

Samenwerking buiten kantooruren; opmerkelijk goed geregeld?

Hoe verloopt de samenwerking tussen de huisarts en de verpleegkundig specialist buiten kantooruren en verloopt deze samenwerking in Nederland volgens wens? Of zijn er wellicht enkele aandachtspunten op te merken? De wijze waarop huisartsen hun zorg buiten de reguliere kantooruren organiseren is de afgelopen 25 jaar in ieder geval ingrijpend veranderd.

Van kleinschalige monodisciplinaire ondernemingen tot grootschalige coöperaties met meerdere disciplines; inmiddels zijn teams in de huisartsenpraktijk verrijkt met de POH, de POH-GGZ, de praktijkmanager, de praktijkverpleegkundige huisartsenzorg (PVH), de physician assistant (PA) en de verpleegkundig specialist (VS). Met name de inzet van de verpleegkundig specialist, als master opgeleide 'taakherschikker', lijkt een van de oplossingen om het hoofd te kunnen bieden aan de druk op de zorgverlening buiten kantooruren.

Tevredenheid

Deze algemene opschaling in de samenwerking heeft, gemiddeld genomen, geleid tot meer tevreden huisartsen en een grotere patiënttevredenheid. Daarnaast weten patiënten, met name de hoger opgeleide jongere generaties, steeds beter hun weg naar betrouwbare medische kennis op het internet te



vinden. Zij gebruiken de 24/7-webinformatie van huisartsenpraktijken en andere dienstverleners dan ook steeds gerichter en zijn zij over het algemeen ook redelijk tevreden met de gepleegde telefonische triage. Daar moet bij vermeld worden dat het traditionele huisbezoek nog altijd het hoogst gewaardeerd wordt.

Huisarts en verpleegkundig specialist

Het blijkt dat huisartsen en verpleegkundig specialisten de zorg buiten kantooruren in toenemende mate samen coördineren. Enkele uitgangspunten hierbij zijn van belang:

1. De professionele rol en de verantwoordelijkheid van met name de verpleegkundig specialist moet voor beide partijen duidelijk zijn.
 2. De communicatie tussen de arts en de verpleegkundig specialist over de te verdelen caseload moet systematisch en in consensus georganiseerd zijn.
 3. Kennis over de huidige regelgeving (wat juridisch kan en mag), aangaande primaire taken en te delegeren taken, moet voor beide partijen helder zijn en dus passen bij het individuele competentieprofiel.
 4. Er moet een wederzijds gevoel van vertrouwen ervaren worden in de samenwerking, men moet op elkaars vaardigheden terug kunnen vallen en men moet elkaar tijdig kunnen consulteren.
- Bovengenoemde uitgangspunten voor een goede interdisciplinaire samenwerking lijken min of meer vanzelfsprekend, maar zijn dat nog allerminst. Zo is er in de praktijk nog sprake van rolonduidelijkheid, is de communicatie over de caseload geregeld suboptimaal en weet men elkaar niet altijd tijdig te vinden.

De reden hiervoor kan ondermeer gevonden worden in de vaak wisselende samenstelling in ploegdiensten. Het gevolg hiervan kan zijn dat de zorg voor patiënten uitgesteld wordt, hetgeen onnodige risico's met zich mee kan brengen, zeker als het gaat om vertragingen in een doorwijzing naar de spoedeisende diensten.^{1,2,3}

'Uit het oogpunt van zowel kwaliteit, capaciteit als kosteneffectiviteit zou op een meer wetenschappelijke basis verder gekeken moeten worden naar de optimale verdeling tussen de verschillende professionals in de zorg buiten de kantooruren'

Aard van de samenwerking

Discontinuïteit in de samenstelling van de teams die het werk buiten kantooruren moeten klaren, maakt het komen tot verbeteringen er niet gemakkelijker op. Er worden weliswaar samenwerkingsafspraken gemaakt en deze krijgen hun beslag in richtlijnen en protocollen. Echter, de uitwerking en de toepassing ervan in de alledaagse praktijk wordt nog maar beperkt geëvalueerd. Op basis van verschillende onderzoeken lijkt het overwegen om meer vaste samenwerkingsverbanden tussen verpleegkundigen en huisartsen te organiseren interessant, zodat zij elkaar op het professionele vlak beter leren kennen. Relatief kleine samenwerkingsverbanden tussen bijvoorbeeld twee artsen en twee verpleegkundigen bieden in veel gevallen voldoende capaciteit om de regionale zorg buiten kantooruren en in de weekenden te kunnen leveren. Uit het oogpunt van zowel kwaliteit, capaciteit als kosteneffectiviteit zou op een meer wetenschappelijke basis verder gekeken moeten worden naar de optimale verdeling tussen de verschillende professionals in de zorg buiten de kantooruren.^{1,2,3}

