening over aanpassingen in de waarneemregeling.

De volledige, door de geïnterviewden gecontroleerde, interviewverslagen staan in bijlage 4.

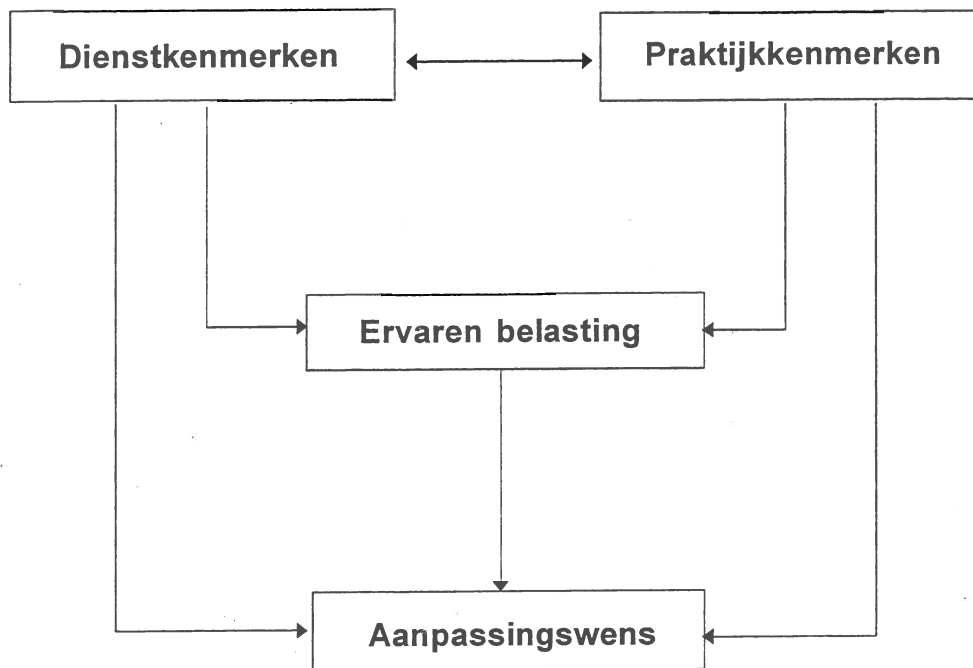
3.3 Analyses

In deze paragraaf zal voor elk van de drie onderzoeksvragen worden aangegeven wat voor analyses nodig zijn om ze te beantwoorden. Tevens wordt ingegaan op de keuze van geografische eenheden waarmee verschillende vergelijkingen gemaakt kunnen worden.

In de onderzoeksvragen gaat het in de eerste plaats om het geven van een beschrijving en in de tweede plaats om het geven van samenhangen. In beschrijvende zin gaat het om de volgende vragen:

- Hoe is de spoedeisende medische hulpverlening buiten kantooruren geregeld?,
- Welke knelpunten doen zich daarin voor?,
- Wat zijn oplossingen hiervoor?

Schema 3.1 Analysemodel



Bij de eerste vraag zijn we voor wat de huisartsen betreft dus geïnteresseerd in een beschrijving van de wijze waarop de waarneming is georganiseerd. De volgende vragen komen hierbij aan de orde: hoeveel procent van de huisartsen heeft de beschikking over een achterwacht?, hoe is de bereikbaarheid geregeld?, hoe vaak wordt er dienst gedraaid?, hoe is de achterwacht geregeld?, hoe groot is de waarneempopulatie?. Met name de uit de organisatiewijze resulterende belasting is hierbij van belang: de frequentie waarmee diensten worden gedraaid, de drukte tijdens de diensten en de aanwezigheid van de partner als achterwacht.

Bij de tweede vraag gaat het om de aspecten van de diensten die als belemmerend worden ervaren, om het functioneren van verschillende onderdelen van de waarneemregeling en de wijze waarop de verwijzing naar andere voorzieningen verloopt. Hierdoor worden de knelpunten in de spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren zichtbaar en daarmee wordt de tweede onderzoeksvraag beantwoord.

De derde vraag wordt beantwoord door het beschrijven van ten eerste de wenselijkheid van aanpassing of verandering van de waarneemregeling in het algemeen en van bepaalde aspecten van de waarneemregeling in het bijzonder en ten tweede de mening over alternatieve waarneemmodellen (zie analyse schema 3.1).

Naast deze beschrijvende vragen komen ook dwarsverbanden aan de orde. Het gaat immers niet alleen om de vraag welke knelpunten er zijn c.q. welke aanpassingen wenselijk zijn maar ook waar en bij wie. Daarom wordt in de eerste plaats gekeken naar samenhang met:

- de werklust van de huisarts in het algemeen: geoperationaliseerd als de praktijkgrootte en kenmerken van de samenstelling van de praktijk (leeftijdsopbouw, percentage ziekenfonds, percentage allochtonen, chronische psychiatrie, drugsverslaafden, alcoholisten);
- de geografische situering van de praktijk: dit hangt natuurlijk sterk samen met de

organisatiewijze maar zal ook zijn consequenties hebben voor de belasting (bijv. in een achterstandswijk). Daarom worden in de beschrijving uitsplitsing per (deel)gemeente gemaakt en naar het al of niet werkzaam zijn in een achterstandswijk.

N.b. De keuze voor deelgemeente/gemeente als ruimtelijke eenheid is op praktische gronden gemaakt. Ten eerste zijn op deelgemeenteniveau veel gegevens over bijvoorbeeld de bevolkingssamenstelling aanwezig. Ten tweede komen de deelgemeentegrenzen voor een deel overeen met de huisartsengroepen. Ten derde wordt op deelgemeenteniveau veel van het stedelijk beleid geformuleerd. Een nadeel van dit niveau ten opzichte van buurniveau is dat deelgemeenten qua bevolkingsopbouw en samenstelling, voorzieningen en woningaanbod niet homogeen zijn. Buurniveau is wat die aspecten betreft eenduidiger, maar is erg kleinschalig om beleid op te formuleren. Bovendien zijn er in sommige buurten maar enkele huisartsenpraktijken en is de respons op de vragenlijst per buurt soms afkomstig van maar één huisarts. Deelgemeenteniveau lijkt daarom de voorkeur te hebben. Met de sociaal-economische opbouw van de verschillende wijken in de deelgemeenten wordt rekening gehouden door een variabele 'achterstandswijken' toe te voegen. Voor elke deelgemeente kan worden nagegaan of er wijken zijn die als achterstandswijk worden aangemerkt.

In Rotterdam zijn 12 deelgemeenten. De deelgemeente Hoek van Holland is niet in het onderzoek betrokken. Daarnaast doen in dit onderzoek ook de huisartsen in de gemeenten Bergschenhoek, Berkel en Rodenrijs (deze twee gemeenten met maar een klein aantal huisartsen worden samen genomen), Nieuwerkerk a/d IJssel en Capelle a/d IJssel mee. Bij elkaar worden er dus 14 geografische gebieden onderscheiden. Van elke huisartspraktijk is de postcode bekend. Met behulp van de postcode kan de deelgemeente worden vastgesteld.

Uitsplitsingen naar deelgemeente worden in alle hoofdstukken gemaakt. Daarnaast worden dwarsverbanden tussen de verschillende hoofdstukken gelegd.

In het hoofdstuk waarin ingegaan wordt op de knelpunten (hoofdstuk 5) wordt een dwarsverband gelegd met de belasting tijdens de diensten (afgemeten aan de frequentie en de drukte tijdens, zoals in het hoofdstuk daarvoor is beschreven).

In het hoofdstuk over de aanpassingen (hoofdstuk 6) wordt zowel een dwarsverband gelegd met de geconstateerde knelpunten als met de belasting.

4. DE HUIDIGE SITUATIE

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt geschetst hoe de spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren in Rotterdam en omstreken is georganiseerd. Het zwaartepunt ligt daarbij vanzelfsprekend op de organisatie van de waarneming door huisartsen. Op basis van de schriftelijke enquête onder huisartsen wordt in paragraaf 4.2 geschetst hoe de waarneming van de huisartsen is georganiseerd en wat dat voor de individuele huisarts betekent in termen van frequentie en duur waarmee men diensten draait alsmede de drukte tijdens de diensten. Ook wordt in deze paragraaf ingegaan op de waarnemereglementen die zijn opgevraagd bij de verschillende waarnemingsgroepen. Nagegaan wordt hoe deze zich verhouden tot de richtlijnen van de LHV/het NHG.

In paragraaf 4.3 komen de andere voorzieningen die buiten kantooruren hulp verlenen aan de orde: de ziekenhuizen, het crisiscentrum, de ambulancedienst, de RIAGG, de thuiszorg, het CAD en het acuut maatschappelijk werk. Ingegaan wordt op belangrijke organisatiekenmerken (o.a. doelgroep en financiering) en kenmerken van de hulpverlening (o.a. kwalificaties van de hulpverleners en aantallen hulpvragen).

4.2 De dienstenstructuur van de huisartsen

waarneemgroepen en huisartsengroepen

In de onderzoeksregio functioneren 29 waarneemgroepen van huisartsen voor de uitvoering van de spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren (gegevens DHV Rotterdam e.o.). De meeste groepen (16 van de 29) tellen 7 tot 11 huisartsen. Er zijn zes kleinere groepen met name in de kernen buiten de stad. Eveneens zes groepen tellen meer dan 11 huisartsen. Daaronder zijn twee uitschieters. De waarneemgroep Capelle, die met 26 huisartsen de waarneming in heel Capelle van den IJssel voor haar rekening neemt en de 'Samenwerking', die met 45 huisartsen in de deelgemeente Charlois en Feijenoord werkzaam is. Per groep draait steeds één huisarts dienst in de avond, nacht of weekend, behalve bij de 'Samenwerking' waar elke avond/nacht/weekend vier van de 45 huisartsen dienst doen, en Capelle, waar minstens twee huisartsen dienst doen.

De waarneemgroepen vallen in de meeste gevallen samen met de huisartsengroepen. Er zijn twee uitzonderingen. De eerder genoemde waarneemgroep 'de Samenwerking' bestaat uit 4 huisartsengroepen. Verder vormen de waarneemgroepen voor Bergschenhoek en Berkel en Rodenrijs samen een huisartsengroep met 9 leden.

Tabel 4.1 laat de verdeling van de waarneemgroepen en huisartsengroepen over de grootteklassen zien in vergelijking met dezelfde gegevens uit een in 1993 gehouden landelijke peiling. De tabel maakt duidelijk dat de groepen in Rotterdam gemiddeld groter zijn dan landelijk. Landelijk is 4-6 huisartsen de modale groeps grootte terwijl in Rotterdam 7-9 huisartsen de meest voorkomende groeps grootte is.

Tabel 4.1 Percentage waarneemgroepen per waarneemgroepgrootte en huisartsengroepgrootte, op landelijk en Rotterdams niveau

	Landelijk*		Rotterdam**	
	Waarneemgroep	Huisartsengroep	Waarneemgroep	Huisartsengroep
< 4 leden	13%	4%	7%	3%
4-6	46%	32%	10%	10%
7-9	28%	39%	41%	39%
10-12	10%	17%	21%	32%
> 12	3%	7%	21%	16%

*Bron: Van de Rijdt 1993

**Bron: DHV Rotterdam

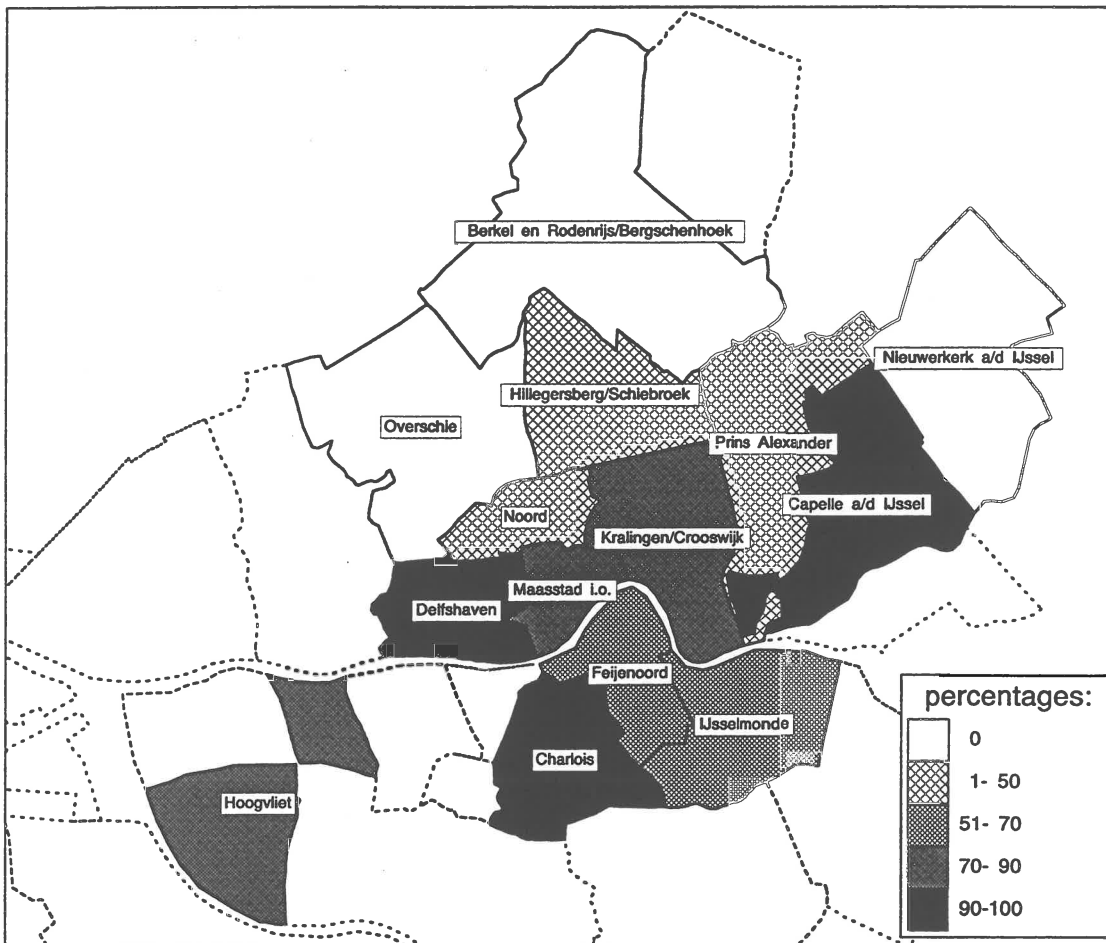
omvang waarneempopulatie

Van de respondenten op de enquête neemt 41% waar voor patiëntpopulaties van meer dan 12 huisartsen, 53% neemt waar voor 7 tot 12 huisartsen en slechts 6% voor minder dan 6 huisartsen. Gezien het feit dat het om relatief omvangrijke waarneemgroepen gaat is ook de omvang van de waarneempopulatie relatief groot (tabel 4.2). 61% van de huisartsen draait diensten voor 20.000 patiënten of meer. De nota's bereikbaarheid en beschikbaarheid van de LHV en NHG spreken van een maximum aantal patiënten per waarneemregeling van 20.000. Boven dit aantal wordt splitsing van de waarneemgroep geadviseerd. Het is duidelijk dat deze richtlijn in Rotterdam ruimschoots wordt overschreden. Figuur 4.1 laat zien dat met name in de binnenstad en in Capelle aan den IJssel voor grotere waarneempopulaties wordt waargenomen. Als alleen de achterstandsbuurten in beschouwing worden genomen dan draait 78% van de huisartsen dienst voor waarneempopulaties van meer dan 20.000.

Tabel 4.2 Percentage huisartsen in het onderzoeksgebied en in achterstandsbuurten naar omvang van de waarneempopulatie

	onderzoeksgebied	achterstandsbuurten
<= 15.000	16	8
15-20.000	23	14
20-25.000	33	52
> 25.000	28	26
totaal	100	100
N	249	85

Figuur 4.1 Percentage van de huisartsen dat diensten draait voor een waarneem-populatie groter dan 20.000, aangegeven per deelgemeente



frequentie diensten

De omvang van een waarneemgroep bepaalt mede de frequentie waarmee men diensten draait. Aangenomen kan worden dat naarmate de groep groter is men minder vaak behoeft waar te nemen. Van de responderende huisartsen blijkt 56% twee tot drie keer per vier weken avonddienst te hebben (tabel 4.3). De meest voorkomende frequentie van de nachtdienst is één of meer keer per week en geldt voor 45% van de huisartsen. Weekenddienst wordt door 48% van de huisartsen één tot twee keer per vier weken gedraaid. De nachtdiensten hebben dus de hoogste frequentie per vier weken. Dat komt doordat een aantal huisartsen de nachtdiensten zelf draait.

Tabel 4.3 Frequentie van het aantal avond-, nacht- en weekenddiensten per vier weken

Aantal maal per vier weken	week avond	week nacht	weekend
<1	4 (2%)	8 (3%)	84 (34%)
>=1 < 2	30 (12%)	24 (10%)	120 (48%)
>=2 < 3	135 (56%)	90 (38%)	31 (12%)
>=3 < 4	11 (5%)	9 (4%)	8 (3%)
4	57 (23%)	60 (25%)	6 (2%)
>4	6 (2%)	48 (20%)	1 (0%)
Totaal	243* (100%)	239* (100%)	250* (100%)

* totaal aantal huisartsen dat de vraag beantwoord heeft

De frequentie waarmee men diensten in het weekend draait zal ook samenhangen met de wijze waarop de weekenddienst is georganiseerd. Daarbij gaat het om de vraag of waargenomen wordt voor het hele weekend dan wel dat het weekend is opgeplitst in delen en om de vraag wanneer de weekenddienst precies begint en eindigt. In tabel 4.4 is het aantal huisartsen weergegeven naar de duur van de weekenddienst. De tabel laat zien dat er grote variatie is in de wijze waarop de weekenddienst is georganiseerd. Meer dan driekwart van de huisartsen draait weekenddiensten van een heel etmaal. Kortere weekenddiensten worden gedraaid door 28% van de huisartsen (acht uur of minder) en 34% van de huisartsen (negen tot en met 16 uur). Langere weekenddiensten van 25 tot en met 32 uur komen voor bij 30% van de huisartsen. Diensten van twee etmalen of meer worden door 4% van de huisartsen gedraaid. In veel gevallen draait een huisarts meerdere soorten weekenddiensten. Overigens zijn er behalve de hier geschetste variaties ook verschillen in exacte aanvangs- en eindtijdstippen van de diensten.

Tabel 4.4 Aantal huisartsen naar de duur van de weekenddienst, N=250 *

0 tot en met 8 uur	71 (28%)
9 tot en met 16 uur	84 (34%)
17 tot en met 24 uur	201 (80%)
25 tot en met 32 uur	74 (30%)
33 tot en met 48 uur	22 (9%)
49 uur en meer	11 (4%)

* Van elke soort weekenddienst is het percentage van 250 berekend, waardoor de opgetelde percentages op meer dan 100% uitkomen.

De variatie in schaal en wijze waarop de waarneming wordt georganiseerd komt tot uiting als we de verschillen tussen deelgemeenten in frequentie waarmee men dienst doet bekijken (tabel 4.5, figuur 4.2). Een huisarts in Overschie draait 17 keer per 4 weken dienst terwijl een huisarts in Hillegersberg/Schiebroek en Charlois slechts 5 tot 6 keer per 4 weken waarneemt. Deze variatie wordt in belangrijke mate veroorzaakt door de nachtdienst en dan met name de mate waarin men deze nog zelf doet. In Overschie doen de huisartsen een belangrijk deel van de nachtdiensten nog zelf. Dat geldt in mindere mate ook voor Delfshaven en Bergschenhoek/Berkel en Rodenrijs. Dit in tegenstelling tot de andere (deel)gemeenten waar de nachtdiensten onderdeel zijn van

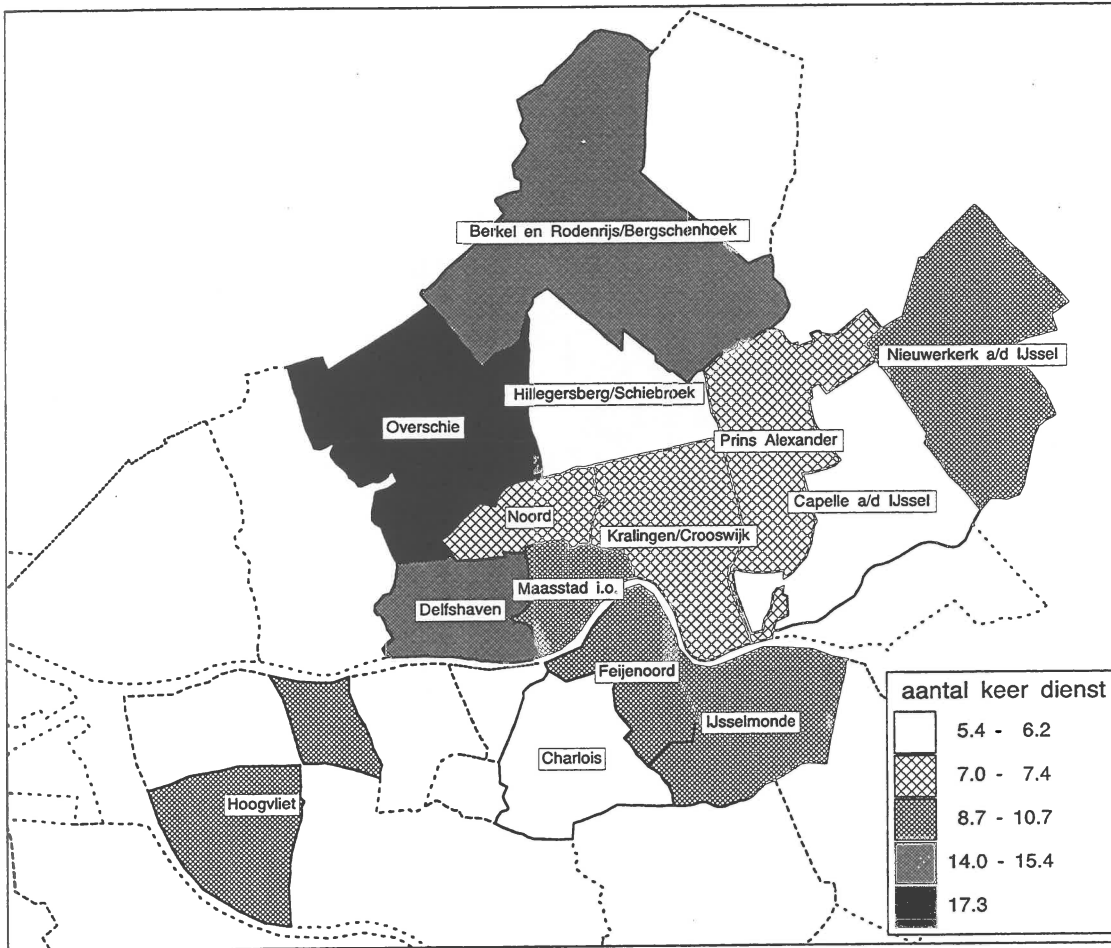
de waarneemregeling.

Tabel 4.5 Totaal gemiddeld aantal avond-, nacht- en weekenddiensten per vier weken en totaal gemiddeld aantal keer dienst per vier weken naar (deel)gemeente

	Gem. aantal keer avonddienst per 4 weken	Gem. aantal keer nachtdienst per 4 weken	Gem. aantal keer weekenddienst per 4 weken	Totaal gem. aantal keer dienst per 4 weken
Maasstad	3,9	5,0	1,9	10,7
Delfshaven	2,0	10,8	1,1	14,0
Overschie	4,0	12,0	1,3	17,3
Noord	2,6	3,6	1,2	7,4
Hillegersberg/Schiebroek	1,9	2,0	1,5	5,5
Kralingen/Crooswijk	2,2	3,6	1,4	7,3
Prins Alexander	3,0	3,0	1,1	7,0
Feijenoord	2,3	5,9	1,2	9,4
IJsselmonde	2,6	4,5	1,5	8,7
Charlois	2,2	2,0	1,2	5,4
Hoogvliet	2,7	6,2	1,1	10,0
Bergschenhoek/Berkel en Rodenrijs	4,0	10,5	0,9	15,4
Capelle a/d IJssel	2,3	2,4	1,6	6,2
Nieuwerkerk a/d IJssel	3,5	3,8	2,2	9,5
Totaal gemiddelde	2,5	4,8	1,3	8,7

Gezien het feit dat er met name in het weekend verschillen in duur van de diensten zijn (soms een heel weekend en soms maar een deel ervan) is het reëler om uit te gaan van het aantal uren dat men diensten draait (tabel 4.6, figuur 4.3). Bij de berekening van het gemiddeld aantal uren avond-, en nachtdienst is uitgegaan van de veronderstelling dat een avonddienst gemiddeld zeven, en een nachtdienst gemiddeld acht uur duurt (in de enquête is hierbij niet naar exacte aanvangs- en eindtijden gevraagd in tegenstelling tot bij de weekenddiensten). Dan blijkt dat de gemiddelde huisarts in het onderzoeksgebied per 4 weken 96 uur diensten draait; 42 uur daarvan zijn weekenddiensten. Ook het totaal aantal uren dat men diensten draait varieert sterk: van 193 uur (Overschie) tot 60,6 uur (Capelle a/d IJssel). Het geringe aantal uren dat men in Capelle diensten draait kan in verband worden gebracht met de grote waarneemgroep aldaar. Hetzelfde geldt voor Charlois. Deze regel gaat echter niet altijd op, want in Hillegersberg/Schiebroek is in een kleine groep het aantal uren dat men diensten draait toch gering. Nadere analyse leert dat dit geen verband houdt met het uitbesteden van diensten in deze deelgemeente. De (deel)gemeenten waar het meest diensten worden uitbesteed zijn Capelle a/d IJssel, Bergschenhoek, Kralingen/Crooswijk en Noord.

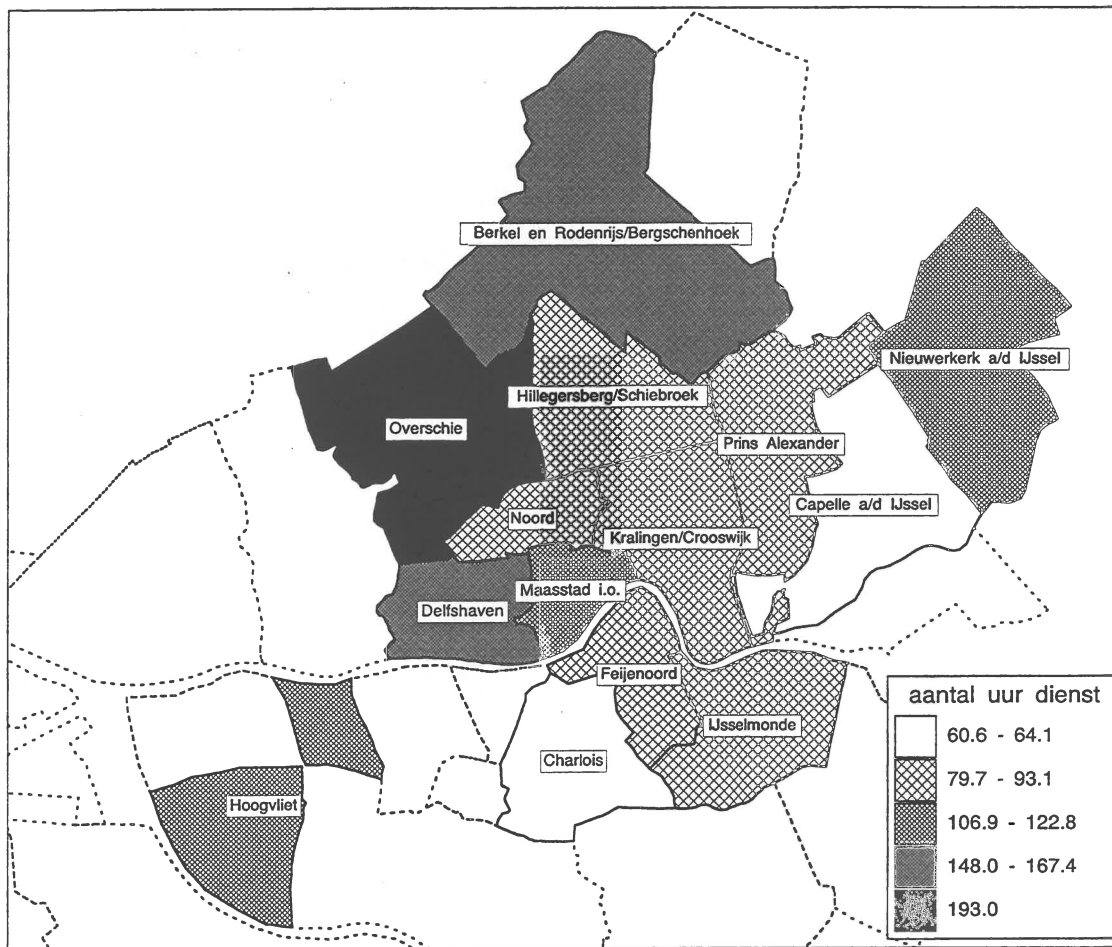
Figuur 4.2 Gemiddeld aantal diensten dat huisartsen draaien per 4 weken per (deel)-gemeente



Tabel 4.6 Totaal gemiddeld aantal uren avond-, nacht- en weekenddienst per vier weken en totaal gemiddeld aantal uren dienst per vier weken naar (deel)-gemeente

	Gem. aantal uur avonddienst per 4 weken	Gem. aantal uur nachtdienst per 4 weken	Gem. aantal uur weekenddienst per 4 weken	Totaal gem. aantal uur dienst per 4 weken
Maasstad	27,2	39,8	48,4	122,8
Delfshaven	13,9	86,7	43,7	148,0
Overschie	28,0	96,0	55,0	193,0
Noord	18,4	28,6	52,4	89,4
Hillegersberg/Schiebroek	13,5	15,9	58,5	79,9
Kralingen/Crooswijk	15,4	28,9	43,7	79,7
Prins Alexander	20,7	23,6	49,3	82,9
Feijenoord	16,1	47,2	27,7	93,1
IJsselmonde	18,3	36,0	40,0	84,8
Charlois	15,5	15,6	34,8	64,1
Hoogvliet	19,2	49,5	34,6	108,5
Bergschenhoek/Berkel en Rodenrijs	28,0	84,0	45,6	167,4
Capelle a/d IJssel	16,0	18,9	26,0	60,6
Nieuwerkerk a/d IJssel	24,4	30,7	57,6	106,9
Totaal gemiddelde	17,8	38,8	42,0	95,8

Figuur 4.3 Gemiddeld aantal uur dat huisartsen diensten draaien per 4 weken per (deel)gemeente



organisatie van de praktijk

Volgens de richtlijnen van de LHV is het noodzakelijk dat een achterdienstregeling hulpverlening garandeert bij afwezigheid van de huisarts en/of zijn waarnemer. Niettemin zegt 22 % van de respondenten niet over een achterwacht te beschikken. Van de 78% van de huisartsen die wél over een achterwacht beschikt heeft 80% een niet arts-achterwacht en 44% een arts-achterwacht. De combinatie van deze twee komt dus ook voor. De niet arts-achterwacht is in 64% van de gevallen de partner. In de categorie 'anders' werd de boodschappendienst het meest genoemd (53%). Minder frequent werd de assistente als achterwacht genoemd (16%) en een enkele keer studenten geneeskunde of de GGD.

40% van de niet arts-achterwachten krijgt voor het vervullen van de functie betaald. Het leeuwedeel van de niet arts-achterwachten verricht de functie voor de gehele avond-, nacht-, of weekenddienst (tabel 4.7).

Tabel 4.7 Beschikbaarheid van de niet arts-achterwacht tijdens de diensten *

	niet beschikbaar	gedeelte dienst	gehele dienst	totaal
Avond	20 (13%)	26 (17%)	109 (70%)	155 (100%)
Nacht	30 (19%)	8 (5%)	117 (76%)	155 (100%)
Weekend	13 (8%)	35 (22%)	109 (69%)	157 (100%)

* Respondenten die alleen een arts-achterwacht hebben zijn buiten beschouwing gelaten.

uitbesteden van diensten

Het uitbesteden van diensten kan een signaal zijn voor een hoge ervaren belasting. In hoofdstuk 5 wordt hier op terug gekomen. 85% van de huisartsen besteedt de diensten nooit of slechts incidenteel (één à twee keer per jaar) uit. De 14% huisartsen die geregeld de diensten uitbesteedt, doet dit gemiddeld 12 maal per jaar, met een variatie van vier tot 48 maal. Als reden om de diensten uit te besteden, wordt het meest genoemd de te zware belasting van het diensten draaien (24%) gevolgd door een praktische reden die vóór gaat, zoals een verplichting in familiesfeer (20%). Als redenen om de diensten niet uit te besteden worden vooral praktische redenen genoemd: de kosten die het uitbesteden met zich meebrengt (26%) en de moeilijkheden bij het vinden van een (goede) waarnemer (17%). De opvatting dat diensten bij het huisartsenvak horen wordt slechts door 14% van de huisartsen genoemd als argument om de diensten niet uit te besteden (tabel 4.8).

Tabel 4.8 Redenen voor het wel of niet uitbesteden van diensten door huisartsen, N=250

Redenen voor het wel uitbesteden van diensten	
De combinatie van diensten en het reguliere werk overdag	3 (1%)
Te zware belasting	60 (24%)
Praktische reden die voorgaat	49 (20%)
Redenen voor het niet uitbesteden van diensten	
Diensten horen bij het huisartsenvak	35 (14%)
Moeilijk om waarnemer te vinden	42 (17%)
Kosten van uitbesteden	66 (26%)

waarneemlocatie

Een aspect van de organisatie van de diensten is de lokatie van waaruit de diensten worden gedraaid. Voor het beslag op het privé-leven van de huisarts maakt het nogal uit of de diensten worden gedraaid vanuit het huisadres dan wel vanuit een praktijk zijnde niet het huisadres. Als een huisarts niet op het praktijkadres waarneemt betekent dat dat hij voor elk contact zal moeten reizen hetzij naar het adres van de patiënt hetzij naar de praktijk. Tabel 4.9 geeft aan waar de huisarts en de niet arts-achterwacht zich tijdens diensten bevinden. Twee derde van de huisartsen bevindt zich tijdens diensten op het huisadres. In 30% van de gevallen zijn huis- en praktijkadres hetzelfde. Van de huisartsen zal 44% zich voor elk patiëntencontact tijdens de diensten moeten verplaatsen, hetzij naar de patiënt, hetzij naar de praktijk. Ruim een derde van de huisartsen doet dienst vanuit de praktijk.

De achterwacht is meestal op het huisadres, al dan niet ook het praktijkadres. Bij de categorie anders is ingevuld het adres van de boodschappendienst of van de GGD.

Tabel 4.9 Lokatie van de huisarts en de niet arts-achterwacht tijdens diensten

Lokatie	Huisarts	Niet arts-achterwacht
Huis, zijnde niet het praktijkadres	109 (44%)	59 (37%)
Huis, zijnde het praktijkadres	75 (30%)	52 (33%)
De praktijk	108 (43%)	31 (20%)
Anders	1 (0%)	32 (20%)
Totaal	250 (100%)	158 (100%)

bereikbaarheid buiten kantooruren

De bereikbaarheid van de huisarts tijdens diensten kan op verschillende manieren worden geregeld. De LHV meldt in de nota bereikbaarheid en beschikbaarheid dat het wenselijk is dat een patiënt niet twee maal een antwoordapparaat treft en dat doorschakeling van de praktijktelefoon tijdens diensten de voorkeur verdient boven een antwoordapparaat. Ook de NHG standaard gaat hiervan uit. Op een antwoordapparaat worden namen en telefoonnummers ingesproken die voor slechthorenden (ouderen) en mensen die de Nederlandse taal niet helemaal beheersen moeilijk te verstaan kunnen zijn.

Niettemin wordt voor de bereikbaarheid tijdens diensten veelvuldig gebruik gemaakt van een antwoordapparaat (tabel 4.10). Van alle respondenten maakt 42% gebruik van een antwoordapparaat en slechts in een derde van de gevallen wordt direct doorgeschakeld. Daarnaast maakt twee derde van de huisartsen gebruik van de dokters- of artsentelefoon (boodschappendienst) voor de telefonische bereikbaarheid. Dit betekent ofwel dat de patiënt niet het praktijknummer maar direct het nummer van de boodschappendienst draait, ofwel dat de patiënt op het antwoordapparaat van de praktijk het nummer van de boodschappendienst doorkrijgt. De boodschappendienst piept de dienstdoende huisarts op met de semafoon of autotelefoon en geeft het nummer van de patiënt door. De patiënt wordt dan door de huisarts gebeld.

Tabel 4.10 Wijze van telefonische bereikbaarheid tijdens diensten, N=250

Doorschakeling van praktijktelefoon	80 (32%)
Speciaal diensten telefoonnummer	55 (22%)
Antwoordapparaat	104 (42%)
Boodschappendienst	167 (67%)

Ook de bereikbaarheid van de huisarts tijdens een huisbezoek verloopt meestal via de boodschappendienst (60%, zie tabel 4.11). Er wordt veel gebruik gemaakt van een autotelefoon of semafoon. De huisarts wordt dan door de assistente (13%), achterwacht (50%) of boodschappendienst (60%) opgepiept. Om patiënten op de hoogte te brengen van de waarneemregeling wordt door 87% van de huisartsen gebruik gemaakt van een antwoordapparaat (tabel 4.12). Bij 58% van de huisartsen wordt hiervoor de boodschappendienst ingeschakeld.

Tabel 4.11 Wijze van bereikbaarheid van de huisarts tijdens een huisbezoek tijdens de dienst, N=250

Autotelefoon	90 (36%)
Semafoon via de assistente	33 (13%)
Semafoon via de achterwacht	126 (50%)
Semafoon via de boodschappendienst	149 (60%)
Telefoon doorgeschakeld naar achterdienst (arts)	12 (5%)
Anders	14 (6%)

Tabel 4.12 Wijze van aankondiging van informatie over de diensten, N=250

Huis aan huis blad	72 (29%)
Praktijkfolder	143 (57%)
Praktijkkrant	18 (7%)
Boodschappendienst	145 (58%)
Antwoordapparaat	217 (87%)
Raambiljet	169 (68%)
Anders	8 (3%)

De beschikbaarheid van patiëntgegevens voor de waarnemend huisarts wordt door de NHG van belang geacht voor een goede uitvoering van de waarneming. Hoewel 70% van de huisartsen zegt de administratie van patiëntgegevens (in de zin van de medische module) te hebben geautomatiseerd kan maar in 25% van de gevallen de dienstdoend huisarts van deze gegevens gebruik maken.

contactfrequentie tijdens de diensten

De wijze waarop de waarneming is georganiseerd heeft consequenties voor hoe druk een huisarts het tijdens de diensten heeft. Een kleine waarneemgroep betekent frequent diensten draaien, die betrekkelijk rustig zijn, terwijl in een grotere waarneemgroep de huisarts het drukker heeft bij een lagere dienstfrequentie. Om een indruk te krijgen van de drukte tijdens de diensten is aan de huisarts gevraagd om de aantallen contacten tijdens de verschillende diensten te schatten.

