



UNIVERSITEIT GENT
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Academiejaar 2014-2015

DE SPOEDZORGKETEN VOOR PATIËNTEN OUT-OF-HOURS:
SAMENWERKING TUSSEN SPOEDEISENDE HULP EN
HUISARTSENWACHTPOSTEN

**Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in Management en Beleid in de Gezondheidszorg**

Door Hanne Callewaert

Promotor: Prof. Dr. Paul Gemmel



UNIVERSITEIT GENT
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Academiejaar 2014-2015

DE SPOEDZORGKETEN VOOR PATIËNTEN OUT-OF-HOURS:
SAMENWERKING TUSSEN SPOEDEISENDE HULP EN
HUISARTSENWACHTPOSTEN

**Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in Management en Beleid in de Gezondheidszorg**

Door Hanne Callewaert

Promotor: Prof. Dr. Paul Gemmel

ABSTRACT

Doelstelling: Het doel van deze masterproef is het nagaan van de verschillende samenwerkingsverbanden tussen de spoedeisende hulp en de huisartsenwachtpost en de invloed ervan op het oneigenlijk gebruik op de spoedgevallendienst. In de literatuurstudie worden de verschillende samenwerkingverbanden toegelicht. In het empirisch onderdeel worden drie cases besproken en vergeleken.

Methode: Er werd gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Er werd data verzameld aan de hand van documentanalyse, observaties en interviews. Er werden 15 semi-structureerde interviews afgenomen van zorgprofessionals tewerkgesteld in HWP-en of spoedgevallendiensten.

Resultaten: In Gent bestaan er geen samenwerkingsovereenkomsten tussen de HWP-en en de spoedgevallendiensten enkel doorverwijzingen en het reguliere, medische inhoudelijke overleg vinden plaats. In Antwerpen Noord ligt de HWP in co-locatie met het ziekenhuis en bestaat er een samenwerkingsovereenkomst. De samenwerking is echter niet intensiever dan deze in Gent. In een derde casus zijn de HWP en de SEH geïntegreerd in één gebouw, een zogenaamde spoedpost. De spoedpost leidt tot een ombuiging van patiënten van SEH naar HAP. De belangrijkste determinanten volgens zorgprofessionals voor het oneigenlijk gebruik op de spoedgevallendienst zijn: de financiële toegankelijkheid, de vrije keuze van de patiënt, een gebrek aan kennis, de moeilijke inschatting van de zorgvraag en het gebruik van technisch onderzoek.

Conclusie: Zorgprofessionals geven aan dat een triagesysteem voor de ingang van de SEH en de HWP een oplossing kan bieden voor de knelpunten in de zorg buiten kantooruren. In de casus Eindhoven blijkt dat de integratie van SEH en HAP leidt tot een verschuiving van patiënten van SEH naar HAP buiten kantooruren.

Aantal woorden masterproef: 15.854 (exclusief bijlagen en bibliografie)

Sleutelwoorden: eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, urgentiegeneeskunde, buiten kantooruren, triage

INHOUDSTAFEL

LIJST MET FIGUREN EN TABELLEN	5
WOORD VOORAF	6
AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN	7
INLEIDING.....	8
HOOFDSTUK 1: LITERATUUROVERZICHT	10
1.1 De spoedzorgketen	10
1.1.1 Huisartsenwachtposten (HWP-en) en de organisatie van zorg tijdens de wachturen.....	12
1.1.2 Spoedgevallendiensten.....	14
1.1.3 Telefonische triage.....	15
1.1.4 Welke determinanten spelen een rol in de keuze tussen HWP of SEH? ..	17
1.1.5 Knelpunten in de spoedzorgketen.....	20
1.2 Samenwerkingsverbanden tussen HWP en SEH	21
1.2.1 Verschillende modellen	22
1.2.2 Integratie HWP en SEH	23
1.2.2.1 Kosten	24
1.2.2.2 Patiëntentevredenheid	26
1.2.2.3 Werknemerstevredenheid.....	26
1.2.2.4 Patiëntenstroom	27
HOOFDSTUK 2: PROBLEEM- EN DOELSTELLING.....	29
HOOFDSTUK 3: ONDERZOEKSMETHODE.....	30
3.1 Onderzoeksdesign	30
3.2 Rol van de onderzoeker	32
3.3 Data verzameling	33
3.3.1 Documentanalyse	34
3.3.2 Observatie	34
3.3.3 Interview zorgprofessionals	34
3.4 Data-analyse.....	36
3.5 Ethisch Comité.....	36
3.6 Kwaliteit onderzoek	37
3.6.1 Betrouwbaarheid	37
3.6.2 Validiteit	37
HOOFDSTUK 4: RESULTATEN	39

4.1 Samenwerking tussen HWP en spoedgevallendienst.....	39
4.1.1 Gent	39
4.1.1.1 Samenwerking HWP-en en spoedgevallendiensten	41
4.1.1.2 Integratie HWP en spoed	43
4.1.1.3 Voordelen samenwerking.....	46
4.1.1.4 Nadelen samenwerking	47
4.1.1.5 Bepalende determinanten in de keuze tussen de HWP en de SEH	48
4.1.1.6 Oplossingen voor oneigenlijk gebruik van spoedgevallendiensten.....	52
4.1.2 Antwerpen.....	53
4.1.2.1 Samenwerking HWP en spoedgevallendienst.....	53
4.1.2.2 Voordelen co-locatie.....	55
4.1.2.3 Nadelen co-locatie	55
4.1.2.4 Knelpunten	56
4.1.2.5 Bepalende determinanten in de keuzen tussen de HWP en de SEH	58
4.1.2.6 Oplossingen voor oneigenlijk gebruik van spoedgevallendiensten.....	60
4.1.3 Eindhoven	61
4.1.3.1 Struikelblokken bij integratie	64
4.1.3.2 Voordelen integratie	66
4.1.3.3 Nadelen integratie.....	67
4.1.3.4 Verbeterpunten	68
HOOFDSTUK 5: DISCUSSIE, BEPERKINGEN EN AANBEVELINGEN	69
5.1 Discussie.....	69
5.2 Beperkingen	73
5.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	74
HOOFDSTUK 6: CONCLUSIE	75
BIJLAGEN.....	76
Bijlage 1: Evidentietabel	76
Bijlage 2: Interview guide	81
Bijlage 3: Samenwerkingsovereenkomst HWP Antwerpen Noord en ZNA Jan Palfijn	83
Bijlage 4: Overeenkomst projectpartijen spoedposten Zuidoost Brabant en zorgverzekeraars UVIT en CV	91
Bijlage 5: Codeboek Nvivo	95
REFERENTIES	97

LIJST MET FIGUREN EN TABELLEN

Figuur 1: Procesbeschrijving van de spoedzorgketen (Joling, 2006)	12
Figuur 2: Samenwerkingsmodellen HAP en SEH (Vermue et al., 2007).....	23
Figuur 3: Stroomdiagram route patiënt (Teughels, 2014).....	24
Figuur 4: Ligging wachtposten en spoedgevallendiensten Gent (google maps).....	40
Figuur 5: Model 1 geen verregaande samenwerking (Vermue et al., 2007).....	43
Figuur 6: HAP en SEH geïntegreerd	44
Figuur 7: HAP als voorportaal van de SEH	45
Figuur 8: Triage op SEH en doorverwijzing HAP	56
Figuur 9: Plattegrond spoedpost (van Bentum, 2010)	61
Figuur 10: Stroomdiagram callcenter (van Rooij, 2008)	63
Figuur 11: Stroomdiagram zelfverwijzer/aanloper (van Rooij, 2008)	64
Tabel 1: Organisatiemodellen voor zorg buiten kantoor tijd (Huibers, Giesen, Wensing & Grol, 2009)	11
Tabel 2: De zeven urgentiegraden (Boterberg, 2014).....	16
Tabel 3: Respondenten per case en functie	35
Tabel 4: Openingsuren HWP-en Gent	41

WOORD VOORAF

In maart 2014 kreeg ik het onderwerp toegewezen van deze masterproef. Dit bleek een zeer actueel onderwerp en ik sprong meteen op de trein. Met enige trots presenteer ik deze masterproef als afsluiter van mijn opleiding. Het zou onmogelijk geweest zijn dit eindwerk te voltooien zonder de participatie van de verschillende zorgprofessionals tijdens de interviews van het empirisch onderzoek. Ik wil hen dan ook uitvoerig bedanken voor hun medewerking, inzichten en bedenkingen.

Verder wil ik graag Liesbeth van Gils- van Rooij bedanken om mij in contact te brengen met de manager van de spoedpost Catharina. Zonder haar had ik waarschijnlijk geen casus in Nederland en was mijn onderzoek minder waardevol en interessant geweest.

Ik wil graag mijn vrienden en familie bedanken voor de steun en toeverlaat tijdens de ontwikkeling van deze masterproef. Het was een proces van *ups and downs* dat ik zonder hen niet tot een goed einde zou gebracht hebben. In het bijzonder wil ik Melissa Desmedt en Carine Geldhof bedanken voor het nalezen en corrigeren van dit schrijven. Daarnaast wil ik graag Silke Vangheluwe bedanken voor de steun en aanmoediging. Talloze uren hebben we samen doorgebracht in de bib voor het schrijven van onze masterproef.

De inhoud van deze masterproef werd deskundig bijgestuurd en begeleid door Prof. Dr. Paul Gemmel, mijn promotor, waarvoor dank.

Gent, 15/05/2015

Hanne Callewaert

AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN

Binnenloper - Patiënt die zich zonder telefonische afspraak meldt bij de huisartsenpost of spoedeisende hulp

Zelfverwijzer - Patiënt die zonder doorverwijzing van een zorgverlener uit de eerste lijn binnenkomt bij de tweede lijn

HWP - Huisartsenwachtpost

HAP - Huisartsenpost

SEH - Spoedeisende hulp

Triage - Het proces waarin de zorgvraag van de patiënt wordt beoordeeld en het vervolgtraject wordt vastgelegd

INLEIDING

Deze masterproef onderzoekt de spoedzorgketen voor patiënten buiten kantooruren. Hierbij wordt vertrokken vanuit het literatuuronderzoek. Er wordt gezocht naar relevante literatuur met betrekking tot het belang van de eerstelijnsgezondheidszorg en de toegankelijkheid ervan, het ontstaan van de huisartsenwachtposten (HWP-en) en de organisatie van de wachtdiensten. In de internationale literatuur worden de effecten nagegaan van samenwerkingsverbanden tussen HWP-en en spoedgevallendiensten op kosten, patiënten- en werknemerstevredenheid en patiëntenstroom.

De organisatie van zorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren (*out-of-hours*) is een belangrijk onderwerp van de gezondheidszorg in veel Westerse landen. De efficiëntie en veiligheid van gezondheidszorg en de tevredenheid van zowel patiënten als professionals zijn relevante topics in het debat over de best mogelijke organisatie van zorg buiten kantooruren (Giesen, Smits, Huibers, Grol & Wensing, 2011). De afgelopen jaren heeft de organisatie van huisartsenzorg buiten kantooruren een snelle transitie gemaakt van kleinschalige dienstenstructuren in HAGRO-verband (huisartsengroep) naar grootschalige huisartsenwachtposten (HWP-en) (Moll van Charente & Bindels, 2008). Deze reorganisatie van de huisartsenzorg heeft voornamelijk als doel: (1) een betere spoedzorg creëren, (2) een reductie van de werkdruk en (3) een duidelijkere scheiding tussen werk en privé (van Uden, Giesen, Metsemakers & Grol, 2006).

In het Belgisch gezondheidszorgsysteem bestaat er een vrije toegang tot primaire, secundaire en tertiaire hulpverlening. Ook tijdens avond-, nacht- en weekenduren heeft de patiënt de keuze tussen een huisarts of HWP, de spoedgevallendienst in het ziekenhuis of de ambulancedienst voor dringende medische hulp. Samen vormen zij de spoedzorgketen (Philips et al., 2010). In veel landen hebben spoedgevallendiensten te maken met een toenemende vraag naar medische hulp (Hoot & Aronsky, 2008; Santos-Eggiman, 2002; Schneider, Gallery, Schafermeyer & Zwemer, 2009). Een groot deel van deze vraag bestaat uit patiënten met niet-urgente problemen of zelfverwijzers die mogelijk in de eerstelijnszorg geholpen kunnen worden (Coleman, Irons & Nicholl, 2001; Giesen et al., 2006). De belangrijkste redenen van zelfverwijzers zijn: (1) de

gepercipieerde kortere wachttijd, (2) de drempelloze toegang (geen afspraak nodig) en (3) de verwachting dat er beeldvormende diagnostiek nodig zal zijn (Coleman et al., 2001; Murphy et al., 1996 en Van Duijn, Van Weert & Bindels, 1998).

Dit onnodig gebruik van diensten leidt tot capaciteitsproblemen op de spoedafdeling, verhoogt de kosten en heeft een negatief effect op de kwaliteit van zorg (Leea et al., 2000; Shah, Shah & Behbehani, 1996). Er bestaan verschillende initiatieven die deze problemen aanpakken zoals: (1) het tewerkstellen van huisartsen op spoeddiensten, (2) het creëren van een aparte stroom voor kleine verwondingen of (3) het doorverwijzen van patiënten met niet-urgente aandoeningen naar de eerstelijnszorg (Boeke et al., 2007; Cooke, Wilson & Pearson, 2002 en Freeman, Meakin, Lawrenson, Leydon & Graig, 1999). Deze oplossingen focussen zich niet exclusief op zorg buiten kantooruren.

In het tweede hoofdstuk worden vanuit het literatuuroverzicht de onderzoeksvragen en de doestelling van de masterproef geformuleerd. In het derde hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode toegelicht. Daarna volgt een bespreking van de resultaten. In het vijfde hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten gelinkt aan de bestudeerde literatuur. Ook aanbevelingen voor verder onderzoek en beperkingen van het onderzoek komen hier aan bod. In het laatste hoofdstuk worden de conclusies geformuleerd.

Hieronder volgt een literatuuroverzicht waar dieper ingegaan wordt op de werking en de knelpunten van de spoedzorgketen. Als mogelijke oplossing voor deze knelpunten bespreken we de integratie van huisartsenwachtposten en spoedgevallendiensten.

HOOFDSTUK 1: LITERATUUROVERZICHT

In het eerste onderdeel worden de verschillende ketenpartners van de spoedzorgketen toegelicht. Eerst en vooral komt de oprichting van de HWP-en aan bod. Daarna wordt de toenemende problematiek rond de overbevolking van de spoedgevallendienst aangekaart. Vervolgens wordt het begrip triage en het project 1733 geduid. Er bestaan verschillende determinanten die een rol spelen in de keuze tussen de HWP of de SEH. Als laatste komen de knelpunten van de spoedzorgketen aan bod. Om deze knelpunten aan te pakken wordt in het tweede onderdeel de samenwerking tussen de HWP en de spoedgevallendienst besproken. Ten slotte worden de effecten van de integratie op de kosten, patiënten- en werknemerstevredenheid en patiëntenstroom uiteen gezet.

1.1 De spoedzorgketen

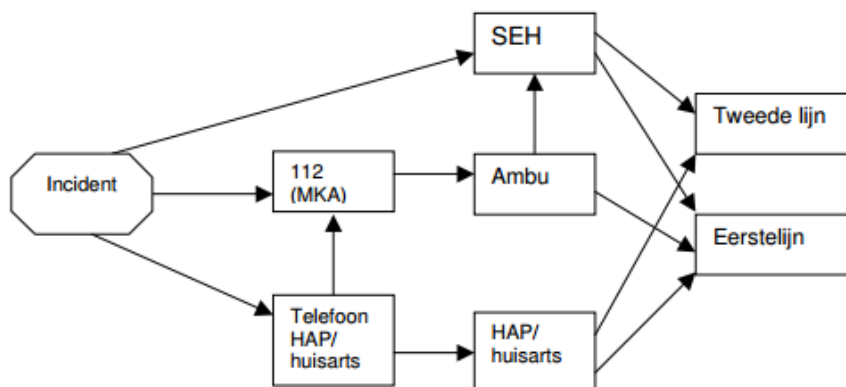
In dit onderdeel worden de verschillende modellen voor gezondheidszorg buiten kantoor tijd besproken. Daarna wordt dieper ingegaan op de werking van de spoedzorgketen.

Tabel 1: Organisatiemodellen voor zorg buiten kantoor tijd (Huibers, Giesen, Wensing & Grol, 2009)

Organizational model	Definition	Example
<i>Small family doctor based models (registration at a family doctor practice)</i>		
Individual general family practice	The GP takes care of his own patients 24 hours a day, 7 days a week.	Rural areas of Austria
Rota groups (rota)	GPs who are active in the same region take turns being on duty out-of-hours for the patient population of all (up to 15) members of the rota group	Municipalities in Norway
<i>Large family doctor based models (independent of registration at a family doctor practice)</i>		
GP cooperatives	GPs work in a non-profit organization and take turns being on duty out-of-hours for the patient population of all participating GPs. These are large-scale organizations that are supported by nurses, management, chauffeurs, et cetera.	Mostly used model for out-of-hours primary care in the Netherlands
Primary care centers (PCC)	Centers, which patients can visit without an appointment for minor injuries or illnesses. Such centers operate under supervision of a general practitioner or family physician.	In Slovenia one PCC (of all daytime centers) functions as out-of-hours center
Deputizing services	Commercial agencies that employ GPs to take over duties of other GPs.	NHS direct is common in the United Kingdom
Minor injury centers or walk-in-centers	Centers, which patients can visit without an appointment for minor injuries or illnesses in order to ask a trained nurse for health information, advice and treatment.	Ireland has a few privately organized models
<i>Hospital based and national models</i>		
Telephone triage and advice services (TTA)	Patients have contact with a medically trained professional via a fixed, non-regional, telephone number. This person advises or refers the patient to the most suitable professional.	National call center in Portugal
Emergency departments of hospitals (A&E)	Emergency departments of hospitals taking care of patients out-of-hours.	Unofficially used by patients in Belgium
Primary out-of-hours care integrated in the hospital	Primary out-of-hours care integrated in the hospital (for example, in emergency departments).	Some experiments in Italy

Internationaal kunnen we negen modellen onderscheiden voor gezondheidszorg buiten kantooruren (zie tabel 1). De huisartsenpraktijk, wachtdiensten en spoedgevallendiensten zijn bekende voorbeelden hiervan en worden vaak beschreven in de literatuur. Er worden ook enkele relatief nieuwe modellen besproken zoals het integreren van de eerstelijnsgezondheidszorg buiten kantooruren in het ziekenhuis, centra voor kleine verwondingen en *walk-in-centra* (Hallam, 1994; Leibowitz, Day & Dunt, 2003; van Uden et al., 2006).

In België bestaat er een vrije toegang tot primaire, secundaire en tertiaire hulpverlening. Dit geldt eveneens voor dringende medische hulp buiten kantooruren. Men kan steeds beroep doen op de huisarts van wacht of de HWP, de spoedeisende hulp van het ziekenhuis of het noodnummer 112 (zie figuur 1). Hierbij is geen doorverwijzing nodig van een arts (Philips, et al., 2010). In veel landen heeft de patiënt wel een doorverwijzing nodig van een zorgverlener uit de eerstelijnszorg vooraleer men specialistische zorg kan raadplegen, dit noemt men het *gatekeeping* of poortwachtersprincipe (bv. in het Verenigd Koninkrijk of Nederland). In België wordt dit poortwachtersprincipe gezien als een bedreiging van de vrije keuze, wat tegenstrijdig is met het bestaand gezondheidszorgsysteem (Starfield, 1994).



Figuur 1: Procesbeschrijving van de spoedzorgketen (Joling, 2006)

1.1.1 Huisartsenwachtposten (HWP-en) en de organisatie van zorg tijdens de wachturen

Eén van de recente evoluties in de organisatie van huisartsenzorg buiten kantooruren in Vlaanderen is het ontstaan van HWP-en. De HWP-en zijn verantwoordelijk voor het organiseren van de wachtdiensten en garanderen de continuïteit van de zorgverlening, wat een wettelijke verplichting is (Remmen et al., 2007).

In 2003 ontstond de eerste HWP in Deurne Borgerhout, Antwerpen. Sindsdien volgden meerdere regio's en momenteel wordt de wachtdienst al voor ongeveer 20% van de

Vlaamse bevolking georganiseerd via wachtposten (Merckx, 2013). De belangrijkste redenen in België om HWP-en op te richten waren (Philips & Remmen, 2010):

- Meer parttime werkende huisartsen, minder instroom van jonge huisartsen, de reductie van het aantal huisartsen door veroudering en vervrouwelijking;
- Artsen willen een duidelijkere scheiding tussen werk- en privéleven;
- Het toenemende gevoel van onveiligheid tijdens huisbezoeken in grote steden;
- De overbevolking van de spoedgevallendiensten vaak met eerstelijnsproblematiek

Enkele voorwaarden voor een goed functionerende HWP zijn (Renders & Philips, 2008):

- Een centrale locatie zodat de HWP vlot bereikbaar en herkenbaar is;
- De bevolking op de hoogte stellen van het bestaan van de HWP via sensibilisatie;
- Bewaking van de kwaliteit van de zorgverlening;
- Verslaggeving naar de eigen huisarts van de patiënt

De organisatie van de HWP-en kan onderling verschillen en hangt af van de lokale gebruiken en afspraken. De meeste HWP-en in België zijn beschikbaar tijdens het weekend en op feestdagen. Met behulp van de HWP-en wil men een efficiënte en kwaliteitsvolle hulpverlening nastreven met een betere aanwending van financiële middelen. Daarnaast streeft men naar een daling van eerstelijnsproblematiek op de spoedgevallendiensten (Renders & Philips, 2008).

Besluitend kan worden gesteld dat met de komst van de HWP-en er kansen ontstaan om de spoedzorgketen te hervormen. De huisartsen zien voor zichzelf ook een duidelijkere positie binnen deze keten sinds de komst van de HWP-en (Giesen, Fraanje & Klomp,

2003). Er bestaat echter ook een groep huisartsen die geen verantwoordelijkheid wil nemen voor de huisartsenspoedzorg buiten kantoor tijd (de Graaf, 2004).

1.1.2 Spoedgevallendiensten

Sinds de jaren 70 bezoeken steeds meer mensen de spoedgevallendienst met eerstelijnsproblematiek waarbij ze de huisarts overslaan. Deze patiënten worden zelfverwijzers genoemd. In de literatuur bestaan hieromtrent zeer uiteenlopende cijfers van 6 tot 80% (Giesen et al., 2006). Deze trend zet zich voort in veel West-Europese landen, de Verenigde Staten, Australië en Canada (Giesen, et al., 2006; Hallam, 1994; Leibowitz, et al., 2003). Dit gebruik van spoeddiensten wordt in de literatuur beschreven als ‘onnodig gebruik’. Overmatig en onnodig gebruik van de spoedgevallendienst leidt tot hoge kosten voor de maatschappij. Ten eerste zijn de marginale kosten van de zorgverlening op de spoeddienst hoger dan in andere zorgverleningendiensten (Bamezai, Melnick & Nawathe, 2005; Brim, 2008). Ten tweede leidt het tot overbevolking. Dit resulteert in een inefficiënte aanwending van diensten en leidt tot hoge kosten (Murphy, et al., 1996). Dit is de reden waarom beleidsmakers en zorgconsumenten geïnteresseerd zijn in de gezondheidszorg buiten kantoor uren (Giesen et al., 2011).

Er bestaan veel redenen waarom patiënten buiten de kantoor uren de SEH verkiezen boven de HWP. De drukke werkschema's en het actieve vrijetijdsleven overdag zorgen ervoor dat mensen medische hulp zoeken buiten kantoor uren (Rust et al., 2008). In een studie van Rust et al. (2008) heeft men de relatie onderzocht tussen het bezoeken van de spoedgevallendienst en de waargenomen barrières voor het ontvangen van tijdige primaire zorg. Volgende barrières werden opgegeven: (1) te lange wachttijden, (2) niet open wanneer je zou kunnen gaan, (3) geen vervoer, (3) patiënt kan niet snel genoeg een afspraak krijgen en (4) patiënt kon geen telefonische afspraak maken (Rust et al., 2008).

