

1990-14

ET

05348

# **SERIE RESEARCH MEMORANDA**

'OPEREREN IN OVERLEG'

Geprotocolleerde samenwerking

1e-2e lijn bij dagchirurgie

I.J.H. van Emmerik

D. de Jong

W.W.A Zuurmond

D.M. Dukkers van Emden

Researchmemorandum 1990-14

April 1990



**VRIJE UNIVERSITEIT  
FACULTEIT DER ECONOMISCHE WETENSCHAPPEN  
EN ECONOMETRIE  
AMSTERDAM**

'OPEREREN IN OVERLEG'  
Geprotocolleerde samenwerking  
1e-2e lijn bij dagchirurgie <sup>1</sup>

I.J.H. van Emmerik <sup>2</sup>

D. de Jong

W.W.A. Zuurmond

D.M. Dukkers van Emden

---

<sup>1</sup> De ontwikkeling, implementatie en evaluatie van 'Opereren in overleg' werd begeleid door de werkgroep dagchirurgie waarin naast de drie eerste auteurs van dit artikel ook de volgende beroepsbeoefenaren zitting hadden: Mw A.J.M. Botden, hoofdwijkverpleegkundige, Mw B. Botman, operatiekamerpleegkundige dagchirurgie, Drs P. van Esseveldt, huisarts, Mw. J. Konijnenbelt, hoofdwijkverpleegkundige, Drs H. Lagas, anesthesioloog, Dr P. Patka, chirurg, Drs D.J. van der Plas, huisarts en Mw H. Sniijders, polikliniekverpleegkundige.

<sup>2</sup> Mw drs I.J.H. van Emmerik, bedrijfspsychologe, thans vakgroep Bedrijfskunde, Economische Faculteit van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Dr D. de Jong, chirurg, afdeling Heelkunde van het VU-ziekenhuis te Amsterdam.

Dr W.W.A. Zuurmond, anesthesioloog, afdeling Anesthesiologie van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.

Mw drs D.M. Dukkers van Emden, jeugdarts, Projectbureau Samenwerking 1e-2e Lijn van het VU-ziekenhuis.

Correspondentie-adres: Mw drs D.M. Dukkers van Emden, VU-ziekenhuis, Project Samenwerking 1e-2e Lijn, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam.

## SAMENVATTING

De dagchirurgische behandeling 'Opereren in overleg' (geprotocolleerde samenwerking tussen eerste en tweede lijn) werd geëvalueerd middels een beschrijvend en een vergelijkend onderzoek. De patiëntenpopulatie uit het beschrijvend onderzoek bestond uit 332 patiënten die in aanmerking kwamen voor een dagchirurgische behandeling. Uiteindelijk werden van deze groep 299 patiënten volgens het protocol 'Opereren in overleg' behandeld. Het vergelijkend onderzoek bestond uit twee groepen patiënten, de eerste groep werd volgens een vastgesteld protocol behandeld en de tweede groep werd dagchirurgisch geopereerd waarbij geen expliciete afspraken met de eerste lijn werden gemaakt.

Beide behandelingsmethoden blijken acceptabel te zijn voor de patiënt. De huisarts is bereid en in staat de post-operatieve behandeling thuis op zich te nemen. Bij hantering van het protocol 'Opereren in overleg' blijkt een uitgebreid pre-operatief onderzoek niet noodzakelijk. Wel vergt 'Opereren in overleg' een aanpassing van de geldende financiële vergoedingen. Uiteindelijk is de conclusie op basis van dit onderzoek, zowel vanuit patiënten- als uit hulpverlenersperspectief, dat expliciete samenwerking eerste en tweede lijn goed mogelijk is en verantwoord binnen het protocol 'Opereren in overleg'.

## 1 INLEIDING

De dagchirurgische behandeling begint (ook) in Nederland ingeburgerd te raken. Recente wetenschappelijk verslaggeving over deze behandelingsmethode heeft zich met name toegespitst op de anesthesiologische en chirurgische aspecten (bijvoorbeeld in dit tijdschrift Booij 1989, De Bruin, Van der Ham en Yo, 1989). (3) (4) Er is echter weinig aandacht besteed aan onderzoek naar een optimalisering van de taakverdeling tussen 1e-2e lijn bij deze behandelingsmethode.

Bij de traditionele klinische opname is de taakverdeling tussen eerste en tweede lijn duidelijk en afgebakend. De eerste lijn is niet of nauwelijks betrokken bij het gehele behandelingsproces; patiënten verblijven enige dagen in het ziekenhuis en de contacten tussen de eerste en tweede lijn beperken zich in de meeste gevallen tot schriftelijke communicatie. Bij de dagchirurgische behandeling echter gaan deze patiënten, na een korte post-operatieve periode in het ziekenhuis, nog dezelfde dag naar huis. Dagchirurgie zorgt er dan voor dat de patiënt zich verplaatst van het domein van de tweede lijn naar het domein van de eerste lijn hetgeen twee belangrijke consequenties heeft. In de eerste plaats kunnen taken van die voorheen door de eerste lijn werden uitgevoerd in de thuissituatie niet plaatsvinden dus zal er een nieuwe toewijzing van de taken aan de eerste en de tweede lijn moeten plaatsvinden. In de tweede plaats heeft overdracht van het ene domein naar het andere domein tot gevolg dat er een overdracht van de behandeling plaatsvindt dus zullen er duidelijke afspraken gemaakt moeten worden tussen de behandelaars van het ziekenhuis en van de eerste lijn.