Tabel 4.13 geeft de gemiddelden en standaarddeviaties van de geschatte contactfrequenties. De diensten in het weekend zijn drukker dan doordeweek. Een avond doordeweek telt gemiddeld 14 contacten, in het weekend 17. Ook de nachten zijn in het weekend drukker, respectievelijk 4 contacten doordeweek en 6 in het weekend. In het weekend overdag vinden gemiddeld 43 contacten plaats. De contacten bestaan in de meeste gevallen uit telefonische contacten. Visites komen gemiddeld het minst voor. De verhouding tussen het gemiddeld aantal consulten (exclusief telefonische consulten) en visites is 2:1.

Tabel 4.13 Gemiddeld aantal geschatte patiëntencontacten per huisarts tijdens diensten

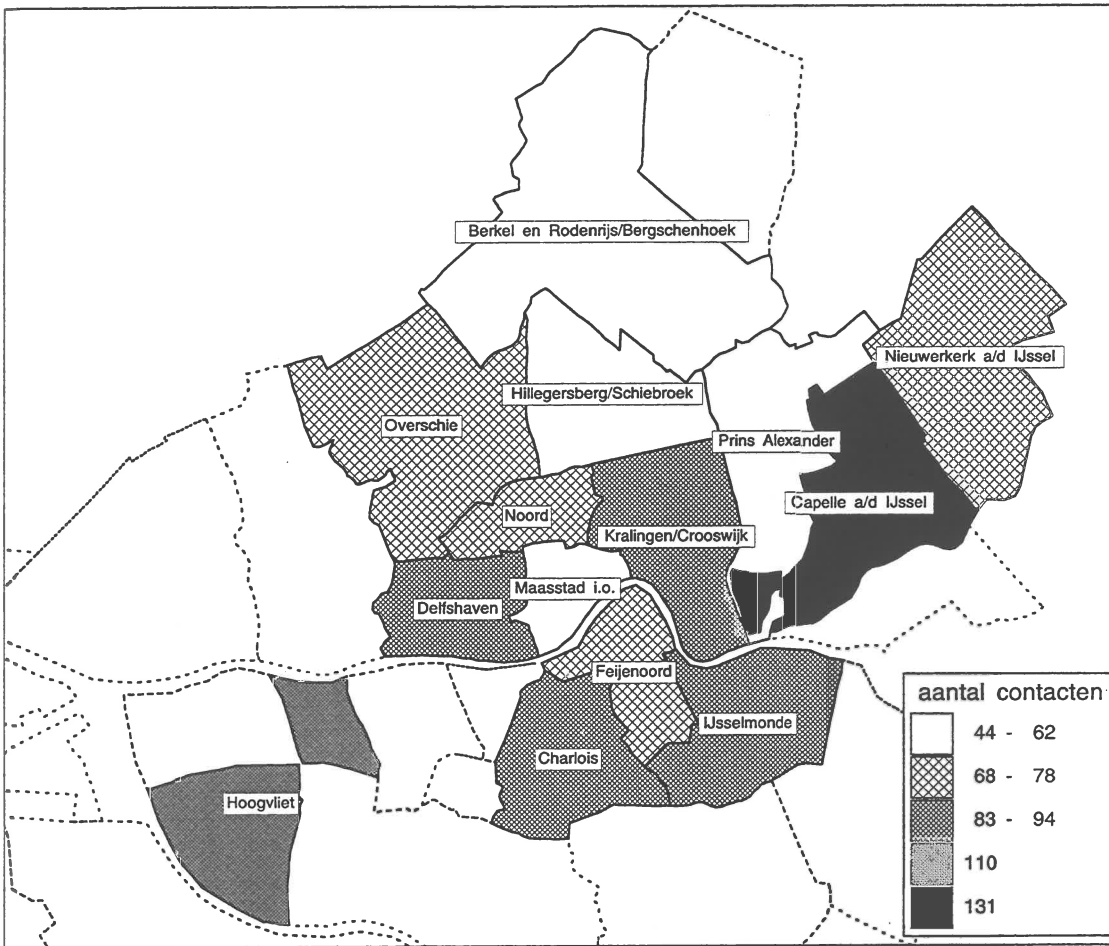
	doorde- weekse avond	doorde- weekse nacht	weekend overdag	weekend avond	weekend nacht
Telefonische contacten	7,5 (gem) 5,3 (stdv)	1,9 1,4	20,2 14,7	8,7 7,3	3,1 3,4
Consulten	4,3 2,9	0,6 0,9	16,9 9,2	5,7 5,0	1,1 2,0
Visites	2,5 1,2	1,3 2,2	6,0 3,2	2,9 1,5	1,7 0,9
Totaal gemiddeld	14,1 7,9	3,8 3,4	42,8 21,5	17,2 11,7	5,9 5,2

Het totaal aantal contacten tijdens diensten per (deel)gemeente wordt weergegeven in tabel 4.14 en figuur 4.4. Het totaal aantal geschatte contacten varieert zeer sterk tussen de (deel)gemeenten, van 44 (Prins Alexander) tot 131 (Capelle a/d IJssel). De grootste variaties doen zich voor bij de avonden en het weekend overdag. Hoge contactfrequenties doen zich vooral voor in (deel)gemeenten waar de waarneming in relatief grote groepen is geregeld (Capelle, Delfshaven, Charlois). Lage contactfrequenties zien we in gebieden met relatief kleine waarneemgroepen: de randgemeenten, Overschie, Prins Alexander en Hillegersberg/Schiebroek. Opvallend is de lage contactfrequentie in het stadscentrum (Maasstad). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de opbouw van de bevolking (weinig jonge kinderen), een sterke oriëntatie op het ziekenhuis en het bestaan van weekendsprekuren.

Tabel 4.14 Gemiddeld aantal telefonische contacten, consulten en visites tijdens diensten naar (deel)gemeente

	doorde- weekse avond	doorde- weekse nacht	weekend overdag	weekend avond	weekend nacht	totaal
Maasstad	9	3	30	10	4	56
Delfshaven	17	3	42	20	7	89
Overschie	13	3	32	15	5	68
Noord	12	3	40	16	6	77
Hillegersb./Schiebroek	9	3	33	12	5	62
Kralingen/Crooswijk	14	4	43	16	6	83
Prins Alexander	7	2	24	8	3	44
Feijenoord	15	4	37	18	5	78
IJsselmonde	13	5	49	13	5	85
Charlois	17	5	50	17	5	94
Hoogvliet	21	3	47	26	13	110
Bergschenhoek/Berkel en Rodenrijs	6	3	34	10	3	56
Capelle a/d IJssel	21	5	64	32	9	131
Nieuwerkerk a/d IJssel	9	4	40	11	6	70

Figuur 4.4 Gemiddelde contactfrequentie per week tijdens de diensten



verwijzing naar andere voorzieningen

De laatste tabel over de huidige waarneemregeling (tabel 4.15) verschaft inzicht in het verwijspatroon naar andere voorzieningen tijdens de diensten. Gevraagd is vijf voorzieningen te rangordenen naar de mate waarin men daar tijdens de diensten naar verwijst. Rangnummer één staat voor de voorziening waarnaar het meest verwezen wordt, rangnummer zes voor de voorziening waarnaar het minst verwezen wordt. Aan de medisch specialist cq. het ziekenhuis wordt in 93% van de gevallen rangnummer 1 gegeven. De RIAGG wordt het meest als tweede genoemd en de thuiszorg als derde. In de categorie anders zijn genoemd de verloskundige, het maatschappelijk werk, de tandarts, de apotheek, de fysiotherapeut, de eigen huisarts van de patiënt en het verzorgings-/verpleeghuis.

Tabel 4.15 Frequentie van door de huisarts genoemde voorzieningen waarnaar het meest (rangnummer 1) en het minst (rangnummer 6) wordt verwezen tijdens diensten

Rangnr.	Crisisc.	Riagg	CAD	Specialist	Thuiszorg	Anders
1	4	3	5	230	4	8
2	16	132	5	6	58	6
3	44	67	12	1	86	4
4	76	19	61	1	39	10
5	55	13	97	1	32	4
6	32	7	44	7	15	58
Totaal	227	241	224	246	234	90

waarneemreglementen

Tot slot wordt in deze paragraaf aan de hand van de waarneemreglementen nagegaan in hoeverre de waarneming op papier geregeld is. Van 15 van de 29 waarneemgroepen zijn na herhaalde verzoeken reglementen ontvangen. Na navraag blijkt in totaal 90% van de waarneemgroepen een schriftelijk reglement te bezitten. Dit wil echter niet zeggen dat dit reglement regelmatig geraadpleegd wordt. Landelijk heeft 62% van de waarneemgroepen een schriftelijk vastgelegd waarneemreglement (Van de Rijdt-Van de Ven, 1993).

De LHV heeft een model waarneemcontract opgesteld op basis van de richtlijnen van de KNMG, waarin wordt gesteld dat de volgende zaken aan de orde dienen te komen:

- de samenstelling van de groep,
- de begrenzing van het waarnemingsrayon,
- de duur van de waarneming en de tijdstippen waarop wordt waargenomen,
- de wijze van vaststelling van het waarnemingsrooster, indien noodzakelijk,
- de wijze van aankondiging van de waarneming,
- reserve voorzieningen bij meervoudige spoedeisende situaties (in redelijkheid),
- de wijze van bereikbaarheid van de waarnemer gedurende de waarneming,
- de wijze van informatie-uitwisseling voor en na de waarneming,
- de te treffen maatregelen in een groep voor het geval een waarnemer van buiten de groep wordt aangetrokken,
- waar nodig de financiële regelingen,
- bijzondere regelingen indien noodzakelijk of gewenst,
- regels voor eventuele bijstelling van het reglement.

De ontvangen reglementen zijn vergeleken met de bovengenoemde richtlijnen die de KNMG heeft opgesteld voor het regelen van de waarneming. De waarneemreglementen voldoen aan gemiddeld acht van de 12 richtlijnen. Twee richtlijnen, namelijk 'duur en tijdstippen van de waarneming' en 'bijzondere regelingen bij vakantie en ziekte', zijn in 14 reglementen omschreven. De richtlijn over 'eventuele bijstelling van het reglement' en 'eventuele financiële regelingen' zijn respectievelijk slechts in vijf en zes reglementen omschreven. In schema 4.1 worden de scores op de 12 items per waarneemreglement samengevat.

Schema 4.1 Mate waarin de waarnemreglementen voldoen aan de criteria van de LHV

	zeven kamp	feije- noord	samen- werking	charlois	centrum 2	kra- lingen	hill.berg schie- broek	a.g.c. ommoord	centrum 1	noord 4	noord 5	Prins Alexander	ACW	Centra oud zuid	bever- waard
samenst.groep	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
begrenzing wrn.geb.	X	X	X		X	±	X	X	X		X	X	X	X	
duur en tijden wrn.	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	½	X	X	X
wijze vastst. wrn. rooster	X	X	X		X		X	X	X	X			X	X	
wijze aankondiging wrn.		X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X
reserve voorz. dubbele spoed	X		X		X	X		X	X	X				X	
wijze bereikbaarheid	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
wijze overdracht voor en na de wrn.	X	X			X	X	X	X	X	X			X	X	X
maatreg. als wrn. er van buiten wordt aangetrokken	X	X	X		X	X		X	X	X				X	
finaciële regelingen			X				X	X	X	X			X	X	
bijzondere regelingen (vakantie, ziekte, overl., hotels etc.)	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
wijze bijstelling regl. indien nodig					X			X	X	X		X		X	

4.3 Andere voorzieningen die hulp buiten kantooruren verlenen

Naast de huisartsen zijn er nog een aantal voorzieningen buiten kantooruren actief. Dit zijn zowel hulpverlenende als dienstverlenende voorzieningen. Door middel van interviews met de desbetreffende organisaties/instellingen is informatie verzameld over de organisatie van de hulp buiten kantooruren. De volledige interviewverslagen staan in bijlage 4 van dit rapport. Hieronder worden de organisatiekenmerken, personeelsbezetting en hulpvragen van de voorzieningen behandeld. In de volgende hoofdstukken komen de door andere voorzieningen ervaren knelpunten aan de orde (hoofdstuk 5) alsmede de wens tot aanpassing (hoofdstuk 6).

In schema 4.2 worden de organisatiekenmerken van de hulpverlenende voorzieningen onder elkaar gezet. De doelgroep van de voorzieningen die naast de huisarts hulp buiten kantooruren verlenen betreft in alle gevallen mensen met een acute hulpvraag. Het Crisiscentrum, de RIAGG, het Boumanhuis en het Acuuut maatschappelijk werk richten zich op mensen met een hulpvraag op psycho-sociaal gebied. De spoedeisende hulpafdelingen van de ziekenhuizen en de thuiszorg richten zich meer op lichamelijke klachten.

Bij de meeste voorzieningen kan men zich zonder verwijzing aanmelden. De RIAGG kan echter alleen worden bereikt via de CPA en het Acuuut maatschappelijk werk kan men via het Crisiscentrum bereiken.

Opnamen zijn niet mogelijk bij de thuiszorg, de RIAGG en het Acuuut maatschappelijk werk. De twee laatste voorzieningen kunnen wel een opname bij een andere voorziening regelen.

Een criterium om hulp buiten kantooruren te krijgen bij alle voorzieningen, is dat er sprake moet zijn van een acute hulpvraag of crisissituatie. Alleen bij de RIAGG geldt de eis dat een patiënt eerst door de huisarts is gezien, voordat de RIAGG naar de patiënt zal kijken. De overige voorzieningen geven aan dat dit wenselijk is, maar niet noodzakelijk. Het Crisiscentrum en het Acuuut maatschappelijk werk hanteren verder als toelatingscriterium dat de hulpvrager in staat moet zijn om een gesprek te voeren. De spoedeisende hulpafdelingen van de ziekenhuizen hebben de plicht om iedereen die zich aanmeldt te beoordelen.

De hulpverlening buiten kantooruren is in bijna alle gevallen een onderdeel van de financiering van het hele hulpverleningspakket. De uitzondering hierop is het Dijkzigt ziekenhuis. De spoedeisende hulpafdeling van dit ziekenhuis is een zelfstandige subafdeling met een eigen personeelsformatie en een eigen budget.

Schema 4.2 Organisatiekenmerken van de geïnterviewde hulpverlenende voorzieningen

	Doelgroep	Aanmelding (verwijzing)	Opname-mogelijkheid	Toelatings-criteria	Financiering (apart of onderdeel hele hulpverleningspakket)
Crisiscentrum Noord	Mensen in acute sociale en/of psychische nood	Zonder verwijzing	Ja	In staat zijn een gesprek te voeren	Hele pakket: ½ AWBZ, ½ VWS
RIAGG Noord-West	Volwassenen en ouderen met acute psych.problemen	Met verwijzing via de CPA	Nee, wel te regelen	Huisarts moet patiënt gezien hebben	Hele pakket: AWBZ voor financiering
Thuiszorg	Mensen die acute verpleegkundige of verzorgende hulp nodig hebben	Zonder verwijzing via de meldkamer	Nee	Er moet sprake zijn van een acute hulpvraag	Meldkamer en acute dienst: gemeentelijke subsidie
Boumanhuis (CAD)	Mensen met problemen op het gebied van alcohol en drugs	Zonder verwijzing via één van de klinieken	Ja	Er moet sprake zijn van een crisissituatie	Hele pakket: gemeentelijke subsidie/ Justitie
Acuut Maatschappelijk Werk	Mensen in acute psycho-sociale nood	Met 'verwijzing' via het Crisiscentrum	Nee, wel via het KC te regelen	Mogelijkheid een gesprek te voeren	Hele pakket: gemeentelijke subsidie
Sint Franciscus Gasthuis	Iedereen die spoedeisende medische hulp nodig heeft	Zonder verwijzing	Ja	Geen	Via de ziekenhuisbudgettering
Dijkzigt Ziekenhuis	Iedereen die spoedeisende medische hulp nodig heeft	Zonder verwijzing	Ja	Geen	Eigen budget
Zuider-ziekenhuis	Iedereen die spoedeisende medische hulp nodig heeft	Zonder verwijzing	Ja	Geen	(nog) via de ziekenhuisbudgettering

Schema 4.3 geeft een overzicht van de hulpverleners die bij de verschillende voorzieningen werkzaam zijn en het aantal hulpvragen per jaar. Alle voorzieningen werken met professionele hulpverleners. De hulpverlenende voorzieningen op psycho-sociaal gebied werken met sociaal-psychiatisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, artsen, psychiaters en arts-assistenten. Bij de thuiszorg werken verpleegkundigen en verzorgenden. Op de spoedeisende hulpafdelingen van de ziekenhuizen werken verpleegkundigen met een spoedeisende hulp of intensive care aantekening en artsen/arts-assistenten.

De meeste voorzieningen die acute hulp verlenen, hebben een acute dienst die zowel binnen als buiten kantooruren ingezet kan worden. Buiten kantooruren hebben één

(Acuut maatschappelijk werk, Boumanhuis) tot twee (Crisiscentrum, RIAGG, Thuiszorg) hulpverleners dienst.

Het aantal hulpvragen per dag loopt sterk uiteen. Koplopers zijn de spoedeisende hulpafdelingen van de ziekenhuizen met 18 tot 39 hulpvragen per dag. De thuiszorg (8,5) neemt een tussenpositie in. Het Acuut Maatschappelijk Werk (0,5), het Crisiscentrum (3), de RIAGG (3) en het Boumanhuis (2) hebben het laagste aantal hulpvragen per dag. Deze cijfers zijn echter niet zonder meer vergelijkbaar, omdat de omvang van het werkgebied verschilt. Het Crisiscentrum Noord richt zich alleen op Rotterdam Noord en Centrum, slechts drie van de zeven ziekenhuizen zijn in het onderzoek betrokken, etcetera. Om de cijfers beter vergelijkbaar te maken is een schatting gemaakt van het aantal hulpvragen per dag buiten kantooruren voor het hele onderzoeksgebied. Hiertoe zijn ook bij de niet in het onderzoek betrokken ziekenhuizen gegevens opgevraagd. We komen dan tot het volgende overzicht:

Huisartsen	469 hulpvragen per dag buiten kantooruren
Ziekenhuizen	138 hulpvragen per dag buiten kantooruren
Thuiszorg	8,5 hulpvragen per dag buiten kantooruren
Crisiscentra	6,5 hulpvragen per dag buiten kantooruren
RIAGG	1,5 hulpvragen per dag buiten kantooruren
Boumanhuis	1,0 hulpvraag per dag buiten kantooruren
Acuut Maatschappelijk Werk	0,5 hulpvraag per dag buiten kantooruren

Het percentage hulpvragers bij de verschillende voorzieningen dat via een verwijzing van de huisarts is gekomen, varieert van enkele procenten (Crisiscentrum, Thuiszorg en Acuut maatschappelijk werk) tot 35% (Sint Franciscus Gasthuis) en 50% (RIAGG).

De dienstverlenende voorzieningen (het Informatie- en klachtenbureau gezondheidszorg (IKG), de twee boodschappendiensten en de Regionale hulpverleningsdienst Rotterdam Rijnmond (CPA)) hebben andere taken dan de hulpverlenende voorzieningen, zoals het doorgeven van telefoontjes van patiënten buiten kantooruren aan de juiste waarnemende huisartsen, het beoordelen en verwijzen van spoedmeldingen en het coördineren van de ambulancediensten of het opnemen van klachten over de gezondheidszorg en het geven van advies. Op uitzondering van het IKG na zijn deze voorzieningen 7x24 uur bereikbaar. De medewerkers hebben meestal geen medische opleiding gevolgd met uitzondering van de medewerkers bij de CPA. De CPA werkt met verpleegkundigen en verpleegkundig centralisten. Bornkamp artsentelefoon werkt bij voorkeur met medewerkers met een medische achtergrond.

De financiering van de dienstverlenende voorzieningen verloopt via abonnementsgelden (boodschappendiensten), de provincie (IKG) of de Rijnmond gemeenten (CPA).

De politie Rotterdam Rijnmond (forensische geneeskunde) neemt in dit geheel een aparte positie in. De politie-artsen verlenen hulp aan een specifieke groep, namelijk mensen met een medisch probleem in een juridische situatie. Arrestantenzorg neemt een belangrijke plaats in in de hulpverlening. Daarnaast horen onder andere lijkschouwingen, zeden- en geweldsonderzoek en overtredingen in de wegen- en verkeerswet (alcohol in het verkeer) tot de taken van de politie-arts.

Schema 4.3 Personeelsbezetting en aantallen hulpvragen van de geïnterviewde hulpverlenende voorzieningen

	Hulpverleners	Aantal hulpverleners per dienst	Aantal hulpvragen buiten kantooruren per dag	%hulpvragen via de huisarts
Crisiscentrum Noord	Maatsch.werkenden(mw), verplgk. waarvan 50% soc.psych.verplgk. (spv) en artsen	dag/avond 3, nacht 2	3	4
RIAGG Acute dienst		Spv, arts-ass. of psychiater		2350
Thuiszorg	Verplgk. en verzorgenden	min 2, totaal 11	8,5	ca 2
Boumanhuis (CAD)	Spv, verplgk. met mw	dag 2, nacht 1, totaal 6	2	
Acuut Maatschappelijk Werk	Mw	1, totaal 8	0,5	enkele procenten
Sint Franciscus Gasthuis	Gesp.verplgk., arts-ass., specialisten, röntgenverplgk.		21	ca 35
Dijkzigt ziekenhuis	arts-ass., gescp.verplgk.		39	
Zuiderziekenhuis	arts-ass., gescp.verplgk., specialisten		24	
De huisarts	arts	29	469	

4.4 Samenvatting

De waarneming in Rotterdam en omstreken is georganiseerd in 29 waarneemgroepen. De groepsomvang en dus ook de omvang van de waarneempopulatie ligt boven het landelijk gemiddelde. 61% van de huisartsen draait diensten voor 20.000 patiënten of meer. Gemiddeld draait de huisarts negen keer dienst (96 uur) per vier weken waarvan 5 tot 6 keer nachtdienst (39 uur). Eén op de vijf huisartsen beschikt niet over een achterwacht. De rol van achterwacht wordt meestal vervuld door artsen of de partner. Door 14% van de huisartsen worden de diensten geregeld uitbesteed. Anderen zouden dit ook wel willen, maar doen dit niet vanwege de hoge kosten en omdat het moeilijk is een (goede) waarnemer te vinden. Ruim een derde van de huisartsen draait de diensten niet vanuit huis maar vanuit het praktijkadres. Voor de telefonische bereikbaarheid wordt veelvuldig gebruik gemaakt van het antwoordapparaat en de dokterstelefoon. Directe doorschakeling komt relatief weinig voor. De huisartsen schatten gemiddeld 14 contacten per avond te hebben en vier per nacht. In het weekend liggen deze aantallen hoger. In de meeste gevallen gaat het om telefonische contacten. Tijdens de diensten is het ziekenhuis de voorziening waarnaar het vaakst wordt verwezen, gevolgd door de RIAGG en de thuiszorg.

Er zijn belangrijke geografische variaties te constateren in het bovengeschetste algemene beeld. In enkele deelgebieden (m.n. Capelle, Charlois en Delfshaven)

functioneren grootschaliger waarneemregelingen. Er wordt daar minder frequent waargenomen voor een grotere waarneempopulatie waardoor men meer contacten per dienst heeft. Aan de andere kant zien we in de kleinere randgemeenten en buitenwijken als bijvoorbeeld Overschie kleinere waarneemgroepen. In deze gebieden wordt frequenter waargenomen en heeft men minder contacten per dienst. Ook zien we dat in deze wijken de huisarts de nachtdienst nog vaak zelf doet.

Afgezet tegen de professionele standaarden van LHV en NHG kan worden geconstateerd dat de waarneemregelingen van de Rotterdamse huisartsen op een aantal punten tekortschieten. De omvang van de waarneempopulatie ligt in een meerderheid van de gevallen boven de geadviseerde norm en de telefonische bereikbaarheid voldoet vaak niet aan de aanbevelingen. Waarneemreglementen zijn bij vrijwel alle waarneemgroepen aanwezig, maar voldoen niet altijd aan de richtlijnen.

Naast de huisarts functioneren er in het onderzoeksgebied andere voorzieningen voor mensen die buiten kantooruren acute problemen hebben: het ziekenhuis, de thuiszorg, het maatschappelijk werk, de RIAGG, het Crisiscentrum en het CAD. Alleen bij de RIAGG wordt vereist dat de huisarts de patiënt eerst ziet. Behalve de thuiszorg heeft geen enkele voorziening een apart budget voor hulpverlening buiten kantooruren. Zij worden net zoals de huisartsen geacht het als normaal onderdeel van hun werk te bieden. Het overgrote deel van de hulpvraag buiten kantooruren komt bij de huisarts of de polikliniek van het ziekenhuis terecht. De overige voorzieningen hebben buiten kantooruren voor de hele regio slechts één tot twee hulpverleners beschikbaar.

5. BEOORDELING FUNCTIONEREN SPOEDEISENDE MEDISCHE HULPVERLENING BUITEN KANTOORUREN

5.1 Inleiding

De knelpunten in de spoedeisende medische hulpverlening buiten kantooruren zijn de belangrijkste reden om dit onderzoek te doen. Het draaien van diensten wordt naast bijvoorbeeld vervelende patiëntcontacten gezien als één van de meest belastende elementen van het huisartsenvak. Wil men verbetering in de situatie aanbrengen dan is het van belang om te weten welke aspecten van het diensten draaien men belastend vindt. Daarom wordt in paragraaf 5.2 ingegaan op verschillende aspecten van de dienstbelasting van huisartsen. Omdat kan worden aangenomen dat de wijze waarop de waarneming is georganiseerd de ervaren belasting beïnvloedt wordt nagegaan of er geografische verschillen zijn. Er zijn immers belangrijke geografische verschillen in wijze waarop de waarneming is georganiseerd.

De verklaring van verschillen in ervaren belasting tussen huisartsen staat centraal in paragraaf 5.3. Gezocht wordt naar de samenhang tussen kenmerken van de wijze waarop de waarneming is georganiseerd en algemene praktijkkenmerken aan de ene kant en de ervaren belasting aan de andere kant.

Los van de belasting komt het oordeel van de huisartsen over het functioneren van de waarneemregeling aan de orde in paragraaf 5.4. Hierin komt ook de samenwerking/afstemming met andere voorzieningen aan de orde vanuit het perspectief van de huisarts. Tenslotte wordt beschreven hoe de andere voorzieningen de samenwerking met de huisartsen bij de spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren aankijken. Het hoofdstuk wordt weer besloten met een samenvatting.

5.2 Hoe ervaren huisartsen de diensten?

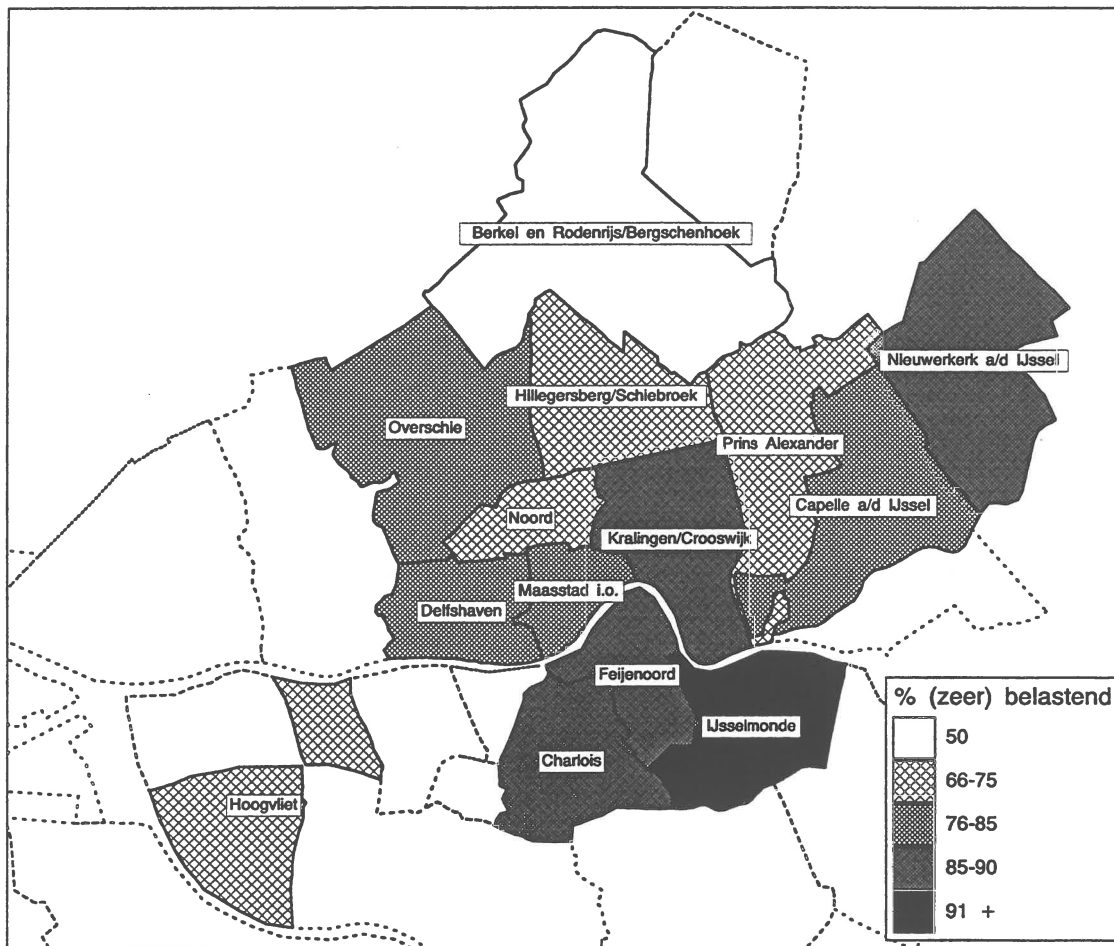
Aan de huisarts is gevraagd op een schaal van 1 tot 5 (niet belastend tot zeer belastend) aan te geven hoe belastend men de diensten in het algemeen, de verschillende soorten diensten en verschillende aspecten van de dienst vindt (tabel 5.1). Een derde van de huisartsen blijkt de diensten over het algemeen als zeer belastend te ervaren. Van de huisartsen ervaart 80% de diensten als belastend tot zeer belastend. Er zijn aanmerkelijke verschillen in ervaren belasting tussen de soorten diensten. De nachtdienst in het weekend wordt duidelijk als meest belastend ervaren gevolgd door de avonden in het weekend. De doordeweekse avonddiensten worden als veel minder belastend ervaren. 'Slechts' een derde van de huisartsen beoordeelt deze dienst als belastend tot zeer belastend.

Tabel 5.1 Ervaring van de verschillende diensten in termen van belasting, N=250

	Niet belastend	Enigzins tot matig belastend	Belastend tot zeer belastend
In het algemeen	5 (2%)	46 (18%)	199 (80%)
Doordeweekse avond	21 (9%)	139 (57%)	85 (35%)
Doordeweekse nacht	20 (8%)	68 (28%)	152 (63%)
Zaterdag overdag	9 (4%)	77 (31%)	160 (65%)
Zondag overdag	10 (4%)	89 (36%)	148 (60%)
Weekend avond	7 (3%)	71 (29%)	169 (68%)
Weekend nacht	7 (3%)	39 (16%)	200 (81%)

Er zijn verschillen tussen de deelgebieden in mate waarin de diensten als belastend worden ervaren (figuur 5.1). In de meeste gebieden ligt het percentage dat de diensten als zeer belastend ervaart tussen de 25 en 40%. Uitschieters naar boven zijn Kralingen/Crooswijk en IJsselmonde. In deze wijken ligt het percentage dat de diensten als zeer belastend ervaart boven de 50%. Uitschieters naar beneden vinden we in Bergschenhoek/Berkel en Rodenrijs, Nieuwerkerk en Hoogvliet met percentages beneden de 15%.

Figuur 5.1 Percentage van de huisartsen dat de diensten als belastend tot zeer belastend ervaart per deelgemeente



Tabel 5.2 geeft aan hoeveel huisartsen een bepaald aspect van de diensten belastend tot zeer belastend vinden. Driekwart van de huisartsen beoordeelt eisend gedrag van patiënten en oneigenlijke hulpvragen als belastend tot zeer belastend. 72% vindt het beslag op het gezinsleven een belastend dienstenaspect. Aspecten die verder door meer dan de helft van de huisartsen als belastend beoordeeld worden zijn de agressie van patiënten en de drukte tijdens diensten. Ook taalproblemen, de frequentie van diensten, de bereikbaarheid van andere hulpdiensten, het regelen van een ziekenhuisopname en het moeilijk uit kunnen besteden van diensten worden door een aanzienlijk aantal huisartsen (rond 1/3 van de respondenten) als belastend tot zeer belastend ervaren. Minder belastende aspecten zijn de reistijd, parkeerproblemen en het niet kunnen vinden van het visite-adres.

Tabel 5.2 Aantal huisartsen dat verschillende aspecten van de diensten belastend tot zeer belastend beoordeelt, N=250

1. Agressie van patiënten	141 (56%)
2. Eisend gedrag van patiënten	189 (76%)
3. Oneigenlijke hulpvragen	192 (77%)
4. Taalproblemen	71 (28%)
5. Frequentie van diensten	94 (38%)
6. Drukke tijdens diensten	132 (53%)
7. Beslag op het gezinsleven	179 (72%)
8. Reistijd tijdens diensten	20 (8%)
9. Parkeerproblemen	29 (12%)
10. Bereikbaarheid andere hulpdiensten	76 (30%)
11. Regelen ziekenhuisopname	97 (39%)
12. Visite-adres niet kunnen vinden	35 (14%)
13. Moeilijk uit kunnen besteden van diensten	71 (28%)

Naast deze 13 aspecten zijn nog regelmatig genoemd de combinatie van diensten en het werk overdag (22%) en de psychische druk van het beschikbaar moeten zijn tijdens diensten (10%).

Op de expliciete vraag welke twee aspecten voor de huisarts en de achterwacht het meest belastend zijn, antwoordde 20% van de huisartsen 'het eisend gedrag van patiënten' en 19% 'de oneigenlijke hulpvragen'. Voor de achterwacht werd ingevuld 'het beslag op het gezinsleven' (21%) en 'het eisend gedrag' (20%) (tabel 5.3).

Tabel 5.3 Meest belastende aspecten van de diensten voor de huisarts en de achterwacht

Twee meest belastende aspecten voor de huisarts, N=452*	
Eisend gedrag van patiënten	90 (20%)
Oneigenlijke hulpvraag	88 (19%)
Twee meest belastende aspecten voor de achterwacht, N=289	
Beslag op het gezinsleven	60 (21%)
Eisend gedrag van patiënten	59 (20%)

*in totaal zijn er door de huisartsen 452 redenen genoemd

Om te bezien in hoeverre de verschillende items (aspecten) van dienstbelasting samen een schaal vormden is een factoranalyse uitgevoerd. Met factoranalyse kan een groot

aantal items (aspecten) worden teruggebracht tot enkele onderliggende factoren met zo gering mogelijk informatieverlies. Deze factoren worden vervolgens benoemd op basis van de items (aspecten) waar zij het sterkst mee samenhangen, ofwel het hoogst op 'laden'. Uit de lijst van dienstaspecten (tabel 5.2) bleken na Varimax-rotatie drie goed interpreteerbare onderliggende dimensie's of factoren te onderscheiden (zie tabel 5.4). Op de eerste factor laden agressie en eisend gedrag van patiënten, oneigenlijke hulpvraag en taal problemen hoog. Daaruit kan worden opgemaakt dat deze factor huisartsen onderscheidt die vooral de patiëntencontacten zelf tijdens de diensten als belastend ervaren van huisartsen die dat minder hebben. Op de tweede factor laden frequentie van diensten, beslag op het gezinsleven en moeilijk uit kunnen besteden van diensten hoog. Deze items hebben gemeen dat zij te maken hebben met de invloed die diensten hebben op het gezinsleven. De factor onderscheidt huisartsen die hier grote moeite mee hebben van huisartsen die dat minder hebben. De derde factor, waar reistijd, parkeerproblemen en visite adres niet kunnen vinden hoog op laden, kan worden benoemd met het label 'reizen voor visites'.

Tabel 5.4 Resultaten factoranalyse op 13 aspecten van belasting: factorladingen

	factor 1	factor 2	factor 3
1. Agressie van patiënten	<u>0.80</u>	-0.05	0.24
2. Eisend gedrag van patiënten	<u>0.87</u>	0.06	0.08
3. Oneigenlijke hulpvragen	<u>0.69</u>	0.26	-0.15
4. Taalproblemen	<u>0.60</u>	0.09	0.40
5. Frequentie van diensten	0.00	<u>0.81</u>	0.10
6. Drukte tijdens diensten	0.37	0.45	0.14
7. Beslag op het gezinsleven	0.14	<u>0.76</u>	-0.16
8. Reistijd tijdens diensten	0.05	0.39	<u>0.53</u>
9. Parkeerproblemen	0.10	0.09	<u>0.73</u>
10. Bereikbaarheid andere hulpdiensten	0.25	0.02	0.28
11. Regelen ziekenhuisopname	0.01	0.13	0.11
12. Visite-adres niet kunnen vinden	0.15	-0.00	<u>0.75</u>
13. Moeilijk uit kunnen besteden van diensten	0.05	<u>0.62</u>	0.32
Percentage verklaarde variantie	29,2	12,8	11,3

Met de factoranalyse kan de informatie dus worden gereduceerd van 13 aspecten tot drie factoren. Voor deze factoren zijn gemiddelde scores berekend over de hoog ladende aspecten (factorladingen >0,50). Voor deze scores is de spreiding over de (deel)gemeenten nagegaan (tabel 5.5). Over het algemeen zijn er geen grote verschillen tussen de (deel)gemeenten. Huisartsen die vooral de patiëntcontacten als belastend ervaren (zij scoren hoog op de eerste factor) vinden we vooral in de drie deelgemeenten op de zuidelijke Maasoever: Charlois, Feijenoord en IJsselmonde. Ook in Kralingen/Crooswijk en Delfshaven vinden we veel huisartsen die vooral de patiëntcontacten als belastend ervaren. Zo'n 95% van de buurten in de deelgemeenten Delfshaven en Feijenoord is een achterstandsbuurt. Op de tweede factor 'invloed diensten op gezinsleven' scoren wederom Kralingen/Crooswijk en IJsselmonde hoog, evenals Maasstad. Dat betekent dat in deze wijken de aanslag die diensten doen op het privéleven in sterke mate als belastend wordt ervaren. De derde factor 'reizen voor visites' scoort hoog in binnenstadswijken op de noordelijke maasoever: Kralingen/Crooswijk, Noord en Maasstad. Dit zijn wijken waar de parkeerproblemen waarschijnlijk het grootst

zijn.