Onnodig of ongepast gebruik van medische diensten, vooral buiten kantoor uren, kan de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid in gevaar brengen (Derlet & Richards, 2000).

Anderzijds kan het selecteren van patiënten door middel van triage (zie 1.1.3) leiden tot een foutieve beoordeling wat een gevaarlijke medische situatie kan veroorzaken (Washington, Stevens, Shekelle, et al., 2000).

1.1.3 Telefonische triage

Triage is een proces waarbij de mate van urgentie wordt bepaald door een triagist en zorgt ervoor dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats en tijd krijgt (van Rooij, 2008). Huibers, Giesen, van Veel en Moll (2009) stellen dat het beoordelen en classificeren van de klinische prioriteit een positief effect heeft op kosten, doelmatigheid en efficiëntie van de spoedzorg. Telefonische triage kan ook nadelen met zich meebrengen. Een eerste gevaar is de veiligheid van de patiënt. Bij telefonische triage wordt afgegaan op wat de zorgvrager aan de triagist meld. Hierbij kan de patiënt de zorgvraag zowel onder- als overschatten. Daarnaast kan de urgentie ook verkeerd worden ingeschat door de triagist (Boterberg, 2014).

In België loopt momenteel het proefproject 1733. Dit nummer vormt een uniek oproepnummer waarbij gewerkt wordt met telefonische triage (Boterberg, 2014). Telefonische triage kan een antwoord bieden op de vraag naar meer efficiëntie in de gezondheidszorg. Het project 1733 heeft als doel (Domus Medica, 2015):

- De oproepen van de HWP te triëren;
- Het aantal huisbezoeken te reduceren door patiënten te verwijzen naar de HWP;
- Het identificeren van de oproepen voor de huisarts alsook doorverwijzen naar de dringende geneeskundige hulp

Voor de komst van de HPW-en was er een beurtrol waarbij elke arts op zijn beurt na de werkuren van wacht was. In sommige gebieden in Vlaanderen geldt dit nog steeds. Hierbij blijft de arts beschikbaar voor patiënten met een dringende medische hulpvraag gedurende de nacht, het weekend en op feestdagen. De patiënt dient te achterhalen

welke arts van wacht is en de arts neemt zelf de oproepen aan. Het doel van het project 1733 is dit proces efficiënter te laten verlopen. Met de invoer van het nummer 1733 hoeft de patiënt niet langer op zoek te gaan naar de huisarts van wacht. Alle oproepen komen samen op één nummer waardoor er minder huisartsen van wacht zijn. Daarnaast worden de telefonische oproepen door de medewerker van de HWP aangenomen en getrieerd. De triage van de zorgoproepen wordt aan de hand van bestaande protocollen uitgevoerd. Zo wordt de triagist tijdens het aannemen van een oproep bijgestaan door de Belgische Handleiding voor de Medische Regulatie in het nemen van een correcte beslissing over de zorgvraag. Op basis van de juiste vragen wordt de situatie en de toestand van de patiënt nauwkeurig ingeschat en wordt een type urgentie aan de oproep toegewezen. Aan elk type urgentie hangt een actieplan dat bepaalt hoe hulp aan de patiënt wordt aangeboden (Boterberg, 2014).

Tabel 2: De zeven urgentiegraden (Boterberg, 2014)

1	Uitgestelde zorg = verwijzing naar de eigen behandelend huisarts buiten de wachtdienst
2	Doorverwijzen naar de wachtpost in de buurt
3	Thuisbezoek van de wachters bij de patiënt
4	De patiënt naar de dienst spoedgevallen doorverwijzen
5	De ambulance wordt uitgestuurd
6	Een paramedisch interventieteam (PIT) = ambulance met aan boord een ambulancier en een gediplomeerd verpleegkundige (spoed of intensieve zorgen)
7	De ambulance + de MUG worden uitgestuurd

1.1.4 Welke determinanten spelen een rol in de keuze tussen HWP of SEH?

Welke determinanten een rol spelen in de keuze tussen de huisarts van wacht of HWP en de spoedgevallendienst zijn verschillend van patiënt tot patiënt. Om beleidsmakers te kunnen adviseren over hoe ze het gedrag van zorgconsumenten kunnen veranderen, wordt onderzoek gedaan naar de relatie tussen het gebruik van gezondheidszorgorganisaties en socio-economische status. In de literatuur vindt men een aantal karakteristieken die steeds terugkeren voor gebruikers van de spoedgevallendienst. Zo blijkt uit verschillende studies dat mensen met een slechte fysieke en mentale gezondheid vaker gebruik maken van de spoedgevallendienst (Sarver, Cydulka, & Baker, 2002; Weber, Showstack, Hunt, Colby & Callahan, 2005).

In een Belgische studie van Philips, Remmen, De Paepe et al. (2010) werd het profiel onderzocht van patiënten die buiten kantooruren de voorkeur geven aan de spoedgevallendienst. Hieruit blijkt dat volgende determinanten een rol spelen: (1) van het mannelijk geslacht zijn, (2) de spoedgevallendienst minstens één maal bezocht in de voorbije 12 maanden, (3) een andere taal spreken dan het Frans of Nederlands, (4) de Afrikaanse nationaliteit bezitten en (5) niet beschikken over een ziekteverzekering (Philips et al., 2010). Verder blijkt dat patiënten die de HWP bezoeken vrouwelijk zijn, ouder zijn en wonen in landelijke gebieden (Bakelandt et al., 2009; Detollenaere, Verlinde, Willems & Blezer, 2014; Giesen et al., 2006; Moll van Charante, van Steenwijk-Opdam & Bindels, 2007).

Een belangrijke determinant in het gebruik van de SEH is het al dan niet beschikken over een eigen huisarts. Patiënten die een vaste huisarts hebben zullen minder beroep doen op de SEH (Gourbin et al., 2005). Dit wordt bevestigd in een Gentse studie van Bakelandt et al. (2009) waarin de relatie onderzocht werd tussen het hebben van een eigen huisarts en het beroep doen op de SEH. Van de patiënten die zich buiten de kantooruren op de spoedgevallendienst aanmeldde, had 79.4% een eigen huisarts terwijl op de HWP 90.8% een eigen huisarts had. Het hebben van een huisarts is dus een duidelijke determinant in de keuze tussen huisartsenwachtpost of spoedgevallendienst, ongeacht de klacht (Bakelandt et al., 2009).

Philips, Remmen, De Paepe, Buylaert & Van Royen (2013) onderzochten aan welke vorm van hulpverlening patiënten de voorkeur geven en wat hun keuze beïnvloedt. Toegankelijkheid, nabijheid en competent personeel zijn de meest voorkomende motieven voor het kiezen van de spoedgevallendienst. Daartegenover zijn de frequentste argumenten om de huisarts te consulteren: (1) de huisarts is gemakkelijk te vinden, (2) ideaal voor kleine medische problemen, (3) bezorgdheid over een bepaald symptoom en (4) het vertrouwen in de huisarts. Uit andere studies blijkt dat mensen hulp zoeken op de SEH, omdat ze hun probleem als dringend percipiëren en verwachten dat beeldvormende diagnostiek vereist zal zijn (Afilalo et al., 2004; Coleman et al., 2001; Moll van Charante, ter Riet & Bindels, 2008).

Ook vanuit het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) is onderzoek gevoerd naar het onnodig gebruik van spoeddiensten. Het Kenniscentrum ging na of het vragen van een forfaitair bedrag van €12.5 bij oneigenlijk gebruik een impact heeft op het consultatiegedrag in spoedgevallendiensten. Daarnaast heeft het KCE zich ook verdiept in de motieven en factoren die het gebruik van de spoedgevallendiensten of andere eerstelijnsvoorzieningen bepalen. De keuze voor de spoedgevallendienst of andere eerstelijnsvoorzieningen blijkt niet zozeer beïnvloed door de eigen bijdrage, maar door andere factoren en determinanten (Gourbin et al., 2005):

- Het soort klacht (objectief of subjectief). Op de spoedafdeling meldden zich vooral patiënten met bot- en gewrichtsproblemen aan. Deze problemen worden als dringend aanzien door de patiënten. Op de huisartsendiensten werden voornamelijk ademhalings- en spijsverteringsproblemen behandeld. Deze resultaten worden bevestigd in andere onderzoeken. Op spoedafdelingen wordt meer traumaproblematiek (huidaandoeningen en bot- en gewrichtsproblemen) vastgesteld, terwijl men in de HWP-en meer algemene problemen zoals gastro-intestinale en respiratoire problemen geregistreerd worden (Bakelandt et al, 2009; Giesen et al., 2006; van Uden et al., 2004).
- De toegankelijkheid van de spoedgevallendienst en het perspectief van de ontoegankelijkheid van andere zorgvoorzieningen. De spoedgevallendienst is 24 op 24 uur, 7 op 7 beschikbaar en is makkelijk bereikbaar (Afilalo et al 2004;

Gourbin et al, 2005; Han, Ospina, Blitz, Strome & Rowe, 2007). Ook de perceptie van de wachttijd speelt een rol. Patiënten schatten deze verkeerd in en veronderstellen dat de wachttijd korter is op de spoedgevallendienst in vergelijking met de HWP (Gourbin et al., 2005). Uit onderzoek van Philips et al. (2008) blijkt echter dat de effectieve wachttijd korter is op de HWP in vergelijking met de spoedgevallendienst. De financiële toegankelijkheid van de spoedgevallendienst wordt ook aangehaald in het KCE rapport. De perceptie dat de zorg op de spoedgevallendienst gratis is, draagt bij tot de keuze voor de spoedgevallendienst. De financiële laagdrempeligheid van de spoedgevallendienst (niet onmiddellijk moeten betalen) draagt ook bij tot de keuze voor de spoedgevallendienst (Philips et al., 2008). Om huisartsenwachtposten financieel toegankelijker te maken, wordt gepleit voor een andere manier van betalen buiten kantooruren (factuur of derde betalersysteem) (Gourbin et al., 2005).

- Het vertrouwen in de soort dienst en in de competenties van de dienst (Gourbin et al., 2005). Uit het onderzoek van Philips et al. (2010) blijkt dat het vertrouwen in een goede uitleg van de specialist met betrekking tot diagnose en behandeling mee de keuze voor de spoedafdeling bepaalt.
- Het niet kennen van alternatieve zorgvoorzieningen speelt een belangrijke rol in de keuze voor de spoedafdeling. Een betere kennis over de organisatie van eerstelijnsvoorzieningen is noodzakelijk voor patiënten. Patiënten die al ervaring hebben met huisartsenwachtposten staan hier meestal positief tegenover (Gourbin et al., 2005). Volgens Philips et al. (2010) is de ervaring van de patiënten de meest cruciale factor in het kiezen van medische hulp buiten kantooruren. Ervaring heeft een sterke, positieve invloed op het kiezen van een bepaalde hulpverleningsdienst buiten kantooruren. Patiënten die een positieve ervaring hebben met de HWP kiezen hier hoogstwaarschijnlijk in de toekomst opnieuw voor.

Philips et al. (2010) stellen voor om informatie te verschaffen over de taken en opdrachten van de verschillende hulpverleningsdiensten alsook jonge mensen erop te

wijzen dat technische onderzoeken meestal niet nodig zijn voor kleine traumatologie. Zij wensen op deze manier een gedragswijziging te realiseren.

1.1.5 Knelpunten in de spoedzorgketen

Er bestaat een matige samenwerking en afstemming tussen de verschillende aanbieders van spoedeisende zorg waardoor knelpunten ontstaan in de spoedzorgketen (van Megen, 2008):

- Door een toenemend aantal zelfverwijzers ontstaat er een verkeerde-echelonproblematiek (klachten van patiënten worden op het verkeerde hulpverleningsniveau behandeld);
- De verschillende loketten voor spoedzorg zorgen voor onduidelijkheid bij patiënten;
- Door de gescheiden organisaties is de inzet van professionals inefficiënt;
- Er heerst een gebrek aan continuïteit van de zorg

Deze knelpunten kunnen leiden tot inefficiënte hulpverlening met doublures en kostbare zorg als gevolg.

1.2 Samenwerkingsverbanden tussen HWP en SEH

Om genoemde knelpunten van de spoedzorgketen aan te pakken, kunnen huisartsenwachtposten en spoeddiensten samenwerken. Deze samenwerking ontstaat vanuit de gedachte dat verregaande integratie een win- winsituatie kan opleveren die kan leiden tot efficiëntere en meer afgestemde zorg voor de patiënt. Bovendien kan de huisarts zich beter positioneren in de spoedzorgketen en zo de samenwerking bevorderen met de ambulancehulpverlening en de medische specialisten (Giesen et al., 2003).

In Nederland bestaan al verregaande samenwerkingsverbanden tussen de spoedgevallendiensten en huisartsenwachtposten. Deze samenwerkingsverbanden kunnen verschillende vormen aannemen, zoals een HWP los van het ziekenhuis, een HWP gelokaliseerd voor de spoedgevallendienst of een HWP volledig geïntegreerd in de spoedgevallendienst (van Uden, 2003).

Hoewel deze samenwerkingsverbanden een logische stap lijken in het hervormen van de spoedzorgketen is het ook mogelijk dat er verlies optreedt. Er kunnen belemmerende factoren ontstaan bij dergelijke verregaande integratie zoals (Coenen, 2009):

- Patiëntenstromen verschuiven van SEH naar HWP zonder financiële compensatie;
- Huisartsen vrezen dat ze hun identiteit zullen verliezen;
- Overspecialisatie: verandering is moeilijk doordat beide zorginstellingen een andere manier van werken hebben;
- Onverenigbaarheid van twee verschillende organisaties: bv. op gebied van triage gebruikt men andere systemen

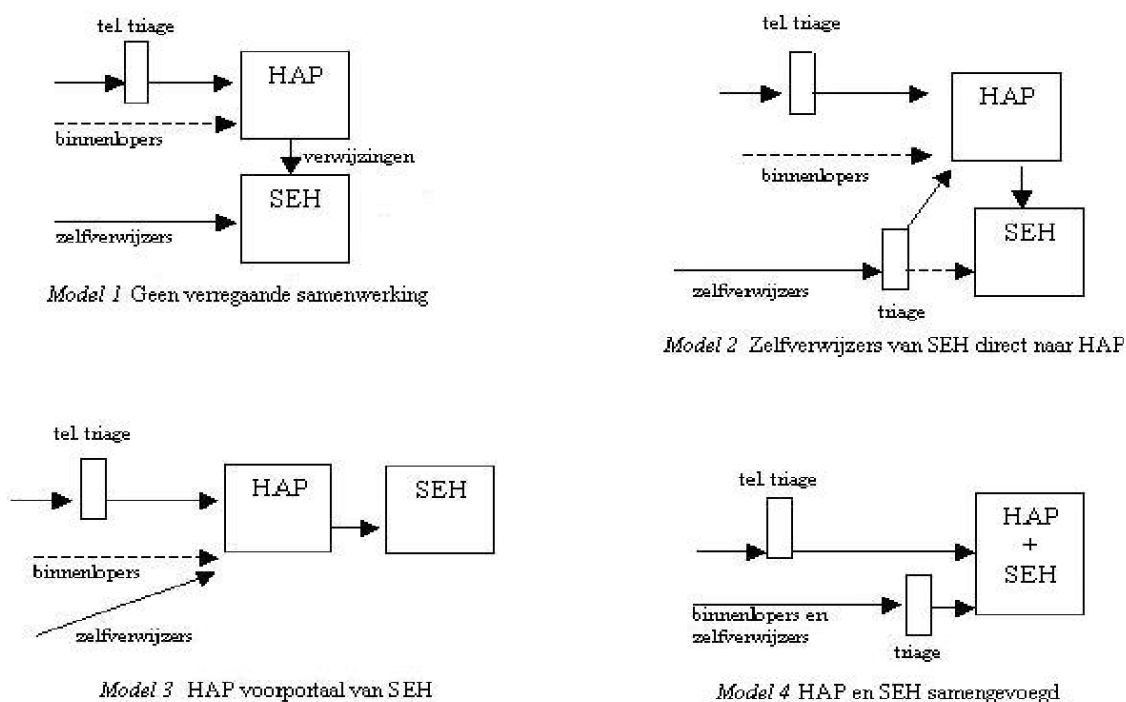
Toch is Coenen (2009) er van overtuigd dat de voordelen primeren.

1.2.1 *Verschillende modellen*

Op een aantal plaatsen in Nederland werd de HWP naast of in de buurt van de SEH geplaatst waardoor de fysieke afstand drastisch verkleind is. Hierdoor is men gaan onderzoeken of het integreren (apart of in één gebouw) of het samenwerken tussen HWP en SEH een voordeel kan opleveren voor beide partijen en een deel van de problematiek kan oplossen (van Megen, 2008). Uit studies is gebleken dat het aantal zelfverwijzers op de SEH daalt door de integratie (van Rooij, 2010). Deze daling wordt ook beïnvloed doordat de HWP zich opstelt als *gatekeeper* (Van Uden, Winkens, Wesseling, Crebolder & van Svhayck, 2003; van Uden & Crebolder, 2004; van Uden et al., 2005). De stroom zelfverwijzers die afbuigt richting HWP kan echter voor een toegenomen werkdruk van de huisarts zorgen (van Uden et al., 2005).

Vermue, Giesen & Huibers (2007) beschrijven vier samenwerkingsmodellen van huisartsenposten (HAP) met SEH (zie figuur 4):

1. Er bestaat geen samenwerking tussen de HWP en de SEH en beide organisaties staan los van elkaar (enkel het reguliere, medisch inhoudelijke overleg en verwijzingen vinden plaats).
2. De zelfverwijzers die zich aanmelden op de spoeddienst worden doorverwezen naar de HWP. De HWP verwijst door naar de spoeddienst indien complexe zorg nodig is.
3. De HWP functioneert als voorpoort voor de SEH. Alle binnenlopers en zelfverwijzers hebben enkel toegang tot de HWP. Op de HWP wordt getrieerd en doorverwezen naar de SEH indien nodig.
4. Er bestaat één gemeenschappelijk aanmeldingsloket voor alle binnenlopers en zelfverwijzers van waaruit triage plaatsvindt. Daarna worden patiënten doorverwezen naar HWP of SEH.



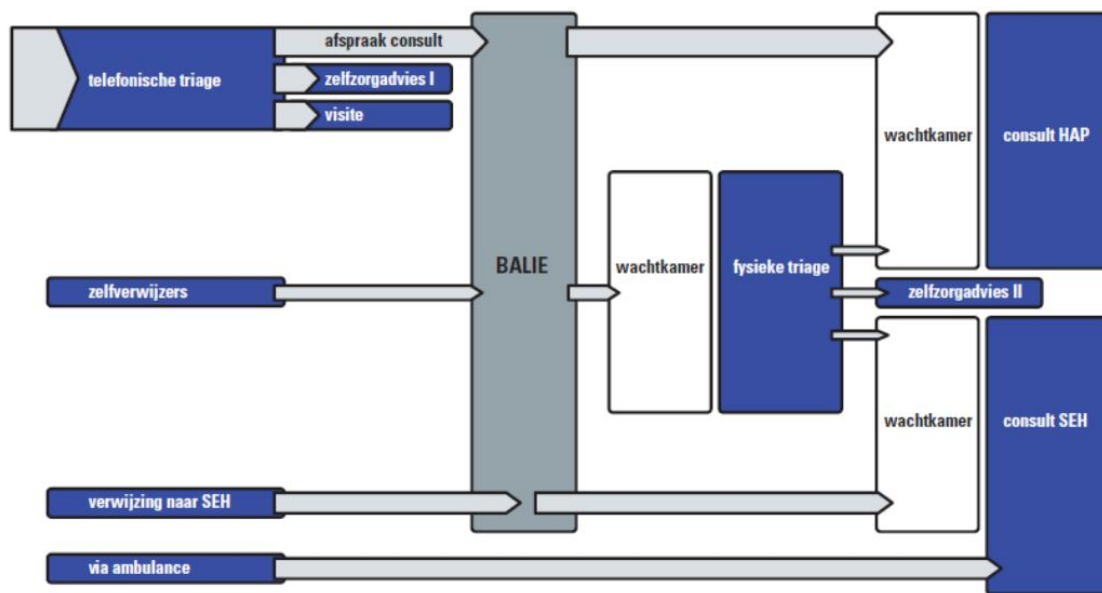
Figuur 2: Samenwerkingsmodellen HAP en SEH (Vermue et al., 2007)

1.2.2 Integratie HWP en SEH

Het integratiemodel wordt hier naar voren geschoven om de knelpunten in de spoedzorgketen buiten kantooruren aan te pakken. Als voorbeeld nemen we de zogenaamde spoedposten die bestaan in Nederland (van Gils- van Rooij, 2013). Een spoedpost is een samenwerkingsverband van een HAP met een SEH van een ziekenhuis met minstens gezamenlijke triage, zorgafspraken over afstemming en huisvesting (Schrijvers, 2009 in Gunnewijk 2010). Een spoedpost gaat dus verder dan enkel een co-locatie op hetzelfde ziekenhuisterrein (Schrijvers, 2009 in Gunnewijk 2010).

Welke route doorloopt een patiënt wanneer hij medische klachten ondervindt buiten kantooruren of op feestdagen? In onderstaande figuur zien we een stroomdiagram van de organisatie van een spoedpost. Iedere patiënt dient telefonisch contact op te nemen met de spoedpost. Tijdens het gesprek wordt bepaald welke zorg de patiënt nodig heeft: (1) afspraak consult, (2) zelfzorgadvies of (3) visite. Binnenlopers of zelfverwijzers zonder afspraak kunnen niet rechtstreeks naar de SEH. Er vindt eerst triage plaats door

een triageverpleegkundige waarbij het vervolgtraject voor de patiënt wordt bepaald: een consult bij de huisartsenpost (HAP) of op de spoedeisende hulp (SEH) of zelfzorgadvies (Reinders, 2012).



Figuur 3: Stroomdiagram route patiënt (Teughels, 2014)

Hieronder volgt de bespreking van de internationale literatuur over de effecten die de integratie tussen HWP en SEH heeft op kosten, patiënten- en werknemerstevredenheid en patiëntenstroom. Om een duidelijke en gestructureerde indeling te maken van de resultaten werd gewerkt met een indeling volgens onderzoeksmethode. De relevante informatie die uit de artikels werd geëxtraheerd, wordt weergegeven in de evidentietabel (zie bijlage 1).

1.2.2.1 Kosten

Men verwacht dat de herverdeling van patiënten, buiten de kantooruren, van de spoedgevallendienst naar eerstelijnsvoorzieningen resulteert in een reductie van het

aantal patiënten die gebruik maken van de spoedgevallendienst waardoor de kosten van de spoedgevallendienst dalen (van Uden et al., 2006).

Van Uden et al. (2006) onderzochten het verschil in kosten tussen twee huisartsenwachtposten. De ene HWP werkte onafhankelijk van de spoedafdeling en de andere was geïntegreerd met de spoedafdeling van het ziekenhuis. De twee organisaties werden vergeleken en de kosten werden berekend per capita. Uit deze studie blijkt dat de geïntegreerde HWP iets duurder is, maar ook relatief meer patiëntcontacten heeft (8%) in vergelijking met de onafhankelijke HWP.

Daarnaast werd er een vergelijking gemaakt in kosten tussen de spoedafdeling voor de integratie (1999) en na de integratie (2000) met de HWP. Hieruit blijkt dat er geen reëel verschil bestaat in kosten van de spoedafdeling voor en na de integratie met de HWP, ondanks een significante daling in patiëntencontacten op de spoedafdeling. Dit is vooral te wijten aan het feit dat de organisatie van de spoedafdeling niet veranderd is, ondanks de daling in patiëntencontacten (van Uden et al., 2006).

Uit dit onderzoek kunnen we besluiten dat beide HWP-en even kostenefficiënt zijn aangezien de hogere kosten (9% meer) van het geïntegreerd model gecompenseerd worden door het hoger aantal patiëntencontacten (8% meer) in vergelijking met de onafhankelijke HWP. Verder concluderen van Uden et al. (2006) dat de kosten meer afhankelijk zijn van de grootte van de populatie die de huisartsenwachtpost omvat dan de wijze waarop deze georganiseerd is (geïntegreerd of gescheiden).