In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek naar geprotocolleerde samenwerking met de eerste lijn bij de nazorg van in dagchirurgie geopereerde patiënten. De doelstelling van dit onderzoek richtte zich op de herdefiniëring van taken en formulering van een regeling m.b.t. de aansprakelijkheid. De vraagstellingen van het onderzoek 'Opereren in overleg' waren:

- In hoeverre draagt de deelname van de eerste lijn bij aan een verbetering van de behandeling van de dagchirurgische patiënt?
- Onder welke voorwaarden kan de post-operatieve zorg voor in dagchirurgie geopereerde patiënten worden verschoven van de tweede naar de eerste lijn?

### 1 'OPEREREN IN OVERLEG' <sup>3</sup>

Het onderzoek vormt één van de deelprojecten van het project 'Samenwerking 1e-2e Lijn' dat aan het VU-ziekenhuis wordt uitgevoerd. Het project 'Samenwerking 1e-2e Lijn' heeft als doelstelling mogelijkheden te bevorderen dat de patiënt 'zorg op maat' aangeboden krijgt. Dit gebeurt door het ontwikkelen en uittesten van vernieuwende taakafstemming en taakverdeling tussen eerste en tweede lijn ten aanzien van een bepaald thema, klacht of ziektebeeld. Per deelproject wordt een werkgroep ingesteld, bestaande uit bij het betreffende onderwerp betrokken beroepsbeoefenaren. Effecten van de in de deelprojecten bewerkstelligde veranderingen in zorgmodel worden geëvalueerd. Daarbij gelden als centrale vraagstellingen de effecten op kwaliteit van zorg, substitutie en kosten.

'Opereren in overleg', expliciete samenwerking tussen eerste en tweede lijn bij de dagchirurgische behandeling, werd in 1986 in het VU-ziekenhuis als behandelingsmethode geïntroduceerd. De werkgroep 'Opereren in overleg' streefde naar de ontwikkeling van een samenwerkingsmodel waarbij de patiënt hulp geboden kon worden in dat echelon, dat het beste aansloot bij de op dat moment bestaande problematiek van de patiënt. In het ontwikkelde model, het protocol 'Opereren in overleg' (zie stroomschema), werd daartoe het grootste deel van de post-operatieve zorg voor de patiënt verschoven van de tweede lijn naar de eerste lijn. Bij de behandeling van iedere patiënt werden expliciete afspraken tussen eerste en tweede lijns hulpverleners gemaakt. Hierdoor vond een verschuiving van de aansprakelijkheid plaats voor de post-operatieve behandeling van de dagchirurgische patiënt van de tweede lijn naar de eerste lijn.

---

<sup>3</sup> Voor een uitgebreidere beschrijving van het deelproject dagchirurgie, 'Opereren in overleg', wordt verwezen naar Van Emmerik en De Jong, 1989a en 1989b. (1)(2) Deze rapporten zijn op te vragen bij het project Samenwerking 1e-2e Lijn.

---

selectie van de patiënt  
door de huisarts

selectie van de patiënt  
op polikliniek heelkunde

↓

**OVERLEG 1e-2e LIJN**

↓

voldoet de patiënt aan de selectiecriteria?

↓

Nee → → klinische opname

↓

Ja

↓

is de huisarts bereid om post-operatieve zorg op zich te nemen?

↓

Nee → → klinische opname

↓

Ja

↓

aanmelding van patiënt bij huisarts en kruisvereniging

↓

operatie van de patiënt

↓

post-operatieve zorg voor de patiënt in het ziekenhuis

↓

is er sprake van een normaal en ongestoorde post-operatieve periode?

↓

Nee → → klinische opname

↓

Ja

↓

patiënt mag naar huis onder begeleiding (evt per ambulance)

↓

post-operatieve zorg van de patiënt thuis door huisarts  
en evt wijkverpleegkundige

↓

complicaties?

↓

Ja → OVERLEG 1e-2e LIJN

↓

Nee

↓

nacontrole op polikliniek dagchirurgie

---

Stroomschema: 'Opereren in overleg'

---

## 1 PATIENTEN EN METHODEN

De evaluatie van 'Opereren in overleg' vond plaats middels een beschrijvend en een vergelijkend onderzoek. Het beschrijvend deel bevatte alle gegevens van VU-patiënten die gedurende de onderzoeksperiode op het spreekuur dagchirurgie werden gezien, in combinatie met de gegevens van de eerste lijns hulpverlening over de post-operatieve periode. In het vergelijkend deel lag de nadruk op de beleving van de patiënt door de groep VU-patiënten (dagchirurgie met expliciete afspraken met de eerste lijn) en een controlegroep uit een ander ziekenhuis (dagchirurgie met impliciete afspraken met de eerste lijn).

### 1 Beschrijvend onderzoek

Gedurende de onderzoeksperiode van juli 1986 tot december 1987 (17 maanden) bezochten 332 patiënten het spreekuur dagchirurgie, in totaal werden 299 van hen poliklinisch geopereerd. Van de 33 patiënten waarbij na het spreekuur dagchirurgie besloten werd dat zij niet in dagchirurgie behandeld konden worden, werden negentien patiënten door chirurg of anesthesioloog en twee patiënten door hun huisarts afgewezen. Daarnaast gaven 12 patiënten de voorkeur aan een klinische behandeling ook al kwamen zij op grond van de selectiecriteria in aanmerking voor de dagchirurgische behandeling (bijvoorbeeld door het ontbreken van adequate verzorging thuis door een buitenshuis werkende partner of omdat een klinische opname hen een 'veiliger' gevoel gaf).