Tabel 5.5 Gemiddelde score over drie verschillende factoren van dienstbelasting naar (deel)gemeente *

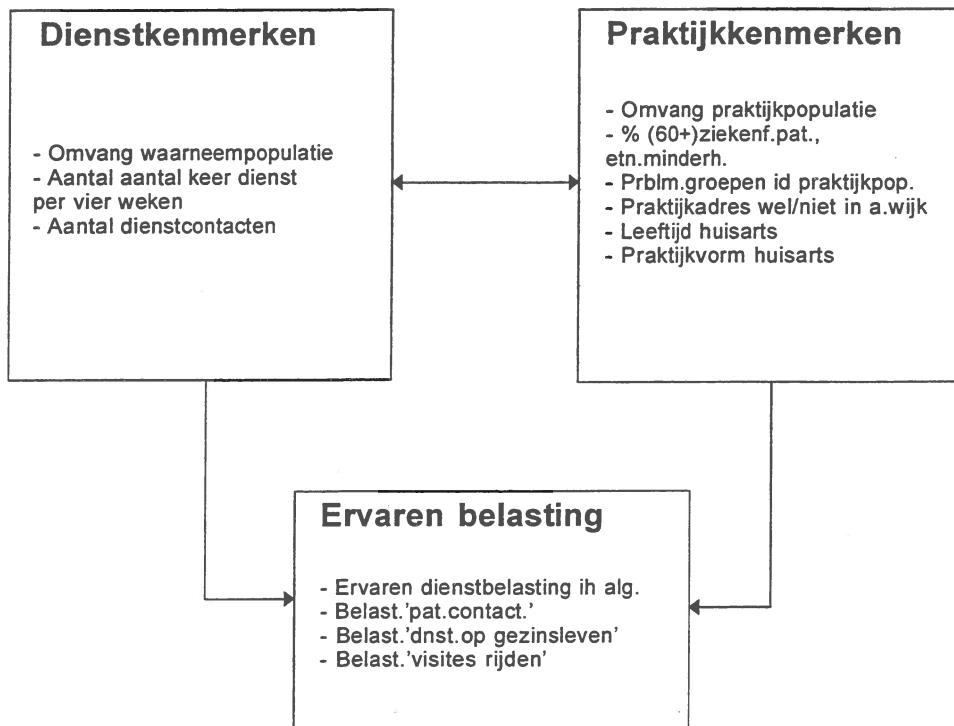
(Deel)gemeente	Contact patiënten	Diensten/- gezinsleven	Reizen voor visites
Maasstad	3,7	3,6	2,6
Delfshaven	3,8	2,9	2,2
Overschie	3,6	3,3	1,5
Noord	3,6	3,1	2,4
Hillegersberg/Schiebroek	3,3	3,0	1,5
Kralingen/Crooswijk	3,9	3,6	2,4
Prins Alexander	3,0	3,3	1,7
Feijenoord	3,8	3,2	2,0
IJsselmonde	3,9	3,8	1,7
Charlois	4,1	3,0	2,1
Hoogvliet	3,4	2,9	1,6
Bergschenhoek/Berkel en Rodenrijs	3,7	3,3	1,2
Capelle a/d IJssel	3,2	3,3	1,8
Nieuwerkerk a/d IJssel	3,7	3,3	1,7
Totaal gemiddeld	3,6	3,2	2,0

* per factor is de gemiddelde score op een vijfpuntsschaal berekend voor de op die factor hoog ladende items

5.3 Verschillen in ervaren belasting verklaard

Eén van de gedachten achter het onderhavige onderzoek is dat het mogelijk is om de belasting van het draaien van diensten te verminderen door het aanbrengen van veranderingen in de organisatie. Zo zou door een grootschaliger organisatie van de diensten de frequentie waarmee huisartsen diensten draaien kunnen worden vermindert en daarmee zou mogelijk ook de belasting verminderen. Keerzijde daarvan is dat de diensten dan wel drukker worden. Nu weten we uit hoofdstuk 4 dat er binnen het onderzoeksgebied aanzienlijke variaties in de organisatie van de waarneemregeling bestaan. In Capelle aan den IJssel is al een tamelijk grootschalige regeling van kracht terwijl op andere plaatsen (bijvoorbeeld Overschie) huisartsen de nachtdiensten nog voor een gedeelte zelf doen. Als het zo zou zijn dat een grootschalige regeling minder belasting met zich meebrengt dan zou dus theoretisch gezien de ervaren belasting in grote waarneemgroepen lager moeten zijn dan in kleine waarneemgroepen. In deze paragraaf wordt nagegaan of dat zo is en ook op de vraag in hoeverre andere kenmerken van de waarneemregeling van invloed zijn op de ervaren belasting. Daarbij moet natuurlijk wel rekening worden gehouden met andere kenmerken van huisartsen die van invloed kunnen zijn op de ervaren belasting. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat een huisarts met een bewerkelijke praktijk (bijvoorbeeld grote praktijkomvang, veel ziekenfondsverzekerden, etnische minderheden, in een achterstandsbuurt) een hogere belasting van de diensten ervaart dan een huisarts met een minder bewerkelijke praktijk. In onderstaand schema wordt het analysemodel grafisch weergegeven.

Schema 5.1 Analysemodel verklaring voor verschillen in ervaren belasting



Nagegaan wordt dus in hoeverre de ervaren dienstbelasting samenhangt met kenmerken betreffende de organisatie van de waarneming en een aantal algemene praktijkkenmerken. Er wordt daarbij zowel gekeken naar de ervaren belasting in het algemeen als naar de drie in de vorige paragraaf onderscheiden factoren betreffende de belasting door lastige patiëntcontacten, de invloed van diensten op het gezinsleven en het reizen voor visites.

De volgende kenmerken van de organisatie van de diensten wordt meegenomen:

1. omvang van de waarneempopulatie;
2. het aantal keer per vier weken dat men dienst doet;
3. het aantal contacten per dienst.

Rekening wordt gehouden met de volgende praktijkkenmerken, die alle te maken hebben met de bewerkelijkheid van de praktijkpopulatie:

4. de omvang van de praktijkpopulatie (opgave huisarts);
5. het percentage ziekenfondsverzekerden (opgave huisarts);
6. het percentage van de ziekenfondsverzekerden ouder dan 65 jaar (opgegeven door huisarts op basis spiegelinformatie ziekenfonds);
7. het percentage leden van etnische minderheden (schatting huisarts);
8. het voorkomen van probleemgroepen als drugsverslaafden, alcoholici en chronisch psychiatrische patiënten (inschatting huisarts op vijfpuntschaal).
9. praktijkadres wel/niet in achterstandswijk.

Bovendien zijn de volgende algemene praktijkkenmerken meegenomen:

10. leeftijd huisarts;
11. praktijkvorm huisarts (wel/niet solopraktijk).

Tabel 5.6 geeft de onderlinge correlaties tussen de bovengenoemde kenmerken. Er blijkt een onderlinge samenhang tussen de kenmerken wel/niet achterstandswijk, percentage ziekenfondsverzekerden, percentage etnische minderheden en percentage probleemgroepen. Daarnaast hangt de omvang van de waarneempopulatie samen met het aantal contacten per dienst. Dit is geen verrassende samenhang. Hoe groter de populatie waarvoor men waarneemt, hoe drukker men het heeft in de dienst. Wél verrassend is het ontbreken van een samenhang tussen de frequentie waarmee men dienst doet met de omvang van de waarneempopulatie en het aantal contacten per dienst.

Tabel 5.6 Correlatie-matrix kenmerken van de diensten en praktijkkenmerken

	waar- neem- popu- latie	aantal keren dienst	aantal dienst- contac- ten	prak- tijkpo- pulatie	% zf verze- kerden	% ou- dere zf verze- kerden	% etni- sche minder- heden	voorko- men bleem- groepen	wel/niet achter- stands- wijk	leeftijd arts	wel/niet solo- praktijk
waarneempopulatie	1,00	-0,08	0,47**	0,30**	0,27**	-0,05	0,24**	0,10	0,16	-0,08	0,17
aantal keren dienst	-	1,00	0,03	-0,07	-0,08	-0,1	0,13	0,05	0,11	-0,05	0,3**
aantal dienst- contacten	-	-	1,00	0,25**	0,23**	-0,1	0,14**	0,08	0,13*	-0,06	0,12
praktijkpopulatie	-	-	-	1,00	-0,13	0,17	-0,19*	-0,09	-0,18*	0,02	0,16*
% ziekenfonds- verzekerden	-	-	-	-	1,00	-0,09	0,61**	0,35**	0,53**	-0,01	-0,02
% oudere zf ver- zekerden	-	-	-	-	-	1,00	-0,28**	-0,01	-0,26**	-0,16	0,08
% etnische minder- heden	-	-	-	-	-	-	1,00	0,45**	0,74**	-0,03	0,05
voorkomen pro- bleemgroepen	-	-	-	-	-	-	-	1,00	0,40**	-0,09	0,06
wel/niet achter- standswijk	-	-	-	-	-	-	-	-	1,00	-0,07	-0,02
leeftijd arts	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,00	-0,13
wel/niet solo- praktijk	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,00

*significantie-niveau 0,01

**significantie-niveau 0,001

In hoeverre de kenmerken van de diensten en de praktijkkenmerken samenhangen met de ervaren werkbelasting blijkt uit tabel 5.7, waarin de bivariate correlaties zijn weergegeven. Over het algemeen kan worden geconstateerd dat de correlaties niet hoog zijn. Bezien we eerst de kenmerken van de waarneemregeling dan kan worden geconstateerd dat zowel de algemene ervaring met de diensten als de ervaren belasting van de diensten op het gezinsleven niet samenhangen met de omvang van

de waarneempopulatie, de frequentie waarmee men dienst doet. De ervaren belasting van patiëntcontacten (eisend gedrag, oneigenlijke hulpvraag) hangt wel samen met de omvang van de waarneempopulatie en het aantal contacten. Als men voor grotere waarneempopulaties dienst doet en meer contacten per dienst heeft is de ervaren belasting van patiëntcontacten groter, met name de indicatoren voor bewerkelijkheid (zoals het percentage ziekenfondsverzekerden in de praktijkpopulatie) hangen op een aantal punten positief samen met de ervaren belasting. Dat geldt het sterkst voor de ervaren belasting van patiëntcontacten die hoger is bij huisartsen met een hoog percentage ziekenfondsverzekerden, etnische minderheden en probleemgroepen en huisartsen in achterstandswijken. In mindere mate zien we deze verbanden ook bij de ervaren belasting van het reizen voor visites. Opvallend is weer de afwezigheid van enig verband met de belasting van diensten op het gezinsleven. Tenslotte blijkt dat huisartsen in solopraktijken een hogere belasting van patiëntcontacten ervaren dan huisartsen in andere praktijkvormen.

Tabel 5.7 Bivariate correlaties tussen aan de ene kant kenmerken van de praktijk en de waarneemregeling en aan de andere kant de ervaren belasting.

	ervaren dien- stbelast. alg.	belasting 'patient- contacten'	belasting 'diensten op gezinsleven'	belasting 'visi- tes rijden'
waarneempopulatie	0,11	0,26**	-0,1	0,1
aantal keren dienst	-0,05	-0,08	-0,03	0,00
aantal dienstcontacten	0,19*	0,28**	0,08	0,17
praktijkpopulatie	-0,02	0,05	0,01	0,02
% ziekenfondsverzekerden	0,12	0,20*	0,02	0,22*
% oudere zf verzekerden	-0,05	-0,08	-0,01	-0,1
% etnische minderheden	0,11	0,28**	-0,01	0,3**
voorkomen probleemgroepen	0,23**	0,33**	0,12	0,31**
wel/niet achterstandswijk	0,13	0,22**	-0,08	0,17*
leeftijd arts	-0,04	-0,08	-0,05	-0,01
wel/niet solopraktijk	0,08	0,24*	0,07	-0,00

*significantieniveau 0,01

**significantieniveau 0,001

In hoeverre deze verbanden blijven bestaan als wordt gecontroleerd voor elkaars invloed blijkt uit tabel 5.8. Hierin zijn de resultaten weergegeven van een meervoudige stapsgewijze regressie-analyses met de ervaren dienstbelastingskenmerken als afhankelijke variabelen. Alleen de statistische significante gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (betas) zijn weergegeven. We zien hier dat de drukte tijdens de dienst positief samenhangt met de algemene ervaren dienstbelasting, de belasting van patiëntcontacten en met het reizen voor visites. Opmerkelijk genoeg hangt de frequentie waarmee men dienst doet negatief samen met de ervaren dienstbelasting, dus huisartsen die veel diensten draaien ondervinden een lagere belasting van patiëntcontacten. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat huisartsen die een hogere belasting ondervinden de diensten vaker uitbesteden. Verder zien we dat van de bewerkelijkheidsfactoren het percentage etnische minderheden en het voorkomen van probleemgroepen (drugsverslaafden, alcoholici) samenhangen met ervaren dienstbelasting. Het gegeven dat solo-artsen een hogere belasting van patiëntcontacten ondervinden blijft na controle voor andere kenmerken eveneens intact. In tegenstelling tot tabel 5.7 waar significante correlaties ontbreken tussen de invloed van de

diensten op het gezinsleven en de andere kenmerken, blijken er wel samenhangen te bestaan in een regressie-analyse met de invloed van de diensten op het gezinsleven als afhankelijke variabele. Deze variabele vertoont een positieve samenhang met het voorkomen van probleemgroepen in de praktijk. Daarnaast is er een negatieve samenhang met de variabele 'wel/niet achterstandswijk', wat betekent dat huisartsen in achterstandswijken minder belasting ervaren van de diensten op het gezinsleven.

Tabel 5.8 Significante beta-waarden en percentage verklaarde variantie in een multiple regressie analyse

	ervaring dien- sten algemeen	belasting 'patient- contacten'	belasting 'diensten op gezinsleven'	belasting 'reizen voor visites'
waarneempopulatie	-	-	-	-
aantal keren dienst	-	-0,18	-	-
aantal dienst contacten	0,14	0,20	-	0,12
praktijkpopulatie	-	-	-	-
% ziekenfondsverz.	-	-	-	-
% oudere ziekenfondsverz.	-	-	-	-
% etnische minderh.	-	0,16	-	0,19
voorkomen probleemgroepen	0,21	0,27	0,18	0,21
wel/niet achterstandswijk	-	-	-0,15	-
leeftijd arts	-	0,15	-	-
wel/niet solopraktijk	-	0,24	-	-
% verklaarde variantie	5,9%	24,7%	2,3%	12,6%

* wel=1, niet=0

De conclusie van deze exercitie is dat deze slechts weinig aanwijzingen verschaft dat verschillen in de huidige organisatie van de waarneming van invloed zijn op de belasting. Met nadruk wordt hier gezegd: de huidige organisatie. In de huidige situatie komen echt grootschalige waarneemregelingen niet voor. Er kan geconstateerd worden dat naarmate de diensten drukker zijn een hogere belasting van patiëntcontacten wordt ondervonden. Daarnaast kan worden geconstateerd dat het voorkomen van probleemgroepen in de praktijk gepaard gaat met een hogere ervaren dienstbelasting.

5.4 Het functioneren van de waarne(e)m(regel)ing

Het oordeel over het functioneren van de waarneemregeling kan los staan van de vraag in hoeverre de diensten als belastend worden ervaren. In principe is het mogelijk dat huisartsen de waarneemregeling goed vinden functioneren, maar alleen de belasting die het met zich meebrengt negatief ervaren en vice versa. Daarom zijn een aantal aparte vragen gesteld over het functioneren van de waarneemregeling. De resultaten staan in tabel 5.9. De eerste kolom geeft het gemiddeld functioneren van de verschillende onderdelen van de waarneemregeling. Hieruit blijkt dat de meeste aspecten van het functioneren van de waarneemregeling goed worden beoordeeld. Men heeft weinig problemen met de omvang van de waarneemgroep en -populatie, de plaats van waaruit wordt waargenomen, de overdracht van diensten c.q. de terugrapportage door artsen, het naleven van afspraken en de telefonische bereikbaarheid van de arts. Iets meer problemen heeft men met de geografische omvang van het waarneemgebied en de regeling bij een dubbel spoedgeval.

Tabel 5.9 Gemiddeld oordeel van de huisartsen over het functioneren (goed functioneren = 1, slecht functioneren = 5) van verschillende onderdelen van de waarneemregeling

	alle huisartsen, N=250	huisartsen die de diensten in het algemeen als zeer be- lastend ervaren, N=87
Omvang waarneemgroep	1,67	1,86
Omvang waarneemgebied	1,95	2,28
Omvang populatie	1,94	2,33
Plaats van waaruit wordt waargenomen	1,51	1,53
Regeling bij dubbel spoedgeval	2,16	2,25
Overdracht van diensten	1,89	1,88
Terugrapportage door dienstdoend arts	1,76	1,75
Beschikbaarheid patiëntgegevens tijdens diensten	3,47	3,51
Mate waarin afspraken nageleefd worden	1,91	1,87
Telefonische bereikbaarheid van de arts	1,67	1,67

Slechts één onderdeel wordt door meer dan de helft van de huisartsen beoordeeld als niet zo goed of slecht functionerend, namelijk 'de beschikbaarheid van patiëntgegevens tijdens diensten'. Patiëntgegevens zijn voor de dienstdoende huisarts over het algemeen niet beschikbaar, alhoewel de meeste huisartsen aangeven dat dit wel wenselijk zou zijn. Ook de LHV nota 'bereikbaarheid/beschikbaarheid' spreekt wat dit onderwerp betreft over een wenselijkheid, aangezien het bekend zijn met de medische situatie van een patiënt de efficiency van een contact kan vergroten. In de grote steden, waar de mobiliteit van de bevolking hoog is, is de onbekendheid van de huisarts met patiënten groot, zeker in een waarneemsituatie. Het kunnen beschikken over de medische gegevens van de patiënt kan de onbekendheid voor een deel wegnemen.

Op de vraag of er nog andere onderdelen van de waarneming minder goed functioneren gaven 50 huisartsen een antwoord: 'het functioneren van collega's'(14) en 'de informatie-overdracht'(6) waren de meest genoemde antwoorden.

De tweede kolom geeft eveneens het gemiddeld functioneren van de verschillende onderdelen van de waarneemregeling, echter alleen voor de huisartsen die de diensten in het algemeen als zeer belastend ervaren. Het functioneren van zes van de tien onderdelen wordt door deze groep slechter beoordeeld dan door de volledige groep huisartsen. Dit geldt met name voor de omvang van de waarneemgroep, het waarneemgebied en de populatie.

Tot zover het oordeel over het functioneren van de waarneemregeling zelf. Daarnaast kunnen er problemen optreden in de samenwerking/afstemming met andere voorzieningen. Van de huisartsen geeft 88% aan weleens problemen te ondervinden bij het doorverwijzen van patiënten naar andere voorzieningen. De grootste problemen doen zich voor bij het doorverwijzen naar de medisch specialist cq. het ziekenhuis (199, ofwel 91% van de huisartsen die weleens problemen met doorverwijzen hebben). Gevraagd naar een omschrijving van de problematiek antwoordt 46% van de huisartsen dat de ziekenhuizen te vaak 'vol' zijn en met patiënten 'geleurd' moet worden bij meerdere ziekenhuizen om een plaats te vinden. Problemen met het kunnen plaatsen van patiënten op een intensive care of neurologie afdeling worden door 69 huisartsen gemeld. Bij de RIAGG ondervindt 70% van de huisartsen problemen (154 huisartsen). Als reden hiervoor wordt genoemd de lange wachttijd om iemand door de acute dienst

van de RIAGG te laten beoordelen (31% van de huisartsen noemt dit als bezwaar). Minder dan een vijfde van de huisartsen ondervindt problemen met doorverwijzen naar het CAD (19%) en het crisiscentrum (14%). Overigens hebben we in het voorgaande hoofdstuk gezien dat de huisarts slechts zelden naar deze voorzieningen verwijst tijdens de diensten. Nog minder problemen spelen er in de verwijzing naar de thuiszorg. Als andere voorziening waarbij verwijsproblemen spelen noemen enkele huisartsen nog het verpleeghuis/verzorgingshuis.

Voor huisartsen bestaat de mogelijkheid om tijdens de diensten indien men zich niet veilig voelt zich door de politie te laten begeleiden naar een visite-adres. Hiervan maakt 29% van de huisartsen weleens gebruik en 96% hiervan is tevreden over de geleverde service. Het merendeel van de huisartsen geeft als commentaar dat het inroepen van politie-assistentie zeer sporadisch voorkomt, bijvoorbeeld in het geval dat er agressie verwacht wordt. Huisartsen die aangeven dat ze nog nooit hulp hebben ingeroepen, staan er doorgaans niet negatief tegenover.

Ruim een kwart van de huisartsen heeft het gevoel dat ze tijdens diensten regelmatig patiënten te zien krijgen die eigenlijk bij een andere voorziening thuishoren. Ook ruim een kwart heeft af en toe dit gevoel. Aan de andere kant is bekend dat veel patiënten zich met acute klachten rechtstreeks tot de EHBO van het ziekenhuis wenden, zonder eerst door de huisarts te zijn gezien. Naar de mening hierover aan de huisartsen gevraagd geeft 78% aan dat deze dienstverlening bij de huisarts thuishoort. Niettemin zegt 46% het wel als een welkome ontlasting voor de huisarts te beschouwen. Sommige huisartsen staan hier dus ambivalent tegenover.

5.5 Hulpverlening van andere voorzieningen

De knelpunten die de andere voorzieningen ervaren in de hulp- of dienstverlening buiten kantooruren kunnen enerzijds betrekking hebben op de eigen organisatie en het functioneren daarvan en anderzijds op de relatie en de samenwerking met de huisarts en eventueel andere voorzieningen. De knelpunten die genoemd worden zijn opvattingen van de geïnterviewde voorzieningen.

Het Crisiscentrum noemt als probleem in de eigen organisatie de opname-capaciteit die soms niet toereikend is. Dit is echter geen structureel probleem. Vaker worden problemen genoemd in de capaciteit van de personele bezetting. De RIAGG, Thuiszorg, Acut maatschappelijk werk en Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg hebben weleens problemen met het aantal mensen in parate dienst. Het Boumanhuis spreekt van een structurele onderbezetting van personeel. Naast deze capaciteitsproblemen zijn nog een aantal knelpunten in de eigen organisatie genoemd. Het Boumanhuis en de CPA hebben soms problemen met het regelen van opnamen. Oneigenlijke hulpvragen vormen een probleem bij de drie ziekenhuizen. Bornkamp artsentelefoon en het Dijkzigt ziekenhuis noemen de toenemende agressie als knelpunt. De spreiding van het werkgebied maakt het werk van de politie-artsen moeilijk.

De knelpunten in de relatie met de huisarts worden hieronder voor elke voorziening genoemd.

- Het Crisiscentrum vindt dat de huisarts soms probeert 'voor te schrijven' wat het Crisiscentrum moet doen. Enige wrijving met de huisartsen wordt normaal gevonden, aangezien er in crisissituaties moet worden samengewerkt.
- De RIAGG heeft regelmatig conflicten met huisartsen die niet aan hun eis willen voldoen om eerst zelf naar een patiënt te gaan kijken.
- Tussen de Thuiszorg en de huisartsen is weleens wrijving. De huisarts verwijst soms onterecht iemand naar de Thuiszorg. Deels wordt dit veroorzaakt door onbekendheid van bijvoorbeeld waarnemers met de patiënten.
- Het komt voor dat er wrijving ontstaat in de samenwerking tussen het Boumanhuis en de huisartsen, omdat de huisarts niet naar een patiënt wil kijken of omdat de huisarts een patiënt met in de eerste plaats medische problemen verwijst naar het Boumanhuis.
- Het Acut maatschappelijk werk geniet nog niet zoveel bekendheid onder de huisartsen. De contacten met de huisartsen zijn over het algemeen goed.
- Alle drie ziekenhuizen spreken over oneigenlijke hulpvragen die de huisarts doet. De huisartsen proberen patiënten 'kwijt te raken', zodat de verantwoordelijkheid voor een patiënt niet meer bij hen ligt. Het Dijkzigt ziekenhuis noemt verder nog de slechte communicatie en overdracht van gegevens tussen de huisarts en het ziekenhuis en het feit dat een structurele samenwerking ontbreekt.
- Het IKG krijgt voornamelijk klachten van patiënten die moeite hebben de huisarts buiten kantooruren te bereiken. Veel klachten over de huisarts komen voort uit de communicatie tussen de arts en de patiënt.
- De huisarts belt soms de CPA om een ambulance te regelen, terwijl de huisarts de patiënt zelf niet heeft gezien. Dit bezorgt de CPA veel werk. Daarnaast is de huisarts zeer slecht te bereiken, zowel voor de CPA als voor de patiënt.

5.6 Samenvatting

Van de huisartsen in het onderzoeksgebied ondervindt 80% de diensten als belastend; 35% vindt de diensten zelfs zeer belastend. Met name de nachtdienst en de weekend avond- en nachtdienst worden als belastend ervaren. Het percentage huisartsen dat de diensten als belastend ervaart ligt in de randgemeenten lager dan in de stad. Een signaal voor de grote belasting is het feit dat (zoals in het voorgaande hoofdstuk werd geconstateerd), één op de zeven huisartsen regelmatig diensten uitbesteden en een groot aantal anderen dat wel zou willen maar dat nalaat om financiële redenen dan wel omdat geen waarnemer kan worden gevonden. De aspecten van de diensten die met name als belastend worden ervaren betreffen het gedrag van patiënten (eisend gedrag, oneigenlijke hulpvraag) en het beslag dat wordt gelegd op het gezinsleven. Er zijn geen grote verschillen tussen de deelgebieden in de aspecten van de diensten die als belastend worden ervaren.

Nadere analyse leert dat er slechts een geringe samenhang tussen ervaren dienstbelasting en de organisatie van de waarneming is. Er kan alleen worden geconstateerd dat huisartsen die drukke diensten hebben een relatief hoge belasting betreffende het gedrag van patiënten ondervinden en dat het voorkomen van probleemgroepen in de praktijk gepaard gaat met een hogere dienstbelasting. Daarbij is rekening gehouden met versturende kenmerken zoals de bewerkelijkheid van de praktijk en praktijkvorm.

Het oordeel over het functioneren van de waarneemregeling is over het algemeen positief. Problemen hebben huisartsen alleen met de beschikbaarheid van patiëntgegevens. Het feit dat (zoals in het vorige hoofdstuk geconstateerd) de waarneemregelingen op een aantal punten niet voldoen aan de richtlijnen van LHV/NHG wordt kennelijk niet als problematisch beschouwd.

Problemen ondervinden huisartsen wel als zij tijdens de waarneming naar andere voorzieningen verwijzen: de ziekenhuizen zijn vol, het is moeilijk om opnames te regelen, het duurt lang voordat een RIAGG-hulpverlener beschikbaar is zijn klachten die door een groot deel van de huisartsen worden verwoord. Een kwart van de huisartsen zegt tijdens de diensten regelmatig patiënten te zien die bij een andere voorziening thuishoren.

Moeilijkheden om opnames te regelen worden ook door andere voorzieningen gerapporteerd. Verschillende voorzieningen hebben te kampen met een onderbezetting buiten kantooruren. Oneigenlijke hulpvraag is een probleem dat ook door de ziekenhuizen wordt ervaren. In de relatie tot de huisarts wordt door verschillende voorzieningen (ziekenhuis, RIAGG, thuiszorg, verslaafdenzorg, ambulance) gesproken over hulpvragers die eigenlijk bij de huisarts thuishoren c.q. eerst door de huisarts hadden moeten worden gezien. Daarnaast zijn er klachten over de bereikbaarheid van de huisarts vanuit de ambulancedienst en het klachtenbureau.

6. NAAR EEN ANDERE DIENSTENSTRUCTUUR?

6.1 Inleiding

Nu duidelijk is geworden welke knelpunten er bestaan in de spoedeisende medische hulpverlening buiten kantooruren, kan er gekeken worden naar de wenselijkheid van aanpassingen of veranderingen in de hulpverlening buiten kantooruren. In paragraaf 6.2 wordt ingegaan op de wenselijkheid van aanpassingen vanuit het perspectief van de huisartsen die hebben gerespondeerd op de enquête. In deze paragraaf wordt ook ingegaan op de vraag of huisartsen die de waarneming graag aangepast zouden zien verschillen in wijze waarin de waarneming is geregeld en in praktijkenmerken van huisartsen die aanpassing minder wenselijk achten.

Het oordeel van huisartsen over alternatieve organisatievormen (die in hoofdstuk 2 werden beschreven) van de waarneming komt aan de orde in paragraaf 6.3.

De wenselijkheid van aanpassing van de hulpverlening buiten kantooruren wordt vanuit het perspectief van de andere voorzieningen besproken in paragraaf 6.4.

6.2 Aanpassingswensen van huisartsen

Aan de huisartsen is gevraagd in hoeverre zij aanpassing of verandering van de waarneming zouden wensen (tabel 6.1). Niet wenselijk vindt 13% van de huisartsen. Ongeveer een derde van de huisartsen vindt geringe aanpassingen wenselijk. Een even groot aandeel (34%) vindt een andere, grootschaliger organisatie van de waarneming wenselijk. De resterende groep van 15% (3% was onbekend) vindt aanzienlijke aanpassing wenselijk, maar wil het principe van onderlinge waarneming in groepen van beperkte omvang handhaven.

Van de huisartsen die aanpassing wensen is 34% van de huisartsen van mening dat deze betrekking moet hebben op de gehele regeling; 23% acht alleen aanpassing van de nachtdienstendiensten wenselijk en een op de zes huisartsen vindt alleen de weekendwaarneming in aanmerking komen voor aanpassing.

Tabel 6.1 Mate van wenselijkheid van aanpassing of verandering van de waarneming

In hoeverre is aanpassing of verandering van de waarneming gewenst? N=250	
Niet wenselijk	33 (13%)
Geringe aanpassingen zijn wenselijk	85 (34%)
Aanzienlijke aanpassingen zijn wenselijk, maar principe onderlinge waarn. blijft bestaan	38 (15%)
Een andere, grootschaliger organisatie is wenselijk	86 (34%)
Niet ingevuld	8 (3%)
Indien aanpassing of verandering gewenst is, voor welke diensten is dit gewenst? N=217	
Gehele regeling	85 (34%)
Alleen nachtdienst	57 (23%)
Alleen weekenddienst	39 (16%)
Anders	13 (5%)
Niet ingevuld	23 (9%)

In tabel 6.2 en figuur 6.1 is de wenselijkheid van aanpassing of verandering van de waarneemregeling per (deel)gemeente in beeld gebracht. Tussen de (deel)gemeenten blijken aanzienlijke verschillen te bestaan. In twee deelgemeenten, Maasstad en IJsselmonde is een meerderheid voor een grootschalige organisatie. Het percentage voor een grootschaliger organisatie ligt boven de 40% in Noord, Prins Alexander, Feijenoord en Capelle aan den IJssel. Dat in Capelle 8 van de 19 huisartsen voor een grootschaliger regeling is mag opmerkelijk heten omdat hier al sprake is van een tamelijk grootschalige regeling (een groep van 26 huisartsen).

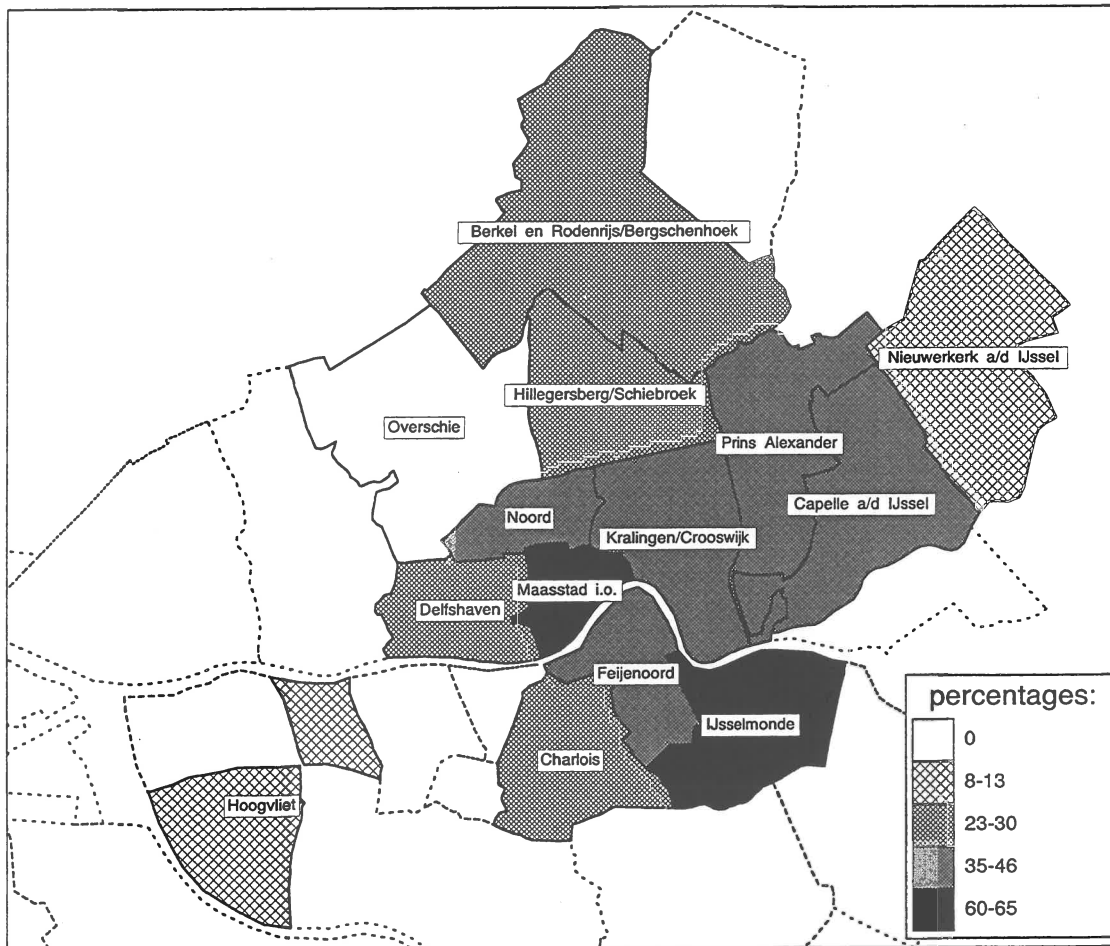
Bezien we het percentage dat aanpassing niet wenselijk acht, dan wel alleen geringe aanpassingen wil, dan kunnen drie groepen worden onderscheiden:

1. deelgebieden waar een duidelijke meerderheid (meer dan 60%) geen of geringe aanpassing wenst: Overschie, Charlois, Hoogvliet, Bergschenhoek/Berkel en Nieuwerkerk; met uitzondering van Charlois gaat het hier om randgemeenten of wijken die min of meer apart van de rest van de stad liggen;
2. deelgebieden waar ongeveer de helft (40 tot 60%) minimaal aanzienlijke aanpassing wenst: Delfshaven, Kralingen/Crooswijk en Capelle aan den IJssel.
3. deelgebieden waar een duidelijke meerderheid (meer dan 60%) minimaal voor aanzienlijke aanpassing is; dit zijn Maasstad, Noord, Prins Alexander, Feijenoord en IJsselmonde.

Tabel 6.2 Mate van wenselijkheid van aanpassing of verandering van de waarneemregeling in de verschillende (deel)gemeenten (absoluut aantal huisartsen en percentage van het totale aantal huisartsen)

	niet wenselijk	geringe aanpassing	aanzienlijke aanpassing	grootschalige organisatie	totaal
Maasstad	1 (10%)	2 (20%)	1 (10%)	6 (60%)	10 (100%)
Delfshaven	5 (16%)	13 (42%)	6 (19%)	7 (23%)	31 (100%)
Overschie	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)		5 (100%)
Noord	3 (14%)	5 (23%)	4 (18%)	10 (46%)	22 (100%)
Hilligersb./Schiebroek	5 (33%)	3 (20%)	3 (20%)	4 (27%)	15 (100%)
Kralingen/Crooswijk	4 (24%)	3 (18%)	4 (24%)	6 (35%)	17 (100%)
Prins Alexander	2 (7%)	10 (32%)	6 (19%)	13 (42%)	31 (100%)
Feijenoord		11 (38%)	6 (21%)	12 (41%)	29 (100%)
IJsselmonde		3 (18%)	3 (18%)	11 (65%)	17 (100%)
Charlois	3 (14%)	12 (57%)		6 (29%)	21 (100%)
Hoogvliet	2 (17%)	6 (50%)	3 (25%)	1 (8%)	12 (100%)
Bergschenh./Berkel en Rodenr.	2 (50%)	1 (25%)		1 (25%)	4 (100%)
Capelle a/d IJssel	2 (11%)	9 (47%)		8 (42%)	19 (100%)
Nieuwerkerk a/d IJssel		6 (75%)	1 (13%)	1 (13%)	8 (100%)

Figuur 6.1 Percentage van de huisartsen dat een grootschaliger organisatie van de waarneming wenst



Uit tabel 6.3 wordt duidelijk op welke onderdelen in de waarneemregeling aanpassingen wenselijk tot zeer wenselijk worden geacht. Het onderdeel dat meer dan de helft van de huisartsen aangepast zou willen zien, is de mogelijkheid voor alle huisartsen om zich uit te kopen voor het draaien van diensten. Iets minder dan de helft van de huisartsen vindt een koppeling van het aantal diensten dat gedraaid moet worden aan de grootte van de praktijk wenselijk. Overigens wordt hierbij door de huisartsen soms opgemerkt dat deze koppeling in hun eigen waarneemregeling al wordt toegepast. Een scherpere afbakening van de waarneemgebieden wordt door 41% van de huisartsen wenselijk gevonden. Overige aanpassingen die nog genoemd werden zijn het instellen van een centrale dokterspost, meer compensatie voor de diensten door middel van vrije tijd of een financiële vergoeding en meer assistentie tijdens de diensten.

