

'OPTIMALE SPOEDZORG – DAPPERE DOKTERS'

Invitational conference over de Spoedzorg in Amsterdam voor
huisartsen – specialisten - huisartsenposten – spoedeisende hulp (SEH)
ambulancedienst - zorgverzekeraar

Dinsdag 7 oktober 2014

Geïntegreerd verslag

Korte samenvatting

Aanleiding

Op 7 oktober 2014 organiseerden de Huisartsenkring Amsterdam (HKA) en Huisartsenposten Amsterdam (HpA) in samenwerking met de hoofden van alle Amsterdamse Spoedeisende Eerste Hulpafdelingen (SEH) een 'invitational conference' over de spoedzorg in Amsterdam.

Conferentie

Na drie inleidingen spraken zeven multidisciplinaire, transmurale gespreksgroepen, inclusief medewerkers van zorgverzekeraar Achmea, aan de hand van een casus over de volgende uiteenlopende onderwerpen.

- Wat is medisch urgent?
- Leren van elkaar; onderlinge consultatie: wie, wanneer, waarover?
- Triage: kwaliteit, noodzakelijke competenties, consequenties
- Protocollering: nut, risico's
- Ethische dilemma's: beslissen voor de patiënt, omgaan met (ontbrekende) wilsbeschikkingen
- Financieel-organisatorische kanten

Uit de gespreksgroepen kwamen onder andere onderstaande punten naar voren:

Pluspunten

- Over en weer begrip; voorts enthousiasme om gezamenlijk tot aanbevelingen te komen.
- Overeenstemming: naar patiënt/familie één taal spreken en vasthouden aan het beleid.
- Het maakt niet uit wie de triage doet, als het maar goed (en snel) gebeurt. Je moet dan wel eisen stellen aan de competenties van de triagist.
- Gunstige ervaringen in de intercollegiale communicatie.
- Overeenstemming bestaat om toe te werken naar 'transmurale gedachten' over de aanpak van spoedzorg, zich uitstrekkend over geheel Amsterdam.

Discussiepunten / obstakels

- Naar elkaar dezelfde taal spreken in de spoedzorg, zover zijn we nu nog niet.
- De (telefonische) bereikbaarheid van de huisarts is een groot probleem.
- Voor de 2e lijn (specialist maar ook SEH) is het moeilijk te achterhalen wie de 'echte' huisarts is.
- In de 2e lijn twijfel over bekwaamheden van triagist in de 1e lijn.
- Huisarts en specialist handelen anders - zelfs tegengesteld - op basis van hun protocol.
- Specialist zouden vaker met een huisarts moeten overleggen als zij niks vinden bij een verwezen patiënt.



Verbeterpunten / aanbevelingen

- Samen protocolleren kan zinvol zijn, maar elkaar goed en gemakkelijk consulteren is minstens zo belangrijk.
- Intercollegiaal consult opnemen in DBC.
- Opleiding tot triagist moet geborgd zijn.
- Er is een breed platform nodig om de hele spoedzorg in Amsterdam te reorganiseren.

Conclusie

Het triagesysteem en de afstemming van huisartsenposten en SEH vragen beraad en afspraken. De standpunten in diverse groepen lopen uiteen.

Verslag

Inleiding

Gebouw de Meervaart, 7 oktober 2014 De Huisartsenkring Amsterdam (HKA) en Huisartsenposten Amsterdam (HpA) organiseren in samenwerking met de hoofden van alle Amsterdamse Spoedeisende Eerste Hulpafdelingen een 'invitationale conference' over de spoedzorg in Amsterdam. Dit initiatief is een uitvloeisel van de tweede conferentie 'Optimale Zorg – Dappere Dokters' van 19 november 2013 in Amsterdam.

De *vraagstelling*: In de spoedzorg gaan HAP en SEH steeds nauwer samenwerken. Dat betekent een ontmoeting tussen verschillende culturen, (voor)oordelen en opvattingen. Wordt dat een bron van spanning? Of juist een kans voor verrijking? Of kennen we elkaar gewoon nog te weinig?