De groep patiënten die volgens het protocol 'Opereren in overleg' werd behandeld bestond uit 171 (57 %) vrouwen en 128 (43 %) mannen. De leeftijdsverdeling binnen deze groep patiënten wordt weergegeven in tabel 1.

Tabel 1: Leeftijdsverdeling van de volgens het protocol 'Opereren in overleg' behandelde patiënten

Leeftijd	Aantal patiënten	%
15-24 jaar	74	24.7
25-34 jaar	81	27.1
35-44 jaar	77	25.8
45-54 jaar	44	14.7
> 54 jaar	23	7.7
Totaal	299	100

Voor het onderzoek was een aantal operatieindicaties geselecteerd. De aantallen uitgevoerde verrichtingen waren: liesbreuk 35, varices 23, verwijderen osteosynthesemateriaal 140, overige ingrepen (excisie benigne afwijkingen) 101. Van de 249 patiënten uit deze groep die een vragenlijst toegestuurd kregen reageerden 211 patiënten (85 %). Ook aan huisartsen en wijkverpleegkundigen van deze 249 patiënten werd een vragenlijst gestuurd waarvan de response-rate respectievelijk 89 en 36 % bedroeg. Voor de patiënten maar zeker voor de huisartsen is dus sprake van een hoge response. De lage response van de wijkverpleegkundigen wordt verklaard door het gegeven dat iedere wijkverpleegkundige weliswaar een vragenlijst toegezonden kreeg maar dat wijkverpleegkundige zorg slechts bij 30 patiënten leidde tot een wijkverpleegkundige visite; in de meeste gevallen werd de wijkverpleegkundige niet daadwerkelijk bij de zorg betrokken.

## 2 Vergelijkend onderzoek

In navolging van Basham (1986) is gekozen voor een vergelijkend onderzoeksdesign om de beleving van de patiënten m.b.t. een dagchirurgische behandeling te onderzoeken. (5) Voor het vergelijkend onderzoek werd een steekproef getrokken van 100 patiënten uit de VU-patiëntepopulatie ('Opereren in overleg') en 100 patiënten uit een ander ziekenhuis (controle-groep). In het ziekenhuis waar de controle-groep patiënten werden geopereerd waren geen expliciete afspraken met de eerste lijn gemaakt. Vermeld moet worden dat in dit ziekenhuis geen liesbreuk-operaties in dagchirurgie werden verricht. De patiënten uit beide groepen verschilden niet significant voor wat betreft response rate voor het terugsturen van de vragenlijst, leeftijd, ziekenhuisop-



namen in de anamnese, aantal operaties in de anamnese, geslacht, en ASA-klasse. Opvallend verschil was dat in de controlegroep bij geen enkele patiënt gebruik is gemaakt van spinale anesthesie. Patiënten uit beide groepen werden in het eerste halfjaar van 1987 geopereerd.

### 3 Meetinstrumenten

Voor de verzameling van een deel van de gegevens m.b.t. de VU-patiënten kon gebruik gemaakt worden van de medische status. Andere gegevens werden verzameld door middel van speciaal voor het 'Opereren in overleg' ontwikkelde instrumenten. Zo werd voor de patiënten uit beide groepen een vragenlijst ontwikkeld die na de operatie aan hen verstuurd werd. Bruikbaarheid van deze vragenlijst werd van tevoren beoordeeld met behulp van een pilot-onderzoek onder ziekenhuispatiënten. Ook voor de deelnemende huisartsen en wijkverpleegkundigen werd een vragenlijst ontwikkeld. Als meetinstrumenten voor het medische deel dienden het registratie-, en vooronderzoeksformulier en het (post-operatieve) dagrapport. De functie van deze laatste drie was tweeledig. Enerzijds waren zij een onderdeel van de behandeling omdat zij gebruikt werden voor het registreren van relevante gegevens. Anderzijds werden deze meetinstrumenten ook gebruikt voor het evaluatieve onderzoek.

### 4 Protocol 'Opereren in overleg'

Voor het 'Opereren in overleg' werd een apart dagchirurgisch spreekuur ingesteld om een goed overleg tussen chirurg, anesthesioloog en huisarts mogelijk te maken. Patiënten konden naar dit spreekuur worden verwezen hetzij rechtstreeks door de huisarts wanneer deze een ingreep in dagbehandeling mogelijk achtte, hetzij door een van de leden van het chirurgische team van het ziekenhuis. Op het dagchirurgisch spreekuur werd de patiënt door de chirurg en de anesthesioloog gezien en aansluitend werd er telefonisch contact opgenomen met de huisarts van de patiënt. Alleen na expliciete toestemming van de huisarts werd de patiënt in dagchirurgie geopereerd. Tijdens het spreekuur werd beoordeeld of de patiënt voldeed aan de volgende selectiecriteria

(6) (7) (8):

- De patiënt is voldoende te motiveren om de ingreep in dagchirurgie te ondergaan,
- De patiënt is in staat tot adequate zelfzorg en de patiënt moet worden geacht de instructies goed te kunnen opvolgen,
- Na de operatie is begeleiding naar huis mogelijk en is er voldoende