Tabel 6.3 Aantal huisartsen dat verschillende aanpassingen wenselijk tot zeer wenselijk acht, N=250

Mogelijkheid tot uitkopen voor alle huisartsen	131 (52%)
Koppeling aantal diensten aan praktijkgrootte	121 (48%)
Scherpere afbakening waarneemgebieden	103 (41%)
Verbetering beschikbaarheid patiëntgegevens	94 (38%)
Inzetten van basisartsen als waarnemer	90 (36%)
Mogelijkheid tot uitkopen voor bepaalde huisartsen (oudere huisartsen)	61 (24%)
Grotere waarneemgroep	50 (20%)
Uitbreiding waarneemregeling met kantooruren	44 (18%)
Verbetering terugrapportage	43 (17%)
Verbetering afspraken over overdracht diensten	43 (17%)
Verbetering telefonische bereikbaarheid	31 (12%)

Bij eventuele aanpassing van de regeling is het de vraag in hoeverre de waarneming zich zou moeten beperken tot spoedeisende gevallen en in hoeverre indien een patiënt zich tijdens de diensten aandient alleen het minimale moet worden gedaan of dat deze zoveel mogelijk moet worden afgehandeld. Zoals blijkt uit tabel 6.4 is bijna 100% van de huisartsen het erover eens dat de waarneming uitsluitend bedoeld is voor spoedeisende gevallen. Een iets geringer percentage, 76% van de huisartsen, is het dan ook eens met de stelling dat tijdens de diensten alleen het minimale of spoedeisende wordt gedaan aan behandeling.

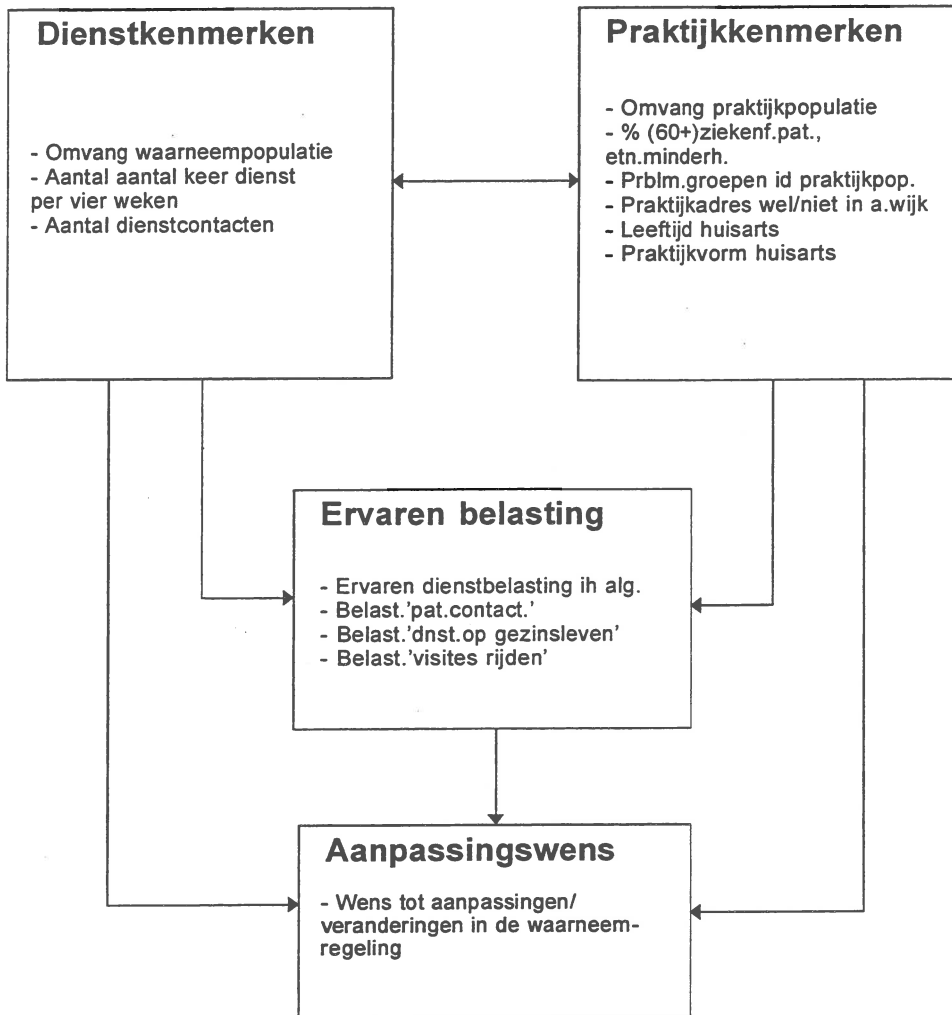
De huisartsen verschillen meer van mening over de vraag of diensten kunnen worden uitbesteed. Een meerderheid van de huisartsen is van mening dat de waarneming een taak van de huisarts moet blijven; niettemin heeft 42% van de huisartsen geen bezwaar tegen het uitbesteden van waarneemdiensten.

Tabel 6.4 Aantal huisartsen dat het met de volgende stellingen eens is, N=250

Waarneming is voortzetting van het werk overdag	2 (1%)
Waarneming is uitsluitend voor spoedeisende gevallen	244 (98%)
Tijdens diensten wordt zoveel mogelijk afgehandeld	49 (20%)
Tijdens diensten wordt alleen het minimale, spoedeisende gedaan	189 (76%)
De waarneming blijft een taak van de huisarts	137 (55%)
De waarneming kan ook worden uitbesteed	106 (42%)

Evenals in het voorgaande hoofdstuk is door middel van stapsgewijze regressie-analyse nagegaan in hoeverre de organisatie van de waarneming en praktijkkenmerken van invloed zijn op de wens tot aanpassing. In de analyse zijn tevens de drie factoren betreffende de ervaren belasting opgenomen: de ervaren belasting van patiëntcontacten, voor het gezinsleven en van het visiterijden (zie hoofdstuk 5). Het gehanteerde model is weergegeven in schema 6.1. De afhankelijke variabele in het model is de aanpassingswens gecodeerd van 0 tot 4, geen aanpassing gewenst, geringe aanpassing gewenst, aanzienlijke aanpassing gewenst maar principe van onderlinge waarneming blijft bestaan, grootschalige organisatie gewenst.

Schema 6.1 Analysemodel verklaring voor verschillen in aanpassingswens.



Met de regressie-analyse wordt 13,4% van de variantie verklaard. Er kwamen slechts twee variabelen naar voren als significant verband houdend met de aanpassingswens:

1. De ervaren belasting van diensten voor het gezinsleven (Beta=.35, p=.000): huisartsen die de diensten als een sterke aantasting van het gezinsleven ervaren hebben een sterkere wens tot aanpassing van de waarneemregeling dan huisartsen die dat minder ervaren;
2. Het percentage etnische minderheden in de praktijkpopulatie (Beta=.14, p=.000): huisartsen met een hoog percentage etnische minderheden in hun praktijk hebben een sterkere wens tot aanpassing van de waarneemregeling dan andere huisartsen.

Tot zover het algemene oordeel over aanpassing/verandering van aspecten van de waarneming. In de nu volgende paragraaf wordt het oordeel van de huisarts over concrete alternatieven beschreven.

6.3 Alternatieve modellen om de waarneming te regelen

Aan de huisartsen zijn vijf waarneemmodellen voorgelegd die niet uitgaan van het principe van onderlinge waarneming, maar van een andere, grootschaliger organisatie van de waarneming. In hoofdstuk twee zijn deze modellen beschreven. Aan de huisartsen is het oordeel over verschillende aspecten van de verschillende modellen gevraagd. We gaan hier eerst per model op in. Daarna wordt een vergelijking tussen de verschillende modellen gemaakt.

Den Bosch

In Den Bosch wordt in de weekenden gewerkt met een centrale huisartsenpost, waar patiënten zelf naartoe kunnen komen. Over deze centrale huisartsenpost wordt tamelijk positief geoordeeld: 65% van de huisartsen vindt de Bossche regeling in het algemeen redelijk tot goed. De jaarlijkse bijdrage voor de post van de huisarts bedraagt f400. Driekwart van de huisartsen beoordeelt zowel de kwaliteit als de financiële aspecten van dit model als redelijk tot goed. De mate van belasting voor de huisarts wordt door iets minder dan de helft van de huisartsen positief beoordeeld (tabel 6.5). Dit komt doordat er in deze regeling vergeleken met de huidige situatie nog veel diensten gedraaid moeten worden (een half weekend per vier weken). Van de huisartsen denkt 69% dat een regeling zoals in Den Bosch ook in Rotterdam zou kunnen worden toegepast. Aantrekkelijke punten zijn toch de lagere dienstbelasting (20%) en het werken met een centrale post (14%). Als bezwaarlijke punten worden genoemd de laagdrempeligheid van de huisartsenpost (36%) en het feit dat de frequentie van diensten niet verbetert (18%). Van de huisartsen is 89% zondermeer bereid de bijdrage in de kosten van de huisartsenpost te betalen.

Tabel 6.5 Percentage huisartsen met een goed tot slecht oordeel over onderdelen van het waarneemmodel zoals dat bestaat in Den Bosch, N=250

	goed	redelijk	matig	niet zo goed	slecht
Algemeen oordeel	29,1	35,9	18,4	12,0	4,7
Belasting voor de huisarts	18,9	28,8	29,2	15,5	7,7
Kwaliteit van de dienstverlening	33,3	39,8	16,2	7,4	3,0
Financiële aspecten	43,2	31,3	17,1	5,3	3,1

Den Haag

De doktersnachtdienst is een centrale regeling voor de nachtdiensten waar 90% van de Haagse huisartsenpraktijken bij is aangesloten. De Haagse doktersnachtdienst wordt minder positief beoordeeld. Van de huisartsen 40% is in het algemeen redelijk tot goed te spreken over de regeling. Huisartsen draaien eenmaal per 19 avonden/nachten drukke diensten. Ruim de helft van de huisartsen vindt de mate van belasting voor de huisarts redelijk tot matig. Ditzelfde geldt voor de kwaliteit van de regeling. In de Haagse regeling betalen de huisartsen zelf voor de hulp aan eigen praktijkpatiënten buiten kantooruren. Ook over deze financiële aspecten is de helft van de huisartsen redelijk tot matig positief (tabel 6.6). Van de huisartsen denkt 54% dat de regeling toepasbaar is in de Rotterdamse situatie. Aantrekkelijke punten van het Haagse model zijn de lagere belasting (37% van alle antwoorden) en het feit dat er niet voor een achterwacht gezorgd hoeft te worden (12%). Bezwaarlijke punten echter zijn de hoge

kosten (20%) en de zwaarte van de diensten (16%). De bijdrage in de kosten voor de regeling vindt 33% van de huisartsen te hoog en zij zijn niet bereid dit bedrag te betalen.

Tabel 6.6 Percentage huisartsen met een goed tot slecht oordeel over onderdelen van het waarneemmodel zoals dat bestaat in Den Haag, N=250

	goed	redelijk	matig	niet zo goed	slecht
Algemeen oordeel	12,3	28,1	26,0	20,4	13,2
Belasting voor de huisarts	16,7	26,6	26,2	19,3	11,2
Kwaliteit van de dienstverlening	14,3	25,7	27,8	22,2	10,0
Financiële aspecten	13,2	22,4	28,1	20,2	16,2

Denemarken

Het Deense waarneemmodel is gebaseerd op regionale coördinatiecentra voor het opnemen van de hulpvragen en verschillende huisartsenposten in de regio vanwaaruit huisbezoeken worden afgelegd en consulten worden gedaan. 52% van de huisartsen beoordeelt het Deense waarneemmodel in het algemeen goed en zelfs 83% beoordeelt het model als redelijk tot goed. In dit model doet de huisarts niet vaker dan eenmaal per 35 nachten dienst en niet meer dan eenmaal in de 15 avonden. 81% van de huisartsen vindt de mate van belasting voor de huisarts redelijk tot goed. De financiële aspecten van het model worden eveneens door 81% van de huisartsen positief beoordeeld. Ruim 70% van de huisartsen is positief over de kwaliteit van de dienstverlening in het Deense model (tabel 6.7). Van de patiënten is 90% eveneens tevreden over de kwaliteit van de dienstverlening. Driekwart van de huisartsen denkt dat dit model in Rotterdam zou kunnen worden toegepast. Als meest aantrekkelijke punten worden genoemd de lagere belasting van de diensten (51% van alle antwoorden) en de mogelijkheid voor huisartsen om de diensten uit te besteden/uit te kopen (19%). Bezwaarlijke punten van dit Deense model zijn de onpersoonlijkheid van de dienstcontacten (22%) en de grootte van het waarneemgebied (12%). De financiële bijdrage die de huisartsen voor de regeling moeten doen bedraagt ongeveer f1000 per jaar. 94% van de huisartsen is bereid deze kosten voor de regeling op zich te nemen, waarvan 21% de kosten wel aan de hoge kant vindt.

Tabel 6.7 Percentage huisartsen met een goed tot slecht oordeel over onderdelen van het waarneemmodel zoals dat bestaat in Denemarken, N=250

	goed	redelijk	matig	niet zo goed	slecht
Algemeen oordeel	51,9	30,5	13,0	2,9	1,7
Belasting voor de huisarts	51,9	28,9	13,8	4,2	1,3
Kwaliteit van de dienstverlening	39,2	33,6	18,1	7,3	1,7
Financiële aspecten	51,3	29,9	13,2	3,8	1,7

Groot-Brittannië

In de Britse situatie is het voor de huisarts mogelijk de diensten te laten doen door een commerciële organisatie. De Britse regeling wordt door aanzienlijk minder huisartsen positief beoordeeld. Slechts 35% beoordeelt het model in het algemeen redelijk tot

goed. De huisarts kan er in dit model voor kiezen om geen nachtdiensten meer te doen. De mate van belasting voor de huisarts wordt door 82% van de huisartsen daarom redelijk tot goed beoordeeld. De kwaliteit wordt echter zeer negatief beoordeeld; 82% van de huisartsen vindt de kwaliteit matig tot slecht. De Britse huisartsen krijgen van de National Health Service een vergoeding voor de nachtdiensten; het tarief voor het zelf draaien van de nachtdienst is echter hoger dan het tarief voor het verkopen van de nachtdienst aan de Deputising Service. 55% van de huisartsen vindt de financiële aspecten redelijk tot goed in dit model (tabel 6.8). 40% is van mening dat een dergelijk model toepasbaar is in Rotterdam. Als aantrekkelijke punten in de Britse regeling worden genoemd de mogelijkheid voor de huisarts om zich voor diensten uit te kopen (40%). Ook de lagere dienstbelasting werd als aantrekkelijk punt genoemd (16%). Een bezwaarlijk punt is de mindere of twijfelachtige kwaliteit van de regeling (28%) en het feit dat ook niet-huisartsen en onervaren huisartsen de waarneming op zich kunnen nemen (27%).

Tabel 6.8 Percentage huisartsen met een goed tot slecht oordeel over onderdelen van het waarneemmodel zoals dat bestaat in Groot-Brittannië, N=250

	goed	redelijk	matig	niet zo goed	slecht
Algemeen oordeel	17,2	18,1	29,3	24,1	11,2
Belasting voor de huisarts	50,9	31,3	12,2	3,0	2,6
Kwaliteit van de dienstverlening	7,8	10,4	36,1	33,9	11,7
Financiële aspecten	29,2	25,7	30,1	10,2	4,9

Utrecht

Nightcare is een project waarin de huisarts tegen betaling kan kiezen voor het draaien van vier, twee of geen diensten per kwartaal. Van de huisartsen vindt 50% het jonge Utrechtse nachtdienst initiatief redelijk tot goed. Bij 66% wordt een verbetering gezien in de mate van belasting voor de huisarts. De kosten voor het participeren kunnen oplopen tot maximaal f561 per maand. Van de huisartsen beoordeelt 41% de kwaliteit en de financiële aspecten van de regeling redelijk tot goed (tabel 6.9). Van de huisartsen is 68% van mening dat deze regeling ook in Rotterdam zou kunnen worden toegepast. De aantrekkelijke punten van het nightcare project zijn de verminderde belasting (22%) en de mogelijkheid om zich voor nachtdiensten uit te kopen (40%). Bezwaarlijke punten zijn de kleine bezetting van huisartsen in de regeling (23%) en het feit dat de regeling alleen voor de nachten geldt (13%). Van de huisartsen vindt 69% de bijdrage in de kosten van de regeling hoog. 33% is om deze reden niet bereid het bedrag te betalen.

Tabel 6.9 Percentage huisartsen met een goed tot slecht oordeel over onderdelen van het waarneemmodel zoals dat bestaat in Utrecht, N=250

	goed	redelijk	matig	niet zo goed	slecht
Algemeen oordeel	24,2	26,0	25,1	16,1	8,5
Belasting voor de huisarts	31,7	34,4	20,6	8,7	4,6
Kwaliteit van de dienstverlening	18,2	22,5	42,1	13,9	3,3
Financiële aspecten	21,7	19,3	30,7	17,5	10,8

Concluderend kan gesteld worden dat een aantal punten de alternatieve modellen aantrekkelijk maken, zoals:

- Een lagere dienstbelasting. Dit betekent in de meeste gevallen een lagere dienstfrequentie, maar het kan ook betekenen dat de diensten als minder zwaar worden gezien.
- De mogelijkheid om diensten uit te besteden, zich uit te kopen. Er is een sterke behoefte om het diensten draaien zelf te kunnen beïnvloeden, hetzij door één bepaalde dienst zonder problemen aan iemand anders door te geven, hetzij door volledige vrijstelling van bijvoorbeeld de nachtdienst tegen een bepaalde prijs.
- Grootschaligheid. Hier kan onder verstaan worden het dienst draaien met collega's in plaats van alleen, het gebruik van een centrale huisartsenpost, een eenduidige organisatie.

Over een aantal andere punten in de alternatieve modellen is men niet altijd positief, zoals:

- De kwaliteit van de dienstverlening en van de hulpverleners.
- De grootte van de waarneempopulatie. Met name het Deense en het Haagse model zijn van toepassing op zeer grote patiëntenpopulaties in vergelijking met de huidige Rotterdamse regelingen.
- De organisatie van de regeling. Sommige regelingen gelden maar voor bepaalde diensten; de dienstitijden leveren problemen op bij sommige regelingen; er moeten nog teveel diensten gedraaid worden; het aantal participerende huisartsen is te gering of de regeling is te laagdrempelig waardoor oneigenlijke hulpvragen kunnen ontstaan.
- Tenslotte werd nog genoemd de zwaarte van de diensten en het feit dat een regeling een ondermijning van het huisartsenvak kan betekenen.

In de tabellen 6.10 en 6.11 zijn verschillende onderdelen van de alternatieve waarneemmodellen naast elkaar gezet, evenals de financiële kant van de modellen. Bij het algemeen oordeel over de modellen springt het Deense model eruit, 52% van de huisartsen heeft een positief oordeel. Ook bij de belasting voor de huisarts scoort het Deense model goed samen met de Britse deputising service. De kwaliteit wordt het meest positief beoordeeld wederom in het Deense en in het Bossche model. Ditzelfde oordeel wordt gegeven over de financiële aspecten. Uit tabel 6.11 blijkt dat de kosten voor het Haagse en Utrechtse model door ruim een kwart van de huisartsen te hoog worden gevonden. Een meerendeel van de huisartsen is echter zondermeer bereid de kosten voor het Bossche en Deense model te betalen.

Tabel 6.10 Percentage huisartsen met een positief oordeel over verschillende onderdelen van de alternatieve waarneemmodellen

	alg. oordeel	belasting huisarts	kwaliteit dienstverlening	financiële aspecten
Den Bosch	29,1	18,9	33,3	43,2
Den Haag	12,3	16,7	14,3	13,2
Denemarken	51,9	51,9	39,2	51,3
Groot-Brittannië	17,2	50,9	7,8	29,2
Utrecht	24,2	31,7	18,2	21,7

Tabel 6.11 Oordeel van de huisartsen over de bijdrage in de kosten bij de verschillende alternatieve waarneemmodellen, N=250

	te hoog, niet bereid te betalen	aan hoge kant, bereid te betalen	zondermeer bereid te betalen
DB, f400 per jaar	5,2%	4,0%	76,4%
DH, f35 per visite f11 per consult	28,4%	26,4%	32,0%
DEN, f1000 per jaar	5,2%	19,2%	66,8%
U, f0, f187 of f561 per maand	28,8%	32,0%	26,8%

Gevraagd is welk model de voorkeur geniet (tabel 6.12). Door 40% van de respondenten wordt het Deense model als het meest positieve beoordeeld. Dit wordt gevolgd door het model in Den Bosch (22%).

Tabel 6.12 Aantal huisartsen met een voorkeur voor de verschillende alternatieve waarneemmodellen per deelgemeente

	DEN	GB	Den Haag	Den Bosch	Utrecht	geen	bestaande regeling
Maasstad	4	1	1	1	2	1	
Delfshaven	11	1	3	6	5	2	3
Overschie	2			2			1
Noord	8	4		5	2	1	
Hilleg./Schiebroek	8			3	2	1	2
Kral./Crooswijk	7	3	2	5	2	1	
Prins Alex.	7	2	1	5	8	1	2
Feijenoord	16	3	1	6	6		
IJsselmonde	10	2	1	3	2		
Charlois	10	1	2	6	3	1	1
Hoogvliet	3			5	2		
Bergschenh./Berkel Rodenr	1	1		1		1	1
Capelle a/d IJssel	9	4	1	4	2		
Nieuwerkerk a/d IJssel	5			2			
Totaal	101	22	12	54	36	9	10

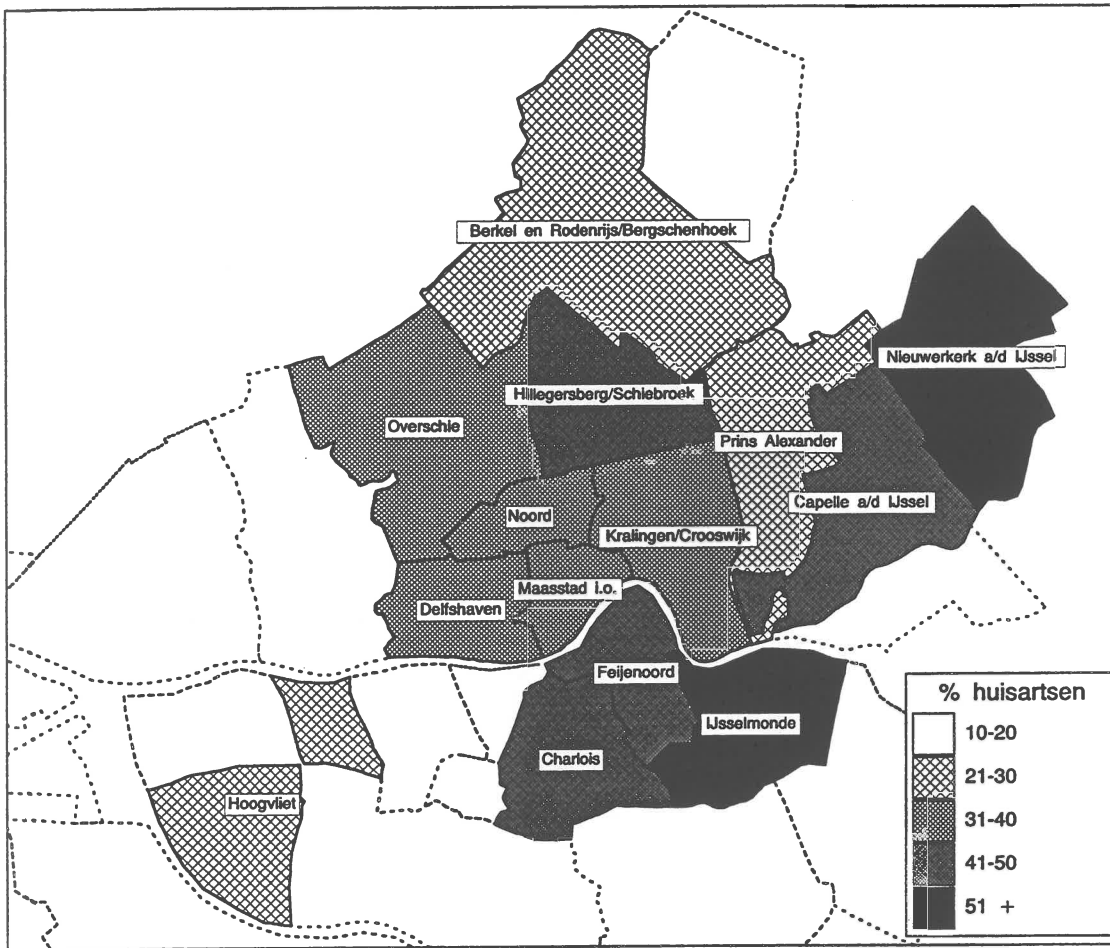
Uit tabel 6.13 blijkt dat het Deense model in elke (deel)gemeente door tenminste de helft van de huisartsen toepasbaar in de Rotterdamse situatie geacht wordt, behalve door de huisartsen in Nieuwerkerk a/d IJssel (43%). Tenminste 60% van de huisartsen in elke deelgemeente acht het Bossche model in Rotterdam toepasbaar, behalve de huisartsen in Delfshaven (43%). Het Britse en het Haagse model worden het minst gewaardeerd en worden tevens door veel minder huisartsen toepasbaar geacht in de Rotterdamse situatie.

Tabel 6.13 Aantal huisartsen dat de verschillende alternatieve waarneemmodellen wel toepasbaar in Rotterdam acht, en het percentage van het aantal respondenten per vraag

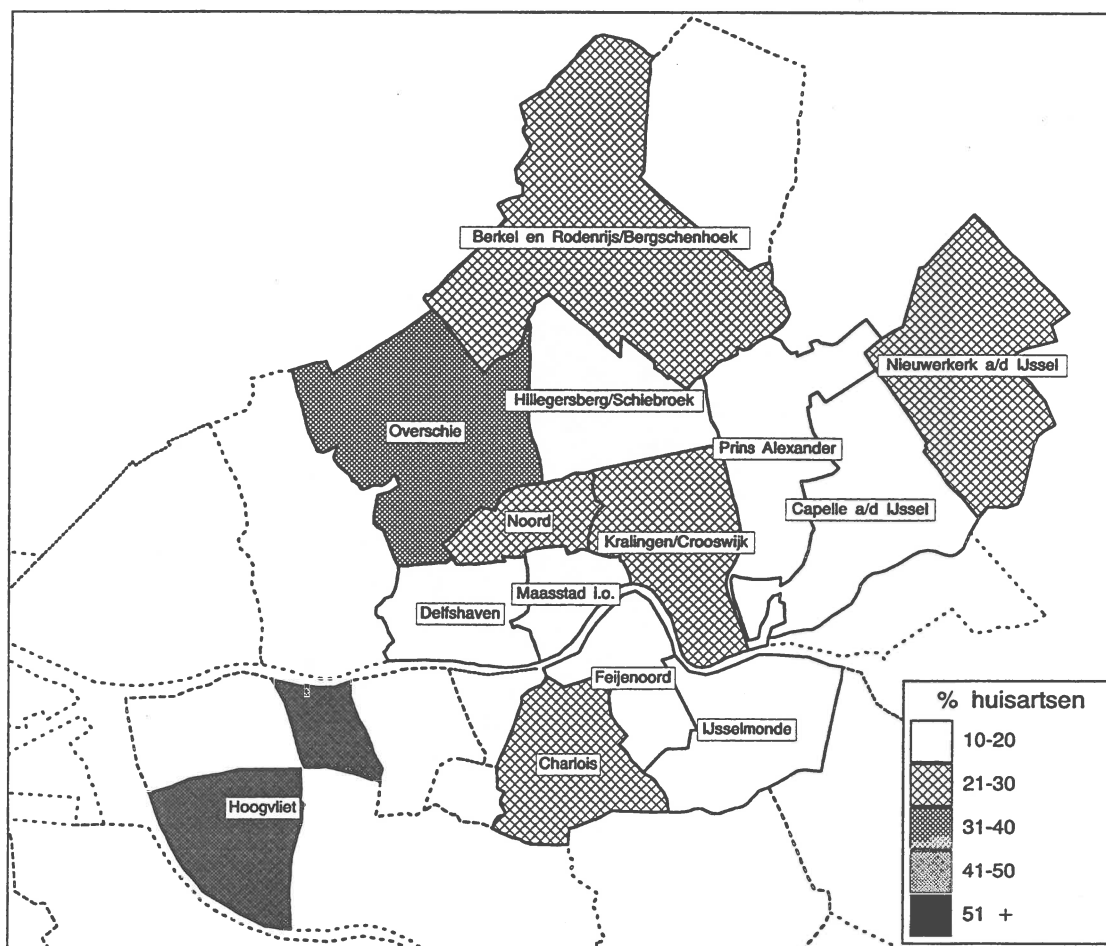
	Denemarken	Groot-Britannië	Den Haag	Den Bosch	Utrecht
Maasstad	9(100%)	3 (33%)	8 (73%)	7 (70%)	6 (60%)
Delfshaven	20 (67%)	11 (38%)	10 (39%)	12 (43%)	16 (55%)
Overschie	2 (50%)	1 (25%)	1 (20%)	3 (60%)	2 (50%)
Noord	20 (91%)	9 (45%)	12 (57%)	14 (70%)	12 (71%)
Hilligersb./Schiebroek	8 (53%)	2 (14%)	5 (33%)	9 (60%)	6 (50%)
Kralingen/Crooswijk	13 (77%)	6 (35%)	9 (56%)	13 (81%)	13 (77%)
Prins Alexander	25 (83%)	10 (39%)	14 (50%)	18 (69%)	20 (83%)
Feijenoord	21 (78%)	13 (50%)	16 (59%)	21 (78%)	16 (62%)
IJsselmonde	16 (84%)	10 (56%)	16 (84%)	14 (74%)	15 (83%)
Charlois	18 (86%)	7 (33%)	8 (38%)	17 (81%)	13 (65%)
Hoogvliet	7 (64%)	4 (36%)	4 (36%)	6 (60%)	6 (60%)
Bergschenh./Berkel en Rodenrijs	3 (75%)	1 (25%)	2 (50%)	3 (75%)	2 (50%)
Capelle a/d IJssel	14 (78%)	12 (67%)	12 (63%)	13 (72%)	14 (78%)
Nieuwerkerk a/d IJssel	3 (43%)	1 (14%)	5 (83%)	6 (100%)	5 (71%)

Om te bezien in hoeverre ruimtelijke concentraties in voorkeuren voorkomen zijn figuren vervaardigd voor de twee modellen die de meeste voorkeur genieten. Voor het Deense model lijkt een concentratie van voorkeur in Rotterdam-Zuid (figuur 6.2). Voor het overige zijn er geen duidelijke concentraties waar nemen. Dat geldt ook voor het Bossche model (figuur 6.3).

Figuur 6.2 Percentage huisartsen met een voorkeur voor het Deense model



Figuur 6.3 Percentage huisartsen met een voorkeur voor het Bossche model



6.4 Aanpassingswensen bij andere voorzieningen

In de interviews met de andere voorzieningen die hulp buiten kantooruren verlenen is gevraagd wat een grootschaliger organisatie van de hulp buiten kantooruren zou betekenen voor de huisarts en voor de eigen organisatie. Tevens werd gevraagd of er ideeën bestaan over het oplossen van de knelpunten in de hulpverlening buiten kantooruren. In deze paragraaf wordt van deze vragen verslag gedaan.

Door de verschillende voorzieningen is een groot aantal positieve en negatieve punten van een grootschaliger regeling genoemd, evenals een aantal ideeën over wenselijke maatregelen die genomen zouden moeten worden om de knelpunten in de hulp- en dienstverlening buiten kantooruren op te lossen.

De hulpverlenende en dienstverlenende voorzieningen zijn niet onverdeeld positief over een grootschaliger organisatie van de waarneming. Twee voorzieningen (Crisiscentrum en Boumanhuis) zijn eerder negatief. Zij vrezen enerzijds dat een grootschaliger regeling meer agressie tot gevolg zal hebben (bijvoorbeeld doordat de anonimiteit toeneemt) en anderzijds dat de communicatie en bereikbaarheid zal verslechteren. Vijf

voorzieningen zien vooral voordelen van een grootschaliger organisatie. Met name wordt genoemd de duidelijkheid die een grootschaliger regeling de patiënt zou kunnen bieden (Acuut maatschappelijk werk, Politie Rotterdam Rijnmond, Sint Franciscus Gasthuis, Doktersdienst Rotterdam en CPA). Zes voorzieningen zijn van mening dat het schaalniveau van een waarneemregeling niet zozeer verbeteringen kan brengen. Problemen als oneigenlijke hulpvragen, werkbelasting en onvoldoende toegang tot patiëntgegevens moeten echter wel aangepakt worden (Thuiszorg, Dijkzigt ziekenhuis, Zuiderziekenhuis, IKG en Bornkamp artsentelefoon).

Alle genoemde positieve en negatieve aspecten van een grootschaliger regeling worden hieronder op een rij gezet. Tevens worden ideeën genoemd over verbetering van de huidige waarneemregeling en over andere manieren om de waarneming te regelen die in de interviews ter sprake zijn gekomen.

Positieve aspecten van een grootschaliger regeling die genoemd zijn tijdens de interviews:

- Een grootschaliger en centrale regeling is efficiënter. Dit betekent meer rust en minder belasting voor de huisarts (Dijkzigt ziekenhuis, RIAGG, Politie).
- De bereikbaarheid van de huisarts buiten kantooruren, een belangrijk knelpunt, zou kunnen verbeteren in een grootschaliger regeling (Sint Franciscus Gasthuis, Thuiszorg).
- De regeling biedt meer duidelijkheid voor zowel de patiënt als de huisarts (CPA, Doktersdienst, Sint Franciscus Gasthuis, Acuut maatschappelijk werk).
- De huisarts is tijdens een dienst echt 'aan het werk'. Dit in tegenstelling tot de onzekere situatie waarin moet worden afgewacht wanneer en hoeveel hulpvragen zich aandienen (RIAGG, Acuut maatschappelijk werk).
- Het aantal oneigenlijke hulpvragen op de afdelingen spoedeisende hulp van de verschillende ziekenhuizen neemt af (CPA, Sint Franciscus Gasthuis).

Naast de positieve aspecten zijn er ook negatieve aspecten van een grootschaliger regeling genoemd:

- Een grootschaliger en meer centrale regeling heeft een concentratie van de problematiek tot gevolg. Dit zou kunnen leiden tot meer incidenten (Crisiscentrum).
- De anonimiteit neemt verder toe, waardoor ook de agressie jegens de hulpverleners toe zal nemen (Politie, Crisiscentrum, Boumanhuis, RIAGG, Doktersdienst).
- Centralisatie kan ook betekenen dat er een grotere hulpvraag bij de spoedeisende hulpafdelingen van het ziekenhuis ontstaat, omdat de zorg op buurtniveau verdwijnt (Crisiscentrum, Zuiderziekenhuis).
- Een grootschaliger regeling kan van invloed zijn op de efficiëntie. De snelheid van reageren neemt af, de samenwerking wordt moeilijker doordat het individuele contact met de huisarts minder makkelijk tot stand komt, er moet rekening worden gehouden met meer regels/protocollen, patiëntgegevens zijn moeilijker beschikbaar (Boumanhuis).
- De onderlinge verantwoordelijkheid en kwaliteitsbewaking tussen huisartsen neemt af (Boumanhuis).
- Grootschaligheid houdt het gevaar van onderbezetting van huisartsen in zich (Sint Franciscus Gasthuis).
- Centralisatie kan een stormloop van patiënten veroorzaken die buiten kantooruren hulp vragen, bijvoorbeeld voor second opinions (IKG).
- Centralisatie kan negatieve gevolgen hebben voor de privacy en dossiervorming van

patiënten (IKG).

- Het opzetten van bijvoorbeeld een centrale post kost veel geld (Doktersdienst).

In de interviews is door een aantal voorzieningen, los van de positieve en negatieve aspecten, ideeën voor verbeteringen van de huidige waarneemregeling of voor een andere manier om de waarneming te regelen genoemd. De genoemde punten zijn dus opvattingen van deze voorzieningen.

Aanpassingen van de bestaande regeling

- Verbetering van de beschikbaarheid van patiëntgegevens, waardoor de bekendheid tussen huisarts en patiënt vergroot wordt (Crisiscentrum, Thuiszorg).
- Eenduidigheid creëren in waarneemregelingen (Thuiszorg).
- Doorschakeling van de telefoon met behulp van *21, zodat de huisarts zelf altijd bereikbaar is (CPA).
- De introductie van een persoonlijke chip-kaart of 'alert-card' met alle patiëntgegevens naast de normale patiënten dossiers (IKG).

Andere manieren om de waarneming te regelen

- De opdeling van Rotterdam in vier of vijf delen, waarbij elk deel een centrale huisartsenpost heeft gelieerd aan een ziekenhuis (Sint Franciscus Gasthuis).
- Telefoontjes die binnenkomen centraliseren en laten beoordelen door een arts of verpleegkundige. Centralisatie van gegevens in een (elektronische) databank (Dijkzigt ziekenhuis).
- Via of op de lokatie van de doktersdienst telefonische consulten doen. De diensten hiervoor kunnen in groepen of centraal geregeld worden, waardoor de frequentie af neemt. Daarnaast doen een aantal huisartsen dienst om visites af te leggen (Doktersdienst).

Maatregelen die los staan van een bepaalde waarneemregeling

- Het verhogen van de medische kennis bij het publiek om oneigenlijke hulpvragen te voorkomen (Dijkzigt ziekenhuis).
- Het invoeren van een financiële drempel voor het inroepen van hulp buiten kantooruren (Zuiderziekenhuis).

Aan de capaciteitsproblemen op deze afdelingen wordt echter gewerkt, onder andere door het onderzoeken van de haalbaarheid van een centraal coördinatiecentrum.

De doktersdienst, artsentelefoon, thuiszorg, acuut maatschappelijk werk en het Dijkzigt ziekenhuis hebben aangegeven bereid te zijn om actief mee te denken/werken aan een oplossing voor de knelpunten in de hulp buiten kantooruren.

6.5 Samenvatting

De overgrote meerderheid (83%) van de huisartsen vindt aanpassing van de waarneemregeling wenselijk. Ongeveer eenderde wil geringe aanpassing, eveneens een derde wil een geheel andere, grootschalige organisatie en de rest zit daar tussenin. De grootste groep wil niet alleen aanpassing van de nacht- of weekenddienst, maar een aanpassing van de hele regeling. Met name in de randgemeenten en wijken en in min of meer gescheiden van de stad liggende buitenwijken is minder draagvlak voor verandering.

