

Rollen en taakverdeling

in de geïntegreerde acute zorg

deel 2



College voor de
Beroepen en Opleidingen
in de Gezondheidszorg

Evaluatie spoedposten Haarlem-Zuid en Waterland

Opdrachtgever: CBOG en Achmea

dr. H.C.M. Kamphuis
drs. M.J.P.M. Stukstette
drs. D.J. Homberg
drs. R.E. Sonneveld
dr. R.B. Kool

Utrecht, september 2007

Prismant

Prismant is dé zakelijke dienstverlener voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Zij beschouwt het als haar opdracht om haar klanten te ondersteunen bij het formuleren, implementeren en evalueren van hun beleid, gericht op verbetering van doeltreffendheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg.

Vanuit haar betrokkenheid bij de Nederlandse gezondheidszorg wil Prismant toonaangevend zijn in de markt, betrouwbaar zijn als partner en excelleren op het gebied van advies, onderzoek, informatievoorziening en opleiding.

© Stichting Prismant, Utrecht, september 2007. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden veeleevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stichting Prismant.

Publicatie van cijfers en/of tekst uit dit werk als toelichting of ondersteuning bij wetenschappelijke artikelen, boeken of scripties, is toegestaan mits daarbij geen sprake is van commerciële doeleinden en voor zover de bron duidelijk wordt vermeld.

® Prismant is een wettig gedeponeerd dienst- en warenmerk.

ZP/5371 Tussenrapportage Evaluatie spoedposten

Uitgever

Prismant
Papendorpseweg 65, 3528 BJ Utrecht
Postbus 85200, 3508 AE Utrecht
Telefoon 030 - 2345 678
Fax 030 - 2345 677
prismant@prismant.nl
ISBN 90-5376-!!!!

Bestellingen

Publicaties zijn te bestellen via www.prismant.nl.

Prismant



Antwoord op uw vragen

Inhoudsopgave

1.	SAMENVATTING	5
2.	VRAAGSTELLING EN METHODOLOGIE	7
2.1	VRAAGSTELLING	7
2.2	DESIGN	8
2.3	DEELNEMERS ONDERZOEK	9
2.4	SELECTIEPROCES CONTROLEREGIO	10
2.5	TE METEN ITEMS	10
2.6	DATAVERZAMELING	11
3.	RESULTATEN LOCATIE HAARLEM-ZUID	15
3.1	SPOEDPOSTMODEL	15
3.2	GEGEVENS PATIËNTEN	21
3.3	PATIËNTENSTROMEN	28
3.4	GEGEVENS PROFESSIONALS	34
3.5	SAMENVATTING HAARLEM-ZUID	40
4.	RESULTATEN LOCATIE ZAANDAM	41
4.1	ORGANISATIE SEH	41
4.2	ORGANISATIE HAP	42
4.3	GEGEVENS PATIËNTEN	45
4.4	PATIËNTENSTROMEN	51
4.5	GEGEVENS PROFESSIONALS	57
4.6	SAMENVATTING ZAANDAM	62
5.	RESULTATEN LOCATIE PURMEREND	63
5.1	SPOEDPOSTMODEL	63
5.2	KENMERKEN PATIËNTEN	68
5.3	PATIËNTENSTROMEN	74
5.4	GEGEVENS PROFESSIONALS	80
5.5	SAMENVATTING PURMEREND	84
6.	RESULTATEN LOCATIE LELYSTAD	85
6.1	ORGANISATIE SEH	85
6.2	ORGANISATIE HAP	86
6.3	GEGEVENS PATIËNTEN	89
6.4	PATIËNTENSTROMEN	95
6.5	GEGEVENS PROFESSIONALS	101
6.6	SAMENVATTING LELYSTAD	105
7.	BESCHOUWING	107
7.1	WAT ZIJN DE EFFECTEN OP DE PATIËNTEN?	107
7.2	WAT ZIJN DE EFFECTEN OP DE MEDEWERKERS?	107
7.3	WAT ZIJN DE EFFECTEN OP DE ORGANISATIES?	109
7.4	WAT ZIJN DE EFFECTEN VOOR VERZEKERAAR EN OVERHEID?	110
7.5	ONDERZOEKSBEPERKINGEN	111

BIJLAGE 1 VRAGENLIJST PATIËNTTEVREDENHEID	113
BIJLAGE 2 VRAGENLIJST DOORSTROMING	121
BIJLAGE 3 VRAGENLIJST ARBEIDSBELEVING	123
BIJLAGE 4 VERGELIJKING SPOEDPOST MET CONTROLELOCATIE	127

1. Samenvatting

Dit onderzoeksrapport beschrijft de evaluatie met een *pre-test post-test design* van de Spoedposten Waterland en Haarlem-Zuid in vergelijking met twee controlelocaties die met gescheiden locaties van spoedeisende hulp (SEH) en huisartsenpost (HAP) werken. Invalshoeken waren de effecten van de spoedposten vanuit het perspectief van de patiënt, de betrokken professionals en organisaties alsmede van de verzekeraar en overheid. De gegevens zijn verzameld met behulp van vragenlijsten en verdiepingsinterviews bij medewerkers en patiënten, door het onttrekken van gegevens uit het ziekenhuisinformatiesysteem en het waarneeminformatiesysteem en door het registreren van gegevens over de doorstroming op de verschillende locaties.

Dit onderzoek laat zien dat de spoedposten Waterland en Haarlem-Zuid op korte termijn de verwachte verschuiving in patiëntenstromen hebben weten te realiseren. Het huisartsendeel heeft een stijging opgeleverd van het aantal contacten met patiënten met een acute zorgvraag. Het ziekenhuisdeel laat een daling van het aantal patiënten zien, fors in Purmerend, bescheiden in Haarlem-Zuid. Deze veranderingen lijken ook daadwerkelijk door de introductie van de spoedpost te zijn veroorzaakt omdat ten eerste de controlevariabelen (geslacht, leeftijd en urgentie) nagenoeg gelijk zijn gebleven en ten tweede bovengenoemde veranderingen in patiëntenstromen bij de controlelocaties niet waarneembaar of zelfs sterk omgekeerd zijn.

De SEH-kant van beide spoedposten kreeg minder zelfverwijzers en meer verwijzingen van de huisarts. Voor de beide controlelocaties geldt een omgekeerde beweging. Hierdoor zal op termijn de acute zorg voor spoedposten beter planbaar zijn.

De doorlooptijd, zowel telefonisch als fysiek, is op beide locaties verminderd en bij beide controlelocaties gestegen. Een mogelijke oorzaak is dat de spoedposten de afgelopen jaren veel tijd en energie gestopt hebben in het verbeteren van de processen.

In dit onderzoek oordelen patiënten niet uitgesproken positiever over de spoedpost dan over de traditionele situatie. Met name in Haarlem-Zuid is het patiëntenoordeel vergelijkbaar of kritischer dan in de controlelocatie. In Purmerend zijn de patiënten over het telefonische contact op de spoedpost meer tevreden dan op de controle-HAP.

De integratie van de eerste en tweedelijns in de vorm van een spoedpost is een proces dat gepaard gaat met ontevredenheid bij de betrokken medewerkers. Een deel van hen gelooft niet in het spoedpostmodel, in het bijzonder de medewerkers van de ziekenhuiskant. Een deel is positiever over het model, vooral de huisartsen. Ze tonen affiniteit maar vinden wel dat de praktijk nog te veel verschilt van het theoretische model. Ook zijn ze bang dat de rol van de huisarts in de acute zorg wordt beperkt.

Het feit dat er sprake is van een stijging van het aantal contacten voor het huisartsendeel wil niet zeggen dat automatisch de werkdruk van de huisartsen wordt vergroot. Doktersassistentes en verpleegkundigen hebben immers op de spoedposten een andere rol gekregen; in Purmerend ziet de zogenoemde korte-lijnverpleegkundige bijvoorbeeld dertien procent van de contacten, met name zelfverwijzers. In Haarlem-Zuid ziet de arts-assistent nog steeds veel zelfverwijzers.

De wijze van triëren is een essentieel onderdeel van de beide spoedpostmodellen. In de praktijk worden er nog verschillende wijzen van triage gebruikt, het Manchester Triage Systeem, de NHG TelefoonWijzer en/of zelf ontwikkelde systemen. Medewerkers zijn hier niet altijd tevreden over. Het nadeel is dat deze systemen soms lastig te vergelijken zijn. Mogelijk biedt het recent ontwikkelde Nederlandse Triagesysteem hier een oplossing voor.

De gevolgen voor de inkomsten van betrokken organisaties waren in 2006 en 2007 nog beperkt. De verschuiving van de declarabele productie van het ziekenhuisdeel naar het huisartsendeel wordt in Purmerend, in overleg met de zorgverzekeraar, gecompenseerd doordat alle contacten van de korte-lijnverpleegkundige geregistreerd worden als een ziekenhuis-DBC. In Haarlem-Zuid was tot op heden de daling van het aantal patiënten aan de ziekenhuiskant beperkt door de afspraak dat traumatologie die korter bestaat dan 24 uur, door de arts-assistent Chirurgie wordt gezien. Zonder afspraken met de zorgverzekeraar zullen echter de inkomsten van ziekenhuizen en het honorariumdeel van de medisch specialisten in het spoedpostmodel in de huidige financieringssystematiek verminderen omdat het aantal SEH-bezoeken daalt. Mogelijk zal bij verdere invoering van de DBC-systematiek de gevolgen voor ziekenhuizen en medisch specialisten beperkt worden. Het honorarium van de huisartsen zal op korte termijn niet eenvoudig aangepast kunnen worden aan de gestegen productie omdat dit gebaseerd is op een landelijk vastgesteld uurtarief. De HAP kan wel samen met de zorgverzekeraar een verzoek indienen bij de NZA om het budget voor infrastructurele kosten aan te passen door de gerealiseerde substitutie van tweede naar eerste lijn en eventuele kwaliteitswinst.

2. Vraagstelling en methodologie

2.1 Vraagstelling

In mei 2005 is spoedpost Waterland van start gegaan waar de spoedeisende hulp (SEH) van het Waterlandziekenhuis en de huisartsenpost (HAP) in Purmerend zijn geïntegreerd. Een soortgelijke functioneert vanaf 1-6-2006 in Haarlem-Zuid bij het Kennemer Gasthuis. De spoedposten streven naar een functionele benadering van de acute zorgvraag. Hierbij staat de vraag van de patiënt centraal bij het bepalen welke functies nodig zijn in de geïntegreerde acute zorg, over welke competenties de zorgverleners moeten beschikken en welke nieuwe of aanvullende opleidingen daarvoor nodig zijn.

Maar bereiken de spoedposten dit streven? Wat betekent de spoedpost voor de betrokken partijen en te weten patiënten, professionals, betrokken instellingen, zorgverzekeraars en overheid in de praktijk? Om deze vragen te beantwoorden hebben het College voor Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) en Achmea aan Prismant de volgende opdracht gegeven:

Evalueer met een pre-test post-test design de effecten van de Spoedposten Waterland en Haarlem-Zuid in termen van kwantiteit en kwaliteit in vergelijking met twee controlelocaties die met gescheiden locaties werken.

De onderzoeksvragen die dit onderzoek beantwoordt, zijn als volgt geformuleerd:

- Wat zijn de effecten van de spoedposten Waterland en Haarlem-Zuid vanuit het perspectief van de patiënt op bijvoorbeeld de kwaliteit van de zorg, de toegankelijkheid zowel fysiek, als financieel, wachttijden, et cetera?
- Wat zijn de effecten van de spoedposten Waterland en Haarlem-Zuid vanuit het perspectief van de betrokken professionals op bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg (onder andere gebruik protocollen, andere functies), op hun financiën, werkdruk, et cetera?
- Wat zijn de effecten van de spoedposten Waterland en Haarlem-Zuid vanuit het perspectief van de betrokken organisaties op bijvoorbeeld de patiëntenstromen, de financiën en de productie?
- Wat zijn de effecten van de spoedposten Waterland en Haarlem-Zuid vanuit het perspectief van de verzekeraar en overheid?

Het onderzoek is in het najaar 2006 begonnen. In maart 2007 en juni 2007 heeft een tussenrapportage plaatsgevonden.

2.2 Design

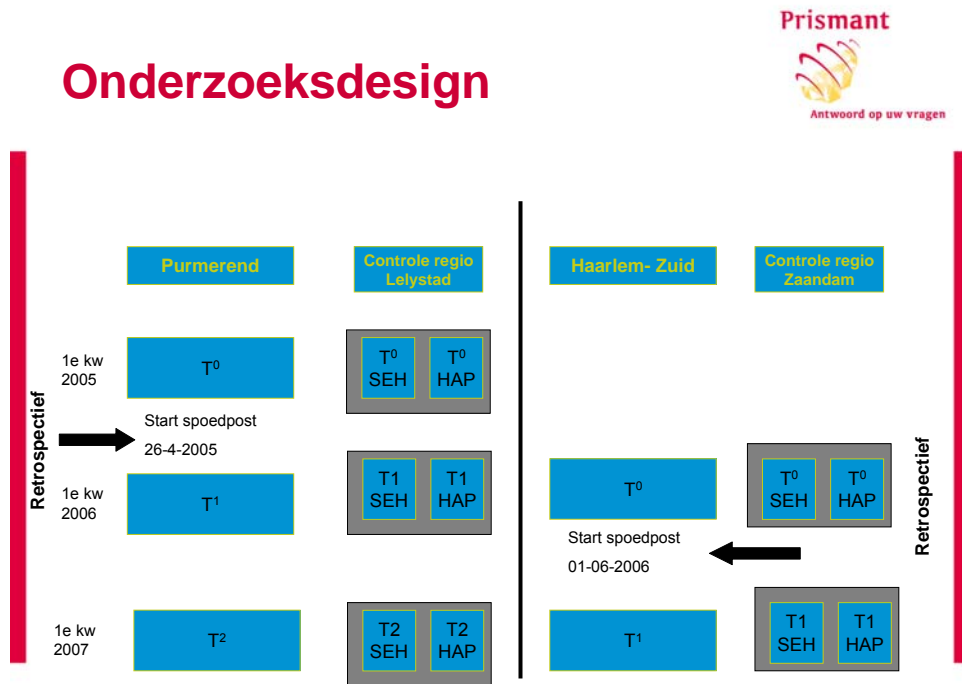
Dit onderzoek kent een *pre-test post-test design* waarin twee interventieposten (Waterland en Haarlem-Zuid) worden vergeleken met elk een controleregio (Lelystad en Zaandam). Om eventuele effecten aan te tonen, meten wij op verschillende momenten. Voor de eerste meting (T0) vindt er retrospectieve verzameling van gegevens plaats voorafgaand aan het inwerking treden van de spoedpost. De tweede meting (T1) vindt plaats een half jaar na ingang van de spoedpost. Voor Purmerend en de controleregio Zaandam zal een tweede effectmeting (T2) mogelijk zijn, anderhalf jaar na het begin van de spoedpost in Purmerend.

Voor de spoedpost in Purmerend, de SEH Lelystad en de HAP Lelystad geldt derhalve dat de data betrekking hebben op het eerste kwartaal van 2005, 2006, 2007. De spoedpost Purmerend is halverwege 2005 van start gegaan. Zodoende is voor een meetmoment gekozen voor de interventie en twee meetmomenten na de interventie (zie onderstaande figuur).

Voor de spoedpost Haarlem-Zuid, de SEH van het Zaans Medisch Centrum en de huisartsenpost Zaanstreek geldt dat de data alleen betrekking hebben op het eerste kwartaal van 2006 en 2007. De spoedpost Haarlem-Zuid is halverwege 2006 van start gegaan. Zodoende is gekozen voor een meetmoment voor de interventie en een meetmoment na de interventie.

Voor T0 analyseren wij informatiesystemen en documenten in de vier regio's van een periode voorafgaand aan de start van de spoedposten. Voor T1 en T2 analyseren wij informatiesystemen en documenten in de vier regio's van een periode na de start van de spoedposten. Tevens nemen wij voor de T1- en T2-meting vragenlijsten en interviews af bij patiënten en professionals. De metingen worden uitgevoerd aan de hand van een vooraf opgesteld protocol. Om de uniformiteit van meten tussen de verschillende locaties verder te waarborgen verzorgt Prismant voor de periode van gegevensverzameling instructiebijeenkomsten voor de deelnemende hulpverleners die gegevens gaan verzamelen. Onderstaande figuur geeft een samenvatting van de onderzoeksopzet:

Figuur 2.1 Onderzoeksoopzet



2.3 Deelnemers onderzoek

Groep 1: experimentele groep: spoedposten Waterland en Haarlem-Zuid

Bij deze spoedposten zijn de spoedeisende hulp van het ziekenhuis en de huisartsenpost tussen de eerste en de tweede meting geïntegreerd. Het idee is dat er hierdoor optimale duidelijkheid en gemakkelijke toegang is voor patiënten met een acute zorgvraag. Er is sprake van taakdelegatie en nieuwe professionals in de praktijk. Bij de intake op de spoedpost vindt er triage plaats van patiënten. Op basis van deze triage wordt de urgentie van de zorgvraag bepaald en wordt bepaald wie de zorgvraag afhandelt.

Groep 2: controleregio's: IJsselmeerziekenhuizen en huisartsenpost Lelystad alsmede Zaans Medisch Centrum en huisartsenpost Zaanstreek

De controlegroep wordt gevormd door twee regio's waar de spoedeisende hulp van een ziekenhuis en een huisartsenpost op gescheiden locaties zijn gevestigd. Voorafgaand en gedurende de looptijd van de studie zullen er voor zowel het personeel als de patiënten op deze locatie geen wijziging in beleid plaatsvinden ten aanzien van samenwerking tussen de spoedeisende hulp en huisartsenpost. Tevens zullen er geen veranderingen in taakverdeling plaatsvinden. De zorg zoals deze voorafgaand aan het onderzoek werd gegeven, zal voorafgaand en gedurende de looptijd van het onderzoek niet veranderen.

2.4 Selectieproces controleregio

Inclusiecriteria:

De controleregio's voor het onderzoek zijn geselecteerd op basis van vergelijkbaarheid van de volgende variabelen:

- vergelijkbare grootte van de patiëntengroep;
- vergelijkbare omgevingsfactoren te weten urbanisatiegraad en aantal allochtonen;
- vergelijkbaar aanbod gezondheidszorgvoorzieningen in de omgeving en
- bereidheid om mee te werken aan dit onderzoek.

Exclusiecriteria:

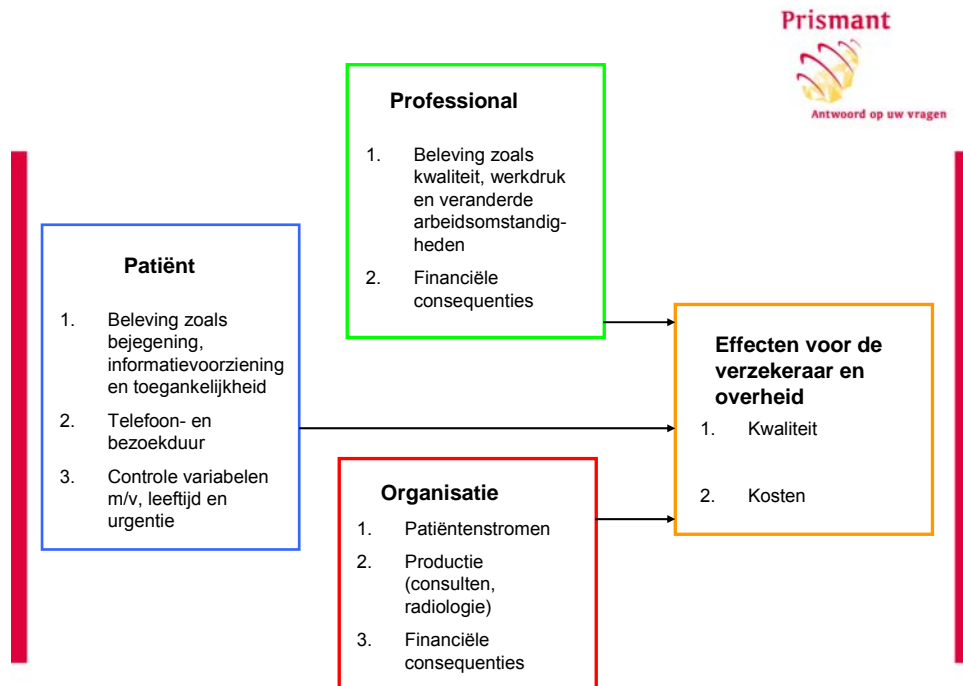
Voor de controleregio's werd gesteld dat zij niet voor het onderzoek in aanmerking kwamen wanneer aan de volgende criteria werd voldaan:

- grote veranderingen in het beleid ten aanzien van de samenwerking tussen de spoedeisende hulp en de huisartsenpost na 2002 en
- een verschuiving in functies of taakdelegatie op de spoedeisende hulp of de huisartsenpost na 2002.

2.5 Te meten items

In onderstaande figuur zijn de verschillende items weergegeven die gemeten worden om de onderzoeksvragen te beantwoorden:

Figuur 2.2 Te meten items



2.6 Dataverzameling

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden en uitspraken te doen over bovengenoemde items zijn de volgende gegevens verzameld:

Tabel 2.1 Dataverzameling patiënt

• Leeftijd	ZIS/WIS, controle variabele
• Geslacht	ZIS/WIS, controle variabele
• Urgentie	ZIS/WIS, controle variabele
• Tevredenheid over:	Vragenlijst/interviews patiënt
o toegankelijkheid	Vragenlijst/interviews patiënt
o ontvangst	Vragenlijst/interviews patiënt
o wachttijd	Vragenlijst/interviews patiënt
o bejegening	Vragenlijst/interviews patiënt
o informatie en voorlichting	Vragenlijst/interviews patiënt
o betrokken hulpverleners	Vragenlijst/interviews patiënt
o raadpleging andere hulpverleners	Vragenlijst/interviews patiënt
o triage	Vragenlijst/interviews patiënt
• Bekendheid met werkwijze spoedpost	Vragenlijst/interviews patiënt

Tabel 2.2 Dataverzameling organisatie

• Herkomst	ZIS/WIS
• Doorlooptijd	ZIS/WIS
• Consultsoort	ZIS/WIS
• Röntgenfoto's	ZIS/WIS
• Vervolgconsumptie	ZIS/WIS

Tabel 2.3 Dataverzameling professionals

• Leeftijd	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Geslacht	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Opleidingsniveau	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Setting (SEH HAP Spoedpost)	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Functie	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Ervaringsjaren in functie	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Leidinggevende functie	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Zelfstandigheid/autonomie	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Rolduidelijkheid	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Personeelsbezetting	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Zorg voor patiënten	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Gebruik eigen capaciteiten	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Sociaal klimaat	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Informatie	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Cultuur	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Tevredenheid werk	Vragenlijst/interviews medewerkers
• Tevredenheid organisatie	Vragenlijst/interviews medewerkers

Tabel 2.4 Dataverzameling algemene gegevens

• Grootte organisatie	Interviews met medewerkers zoals HEAD en hoofd SEH/HAP
• Aantal FTE's	Interviews met medewerkers zoals HEAD en hoofd SEH/HAP
• Beschrijving proces en triagesysteem	Interviews met medewerkers zoals HEAD en hoofd SEH/HAP
• Grootste ziektekostenverzekeraar	CBS
• Urbanisatiegraad	CBS
• Etniciteit	CBS
• Veranderingen omgeving	Interviews met medewerkers zoals HEAD en hoofd SEH/HAP

2.6.1 Patiënttevredenheidsvragenlijst en verdiepingsinterviews

Prismant heeft voor dit onderzoek een vragenlijst opgesteld. Als basis diende de NFU-vragenlijst die als prestatie-indicator is opgenomen in de indicatorenset van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze is uitgebreid voor de specifieke situatie van de spoedpost/SEH/HAP. Deze vragenlijst is gezonden naar alle patiënten in een bepaalde meetweek waarvan de karakteristieken waren gemeten met de logistieke vragenlijst. Mensen die telefonisch contact hadden met de spoedpost of de huisartsenpost kregen een aangepaste vragenlijst. De vragenlijsten zijn bijgevoegd als bijlage 1.

Naar aanleiding van de geretourneerde vragenlijsten 'patiënttevredenheid' is aselect een steekproef gemaakt van tien personen per instelling/locatie. Deze patiënten zijn, na een vooraankondiging per brief, gebeld voor een kort telefonisch verdiepingsinterview. Deze interviews hebben overigens nauwelijks aanvullende informatie opgeleverd en worden derhalve verder niet vermeld.

2.6.2 ZIS/WIS

Van alle deelnemende instellingen is data verkregen uit de ziekenhuis- en waarneeminformatiesystemen (ZIS en WIS) aangaande de doorlooptijd, urgentie, verwijzing, doorverwijzing, duur telefonisch consult, radiologie, geboorte datum etc. Deze gegevens zijn verzameld in nauw overleg met de systeembeheerders van de ZIS-sen en WIS-sen. Iedere instelling heeft een gelijke specificatie ontvangen hoe de gegevens dienden te worden aangeleverd. Het betrof steeds de gegevens over de eerste kwartalen tijdens de ANW-uren.

2.6.3 Logistieke vragenlijst in te vullen door medewerkers

Prismant heeft tevens een korte vragenlijst opgesteld die ingevuld is door medewerkers van de spoedpost/SEH/HAP voor ongeveer 300 patiënten tijdens een aaneengesloten periode. Gevraagd werd naar herkomst, behandelaars, tijdsduur, urgentie en doorverwijzing. De vragenlijst is bijgevoegd als bijlage 2. Reden was om na te gaan waar patiënten naar toe worden verwezen en welke hulpverleners betrokken waren bij de behandeling van de patiënten.

2.6.4 Vragenlijst voor medewerkers en verdiepingsinterviews

Prismant heeft voor dit onderzoek een vragenlijst opgesteld. Als basis diende de arbeidsbelevingsvragenlijst die in landelijke benchmarks is gebruikt in ziekenhuizen (Personeel in Beeld). Deze is uitgebreid voor de specifieke situatie van de spoedpost/SEH/HAP.

Deze vragenlijst is verspreid onder alle medewerkers. De vragenlijst arbeidsbeleving richt zich op de volgende arbeidskenmerken: functie-inhoud en werkorganisatie, persoonlijke ontwikkeling, communicatie en overleg. Daarnaast wordt welbevinden gemeten als beleving van de gevolgen. De gevolgschalen zijn: tevredenheid werk en tevredenheid organisatie. De vragenlijst is bijgevoegd als bijlage 3.

Vervolgens zijn op alle vier de locaties verdiepingsinterviews gehouden met medisch-specialisten (in opleiding), huisartsen, verpleegkundigen, doktersassistentes en huisartsen. Voor de interviews zijn enkele open vragen opgesteld die leidend waren voor het interview. De leidende thema's waren:

- functie-inhoud en werkorganisatie;
- communicatie en overleg;
- samenwerking;
- triage;
- tevredenheid organisatievorm en
- toekomst spoedzorg.

In enkele gevallen werden verschillende medewerkers gelijktijdig geïnterviewd. Er zijn twee medewerkers telefonisch geïnterviewd.

2.6.5 Verantwoording methodologie en statistiek

De ontvangen databestanden zijn gehercodeerd zodat de resultaten tussen de locaties te vergelijken zijn. De resultaten zijn gecategoriseerd en geanalyseerd met behulp van het computerprogramma SPSS 15.0. Hiervoor is van te voren een analysemodel ontworpen. De resultaten en analyse zijn in een tussentijdse rapportage teruggekoppeld aan de opdrachtgever.

Data ZIS-WIS

De verzamelde data zijn onderzocht op juistheid zoals door de specificatie is voorgeschreven. Een juist gehanteerde specificatie voor het aanleveren van data garandeert vergelijkbaarheid tussen locaties/instellingen. Kruistabellen en frequentieverdelingen hebben inzicht gegeven hoe de variabelen verdeeld zijn. Op basis hiervan is een analyseplan opgesteld. Dit analyseplan bevat zowel parametrische als non-parametrische toetsen. Deze toetsen de mate van verband tussen de betreffende variabelen.

In de analyse is elke locatie/instelling afzonderlijk geanalyseerd. Onderzocht is of tussen de verschillende meetmomenten, per locatie/instelling, significante veranderingen zijn opgetreden ($P < 0,05$). Indien tussen verschillende meetmomenten significante verschillen zijn opgetreden, zijn deze variabelen geselecteerd voor verdere analyse. Hierbij is voor elk meetmoment de interventielocatie vergeleken met de controlelocatie.

De volgende toetsen zijn gehanteerd, afhankelijk van de geldende voorwaarden:

- chi-kwadraattoets;
- Mann-Whitney;
- Kruskal-Wallis en
- variantieanalyse (one-way ANOVA).

Logistieke vragenlijst

De verzamelde data zijn onderzocht op juistheid zoals door de specificatie is voorgeschreven. Kruistabellen en frequentieverdelingen hebben inzicht gegeven hoe de variabelen verdeeld zijn. Op basis hiervan is een analyseplan opgesteld. Dit analyseplan bevat beschrijvende statistiek en enkele statistische toetsen (non-parametrisch) om de mate van verband tussen de betreffende

variabelen te toetsen. De volgende analyses zijn uitgevoerd ten behoeve van de beschrijvende statistiek:

- multiple respons tabel en
- kruistabellen.

Ten behoeve van een specifieke vraagstelling (bijvoorbeeld ten aanzien van zelfverwijzers) is het bestand gefilterd op basis van de variabele verwijzing met de voorwaarde dat alle cases worden meegenomen indien het een zelfverwijzer betreft. Vervolgens is een Chi-kwadraattoets uitgevoerd. Voor de toetsing zijn enkele variabelen gedichitomiseerd.

Patiënttevredenheid

Met beschrijvende statistiek (percentages, gemiddelden en standaarddeviaties) zijn de kenmerken van de respondenten van de verschillende locaties in kaart gebracht. Zowel de vragenlijsten die patiënten die alleen telefonisch contact hadden gehad met de locatie als de vragenlijsten voor patiënten die fysiek contact met de locatie hadden, kennen schalen. Op basis van schaalscores op de vragenlijsten werd met een T-toets getoetst of de interventiepost significant van de controlelocatie verschilt. Met een effectsize is de grote van het verschil berekend. Hierbij werd een effectsize van kleiner dan 0,2 als een klein verschil aangemerkt; een effectsize van kleiner dan 0,4 als een gemiddeld verschil en een effectsize groter dan 0,8 als een groot verschil. Alleen wanneer de groepen significant van elkaar verschilden en de effectsize groter was dan 0,2 werd aangenomen dat er sprake is van een relevant verschil.

Arbeidsbeleving

Aan de hand van percentages, gemiddelden en standaarddeviaties werden de kenmerken van de respondenten van de verschillende locaties beschreven. De vragenlijsten van het arbeidsbelevingsonderzoek kennen schalen. Met een T-toets werd getoetst of de schaalscores van mensen die de interventiepost bezochten significant verschilden van de schaalscores van mensen die de controle locaties bezochten. Met een effectsize is de grote van het verschil berekend. Hierbij werd een effectsize van minder dan 0,2 als een klein verschil gezien; een effectsize van minder dan 0,4 als een gemiddeld verschil en een effectsize groter dan 0,8 als een groot verschil. Alleen wanneer de groepen significant van elkaar verschilden en de effectsize groter was dan 0,2 werd aangenomen dat er sprake is van een relevant verschil.

3. Resultaten locatie Haarlem-Zuid

3.1 Spoedpostmodel

3.1.1 Organisatie algemeen

Het Kennemer Gasthuis (KG) is het grootste algemene ziekenhuis in de regio Zuid-Kennemerland. In het voorjaar 2006 is het aantal locaties teruggebracht van drie naar twee: locaties Zuid (voormalige locatie Elisabeth Gasthuis) en een nieuw kort-verblijfziekenhuis locatie Noord ter vervanging van de locaties Sint Johannes De Deo en Zeeweg.

Tot 1 mei 2006 was er in elke locatie van het KG een huisartsenpost gevestigd. In de locatie Deo was er sinds het najaar 2004 sprake van een proeftuinproject Spoedpost. De huisartsenposten maakten onderdeel uit van de huisartsendienstenstructuur (HDS) Kennemerland, Amstel- en Meerlanden (SHAP KAM) met zes huisartsenposten. Op 1 juni 2006 is deze huisartsenpost uit-eengevallen en failliet verklaard.

In Zuid-Kennemerland heeft het Kennemer Gasthuis het personeel (doktersassistenten) in dienst genomen en de nieuw opgerichte HDS Stichting Spoedpost Zuid-Kennemerland volledig gefaciliteerd.

Sinds 1 juni 2006 is er sprake van een spoedpost op twee locaties (Noord en Zuid). De adherentie van de 126 aan de Spoedpost Noord en Zuid verbonden huisartsen is groter dan die van KG: 270.000.

Voor dit onderzoek ligt de focus op locatie Zuid van het KG.

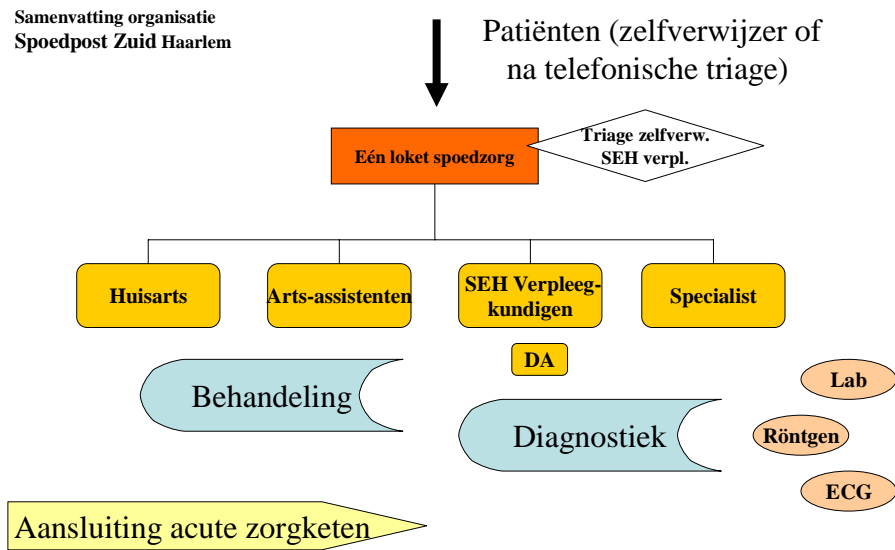
3.1.2 Organisatie spoedpost

In 2007 bestaat de HDS Zuid-Kennemerland uit twee locaties: Spoedpost Noord en Spoedpost-Zuid. Een gezamenlijk callcentrum (6 fte) voor beide locaties is gesitueerd in de locatie Noord. In locatie Zuid zijn 2,9 fte verpleegkundigen en 4,4 fte doktersassistentes werkzaam voor het huisartsendeel van de spoedpost. Op de ziekenhuiskant van de spoedpost werken 2,2 fte verpleegkundigen en 0,9 fte doktersassistentes. Er zijn 126 (ongeveer 110 fte) huisartsen aangesloten. Het spoedpostmodel is van toepassing tussen 17.00-8.00 uur, op feestdagen en in het weekend wanneer de dienstdoende huisartsen in het ziekenhuis aanwezig zijn. In de avonden zijn er twee huisartsen aanwezig voor visites en consulten. In het weekend overdag zijn dit drie huisartsen. In de nachten heeft een huisarts dienst voor consulten. Visites worden 's nachts gereden vanuit locatie Noord. Arts-assistenten van een aantal specialismen zijn inzetbaar op de spoedpost.

In de nieuwe spoedpoststructuur is er één ingang, één telefoonnummer en één balie voor alle ambulante patiëntencategorieën. Patiënten die per ambulance binnenkomen worden behandeld door de SEH van het KG.

De telefonische triage door de doktersassistentes werkzaam aan de huisartsenzijde is volgens de systematiek van de NHG TelefoonWijzer. De doktersassistentes werkzaam aan de ziekenhuiszijde verrichten de inschrijving van de zelfverwijzer aan de balie. Vervolgens wordt de zelfverwijzer getriëerd door de triageverpleegkundige volgens de systematiek van het Manchester Triage Systeem (MTS). Na de triage wordt de zelfverwijzer toegewezen aan de huisarts, specialist of arts-assistent.

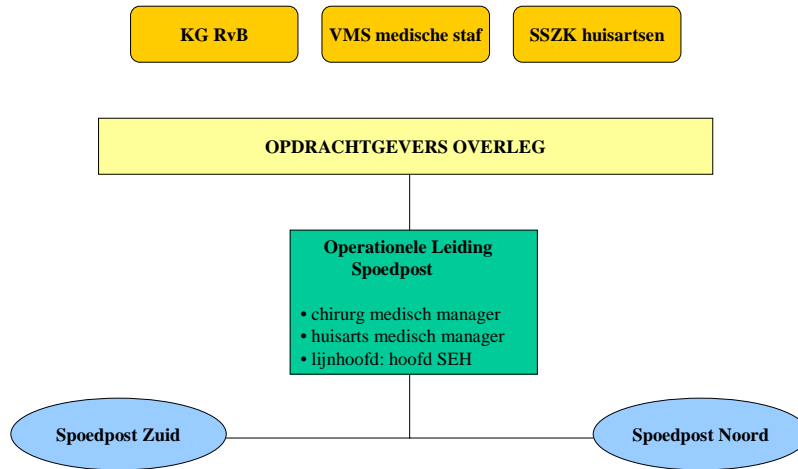
Figuur 3.1 Organisatie Spoedpost Haarlem-Zuid



Begin 2007 was een triage-criterium van kracht. Zelfverwijzers waarbij het trauma in de afgelopen 24 uur is ontstaan worden altijd gezien door de arts-assistent. Oudere letsels of klachten van het houdings- en bewegingsapparaat worden na triage verwezen naar de huisarts. Niet-traumatische aandoeningen worden verwezen naar de huisarts, tenzij de urgentiecode in het MTS rood of oranje was. Vanaf 1 juli 2007 wordt een lijst met ingangsklachten gehanteerd om voor behandeling te differentiëren tussen huisarts en arts-assistent chirurgie.