- de opvang mogelijk gedurende tenminste 24 uur,
- Het betreft een electieve ingreep,
  - De patiënt behoort tot risicoklasse I (d.w.z. geen lichamelijke of psychische aandoeningen behalve waarvoor hij/zij geopereerd wordt) of II (d.w.z. lichte tot matig ernstige systeemziekten aanwezig) van de ASA-klassificatie,
  - De leeftijd van de patiënt ligt tussen de 16 en 65 jaar,
  - De patiënt is bij voorkeur lid van een kruisvereniging

Aan de hand van een vooronderzoeksformulier werd een anamnese afgenomen en een algemeen lichamelijk onderzoek, bestaande uit meting van bloeddruk en polsfrequentie en auscultatie van hart en longen, verricht. Gebruikelijke klinische pre-operatieve onderzoeken als laboratorium bepalingen, röntgen onderzoek van de thorax, electrocardiogram of longfunctie onderzoek vonden niet plaats. De met de huisarts gemaakte afspraken omtrent de post-operatieve behandeling werden schriftelijk vastgelegd en bevestigd. Tevens werd de betreffende kruisvereniging schriftelijk geïnformeerd over aard en tijdstip van de op handen staande ingreep, waarbij de wijkverpleegkundige werd verzocht over de wenselijkheid van een eventuele bemoeienis met de patiënt contact op te nemen met de huisarts.

De operatie vond plaats volgens de in de kliniek gebruikelijke operatieprocedures, van de kliniek verschillend was alleen de desinfectie-procedure: om de duur van de anesthesie zo kort mogelijk te laten zijn werd de huid van de patiënt gedesinfecteerd na wassen en aantrekken van operatiekleding door de chirurg.

Na de operatie en de beëindiging van de narcose werden de patiënten gedurende enkele uren bewaakt in de uitslaapkamer. Het vertrek van de patiënten naar huis diende te worden gesanctioneerd door zowel de anesthesioloog als de chirurg. In het algemeen werden patiënten die aan het onderlichaam werden geopereerd met een ligambulance naar huis vervoerd. Na de operatie werd telefonisch contact gezocht met de huisarts waarbij eventuele bijzonderheden werden doorgegeven. Een verslaggeving van de operatie vanuit het ziekenhuis werd aan de patiënt meegegeven.

Omdat er sprake zou zijn van een vroege, en vermoedelijk adequate, mobilisatie werd afgezien van heparine toediening. De patiënten kregen paracetamol à 500 mg zo nodig 4 x daags als pijnmedicatie mee naar huis. Tegen de misselijkheid werd stemetil supp. gekozen. De patiënten kregen een afspraak voor poliklinische controle (zes weken post-opera-

tief), het operatieverslag en de nabehandelingsvoorschriften t.b.v. de huisarts mee naar huis. Voor de verschillende operatie-indicaties werden specifieke nabehandelingsvoorschriften geformuleerd. In deze nabehandelingsvoorschriften worden wondverzorging, dieet, mobilisatieschema e.d. beschreven. Deze post-operatieve voorschriften waren slechts richtlijnen voor de huisarts; de huisarts had de mogelijkheid de behandeling naar eigen inzicht aan te passen. Voor huisarts werden binnen het protocol 'Opereren in overleg' de volgende taken voor de huisarts geformuleerd:

- Adviseren en het geven van voorlichting m.b.t zelfzorg en mantelzorg, en begeleiding van de patiënt in de zin van aandacht schenken aan de belevingswereld van de patiënt.
- 'Bewaking' van de medische toestand van de patiënt door middel van diagnostiek van complicaties (bijvoorbeeld trombose, post-spinale hoofdpijn e.d.), en indien op zijn/haar gebied liggend behandeling van deze complicaties.
- Het verrichten van medische handelingen zoals hechtingen en drains verwijderen.
- In voorkomende gevallen het geven van acute hulpverlening, bijvoorbeeld bij een nabloeding.
- In voorkomende gevallen consultatie van of verwijzing naar de tweede lijn.
- Registratie van relevante post-operatieve gegevens.

In principe zou de huisarts echter open moeten staan voor iedere hulpvraag van zijn/haar patiënten. (9) Ook de wijkverpleegkundige werd volgens het protocol routinematig betrokken in het hulpverleningsproces. Bij de post-operatieve zorg door de wijkverpleegkundige werd de nadruk gelegd op de informatieve en zelfzorg ondersteunende hulpverlening door deze discipline. Zo werden bijvoorbeeld assisteren bij een post-operatief dieet, hulp bij wassen en aankleden e.d. tot de taken van de wijkverpleegkundige gerekend. (10) Bovendien zou het uitlenen van verpleeg- en verzorgingsmaterialen via de kruisvereniging plaats kunnen vinden.

De patiënten in de controle-groep werden in essentie op dezelfde manier behandeld echter zonder dat er expliciete afspraken met de eerste lijns hulpverleners werden gemaakt. De communicatie tussen eerste en tweede lijn voor de patiënten in de controle-groep beperkte zich tot schriftelijke communicatie.

## 2 RESULTATEN

### 1 Resultaten van beschrijvend onderzoek 'Opereren in overleg'.

Op het spreekuur dagchirurgie werden in de onderzoeksperiode 332 patiënten gezien. Van deze groep werden 33 patiënten niet in dagchirurgie geopereerd (afwijzing door de chirurg 7 maal, afwijzing door de anesthesioloog 12 maal, afwijzing door de huisarts 2 maal en afwijzing door de patiënt 12 maal.