Na het welkom door Rien van Hoeve, directeur Huisartsenposten Amsterdam, hielden drie sprekers een inleiding¹ over perspectieven op 'Dapper zijn in de spoedzorg':

- Stella Zonneveld, voorzitter HKA
- Hans van der Schoot, voorzitter Raad van Bestuur SLAZ/OLVG
- Menno de Bree, filosoof

Gespreksgroepen

Hierna gingen de ca. 150 aanwezigen uiteen in zeven gespreksgroepen, samengesteld uit ondermeer huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, coördinerend triagisten en vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraar Achmea.

Iedere gespreksgroep besprak, ingeleid met een casus, een of enkele van de volgende onderwerpen:

- Wat is medisch urgent?
- Onderlinge consultatie: wie, wanneer, waarover?
- Leren van elkaar.
- Triage: kwaliteit, noodzakelijke competenties, consequenties.
- Protocollering: nut, risico's.
- Ethische dilemma's: beslissen voor de patiënt, omgaan met (ontbrekende) wilsbeschikkingen.
- Financieel-organisatorische kanten.

Aanpak van dit verslag

De notulen van de zeven gespreksgroepen² zijn geïntegreerd in dit verslag³. De indeling naar onderwerpen van de groepen is omwille van de overzichtelijkheid verlaten. De informatie uit de zeven groeps gesprekken is zoveel mogelijk gebundeld in overeenkomstige uitspraken, merendeels als opsommingen en in telegramstijl. Het verslag volgt een hoofdindeling: uitgangspunten, 'de patiënt', het samenspel tussen huisarts en specialist, inclusief de triage, het financieel-organisatorische kader, inclusief de opleiding. Daarbinnen is een (arbitrair) onderscheid gemaakt naar: positieve punten (+), discussiepunten of obstakels (-) en verbeterpunten/aanbevelingen (!). Enkele cruciale uitspraken/notities blijken tussen de groepen onderling niet met elkaar in overeenstemming.

¹ De inhoud van de inleidingen is niet opgenomen in dit verslag.

² De gespreksgroepen werden geleid door: Joost Leferink, Andreas Keck, Michiel Gorzeman, Hein Thiel, Tessa Biesheuvel, John Kaal en Jan Luitse.

De notulen zijn gemaakt door: Netty Leijnse, Reini van Rijnen, Petra Vogt, Ellis Lourijzen, Petra Donker, Annemieke van Dijk en Cees Dekker.

³ Samensteller: Frans Meijman, fj.meijman@vumc.nl, in samenwerking met Petra Vogt, communicatiemedewerker HpA.

Sfeerimpressie

De sfeer in de multidisciplinaire gespreksgroepen wordt omschreven als: constructief, aangenaam, open, over en weer begrip, interesse in elkaars situatie, enthousiasme om gezamenlijk tot aanbevelingen te komen, discussie aanvankelijk gericht tegen de zorgverzekeraar.

Uitgangspunten

- Met z'n allen (huisartsen en specialisten) verantwoordelijk voor heel Amsterdam, van schrammetje tot ebola-patiënt.
- Bij spoedzorg staat patiënt centraal, goede zorg, niet te duur.
- Tevredenheid (patiënt, zorgverlener) niet per se voorop: juiste zorg door juiste zorgverlener op juiste moment.
- Onzinzorg vermijden.
- Avondspreekuur van huisarts is niet voor spoed. Daarvoor moet je bij de dienstenpost zijn.

De patiënt

Spoed vanuit gezichtspunt(en) van patiënten/mantelzorgers

(-)

- Waarom geen (algemene) spoedpost? Daarbij geen onderscheid meer tussen HAP en SEH maken, de patiënt wordt gewoon zo goed mogelijk geholpen (wel duidelijkheid over eventueel eigen bijdrage).
- (Spoed)zorg inrichten als 24x7-service?
- Patiënt niet heropvoeden (met betrekking tot gebruik HAP/SEH), maar wel goed voorlichten.