Veel geuite wensen voor verbetering van de waarneemregeling zijn: meer mogelijkhe-

den om zich uit te kopen, een koppeling van de dienstfrequentie aan de praktijkgrootte, scherpere afbakening van de waarneemgebieden en verbetering van de beschikbaarheid van patiëntgegevens. De huisartsen vinden in overgrote meerderheid dat de waarneming zich moet beperken tot spoedeisende gevallen en dat daaraan alleen het minimale spoedeisende moet worden gedaan.

Huisartsen die de diensten als een sterke aantasting voor het gezinsleven ervaren hebben een sterkere wens tot aanpassing dan andere huisartsen. Hetzelfde geldt voor huisartsen met een hoog percentage etnische minderheden in de praktijkpopulatie.

Het Deense model met regionale coördinatiecentra wordt door 40% van de huisartsen als meest aantrekkelijke alternatief voor de huidige waarneemregeling beschouwd. Met name in Rotterdam Zuid is een sterke voorkeur voor dit model. Ook de Centrale huisartsenpost voor de weekendwaarneming in Den Bosch wordt als aantrekkelijk gezien. De Haagse doktersnachtdienst en worden als minder aantrekkelijk gezien, terwijl nightcare in Utrecht een tussenpositie inneemt.

De andere voorzieningen zien voordelen in een grootschalige organisatie van de waarneming, die vooral liggen op het vlak van een hogere efficiëntie, grotere duidelijkheid, een betere bereikbaarheid en minder oneigenlijke hulpvraag in het ziekenhuis. Men ziet echter ook gevaren. Aan de ene kant wijst men op het gevaar van onderbezetting en daardoor een slechtere bereikbaarheid en meer oneigenlijke hulpvraag in het ziekenhuis, en een toeloop van patiënten als gevolg van een betere bereikbaarheid. Men wijst er voorts op dat een grootschaliger regeling het probleem van agressieve patiënten niet oplost of integendeel daar zelfs negatief op kan uitwerken.

7. CONCLUSIES EN SLOTBESCHOUWING

7.1 Samenvatting

In dit onderzoek is een antwoord gezocht op de volgende vragen:

1. Hoe is de spoedeisende medische hulpverlening buiten kantooruren, zoals deze wordt verleend door de huisarts en door aanpalende voorzieningen, in Rotterdam en omstreken georganiseerd, wat is de belasting voor de huisarts en andere hulpverleners, hoe is de kwaliteit van de huisartsenzorg en van de aanpalende voorzieningen en welke variaties bestaan er tussen huisartsen in verschillende delen van het onderzoeksgebied?
2. Welke knelpunten doen zich waar voor in de spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren, verleend door de huisarts en aanpalende voorzieningen? Is er een samenhang tussen deze knelpunten en de wijze waarop de hulpverlening is georganiseerd?
3. Wat is de wenselijkheid en de haalbaarheid van alternatieve organisatievormen van de waarneming voor de organisatie van de spoedeisende medische hulpverlening buiten kantooruren? Welke variaties zijn er op het gebied van deze wenselijkheid en haalbaarheid tussen huisartsen in de verschillende delen van het onderzoeksgebied en hangt dat samen met de wijze waarop de waarneming is georganiseerd en met de door huisartsen ervaren knelpunten?

In het onderzoek staat de spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren door de huisarts centraal. Omdat ook door andere voorzieningen spoedeisende hulpverlening wordt geboden, waardoor de onderlinge afstemming van groot belang is, worden deze meegenomen in het onderzoek.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn uitgevoerd:

- een schriftelijke enquête onder huisartsen in Rotterdam en omstreken¹; de respons bedraagt 77%;
- interviews met medewerkers van het acuut maatschappelijk werk, het crisiscentrum, het CAD, de boodschappendiensten, de thuiszorg, de CPA, de RIAGG, het klachtenbureau en 3 ziekenhuizen.

Per onderzoeksvraag worden de uitkomsten samengevat.

¹ Het onderzoeksgebied omvat de gemeente Rotterdam (excl. Hoek van Holland), Capelle a/d IJssel, Nieuwerkerk a/d IJssel, Bergschenhoek en Berkel en Rodenrijs.

1. De huidige situatie

organisatie

De waarneming in Rotterdam en omstreken is georganiseerd in 29 waarneemgroepen. De groepsomvang en dus ook de omvang van de waarneempopulatie ligt boven het landelijk gemiddelde. 61% van de huisartsen draait diensten voor 20.000 patiënten of meer.

belasting voor de hulpverleners

Gemiddeld draaien de huisartsen negen keer dienst (96 uur) per vier weken waarvan 5 tot 6 keer nachtdienst (39 uur). Eén op de vijf huisartsen beschikt niet over een achterwacht. De rol van achterwacht wordt meestal vervuld door artsen of de partner. Door 14% van de huisartsen worden de diensten geregeld uitbesteed. Anderen zouden dit ook wel willen, maar doen dit niet vanwege de hoge kosten en omdat het moeilijk is een (goede) waarnemer te vinden. Ruim een derde van de huisartsen draait de diensten niet vanuit huis maar vanuit het praktijkadres. Voor de telefonische bereikbaarheid wordt veelvuldig gebruik gemaakt van het antwoordapparaat en de dokterstelefoon. Directe doorschakeling komt relatief weinig voor. De huisartsen schatten gemiddeld 14 contacten per avond te hebben en vier per nacht. In het weekend liggen deze aantallen hoger. In de meeste gevallen gaat het om telefonische contacten. Tijdens de diensten is het ziekenhuis de voorziening waarnaar het vaakst wordt verwezen, op grote afstand gevolgd door de RIAGG en de thuiszorg.

kwaliteit

Afgezet tegen de professionele richtlijnen (LHV-nota Bereikbaarheid en Beschikbaarheid, NHG-standaard) kan worden geconstateerd dat de waarneemregelingen van de Rotterdamse huisartsen op een aantal punten te wensen overlaat. Over het algemeen (89%) heeft men conform de eisen de waarneemregeling op schrift staan. De reglementen voldoen echter niet aan alle gestelde eisen: gemiddeld wordt aan 8 van de 12 eisen voldaan. Een tweede punt is dat de omvang van de waarneempopulatie bij meer dan de helft van de huisartsen boven de geadviseerde norm van 20.000 en soms zelfs boven de verplichte norm van 30.000 ligt. Tenslotte kan alleen in een kwart van de gevallen de huisarts gebruik maken van patiëntgegevens van de huisarts waarvoor wordt waargenomen.

variëaties

Er zijn belangrijke geografische variaties te constateren in het bovengeschetste algemene beeld. In enkele deelgebieden (m.n. Capelle, Charlois en Delfshaven) functioneren grootschaliger waarneemregelingen. Er wordt daar minder frequent waargenomen voor een grotere waarneempopulatie waardoor men meer contacten per dienst heeft. Aan de andere kant zien we in de kleinere randgemeenten en buitenwijken als bijvoorbeeld Overschie kleinere waarneemgroepen. In deze gebieden wordt frequenter waargenomen en heeft men minder contacten per dienst. Ook zien we dat in deze wijken de eigen huisarts de nachtdienst nog vaak zelf doet.

Huisartsen met grote praktijken en een hoog percentage ziekenfondsverzekerden en/of etnische minderheden in hun praktijkpopulatie, hebben relatief omvangrijke waarneempopulaties. De contactfrequentie per dienst ligt in deze praktijken ook hoger. Huisartsen in solo-praktijken draaien relatief vaker dienst dan huisartsen in andere

praktijkvormen.

andere voorzieningen

Naast de huisarts functioneren er in het onderzoeksgebied andere voorzieningen voor mensen die buiten kantooruren acute problemen hebben: de ziekenhuizen, de thuiszorg, het maatschappelijk werk, de RIAGG, het Crisiscentrum en het CAD. Alleen bij de RIAGG wordt vereist dat de huisarts de patiënt eerst ziet. Behalve de thuiszorg heeft geen enkele voorziening een apart budget voor hulpverlening buiten kantooruren. Zij worden geacht het als een normaal onderdeel van hun werk te bieden. Het overgrote deel van de hulpvraag buiten kantooruren komt bij de huisarts of de polikliniek van het ziekenhuis terecht. De overige voorzieningen hebben buiten kantooruren voor de hele regio slechts één tot twee hulpverleners beschikbaar.

2. Knelpunten

belasting

Bijna 80% van de huisartsen in het onderzoeksgebied ondervindt de diensten als belastend; 35% vindt ze zelfs zeer belastend. Dat geldt met name voor de nachtdienst. Het percentage huisartsen dat heeft aangegeven dat de diensten een belasting vormen, ligt in de randgemeenten lager dan in de stad. Een signaal voor de grote belasting is het feit dat één op de zeven huisartsen regelmatig diensten uitbesteden en een groot aantal anderen dat wel zou willen maar dat nalaat om financiële redenen dan wel omdat geen waarnemer kan worden gevonden. De aspecten van de diensten die met name als belastend worden ervaren betreffen het gedrag van patiënten (eisend gedrag, oneigenlijke hulpvraag) en het beslag dat wordt gelegd op het gezinsleven. Er zijn geen grote verschillen tussen de deelgebieden in de aspecten van de diensten die als belastend worden ervaren.

kwaliteit

Het oordeel van de huisartsen over het functioneren van de waarneemregeling is over het algemeen positief. Problemen hebben huisartsen alleen met het onvoldoende beschikbaar zijn van patiëntgegevens. Het feit dat de waarneemregelingen op een aantal punten niet voldoen aan de aanbevelingen en richtlijnen van LHV/NHG wordt kennelijk niet als problematisch beschouwd.

Problemen ondervinden huisartsen wel als zij tijdens de waarneming naar andere voorzieningen verwijzen: de ziekenhuizen zijn vol, het is moeilijk om opnames te regelen, het duurt lang voordat een RIAGG-hulpverlener beschikbaar is, zijn klachten die door een groot deel van de huisartsen worden verwoord. Een kwart van de huisartsen zegt tijdens de diensten regelmatig patiënten te zien die bij een andere voorziening thuishoren.

variaties

Nadere analyse leert dat er slechts een geringe samenhang tussen ervaren dienstbelasting en de organisatie van de waarneming is. Er kan worden geconstateerd dat huisartsen die drukke diensten hebben een relatief hoge belasting betreffende het gedrag van patiënten en het afleggen van visites ondervinden. Daarbij is rekening gehouden met verstorende kenmerken zoals de bewerkelijkheid van de praktijk en praktijkvorm. Een aspect van de bewerkelijkheid van de praktijk dat positief samen-

hangt met de ervaren dienstbelasting is het voorkomen van probleemgroepen als drugs- en alcoholverslaafden.

andere voorzieningen

Moeilijkheden om opnames te regelen worden ook door andere voorzieningen gerapporteerd. Verschillende voorzieningen hebben te kampen met een onderbezetting buiten kantooruren. Oneigenlijke hulpvraag is een probleem dat ook door de ziekenhuizen wordt ervaren. In de relatie tot de huisarts wordt door verschillende voorzieningen (ziekenhuis, RIAGG, thuiszorg, verslaafdenzorg, ambulance) gesproken over hulpvraag die eigenlijk bij de huisarts thuishoort c.q. eerst door de huisarts had moeten worden beoordeeld. Daarnaast zijn er klachten over de bereikbaarheid van de huisarts vanuit de ambulancedienst en het klachtenbureau.

3. Alternatieven

gewenste verandering

De overgrote meerderheid (83%) van de huisartsen vindt aanpassing van de waarneemregeling wenselijk. Ongeveer eenderde wil slechts geringe aanpassing, eveneens een derde wil een geheel andere, grootschalige organisatie en de rest zit daar tussenin. De grootste groep wil niet alleen aanpassing van de nacht- of weekenddienst, maar een aanpassing van de hele regeling.

Veel geuite wensen voor verbetering van de waarneemregeling zijn: meer mogelijkheden om zich uit te kopen, een koppeling van de dienstfrequentie aan de praktijkgrootte, scherpere afbakening van de waarneemgebieden en verbetering van de beschikbaarheid van patiëntgegevens. De huisartsen vinden in overgrote meerderheid dat de waarneming zich moet beperken tot spoedeisende gevallen.

haalbaarheid van verandering

De haalbaarheid van verandering is nagegaan door aan de huisartsen reëel bestaande alternatieve vormen van organisatie van waarneming voor te leggen. Vier van de vijf geschetste modellen worden door de meerderheid van de huisartsen toepasbaar geacht in Rotterdam, alleen de Britse deputising service wordt door 40% toepasbaar geacht.

Het Deense model met regionale coördinatiecentra wordt door 41% van de huisartsen als meest aantrekkelijk alternatief voor de huidige waarneemregeling beschouwd. Dit model scoort zowel het hoogst qua belasting voor de huisarts als op kwaliteit van de dienstverlening als op financiële aspecten. Ook de Centrale huisartsenpost voor de weekendwaarneming in Den Bosch wordt met name zowel financieel als kwalitatief positief beoordeeld. Alleen de belasting voor de huisarts wordt bij dit model als minder positief gezien. De Haagse doktersnachtdienst en Britse deputising service worden vooral kwalitatief minder positief beoordeeld, hoewel de Britse deputising service als zeer gunstig voor de belasting van de huisarts wordt gezien. De Utrechtse nightcare neemt in alle opzichten een tussenpositie in.

De haalbaarheid van verandering blijkt verder uit de bereidheid van huisartsen om financieel bij te dragen. Tweederde tot driekwart van de huisartsen zijn zonder meer bereid de vereiste bijdrage ad f400 en f1000 per jaar te betalen voor het Bossche respectievelijk Deense model.

variaties

Met name in de randgemeenten en wijken en in min of meer gescheiden van de stad liggende buitenwijken is minder draagvlak voor verandering. Vooral in Rotterdam Zuid is een sterke voorkeur voor het Deense model.

Huisartsen die de diensten als een sterke aantasting voor het gezinsleven ervaren hebben een sterkere wens tot aanpassing dan andere huisartsen. Hetzelfde geldt voor huisartsen met een hoog percentage etnische minderheden in de praktijkpopulatie.

aanpalende voorzieningen

De andere voorzieningen zien voordelen in een grootschalige organisatie van de waarneming, die vooral liggen op het vlak van een hogere efficiëntie, grotere duidelijkheid, een betere bereikbaarheid en minder oneigenlijke hulpvraag in het ziekenhuis. Men ziet echter ook gevaren. Aan de ene kant wijst men op het gevaar van onderbezetting en daardoor een slechtere bereikbaarheid en meer oneigenlijke hulpvraag in het ziekenhuis, een toeloop van patiënten als gevolg van een betere bereikbaarheid. Men wijst er voorts op dat een grootschaliger regeling het probleem van agressieve patiënten niet oplost of integendeel daar zelfs negatief op kan uitwerken.

7.2 Conclusie en aanbevelingen

conclusies ten aanzien van de huidige situatie

- De hulpverlening buiten kantooruren wordt door huisartsen als een grote belasting ervaren, wat vooral te maken heeft met belastende patiëntcontacten tijdens de diensten (oneigenlijke hulpvraag, eisend gedrag) en het beslag dat wordt gelegd op het gezinsleven;
- De efficiency van de waarneemregeling laat met name 's nachts te wensen over. Er zijn 33 huisartsen min of meer wakker ten behoeve van ruim 100 contacten, waarvan de helft telefonisch.
- Ook vanuit professioneel perspectief valt er het een en ander op de waarneemregeling van de huisartsen aan te merken, hoewel de huisartsen zelf van mening zijn dat de waarneemregeling redelijk functioneert. In een aantal gevallen wordt niet voldaan aan de adviezen/richtlijnen van LHV en NHG.
- Bezien vanuit het perspectief van de spoedeisende hulpverlening als geheel kan worden geconstateerd dat het ontbreekt aan afstemming en samenwerking. Het ontbreken aan afstemming kan worden afgeleid uit het feit dat veel voorzieningen het gevoel hebben elkaars werk op te knappen. Voor een deel kan dit ook te maken hebben met onderbezetting met name bij de GGZ-voorzieningen (RIAGG, maatschappelijk werk, verslaafdenzorg), maar ook bij de thuiszorg. Gebrek aan samenwerking blijkt uit klachten over de problemen die huisartsen hebben om een opname te regelen, c.q. een RIAGG-hulpverlener ter plekke te krijgen. Vanuit andere voorzieningen is soms kritiek op de bereidheid van de huisarts om de patiënt eerst te zien, de overdracht van gegevens en de bereikbaarheid.

Het beeld dat huisartsen in een grote stad als Rotterdam nog slechts een geringe rol hebben in de spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren omdat velen direct naar het ziekenhuis gaan blijkt niet te kloppen. (Ruwe) Schattingen leren dat de huisarts het

grootste aantal contacten buiten kantooruren hebben, meer dan de ziekenhuizen. Vergeleken hiermee zijn de (getalsmatige) bijdragen van de RIAGG en de verlaafdenzorg marginaal.

beperkingen

Het onderzoek kent enkele beperkingen waarmee bij de interpretatie van de uitkomsten rekening mee gehouden dient te worden:

In dit onderzoek is de mening van de patiënt niet gehoord (met uitzondering van het klachtenbureau); ander onderzoek leert dat de bereikbaarheid van de huisarts buiten kantooruren c.q. de bereidheid om visites af te leggen een veel gehoorde klacht is. Bovenstaande maakt duidelijk dat ook in Rotterdam vanuit het perspectief van de patiënt veel valt aan te merken op de hulpverlening buiten kantooruren: geringe eenduidigheid in waarneemregelingen, gebrekkige telefonische bereikbaarheid, tijdrovende procedures om opnames te regelen.

Een beperking is verder dat aan de huisartsen alleen grootschalige alternatieven voor de waarneming zijn voorgelegd. Vooraf is gekozen voor alternatieven die in de literatuur beschreven zijn en daaronder waren geen alternatieve modellen om de waarneming in kleine groepen te regelen.

Een derde beperking is het feit dat bij het bepalen van de contactfrequenties slechts met schattingen is gewerkt. Eerder (landelijk) onderzoek (De Bakker et al 1994) laat aanzienlijk lagere aantallen zien gebaseerd op registratie in de huisartspraktijk (10 contacten per doordeweekse avond/nachtdienst tegenover 22 contacten in het onderhavige onderzoek). Nu zijn de waarneempopulaties landelijk kleiner en kan in dat onderzoek ook sprake zijn geweest van onderregistratie. Overigens maakt een eventuele overschatting van de huisartsen van het aantal contacten per nacht de inefficiency alleen maar groter. In dat geval zouden 33 huisartsen wakker zijn voor minder dan 100 contacten.

aanbevelingen

Een analyse maken van de huidige situatie is eenvoudiger dan het bedenken van een oplossing. Het onderzoek maakt duidelijk dat er behoudens een aantal randgemeenten een flink draagvlak voor verandering is. Het onderzoek maakt ook duidelijk dat binnen het onderzoeksgebied geen waarneemregelingen worden gevonden, waar duidelijk minder knelpunten worden gevonden dan in de rest van het gebied. De iets grootschaliger regelingen die in sommige delen van het gebied al bestaan bieden kennelijk onvoldoende soelaas.

Een aanzienlijk percentage van de huisartsen is voor een drastisch andere, grootschalige organisatie van de waarneming. Niet elk grootschalig model wordt echter positief beoordeeld. Het Bossche en het Deense model worden aanzienlijk hoger gewaardeerd dan de andere modellen. In hoeverre met een grootschalige organisatie een oplossing wordt gevonden voor de problemen lijkt dus samen te hangen met de wijze waarop het wordt geregeld. Zo kunnen een aantal voorwaarden aan een grootschaliger vorm worden gesteld:

- de meeste huisartsen vinden dat de waarneming moet blijven worden uitgevoerd door huisartsen: algehele uitbesteding aan een deputising-service is geen aantrekkelijk alternatief voor de meesten; dat geldt in mindere mate ook voor het night care-project in Utrecht.
- een grootschaliger waarneming betekent dat veel minder huisartsen de diensten draaien, maar dat deze het wel zo druk hebben dat zij de hele nacht wakker moeten zijn; dat betekent dat zij de volgende dag vrij dienen te zijn.
- de waarneemregio's mogen vanuit het oogpunt van bereikbaarheid niet te groot zijn: te denken valt bijvoorbeeld aan drie subregio's: Rotterdam Zuid, Rotterdam Noord en Regio Oost (Prins Alexander, Ommoord, Capelle); randgemeenten en sommige buitenwijken zouden vooralsnog buiten beschouwing kunnen blijven.
- een grootschalige organisatie betekent op zich geen oplossing voor problemen als eisend gedrag en oneigenlijke hulpvragen; het is mogelijk wel zo dat een oneigenlijke hulpvraag als minder belastend wordt ervaren als een huisarts er niet zijn bed voor hoeft uit te komen;
- het is van belang om een evenwicht in de bezetting te vinden: een te geringe bezetting kan lange wachttijden van de patiënt en/of een (te) geringe bereidheid van huisartsen om visites af te leggen veroorzaken, hetgeen weer irritatie/agressie op kan roepen; dat de huisartsen de Haagse doktersnachtdienst kwalitatief minder gunstig beoordelen zou wel eens met een te geringe bezetting te maken kunnen hebben (zie Oudenampsen en Rijkschroeff, 1993).
- aan de andere kant kan een goed bezette hulpverlening met goed toegankelijke centrale posten wel eens een toeloop van (oneigenlijke?) hulpvragen betekenen. Zo lang geen drempels in de vorm van bijvoorbeeld eigen bijdragen kunnen worden ingebouwd zal dat alleen af te remmen zijn door het voeren van een duidelijk en consequent beleid en goede voorlichting daarover aan patiënten;
- los van de te kiezen organisatievorm bestaat er een sterke wens van huisartsen om diensten uit te kunnen besteden; dit is enigszins in tegenspraak met de wens dat de waarneming in handen van huisartsen moet blijven; mogelijk vermindert de behoefte aan uitbesteding als de belasting in het kader van een grootschaliger organisatie afneemt;
- een verdere terugdringing van de werklast van de huisarts kan mogelijk worden bereikt door het erbij betrekken van basisartsen op de Centrale Huisartsenpost in het kader van hun Externe Leer Werk Periode. Ook kan worden geëxperimenteerd met andere vormen van ondersteuning tijdens de diensten (een verpleegkundige op de Centrale Post of een praktijkassistente voor het opnemen van de telefoon);
- huisartsen blijken in grote meerderheid bereid om financieel bij te dragen in een grootschaliger organisatie van de waarneming; deze bereidheid maakt een introductie van een grootschaliger waarnemingsregeling haalbaarder;
- een betere uitwisseling van patiëntinformatie is een wens van veel huisartsen en ook vanuit het ziekenhuis is deze wens gekomen; goed geïnformeerde waarnemers zijn niet alleen vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg belangrijk (bij verwijzing kunnen gegevens over gebruikte medicatie en allergieën van levensbelang zijn), het kan ook communicatieproblemen en irritaties tussen arts en patiënt voorkomen. Overigens vergt een betere uitwisseling een grote investering. Weliswaar is een groot deel van

de huisartsen geautomatiseerd, maar aangenomen kan worden dat het om verschillende systemen gaat.

- afstemming met andere voorzieningen is een voor de hand liggende aanbeveling op grond van dit onderzoek; een grootschaliger regeling verschaft de mogelijkheid om eenduidige afspraken te maken met andere voorzieningen over wie welke hulpvragen afhandelt en hoe het verwijsproces wordt georganiseerd.
- bij het inrichten van Centrale Huisartsen Posten moet worden overwogen deze aan te haken bij andere voorzieningen; verschillende voorzieningen hebben daartoe bereidheid getoond. Ook deze bereidheid draagt bij aan de haalbaarheid van een grootschalige waarneemregeling.
- een keuze voor een grootschalige organisatie betekent afwijken van de normen zoals die zijn gesteld door LHV en NHG. Deze hebben echter aangegeven dat afwijken van de norm mogelijk moet zijn mits dat te verantwoorden is. In dit geval lijkt het mogelijk om een grootschaliger vorm te kiezen met minimaal behoud van en waarschijnlijk zelfs een verbetering van de service voor de patiënt.
- de vraag is in hoeverre met een grootschaliger organisatie van de waarneming het criterium dat de patiënt binnen 15 minuten kan worden bereikt geweld wordt aangedaan. Aangenomen moet worden dat met een verbetering van de telefonische bereikbaarheid en door het feit dat de huisarts zich niet meer hoeft aan te kleden de eventueel langere reistijd ruimschoots wordt gecompenseerd.
- de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft in een recente nota (LHV, 1995) verklaard de diensten niet meer als onderdeel te zien van het gewone huisartsenwerk; alleen zou de huisarts wel de regie over de acute medische hulpverlening moeten houden. In dat kader wordt ook gepleit voor een aparte vergoeding voor het draaien van diensten. Een dergelijke ontwikkeling zou prima passen in het streven naar een grootschalige waarneemregeling voor de huisartsen in de Rotterdamse regio.

LITERATUUR

Artsen Combinatie West. Overzichten weekenddiensten 1982-1994 van huisartsengroep ACW. 1995, (UnPub).

Baker D, Klein R, Carter R. Impact of the 1990 contract for general practitioners on night visiting. Br J of GP 1994,44:68-71.

Bakker DH de, J van der Velden, HPhH Abrahamse. Huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren; Een secundaire analyse op de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk. Utrecht, NIVEL, 1994, pp 1-32.

Bartstra J. Nachtdienst in Utrecht; Nightcare verhit de gemoederen. Praktijkmanagement 1995,juni:5-9.

Burger JF. De Haagse doktersnachtdienst; Verleden, heden en toekomst. Praktijkmanagement 1995,september:6-9.

Campen MMJ van. Enquête 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid huisartsen. Rijswijk, Geneeskundige Inspectie van de volksgezondheid, 1989, pp 1-9.

CBS. Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1981-1994. Maandbericht gezondheid 1995,5.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1981-1994. Maandbericht gezondheid 1995,5.

Cragg D, Hallam L. Quality standards for deputising services. BMJ 1994,309:1630.

Creutzberg CL, Jansen PP, Merkelbach JW. EHBO-bezoek: eerste- of tweedelijns-karakter? Ned Tijdschr Geneeskd 1989,133:73-76.

Dierendonck D van, PP Groenewegen, H Sixma: Opgebrand; Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht, NIVEL, 1992.

Dijk EJ van. Huisartsendienst in de grote stad, van deze tijd? 1994, (UnPub).

Engelenburg JL. Medische hulpverlening buiten kantooruren in Groot Den Haag; Van tegenspraak naar samenspraak. Lelystad, Meditekst, 1992, pp 5-183.

Fraanje WL, Meijerink HJWA. Spoedeisende medische hulpverlening door de huisarts. MC 1988,43:14-17.

Galesloot JAM, Bles GWAM. Huisarts in een achterstandswijk; Onderbetaald en overwerkt. MC 1993,48:1359-1360.

Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht, NIVEL, 1992.

Hallam L. Primary medical care outside normal working hours: review of published work. *BMJ* 1994,308:249-253.

Jansen CJ. Enkele notities betreffende nieuwe waarneemregelingen in Rotterdam. 1995, (UnPub).

Iliffe S, Haug U. Out of hours work in general practice. *BMJ* 1991,302:1584-1586.

LHV. De wereld verandert en de huisarts verandert mee: over het werk en de positie van de huisarts in de komende jaren. Utrecht, LHV, 1995.

LHV. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg. Utrecht, LHV, 1989, pp 3-24.

Luijten MCG, FLJ Tjadens. Huisartsen in achterstandswijken; De werklast in achterstandswijken in drie grote steden onderzocht. Leiden, Research voor beleid bv, 1995, pp 19-122.

Nederlands Huisartsen Genootschap. Standaard P01; Bereikbaarheid/beschikbaarheid. Utrecht, NHG, 1989.

Olesen F, Jolleys JV: Out of hours service. the Danish solution examined. *BMJ* 1994,309:1624-1626.

Oudenampsen D, R Rijkschroeff. De kwaliteit van de huisartsenzorg in Den Haag vanuit het patiëntenperspectief; verslag van een proefproject. Amsterdam, Stichting Kohnstamm Fonds voor Onderwijsresearch, SCO, 1993, pp 13-126.

Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg. Poortwachter in de praktijk: over de plaats en financiering van de huisartsenhulp in ons land. Utrecht, 1995.

Querido JD. Lange kunde in de grote stad. *Huisarts en wetenschap* 1993,36:59-63.

Schretlen I. Weekenddienst huisarts wordt drukker; Vergelijkend onderzoek dokterspost 's-Hertogenbosch en waarneemgroep Tilburg. *MC* 1990,45:705-707.

Schretlen I, Wijkkel D, Haverkort M. Een nieuwe weekendwaarneemregeling voor 's-Hertogenbosch; Schipperen tussen zorg en service. *MC* 1988,43:876-880.

Van de Rijdt-van de Ven T. Rapportage Landelijke Peiling Huisartsengroepen. Utrecht, Stichting O&O, 1993.

Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Huisartsengroepen, groei en grenzen; Een onderzoek naar nieuwe vormen van professionele organisatie. Tilburg, Tilburg University Press, 1994, pp 1-293.

Eijk P van der. De arts en de groeiende agressie. De Tijd 1984;februari:9-12.

Verheij RA, DH de Bakker, J van der Velden: De huisarts in de grote stad. Utrecht, NIVEL, 1992, pp 1-116.

Zilveren Kruis Zorgverzekeraar Rijnmond. Spiegelinformatie 1993; overige huisartsen. Rotterdam, ZKZR, 1995, pp 1-28.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1. RICHTLIJNEN VAN DE LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING EN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hebben beide in 1989 een nota opgesteld met betrekking tot de bereikbaarheid/beschikbaarheid van de huisartsenzorg. De motivering hiervoor is dat de individuele huisarts onmogelijk 7x24 uur voor zijn of haar patiënten beschikbaar en bereikbaar kan zijn. Huisartsen gaan daarom regelingen aan om de huisartsenzorg buiten kantooruren veilig te stellen. Zowel voor de patiënt als de huisarts werd de behoefte gevoeld aan richtlijnen en wenselijkheden omtrent de regelingen van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg buiten kantooruren om bepaalde functies zeker te stellen. De nota's van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap vertonen veel overeenkomsten. De belangrijkste punten wat betreft de zorg buiten kantooruren en de waarneming zullen hieronder worden genoemd.

Een belangrijke eis voor waarneemgroepen die in beide nota's genoemd wordt is dat het aantal patiënten per waarnemend huisarts niet groter mag zijn dan 20.000. Bij 15.000 patiënten dient zorg te worden gedragen voor een achterdienst en boven de 20.000 patiënten is splitsing van de waarneemgroep noodzakelijk. Hieraan verbonden is de eis dat de huisarts bij melding van een spoedgeval binnen 15 minuten ter plaatse moet kunnen zijn. De organisatie van de waarneming moet zijn vastgelegd in een waarneemreglement. De Nota bereikbaarheid/beschikbaarheid van het NHG uit 1989 geeft verder nog de minimale eisen voor 24 uren bereikbaarheid en beschikbaarheid:

- a) Naast de huisarts moet ook de praktijkassistente in staat zijn om spoedeisende van niet-spoedeisende zaken te onderscheiden.
- b) Het is noodzakelijk dat de huisarts over een voorziening beschikt waardoor hij of zijn waarnemer voor het melden van een spoedgeval te bereiken is. Deze voorziening is nodig naast de normale praktijktelefoonlijn, die (grote) delen van de dag bezet kan zijn.
- c) Het is noodzakelijk dat in geval de huisarts niet zelf beschikbaar is op adequate wijze wordt verwezen naar de waarnemende huisarts.
- d) Het is noodzakelijk dat een achterdienstregeling hulpverlening garandeert bij afwezigheid van de huisarts en/of zijn waarnemer.
- e) Het is noodzakelijk dat de huisarts, indien hij buiten de normale praktijkuren niet zelf beschikbaar is, zorgt voor een adequate waarneemregeling.
- f) Het is noodzakelijk dat waarneming steeds geregeld wordt conform door de LHV goedgekeurde waarneemcontracten.
- g) Het is noodzakelijk dat ten aanzien van bepaalde patiënten een adequate overdracht plaatsvindt voorafgaand aan de waarneming.
- h) Het is noodzakelijk dat na afloop van de waarneming intercollegiaal mondeling of schriftelijk verslag wordt gedaan.
- i) Het is noodzakelijk dat relevante waarneemgegevens worden overgedragen indien twee huisartsen na of naast elkaar een gedeelte van de weekenddienst verrichten.

Naast deze minimale eisen worden ook nog een viertal wenselijkheden genoemd:

- j) Het is wenselijk dat patiënten die de praktijk bellen en door een antwoordapparaat worden verwezen niet nog een keer een antwoordapparaat treffen.

- k) Het is wenselijk dat een patiënt rechtstreeks telefonisch contact met de waarnemend huisarts kan hebben.
- l) Het is wenselijk dat de huisarts vanuit zijn taak 'continue en integrale zorg te verlenen' in een aantal situaties toch bereikbaar en beschikbaar is tijdens uren dat een collega voor zijn praktijk waarneemt.
- m) Het is wenselijk dat de gegevens van patiënten voor de waarnemer toegankelijk zijn.

De specifieke eisen die door zowel de LHV als de NHG gesteld worden aan de inhoud van een waarneemreglement worden behandeld in paragraaf 4.1.1 waar de waarneemreglementen van de Rotterdamse huisartsgroepen worden vergeleken met de KNMG richtlijnen voor waarneming. Het model waarneemcontract van de LHV is hierop gebaseerd.

De LHV nota 'De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg' uit 1989 geeft een aantal standpunten over verschillende onderdelen van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg.

Huisartsenhulp buiten praktijkguren is alleen bestemd voor spoedeisende gevallen. De motivering voor dit standpunt is dat:

- een 7x24 uurs beschikbaarheid voor niet-spoedeisende hulp financieel niet haalbaar is omdat dan de kosten van huisartsenzorg buitensporig toenemen;
- de werklast van huisartsen anders te groot wordt en aantasting van hun privéleven plaatsvindt;
- de behoefte van patiënten aan avondopenstelling waarschijnlijk niet zo groot is als in eerste instantie lijkt;
- een essentieel kenmerk van huisartsgeneeskunde, zijnde persoonlijke zorg, verdwijnt, wanneer continue openstelling van praktijkguren wordt nagestreefd.

Uitgaande van dit standpunt zal de LHV niet trachten een aparte honorering te bereiken voor buiten de praktijkguren geboden reguliere huisartsenhulp.

De patiënt dient bewust te worden gemaakt van het feit dat huisartsenhulp buiten praktijkguren in beginsel alléén voor spoedeisende gevallen bedoeld is. Het geven van goede voorlichting is vooralsnog de enige manier om dit oneigenlijke gebruik tegen te gaan. Een patiëntenfolder kan hierbij behulpzaam zijn.

De LHV wil zich er sterk voor maken dat de mogelijkheid van klachten of sancties achteraf er komt. Het Centraal Bestuur is geen voorstander van het inbouwen van financiële drempels, omdat het vindt dat de huisartsgeneeskunde een drempelvrije voorziening dient te blijven.

In het kader van bereikbaarheid en beschikbaarheid van huisartsen is telecommunicatie niet meer weg te denken. Gebruikersvriendelijkheid, patiëntvriendelijkheid en betrouwbaarheid van de apparatuur zijn echter vereist.

Waarneming kan geschieden in waarneemgroepen of in de vorm van centrale huisartsenposten. Het Centraal Bestuur is van mening dat beide vormen realiteit zijn. In een (grote) stad kan het een voordeel zijn dat spoedhulp door huisartsen vanuit een duidelijk herkenbaar punt wordt geleverd. Overigens heeft de reorganisatie van de beroepsgroep, waarin huisartsgroepen (= waarneemgroepen) een centrale positie innemen, hoge prioriteit in het beleid van het Centraal Bestuur. Kwaliteiten die aan waarneemgroepen worden toegedicht, zijn onderlinge waarneming, contractering met ziektekostenverzekeraars, organisatie van intensieve thuiszorg en overeenkomsten met specialistenmaatschappen. De waarneemgroepen hebben meer inhoud en taken dan

waarneming alleen, zoals onderlinge toetsing, deskundigheidsbevordering en overleg met andere disciplines.

De LHV formuleert een aantal randvoorwaarden van de kant van de huisarts, voordat de eisen inzake bereikbaarheid en beschikbaarheid aan de orde komen. Deze randvoorwaarden zijn een adequate honorering (voor het bekostigen van een achterwacht, communicatiemiddelen, assistentie), een acceptabele werkbelasting (aantal patiënten, takenpakket, werkwijze en taakopvatting, aantal huisartsen, maatschappelijk aanvaarde werktijden), waarneming tijdens ziekte, zwangerschap en vakantie, adequate waarneming buiten praktijkuren, een gereguleerde hulpvraag, informatie (aan waarnemende artsen) en een ombudsfunctie voor de huisarts.

De LHV geeft wat betreft de achterwacht sterk de voorkeur aan een in of bij de praktijk aanwezige achterwacht, aangezien met name het element van persoonlijke bejegening zwaar weegt bij het Centraal Bestuur. De LHV streeft al jaren de erkenning en honorering van deze achterwachtsfunctie na en dit heeft geresulteerd in een 'post achterwacht' in het kostenbudget.

Net als in de NHG nota worden een aantal eisen voor de zorg buiten praktijkuren gegeven. De eisen die in de NHG nota al zijn vermeld zijn hier uit gelaten.

- a) het verdient aanbeveling om buiten praktijkuren gebruik te maken van een doorschakelapparaat.
- b) adequate informatie moet gegeven worden over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de voorziening huisartsenzorg buiten praktijkuren.
- c) buiten praktijkuren behoort een lokaal/regionaal alarmnummer als extra garantie van bereikbaarheid voor huisartsenzorg aanwezig te zijn.
- d) het modelcontract voor intercollegiale waarneming moet worden aangepast opdat het niet vrijblijvend van karakter is.
- e) waarneming behoort bij voorkeur door vaste waarnemers te worden uitgevoerd.

De opsomming van eisen die aan de huisartsenzorg buiten kantooruren worden gesteld geeft aan dat bij een eventuele alternatieve waarneemregeling rekening gehouden zal moeten worden met deze richtlijnen. Een aantal zaken zal met de LHV onbespreekbaar blijken te zijn indien de richtlijnen strikt gehanteerd worden, zoals het inzetten van basisartsen, het opzetten van een commerciële waarneemorganisatie, het loskoppelen van het reguliere werk en het werk buiten kantooruren in verband met de honorering of het invoeren van financiële drempels om oneigenlijk gebruik van de zorg tegen te gaan.