Aard van de zorgvrager

Aandacht voor de onderlinge samenwerking om de zorg buiten kantooruren te optimaliseren, brengt met zich mee dat er ook kennis moet zijn over de mogelijke verschillen in zorgvragerscategorieën, waar men mee te maken krijgt tijdens en buiten kantooruren.

Het blijkt uit verschillende onderzoeken dat de zorgvragers die gebruikmaken van zorg binnen en buiten de kantooruren namelijk aanzienlijk van elkaar verschillen. Zo concluderen onderzoekers, op basis van een onderzoek dat in Engeland (2018) is uitgevoerd, dat er opmerkelijk meer contacten buiten kantooruren plaatsvinden waarbij de zorg voor kinderen onder de vijf jaar een rol speelt, er een gemiddeld lagere health literacy aan de orde is en dat het een groep met een gemiddeld lagere sociaaleconomische status betreft. Dat laatste leek ondermeer te verklaren door het feit dat juist deze groep de minste mogelijkheden heeft om het werk flexibel te organiseren. Ook gevallen die geschaard kunnen worden onder het zogenoemde 'GNMT-label' ('Gaat Niet Meer Thuis'), manifesteren zich ongepland en doen vooral buiten de kantooruren een beroep op huisartsen en spoedeisende hulpdiensten. Op basis van het gelijkheidsbeginsel zou er juist voor deze specifieke doelgroepen meer aandacht moeten zijn bij het interdisciplinair organiseren van de zorg buiten kantooruren.^{1,4}

Pluriforme aanpak

Op basis van verschillende wetenschappelijke bronnen verdient het een aanbeveling om:

1. Bij de verdeling van de caseload (meer) aandacht te hebben voor specifieke doelgroepen die geneigd zijn juist buiten kantooruren een beroep te doen op de zorgverlening.

2. De toegankelijkheid en begrijpelijkheid van betrouwbare webinformatie verder te ontwikkelen en zo mogelijk te verbeteren.
3. Het organiseren van de samenwerking in klein(er) onderling verband verder te verkennen.
4. Gericht(er) elkaars professionele kennis en verantwoordelijkheden te delen.
5. De kwaliteit van de samenwerking gericht te evalueren.

Echter, dit alles overziend, kan wel met enige geruststelling vastgesteld worden dat, mede op basis van verschillende internationale vergelijkingen, de hedendaagse interdisciplinaire Nederlandse huisartsenzorg, ook buiten kantooruren, opmerkelijk goed geregeld is.⁵

Dr. Wolter Paans
Lector Verpleegkundige Diagnostiek
Hanzehogeschool, Groningen.



Geraadpleegde literatuur

1. Biezen, M van der et al. Collaboration in teams with nurse practitioners and general practitioners during out-of-hours and implications for patient care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 2017; 17(1):589. doi: 10.1186/s12913-017-2548-x.
2. Biezen, M van der et al. Towards an optimal composition of general practitioners and nurse practitioners in out-of-hours primary care teams: a quasi-experimental study. *BMC Open*, 2017; 7(5): e015509. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015509.
3. Kelly, S et al. Who attends out-of-hours general practice appointments? Analysis of a patient cohort accessing new out-of-hours units. *BMC Open*, 2018; 8(6): e020308. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020308.
4. Mol van Charante, E, et al. Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in The Netherlands: development of a postal questionnaire. *Family Practice*, Volume 23, Issue 4, August 2006, Pages 437-443. <https://doi.org/10.1093/fampra/m017>.
5. Villanueva, T, et al. General practice is a highly respected specialty in the Netherlands—what is the secret formula? *BMJ opinion*, 2019. (<https://blogs.bmj.com/bmj/2019/11/20/general-practice-is-a-highly-respected-specialty-in-the-netherlands-what-is-the-secret-formula/>).

'Daar moet bij vermeld worden dat het traditionele huisbezoek nog altijd het hoogst gewaardeerd wordt'