(!)

- Iedere patiënt moet binnen 10 minuten getrieerd worden.

Taal/communicatie

(+)

- Naar patiënt/familie één taal spreken en vasthouden aan het beleid.

(-)

- Belangrijk dat patiënt betrokken wordt in behandeling maar taalbeperkingen en gebrekkig opleidingsniveau zijn obstakels, juist op SEH.
- "Arts kan/moet met patiënt in gesprek, maar niet te lang".
- Er schuilt een gevaar in het bewust maken van patiënten in de kosten van zorg (zorgmijders).
- "Stellen we ons zelf gerust met ons handelen, of de patiënt?"

Zelfverwijzers

(+)

- Zelfverwijzer heeft meestal een terechte urgente zorgvraag.

(-)

- Op de vraag wie de zelfverwijzer moet beoordelen, geven huisartsen aan dat zij degenen zijn die moeten beoordelen welke zorg nodig is en of verwijzing naar de 2e lijn aan de orde is. De werkwijze tijdens ANW uren/buiten kantooruren, moet hetzelfde zijn als overdag; dan zijn huisartsen ook de poortwachters voor de 2e lijn.

Reanimatiebeleid, wilsbeschikkingen

(!)

- Wie is de wettelijke vertegenwoordiger bij besluiten over – bijvoorbeeld – reanimeren?
- Wanneer reanimeer je, hoe staat het met reanimeer-penny en met juridische aspecten in situaties als “elke seconde telt”?

De samenwerking, inclusief taakverdeling, taakuitvoering

Taal/communicatie

(-)

- Dezelfde taal spreken in de spoedzorg, zover zijn we nu nog niet.

(!)

- Communicatie is het meest belangrijk, niet de handelingen.
- Bij een heldere vraag krijg je een helder antwoord.

Verwijzen: heen

(-)

- Huisarts belt 112 en vertrekt voordat ambulance is gearriveerd en laat geen of onvolledige overdracht achter.

(!)

- Huisartsen geven aan dat zij degenen zijn die moeten beoordelen welke zorg nodig is en of verwijzing naar de 2e lijn aan de orde is. De werkwijze tijdens ANW uren/buiten kantooruren, moet hetzelfde zijn als overdag; dan zijn huisartsen ook de poortwachters voor de 2e lijn.

Verwijzen: terug

(+)

- Huisarts: “Verpleegkundige SEH verwijst soms naar huisarts om wachttijden SEH te omzeilen”.
- Ervaring is dat de toegankelijkheid van bijvoorbeeld de SEH-artsen weinig te wensen overlaat. Terugrapportage van SEH naar huisarts kan wel beter!

(-)

- Specialisten zouden ook vaker met een huisarts moeten overleggen als zij niks vinden bij een verwezen patiënt. Nu worden patiënten vaak van het ene specialisme naar een ander specialisme verwezen, zonder tussenkomst van de huisarts.
- HAP mag geen trauma van SEH overnemen, ook niet met 'snee in de vinger'. Patiënt moet vervolgens bellen voor afspraak op HAP.

(!)

- SEH moet leren om niet te behandelen maar zelfzorgadvies te verstrekken.

Informatiebeschikbaarheid/-uitwisseling, heen

(-)

- Huisarts heeft te weinig informatie over patiënt tijdens ANW-uren.

(!)

- ICT kan beter benut worden bij informatie-uitwisseling.

Informatiebeschikbaarheid/-uitwisseling, terug

(-)

- Bij opname op IC afdeling al een brief naar huisarts sturen. Mogelijkheid bieden om contact op te nemen. Onduidelijk is of hier gebruik van gemaakt wordt. Later blijkt: dat huisartsen dit wel degelijk op prijs stellen en vaak contact opnemen met familie. De indruk dat het geen meerwaarde heeft wordt hierdoor weerlegd, maar is niet zichtbaar voor intensivist.