De spoedpost wordt in 2007 geleid door een hoofd en twee teamleiders. Doktersassistenten werkzaam voor het huisartsendeel zijn in dienst van het ziekenhuis. Verpleegkundigen op de spoedpost ondersteunen ook de huisartsen tijdens de ANW-uren. Er is een medisch manager (0,1fte) werkzaam vanuit de huisartsen die alle zaken afhandelt die betrekking hebben tot de huisartsenzorg. Vanuit het ziekenhuis is een medisch manager (chirurg) betrokken bij de aansturing van de spoedpost. Het organigram van de spoedpost Kennemer Gasthuis is in figuur 3.1 weergegeven en de normbezetting in tabel 3.1:

Figuur 3.2 Organigram Spoedpostorganisatie Haarlem



Tabel 3.1 Norm bezetting Spoedpost – Haarlem Zuid

	Door de weeks		Weekend		
	<i>avond</i>	<i>nacht</i>	<i>dag</i>	<i>avond</i>	<i>nacht</i>
doktersassistenten (**)	1	1	1	1	1
SEH-verpleegkundigen	4,5 (*)	3	4	5	3
huisarts	2	1	2	2	1
arts-assistent	1	1	1	1	1
secretaresse	1,5 (*)	0	1	2	0

* De halve dienst is een dienst van 17.00 uur -21.00 uur.

** Dit is exclusief de doktersassistentes die werkzaam zijn bij het callcentrum voor de telefonische triage. Het callcentrum is gehuisvest in locatie Noord

3.1.3 Proces

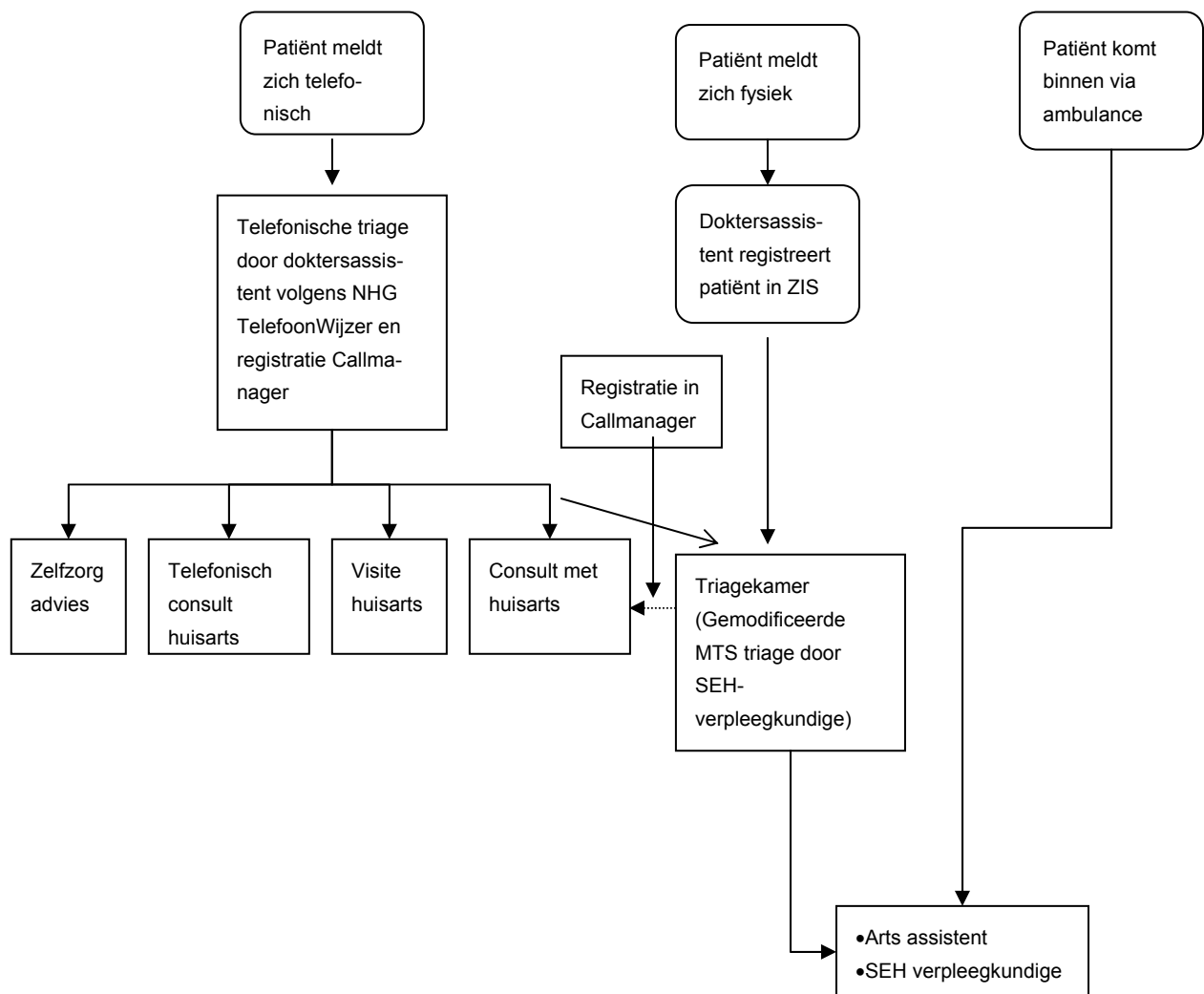
De patiëntenstroom wordt voornamelijk bepaald door hoe de patiënt zich meldt.

1. Wanneer de patiënt zich telefonisch meldt bij het callcenter van de spoedpost, zal de doktersassistente (huisartsenzijde) de patiënt telefonisch triëren volgens de NHG-TelefoonWijzer. Zij documenteert deze triage en de huisarts accordeert. De volgende uitkomsten zijn mogelijk:
 - a. zelfzorgadvies;
 - b. verwijzen naar eigen huisarts;
 - c. bezoek aan spoedpost;
 - d. telefonisch consult door de huisarts en
 - e. thuisvisite door de huisarts.

2. De zelfverwijzers doorlopen een ander traject. Bij binnenkomst op de spoedpost wordt de patiënt eerst geregistreerd in het ZIS door de doktersassistente van de ziekenhuiszijde. Vervolgens wordt deze patiënt door de triageverpleegkundige getriëerd volgens het MTS. Zij bepaalt of de patiënt door de huisarts wordt gezien of gezien moet worden door de arts-assistent op de spoedpost. De patiënten worden na urgentie-classificatie verwezen naar de wachtkamer of direct overgebracht naar een behandelkamer. Zij worden daarna gezien door de arts-assistent of, na inschrijving in het huisartsenregistratiesysteem Callmanager, door de huisarts. Indien nodig schakelt de arts-assistent de dienstdoende specialist in.
3. Patiënten die met de ambulance aankomen worden direct getriëerd door een SEH-verpleegkundige en arts-assistent.
4. In het KG locatie Zuid kan de patiënt indien nodig ter observatie voor een korte opname opgenomen worden. De afdeling Zorg Acute Patiënten (ZAP) heeft acht bedden op de spoedpost voor een korte opname van maximaal 24 uur.

Het proces dat patiënten die zich bij de spoedpost in Haarlem-Zuid melden, doorlopen, ziet er samenvattend als volgt uit:

Figuur 3.3 Proces spoedpost Haarlem-Zuid



3.1.4 Omgeving

Haarlem heeft 146.739 inwoners. De urbanisatiegraad is 5005 inwoners per vierkante kilometer. Het percentage allochtonen (westerse en niet-westerse allochtonen) binnen deze regio is 22%. Tot het verzorgingsgebied van Spoedpost Zuid (135.000 adherente inwoners) behoren naast een deel van de gemeente Haarlem ook de gemeenten Bennebroek, Heemstede, Zandvoort en de woonkernen Aerdenhout en Vogelenzang van de gemeente Bloemendaal. De rest van de gemeente Haarlem, Bloemendaal en de gemeente Velsen behoren tot de Spoedpost Noord (135000 adherente inwoners). De grootste ziektekostenverzekeraar in deze regio is Zilveren Kruis Achmea. Concurrerende ziekenhuizen in de omgeving van locatie Haarlem-Zuid zijn het Spaarne Ziekenhuis te Hoofddorp/Heemstede en Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk.

3.1.5 Financiële aspecten ziekenhuis en medisch specialisten

In de huidige fb-financiering worden de inkomsten van het ziekenhuis bepaald op basis van enkele parameters zoals aantal opnames, dagopnames en eerste polikliniekbezoeken. Toename of afname in de productie zorgt voor aanpassingen van het budget het jaar daarop. Een SEH-bezoek wordt gezien als een eerste polikliniekbezoek. Veranderingen in het aantal SEH-bezoeken hebben dus directe gevolgen op de inkomsten van het ziekenhuis. Ze beïnvloeden eveneens het honorarium van de medisch specialisten. Dit wordt bepaald op basis van afspraken in het tripartiete overleg met ziekenhuis en zorgverzekeraar aan de hand van de gerealiseerde productie.

De SEH heeft geen vast budget per jaar, maar werkt op basis van beschikbaarheidfunctie. Deze beschikbaarheidfunctie wordt voor alle ziekenhuizen op basis van dezelfde parameters berekend.

3.1.6 Financiële gevolgen huisartsenpost en huisartsen

Het tarief dat een Huisartsendienstenstructuur (HDS) in rekening mag brengen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), bestaat uit een honorarium voor de dienstdoende huisartsen en een bedrag aan infrastructurele kosten voor de instandhouding van de huisartsenpost. Deze infrastructurele kosten zijn bijvoorbeeld loonkosten voor doktersassistentes, huisvestingskosten, kosten voor vervoer en automatiseringskosten. Tussen de HDS'en bestaan grote verschillen in de hoogte van de kosten en dus in de tarieven. Om de kosten van de HDS'en te beperken en een einde te maken aan de grote kostenverschillen, is met ingang van 1 januari 2005 een normering ingevoerd. De normering is gebaseerd op een bedrag per inwoner in het werkgebied van de HDS. Het basisbedrag is € 10,40 per inwoner (niveau 2007). Dit bedrag kan worden verhoogd voor HDS'en die werkzaam zijn in plattelandsgebieden (maximaal € 2,60) of voor HDS'en die een grotere vraag naar zorg kennen (maximaal € 2,10). Daarnaast kan het bedrag per inwoner worden verhoogd wanneer de HDS extra kwaliteit en service levert. Uitgangspunt daarbij is 90% van het budget van het vorige jaar. Dat bedrag kan worden opgehoogd met maximaal 20%. De NZA noemt hierbij kwalitatieve verbeteringen zoals deze onder meer zijn aanbevolen voor de betreffende HDS in de rapportage van Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ook noemt de NZA de mogelijkheid van verhoging van het tarief om substitutie van zorg van de tweede lijn naar de HDS te stimuleren. De HDS moet hiervoor samen met de zorgverzekeraar de NZA verzoeken om het te declareren tarief te verhogen door middel van een plan van aanpak met uitleg waarom het geld nodig is en waaraan het wordt besteed. In de onderhandeling tussen HDS en zorgverzekeraar wordt zo een definitief bedrag per inwoner vastgesteld. Het bedrag per inwoner maal het aantal inwoners in het werkgebied vormt het budget van de HDS. Op basis van dit budget en het aantal verwachte consulteenheden wordt per HDS een consult- en visitetarief vastgesteld.

Voor het spoedpostmodel wordt een verschuiving van het aantal contacten verondersteld van specialist naar huisarts. Bij een dergelijke substitutie en een eventueel aangetoonde kwaliteitsverbetering kan dus de spoedpost in de jaarlijkse onderhandelingen met de zorgverzekeraar het tarief ter discussie stellen en gezamenlijk een verzoek tot ophoging indienen.

De uurtarieven voor de huisarts zijn vastgelegd door de NZA. Voor 2007 is het basistarief € 50,20 per uur. Het meer vergoeden van de huisarts boven dit tarief wordt gezien als een economisch delict. Op korte termijn is het honorarium van de huisarts derhalve niet flexibel.

De weergegeven resultaten hebben alle betrekking op ANW-uren: werkdagen tussen 17:00 en 8:00 en het weekend.

3.2 Gegevens patiënten

Er is geen gezamenlijk spoedpostregistratiesysteem. In dit rapport wordt daarom steeds een SEH-deel en een huisartsendeel beschreven. Contacten betreffende de huisarts worden geregistreerd in het waarneemstelsel Callmanager van Labelsoft. Het ziekenhuis gebruikt X-Care van McKesson als ZIS

3.2.1 Algemeen

Spoedeisende Hulp

In het eerste kwartaal van 2006 bezochten in totaal 3.736 mensen de SEH in de locatie EG (Zuid) van het KG te Haarlem-Zuid. In 2007 werd de SEH in het eerste kwartaal door 3.514 mensen bezocht. Dat is een daling van zes procent.

Tabel 3.2 Aantal bezoekers SEH Haarlem-Zuid

2006	3736
2007	3514

Controlevariabelen

Voor beide jaren geldt dat 52% van de bezoekers van het mannelijke geslacht was en 48% van het vrouwelijke geslacht.

Tabel 3.3 Verdeling man/vrouw SEH Haarlem-Zuid

	2006		2007	
	<i>Aantal</i>	%	<i>Aantal</i>	%
Man	1.945	52,1%	1.823	51,9%
Vrouw	1.791	47,9%	1.691	48,1%
Total	3.736	100,0%	3.514	100,0%

p>0,05

De gemiddelde leeftijd van de bezoekers voor beide jaren was ongeveer 40 jaar.

Tabel 3.4 Gemiddelde leeftijd SEH Haarlem-Zuid

	Gemiddelde leeftijd
2006	39,73
2007	39,85

p>0,05

Huisartsen

Voor het begin van de spoedpost gebruikte de SHAP-KAM drie stand-alone servers voor IJmuiden, Haarlem-Noord en Heemstede (Haarlem-Zuid). Hierin zijn alleen de totale aantallen patiënten opgenomen. Na het tot stand komen van de spoedpost zijn alle gegevens van deze drie gebieden in een Huisartseninformatiesysteem opgenomen. Hierdoor is geen onderscheid meer te maken tussen de posten. Voor dit onderzoek zijn echter slechts de gegevens van Haarlem-Zuid relevant. In het systeem is niet geregistreerd op welke locatie het consult heeft plaatsgevonden. Om toch de gegevens specifiek voor Haarlem-Zuid te verkrijgen hebben we een selectie gemaakt op postcode. Alleen de gegevens van patiënten uit postcodegebieden, behorende bij de huisartsenpost Haarlem-Zuid zijn geselecteerd en voor deze analyse gebruikt. Dit leverde voor het eerste kwartaal van 2006 2.767 mensen als bezoeker van de huisartsenpost en voor het eerste kwartaal 2007 5608. Bij nadere analyse blijkt dat de registratie uit 2006 veel ontbrekende waarden oplevert en derhalve is het absolute aantal van 2006 te laag. Wij gebruiken daarom voor het absolute aantal in 2006 het cijfer uit de oude database en voor 2007 uit de nieuwe database. Dit geeft richting in de ontwikkeling van het aantal bezoekers, ook al zijn beide getallen moeilijk vergelijkbaar. Bij nadere analyse blijken de patiëntkenmerken in 2006 vergelijkbaar met 2007 (zie de volgende tabellen). Wij gaan er daarom vanuit dat de 2767 patiënten een representatieve selectie is van het totale patiënten bestand. We gebruiken deze data met name om relatieve (procentuele) vergelijkingen te maken.

In het eerste kwartaal van 2006 telde de HAP Haarlem-Zuid 5290 contacten (uitgaande van het oude databestand). In 2007 registreerde het huisartsendeel van de spoedpost in het eerste kwartaal 5609 contacten (nieuwe registratie). Dat is een stijging van zes procent.

Tabel 3.5 Aantal patiënten huisartsen Haarlem-Zuid

2006	5290
2007	5609

Controlevariabelen

Voor beide jaren geldt dat 42% van de bezoekers van het mannelijke geslacht is en 58% van het vrouwelijke geslacht.

Tabel 3.6 Verhouding man/vrouw patiënten huisartsen Haarlem-Zuid

	2006		2007	
	Aantal	%	Aantal	%
Man	1.161	41,9%	2.350	41,9%
Vrouw	1.606	58,0%	3.259	58,1%

$p > 0,05$

De gemiddelde leeftijd van de bezoekers voor beide jaren was 41 jaar.

Tabel 3.7 Gemiddelde leeftijd patiënten huisartsen Haarlem-Zuid

	Gemiddelde leeftijd
2006	40,7
2007	41,4

$p > 0,05$

3.2.2 Urgentie

Spoedeisende Hulp

De urgentie van de mensen die de SEH Haarlem-Zuid bezochten werd in veel gevallen niet vastgelegd. Omdat in 2006 nog geen triagemodule aanwezig was, is er sprake van vele ontbrekende urgentieclassificeringen. Dit beperkt de generaliseerbaarheid van de hieronder weergegeven resultaten.

Tabel 3.8 Urgentie SEH Haarlem-Zuid

		2006	2007
Acuut	Aantal	18	21
	%	5,6%	0,8%
Zeer urgent	Aantal	1	199
	%	0,3%	7,3%
Urgent	Aantal	25	577
	%	7,7%	21,1%
Standaard	Aantal	252	1.709
	%	77,8%	62,3%
Niet urgent	Aantal	28	235
	%	8,6%	8,6%
Totaal	Aantal	324	2.741
	%	100,0%	100,0%

P<0,05

Huisartsen

De urgentie van de patiënten die de huisartsen raadpleegden wordt weergegeven in onderstaande tabel. Ruim 95% van de mensen die het huisartsendeel van de spoedpost bezochten had de urgentie U3 of U4. In 2007 is de urgentie licht toegenomen ten opzichte van 2006.

Tabel 3.9 Urgentie huisartsen Haarlem-Zuid

		2006	2007
U1	Aantal	2	8
	%	0,1%	0,1%
U2	Aantal	90	214
	%	3,3%	3,8%
U3	Aantal	556	1.258
	%	20,1%	22,4%
U4	Aantal	2.119	4.129
	%	76,6%	73,6%
Total	Aantal	2.767	5.609
	%	100,0%	100,0%

P<0,05

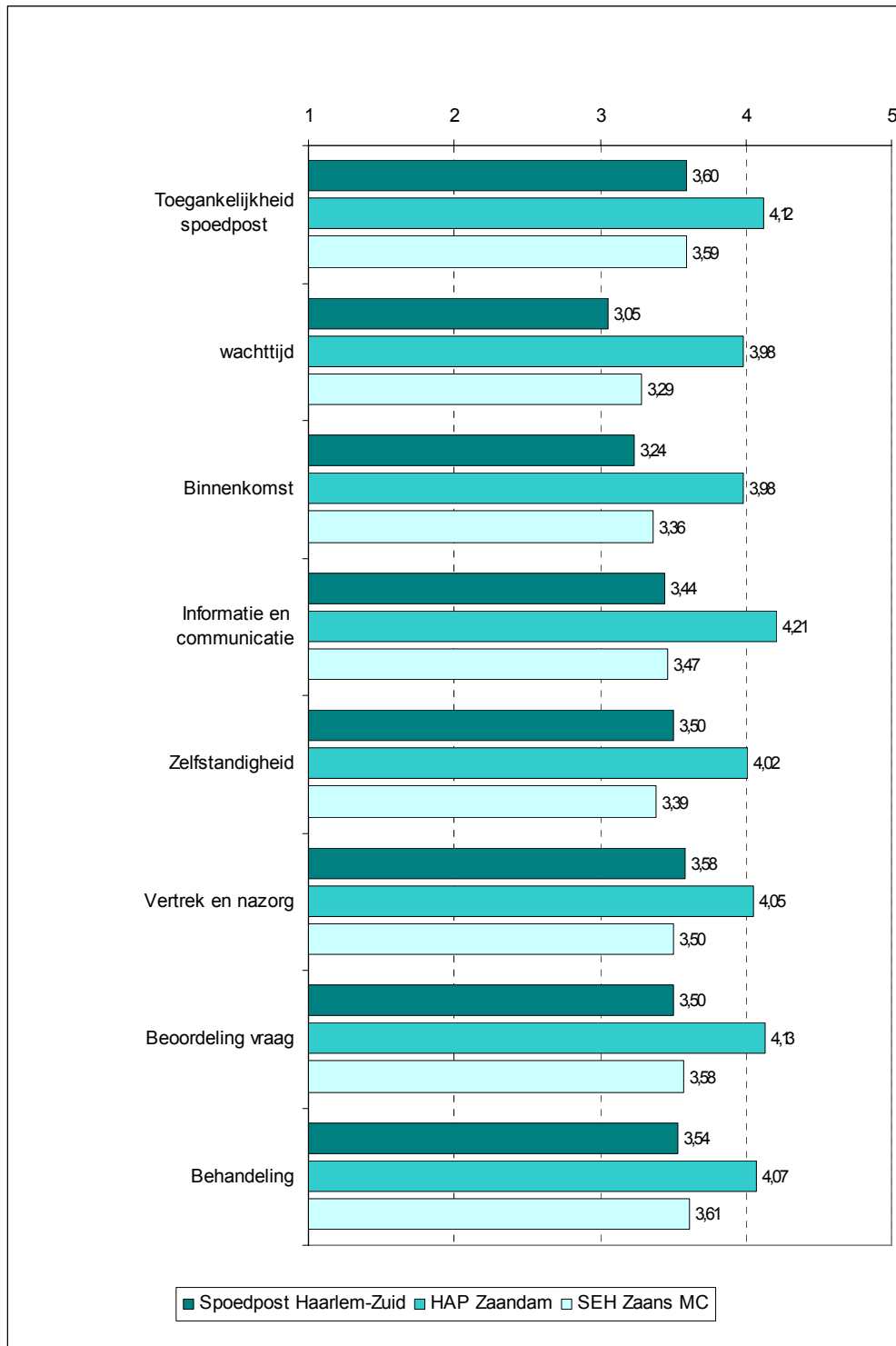
3.2.3 Tevredenheid

Fysiek benaderd

In april 2007 is aan 240 patiënten die de spoedpost twee weken daarvoor hadden bezocht een tevredenheidsvragenlijst opgestuurd. 68 mensen hebben deze vragenlijst geretourneerd (respons 28 %). Van hen was 35% van het mannelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd van de mensen die de vragenlijst invulden was 43 jaar. De spoedpost werd door 54% van de respondenten op eigen initiatief bezocht. Op de vraag of de no-claim regeling invloed had gehad op de keuze om de spoedpost te bezoeken antwoordde 88 % “nee”. Ruim een kwart van de respondenten was bekend met de werkwijze van de Spoedpost Haarlem-Zuid.

Onderstaande figuur geeft de schaalscores op de tevredenheid van de patiënten die de spoedpost in Haarlem-Zuid bezochten in vergelijking met de tevredenheid van de patiënten die de controlelocatie te weten de HAP in Zaandam en de SEH van het Zaanse MC bezochten:

Figuur 3.4 Scores van patiënttevredenheid over het bezoek aan de spoedpost.



De scores zijn vastgesteld aan de hand van de gehanteerde schalen. De vragenlijst met deze schalen is in bijlage 1 weergegeven.

In onderstaande tabel zijn alleen de significante verschillen ($p < 0,05$) weergegeven en tegelijkertijd de mate waarin de waarden verschillen, de zogenoemde *effect size*: - of + is in geringe mate, -- of ++ is in sterke mate en --- of +++ is in zeer sterke mate.

Tabel 3.10 Relevante verschillen patiënttevredenheid over bezoek aan de spoedpost

	Ten opzichte van HAP Zaandam		Ten opzichte van SEH Zaans MC	
	<i>lager</i>	<i>hoger</i>	<i>lager</i>	<i>hoger</i>
Toegankelijkheid spoedpost	---			
Wachttijd	--			
Binnenkomst	--			
Informatie en communicatie	--			
Zelfstandigheid	--			
Vertrek en nazorg				
Beoordeling vraag	--			
Behandeling				

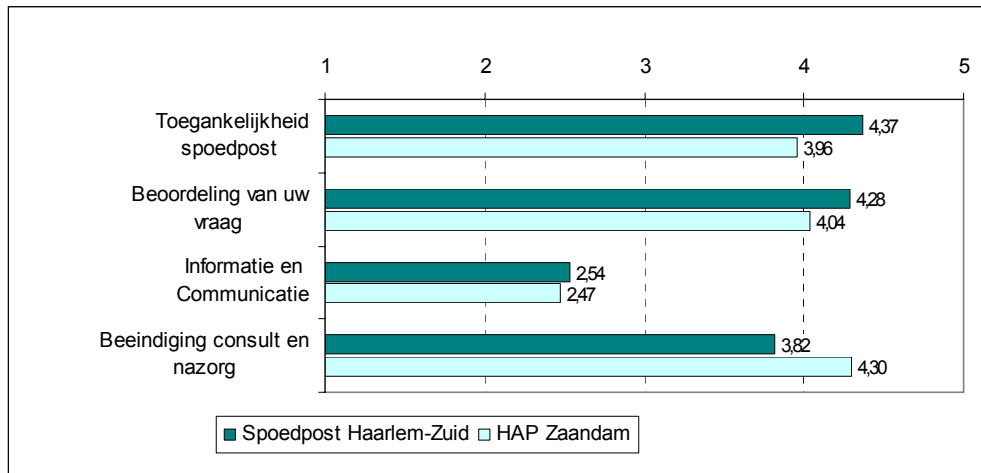
De spoedpost Haarlem-Zuid scoort wat betreft patiënttevredenheid over het bezoek minder op bijna alle gebieden ten opzichte van de controle-HAP. Daar en tegen scoort de spoedpost vergelijkbaar met de controle-SEH ten opzichte van tevredenheid. Kanttekening hierbij is dat de spoedpost een wezenlijk andere organisatievorm kent. Een traditionele HAP wordt nauwelijks geconfronteerd met zelfverwijzers en kan de wachttijden beter beheersen. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is echter een vergelijking tussen de spoedpost enerzijds en de traditionele situatie, waarbij de patiënt op een HAP en/of een SEH terecht kan komen, noodzakelijk.

Telefonisch benaderd

In april 2007 is aan 120 patiënten die de spoedpost twee weken daarvoor telefonisch hadden benaderd een tevredenheidsvragenlijst opgestuurd. 29 mensen hebben deze vragenlijst geretourneerd (respons 24%). Van hen was 34,5% van het mannelijke geslacht en de gemiddelde leeftijd was 51 jaar.

Wat betreft de patiënttevredenheid na telefonisch contact scoort de spoedpost Haarlem-Zuid als volgt op de vier relevante schalen:

Figuur 3.5 Scores van de patiënttevredenheid over het telefonische contact met de spoedpost



In onderstaande tabel zijn alleen de significante verschillen ($p < 0,05$) weergegeven en tegelijkertijd de mate waarin de waarden verschillen, de zogenoemde *effect size*: - of + is in geringe mate, -- of ++ is in sterke mate en --- of +++ is in zeer sterke mate.

Tabel 3.11 Relevante verschillen patiënttevredenheid over telefonisch contact met spoedpost

	Ten opzichte van HAP Zaandam	
	<i>lager</i>	<i>hoger</i>
Toegankelijkheid spoedpost		++
Beoordeling van uw vraag		
Informatie en Communicatie		
Beeindiging consult en nazorg		

Wat betreft de telefonische toegankelijkheid zijn patiënten duidelijk meer tevreden over de spoedpost dan over de controle HAP.

3.3 Patiëntenstromen

3.3.1 Waar komt de patiënt vandaan?

Spoedeisende Hulp

Van de 3.736 mensen die in het eerste kwartaal van 2006 de SEH in Haarlem-Zuid bezochten kwam 58% op eigen initiatief, 25% werd naar de SEH verwezen door een huisarts en 13% kwam via 112. De overige 4% van de mensen die de SEH bezochten kwam via een andere weg. In 2007 is er een daling van het aantal zelfverwijzers.

Tabel 3.12 Verwijzing naar SEH Haarlem-Zuid

		2006	2007
Geen	Aantal	2.179	1.933
	%	58,3%	55,0%
Huisarts	Aantal	925	913
	%	24,8%	26,0%
Overig	Aantal	143	183
	%	3,8%	5,2%
112	Aantal	489	485
	%	13,1%	13,8%
Total	Aantal	3.736	3.514
	%	100,0%	100,0%

P<0,05

Huisartsen

Er werd geen registratie bijgehouden van de herkomst van de mensen die het huisartsendeel van de spoedpost Haarlem-Zuid bezochten.

3.3.2 Door wie is de patiënt gezien op de Spoedpost?

Er is in april 2007 van ongeveer 300 patiënten geregistreerd waar ze vandaan kwamen, door welke professionals ze zijn gezien en wat het vervolg was. Zie voor de vragenlijst bijlage 2. Patiënten zullen meestal verschillende hulpverleners zien dus het totaal zal meer zijn dan 100%. Uit deze registratie blijkt dat op de Spoedpost Haarlem-Zuid een derde deel van de patiënten bij arts-assistenten terecht komt en bijna de helft bij de huisarts.

Tabel 3.13 Welke professionals ziet de patiënt?

	Medisch specialist	Arts assistent	Triage verpleegkundige	SEH verpleegkundige	Doktersassistente telefonisch	Doktersassistente Balie	Huisarts	Overige
Aantal	13	94	52	79	147	99	137	5
%	4,3%	31,1%	17,2%	26,2%	48,7%	32,8%	45,4%	1,7%

Zelfverwijzers worden relatief meer gezien door arts-assistenten en verpleegkundigen, minder door huisartsen. Dit is conform het protocol dat gehanteerd werd tot 1 juli 2007, dat voorschreef dat trauma's niet ouder dan 24 uur altijd door de arts-assistent gezien moesten worden. Een substantieel deel van de zelfverwijzers betreft kleine trauma's

Tabel 3.14 Welke professional ziet de zelfverwijzer?

	Medisch specialist	Arts assistent	Triage verpleegkundige	SEH verpleegkundige	Doktersassistente telefonisch	Doktersassistente balie	Huisarts	Overige
Aantal	7	67	42	54	3	65	38	2
%	6,4%	60,9%	38,2%	49,1%	2,7%	59,1%	34,5%	1,8%

In de volgende tabel is geanalyseerd hoe urgent de patiënten zijn die de medisch specialisten en arts assistenten zien ten opzichte van de huisartsen en de verpleegkundigen. Ongeveer driekwart van de patiënten die gezien worden is laag urgent. Dit geldt voor patiënten gezien door de huisartsen, de verpleegkundigen en eveneens de medisch specialisten en arts-assistenten.

Tabel 3.15 Welke urgentie zien de professionals?

		medisch specialisten, arts-assistenten	verpleegkundigen	huisartsen
U1	Aantal	2	1	1
	%	2,1%	1,0%	0,8%
U2	Aantal	1	2	1
	%	1,0%	2,0%	0,8%
U3	Aantal	19	16	30
	%	19,8%	15,8%	23,1%
U4	Aantal	74	82	98
	%	77,1%	81,2%	75,4%

Ook hier blijkt wederom dat door het traumatologiecriterium er relatief veel laag urgente patiënten terecht komen bij de arts-assistenten

3.3.3 Wat is er gedaan?

Huisartsen

Van de 2.767 patiënten die in het eerste kwartaal van 2006 de huisartsenpost raadpleegden was in 55% van de gevallen sprake van een telefonisch consult, in 32% vond een consult op de post plaats en in 14% van de gevallen vond een visite plaats. In 2007 is een daling te zien in het aantal telefonische contacten en een stijging van het aantal consulten.

Tabel 3.16 Aantallen consulten huisartsen Haarlem-Zuid

		2006	2007
Telefonisch consult	Aantal	1510	2355
	%	54,6%	42,0%
Consult	Aantal	872	2435
	%	31,5%	43,4%
Visite	Aantal	385	819
	%	13,9%	14,6%
Total	Aantal	2767	5609
	%	100,0%	100,0%

P<0,05

Radiologie SEH Haarlem-Zuid

Het aantal röntgenaanvragen op de Spoedpost Haarlem-Zuid is in 2007 gedaald ten opzicht van 2006. Hiertegenover staat een stijging van het aantal echografische onderzoeken. Alleen de arts-assistent mag radiologie-aanvragen doen. De huisarts zal voor deze diagnostiek de patiënt moeten verwijzen naar de arts-assistent.

Tabel 3.17 Aantal aangevraagde radiologieverrichtingen

		2006	2007
CT	Aantal	159	162
	%	6,3%	6,7%
MRI	Aantal	2	0
	%	0,1%	0,0%
Röntgen	Aantal	2310	2127
	%	90,8%	88,6%
Echo	Aantal	72	112
	%	2,8%	4,7%
Totaal	Aantal	2543	2401
	%	100,0%	100,0%

P<0,05

Per patiënt is het aantal radiologie-aanvragen constant gebleven:

Tabel 3.18 Aantal radiologieverrichtingen per bezoeker SEH-kant

	Aantal patiënten	Aantal aanvragen	Ratio
2006	3736	2543	0,68
2007	3514	2401	0,68

Het betrof met name een daling van de extremiteiten en een stijging van het abdomen.

Tabel 3.19 Soort aangevraagde radiologieverrichtingen

		2006	2007
Onderste extremiteit	Aantal	486	425
	%	19,1%	17,7%
Bekken/ sacrum/LWK	Aantal	186	175
	%	7,3%	7,3%
Abdomen	Aantal	237	318
	%	9,3%	13,2%
Bovenste extremiteiten	Aantal	654	515
	%	25,7%	21,4%
Hoofd Hals/CWK	Aantal	205	220
	%	8,1%	9,2%
Thorax/TWK/ Mammografie	Aantal	759	745
	%	29,8%	31,0%
Overig (vaten/ ondefinieerbaar)	Aantal	16	3
	%	0,6%	0,1%
Totaal	Aantal	2543	2401
	%	100,0%	100,0%

P<0,05

3.3.4 Hoe lang heeft het geduurd?

Duur telefonisch consult

De duur van telefonisch consult wordt handmatig bijgehouden in Callmanager. Het is derhalve onbekend hoe betrouwbaar deze gegevens zijn. Een telefonisch consult duurde in 2006 en 2007 gemiddeld ruim vier minuten.

Tabel 3.20 Duur telefonisch contact huisartsendeel Haarlem-Zuid

	Gemiddelde (min:sec)
2006	4:44
2007	4:45

$p > 0,05$

Duur bezoek Spoedpost

De duur van een bezoek aan de spoedpost vanaf het registreren in het ZIS tot aan het verlaten van het ziekenhuis is in 2007 in vergelijking met een bezoek aan de SEH in 2006 gedaald. Het gaat hier om de tijd van registratie in het ZIS.

Tabel 3.21 Duur bezoek Spoedpost Haarlem-Zuid

	Gemiddelde (uur:min:sec)
2006	2:22:25
2007	1:51:56

$P < 0,05$

3.3.5 Waar naartoe?

Na het bezoek aan de SEH Haarlem-Zuid gingen in het eerste kwartaal van 2007 meer patiënten terug naar een huisarts dan in 2006. Ook was er bij minder patiënten geen sprake meer van nabehandeling en minder patiënten werden teruggezien in het ziekenhuis dan een jaar daarvoor.

Tabel 3.22 Vervolgbehandeling na bezoek SEH Haarlem-Zuid

		2006	2007
Ziekenhuis	Aantal	1.427	1.256
	%	38,2%	35,7%
Huisarts	Aantal	680	923
	%	18,2%	26,3%
Geen	Aantal	1.625	1.331
	%	43,5%	37,9%
Anders	Aantal	4	4
	%	0,1%	0,1%
Total	Aantal	3.736	3.514
	%	100,0%	100,0%

$P < 0,05$

Bij de registratie in april 2007 bij 300 patiënten bleek dat de helft van de patiënten die door een medisch specialist of arts-assistent was gezien zonder nacontrole naar huis werd gestuurd; een derde werd teruggezien op de polikliniek. Dezelfde percentages gelden voor patiënten gezien door een verpleegkundige. Patiënten die door huisartsen werden gezien, hadden ook in ongeveer de helft van de gevallen geen nacontrole maar gingen vaker dan bij medisch specialisten en verpleegkundigen naar hun eigen huisarts en minder naar de polikliniek. Ook de helft van de zelfverwijzers ging zonder nacontrole naar huis.

Tabel 3.23 Verwijspatroon professionals en bestemming zelfverwijzers

		Medisch specialisten Arts assistenten	Verpleegkundigen	Huisartsen	Zelfverwijzers
Geen nacontrole	Aantal	40	42	60	47
	%	45,5	45,2	49,6	50,5%
Eigen huisarts	Aantal	6	12	33	15
	%	6,8	12,9	27,3	16,1%
Polikliniek	Aantal	27	26	7	24
	%	30,7	28,0	5,8	25,8%
Opname eigen ziekenhuis	Aantal	12	9	9	2
	%	13,6	9,7	7,4	2,2%
Opname ander ziekenhuis	Aantal	0	0	1	5
	%	0,0	0	0,8	5,4%
Anders	Aantal	3	4	11	0
	%	3,4	4,3	9,1	,0%
		88	93	121	93

3.4 Gegevens professionals

3.4.1 Respondent kenmerken

Aan de professionals werkzaam op de Spoedpost-Zuid zijn vragenlijsten uitgedeeld met vragen over de arbeidsbeleving op de spoedpost. 83 professionals hebben gereageerd. Op de vragenlijst was niet aangegeven dat de vragen beantwoord moesten worden voor locatie Zuid. Huisartsen zijn werkzaam op beide locaties. De antwoorden van de huisartsen hebben derhalve betrekking op beide locaties. Opvallend is dat tweederde van de respondenten huisarts was.