Daarentegen is de spoedafdeling van de geïntegreerde HWP minder kostenefficiënt omdat deze minder patiënten behandelt aan dezelfde kosten. Van Uden et al. (2006) leiden hieruit af dat het efficiënter is om werknemers zoals verpleegkundigen, doktersassistenten en management uit te wisselen in een geïntegreerd model.

1.2.2.2 Patiëntentevredenheid

Vanuit de theorie wordt verondersteld dat er een hogere patiëntentevredenheid ontstaat bij het geïntegreerd model. De spoedpost verschaft duidelijkheid: de patiënt hoeft niet meer te kiezen, er is sprake van één telefonisch en fysiek loket en door een efficiëntere inzet van personeel worden wacht- en consultatietijden verkort. (Kamphuis, Stukstette, Homberg, Sonneveld & Kool, 2007; Kool, Homberg & Kamphuis, 2008).

Uit een onderzoek van Kamphuis et al. (2007) blijkt dat patiënten niet uitgesproken positiever zijn over het geïntegreerd model dan de traditionele setting. Kool et al. (2008) bevestigen deze resultaten. Daarnaast bleek dat patiënten die telefonisch contact opnamen met de geïntegreerde HWP meer tevreden waren over de toegankelijkheid, de interpretatie van de vragen en de gegeven informatie dan patiënten die telefonisch contact opnamen met de traditionele HWP. Overigens waren patiënten die de geïntegreerde HWP contacteerden meer tevreden over de triage dan patiënten die de traditionele HWP of SEH contacteerden (Kool et al., 2008).

Het feit dat men in deze onderzoeken geen verschil vindt in patiëntentevredenheid tussen een geïntegreerde huisartsenwachtpost en de traditionele settings is eerder onverwacht. Dit kan verklaard worden door het feit dat meer patiënten behandeld werden door verpleegkundigen dan door artsen en dat de privacy geschonden werd doordat er slechts één aanmeldingsloket was (Kool et al., 2008).

1.2.2.3 Werknemerstevredenheid

Uit het onderzoek van Kool et al. (2008) bleek dat werknemers tewerkgesteld in de geïntegreerde HWP minder tevreden waren over werk en werkomstandigheden dan werknemers tewerkgesteld in traditionele HWP en spoedafdelingen. Dit is waarschijnlijk te wijten aan de drastische veranderingen in de werkprocessen als gevolg van de nieuwe triage methode en de aanstelling van nieuwe medewerkers.

Van Megen (2008) vergeleek het verschil tussen de voor- en nameting in het oordeel van professionals betrokken bij de HAP en SEH op het gebied van leerzaamheid,

werkplezier, werkdruk, samenwerking, cultuur en visieverschillen. In deze studie werd een significant verschil gevonden tussen de beoordeling van de variabelen: “invloed integratie op werkdruk”, “invloed integratie op samenwerking” en “invloed integratie op cultuur en visieverschillen”. De professionals van de HWP lieten in hun oordeel over “invloed integratie op werkdruk” een negatieve trend zien terwijl de professionals van de SEH een positieve trend lieten zien in het oordeel. De negatieve trend van de integratie op de werkdruk en de toegenomen werkdruk bij huisartsen op de HWP werd waarschijnlijk veroorzaakt doordat de HWP zelfverwijzers van de SEH opvangt. De positieve trend van de integratie op de werkdruk in de SEH was te wijten aan het dalend aantal zelfverwijzers die nu opgevangen worden door de HWP. De invloed van de integratie op de samenwerking wordt zowel in de voor- als nameting positief beoordeeld, maar werd minder positief ervaren dan verwacht. De invloed van de integratie op cultuur en visieverschillen werd positief ervaren. Dit was waarschijnlijk te wijten aan het feit dat professionals een beter inzicht kregen in elkaars manier van werken (van Megen, 2008).

1.2.2.4 Patiëntenstroom

Het lijkt logisch dat de integratie van een huisartsenwachtpost met een spoeddienst leidt tot een vermindering van zelfverwijzers op de spoeddienst en zorgt voor een grotere rol van de huisarts met betrekking tot niet-urgente traumata. Het poortwachterschap van de huisarts wordt versterkt, waardoor de werkdruk stijgt (van Uden, 2003).

Onderzoek wijst uit dat de integratie van HWP en SEH enerzijds leidt tot een stijging in de totale vraag van zorg buiten kantoortijd. Anderzijds vindt er een daling plaats in de vraag naar spoedeisende hulp door een reductie van het aantal non-urgente zelfverwijzers. Er wordt een verschuiving vastgesteld van SEH naar HWP door de poortwachtersfunctie van de huisarts (Buckley, Curtis & Mc Girr, 2010; Kool et al., 2008; Thijssen, Wijnen-van-Houts, Koetsenruijter, Giesen & Wensing & 2013; van Uden et al., 2003, 2004, 2005).

Volgens Kool et al. (2008) vindt er een daling plaats in wacht- en consultatietijden bij geïntegreerde HWP-en.

Wang et al. (2013) onderzochten of ambulante patiënten efficiënter behandeld konden worden in een geïntegreerde HWP in vergelijking met een traditionele spoedafdeling. Zij concludeerden dat de geïntegreerde HWP een efficiënter model was in termen van kortere procestijd (tijd tussen opnamen en ontslag) en gebruik van minder diagnostische middelen. De procestijd werd gehalveerd van 120 naar 60 minuten en het gebruik van diagnostische middelen werd gereduceerd van 70,5% naar 55,6% (Wang et al., 2013).

HOOFDSTUK 2: PROBLEEM- EN DOELSTELLING

In het literatuuroverzicht werd de problematiek aangekaart omtrent de overbevolking en overbelasting van de spoedgevallendiensten omwille van oneigenlijk gebruik. De bepalende factoren in de keuze voor de spoedgevallendienst of de HWP zijn individuaafhankelijk. Om het oneigenlijk gebruik te reduceren en de zorg buiten kantooruren efficiënter te laten verlopen, willen spoedgevallendiensten en HWP-en samenwerken.

Hieronder worden de onderzoeksvragen geformuleerd waar deze masterproef een antwoord op wil bieden.

1. Welk soort samenwerkingsverbanden bestaan er tussen de HWP en SEH in Gent, Antwerpen Noord en Eindhoven?
2. Wat zijn de voor- en nadelen van de samenwerking tussen HWP en SEH volgens zorgprofessionals?
3. Wat is het ideale samenwerkingsverband tussen HWP en SEH volgens zorgprofessionals?
 - a. Met betrekking tot de organisatievorm
 - b. Met betrekking tot inhoudelijke samenwerking
4. Welke factoren spelen volgens zorgprofessionals een rol in de keuze tussen de spoedgevallendienst en de HWP?

HOOFDSTUK 3: ONDERZOEKSMETHODE

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werd gebruik gemaakt van diverse onderzoeksmethoden. Dit hoofdstuk geeft uitleg over het gekozen onderzoeksdesign, de rol van de onderzoeker, de manier van data verzamelen en analyseren, het ethisch comité en over de kwaliteit van het onderzoek.

3.1 Onderzoeksdesign

De onderzoeksvragen in deze studie worden beantwoord aan de hand van kwalitatief, interpretatief onderzoek. Interpretatief betekent dat je op zoek gaat naar de interpretatie die personen aan een situatie geven (Boom Lemma uitgevers, 2015).

Boeije (2005) definieert kwalitatief onderzoek als volgt:

“In kwalitatief onderzoek richt de vraagstelling zich [sic] op onderwerpen die te maken hebben met de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun sociale omgeving en hoe ze zich op basis daarvan gedragen. Er worden onderzoeksmethoden gebruikt die het mogelijk maken om het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen met het doel om het te beschrijven en waar mogelijk te verklaren.”

Kwalitatief onderzoek bestudeert de eigenschappen van het onderwerp dat onderzocht wordt (Bosch, 2012). Bij kwalitatief onderzoek gaat de onderzoeker naar de participanten toe. Het onderzoek vindt dus plaats in de natuurlijke setting (Creswell, 2003). Daarnaast wordt kwalitatief onderzoek gekenmerkt door een open karakter. Het onderzoek is een leerproces waarbij de onderzoeker zijn voorlopige ideeën op het onderzoeksveld moet afstemmen en zijn vraagstellingen moet toespitsen (Boeije, 2005).

In kwalitatief onderzoek wordt het perspectief van de participanten vastgelegd. In deze studie gebeurt dit aan de hand van semi-gestructureerde interviews. Hierbij is het belangrijk dat de handelingen, opvattingen en denkbeelden van de respondenten zo veel mogelijk in eigen woorden vastgelegd worden.

De organisatie van wachtdiensten in Gent, Antwerpen Noord (locatie ZNA Jan Palfijn) en Eindhoven (spoedpost Catharina) worden in kaart gebracht. Bij deze drie cases is de samenwerking tussen de spoedgevallendiensten en de HWP-en verschillend. In dit onderzoek werd een kwalitatieve onderzoeksmethode gehanteerd en is er sprake van een *multiple case design*. In ‘The art of case study research’ beschrijft Stake (1995) drie vormen van casusonderzoek: (1) intrinsiek casusonderzoek, (2) instrumenteel casusonderzoek en (3) collectief casus onderzoek. In dit onderzoek wordt beroep gedaan op collectief casusonderzoek. Hierbij worden meerdere casussen onderzocht om een fenomeen te analyseren en mogelijk te generaliseren.

De organisatie van de wachtposten en de spoedgevallendiensten in Gent worden beschouwd als één casus. De tweede case bestaat uit de setting waarbij de HWP Antwerpen Noord in co-locatie ligt met de spoedgevallendienst van het ZNA Jan Palfijn. Als laatste case bespreken we de spoedpost Catharina (Eindhoven). Een spoedpost is een samenwerkingsverband tussen HAP en SEH waarbij beide op één locatie gevestigd zijn. Hierbij is er één loket voor alle spoedeisende zorg (van Gils-van Rooij, 2013). Bij een spoedpost bestaat een intensievere samenwerking dan bij een co-locatie (Schrijvers, 2009 in Gunnewijk, 2010).

Dit onderzoek analyseert de samenwerking tussen de spoedgevallendienst en de HWP en bevraagt zorgprofessionals hoe zij deze samenwerking ervaren. Er wordt geopteerd om bij iedere casus zorgprofessionals van beide settings (HWP en SEH) te interviewen. Daarnaast worden observaties gedaan in de HWP Kliniekstraat (Gent), de HWP Antwerpen Noord en de spoedpost in Eindhoven. Het doel van deze observaties is om inzicht te krijgen in de werking van de verschillende wachtpostsystemen.

Tot op heden werden relatief veel kwantitatieve onderzoeken gedaan naar de werking van HWP-en en de invloed ervan op patiëntenstromen (Bakelandt et al., 2009; Giesen et

al., 2006). Vooral in Nederland werd al veel onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen HWP-en en spoedgevallendiensten en de oprichting van spoedposten. In Vlaanderen is het onderzoek eerder beperkt. Vandaar dat een kwalitatief onderzoek omtrent de samenwerking tussen HWP-en en spoedgevallendiensten een meerwaarde kan bieden. Er wordt data verzameld die aangeeft van wat er leeft bij de verschillende actoren binnen de twee settings. Daarnaast wordt er een vergelijking gemaakt tussen de twee casussen in Vlaanderen en de casus in Eindhoven.

3.2 Rol van de onderzoeker

De onderzoeker speelt een centrale rol in kwalitatief onderzoek. De manier waarop data verzameld en geanalyseerd wordt en conclusies worden getrokken, zijn onderhevig aan de invloed van de onderzoeker. Vertekening van onderzoeksresultaten wordt in kwantitatief onderzoek voorkomen door de rol van de onderzoeker te beperken. Bij kwalitatief onderzoek heeft de onderzoeker een essentiële rol en kan deze dus niet geminimaliseerd worden. Mogelijke vertekening van de onderzoeksresultaten wordt tegengegaan door de rol van de onderzoeker zo zichtbaar mogelijk te maken (Willems & van Zwieten, 2009).

De data die verkregen zijn door middel van interviews zijn tot stand gekomen tijdens een interactief gesprek. Tijdens de interviews werd af en toe ingepikt en doorgevraagd om bepaalde data te verhelderen. Als onderzoeker ben je betrokken bij de respondenten die je interviewt of observeert. Deze betrokkenheid zorgt ervoor dat je als onderzoeker kan achterhalen wat de respondenten beweegt en bezig houdt. Dit kan zowel een positief als negatief effect hebben op de validiteit (Boeije, 2005). Bij sommige interviews was ik erg enthousiast bij bepaalde onderwerpen die ter sprake kwamen terwijl deze niet interessant waren voor mijn data verzameling. Het evenwicht tussen afstand en betrokkenheid komt hierdoor in het gedrang. Dit proces wordt *going native* genoemd. Betrokkenheid in het onderzoek is belangrijk, maar de onderzoeker moet steeds de eigen doelstellingen nastreven en een objectieve beschrijving geven van de situatie (Boeije, 2009).

Daarnaast kan de respondent beïnvloed worden door de aanwezigheid van de onderzoeker. Dit kan ervoor zorgen dat er niet relevante accenten worden gelegd in het interview waardoor de geïnterviewde zegt wat de onderzoeker wil horen. Op deze manier geeft de respondent sociaal wenselijke antwoorden (Fischer, 1993). Sociale wenselijkheid kan een negatieve invloed hebben op de validiteit. Daarnaast kunnen respondenten anders reageren omdat ze weten dat ze bestudeerd worden. Dit wordt *response bias* genoemd en heeft ook een negatieve invloed op de validiteit van het onderzoek (Boeije, 2005).

3.3 Dataverzameling

Om de onderzoeksvragen zo volledig mogelijk te beantwoorden, werd op verschillende manieren informatie verzameld. Er werd een documentanalyse verricht en er werden enkele observaties uitgevoerd. Overigens zijn 15 semi-gestructureerde interviews afgenomen met betrokken zorgprofessionals van de HWP-en en de spoedgevallendiensten. Deze verschillende bronnen van informatie werden tegen elkaar en tegen de literatuur afgetoetst. Dit proces wordt triangulatie genoemd. Triangulatie beïnvloedt de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek (Yin, 2009).

In de spoedpost Catharina werd enkel de manager van de spoedpost geïnterviewd. Daarnaast werd de werking geobserveerd en kon het proces van telefonische triage mee gevolgd worden. Ondanks de beperkte dataverzameling rond deze casus is het toch interessant om een vergelijking te maken met de casussen Gent en Antwerpen aangezien we in Vlaanderen evolueren richting het Nederlands systeem. Op deze manier kunnen zowel de positieve ervaringen alsook de knelpunten of werkpunten meegenomen worden. Uit deze werkpunten kan geleerd worden en kan de werking van de spoedpost geoptimaliseerd worden.

3.3.1 Documentanalyse

Verschillende documenten met betrekking tot de samenwerking tussen de HWP-en en de spoedgevallendiensten werden geanalyseerd alsook documenten met betrekking tot de werking van de spoedpost. Bijlage 3 en 4 bevatten de samenwerkingsovereenkomst van de HWP Antwerpen Noord en het ZNA Jan Palfijn en de overeenkomst projectpartijen spoedposten Zuidoost-Brabant en zorgverzekeraars UVIT en CV. Toegang krijgen tot de juiste documenten was niet altijd evident.

3.3.2 Observatie

Er vonden observaties plaats in de HWP Gentbrugge, de HWP Antwerpen Noord en de spoedpost Catharina. De observaties hadden tot doel de werking van de wachtposten en de spoedpost te achterhalen. Op deze manier kon er een algemeen beeld geschetst worden over het functioneren van de organisaties. Op de spoedgevallendiensten werden geen observaties gedaan. De interviews met de spoedartsen en spoedverpleegkundige werden wel afgenomen op de spoedgevallendienst.

3.3.3 Interview zorgprofessionals

Er werd een groep van 15 zorgprofessionals geïnterviewd. Het rekruteren van de geïnterviewden gebeurde aan de hand van *convenience sampling*. Op de HWP Antwerpen Noord heeft de manager van de HWP alle huisartsen gemaïld met de vraag of ze aan het interview wilden meewerken. Ook in Gent was dit het geval. De respondenten zijn afkomstig uit beide settings waardoor een gemengd publiek bevraagd werd. De respondenten zijn: enkele diensthoofden van spoedafdelingen, een hoofdverpleegkundige van de spoedafdeling, huisartsen tewerkgesteld in HWP-en, een manager van een HWP en een manager van een spoedpost.

Tabel 3: Respondenten per case en functie

Case	Setting	Functie
Gent	Spoedafdeling UZ Gent	Diensthofd spoedgevallen
Gent	Spoedafdeling UZ Gent	Hoofdverpleegkundige spoedgevallendienst
Gent	Spoedafdeling Middelares Gent	AZ Maria Diensthofd spoedgevallen
Gent	Spoedafdeling Middelares Gent	AZ Maria Spoedarts
Gent	HWP Gent	Vier huisartsen
Antwerpen	Spoedafdeling Palfijn	ZNA Jan Diensthofd spoedgevallen
Antwerpen	HWP Antwerpen Noord	Manager HWP
Antwerpen	HWP Jan Palfijn	Vier huisartsen
Eindhoven	Spoedpost Catharina	Manager HAP

Door de variatie in respondenten is het mogelijk om een bredere kijk te krijgen op de problematiek. Alle respondenten geven toestemming voor het interview en ondertekenen een *informed consent*.

De interviews werden afgenomen aan de hand van semigestructureerde vragen. Er zijn telkens een aantal vaste vragen die steeds terugkeren (zie bijlage 2). Tijdens de

interviews is er ruimte voor de zorgprofessionals om hun mening en ervaringen omtrent de huidige samenwerking en het huidige gezondheidszorgsysteem te ventileren. Op het einde van het interview wordt telkens gepeild naar de ideale organisatievorm in verband met acute zorg buiten kantooruren.

3.4 Data-analyse

De 15 interviews vonden plaats in maart en april 2015 en duurden gemiddeld 45 minuten. De interviews werden vastgelegd door middel van geluidopnames. Dit biedt als voordeel dat je tijdens de interviews je volledige aandacht kan richten op het gesprek. Alle interviews werden afgenomen door dezelfde interviewer behalve het interview met de manager van de HWP Antwerpen Noord. De interviews werden getranscribeerd en vervolgens gecodeerd. De kwalitatieve analyse van de interviews gebeurde aan de hand van het programma Nvivo 10. Er werd zowel inductief als deductief te werk gegaan. Bij inductief coderen is van tevoren niet bekend naar welke thema's of categorieën wordt gezocht. Bij de deductieve methode wordt gewerkt met categorieën die wel al gekend zijn voor de dataverzameling (Amsterdams Centrum voor Onderzoek naar Gezondheid en Gezondheidszorg, 2002). Er werd gestart met een lijst van thema's. Deze lijst werd inductief aangevuld met thema's die vaak naar boven kwamen in de antwoorden van de zorgprofessionals. Bijlage 5 bevat het codeboek.

3.5 Ethisch Comité

Voor het interviewen van de zorgprofessionals werd een aanvraag ingediend bij het ethisch comité van het UZ Gent. De aanvraag werd goedgekeurd op 3/03/2015 met kenmerk 2015/0189. Alle respondenten moeten een *informed consent* ondertekenen.

3.6 Kwaliteit onderzoek

De kwaliteit van het onderzoek wordt nagegaan aan de hand van de betrouwbaarheid en validiteit.

3.6.1 Betrouwbaarheid

Bij betrouwbaarheid kan een onderscheid gemaakt worden tussen interne en externe betrouwbaarheid. Interne betrouwbaarheid betreft de mogelijke vertekening van de onderzoeksresultaten door de invloed van de onderzoeker. Om interne betrouwbaarheid te vergroten bij kwalitatief onderzoek wordt vaak gebruik gemaakt van meerdere methoden of onderzoekers. In dit onderzoek is er slechts sprake van één onderzoeker. Dit heeft als voordeel dat alle interviews op dezelfde manier zijn afgenomen en gecodeerd. Een nadeel hierbij is dat er geen controle mogelijk is door andere onderzoekers. Er wordt wel gebruik gemaakt van verschillende methoden (interviews, documentanalyse en observaties). Het gebruik van meerdere methoden heet triangulatie en vergroot de interne betrouwbaarheid (Willems & van Zwieten, 2009).

Bij externe betrouwbaarheid wordt geduid op de herhaalbaarheid van het onderzoek. Kan iemand anders hetzelfde onderzoek doen en dezelfde resultaten bekomen (Willems & van Zwieten, 2009)? In de onderzoeksmethode wordt informatie verschaft over de gebruikte methoden, de data verzameling en analyse.

3.6.2 Validiteit

Validiteit kan opgesplitst worden in interne en externe validiteit. De interne validiteit is de mate waarin datgene wordt gemeten wat de onderzoeker wil meten (Boeije, 2005). Hierbij is het belangrijk dat de juiste vragen gesteld worden en de onderzoeker op de juiste momenten inpikt op wat de geïnterviewde vertelt. Op deze manier kunnen de topics uit de interviewgide beantwoord worden.

Externe validiteit betreft de mate van generaliseerbaarheid van het onderzoek naar andere situaties. Bij deze masterproef wordt geen generalisatie nagestreefd.

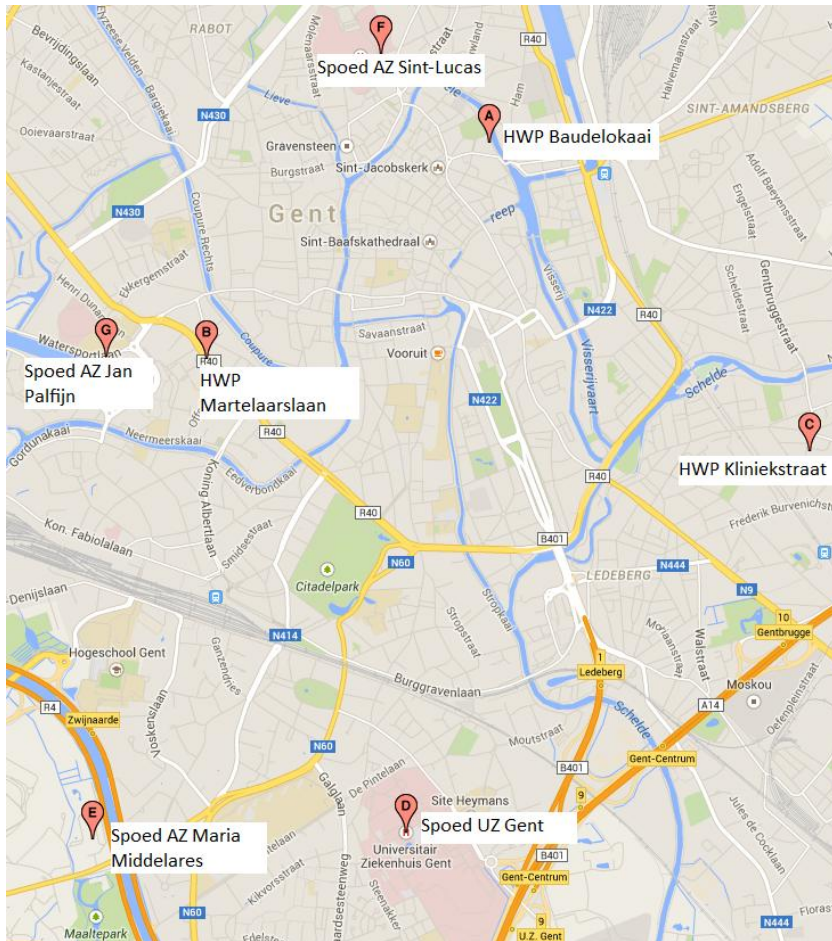
HOOFDSTUK 4: RESULTATEN

4.1 Samenwerking tussen HWP en spoedgevallendienst

De samenwerking tussen de HWP-en en de spoedafdelingen wordt in kaart gebracht aan de hand van drie cases (Gent, Antwerpen en Eindhoven). Binnen deze drie cases worden de verschillende vormen van samenwerking besproken en geduid aan de hand van *quotes*. Daarnaast worden per case de bepalende determinanten aangegeven die volgens de zorgprofessionals de keuze tussen de spoedgevallendienst of de HWP beïnvloeden.