In totaal werden 299 patiënten volgens het protocol 'Opereren in overleg' behandeld. Het pre-operatieve onderzoek bij deze groep leverde geen echte verrassingen op: tijdens de onderzoeksperiode is nimmer een verborgen hypertensie of een symptoomloze soufflé ontdekt. De gemiddelde operatieduur bedroeg 29 minuten, meer dan driekwart van de patiënten was binnen 40 minuten geopereerd. De meeste patiënten (60 %) werden geopereerd onder algehele anesthesie. Tijdens de onderzoeksfase konden tien patiënten (3%) niet op de dag van de operatie naar huis. Bij zeven van hen ontbrak een spontane mictie, bij twee patiënten had de operatieduur de limiet van 60 minuten overschreden (in beide gevallen betrof dit patiënten met uitgebreide varices) en bij één patiënt was sprake van een combinatie van urineretentie en een direct post-operatieve nabloeding. Ziekenhuis opnames ten gevolge van directe operatie-complicaties kwamen niet voor bij de onderzochte groep noch werd tijdens de nacontrole zes weken post-operatief een wondgenezing per secundam vastgesteld. Tijdens de onderzoeksfase hebben zich bij een tweetal patiënten ernstige algemene complicaties voorgedaan waarvoor klinische behandeling noodzakelijk was. In het eerste geval stelde de huisarts de volgende ochtend bij een patiënt de diagnose op een cerebro-vasculair accident en liet deze patiënt opnemen op de afdeling neurologie waar deze diagnose werd bevestigd. Tijdens het pre-operatieve onderzoek was een bloeddruk van 160/90 mm Hg gemeten, tijdens de operatie hadden zich geen bijzonderheden voorgedaan. De tweede ernstige complicatie betrof een patiënte van 43 jaar die op de derde dag na een varices operatie contact zocht met het ziekenhuis omdat zij zich ongerust maakte over pijn in haar kuit. Op de afdeling Eerste Hulp werd (later flebografisch bevestigd) een trombosebeen vastgesteld.

Gedurende de eerste post-operatieve dag beoordeelde 55% (van de 89 patiënten die het dagrapport voor dit onderwerp invulden) van de patiënten het eigen welbevinden als goed. Op de zevende post-operatieve dag was dit percentage opgelopen tot 90%. Bijna tweederde van de pa-

tiënten blijkt thuis na de operatie geen of alleen op de operatiedag hulp gehad te hebben bij zelfzorgactiviteiten als wassen, aankleden, naar de w.c. gaan e.d. In de meerderheid van de gevallen werd deze hulp verleend door familie. De wijkverpleegkundige wordt slechts door 3 patiënten genoemd als hulpgever bij zelfzorgactiviteiten.

De mening van de patiënten over deze vorm van behandeling komt naar voren in de antwoorden op 12 stellingen die aan de patiënten werd voorgelegd (zie tabel 2).

De patiënten blijken in te stemmen met de stellingen betreffende de specifieke behandeling die zij ontvingen. De eerste twee stellingen verwijzen beiden naar de post-operatieve behandeling door de huisarts en meer dan driekwart van de patiënten is het helemaal eens met deze stellingen.

Tabel 2: Overzicht van de gemiddelde antwoorden van de VU-patiënten (n=211) op de stellingen in de patiëntenvragenlijst. Mogelijke antwoordcategorieën waren:

- 1 helemaal mee eens
- 2 mee eens
- 3 neutraal
- 4 mee oneens
- 5 helemaal mee oneens

Stellingen uit de vragenlijst	(helemaal) neutraal		(helemaal) niet	
	mee eens		mee oneens	in- gevuld
1 Het geeft je een veilig gevoel als de huisarts een paar keer langs komt na de operatie.	79 %	16 %	1 %	4 %
2 Het is beter dat de arts bij je op bezoek komt voor de controles dan dat je daarvoor naar het ziekenhuis moet.	74 %	14 %	8 %	4 %
3 Ik heb van tevoren te weinig informatie gekregen over wat ik na de operatie thuis nog mocht en kon doen.	32 %	13 %	51 %	4 %
4 Ik was na de operatie liever nog een paar dagen in het ziekenhuis gebleven.	9 %	7 %	80 %	4 %
5 De controles na de operatie laat ik liever door de specialist dan door de huisarts doen.	12 %	30 %	54 %	5 %
6 Het geeft je een veilig gevoel als de wijkverpleegkundige een paar keer langs komt na de operatie.	10 %	45 %	27 %	17 %
7 De hulpverlening in het ziekenhuis door de verpleegkundigen zou in mijn geval beter kunnen.	3 %	6 %	85 %	6 %
8 De hulpverlening in het ziekenhuis door de chirurg zou in mijn geval beter kunnen.	8 %	10 %	77 %	5 %
9 De hulpverlening in het ziekenhuis door de arts die mij verdoofd heeft zou in mijn geval beter kunnen.	8 %	9 %	80 %	4 %
10 De hulpverlening door de huisarts zou beter kunnen.	7 %	8 %	81 %	4 %
11 De hulpverlening door de wijkverpleegkundige zou in mijn geval beter kunnen.	5 %	42 %	26 %	27 %
12 Een volgende keer zou ik bij een zelfde operatie weer voor deze gang van zaken kiezen.	77 %	8 %	11 %	4 %

### Post-operatieve behandeling door de eerste lijn

Op basis van de antwoorden in de patiëntenvragenlijsten is een overzicht gemaakt van het aantal contacten tussen huisarts en patiënt (zie tabel 3).