In de jongste nota van de LHV (1995) zijn de standpunten wat betreft de plaats van de waarneming binnen het huisartsenwerk en de honorering van de waarneemdiensten veranderd. In deze nota wordt gesproken over een aparte vergoeding voor het draaien van diensten. De diensten worden ook niet meer als een onlosmakelijk onderdeel van het gewone huisartsenwerk gezien.

BIJLAGE 2. VRAGENLIJST 'WAARNEEMREGELING HUISARTSEN ROTTERDAM EN OMSTREKEN'

I. HUIDIGE WAARNEEMREGELING

1a. Wat is de naam van Uw waarneemgroep?

.....

1b. Is Uw waarneemgroep identiek aan de huisartsengroep waarvan U lid bent?

Ja

Nee, de huisartsengroep heet

1c. Voor hoeveel patiënten geldt de waarneemregeling van Uw groep?

< 10.000

10.000 - 15.000

15.000 - 20.000

20.000 - 25.000

> 25.000

2a. Hoe vaak draait U avonddienst op werkdagen?

..... keer per week(en)

2b. Hoe vaak draait U nachtdienst op werkdagen?

..... keer per week(en)

2c. Welke soort diensten draait U in het weekend en hoe vaak?

Van tot keer per weken

Van tot keer per weken

Van tot keer per weken

Van tot keer per weken

Van tot keer per weken

(voorbeeld: van zaterdagochtend 08:00 tot zondagnacht 24:00, één keer per twee weken)

3a. Beschikt U over een achterwacht?

Nee → ga naar vraag 4

Ja, nl. een arts-achterwacht

niet arts-achterwacht (beide antwoorden mogelijk)

De vragen 3b t/m 3e hebben betrekking op de niet arts-achterwacht

3b. Wie vervult deze achterwachtsfunctie (partner, familie, etc.)?

- Partner
- Anders, nl.

3c. Wordt de achterwachtsfunctie betaald?

- Ja
- Nee

3d. Op welke lokatie bevindt de achterwacht zich tijdens diensten?

- Huisadres, zijnde niet het praktijkadres
- Huisadres, zijnde het praktijkadres
- De praktijk
- Anders, nl.

3e. In hoeverre is de achterwacht beschikbaar tijdens de diensten?

	niet beschikbaar	gedeelte van de dienst	gehele dienst
avonddienst	0	0	0
nachtdienst	0	0	0
weekenddienst	0	0	0

4a. Hoe vaak besteedt U diensten uit?

- Nooit
- Incidenteel, 1 à 2 keer per jaar
- Geregeld, nl. keer per

4b. Wat is de reden dat U diensten uitbesteedt, dan wel juist niet uitbesteedt?

.....
.....
.....

5. Vanuit welke lokatie draait U gewoonlijk de waarneemdiensten?

- Vanuit huis, zijnde niet het praktijkadres
- Vanuit huis, zijnde het praktijkadres
- Vanuit de praktijk (terwijl U ergens anders woont)
- Anders, nl.

6. Hoe is de telefonische bereikbaarheid tijdens diensten geregeld? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Via doorschakeling van de praktijktelefoon
 - Via een speciaal telefoonnummer voor diensten
 - Via een antwoordapparaat met informatie over de diensten
 - Via een doktersdienst/boodschappendienst
7. Hoe bent U bereikbaar tijdens een huisbezoek tijdens de dienst? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Autotelefoon
 - Semafoon via de assistente
 - Semafoon via de achterwacht
 - Semafoon via de boodschappendienst
 - Telefoon wordt doorgeschakeld naar achterdienst (arts)
 - Anders, nl.
8. Van welke middelen maakt U gebruik om informatie over de diensten en waarneming aan Uw patiënten door te geven? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Huis-aan-huis blad
 - Praktijkfolder (eenmalig)
 - Praktijkkrant (periodiek)
 - Doktersdienst
 - Antwoordapparaat
 - Raambiljet
 - Anders, nl.
9. Wilt U schatten hoeveel patiëntcontacten U tijdens een dienst heeft?

	doorde- weekse avond	doorde- weekse nacht	weekend overdag	weekend avond	weekend nacht
telefonisch					
consult					
visites					

10. Kunt U de onderstaande voorzieningen een rangnummer geven van 1 tot 6 waarbij 1 staat voor de voorziening waarnaar U (tijdens diensten) het meest en 6 voor de voorziening waarnaar U het minst verwijst?

Rangnr. Voorziening

..... Crisiscentrum
 RIAGG
 CAD
 Medisch specialist cq ziekenhuis
 Thuiszorg
 Anders, nl.

II. BEOORDELING FUNCTIONEREN WAARNEEMREGELING

11. Hoe ervaart U de diensten in het algemeen?

niet belastend 0 0 0 0 0 zeer belastend

12. Hoe ervaart U de soorten diensten in het bijzonder ?

	niet belastend				zeer belastend
Doordeweekse avond	0	0	0	0	0
Doordeweekse nacht	0	0	0	0	0
Zaterdag overdag	0	0	0	0	0
Zondag overdag	0	0	0	0	0
Weekend avond	0	0	0	0	0
Weekend nacht	0	0	0	0	0

- 13a. Welke aspecten van de diensten ervaart U als belastend?

	niet belastend				zeer belastend
Agressie van patiënten	0	0	0	0	0
Eisend gedrag patiënten	0	0	0	0	0
Oneigenlijke hulpvraag	0	0	0	0	0
Taalproblemen	0	0	0	0	0
Frequentie van diensten	0	0	0	0	0
Drukke tijdens diensten	0	0	0	0	0
Beslag op het gezinsleven	0	0	0	0	0
Reistijd tijdens diensten	0	0	0	0	0
Parkeerproblemen	0	0	0	0	0
Bereikbaarheid andere hulpdiensten	0	0	0	0	0
Regelen ziekenhuisopname	0	0	0	0	0
Visite-adres niet kunnen vinden	0	0	0	0	0
Moeilijk uit kunnen besteden van diensten	0	0	0	0	0

13b. Welke nog niet genoemde aspecten van de diensten ervaart U als belastend?

.....

14. Kunt U van de items genoemd bij vraag 13. aangeven welke twee U als het meest belastend zou typeren?

1.
 2.

15. Welke aspecten van de diensten zijn voor de achterwacht het meest belastend?

1.
 2.

16a. Kunt U zeggen hoe U de volgende onderdelen van de waarneemregeling, los van de belasting, vindt functioneren?

	goed				slecht
Omvang waarneemgroep	0	0	0	0	0
Omvang waarneemgebied	0	0	0	0	0
Omvang populatie	0	0	0	0	0
Plaats van waaruit wordt waargenomen	0	0	0	0	0
Regeling bij dubbel spoedgeval	0	0	0	0	0
Overdracht van diensten	0	0	0	0	0
Terugrapportage door dienstdoend arts	0	0	0	0	0
Beschikbaarheid patiëntgegevens tijdens diensten	0	0	0	0	0
Mate waarin afspraken nageleefd worden	0	0	0	0	0
Telefonische bereikbaarheid van de arts	0	0	0	0	0

16b. Als U bij onderdelen heeft aangegeven dat deze minder goed functioneren, kunt U dan toelichten waarom dit zo is?

.....

16c. Zijn er andere onderdelen van de waarneemregeling die naar Uw mening minder goed functioneren en kunt U die omschrijven?

.....

17a. Ondervindt U weleens problemen bij het doorverwijzen van patiënten tijdens diensten?

0 Nee → ga naar vraag 18
 0 Ja

17b. Bij welke voorzieningen ondervindt U weleens problemen?

- 0 Crisiscentrum
- 0 RIAGG
- 0 CAD
- 0 Thuiszorg
- 0 Medisch specialist cq ziekenhuis
- 0 Anders, nl.

17c. Kunt U die problemen omschrijven?

.....
.....
.....
.....
.....

18a. Maakt U weleens gebruik van politiebegeleiding bij visites?

- 0 Ja
- 0 Nee

18b. Wat is Uw ervaring hiermee?

.....
.....
.....
.....
.....

19. Heeft U het gevoel dat U tijdens diensten werk voor anderen opknapt, dat wil zeggen dat U patiënten te zien krijgt die eigenlijk in een andere voorziening thuishoren?

Ja, vaak 0 0 0 0 0 Nee, nooit

20. Een aantal patiënten zijn gewend met acute klachten rechtstreeks naar de EHBO van een ziekenhuis te gaan. Wat is Uw mening hierover?

- 0 Dit is een dienstverlening die bij de huisarts thuishoort
- 0 Dit is een welkome ontlasting voor de huisarts

III. OORDEEL OVER AANPASSINGEN WAARNEEMREGELING

21a. In hoeverre acht U aanpassing of verandering van de waarneemregeling wenselijk?

- 0 Niet wenselijk
- 0 Er zijn geringe aanpassingen wenselijk
- 0 Aanzienlijke aanpassingen zijn wenselijk, maar het principe van onderlinge waarneming in groepen van beperkte omvang blijft gehandhaafd
- 0 Een andere, grootschaliger organisatie is wenselijk

21b. Indien U aanpassing of verandering van de waarneemregeling wenst, geldt dit dan voor de gehele regeling of alleen voor bepaalde soorten diensten?

- 0 Gehele regeling
- 0 Alleen nachtdienst
- 0 Alleen weekenddienst 0 overdag
0 's nachts
- 0 Anders, nl.

22a. Graag willen wij Uw oordeel weten over de wenselijkheid van eventuele aanpassingen van de waarneemregeling.

	helemaal niet wenselijk			zeer wenselijk	
Scherpere afbakening van de waarneemgebieden	0	0	0	0	0
Verbetering afspraken over overdracht diensten	0	0	0	0	0
Verbetering terugrapportage door dienstdoende huisartsen	0	0	0	0	0
Verbetering telefonische bereikbaarheid van de dienstdoende huisarts	0	0	0	0	0
Verbetering beschikbaarheid patiëntgegevens	0	0	0	0	0
Grotere waarneemgroep (waardoor er minder diensten, maar meer contacten per dienst zijn)	0	0	0	0	0
Ook basisartsen moeten als waarnemer kunnen worden ingezet	0	0	0	0	0
De mogelijkheid om zich te kunnen uitkopen voor elke huisarts	0	0	0	0	0
De mogelijkheid om zich te kunnen uitkopen voor bepaalde groepen huisartsen, zoals:	0	0	0	0	0
De mogelijkheid om de waarneemregeling uit te breiden met kantooruren, zodat er tijd vrijkomt voor andere taken	0	0	0	0	0
Het aantal te draaien diensten wordt gekoppeld aan de praktijkgrootte	0	0	0	0	0

22b. Kunt u omschrijven welke andere aanpassingen u wenselijk acht?

.....

.....

.....

.....

23. Vindt U dat de waarneming gezien moet worden als een voortzetting van het werk overdag of vindt U dat de waarneming uitsluitend voor spoedeisende gevallen bedoeld is?
- Voortzetting werk overdag
 - Uitsluitend spoedeisende gevallen
24. Moeten dienstdoende huisartsen contacten tijdens de diensten zoveel mogelijk afhandelen op dezelfde manier als dit tijdens kantooruren gebeurt of moet de dienstdoende huisarts alleen het minimale doen om vervolgens naar de eigen huisarts terug te verwijzen?
- Zoveel mogelijk afhandelen
 - Alleen het minimale
25. Bent U van mening dat de organisatie van de waarneming altijd de taak van de huisarts moet blijven danwel dat de waarneming ook uitbesteed zou kunnen worden aan andere organisaties?
- Waarneming blijft taak huisarts
 - Waarneming zou uitbesteed kunnen worden

IV. ALTERNATIEVE MODELLEN

26. Op de volgende pagina's vindt U een aantal korte omschrijvingen van alternatieve waarnemregelingen in zowel binnen- als buitenland. Steeds zal U gevraagd worden wat U van de regeling vindt, of U het toepasbaar acht voor de Rotterdamse situatie, welke punten U aantrekkelijk dan wel bezwaarlijk lijkt. De beschreven systemen functioneren allemaal in de praktijk, voor langere of kortere tijd. Zij dienen hier als voorbeelden en illustreren de verschillen die er in alternatieve systemen bestaan. Het betekent dus niet dat één van deze systemen in Rotterdam e.o. geïntroduceerd moet worden.

De waarnemeregeling voor huisartsen in Denemarken is recentelijk veranderd. De nieuwe regeling ziet er als volgt uit.

Op het niveau van een regio (45.000 tot 600.000 mensen) is er één coördinatiecentrum, waar de telefoontjes binnenkomen. Daarnaast zijn er verschillende posten in het gebied van waaruit huisbezoeken kunnen worden gemaakt. Op het coördinatiecentrum zijn meerdere huisartsen aanwezig. De waarneming wordt in principe door de huisartsen zelf gedaan, maar er bestaat de mogelijkheid om diensten uit te besteden, bijvoorbeeld door oudere artsen. Door de goede verdienste voor waarneming is het vinden van (jonge) artsen die extra diensten willen draaien meestal geen probleem.

De artsen hebben niet vaker dan eenmaal per 35 nachten dienst en niet vaker dan eenmaal per 15 avonden. Huisartsen krijgen per consult betaald, maar dragen ook bij aan de kosten voor de waarneming (computers, telefoon, etc.). Deze bijdrage is ongeveer f1000 per jaar. De patiënteninformatie is via een computersysteem opvraagbaar.

Ervaringen

Uit het evaluatie-onderzoek blijkt dat de huisartsen aanzienlijk minder vaak diensten draaien dan voor deze regeling werd getroffen. De kwaliteit van de dienstverlening wordt hoog geacht. Deelname aan de waarnemeregeling is financieel aantrekkelijk voor huisartsen. Telefonische afhandeling van hulpvragen wordt financieel gestimuleerd, waardoor er minder visites zijn. Het aantal hulpvragen is niet sterk veranderd.

a) Hoe beoordeelt U deze regeling?

	goed				slecht
Algemeen oordeel	0	0	0	0	0
Belasting voor de huisarts	0	0	0	0	0
Kwaliteit van de dienstverlening	0	0	0	0	0
Financiële aspecten	0	0	0	0	0

b) Denkt U dat een dergelijke regeling toepasbaar is in de Rotterdamse situatie?

- 0 Ja
0 Nee
0 Wel toepasbaar, maar niet in ons waarnemgebied

c) Wat vindt U aantrekkelijke punten in deze regeling?

.....
.....
.....

d) Wat vindt U bezwaarlijke punten van deze regeling?

.....
.....
.....

e) De bijdrage in de kosten voor huisvesting, computers, telefoon, etc. bedragen voor de huisarts in dit voorbeeld zo'n f1000 per jaar. Hoe staat U hier tegenover?

- 0 Dit bedrag vind ik te hoog, ik ben niet bereid dit te betalen
0 Ik ben bereid dit bedrag te betalen, maar ik vind het wel aan de hoge kant
0 Ik ben bereid dit bedrag te betalen

In Groot-Brittannië bestaat een professionele dienstverlening, de zogenaamde deputising service, die de waarneming van huisartsen kan overnemen. Deze deputising services werken vanuit een eigen post. De hulpverleners zijn niet noodzakelijkerwijs bevoegd huisartsen. De Britse huisartsen, die in loondienst werken, krijgen van de National Health Service een vergoeding voor de avonden/nachten. Deze vergoeding bedraagt £45 (ruim f110) per huisbezoek 's nachts (tussen 22:00 en 08:00) als de huisarts de diensten zelf draait en £15 (ca f37,50) als de huisarts de deputising service de diensten laat overnemen. Van deze £15 wordt de deputising service betaald.

Ervaringen

In deze waarneemregeling kan de huisarts worden vrijgesteld van waarneemdiensten, waardoor hij zich meer kan toelagen op zijn patiënten overdag. De kwaliteit van de deputising service en de hulpverleners wordt weleens in twijfel getrokken. Uit onderzoek blijkt echter dat 75% van de klanten tevreden is over de dienstverlening van de deputising service. De laatste jaren zijn een aantal van deze deputising services sterk geprofessionaliseerd. Voorheen was het tarief voor nachtelijke huisvisites door de huisarts of door de deputising service gelijk. Omdat dit leidde tot een sterke, ongewenste verschuiving naar de deputising service heeft men het tarief gedifferentieerd.

a) Hoe beoordeelt U deze regeling?

	goed				slecht
Algemeen oordeel	0	0	0	0	0
Belasting voor de huisarts	0	0	0	0	0
Kwaliteit van de dienstverlening	0	0	0	0	0
Financiële aspecten	0	0	0	0	0

b) Denkt U dat een dergelijke regeling toepasbaar is in de Rotterdamse situatie?

- 0 Ja
- 0 Nee
- 0 Wel toepasbaar, maar niet in ons waarneemgebied

c) Wat vindt U aantrekkelijke punten in deze regeling?

.....

.....

.....

d) Wat vindt U bezwaarlijke punten van deze regeling?

.....

.....

.....

In Den Haag bestaat sinds 1942 een doktersnachtdienst. In 1989 werden door deze dienst een kleine 400.000 patiënten waargenomen. De diensten worden gedraaid vanuit een centrale post. De avonddienst begint om 19:00 uur en eindigt om 01:00 uur. Tijdens deze dienst zijn er 3 huisartsen op de post en 2 die in een auto met chauffeur huisbezoeken afleggen. Van 01:00 uur tot 07:00 uur gaat de nachtdienst in. 4 huisartsen gaan dan naar huis, de vijfde blijft op de post als reserve-kracht en er komen 2 'verse' artsen bij. Eén van de auto's gaat dan weg. Voor aangesloten artsen van de stichting doktersnachtdienst is het niet toegestaan tegen betaling diensten te doen waarnemen. Huisartsen hebben eenmaal per 19 avonden/nachten dienst. Dit kan een dienst op de post of een visite-dienst zijn. De arts betaalt voor patiënten uit zijn eigen praktijk f35 voor een visite en f11 voor een consult. Deze bijdragen dekken de kosten voor de regeling, zoals taxi-kosten, telefoon, etc. Van iedere visite en consult wordt rapport gemaakt.

Ervaringen

Uit evaluatie-onderzoek blijkt dat huisartsen minder vaak dienst hebben maar als zij dienst hebben hebben zij het drukker. Diensten hoeven niet in huis of eigen praktijk gedraaid te worden en er is geen achterwacht nodig. Wat betreft de kwaliteit van de regeling zijn er geen structurele problemen. Wel een probleem vormen de toename van het aantal hulpvragen dat geen spoedeisend karakter heeft, toenemende agressie en gebrek aan vertrouwen bij het publiek. Dit leidde onder meer tot het plan van de DHV een aparte, onafhankelijke klachten-commissie te bieden. De meeste huisartsen achten de invloed van de kosten van de nachtdienst op hun beslissing, al of niet bereikbaar te zijn buiten kantooruren, gering.

a) Hoe beoordeelt U deze regeling?

	goed				slecht
Algemeen oordeel	0	0	0	0	0
Belasting voor de huisarts	0	0	0	0	0
Kwaliteit van de dienstverlening	0	0	0	0	0
Financiële aspecten	0	0	0	0	0

b) Denkt U dat een dergelijke regeling toepasbaar is in de Rotterdamse situatie?

- Ja
 Nee
 Wel toepasbaar, maar niet in ons waarneemgebied

c) Wat vindt U aantrekkelijke punten in deze regeling?

.....

.....

.....

d) Wat vindt U bezwaarlijke punten van deze regeling?

.....

.....

.....

e) De bijdrage in de kosten voor huisvesting, computers, telefoon, etc. bedragen voor de huisarts in dit voorbeeld f35 voor een visite aan een patiënt uit de eigen praktijk en f11 voor een consult aan een patiënt uit de eigen praktijk. Hoe staat U hier tegenover?

- Dit bedragen vind ik te hoog, ik ben niet bereid dit te betalen
 Ik ben bereid dit bedrag te betalen, maar ik vind het wel aan de hoge kant
 Ik ben bereid dit bedrag te betalen

's-Hertogenbosch beschikt voor de weekendwaarneming over een centrale huisartsenpost. De CHP heeft een eigen onderkomen in het GGD-gebouw. De post is bemand door een huisarts en een doktersassistent(e). Twee andere huisartsen rijden de visites. Per vier weken heeft een huisarts een half weekend dienst. Elk lid van de Bossche huisartsen vereniging betaald een jaarbedrag van rond de f400 om de CHP te bekostigen. Van alle consulten, visites en telefonische contacten die resulteren in het uitschrijven van een recept wordt een waarneembriefje gemaakt. Deze briefjes worden zondagavond verstuurd naar de desbetreffende huisarts van de patiënt.

Ervaringen

Het is gebleken dat huisartsen minder diensten draaien, geen achterwacht nodig hebben en geen diensten vanuit huis of eigen praktijk hoeven te draaien. De diensten zijn druk en de post oefent een aantrekkingskracht uit op hulpvragers met niet-spoedeisende problemen. De patiënten zijn zeer tevreden, omdat ze in het weekend nooit meer hoeven te bellen bij welke huisarts ze waar en hoe laat terecht kunnen. Uit onderzoek is bekend dat de CHP voor 85% van de patiënten in alle opzichten aan de verwachtingen voldoet. Kennelijk is de financiële regeling voor de betrokken huisartsen aanvaardbaar, want 34 van de 37 leden van de Bossche Huisartsen Vereniging participeert in de regeling. Overigens zijn 9 huisartsen in Den Bosch geen lid van de BHV. Zij participeren dus ook niet in de regeling.

a) Hoe beoordeelt U deze regeling?

	goed				slecht
Algemeen oordeel	0	0	0	0	0
Belasting voor de huisarts	0	0	0	0	0
Kwaliteit van de dienstverlening	0	0	0	0	0
Financiële aspecten	0	0	0	0	0

b) Denkt U dat een dergelijke regeling toepasbaar is in de Rotterdamse situatie?

- 0 Ja
- 0 Nee
- 0 Wel toepasbaar, maar niet in ons waarneemgebied

c) Wat vindt U aantrekkelijke punten in deze regeling?

.....

.....

.....

d) Wat vindt U bezwaarlijke punten van deze regeling?

.....

.....

.....

e) De bijdrage in de kosten voor huisvesting, computers, telefoon, etc. bedragen voor de huisarts in dit voorbeeld zo'n f400 per jaar. Hoe staat U hier tegenover?

- 0 Dit bedrag vind ik te hoog, ik ben niet bereid dit te betalen
- 0 Ik ben bereid dit bedrag te betalen, maar ik vind het wel aan de hoge kant
- 0 Ik ben bereid dit bedrag te betalen

In Utrecht is sinds januari 1995 het project nightcare gestart. Nightcare beschikt over een eigen kantoor. De telefoon van de deelnemende huisartsen wordt vanzelf doorgeschakeld. Op het kantoor van nightcare heeft één huisarts parate dienst, die de telefoontjes beantwoordt en visites af kan leggen. De contacten worden in de computer geregistreerd, waarna de eigen huisarts de volgende ochtend bericht krijgt. De waarneemtijden zijn van 23:30 tot 7:30. Deelnemende huisartsen betalen een maandelijks bedrag variërend van f0, f187 tot f561. Dit bedrag is afhankelijk van de vraag of men vier, twee of geen (f561) diensten per kwartaal wil draaien. De initiatiefnemer benadrukt de goede service van uitgeslapen huisartsen en het geringe aantal diensten die deelnemers moeten draaien.

Ervaringen

Over het functioneren van deze recente regeling is nog weinig bekend. Het is duidelijk dat de belasting van de deelnemende huisartsen vermindert. De consequenties voor de kwaliteit zullen nog moeten blijken. De beroepsverenigingen van huisartsen benadrukken het feit dat er geen sprake meer is van huisartsgeneeskunde in de zin van streven naar een optimale persoonlijke integrale zorgverlening. Ook de financiële haalbaarheid moet nog blijken, want het aantal deelnemers is nog in opbouw.

a) Hoe beoordeelt U deze regeling?

	goed				slecht
Algemeen oordeel	0	0	0	0	0
Belasting voor de huisarts	0	0	0	0	0
Kwaliteit van de dienstverlening	0	0	0	0	0
Financiële aspecten	0	0	0	0	0

b) Denkt U dat een dergelijke regeling toepasbaar is in de Rotterdamse situatie?

- Ja
 Nee
 Wel toepasbaar, maar niet in ons waarneemgebied

c) Wat vindt U aantrekkelijke punten in deze regeling?

.....

.....

.....

d) Wat vindt U bezwaarlijke punten van deze regeling?

.....

.....

.....

e) De bijdrage voor deelname aan de regeling is in dit voorbeeld f0, f2244 of f6732 per jaar als men respectievelijk vier, twee of geen diensten per kwartaal wil draaien. Hoe staat U hier tegenover?

- Dit bedrag vind ik te hoog, ik ben niet bereid dit te betalen
 Ik ben bereid dit bedrag te betalen, maar ik vind het wel aan de hoge kant
 Ik ben bereid dit bedrag te betalen

27. Zou U, na het bestuderen van voorgaande vijf alternatieve waarneemmodellen, een voorkeur kunnen aangeven voor één van deze modellen?

Mijn voorkeur gaat uit naar het model zoals dat bestaat in:

.....
want
.....
.....

V. HUISARTS- EN PRAKTIJKKENMERKEN

28. Hoeveel dagdelen per week voert U (en eventueel collega) praktijk, exclusief de diensten?

..... dagdelen

29. Over hoeveel FTE¹ assistentie beschikt de praktijk?

.....

- 30a. Is de administratie van patiëntgegevens, waarmee bedoeld wordt de medische module, geautomatiseerd?

0 Ja
0 Nee

- 30b. Kunnen dienstdoende huisartsen uit de waarneemgroep deze patiëntgegevens raadplegen?

0 Ja
0 Nee

- 31a. Uit hoeveel patiënten bestaat de praktijk?

0 < 1.000
0 1.000 - 1.500
0 1.500 - 2.000
0 2.000 - 2.500
0 > 2.500

- 31b. Hoe groot is het percentage ziekenfondsverzekerden van de patiëntenpopulatie?

..... %

¹ FTE betekent full-time equivalent; 1 assistent(e) full-time = 1 FTE, 2 assistenten(es) part-time = 1 FTE etc.

BIJLAGE 3. AANDACHTSPUNTEN IN DE INTERVIEWS EN GE-INTERVIEWDE VOORZIENINGEN

Acuut Maatschappelijk Werk
Westersingel 6
3014 GM Rotterdam
010-436 11 00

Crisiscentrum Rotterdam, Noord
Mathenesserlaan 270
3021 HS Rotterdam
010-476 39 44

Boumanhuis, centrum verslavingszorg zhz
Heemraadsingel 80
3021 DD Rotterdam
010-4779300

Doktersdienst Rotterdam
Vederdistel 5
3068 NP Rotterdam
010-420 11 00

Bornkamp artsentelefoon
Avenue Concordia 93
30 Rotterdam
010-411 55 04

Thuiszorg Rotterdam
Coolsingel 75
3012 AD Rotterdam
010-282 60 00

Centrale Post Ambulancevervoer Rijnmond
Schiedamsedijk 95
3011 EN Rotterdam
010-433 92 17

Stichting klachtenbureau patiëntenbelangen Rotterdam (SKPR)
Zomerhofstraat 71
3032 CK Rotterdam
010-465 90 84

Politie Rotterdam Rijnmond
Doelwater 5
3011 AH Rotterdam
010-424 37 78

RIAGG Rijnmond Noord-West
Mathenesserlaan 208
3014 HH Rotterdam
010-440 24 02

Dijkzigt Ziekenhuis
Dr.Molewaterplein 40
3015 GD Rotterdam
010-463 92 22

Sint Franciscus Gasthuis
Kleiweg 500
3045 PM Rotterdam
010-461 61 61

Zuiderziekenhuis
Groene Hilledijk 315
3075 EA Rotterdam
010-290 30 00

Aandachtspunten bij de interviews

- 1. Op welke wijze en ten behoeve van welke doelgroep is de hulpverlening buiten kantooruren van Uw instelling op dit moment georganiseerd en hoe verloopt de samenwerking/afstemming met de huisartsen?**
 - 1a. Wat is het doel van de voorziening?
 - 1b. Welke doelgroep heeft de voorziening?
 - 1c. Hoe en wanneer is de voorziening beschikbaar?
 - direct bereikbaar of alleen met verwijzing?
 - avond, nacht en weekend bereikbaar (7x24 uur)?
 - is er altijd iemand aanwezig, en om de telefoon te beantwoorden?
 - 1d. Wat voor hulpverleners doen dienst en wat is hun deskundigheid?
 - Artsen, arts-assistenten, psychiaters, psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundigen, vrijwilligers
 - 1e. Hoeveel hulpvragen krijgt men te verwerken?
 - direct en na verwijzing
 - meeste in de avond, nacht, weekend?
 - welk type patiënten
 - 1f. Welke procedures/(uitsluitings)criteria hanteert men ten aanzien van het accepteren van hulpvragen?
 - alleen acceptatie na verwijzing, bij bepaalde diagnose, andere criteria?
 - 1g. Wat verwacht men dat er door de verwijzer, bijvoorbeeld de huisarts, al voor voorwerk aan de patiënt gedaan is?
 - 1h. Hoe wordt de voorziening gefinancierd?
 - verzekeringsgeld, awbz, subsidie
 - wordt de hulp buiten kantooruren apart gefinancierd of hoort deze hulp binnen het dienstverleningspakket?
 - 1i. Hoe is het een en ander georganiseerd?

- zijn er dienstroosters, is er mogelijkheid voor opname, wordt er eerst een intake afgenomen, worden er dossiers bijgehouden, is de zorg buiten kantooruren er alleen voor 'vaste' patiënten, zijn er nazorgcontacten, welke typen hulp worden verleend?
- 1j. Hoe verloopt de samenwerking met andere voorzieningen?
- welke samenwerkingsrelaties bestaan er?
 - bestaan er aparte afspraken met de huisartsen(groepen)?
 - wordt er weleens verwezen naar andere voorzieningen bij dubbele problemen?
- 1k. Hoe is de bereikbaarheid voor de huisarts geregeld?
- wat is de procedure die een huisarts moet volgen als hij of zij naar de voorziening belt, hoe snel kan er iets geregeld worden, kan de huisarts altijd iemand van de voorziening bereiken, kunnen opnames altijd geregeld worden?
- 2. Welke knelpunten worden door U ervaren in de hulpverlening buiten kantooruren? Hierbij moet U denken aan knelpunten binnen de eigen instelling, zoals personeelstekorten, maar ook aan knelpunten in relatie tot de afstemming van de taakgebieden met de huisarts.**
- 2a. Knelpunten in relatie tot het functioneren van de eigen voorziening
- teveel hulpvragen, gecompliceerde problematiek van hulpvragen, niet voldoende opgeleid personeel om diensten te draaien, oneigenlijke hulpvragen?
- 2b. Knelpunten in relatie tot de huisartsenzorg/samenwerking
- doorverwijsgedrag huisartsen, informatie-overdracht onvoldoende geregeld, 'wie moet wat doen?', wrijvingen bij de bereidheid van de huisarts om patiënten aan te nemen en andersom
- 2c. Knelpunten met betrekking tot de afbakening van taakgebieden/doelgroepen en de grenzen daartussen
- voorbeelden van grensproblematiek, worden dit soort knelpunten binnen de organisatie besproken, wordt er nieuw beleid op geformuleerd?
- 3. Welke oplossingen ziet U voor eventueel geconstateerde knelpunten en hoe zou een andere organisatie van de huisartsenzorg buiten kantooruren kunnen bijdragen aan de oplossing van de knelpunten?**
- 3a. Zou een andere organisatie van de huisartsenzorg buiten kantooruren kunnen bijdragen aan het oplossen van de knelpunten?
- heeft U voorbeelden van onderdelen van zo'n andere organisatie?
- 3b. Welke mogelijkheden tot samenwerking zijn er met de huisarts?
- kunnen huisartsenzorg en andere voorzieningen in geval van een centrale post gecombineerd worden op één adres, kunnen er zaken als telefoonnummers/informatieverstrekking gezamenlijk geregeld worden?
- 3c. Kunnen er vaste afspraken met de huisartsen gemaakt worden?
- afspraken over bijvoorbeeld verwijzing, bereikbaarheid, opnames; afspraken over de taakgebieden/grensgebieden van de huisarts en de andere voorzieningen
- 3d. Zou de voorziening energie willen steken in een verandering in waarneemregeling/samenwerkingsrelatie?
- 3e. Heeft U zelf een idee over oplossingen voor de knelpunten?
- 3f. Zijn er ook nadelen aan een verandering van de waarneemregeling verbonden?

BIJLAGE 4. INTERVIEWVERSLAGEN

HULPVERLENENDE VOORZIENINGEN

Krisiscentrum Rotterdam

Het Krisiscentrum Rotterdam (KC), dat een samenwerkingsverband is van het Centrum voor Dienstverlening en het Centrum voor Psychiatrie BAVO, is een voorziening die 7x24 uur geopend is voor mensen met acute sociale en/of psychische nood. Het KC in Rotterdam Noord is in 1978 opgericht, het KC in Zuid stamt uit 1988. De gegevens die hier besproken worden hebben betrekking op het KC Noord. Het KC Zuid wordt binnenkort opgeheven onder andere door problemen in de samenwerking met de GGZ en financiële problemen.

aanmelding

Het KC is dag en nacht bereikbaar met of zonder verwijzing. 40% van de aanmeldingen komt van mensen zelf danwel van hun familie/kennissenkring. Mensen moeten wel zelf naar het KC toekomen, huisbezoeken zijn niet mogelijk.

hulpverleners

In het KC werken maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, waarvan 50% spv'ers, en artsen. In een etmaal zijn er drie diensten, waarbij er overdag en 's avonds drie personen aanwezig zijn en 's nachts twee. Er dient altijd zowel een manlijke als een vrouwelijke hulpverlener aanwezig te zijn in verband met eventuele voorkeuren. Tevens is er ook altijd een verpleegkundige aanwezig en is er een arts afroepbaar.

hulpvraag

In 1994 heeft het KC 1862 interventies gedaan, waarvan 969 ambulante en 893 klinische. 63% hiervan zijn contacten die gestart zijn buiten kantooruren. Het KC krijgt ook veel telefonische vragen om informatie te verwerken. Het is dus niet zo dat er in 1994 1862 mensen daadwerkelijk langs zijn geweest. Van deze 1862 mensen werd de aard van de crisis in 44% van de gevallen psycho-sociaal bevonden en in 56% van de gevallen psychiatrisch. Bij psycho-sociale problematiek volgde er in 50% van de gevallen klinische hulpverlening, bij de psychiatrische problematiek is dat cijfer iets hoger, namelijk zo'n 55%. De bedbezetting was in 1994 gemiddeld 61% voor psycho-sociaal en psychiatrisch en de opnameduur gemiddeld 2,4 dagen. Tot 1990 was de bedbezetting bij psycho-sociale problematiek nog zo'n 80% en bij psychiatrische problematiek van 1986 tot 1990 gemiddeld zo'n 40%. Het totaal aantal contacten wisselt per jaar vrij sterk, echter het aantal van 1862 in 1994 was in de acht jaar daarvoor nog niet behaald. 70% van de cliënten zijn in hun dagelijks leven afhankelijk van sociale voorzieningen. Onder de cliënten komt veel werkloosheid voor. Opvallend is dat veel migranten gebruik maken van de crisiscentra, omdat deze groep bij andere hulpverleningsinstellingen nog ondervertegenwoordigd is. In 1994 werden personen uit meer dan 60 naties opgenomen. In 1993 waren dit er nog 44. De cliënten zijn voor 60% afkomstig uit de gemeente Rotterdam, waarbij uit de wijken rond het KC relatief meer cliënten komen dan uit verderaf gelegen wijken.

verwijzing via de huisarts

Het KC is zoals eerder genoemd een open instelling die ook zonder verwijzing 7x24 uur geopend is. 4% van de cliënten komt via een verwijzing van de huisarts binnen. De huisarts heeft geen plaatsingsbevoegdheid bij het KC, maar het KC is wel laagdrempelig voor de huisarts in de zin dat de huisarts een persoon op elk moment direct kan

doorsturen. De huisarts hoeft in principe geen 'voorwerk' gedaan te hebben, al wordt het op prijs gesteld als er een situationele omschrijving gegeven kan worden waarin vragen als Wat is er gaande?, Wie spelen een rol in de situatie?, Waarom wordt het KC ingeschakeld? en Wat verwacht de huisarts van ons? beantwoord kunnen worden. Ook is het voor het KC prettig om van de huisarts een seintje te krijgen dat er iemand aankomt. Het KC heeft afspraken met een huisarts uit de buurt voor eventuele consultatie van cliënten.

financiering

Het KC wordt voor de helft gefinancierd uit AWBZ gelden en voor de helft door het ministerie van VWS. Deze financiering geldt voor het hele dienstverleningspakket.

toelating, intake en behandeling

Als iemand zich bij de deur aanmeldt, wordt eerst bekeken of de persoon toegelaten kan worden. Als toelatingscriterium wordt gehanteerd de vraag of iemand in staat is een gesprek te voeren. Verlaagd bewustzijn, dronkenschap en niet-hanteerbare agitatie kunnen redenen zijn om iemand niet toe te laten. Eventueel kan er direct doorverwezen worden naar de politie of de eerste hulp afdeling van het ziekenhuis. Wordt iemand binnengelaten dan wordt er zo snel mogelijk een intake-gesprek afgenomen (binnen een kwartier). Het doel van het intake-gesprek is het vaststellen van de kern van de problematiek en bezien of de cliënt met die problematiek bij het KC op het juiste adres is. Ook wordt bij de intake een inventarisatie gemaakt van de contacten van de cliënt met andere hulpverleners. Na de intake wordt er dus besloten tot opname danwel doorverwijzing. Betreft het een cliënt die voor het eerst contact zoekt met het KC dan wordt er een dossier geopend, is de cliënt al bekend dan wordt het dossier bijgewerkt. Opname is mogelijk voor drie tot vijf dagen. Hierna gaat zo'n 85% van de mensen weer naar huis. 40% van de cliënten wordt na opname door- of terugverwezen naar de RIAGG. De behandelmogelijkheden voor zowel ambulante als klinische contacten zijn het voeren van gesprekken met de cliënt zelf, maar ook systeemgesprekken en het verstrekken van medicamenten. Vaak is het belangrijkste doel bij de hulpverlening bij mensen in acute nood het scheppen van 'ordering in de chaos'.

samenwerking

Het KC heeft veel contacten met andere hulpverleningsinstellingen. Dit heeft te maken met het feit dat cliënten vaak al contact hebben (gehad) met andere hulpverleners. Daarnaast is er structureel overleg met de acute dienst van de RIAGG. Hierin wordt de RIAGG bijvoorbeeld geïnformeerd over wat er met een persoon die bij de RIAGG al bekend is, is voorgevallen. Ook komt het voor dat er bij dubbele problematiek wordt doorverwezen. Bij 25% van de contacten in 1994 was sprake van verslavingsproblematiek. Het KC moet dan afwegen welk probleem de eerste aandacht verdient. Eventueel wordt dan naar bijvoorbeeld het Boumanhuis voor alcohol en drugsproblematiek doorverwezen.

eigen functioneren

Het KC heeft een beperkt aantal bedden (12). Problemen met opvangcapaciteit, personeelsbezetting of infrastructuur doen zich niet structureel voor. In het voorjaar en najaar bestaat er een piek in het aantal hulpvragen en is het KC weleens vol. In 1994 waren er 14 'volle' dagen. Maar over het algemeen kan men de vraag redelijk aan. In verband met de benodigde flexibiliteit is een volledige bezetting ook niet wenselijk. De bezetting is gemiddeld 60%. Op dit moment (eind 1995) wordt er gezocht naar nieuwe huisvesting en met het opheffen van het KC Zuid worden er wellicht nog bedden overgenomen.

relatie met huisartsen en andere voorzieningen

Het KC stelt niet veel eisen bij doorverwijzing door de huisarts. In principe kunnen mensen direct doorverwezen worden. Discussie over het wel of niet goed gehandeld hebben van de huisarts danwel het KC wordt achteraf gevoerd en niet op het moment van crisis. De meeste wrijving ontstaat wanneer een huisarts wil 'voorschrijven' wat het KC het beste met een bepaalde persoon kan doen. Enige wrijving bestaat verder altijd, omdat de situaties waar men zich voor gesteld ziet altijd het karakter van een acute crisis hebben. In een verwijsonderzoek dat het KC heeft uitgevoerd onder huisartsen wordt redelijk positief over het KC geoordeeld. Op dit moment wordt er ook gewerkt aan een beeldvormingsonderzoek onder alle verwijzers. In paragraaf 4.1.2 is al vermeld dat de RIAGG bij het KC plaatsingsbevoegdheid heeft. De RIAGG heeft zelf namelijk geen mogelijkheid tot opnames in tegenstelling tot huisbezoeken waar het KC niet voor ingezet kan worden. Naast de RIAGG krijgt ook de acute dienst van het Algemeen Maatschappelijk Werk plaatsingsbevoegdheid.