4.1.1 Gent

In Gent beschikt men over drie HWP-en en vier ziekenhuizen met elk een spoedgevallendienst. Op onderstaande figuur wordt de ligging van de HWP-en en de spoedgevallendiensten gesitueerd. Tabel 4 geeft de openingsuren van de wachtposten in Gent weer.



Figuur 4: Ligging wachtposten en spoedgevallendiensten Gent (google maps)

Voor de case Gent werden 8 zorgprofessionals geïnterviewd: één spoedarts en één spoedverpleegkundige van het UZ Gent, twee spoedartsen van AZ Maria Middelaars en vier huisartsen. De huisartsen kunnen in elke HWP tewerkgesteld worden. De HWP-en hebben als doel de zorg tijdens weekends en feestdagen te centraliseren. Voordien werden de wachtdiensten georganiseerd door de Huisartsenvereniging Gent via wachtkringen. De HWP-en hebben een centraal oproepnummer om de toegankelijkheid en bereikbaarheid te optimaliseren.

Tabel 4: Openingsuren HWP-en Gent

Openingsuren	HWP Martelaarslaan	HWP Baudelokaai	HWP Kliniekstraat
Weekend	van vrijdag 19 uur tot maandag 7 uur	zaterdag en zondag: van 8 uur tot 19 uur	vrijdag van 19 uur tot 23 uur, zaterdag en zondag van 8 uur tot 19 uur
Feestdagen	van de vooravond van de feestdag 19 uur tot de ochtend na de feestdag 7 uur	van 8 uur tot 19 uur	de vooravond van de feestdag van 19 uur tot 23 uur en op de feestdag zelf van 8 uur tot 23 uur

4.1.1.1 Samenwerking HWP-en en spoedgevallendiensten

Onder dit topic wordt de organisatie van de wachtdiensten en de samenwerking tussen de wachtposten en de spoedgevallendiensten in Gent besproken. Aan de zorgprofessionals werd gevraagd hoe de samenwerking er uit ziet en hoe ze die ervaren. Over het algemeen zijn de zorgprofessionals het eens over de vlotte doorverwijzing naar de spoedgevallendienst. Spoedartsen geven aan dat huisartsen terecht verwijzen en een deel van de zorgvragen buiten kantooruren overnemen. Vanuit de spoeddiensten worden opname- en ontslagbrieven doorgestuurd naar de huisarts van de patiënt. Het informeren van de huisartsen in de HWP verloopt moeizamer, omdat het strikt gezien niet om hun patiënten gaat. Beide zorgorganisaties geven aan dat ze elkaar informeren. Verder bestaan er geen officiële samenwerkingsvormen tussen de HWP-en en de spoedgevallendiensten.

Om de twee à drie maanden vindt een Gents ziekenhuisoverleg plaats met de voorzitter van de Huisartsenvereniging Gent en de vertegenwoordigers van de verschillende ziekenhuizen.

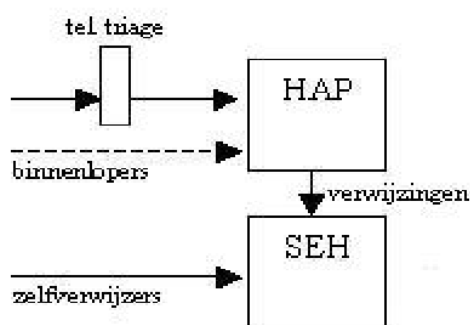
“Maar om te zeggen er zijn echt samenwerkingsverbanden naar triage van patiënten of welke patiënten willen we zien of hoe gaan we systematisch doorsturen. Dat zijn wel de geëigende wegen meer maar die formele afspraken zijn niet zo duidelijk.” (Spoedarts)

“Ik vind dat daar weinig samenwerking is, af en toe gebeurt het eens dat ze ééntje terugsturen naar hier maar dat zal een zeldzaamheid zijn. Hetgeen ik doe als ik iemand doorstuur bel ik altijd en geef ik een verwijsbrief mee en zorg ik dat het geweten is dat ik iemand van de HWP zal doorsturen.” (huisarts)

Huisartsen geven aan dat er een eenrichtingsverkeer heerst. Zij sturen patiënten door naar de spoedgevallendienst, maar omgekeerd gebeurt dit zelden tot nooit. Echter op drukke momenten worden patiënten met laagurgente klachten doorgestuurd naar de huisarts of HWP. Huisartsen geven aan dat hier geen eenduidigheid in bestaat en dit afhankelijk is van de arts die aanwezig is op de spoedafdeling. Dit zorgt voor verwarring bij patiënten. Indien patiënten weggestuurd worden van de spoedgevallendienst naar de huisarts of HWP om de kwaliteit te bevorderen, vinden huisartsen dat dit systeem consequent toegepast moet worden zoals blijkt uit onderstaand citaat.

“Ja die verstaan dat natuurlijk niet, als dat een systeem zou zijn omdat dat de kwaliteit bevordert dan moet je dat altijd doen, of dat het nu druk is of niet je moet dat gewoon doen. Dus de patiënten die dan soms weggestuurd worden, die verstaan dat ook niet waarom ze die keer weer moesten weggaan.” (huisarts)

Besluitend kan worden gesteld dat de samenwerking tussen de spoedgevallendiensten en de HWP-en in Gent te vergelijken is met model 1 dat besproken werd in de literatuur (zie 1.2.1). Er bestaat geen samenwerking tussen de HWP-en en de spoedgevallendiensten en beide organisaties staan los van elkaar. Enkel reguliere, medische inhoudelijke besprekingen en verwijzingen vinden plaats (zie figuur 5) (Vermue, Giesen & Huibers, 2007).



Figuur 5: Model 1 geen verregaande samenwerking (Vermue et al., 2007)

4.1.1.2 Integratie HWP en spoed

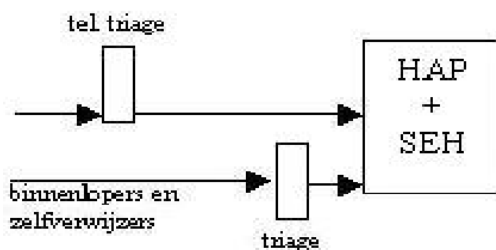
Momenteel gaat de samenwerking tussen de HWP-en en de spoedgevallendiensten in Gent niet verder dan het uitwisselen van informatie. De HWP Kliniekstraat is gelegen naast de campus Sint-Jozef van het ziekenhuis Maria Middelaars. Momenteel is daar geen spoedafdeling meer aanwezig. Bij de opstart van de HWP beschikte het ziekenhuis wel nog over een spoedafdeling. Er waren geen samenwerkingsovereenkomsten en elke zorgaanbieder had een aparte ingang. De twee voorzieningen voor acute zorg werkten onafhankelijk van elkaar. Zowel huisartsen als spoedartsen geven aan dat een gedeelde locatie op zich geen voordelen met zich meebrengt zolang de patiënt zelf bepaalt waar hij zich aanmeldt. Zo blijkt uit onderstaand citaat dat het delen van een locatie geen verschil maakt in kwaliteit van zorg en geen invloed heeft op de keuze van de zorgvrager.

“Ik denk niet dat dat een goed systeem is. Ik denk dat je één ingang moet hebben en dan zeggen jij gaat naar links, jij gaat naar rechts. En op één site dat is veel rationeler in inzet van mensen, in middelen en zo voort en met de mogelijkheid om te zeggen oei zou je niet beter naar de ander gaan, we gaan u overbrengen. Dat is perfect, dat lijkt mij een veel beter systeem.”(spoedarts)

In de interviews werd telkens gepeild naar de mening van de zorgprofessionals over een integratie van de HWP met de spoedgevallendienst waar één aanmeldingsloket is voor

alle acute zorg buiten kantooruren. In de quote hierboven wordt zo'n model besproken. Alle binnenlopers en zelfverwijzers worden getrieerd vanuit het aanmeldingsloket en doorverwezen naar de SEH of HWP. Hierbij neemt de huisarts de rol van poortwachter niet op. Dit model wordt weergegeven in figuur 6.

“Ik denk dat men moet triëren aan een ingang voor je in een gezondheidszorgsysteem stapt. Of dat dan een telefonische triage of een fysieke triage is dat is nog wat anders. Maar ik denk dat je daar moet triëren en dat je van daar naar de ene kant of naar de andere kant gaat, of naar huisarts of naar spoed, dat er ergens een opvang moet zijn voor onverwachte zaken dat staat buiten discussie.” (spoedarts)



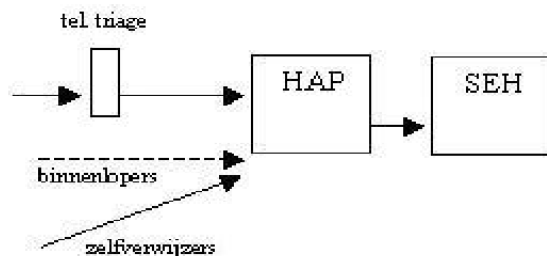
Figuur 6: HAP en SEH geïntegreerd

Een ander model dat wordt aangehaald door de zorgprofessionals is een systeem waarbij de HWP de voorpoort vormt van de spoedgevallendienst. Hierbij nemen huisartsen de rol van poortwachter op zich en dienen alle patiënten eerst te passeren langs de HWP (zie figuur 7).

“De huisartsenwachtpost eigenlijk zou het een beetje geëchelonneerd moeten zijn. De HWP ziet patiënten eerst en beslist of het nodig is om naar de spoeddienst te gaan tenzij patiënten die levensbedreigende zorg nodig hebben die komen rechtstreeks naar hier.” (spoedarts)

“Eigenlijk is het zo dat het verschil zou moeten zijn dat zelfverwijzers bij ons welkom zijn en op spoed niet zodat wij eigenlijk zouden kunnen zien wie van die

zelfverwijzers eigenlijk thuishoort in het ziekenhuis en wie er voor het ziekenhuis in de HWP zou moeten gezien zijn.” (huisarts)



Figuur 7: HAP als voorportaal van de SEH

Uit de citaten wordt afgeleid dat zorgprofessionals in Gent nadenken over een integratie van HWP-en en spoedgevallendiensten. Over hoe men dit concreet kan realiseren, bestaat nog geen duidelijkheid. De meningen van de zorgprofessionals zijn enigszins verdeeld. Sommige zorgprofessionals opteren om naast iedere spoedgevallendienst een wachtpost te plaatsen. Andere zorgprofessionals zijn van mening dat twee spoedgevallendiensten met daarbij een HWP voldoende is voor de Gentse populatie. Dit impliceert dat er twee spoedgevallendiensten en één HWP moeten sluiten. Dit wordt door een huisarts aangegeven in onderstaand citaat.

“... in Gent vier ziekenhuizen dat is veel dat is eigenlijk te veel. Idealiter kom je in Gent met twee ziekenhuizen en twee wachtposten.” (huisarts)

Sommige zorgprofessionals beschouwen niet enkel het centrum van Gent, maar ook de rand van Gent. Vanuit deze visie breidt de regio zich dus uit en neemt de populatie, die beroep kan doen op eenzelfde wachtpost, toe. Zie onderstaand citaat.

“Er is misschien ook een oplossing om het minder in Gent te bekijken maar eerder naar de periferie van Gent te kijken. Als je puur naar Gent kijkt is het misschien niet zo logisch dat er vier ziekenhuizen zijn en is het misschien ook

niet zo logisch dat er drie HWP-en waren. Maar stel nu dat je meer de blik naar buiten werpt en zegt laat die HWP van het zuiden van gent ook meedoen, van zwijnaarde bijvoorbeeld, en laat die daar ook een deel van draineren. Misschien is dat wel een ander plaatje op die manier.” (spoedverpleegkundige)

4.1.1.3 Voordelen samenwerking

Een integratie van een HWP met een spoedgevallendienst biedt volgens zorgprofessionals tal van voordelen, zoals blijkt uit onderstaand citaat. Ziekenhuizen beschikken over kennis die niet aanwezig is in HWP-en zoals het onderhouden van gebouwen, het aankopen van voorraden... Bij een integratie kan kennis over praktische organisatie uitgewisseld worden. Daarnaast impliceert een integratie dat de patiënt niet meer voor de keuze komt te staan waar hij zich aanmeldt. Hierdoor wordt het oneigenlijk gebruik gereduceerd. De twee disciplines werken naast en met elkaar. Hierdoor kan ervaring en expertise gedeeld worden. Wat ook vaak wordt aangegeven als belangrijk voordeel is *cost sharing*. Het delen van gebouwen, ruimtes en personeelskosten alsook voorraden samen bestellen zorgen ervoor dat samenwerken kostenbesparend is. Het triëren van patiënten heeft als gevolg dat er op de spoedgevallendienst meer patiënten terechtkomen met hoogurgente of complexe problematiek waardoor personeel op de spoedgevallendienst zich meer gewaardeerd voelt. Hierdoor neemt de werkvreugde toe. Huisartsen geven aan dat een bijkomend voordeel het gebruik van technische faciliteiten kan zijn.

“Dat zij op een aantal vlakken knowhow hebben die wij minder hebben. Wat ook een belangrijk voordeel is dat je aan cost sharing doet, je gaat in groep aankopen doen wat wel interessant is. Wat ook cost sharing is, is dat er in een ziekenhuis in het weekend veel leegstaat die kan gebruikt worden door ons en omgekeerd onze gebouwen ook vaak leegstaan. En ons voordeel als huisarts is dat we op dat moment van de technische faciliteiten van het ziekenhuis kunnen gebruik maken om meer zaken in eerstelijns af te werken.” (huisarts)

“Dat is de enige manier om “oneigenlijk gebruik” op spoed af te remmen.” (spoedarts)

4.1.1.4 Nadelen samenwerking

Een potentieel nadeel van een intensieve samenwerking kan zijn dat onzekere artsen mogelijks meer doorverwijzen om fouten te vermijden. In onderstaand citaat wordt aangegeven dat huisartsen vrezen dat hun identiteit verloren gaat.

“Het heeft ook nadelen natuurlijk; de grens tussen ziekenhuizen en huisarts wordt wat minder duidelijk, ze verliezen wat hun eigen identiteit op die manier, dat is waar. Op die manier zou ook een huisarts een beetje kleur bekennen voor een ziekenhuis want ja als je huisarts of de HWP aan Jan Palfijn hangt dan ga je uw patiënt niet naar UZ gent sturen denk ik.”(spoedverpleegkundige)

Zorgprofessionals geven aan dat er wel degelijk nadelen verbonden zijn aan een integratie van de HWP en de spoedgevallendienst, maar deze wegen niet op tegen de voordelen.

“Ik geloof er wel in dat dat de efficiëntie zodanig ten goede komt en de kostenbesparing ook zodanig ten goede komt dat je de negatieve zaken erbij moet nemen, er gaan hoe dan ook een aantal nadelen daarvan zijn.” (huisarts)

Besluitend kan worden gesteld dat er onenigheid bestaat tussen de zorgprofessionals over de samenwerkingvorm en de organisatie, maar iedereen is het erover eens dat de HWP en de SEH intensiever moeten samenwerken. Daarnaast is het invoeren van triage noodzakelijk om zorg op het juiste moment en op de juiste plaats aan te bieden.

“Het is op voorhand dat je moet weten of iets belangrijk is of niet. Dus je moet triëren aan de ingang voor een patiënt binnenkomt en dan is het opgelost. Dan weet je is iets dringend, is iets niet dringend, en als je dan die twee systemen nog op dezelfde site hebt dan kan je terug verwijzen ook.” (spoedarts)

4.1.1.5 Bepalende determinanten in de keuze tussen de HWP en de SEH

Verschillende factoren beïnvloeden de keuze voor de HWP of SEH (zie supra). Hieronder volgt een opeenvolging van determinanten die volgens zorgprofessionals invloed hebben op die keuze.

Eerst en vooral geven zorgprofessionals aan dat patiënten moeite hebben met het inschatten van de urgentie van klachten. Patiënten percipiëren hun klacht frequent ten onrechte als dringend waardoor ze veelal de spoedgevallendiensten raadplegen. Omgekeerd is het ook mogelijk dat patiënten hun klacht als te banaal achten.

“Ik denk ten eerste kun je het de patiënt niet altijd kwalijk nemen. Ik denk dat het voor de patiënt niet altijd zo duidelijk is met welke pathologie hij naar de huisarts moet en welke pathologie hij rechtstreeks naar de spoeddienst moet. We zien het ook in de omgekeerde beweging, een patiënt die met een infarct eerst naar zijn huisarts gaat terwijl dat hij er alle baat bij zou hebben om onmiddellijk naar de spoeddienst te gaan.” (spoedarts)

“Dat is afhankelijk van de inschatting van de patiënt. Voor ons inschatting is dat niet dringend maar voor hun beleving kan dat wel dringend zijn.” (huisarts)

In België hebben patiënten een vrije keuze van arts en zorginstelling. Deze vrije keuze wordt gewaarborgd door de patiëntenrechtenwet. Dit betekent dat elke patiënt kan beslissen om met zijn probleem rechtstreeks naar de specialist te gaan. Patiënten worden wel aangemoedigd om eerst hun huisarts te contacteren. Zorgprofessionals geven aan dat de vrije keuze van de patiënt mede aan de oorzaak ligt van het oneigenlijk gebruik op de spoedgevallendienst. Zoals hierboven vermeld, schatten patiënten hun klachten vaak verkeerd in. Dit beïnvloedt de keuze van de patiënt. De keuzevrijheid van de patiënt kan volgens sommige zorgprofessionals leiden tot *medical shopping*. Om *medical shopping* en oneigenlijk gebruik tegen te gaan, stellen zorgprofessionals voor om de vrije keuze van de patiënt te beperken. Dit kan zowel door de huisarts als poortwachter aan te stellen of een gemeenschappelijk triagesysteem in te voeren.

“Nu ligt het initiatief daarbij volledig bij de patiënt waardoor dat het ook de interpretatie van de patiënt is die telt waardoor het ook vaak misgaat.”
(huisarts)

“We merken dat ook, er is heel wat ‘medical shopping’. De patiënt heeft het recht om te gaan waar en naar wie hij wil. (...) Dan is in dit systeem, denk ik, een belangrijk rol weggelegd voor de huisarts als centrale persoon binnen ons gezondheidszorgsysteem.” (spoedarts)

In de literatuurstudie van deze masterproef wordt beschreven dat de financiële toegankelijkheid een belangrijke determinant is in de keuze voor de spoedgevallendienst of de HWP. De perceptie dat zorg op de spoedgevallendienst gratis is en de objectieve factor “niet onmiddellijk moeten betalen” dragen bij tot de keuze voor de spoedgevallendienst. Deze bevindingen worden ondersteund door verschillende zorgprofessionals. De literatuur pleit voor het financieel toegankelijker maken van HWP-en door eventueel gebruik te maken van het derdebetalersysteem of factuur. Dit wordt langzamerhand geïntroduceerd bij huisartsen en HWP-en.

“De financiële drempel is dat ze op spoedopname niet onmiddellijk moeten betalen terwijl er op een wachtpost in Gent het gewone bedrag wordt gevraagd. Er is geen derdebetalers regeling a priori.” (huisarts)

Naast de financiële drempel vormt kennis over eerstelijnsvoorzieningen vaak ook een barrière. Zijn patiënten op de hoogte van het bestaan van de HWP en weten zij met welke problemen ze zich tot de HWP kunnen richten? Zorgprofessionals geven aan dat er vaak een kennistekort heerst over het gebruik en het bestaan van de HWP. Daarnaast merken huisartsen op dat indien patiënten eenmaal bekend zijn met het concept HWP zij tevreden zijn over deze vorm van hulpverlening en dus makkelijker de weg er naartoe vinden.

“Nog een drempel is de kennis van het bestaan. Mensen kennen de spoedopnamen maar kennen a priori niet de HWP omdat dat in België heel heterogeen geïmplementeerd is terwijl een spoedopname nagenoeg iedereen kent een spoedopname.” (huisarts)

“Je ziet hoe meer mensen gebruik maken van dat nieuwere systeem dat ze dan vlotter naar de wachtpost gaan.” (huisarts)

Het al dan niet hebben van een eigen huisarts speelt volgens zorgprofessionals ook een rol in de keuze voor de spoedgevallendienst. Vanuit de spoedgevallendienst wordt aangegeven dat ze alle patiënten in een huisartsentraject willen krijgen. Op deze manier willen zorgprofessionals patiënten en vooral zelfverwijzers in de richting van de huisarts sturen. Zorgprofessionals geven ook aan dat het concept huisarts minder gekend is bij mensen van allochtone origine. Vaak speelt ook de taalbarrière een rol in de keuze voor de spoedgevallendienst. Patiënten veronderstellen dat op de spoedgevallendienst meer talenkennis heerst.

“Daarnaast is er nog een hele groep van mensen die niet zelf een huisarts hebben en die het concept huisarts niet kennen en die dus ook niet bij een probleem naar een huisarts consultatie gaan. Dat zijn vaak mensen van allochtone origine die in hun land van herkomst het concept huisarts niet altijd kennen. Voor veel mensen speelt ook de taalbarrière een rol. Mensen denken dat in het ziekenhuis dat daar een grotere groep van mensen is die hun ontvangen en gaan er van uit dat er altijd wel iemand zal zijn die hun taal kent.” (huisarts)

De perceptie van wachttijden speelt ook een rol in de keuze voor de spoedgevallendienst. Patiënten denken vaak ten onrechte dat ze vlugger geholpen worden op de spoedgevallendienst.

“Ze denken spoed daar wordt ik direct geholpen.” (huisarts)

“En een andere reden is, er is nogal wat misvatting dat patiënten vaak denken op spoeddiensten het gaat daar snel of het gaat daar sneller.” (spoedarts)

Zorgprofessionals merken dat patiënten alsmaar mondiger, ongeduldiger en veeleisender worden. Dit draagt bij tot het consumptiepatroon van de mens op vlak van gezondheidszorg. Patiënten willen hier en nu onmiddellijk geholpen worden. Ook drukke agenda's zorgen ervoor dat patiënten vaker beroep doen op de spoeddienst.

“En dan nog een kleine groep van zelfstandigen die buiten de uren de spoed consulteren omdat ze geen tijd hebben om in de week naar de huisarts te gaan.” (spoedarts)

“Mensen zijn zodanig snel ongerust, willen zodanig snel een antwoord en dat is dan vooral vanuit hun perspectief en veel minder vanuit het perspectief van de arts dat zij vinden dat dat niet meer kan wachten tot na het weekend.” (huisarts)

Ten slotte speelt het gebruik van technisch onderzoek en de perceptie dat spoed gelijk staat aan specialistische hulp een belangrijke rol in de keuze voor de spoedgevallendienst. De perceptie van patiënten dat zij op de spoedafdeling vlugger een technisch onderzoek kunnen ondergaan en meer specialistisch hulp aangeboden krijgen, speelt volgens zorgprofessionals een grote rol. Hierbij wordt aangegeven dat patiënten meer vertrouwen lijken te hebben in specialisten dan in huisartsen.

“Of degene die denken van de huisarts gaat mij niet kunnen helpen en ik ga maar rechtstreeks naar de spoed gaan.” (huisarts)

“Patiënten denken we gaan nood hebben aan technische onderzoeken die inderdaad op spoeddiensten wel makkelijker voorhanden zijn.” (spoedarts)

4.1.1.6 Oplossingen voor oneigenlijk gebruik van spoedgevallendiensten

Zorgprofessionals gaven eerder al aan dat een verregaande samenwerking een oplossing kan bieden voor het oneigenlijk gebruik. Daarnaast wordt aangegeven dat het sensibiliseren en het informeren van de bevolking een belangrijk onderdeel vormt om het oneigenlijk gebruik aan te pakken. Op deze manier wensen zorgprofessionals een gedragsverandering en mentaliteitswijziging te realiseren.

“Dat zal ook een mentaliteitswijziging bij de mensen moeten teweegbrengen en die mentaliteitswijziging zal vooral een verduidelijking moeten geven voor wanneer ga je waar naartoe voor welk probleem.” (huisarts)

Het innen van een persoonlijke bijdrage bij oneigenlijk gebruik heeft volgens zorgprofessionals geen effect op de keuze van de zorgvrager. Deze maatregel heeft enkel tot gevolg dat de arme populatie beperkt wordt in zijn zorgkeuze.

