

Inloopklinieken

Een adviesrapport voor ArtsenZorg Gezondheidszorg

Auteur:	Cliff Baardman
Studentnummer:	20040658
Klas:	4MER
Datum:	2012
Opdrachtgever:	Dhr. H. Sietsma
Begeleidend docent:	Dhr. H. Bos

Inhoudsopgave

	Blz.
Managementsamenvatting	2
Voorwoord	4
Inleiding	5
Hoofdstuk 1	Probleemstelling, onderzoeksvragen en methode van onderzoek
	6
Hoofdstuk 2	Ervaringen met walk-in centres in het buitenland
	14
Hoofdstuk 3	Meningen van de verschillende partijen in de gezondheidszorg
	23
Hoofdstuk 4	Nurse Practitioners
	37
Hoofdstuk 5	Antwoord op onderzoeksvragen
	41
Hoofdstuk 6	Conclusie
	47
Hoofdstuk 7	Advies aan ArtsenZorg
	49
Literatuurlijst	51
Bijlage	Bijlage 1 Ziektekostenverzekeraars enquête
	53
	Bijlage 2 Patiëntenverenigingen enquête
	58
	Bijlage 3 Patiënten enquête en resultaten
	62

Managementsamenvatting

In 2010 verscheen een discussienota van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), een adviesorgaan dat de regering adviseert over het beleid voor volksgezondheid en zorg. De titel van deze nota luidt: “Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuw ordening”. In deze nota worden een aantal voorstellen gedaan om de organisatie van de gezondheidszorg te veranderen. Dit is noodzakelijk volgens de RVZ omdat er in de toekomst relatief weinig arbeidskrachten beschikbaar zullen zijn, terwijl het aantal zieke mensen zal toenemen. Bovendien zal tevens het budget dat beschikbaar zal zijn voor zorg in Nederland niet mee kunnen groeien met de toenemende vraag naar zorg.

Het oprichten van inloopklinieken is een van de voorstellen uit deze nota. Hierbij worden patiënten met kleine aandoeningen gezien door gespecialiseerde verpleegkundigen, deze patiënten kunnen binnen lopen zonder afspraak. Volgens de RVZ is dit een manier om de gezondheidszorg efficiënter te maken. De RVZ ziet hierbij een rol weggelegd voor de private partijen in de eerste lijn.

Echter wanneer een organisatie binnen de eerstelijnsgezondheidszorg besluit om een inloopkliniek op te richten, dan zullen zij vooraf een haalbaarheidsonderzoek willen doen. Ik heb daarom aan ArtsenZorg, een private partij binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, gevraagd of ik een adviesrapport, over dit onderwerp, voor hen zou mogen schrijven. Er bestond bij ArtsenZorg veel interesse met betrekking tot deze ontwikkelingen (oprichten van inloopklinieken). Uiteindelijk heb ik een probleemstelling geformuleerd en ben ik gestart met het onderzoek.

De hoofdvraag luidt: “Geef op basis van onderzoek een gemotiveerd advies aan ArtsenZorg waarbij wordt gekeken of het een verstandige strategische keuze is om, inspeliend op de nota van RVZ, te kiezen voor het oprichten van een of meerdere inloopklinieken” (hoofdstuk 1)

Tijdens dit onderzoek heb ik gebruik gemaakt van deskresearch en fieldresearch. In het buitenland bestaat veel ervaring met inloopklinieken, hierover zijn artikelen gepubliceerd. Het advies aan ArtsenZorg is voor een deel gebaseerd op de ervaringen in het buitenland, zoals beschreven in deze artikelen (hoofdstuk 2). Daarnaast heb ik via reacties (persberichten) van belanghebbende partijen in kaart gebracht hoe er in het veld gedacht wordt over deze ontwikkeling. Voorbeelden van deze partijen zijn: Landelijke Huisartsen Vereniging, Orde van Medisch Specialisten. Ook deze reacties (hoofdstuk 3) spelen een rol bij het uiteindelijke advies aan ArtsenZorg.

Door middel van vragenlijsten heb ik de standpunten van patiënten, patiëntenorganisaties, ziektekostenverzekeraars (t.a.v. inloopklinieken) in kaart gebracht (hoofdstuk 3). Vanzelfsprekend ook belangrijk voor het beantwoorden van de bovenstaande hoofdvraag.