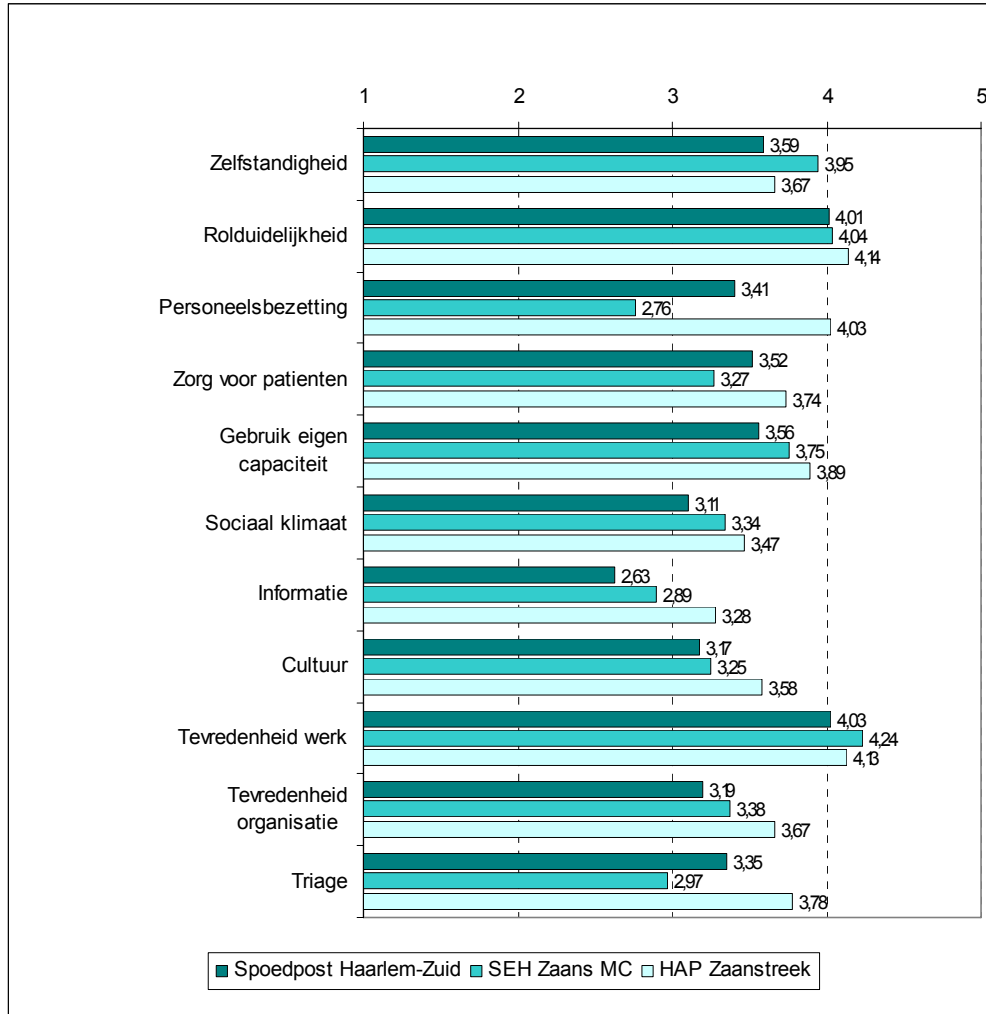
Tabel 3.24 Respondent kenmerken Arbeidsbeleving Haarlem-Zuid

<i>1. Geslacht</i>	aantal	percentage
Vrouw	27	32,9
Man	53	64,6
Onbekend	2	2,4
Totaal	82	100
<i>2. Leeftijd</i>	aantal	percentage
25-29 jaar	4	4,9
30-34 jaar	4	4,9
35-39 jaar	5	6,1
40-44 jaar	19	23,2
45-49 jaar	14	17,1
50-54 jaar	22	26,8
55-59 jaar	8	9,8
60 jaar of ouder	6	7,3
Totaal	82	100,0
<i>3. Functie</i>	aantal	percentage
Doktersassistent	4	4,9
Huisarts	53	64,6
Medisch Specialist	3	3,7
SEH-verpleegkundige	19	23,2
Arts-assistent	2	2,4
Anders	1	1,2
Totaal	82	100,0
<i>4. Hoe lang bent u werkzaam in de acute zorg?</i>	aantal	percentage
6 maanden tot 1 jaar	1	1,2
1 tot 3 jaar	5	6,1
3 tot 5 jaar	7	8,5
Langer dan 5 jaar	67	81,7
Onbekend	2	2,4
Totaal	82	100,0

3.4.2 Beleving

Met behulp van de vragenlijst (zie bijlage 3) zijn verschillende schalen gecreëerd. Op basis van de antwoorden (vijf verschillende mogelijkheden; zie vragenlijst) zijn schaalscores berekend en gemiddeld.

Figuur 3.6 Schaalscores arbeidsbeleving Spoedpost Haarlem-Zuid en controle



In onderstaande tabel zijn alleen de significante verschillen ($p < 0,05$) weergegeven en tegelijkertijd de mate waarin de waarden verschillen, de zogenoemde *effect size*: - of + is in geringe mate, -- of ++ is in sterke mate en --- of +++ is in zeer sterke mate.

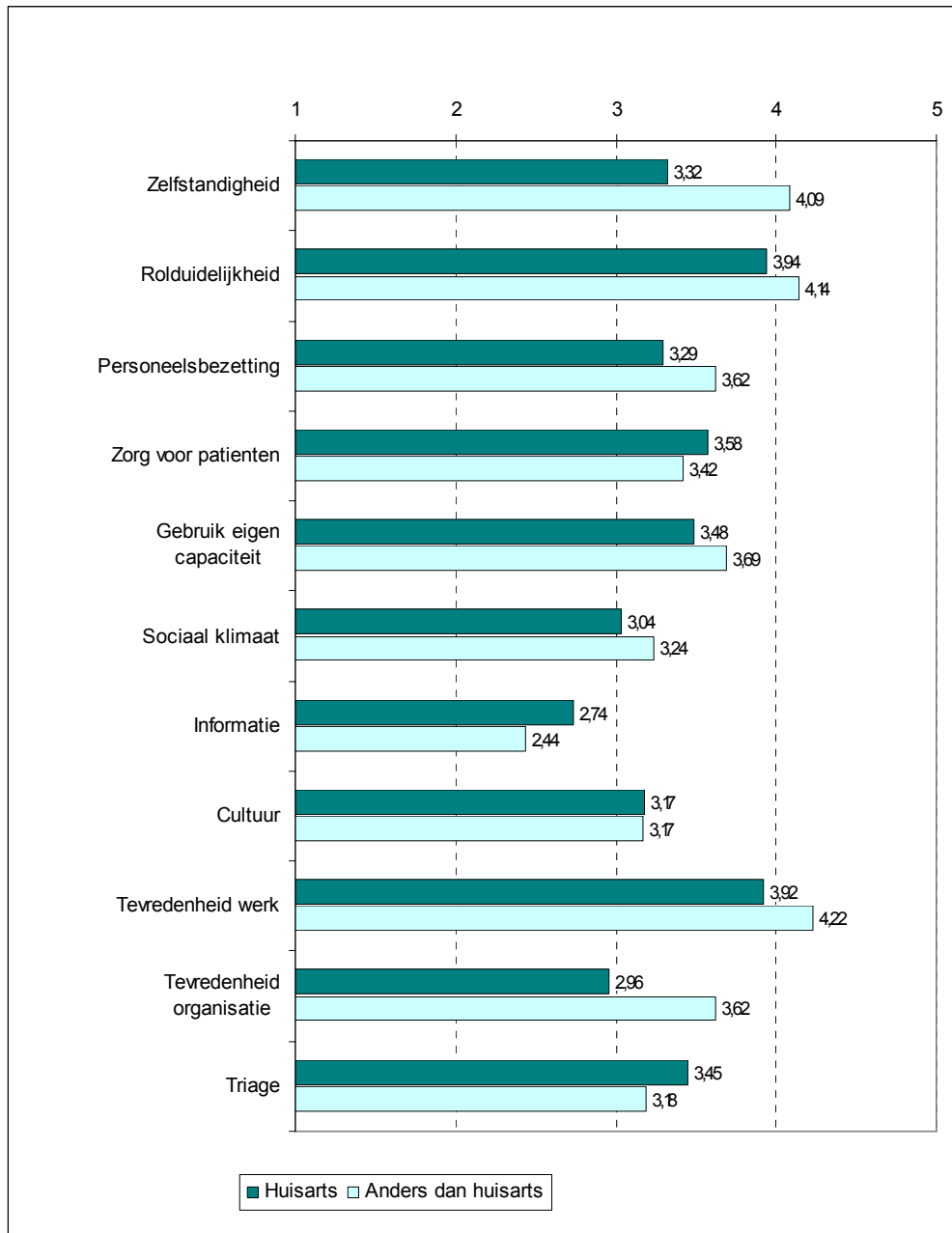
Tabel 3.25 Relevante verschillen arbeidsbeleving

	Ten opzichte van Zaans MC	Ten opzichte van HAP Zaanstreek
Zelfstandigheid	-	
Rolduidelijkheid		
Personeelsbezetting	+++	---
Zorg voor patiënten	+	
Gebruik eigen capaciteit		
Sociaal klimaat	--	--
Informatie		---
Cultuur		--
Tevredenheid werk	-	
Tevredenheid organisatie		--
Triage	++	--

Ten opzichte van de controle-HAP scoort de Spoedpost Haarlem-Zuid op veel onderwerpen minder goed. Ten opzichte van het ziekenhuis scoort de Spoedpost minder wat betreft de tevredenheid over het werk en de zelfstandigheid, maar beter wat betreft personeelsbezetting, zorg voor patiënten en de triage.

Een oorzaak voor de slechtere score kan liggen in de oververtegenwoordiging van de huisartsen bij de respondenten. Onderstaande figuur laat zien dat zij in het algemeen minder positief antwoorden op de vragen over arbeidsbeleving, met name die over zelfstandigheid en de tevredenheid over de organisatie.

Figuur 3.7 Score arbeidsbeleving huisartsen Spoedpost Haarlem Zuid



3.4.3 Verdiepinginterviews

Op de Spoedpost Haarlem-Zuid zijn tien interviews gehouden met drie medisch specialisten (chirurg, neuroloog en internist), drie huisartsen, twee doktersassistentes (een van de SEH-kant en een van de huisartsen) en twee SEH-verpleegkundigen.

Functie-inhoud en werkorganisatie

De verwachtingen zijn vooralsnog niet uitgekomen. De huisartsen hadden verwacht dat zij door in een spoedpost te werken meer contact zouden krijgen met medisch specialisten. Ze hadden ook verwacht dat hun werk "leuker" zou worden. De huisartsen willen meer verrichtingen uitvoeren en hadden verwacht deze kunst van de medisch specialisten te kunnen leren.

De medisch specialisten vinden dat 'de huisarts een huisarts is' en 'deze hoort niet in het ziekenhuis te zitten'. Ze merken tot op heden overigens weinig van de komst van de huisartsen binnen het ziekenhuis.

De huisarts en medisch specialist geven aan nog steeds weinig zicht te hebben op elkaars werkterrein.

Er leeft onvrede bij de doktersassistentes die de huisartsen ondersteunen. De groepen doktersassistentes zijn onbekend met de werkwijze van de ander.

Communicatie en overleg

Er vindt nauwelijks communicatie plaats tussen de verschillende hulpverleners als het gaat om de zorg en behandeling van de patiënt op de spoedpost. De huisarts voert in feite gewoon spreekuur zoals hij ook overdag doet. Er is geen aanleiding om te overleggen met andere behandelaars. De huisarts heeft geen contact met de SEH-verpleegkundigen en doktersassistentes van de SEH tijdens zijn dienst.

De SEH-verpleegkundigen geven aan dat zij met name alleen contact hebben met de arts-assistenten op de SEH. De medisch specialisten komen weinig op de SEH. Er is geen contact met de dienstdoende huisarts. De reden die zowel de huisarts als verpleegkundigen aangegeven is de plek waar de huisarts zit. De huisartsen houden spreekuur in een kamertje achteraf (einde van een gang). De huisartsen komt tijdens een dienst weinig uit het "kamertje".

Er zijn geen gemeenschappelijke overlegvormen. Iedere professie heeft zijn eigen overleg. Het werkoverleg van de doktersassistentes wordt alleen bezocht door de doktersassistentes die de huisartsen ondersteunen.

Samenwerking

Huisartsen en medisch specialisten geven aan een gebrek aan samenwerking te ervaren. Ieder heeft zijn eigen werkdomein en er vindt weinig overleg of afstemming plaats. Er is weinig samenwerking gericht op de zorg en behandeling van de patiënt.

Medisch specialisten en huisartsen komen elkaar ook weinig tegen op de spoedpost: de specialisten werken weinig buiten kantooruren en de huisartsen hebben vaak andere huisartsen ingehuurd voor hun diensten.

Alle geïnterviewde medewerkers praten over de "HAP-kant" en over de "SEH-kant". Er is volgens hen ook geen sprake van één loket. Zij vinden dat de patiënt zelf bepaalt welke route hij neemt: bellen of niet.

Triage

De telefonische triage verschilt van de triage bij de balie. Bij de balie worden twee triagesystemen gehanteerd. De verschillen tussen de triage volgens de NHG-TelefoonWijzer en die volgens het MTS worden door de gebruikers als groot ervaren. De doktersassistentes en de verpleegkundigen geven aan bij drukte niet te triëren maar intuïtief te beoordelen wie eerst gezien moet worden en wie nog even kan wachten.

De fysieke triage schept veel verwarring. Achter de balie zit zowel een doktersassistente voor de huisartsenkant als voor de ziekenhuiskant. De doktersassistentes van de huisartsenkant signaleren dat er weinig privacy is om een triage uit te voeren. Doorvragen om de hulpvraag duidelijk te krijgen wordt bemoeilijkt door het gebrek aan privacy en het ontbreken van een apart kamertje. Voor 1 juli 2007 deed de verpleegkundige de triage van de patiënten die naar de ziekenhuiskant werden verwezen. Vanaf 1 juli doet de doktersassistente van de ziekenhuiskant en later ook de andere doktersassistenten deze triage voor een aantal ingangsklachten van het MTS. Via de MTS-module van het ZIS wordt de urgentie vastgesteld.

Tevredenheid organisatievorm

Alle medewerkers die geïnterviewd zijn geven aan niet tevreden te zijn over de huidige organisatievorm. In het algemeen geloven medisch specialisten, verpleegkundigen en doktersassistenten nog niet in het concept "spoedpost". De huisartsen zijn positiever over de spoedpost. De spoedpost is volgens hen een goede vorm om de zorg goedkoper te maken. Het zou patiëntvriendelijker zijn voor de patiënt. Er moet meer afstemming komen tussen de eerstelijns en tweedelijns en het is de vraag of de spoedpost hierin een rol kan spelen. Zij vrezen wel voor de rol van de huisarts bij spoedzorg. Acute zorgverlening is in het spoedpostmodel minder het domein van huisartsgeneeskunde.

3.5 Samenvatting Haarlem-Zuid

De spoedpost in Haarlem-Zuid is een organisatie in ontwikkeling die een moeilijke start heeft gekend door het vrijwel gelijktijdige faillissement van de voormalige HDS en het samenvoegen van drie posten tot twee locaties. Sinds de invoering van de spoedpost is er een stijging van het aantal contacten met de huisartsen en een daling van het aantal bezoekers voor het ziekenhuis. De patiëntengroepen zijn hetzelfde gebleven wat betreft geslacht en leeftijd. Op het moment van de metingen bestond nog de afspraak dat alle traumatologiepatiënten met letsels die niet langer dan 24 uur bestaan, werden toebedeeld aan de arts-assistent Chirurgie. Hierdoor zagen de arts-assistenten bijvoorbeeld nog steeds relatief veel patiënten met laagcomplexen en laagurgente aandoeningen waaronder veel zelfverwijzers. Vanaf 1 juli 2007 wordt overigens een lijst met ingangsklachten gehanteerd om voor behandeling te differentiëren tussen huisarts en arts-assistent Chirurgie.

Huisartsen spelen een belangrijke rol op de spoedpost: iets minder dan de helft van de patiënten dat zich meldt bij de spoedpost wordt door de huisarts gezien. Zij zijn meer consulten op de spoedpost gaan doen en handelen minder telefonisch af.

De spoedpost Haarlem-Zuid scoort wat betreft patiënttevredenheid over het bezoek minder ten opzichte van de controle-HAP en de spoedpost scoort vergelijkbaar met de controle-SEH. Wat betreft de telefonische toegankelijkheid zijn patiënten meer tevreden over de spoedpost dan over de controle-HAP. Een mogelijke verklaring is het feit dat de wachttijden bij de ziekenhuiskant als lang worden ervaren. Een lange initiële wachttijd beïnvloedt het eindoordeel van de patiënten. Bovendien wordt een spoedpost geconfronteerd met meer niet-planbare zorg dan een HAP, mede door de zelfverwijzers. Ook was opvallend dat een kwart van de patiënten bekend was met de werkwijze. Mogelijk kan een betere communicatie de tevredenheid van de patiënten vergroten.

Het aantal radiologie-aanvragen is licht gedaald met name de onderzoeken van de extremiteiten. Het aantal aanvragen radiologie per patiënt is gelijk gebleven. Dat is niet verrassend aangezien tijdens de meting nog alle traumatologie terecht kwam bij de arts-assistent Chirurgie.

De duur van het bezoek aan de ziekenhuiskant van de spoedpost is vergeleken met een bezoek aan de SEH met ruim 20% gedaald.

De patiënten die op de spoedpost zijn gezien, worden vaker naar hun eigen huisarts gestuurd, met name door de huisartsen die op de spoedpost werken.

Ten opzichte van de controle-HAP scoort de spoedpost wat betreft de arbeidsbeleving op veel onderwerpen minder. Ten opzichte van het ziekenhuis scoort de spoedpost minder wat betreft de tevredenheid over het werk en de zelfstandigheid, maar beter wat betreft personeelsbezetting, zorg voor patiënten en de triage. De mindere score kan zijn beïnvloed door een oververtegenwoordiging van huisartsen onder de respondenten. Hiermee tonen de huisartsen wel hun affiniteit met het onderwerp, maar huisartsen zijn in het algemeen minder positief over het werken op de spoedpost dan andere medewerkers. Uit de interviews blijkt bovendien dat zij zich zorgen maken over de rol van de huisarts in de toekomstige acute zorg.

In de interviews is verder met name aangegeven dat er nog te weinig feitelijke samenwerking is om de vruchten te plukken van het idee 'Spoedpost'. Professionals werken nog te veel in gescheiden werelden met hun eigen overlegvormen. Doordat er nog steeds feitelijk twee loketten zijn, bestaat er volgens de medewerkers te veel onduidelijkheid en gebrek aan privacy voor de patiënten. Ook wat betreft de triage bestonden er tot voor kort twee systemen.

Er lijkt kortom nog een fors cultuurverschil te bestaan tussen de eerste- en de tweedelijn.

4. Resultaten locatie Zaandam

4.1 Organisatie SEH

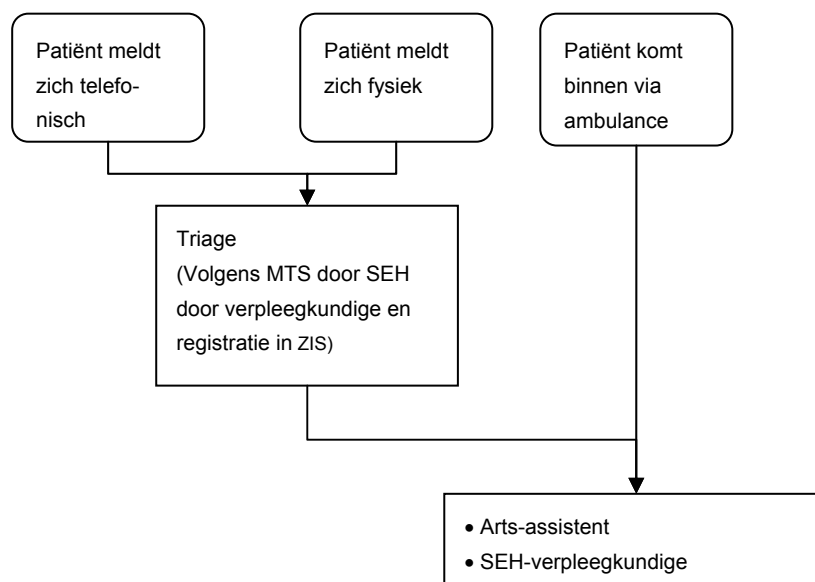
Op de SEH werken verschillende disciplines: SEH-verpleegkundigen, leerling SEH-verpleegkundigen, secretaresses en arts-assistenten. Medisch specialisten worden zelden op de SEH gezien. Ze worden geconsulteerd door de arts-assistenten. Het normrooster is weergegeven in onderstaande tabel:

Tabel 4.1 Norm bezetting SEH Zaandam

	Door de weeks		Weekend		
	<i>avond</i>	<i>nacht</i>	<i>dag</i>	<i>avond</i>	<i>nacht</i>
SEH-verpleegkundigen	3	2	3	3	2
secretaresse	1	0	1	1	0

De secretaresse vangt de patiënt op en haalt de verpleegkundige en/of arts-assistent er bij. De SEH-verpleegkundige is een soort regisseur. Er wordt weinig protocollair gewerkt. In principe doet de verpleegkundige ook de triage. Op dit moment is het afhankelijk van wie dienst heeft of er getriëerd wordt. Het is echter de bedoeling dat elke patiënt binnen vijf minuten wordt getriëerd en op basis van de uitkomst wordt de urgentie en wachttijd bepaald. De uitkomst van de triage wordt gedocumenteerd. Deze triage wordt nog niet altijd consequent toegepast. Door bezuinigingen is de functie triage-verpleegkundige uit het rooster gehaald. Op dit moment wordt vaak intuïtief gehandeld door de verpleegkundige.

Figuur 4.1 Proces SEH



4.2 Organisatie HAP

Er werken huisartsen en doktersassistenten op de HAP volgens onderstaand normrooster:

Tabel 4.2 Normbezetting HAP Zaandam

	Door de weeks		Weekend		
	<i>avond</i>	<i>nacht</i>	<i>dag</i>	<i>avond</i>	<i>nacht</i>
doktersassistenten	2	2	4	2	2
huisarts	2	1	3	2	1

Er werkten in het eerste kwartaal 2006 8,2 fte doktersassistente en in 2007 8,6. Alle assistentes doen hetzelfde werk, te weten telefonische triage, triage aan de balie, assisteren van de huisartsen en zelfstandig kleine medische handelingen als urinecontroles etc. Er zijn altijd twee doktersassistenten aanwezig zowel 's avonds als 's nachts. 's Avonds zijn er twee huisartsen en één chauffeur en 's nachts is er één huisarts en een chauffeur. In de nachtdienst doet de huisarts zowel consultaties als visites.

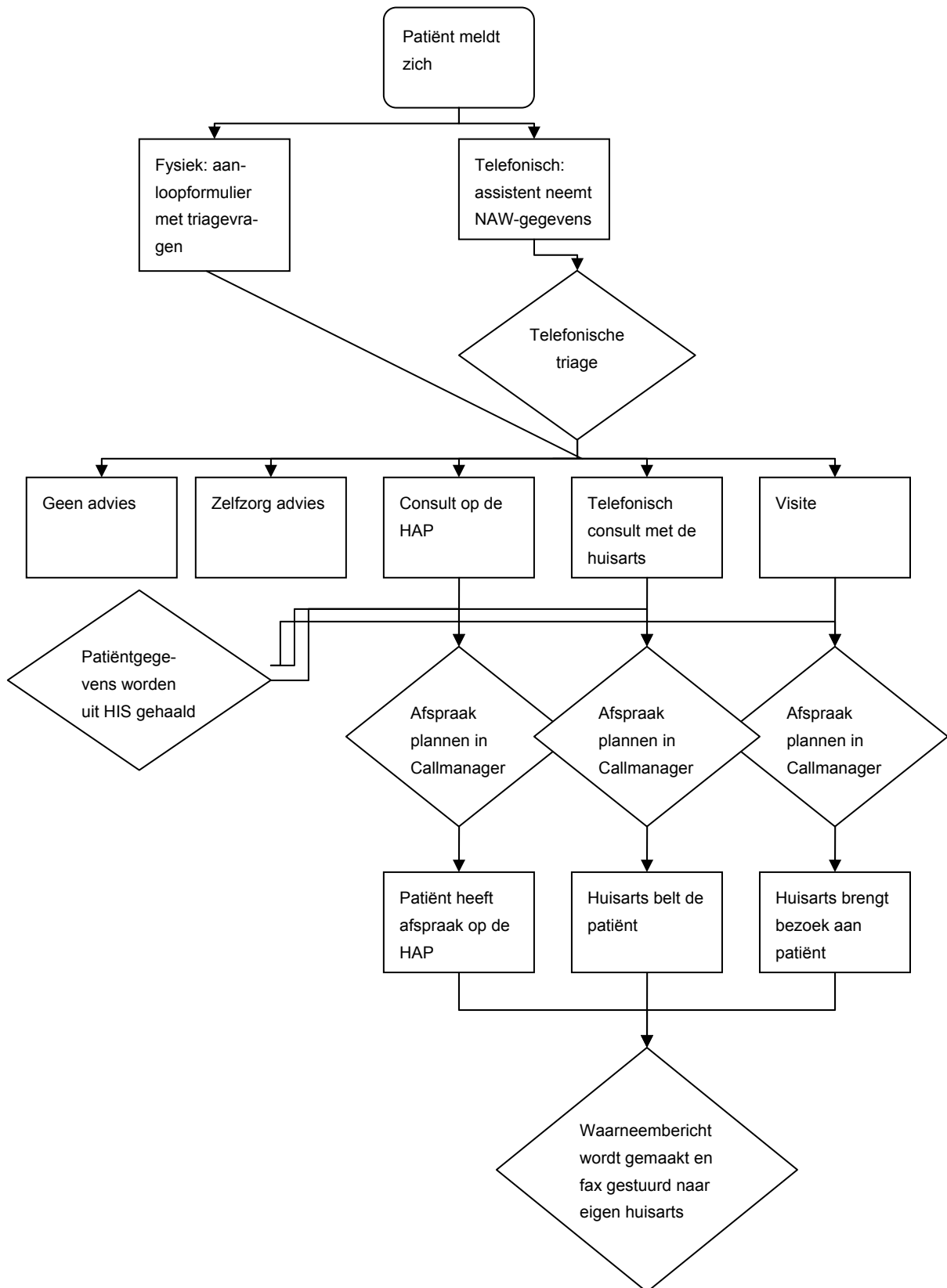
Alle patiënten worden telefonisch getriëerd (zie figuur 4.2). De patiënt krijgt een afspraak met de huisarts en soms wordt de patiënt door de huisarts teruggebeld. Soms leidt de triage tot een consult thuis (visite), echter de meeste telefoontjes leiden tot een zelfzorgadvies. Indien patiënten zich melden bij de HAP zonder zich van te voren telefonisch gemeld te hebben, krijgen zij een aanloopformulier met triagevragen.

Alle aangesloten huisartsen vormen samen de Algemene Ledenvergadering en het bestuur bestaat uit meewerkende huisartsen. Er is een directeur en een locatiemanager. Er is ook een soort meewerkend voorman, de coördinerend doktersassistente, die de lijn vormt tussen werkvloer en locatiemanager, maar geen directe leiding geeft aan de assistentes. De coördinerend assistente is ook verantwoordelijk voor de bestellingen, het inwerken van nieuwe mensen, maakt deel uit van het breed MT en is aanwezig bij functioneringsgesprekken.

4.2.1 Omgeving

Zaanstad heeft 140.836 inwoners. De urbanisatiegraad is 1.883 inwoners per vierkante kilometer. Het percentage allochtonen (westerse en niet-westerse allochtonen) binnen deze regio is 23,6%. De grootste ziektekostenverzekeraar in deze regio is Achmea. Concurrerende ziekenhuizen in de omgeving van Zaans MC zijn Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk, Waterland Ziekenhuis te Purmerend en Kennemer Gasthuis.

Figuur 4.2 Proces HAP



4.2.2 Financiële aspecten ziekenhuis en medisch specialisten

In de huidige fb-financiering worden de inkomsten van het ziekenhuis bepaald op basis van enkele parameters zoals aantal opnames, dagopnames en eerste polikliniekbezoeken. Toename of afname in de productie zorgt voor aanpassingen van het budget het jaar daarop. Een SEH-bezoek wordt gezien als een eerste polikliniekbezoek. Veranderingen in het aantal SEH-bezoeken hebben dus directe gevolgen op de inkomsten van het ziekenhuis. Ze beïnvloeden eveneens het honorarium van de medisch specialisten. Dit wordt bepaald op basis van afspraken in het tripartiete overleg met ziekenhuis en zorgverzekeraar aan de hand van de gerealiseerde productie.

De SEH heeft geen vast budget per jaar, maar werkt op basis van beschikbaarheidfunctie. Deze beschikbaarheidfunctie wordt voor alle ziekenhuizen op basis van dezelfde parameters berekend.

4.2.3 Financiële aspecten huisartsenpost en huisartsen

Het tarief dat een Huisartsendienstenstructuur (HDS) in rekening mag brengen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), bestaat uit een honorarium voor de dienstdoende huisartsen en een bedrag aan infrastructurele kosten voor de instandhouding van de huisartsenpost. Deze infrastructurele kosten zijn bijvoorbeeld loonkosten voor doktersassistentes, huisvestingskosten, kosten voor vervoer en automatiseringskosten. Tussen de HDS'en bestaan grote verschillen in de hoogte van de kosten en dus in de tarieven. Om de kosten van de HDS'en te beperken en een einde te maken aan de grote kostenverschillen, is met ingang van 1 januari 2005 een normering ingevoerd. De normering is gebaseerd op een bedrag per inwoner in het werkgebied van de HDS. Het basisbedrag is € 10,40 per inwoner (niveau 2007). Dit bedrag kan worden verhoogd voor HDS'en die werkzaam zijn in plattelandsgebieden (maximaal € 2,60) of voor HDS'en die een grotere vraag naar zorg kennen (maximaal € 2,10). Daarnaast kan het bedrag per inwoner worden verhoogd wanneer de HDS extra kwaliteit en service levert. Uitgangspunt daarbij is 90% van het budget van het vorige jaar. Dat bedrag kan worden opgehoogd met maximaal 20%. De NZA noemt hierbij kwalitatieve verbeteringen zoals deze onder meer zijn aanbevolen voor de betreffende HDS in de rapportage van Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ook noemt de NZA de mogelijkheid van verhoging van het tarief om substitutie van zorg van de tweede lijn naar de HDS te stimuleren. De HDS moet hiervoor samen met de zorgverzekeraar de NZA verzoeken om het te declareren tarief te verhogen door middel van een plan van aanpak met uitleg waarom het geld nodig is en waaraan het wordt besteed. In de onderhandeling tussen HDS en zorgverzekeraar wordt zo een definitief bedrag per inwoner vastgesteld. Het bedrag per inwoner maal het aantal inwoners in het werkgebied vormt het budget van de HDS. Op basis van dit budget en het aantal verwachte consulteenheden wordt per HDS een consult- en visitetarief vastgesteld.

Voor het spoedpostmodel wordt een verschuiving van het aantal contacten verondersteld van specialist naar huisarts. Bij een dergelijke substitutie en een eventueel aangetoonde kwaliteitsverbetering kan dus de spoedpost in de jaarlijkse onderhandelingen met de zorgverzekeraar het tarief ter discussie stellen en gezamenlijk een verzoek tot ophoging indienen.

De uurtarieven voor de huisarts zijn vastgelegd door de NZA. Voor 2007 is het basistarief € 50,20 per uur. Het meer vergoeden van de huisarts boven dit tarief wordt gezien als een economisch delict. Op korte termijn is het honorarium van de huisarts derhalve niet flexibel.

De weergegeven resultaten hebben alle betrekking op ANW-uren: werkdagen tussen 17:00 en 8:00 en het weekend.

4.3 Gegevens patiënten

4.3.1 Algemeen

Spoedeisende Hulp

In het eerste kwartaal van 2006 bezochten in totaal 2558 mensen de SEH van het ZMC. In 2007 werd de SEH in het eerste kwartaal door 3.019 mensen bezocht. Dat is een stijging van 18 procent.

Tabel 4.3 Aantal bezoekers SEH Zaandam

2006	2558
2007	3019

Controlevariabelen

De verhouding man/vrouw bleef gelijk.

Tabel 4.4 Verdeling man/vrouw SEH Zaandam

	2006		2007	
	<i>Aantal</i>	%	<i>Aantal</i>	%
Man	1375	53,8%	1642	54,4%
Vrouw	1183	46,2%	1377	45,6
Totaal	2558	100,0%	3019	100,0%

$p > 0,05$

De gemiddelde leeftijd van de bezoekers voor beide jaren was ongeveer 38 jaar.

Tabel 4.5 Gemiddelde leeftijd SEH Zaandam

	Gemiddelde leeftijd
2006	38,7
2007	37,9

$p > 0,05$

Huisartsenpost

In het eerste kwartaal van 2006 bezochten in totaal 9011 mensen de HAP in Zaandam. In 2007 werd de HAP in het eerste kwartaal door 7516 mensen bezocht. Dat is een daling van 16 procent.

Tabel 4.6 Aantal bezoekers HAP Zaandam

2006	9011
2007	7516

Controlevariabelen

Het percentage mannen dat de HAP bezocht, nam toe.

Tabel 4.7 Verhouding man/vrouw HAP Zaandam

	2006		2007	
	<i>Aantal</i>	%	<i>Aantal</i>	%
Man	4038	44,8%	3490	46,5%
Vrouw	4972	55,2%	4018	53,5%
Totaal	9010	100%	7508	100%

P<0,05

De gemiddelde leeftijd bleef constant op ongeveer 36 jaar.

Tabel 4.8 Gemiddelde leeftijd HAP Zaandam

	Gemiddelde leeftijd
2006	35,7
2007	36,2

p>0,05

4.3.2 Urgentie

Spoedeisende Hulp

Er zijn geen gegevens beschikbaar van 2006. In 2007 is er een opvallend groot deel zeer urgent en urgent. Bij navraag blijkt dat de SEH van het ZMC de gegevens onvoldoende registreert.

Tabel 4.9 Urgentie SEH Zaandam

		2007
Acuut	Aantal	8
	%	2,7%
Zeer urgent	Aantal	78
	%	26,6%
Urgent	Aantal	85
	%	29,0%
Standaard	Aantal	122
	%	41,6%
Niet urgent	Aantal	
	%	
Totaal	Aantal	
		100,0%

Huisartsenpost

De urgentie van de mensen die de Huisartsenpost Zaandam raadpleegden wordt weergegeven in onderstaande tabel. Ruim 95% van de mensen die de huisartsenpost bezochten had de urgentie U3 of U4. In onderstaande tabel ziet u per urgentie hoeveel bezoekers de huisartsenpost raadpleegden.