“Heel het systeem van als het onnodig was, moet je extra rekenen dan mocht je een forfait vragen. Dat is gewoon idioot. Het enige dat we daarbij geleerd hebben dat is dat de mensen die geen geld hebben en ernstige zaken hadden dat die niet meer durfden naar het ziekenhuis komen. En al deze die wel geld hebben en een ernstig of niet ernstig probleem hadden die bleven naar het ziekenhuis komen.” (spoedarts)

4.1.2 Antwerpen

In Antwerpen zijn er vier HWP-en waarvan de HWP Antwerpen Noord in co-locatie ligt met de spoedafdeling van het ZNA Jan Palfijn. Deze organisatiestructuur werd daarom nader bestudeerd. Enkele zorgprofessionals waaronder 4 huisartsen, 1 spoedarts en 1 manager van de HWP werden geïnterviewd omtrent de samenwerking. De wachtpost is open tijdens het weekend van vrijdagavond 19 uur tot maandagochtend 7 uur en op officiële feestdagen vanaf de avond voor de feestdag 19 uur tot de ochtend na de feestdag 7 uur. De HWP Antwerpen Noord verleent zorg tijdens de wachturen voor de inwoners van Antwerpen-Luchtbal, Berendrecht-Zandvliet-Lillo, Merksem, Ekeren, Schoten en Stabroek-Hoevenen.

4.1.2.1 Samenwerking HWP en spoedgevallendienst

De HWP Antwerpen Noord bevindt zich naast de spoedgevallendienst, maar beide zorgaanbieders hebben een aparte ingang. Er bestaat een samenwerkingsovereenkomst tussen de HWP en de spoedgevallendienst (zie bijlage 3). Deze samenwerkingsovereenkomst heeft tot doel om beide structuren op elkaar af te stemmen. Hierbij blijven de zorgaanbieders als onafhankelijke afzonderlijke entiteiten bestaan en wordt de vrije keuze van de patiënt op geen enkel moment ondermijnd. De quote hieronder beschrijft de onafhankelijkheid van beide settings.

“Het zijn echt twee aparte zaken, zo geen tussendeur of iets. Met de artsen hebben wij geen contact tenzij je iemand doorstuurt dan bel je even om het uit te leggen en maken we een brief, maar qua samenwerking ik weet nu niet moet dat meer contact zijn of niet, het is niet dat er zo overleg is dat niet. Het kan misschien nog wel beter.” (huisarts)

Ook in deze casus melden huisartsen dat de doorverwijzingen steeds in één richting gaan. Patiënten worden van de HWP doorverwezen naar de spoedafdeling, maar niet

omgekeerd. Af en toe worden patiënten toch weggestuurd van de spoeddienst, veelal op drukke momenten. Ditzelfde fenomeen kwam voor in de casus hierboven.

Huisartsen zijn niet verplicht om patiënten door te sturen naar de spoedafdeling van het ZNA Jan Palfijn. De patiënt blijft zijn vrije keuze behouden. In praktijk gebeurt het echter zelden dat patiënten een andere spoedafdeling raadplegen.

“Het is wel zo dat ze vanuit de spoed niet naar ons mogen doorverwijzen dat is een heel duidelijke afspraak. Wij mogen wel naar hen verwijzen maar zij mogen niet terug naar ons verwijzen. Er zijn zo een aantal verpleegkundigen die dat soms wel doen, die zeggen van er is hiernaast een wachtpost ga daar eerst langs, maar het mag niet.” (huisarts)

Zoals vermeldt in onderstaande quote zijn zorgprofessionals van mening dat de ligging van de HWP geen invloed heeft op de keuze van de patiënt. Daarnaast wordt aangegeven dat beide zorgaanbieders niet samenwerken, maar naast elkaar werken.

“...naar mijn gevoel maakt het geen verschil of de wachtpost nu al dan niet naast de spoed is gelegen als de patiënt niet eerst in de wachtpost moet passeren dan kiest hij.” (huisarts)

“We zien ook elk jaar dat er grotere en grotere aantallen patiënten binnenkomen ondanks bij ons bijvoorbeeld het feit van het bestaan van die huisartsenwachtpost. Dat heeft geen enkele invloed op dat aantal patiënten.” (spoedarts)

Er wordt vastgesteld dat de samenwerking hier weinig verschilt met de casus Gent ondanks de co-locatie. De twee ketenpartners liggen fysiek naast elkaar, maar verder zijn er geen afspraken rond triage of bestaat er geen gemeenschappelijk aanmeldingsloket. Hieronder volgt een bespreking van de voor- en nadelen van de co-locatie.

4.1.2.2 Voordelen co-locatie

Als meerwaarde van de co-locatie geven huisartsen aan dat patiënten snel kunnen doorverwezen worden. De patiënt verliest geen tijd met eerst langs de wachtpost of huisarts te passeren. Huisartsen geven ook aan dat de co-locatie op zich er voor kan zorgen dat patiënten makkelijker kiezen voor de HWP. Dit omwille van het feit dat ze bij aankomst geconfronteerd worden met beide ketenpartners. Het is voor huisartsen ook eenvoudiger om bloed af te nemen en foto's te maken. Daarnaast geeft het een veilig gevoel voor de huisartsen. Voor de spoedafdeling heeft de samenwerking weinig voordelen.

“Ja een meerwaarde meer op basis van snelle doorverwijzingen, foto's, bloedopnames ja dat wel en het is ook wel een veilig gevoel hé.”(huisarts)

De co-locatie heeft voor de patiënt als voordeel hij bij doorverwijzing van de HWP naar de spoedafdeling in een interne wachtzaal terecht komt. Van hieruit zullen deze patiënten sneller gezien worden door een spoedarts en indien nodig een specialist van toepassing contacteren.

4.1.2.3 Nadelen co-locatie

Naast de voordelen die een co-locatie met zich meebrengt, geven zorgprofessionals aan dat er ook nadelen mee gepaard gaan. Zoals hieronder aangegeven willen huisartsen hun onafhankelijke positie niet verliezen.

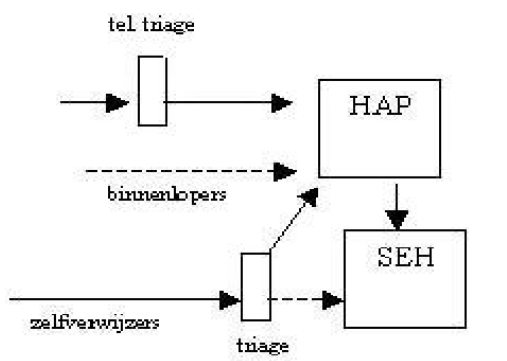
“Ik vind wel dat dat een verkeerd beeld kan geven aan patiënten omdat die denken dat ze niet anders mogen dan naar Jan Palfijn gaan en dat vind ik niet juist want wij zijn onafhankelijk.”(huisarts)

Daarnaast geven huisartsen aan dat patiënten meer technische onderzoeken verwachten omdat de wachtpost naast het ziekenhuis gelegen is.

Over het algemeen zijn de zorgprofessionals tevreden over de samenwerking. Het zou volgens sommigen nog beter kunnen door op één van de twee plaatsen een triagesysteem te organiseren. Van hieruit worden patiënten getrieerd ofwel naar de spoedafdeling ofwel naar de HWP. In de eerste quote wordt voorgesteld om te triëren op de HWP waarbij de huisarts de rol van poortwachter op zich neemt. Dit model wordt weergegeven in figuur 7. In de tweede quote stelt men voor om te triëren op de spoedafdeling en van daaruit te verwijzen naar de HWP (zie figuur 8).

“Goh hetgeen dat beter zou zijn, is dat wij echte triage doen zodat de mensen niet meer de keuze hebben tussen de HWP en de spoed maar altijd eerst langs de HWP moeten passeren.”(huisarts)

“Dus ik denk dat er daar nog wel werk is dat kan gebeuren, dat er toch een soort van triage is op spoed dat ze zeggen van dat is huisartsenpathologie dus ga eerst bij de huisarts.”(huisarts)



Figuur 8: Triage op SEH en doorverwijzing HAP

4.1.2.4 Knelpunten

Zorgprofessionals zijn het nog oneens over hoe de triage precies moet gebeuren, maar ze zijn het er allen unaniem over eens dat er op één van beide settings getrieerd moet

worden. In de quote hieronder geeft de manager van de HWP aan dat zij een intensievere samenwerking wil bereiken met een triagesysteem. Er bestaan echter nog heel wat knelpunten alvorens men tot dergelijk triagesysteem kan komen. De manager van de HWP geeft aan dat vooral het financieringsmechanisme van ziekenhuizen een drempel vormt voor een intensievere samenwerking. Ziekenhuizen generen inkomsten via de spoedafdeling. Patiënten komen vaak langs de spoedafdeling binnen en worden daarna in het ziekenhuis opgenomen. Daarnaast wordt het inkomen van de spoedarts in veel ziekenhuizen mede bepaald door het aantal patiënten die hij heeft behandeld. Ook op de spoedafdeling Jan Palfijn geldt deze regeling. Het lijkt logisch dat bij dergelijk systeem spoedartsen geen patiënten willen verliezen ook al horen ze niet thuis op de spoedafdeling. Anderzijds geven zorgprofessionals aan dat ze op voorhand veelal niet kunnen inschatten of het ernstig is of niet. Daarvoor moet de patiënt onderzocht worden waardoor er een consult op de spoedafdeling is geweest dat moet betaald worden.

“Voor ons idealiter willen we dus naar meer samenwerking en inderdaad naar een triage voor de deur van beiden, maar dat vergt ook een andere financiering van de ziekenhuizen.” (manager HWP)

Vanuit de spoedafdeling is men momenteel niet bereid om de samenwerking intensiever te laten verlopen. Zoals in de quote hieronder wordt aangegeven, willen spoedartsen wel samenwerken, maar geen integratie van HWP en SEH. De spoedartsen zijn eerder voorstander van het tewerkstellen van huisartsen op de spoedgevallendienst of het plaatsen van een HWP in een gebied waar minder mogelijkheden zijn op vlak van zorg.

“Nee samenwerking jawel, maar ik ben niet voor het integreren van omdat dat teveel problemen met zich meebrengt.” (spoedarts)

“Een andere oplossing is dat er een paar huisartsen op de spoedgevallen werken om ons werk lichter te maken, moest dat nodig zijn.” (spoedarts)

Besluitend kan worden gesteld dat de huisartsen een intensievere samenwerking willen realiseren waarbij een belangrijke rol weggelegd is voor de huisarts als poortwachter. Vanuit de spoedafdeling blijkt hiertegen weerstand te zijn waardoor zij verdere samenwerking afhouden.

4.1.2.5 Bepalende determinanten in de keuzen tussen de HWP en de SEH

Zorgprofessionals geven aan dat verschillende factoren aan de oorsprong liggen voor de keuze tussen de HWP en de SEH. Hieronder volgt een analyse van verschillende determinanten.

Ook hier geven zorgprofessionals aan dat patiënten het moeilijk hebben met het inschatten van gezondheidsklachten. In onderstaand citaat wordt aangegeven dat patiënten geen enkele stimulans ervaren om eerst naar de huisarts te gaan. Patiënten hebben vrije keuze van arts waardoor artsen geen patiënten mogen weigeren. Eenmaal een patiënt zich aanmeldt op de spoedafdeling moet die patiënt onderzocht worden.

“Er is ook een vrije keuze van arts en geen enkel incentive om eerst naar de huisarts te gaan of eerst naar de spoed te gaan. Het is willekeurig en sommige klachten lijken voor een patiënt urgenter terwijl dat ze dat meestal niet zijn.”
(huisarts)

Zorgprofessionals stellen voor om de zorgkeuze te professionaliseren. Dit houdt in dat de keuze voor de spoedgevallendienst of de HWP voor de patiënt wordt gemaakt door de zorgprofessional. Aangezien het voor patiënten vaak moeilijk is om de urgentie van de klacht in te schatten, wordt voorgesteld om de huisarts als poortwachter te laten functioneren. In de quote hieronder geeft een spoedarts echter aan dat de vrije keuze van de patiënt nooit mag beperkt worden.

“Ik denk dat je het element van de vrije keuze nooit kunt weglaten nergens op geen enkel gebied.” (spoedarts)

De financiële toegankelijkheid blijkt een belangrijke determinant te zijn in de keuze voor de spoedgevallendienst (zie supra). Net zoals hierboven in de case Gent bevestigen zorgprofessionals hier ook de invloed van de financiële toegankelijkheid van de spoedgevallendienst op de zorgkeuze van de patiënt. Daarnaast geven zorgprofessionals aan dat er vaak een kennistekort heerst over het gebruik en het bestaan van de HWP. Dit kennistekort hangt vaak ook samen met origine en cultuur van patiënten. Zoals aangegeven in onderstaande quote zijn zorgvragers van allochtoon origine vaak niet bekend met het concept huisarts.

“Maar ook een stuk onbekendheid bijvoorbeeld allochtonen kennen het concept huisarts ook niet. Ze proberen dat vanuit de OCMW’s bij mensen zonder papieren te promoten en naar ons te sturen, maar in veel Zuiderse landen en in de Oostbloklanden bestaat dat niet een huisarts daar ga je gewoon naar het ziekenhuis.” (huisarts)

In het citaat hieronder vermeldt een spoedarts dat kennis of gebrek aan kennis geen bepalende determinant is in de keuze.

“Niet algemeen gekend? Bij ons is de lichtreclame van de huisartsenwachtpost ongeveer vier keer zo groot als die van de spoedgevallendienst en die is knalrood en bij ons is het groen dus het staat er veel duidelijker op.” (spoedarts)

Zorgprofessionals geven aan dat de perceptie van wachttijd ook een rol speelt in de keuze voor de spoedgevallendienst of HWP. Zorgvragers percipiëren de wachttijd op de spoeddienst vaak ten onrechte korter. Dit wordt aangegeven in onderstaand citaat. Daarnaast vermelden zorgprofessionals dat zorgvragers de spoeddienst verkiezen vanwege de gemakkelijkheid of omdat er tijdens de week geen plaats is bij de huisarts.

“De spoed heeft natuurlijk het voordeel dat ze het woordje spoed in hun naam hebben en daarom denken mensen dat ze vlugger geholpen worden en niet dat ze daar twee à drie uur moeten wachten.” (huisarts)

Een belangrijke determinant in de keuze voor de spoedgevallendienst is het gebruik van beeldvormende diagnostiek (zie supra). Huisartsen geven aan dat dit vaak een rol speelt bij patiënten in de keuze voor de spoedgevallendienst.

“Dat ze er toch vanuit gaan dat ze daar misschien sneller bloed nemen of mensen die graag foto’s hebben die dan misschien sneller naar daar gaan denk ik.” (huisarts)

4.1.2.6 Oplossingen voor oneigenlijk gebruik van spoedgevallendiensten

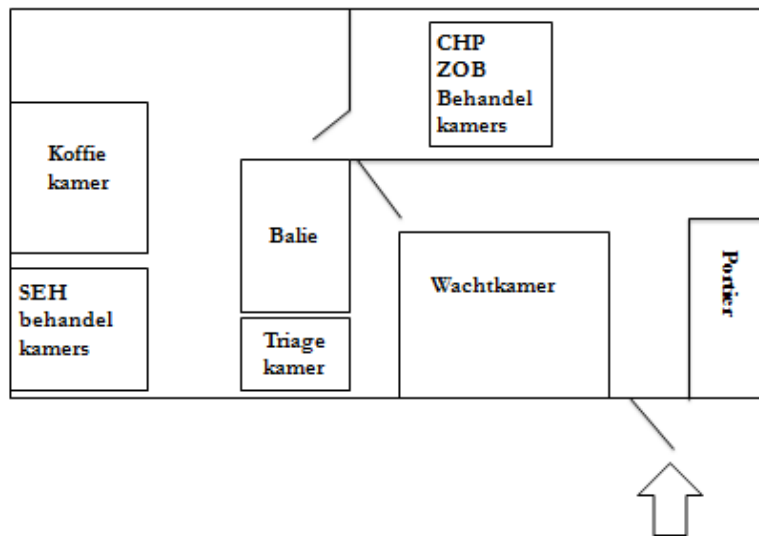
In de literatuur stelt men dat laagurgente problematiek op de HPW thuishoort en hoog urgente problematiek op de spoedgevallendienst. Hierboven werd al besproken dat het voor patiënten niet altijd evident is om in te schatten welke klachten of problemen waar thuishoren. Om het oneigenlijk gebruik tegen te gaan, werd triage voorgesteld. Daarnaast vinden zorgprofessionals het belangrijk dat patiënten voldoende geïnformeerd worden over de organisatie van zorg.

“Dat de mensen heel goed geïnformeerd zijn waar ze voor wat terecht kunnen, dat denk ik is het allerbelangrijkste. Het sensibiliseren van de mensen, maar als er natuurlijk op beleidsniveau nog onenigheid is over wat hoort waar thuis, ja hoe kan de gewone leek dat dan weten dus dat gaat gewoon niet.” (huisarts)

Zorgprofessionals zijn het er over eens dat er op beleidsniveau beslissingen moeten genomen worden over wat waar thuishoort en hoe men dit kan bevorderen. Volgens hen zijn er momenteel te weinig protocollen en standaarden waardoor het voor patiënten onduidelijk is waar zich aan te melden met welke klachten. Overigens vinden zorgprofessionals een sanctie voor oneigenlijk gebruik geen gepaste aanpak.

4.1.3 Eindhoven

In het Catharina ziekenhuis in Eindhoven werken de Centrale Huisartsen Post (CHP) en de spoedeisende hulp sinds 2008 samen in een spoedpost. Het Catharina ziekenhuis is het enige ziekenhuis met een SEH in de stad Eindhoven. De spoedpost biedt 's avonds, 's nachts en in het weekend op één plaats acute huisartsenzorg en acute ziekenhuiszorg.



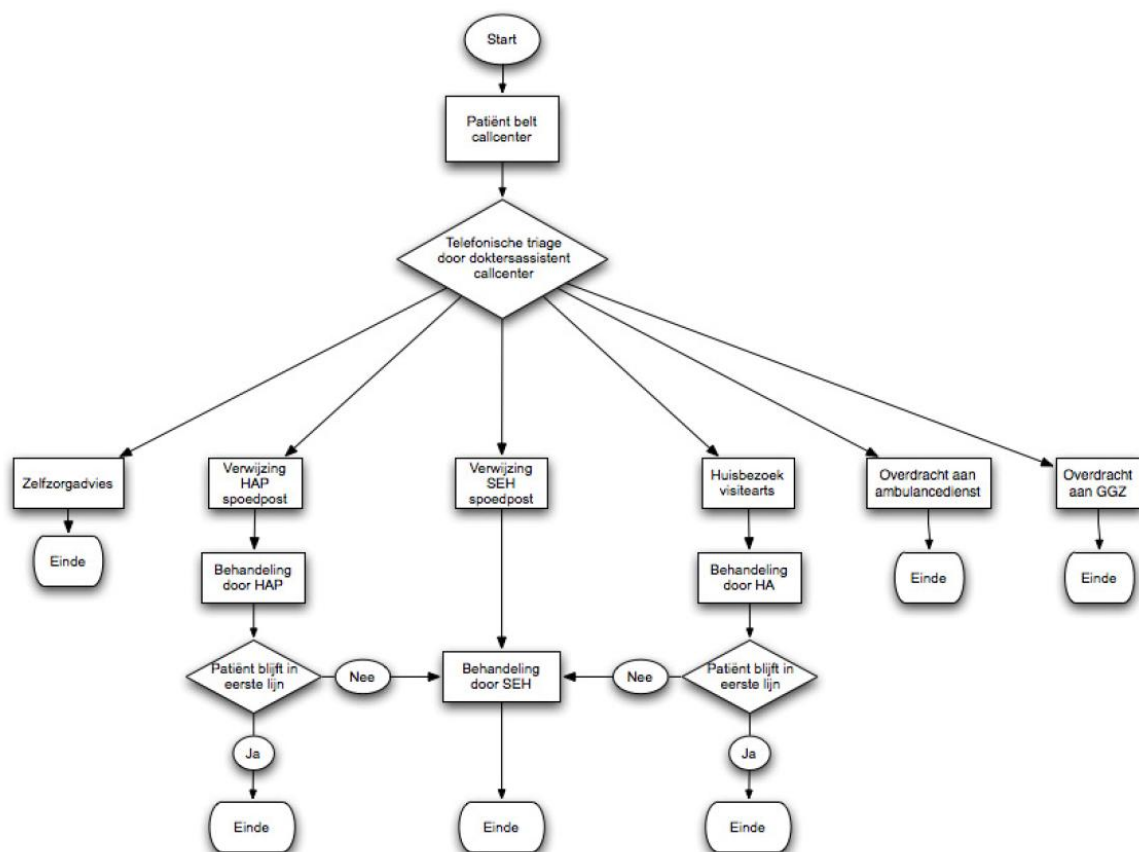
Figuur 9: Plattegrond spoedpost (van Bentum, 2010)

De spoedpost bestaat uit 15 behandelkamers, vier spreek- en onderzoekkamers, twee röntgenkamers en twee triagekamers. Overdag worden de spreek- en onderzoekkamers gebruikt door de medewerkers van de SEH. Na de kantooruren worden deze ruimtes gebruikt voor de medewerkers van de HAP. Er is één balie met drie loketten waar patiënten zich kunnen aanmelden. Aan de linkerkant zit een SEH secretaresse, in het midden de baliemedewerker van de HAP en rechts een doktersassistente van de HAP.

In onderstaand citaat wordt door de manager van de CHP de poortwachterfunctie van de HAP aangetoond. Tijdens avond-, nacht- en weekuren moeten alle patiënten eerst langs de HAP passeren.

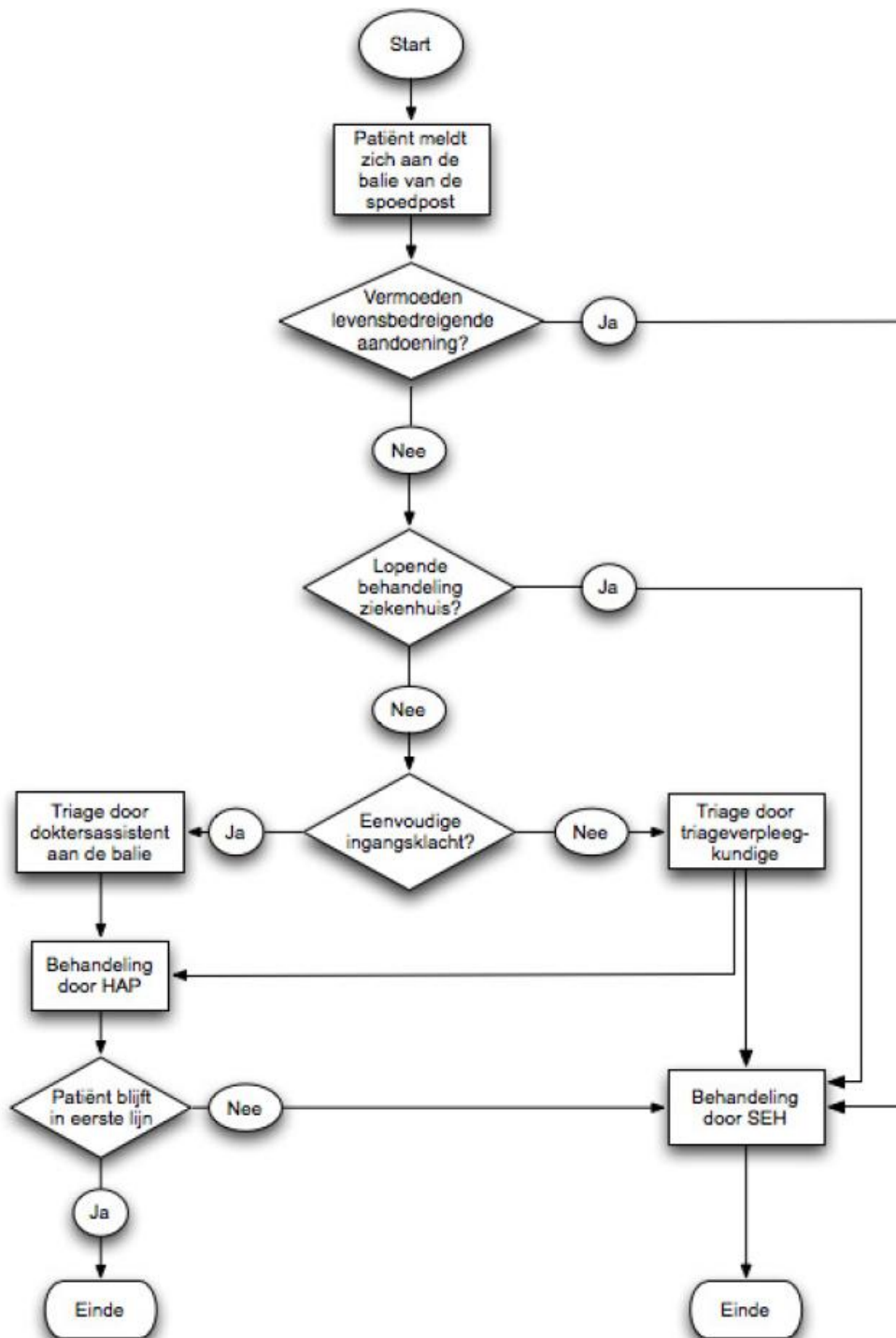
“Daar waar vroeger de patiënt de keuze maakte of ik rijd naar de HAP of ik rijd naar het ziekenhuis is het nu als de patiënt hier komt dan komt hij per definitie bij de eerste zorgaanbieder en dat is altijd iemand van de HAP tijdens de avond-, nacht- en weekenduren. En diegene die professional gaat kijken waar bent u nu het beste mee geholpen.” (manager CHP)

De patiënten dienen liefst vooraf telefonisch contact op te nemen met de spoedpost. Figuur 10 toont een stroomdiagram van het traject van de patiënt die telefonisch contact opneemt met het callcenter van de spoedpost. Eerst en vooral wordt de patiënt telefonisch getrieerd door een doktersassistent van het callcenter. Deze triage gebeurt aan de hand van het Nederlands Triage Systeem. Naargelang de ernst en urgentie van de klacht krijgt de patiënt ofwel zelfzorgadvies, een verwijzing naar de HAP spoedpost, een verwijzing naar de SEH spoedpost, een huisbezoek, overdracht aan ambulancedienst of een overdracht aan de GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg).