Bereikbaarheid

(-)

- (Telefonische) bereikbaarheid huisarts is een groot probleem.

'Echte' huisarts

(-)

- Voor 2^e lijn (specialist maar ook SEH) moeilijk om te achterhalen wie de 'echte' huisarts is, mede gezien waarnemende huisartsen, hidha en haio (met wie patiënt of familie van doen hebben).

Triage, telefonisch, locatie, urgentiebepaling

(+)

- De (eerste) triage kan snel gebeuren en is vooral nodig om het zorgpad te bepalen: HAP of SEH.

(!)

- Triage via de telefoon is veel moeilijker dan fysiek.
- Triage moet bij HAP plaatsvinden door een goed opgeleide triagist, eventueel met regie-arts ernaast.

Triage, functionaris

(+)

- Het maakt niet uit wie de triage doet, als het maar goed (en snel) gebeurt. Je moet dan wel eisen stellen aan de competenties van de triagist.
- Aanwezigen zijn het uiteindelijk wel eens over het feit dat triagisten goed opgeleid moeten zijn en dat de kwaliteit van de triage geborgd moet zijn. Dan zou het opleidingsniveau niet moeten uitmaken.
- De SEH verpleegkundige is wel opgeleid voor fysieke triage, is ook BIG geregistreerd en kan de fysieke triage zelfstandig uitvoeren.

(-)

- In 2^e lijn twijfel over de bekwaamheden triagist in de 1^e lijn.
- De SEH's van AMC, VUmc en OLVG zijn huiverig om de triage uit handen te geven. Argumenten als opleidingsniveau van de triagist, klinische blik, patiëntveiligheid en het risico op imagoschade spelen daarbij een rol.
- Specialist: "Zijn wij gewend om met een eerstelijns-bril te kijken? Dat kan ik niet meer, 20 jaar geleden nog wel".

(!)

- Triageren is een VAK.
- Triage moet door huisarts (triagist) gebeuren.
- Triage dient naar het oordeel van huisartsen plaats te vinden onder regie van de huisarts door een goed opgeleide triagist (kan ook met verpleegkundige achtergrond/BIG) volgens een eenduidig triagesysteem dat voor de 1e en 2e lijn gelijk is. Huisartsen willen bij voorkeur de HAP voor de SEH, maar in ieder geval één ingang, één balie, één triagesysteem.

Triage, protocollen

(-)

- Protocollen zijn niet altijd bekend, niet altijd actueel. Zij zijn niet altijd bruikbaar, je moet er vanaf kunnen wijken, ze moeten er wel zijn.
- Protocollen kunnen ook samenwerking tegen werken (privacy-protocol kan direct contact in de weg staan en allerlei omwegen opwerpen).

Protocollen na de triage

(+)

- Uit casuïstiek blijkt: huisarts en specialist handelen anders, zelfs tegengesteld op basis van hun protocol: terugbelafpraak versus CT-scan.

- Protocollen huisarts en SEH liggen in elkaars verlengde.
- "Een protocol is geen kookboek, het blijft maatwerk".
- CT-scan heeft deel van alle opnamen vervangen > goedkoper.

(-)

- Uit casuïstiek blijkt: huisarts en specialist handelen anders - zelfs tegengesteld - op basis van hun protocol: terugbelafpraak versus CT-scan.
- Algemeen oordeel: protocollen leiden ook tot overdiagnostiek of andere nutteloze gebruiken.
- Beide partijen zijn van mening dat protocollair denken gevaarlijk is en kan leiden tot overdiagnostiek (denk aan MRI, echo). Door samen naar een patiënt te kijken of samen telefonisch een patiënt te bespreken, kan dit vermeden worden.
- Huisarts: "Jullie gaan gelijk aan de slag met je hele zorgpad".