Tabel 4.10 Urgentie HAP Zaandam

		2006	2007
U1	Aantal	2	1
	%	0%	0%
U2	Aantal	35	25
		0,4%	0,3%
U3	Aantal	94	293
	%	1,0%	3,9%
U4	Aantal	8880	7197
	%	98,5%	95,8%
Totaal	Aantal	9011	7516
	%	100,0%	100,0%

P<0,05

4.3.3 Tevredenheid

Tevredenheid SEH fysiek

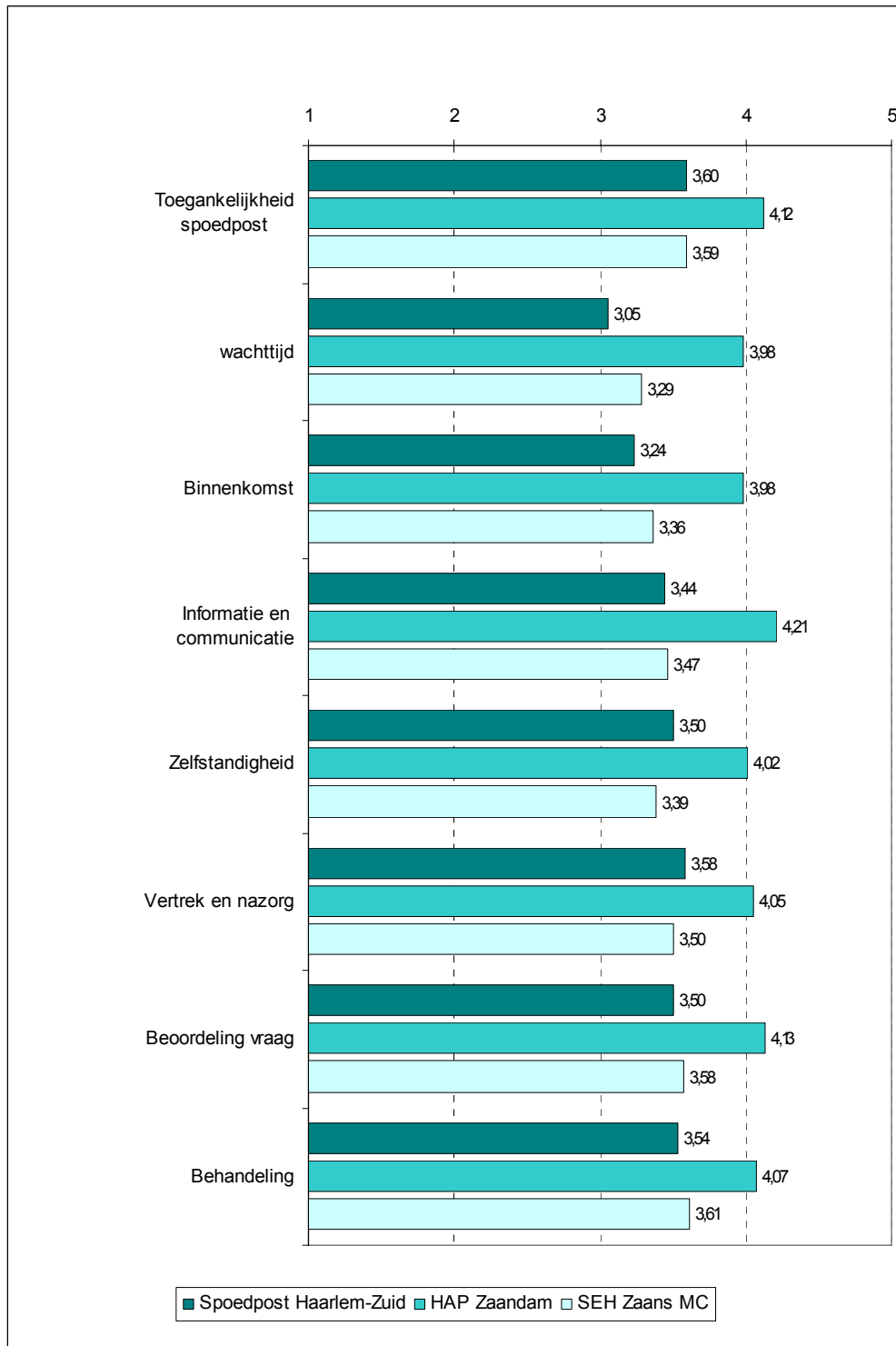
De patiënttevredenheidsvragenlijst voor mensen die de SEH bezochten werd door 71 mensen ingevuld (respons 35,5%). Van hen was 45 % van het mannelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd van de mensen die de vragenlijst invulden was 49 jaar. 87% van de respondenten bezochten de SEH op eigen initiatief. Oudere vrouwen en zelfverwijzers zijn oververtegenwoordigd bij de respondenten.

Tevredenheid HAP fysiek

De patiënttevredenheidsvragenlijst voor mensen die de HAP bezochten werd door 56 mensen ingevuld (respons 47%). Van hen was 39% van het mannelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd van de mensen die de vragenlijst invulden was 36 jaar.

Onderstaande figuur geeft een samenvatting van de tevredenheid van de patiënten over een bezoek aan de SEH en HAP in Zaandam.

Figuur 4.3 Tevredenheid patiënten HAP en SEH Zaandam in vergelijking met spoedpost



De scores zijn vastgesteld aan de hand van de gehanteerde schalen. De vragenlijst met deze schalen is in bijlage 1 weergegeven.

In onderstaande tabel zijn alleen de significante verschillen ($p < 0,05$) weergegeven en tegelijkertijd de mate waarin de waarden verschillen, de zogenoemde *effect size*: - of + is in geringe mate, -- of ++ is in sterke mate en --- of +++ is in zeer sterke mate.

Tabel 4.11 Mate van verschil in tevredenheid over bezoek

	HAP Zaandam Ten opzichte van spoedpost		SEH Zaans MC Ten opzichte van spoedpost	
	lager	hoger	lager	hoger
Werkaspecten				
Toegankelijkheid spoedpost		++		
Wachttijd		++		
Binnenkomst		++		
Informatie en communicatie		++		
Zelfstandigheid		++		
Vertrek en nazorg		++		
Beoordeling vraag		++		
Behandeling				

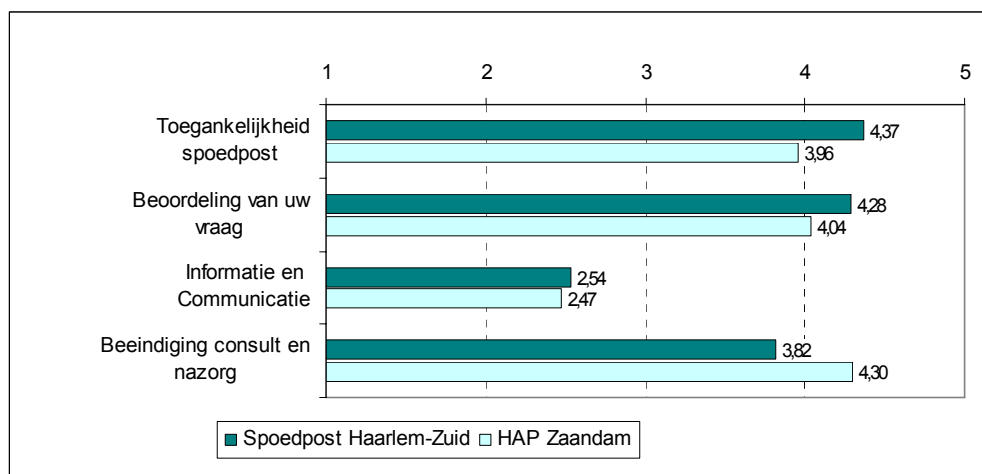
De HAP Zaandam scoort op veel aspecten beter wat betreft de tevredenheid van de patiënten over een bezoek dan de spoedpost. De SEH van het ZMC scoort op alle aspecten vergelijkbaar.

Tevredenheid telefonisch

De patiënttevredenheidsvragenlijst voor mensen die de HAP telefonisch benaderden werd door 35 mensen ingevuld (respons 44%). Van hen was 34% van het mannelijke geslacht en de gemiddelde leeftijd was 31 jaar. Ook hier zijn vrouwen oververtegenwoordigd.

Onderstaande figuur vat de patiënttevredenheid samen van patiënten die telefonisch contact hadden met de HAP in Zaandam.

Figuur 4.4 Patiënttevredenheid over telefonisch contact



De scores zijn vastgesteld aan de hand van de gehanteerde schalen. De vragenlijst met deze schalen is in bijlage 1 weergegeven.

In onderstaande tabel zijn alleen de significante verschillen ($p < 0,05$) weergegeven en tegelijkertijd de mate waarin de waarden verschillen, de zogenoemde *effect size*: - of + is in geringe mate, -- of ++ is in sterke mate en --- of +++ is in zeer sterke mate.

Tabel 4.12 *Relevante verschillen patiënttevredenheid telefonisch*

	HAP Zaandam ten opzichte van spoedpost	
	lager	hoger
Toegankelijkheid spoedpost	--	
Beoordeling van uw vraag		
Informatie en Communicatie		
Beëindiging consult en nazorg		

De HAP Zaandam scoort minder op het gebied van toegankelijkheid.

4.4 Patiëntenstromen

4.4.1 Waar vandaan?

2.2.1.1 Spoedeisende Hulp

Van de 2558 mensen die in het eerste kwartaal van 2006 op werkdagen tussen 17.00 uur en 8.00 uur of in het weekend, de SEH van het ZMC bezochten kwam 70% op eigen initiatief, 18% werd naar de SEH verwezen door een huisarts en 10% kwam via 112. In 2007 is een verdere stijging waar te nemen van zelfverwijzers en een lichte daling van het aantal patiënten dat via hun huisarts worden doorgewezen.

Tabel 4.13 Verwijzing naar SEH Zaandam

		2006	2007
Geen	Aantal	1810	2228
	%	70,8%	73,8%
Huisarts	Aantal	469	467
	%	18,3%	15,5%
Overig	Aantal	30	65
	%	1,2%	2,2%
112	Aantal	249	258
	%	9,7%	8,5%
Total	Aantal	2558	3018
	%	100,0%	100,0%

P<0,05

2.3.3.1 Huisartsenpost

Er werd geen registratie bijgehouden van de herkomst van de mensen die huisartsenpost Zaanstreek bezochten.

4.4.2 Door wie wordt de patiënt gezien?

Er is in april 2007 van ongeveer 300 patiënten geregistreerd waar ze vandaan kwamen, door welke professionals ze zijn gezien en wat het vervolg was. Zie voor de vragenlijst bijlage 2. Patiënten zullen meestal verschillende hulpverleners zien dus het totaal zal meer zijn dan 100%. Uit deze registratie blijkt dat op de HAP de huisarts tweederde van de patiënten ziet. Eenderde krijgt dus een zelfzorgadvies. De arts-assistent ziet niet alle patiënten op de SEH. Mogelijk zal de verpleegkundige een aantal zelfstandig afhandelen.

Tabel 4.14 Welke professional ziet de patiënten?

	Medisch specialist	Arts assistent	Triage-verpleegkundige	SEH verpleegkundige	Doktersassistente telefonisch	Doktersassistente Balie	Huisarts	Overige
HAP	0	0	0	0	180	37	129	0
%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	90,9%	18,7%	65,2%	0,0%
SEH	26	170	28	175	1	0	0	19
%	13,2%	86,3%	14,2%	88,8%	0,5%	0,0%	0,0%	9,6%

De cijfers voor de zelfverwijzers zijn bijna vergelijkbaar. Alleen worden die op de HAP maar in eenderde van de gevallen door de huisarts gezien.

Tabel 4.15 Door wie worden zelfverwijzers gezien?

	Medisch specialist	Arts assistent	Triage-verpleegkundige	SEH verpleegkundige	Doktersassistente telefonisch	Doktersassistente Balie	Huisarts	Overige
HAP	0	0	0	0	61	8	21	0
%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	89,7%	11,8%	30,9%	,0%
SEH	15	124	17	126	1	0	0	11
%	10,4%	86,1%	11,8%	87,5%	0,7%	0,0%	0,0%	7,6%

De urgentie van de patiënten die de arts-assistent en de verpleegkundige op de SEH en de huisarts op de HAP zien, verschilt weinig.

Tabel 4.16 Welke urgentie zien de professionals?

		medisch specialisten arts-assistenten	verpleegkundigen	huisartsen
U1	Aantal	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0
U2	Aantal	6	6	0
	%	3,6	3,5	0,0
U3	Aantal	31	32	15
	%	18,3	18,5	12,2
U4	Aantal	132	135	108
	%	78,1	78,0	87,8
Totaal		169	173	123

4.4.3 Wat gedaan?

Soort consult HAP

In 2007 is er op de HAP Zaandam sprake van een forse stijging van het aantal consulten op de HAP ten opzichte van een daling van het aantal telefonische consulten en het aantal visites.

Tabel 4.17 aantallen consulten HAP Zaandam

		2006	2007
Telefonisch consult	Aantal	3793	2568
	%	42,1%	34,2%
Consult	Aantal	4182	4237
	%	46,4%	56,4
Visite	Aantal	1036	711
	%	11,5%	9,5%
Totaal	Aantal	9011	7516
	%	100,0%	100,0%

P<0,05

Radiologie SEH Zaandam

Op de SEH Zaandam worden veel radiologie-aanvragen per patiënt geregistreerd. Een mogelijkheid is dat het vervolg polikliniek bezoek ook meegenomen wordt in onderstaande gegevens. Er heeft zicht tussen 2006 en 2007 geen verschuiving plaats gevonden.

Tabel 4.18 Soort radiologie aanvragen SEH ZMC

		2006	2007
CT	Aantal	472	492
	%	7,8%	7,2%
MRI	Aantal	233	264
	%	3,8%	3,8%
Röntgen	Aantal	4595	5225
	%	75,8%	76,2%
Echo	Aantal	760	856
	%	12,5%	12,5%
Overige	aantal	6	21
		0,1%	0,3%
Totaal	Aantal	6066	6858
	%	100,0%	100,0%

P>0,05

Met name het radiologie-onderzoek naar de extremiteiten is gestegen.

Tabel 4.19 Lokalisatie radiologie aanvragen

		2006	2007
Onderste extremiteit	Aantal	1062	1263
	%	17,5%	18,4%
Bekken/ sacrum/LWK	Aantal	548	642
	%	9,0%	9,4%
Abdomen	Aantal	872	826
	%	14,4%	12,0%
Bovenste extremiteiten	Aantal	1139	1415
	%	18,8%	20,6%
Hoofd Hals/CWK	Aantal	532	648
	%	8,8%	9,4%
Thorax/TWK/ Mammografie	Aantal	1757	1839
	%	29,0%	26,8%
Overig (vaten/ ondefinieerbaar)	Aantal	156	225
	%	2,6%	3,3%
	Totaal	6066	6858
	%	100,0%	100,0%

P < 0,05

De ratio is hoog in vergelijking met de spoedpost. Deze is van 2006 naar 2007 gedaald.

Tabel 4.20 aantal radiologieverrichtingen per bezoeker

	Aantal patiënten	Aantal aanvragen	Ratio
2006	2558	6066	2,37
2007	3019	6857	2,27

4.4.4 Hoe lang heeft het geduurd?

Een telefonisch contact duurde in 2007 gemiddeld een halve minuut langer dan in 2006.

Tabel 4.21 Duur telefonisch contact HAP Zaandam

	Gemiddelde (uur:min:sec)
2006	0:03:04
2007	0:03:27

P<0,05

Een bezoek aan de SEH van het ZMC duurde in 2007 12,5 minuten langer dan het jaar ervoor.

Tabel 4.22 Duur bezoek SEH

	Gemiddelde (uur:min:sec)
2006	1:49:44
2007	2:02:16

P<0,05

4.4.5 Waar naartoe?

Spoedeisende Hulp

De SEH van het ZMC registreert alleen of een patiënt naar een ziekenhuis gaat of niet. Er gingen in 2007 meer patiënten na het bezoek op de SEH verder naar een ziekenhuis.

Tabel 4.23 Vervolgbehandeling na bezoek SEH Zaandam

		2006	2007
Ziekenhuis	Aantal	1086	1392
	%	43,4%	48,3%
Huisarts	Aantal		
	%		
Geen	Aantal	1415	1492
	%	56,6%	51,7%
Anders	Aantal		
	%		
Totaal	Aantal	2501	2884
	%	100,0%	100,0%

P<0,05

Bij de registratie in april 2007 bij 300 patiënten bleek dat de helft van de patiënten die door een medisch specialist of arts-assistent was gezien zonder nacontrole naar huis werd gestuurd; een kwart werd teruggezien op de polikliniek. Patiënten die door huisartsen werden gezien, hadden ook in ongeveer de helft van de gevallen geen nacontrole. Driekwart van de zelfverwijzers ging zonder nacontrole naar huis.

Tabel 4.24 *Verwijspatroon professionals en bestemming zelfverwijzers*

		Medisch specialisten Arts-assistenten	Verpleegkundigen	Huisartsen	Zelfverwijzers SEH	Zelfverwijzers SEH
Geen nacontrole	Aantal	81	74	62	82	47
	%	48,2	44,0	54,9	58,2%	77,0%
Eigen huisarts	Aantal	19	18	10	17	3
	%	11,3	10,7	8,8	12,1%	4,9%
Polikliniek	Aantal	48	57	0	33	0
	%	28,6	33,9	0,0	23,4%	,0%
Opname eigen ziekenhuis	Aantal	17	17	0	6	0
	%	10,1	10,1	0,0	4,3%	,0%
Opname ander ziekenhuis	Aantal	0	0	0		
	%	0,0	0,0	0,0		
Anders	Aantal	3	2	29	3	9
	%	1,8	1,2	25,7	2,1%	14,8%
SEH	Aantal			12	0	2
	%			10,6	,0%	3,3%
		168	168	113	141	61

4.5 Gegevens professionals

4.5.1 Respondent kenmerken

Aan de professionals werkzaam op de SEH en de HAP zijn vragenlijsten uitgedeeld met vragen over de arbeidsbeleving op de spoedpost. 50 professionals hebben gereageerd.

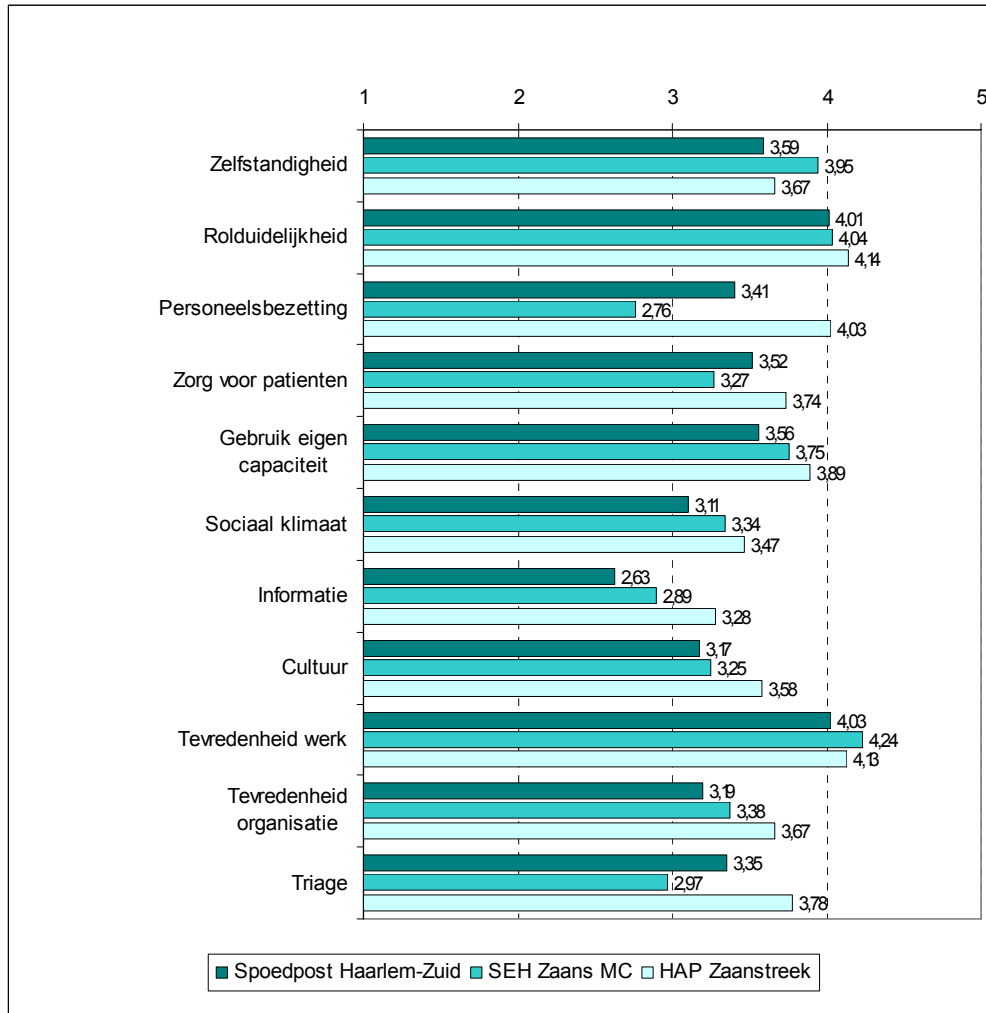
Tabel 4.25 Kenmerken van de respondenten van de vragenlijst naar de arbeidsbeleving

<i>1. Geslacht</i>				
	<i>HAP</i>		<i>SEH</i>	
	aantal	percentage	aantal	percentage
vrouw	5	41,7	22	57,9
man	7	58,3	16	42,1
Totaal	12	100,0	38	100,0
<i>2. Leeftijd</i>				
	aantal	percentage	aantal	percentage
25-29 jaar			1	2,6
30-34 jaar	3	25,0	2	5,3
35-39 jaar	3	25,0	7	18,4
40-44 jaar	1	8,3	5	13,2
45-49 jaar	2	16,7	10	26,3
50-54 jaar	2	16,7	9	23,7
55-59 jaar	1	8,3	2	5,3
60 jaar of ouder			2	5,3
Totaal	12	100,0	38	100,0
<i>3. Functie</i>				
	aantal	percentage	aantal	percentage
Medisch Specialist			18	47,4
SEH verpleegkundige			14	36,8
Secretaresse			3	7,9
Anders			3	7,9
Doktersassistent	3	25,0		
Huisarts	9	75,0		
Totaal	12	100,0	38	100,0
<i>4. Hoe lang bent u werkzaam in de acute zorg?</i>				
	aantal	percentage	aantal	percentage
1 tot 3 jaar			3	7,9
3 tot 5 jaar	2	16,7	5	13,2
Langer dan 5 jaar	10	83,3	30	78,9
Totaal	12	100,0	38	100,0

4.5.2 Beleving

Via de vragenlijst hebben de medewerkers van de SEH en de HAP in Zaandam de onderstaande items als volgt gescoord.

Tabel 4.26 Arbeidsbelevingsscore in vergelijking met de spoedpost



In onderstaande tabel zijn alleen de significante verschillen ($p < 0,05$) weergegeven en tegelijkertijd de mate waarin de waarden verschillen, de zogenoemde *effect size*: - of + is in geringe mate, -- of ++ is in sterke mate en --- of +++ is in zeer sterke mate.

Tabel 4.27 Relevante verschillen arbeidsbeleving

	SEH Zaans MC ten opzichte van spoedpost	HAP Zaandam ten opzichte van spoedpost
Zelfstandigheid	+	
Rolduidelijkheid		
Personeelsbezetting	---	+++
Zorg voor patiënten	-	
Gebruik eigen capaciteit		
Sociaal klimaat	++	++
Informatie		+++
Cultuur		++
Tevredenheid werk	+	
Tevredenheid organisatie		++
Triage	--	++

Ten opzichte van de spoedpost scoort de HAP op veel onderwerpen fors beter. De SEH scoort ten opzichte van de spoedpost beter wat betreft de tevredenheid over het werk en de zelfstandigheid, maar slechter wat betreft personeelsbezetting, zorg voor patiënten en de triage.

4.5.3 Verdieping interviews medewerkers HAP Zaandam

Communicatie en overleg

Het overleg met de huisarts is afhankelijk van de huisarts die dienst heeft. De huisartsen signaleren hetzelfde: de afstemming met de doktersassistentes is wisselend. Als er sprake is van afstemming heeft dit te maken met de triage. De doktersassistente overlegt met de huisarts hoe dit afgehandeld kan worden.

Er zijn geen formele overleggen met de huisartsen samen. De huisartsen hebben ook weinig contact met elkaar tijdens een dienst. Ieder doet zijn eigen werk.

Zowel de huisarts als dokterassistentes missen de terugkoppeling als een patiënt doorverwezen wordt. Terugkoppeling is erg afhankelijk van wie er werkt en de persoonlijke relaties die mensen over de jaren heen hebben opgebouwd. Binnen de HAP bestaat er een behoefte om meer contact te hebben met andere partijen in de keten zoals SEH en de Regionale Ambulance Voorziening.

Triage

Triage vindt plaats via NHG-TelefoonWijzer. De HAP investeert veel in bijscholing. De doktersassistentes hanteert de HAAK methode bij triage: Hulpvraag, achtergrondinformatie, advies, klantreactie. De hulpvraag is meestal snel duidelijk. Vijftig tot zestig procent van de telefoontjes leiden tot een zelfzorgadvies. De meeste mensen nemen dit goed op. Volgens de huisartsen in deze

regio neemt de zelfredzaamheid van mensen af. Mensen willen nu geholpen worden onafhankelijk of het wel of niet spoed is. De meeste hulpvragen hebben geen spoedeisende karakter. Bij twijfel wordt de patiënt altijd verzocht om naar de HAP te komen. Vijftig procent van de patiënten die naar de HAP komen zouden kunnen wachten en hun eigen huisarts de volgende dag kunnen raadplegen.

De huisartsen zijn zeer tevreden over de triage die de doktersassistenten uitvoeren. De meeste zijn zeer goed en ervaren. Het triëren is een vaardigheid die de doktersassistenten goed bezitten. De doktersassistenten krijgen vaak de volle lading. Patiënten worden mondiger en agressiever.

Tevredenheid organisatievorm

Zowel de doktersassistenten als huisartsen zijn zeer te spreken over deze organisatievorm. De zorg die de HAP opvangt is duidelijk eerstelijnszorg. De HAP is een vrij jonge organisatie. Het bestaat nog maar 5 jaar. Laat de organisatie eerst 10 jaar bestaan voordat je gaat zoeken naar andere vormen.

Toekomst visie spoedzorg

De huisartsen zijn niet te spreken over de spoedpostconstructie. Hoe meer de HAP wordt geïntegreerd in de SEH, hoe meer het gaat lijken op een ziekenhuis. Alles wordt dan bureaucratischer. Bij een spoedpost zal de huisarts het hulpje worden van de medisch specialist. De geluiden die de huisartsen horen over de spoedpost, stemmen de huisartsen niet positief. Er is geen behoefte aan verandering. Toch verwachten zij dat deze ontwikkeling niet meer te stoppen is. Over vijf jaar zullen veel huisartsenposten geïntegreerd zijn in het ziekenhuis. Patiënten zouden eigenlijk meer gebruik moeten maken van hun eigen huisarts. Dit is echter moeilijk te sturen.

4.5.4 Verdiepinginterviews medewerkers SEH ZMC

Samenwerking

De verpleegkundigen vinden dat de samenwerking met arts-assistenten en specialisten erg afhankelijk is van de specialist en specialisme. De relatie met internisten, chirurgen en radiologen is bijvoorbeeld minder dan met de andere. De verpleegkundigen hebben vaak weinig in te brengen, wat kan leiden tot gevaarlijke situaties. Zij vinden dat de specialisten weinig respect hebben voor verpleegkundigen.

Volgens de arts-assistenten bepaalt de verpleegkundige welk specialisme geconsulteerd moet worden. De arts-assistent onderzoekt de patiënt en indien nodig consulteert de medisch specialist. Er is ook volgens hen in het algemeen weinig sprake van samenwerking.

Triage

De patiënt weet doorgaans niet welke kleurencode hij heeft gekregen. De arts-assistenten vinden dat er goed wordt getriëerd. Echter, zij geven aan dat zij niet weten welke kleurcodes waar voor staan. Naar eigen inzicht zien zij de patiënten.

Hoe drukker het is op de SEH, hoe minder er wordt getriëerd. De patiënt komt echter wel op de juiste plek, volgens de arts-assistenten. Het is volgens hen niet altijd noodzakelijk om te triëren.

Veel patiënten die de SEH bezoeken horen eigenlijk de HAP te bezoeken of de eigen huisarts te raadplegen. Ze komen naar de SEH uit gemakzucht, onbekendheid met de HAP, hebben geen tijd om de eigen huisarts te bezoeken of onbereikbaarheid van de huisarts.

De doorlooptijden op de SEH zijn lang. Patiënten moeten vaak lang wachten voordat zij een specialist zien. Dit is zeker het geval als patiënten zich 's nachts hebben gemeld op de SEH.

Toekomst visie spoedzorg

Volgens de meeste werkzaam op de SEH heeft de spoedpost de toekomst. Het zou heel goed zijn als de HAP geïntegreerd wordt in het ziekenhuis. Zowel overdag als tijdens de ANW-uren komen er veel patiënten op de SEH die eigenlijk in de eerstelijns thuis horen. Voor de arts-assistenten zou het een verlaging van werkdruk betekenen als patiënten eerst gezien werden door de huisarts. De spoedpost zou als een filter kunnen functioneren. Binnen de spoedpost zou goed getriëerd kunnen worden. De doktersassistenten van de HAP zijn daar heel goed in. De triage zou niet overgenomen moeten worden door de verpleegkundige. De doktersassistenten zijn zeer goed getraind in het doorvragen en de hulpvraag duidelijk te krijgen. De verpleging geeft ook aan dat het makkelijk is voor de SEH als de patiënten eerst via de HAP gaan. In een spoedpost kan dit goed worden gestroomlijnd maar worden de patiënten opgevangen die alleen een specialist wilt zien. Volgens de verpleegkundigen zou je binnen een spoedpost minder makkelijk als patiënt bij een specialist terecht kunnen komen.

4.6 Samenvatting Zaandam

In eerste kwartaal van 2006 bezochten in totaal 2558 patiënten tijdens ANW-uren de SEH van het ZMC. In 2007 werd de SEH in het eerste kwartaal door 3019 mensen bezocht. Dat is een stijging van 18 procent. De verhouding man/vrouw bleef gelijk. De gemiddelde leeftijd van de bezoekers voor beide jaren was ongeveer 38 jaar.

In het eerste kwartaal van 2006 hadden in totaal 9011 patiënten contact met de HAP Zaanstreek. In 2007 was dat aantal 7516. Dat is een daling van 16 procent. Het percentage mannen dat de HAP bezocht, nam toe. De gemiddelde leeftijd bleef constant op ongeveer 36 jaar. In 2007 is er een opvallend groot deel zeer urgente en urgente gevallen op de SEH. Ruim 95% van de mensen die de huisartsenpost bezochten had de urgentie U3 of U4.

De HAP Zaandam scoort op veel aspecten beter wat betreft de tevredenheid van de patiënten over een bezoek dan de spoedpost. De SEH van het ZMC scoort op alle aspecten vergelijkbaar. De HAP Zaandam scoort minder op het gebied van toegankelijkheid van telefonische contacten dan de spoedpost.

Zeventig procent van de patiënten bezocht de SEH van het ZMC op eigen initiatief, 18% werd naar de SEH verwezen door een huisarts en 10% kwam via 112. In 2007 is een verdere stijging waar te nemen van zelfverwijzers en een lichte daling van het aantal patiënten dat via hun huisarts worden verwezen.

In 2007 is er op de HAP Zaandam sprake van een forse stijging van het aantal consulten op de HAP ten opzichte van een daling van het aantal telefonische consulten en het aantal visites. Op de SEH Zaandam worden veel radiologie-aanvragen geregistreerd. Er heeft zich tussen 2006 en 2007 geen verschuiving plaats gevonden tussen de soorten aanvragen.

Een bezoek aan de SEH van het ZMC duurde in 2007 12,5 minuten langer dan het jaar ervoor. Een telefonisch consult duurde in 2007 gemiddeld een halve minuut langer dan in 2006

Ten opzichte van de spoedpost scoort de HAP wat betreft arbeidsbeleving door de medewerkers op veel onderwerpen beter. De SEH scoort ten opzichte van de spoedpost beter wat betreft de tevredenheid over het werk en de zelfstandigheid, maar slechter wat betreft personeelsbezetting, zorg voor patiënten en de triage.

5. Resultaten locatie Purmerend

5.1 Spoedpostmodel

5.1.1 Organisatie algemeen

Het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf het Waterlandziekenhuis (WLZ) en de coöperatieve huisartsenvereniging Zaanstreek/Waterland (HAP) leveren via de spoedpost Waterland gezamenlijk spoedeisende zorg buiten kantooruren voor de regio Waterland. In deze zorg wordt een onderscheid gemaakt tussen complexe en niet-complexe zorg.

Het WLZ is verantwoordelijk voor de complexe zorg, de HAP is verantwoordelijk voor de niet-complexe zorg.

Onder complexe zorg wordt verstaan spoedeisende zorg voor patiënten:

- die zijn verwezen;
- die via een ambulance komen;
- bij wie aanvullend onderzoek wordt verricht zoals röntgenonderzoek;
- in specifieke groepen die onder behandeling zijn bij een medisch specialist:
 - o patiënten met een probleem door gips;
 - o patiënten met koorts tijdens chemotherapie en
 - o nader te definiëren door de medische staf.

Onder niet-complexe zorg wordt verstaan spoedeisende zorg voor patiënten:

- die (eerst) bellen naar de Spoedpost;
- die zonder verwijzing of belcontact aan de voordeur staan of
- bij wie een huisbezoek nodig is.

Triage aan de telefoon en triage van zelfverwijzers vallen onder niet-complexe zorg.

Op de spoedpost Waterlandziekenhuis werken verschillende disciplines: huisartsen, dokterassistenten, SEH-verpleegkundigen, leerling SEH-verpleegkundigen, secretaresses en arts-assistenten. Medisch specialisten komen weinig op de SEH. Ze worden geconsulteerd door de arts-assistenten. De verpleegkundigen zijn in dienst bij het WLZ, de doktersassistenten bij de HAP. De doktersassistenten van de HAP en de korte-lijnverpleegkundigen van de SEH worden inhoudelijk aangestuurd door de huisarts.

Omdat het merendeel van de spoedeisende zorg bestaat uit kleine traumatologie en eenvoudige huisartsgeneeskundige zorg, protocollert en delegeert de Spoedpost Waterland deze aan verpleegkundigen. Gezien de ervaring en vaardigheid van de SEH-verpleegkundige, kan deze door extra scholing worden opgeleid tot deze zogenoemde korte-lijnverpleegkundige (KLV). Dit is een nieuwe functie. De diensten van de korte-lijnverpleegkundige worden verdeeld onder de SEH-verpleegkundigen. Tijdens een dienst op de SEH is de SEH-verpleegkundige ook voor enkele uren korte-lijnverpleegkundige. De korte-lijnverpleegkundige is niet een boventallige functie. Het kan voorkomen dat een verpleegkundige is ingeroosterd op de SEH met twee leerling SEH-verpleegkundigen.

Triage-assistenten (meestal doktersassistenten) en korte-lijnverpleegkundigen werken zowel voor de complexe als de niet-complexe zorg. Daarom levert zowel de HAP als het WLZ een manager die samen verantwoordelijk zijn voor de organisatorische leiding van personeel, materiaal en

middelen. Dit betekent één functieprofiel voor één hoofd en impliceert dat zij samen leiding geven aan zowel de doktersassistentes als de verpleegkundigen. De dagelijkse leiding wordt aangevuld met een medisch specialist en een huisarts. Zij vormen gevierden het kernteam. De voorzitter van het kernteam is een arts. De manager van het WLZ en de medisch specialist zijn vooral verantwoordelijk voor de complexe zorg, de manager van de HAP en de huisarts voor de niet-complexe zorg. Het logistieke proces en het kwaliteitsbeleid ten aanzien van het organiseren van de zorg valt onder de portefeuille van de managers. Het kwaliteitsbeleid ten aanzien van de medische zorg waaronder het medische handelen van de verpleegkundigen valt onder de portefeuille van de artsen. De manager complexe zorg is in dienst van het WLZ, de manager niet-complexe zorg is in dienst van de HAP.

Op het grensvlak van complexe en niet-complexe zorg is de besluitvorming volgens consensus. Problemen of zaken die spoedpostoverstijgend zijn worden voorgelegd aan een bestuurlijk overleg. Het WLZ en de HAP vormen een paritair bestuurlijk overleg van vier personen en komt zes maal per jaar bijeen. De voorzitter van het kernteam is de ambtelijk secretaris van het bestuurlijk overleg en vertegenwoordigt het kernteam. Als de voorzitter van het kernteam geleverd wordt vanuit de HAP, komt de voorzitter van het bestuurlijk overleg uit het WLZ en vice versa. In dit overleg komen vooral strategisch-tactische zaken aan de orde en geen zaken van tactisch-operationele aard. Hierbij kan gedacht worden aan het (meerjaren)beleid, de begroting, investeringen, knelpunten waarover in het kernteam geen consensus kan worden bereikt of die spoedpostoverstijgend zijn. Ook vindt hier besluitvorming op het grensvlak van complexe en niet-complexe zorg plaats op grond van consensus. Op geleide van de agenda kunnen anderen (managers, artsen) worden uitgenodigd de vergadering bij te wonen. Een onafhankelijke kwaliteitscommissie adviseert het bestuurlijk overleg. Het WLZ en de HAP houden ieder hun eigen bestuurlijke verantwoordelijkheid jegens hun achterban.

Zowel het WLZ als de HAP kennen een eigen klachtenprocedure. In geval van klachten worden klachten die de complexe zorg betreffen afgehandeld volgens de WLZ-procedure en klachten die de niet-complexe zorg betreffen volgens de HAP-procedure. De klachten komen binnen bij de klachtenfunctionaris van het WLZ en op het adres van het WLZ. Deze klachtenfunctionaris handelt vervolgens de klacht zelf af of verwijst deze door naar de klachtenfunctionaris van de HAP. De vereniging en directie zijn tevens verantwoordelijk voor een andere locatie.

Wat betreft de HAP-kant is er sprake van een algemene ledenvergadering waar alle huisartsen bij aangesloten zijn. Het bestuur bestaat uit meewerkende huisartsen. Er is een directeur en een locatiemanager. Er is ook meewerkend voorman, de coördinerende doktersassistente die de lijn vormt tussen werkvloer en locatiemanager, maar geen directe leiding geeft aan de assistentes. Alle assistentes doen hetzelfde werk, te weten telefonische triage, triage aan de balie, assisteren van de huisartsen en zelfstandig kleine medische handelingen als urinecontroles, et cetera. De coördinerende assistente is ook verantwoordelijk voor de bestellingen, het inwerken van nieuwe mensen, maakt deel uit van het breed MT en is aanwezig bij functioneringsgesprekken. Er werkten in het eerste kwartaal 2005 7,7 fte doktersassistenten, in 2006 7,8 fte en in 2007 7,9 fte volgens onderstaand normrooster:

Tabel 5.1 Normbezetting Spoedpost Waterland

	Door de weeks		Weekend		
	<i>avond</i>	<i>nacht</i>	<i>dag</i>	<i>avond</i>	<i>nacht</i>
doktersassistenten	4	2	5	4	2
SEH-verpleegkundigen	2,5 (***)	2	2	2	2
kortelijnerverpleegkundigen	1		2 (*)	1	
huisarts	2	1	3	2	1
arts-assistent	2	1	2 (**)	1	1

* 2 tussen 10.00 en 22.00

** 1 tussen 17.00 - 23.00 en 1 tussen 13.00 - 21.30

*** één heeft dienst tot 20.00 uur

Het spoedpostmodel is van toepassing buiten kantooruren, dus tussen 17.00-8.00 uur, op feestdagen en in het weekend wanneer de dienstdoende huisartsen op de spoedpost aanwezig zijn. De doktersassistenten doen ook de secretariële werkzaamheden. De weergegeven bezetting van de doktersassistenten is inclusief de bezetting van het callcentrum. Het callcentrum is gehuisvest in de Spoedpost Waterland. Tijdens elke dienst is minimaal één gediplomeerde SEH-verpleegkundige ingepland die de KLV kan doen. Van de geplande SEH-verpleegkundigen is er één leerling SEH-verpleegkundige.