Figuur 10: Stroomdiagram callcenter (van Rooij, 2008)

Indien de patiënt niet vooraf telefonisch contact opneemt en rechtstreeks de spoedpost binnenkomt, spreekt men van aanlopers of zelfverwijzers. In figuur 11 wordt het traject van een zelfverwijzer weergegeven. De patiënt komt binnen en meldt zich aan de balie van de spoedpost. Indien er een vermoeden bestaat van een levensbedreigende aandoening of de patiënt heeft een lopende behandeling in het ziekenhuis dan wordt hij onmiddellijk doorgestuurd naar de spoedeisende hulp. Wanneer dit niet het geval is en het gaat over een eenvoudige aanmeldingsklacht dan wordt de patiënt getrieerd door de doktersassistent aan de balie en krijgt hij een behandeling op de HAP. Hierbij kan het zijn dat de patiënt alsnog in de tweede lijn terechtkomt indien de huisarts dit nodig acht. Indien de aanmeldingsklacht ernstig is, gebeurt de triage door de triageverpleegkundige. Daarna wordt de patiënt behandeld op de spoedeisende hulp.



Figuur 11: Stroomdiagram zelfverwijzer/aanloper (van Rooij, 2008)

4.1.3.1 Struikelblokken bij integratie

Het opstarten van de spoedpost werd heel intensief voorbereid, maar toch waren artsen en managers onzeker over hoe het effectief zou lopen. Bij de opstart van het project

waren heel wat struikelblokken. Een eerste struikelblok was dat de twee ketenpartners andere manieren van werken hadden en andere ideeën over de organisatie van urgente zorg. Zoals aangegeven in de quote hieronder had elke zorgverstrekker zijn eigen cultuur en manier van werken. Huisartsen waren bang om hun identiteit te verliezen en vreesden dat ze een onderdeel gingen worden van het ziekenhuis.

“...iedereen had zijn eigen cultuur, moesten leren samenwerken anders leren samenwerken, hier bijvoorbeeld kan ik dan al zeggen we werden geen onderdeel van het ziekenhuis maar zo voelde het soms wel. (...) Waar de huisarts het meeste problemen mee hadden, is van waar blijft onze eigenheid? Onze herkenbaarheid?”(manager CHP)

De huisartsen en spoedartsen kenden elkaars wereld onvoldoende wat in het begin leidde tot irritaties. Het ziekenhuis had geen inzicht in huisartsenzorg en de huisartsen geen inzicht in spoedzorg. Daarnaast zijn er 250 huisartsen aangesloten bij de CHP wat betekent dat er elke dag variatie zit in het team dat aanwezig is. Op de spoedgevallendienst is men gewend om met een vast team te werken dus dat zorgde voor onrust. Alle zorgverstrekkers werden partners en moesten dus leren samenwerken.

“...dat betekent als de huisartsenpost open ging vandaag kwam Pietje, morgen Marietje, overmorgen Jantje. Het huisartsenteam varieert elke dag omdat wij alleen avond nacht en weekend zorg geven...”(manager CHP)

Bij de opstart waren heel wat conflicten. De zorgmanager geeft aan dat ze deze conflicten lieten gebeuren. Ze waren ervan overtuigd dat eenmaal huisartsen en spoedartsen elkaars werking leerden kennen de irritaties en problemen zouden overgaan. Dit was ook zo. Beide settings leerden elkaar kennen en respecteren.

“Nou dat hebben we laten gebeuren, dat deden we eigenlijk omdat we dachten als mensen het gewoon kunnen ervaren, bij elkaar in de keuken kunnen kijken, eens kijken hoe het daar gaat, elkaar op kunnen zoeken, zaken met elkaar

bespreken, patiënten kunnen vervolgen die bij de huisarts komen die worden ingestuurd naar het ziekenhuis, 's avonds nog eens vragen hoe was het met mevrouw Pietersen, hoe is het afgelopen? Had ik het bij het goeie eind? Of hoe erg was het? Nou ja, en zo is dat gaan lopen.”(manager CHP)

4.1.3.2 Voordelen integratie

De spoedpost had bij de opstart de doelstelling om 21 000 zelfverwijzers per jaar om te buigen. Deze doelstelling werd snel behaald. De zorgmanager van de CHP geeft in onderstaande quote aan dat de ombuiging van patiënten van SEH naar HWP één van de belangrijkste voordelen is. Dit resulteerde in meer zorg op de juiste plaats op het juiste moment.

“De belangrijkste voordelen zijn dat je die ombuiging hebt van spoedeisende hulp naar huisartsenpost dus dat er een groot deel. Het lijkt er op dat het effectief is in het ombuigen van de patiënten die onterecht op de spoedeisende hulp kwamen. Dat is een heel belangrijk voordeel.”(manager CHP)

Door deze ombuiging van patiënten kan de spoedgevallendienst ook veel beter en veel meer patiënten behandelen die echt spoedeisende hulp nodig hebben. Anderzijds als het erg druk is op de HAP of op de SEH kan men vragen om patiënten over te nemen.

Als bijkomend voordeel wordt door de zorgmanager aangegeven dat zorg voor patiënten een stuk goedkoper geworden is doordat patiënten vaker behandeld worden door de huisarts. In Nederland hebben patiënten een verplichte zorgverzekering. In deze basisverzekering zit huisartsenzorg inbegrepen waardoor patiënten geen extra rekening ontvangen voor een consult bij de huisarts. Indien een patiënt in het ziekenhuis behandeld wordt dan dekt de basisverzekering dit niet, maar begint het eigen risico van de patiënt te lopen. Iedere zorgvrager die ouder is dan 18 jaar betaalt een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. Het eigen risico is het deel van de zorgkosten dat de patiënt zelf moet betalen.

“Bijkomend voordeel voor ons allemaal eigenlijk gezien de zorgverzekering betekent dat de huisartsenzorg gratis is. Ik weet nu niet hoe dat bij jullie in België is maar bij ons is dat gewoon basiszorg. Iedereen heeft een basisverzekering en daar zit huisartsenzorg gewoon in en patiënten krijgen geen extra rekening, maar als je behandeld wordt in het ziekenhuis dan gaat meteen je eigen risico eraan en dat wordt er gewoon vanaf getrokken dus dan betaal je dat gewoon zelf.” (manager CHP)

4.1.3.3 Nadelen integratie

Voor het ziekenhuis betekende de komst van de spoedpost een verlies van inkomen. Door de ombuiging van SEH naar HAP verloor het ziekenhuis veel patiënten. De zorgmanager geeft toe dat het ziekenhuis hierdoor een beetje weerstand bood. Voor het Catharina ziekenhuis viel het verlies in inkomsten mee want met de komst van de spoedpost werd tegelijkertijd de spoedafdeling van het dichtstbijzijnde ziekenhuis (Diakonessenhuis) gesloten. Dit zorgde ervoor dat patiënten, die voordien naar de spoedafdeling van het Diakonessenhuis gingen nu terecht kwamen op de spoedafdeling van het Catharina ziekenhuis.

“Had natuurlijk ook weer andere gevolgen want het ziekenhuis kwam natuurlijk een beetje in weerstand.”(manager CHP)

De zorgmanager geeft aan dat het verlies in inkomsten er niet voor zorgde dat het ziekenhuis zich verzette tegen de spoedpost, maar men moest wel op zoek naar een alternatieve bron van inkomsten.

“Neen, neen want als je in de harten kijkt van onze ketenpartners dan zijn wij het wel allemaal met elkaar eens dat de patiënt, want dat was het doel, vaker de juiste zorg door de juiste hulpverlener en op het juiste moment en op de juiste locatie kreeg. Daar zijn wij het allemaal over eens en dat geldt zowel voor patiënten binnen de eerste lijn maar ook binnen de tweede lijn.” (manager CHP)

Daarnaast geeft de zorgmanager aan dat de spoedpost een bepaalde aantrekkingskracht heeft voor patiënten vanwege de anonimiteit. Hierdoor wordt de werkdruk bij huisartsen groter.

4.1.3.4 Verbeterpunten

De spoedpost bestaat ondertussen zeven jaar. Ondertussen zou men bepaalde zaken anders aanpakken. De werking van de spoedpost wordt continu geëvalueerd en verbeterd waar nodig. Onder andere de wachtzaal zou men willen hervormen. Ook over de naam 'spoedpost' wordt nagedacht om deze te veranderen. Dit omwille van het feit dat patiënten de spoedpost linken aan het ziekenhuis en patiënten niet weten dat ze op consultatie zijn geweest bij de huisarts.

“Bij de start van de spoedpost was het echt dat we gingen voor volledige integratie. Gaandeweg der jaren hebben we dat wel bijgesteld en hebben we gezegd integratie ja op de onderdelen waar het ook echt heel goed op kan.”
(manager CHP)

Ten slotte werken de SEH en de HAP met twee verschillende informatiesystemen die niet op elkaar afgestemd zijn. Om de samenwerking te bevorderen wil men tot één registratiesysteem komen waar beide ketenpartners in kunnen werken. Daarnaast is het uitwisselen van mensen en materiaal nog niet mogelijk omwille van de gescheiden financiële stromen.

HOOFDSTUK 5: DISCUSSIE, BEPERKINGEN EN AANBEVELINGEN

5.1 Discussie

In het empirisch onderdeel worden de samenwerkingsverbanden bij drie verschillende casussen nader bestudeerd. Hierbij wordt een antwoord geformuleerd op de verschillende onderzoeksvragen. Eerst worden de soorten samenwerkingsverbanden besproken die momenteel bestaan tussen de HWP-en en spoedgevallendiensten in Gent, de HWP Antwerpen Noord en de spoedgevallendienst van het ZNA Jan Palfijn en de spoedpost Catharina. Daarna geven zorgprofessionals aan wat volgens hen het ideale samenwerkingsverband is en worden de voor- en nadelen van een intensieve samenwerking besproken. Ten slotte worden de factoren weergegeven die volgens zorgprofessionals aan de basis liggen voor de keuze tussen de HWP of de SEH.

In Gent bestaan er geen samenwerkingsovereenkomsten tussen de HWP-en en de spoedgevallendiensten van de verschillende ziekenhuizen. Beide organisaties staan los van elkaar. Enkel reguliere, medisch inhoudelijke besprekingen en verwijzingen vinden plaats. Zorgprofessionals geven aan dat de samenwerking tussen de twee ketenpartners tot op heden beperkt is, maar beide zorgpartners zijn bereid om in dialoog te treden met elkaar. Uit de interviews kan worden afgeleid dat er een gunstig klimaat heerst om de samenwerking te optimaliseren en te intensiveren. Het merendeel is ervan overtuigd dat een gedeelde locatie met een triage voor de ingang van de HWP en de spoedgevallendienst een efficiënte organisatie van zorg buiten kantooruren kan tweebrengen. Hoe dit concreet kan gerealiseerd worden met de vier spoedgevallendiensten en de drie HWP-en is nog onduidelijk.

Volgens de literatuur levert een verregaande samenwerking of integratie een win-situatie op voor beide zorgpartners, die kan leiden tot efficiëntere zorg en meer afgestemde zorg voor de patiënt (Giesen et al., 2003). Dit wordt beaamd door de zorgprofessionals. Zij geven aan dat een integratie leidt tot kostenefficiëntie en een toenemende werknemerstevredenheid op de spoedgevallendienst doordat er meer

patiënten met complexe problemen behandeld worden. Daarnaast kunnen huisartsen gebruik maken van technische faciliteiten die aanwezig zijn in het ziekenhuis. De triage voor de ingang van de ketenpartners zorgt er tevens voor dat het oneigenlijk gebruik op de spoedgevallendienst wordt afgeremd. Als potentiële nadelen wordt aangegeven dat onzekere artsen mogelijks meer doorverwijzen om fouten te vermijden en dat huisartsen hun identiteit kunnen verliezen. Volgens Coenen (2009) wegen de nadelen niet op tegen de voordelen. Deze mening wordt gedeeld door de zorgprofessionals.

De tweede casus betreft de HWP Antwerpen Noord die in co-locatie gelegen is met de spoedgevallendienst van het ZNA Jan Palfijn. Deze ketenpartners beschikken over een samenwerkingsovereenkomst. De zorgprofessionals geven aan dat de samenwerking momenteel weinig verschilt met de situatie voor de co-locatie. Uit de analyse van de interviews kan worden afgeleid dat een gedeelde locatie op zich geen intensievere samenwerking met zich meebrengt. Een voordeel is wel dat patiënten snel kunnen doorverwezen worden. Als nadeel geven zorgprofessionals aan dat huisartsen hun onafhankelijke positie niet willen verliezen en dat patiënten meer technische onderzoeken verwachten. De zorgpartners liggen fysiek naast elkaar, maar er is geen triage voor de HWP en de spoedgevallendienst. Volgens zorgprofessionals beïnvloedt de fysieke locatie alleen de keuze van de zorgvrager weinig of niet. De zorgprofessionals zijn het er unaniem over eens dat op één van de settings triage moet plaatsvinden van waaruit patiënten getrieerd worden naar de juiste zorgverlener. Bij de huisartsen heerst de bereidheid om een intensievere samenwerking te realiseren. Vanuit de spoedafdeling is men hiertoe niet bereid.

Bij de derde casus, de spoedpost Catharina in Eindhoven, is de HWP geïntegreerd in de spoedgevallendienst van het ziekenhuis. Buiten de kantooruren dient iedereen eerst langs te gaan op de HWP alvorens men kan doorverwijzen naar de spoedgevallendienst. Enkel patiënten die binnenkomen via de Mug of Ambulance kunnen rechtstreeks binnen op de spoedgevallendienst. De HPW functioneert als poort voor de spoedgevallendienst. Bij de opstart van de spoedpost waren heel wat struikelblokken. Zo werkten beide ketenpartners op verschillende manieren en waren huisartsen bang dat ze hun identiteit gingen verliezen. De ketenpartners kenden elkaars wereld onvoldoende wat leidde tot irritaties. Naarmate de samenwerking vorderde leerden de ketenpartners elkaar kennen

en respecteren. De belangrijkste voordelen zijn de ombuiging van patiënten van SEH naar HAP en de goedkopere zorg voor patiënten. Daarnaast geeft de zorgmanager aan dat beide beroepen van elkaar leren en kennis gedeeld wordt. Voor het ziekenhuis brengt de integratie wel een verlies van inkomsten met zich mee waardoor alternatieve inkomstenbronnen moeten worden gezocht.

Bij de casus Antwerpen Noord ligt de HWP in co-locatie met de spoedgevallendienst van het ziekenhuis ZNA Jan Palfijn. Ondanks deze gedeelde locatie vindt er echter geen intensievere samenwerking plaats dan deze in Gent. In Gent is men bereid om HWP-en te integreren op de spoedgevallendiensten waarbij er triage gebeurt voor de ingang van de zorgorganisaties. Op de spoedpost Catharina delen de HAP en de spoedgevallendienst een locatie. Patiënten worden telefonisch of fysiek getrieerd waarna het vervolgtraject wordt uitgestippeld.

Uit de literatuur kunnen we vaststellen dat er verschillende factoren aan de basis liggen voor het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten tijdens de wachturen. Het oneigenlijk gebruik is te wijten aan sociaal-economische factoren zoals het beschikken over een eigen huisarts. Daarnaast zijn ook organisatorische problemen de oorzaak van het oneigenlijk gebruik, zoals de toegankelijkheid en betalingswijze. De belangrijkste redenen volgens zorgprofessionals zijn:

- De financiële toegankelijkheid van de spoedgevallendienst: op de spoedgevallendienst moet men niet onmiddellijk betalen;
- De vrije keuze van de patiënt voor de zorginstelling of zorgverlener;
- Een gebrek aan kennis over eerstelijnsvoorzieningen;
- Het feit dat patiënten moeilijk de ernst en dringendheid kunnen inschatten van de zorgvraag;
- Het gebruik van technische onderzoeken op de spoedgevallendienst

Daarnaast wordt aangegeven dat allochtone personen vaak het concept huisarts niet kennen waardoor zij opteren voor de spoedgevallendienst.

In de literatuur stelt men dat het oneigenlijk gebruik leidt tot overbevolking van de spoedgevallendiensten. Er is nood aan meer zorg op de juiste plaats. Uit de analyses van de interviews blijkt dat het niet eenvoudig is om een eenduidige definitie te geven van zorg die thuishoort op de spoedgevallendienst en zorg die thuishoort op de HWP. Dit omwille van het feit dat men vooraf vaak niet weet hoe ernstig een aandoening is. Als mogelijke oplossing voor dit probleem stellen zorgprofessionals triage voor. Zowel fysieke als telefonische triage worden als oplossingen naar voren gebracht. Vanuit de literatuur wordt aangegeven dat het beoordelen en classificeren van de klinische prioriteit een positief effect heeft op kosten, doelmatigheid en efficiëntie van de spoedzorg (Huibers et al., 2009). De zorgprofessionals geven aan dat patiënten moeite hebben met kiezen en inschatten van de urgentie. Het professionaliseren van de zorgkeuze wordt voorgesteld als oplossing voor het oneigenlijk gebruik. Hierbij geven huisartsen aan dat zij kunnen optreden als poortwachter. Zorgprofessionals geloven erin dat op deze manier de continuïteit van de zorg gegarandeerd wordt.

Als nadelen geeft men aan dat de urgentie verkeerd kan ingeschat worden en dat de veiligheid van de patiënt in het gedrang kan komen (Boterberg, 2014). Ook voor de zorgprofessionals is de veiligheid van de patiënt de grootste zorg bij triage. Het verkeerd inschatten van een aanmeldingsklacht kan zware gevolgen met zich meebrengen. Een andere bezorgdheid van de zorgprofessionals is het feit dat triëren nog niet medico-legaal geregeld is.

In de casus Eindhoven waar de spoedpost Catharina geanalyseerd wordt, leidt de integratie van SEH en HAP tot een verschuiving van patiënten. Patiënten die onterecht op de SEH terecht kwamen, worden nu opgevangen door de HAP. Dit komt overeen met wat wordt vastgesteld in de literatuur. In een onderzoek van Kool et al. (2008) wordt een verschuiving van spoedeisende zorg van tweedelijns naar eerstelijns vastgesteld van meer dan 15% vastgesteld.

Overigens geven zorgprofessionals aan dat mensen beter geïnformeerd en gesensibiliseerd moeten worden over de organisatie van de zorg om zo een gedragsverandering te stimuleren. Zorgprofessionals zijn het er unaniem over eens dat het vragen van een forfaitaire persoonlijke bijdrage bij oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst geen effect heeft op de keuze van de zorgvrager.

5.2 Beperkingen

Deze masterproef kent enkele beperkingen waarmee de lezer men rekening dient te houden.

Het rekruteren van de geïnterviewden gebeurde aan de hand van *convenience sampling*. Op de HWP Antwerpen Noord heeft de manager van de HWP alle huisartsen gemaïld met de vraag of ze aan het interview wilden meewerken. Ook in Gent was dit het geval. Voor meer betrouwbare data zouden alle respondenten at random gekozen moeten worden.

De interviews hadden tot doel om inzicht te krijgen in het functioneren van de zorgorganisaties. Van de 15 interviews die werden afgenomen, zijn er slechts vijf met zorgprofessionals van de spoedgevallendienst. Dit komt door de lage bereidheid en respons van spoedartsen en spoedverpleegkundigen op de vraag tot medewerking. Hierdoor is de verdeling van het aantal huisartsen en spoedartsen dat werd geïnterviewd ongelijk. Daarnaast werden geen observaties gehouden op de spoedgevallendiensten. Bij de derde casus over de spoedpost Catharina werd enkel de manager van de CHP geïnterviewd. Van de kant van de spoedgevallendienst werd niemand geïnterviewd. Dit kan een vertekend beeld geven van de organisatie.

Door de verschillen in gezondheidszorgsystemen en financieringsstructuren is het moeilijk een vergelijking te maken tussen Nederland en België.

5.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Voor toekomstig onderzoek wordt aangeraden om meerdere HWP-en en spoedgevallendiensten te bestuderen en te vergelijken. Dit om een breder beeld te hebben van de samenwerking tussen HWP-en en spoedgevallendiensten.

Een vergelijking met de samenwerking in Nederland is zeker interessant, maar een uitgebreidere dataverzameling is vereist. Daarnaast zou het interessant zijn om de samenwerking met andere ketenpartners te analyseren, zoals ambulancezorg, MUG,... In deze studie werd de invloed van het financieringssysteem van acute zorg op de samenwerking niet nagegaan. Dit kan een belangrijke factor zijn in de keuze voor het wel of niet integreren van een HWP met een SEH.

HOOFDSTUK 6: CONCLUSIE

Concluderend kan gesteld worden dat er in Gent momenteel geen samenwerkingsverbanden bestaan tussen HWP-en en spoedgevallendiensten. Zorgprofessionals willen in de nabije toekomst wel een intensievere samenwerking realiseren. De HWP Antwerpen Noord ligt in co-locatie met de spoedgevallendienst van het ZNA Jan Palfijn. Deze co-locatie wordt door de zorgprofessionals echter niet als een meerwaarde gezien.

Zorgprofessionals van beide settings (Gent en Antwerpen) zijn het erover eens dat triage ofwel voor de ingang van de HWP en SEH ofwel op één van deze locaties dient te gebeuren. Triage kan ervoor zorgen dat patiënten met hun zorgvraag terecht komen bij de juiste zorgverlener of zorginstelling. Hierdoor zou het oneigenlijk gebruik op de spoedgevallendiensten dalen.

In de casus Eindhoven over de spoedpost Catharina zien we dat de integratie van SEH en HAP leidt tot een verschuiving van patiënten van SEH naar HAP buiten kantooruren. Hierdoor komen meer complexe zorgvragen terecht op de spoedgevallendienst en daalt het oneigenlijk gebruik.