(!)

- Triage (door huisarts) moet bepalend zijn voor keuze protocol.
- Samen protocolleren kan zinvol zijn, maar elkaar goed en gemakkelijk consulteren is minstens zo belangrijk.

Consultatie

(+)

- Specialisten geven aan dat als zij geconsulteerd worden, dat dan in 80- 90% van de gevallen diagnostiek wordt ingezet. Dit hoeft op zich geen probleem te zijn, want huisartsen hebben al een voorselectie gemaakt, waardoor de groep waarvoor consultatie nodig is, a priori al een hoger risico heeft op een aandoening.
- Huisartsen geven aan dat het juist gaat om het mee inschatten of verdere diagnostiek nodig is. Dan kan alsnog verwijzing plaatsvinden, maar dit blijkt lang niet altijd nodig te zijn. In de dagpraktijk wordt nu al regelmatig een specialist telefonisch geconsulteerd. Dat lijkt te werken.

(-)

- Als het gaat om elkaar consulteren, geven huisartsen aan dat ze soms behoefte hebben aan het laagdrempelig meekijken door een specialist. De huisarts wil advies, zonder dat de patiënt meteen wordt overgenomen. De huisarts blijft dan verantwoordelijk voor de patiënt.
- Volgens specialisten geeft consultatie een gevoel van schijnveiligheid, omdat de specialist op zo'n moment niet over diagnostiek beschikt en alleen op basis van ervaring kan adviseren.
- Intercollegiaal consult kan behulpzaam zijn, maar niet in de vorm van "even hand op de buik leggen".

(!)

- Vanuit de 2^e lijn is meer overleg met huisarts noodzakelijk.
- Achterhalen welke rol de huisarts heeft bij besluiten over – bijvoorbeeld – reanimeren
- Intercollegiaal consult opnemen in DBC.
- Fysieke consultatie van huisarts – specialist (over en weer) is wenselijk en moet verder doordacht worden.
- Afspraken over intercollegiaal consult (en bereikbaarheid van specialist) zijn belangrijk.
- Wens van specialist en huisarts om persoonlijk contact te stimuleren (langs gaan of bellen) en huisarts te bellen bij het nemen van belangrijke beslissingen bij opname.
- Specialisten zouden ook vaker met een huisarts moeten overleggen als zij niks vinden bij een verwezen patiënt. Nu worden patiënten vaak van het ene specialisme naar een ander specialisme verwezen, zonder tussenkomst van de huisarts. Specialisten geven aan dat ze dit doen om de patiënt niet tussen 1e en 2e lijn op en neer te hoeven sturen. Huisartsen pleiten voor meer onderlinge afstemming, eventueel telefonisch. Ook de SEH-arts kan hier een rol in vervullen omdat deze generalistisch kijkt.
- Verdere uitwerking verdient: een pool van gevestigde huisartsen die inzetbaar is in een ziekenhuis ten behoeve van consultatie door SEH en in multidisciplinaire patiëntbesprekingen.
- Uitkomsten van (wetenschappelijk) onderzoek op het gebied van spoedzorg met elkaar delen!

Het financieel-organisatorische kader

HpA ↔ SEH ↔ AMBU en Triagesysteem

(-)