5.1.2 Proces

De Spoedpost heeft één loket, de frontoffice. Of de patiënt nu belt of voor de deur staat, de wijze van opvang is dezelfde. Achter dit loket, in de backoffice, dragen SEH en HAP samen verantwoordelijkheid. Dit leidt tot een herschikking van taken, met als principe dat iedereen doet waar hij goed in is.

Aan de balie en aan de telefoon in de frontoffice werkt de triage-assistente. Zij is doorgaans een doktersassistente die aanvullend is getraind. De triage-assistente bepaalt met behulp van de NHG TelefoonWijzer en een zelfontwikkelde Rode Kaart, gebaseerd op de ABCD-problematiek, de urgentie en regelt wie de zorgvraag afhandelt: zelfzorgadvies, de korte-lijnverpleegkundige, de huisarts of de SEH. De triage-assistente vangt tevens aan de balie patiënten met een spoedeisend medisch probleem op. Daarom is training op medisch-inhoudelijk gebied nodig. Ook spelen inzicht in haar bekwaamheden en grenzen en samenwerking met de regio-arts en de korte-lijnverpleegkundige een belangrijke rol. Zij beoordeelt de urgentie van de spoedeisende zorgvragen van zelfverwijzers in de Triagekamer. Het leren werken met drie verschillende computersystemen is eveneens een belangrijk nieuw aspect.

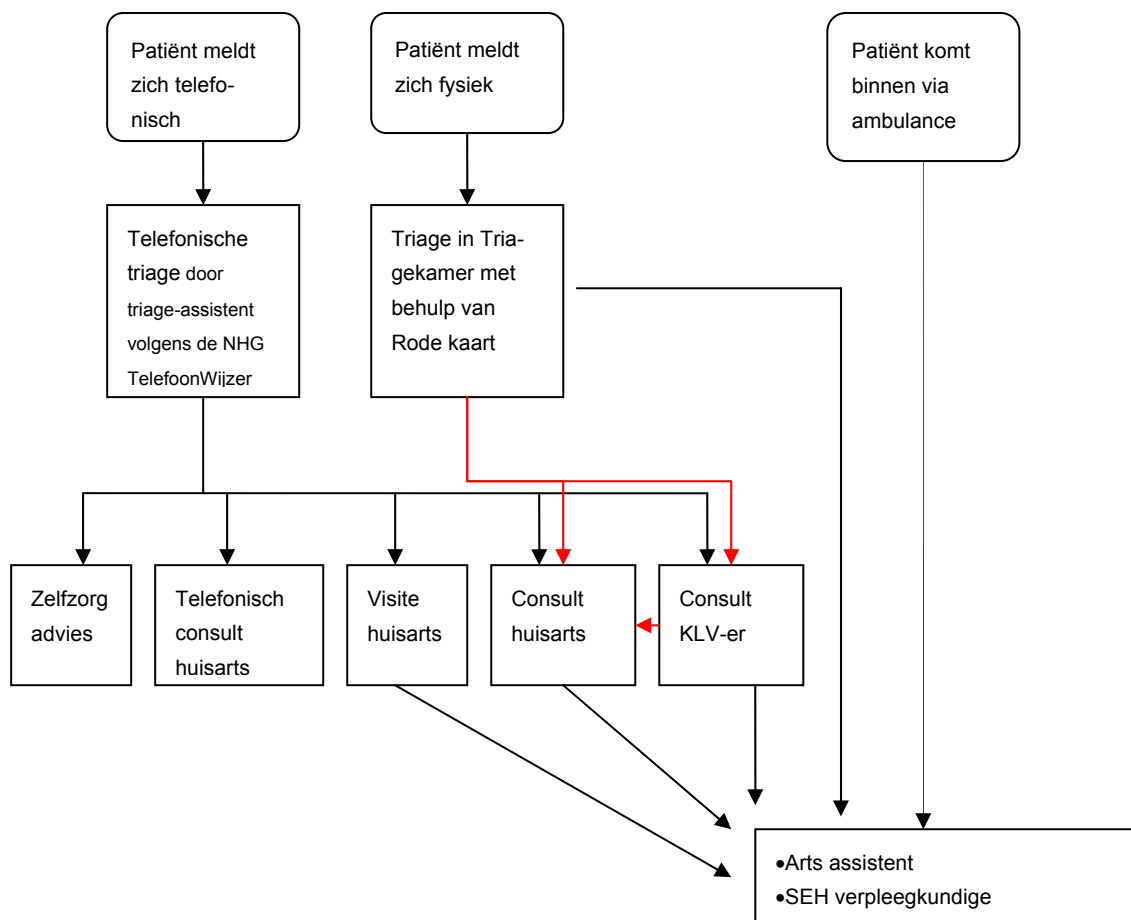
De korte-lijnverpleegkundige behandelt kleine traumatologie en oogklachten. Dat is meer dan de helft van de fysieke contacten. Hiervoor worden in Waterland 50 protocollen ontwikkeld waarin anamnese, onderzoek, valkuilen en beleid staan beschreven. Op basis van deze protocollen stelt de korte-lijnverpleegkundige een werkdiagnose. Het beleid is per werkdiagnose in het protocol vastgelegd. De korte-lijnverpleegkundige kan besluiten dat de patiënt gezien moet worden door de huisarts. Bij een evidente fractuur kan zij direct verwijzen naar de SEH.

De dienstdoende huisarts is uiteindelijk verantwoordelijk: hij superviseert en flatteert de triage en zelfzorgadviezen. Omdat een deel van de consulten wordt gedelegeerd aan de korte-lijnverpleegkundige is het werk van de dienstdoende huisarts veranderd. De huisarts ziet patiënten met meer ingewikkelde huisartsgeneeskundige klachten van zenuwstelsel, buik, hart, longen en geriatrische problemen. Hij is ook 'meewerkend voorman' en coach van triage-assistentes en korte-lijnverpleegkundige. Voor deze nieuwe functie van regie-arts wordt een scholingsmodule ontwikkeld.

Er ontstaan zo zes patiëntenstromen (zie figuur):

- patiënten die bellen en een zelfzorgadvies van de triage-assistente krijgen;
- patiënten die zich fysiek melden, al dan niet na bellen, en door de korte-lijnverpleegkundige worden behandeld;
- patiënten die zich fysiek melden, al dan niet na bellen, en door de huisarts worden gezien;
- patiënten, die na bellen, thuis door de huisarts worden gezien;
- patiënten die verwezen en/of per ambulance binnengebrachte de SEH-verpleegkundige en agnio/spoedarts onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist worden behandeld en
- patiënten die binnenlopen en direct worden verwezen naar de SEH.

Figuur 5.1 Proces spoedpost Purmerend



5.1.3 Omgeving

In 2005 had Purmerend 77.068 bewoners, daarvan was 24% allochtoon. De urbanisatiegraad was 333 inwoners per vierkante kilometer. Groene Land Achmea is de grootste zorgverzekeraar binnen deze regio. Regio Waterland is het adherentiegebied en kent ongeveer 150.000 inwoners.

5.1.4 Financiële aspecten ziekenhuis en medisch specialisten

In de huidige fb-financiering worden de inkomsten van het ziekenhuis bepaald op basis van enkele parameters zoals aantal opnames, dagopnames en eerste polikliniekbezoeken. Toename of afname in de productie zorgt voor aanpassingen van het budget het jaar daarop. Een SEH-bezoek wordt gezien als een eerste polikliniekbezoek. Veranderingen in het aantal SEH-bezoeken hebben dus directe gevolgen op de inkomsten van het ziekenhuis. Ze beïnvloeden eveneens het honorarium van de medisch specialisten. Dit wordt bepaald op basis van afspraken in het tripartiete overleg met ziekenhuis en zorgverzekeraar aan de hand van de gerealiseerde productie.

De SEH heeft geen vast budget per jaar, maar werkt op basis van beschikbaarheidsfunctie. Deze beschikbaarheidsfunctie wordt voor alle ziekenhuizen op basis van dezelfde parameters berekend.

In Purmerend is de afspraak gemaakt met de zorgverzekeraar dat de korte-lijnverpleegkundige voor alle contacten DBC's mag declareren, ook als ze niet de patiënt verwijst naar de SEH. Vandaar dat er maar beperkte financiële gevolgen zijn voor het ziekenhuis en de medisch specialist. Probleem is wel dat de patiënt een rekening krijgt na behandeling door de korte-lijnverpleegkundige maar niet na behandeling door de huisarts.

5.1.5 Financiële gevolgen huisartsenpost en huisartsen

Het tarief dat een Huisartsendienstenstructuur (HDS) in rekening mag brengen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), bestaat uit een honorarium voor de dienstdoende huisartsen en een bedrag aan infrastructurele kosten voor de instandhouding van de huisartsenpost. Deze infrastructurele kosten zijn bijvoorbeeld loonkosten voor doktersassistenten, huisvestingskosten, kosten voor vervoer en automatiseringskosten. Tussen de HDS'en bestaan grote verschillen in de hoogte van de kosten en dus in de tarieven. Om de kosten van de HDS'en te beperken en een einde te maken aan de grote kostenverschillen, is met ingang van 1 januari 2005 een normering ingevoerd. De normering is gebaseerd op een bedrag per inwoner in het werkgebied van de HDS. Het basisbedrag is € 10,40 per inwoner (niveau 2007). Dit bedrag kan worden verhoogd voor HDS'en die werkzaam zijn in plattelandsgebieden (maximaal € 2,60) of voor HDS'en die een grotere vraag naar zorg kennen (maximaal € 2,10). Daarnaast kan het bedrag per inwoner worden verhoogd wanneer de HDS extra kwaliteit en service levert. Uitgangspunt daarbij is 90% van het budget van het vorige jaar. Dat bedrag kan worden opgehoogd met maximaal 20%. De NZA noemt hierbij kwalitatieve verbeteringen zoals deze onder meer zijn aanbevolen voor de betreffende HDS in de rapportage van Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ook noemt de NZA de mogelijkheid van verhoging van het tarief om substitutie van zorg van de tweede lijn naar de HDS te stimuleren. De HDS moet hiervoor samen met de zorgverzekeraar de NZA verzoeken om het te declareren tarief te verhogen door middel van een plan van aanpak met uitleg waarom het geld nodig is en waaraan het wordt besteed. In de onderhandeling tussen HDS en zorgverzekeraar wordt zo een definitief bedrag per inwoner vastgesteld. Het bedrag per inwoner maal het aantal inwoners in het werkgebied vormt het budget van de HDS. Op basis van dit budget en het aantal verwachte consulteenheden wordt per HDS een consult- en visitetarief vastgesteld.

Voor het spoedpostmodel wordt een verschuiving van het aantal contacten verondersteld van specialist naar huisarts. Bij een dergelijke substitutie en een eventueel aangetoonde kwaliteits-

verbetering kan dus de spoedpost in de jaarlijkse onderhandelingen met de zorgverzekeraar het tarief ter discussie stellen en gezamenlijk een verzoek tot ophoging indienen.

De uurtarieven voor de huisarts zijn vastgelegd door de NZA. Voor 2007 is het basistarief € 50,20 per uur. Het meer vergoeden van de huisarts boven dit tarief wordt gezien als een economisch delict. Op korte termijn is het honorarium van de huisarts derhalve niet flexibel.

De weergegeven resultaten hebben alle betrekking op ANW-uren: werkdagen tussen 17:00 en 8:00 en het weekend.

5.2 Kenmerken patiënten

5.2.1 Algemeen

Spoedeisende Hulp

In het eerste kwartaal van 2005 bezochten in totaal 2.522 mensen op werkdagen tussen 17.00 uur en 8.00 uur en in het weekend de SEH van het WLZ. In 2006 werd de SEH in het eerste kwartaal door 1801 mensen bezocht (een daling van bijna 30%) en in het eerste kwartaal van 2007 door 1954 mensen (een stijging weer van bijna tien procent).

Tabel 5.2 Aantal bezoekers SEH Purmerend

2005	2521
2006	1801
2007	1954

Controlevariabelen

Er is geen sprake van belangrijke veranderingen in het percentage mannelijke of vrouwelijke bezoekers.

Tabel 5.3 Man/vrouwverdeling SEH Purmerend

	2005		2006		2007	
	<i>Aantal</i>	<i>%</i>	<i>Aantal</i>	<i>%</i>	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Man	1.354	53,7%	940	52,2%	992	50,8%
Vrouw	1.167	46,3%	861	47,8%	962	49,2%
Totaal	2.521	100,0%	1801	100,0%	1954	100,0%

p>0,05

De gemiddelde leeftijd is wel gestegen.

Tabel 5.4 Gemiddelde leeftijd SEH Purmerend

	Gemiddelde leeftijd
2005	38,5
2006	43,8
2007	42,5

P<0,05

Huisartsenpost

In het eerste kwartaal van 2005 was er sprake van in totaal 7.428 patiënten die contact hadden met de HAP Purmerend. In het eerste kwartaal van 2006 waren dat 8.228 patiënten (+11%) en in het eerste kwartaal 2007 8440 (+2%). Uit onderstaande tabel blijkt dat de stijging vooral wordt veroorzaakt door de contacten van de korte-lijnverleegkundige. Deze contacten zijn apart vermeld omdat ze niet in het WIS zijn vermeld. Door de afspraak met de zorgverzekeraar worden ze door het ziekenhuis gedeclareerd en dus geregistreerd.

Tabel 5.5 aantal patiënten HAP Purmerend

	2005	2006	2007
Callmanager	7428	7330	7510
Kortelijnverpleegkundige	0	928	939
Totaal	7428	8258	8449

Controlevariabelen

Het aandeel mannen is gestegen.

Tabel 5.6 Man/vrouwverhouding HAP Purmerend

	2005		2006		2007	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Man	3311	44,6%	3379	46,1%	3492	46,5%
Vrouw	4117	55,4%	3951	53,9%	4018	53,5%
Total	7428	100,0%	7330	100,0%	7510	100,0%

P<0,05

De gemiddelde leeftijd is eveneens gestegen.

Tabel 5.7 Gemiddelde leeftijd HAP Purmerend

	Gemiddelde leeftijd
2005	34,6
2006	35,0
2007	36,2

P<0,05

5.2.2 Urgentie

Spoedeisende hulp

Over de jaren 2005, 2006 en 2007 zijn geen gegevens beschikbaar over urgentie.

Huisartsenpost

De urgentie van de patiënten van de HAP Waterland, wordt weergegeven in onderstaande tabel. Bijna alle patiënten in zowel 2005, 2006 als 2007 hadden de urgentie U3 of U4. Er is sprake van een lichte verschuiving van U4 naar U3 van 2005 naar 2006.

Tabel 5.8 Urgentie patiënten HAP Purmerend

		2005	2006	2007
U1	Aantal	0	0	1
	%	0,0%	0,0%	0,0%
U2	Aantal	6	27	25
	%	0,1%	0,4%	0,3%
U3	Aantal	38	328	291
	%	0,5%	4,5%	3,9%
U4	Aantal	7384	6976	7197
	%	99,4%	95,2%	95,8%
Total	Aantal	7428	7331	7514
	%	100,0%	100,0%	100,0%

P<0,05

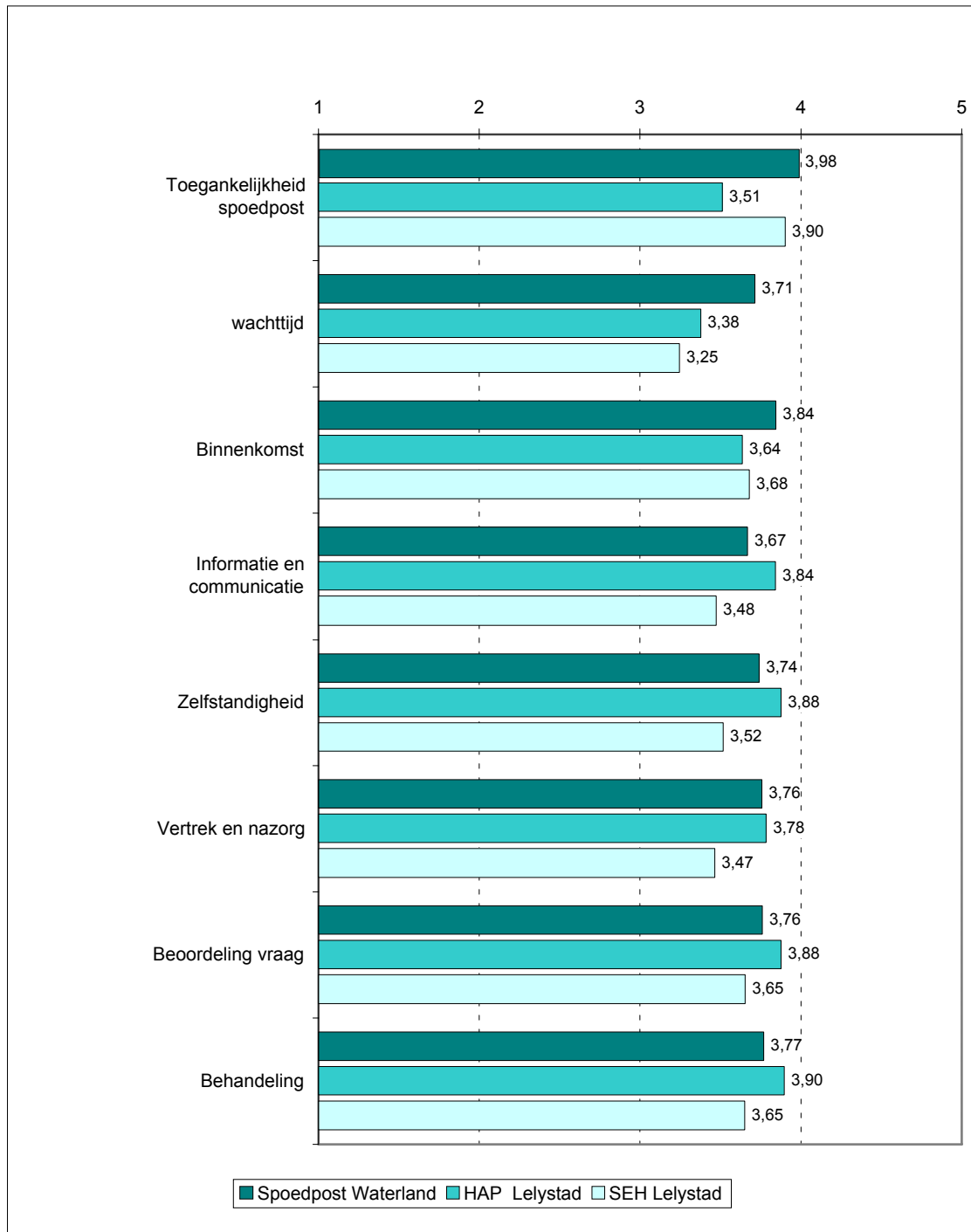
5.2.3 Tevredenheid

Fysiek

De patiënttevredenheidsvragenlijst voor mensen die de spoedpost bezochten is verstuurd naar 240 patiënten en geretourneerd door 83 patiënten (respons 35%). Van hen was 47% van het mannelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd van de mensen die de vragenlijst invulden was 40 jaar. Gezien de kenmerken van de gehele populatie is dit een representatieve steekproef. De spoedpost werd door 37,3% van de respondenten op eigen initiatief bezocht. Op de vraag of de no-claim regeling invloed had gehad op de keuze om de spoedpost te bezoeken antwoordde 86,7% "nee". Ruim de helft van de respondenten was bekend met de werkwijze van de spoedpost Waterland.

Onderstaande figuur geeft een samenvatting van de tevredenheid van de patiënten over het bezoek aan de spoedpost in Purmerend:

Figuur 5.2 Tevredenheid patiënten over bezoek spoedpost Waterland



De scores zijn vastgesteld aan de hand van de gehanteerde schalen. De vragenlijst met deze schalen is in bijlage 1 weergegeven.

In onderstaande tabel zijn alleen de significante verschillen ($p < 0,05$) weergegeven en tegelijkertijd de mate waarin de waarden verschillen, de zogenoemde *effect size*: - of + is in geringe mate, -- of ++ is in sterke mate en --- of +++ is in zeer sterke mate.

Tabel 5.9 Relevante verschillen patiënttevredenheid over bezoek aan de spoedpost

	Ten opzichte van HAP Lelystad		Ten opzichte van SEH Lelystad	
	lager	hoger	lager	hoger
Toegankelijkheid spoedpost		++		
Wachttijd				
Binnenkomst				
Informatie en communicatie				
Zelfstandigheid				
Vertrek en nazorg				
Beoordeling vraag				
Behandeling				

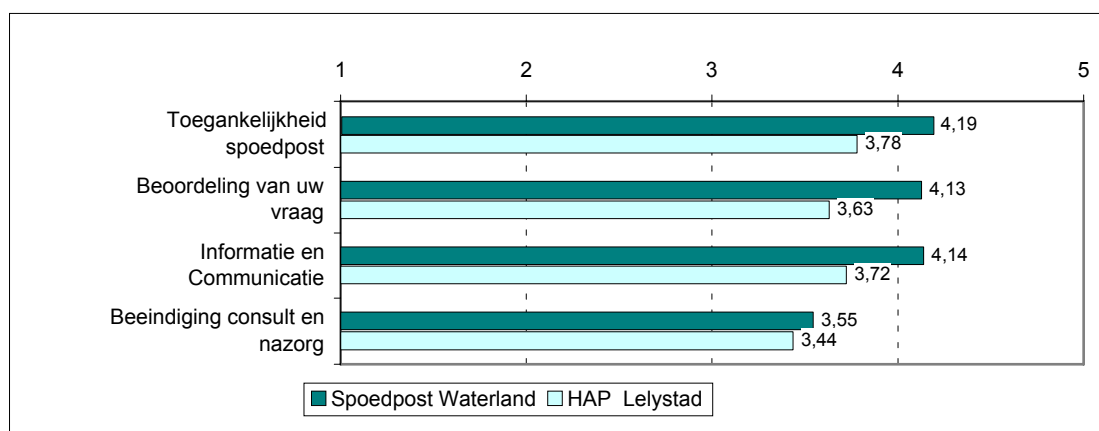
Wat betreft toegankelijkheid zijn patiënten van de spoedpost meer tevreden dan de patiënten van de controle HAP. De tevredenheid is verder vergelijkbaar met die van de patiënten van de controle-HAP en SEH.

Telefonisch

De patiënttevredenheidsvragenlijst voor mensen die de spoedpost telefonisch benaderden is naar 120 patiënten gestuurd en door 73 patiënten geretourneerd (respons 46%). Van hen was 37% van het mannelijke geslacht en de gemiddelde leeftijd was 35,9 jaar. Vrouwelijke respondenten zijn oververtegenwoordigd.

Wat betreft de patiënttevredenheid na telefonisch contact scoort de spoedpost Purmerend als volgt op de vier relevante schalen:

Figuur 5.3 Tevredenheid patiënten over telefonisch contact



De scores zijn vastgesteld aan de hand van de gehanteerde schalen. De vragenlijst met deze schalen is in bijlage 1 weergegeven.

In onderstaande tabel zijn alleen de significante verschillen ($p < 0,05$) weergegeven en tegelijkertijd de mate waarin de waarden verschillen, de zogenoemde *effect size*: - of + is in geringe mate, -- of ++ is in sterke mate en --- of +++ is in zeer sterke mate.

Tabel 5.10 Relevante verschillen patiënttevredenheid over bezoek aan de spoedpost.

	Ten opzichte van HAP Lelystad	
	lager	hoger
Toegankelijkheid spoedpost		++
Beoordeling van uw vraag		++
Informatie en Communicatie		++
Beëindiging consult en nazorg		

Patiënten die de spoedpost Purmerend hebben gebeld zijn meer tevreden over de toegankelijkheid, de beoordeling van de vraag en de verstrekte informatie en de communicatie dan patiënten die contact hebben gehad met de controle-HAP.

5.3 Patiëntenstromen

5.3.1 Waar komt de patiënt vandaan?

Spoedeisende Hulp

Na de invoering van de spoedpost is er een vanzelfsprekende daling van het aantal zelfverwijzers en tegelijkertijd een stijging van het aantal patiënten dat door een huisarts wordt verwezen. In 2007 bleven deze aantallen ten opzichte van 2006 constant.

Tabel 5.11 Verwijzing naar SEH Purmerend

		2005	2006	2007
Geen	Aantal	1.657	505	632
	%	66,4%	28,7%	33,2%
Huisarts	Aantal	723	1.154	1.203
	%	29,0%	65,5%	63,1%
Overig	Aantal	117	102	70
	%	4,7%	5,8%	3,7%
Total	Aantal	2497	1761	1905
	%	100,0%	100,0%	100,0%

P<0,05

Huisartsenpost

Er wordt geen registratie bijgehouden van de herkomst van de mensen die huisartsenpost Purmerend bezoeken.

5.3.2 Door wie is de patiënt gezien?

Er is in april 2007 van ruim 300 patiënten geregistreerd waar ze vandaan kwamen, door welke professionals ze zijn gezien en wat het vervolg was. Zie voor de vragenlijst bijlage 2. Patiënten zullen meestal verschillende hulpverleners zien dus het totaal zal meer zijn dan 100%. Onderstaande tabel laat zien dat op de Spoedpost Waterland de helft van de patiënten gezien wordt door in ieder geval de huisarts en dat maar een klein deel gezien wordt door de arts-assistenten.

Tabel 5.12 Welke professionals ziet de patiënt?

	Medisch specialist	Arts assistent	Korte-lijnverpleegkundige	SEH verpleegkundige	Doktersassistente telefonisch	Doktersassistente Balie	Huisarts	Overige
Aantal	4	15	66	16	184	124	166	0
%	1,2%	4,4%	19,5%	4,7%	54,3%	36,6%	49,0%	0,0%

De korte-lijnverpleegkundige ziet een groot deel (bijna de helft) van de zelfverwijzers. Opvallend is dat onderstaande tabel de categorie Overige groot is. Dit maakt interpretatie lastig.

Tabel 5.13 Welke professional ziet de zelfverwijzer?

	Medisch specialist	Arts assistent	Kortelijverpleegkundige	SEH verpleegkundige	Doktersassistente telefonisch	Doktersassistente Balie	Huisarts	Overige
Aantal	1	7	44	8	4	75	38	48
%	1,1%	7,4%	46,8%	8,5%	4,3%	79,8%	34,5%	51,1%

In onderstaande tabellen is geanalyseerd hoe urgent de patiënten zijn die de medisch specialisten en arts assistenten zien ten opzichte van de huisartsen en de verpleegkundigen.

Tabel 5.14 Welke urgentie zien de professionals?

		medisch specialisten arts-assistenten	verpleegkundigen	huisartsen
U1	Aantal	0	1	1
	%	0,0	1,4	0,6
U2	Aantal	1	1	0
	%	6,7	1,4	0,0
U3	Aantal	0	2	15
	%	0,0	2,8	9,4
U4	Aantal	14	67	143
	%	93,3	94,4	89,9
Totaal		15	71	159

5.3.3 Wat is er gedaan?

Consulten HAP

Na invoering van de spoedpost is er sprake van minder telefonische consulten en meer consulten op de spoedpost.

Tabel 5.15 Aantal consulten HAP Purmerend

		2005	2006	2007
Telefonisch consult	Aantal	3059	2634	2567
	%	41,2%	35,9%	34,2%
Consult	Aantal	3568	3899	4236
	%	48,0%	53,2%	56,4%
Visite	Aantal	801	798	711
	%	10,8%	10,9%	9,5%
Totaal	Aantal	7428	7331	7514
	%	100,0%	100,0%	100,0%

P < 0.05

Hiernaast heeft de kortelijnerverpleegkundige een belangrijke rol gekregen, zie onderstaande tabel. Het betreft dertien procent van de productie van de HAP, waarvan tweederde zelfstandig op de HAP wordt afgehandeld.

Tabel 5.16 Aantal contacten klv

	2005	2006	2007
KLV-contacten, afgehandeld op HAP	0	608	632
KLV-contacten, verwezen naar de SEH	0	320	307
Totaal aantal KLV-contacten	0	928	939

Radiologie SEH Purmerend

Het aantal aanvragen radiologie is gestegen van 2006 naar 2007 met name door meer röntgen-onderzoek.

Tabel 5.17 Aantallen aanvragen radiologie

		2005	2006	2007
CT	Aantal	252	307	305
	%	7,1%	8,6%	8,1%
MRI	Aantal	55	71	76
	%	1,5%	2,0%	2,0%
Röntgen	Aantal	3052	2950	3133
	%	85,8%	82,9%	82,8%
Echo	Aantal	197	231	269
	%	5,5%	6,5%	7,1%
Totaal	Aantal	3556	3559	3783
	%	100,0%	100,0%	100,0%

P < 0,05

Deze stijging is met name veroorzaakt door meer aanvragen door onderzoeken van de thorax.

Tabel 5.18 Onderverdeling aanvragen radiologie

		2005	2006	2007
Onderste extremiteit	Aantal	611	485	576
	%	17,2%	13,6%	15,2%
Bekken/sacrum/ LWK	Aantal	249	229	203
	%	7,0%	6,4%	5,4%
Abdomen	Aantal	435	493	490
	%	12,2%	13,9%	13,0%
Bovenste extremiteiten	Aantal	717	645	743
	%	20,2%	18,1%	19,6%
Hoofd Hals/CWK	Aantal	212	230	259
	%	6,0%	6,5%	6,8%
Thorax/TWK/ Mammografie	Aantal	1269	1411	1435
	%	35,7%	39,6%	37,9%
Overig (vaten/ ondefinieerbaar)	Aantal	63	66	77
	%	1,8%	1,9%	2,0%
	Totaal	3556	3559	3783
	%	100 %	100 %	100 %

P<0,05

Er is eveneens sprake van een stijging van het aantal radiologieaanvragen per patiënt. De afspraak is dat alleen de arts-assistent de aanvraag doet. Wijzigingen in de arts-assistenten is hiervoor een mogelijke oorzaak. Opvallend is dat het aantal radiologie-aanvragen van de onderste extremiteit is gedaald. De verwachting is dat juist traumatologie van de enkel minder terecht komt bij de arts-assistent in het spoedpostmodel en dat er dus minder onderzoek zal plaatsvinden.

Tabel 5.19 Aantal radiologieaanvragen per patiënt

	Aantal patiënten	Aantal aanvragen	Ratio
2005	2521	3556	1,41
2006	1801	3559	1,98
2007	1954	3783	1,94

5.3.4 Hoe lang heeft het geduurd?

Telefonisch consult

Er is sprake van een daling van een telefonisch consult na invoering van de spoedpost.

Tabel 5.20 Duur telefonisch contact HAP Purmerend

	Gemiddelde (min:sec)
2005	4:07
2006	3:33
2007	3:27

P<0,05

Duur bezoek spoedpost

De duur van een bezoek aan de spoedpost vanaf het registreren in het ZIS tot aan het verlaten van het ziekenhuis is fors gedaald zowel van 2005 naar 2006 (-25%) en van 2006 naar 2007 (-43%)

Tabel 5.21 Gemiddelde duur bezoek spoedpost

	Gemiddelde (uur:min:sec)
2005	1:20:00
2006	1:00:19
2007	0:34:12

P<0,05

5.3.5 Waar gaan patiënten na de spoedpost naartoe?

Spoedeisende Hulp

Op de SEH van het WLZ is er sprake van een stijging van het aantal patiënten dat wordt opgenomen en een sterke daling van het aantal patiënten dat verwezen wordt naar de eigen huisarts.

Tabel 5.22 Vervolgbehandeling SEH Purmerend

		2005	2006	2007
Ziekenhuis	Aantal	1.240	1.158	1.289
	%	50,2%	68,3%	72,6%
Huisarts	Aantal	1.136	479	423
	%	46,0%	28,2%	23,8%
Geen	Aantal	93	59	64
	%	3,8%	3,5%	3,6%
Totaal	Aantal	2.469	1.696	1.776
	%	100,0%	100,0%	100,0%

P<0,05

Bij de registratie in april 2007 bij 300 patiënten bleek dat patiënten die door verpleegkundigen (SEH en KLV) zijn gezien en patiënten die door huisartsen zijn gezien in ongeveer de helft van de gevallen naar huis gaan zonder nacontrole. Patiënten die de huisarts zien komen in een op de drie gevallen bij hun eigen huisarts terecht, patiënten die verpleegkundigen hebben gezien in een op de vier gevallen. Zelfverwijzers worden voor de helft zonder nacontrole naar huis gestuurd en voor een kwart naar hun eigen huisarts.

Tabel 5.23 Waar gaan patiënten naartoe na een bezoek aan de spoedpost?

		Medisch Specialisten Arts assistenten	Verpleegkundi- gen	Huisartsen	Zelfverwijzers
Geen nacontrole	Aantal	3	29	72	44
	%	23,1	46,8	48,6	50,0%
Eigen huisarts	Aantal	1	16	52	25
	%	7,7	25,8	35,1	28,4%
Polikliniek	Aantal	3	6	6	8
	%	23,1	9,7	4,1	9,1%
Opname eigen ziekenhuis	Aantal	2	2	3	0
	%	15,4	3,2	2,0	0,0%
Opname ander ziekenhuis	Aantal	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0
Anders	Aantal	4	9	15	11
	%	30,8	14,5	10,1	12,5%
		13	62	148	93

Bovengenoemde tabellen zijn in tegenspraak met elkaar: met name het percentage patiënten dat zonder nabehandeling naar huis gaat verschilt opvallend in beide registraties.

5.4 Gegevens professionals

5.4.1 Respondent kenmerken

Aan de professionals werkzaam op de Spoedpost Waterland zijn vragenlijsten uitgedeeld met vragen over de arbeidsbeleving op de spoedpost. 38 professionals hebben gereageerd.

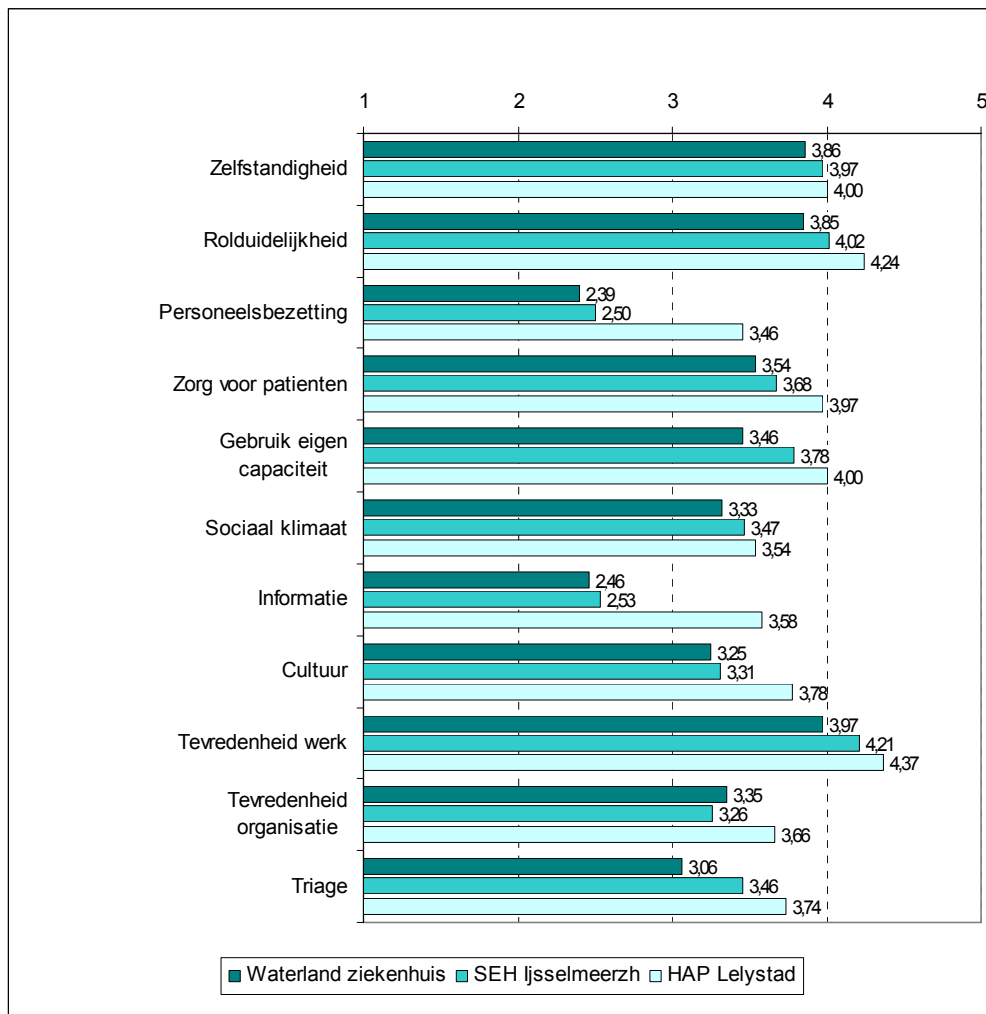
Tabel 5.24 *Respondent kenmerken Arbeidsbeleving Haarlem-Zuid*

<i>1. Geslacht</i>	<i>aantal</i>	<i>percentage</i>
Vrouw	28	73,7
Man	10	26,3
Totaal	38	100
<i>2. Leeftijd</i>	<i>aantal</i>	<i>percentage</i>
20-24 jaar	1	2,6
25-29 jaar	4	10,5
30-34 jaar	6	15,8
35-39 jaar	2	5,3
40-44 jaar	9	23,7
45-49 jaar	6	15,8
50-54 jaar	7	18,4
55-59 jaar	1	2,6
60 jaar of ouder	2	5,3
Totaal	38	100
<i>3. Functie</i>	<i>aantal</i>	<i>percentage</i>
Doktersassistent (Hap/SEH)	10	26,3
Huisarts	8	21,1
SEH verpleegkundige	13	34,2
Arts -assistent	3	7,9
SEH arts	1	2,6
Nurse Practitioner	1	2,6
Secretaresse	1	2,6
Anders	1	2,6
Totaal	38	100
<i>4. Hoe lang bent u werkzaam in de acute zorg?</i>		
	<i>aantal</i>	<i>percentage</i>
korter dan 6 maanden	1	2,6
6 maanden tot 1 jaar	2	5,3
1 tot 3 jaar	4	10,5
3 tot 5 jaar	6	15,8
Langer dan 5 jaar	25	65,8
Totaal	38	100

5.4.2 Arbeidsbeleving door de medewerkers

Via de vragenlijst hebben de medewerkers van de spoedpost in Purmerend de onderstaande items als volgt gescoord.