De belangrijkste determinanten in de keuze tussen SEH of HWP zijn: (1) de financiële toegankelijkheid van de SEH, (2) de vrije keuze van de patiënt, (3) een gebrek aan kennis over eerstelijnsvoorzieningen, (4) een moeilijke inschatting van de zorgvraag en (5) het gebruik van technische onderzoeken.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Evidentietabel

Referentie	Studie design	Doel	Data collectie	Uitkomstvariabelen	Resultaten
1 Van Uden, Winkens, Wesseling et al., 2005	Pre-post interventie design	Het effect nagaan van de integratie tussen HWP en SEH op de werkbelasting van de SEH	Alle patiënt registratie formulieren van de HAP en SEH gedurende 3 weken voor en 3 weken na de interventie	Aantal patiënten dat gebruik maakt van gezondheidszorg buiten kantooruren, leeftijd en geslacht, diagnose, verzorging na opname op spoedafdeling en neveneffecten	- De proportie patiënten spoedeisende zorg daalt en proportie patiënten eerstelijnsgezondheidszorg stijgt (verschuiving patiënten van spoedeisende zorg naar eerstelijns) - minder ziekenhuis opnames - minder doorverwijzingen naar eigen huisarts of specialist
2 Buckley, Curtis & McGirr; 2010	Time series analyse	De invloed van een “general practice after hours clinic” (AHC) op het aantal non urgente aanmeldingen op de spoedafdeling	Alle patiënten die zich aanmelden op de SEH met een categorie 4 of 5 op de “Australian triage trail” gedurende de periode januari 1998 tot oktober 2008	Het aantal patiënten dat zich dagelijks aanmeldt op de spoedafdeling, voor en na de opening van de AHC	- De AHC zorgde voor een reductie in het aantal laag urgente patiënten op de spoedafdeling.

3 Uden, Ament, Voss et al.; 2006	Vergelijkende studie	Vergelijking van de kosten tussen HWP onafhankelijk van ziekenhuis en HWP geïntegreerd in spoedafdeling ziekenhuis	Informatie van de kosten afkomstig van de jaarrekening van 2003	Kosten opgedeeld in 5 categorieën: personeel, huisartsen salaris, accommodatie, coördinatie & organisatie en andere kosten	- De kosten zijn meer afhankelijk van de grootte van de populatie die HWP omvat dan de wijze waarop de HWP is georganiseerd - SEH en HWP op zelfde plaats heeft weinig invloed op kosten - delen van faciliteiten en personeel tussen SEH en HWP is wel kosten efficiënt
4 Van Megen; 2008	Cros-sectioneel pre-post design	Ervaring en oordeel van professionals vergelijken voor en na integratie	Webenquêtes afgenomen bij SEH-artsen, SEH-verpleegkundigen, poortartsen, chirurgen, internisten, cardiologen, longartsen en neurologen	Werkdruk, werksfeer, samenwerking, leerzaamheid, cultuur en visie verschillen	- Negatieve trend in beoordeling HWP door stijging werkdruk - positieve trend in beoordeling SEH door minder zelfverwijzers
5 Kool, Homberg & Kamphuis; 2008	Retrospective case control design	Vergelijking van efficiëntie en patiënt en werknemerstevredenheid tussen “integrated emergency posts”, twee	Vragenlijst in verband met tevredenheid afgenomen bij patiënten en werknemers, informatie uit	Patiëntenstroom, patiënt-en werknemerstevredenheid	- Verschuiving patiëntenstroom van tweedelij naar eerstelijnszorg - daling wachttijden en

		SEH's en twee HWP'en	patiëntendossiers		consultatietijden - daling aantal zelfverwijzers - stijging patiënttevredenheid over telefonisch contact - geen verschil in algemene patiënttevredenheid tussen drie situaties - werknemerstevredenheid minder bij IEP dan HWP en SEH
6 Van Uden, Winkens, Wesseling et al.; 2003	Vergelijkende studie	Vergelijking tussen “integrated emergency post” en huisartsenwachtpost	Alle patiënten dossiers werden gedurende drie weken geregistreerd	Aantal patiëntencontacten, diagnostische informatie, type consultatie bij HWP en verwijzingen naar SEH	- Geen verschil in patiëntencontacten - in IEP meer patiënten behandelt door GP en minder zelfverwijzers naar SEH - geen verschil in aantal patiënten op spoed
7 Thijssen, Wijnen-van Houts, Koetsenruijter et al., 2013	Longitudinale observationele studie	Het effect nagaan van een “emergency care access point” op het gebruik en de patiëntenstroom in de	Data van de spoedafdeling en de HWP werd geregistreerd gedurende drie jaar voor de	Invloed op patiëntenstroom	- Daling in gebruik spoedafdeling - daling zelfverwijzers - hogere kans op opname in ziekenhuis en klinische

		spoedafdeling.	integratie en drie jaar na de integratie		follow up
8 Wang, Wild, Hilfiker et al., 2013	Pre post vergelijking	Kunnen ambulante patiënten efficiënter behandeld worden in een geïntegreerde spoedpost dan in een traditionele spoedafdeling?	Data over tijdsintervallen tussen vooraf vastgelegde stadia van zorg, bron van verwijzing, diagnostische interventies en wijze van ontslag werden verzameld door stafmedewerkers	Verschillen in procestijd en gebruikte diagnostische testen	- Geïntegreerde spoedpost is efficiënte manier om walk in patiënten te behandelen met het oog op proces tijd en bijkomende diagnostische testen
9 Van Uden & Crebolder, 2004	Pre post vergelijking	Zorgt het oprichten van HWP voor een reductie in de vraag naar spoedeisende hulp?	Alle patiëntencontacten met de spoedafdelingen en de HWP werden gedurende 4 weken voor en 4 weken na de reorganisatie geanalyseerd	Het aantal patiëntencontacten voor en na de reorganisatie	- de totale vraag voor zorg buiten kantoor tijd is gestegen - een daling in de vraag naar spoedeisende hulp door een reductie van het aantal zelfverwijzers met non-urgente problemen - meer patiënten worden behandeld door de huisarts - verschuiving van patiënten met eerstelijnsproblematiek

					van spoedafdeling naar HWP
--	--	--	--	--	-------------------------------

Bijlage 2: Interview guide

Welke zorg hoort volgens u tot het takenpakket van de huisarts in de huisartsenwachtpost/ van de spoedarts op de spoedafdeling?

Welke patiënten worden op de huisartsenwachtpost/ spoedafdeling gezien?

Wat is volgens u het grootste verschil tussen een HWP en een SEH?

Wat zijn volgens u, vanuit uw ervaring, factoren die bepalend zijn in de keuze voor de spoed of huisartsenwachtpost?

Gedrag patiënten verandert sinds ontstaan HAP?

Wat zijn volgens u knelpunten in de organisatie van de wachtdiensten (spoeddiensten en huisartsenwachtposten)? Waar zitten mogelijk oplossingen?

Hoe ervaart u de samenwerking met de huisartsenwachtpost? Voordelen/nadelen

Ervaat u enige concurrentie tussen acute huisartsenzorg en acute zorg van het ziekenhuis?

Hoe ziet de toekomstige samenwerking tussen spoed en HWP er uit?

Is samenwerking van HWP en SEH een goede manier om de kwaliteit van de acute zorg te verbeteren? Waarom wel/niet?

Wat vindt u van een systeem waarbij er een gemeenschappelijk aanmeldingsloket bestaat voor alle acute zorg buiten kantooruren (triagepost)?

Wat ziet u hiervan als voordelen/nadelen?

Vervaagt scheiding tussen eerste en tweedelijnszorg bij integratie?

Wat met zelfverwijzers/ oneigenlijk gebruik?

Hoe staat u tegenover echelonnering in de gezondheidszorg?

Wat vindt u van triage op de spoeddienst?

Voordelen/nadelen

Door wie zou deze triage volgens u moeten gebeuren (verpleegkundige, arts...)?

Kan u iets meer vertellen over de projecten 1733?

Wat is volgens u de beste organisatievorm voor acute zorg buiten kantooruren?

Bijlage 3: Samenwerkingsovereenkomst HWP Antwerpen Noord en ZNA Jan Palfijn

16 februari 2011 – goedgekeurd door de Orde van Geneesheren

I. Doel van deze tekst

- Deze tekst poogt een algemene beschrijving te geven van de samenwerking tussen enerzijds de huisartsenwachtpost Antwerpen-Noord en anderzijds ZNA campus Jan Palfijn met bijzondere aandacht voor de gespecialiseerde dienst spoedgevallen.
- Er wordt geopteerd om de tekst niet te overladen met details en procedures welke verder dienen te groeien in een dynamisch samenwerkingsproces.
- Bij het doorverwijzen van een patiënt uit de HWP staat een optimale en kwaliteitsvolle zorgverstrekking centraal. Uit de registratie van de huisartsen leren we dat in 7% van de wachtcontacten een onderzoek, een advies, een behandeling in de tweede lijn nodig blijkt. Het overlegcomité zal er over waken dat deze patiënten in optimale medische voorwaarden worden verwezen. De opvolging gebeurt aan de hand van een permanente registratie. De evolutie van de verwijzingen zal gevolgd worden, mede aan de hand van metingen voorafgaand aan het opstarten van de wachtpost. De verdere tekst behandelt de concrete afspraken die gemaakt worden tussen huisartsen op de wachtpost en de artsen in ZNA Jan Palfijn.

II. Permanent overleg tussen huisartsen en ziekenhuis

1. Doelstelling:

Een eerste fase heeft vooral tot doel om beide structuren (HWP en ziekenhuis) op elkaar af te stemmen. Hierbij wordt er gestart vanuit de bestaande werksituatie, met als enig verschil dat de huisartsen niet langer individueel zorg aanbieden vanuit de eigen huisartsenpraktijk, maar zich organiseren naast het ziekenhuis. In het ganse samenwerkingstraject blijven de beide structuren als afzonderlijke entiteiten bestaan en is het nimmer de bedoeling om één van de partners te sublimeren in één geheel.

Deze samenwerking kan op geen enkel moment bij verwijzing de vrije keuze van patiënt en arts hypothekeren.

2. Overleg ZNA Jan Palfijn – huisartsen ivm spoed

Een goed en permanent overleg wordt als zeer belangrijk ervaren, vooral omdat het hier handelt over een unieke en nieuwe vorm van samenwerking in het Vlaamse zorglandschap.

a. definitie

- i. Het overlegcomité is een voor de samenwerking representatief overlegorgaan tussen het ziekenhuis en de huisartsen, met als

doel om alle raakvlakken tussen de wachtpost en de tweede lijn te beheren.

b. samenstelling en algemene werking

- i. In eerste instantie zal de samenstelling van het comité beperkt worden tot de huidige leden: zes artsen aangeduid door de huisartsen, zes artsen aangeduid door het ziekenhuis.
- ii. Voor de inhoud van de overlegvergadering wordt er in eerste instantie gewerkt met een vaste agenda. Occasionele of individuele agendapunten kunnen door eenieder aangebracht worden via een vooraf uitgewerkte procedure.
- iii. Om de belangen van alle leden van de huisartsenkringen, de patiënten, het ziekenhuis en elke derde maximaal te vertegenwoordigen, zal er voorzien worden in de functie van een ombudsdienst zowel in de huisartsenwachtpost als in het ziekenhuis. Bemerkingen of klachten over de samenwerking zullen bij het overlegcomité geagendeerd worden.

c. samenkomst

- i. Voorlopig wordt er geopteerd een maandelijks overlegmoment te organiseren met het ganse overlegcomité. Naar noodwendigheid kan er echter beslist worden de overlegmomenten te intensifiëren.
- ii. Er wordt gekozen om op een vast tijdstip, met een vooraf bepaalde agenda te vergaderen.

3. Huisartsenwachtpost (HWP)

a. Definitie:

- i. De huisartsenwachtpost is een autonome organisatie van huisartsenkringen (zie KB 8 juli 2002) die gezamenlijk van op één locatie in de permanentie van de wettelijke wachtdienst voorzien.
- ii. Patiënten worden maximaal gestimuleerd om zich aan te melden op de huisartsenwachtpost.
- iii. Ten behoeve van die patiënten waar er medische redenen zijn om zich niet te verplaatsen, zal er tijdens de permanentie steeds in een mobiele huisarts voorzien worden.
- iv. Voor noodoproepen met een levensbedreigend karakter kan er steeds een beroep gedaan worden op het systeem van de dringende medische hulpverlening.

b. Openingsuren:

- i. Elke vrijdag vanaf 19 u tot maandagochtend 7 u.
- ii. Elke dag voorafgaand aan een feestdag vanaf 19 u tot de werkdag na de feestdag 7 u

c. Bemanning:

Vooraf in het kader van de veiligheid op de wachtpost is het noodzakelijk dat de HWP steeds een beroep kan doen op voldoende fysieke ondersteuning.

Volgende functies worden opgenomen in het personeelskader:

- i. Een receptioniste voor het onthaal en de telefoonpermanentie
- ii. Een secretariaatsfunctie voor het behandelen van de administratie
- iii. De wachtartsen voor de medische consultaties op de wachtpost, 2 geneesheren overdag en 1 nacht
- iv. Een mobiele wachtarts dag en nacht
- v. Een geneesheer met achterwacht voor het ondersteunen in geval van overaanbod aan patiënten of ziekte van een collega geneesheer
- vi. De chauffeur van het voertuig van de mobiele geneesheer

d. Bijzondere veiligheidsaspecten:

Omwillen van evidente redenen zullen er veiligheidsprocedures opgesteld worden met bijzondere aandacht voor diefstal, geweldpleging en anderen:

- i. Onmiddellijke inname op HWP
 - 1. procedure voor inname en beveiliging van de geïnde gelden
 - 2. controle op de correctheid van de inname (cave vals geld)
- ii. Alarmknoppen – zie protocol bijlage 2
 - 1. Bij agressie
 - 2. Bij medische urgentie
 - 3. Bij brand

e. Telefonie en ICT:

- i. Patiënten kunnen via een vast telefoonnummer het onthaal van de wachtpost bereiken.
- ii. Alle patiëntcontacten worden geregistreerd en er wordt een wachttrapport opgemaakt voor de huisarts. Bij verwijzing wordt een rapport meegegeven.

4. Spoeddienst ZNA Jan Palfijn

- a. De spoedgevallendienst voldoet aan alle wettelijke verplichtingen wat betreft de omkadering van een gespecialiseerde functie spoedgevallen. Dit betekent dat er steeds een urgentie-arts, acutist of brevetist aanwezig is op de dienst spoedgevallen. Eerder uitzonderlijk is er een inslapende specialist van een acute discipline aanwezig en twee GSO's.
- b. 1 op 2 weken verzorgt het ziekenhuis de Mugpermanentie binnen de mug-associatie met het AZ KLINA. Voor deze permanentie is er op dat moment steeds een bijkomende arts met spoedkwalificatie aanwezig.
- c. Naast de permanentie spoedgevallen en MUG is er nog een permanentie in kader van de gespecialiseerde functie intensieve zorgen en is er ook nog een

ziekenhuiswacht aanwezig voor het beddenhuis verzorgd door GSO's of een inslapende specialist.

- d. Bij gebruik van de paniek knop in de huisartsenwacht post zal dezelfde procedure van kracht zijn als degene gebruikt bij interne medische urgenties in het ziekenhuis.

5. Patiëntenpopulatie

- a. Welke patiënten worden op de HWP gezien?
 - i. De populatie van patiënten die altijd trouw naar de HA van wacht gaan, en dus geen (ge)(mis)bruik maken van de dienst spoedgevallen. Ten behoeve van het project zal er een nulmeting gebeuren van deze populatie.
- b. Welke patiënten worden op de dienst spoedgevallen gezien?
 - i. Alle patiënten die zich aanbieden op de dienst Spoedgevallen. Een patiënt van de spoedgevallen wegsturen kan niet zonder dat deze gezien is door een arts. Administratief, paramedisch en verpleegkundig personeel gaan hun bevoegdheid te buiten wanneer zij in deze een initiatief nemen. Patiënten die op dezelfde dag zowel naar de huisartsenwachtpost als spoedgevallendienst gaan moeten door beide verantwoordelijke artsen van deze dienst gezien worden. Beide artsen krijgen hiervoor een honorarium volgens de huidige vigerende wetgeving

6. Communicatie HWP-ZNA Jan Palfijn

- a. Conform de voorwaarden voor erkenning van de functie Gespecialiseerde Spoedgevallenzorg, bestaat in het ziekenhuis een permanentie van alle 13 acute disciplines. Deze kunnen door de HA niet rechtstreeks geconsulteerd worden, doch wel door de spoedarts na verwijzing vanuit de HWP.
- b. Verwijzing voor specialistisch consult naar ZNA Jan Palfijn
 - i. Een patiënt zal pas doorverwezen worden voor specialistisch consult na een telefonisch contact met de spoedarts. Elke doorverwijzing genereert tevens een schriftelijke aanvraag. Deze aanvraag betreft een klassiek document of een document aangepast aan de elektronische mogelijkheden van de HWP.
 - ii. Administratief wordt een patiënt bij verwijzing voor een specialistisch consult ingeschreven in de dienst spoedgevallen zoals alle andere patiënten die zich rechtstreeks wenden tot de dienst spoedgevallen en hier ambulant gezien worden.
 - iii. Patiënten die verwezen worden door een arts vanuit de huisartsenwachtpost zullen via de dispatching van de dienst spoedgevallen naar een interne wachtzaal gebracht worden.

Van hier uit zullen deze patiënten sneller gezien worden door de spoedarts die dan zo nodig snel de specialist van toepassing contacteert.

c. Opname in ZNA Jan Palfijn via spoed

- i. Een patiënt zal pas doorverwezen worden naar de dienst spoedgevallen voor opname na een telefonisch contact met de spoedarts.
- ii. Er wordt een schriftelijk rapport meegegeven voor de spoedarts.
- iii. Deze patiënten die verwezen werden vanuit de huisartsenwachtpost zullen door de dispatcher verwezen worden naar de interne wachtzaal of zo nodig reeds onmiddellijk naar een box. Deze patiënten zullen gezien worden door de spoedarts. . Snelheid van verdere behandeling of transfer naar zaal van de patiënt gebeurt verder volgens inschatting van de urgentiegraad door de arts van spoed. Opname op zaal gebeurt steeds na overleg met de betrokken specialist en/of de aanwezige ziekenhuiswacht.

d. Traject van de patiënten die de HWP verlaten:

- i. Volledig behandeld: huisarts van de patiënt wordt in kennis gesteld van consult en behandeling
- ii. Verwezen door HWP naar andere instelling voor opname of consult: Vaste huisarts wordt verwittigd door HWP.
- iii. Verwezen door HWP naar spoed JP
 1. Bij opname: ZNA zal de HWP in kennis stellen van de opname en de eigen huisarts van de patiënt verwittigen. De HWP stuurt tevens het klassieke verslag aan de eigen huisarts van de patiënt.
 2. Indien geen opname: verslag van arts spoed JP naar HWP en naar vaste huisarts

e. Patiënten die de spoed verlaten:

- i. Advies gevraagd door HWP: terugverwijzing vanuit spoed met telefonisch contact en geschreven advies te richten naar huisarts van patiënt en naar de huisartsenwachtpost. Indien opname noodzakelijk is – zie D.III.
- ii. Niet door de HWP verwezen patiënten - behandeld en naar huis
 1. Nazorg door HA: verslag naar vaste HA overdag
 2. Nazorg door een specialist ambulant.

7.Specifieke afspraken voor specialisten en huisartsen i.v.m. spoed

Zie protocol – bijlage 1 voor de werkwijze bij verwijzing.

Er wordt tevens gewerkt aan een specifiek ICT-traject om labo- en radiologieuitslagen te bezorgen aan de verwijzende arts van de huisartsenwachtpost voor zover de patiënt door hem werd verwezen voor advies/onderzoek. Daarbij wordt erover gewaakt dat ook de eigen huisarts van patiënt ten allen tijde op de hoogte wordt gesteld van deze resultaten.

Bijlage 1:

Protocol verwijzing naar spoedgevallen vanuit HWP

De huisartsenwachtpost neemt contact op met spoedarts via nummer: **XX** (nog te bepalen)

De huisartsenwachtpost geeft een verslag mee waarbij het herkenbaar is dat patiënt verwezen werd door de HWP.

Patiënt gaat naar de dispatching spoedgevallen in bezit van sis- kaart en meldt zich aan de dispatching met verwijzing.

Patiënt wordt door de dispatching verwezen naar de interne wachtzaal of box

Patiënt wordt gezien door de spoedarts mede in functie van de urgentiegraad.

Bijlage 2:

Gebruik van de Alarmknoppen

Er wordt voorzien in een MUG-alarmknop.

Deze alarmknop zet het intern MUG systeem in gang zoals aanwezig in ZNA Jan Palfijn.

Deze alarmknop wordt gebruikt in volgende instanties:

- Noodzakelijkheid van zeer dringende intraveneuze medicatie of re-animatie.
- Brand

Er wordt voorzien in een tweede alarmknop agressie.

Deze knop zal voorzien in een oproep rechtstreeks naar de politiediensten 101. Tevens wordt door deze knop in te drukken een alarm (rood licht) geactiveerd op de afdeling spoedgevallen om hen te verwittigen van deze situatie. De dienst spoedgevallen zal contact opnemen met het politiecommissariaat om te controleren of het noodbericht werd ontvangen en adequate dringende actie wordt ondernomen.

Deze alarmknop wordt gebruikt in volgende instanties:

- Ernstige lichamelijke agressie van patiënt die een bedreiging vormt voor artsen en/of personeel van de huisartsenwachtpost.