Het KC is van mening dat een kleinschalige regeling zoals die nu bestaat een verdunning van de problematiek tot gevolg heeft. Een grootschaliger regeling zal dus waarschijnlijk het tegenovergestelde effect sorteren, namelijk concentratie van problematiek. Dit maakt de relatie tussen hulpverlener en cliënt anoniemer, waardoor de kans op incidenten toeneemt. De hulp van de politie zal vaker ingeroepen moeten worden. Tevens kan grootschaligheid leiden tot een veel grotere hulpvraag naar de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen, omdat de zorg in de buurt er toch niet meer is. Een maatregel die de kans op incidenten kan doen afnemen is het voor elkaar toegankelijk maken van patiëntgegevens. Hierdoor neemt de bekendheid met patiënten/cliënten toe en zijn ook waarnemers op de hoogte van het systeem.

RIAGG Rijnmond Noord-West

werkgebied acute dienst

In de regio Rijnmond zijn drie RIAGG's: RIAGG Noord-Oost, Noord-West en Zuid. De Acute Dienst die buiten kantooruren actief is, beslaat het werkgebied van deze drie RIAGG's tezamen. Dit gebied is derhalve relatief groot en loopt van Hoek van Holland tot aan Krimpen- en Capelle a/d IJssel, Ridderkerk, Hoogvliet, Barendrecht, Rhoon en Heerjansdam, bij elkaar 1,2 miljoen mensen. De acute nacht- en weekenddienst heeft als doelgroep volwassenen en ouderen (20+). Dit hoeven geen bekenden van de RIAGG te zijn. De tijden dat de acute nacht- en weekenddienst actief is, zijn als volgt:

vrijdag	18:00 uur - zaterdag	09:00 uur
zaterdag	09:00 uur - zondag	09:00 uur
zondag	09:00 uur - maandag	09:00 uur.

Tot 18:00 zijn alle meldingen voor de RIAGG's voor het eigen werkgebied. Meldingen komen via de Centrale Post Ambulancevervoer binnen en gaan van daar uit naar de mobiele acute dienst. De gebouwen van de RIAGG's zijn buiten kantooruren gesloten. De acute dienst is alleen via verwijzing bereikbaar. Cliënten zelf kunnen de acute dienst dus niet bereiken.

werkwijze

De acute dienst bestaat uit één koppel: een arts-assistent en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of een psychiater en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Er is ook altijd een achterwacht oproepbaar. Het doel van de hulp van de acute dienst is het doen van een psychiatrische beoordeling, waarna een beslissing kan worden genomen. Die beslissing kan zijn de cliënt thuis houden en de volgende dag naar de RIAGG laten

komen, een opname regelen of zelfs een In Bewaring Stelling (IBS) regelen. De acute dienst heeft de beschikking over een (beperkt) arsenaal aan medicatie. Van elke beoordeling wordt een wachtrapport gemaakt met in ieder geval de volgende gegevens: naam, geboortedatum, adres, adres waar de patiënt gezien wordt, verwijzer, diagnose, advies/conclusie, tijden en zo mogelijk verzekeringsnummer. Dit rapport vormt het begin van een dossier ofwel wordt bijgeschreven in een bestaand dossier. Een kopie kan eventueel worden meegegeven als de patiënt wordt opgenomen. De volgende dag wordt de huisarts van de patiënt ingelicht over wat er is voorgevallen. Gemiddeld worden er zo'n 2 à 3 beoordelingen per dienst gedaan in het hele werkgebied.

verwijzers

Naar de acute dienst wordt in het algemeen verwezen door artsen: huisarts, politie-arts en EHBO-arts. Ook medewerkers van het Krisiscentrum, het RIBW en de Pameijer stichting kunnen patiënten aanmelden. De arts moet de patiënt eerst zelf gezien hebben voordat de acute dienst wordt opgeroepen voor een beoordeling. De gedachte hierachter is dat de arts veel zelf kan afhandelen en de acute dienst onmogelijk voor elke oproep beschikbaar kan zijn. Er wordt wel binnen 10-30 minuten op een telefonisch verzoek van de huisarts gereageerd.

De helft van de verwijzingen komt van de huisarts, de andere helft van lokaties als de politie. De RIAGG's krijgen via de AWBZ een voorfinanciering voor het hele dienstverleningspakket.

opnamen

Voor de acute dienst naar een oproep gaat is meestal wel bekend hoe de situatie ongeveer is, bijvoorbeeld of er gevaar bestaat. De beoordeling wordt dan ter plekke gedaan. Opnames zijn mogelijk in het Krisiscentrum, het psychiatrisch ziekenhuis en eventueel een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. De psychiatrische ziekenhuizen Bavo, St.Joris en Delta hebben een opname verplichting voor mensen die in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis verblijven. Een patiënt van de RIAGG-Zuid die zich in het werkgebied van de RIAGG Noord-West bevindt, wordt in het psychiatrisch ziekenhuis in dat laatste werkgebied opgenomen. De volgende dag kan dan alsnog overplaatsing naar een ander ziekenhuis plaatsvinden. Het psychiatrisch ziekenhuis dient voor een patiënt een plaats te regelen. Als het ziekenhuis zelf geen plaats heeft dan moet het ziekenhuis elders een plaats zoeken. Opnamen van met name (dementerende) ouderen en IBS gevallen kunnen nog weleens problemen opleveren.

afspraken met andere voorzieningen

Afspraken bestaan in eerste instantie met de psychiatrische ziekenhuizen in verband met opnamen. Daarnaast is afgesproken dat de EHBO afdelingen van algemene ziekenhuizen beschouwd worden als 'de straat'. Deze afdelingen kunnen de acute dienst dus altijd oproepen voor een beoordeling. Met veel andere (tussen) voorzieningen wordt regelmatig contact gehouden. Met het Krisiscentrum vindt wekelijks overleg plaats over de afgelopen week.

Bij dubbele problematiek ligt de nadruk op het doorkomen van de nacht. Wie een patiënt opvangt hangt af van wie er het eerste aanwezig is. De volgende dag kunnen er verdere afspraken gemaakt worden.

Een knelpunt in de organisatie van de acute dienst kan zich soms voordoen in de personeelsbezetting. Als er twee of drie oproepen per dienst worden gedaan, levert de werkbelasting normaal gesproken geen problemen op. Dit gebeurt wel wanneer er

meerdere oproepen tegelijk gedaan worden. Echter ernstige noodgevallen doen zich te weinig voor om een tweede koppel actief te laten zijn. Financieel is dit niet haalbaar. Er is wel een toename merkbaar van het acute dienst werk als gevolg van het overheidsbeleid om mensen zo min mogelijk in een inrichting op te nemen.

Knelpunten die zich in relatie met de huisarts voordoen hebben hiermee te maken. Regelmatig ontstaan er conflicten als de huisarts van mening is dat de regel om eerst zelf naar de patiënt te gaan kijken onterecht is in een bepaalde situatie. De acute dienst kan echter niet naar elke melding gaan kijken zonder te weten of het wel 'ernstig' genoeg is voor de acute dienst. Lange wachttijden voor verwijzers kunnen zich ook weleens voordoen als de acute dienst tijdens een melding nog bezig is bij een andere patiënt.

Grootschaligheid in de waarneming is efficiënter, maar de patiëntenzorg zal er niet beter van worden, omdat de zorg anoniemer wordt en patiëntgegevens niet of moeilijker beschikbaar zijn. Een goede waarneemregeling, eventueel centraler, zou voor de huisarts wel meer rust kunnen geven en minder belasting. De huisarts zou tijdens een dienst echt aan het werk moeten zijn en de nacht op moeten blijven, waarna de volgende dag vrij is. Dit systeem werkt voor de RIAGG medewerkers goed.

Thuiszorg Rotterdam

organisatie hulp buiten kantooruren

Thuiszorg Rotterdam opereert vanuit 12 thuiszorgcentra op deelgemeenteniveau. Elk thuiszorgcentrum heeft een eigen centrummanager die eindverantwoordelijke is voor alle zorg in het werkgebied. De voordelen van deze thuiszorg organisatie is dat er een goed contact met de verwijzers opgebouwd kan worden en dat er zorg naar de behoefte van de wijk geleverd kan worden. De zorg buiten kantooruren, na 17:00, heeft twee vormen. Ten eerste bestaat de mogelijkheid tot geplande zorg. Dit is verzorgende of verpleegkundige zorg in de avonden en weekenden. Deze zorg is geïndiceerd en wordt geleverd vanuit de thuiszorgcentra. De tweede vorm van zorg buiten kantooruren is de acute zorg. Deze zorg wordt 7x24 uur geleverd door een stedelijk opererend team, dat los staat van de geplande zorg en de thuiszorgcentra. De telefoonlijnen van de thuiszorgcentra worden buiten kantooruren doorgeschakeld naar een meldkamer. In de meldkamer zijn altijd twee op HBO-niveau geschoolde medewerkers aanwezig, waarvan één verpleegkundige. Telefoontjes die bij de meldkamer binnen komen worden door de medewerkers beoordeeld. Als er verzorgende en/of verplegende handelingen gedaan moeten worden, wordt de acute dienst van de thuiszorg opgeroepen. Er kan ook een ander advies of een doorverwijzing naar een andere voorziening, bijvoorbeeld de huisarts of de RIAGG gegeven worden. De meldkamer is bereikbaar voor verwijzers, maar ook direct voor elke Rotterdammer die een beroep op de thuiszorg wil doen.

De acute dienst van de thuiszorg heeft ongeveer 11 medewerkers die alleen binnen deze dienst werkzaam zijn. De acute dienst is ook overdag actief. Er zijn minimaal twee medewerkers per dienst aanwezig. De medewerkers zijn of verzorgenden (MBO) of verpleegkundigen (HBO).

hulpvraag

In de eerste acht maanden van 1995 is door de meldkamer 3100 maal de acute dienst ingezet. Verwijzers kunnen in principe mantelzorgers en allerlei instellingen zijn: RIAGG, maatschappelijk werk, maar ook huisartsen. Verwijzingen van de huisarts maken echter tot nu toe maar enkele procenten van het totaal uit. De meeste hulpvra-

gen komen van mensen zelf en, heel belangrijk, de mantelzorg.

Elke acute hulpvraag wordt geregistreerd en in het dossier bijgewerkt, danwel wordt er een dossier mee geopend. Het bij de hulpvrager dichtsbijzijnde thuiszorgcentrum wordt de volgende dag altijd door de reguliere zorg op de hoogte gebracht. Na een acute hulpvraag kan iemand in zorg genomen worden. Door de intaker wordt de situatie bekeken en de zorg opgestart. Geplande zorg kan, afhankelijk van de urgentie, binnen een paar uur geregeld worden, acute zorg is binnen een half uur mogelijk. Binnenkort wordt er een gegevenssysteem van kracht, waardoor ook voor de acute dienst en de meldkamer alle patiëntgegevens op elk moment beschikbaar zijn.

Het verplegende deel van de thuiszorg wordt via de AWBZ gefinancierd, het verzorgende deel gaat via de Ziekenfondsraad. De meldkamer en de acute dienst worden voor een groot deel door de gemeente Rotterdam gefinancierd.

samenwerking

De thuiszorg heeft veel contact met de huisarts. Op het niveau van het thuiszorgcentrum is het contact vooral patiëntgericht, maar soms is het overleg ook gestructureerder, bijvoorbeeld in de vorm van hometeam-overleg. Hoe gestructureerd het overleg is verschilt per waarneemgroep. Op stedelijk (directie) niveau bestaat een goed contact met zowel de DHV als de RHV. Gezamenlijke inspanningen richten zich bijvoorbeeld naar de zorgverzekeraar. De huisarts is ook met het werk van de specialistische thuiszorg betrokken. Hierbij gaat het vaak om mensen die uit het ziekenhuis worden ontslagen, maar nog wel intensieve zorg nodig hebben. Zowel de huisarts als de thuiszorg hebben in toenemende mate met deze categorie mensen te maken en ondervinden een werkdruk verhoging. Door een goede samenwerking kan in dit soort gevallen efficiënter gewerkt worden. Ook nemen hierdoor de mogelijkheden voor kwalitatief betere zorg toe.

eigen functioneren

Het probleem voor de thuiszorg ligt in het kunnen anticiperen op de toekomstige vraag. Het aantal parate medewerkers kan bij toenemende vraag niet meer toereikend zijn. Binnenkort vindt er 5% korting op het AWBZ budget plaats, wat dus vooral de verpleging treft. Een oplossing kan zijn het actief op zoek gaan naar andere financiële bronnen of het binnen de perken houden van groei en het nog verder terugbrengen van de kosten (produktiviteitsverhoging).

relatie met de huisarts

Met name in de acute hulpverlening is de kans op wrijving groot; er moet direct een oplossing gegeven worden aan een acute (complexe) hulpvraag. Wrijvingen met huisartsen komen dus voor, maar zijn wel erg individueel bepaald. Met de ene huisarts kan veel gemakkelijker gecommuniceerd worden dan met de ander. Onterechte doorverwijzingen komen voor een deel voort uit onbekendheid met wat de thuiszorg kan leveren en wat niet. Er kunnen ook knelpunten ontstaan als de huisarts, vaak de waarnemer, onbekend is met een bepaalde situatie. Een patiënt voor wie specialistische zorg geleverd wordt ligt onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts, echter een waarnemer kan niet goed op de hoogte zijn van zo'n situatie. Onderlinge afstemming tussen huisartsen en specialisten is dus erg belangrijk. Er bestaat reeds een goede samenwerking op stedelijk niveau met de RHV en DHV. Samenwerking op het niveau van de waarneemgroep is zeer verschillend. De grenzen tussen huisartsenzorg en thuiszorg zijn over het algemeen wel duidelijk. Voor de huisarts is het echter belangrijk dat er een goede communicatie met specialisten bestaat, zodat er bij problemen in de specialistische zorg eventueel terugverwezen kan worden naar het ziekenhuis. De huisarts is immers eindverantwoordelijk voor de totale zorg voor de

cliënt.

Optimale continuïteit van zorg wordt alleen bereikt als de eigen huisarts van de patiënt letterlijk 24 uur per dag klaarstaat. Dit is uiteraard onmogelijk. Daarom maakt het eigenlijk niet uit op wat voor schaalniveau of in welke vorm de huisartsenzorg buiten kantooruren georganiseerd wordt; waarneemgroepniveau danwel stedelijk, scheiding acute van reguliere zorg, etcetera. Van belang is wel eenduidigheid te realiseren in een grootschaliger regeling. Voor de thuiszorg zou een meer centrale regeling het voordeel hebben dat de bereikbaarheid verbetert. In de huidige situatie moeten nog weleens veel telefoontjes gepleegd worden. Bij elke verandering in de waarneming staat echter de beschikbaarheid van gegevens en de communicatie voorop. Daarmee staat of valt elke regeling. Samenwerking van de huisarts met het acute gedeelte van de thuiszorg is altijd mogelijk. Misschien kan er zelfs gekeken worden naar een gezamenlijke centrale waar meldingen binnenkomen en waar de eerste schifting van de vraag wordt gedaan.

Boumanhuis

hulpverlening buiten kantooruren

Het Boumanhuis is het centrum voor verslavingszorg voor de regio Zuid-Holland Zuid en bestaat uit een aantal CAD's, consultatiebureau's alcohol en drugs. Het Boumanhuis bestaat al heel lang, echter de naam wordt nog niet altijd verbonden met het CAD. Het Boumanhuis telt zo'n 18 vestigingen, waaronder een alcoholkliniek, een drugskliniek, een therapeutische gemeenschap, een dagcentrum, een preventie en voorlichting afdeling en een crisisdienst. Naast deze activiteiten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg is er ook nog een reclasseringsafdeling. Binnenkort worden een aantal vestigingen bijelkaar gevoegd in nieuwe huisvesting. Totaal telt het Boumanhuis ruim 300 medewerkers. De crisisdienst bestaat sinds 1981 en werkt zowel klinisch als ambulante. De crisisdienst is overdag en buiten kantooruren actief. De zes medewerkers houden zich bezig met zowel acute crisismeldingen als met reclassering en zijn 7x24 uur in dienst van de crisisdienst. Buiten kantooruren is het werkgebied vergelijkbaar met dat van de acute dienst van het RIAGG, dat wil zeggen Groot-Rotterdam. De medewerkers hebben een verpleegkundige opleiding gecombineerd met maatschappelijk werk of zijn als sociaal psychiatrisch verpleegkundige geschoold. Tevens kan er altijd een arts van het Boumanhuis geconsulteerd worden. Buiten kantooruren valt de reclasseringstaak weg en is de crisisdienst er alleen voor crisissituaties. De telefoontjes komen dan via een van de klinieken binnen, waar een 'screening' plaatsvindt. Als er sprake is van crisis wordt de crisisdienst opgeroepen, waarna eerst een telefonische intake wordt gedaan met de kliniek en de cliënt. Op basis van de informatie die zo verkregen wordt, houdt ofwel de hulpverlening op, ofwel wordt er een huisbezoek afgelegd. Overdag gebeurt dit door twee personen, buiten kantooruren door één persoon eventueel bijgestaan door de arts en de politie.

De taken van de crisisdienst zijn dus naast het interveniëren in crisissituaties ook andere ggz taken als het doen van beoordelingen en verder consultatie en voorlichting. Hier komt bij kortdurende intensieve begeleiding ter voorkoming van crisis of bij mensen die op een opname wachtlijst staan. Nog een uitbreiding van taken is het bieden van intensieve begeleiding bij 'double diagnoses', dat wil zeggen mensen met een verslavingsprobleem en psychiatrische problemen.

verwijzing

Iedereen kan de crisisdienst bereiken, de cliënt zelf maar ook verwijzers. Als een

huisarts belt wordt er gevraagd hoe de situatie precies is en wat de hulpvraag aan de crisisdienst is. De crisisdienst kan dan ter plekke komen en een beoordeling doen. Het is dus geen eis dat de huisarts zelf moet gaan kijken, maar het is vaak wel wenselijk. Het antwoord hierop kan zijn om iemand op te nemen. De crisisdienst heeft een opnamebevoegdheid in de alcohol en drugs klinieken en in het psychiatrisch ziekenhuis of algemeen ziekenhuis. Soms wordt voor het regelen van een opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis de hulp van de RIAGG of huisarts gevraagd. De huisartsen vormen een vrij grote groep verwijzers, maar het Boumanhuis consulteert de huisarts ook voor medicijnen verstrekking of opname-bemiddeling.

hulpverlening

De hulp die verleend wordt kan bestaan uit gesprekken voeren, medicatie verstrekken of opname-regeling. Overdag wordt vaak is de hulp vaak een vervolg op de hulp die 's nachts gegeven is (nazorg). Er worden rapporten gemaakt van de hulp die verleend wordt en dossiers worden hiermee bijgewerkt. Deze rapporten gaan alleen naar de aanmelder of verwijzer van een cliënt en naar de hulpverlener of instelling waar een cliënt naar verwezen wordt. De huisarts krijgt op dit moment dus nog niet standaard een rapport, al is dit wel een voornemen.

Per nacht komen er één à twee telefoontjes binnen. In zogenaamde piekperiodes, zoals het najaar, wordt het drukker en neemt de werkbelasting voor de medewerkers toe. De hulpverlening van de crisisdienst wordt gefinancierd uit het totale budget van het Boumanhuis (ambulante sector budget) dat voor het ggz gedeelte afkomstig is van de gemeente en voor de reclasseringsactiviteiten van het ministerie van justitie.

samenwerking

Contacten worden onderhouden met vrijwel alle denkbare voorzieningen, maar structureel overleg vindt plaats met de acute dienst van de RIAGG. Op wijkniveau worden er wel zorgnetwerken opgericht waarin casuïstiek besproken wordt. Aan deze netwerken wil de crisisdienst zeker deelnemen.

eigen functioneren

Bij de crisisdienst is sprake van een structurele onderbezetting. Het is niet eenvoudig om medewerkers te vinden die geschikt zijn voor èn het reclasseringswerk èn het crisiswerk. Mede hierom wordt de reclasseringstaak per januari 1996 door de crisisdienst afgestoten. Verder komt de taakstelling van de crisisdienst overeen met de acute dienst van de RIAGG, waardoor er bij beide instellingen medewerkers met dezelfde achtergrond gevraagd worden. Mensen kiezen dan toch vaker voor het werken bij de RIAGG vanwege de betere naam die de RIAGG heeft of de betere verdienste. Het werken bij het Boumanhuis geeft ook een extra morele druk omdat de instelling het laatste station in het hulpverleningscircuit vertegenwoordigt. Je moet dus iets voor iemand kunnen betekenen. De onderbezetting wordt vooral gevoeld tijdens pieken in de hulpvraag, waardoor de werkbelasting toeneemt maar er bijvoorbeeld niet een dag vrij genomen kan worden na een drukke nacht. Naast personele moeilijkheden is er nog een knelpunt bij het regelen van opnamen. Mede door de plaatsingsproblematiek zal de kortdurende intensieve begeleiding een grotere rol gaan spelen in de hulpverleningsmogelijkheden.

relatie huisarts

Allereerst is het duidelijk dat de huisarts niet bestaat. Het contact verloopt altijd via individuen. Bij een duidelijke vraag van de crisisdienst, bijvoorbeeld om een recept, verloopt de consultatie gemakkelijk. Is de problematiek complexer dan is ook het contact moeilijker. Het regelen van een opname is voor een huisarts geen gemakkelijke opgave, waar de huisarts vaak niet graag voor ingeroepen wordt. Ook bij medische

problemen wil een huisarts, en zeker een waarnemer die niet van de situatie op de hoogte is, soms niet komen. Andersom is het zo dat als een huisarts belt met het verzoek aan de crisisdienst om te komen, er wel sprake moet zijn van verslavingsproblematiek en mensen er lichamelijk niet zo slecht aan toe mogen zijn dat eerst medische hulp nodig is. Tot slot moet gesteld worden dat problematiek die voor de huisarts moeilijk en complex kan zijn voor het Boumanhuis nu juist de doelgroep vormt. Het Boumanhuis werkt vanuit een andere optiek en is gewend aan moeilijke gevallen.

Op dit moment is er met de individuele huisarts vaak veel te regelen. Als er een schaalvergroting in de waarneming plaatsvindt, worden huisartsen meer gebonden aan allerlei afspraken, regels en protocollen, waardoor het contact stroever zal verlopen en er moeilijker samengewerkt kan worden. Ook de snelheid van reageren kan verslechteren. Daarnaast wordt een grootschaliger regeling voor patiënten/cliënten veel anoniemer. In een kleinschalige regeling is de huisarts nog enigzins bekend met de patiënt en kan er beter op individueel niveau samengewerkt worden. In een waarneemgroep voelen de huisartsen zich nog verantwoordelijk voor elkaar en is kwaliteitsbewaking mogelijk.

Acuut Maatschappelijk Werk hulpverlening buiten kantooruren

In 1986 is gestart met een bereikbaarheidsdienst van het acuut maatschappelijk werk. Het werkgebied wordt gevormd door Rotterdam, Maassluis en Schiedam. Buiten kantooruren is het crisiscentrum (KC) het meldpunt waar de telefoontjes binnenkomen. Het KC roept het acuut maatschappelijk werk (AcMW) dan op. Vervolgens vindt er eerst overleg plaats met de verwijzer die naar het KC gebeld heeft. Als er een duidelijke wens tot huisbezoek bestaat kan het AcMW binnen een uur ter plekke zijn.

De organisatie van het AcMW staat los van het reguliere maatschappelijk werk. Het AcMW is een onderdeel van het Centrum voor Dienstverlening net als het KC. De cliënten komen uit alle lagen van de bevolking, mannen en vrouwen. Het doel van het AcMW is het verlenen van acute, kortdurende psychosociale hulp. De belangrijkste werkzaamheden zijn het opnemen van de situatie en het stabiliseren daarvan en vervolgens een beslissing nemen over het verdere verloop van de hulpverlening. Er worden gesprekken gevoerd met de cliënt zelf maar ook met de omgeving, er wordt ondersteuning gemobiliseerd uit de omgeving en eventueel wordt een huisarts opgeroepen voor medicatie. De hulpverlening gaat dus verder dan alleen het doen van beoordelingen. Mensen kunnen door het KC opgenomen worden en zondig doorgeplaatst. Het AcMW heeft plaatsingsbevoegdheid in het KC. De psychiater van het KC kan ook geconsulteerd worden. De volgende dag vindt er terugkoppeling plaats met de verwijzers en wordt eventueel de huisarts op de hoogte gesteld. De bereikbaarheidsdienstcontacten worden geregistreerd met behulp van een computerprogramma. Van elk bezoek wordt een kort verslagje gemaakt dat drie jaar wordt bewaard alsmede van de uitgaande correspondentie naar het regulier maatschappelijk werk, huisarts, politie, woningbouw, etcetera.

De bereikbaarheidsdienst is zowel overdag als buiten kantooruren actief. Overdag vindt er bijvoorbeeld nazorg plaats. Het AcMW heeft acht maatschappelijk werkers in dienst. Er wordt gewerkt met dienstroosters. Buiten kantooruren is één persoon oproepbaar vanuit huis. Meestal moet een huisbezoek afgelegd worden of moet er iemand bij het KC opgevangen worden. Overdag komen er zo'n 1500 oproepen per jaar direct bij het AcMW binnen, buiten kantooruren zijn dit er zo'n 150 (via het KC). Gemiddeld zijn er

met een cliënt vijf contacten, waarna eventueel verwezen wordt. Een criterium voor hulpverlening is dat het mogelijk moet zijn om een gesprek te voeren met een cliënt. Een huisarts moet in zoverre voorwerk gedaan hebben dat deze kan formuleren wat er van het AcMW verwacht wordt. Verder moet een cliënt zijn ingelicht dat het AcMW eraan komt.

De financiering vindt plaats door middel van gemeentelijke subsidies.

samenwerking

Samenwerking is er incidenteel met allerlei voorzieningen. Met een aantal opvanginstellingen zijn afspraken dat het AcMW ingeroepen kan worden als daar behoefte aan is. Verder is er met het KC veel samenwerking, aangezien het KC meldpunt is voor het AcMW buiten kantooruren. Bij huisartsen is de hulpverlening van het AcMW nog niet zo bekend. In januari 1996 zal er een campagne gestart worden om meer bekendheid aan de voorziening te geven.

Buiten kantooruren is het aantal medewerkers maar net voldoende. Het streven is een formatie van twaalf mensen in plaats van acht. Per 1 januari 1996 zijn er 11 mensen werkzaam in de bereikbaarheidsdienst zowel buiten kantooruren als overdag. De belasting van de medewerkers wordt hierdoor verlicht. De hulpvraag kan men over het algemeen wel aan. Het AcMW is gewend aan acute, complexe problemen.

relatie met de huisarts en andere voorzieningen

In hoofdstuk vier is al vermeld dat de bekendheid van het AcMW onder huisartsen nog niet zo groot is. Het contact met de huisarts, als de huisarts het AcMW contacteerd of als het AcMW een oproep aan de huisarts doet, is over het algemeen goed. De huisarts heeft altijd wel een reden om hulp van het AcMW in te roepen. Als de huisarts vraagt of het AcMW wil komen, zal zij dat dan ook doen. Achteraf kan altijd nog het verwijsgedrag besproken worden. Het AcMW heeft het 'voordeel' dat het KC als een soort filter fungeert voor de hulpvragen.

Huisartsen hebben het zeer druk en hebben dus maar weinig tijd voor informatie-overdracht, afspraken etcetera. Als de huisarts dienst heeft hoopt hij/zij op zo min mogelijk hulpvragen. Een centrale post zou veel meer duidelijkheid scheppen, voor de patiënt maar ook voor de huisarts zelf. De huisarts die dan dienst heeft is de gehele dienst dan echt aan het werk en is altijd aanwezig en bereid om (telefonisch) advies te geven. De huisarts wordt niet uit bed gebeld en hoeft niet te onderhandelen over een hulpvraag. Een achterwacht zou dan oproepbaar kunnen zijn voor eventuele huisbezoeken. Een nadeel hiervan zou kunnen zijn dat in sommige gevallen (terminale patiënten) de eigen huisarts gewenst is.

Het AcMW ziet het nut van een andere waarneemregeling zeker in en is zeker bereid om mee te werken. Een duidelijke samenwerking zoals het AcMW met het KC heeft is zeer nuttig en maakt dat de problemen beter verdeeld kunnen worden.

Politie Rotterdam Rijnmond

Organisatie

De politie in de regio Rotterdam Rijnmond beschikt over een eigen medisch apparaat. Dit medisch apparaat van de politie, de forensische geneeskunde, heeft de hele politie-regio als werkgebied. Dit werkgebied strekt zich uit van Hoek van Holland tot Ridderkerk en van Bleiswijk tot Middelharnis. Voor dit gebied zijn zes forensisch geneeskundigen werkzaam (politie-artsen). Er wordt gewerkt vanuit één centraal punt. Buiten

kantooruren heeft er één waarnemend politie-arts dienst.

Doelen en taken

De forensische geneeskunde heeft twee hoofddoelen. Ten eerste het leveren van curatieve medische zorg aan arrestanten, en ten tweede het doen van medisch justitieel onderzoek ten behoeve van opsporing en volksgezondheid. Een politie-arts heeft technisch gezien dezelfde taken als elk ander arts, echter de taak heeft zowel een medisch als een juridisch karakter.

Onder de hoofdtaken van de forensische geneeskunde worden gerekend:

- de curatieve medische arrestantenzorg
- zeden- en geweldsonderzoek
- lijkschouwingen
- screening van psychiatrische patiënten
- uitvoering van artikel 8 van de wegen- en verkeerswet (in verband met alcohol)

De primaire opdrachtgever van de politie-arts kan justitie, de gemeente of de politie zijn.

Het begeleiden van huisartsen bij visites of het te hulp komen van een hulpverlener zijn geen taken van de politie-arts, maar van de gewone politie(wijk)bureaus.

De huisarts kan op verschillende manieren met de politie-arts in aanraking komen. De huisarts roept de hulp van de politie-arts in als een patiënt gearresteerd wordt. Het komt echter ook voor dat de politie-arts een huisarts inschakeld voor medische zorg aan een arrestant als dit om logistieke redenen noodzakelijk is. De huisarts kan de politie-arts inschakelen bij lijkvindingen, euthanasie-gevallen en bij overledenen waarbij er getwijfeld wordt aan de (natuurlijke) doodsoorzaak. Contact met de huisarts is er ook over het gebruik van medicatie bij patiënten. De huisarts kan in sommige gevallen ook medicatie leveren aan de politie-arts.

Voor alle contacten tussen de huisarts en de politie-arts is het noodzakelijk dat de indicatie voor het invoeren van elkaars hulp duidelijk moet zijn. Het komt wel eens voor dat een waarnemend huisarts de hulp van de politie-arts inroept, terwijl er overleg gevoerd had moeten worden tussen de waarnemend huisarts en de eigen huisarts van een patiënt.

Samenwerking/andere contacten

De politie-arts heeft naast dagelijkse contacten met de huisarts tevens regelmatig contact met andere voorzieningen. Er is veel contact met de verslavingszorg, bijvoorbeeld over de gebruikte medicatie en achtergrond van verslaafde arrestanten. Dit contact verloopt goed, al zijn de opvattingen over de zorg aan verslaafden niet altijd overeenkomstig. Er is contact met de Centrale Post Ambulancevervoer indien er een ambulance nodig is of indien er een eerste beoordeling op psychiatrisch gebied gedaan moet worden. De hulp van de acute dienst van de RIAGG wordt regelmatig ingeroepen voor beoordelingen of overleg over mensen die ingesloten zijn. Met de eerste hulp afdelingen van de ziekenhuizen tenslotte zijn er contacten in verband met letselbeoordelingen, schouw, verkeersincidenten, etcetera.

Een knelpunt in de eigen organisatie waar ook de huisarts bij betrokken kan zijn betreft de geografische spreiding van het werkgebied. De politie-arts moet behoorlijke afstanden afleggen voor soms eenvoudige taken. Het komt al voor dat de politie-arts een huisarts inschakeld om een bepaalde taak uit te voeren. De politie-artsen zouden voor het uitvoeren van het (technisch eenvoudige) deel van de curatieve arrestantenzorg een structurele samenwerking willen opzetten. Er wordt gedacht aan een regeling waarbij de huisarts op een vast tijdstip overdag een ronde doet langs de politie-cellen

in de bureaus. Hieraan voorafgaand krijgt de huisarts een 'cursus' over de aanpak van deze zorg. Spoedgevallen en te complexe problemen blijven voor rekening van de politie-arts. Voordat deze plannen concreter kunnen worden, is een interne (binnen de politie-organisatie) en externe (de huisartsen) afstemming nodig.

De 24-uurs verantwoordelijkheid betekent voor de huisarts een te hoge belasting. Grootschaliger regelingen kunnen die belasting verminderen. Het waarneemmodel in Denemarken met verschillende centrale huisartsenposten werkt bijvoorbeeld prettig, omdat er een zeer heldere organisatie bestaat, waar altijd gegevens beschikbaar zijn via het computersysteem. De arrestantenzorg in Denemarken wordt ook vanuit de centrale huisartsenposten geregeld. Ook het centrale karakter van de doktersdienst in Den Haag is voor de huisarts en de politie-arts prettig om in te werken, al is een te grootschalige regeling voor de patiëntenzorg niet gunstig. De politie-artsen zouden in een grootschaliger regeling dus goed kunnen werken. In sommige gevallen verdient het persoonlijke contact met de huisarts in een kleinschalige regeling toch de voorkeur, bijvoorbeeld in het hierboven beschreven geval van arrestantenzorg.

Sint Franciscus Gasthuis, spoedeisende hulpverlening organisatie

De afdeling spoedeisende hulpverlening van het Sint Franciscus Gasthuis bestaat vier jaar en is een open afdeling waar men met of zonder verwijzing terecht kan. Patiënten zonder verwijzing, zogenaamde aanlopers, dienen binnen vijf minuten te woord gestaan te worden. De afdeling heeft een behandelplicht. Dit betekent dat iedereen die zich aanmeldt gezien moet worden. Hierna vindt ofwel behandeling plaats, waarbij opname ook mogelijk is, ofwel de patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts of een andere voorziening. Een kwart van alle opnames lopen via de afdeling spoedeisende hulpverlening. In totaal zijn dit er zo'n 17.000. Als een afdeling van het ziekenhuis vol is, regelt de spoedeisende hulpverlening opname in een ander ziekenhuis. Als een huisarts een opnameplaats voor een patiënt zoekt wordt dit geregeld met een arts-assistent van de spoedeisende hulpverlening. Er wordt dan eerst nagegaan of opname mogelijk is alvorens een patiënt aan te nemen. Opnamen voor de afdelingen CCU en CVA worden door de Centrale Post Ambulancevervoer gecoördineerd.

Op de spoedeisende hulpverlening werken gespecialiseerde verpleegkundigen, arts-assistenten, röntgenverpleegkundigen en soms specialisten. Deze hulpverleners zijn speciaal voor de spoedeisende hulpverlening aangesteld en werken in diensten.

De financiering verloopt via de ziekenhuisbudgettering. Het zou wenselijk zijn om met een apart budget te werken.

hulpvragen

Het aantal hulpvragen op de spoedeisende hulpverlening was in 1994 zo'n 16.000, waarvan het specialisme chirurgie ongeveer 11.000 voor haar rekening nam. De helft van deze patiënten komt op eigen initiatief. Ongeveer 5.500 patiënten komen via de huisarts. Het aantal hulpvragen buiten kantooruren (van 16:00 tot 08:00) bedroeg in 1992 21 per dag. Dit aantal neemt langzaam toe, vooral uit de groep onverzekerden, zwervers en drugsgebruikers, zonder verwijzing van de huisarts.

Als de huisarts een patiënt naar de spoedeisende hulpverlening stuurt, wordt er verwacht dat de huisarts de patiënt heeft onderzocht, een diagnose heeft gesteld op grond waarvan de patiënt wordt doorgestuurd en dat er een overdracht van gegevens plaatsvindt. Als een patiënt niet wordt opgenomen krijgt deze een brief voor de huisarts mee, wordt de patiënt wel opgenomen dan krijgt de huisarts hiervan bericht.