Figuur 5.4 Schaalscores arbeidsbeleving Spoedpost



In onderstaande tabel zijn alleen de significante verschillen ($p < 0,05$) weergegeven en tegelijkertijd de mate waarin de waarden verschillen, de zogenoemde *effect size*: - of + is in geringe mate, -- of ++ is in sterke mate en --- of +++ is in zeer sterke mate.

Tabel 5.25 Relevantie verschillen arbeidsbeleving.

	Ten opzichte van SEH Lelystad	Ten opzichte van HAP Lelystad
Zelfstandigheid		
Rolduidelijkheid	-	--
Personeelsbezetting		---
Zorg voor patiënten		--
Gebruik eigen capaciteit	-	--
Sociaal klimaat		-
Informatie		---
Cultuur		---
Tevredenheid werk	-	-
Tevredenheid organisatie		-
Triage	-	--

De medewerkers van de spoedpost in Purmerend zijn op alle punten kritischer dan medewerkers van de controle-HAP en op de aspecten rolduidelijkheid, gebruik eigen capaciteit, tevredenheid werk en triage minder tevreden dan de medewerkers van de controle-SEH.

5.4.3 De diepte-interviews

Op de Spoedpost Waterland zijn tien interviews gehouden met een arts-assistent, vier huisartsen, drie doktersassistentes (een van de SEH-kant en twee van de HAP) en twee korte-lijnverpleegkundigen.

Functie-inhoud en werkorganisatie

Veel geïnterviewde medewerkers beleven de spoedpost als bestaande uit twee duidelijk aparte entiteiten met eigen werkafspraken en werkstructuren. De korte-lijnverpleegkundige wordt gezien als de enige feitelijke verbinding tussen de HAP-kant en de SEH-kant.

Communicatie en overleg

Er zijn geen vaste overlegvormen tussen de huisartsen en medisch specialisten. Er zijn ook geen andere vaste overleggen tussen de HAP en SEH. Er is incidenteel contact met elkaar over een patiënt. De korte-lijnverpleegkundige is de verbindende schakel tussen de HAP en SEH binnen de spoedpost.

Samenwerking

De geïnterviewden ervaren weinig samenwerking tussen de verschillende disciplines. Zij geven aan dat zij vaak niet weten welke afspraken er onderling gemaakt zijn. Dit lost zich dan meestal op in de wandelgangen. De overdracht van de patiënt van de HAP naar de SEH is nog zoals in de oude situatie. Om van een spoedpost te spreken zouden de HAP en SEH meer geïntegreerd moeten worden.

Triage

De medewerkers geven aan dat het voor de patiënt niet duidelijk is wie de patiënt moet aanspreken achter de balie. Ook komt volgens sommige geïnterviewden de afgesproken triage (snel bepalen wie behandelt: de SEH, de huisarts of de KLV-er) onvoldoende tot zijn recht. De patiënt komt niet altijd op de goede plek terecht en kan sneller geholpen worden. Met name de KLV-ers vinden dat er meer patiënten via de triage naar hen doorverwezen kunnen worden dan nu gebeurt. Zij hebben nu geen rol binnen de triage.

Tevredenheid organisatievorm

Een deel van de huisartsen is ontevreden over de huidige organisatievorm. In theorie is de spoedpost weliswaar een mooi model. Maar zij vinden dat de huisartsengeneeskunde niet een eigen identiteit krijgt in de spoedpost. "Het heeft bijvoorbeeld lang geduurd voor dat er een bord kwam met 'huisartsenpost'. Zij vinden dat er betere afspraken moeten worden gemaakt over complexe zorg en niet-complexe zorg. Niet-complexe zorg is het terrein van de huisarts. Zelfverwijzers moeten ook getriëerd worden. Dat gebeurt nu niet volgens de huisartsen. Zij worden 'beloond' doordat zij altijd gezien worden.

Bij veel patiënten die de spoedpost bezoeken is er geen sprake van een acute situatie. Het is vaak niets ernstigs en kan makkelijk wachten tot de volgende dag. De geïnterviewde huisartsen vinden dat zij patiënten terug moeten kunnen verwijzen naar hun huisarts. Dit is nu bij de spoedpost niet mogelijk.

Een ander deel van de huisartsen vindt dat door de komst van de spoedpost de huisartsengeneeskunde weer terug is bij de huisarts. Sommige vinden het ook leuk omdat zij nu meer zicht hebben in het traject van de patiënt.

Het feit dat SEH-verpleegkundigen meer verantwoordelijkheid krijgen via hun rol als kortelijverpleegkundige, wordt niet als positief ervaren door de SEH-verpleegkundigen. De werkzaamheden worden niet als "leuk" ervaren. De rol is hen opgelegd. De SEH-verpleegkundigen hebben hier niet voor gekozen.

De geïnterviewde arts-assistent vindt deze organisatievorm wel patiëntvriendelijker. De lijnen naar de huisarts zijn korter geworden.

De doktersassistentes geloven niet in het concept "spoedpost". "De spoedpost ligt nog in de couveuse en zal er nooit uitkomen".

Toekomst visie spoedzorg

Het zou handig zijn als de spoedpost uit één organisatie bestaat en alle zorgprocessen op elkaar zijn afgestemd. Veel geïnterviewden vinden dat de integratie verder kan en misschien wel moet. Zoals er nu vorm wordt gegeven aan de spoedpost is er bijvoorbeeld weinig animo bij huisartsen in de toekomst om nog hun eigen diensten te draaien.

5.5 Samenvatting Purmerend

Sinds de invoering van de Spoedpost Waterland is er een beperkte stijging van het aantal contacten van de huisarts en een forse daling van het aantal bezoekers van de SEH. Er bezoeken meer mannen de HAP, de gemiddelde leeftijd is gestegen van de patiënten op de HAP en de SEH. De urgentie is eveneens licht gestegen. Het aantal zelfverwijzers op de SEH is gehalveerd en het aantal patiënten verwezen door de huisarts is ruim verdubbeld. Deze ontwikkeling is logisch aangezien veel patiënten in de spoedpost verwezen zullen worden door huisartsen naar de SEH. Ook is het logisch dat de arts-assistenten weinig laagurgente patiënten zien. Bijna de helft van de zelfverwijzers wordt gezien door de korte-lijnverpleegkundige. Deze heeft een vaste plek gekregen in de spoedpost en ziet dertien procent van de contacten. Tweederde daarvan wordt door de HAP afgehandeld.

Ook de huisarts heeft een belangrijke rol op de spoedpost: de helft van de patiënten komt langs de huisarts. Zij zijn meer consulten op de spoedpost gaan doen en handelen minder telefonisch af. Een belangrijke oorzaak is dat zij nu te maken hebben met veel meer zelfverwijzers dan in de oude HAP-situatie.

Het aantal aanvragen radiologie is gestegen, met name de onderzoeken van de thorax.

De duur van het telefonische consult is gedaald en de duur van een bezoek aan de spoedpost is vergeleken met een bezoek aan de SEH in 2005 fors gedaald.

Na een bezoek aan de spoedpost gaat ongeveer de helft van de patiënten zonder afspraak voor nacontrole naar huis.

Wat betreft toegankelijkheid zijn patiënten van de spoedpost meer tevreden dan de patiënten van de controle-HAP. De tevredenheid is vergelijkbaar met die van de patiënten van de controle-SEH. Patiënten die de spoedpost Purmerend hebben gebeld zijn duidelijk meer tevreden over de toegankelijkheid, de beoordeling van de vraag en de verstrekte informatie en de communicatie dan patiënten die contact hebben gehad met de controle-HAP.

De medewerkers van de spoedpost in Purmerend zijn op alle punten kritischer dan medewerkers van de controle-HAP. Op de aspecten rolduidelijkheid, gebruik eigen capaciteit, tevredenheid werk en triage zijn zij minder tevreden dan de medewerkers van de controle-SEH. Veel geïnterviewde medewerkers beleven de spoedpost als bestaande uit twee duidelijk aparte entiteiten met eigen werkafspraken en werkstructuren. Er zijn geen vaste overleggen tussen de HAP en SEH. Er is weinig samenwerking tussen de verschillende disciplines. De geïnterviewden geven aan dat zij vaak niet weten welke afspraken er onderling gemaakt zijn. De medewerkers geven aan dat het voor de patiënt niet duidelijk is waar hij zich moet melden. Een deel van de huisartsen is niet te spreken over de organisatievorm 'Spoedpost'. In theorie is de spoedpost weliswaar een mooi model. Zij vinden dat de huisartsengeneeskunde niet een eigen identiteit krijgt in de spoedpost. Het feit dat SEH-verpleegkundigen meer verantwoordelijkheid krijgen via hun rol als korte-lijnverpleegkundige, wordt niet door alle SEH-verpleegkundigen als positief ervaren. Veel geïnterviewden zijn weliswaar ontevreden over de huidige praktijk maar vinden wel dat de integratie verder kan en misschien wel moet. Kanttekening is dat een recente onafhankelijke audit een stijgende lijn liet zien wat betreft de tevredenheid van de medewerkers over hun werk.

6. Resultaten locatie Lelystad

6.1 Organisatie SEH

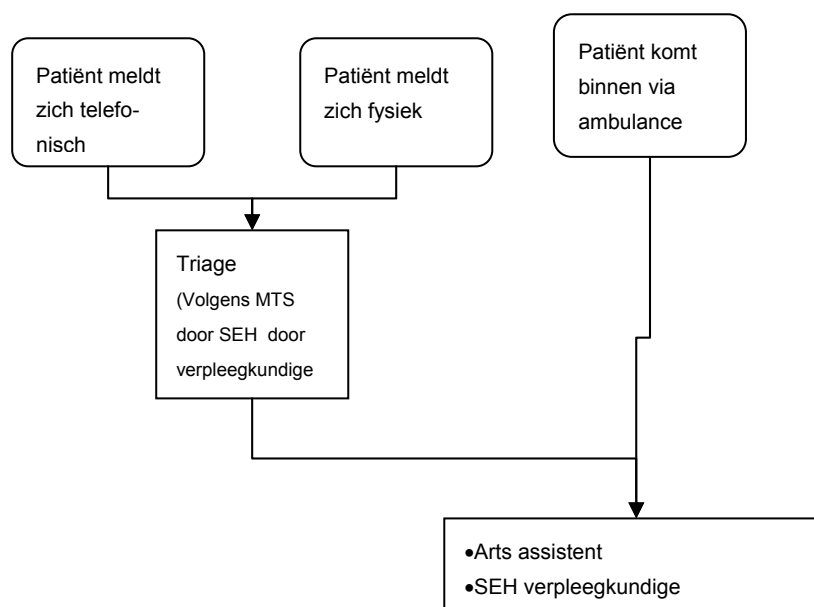
De Stichting IJsselmeerziekenhuizen is een basisziekenhuis met locaties in Emmeloord en in Lelystad. Voor dit onderzoek richten wij ons alleen op Lelystad waar de SEH is gelokaliseerd. Er werken 15 fte agnio's, 14,8 fte SEH-verpleegkundigen, 5,4 fte leerlingverpleegkundigen en 3,5 fte administratieve medewerkers volgens onderstaand normrooster:

Tabel 6.1 Normbezetting SEH Lelystad

	Door de weeks		Weekend		
	<i>avond</i>	<i>nacht</i>	<i>dag</i>	<i>avond</i>	<i>nacht</i>
doktersassistenten	1		1	1	
SEH-verpleegkundigen	2 á 3	2	3	3	2
arts-assistent	1	1	1	1	1

Op de SEH komt het relatief weinig voor dat de patiënt zich telefonisch meldt. Patiënten worden door de huisarts en/of HAP verwezen of patiënten melden zich op eigen initiatief. Alle patiënten die zich fysiek melden bij de SEH worden eerst getriëerd met behulp van het Manchester Triage Systeem. Op basis van urgentie worden zij gezien door een arts-assistent. Patiënten die met een ambulance binnenkomen worden niet getriëerd.

Figuur 6.1 Proces SEH Lelystad



6.2 Organisatie HAP

De huisartsenpost Lelystad maakt deel uit van de SDH IJssel-Vecht/Flevoland. Op de post werken huisartsen en doktersassistenten. De doktersassistente zorgt voor de ontvangst en het agendabeheer. Verder assisteert de doktersassistente de huisarts bij kleine verrichtingen. Er is één doktersassistente per avonddienst. De huisarts heeft geen assistentie tijdens de nacht. Het normrooster is als volgt:

Tabel 6.2 Normbezetting HAP Lelystad

	Door de weeks		Weekend		
	<i>avond</i>	<i>nacht</i>	<i>dag</i>	<i>avond</i>	<i>nacht</i>
doktersassistenten	1	*	1	1	*
Huisarts **	1	1	2	1	1

* Naast de fysiek aanwezige assistente zijn op de telefoonpost (callcenter) ook collega's doktersassistenten aan het werk. In de nacht zijn er op de telefoonpost (callcenter) twee assistentes werkzaam, zij nemen de telefoon aan, triageren en sturen de agenda aan.

** Er is ook een chauffeur aanwezig en werkzaam tijdens alle diensten. Hij/zij rijdt niet alleen maar assisteert en ondersteunt daar waar gewenst de huisarts.

De patiënt die belt in de ANW-uren naar het callcenter, wordt telefonisch getriëerd volgens de NHG TelefoonWijzer door daarvoor specifiek opgeleide doktersassistenten. Op basis van de triage krijgt de patiënt een zelfzorg advies, een afspraak op de HAP of wordt hij bezocht (visite) of gebeld (telefonisch consult) door de huisarts. Veel wordt via het huisartsenwaarneemstelsel Callmanager gecommuniceerd. De huisarts autoriseert alle zelfzorgadviezen.

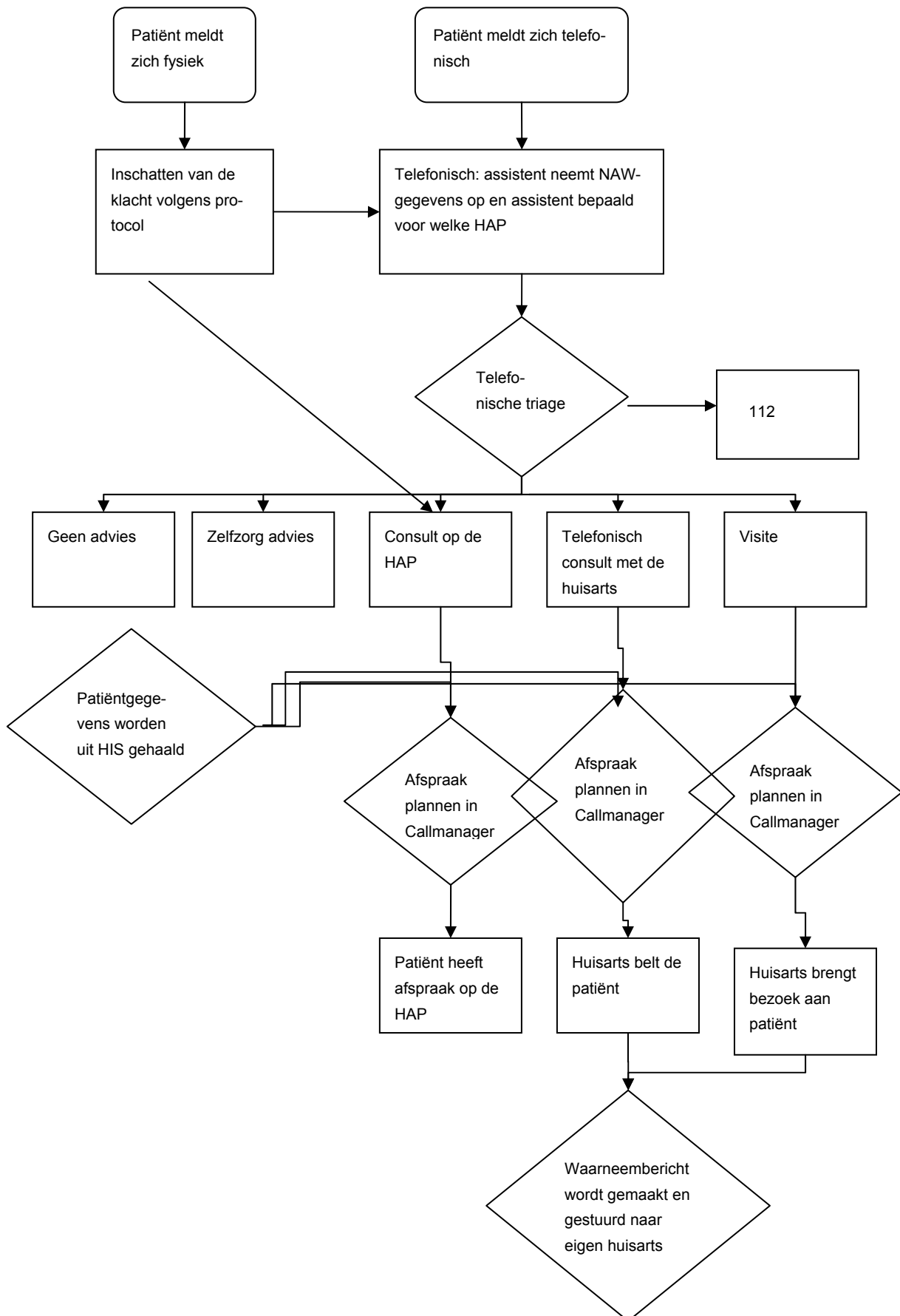
Als patiënten zich zonder afspraak of telefonische triage zich melden op de HAP dan gaat het daarvoor bestemde protocol in werking: op basis van de klacht wordt de patiënt direct gezien door de huisarts of de patiënt wordt verzocht ter plekke het callcenter te bellen.

Hiernaast is de organisatie van de HAP schematisch weergegeven in figuur 4.3.

6.2.1 Omgeving

In 2005 had Lelystad 70.860 bewoners, daarvan was 26% allochtoon. De urbanisatiegraad was 303 inwoners per vierkante kilometer. Groene Land Achmea is de grootste verzekeraar binnen deze regio. Concurrerende ziekenhuizen in de omgeving van IJsselmeerziekenhuizen zijn het Flevoziekenhuis te Almere en het OLVG in Amsterdam.

Figuur 6.2 Proces HAP Lelystad



6.2.2 Financiële aspecten ziekenhuis en medisch specialisten

In de huidige fb-financiering worden de inkomsten van het ziekenhuis bepaald op basis van enkele parameters zoals aantal opnames, dagopnames en eerste polikliniekbezoeken. Toename of afname in de productie zorgt voor aanpassingen van het budget het jaar daarop. Een SEH-bezoek wordt gezien als een eerste polikliniekbezoek. Veranderingen in het aantal SEH-bezoeken hebben dus directe gevolgen op de inkomsten van het ziekenhuis. Ze beïnvloeden eveneens het honorarium van de medisch specialisten. Dit wordt bepaald op basis van afspraken in het tripartiete overleg met ziekenhuis en zorgverzekeraar aan de hand van de gerealiseerde productie.

De SEH heeft geen vast budget per jaar, maar werkt op basis van beschikbaarheidsfunctie. Deze beschikbaarheidsfunctie wordt voor alle ziekenhuizen op basis van dezelfde parameters berekend.

In Lelystad werken medisch specialisten in loondienst (internist), in een maatschap (chirurg), zelfstandig of in combinatie van het voorgaande. Arts-assistenten op de SEH worden volledig door het ziekenhuis betaald. Alleen voor de medisch-specialisten die in een maatschap werken geldt dat verandering in het aantal SEH-bezoeken invloed heeft op het honorarium.

6.2.3 Financiële aspecten huisartsenpost

Het tarief dat een Huisartsendienstenstructuur (HDS) in rekening mag brengen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), bestaat uit een honorarium voor de dienstdoende huisartsen en een bedrag aan infrastructurele kosten voor de instandhouding van de huisartsenpost. Deze infrastructurele kosten zijn bijvoorbeeld loonkosten voor doktersassistenten, huisvestingskosten, kosten voor vervoer en automatiseringskosten. Tussen de HDS'en bestaan grote verschillen in de hoogte van de kosten en dus in de tarieven. Om de kosten van de HDS'en te beperken en een einde te maken aan de grote kostenverschillen, is met ingang van 1 januari 2005 een normering ingevoerd. De normering is gebaseerd op een bedrag per inwoner in het werkgebied van de HDS. Het basisbedrag is € 10,40 per inwoner (niveau 2007). Dit bedrag kan worden verhoogd voor HDS'en die werkzaam zijn in plattelandsgebieden (maximaal € 2,60) of voor HDS'en die een grotere vraag naar zorg kennen (maximaal € 2,10). Daarnaast kan het bedrag per inwoner worden verhoogd wanneer de HDS extra kwaliteit en service levert. Uitgangspunt daarbij is 90% van het budget van het vorige jaar. Dat bedrag kan worden opgehoogd met maximaal 20%. De NZA noemt hierbij kwalitatieve verbeteringen zoals deze onder meer zijn aanbevolen voor de betreffende HDS in de rapportage van Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ook noemt de NZA de mogelijkheid van verhoging van het tarief om substitutie van zorg van de tweede lijn naar de HDS te stimuleren. De HDS moet hiervoor samen met de zorgverzekeraar de NZA verzoeken om het te declareren tarief te verhogen door middel van een plan van aanpak met uitleg waarom het geld nodig is en waaraan het wordt besteed. In de onderhandeling tussen HDS en zorgverzekeraar wordt zo een definitief bedrag per inwoner vastgesteld. Het bedrag per inwoner maal het aantal inwoners in het werkgebied vormt het budget van de HDS. Op basis van dit budget en het aantal verwachte consulteenheden wordt per HDS een consult- en visitetarief vastgesteld.

Voor het spoedpostmodel wordt een verschuiving van het aantal contacten verondersteld van specialist naar huisarts. Bij een dergelijke substitutie en een eventueel aangetoonde kwaliteitsverbetering kan dus de spoedpost in de jaarlijkse onderhandelingen met de zorgverzekeraar het tarief ter discussie stellen en gezamenlijk een verzoek tot ophoging indienen.

De uurtarieven voor de huisarts zijn vastgelegd door de NZA. Voor 2007 is het basistarief € 50,20 per uur. Het meer vergoeden van de huisarts boven dit tarief wordt gezien als een economisch delict. Op korte termijn is het honorarium van de huisarts derhalve niet flexibel.

De weergegeven resultaten hebben alle betrekking op ANW-uren: werkdagen tussen 17:00 en 8:00 en het weekend.

6.3 Gegevens patiënten

6.3.1 Algemeen

Spoedeisende Hulp

In het eerste kwartaal van 2005 bezochten in totaal 1.427 mensen de SEH van Lelystad. In 2006 en 2007 werd de spoedeisende hulp in het eerste kwartaal respectievelijk bezocht door 1.302 (-8%) en 1.461 (+12%) mensen.

Tabel 6.3 Aantal bezoekers SEH Lelystad

2005	1427
2006	1302
2007	1461

Controlevariabelen

De verhouding man/vrouw is door de jaren gelijk gebleven.

Tabel 6.4 Man/Vrouwverdeling SEH Lelystad

	2005		2006		2007	
	<i>Aantal</i>	<i>%</i>	<i>Aantal</i>	<i>%</i>	<i>Aantal</i>	<i>%</i>
Man	759	53,2%	681	52,3%	788	53,9%
Vrouw	668	46,8%	621	47,7%	673	46,1%
Total	1427	100,0%	1302	100,0%	1461	100,0%

$p > 0,05$

De gemiddelde leeftijd van de bezoekers is eveneens niet significant gestegen.

Tabel 6.5 Gemiddelde leeftijd SEH Lelystad

	Gemiddelde leeftijd
2005	38,4
2006	40,4
2007	40,4

$p > 0,05$

Huisartsenpost

In het eerste kwartaal van 2005 bezochten in totaal 5.001 mensen de Huisartsenpost Lelystad, in het eerste kwartaal van 2006 5.203 mensen (+2%) en in het eerste kwartaal 2007 5464 (+5%).

Tabel 6.6 Aantal bezoekers HAP Lelystad

2005	5001
2006	5203
2007	5464

Controlevariabelen

Er was sprake van een verschuiving naar meer mannen op de HAP.

Tabel 6.7 man/vrouwverdeling HAP Lelystad

	2005		2006		2007	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Man	2.135	42,7%	2.266	43,6%	2.490	45,6%
Vrouw	2.866	57,3%	2.937	56,4%	2.974	54,4%
Total	5.001	100,0%	5.203	100,0%	5.464	100,0%

P<0,05

De gemiddelde leeftijd bleef hetzelfde

Tabel 6.8 Gemiddelde leeftijd HAP Lelystad

	Gemiddelde leeftijd
2005	34,4
2006	33,8
2007	34,2

p>0,05

6.3.2 Urgentie

Spoedeisende Hulp

Urgentie werd in 2005 en 2006 nog niet geregistreerd. In 2007 werd ruim 30% van de bezoeken aan de spoedeisende hulp als standaard of niet-urgent geïnclassificeerd.

Tabel 6.9 Urgentie patiënten SEH Lelystad

		2007
Acuut	aantal	12
	%	0,9%
Zeer urgent	aantal	304
	%	23,3%
Urgent	aantal	598
	%	45,8%
Standaard	aantal	381
	%	29,2%
Niet urgent	aantal	12
	%	0,9%
Totaal	aantal	1307
	%	100,0%

Huisartsenpost

De urgentie van de patiënten die de HAP in Lelystad bezochten, is licht gestegen, met name van U4 naar U3.

Tabel 6.10 Urgentie patiënten HAP Lelystad

		2005	2006	2007
U1	Aantal	39	40	35
	%	0,8%	0,8%	0,6%
U2	Aantal	402	507	507
	%	8,0%	9,7%	9,3%
U3	Aantal	2404	2865	3137
	%	48,1%	55,1%	57,4%
U4	Aantal	2156	1791	1785
	%	43,1%	34,4%	32,7%
Totaal	Aantal	5001	5203	5464
	%	100,0%	100,0%	100,0%

P<0,05

6.3.3 Tevredenheid

SEH Lelystad fysiek

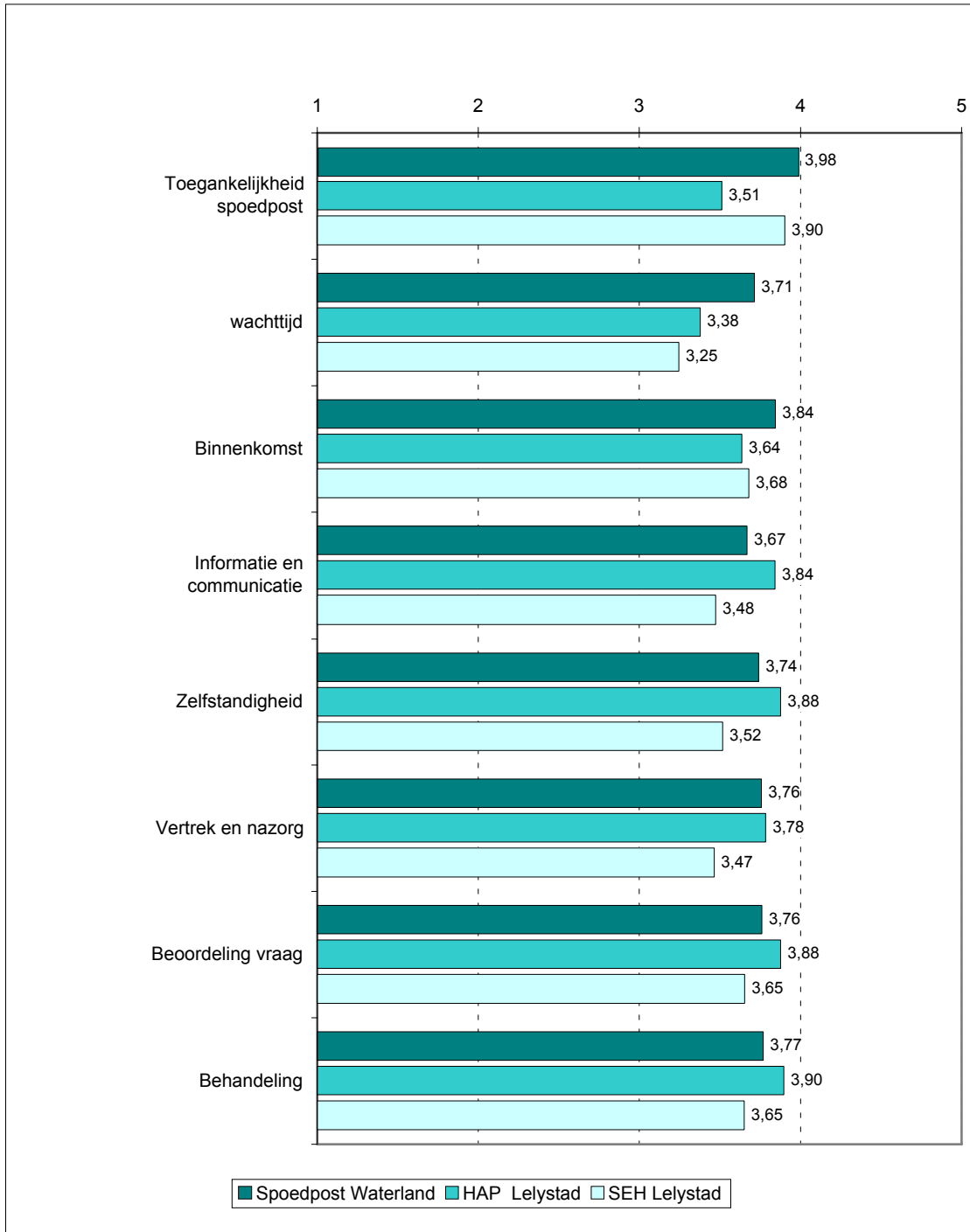
De tevredenheidsvragenlijst voor patiënten van de SEH werd door 67 mensen ingevuld (respons 33,5%). Van hen was 40% van het mannelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd van de mensen die de vragenlijst invulden was 41 jaar. Vrouwelijke respondenten zijn oververtegenwoordigd. De SEH werd door 17% van de respondenten op eigen initiatief bezocht. Op de vraag of de no-claim regeling invloed had gehad op de keuze om de SEH te bezoeken antwoordde 94% "nee".

HAP Lelystad fysiek

De tevredenheidsvragenlijst voor patiënten die de HAP bezochten werd door 42 mensen ingevuld (respons 35%). Van hen was 65 % van het mannelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd van de mensen die de vragenlijst invulden was 34 jaar. Onder de respondenten zijn hier de mannen oververtegenwoordigd. De HAP werd door 4% van de respondenten op eigen initiatief bezocht. Op de vraag of de no-claim regeling invloed had gehad op de keuze om de HAP te bezoeken antwoordde 86% "nee".

Onderstaande figuur tabel geeft een samenvatting van de tevredenheid van de patiënten over de SEH en HAP in Lelystad wat betreft het fysieke proces in vergelijking met de spoedpost:

Figuur 6.3 Patiënttevredenheid over bezoek spoedpost, SEH of HAP



De scores zijn vastgesteld aan de hand van de gehanteerde schalen. De vragenlijst met deze schalen is in bijlage 1 weergegeven.

In onderstaande tabel zijn alleen de significante verschillen ($p < 0,05$) weergegeven en tegelijkertijd de mate waarin de waarden verschillen, de zogenoemde *effect size*: - of + is in geringe mate, -+ of ++ is in sterke mate en --+ of +++ is in zeer sterke mate.

Tabel 6.11 Mate van verschil in tevredenheid patiënten over bezoek

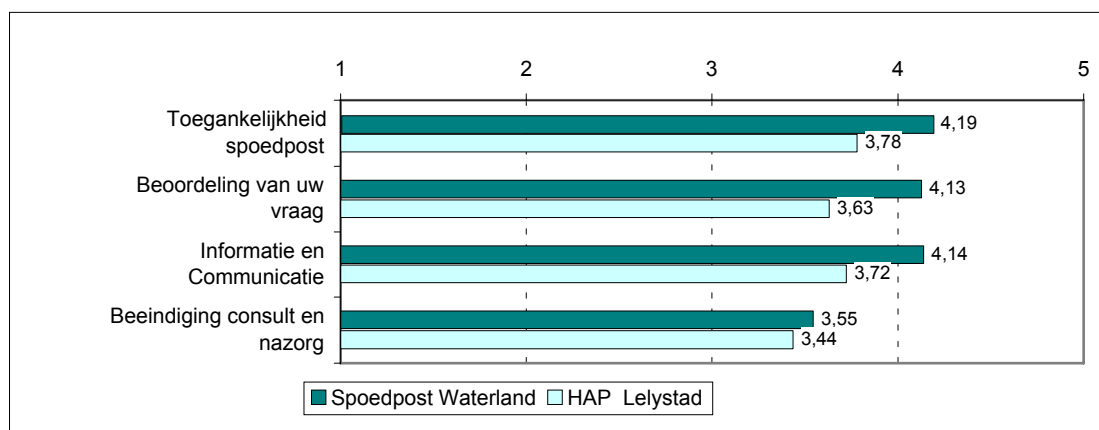
	HAP Lelystad ten opzichte van spoedpost		SEH Lelystad ten opzichte van spoedpost	
	lager	hoger	lager	hoger
Toegankelijkheid spoedpost	--			
Wachttijd				
Binnenkomst				
Informatie en communicatie				
Zelfstandigheid				
Vertrek en nazorg				
Beoordeling vraag				
Behandeling				

Wat betreft de toegankelijkheid scoort de HAP Lelystad lager dan de spoedpost. Op de andere onderdelen scoren de SEH en de HAP Lelystad vergelijkbaar met de spoedpost.

Patiënttevredenheid telefonisch

De tevredenheidsvragenlijst voor patiënten die de HAP telefonisch benaderden werd door 22 mensen ingevuld (respons 28%). Van hen was 27% man en de gemiddelde leeftijd was 32 jaar. Vrouwen zijn ook hier sterk oververtegenwoordigd.

Figuur 6.4 Patiënttevredenheid over telefonisch contact met spoedpost of HAP



De scores zijn vastgesteld aan de hand van de gehanteerde schalen. De vragenlijst met deze schalen is in bijlage 1 weergegeven.

In onderstaande tabel zijn alleen de significante verschillen ($p < 0,05$) weergegeven en tegelijkertijd de mate waarin de waarden verschillen, de zogenoemde *effect size*: - of + is in geringe mate, -- of ++ is in sterke mate en --- of +++ is in zeer sterke mate.

Tabel 6.12 Mate van verschil in patiënttevredenheid over telefonisch contact

	Ten opzichte van HAP Lelystad	
	<i>lager</i>	<i>hoger</i>
Toegankelijkheid spoedpost	--	
Beoordeling van uw vraag	--	
Informatie en Communicatie	--	
Beëindiging consult en nazorg		

De patiënten die telefonisch contact hebben gehad met de HAP in Lelystad zijn minder tevreden over de toegankelijkheid, de beoordeling van de vraag en de verstrekte informatie en communicatie dan patiënten die telefonisch contact hebben gehad met de spoedpost.

6.4 Patiëntenstromen

6.4.1 Waar komen patiënten vandaan?

Spoedeisende Hulp

Er is in 2006 en 2007 sprake van een afname van mensen die de spoedeisende hulp bezochten na verwijzing door een huisarts. Daarentegen is er een toename van het aantal en aandeel zelf-verwijzers.

Tabel 6.13 Verwijzing naar SEH Lelystad

		2005	2006	2007
Geen	Aantal	298	293	386
	%	20,9%	22,5%	26,4%
Huisarts	Aantal	884	740	776
	%	61,9%	56,8%	53,1%
112	Aantal	245	227	254
	%	17,2%	17,4%	17,4%
Overig	Aantal	0	42	45
	%	0,0%	3,2%	3,1%
Total	Aantal	1427	1302	1461
	%	100,0%	100,0%	100,0%

P<0,05

Huisartsenpost

Er werd geen registratie bijgehouden van de herkomst van de mensen die de Huisartsenpost in Lelystad bezochten.