Bij het oprichten van inloopklinieken is er een belangrijke rol weggelegd voor de nurse practitioner, dit is een gespecialiseerde verpleegkundige. Ook hierover bestaat literatuur. Ik heb gebruik gemaakt van een onderzoek vanuit de Universiteit van Maastricht. Het onderzoek toont aan dat het werken met nurse practitioners aan de poort van de eerste lijn mogelijk is. Zij kunnen patiënten zien met kleine kwalen, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de geleverde zorg. Bovendien bewijst het onderzoek dat de inzet van nurse practitioners geld uitspaart. (hoofdstuk 4).

Uiteindelijk worden in de bevindingen van het literatuur onderzoek en de uitkomsten van de vragenlijsten samengevoegd om de deelvragen van het onderzoek te kunnen beantwoorden (hoofdstuk 5).

Vervolgens wordt in het volgende hoofdstuk de conclusie beschreven (hoofdstuk 6). Uit het literatuur onderzoek (ervaringen in buitenland) bleek dat met name patiënten de ruime openingstijden en het zonder afspraak binnenlopen erg waarderen. In verband met marktwerking in de gezondheidszorg is “gemak en service” belangrijk. Ook lijkt instroom management belangrijk, zodat een patiënt niet onnodig twee keer wordt gezien, bijvoorbeeld wanneer een patiënt na een bezoek aan inloopkliniek alsnog moet worden verwezen naar huisarts.

De goedkopere nurse practitioners doen deels het werk van huisarts of eerste hulp arts. Zowel verzekeraars als patiënten zien deze behandeling door verpleegkundigen niet als een nadeel en ook de wetgever heeft geen bezwaar.

Uit de vragenlijsten aan de verschillende partijen, zoals ziektekostenverzekeraars, patiëntenverenigingen, en patiënten bleek dat er wel verschillend wordt gedacht over inloopcentra. Patiënten zien voordelen, ziektekostenverzekeraars zijn meer voorzichtig, en zouden waarschijnlijk eerst meer willen weten over de kosten.

Uit het persbericht van de Landelijke Huisartsen Vereniging bleek dat zij niet enthousiast zijn over deze aparte inloopklinieken, zij zouden meer de huidige infrastructuur uitbouwen. Maar ook de vragenlijsten voor patiënten, patiëntenverenigingen en ziektekostenverzekeraars laten zien dat zij allen de huidige rol van de huisarts waarderen. Dus daar kunnen de partijen elkaar uiteindelijk wel vinden.

Tenslotte wordt het advies aan ArtsenZorg met betrekking tot het oprichten van inloopklinieken geformuleerd (hoofdstuk 7):

ArtsenZorg zou in de toekomst hun organisatie kunnen verbeteren door een of meerdere inloopfaciliteiten op te richten binnen hun gezondheidscentra. Waarbij nurse practitioners worden ingezet om patiënten met kleine kwalen, zonder afspraak, te beoordelen. Als ArtsenZorg op deze manier ervaring kan opdoen met inloopklinieken dan hebben zij alvast een voorsprong opgebouwd ten opzichte van andere zorgaanbieders. Als in de toekomst dan toch ook inloopklinieken in openbare ruimtes worden opgericht, dan kunnen zij profiteren van deze voorsprong.

Voorwoord

Ongeveer een jaar geleden ben ik begonnen met het schrijven van deze afstudeerscriptie. In eerste instantie ben ik begonnen met het bestuderen van een aantal artikelen en rapporten. Later, en dat heeft relatief veel tijd in beslag genomen, heb ik verschillende vragenlijsten opgestuurd en verwerkt. Uiteindelijk is het gelukt om de onderzoeksvragen te beantwoorden en een advies te schrijven voor ArtsenZorg.

Hierbij zou ik graag een aantal personen willen bedanken, zoals de heer H. Bos voor zijn begeleiding tijdens het schrijven van deze scriptie, en de heer H. Sietsma die mij de gelegenheid heeft gegeven om voor zijn bedrijf een advies te schrijven m.b.t. het eventueel oprichten van inloopklinieken. Verder ben ik dank verschuldigd aan alle medewerkers van de verschillende huisartspraktijken omdat zij mij gelegenheid hebben gegeven om de vragenlijsten aan te bieden aan hun patiënten. Tenslotte bedank ik alle mensen die zo vriendelijk zijn geweest om de door mij opgestelde vragenlijsten in te vullen en terug te sturen, dit zijn bijvoorbeeld de mensen van de afdeling inkoop eerstelijnszorg van de ziektekostenverzekeraars, en de bestuurders van de verschillende patiëntenverenigingen, en vooral ook patiënten die een huisartspraktijk bezochten en door mij gevraagd zijn een lijst in te vullen.