Voor elke patiënt wordt een standaard formulier ingevuld. Dit formulier wordt verwerkt in een bestaand dossier of er wordt een dossier mee geopend.

Nadat een patiënt gezien is zijn er verschillende mogelijkheden. Ruim een derde van de patiënten werd in 1994 verwezen naar de polikliniek. Zo'n 4.600 patiënten kregen verder geen nabehandeling. Ongeveer 1.600 patiënten werden naar de huisarts verwezen.

samenwerking

Er bestaat een huisartsenoverleg Franciscus, waarin vooral voorlichting aan de huisartsen wordt gegeven over de gang van zaken op de spoedeisende hulpverlening. Ook wordt er elke twee maanden een mailing rondgestuurd over ontwikkelingen op de afdeling. Verder bestaat de wens om een intensieve samenwerking met de RIAGG Noord-Oost op te zetten met als doel het volgen van patiënten die met beide voorzieningen in aanraking zijn geweest.

Structurele knelpunten doen zich op de spoedeisende hulpverlening niet voor. Het aantal hulpvragen kan men goed aan. Er bestaat een wens om van de spoedeisende hulp een apart specialisme te maken, net als in veel andere landen zoals de Verenigde Staten. Oneigenlijke hulpvragen doen zich vooral voor buiten kantooruren als de huisarts slechter bereikbaar is. Veel mensen gaan dan rechtstreeks naar het ziekenhuis. Onder patiënten bestaat ook vaak het gevoel dat je voor goede zorg naar het ziekenhuis moet en niet naar de huisarts. Zeker in de grote steden is de directe gang naar het ziekenhuis al langer gebruikelijk.

relatie met de huisarts

Een knelpunt in relatie tot de huisarts is dat de huisarts vaak via allerlei wegen probeert om patiënten 'kwijt' te raken, zodat de verantwoordelijkheid voor het vinden van een opnameplaats bij het ziekenhuis komt te liggen. Na de spoedeisende hulpverlening worden verschillende afdelingen afgebeld of een opname mogelijk is. Vooral het regelen van opnamen van ouderen levert veel problemen op. De huisarts stuurt ook veel patiënten door die hij/zij zelf had kunnen behandelen. Huisartsen zijn tegenwoordig echter vaak niet meer voldoende voorzien van eerste hulp materiaal, zoals hechtsetjes etcetera.

Een centrale post zou voor patiënten veel duidelijkheid bieden. De huisarts is nu buiten kantooruren vaak slecht bereikbaar. Op deze manier zou ook het aantal oneigenlijke hulpvragen op de spoedeisende hulpverlening kunnen afnemen. Een centrale regeling zoals in Den Haag is echter niet nastrevenswaardig. Deze regeling is veel te groot-schalig en kampt met een chronische onderbezetting van huisartsen. Een opzet waarin Rotterdam verdeeld zou worden in vier of vijf vakken is bijvoorbeeld een idee. In elk vak zou een centrale post opgezet kunnen worden die gelieerd is aan een ziekenhuis in de buurt. Op deze manier is veel meer coördinatie mogelijk.

Dijkzigt Ziekenhuis, spoedeisende hulpverlening organisatie

De spoedeisende hulpverlening (SEH) van het Dijkzigt Ziekenhuis is een vrij zelfstandige afdeling met een eigen medische bezetting. Naast het bieden van spoedeisende medische hulpverlening is een doelstelling ook het zoveel mogelijk afstemmen met de huisarts en de huisarts centraal stellen in de hulpverlening. Speciale werkzaamheden van de SEH zijn het geven van scholingen (onder andere naar aanleiding van het patiëntenaanbod), het begeleiden van stagiaires vanuit de krijgsmacht en de huisart-

senopleiding, het geven van trainingen aan huisartsen in de spoedeisende geneeskunde. Veel nadruk wordt gelegd op de afstemming van de huisarts- en ziekenhuishulp. De medische bezetting bestaat uit twee arts-assistenten (chirurgie en anesthesiologie) en gespecialiseerde verpleegkundigen. Er wordt gewerkt met dienstroosters. De wisseling van diensten valt altijd samen met de dienstwisseling van de verpleegkundigen, zodat een gezamenlijke overdracht kan plaatsvinden. De sociaal maatschappelijke kant van de hulpverlening wordt zeer belangrijk gevonden. Twee verpleegkundigen worden daarom speciaal ingezet om daar aandacht aan te besteden. Door alle artsen en verpleegkundigen wordt veel aandacht besteed aan de opvang van de familie. Ook hier staat de huisarts weer centraal. De afstemming met de huisarts uit zich onder andere in het streven een patiënt zo snel mogelijk weer terug in het eerstelijns-circuit te brengen en met name bij de huisarts.

hulpvragen

De SEH is een open afdeling. Elke patiënt die op eigen initiatief of via een verwijzer vindt dat hij spoedeisende hulp nodig heeft, terecht of niet, moet gezien worden. Zo'n 50% van de patiënten is slachtoffer van een ongeval. Van deze ongevallen is 15% een gevolg van geweld. De SEH is van mening dat dit soort gevallen, waar vaak een hoop agressie ten toon gespreid wordt, niet bij de huisarts thuishoren in verband met de veiligheid van de huisarts.

Er komen zo'n 24.000 patiënten per jaar op de afdeling. Van de 50% ongevalsslachtoffers wordt 11% opgenomen. Van de niet ongevalsslachtoffers is dit 40% (inclusief psychiatrie). Ongeveer 60% van de hulpvragen vindt buiten kantooruren plaats. Als een opname nodig is vanuit de SEH wordt eerst beoordeeld of een patiënt een ziekenhuisdanwel een verpleeghuisindicatie krijgt. In het geval van een ziekenhuisindicatie zorgt de SEH verder voor een opnameplaats, in geval van een verpleeghuisindicatie is een opname voor de verantwoordelijkheid van de huisarts. Het is wel mogelijk om een patiënt 24 uur op te nemen, zodat er overdag naar een opnameplaats gezocht kan worden.

Van elke hulpvraag wordt een rapport gemaakt, dat wordt bijgevoegd bij de status. Patiënten die niet worden opgenomen krijgen een brief mee voor de huisarts.

De SEH is een zelfstandige sub-afdeling met een eigen personeelsformatie en een eigen budget.

Als de huisarts een patiënt naar de SEH stuurt, wordt er verwacht dat de huisarts aan kan geven wat er is gevonden (hoofdklacht van de patiënt), wat er al aan gedaan is en wat de kerngegevens van de patiënt zijn. Daarnaast wordt verwacht dat de huisarts bereikbaar is voor nader overleg.

Structurele samenwerking met de huisarts is nog niet tot stand gekomen. Met politieartsen bestaat de afspraak dat de SEH in noodgevallen een (agressieve) patiënt tijdelijk in een politie-cel kan onderbrengen.

Een knelpunt voor de SEH vormt de agressie waarmee de afdeling steeds vaker te maken krijgt. De SEH is een soort eindstation in het hulpverleningstraject. Complexe problematiek moet men dus altijd aankunnen. De afdeling kan het aantal hulpvragen wel aan, maar oneigenlijke hulpvragen komen vaak voor. Dit zou veroorzaakt kunnen worden door de gebrekkige elementaire medische kennis die mensen hebben.

relatie met de huisarts

Knelpunten in relatie tot de huisarts bestaan er ook. Een eerste probleem is de bereikbaarheid van de huisarts buiten maar ook binnen kantooruren. Ten tweede is het zeer moeilijk om tot een structurele samenwerking met de huisartsen te komen. De

samenwerking op ad hoc basis, zoals op het moment dat er een verpleeghuisplaats gezocht moet worden, verloopt meestal goed. Een derde probleem is de communicatie en de overdracht van gegevens bij het doorverwijzen van patiënten. Het doorgeven van een aantal standaard gegevens kan voor de patiënt van levensbelang zijn en is een eerste vereiste als de huisarts zijn rol als poortwachter serieus neemt. Deze kerngegevens kunnen worden samengevat als zogenaamde AMPLE-gegevens, waarbij de letters staan voor Allergy, Medication, Past Illnesses, Last Meal, Event. Een standaard invul-formulier waar de huisarts deze gegevens op kan vermelden is in de maak.

Een ander groot probleem is de bereikbaarheid en de snelheid van de RIAGG acute dienst. De SEH wordt beschouwd als de 'straat'. De RIAGG kan er dus ook beoordelingen doen. Het kan soms echter wel vijf uur duren voordat de acute dienst terplekke is, waardoor een vaak moeilijke patiënt uren op de SEH gehouden moet worden wat ten koste gaat van de zorg voor de andere patiënten.

Een oplossing voor het probleem van de oneigenlijke hulpvragen is het vergroten van de medische kennis bij het publiek. Dit zou het aantal oneigenlijke hulpvragen bij de huisarts en bij de spoedeisende hulpafdelingen verminderen. Deze oplossing is echter niet op korte termijn te realiseren. Het centraliseren van binnenkomende telefoontjes zou voor de huisarts een mindere belasting kunnen betekenen. Nu wordt de huisarts zelf uit bed gebeld of, als de huisarts visites aflegt, de achterwacht. De achterwacht heeft echter geen medische achtergrond en is niet in staat om spoedeisende van niet-spoedeisende meldingen te onderscheiden. Beter zou zijn om alle telefoontjes buiten kantooruren te laten beoordelen door een arts of verpleegkundige, waarna visites afgehandeld kunnen worden door de waarneemgroepen. Hierbij zou er een organisatie kunnen zijn die fungeert als databank. Deze organisatie kan gegevens verstrekken en opnamen regelen. Ook de spoedeisende hulpafdelingen zouden kunnen centraliseren, zodat een duidelijk aanspreekpunt voor de huisarts bestaat. De SEH is zeker bereid om mee te denken en heeft zelfs een budget vrijgemaakt om problemen op het gebied van samenwerking en communicatie met de huisarts op te lossen.

Zuiderziekenhuis, spoedeisende hulpverlening organisatie

De afdeling spoedeisende hulpverlening van het Zuiderziekenhuis is een laagdrempelige 24 uren voorziening. Mensen kunnen er op eigen initiatief of via een verwijzing terecht. Bij een tweede bezoek of controle is vaak wel een verwijfskaart nodig.

Iemand die op eigen initiatief naar de spoedeisende hulpverlening komt, wordt beoordeeld waarna behandeling, opname of doorverwijzing kan volgen, bijvoorbeeld naar de huisarts of de tandarts. Mensen die met hun hulpvraag duidelijk niet bij de spoedeisende hulpverlening thuishoren worden verder niet geholpen, maar worden in de gelegenheid gesteld om bijvoorbeeld contact met de tandarts te leggen.

De meeste specialismen in het ziekenhuis zijn 24 uur aanwezig en oproepbaar voor de spoedeisende hulpverlening. Met name chirurgie, cardiologie en brandwonden spelen een belangrijke rol buiten kantooruren. Op de spoedeisende hulp is een arts-assistent van chirurgie in principe altijd aanwezig. Tevens is er altijd een achterwacht oproepbaar. Daarnaast zijn er verpleegkundigen met of een SEH (spoedeisende hulpverlening) of een IC (intensive care) aantekening. Deze hulpverleners zijn speciaal aangesteld voor de spoedeisende hulpafdeling en werken met dienstroosters.

De afdeling wordt nu nog gefinancierd uit het totale ziekenhuisbudget, vanaf volgend jaar krijgt de afdeling een eigen budget.

doorverwijzing

Als een huisarts een patiënt doorverwijst is het wenselijk dat de huisarts de patiënt heeft bekeken en een diagnose heeft gesteld. De spoedeisende hulpafdeling doet dan aanvullende onderzoeken. Als de huisarts een opname plaats zoekt, belt hij/zij de dienstdoende specialist. Aan de hand van het telefoongesprek beoordeeld de specialist of de patiënt eerst verder beoordeeld moet worden of dat er direct opname nodig is. Na een beoordeling kan ook besloten worden tot een herbeoordeling de volgende dag. Het merendeel van de opnamen komt via de spoedeisende hulp binnen. Dit geldt voor alle specialismen, maar in het bijzonder voor interne en cardiologie. In 1994 kwamen er 17.666 hulpvragen op de spoedeisende hulpafdeling binnen, ruim 48 per dag. Hier kwamen 4.405 opnames uit voort, 12 per dag. In de toekomst zullen alle opnamen via de spoedeisende hulpverlening geregeld worden.

Sinds een half jaar is er een zogenaamd verbandspreekuur, waar mensen bij wijze van nazorg bijvoorbeeld hechtingen kunnen laten verwijderen in plaats van bij de huisarts.

samenwerking

Structurele samenwerkingsrelaties met de huisarts of andere voorzieningen zijn er niet, maar wel een aantal incidentele samenwerkingprojecten. De acute dienst van het RIAGG kan ter beoordeling van een patiënt worden opgeroepen. Er worden regelmatig huisartsenbijeenkomsten georganiseerd, waarin lezingen worden gegeven door specialisten over specifieke medische onderwerpen. Het Zuiderziekenhuis helpt mee in de repatriëring van mensen in het buitenland door verpleegkundigen en artsen te leveren.

Knelpunten in de organisatie worden niet genoemd. In principe kan men het aantal hulpvragen goed aan. Piekuren, waarin het erg druk kan zijn en de wachttijden langer worden, zijn als de huisartsen visites hebben gereden en veel patiënten hebben doorverwezen.

Een probleem vormt het grote aantal oneigenlijke hulpvragen dat gedaan wordt door mensen die op eigen initiatief naar de spoedeisende hulpverlening komen.

Het contact met de huisarts verloopt doorgaans goed. Ook de huisarts doet weleens een oneigenlijke hulpvraag, door iemand bijvoorbeeld te snel naar de spoedeisende hulp door te verwijzen, maar over het algemeen is het doorverwijsgedrag goed. De huisarts is zelfs vaak van mening dat een patiënt die rechtstreeks naar de spoedeisende hulp is gegaan bij de huisarts thuishoort. Ook het telefonisch of schriftelijk doorgeven van belangrijke informatie bij doorverwijzing of opname van een patiënt levert geen problemen op.

Een groot probleem dat de werklast van zowel de huisarts als de spoedeisende hulpafdeling sterk doet stijgen, zijn de oneigenlijke hulpvragen. De vorm van de waarneming heeft op het gedrag van mensen en hun gevoel van eigen verantwoordelijkheid waarschijnlijk weinig invloed. Om de werklast te verminderen zou een financiële drempel voor niet acute hulpvragen buiten kantooruren een oplossing kunnen zijn. Een waarneming geregeld vanuit een centrale post zou de loop naar de spoedeisende hulpafdeling van het ziekenhuis nog kunnen verhogen, omdat mensen toch vaak van mening zijn dat ziekenhuiszorg beter is dan huisartsenzorg. Deze opvatting wordt mede gevoed door de aandacht die de media besteed aan de (spoedeisende) ziekenhuiszorg.

DIENSTVERLENENDE VOORZIENINGEN

Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg

Het Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) is een dienstverlenende organisatie en geen hulpverlenende organisatie. Wat dit betreft hoort deze instelling dan ook niet echt thuis onder de beschrijving van voorzieningen die naast de huisarts hulp buiten kantooruren verlenen. Het interview met het IKG heeft meer tot doel om informatie te krijgen vanuit de patiënt over de hulp buiten kantooruren van zowel de huisarts als andere voorzieningen.

organisatie en werkwijze

De Stichting Klachtenbureau Patiëntenbelangen Rotterdam (SKPR) is begin 1992 ontstaan uit een initiatief van het Regionaal Patiënten/Consumenten Platform Rijnmond (RPCPR). Elk RPCP in Nederland heeft nu een klachtenbureau. Sinds januari 1996 is er een klachtencommissie van de DHV Rotterdam/Voorne Putten operationeel. De RPCPR en het IKG zijn bij de tot stand koming van deze commissie betrokken geweest. De SKPR is laagdrempelig en onafhankelijk, dat wil zeggen dat zij niet verbonden is aan een ziekenhuis, RIAGG, zorgverzekeraar etc. Wel zijn er banden met organisaties die dezelfde doelstelling hebben, namelijk het versterken van de positie van patiënten/consumenten van de gezondheidszorg. Sinds ongeveer een jaar presenteren alle klachtenbureau's zich met de naam IKG. De SKPR wordt gevormd door een bestuur, een coördinator, vrijwilligers en een adviesgroep. Alleen de coördinator is een betaalde kracht.

De doelstellingen van het IKG kunnen als volgt omschreven worden:

1. het versterken van de rechtspositie van patiënten/consumenten binnen de gezondheidszorg
2. het effectueren van de rechten van patiënten/consumenten door het bijstaan in geval van klachten
3. het signaleren van structurele fouten/tekortkomingen door (anonieme) registratie van de klachten
4. het bevorderen van de kwaliteit van de gezondheidszorg, onder andere als gevolg van onder 3. genoemde signaleringsfunctie
5. het PCPR ziet actieve voorlichting eveneens als een taak van het klachtenbureau

De doelgroep kan worden omschreven als alle gebruikers van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Het IKG heeft spreekuur op drie ochtenden in de week. In januari 1996 wordt dit uitgebreid naar vijf ochtenden in de week. De eerste contacten met cliënten zijn bijna altijd telefonisch. Tijdens de spreekuren wordt de telefoon beantwoord door de vrijwilligers. Er wordt een intakegesprek gevoerd aan de hand waarvan wordt vastgesteld of er met een klacht iets gedaan kan worden. Veelal wordt geprobeerd zo mogelijk direct een antwoord te geven op een vraag of klacht. Is dat niet mogelijk dan wordt er een afspraak om terug te bellen gemaakt of een afspraak voor het spreekuur. Dit gebeurt in geval van een complex probleem, waarvoor de cliënt bijvoorbeeld haar of zijn dossier moet opvragen. Zo'n probleem gaat dan naar de adviesgroep voor advies over de aantoonbaarheid van de klacht. De adviesgroep bestaat onder andere uit een arts, een jurist, een maatschappelijk werker en een deskundige op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Het contact van de vrijwillige medewerkers en de coördinator met de leden van de adviesgroep is zeer informeel en voor een mondeling advies kan het IKG vrijwel dagelijks terecht. De adviesgroep wordt ook ingeschakeld als er een medisch dossier moet worden gelezen. De leden van de adviesgroep hebben doorgaans geen

contact met de cliënten. Er wordt naar gestreefd om binnen twee tot drie weken advies uit te brengen.

De vrijwilligers krijgen na sollicitatie een training, waarna ze twee maanden meelopen. Bevalt dit dan moet er een basiscursus van drie maanden gevolgd worden. Deze cursus is op mbo-niveau. Door de adviesgroep wordt ook deskundigheidsbevordering gegeven, bijvoorbeeld over nieuwe wetgeving of moeilijke zaken.

De klachtenbureau's in Nederland worden gefinancierd door de provincies.

Mensen bellen het IKG direct, bijvoorbeeld nadat zij via de folder of een huis-aan-huis het telefoonnummer hebben gevonden, maar er worden ook mensen doorverwezen door sociaal-raadslieden, het medisch tuchtcollege, maatschappelijk werk, etcetera. De hulp kan bestaan uit luisteren (vaak willen mensen even stoom afblazen), het opstellen van brieven, het inzien van medische dossiers, het verzamelen van informatie, bemiddeling, het voeren van een gesprek namens de cliënt of het opstellen van een klaagschrift. In 1994 zijn er 270 klachten en meldingen binnengekomen.

Actie wordt alleen ondernomen met toestemming en in overeenstemming met de cliënt. Dit betekent dat als het IKG van mening is dat de cliënt verder zou moeten gaan met een klacht, maar de cliënt daar niets voor voelt, er geen verdere actie ondernomen wordt. Anderzijds kan een cliënt, als het IKG van mening is dat verdere stappen moeten worden afgeraden, het IKG niet dwingen tot actie. Wel kunnen er dan adressen van bijvoorbeeld het medisch tuchtcollege verstrekt worden. Alle hulp die door het IKG gegeven wordt is gratis voor de cliënt.

eigen functioneren

Bij het IKG is maar één betaalde kracht werkzaam. Alle andere medewerkers, bestuur, adviesgroep en vrijwilligers, doen het werk onbetaald naast eventueel ander werk. De werklast wordt echter wel zwaarder, zowel in aantal zaken als in de complexiteit van zaken. Uitbreiding van het aantal medewerkers is daarom binnenkort nodig.

Het contact met personen waar een klacht over binnen is gekomen is meestal goed. Er wordt ook naar gestreefd om dit contact goed te houden en hulpverleners serieus te nemen, omdat het IKG zo onafhankelijk mogelijk wil blijven.

klachten en meldingen over spoedeisende hulpverlening buiten kantooruren

Er bestaat een opvallende piek in het aantal telefoontjes op vrijdagmiddagen. Deze telefoontjes komen voort uit de angst die veel mensen hebben om in het weekend nergens terecht te kunnen. De vertrouwenspersoon van de RIAGG is dan niet aanwezig, de huisarts is een onbekende waarnemer. De klachten buiten kantooruren zijn vooral gericht op de huisarts of komen van mensen met geestelijke problemen. Een klacht over de huisarts richt zich meestal op de bereikbaarheid (antwoordapparaat, assistente of onbekende aan de telefoon), het feit dat de huisarts niet wil komen of dat de huisarts geen hulpvragen wil behandelen die in zijn ogen oneigenlijk zijn. Een aantal patiënten heeft echter grote moeite om binnen kantooruren een bezoek aan de huisarts te regelen met het werk. Veel telefoontjes die vooral als doel hebben het afblazen van stoom gaan over de bejegening en de communicatie met de huisarts. Een fout door de huisarts wordt veel minder afkeurend beoordeeld als de huisarts er goed mee om is gegaan. Ook een klacht die met bejegening te maken heeft gaat over de huisartsenkeuzevrijheid. In de praktijk blijkt de toegankelijkheid van de huisartsenzorg sterk belemmerd te zijn door onderlinge afspraken tussen huisartsen over het aannemen van nieuwe patiënten. Artsen kunnen dan slordig met de privacy van de patiënt omgaan doordat ze een nieuwe aanmelding 'in de groep gooien' en zelf een huisarts uitkiezen. Tot slot komt het ook voor dat mensen van de ene instelling of hulpverlener naar de andere worden gestuurd.

Een oplossing voor de klachten jegens huisartsen zou zijn de introductie van een chipkaart (alert-card) waar alle relevante patiëntgegevens opstaan. Een waarnemer weet dan veel beter hoe de patiënt er voor staat en worden er minder fouten gemaakt. Naast het dossier dat de patiënt dan zelf bewaart, moet de huisarts ook altijd een eigen dossier blijven houden. Doorschakelen van praktijkcomputers is ook een mogelijkheid, echter dan is de privacy meer in het geding. Een grootschaliger opzet van de waarneming zal waarschijnlijk een stormloop van patiënten veroorzaken die binnen kantooruren niet kunnen komen of die een second opinion wensen. Verder heeft schaalvergroting gevolgen voor de privacy en de (onvolledige) dossiervorming. Nog meer dan in de huidige situatie zal er veel afhangen van de beschikbaarheid van gegevens om juiste diagnoses te kunnen stellen.

Doktersdienst Rotterdam

Ook de doktersdienst Rotterdam is geen hulpverlenende maar een dienstverlenende organisatie. De doktersdienst bestaat sinds 1956 en heeft drie taken:

- Het 7x24 uur beschikbaar zijn voor het doorgeven van informatie voor huisartsen die op vakantie zijn, een vrije dag hebben, etcetera. Op het antwoordapparaat van de huisarts wordt dan het nummer vermeld van de doktersdienst, die vervolgens doorverwijst naar de dienstdoende huisarts.
- De doktersdienst kan ook ingezet worden als achterwacht, bijvoorbeeld in een druk ochtendspreekuur. Patiënten die de huisarts dan willen bereiken bellen naar de doktersdienst die de huisarts eventueel kan bereiken via de semafoon of een geheim praktijknummer.
- Er zijn ook huisartsen die hun hele waarneemdienst door de doktersdienst laten overnemen. Alle telefoontjes van patiënten worden dan via de doktersdienst per semafoon of autotelefoon doorgegeven aan de huisarts.

Huisartsen kunnen 7x24 uur het hele jaar gebruik maken van de diensten van de doktersdienst.

De waarneemregelingen van de huisartsen komen elke week schriftelijk per fax binnen. Op deze manier kunnen er geen misverstanden ontstaan over wie wanneer dienst heeft. De doktersdienst is niet bevoegd om spoedeisende van niet-spoedeisende telefoontjes te onderscheiden; de patiënt bepaalt de urgentie van een hulpvraag. De medewerkers hebben met nadruk ook geen medische achtergrond om te voorkomen dat er 'doktertje gespeeld' wordt. De doktersdienst blijft dus onafhankelijk. De medewerkers worden wel getraind om mensen te woord te kunnen staan en om snel en adequaat in noodgevallen te kunnen handelen.

De doktersdienst heeft de beschikking over een digitale telefooncentrale waardoor het mogelijk is om, bijvoorbeeld 's nachts, een patiënt direct met de huisarts in contact te brengen. Alle gesprekken worden opgenomen met een recorder, die na 30 dagen wordt gewist.

Bij de dokterdienst zijn zo'n 175 artsen aangesloten uit Rotterdam, maar ook uit Nieuwerkerk aan de IJssel en Ridderkerk. In Rotterdam is nog een doktersdienst, de artsentelefoon Bornkamp, actief. De doktersdienst heeft 16 medewerkers. Er zijn een ruim aantal soorten diensten, bijvoorbeeld van 08:00 tot 13:00 of van 10:00 tot 15:00, etcetera. In principe is iedereen voor elke soort dienst inzetbaar. Elke medewerker beschikt over een semafoon, zodat deze bij zeer drukke diensten opgeroepen kan worden.

De doktersdienst wordt gefinancierd uit abonnementsgeld dat de aangesloten huisartsen betalen. Dit bedrag ligt op zo'n 800 tot 1000 gulden per jaar. Daarnaast verricht de

doktersdienst ook nog telefoondiensten voor het bedrijfsleven, waar ook voor betaald moet worden.

De doktersdienst heeft voldoende medewerkers om de vraag aan te kunnen. De medewerkers vormen een hechte groep waardoor problemen altijd opgelost kunnen worden. Als er een telefoontje binnenkomt mag de wachttijd, na beoordeling van urgentie, in principe niet langer dan twee minuten bedragen. In piekperiodes, bijvoorbeeld na een medisch televisie-programma, tijdens vakantie of een griepepidemie, kan deze tijd weleens overschreden worden. Knelpunten binnen de waarneemgroepen kan de doktersdienst altijd helpen oplossen. Toch zijn er altijd artsen die afspraken minder goed nakomen en bijvoorbeeld diensten of vrije dagen niet doorgeven.

De knelpunten in de huisartsenzorg hebben vooral te maken met het gedrag van patiënten. Geschat wordt dat zo'n 5% van de patiënten problemen geeft door het vertonen van agressie, eisend gedrag en oneigenlijke hulpvragen. Vanzelfsprekend krijgt de doktersdienst zelf ook met dit gedrag te maken. Veel problemen komen voort uit een slechte communicatie en de (sociale of etnische) achtergrond van patiënten. Andere opvattingen over wat wel en niet onder huisartsenzorg verstaan wordt kan moeilijkheden veroorzaken.

In de Rotterdamse situatie kan het voor patiënten soms onduidelijk zijn hoe zij de huisarts kunnen bereiken. Er bestaan twee boodschappendiensten waar artsen bij aangesloten kunnen zijn. Sommige artsen zijn echter ook niet aangesloten. Centralisatie op bijvoorbeeld de Noordelijke en de Zuidelijke Maasoever zou meer duidelijkheid kunnen scheppen. Of huisartsen voelen voor een model a la Den Haag of Den Bosch wordt betwijfeld, aangezien de discussie over verandering van de waarneming al lang gevoerd wordt. De doktersdienst wil echter altijd medewerking verlenen aan een nieuwe organisatie van de waarneming. Een nadeel van centralisatie is dat mensen weer aan een nieuwe regeling zullen moeten wennen, dat er aan het opzetten van bijvoorbeeld een centrale post een stevig prijskaartje hangt en dat de kans op incidenten kan toenemen. In de huidige situatie waar de huisarts vaak dienst doet vanuit het niet bij de patiënt bekende huisadres is de kans op lijfelijke incidenten nog beperkt. Hoogstens wordt de praktijkruimte 'verbouwd'. Een centrale post kan de veiligheid van de huisarts meer in gevaar brengen. Veel veiliger zal de huisarts zich door de toenevende anonimiteit niet voelen, waardoor het positieve effect op de ervaren werkbelasting in twijfel getrokken kan worden.

Een andere mogelijkheid voor de verandering van de waarneemregeling, die in ieder geval minder kosten met zich meebrengt, is het via de doktersdienst doen van telefonische consulten buiten kantooruren. De dienst hiervoor kan via de waarneemgroep geregeld worden, maar ook centraal voor de stad, waardoor de dienstfrequentie aanzienlijk zal dalen. De doktersdienst fungeert dan als 'buffer' naar de dienstdoende huisartsen, die de hele nacht beschikbaar en 'op' zijn. Een aantal artsen kunnen eventuele visites verzorgen. De doktersdienst kan eventueel ook ruimte voor het doen van telefonische consulten beschikbaar stellen.

Bornkamp artsentelefoon

Bornkamp artsentelefoon is een boodschappendienst waar huisartsen en verloskundigen zich bij aan kunnen sluiten. De arts kan de artsentelefoon altijd inschakelen. Eens in de maand ontvangt de artsentelefoon alle waarneemregelingen van de aangesloten huisartsen. Wijzigingen in het waarneemrooster moeten een dag vantevoren gemeld

worden. Er zijn ongeveer 100 huisartsen bij Bornkamp artsentelefoon aangesloten. Per jaar betalen zij abonnementsgeld.

Als een patiënt buiten kantooruren het telefoonnummer van de huisarts belt, wordt op het antwoordapparaat het telefoonnummer van de artsentelefoon genoemd. De medewerker van de artsentelefoon neemt het adres, telefoonnummer en de aard van de klacht op en geeft deze informatie door aan de dienstdoende huisarts. De huisarts neemt dus zelf contact op met de patiënt. De dienstdoende huisarts moet dus altijd door middel van een semafoon of eventueel een autotelefoon bereikbaar zijn.

De medewerkers van de artsentelefoon hebben bij voorkeur een medische achtergrond. Bij Bornkamp werken bijvoorbeeld ambulancebegeleiders en medisch studenten. Het is echter niet de bedoeling dat de medewerkers 'dokterje gaan spelen'. Elke hulpvraag moet, als de patiënt dat wil, worden doorgegeven. Een uitzondering vormen hulpvragen die te maken hebben met brandwonden. In deze gevallen mag er een eerste hulp advies worden gegeven. De medewerkers werken in diensten. Er kan niet alleen naar de huisarts worden verwezen, maar ook eventueel naar andere voorzieningen. Ook kan er een ambulance gestuurd worden, aangezien Bornkamp ook een afdeling ziekenvervoer heeft. De patiënt beslist uiteindelijk wat er zal gebeuren.

Van alle telefoontjes wordt een schriftelijk logboek bijgehouden. Op doordeweekse nachten komen er zo'n 250 telefoontjes binnen. In een weekend van vrijdag 17:00 uur tot maandag 08:00 uur ligt het aantal telefoontjes op zo'n 1200. Piekperiodes zijn de feestdagen en vakanties.

Ondanks de soms zeer drukke periodes zijn er geen echte knelpunten in de eigen organisatie. Het contact en de samenwerking met de aangesloten huisartsen is goed. Agressie van patiënten en oneigenlijke hulpvragen zijn zaken waar ook de artsentelefoon in toenemende mate mee te maken krijgt.

Het bedenken van een andere manier om de waarneming te regelen laat de artsentelefoon liever aan de huisartsen zelf over. Meewerken aan een andere waarneemregeling en samenwerken met de huisartsen is altijd mogelijk. Er wordt wel opgemerkt dat de aard van de (oneigenlijke) hulpvraag niet zal veranderen van een andere waarneemregeling, of dit nu grootschalig of kleinschalig wordt aangepakt.

Regionale Hulpverleningsdienst Rotterdam Rijnmond (Centrale Post Ambulancevervoer)

De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) heeft een aantal taken. Via het landelijke alarmnummer 06-11 krijgt de CPA meldingen binnen. Deze telefoontjes worden beoordeeld, waarna een ambulance gestuurd kan worden of er kan worden doorverwezen naar een andere voorziening (bijvoorbeeld de huisarts of de RIAGG). De CPA legt in zo'n geval de contacten. Na 17:00 fungeert de CPA als meldpunt voor de acute dienst van de RIAGG. Ditzelfde gebeurt voor één huisartsenpraktijk. Daarnaast is de CPA het coördinatiecentrum voor de verschillende ambulancediensten.

Bij de CPA werken verpleegkundigen en centralisten en een medisch adviseur ambulancehulpverlening. De centralisten moeten in staat zijn om spoedeisende van niet spoedeisende hulpvragen te onderscheiden. Er zijn 32 centralisten werkzaam, waaronder ook centralisten van de brandweer. Van de 17 CPA centralisten zijn 10 verpleegkundig centralisten.

De CPA is een zelfstandige organisatie die behalve wat huisvesting betreft los staat van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). De financiering verloopt via alle

Rijnmond gemeenten.

Als de CPA een hulpvraag krijgt wordt altijd geprobeerd uit te vinden of de huisarts al is geconsulteerd. Veel mensen bellen echter eerst 06-11, omdat de huisarts slecht bereikbaar is of omdat men de telefoonnummers van de huisarts of andere hulpverleningsinstellingen niet weet. 06-11 is altijd bereikbaar. Elke hulpvraag kan bij de CPA beoordeeld worden. Daarna kan besloten worden een ambulance te sturen, de huisarts op te roepen, een medisch advies te geven, een eerste hulp advies te geven of door te verwijzen naar een andere voorziening.

Structurele knelpunten in de eigen organisatie zijn er niet. Over het algemeen kan men de hulpvraag goed aan. Piekperiodes in het aantal hulpvragen zijn er dagelijks op het tijdstip dat de meeste huisartsen visites hebben afgelegd. Veel huisartsen roepen dan de CPA in om een ambulance te regelen. Te gecompliceerde problematiek bestaat voor de CPA in principe niet. Het regelen van een opname is vaak een moeilijke opgave.

Knelpunten in relatie tot de huisarts zijn er wel. De huisarts draagt een patiënt vaak niet goed over. Er wordt te weinig informatie doorgegeven, soms omdat de huisarts niet eerst zelf is gaan kijken voordat hij de CPA belt. Waarnemers zijn ook niet altijd op de hoogte van de gewoonten van de huisarts en hanteren niet dezelfde regels. De huisarts is zeer slecht te bereiken, zowel voor de patiënt als voor de CPA. Bij patiënten wekt dit agressie op, waardoor de volgende keer de huisarts gepasseerd wordt en direct 06-11 wordt gebeld. Dit nummer is immers altijd bereikbaar. Op deze manier krijgt de CPA veel hulpvragen die eigenlijk bij de huisarts thuishoren. Maar ook de huisarts doet oneigenlijke hulpvragen aan de CPA. De ambulancedienst komt zo bij patiënten die de huisarts ook had kunnen behandelen. Het regelen van een opname is voor een huisarts vaak moeilijk. De CPA heeft het soms te druk om een huisarts te helpen met het regelen van een opname en dan rest een advies om het ergens anders te proberen. De CPA krijgt dan vervolgens boze reacties van de huisarts.

Naast problemen met de huisarts is het voor de CPA zeer moeilijk om de acute dienst van de RIAGG in te schakelen. De wachttijden bij de acute dienst zijn een groot struikelblok.

De waarneming van huisartsen heeft een kleinschalig en precair karakter, omdat er veel afhangt van goede communicatie en bereikbaarheid van de huisarts. Dit karakter van de waarneming zorgt voor veel werk bij de CPA. Voor patiënten is de hele waarneming erg onduidelijk. Een eenvoudige manier om veel ergenis en onnodig telefoneren te voorkomen is het doorschakelen van de praktijktelefoon via *21, zodat altijd de huisarts zelf te spreken is. Dit zou de slechte bereikbaarheid van de huisarts al aanzienlijk verbeteren. Daarnaast zou ook een centrale post voor meer duidelijkheid kunnen zorgen, waardoor tevens de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen zouden worden ontlast.

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Huisartsen die hebben afgezien van vestiging: een inventarisatie

Auteurs: J.T.C.Marrée, L.Hingstman, J.Harmsen

Utrecht: NIVEL 1996, 52 pag., fl. 12,00

Dit rapport geeft een inventarisatie van de huisartsen die zich niet hebben gevestigd vanaf 1974. Daarbij worden ontwikkelingen in het aantal huisartsen dat heeft afgezien van vestiging, de kenmerken van deze groep en de redenen om zich niet te vestigen, beschreven. Daarnaast wordt besproken waar deze huisartsen dan wel werkzaam zijn.

Rotterdam in de lift. Een onderzoek naar de effecten van de introductie van patiëntentilliften in de thuiszorg

Auteurs: J.J.Knibbe, J.W.E.T. Kersten, R.D.Friele

Utrecht: NIVEL, 1994, 100 pag., fl. 30,50

In het project 'Rotterdam in de Lift' werd de invloed op de preventie van rugklachten nagegaan van de introductie van patiëntentilliften in de thuiszorg. Deze ergonomische interventie werd bestudeerd in de vorm van een gecontroleerd experiment.

Het rapport beschrijft zowel de wijze waarop de interventie werd verricht als de resultaten van het onderzoek naar de effecten daarvan.

Achtereenvolgens worden de effecten op het voorkomen van rugklachten, op de omvang en aard van de fysieke belasting en op de opvattingen over tilliften besproken. Zowel de opvattingen van de betrokken verpleegkundigen als van de patiënten worden beschreven.

De conclusie luidt dat de interventie inderdaad een positief effect heeft gehad op het voorkomen van rugklachten en de fysieke belasting. De acceptatiegraad blijkt bij zowel patiënten als verpleegkundigen redelijk tot goed te zijn.

Wel werd vastgesteld dat de interventie op een aantal punten ontoereikend is geweest. Belangrijke bronnen van fysieke belasting bleven bestaan en een belangrijke minderheid van patiënten bestempelde de liften niet als positief.

De huisarts in de grote stad

Auteurs: R.A.Verheij, J. van der Velden, D.H.de Bakker

Utrecht: NIVEL 1993, 168 pag., fl. 32,50