Bijlage bij de samenwerkingsovereenkomst
Per 28 oktober 2010

Bijlage 3:
Lijst leden overlegcomité

ZNA Jan Palfijn

Patrick Verbeeck, hoofdgeneesheer campus Jan Palfijn
Francis Gruwez, dienst spoedgevallen
Jef Mennes, dienst spoedgevallen
Marc Simoens, dienst gastro-enterologie
Luc Roex, dienst radiologie
Frank Van Thielen, dienst alg. en vaatheelkunde

HAN vzw

Christiaan Van Deun, voorzitter
Ann Bernaers, bestuurlid
Jef Goris, bestuurlid
Johan Simons, bestuurlid
Wim Verhoeven, bestuurslid
Geert Van Maldeghem, bestuurslid

Bijlage 4: overeenkomst projectpartijen spoedposten Zuidoost Brabant en zorgverzekeraars UVIT en CV

Partijen:

A.

de Coöperatie Centrale Huisartsenposten Zuidoost Brabant, gevestigd te Eindhoven, in dezen op grond van de statuten rechtsgeldig vertegenwoordigd door drs. R.J. Hendriksen, voorzitter, hierna te noemen CHP,

de Stichting St. Anna Zorggroep, gevestigd te Geldrop, in dezen op grond van de statuten rechtsgeldig vertegenwoordigd door dr. R.J. Roorda, MBA, voorzitter van de raad van bestuur, gehoord de Vereniging Medische Staf, vertegenwoordigd door drs. A.J. Michels, voorzitter. Hierna te noemen St. Anna,

de Stichting Catharina ziekenhuis, gevestigd te Eindhoven, in dezen op grond van de statuten rechtsgeldig vertegenwoordigd door drs. R. Schipper, lid van de raad van bestuur, gehoord de Vereniging Medische Staf, vertegenwoordigd door drs. P. Wielders, voorzitter. Hierna te noemen Catharina,

de Stichting Elkerliek ziekenhuis, gevestigd te Helmond, in dezen op grond van de statuten rechtsgeldig vertegenwoordigd door mr. W.H. van der Walle, voorzitter van de raad van bestuur, gehoord de Vereniging Medische Staf, vertegenwoordigd door drs. P.J.M. Raedts, voorzitter. Hierna te noemen Elkerliek,

Partijen A gezamenlijk te noemen initiatiefnemers,

en

B. Verzekeraarscombinatie Univé-VGZ-IZA-Trias, gevestigd te Zwolle en Gorinchem, in dezen op grond van de statuten rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer J. van Zeelst, directeur Zorg, regio Zuid-Oost Nederland hierna te noemen UVIT,

Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., gevestigd te Tilburg, in dezen op grond van de statuten rechtsgeldig vertegenwoordigd door de heer drs. J.W.M.W. Gijzen, directeur Zorg, hierna te noemen CZ,

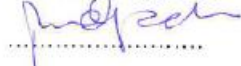
Partijen B gezamenlijk te noemen zorgverzekeraars,

Komen overeen:

1. De initiatiefnemers realiseren op de drie ziekenhuislocaties een geïntegreerde spoedpost binnen de muren van het ziekenhuis met één telefonische en fysieke toegang.
2. De Spoedpost Catharina zal 1 december 2008 gaan starten. De Spoedposten St. Anna en Elkerliek zullen respectievelijk 1 februari en 1 april 2009 starten.
3. De spoedposten streven naar kwalitatief hoogwaardige zorgverlening voor de adherente bevolking op basis van een efficiënte inzet van mensen en middelen.
4. De openingstijden van de spoedposten Catharina en Elkerliek zijn de ANW-tijden. De ANW tijden zijn conform de bepalingen van de Nederlandse Zorgautoriteit: gedurende weekdays van 17.00 uur tot 08.00 uur de volgende dag en gedurende de weekeinden (van 17.00 uur op vrijdag tot 8.00 uur op maandag) en feestdagen. De openingstijden van de spoedpost St. Anna zijn gedurende weekdays van 17.00 – 23.00 uur en in de weekeinden en op feestdagen van 08.00 – 23.00 uur.
5. De projectpartijen hanteren dezelfde uitgangspunten voor de spoedzorg en één gemeenschappelijke triage, ervan uitgaande dat NTS de landelijke norm wordt.
6. Op de drie spoedposten vindt ook medicatieverstrekking plaats.
7. Het callcenter van de CHP wordt ultimo 2009 gehuisvest annex de locatie Spoedpost Catharina.
8. De partijen spreken af om als doel te formuleren dat op jaarbasis een totale ombuiging van 21.000 patiënten (de zogenaamde onterechte zelfverwijzers) van SEH naar HDS wordt gerealiseerd.
9. UVIT en CZ leveren een financiële bijdrage aan het onderhavige project door het eenmalig financieren van een bedrag van € 6 miljoen. Dit bedrag wordt binnen het project door de initiatiefnemers verdeeld.
10. Partijen spreken af om dit te financieren uit de ruimte van de Lokale Productiegebonden Component 2007, 2008 en zo mogelijk 2009. Voorshands is een verdeling afgesproken die als bijlage bij deze overeenkomst is toegevoegd.
11. Gelet op de ombuigingstaakstelling spreken partijen een gezamenlijk inspanningsjaar en een gezamenlijk resultaatsjaar af. Het inspanningsjaar is gelijk aan het kalenderjaar 2009. Het resultaatsjaar is gelijk aan het kalenderjaar 2010.
12. De drie ziekenhuizen leveren in een uniform format driemaandelijks cijfers aan over SEH-patiënten (zelfverwijzers en verwezen patiënten) gedurende ANW tijden en niet-ANW tijden. De CHP levert driemaandelijks cijfers aan over de productie van telefonische adviezen, consulten, herhaalrecepten en visites. De kwartaalcijfers worden uiterlijk 1 maand na afloop van het kwartaal aan de zorgverzekeraars aangeleverd.
13. Partijen gebruiken het inspanningsjaar 2009 om de managementinformatie periodiek gezamenlijk te bespreken en te beoordelen. Op basis van deze besprekingen kunnen partijen besluiten om het format aan te passen. Partijen spreken hierbij tevens af of, en zo ja, hoe de managementinformatie van de beide locaties van het MMC hierbij betrokken wordt. Partijen erkennen dat er exogene factoren kunnen zijn die de productiecijfers zoals genoemd in artikel 12 kunnen beïnvloeden. Hiermee wordt bij de beoordeling van de ombuigingstaakstelling genoemd in artikel 8 rekening gehouden. Het streven is om het effect van de oprichting van de drie geïntegreerde posten op de productiecijfers van de SEH's en de HDS zo veel mogelijk te benaderen door exogene ontwikkelingen in gezamenlijkheid te vertalen in productiecijfers en af te zonderen van de totale productiecijfers. Een aantal exogene factoren die zich zullen gaan voordoen zijn momenteel reeds bekend.

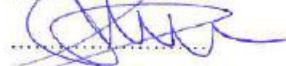
- Het betreft de overgang van de huisartsen uit Aalst/Waalre van de CHP naar SHOKO, de sluiting van de SEH van MMC Eindhoven alsmede de autonome productiegroei. Teneinde tijdig helderheid hierin te verkrijgen t.b.v. de terugbetaalregeling van art. 15 zullen partijen op basis van de 1e halfjaarcijfers 2009 hierover een definitieve afspraak maken.
14. Partijen gebruiken het resultaatsjaar 2010 om op basis van door partijen geaccordeerde managementinformatie per kwartaal te beoordelen of de ombuigingstaakstelling wordt gerealiseerd. In het 2^e kwartaal 2010 vindt in de maanden april en mei een tussenevaluatie plaats die - bij niet realiseren van de taakstelling - meteen leidt tot het inhouden van de financiële bijdrage door de zorgverzekeraars conform de terugbetaalregeling genoemd onder 15. Deze periode is gekozen i.v.m. de verwachting dat de Nederlandse Zorgautoriteit 1 juni 2010 als indieningsdatum zal hanteren voor de nacalculaties 2009. Het terugbetalen gebeurt via de ziekenhuisbudgetten 2009 in het A segment. Deze tussenevaluatie geeft volgens alle partijen een zeer goede indicatie van de uitkomst van de eindevaluatie omdat alle geïntegreerde posten dan minimaal 1 jaar functioneren. Mocht bij de eindevaluatie blijken dat ten onrechte is terugbetaald dan zullen de zorgverzekeraars zorgen voor een hernieuwde betaling binnen de alsdan bestaande financieringsmogelijkheden.
 15. De terugbetaalregeling houdt in dat de initiatiefnemers terugbetalen volgens de volgende rekenregels:
 - 80% - 75% taakstelling gerealiseerd: € 1 miljoen;
 - 75% - 70% taakstelling gerealiseerd: € 1,6 miljoen;
 - 70% - 50% taakstelling gerealiseerd: € 2,6 miljoen;
 - 50% - 25% taakstelling gerealiseerd: € 4 miljoen;
 - 25% - 0% taakstelling gerealiseerd: € 5 miljoen.
 16. De projectpartijen evalueren in de jaren 2009 en 2010 gezamenlijk het kwalitatieve en kwantitatieve functioneren van de drie spoedposten.
 17. In het vierde kwartaal van 2010 vindt een gezamenlijke eindevaluatie plaats.
 18. De initiatiefnemers en de zorgverzekeraars zullen het project waar gewenst door één van de partijen gezamenlijk presenteren aan de bevolking.
 19. Aangezien de financiële wet- en regelgeving die van toepassing is op de acute zorg ingrijpend verandert, spreken partijen af dat op elk door één van de deelnemers gewenst moment overleg zal plaatsvinden wanneer één van de deelnemers van mening is dat concreet en op korte termijn onvoorziene financiële consequenties gaan optreden.
 20. De duur van deze overeenkomst geldt voor de periode vanaf de start van de eerste spoedpost, per 1 december 2008, tot en met 31 december 2010.
 21. Behoudens negatieve evaluatieresultaten bij de eindevaluatie in het vierde kwartaal van 2010, spreken partijen uit het overeengekomen zorgbeleid en de afgesproken organisatie en werkwijze van de spoedposten Zuidoost Brabant te continueren.
 22. Bij verschil van mening over de interpretatie van deze afspraken spreken partijen af dat er onverwijld een overleg plaatsvindt tussen een delegatie van de zorgverzekeraars en, namens de initiatiefnemers, het Opdrachtgevers Overleg Spoedposten Zuidoost Brabant (OGO).

St. Anna Zorggroep



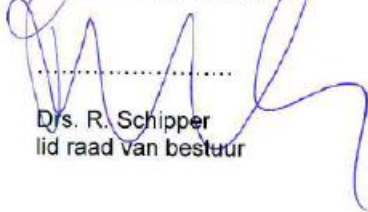
Dr. R.J. Roorda, MBA
voorzitter raad van bestuur

Univé-VGZ-IZA-Trias



J. van Zeelst
directeur Zorg, regio Zuidoost
Nederland

Catharina ziekenhuis,



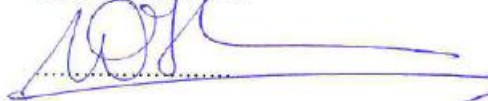
Drs. R. Schipper
lid raad van bestuur

Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A.



drs. J.W.M.W. Gijzen
directeur Zorg

Elkerliek ziekenhuis



Mr. W.H. van der Walle,
voorzitter raad van bestuur

Centrale Huisartsen Posten
Zuidoost Brabant



drs. R.J. Hendriksen
voorzitter bestuur

St. Anna Zorggroep,



Dr. A.J. Michels
vice-voorzitter Vereniging Medische Staf

Catharina ziekenhuis,



drs. P. Wielders,
voorzitter Vereniging Medische Staf

Elkerliek ziekenhuis,



drs. P.J.M. Raedts,
voorzitter Vereniging Medische Staf

Bijlage 5: codeboek Nvivo

Name	Sources	References
1733	9	21
Voordelen	1	1
Nadelen	2	2
Antwerpen	6	73
Wachtpost	6	14
Spoedgevallendiensts	2	6
financiering	1	3
Samenwerking	6	36
Nadelen	4	6
Voordelen	5	10
Ideale organisatievorm	6	17
Belangenconflict spoeddienst-eerstelij	4	6
Bepalende factoren voor keuze	1	1
Al dan niet hebben van een eigen huisarts	2	2
Financieel aspect	3	3
Geen tijd tijdens de week	1	1
Hulpverleningsplicht	5	6
Kennis	8	11
Migrantenproblematiek en cultuur	3	3
Perceptie van gezondheidsproblemen	6	8
Spoed= specialistische hulp	8	13
Veeleisende patiënten	1	1
Veeleisende patiënten (2)	2	2
Vrije keuze patiënt	9	14
Vroegere ervaring met de zorginstelling	1	1
Wachttijden	6	7

Name	Sources	References
Eindhoven	1	1
Knelpunten	1	4
Voordelen	1	3
Gemeenschappelijk aanmeldingsloket	5	6
Huisarts op spoedafdeling	4	7
Samenwerking	13	109
Doorverwijzing door huisarts	1	1
Financiële sanctie oneigenlijk gebruik	1	1
Financiering	5	8
Huisarts als poortwachter-echelonnering	12	26
Knelpunten	9	14
Nadelen	2	2
Sensibilisatie bevolking	8	12
Triage	12	23
Knelpunten	3	4
Triagist	8	12
Voordelen	3	3
Vervaging scheiding eerst en tweedelij	3	3
Voordelen	8	16
Samenwerking Gent	7	39
1733	1	1
Co-locatie	3	4
Organisatie samenwerking HWP en spoedgevallen	4	9
Wachtpost	1	3
Wachtdienst	7	20
In de week	6	13
'S nachts	5	7
Zorg op de juiste plaats	12	37
Takenpakket HWP	8	19
Takenpakket spoedgevallendienst	10	15
Verschil HWP en spoedgevallendienst	2	2

REFERENTIES

Afilalo, J., Marionvich, A., Afilalo, M., Colacone, A., Léger, R., Unger, B. & Giquère, C. (2004). Nonurgent Emergency Department Patient Characteristics and Barriers to Primary Care. *Academic Emergency Medicine* 11(12), 1302-1310.

Amsterdams Centrum voor Onderzoek naar Gezondheid en Gezondheidszorg (2002). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek*. Amsterdam: Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC-Uva

Bakelandt, J., Beerens, A.S., Elyn, P., Schamp, L., Van Haecke, C. & Yde, L. (2009). Analyse van het zorggebruik van niet-verwezen patiënten op de huisartsenwachtpost en de spoedgevallendiensten van Gent. *Scriptie voorgedragen in de tweede master in het kader van de opleiding tot arts aan Universiteit Gent*.

Bamezai, A., Melnick, G., & Nawathe, A. (2005) The cost of an emergency department visit and its relationship to emergency department volume. *Annals of Emergency Medicine*, 45, 483-490.

Buckley, D.J., Curtis, P.W. & McGirr, J.G. (2010). The effect of a general practice after-hours clinic on emergency department presentations: a regression time series analysis. *The medical journal of Australia*, 192, 448-451.

Boeije, H. (2005) *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Denken en doen. Amsterdam: Boomonderwijs.

Boeke, A., van Randwijck-Jacobze, M., de Lange-Klerk, E., Grol, S., Kramer, M., & van der Horst, H. (2007). Effectiveness of GPs in accident and emergency departments. *Britisch journal of general practice*, 60, 378-384.

Boom Lemma uitgevers (2015). *Wat is onderzoek?* Opgehaald van Stromingen in onderzoek: <http://online.watsonderzoek.nl/pages/28>

Bosch, R. (2012). *Wetenschapsfilosofie en kwalitatief onderzoek*. Opgehaald op 30 april 2015 van www.boomlemmatijdschriften.nl

Boterberg, M. (2014). Triage van noodoproepen. *Bachelorproef voorgedragen tot het behalen van de graad van Bachelor in het Office Management aan de Hogeschool Sint-Lieven Gent*.

Brim, C. (2008). A Descriptive Analysis of the Non-Urgent Use of Emergency Departments. *Nurse Researcher*, 15, 72-88.

Coenen, L. (2009). *Twee en één samen is geen anderhalf: een kwalitatieve, landelijke inventarisatie samenwerkingsverbanden HAP en SEH*. Vereniging huisartsenposten, Nederland.

Coleman, P., Irons, R., & Nicholl, J. (2001). Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emergency medicine journal*, 18, 482-487.

Cooke, M., Wilson, S., & Pearson, S. (2002). The effect of a separate stream for minor injuries on accident and emergency department waiting times. *Emergency Medicine Journal*, 19, 28-30.

Creswell, J.W. (2003) *Research Design Qualitative, Quantitative and mixed methods approaches*. University of Nebraska, Lincoln

Derlet, R., & Richards, J. (2000). Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of emergency medicine*, 35, 63-68.

Detollenaere, J., Verlinde, E., Willems, S. & Blezer, J., (2014). Which socio-economic factors influence patients' choice to opt for the ED or the GPC during out-of-hours: an explorative study in Flanders. *Health*, 6, 1361-1367. Opgehaald 17 december 2014 van <http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.612167>

Domus Medica (2014). Triage: advies aan de kringen. Opgehaald 3 maart 2015 van <http://www.domusmedica.be/groepen/kringen/nieuws/5469-1733-triage-advies-aan-de-kringen.html>

Fisher, R.J. (1993). Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *Journal of Consumer Research*, 20, 303-315

Freeman, G., Meakin, R., Lawrenson, R., Leydon, G., & Graig, G. (1999). Primary care units in A&E departments in North Thames in the 1990's: initial experience and future implications. *British Journal of general practice*, 49, 107-110.

Gourbin, C., Du Boullay, D., Philips, H., Remmen, R., Buylaert, W., De Paepe, Moreels, R., Van de Voorde, C., Kohn & Leys, M. (2005). Evaluatie van forfaitaire persoonlijk bijdrage op het gebruik van spoedgevallendienst. *KCE reports*, 19(A).

Giesen P., Fraanje W. & Klomp M. (2003). Rammelende keten, afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. *Medisch Contact*, 58(47), 1810-12

Giesen, P., Franssen, E., Mookink, H., van den Bosch, W., van Vugt, A., & Grol, R. (2006). Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. *Emergency medicine journal*, 23, 731-734.

Giesen, P., Smits, M., Huibers, L., Grol, R., & Wensing, M. (2011). Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. *Annals of internal medicine*, 155, 108-113.

Gunneprijk, R. (2010). *Spoedposten Zuidoost Brabant: een project ontrafeld*. Universiteit Utrecht, Utrecht.

Halam, H. (1994). Primary medical care outside normal working hours: review of published work. *British Medical Journal*, 308, 249.

Han A., Ospina M., Blitz S.B., Strome T. & Rowe B.H. (2007). Patients presenting to the emergency department: the use of other health care services and reasons for presentation. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 9(6), 428-34.

Hoot, N. R., & Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding: causes, effects and solutions. *Annals of emergency medicine*, 52, 126-136.

Huibers, L., Giesen, P., van Veen, M. & Moll, H. (2009). Wetenschappelijk onderzoek Nederlands triagesysteem. Rotterdam: IO healthcare UMC Radboud

Huibers, L., Giesen, P., Wensing, M., & Grol, R. (2009). Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Services Research*, 9,105.

Kamphuis, H.C., Stukstette, M.J., Homberg, D.J., Sonneveld, R.E. & Kool, R.B. (2007). *Rollen en taakverdeling in de geïntegreerde acute zorg (deel 2)*. Prismant, CBOG en Achmea, Utrecht.

Kool, R.B., Homberg, D.J., & Kamphuis, H.C.M. (2008). Towards integration of general practitioner posts and accident and emergency departments: a case study of two integrated emergency posts in the Netherlands. *BMC health service research*, 8:255

Leea, A., Laub, F.-L., Hazlett, C. B., Kamd, C.-W., Wong, P., Wong, T.-W., & Chow, S. (2000). Factors associated with non-urgent utilization of accident and emergency services: a case-control study in Hong Kong. *Social science and medicine*, 51, 1075-1085.

Leibowitz, R., Day, S. & Dunt, D. (2003). A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload and patient and GP satisfaction. *Oxford Journals*, 20, 311-317.

Merckx, J. (2013). *Kwalitatieve analyse bij de huisarts van de noden, de verwachtingen en de houding betreffende de wachtdienst van nu en in de toekomst*. Leuven: K.U. Leuven.

Moll van Charante, E., van Steenwijk-Opdam, P., & Bindels, P. (2007). Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services. *BMC family practice*, 8:42.

Moll van Charante, E., & Bindels, P. (2008). Huisartsenpost en spoedeisende eerste hulp: wel of niet integreren? *Huisarts en wetenschap*, 51, 215-219.

Moll van Charante, E., ter Riet, G. & Bindels, P. (2008). Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motives and characteristics. *Patient education and counseling*, 70, 256-265.

Murphy, A., Bury, G., Plunkett, P., Gibney, D., Smith, M., Mullan, E., & Johnson, Z. (1996). Randomized controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome and comparative cost. *British medical journal*, 312, 1135-1147.

Philips, H., Mahr, D., Remmen, R., Weverbergh, M., De Graeve, D. & Van Royen, P. (2010). Experience: the most critical factor in choosing after-hours medical care. *British medical journal*, 19(6), 1-8.

Philips, H., & Remmen, R. (2010). Huisartsenwachtposten in Vlaanderen: uitdagingen en kansen. *Huisarts & onderzoek*, 39, 359-362.

Philips, H., Remmen, R., Van Royen, P., Teblich, M., Geudens, L., Bronkaers, M., & Meeuwis, H. (2010). What's the effect of the implementation of general practitioner cooperatives on caseload? Prospective intervention study on primary and secondary care. *BMC Health services Research*, 10, art.222.

Philips H, Remmen R, De Paepe P, Buylaert W & Van Royen P. (2013). Use of out-of-hours services: the patient's point of view on co-payment a mixed methods approach. *Acta clinica Belgica*, 68(1), 1-8.

Reinders, G. (2012). *Prestatie-indicatoren bij de spoedpost te Almelo, een stakeholdersanalyse*. Universiteit Twente, Enschede.

Remmen, R., Renders, R., Teblick, M., Demerre, W., Van Hemelen, G., Janvier, P., Champenoix, M., De Ridder, A., Van Deuren, M., Matthijs, J.P., De Ganck, P. & Philips, H. (2007). Huisartsenwachtposten in Vlaanderen: wat zijn de randvoorwaarden. *Huisarts Nu*, 36, 379-401.

Renders, R. & Philips, H. (2008). Huisartsenwachtposten in België. *Bijblijven*, 24 (10), 16-23.

Rust, G., Ye, J., Baltrus, P., Daniels, E., Adesunloye, B. & Fryer, G.E. (2008). Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. Opgehaald 20 februari, 2015, van www.Archinternmed.com

Santos-Eggimann, B. (2002). Increasing use of the emergency department in a Swiss Hospital: observational study based on measures of the severity of cases. *British Medical Journal*, 324, 1186-1187.

Sarver, J.H., Cydulka, R.K. & Baker D.W. (2002). Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Academic emergency medicine*, 9, 16-23.

Schneider, S., Gallery, M. E., Schafermeyer, R., & Zwemer, F. L. (2009). Emergency department crowding: a point in time. *Annals of emergency medicine*, 42, 167-172.

Shah, N. M., Shah, M. A., & Behbehani, J. (1996). Predictors of non-urgent utilisation of hospital emergency services in Kuwait. *Social Science and medicine*, 42, 1313-1324.

Stake, R.E. (1995). *The art of case study research*. Illinois, Sage Publications.

Starfield, B. (1994). Is Primary care essential? *Lancet*, 344, 1129-1133.

Thijssens, W.A., Wijnen-van-Houts, M., Koetsenruijter, J., Giesen, P. & Wensing, M. (2013). The impact on emergency department utilization and patient flows after integrating with a general practitioner cooperative: an observational study. *Emergency medicine international*, 2013.

Van Duijn, N., Van Weert, H., Scholte, D., & Bindels, P. (1998). Out of hours: primary care clinic or hospital emergency department? *European journal of general practice*, 4, 69-73.

van Gils- van Rooij, L. (2013). *Spoedposten: een verbetering?* Tranzo, Tilburg.

van Megen, M. (2008). *Integratie huisartsenpost en spoedeisende hulp (scriptie)*. Nederlands kennisnetwerk huisartsenposten en spoedzorg, UMC st Radboud, Nijmegen.

van Rooij, L. (2008). *Handboek spoedpost Catharina*. Eindhoven: CHP Zuidoost Brabant.

van Rooij, E.S. (2010). *Terugblik: twee jaar spoedposten Zuidoost Brabant*. CHP Zuidoost Brabant, Eindhoven.

van Uden, C.J., Winkens, R.A., Wesseling, G., Crebolder, H.F. & van Schayck, O.C. (2003). Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emergency medicine journal*, 20, 184-187.

van Uden, C.J. (2003). Poortwachter hersteld; Eerst naar de huisarts, dan naar de Spoedeisende Hulp. *Medisch contact*, 39.

van Uden, C.J. & Crebolder, H.F. (2004). Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emergency medicine journal*, 21, 722-723.

van Uden, C.J., Winkens, R.A., Wesseling, G., Fiolet, H.F., van Schayck, O.C. & Crebolder, H.F. (2005). The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *Journal of general internal medicine*, 20, 612-617.

van Uden, C.J., Giesen, P., Metsemakers, J., & Grol, R. (2006). Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. *Family medicine*, 38, 565-569.

van Uden, C.J., Ament, A.J., Voss, G.B., Wesseling, G., Winkens, R.A., van Schayck, O.C. & Crebolder, H.F. (2006). Out-of-hours primary care. Implications of organisation on costs. *BMC family practice*, 7/29.

Vermue, N., Giesen, P. & Huiberts, L. (2007). *Samenwerking tussen huisartsenposten en spoedeisende hulp:huidige situatie en toekomstplannen van huisartsenposten in Nederland*. WOK, Nijmegen

Wang, M., Wild, S., Hilfiker, G., Chmiel, C., Sidler, P., Eichler, K., Roseman, T. & Senn, O. (2013). Hospital-integrated general practice: a promising way to manage walk-in patients in emergency departments. *Journal of evaluation in clinical practice*, 20, 20-26.

Washington, D.L., Stevens, C.D., Shekelle, P.G., Baker, D.W., Fink, A. & Brook, R.B. (2000). Safely directing patients to appropriate levels of care: guideline-driven triage in the emergency service. *Annals of Emergency Medicine*, 36, 15-22.

Weber, E.J., Showstack, J.A., Hunt, K.A., Colby, D.C. & Callahan, M.L. (2005). Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population-based study. *Annals of emergency medicine*, 45, 4-12.

Willems, D. & van Zwieten, M. (2009). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts & Wetenschap*, 47, 631-635.

Yin, R.K. (2009). *Case study research: design and methods*. Londen: Sage Inc.