---

Tabel 3 : Het aantal visites, spreekuurbezoeken en telefonische contacten, ontleend aan de patiëntenvragenlijst (voor zover de patiënten een vraag expliciet hebben ingevuld).

Op basis van de antwoorden uit 211 patiëntenvragenlijsten:

452 visites	bij 205 patiënten	= 2.2 per patiënt
162 spreekuurconsulten	bij 123 patiënten	= 1.3 per patiënt
57 telefonische contacten	bij 208 patiënten	= .3 per patiënt

Hier tabel 3.

---

Bij 183 VU-patiënten werd volgens protocol door de huisarts een visite thuis afgelegd. Tien procent of wel 22 patiënten gaven expliciet aan dat de huisarts hen niet thuis heeft bezocht. In negentig procent van de gevallen is aangegeven dat het spreekuur van de huisarts werd bezocht (deze vraag is alleen voorgelegd aan de 200 patiënten die in 1987 werden geopereerd).

Uit de patiëntenlijst blijkt dat de wijkverpleegkundige bij 30 patiënten een (pre- of post-) operatieve visite aflegde. Gemiddeld bedroeg het aantal visites 0,3 per patiënt. Het aantal bij een patiënt afgelegde visites hield geen verband met de aard van de verrichte ingreep. Naast wijkverpleegkundige contacten d.m.v. visites waren er verschillende contacten om gebruik te kunnen maken van verplegingsartikelen van de kruisvereniging.

Bijna alle huisartsen (95%) zijn van mening dat hun eigen deskundigheid ten aanzien van de postoperatieve behandeling van poliklinisch geopereerde patiënten voldoende is. Tijdens de onderzoeksperiode is ook vanuit een tweedelijns perspectief niet gebleken dat de huisarts niet in staat zou zijn tot het geven van een adequate peri-operatieve behandeling. Wel bleek dat met name over complicaties als gevolg van de (regionale) anesthesie de huisartsen zich onwennig voelden. M.b.t. de wondbehandeling lijkt de verzorging in de eerste lijn adequaat te

hebben plaatsgevonden. Hierbij moet echter wel vermeld worden dat een aantal patiënten antibiotica kregen voorgeschreven door de huisarts terwijl een dergelijke behandeling in het ziekenhuis zeer waarschijnlijk niet zou zijn ingesteld.

Uit de vragenlijst komt naar voren dat bijna alle huisartsen (98%) van mening waren dat deze vorm van behandeling ook na de onderzoeksfase gecontinueerd zou moeten worden, mits daar (naar de mening van 87%) wel een financiële vergoeding tegenover blijft staan. Verschuiven van zorg moet geen afschuiven worden vinden verschillende huisartsen. Zij voeren aan huiverig te zijn voor een uitbreiding van het takenpakket omdat het verleden heeft geleerd dat eerder tot een taakverzwaring (bijv. het maken van cervix-uitstrijkjes) werd besloten zonder dat de honorering werd aangepast.

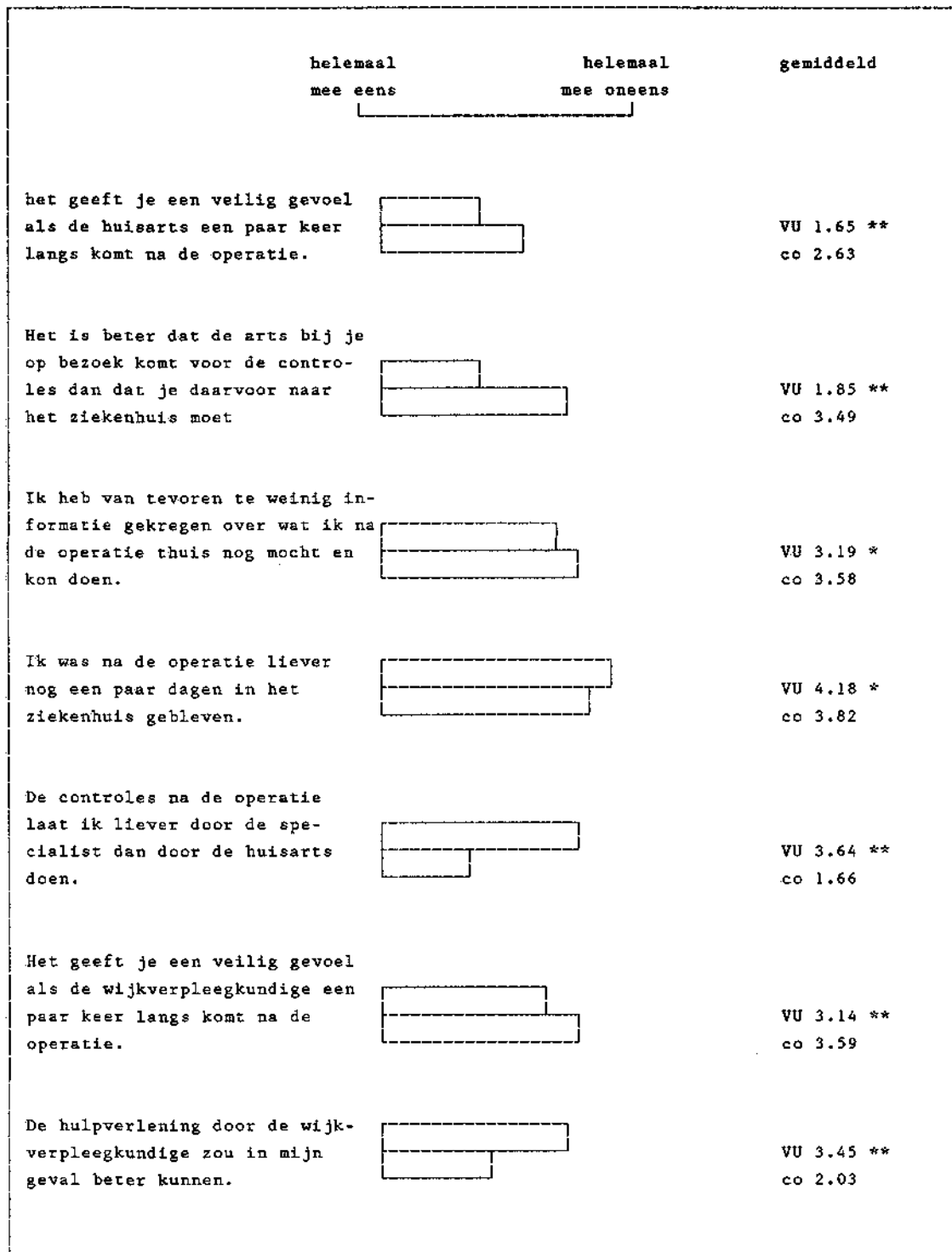
Bijna driekwart (73%) van de wijkverpleegkundigen was van mening dat wijkverpleegkundige hulp aan in dagbehandeling geopereerde patiënten als een normaal onderdeel van het takenpakket moest worden beschouwd. Zeven procent meende dat deze zorg nu nog niet tot het takenpakket behoorde maar hierin wel zou moeten worden opgenomen. Slechts drie procent van de respondenten acht deze zorg geen taak voor de wijkverpleging. Op de vraag of er terecht een aparte honorering wordt gegeven voor deze werkzaamheden antwoordt iets minder dan de helft (47%) bevestigend en 37% ontkennend. Dagchirurgie continueren? "Ja", zegt bijna driekwart (72%) van de wijkverpleegkundigen. Vijfentwintig procent van de respondenten vindt deze procedure ook geschikt voor zwaardere operaties.