6.4.2 Door wie is de patiënt gezien?

Er is in april 2007 van ongeveer 300 patiënten geregistreerd waar ze vandaan kwamen, door welke professionals ze zijn gezien en wat het vervolg was. Zie voor de vragenlijst bijlage 2. Patiënten zullen meestal verschillende hulpverleners zien dus het totaal zal meer zijn dan 100%. Uit deze registratie blijkt dat bijna alle patiënten die bij de SEH hebben bezocht, zijn verwezen door een huisarts. Opmerkelijk is dat medewerkers van de SEH ook de huisarts en de doktersassistente hebben gescoord. Het vermoeden bestaat dat enkele hulpverleners van de SEH, de huisarts heeft geregistreerd als betrokken hulpverlener, omdat deze deel uitmaakt van de zorgketen. Dit geldt ook voor de doktersassistenten.

Tabel 6.14 Welke professional ziet de patiënten?

	Medisch specialist	Arts assistent	Triage-verpleegkundige	SEH verpleegkundige	Doktersassistente telefonisch	Doktersassistente Balie	Huisarts	Overige
HAP	0	1	2	0	191	84	199	0
%	0,0%	0,5%	1,0%	0,0%	95,0%	41,8%	99,0%	0,0%
SEH	60	153	26,2%	151	10	42	37	4
%	35,7%	91,1%	14,2%	89,9%	6,0%	25,0%	22,0%	2,4%

Zelfverwijzers worden bijna altijd door de arts-assistent en de SEH-verpleegkundige gezien.

Tabel 6.15 Door wie worden zelfverwijzers gezien?

	Medisch specialist	Arts assistent	Triageverpleegkundige	SEH verpleegkundige	Doktersassistente telefonisch	Doktersassistente Balie	Huisarts	Overige
HAP	0	1	2	0	98	80	106	0
%	0,0%	0,9%	1,9%	0,0%	90,7%	74,1%	98,1%	0,0%
SEH	8	44	12	41	0	15	0	0
%	17,8%	97,8%	26,7%	91,1%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%

Tabel 6.16 Welke urgentie zien de professionals?

		medisch specialisten arts-assistenten	verpleegkundigen	huisartsen
U1	Aantal	1	1	1
	%	0,7	0,6	0,5
U2	Aantal	14	27	5
	%	9,9	17,5	2,6
U3	Aantal	70	70	73
	%	49,3	45,5	37,4
U4	Aantal	57	56	116
	%	40,1	36,4	59,5
Totaal		142	154	195

6.4.3 Wat is er gedaan?

Consulten HAP

Ongeveer 45% van de patiënten werd geholpen met een telefonisch consult en een vergelijkbaar percentage met een bezoek aan de HAP. Deze percentages zijn vergelijkbaar in de tijd.

Tabel 6.17 Consulten HAP Lelystad

		2005	2006	2007
Telefonisch consult	Aantal	2376	2374	2493
	%	47,5%	45,6%	45,6%
Consult	Aantal	2208	2371	2539
	%	44,2%	45,6%	46,5%
Visite	Aantal	417	458	432
	%	8,3%	8,8%	7,9%
Totaal	Aantal	5001	5203	5464
	%	100,0%	100,0%	100,0%

p>0,05

Radiologie SEH Lelystad

Het aantal radiologie aanvragen is tussen 2006 en 2007 gelijk gebleven. Er zijn geen gegevens beschikbaar over 2005.

Tabel 6.18 Aantal aanvragen radiologie SEH Lelystad

		2006	2007
CT	Aantal	183	242
	%	7,8%	9,7%
MRI	Aantal	68	60
	%	2,9%	2,4%
Röntgen	Aantal	1878	1983
	%	80,2%	79,4%
Echo	Aantal	207	198
	%	8,8%	7,9%
Totaal	Aantal	7	13
	%	100,0%	100,0%

P>0,05

Ook de lokalisatie van de aanvragen is gelijk gebleven.

Tabel 6.19 Lokalisatie aanvraag radiologie

		2006	2007
Onderste extremiteit	Aantal	296	370
	%	12,6%	14,8%
Bekken/ sacrum/ LWK	Aantal	186	184
	%	7,9%	7,4%
Abdomen	Aantal	370	347
	%	15,8%	13,9%
Bovenste extremiteiten	Aantal	356	414
	%	15,2%	16,6%
Hoofd Hals/ CWK	Aantal	210	196
	%	9,0%	7,9%
Thorax/ TWK/ Mammografie	Aantal	845	912
	%	36,1%	36,5%
Overig (vaten/ ondefinieerbaar)	Aantal	80	73
	%	3,4%	2,9%
	Totaal	2343	2496
	%	100,0%	100,0%

P>0,05

De ratio is nagenoeg gelijk gebleven.

Tabel 6.20 Aantal radiologieverrichtingen per bezoeker

	Aantal patiënten	Aantal aanvragen	Ratio
2005	1427		
2006	1302	2343	1,80
2007	1461	2496	1,71

6.4.4 Hoe lang heeft het geduurd?

De duur van een telefonisch consult bij de HAP is toegenomen van 2005 naar 2007 tot een gemiddelde van ruim 4 minuten.

Tabel 6.21 Duur telefonisch contact

	Gemiddelde (uur:min:sec)
2005	0:03:27
2006	0:03:58
2007	0:04:03

P<0,05

Ook is de duur van een bezoek aan de SEH toegenomen vanaf 2005.

Tabel 6.22 Duur bezoek SEH

	Gemiddelde (uur:min:sec)
2005	1:28:56
2006	1:56:14
2007	1:50:34

P<0,05

6.4.5 Waar gaan patiënten naartoe?

Spoedeisende hulp

Er zijn tussen de drie jaren geringe verschuivingen tussen de verwijzing naar een ziekenhuis, de eigen huisarts of geen nabehandeling. Ondanks dat het kleine verschuivingen zijn, zijn deze significant. Tweederde van de patiënten die de SEH bezoeken, heeft een vervolgbehandeling in het ziekenhuis, klinisch of poliklinisch. Een vijfde heeft geen vervolgbehandeling en een tiende wordt verwezen naar zijn eigen huisarts. Zelfverwijzers worden in 40% van de gevallen zonder nabehandeling naar huis gestuurd, in een vijfde deel naar de eigen huisarts en in 35% gezien op de polikliniek. Zij worden zelden opgenomen.

Tabel 6.23 Vervolgbehandeling SEH Lelystad

		2005	2006	2007
Ziekenhuis	Aantal	1039	904	1037
	%	72,8%	69,4%	71,0%
Huisarts	Aantal	120	170	147
	%	8,4%	13,1%	10,1%
Geen	Aantal	260	228	277
	%	18,2%	17,5%	19,0%
Anders	Aantal	8	0	0
	%	0,6%	0,0%	0,0%
Total	Aantal	1427	1302	1461
	%	100,0%	100,0%	100,0%

P<0,05

Tabel 6.24 Waar gaan patiënten naartoe na een bezoek aan de SEH, per categorie hulpverlener?

		Medisch specialisten Arts assistenten	Verpleeg- kundigen	Huisart- sen	Zelfver- wijzers SEH	Zelfver- wijzers HAP
Geen nacontrole	Aantal	31	31	155	15	88
	%	19,9	20,4	68%	35,7%	84,6%
Eigen huisarts	Aantal	17	17	25	8	7
	%	10,9	11,2	11	19,0%	6,7%
Polikliniek	Aantal	57	55	13	15	0
	%	36,5	36,2	5,7	35,7%	,0%
Opname eigen ziekenhuis	Aantal	43	41	10	2	0
	%	27,6	27,0	4,4	4,8%	,0%
Opname ander ziekenhuis	Aantal	2	2	1		
	%	1,3	1,3	0,4		
Anders	Aantal	6	6	18	2	3
	%	3,8	3,9	9,9	4,8%	2,9%

6.5 Gegevens professionals

6.5.1 Respondent kenmerken

Aan de professionals werkzaam op de SEH en de HAP zijn vragenlijsten uitgedeeld met vragen over de arbeidsbeleving op de spoedpost. 53 professionals hebben gerespondeerd.

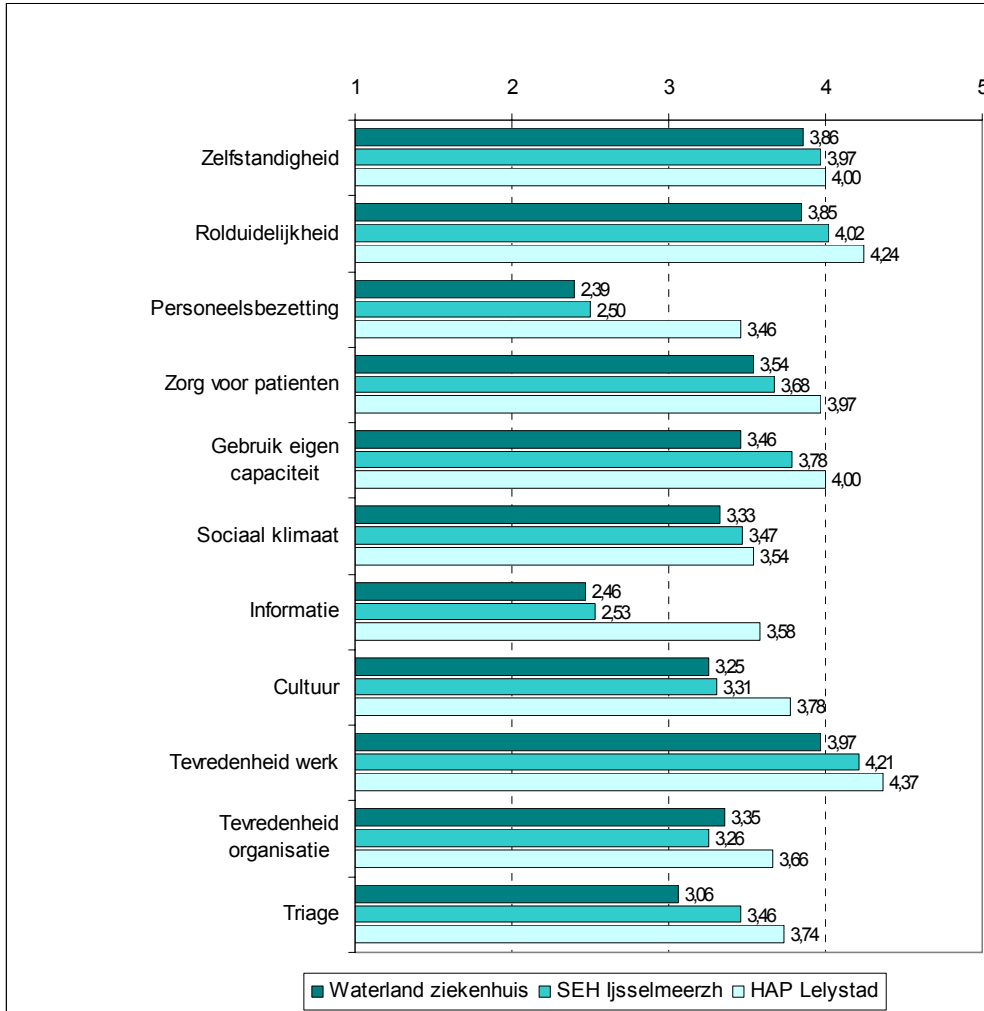
Tabel 6.25 Respondentkenmerken arbeidsbeleving Lelystad

1. Geslacht	SEH		HAP	
	aantal	percentage	aantal	percentage
vrouw	23	67,6	5	26,3
man	11	32,4	14	73,7
Totaal	34	100,0	19	100,0
2. Leeftijd				
	aantal	percentage	aantal	percentage
20-24 jaar	2	5,9		
25-29 jaar	5	14,7		
30-34 jaar	5	14,7	1	5,3
35-39 jaar	5	14,7	1	5,3
40-44 jaar	6	17,6	1	5,3
45-49 jaar	1	2,9	3	15,8
50-54 jaar	7	20,6	5	26,3
55-59 jaar	3	8,8	7	36,8
60 jaar of ouder	0	0	1	5,3
Totaal	34	100,0	19	100,0
3. Functie				
	aantal	percentage	aantal	percentage
Med Specialist	12	35,3		
SEH vplgkundige	15	44,1		
Arts -assistent	4	11,8		
Paramedisch	1	2,9		
Secretaresse	2	5,9		
Doktersassistent			1	5,3
Huisarts			17	89,5
Anders			1	5,3
Totaal	34	100,0	19	100,0
4. Hoe lang bent u werkzaam in de acute zorg?				
	aantal	percentage	aantal	percentage
> 6 maanden				
6 mnd tot 1 jaar	4	11,8		
1 tot 3 jaar	7	20,6	2	10,5
3 tot 5 jaar	3	8,8	2	10,5
Langer dan 5 jaar	19	55,9	15	78,9
Missing	1	2,9		
Totaal	34	100,0	19	100,0

6.5.2 Beleving

Via de vragenlijst hebben de medewerkers van de SEH en HAP in Lelystad de onderstaande items als volgt gescoord in vergelijking met de spoedpost.

Figuur 6.5 Arbeidsbeleving SEH, HAP en spoedpost



In onderstaande tabel zijn alleen de significante verschillen ($p < 0,05$) weergegeven en tegelijkertijd de mate waarin de waarden verschillen, de zogenoemde *effect size*: - of + is in geringe mate, -- of ++ is in sterke mate en --- of +++ is in zeer sterke mate.

Tabel 6.26 Relevantie verschillen arbeidsbeleving.

	SEH Lelystad ten opzichte van spoedpost	HAP Lelystad ten opzichte van spoedpost
Zelfstandigheid		
Rolduidelijkheid	+	++
Personeelsbezetting		+++
Zorg voor patiënten		++
Gebruik eigen capaciteit	+	++
Sociaal klimaat		+
Informatie		+++
Cultuur		+++
Tevredenheid werk	+	+
Tevredenheid organisatie		+
Triage	+	++

De medewerkers van de HAP in Lelystad zijn op alle punten positiever dan medewerkers van de spoedpost. Medewerkers van de SEH in Lelystad zijn op de aspecten rolduidelijkheid, gebruik eigen capaciteit, tevredenheid werk en triage meer tevreden dan de medewerkers van de spoedpost.

6.5.3 Verdiepingsinterviews medewerkers SEH

Op de SEH Lelystad zijn acht interviews gehouden met twee medisch specialisten (chirurg en neuroloog), twee medisch secretaresses en vier SEH-verpleegkundigen.

Communicatie en overleg

Aan het einde van elke dienst is er een overleg tussen verpleegkundigen en arts-assistenten. De arts-assistenten presenteren de casuïstiek de volgende dag tijdens de patiëntenbespreking. Dit overleg fungeert als een controlesysteem. Verder is er veel mondeling en telefonisch overleg tijdens de behandeling van de patiënt op de SEH.

Triage

Sinds kort wordt er gebruik gemaakt van het MTS. De triage loopt nog niet zoals het moet. Vaak wachten de urgente patiënten onnodig lang. Wat de oorzaak hiervoor is wordt momenteel onderzocht. De coördinerende verpleegkundige moet de triage doen. Zij houdt de regie van de patiënten in de gaten. De triage is bedoeld om zicht te krijgen op de patiëntenstromen en wachttijden. Juist bij drukte wordt er echter nu vaak niet getriëerd. De triage neemt veel tijd in beslag. Volgens de medewerkers kan de klinische blik vaak ook volstaan en is minder tijdrovend. Een van de redenen dat er vaak niet getriëerd wordt is dat de triagekamer niet dicht gelegen is bij de wachtkamer. De ligging is ongunstig. Het uiteindelijke resultaat van het triëren is nog niet zichtbaar.

Toekomst visie spoedzorg

De verpleegkundige en doktersassistentes hebben weinig zicht op elkaars werkterrein. Beide groepen geven aan dat de andere groep beter zou kunnen triëren. Volgens een medisch specialist maakt het de patiënt niet uit of er in de toekomst een spoedpost is of dat er een HAP of SEH

is. De patiënt wil het liefst gezien worden door een bekende, zijn eigen huisarts. De invulling van een spoedpost is nog niet uitgekristalliseerd. Een spoedpost moet wel één loket hebben.

6.5.4 Verdiepinginterviews medewerkers HAP

Op de HAP Lelystad zijn vier interviews gehouden met twee huisartsen en twee doktersassistenten.

Communicatie en overleg

Er is weinig onderling contact tussen de doktersassistenten. Het onderlinge overleg tussen doktersassistente en huisarts is goed.

Samenwerking

Er is weinig sprake van samenwerking. Ieder heeft zijn eigen werkzaamheden die tijdens een dienst worden uitgevoerd.

Triage

Deze wordt altijd telefonisch gedaan volgens de NHG TelefoonWijzer. Zowel de doktersassistenten op de HAP als huisartsen waarderen de vaardigheden van de telefonische triagisten. De interpretatie van de triagist is vaak goed. Het zou goed zijn als alle diensten, ambulance, GGZ, SEH op dezelfde manier zouden triëren. Het zou ook goed zijn wanneer de triage als resultaat heeft waar de patiënt moet komen. Nu bepaalt de patiënt zelf of hij naar de huisarts gaat of de HAP bezoekt of zich meldt bij de SEH.

Tevredenheid organisatievorm

De geïnterviewden zijn tevreden over de organisatievorm. Wel vinden ze dat veel mensen niet direct door een arts gezien hoeven te worden. Het zou goed zijn als de patiënt eerst zijn eigen huisarts consulteert of een HAP bezoekt. Patiënten zouden alleen via de huisarts of HAP toegang moeten hebben tot de SEH.

Toekomst visie spoedzorg

Alle geïnterviewden verwachten dat de zorg achteruitgaat wanneer het concept spoedpost verder wordt geïntroduceerd. Alle partijen moeten eerst beter met elkaar leren samen te werken. Afstemming moet plaatsvinden tussen partijen ten behoeve van de continuïteit. De dokterassistenten zijn bang ondergesneeuwd te worden in een spoedpostconstructie. Haar functie wordt uitgehouden. De huisartsen verwachten dat de diensten niet door henzelf meer gedaan worden. In de toekomst zullen zij hun diensten nog vaker verkopen dan nu al gebeurt. Acute huisartsenzorg wordt overgenomen door de ziekenhuizen, wat zij geen goede ontwikkeling vinden. Het zal duurder zijn omdat een grote groep mensen gebruik gaat maken van spoedposten, gezien hun toegankelijkheid. Het zal moeilijk worden om patiënten terug te verwijzen naar hun eigen huisarts.

6.6 Samenvatting Lelystad

Het aantal bezoekers van de SEH Lelystad is eerst licht gedaald en vervolgens gestegen. De verhouding man/vrouw en de gemiddelde leeftijd van de bezoekers zijn niet significant veranderd. Het aantal bezoekers van de HAP is gestegen met negen procent. Er was sprake van een verschuiving naar meer mannen op de HAP. De gemiddelde leeftijd bleef hetzelfde. De urgentie van de patiënten die de HAP in Lelystad bezochten, is licht gestegen, met name van U4 naar U3.

De patiënten die telefonisch contact hebben gehad met de HAP in Lelystad zijn minder tevreden over de toegankelijkheid, de beoordeling van de vraag en de verstrekte informatie en communicatie dan patiënten die telefonisch contact hebben gehad met de spoedpost. De patiënten die de HAP Lelystad hebben bezocht, zijn minder tevreden over de toegankelijkheid dan bij de spoedpost. Op de andere onderdelen scoren de SEH en de HAP Lelystad vergelijkbaar met de spoedpost.

Er is in 2006 en 2007 sprake van een afname van mensen die de SEH bezochten na verwijzing door een huisarts. Daarentegen is er een toename van het aantal en aandeel zelfverwijzers. Ongeveer 45% van de patiënten werd geholpen met een telefonisch consult en een vergelijkbaar percentage met een bezoek aan de HAP. Deze percentages zijn vergelijkbaar in de tijd. Het aantal radiologie-aanvragen is tussen 2006 en 2007 gelijk gebleven. Er zijn geen gegevens beschikbaar over 2005. Ook het soort aanvragen is gelijk gebleven.

De duur van een telefonisch consult is toegenomen van 2005 naar 2007 tot een gemiddelde van ruim 4 minuten. Ook is de duur van een bezoek aan de SEH toegenomen vanaf 2005.

Er zijn tussen de drie jaren geringe verschuivingen tussen de verwijzing naar een ziekenhuis, de eigen huisarts of geen nabehandeling. Tweederde van de patiënten die de SEH bezoeken, heeft een vervolgbehandeling in het ziekenhuis, klinisch of poliklinisch. Een vijfde heeft geen vervolgbehandeling en een tiende wordt verwezen naar zijn eigen huisarts. Zelfverwijzers worden in 40% van de gevallen zonder nabehandeling naar huis gestuurd, in een vijfde deel naar de eigen huisarts en in 35% gezien op de polikliniek. Zij worden zelden opgenomen.

De medewerkers van de HAP in Lelystad zijn op alle punten positiever dan medewerkers van de spoedpost. Medewerkers van de SEH in Lelystad zijn op de aspecten rolduidelijkheid, gebruik eigen capaciteit, tevredenheid werk en triage meer tevreden dan de medewerkers van de spoedpost. Medewerkers van de SEH vinden dat de triage nog niet loopt zoals het moet. Vaak wachten de urgente patiënten onnodig lang. Juist bij drukte wordt er nu vaak niet getriëerd.

De triage op de HAP wordt altijd telefonisch gedaan volgens de NHG TelefoonWijzer. Zowel de doktersassistenten op de HAP als huisartsen waarderen de vaardigheden van de telefonische triagisten. De interpretatie van de triagist is vaak goed.

De geïnterviewden zijn tevreden over de bestaande organisatievorm. Veel mensen hoeven hierdoor niet direct door een arts gezien te worden. Alle geïnterviewden verwachten dat de zorg achteruitgaat wanneer het concept spoedpost verder wordt geïntroduceerd.

7. Beschouwing

7.1 Wat zijn de effecten op de patiënten?

De veronderstelling is dat de spoedpost voor de patiënt duidelijkheid verschaft: hij hoeft niet meer te kiezen, er is sprake van één telefonisch en fysiek loket en door een efficiëntere inzet van personeel zal de doorlooptijd worden verkort. In dit onderzoek oordelen patiënten niet uitgesproken positiever over de spoedpost dan over de traditionele situatie. In Haarlem-Zuid is hun oordeel vergelijkbaar of kritischer dan in de controlelocatie. In Purmerend zijn de patiënten over het telefonische contact meer tevreden.

Een verklaring kan zijn dat bij beide spoedposten sommige aspecten die een voordeel voor de patiënt kunnen betekenen, zoals één balie en triage met voldoende privacy, nog onvoldoende zijn gerealiseerd.

Een andere verklaring is dat de wachttijd een belangrijke rol speelt. Patiënten zijn daar in Purmerend tevreden over, in Haarlem minder. Bekend is dat de wachttijd tot het moment van dienstverlening een belangrijke factor is bij het bepalen van het eindoordeel.

De doorlooptijd, zowel telefonisch als fysiek, is op beide locaties fors verminderd en bij beide controlelocaties gestegen. Een mogelijke oorzaak is dat de spoedposten de afgelopen jaren veel tijd en energie gestopt hebben in het verbeteren van de processen. Dit kan ertoe hebben geleid dat, ondanks het wennen aan de verandering, de tijdsduur van de processen is teruggebracht en ze beter op elkaar aansluiten.

7.2 Wat zijn de effecten op de medewerkers?

Beleving van de medewerkers

Dit onderzoek toont aan dat de integratie van de eerste- en tweedelijns in de vorm van een spoedpost een proces is dat gepaard gaat met ontevredenheid bij de betrokken medewerkers. Een deel van hen gelooft niet in het spoedpostmodel, voornamelijk de medewerkers van de ziekenhuiskant. Een deel is positiever over het model, in het bijzonder de huisartsen. Ze tonen affiniteit maar vinden wel dat de praktijk nog te veel verschilt van het theoretische model. Bovendien zijn ze bang voor de uitholling van de rol van de huisarts in de acute zorg. Om het spoedpostmodel te laten slagen vinden veel geïnterviewden dat de feitelijke integratie en samenwerking moeten verbeteren.

Bovengenoemde constatering is niet verrassend: veranderingen gaan vaak gepaard met ontevreden medewerkers. Het duurt enige tijd voordat mensen gewend zijn aan de nieuwe afspraken. De spoedposten bestaan nog relatief kort. Bovendien is er nog geen stabiele situatie: er veranderen regelmatig afspraken, ook ten tijde van de interviews, zoals het bijstellen van het traumatologieprotocol in Haarlem-Zuid sinds 1 juli 2007.

Werkdruk huisartsen

Een veel gehoorde angst onder huisartsen is dat de spoedpost voor een toename zal zorgen van hun werkbelasting. De kans dat een toename gecompenseerd wordt door een inkomensstijging op korte termijn is klein wegens de landelijke afspraken die gelden voor de honoreringsmogelijkheden van werkzaamheden van huisartsen bij HDS-en. Dit onderzoek laat zien dat er sprake is van een stijging van het aantal contacten voor het huisartsendeel. Maar het is de vraag of dat de werkdruk van de huisartsen wordt vergroot. Doktersassistenten en verpleegkundigen hebben

immers een andere rol gekregen; in Purmerend waar het aantal contacten met dertien steeg, ziet de zogenoemde korte-lijnverpleegkundige inmiddels ook dertien procent van alle contacten, met name zelfverwijzers. In Haarlem-Zuid ziet de arts-assistent nog steeds veel zelfverwijzers.

Huisartsen zijn wel op beide locaties procentueel meer consulten op de spoedpost gaan doen in plaats van dat de vraag telefonisch wordt afgehandeld. Dit is niet te verklaren door een veranderende urgentieclassificatie. Het is overigens ook een tendens die op de controlelocaties waarneembaar is en wellicht dus een landelijke ontwikkeling.

In de vragenlijst en gedurende de interviews zijn huisartsen zelf kritischer dan andere medewerkers over de personeelsbezetting.

Inkomenseffecten medisch specialisten

Een bezoek aan de SEH wordt momenteel gezien als een eerste polikliniekbezoek (epb). De productie van onder andere het aantal epb's bepaalt momenteel nog in de huidige financieringsystematiek het honorarium van medisch specialisten. De daling van het aantal SEH-patiënten die een spoedpost veroorzaakt, zal dus consequenties hebben op de omzet op de SEH en de inkomens van de medisch specialisten. Er ontstaat hierdoor echter ook ruimte om andere activiteiten te ontplooiën die eerder genoemde effecten mogelijk compenseren. Ook zijn er zijn oplossingen denkbaar in overleg met de zorgverzekeraar zoals in Purmerend.

Vooralsnog wordt acute zorg gefinancierd uit het zogenaamde A0-segment dat niet aan de markt wordt overgelaten. Het is de vraag wat de effecten op de inkomens van medisch specialisten zal zijn bij verregaande invoering van de DBC-systematiek. Het honorarium zal onderdeel uitmaken van de spoedDBC. De hoogte van het inkomensdeel zal derhalve de prikkel bepalen tot productie. Wanneer het inkomensdeel gebaseerd wordt op een beperkte tijdsbesteding, zal er weinig prikkel bestaan voor een hoge SEH-productie. Dit is afhankelijk van de vaststelling van de spoedDBC.

Taakverschuiving

De spoedpostmodellen streven er naar om verpleegkundigen en doktersassistenten een grotere rol te geven bij de triage en de diagnostiek en behandeling van niet-complexe problematiek. In Purmerend komt bijna de helft van de zelfverwijzers terecht bij de korte-lijnverpleegkundige. Zij werken voor een belangrijk deel protocollair. Vooralsnog zijn de verpleegkundigen kritisch over deze taakverrijking. Ook de doktersassistenten moeten nog wennen aan de nieuwe situatie met nieuwe verantwoordelijkheden. Vaak vergen de nieuwe functies andere competenties en dus forse omscholing. Zeker hier is merkbaar dat het spoedpostmodel een proces behelst waar iedereen zijn eigen rol moet leren innemen. En ook hier geldt dat de kritische houding geen verrassing is omdat het accepteren van dergelijke veranderingen tijd kost.

Triage

De wijze van triëren is een essentieel onderdeel van de beide spoedpostmodellen. In de praktijk worden er nog verschillende wijzen van triage gebruikt, het MTS, de NHG TelefoonWijzer en/of zelf ontwikkelde systemen. Medewerkers zijn hier niet altijd tevreden over. Uit onderzoekspunt is een nadeel dat deze systemen soms lastig te vergelijken zijn.

Dit onderzoek bevestigt eerder onderzoek dat het grootste deel van de acute zorgvraag bestaat uit laagurgente klachten die ook de eigen huisarts kan behandelen in de reguliere uren. Door effectieve triage kan het aantal contacten op de post worden beperkt. Dit onderzoek toont echter niet aan dat spoedposten een groter deel van de patiënten helpen met zelfzorgadviezen. Het aantal en percentage telefonisch afgehandelde contacten is gedaald.

Het recent ontwikkelde Nederlandse Triagesysteem kan mogelijk een uitkomst voor bovengenoemde beperkingen van verschillende systemen bieden. De meeste geïnterviewden vinden dat de triage goed kan worden uitgevoerd door doktersassistenten, hetgeen inmiddels ook het geval is op beide locaties.

7.3 Wat zijn de effecten op de organisaties?

Patiëntenstromen

De spoedpostmodellen in Purmerend en Haarlem-Zuid veronderstellen een afname van het aantal contacten van het ziekenhuisdeel en een toename van het aantal contacten van het huisartsendeel. Dit onderzoek laat zien dat de spoedposten Waterland en Haarlem-Zuid op korte termijn de verwachte verschuiving in patiëntenstromen hebben weten te realiseren. Het huisartsendeel heeft een stijging opgeleverd van het aantal contacten met patiënten met een acute zorgvraag. Het ziekenhuisdeel laat een daling van het aantal patiënten op de SEH zien, fors in Purmerend, bescheiden in Haarlem-Zuid. Nu in Haarlem-Zuid de afspraak is gewijzigd dat traumatologie niet ouder dan 24 uur in beginsel bij de arts-assistent Chirurgie terecht komt, is de verwachting reëel dat ook daar een grotere ombuiging plaatsvindt van het ziekenhuisdeel naar het huisartsendeel.

Deze veranderingen lijken ook daadwerkelijk door de introductie van de spoedpost te zijn veroorzaakt:

- de verandering kan niet liggen in wijziging van de patiëntengroepen: de patiëntengroepen zijn in grote lijnen hetzelfde gebleven; alleen de gemiddelde leeftijd in Purmerend is na introductie van de spoedpost gestegen en
- bovengenoemde veranderingen in patiëntenstromen zijn bij de controlelocaties niet waarneembaar of zelfs sterk omgekeerd.

De ziekenhuiskant van de beide spoedposten kreeg minder zelfverwijzers en meer verwijzingen van de huisarts. Voor de beide controlelocaties geldt een omgekeerde beweging. Hierdoor zal op termijn de acute zorg voor spoedposten beter planbaar zijn.

Tegelijkertijd blijkt uit dit onderzoek dat een toenemend deel van de eenvoudige spoedzorg wordt gezien door de huisarts en/of in Purmerend door de korte-lijnverpleegkundige. De spoedposten zorgen er derhalve voor dat niet-complexe acute zorg zoals kleine traumatologie en zelfverwijzers, meer terecht komen bij de eerste lijn.

Diagnostiek

De veronderstelling is dat een spoedpost leidt tot minder aanvragen van radiologie omdat de huisartsen zich terughoudender opstellen bij de diagnostiek dan artsen werkzaam in een ziekenhuis. Dit onderzoek heeft dit niet kunnen aantonen. In Haarlem-Zuid was er sprake van een gelijkblijvend aan radiologie-aanvragen per patiënt, in Purmerend van een stijgend aantal thoraxfoto's. Het is niet bekend of deze veranderingen zijn veroorzaakt door de spoedpost of door veranderde protocollen of verandering in het personeel zoals nieuwe arts-assistenten.

Financiële gevolgen ziekenhuizen

De financiële gevolgen voor de betrokken ziekenhuizen waren in 2006 en 2007 nog beperkt. De verschuiving van de declarabele productie van het ziekenhuisdeel naar het huisartsendeel wordt in Purmerend gecompenseerd doordat de contacten van de korte-lijnverpleegkundige geregistreerd worden als een ziekenhuis-DBC. In Haarlem-Zuid was de daling van het aantal patiënten aan de ziekenhuiskant beperkt met name door het traumatologieprotocol.

Zonder afspraken met de zorgverzekeraar zullen de inkomsten van ziekenhuizen in het spoedpostmodel in de huidige financieringssystematiek verminderen omdat het aantal SEH-bezoeken daalt. Aangezien zij als eerste polikliniekbezoeken worden gezien en in de huidige fb-financieringssystematiek van ziekenhuizen het ziekenhuisbudget mede bepalen, zal een spoedpost negatieve gevolgen hebben op de inkomsten van het ziekenhuis. Een schatting van de hoogte is op basis van de gegevens uit dit onderzoek niet mogelijk. Nadere kwantificering van de ombuiging en de onderverdeling van de daling tussen de verschillende specialismen/DBC's is hiervoor noodzakelijk.

Het is de vraag wat de effecten zullen zijn bij verregaande invoering van de DBC-systematiek. Vooralsnog wordt acute zorg gefinancierd uit het zogenaamde A0-segment dat niet aan de markt wordt overgelaten. Uitgangspunt is dan de beschikbaarheidsfunctie. Hierdoor zullen er voor ziekenhuizen vooralsnog geen gevolgen zijn bij schommelingen in het aanbod van patiënten. Maar als het aantal patiënten op de SEH af gaat nemen, is het niet ondenkbaar dat de beschikbaarheidsfunctie een minimaal 'optimum' gaat kennen door bijvoorbeeld een ondergrens voor te schrijven over het aantal fysieke patiëntencontacten dat er in ANW-uren moet zijn. Kleine spoedposten kunnen dan wel in de gevarenzone komen.

Financiële gevolgen huisartsenposten

Voor de HDS-en kan de substitutie van tweede- naar eerstelijns positieve gevolgen hebben voor het budget. Het tarief dat een HDS in rekening mag brengen van de NZA, bestaat uit een honorarium voor de dienstdoende huisartsen en een bedrag aan infrastructurele kosten voor de instandhouding van de huisartsenpost. Deze infrastructurele kosten zijn bijvoorbeeld loonkosten voor doktersassistentes, huisvestingskosten, kosten voor vervoer en automatiseringskosten. De normering is gebaseerd op een bedrag per inwoner in het werkgebied van de HDS. Het basisbedrag is € 10,40 per inwoner (niveau 2007). Dit bedrag kan worden verhoogd voor HDS'en die werkzaam zijn in plattelandsgebieden of voor HDS'en die een grotere vraag naar zorg kennen. Daarnaast kan het bedrag per inwoner worden verhoogd wanneer de HDS extra kwaliteit en service levert. Daarnaast kan het bedrag per inwoner worden verhoogd wanneer de HDS extra kwaliteit en service levert. Uitgangspunt daarbij is 90% van het budget van het vorige jaar. Dat bedrag kan worden opgehoogd met maximaal 20%. De NZA noemt hierbij kwalitatieve verbeteringen zoals deze onder meer zijn aanbevolen voor de betreffende HDS in de rapportage van Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ook noemt de NZA de mogelijkheid van verhoging van het tarief om substitutie van zorg van de tweede lijn naar de HDS te stimuleren. De HDS moet hiervoor samen met de zorgverzekeraar de NZA verzoeken om het te declareren tarief te verhogen door middel van een plan van aanpak met uitleg waarom het geld nodig is en waaraan het wordt besteed. In de onderhandeling tussen HDS en zorgverzekeraar wordt zo een definitief bedrag per inwoner vastgesteld. Aangezien spoedposten voor deze substitutie zorgen kunnen zij tijdens de onderhandelingen met de zorgverzekeraar het tarief ter discussie stellen en gezamenlijk een verzoek tot ophoging indienen.

7.4 Wat zijn de effecten voor verzekeraar en overheid?

Financieringsvoordelen

Bovengenoemde veranderingen kunnen in de huidige financieringssystematiek op korte termijn verschuivingen betekenen op macroniveau. De zorgverzekeraar kan het budget van het ziekenhuis aanpassen aan de lagere SEH-productie en het budget van de HAP-kant aanpassen aan de hand van de opgetreden substitutie. De grootte van budgettaire verschuivingen zijn zoals eerder gesteld moeilijk in te schatten.

Spoedposten zullen vooralsnog geconfronteerd worden met twee financieringssystemen. Het fenomeen spoedpost is nog een experiment. Iedere spoedpost vereist dus ad-hoc afspraken met de zorgverzekeraar. Zij spelen een cruciale rol bij het slagen van (beginnende) spoedposten.

Kwaliteit

In theorie hebben de spoedposten de potentie om de kwaliteit van de acute zorg te verbeteren. Dit onderzoek laat zien dat vooralsnog de doorlooptijden verminderen. Er is tot dusverre geen sprake van een op vele terreinen meer tevreden patiënt.