- Huisartsen vinden het risico van 'samen onder één dak en één regie' groot, omdat ze dan worden besmet met het tweedelijns-denken. SEH's die ervaring hebben met een huisarts op de SEH, geven aan dat deze huisarts eerstelijns blijft denken en veel toegevoegde waarde heeft omdat overbodige diagnostiek en verwijzingen worden voorkomen.
- Bij samengaan HAP en SEH kan het lastiger zijn om aanvullende diagnostiek af te wijzen. Het is immers binnen handbereik.
- Plaats SEH-arts tussen eerste en tweede lijn in. Is dit een (deels) achterhaald idee door samenwerking HAP-SEH?
SEH arts moet ook voldoende niet-zieke patiënten zien om goede inschatting te kunnen maken.
- In het samenwerkingsmodel waarbij de SEH voor de HAP zit, zou er door de SEH al pijnstilling gegeven kunnen worden, waarna voor verdere behandeling wordt doorverwezen naar de HAP. De aanwezige huisartsen vinden dat ze dan de 'eerste blik' missen. Uit wetenschappelijk onderzoek is echter gebleken dat pijnstilling geen effect heeft op het diagnostisch proces. Kennis over deze zaken wordt niet tussen huisarts en SEH-arts gedeeld.
- Huisarts, hoe houden we het behapbaar?

(!)

- HAP/SEH/AMBU moeten een eenheid zijn.
- Houd de HAP en SEH vooral gescheiden, kan ook prima.
- Huisartsen willen bij voorkeur de HAP voor de SEH, maar in ieder geval één ingang, één balie, één triagesysteem.
- HAP en SEH samen met één balie/frontoffice, triage onder verantwoording huisarts en volgens eenduidig triagesysteem.
- Stemming positief over huisarts gekoppeld aan SEH en een SEH arts volgens NHG-richtlijnen huisartsenzorg te laten verlenen.

Overleg 'in de luwte'/platform

(+)

- Overleg aan de hand van casuïstiek blijkt nutteloze gebruiken te 'ontmaskeren'.
- Samenwerking is een feit.
- Huisarts uitnodigen bij MDO in de ziekenhuizen (wordt soms al gedaan bij palliatief team en ouderen).
- Er zijn verwachtingen van het transmuraal platform en een wens meer handen en voeten te geven aan afspraken (zichtbaarheid).

(!)

- Samenwerking is een feit, maar hoe nu verder? ROAZ? Vervolgbijskomsten SEH-huisartsen-waarnemers en eventueel patiënt?
- Zorgverzekeraar, ziekenhuisbestuurders en HpA geef richting aan casuïstisch intercollegiaal overleg spoedzorg.
- Er is een breed platform nodig om hele spoedzorg in Amsterdam te reorganiseren. Inventariseer belangen, regionaal, financieel etc.
- Uitkomsten van (wetenschappelijk) onderzoek op het gebied van spoedzorg met elkaar delen!

Regiobeleid

(-)

- We moeten ontschotten: regio-indeling loslaten.
- Ter discussie: postcodebeleid loslaten zodat HAP en SEH dezelfde populatie zien. Knelpunt hierbij is de werkdruk/toename van volume op de HAP.

(!)

- Over domeinen heen denken; de juiste patiënt op de juiste plek.

Opleidingen/onderwijs/nascholing

(+)

- De SEH-verpleegkundige is wel opgeleid voor fysieke triage, is ook BIG geregistreerd en kan de fysieke triage zelfstandig uitvoeren.

(-)

- Er is nog geen (gediplomeerde) opleiding voor fysieke triage. Doktersassistente/triagist zou het kunnen doen, maar dan onder supervisie van een arts.

(!)

- Specialisten tijdens opleiding stage laten lopen in een huisartspraktijk.
- Opleiding tot triagist moet geborgd zijn.

Wetenschappelijk onderzoek

(!)

- Onderzoek nodig naar: wie doet de juiste urgentiebepaling in de 'low care' (vergelijk opzet Nijmegen).
- Op SEH onderzoeken of triageverpleegkundige laag urgent mag/kan afhandelen met een zelfzorg advies zonder tussenkomst arts.

Financiële kanten

(-)

- Financiën staan dapperheid dokters in de weg.
- Geldstroom moet meegaan met patiënten.

(!)

- Intercollegiaal consult opnemen in DBC, want werkt kostenbesparend.
- Zorgverzekeraar denk eraan: persoonlijke financiële belang van professional is ondergeschikt aan dapperheid=doelmatige zorg.