## 2 Resultaten van het vergelijkend onderzoek.

Van de patiënten uit de VU-groep zag tien procent er (heel erg) tegenop op om na de operatie naar huis te gaan. Voor de patiënten uit de controlegroep geldt een hoger percentage namelijk zeventien procent. Over de voorgeschreven pijnmedicatie zijn patiënten uit beide groepen van mening dat deze voldoende was (90 %). Van de VU-patiënten zou 76 % en van de controlegroep 70 % van de patiënten een eventuele volgende keer een zelfde of kortere duur van het ziekenhuisverblijf prefereren. Gemiddeld over beide groepen blijkt tenminste 70 procent van de patiënten binnen één maand de normale werkzaamheden weer hervat te hebben.

Zoals reeds vermeld waren in de patiëntenvragenlijst 12 stellingen opgenomen die betrekking hadden op de tevredenheid met de ontvangen behandeling. In figuur 4 wordt weergegeven welke stellingen significan-





Figuur 4: Overzicht van de antwoorden (gemiddelden) op de stellingen in de patiëntenvragenlijst voor experimentele (VU) en controle groep (co). Alleen de stellingen die significant verschillend beantwoord werden zijn weergegeven. Getoetst met t-toets voor verschillen tussen gemiddelden waarbij:

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

te verschillen tussen beide groepen opleverden.

In deze vergelijking blijkt dat beide groepen patiënten het meer eens zijn met de stellingen die betrekking hebben op de behandeling die men zelf heeft ontvangen. Zo zijn de patiënten uit de controlegroep het vaker eens met de uitspraak "de controles na de operatie laat ik liever door de specialist dan door de huisarts doen" (stelling 5), terwijl VU-patiënten het vaker eens zijn met de uitspraak "het geeft je een veilig gevoel als de huisarts een paar keer langs komt na de operatie. Op de vraag of er iets moet veranderen in de behandeling wordt door beide groepen niet verschillend geantwoord: 79% antwoordt ontkennend. De algemene indruk uit deze lijst met stellingen is dat de patiënten uit beide groepen tevreden zijn met de behandeling die zij kregen.

### 3 BESCHOUWING

Op basis van de resultaten van beide onderzoeksdelen werden de volgende conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

#### 1 Bij hantering van het protocol 'Opereren in overleg' blijkt een uitgebreid pre-operatief onderzoek niet noodzakelijk.

Onder de voorwaarden dat men strikte, adequate selectiecriteria hanteert en gebruik maakt van expliciete samenwerking met de eerste lijn kan op basis van de ervaringen in dit onderzoek geconcludeerd worden dat een uitgebreid pre-operatief onderzoek niet noodzakelijk is. Bij het gebruik van het protocol 'Opereren in overleg' kan in principe een adequate anamnese en lichamelijk onderzoek pre-operatief voldoende zijn om te kunnen bepalen of een patiënt in dagchirurgie behandeld kan worden en kunnen de risico's afdoende worden ingeschat.