7.5 Onderzoeksbeperingen

Dit onderzoek kent haar beperkingen:

1. Het aantal onderzochte spoedposten was twee met elk een vergelijkbare controlelocatie. Dit aantal is klein en maakt het lastig om naar aanleiding van het onderzoek generaliseerbare uitspraken te doen. Bij de start van dit onderzoek was het aantal spoedposten ook beperkt tot de twee onderzochte experimenten. Inmiddels is het aantal locaties waar spoedpostmodellen in de praktijk worden gebracht, toegenomen. Het is wenselijk om de groep te onderzoeken spoedposten te vergroten om de generaliseerbaarheid van de uitspraken te vergroten.
2. De onderzoeksvraag behelsde het houden van een evaluatie na één respectievelijk twee jaar. Het introduceren van een spoedpost in de Nederlandse gezondheidszorg betreft echter een majeure verandering waarbij de eerste- en tweedelijns met hun diep verankerde en deels andere culturen, getracht worden te integreren. Uit de literatuur is bekend dat de effecten van dergelijke veranderingen enige jaren op zich laten wachten. Het is nog te vroeg om definitieve conclusies te trekken. Het volgen van de spoedposten en het meten van de effecten in de komende jaren is daarom wenselijk om uitspraken te kunnen doen over de structurele effecten van de spoedpost.
3. Er was sprake van twee afwijkende spoedpostmodellen die moesten worden geëvalueerd. Dé spoedpost bestaat niet. Ook dit feit maakt generaliseerbare uitspraken lastig.
4. Bij metingen in de praktijk treden versturende effecten op. De *ceteris paribus*-voorwaarde kon ook in dit onderzoek niet worden gewaarborgd. Ten tijde van de interviews in Haarlem-Zuid bijvoorbeeld vond er een verandering in de triagesystematiek plaats met verschuiving van verantwoordelijkheden van verpleegkundigen naar doktersassistentes. Dit kan consequenties hebben gehad voor de uitkomsten van de interviews. In Lelystad had de Raad van Bestuur vlak voor de meting een drastische bezuinigingsoperatie aangekondigd hetgeen de beleving van medewerkers mogelijk heeft beïnvloed.
5. Een belangrijke beperking in dit onderzoek was de compleetheid en de betrouwbaarheid van de data. Veel gegevens zijn niet door Prismant zelf verzameld, maar zijn onttrokken uit de systemen van de organisaties. Ook tijdens dit onderzoek bleek dat gegevens vaak niet of slecht worden ingevuld in het ZIS of WIS. In Haarlem werden wij geconfronteerd met een databank niet specifiek voor de te onderzoeken locatie. Delen van onze dataverzameling bleken na nadere analyse niet betrouwbaar ingevuld te zijn omdat de cijfers veel verschilden met vergelijkbare verzamelingen of veel ontbrekende waarden gaven. Ook was het een uitdaging om de data uit twee fors verschillende systemen (ZIS en WIS) met andere uitgangspunten met elkaar te vergelijken.
6. Ten slotte was het door de timing niet mogelijk om een prospectieve nulmeting te houden op de beide locaties. Het onderzoek kon pas beginnen toen de spoedposten al gestart waren. Dit beperkte de mogelijkheden om in de tijd te vergelijken tot al geregistreerde gegevens.

Bijlage 1 Vragenlijst patiënttevredenheid



Patiënttevredenheid Spoedpost Haarlem

Belangrijk voor het invullen van de vragenlijst:

- Uw vragenlijst zal verwerkt worden met een scanner. Om een goede verwerking mogelijk te maken verzoeken wij u de onderstaande invulinstructie goed door te nemen en uw vragenlijst volgens deze instructie in te vullen.
- We verzoeken u alle vragen te beantwoorden. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw mening.
- In deze vragenlijst kunt u uw antwoord geven door per vraag één antwoordvakje aan te kruisen. U kunt hiervoor een zwarte of blauwe balpen gebruiken.

Voorbeeld	niet van toepassing	on- tevrede	matig tevrede	redelijk tevrede	duidelijk tevrede	zeer tevrede
Hoe tevreden bent u over de informatie die u kreeg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Als u een vakje heeft aangekruist en u wilt uw antwoord wijzigen, dan moet het foutief aangekruiste vakje geheel zwart/blauw gemaakt worden; vervolgens kunt u het juiste antwoordvakje aankruisen.

Voorbeeld	niet van toepassing	on- tevrede	matig tevrede	redelijk tevrede	duidelijk tevrede	zeer tevrede
Hoe tevreden bent u over de informatie die u kreeg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A Persoonlijke gegevens van de patiënt

1. Wat is uw geslacht? man vrouw

2. Wat is uw leeftijd? (geboortedatum) - -

3. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?

Lager (beroeps) onderwijs MULO/MAVO/IMBO/VMBO HAVO/MMS/HBS/Gymnasium/VWO

HBO Universiteit geen

4. Wat is uw moedertaal? Nederlands anders

5. Wat is uw woonsituatie? U woont alleen U woont samen met één of meerdere personen

Deze vragen gaan over de zorg die u tijdens uw laatste bezoek aan de spoedpost heeft ontvangen.

6. Volgens onze gegevens bent u afgelopen 2 maanden behandeld op de spoedpost. Is dat juist?

Ja Nee Bedankt voor het invullen van deze vragenlijst u hoeft niet verder te gaan. Wij vragen u wel de vragenlijst te retourneren in bijgevoegde envelop.

7. Hoe bent u bij de spoedpost terecht gekomen?

gebracht door de ambulance op eigen initiatief zonder van te voren te bellen na telefonisch overleg met de spoedpost

Mocht een vraag totaal niet op uw situatie van toepassing zijn, zet dan een kruisje bij n.v.t. (niet van toepassing).

B Toegankelijkheid spoedpost

8. Kunt u aangeven op welk tijdstip u zich heeft gemeld bij de spoedpost?

- Avond (door de week)
 Nacht (door de week)
 Weekend

	on- tevreden	matig tevreden	redelijk tevreden	duidelijk tevreden	zeer tevreden	n.v.t.
9. Hoe tevreden bent u over de telefonische bereikbaarheid van de spoedpost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hoe tevreden bent u over de snelheid waarmee u telefonisch werd geholpen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vanaf 1 januari 2005 geldt voor alle verzekenden de no-claim regeling. Maakt u geen of weinig zorgkosten (in ieder geval niet meer dan € 255), dan krijgt u aan het einde van het jaar geld terug. Heeft de 'no-claim'-regeling invloed gehad op uw keuze voor de spoedpost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Was u op de hoogte van het feit dat het bezoek aan de huisarts geen consequenties heeft op uw 'no-claim regeling'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Wachtijd op de spoedpost

	on- tevreden	matig tevreden	redelijk tevreden	duidelijk tevreden	zeer tevreden	n.v.t.
13. Hoe tevreden bent u over de snelheid waarmee de medewerkers van de spoedpost u te woord stonden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hoe tevreden bent u over de wachttijd voordat u geholpen werd door de arts en/of verpleegkundige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kunt u aangeven hoe lang u heeft moeten wachten voordat u geholpen werd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> minder dan 15 minuten	<input type="checkbox"/> tussen 15 - 30 minuten	<input type="checkbox"/> tussen 30 - 60 minuten	<input type="checkbox"/> langer dan 60 minuten		
16. Terwijl u aan het wachten was werd u geïnformeerd door een medewerker hoe lang de wachttijd nog zou zijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Was u van tevoren bekend met de werkwijze van de spoedpost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hoe tevreden bent u over de folderwebsites van de spoedpost waarin de organisatie en werkwijze wordt uitgelegd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Was u van tevoren bekend met de behandeling op urgente (dringende gevallen worden als eerste geholpen) op de spoedpost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hoe urgent was uw vraag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Levensbedreigend (elke minuut telt)	<input type="checkbox"/> Spoedeisend (zo snel mogelijk, kan niet een uur wachten)	<input type="checkbox"/> Dringend (binnen enkele uren)	<input type="checkbox"/> Geen tijdsdruk (nodig maar had geen haast)		
21. Heeft de spoedpost de urgentie van uw vraag goed ingeschat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D Binnenkomst

	on- tevreden	matig tevreden	redelijk tevreden	duidelijk tevreden	zeer tevreden	n.v.t.
22. Hoe tevreden bent u over de persoonlijke aandacht die u heeft ontvangen bij binnenkomst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hoe tevreden bent u over de deskundigheid van de medewerker die u heeft geholpen bij binnenkomst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E Beoordeling van uw vraag

	on- tevreden	matig tevreden	nederig tevreden	deels tevreden	zeer tevreden	n.v.t.
24. Hoe tevreden bent u over de persoonlijke aandacht die u heeft ontvangen bij de beoordeling van uw vraag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hoe tevreden bent u over de deskundigheid van de hulpverlener die u heeft geholpen bij de beoordeling van uw vraag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F Behandeling

	on- tevreden	matig tevreden	nederig tevreden	deels tevreden	zeer tevreden	n.v.t.
26. Hoe tevreden bent u over de persoonlijke aandacht die u heeft ontvangen van de hulpverlener die u heeft behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hoe tevreden bent u over de deskundigheid van de hulpverlener die u heeft geholpen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hoe tevreden bent u over de behandeling die u heeft ontvangen van de hulpverlener?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hoe tevreden bent u over de samenwerking tussen uw arts, verpleegkundige en betrokken balie medewerkers/assistenten tijdens uw behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G Informatie & Communicatie

	on- tevreden	matig tevreden	nederig tevreden	deels tevreden	zeer tevreden	n.v.t.
30. Hoe tevreden bent u over de informatiefulg die u heeft gekregen met betrekking tot de behandeling en/of onderzoek dat u moest ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Hoe tevreden bent u over het advies dat u heeft gekregen van de hulpverlener die u heeft geholpen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Stond de hulpverlener voldoende open voor uw inbreng, wensen en vragen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.			
33. Voelde u zich begrepen toen u uw klachten beschreef aan de hulpverlener?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.			
34. Voelde u zich serieus genomen toen u uw klachten beschreef aan de hulpverlener?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.			
	on- tevreden	matig tevreden	nederig tevreden	deels tevreden	zeer tevreden	n.v.t.
35. Indien u door meerdere mensen bent geholpen, hoe tevreden bent u over de informatieoverdracht van de ene naar de andere hulpverlener?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Hoe tevreden bent u over de aansluiting waarmee (onderzoeks)uitlagen aan u zijn meegedeeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Wist u bij wie u met uw vragen, problemen en eventuele klachten terecht kon?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.			

H Zelfstandigheid

	on- tevreden	matig tevreden	nederig tevreden	deels tevreden	zeer tevreden	n.v.t.
38. Hoe tevreden bent u over de mate waarin u kon meebeslissen over uw behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Hoe tevreden bent u over uw privacy (bijvoorbeeld werd er tijdens de gesprekken aan de balie met doktersassistenten of gesprekken met artsen, lichamelijk onderzoek rekening gehouden met uw privacy)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	on- tevreden	matig tevreden	redelijk tevreden	sterk tevreden	zeer tevreden	n.v.t.
41. Indien er sprake is van een opname of verwijzing hoe tevreden bent u over de mate waarin de huisarts, wijkverpleging, ziekenhuis of revalidatiecentrum geïnformeerd is door de spoedpost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Heeft u beslist bij het advies dat u gekregen heeft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.			
43. Was het voor u duidelijk bij welke veranderingen/verschijnselen van uw toestand u weer contact moest opnemen met een hulpverlener?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.			
44. Heeft u na uw bezoek aan de spoedpost nog andere hulpverleners bezocht/geraadpleegd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.			

Algemeen

45. Welk voor cijfer geeft u de spoedpost? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Indien u nog iets wilt vertellen over uw behandeling bij de spoedpost kunt u dit in onderstaande vlak beschrijven

Hartelijk dank voor uw medewerking.
U kunt de vragenlijst verzenden in bijgevoegde retourenvelop.



Patiënttevredenheid telefonisch Spoeqpost Purmerend

Belangrijk voor het invullen van de vragenlijst:

- Uw vragenlijst zal verwerkt worden met een scanner. Om een goede verwerking mogelijk te maken verzoeken wij u de onderstaande invulinstructie goed door te nemen en uw vragenlijst volgens deze instructie in te vullen.
- We verzoeken u alle vragen te beantwoorden. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw mening.
- In deze vragenlijst kunt u uw antwoord geven door per vraag één antwoordvakje aan te kruisen. U kunt hiervoor een zwarte of blauwe balpen gebruiken.

Voorbeeld	niet van toepassing	on- tevreden	matig tevreden	redelijk tevreden	daarlijk tevreden	zeer tevreden
Hoe tevreden bent u over de informatie die u kreeg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Als u een vakje heeft aangekruist en u wilt uw antwoord wijzigen, dan moet het foutief aangekruiste vakje geheel zwart/blauw gemaakt worden; vervolgens kunt u het juiste antwoordvakje aankruisen.

Voorbeeld	niet van toepassing	on- tevreden	matig tevreden	redelijk tevreden	daarlijk tevreden	zeer tevreden
Hoe tevreden bent u over de informatie die u kreeg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A Persoonlijke gegevens van de patiënt

1. Wat is uw geslacht? Man Vrouw

2. Wat is uw leeftijd? (geboortedatum) - -

3. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?

<input type="checkbox"/> Lager (beroeps) onderwijs	<input type="checkbox"/> MULO/MAVO/MBO/VMO	<input type="checkbox"/> HAVO/MMS/HBSO/Gymnasium/AWO
<input type="checkbox"/> HBO	<input type="checkbox"/> Universiteit	<input type="checkbox"/> geen

4. Wat is uw moedertaal? Nederlands anders

5. Wat is uw woonsituatie? U woont alleen U woont samen met één of meerdere personen

Deze vragen gaan over de zorg die u tijdens uw laatste bezoek aan de spoedpost heeft ontvangen.

6. Volgens onze gegevens heeft u afgelopen 2 maanden telefonisch contact gehad met de spoedpost. Is dat juist?

Ja
 Nee, Bedankt voor het invullen van deze vragenlijst u hoeft niet verder te gaan. Wij vragen u wel de vragenlijst te retourneren in bijgevoegde envelop.



Mocht een vraag totaal niet op uw situatie van toepassing zijn, zet dan een kruisje bij n.v.t. (niet van toepassing).

B Toegankelijkheid spoedpost

7. Kunt u aangeven op welk tijdstip u zich telefonisch heeft gemeld bij de spoedpost?

- Avond (door de week)
- Nacht (door de week)
- Weekend

	on- tevreden	matig tevreden	nede- lijk tevreden	dubbel- tevreden	zeer tevreden	n.v.t.
8. Hoe tevreden bent u over de telefonische beschikbaarheid van de spoedpost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hoe tevreden bent u over de aanwezigheid waarmee u telefonisch werd geholpen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vanaf 1 januari 2006 geldt voor alle verzekerden de no-claim regeling. Maakt u geen of weinig zorgkosten (in ieder geval niet meer dan € 250), dan krijgt u aan het einde van het jaar geld terug. Heeft de 'no-claim'-regeling invloed gehad op uw keuze voor de spoedpost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was u op de hoogte van het feit dat het bezoek aan de huisarts geen consequenties heeft op uw 'no-claim regeling'?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C Urgentie

12. Hoe urgent was uw vraag?

- Levensbedreigend (elke minuut tel)
- Spoedeisend (zo snel mogelijk, kan niet een uur wachten)
- Dringend (binnen enkele uren)
- Geen tijddruk (nodig maar had geen haast)

13. Heeft de telefonisch medewerker de urgentie van uw vraag goed ingeschat?

- Ja
- Nee
- n.v.t.

D Beoordeling van uw vraag

	on- tevreden	matig tevreden	nede- lijk tevreden	dubbel- tevreden	zeer tevreden	n.v.t.
14. Hoe tevreden bent u over de persoonlijke aandacht die u heeft ontvangen bij de beoordeling van uw vraag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hoe tevreden bent u over de deskundigheid van de hulpverlener die u heeft geholpen bij de beoordeling van uw vraag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hoe tevreden bent u over het advies dat u heeft ontvangen van de hulpverlener bij de beoordeling van uw vraag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E Informatie & Communicatie

	on- tevreden	matig tevreden	nede- lijk tevreden	dubbel- tevreden	zeer tevreden	n.v.t.
17. Hoe tevreden bent u over de informatie/fulleg die u heeft gekregen met betrekking tot uw vraag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Stond de hulpverlener voldoende open voor uw kritiek, wensen en vragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Voelde u zich begrepen toen u uw klachten beschreef aan de hulpverlener?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Voelde u zich aanpak genomen toen u uw klachten beschreef aan de hulpverlener?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wist u bij wie u met uw vragen, problemen en eventuele klachten terecht kon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F Beëindiging telefonisch consult en nazorg

	on- tevreden	matig tevreden	niet/ik tevreden	duidelijk tevreden	zeer tevreden	n.v.t.
22. Hoe tevreden bent u over de informatie over uw advies (zoals regels voor leefstijl, rust en werken, het gebruik van medicijnen of van hulpmiddelen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Indien er sprake is van een opname of verwijzing hoe tevreden bent u over de mate waarin de huisarts, wijkverpleging, ziekenhuis of revalidatiecentrum geïnformeerd is door de spoedpost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Heeft u beslist bij het advies dat u gekregen heeft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.			
25. Was het voor u duidelijk bij welke veranderingen/verschijnselen van uw toestand u weer contact moest opnemen met een hulpverlener?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.			
26. Heeft u na uw bezoek aan de spoedpost nog andere hulpverleners bezocht/geraadpleegd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.			

J Algemeen

27. Wat voor cijfer geeft u de Spoedpost? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Indien u nog iets wilt vertellen over uw behandeling bij de spoedpost kunt u dit in onderstaande veld beschrijven

Hartelijk dank voor uw medewerking.

U kunt de vragenlijst verzenden in bijgevoegde retourenvelop.

Bijlage 2 Vragenlijst doorstroming

Logistieke vragenlijst Spoedpost Purmerend

Patiëntcode: *voorgedrukt* Patiëntnummer/geboortedatum:

1. Door wie is de patiënt verwezen?

- Zelfverwijzer/eigen initiatief
- Huisarts
- 112
- Overig

2. Wat is de urgentie van de patiënt?

- U1 - Levensbedreigend
- U2 - Spoedeisend
- U3 - Dringend
- U4 - Geen tijdsdruk

3. Welke hulpverleners waren betrokken bij de behandeling/consult?

Hulpverlener	Betrokken bij behandeling
Medisch specialist	
Arts-assistent	
Korte-lijnverpleegkundige	
SEH-Verpleegkundige	
SEH-Verpleegkundige in opleiding	
Doktersassistent	
Huisarts	
Anders	

4. Waar gaat de patiënt naartoe?

- Geen nacontrole
- Eigen huisarts
- Polikliniek / SEH
- Opname eigen ziekenhuis
- Opname ander ziekenhuis

Anders

Bijlage 3 Vragenlijst Arbeidsbeleving



Prismant



Antwoord op uw vragen

Arbeidsbeleving Spoedpost Haarlem

Voor u ligt de vragenlijst arbeidsbeleving. Deze vragenlijst wordt in opdracht van uw werkgever door onderzoeksbureau Prismant onder alle betrokken medewerkers van de spoedpost afgenomen. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten.

Anonimiteit

U neemt helemaal anoniem deel aan dit onderzoek. Prismant garandeert dat de resultaten niet herleidbaar zijn naar individuele personen.

Belangrijk voor het invullen van de vragenlijst:

- Uw vragenlijst zal verwerkt worden met een scanner. Om een goede verwerking mogelijk te maken verzoeken wij u de onderstaande invul instructies goed door te nemen en uw vragenlijst volgens deze instructie in te vullen.
- We verzoeken u alle vragen te beantwoorden. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat om uw mening.
- In deze vragenlijst kunt u uw antwoord geven door per vraag één antwoord vakje aan te kruisen.
- U kunt hiervoor een zwarte of blauwe balpen gebruiken.

Voorbeeld

Zelfstandigheid/Autonomie

Ik kan mijn werk voldoende met anderen afstemmen

volledig mee eens	meer eens	eens noch eens	meer eens	volledig mee eens	n.v.t./ geen mening
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Als u een vakje heeft aangekruist en u wilt uw antwoord wijzigen, dan moet het foutief aan-gekruist vakje geheel zwart/blauw gemaakt worden; vervolgens kunt u het juiste antwoord-vakje aankruisen.

Zelfstandigheid/Autonomie

Ik kan mijn werk voldoende met anderen afstemmen

volledig mee eens	meer eens	eens noch eens	meer eens	volledig mee eens	n.v.t./ geen mening
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Beantwoord in beginsel alle vragen. Mocht u een vraag totaal niet op uw situatie van toepassing zijn, laat deze vraag dan open of kruis n.v.t. (niet van toepassing) aan.

A Persoonlijke achtergrond

1. Bent u vrouw of man? vrouw man

2. Wat is uw leeftijd?
 jonger dan 20 20 t/m 24 25 t/m 29 30 t/m 34 35 t/m 39 40 t/m 44 45 t/m 49
 50 t/m 54 55 t/m 59 60 jaar en ouder

3. Wat is uw hoogst afgeronde opleidingsniveau?
 Lager onderwijs VMBO/LBO MBO HBO Universiteit

B Functie Kenmerken

4. Tot welke personeelscategorie behoort uw functie?
 Dokterassistent Huisarts Medisch specialist SEH-Verpleegkundige/SEH-verpleegkundige in opleiding
 Arts-assistent SEH-arts Triagist Nurse Practitioner
 Paramedisch Secretaresse Anders

5. Hoe lang werkt u in deze instelling?
 Kortere dan 6 maanden 6 maanden tot 1 jaar 1 tot 3 jaar 3 tot 5 jaar Langer dan 5 jaar

6. Hoe lang bent u werkzaam in de acute zorg?
 Kortere dan 6 maanden 6 maanden tot 1 jaar 1 tot 3 jaar 3 tot 5 jaar Langer dan 5 jaar

7. Hoe lang werkt u in uw huidige functie?
 Kortere dan 6 maanden 6 maanden tot 1 jaar 1 tot 3 jaar 3 tot 5 jaar Langer dan 5 jaar

8. Hoeveel werkt u contractueel gemiddeld per week bij deze instelling?
 Minder dan 8 uur 8 tot 15 uur 16 tot 24 uur
 25 tot 32 uur 32 tot 40 uur Meer dan 40 uur

9. Wat voor arbeidscontract heeft u?
 Vaste dienstverband Tijdelijk dienstverband Leerwerkovereenkomst Anders

C Functie-inhoud en werkorganisatie

	volledig mee eens	mee eens	eens noch eens	mee eens	volledig mee eens	n.v.t./ geen mening
Zelfstandigheid/Autonomie						
10. Ik kan mijn werk voldoende zelfstandig bepalen en uitvoeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ik kan mijn werk voldoende met anderen afstemmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roeluisbaarheid						
12. Ik weet wat de prioriteiten in mijn werk zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ik weet welke rol mijn werk heeft in het gehele werkproces op de afdeling en in de instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mijn rol binnen de acute-zorgketen is mij duidelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mijn rol binnen de acute-zorgketen is voor mijn collega's duidelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Binnen het team zijn alle functies evenredig vertegenwoordigd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. De triagist heeft een toegevoegde waarde binnen het team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ik weet welke collega's afhankelijk zijn van mijn werk en wat voor hen belangrijk is in mijn functioneren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personeelsbezetting						
19. Mijn instelling zorgt ervoor dat er voldoende personeel is om het werk goed te kunnen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Vervanging bij ziekte en afwezigheid wordt hier zorgvuldig en tijdig gedaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. De personeelsbezetting sluit aan op de pieken en dalen in de drukte tijdens de dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorg voor patiënten						
22. De wensen van onze patiënten staan bij ons centraal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Met elkaar staan we hier borg voor een prima verzorging van onze patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Onze patiënten worden hier correct bejegend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. De triage is bij ons doelmatig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. De patiënten komen snel bij de juiste hulpverlener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Wij nemen op- en aanmerkingen van patiënten serieus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D Persoonlijke ontwikkeling

	volledig mee eens	mee eens	eens noch eens	mee eens	volledig mee eens	n.v.t./ geen mening
Gebruik eigen capaciteiten						
28. In mijn werk komen mijn talenten voldoende tot hun recht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Bij het verdelen van werkzaamheden en taken wordt rekening gehouden met ieders capaciteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. In mijn werk kan ik verschillende vaardigheden en deskundigheden kwijt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E Communicatie en overleg

	volledig mee eens	mee eens	eens noch eens	mee eens	volledig mee eens	n.v.t./ geen mening
Sociaal klimaat						
31. De samenwerking op het werk is goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Op het werk helpen wij elkaar altijd als dat nodig is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ondertlinge conflicten en spanningen op het werk worden goed uitgesproken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Wij hebben op het werk een gezamenlijke visie op de wijze van werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Het overleg op het werk verloopt in het algemeen goed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Wij hebben voldoende overleg op het werk om belangrijke zaken te kunnen bespreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Als medewerkers iets inbrengen in het overleg dan wordt daar serieus actie op ondernomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Het werkoverleg levert bij praktische problemen vaak oplossingen op	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ik heb voldoende invloed op de manier waarop het werk op de afdeling wordt verdeeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Bij belangrijke beslissingen op de afdeling wordt voldoende rekening gehouden met de mening van medewerkers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. De mening van medewerkers wordt in deze organisatie voldoende serieus genomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Als ik (emotionele) problemen heb, kan ik altijd een beroep doen op collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Bij (emotionele) problemen kan ik bij mijn leidinggevende terecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatie						
44. De directie is open over de bedoelingen en maatregelen die zij neemt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. De directie toont belangstelling voor de mensen in de organisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Ik krijg voldoende informatie over het beleid in de organisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cultuur						
47. Ik vind de communicatie en sfeer in onze organisatie open	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Mijn collega's en ik werken graag mee aan allerlei veranderingen in onze instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. In onze instelling staat professionaliteit in het werk centraal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Onze instelling kenmerkt zich door hartelijkheid en zorgzaamheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F Tevredenheid

	volledig mee eens	mee eens	eens noch eens	mee eens	volledig mee eens	n.v.t./ geen mening
Tevredenheid werk						
51. Mijn werk past bij mij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Mijn werk is voldoende uitdagend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ik heb plezier in mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Ik ben tevreden met mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tevredenheid organisatie						
Ik voel mij thuis in deze instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik zou een ander adviseren om hier te komen werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn principes komen overeen met die van de organisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind het leuk om anderen buiten de organisatie te zeggen dat ik hier werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De cultuur in deze instelling spreekt mij aan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	volledig mee eens	mee eens	eens noch eens	meer eens	volledig mee eens	nuttig geen mening
Ik wil graag in deze organisatie blijven werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben tevreden over deze organisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bedankt voor het invullen.

U kunt de enquête opsturen in de bijgevoegde antwoorderveloppe.



Bijlage 4 Vergelijking Spoedpost met controlelocatie

B1.1 Haarlem-Zuid/Zaandam

In deze paragraaf worden de vergelijkende tabellen tussen de spoedpost en de controlelocatie getoond indien de spoedpost een significant verschil heeft laten zien tussen 2006 en 2007. Deze vergelijking is gebruikt om de verandering bij de spoedpost te analyseren. Met een asterix is aangegeven of de vergelijking significant verschilde ($p < 0,05$).

Tabel B 1.1 Urgentie SEH Haarlem-Zuid/Zaandam

		2007*	
		<i>Haarlem</i>	<i>Zaandam</i>
Acuut	Aantal	21	8
	%	0,8%	2,7%
Zeer urgent	Aantal	199	78
	%	7,3%	26,6%
Urgent	Aantal	577	85
	%	21,1%	29,0%
Standaard	Aantal	1.709	122
	%	62,3%	41,6%
Niet urgent	Aantal	235	
	%	8,6%	
Totaal	Aantal	2.741	
		100,0%	100,0%

Tabel B 1.2 Urgentie Huisartsen Haarlem-Zuid/Zaandam

		2006*		2007*	
		<i>Haarlem</i>	<i>Zaandam</i>	<i>Haarlem</i>	<i>Zaandam</i>
U1	Aantal	2	2	8	1
	%	0,1%	0%	0,1%	0%
U2	Aantal	90	35	214	25
		3,3%	0,4%	3,8%	0,3%
U3	Aantal	556	94	1.258	293
	%	20,1%	1,0%	22,4%	3,9%
U4	Aantal	2.119	8880	4.129	7197
	%	76,6%	98,5%	73,6%	95,8%
Totaal	Aantal	2.767	9011	5.609	7516
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel B 1.3 Verwijzing SEH Haarlem-Zuid/Zaandam

		2006*		2007*	
		<i>Haarlem</i>	<i>Zaandam</i>	<i>Haarlem</i>	<i>Zaandam</i>
Geen	Aantal	2.179	1810	1.933	2228
	%	58,3%	70,8%	55,0%	73,8%
Huisarts	Aantal	925	469	913	467
	%	24,8%	18,3%	26,0%	15,5%
Overig	Aantal	143	30	183	65
	%	3,8%	1,2%	5,2%	2,2%
112	Aantal	489	249	485	258
	%	13,1%	9,7%	13,8%	8,5%
Total	Aantal	3.736	2558	3.514	3018
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel B 1.4 Soort verrichting Huisartsen Haarlem-Zuid/Zaandam

		2006*		2007*	
		<i>Haarlem</i>	<i>Zaandam</i>	<i>Haarlem</i>	<i>Zaandam</i>
Telefonisch consult	Aantal	1510	3793	2355	2568
	%	54,6%	42,1%	42,0%	34,2%
Consult	Aantal	872	4182	2435	4237
	%	31,5%	46,4%	43,4%	56,4
Visite	Aantal	385	1036	819	711
	%	13,9%	11,5%	14,6%	9,5%
Total	Aantal	2767	9011	5609	7516
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel B 1.5 aantal aangevraagde radiologieverrichtingen Haarlem-Zuid/Zaandam

		2006*		2007*	
		<i>Haarlem</i>	<i>Zaandam</i>	<i>Haarlem</i>	<i>Zaandam</i>
CT	Aantal	159	472	162	492
	%	6,3%	7,8%	6,7%	7,2%
MRI	Aantal	2	233	0	264
	%	0,1%	3,8%	0,0%	3,8%
Röntgen	Aantal	2310	4595	2127	5225
	%	90,8%	75,8%	88,6%	76,2%
Echo	Aantal	72	760	112	856
	%	2,8%	12,5%	4,7%	12,5%
Overige	Aantal		6		21
	%		0,1%		0,3%
Totaal	Aantal	2543	6066	2401	6858
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel B 1.6 Locatie radiologie-aanvraag Haarlem-Zuid/Zaandam

		2006*		2007*	
		<i>Haarlem</i>	<i>Zaandam</i>	<i>Haarlem</i>	<i>Zaandam</i>
Onderste ex- tremiteit	Aantal	1062	486	1263	425
	%	17,5%	19,1%	18,4%	17,7%
Bekken/ sa- crum/ LWK	Aantal	548	186	642	175
	%	9,0%	7,3%	9,4%	7,3%
Abdomen	Aantal	872	237	826	318
	%	14,4%	9,3%	12,0%	13,2%
Bovenste ex- tremiteiten	Aantal	1139	654	1415	515
	%	18,8%	25,7%	20,6%	21,4%
Hoofd Hals/ CWK	Aantal	532	205	648	220
	%	8,8%	8,1%	9,4%	9,2%
Thorax/ TWK/ Mammografie	Aantal	1757	759	1839	745
	%	29,0%	29,8%	26,8%	31,0%
Overig (vaten/ ondefinieer- baar)	Aantal	156	16	225	3
	%	2,6%	,6%	3,3%	,1%
	Totaal	6066	2543	6858	2401
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel B 1.7 Gemiddelde Bezoekduur SEH

	Haarlem	Zaandam
2006*	2:22:25	1:49:44
2007*	1:51:56	2:02:16

Tabel B 1.8 Vervolg na bezoek spoedpost/SEH

		2006*		2007*	
		<i>Haarlem</i>	<i>Zaandam</i>	<i>Haarlem</i>	<i>Zaandam</i>
Ziekenhuis	Aantal	1.427	1086	1.256	1392
	%	38,2%	43,4%	35,7%	48,3%
Huisarts	Aantal	680		923	
	%	18,2%		26,3%	
Geen	Aantal	1.625	1415	1.331	1492
	%	43,5%	56,6%	37,9%	51,7%
Overige		4		4	
		0,1%		0,1%	
Totaal	Aantal	3736	2701	3514	2884
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

B1.2 Purmerend/Lelystad

In deze paragraaf worden de vergelijkende tabellen tussen de spoedpost en de controlelocatie getoond indien de spoedpost een significant verschil heeft laten zien tussen 2005, 2006 of 2007.

Tabel B 1.9 Gemiddelde leeftijd SEH

	Purmerend	Lelystad
2005	38,5	38,4
2006*	43,7	40,4
2007*	42,5	40,4

Tabel B 1.10 Verhouding man/vrouw HAP

	2005*		2006*		2007	
	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>
Man	44,6%	42,7%	46,1%	43,6%	46,5%	45,6%
Vrouw	55,4%	57,3%	53,9%	56,4%	53,5%	54,4%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel B 1.11 Gemiddelde leeftijd HAP

	Purmerend	Lelystad
2005	34,6	34,4
2006*	35,0	33,8
2007*	36,2	34,2

Tabel B 1.12 Urgentie patiënten HAP

		2005*		2006*		2007*	
		<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>
U1	Aantal	0	39	0	40	1	35
	%	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%	0,0%	0,6%
U2	Aantal	6	402	27	507	25	507
	%	0,1%	8,0%	0,4%	9,7%	0,3%	9,3%
U3	Aantal	38	2404	328	2865	291	3137
	%	0,5%	48,1%	4,5%	55,1%	3,9%	57,4%
U4	Aantal	7384	2156	6976	1791	7197	1785
	%	99,4%	43,1%	95,2%	34,4%	95,8%	32,7%
Total	Aantal	7428	5001	7331	5203	7514	5464
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel B 1.13 Verwijzing naar SEH

		2005*		2006*		2007*	
		<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>
Geen	Aantal	1.657	298	505	293	632	386
	%	66,4%	20,9%	28,7%	22,5%	33,2%	26,4%
Huisarts	Aantal	723	884	1.154	740	1.203	776
	%	29,0%	61,9%	65,5%	56,8%	63,1%	53,1%
112	Aantal	117	245	102	227	70	254
	%	4,7%	17,2%	5,8%	17,4%	3,7%	17,4%
Overig	Aantal		0		42		45
	%		0,0%		3,2%		3,1%
Total	Aantal	2497	1427	1761	1302	1905	1461
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel B 1.14 Aantal consulten HAP

		2005*		2006*		2007*	
		<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>
Telefonisch consult	Aantal	3059	2376	2634	2374	2567	2493
	%	41,2%	47,5%	35,9%	45,6%	34,2%	45,6%
Consult	Aantal	3568	2208	3899	2371	4236	2539
	%	48,0%	44,2%	53,2%	45,6%	56,4%	46,5%
Visite	Aantal	801	417	798	458	711	432
	%	10,8%	8,3%	10,9%	8,8%	9,5%	7,9%
Totaal	Aantal	7428	5001	7331	5203	7514	5464
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel B 1.15 aantal radiologie-aanvragen

		2005		2006*		2007*	
		<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>
CT	Aantal	252		307	183	305	242
	%	7,1%		8,6%	7,8%	8,1%	9,7%
MRI	Aantal	55		71	68	76	60
	%	1,5%		2,0%	2,9%	2,0%	2,4%
Röntgen	Aantal	3052		2950	1878	3133	1983
	%	85,8%		82,9%	80,2%	82,8%	79,4%
Echo	Aantal	197		231	207	269	198
	%	5,5%		6,5%	8,8%	7,1%	7,9%
Totaal	Aantal	3556		3559	7	3783	13
	%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel B 1.16 Onderverdeling aanvragen radiologie

		2005		2006*		2007*	
		<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>
Onderste ex-tremiteit	Aantal	611		485	296	576	370
	%	17,2%		13,6%	12,6%	15,2%	14,8%
Bekken/sacrum/LWK	Aantal	249		229	186	203	184
	%	7,0%		6,4%	7,9%	5,4%	7,4%
Abdomen	Aantal	435		493	370	490	347
	%	12,2%		13,9%	15,8%	13,0%	13,9%
Bovenste ex-tremiteiten	Aantal	717		645	356	743	414
	%	20,2%		18,1%	15,2%	19,6%	16,6%
Hoofd Hals/CWK	Aantal	212		230	210	259	196
	%	6,0%		6,5%	9,0%	6,8%	7,9%
Thorax/TWK/Mammografie	Aantal	1269		1411	845	1435	912
	%	35,7%		39,6%	36,1%	37,9%	36,5%
Overig (vaten/ondefinieerbaar)	Aantal	63		66	80	77	73
	%	1,8%		1,9%	3,4%	2,0%	2,9%
Totaal		3556		3559	2343	3783	2496
		100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabel B 1.17 Duur telefonisch consult

	Purmerend	Lelystad
2005*	0:04:07	0:03:27
2006*	0:03:33	0:03:58
2007*	0:03:27	0:04:03

Tabel B 1.18 Duur bezoek SEH

	Purmerend	Lelystad
2005*	1:20:00	1:28:56
2006*	1:00:19	1:56:14
2007*	0:34:12	1:50:34

Tabel B 1.19 Vervolgbehandeling SEH

		2005*		2006*		2007*	
		<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>	<i>Purmerend</i>	<i>Lelystad</i>
Ziekenhuis	Aantal	1.240	1039	1.158	904	1.289	1037
	%	50,2%	72,8%	68,3%	69,4%	72,6%	71,0%
Huisarts	Aantal	1.136	120	479	170	423	147
	%	46,0%	8,4%	28,2%	13,1%	23,8%	10,1%
Geen	Aantal	93	260	59	228	64	277
	%	3,8%	18,2%	3,5%	17,5%	3,6%	19,0%
Overige			8		0		0
			0,6%		0,0%		0,0%
Totaal	Aantal	2.469	1427	1.696	1302	1.776	1461
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



CBOG
Koningin Wilhelminalaan 3
3527 LA Utrecht
telefoon 030 298 52 80
fax 030 298 52 81
www.cbog.nl
info@cbog.nl