#### 2 Beide behandelingsmethoden zijn acceptabel voor de patiënt

Verschillen tussen beide groepen voor wat betreft de tevredenheid met de behandeling blijken niet groot te zijn. Vergelijking voor de stellingen van de vragenlijst leverde het volgende beeld op; uit beide groepen zijn patiënten het meer eens met de stellingen die betrekking hebben op de behandeling die men zelf heeft ontvangen. Tevens blijkt dat de meerderheid van de patiënten uit beide groepen aangeeft bij een eventuele volgende keer voor dezelfde behandeling te kiezen als zij nu,

gedurende de onderzoeksperiode, ontvangen hebben. Concluderend kan gesteld worden dat beide behandelingsvormen voor de patiënt acceptabel zijn.

### 3 De huisarts is bereid en in staat de post-operatieve behandeling thuis op zich te nemen.

Uit de ervaringen tijdens de onderzoeksperiode kan geconcludeerd worden dat de huisarts bereid is en in staat is de post-operatieve periode thuis na een dagchirurgische behandeling op zich te nemen. Routinegewijze inschakeling van de wijkverpleegkundige blijkt echter niet noodzakelijk te zijn.

### 4 'Opereren in overleg' vergt wel een aanpassing van de geldende financiële vergoedingen.

Het grootste struikelblok van dit samenwerkingsmodel lijkt de voortzetting van de financiële vergoeding na de experimentele periode te zijn. Er zijn op dit moment geen garanties voor overname van de financiering na afloop van het onderzoek door ziektekostenverzekeraars. Bij een groeiende toepassing van de dagchirurgische behandeling in Nederland is een discussie over financiële vergoeding aan de eerste lijn en aanpassing van de vergoeding aan de tweede lijn (door impliciete samenwerking wordt ook van de tweede lijn een grotere tijdsinvestering gevraagd) noodzakelijk.

### 5 Expliciete samenwerking eerste en tweede lijn is goed mogelijk en verantwoord binnen het protocol 'Opereren in overleg'

Voordat er gebruik gemaakt werd van de mogelijkheden van dagchirurgie was de aansprakelijkheidskwestie duidelijk; bijvoorbeeld als de patiënt het ondergaan van een operatie combineerde met een klinische opname. Tot het moment van ontslag droeg het ziekenhuis c.q. de behandelaars de verantwoordelijkheid. Indien men echter dagchirurgische verrichtingen uitvoert zonder expliciete afspraken met de eerste lijn te maken ontstaat een grijs gebied. Voor een regeling van de formele verantwoordelijkheid is binnen het hierboven beschreven samenwerkingsmodel 'Opereren in overleg' voor de volgende constructie gekozen. De formele verantwoordelijkheid voor de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis berustte bij de huisarts; de post-operatieve voorschriften die aan de patiënt werden meegegeven waren slechts richtlijnen en geen dwingende voorschriften. De huisarts had de mogelijkheid de behandeling naar

eigen inzicht aan te passen. Binnen het protocol 'Opereren in overleg' lag de aansprakelijkheid voor de post-operatieve behandeling thuis dan ook bij de huisarts. Overdracht van deze aansprakelijkheid kon geschieden doordat vanuit het ziekenhuis werd voldaan aan de volgende procedures:

- alleen na expliciete goedkeuring van de huisarts werd de patiënt in dagchirurgie geopereerd,
- er bestond te allen tijde (24 uur per dag) de mogelijkheid tot overleg met de tweede lijn.
- voor acute complicaties bestond altijd de mogelijkheid tot opname.

De tijdens het onderzoek opgedane ervaring m.b.t 'Opereren in overleg' en het gegeven van een goede regeling van de aansprakelijkheid zijn in ieder geval voor de afdeling Heelkunde van het VU-ziekenhuis aanleiding geweest om deze protocollaire behandeling te continueren.

LITERATUUR

- 1 Emmerik I.J.H. van, en D. de Jong. Opereren in overleg. Samenwerking tussen eerste en tweede lijn m.b.t. de dagchirurgische behandeling. Deel I. Samenvatting. Amsterdam, VU-ziekenhuis, Project Samenwerking 1e-2e Lijn, 1989a
- 2 Emmerik I.J.H. van, en D. de Jong. Opereren in overleg. Samenwerking tussen eerste en tweede lijn m.b.t. de dagchirurgische behandeling. Deel II. Eindverslag. Amsterdam, VU-ziekenhuis, Project Samenwerking 1e-2e Lijn, 1989b
- 3 Booij L.H.D.J. Complicaties thuis na anesthesie in dagbehandeling. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1989, vol 133, 1967-1969
- 4 Bruin M.J.F.M. de, A.C van der Ham en T.I. Yo. Is liesbreukoperatie in dagchirurgie acceptabel? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1989, vol 133, 1131-1133
- 5 Basham R.B. Scientific and practical advantages of comparative design in psychotherapy outcome research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1986, vol 54, 88-94
- 6 Davis J.E. en K. Sugioka. Selecting the patiënt for major ambulatory surgery. Surgical and anesthesiology evaluations. Surgical Clinics of North America, 1987; 67 (4): 721-732
- 7 Mitchell R.T. Organization of a major ambulatory surgery program. Surgical Clinics of North America, 1987, vol 67, nr 4, 693-706
- 8 Ogg T.W. Anaesthesia Rounds. Aspects of day surgery and anaesthesia. Imp Chemical Industries PLC, 1985.
- 9 Crebolder H.F.J.M. Te leer in de eerste lijn. Huisarts en wetenschap, 1987, vol 30, 308-313
- 10 Pen M. Samenwerking huisarts en wijkverpleegkundige. Ruggespraak is noodzakelijk voor goed functioneren. Praktijk Management, 1988, vol 4, 13-15