Ik hoop dat u met plezier deze afstudeerscriptie leest,

Cliff Baardman, student Haagse Hoge School
1 november 2011

Inleiding

Mijn afstudeerscriptie vormt een adviesrapport aan een private partij binnen het veld van de zorgaanbieders. Ik probeer namelijk de organisatie “ArtsenZorg” van een advies te voorzien met betrekking tot het eventueel oprichten van inloopklinieken.

Het idee om inloopklinieken in de eerstelijnsgezondheidszorg te plaatsen is destijds (april 2010) genoemd in een discussienota van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). In deze nota wordt gesteld dat de gezondheidszorg in Nederland anders moet worden georganiseerd. In de nabije toekomst zullen er meer zieke mensen komen, maar waarschijnlijk minder mensen zijn om deze zorg te leveren, bovendien zal er ook minder geld beschikbaar zijn. Als de organisatie van de gezondheidszorg niet verandert kan er volgens de RVZ een “zorginfarct” ontstaan.

Er worden in deze nota daarom verschillende voorstellen gedaan om de gezondheidszorg te veranderen, één daarvan is het oprichten van inloopklinieken. Vanuit deze achtergrond ben ik naar ArtsenZorg in Den Haag gegaan en heb ik voorgesteld om voor hen een adviesrapport te schrijven met betrekking tot de haalbaarheid van een dergelijke service (inloopkliniek) binnen hun organisatie.

Binnen de gezondheidszorg ontstaat steeds vaker concurrentie tussen de verschillende aanbieders van zorg. Enerzijds gaat het om het aantal patiënten dat binnen een organisatie (= zorgaanbieder) wordt behandeld, maar anderzijds gaat het ook om het afsluiten van betere overeenkomsten met de ziektekostenverzekeraars (bijvoorbeeld een beter contract dankzij innovatie). Innovatie kan leiden tot betere service voor patiënten, lagere kosten en misschien betere kwaliteit.

Als ArtsenZorg in de toekomst besluit om een inloopkliniek op te richten dan hebben zij mogelijk een voorsprong op de concurrentie (andere zorgaanbieders in de eerste lijn) en kunnen zij misschien meer patiënten aantrekken en/of misschien extra beloning in hun contracten met de ziektekostenverzekeraars krijgen.

Hoofdstuk 1 Probleemstelling, onderzoeksvragen en methode van onderzoek

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk kunt u lezen over de nota van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), welke in 2010 is gepubliceerd, en voor mij de aanleiding vormde om contact op te nemen met ArtsenZorg in Den Haag.

In deze nota worden een aantal voorstellen gedaan om de organisatie van de gezondheidszorg in Nederland te veranderen. Deze verandering is noodzakelijk omdat er waarschijnlijk te weinig mensen beschikbaar zijn om het groeiend aantal zieke mensen te verzorgen of te behandelen. Een van de voorstellen in deze nota betreft het oprichten van inloopklinieken binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. In deze klinieken worden patiënten met kleine medische kwalen gezien door gespecialiseerde verpleegkundigen, ook wel nurse practitioners genoemd.

Ik ben vorig jaar naar ArtsenZorg gegaan en heb gevraagd om voor hen een advies te mogen schrijven over het oprichten van deze inloopklinieken door ArtsenZorg. Wellicht dat dit een belangrijke nieuwe ontwikkeling kan zijn voor hun organisatie. De heer H. Sietsma, medisch directeur ArtsenZorg, vertelde dat zij al enkele ideeën in die richting hadden besproken, maar eigenlijk niet wisten of zij nu wel of niet verder moesten gaan met het ontwikkelen van deze inloopklinieken. Dus hij vond het een goed idee wanneer ik daar een advies over zou gaan schrijven.

1.2 ArtsenZorg Gezondheidszorg Den Haag.

ArtsenZorg bestaat in Den Haag uit zeven verschillende gezondheidscentra. De centra leveren zorg aan 40.000 patiënten. In deze centra zijn naast huisartsenzorg de volgende disciplines terug te vinden: apotheek, fysiotherapie, psychosociale zorg en diëtisten. Door samenwerking tussen de verschillende disciplines kan er voor een patiënt een samengesteld behandelingsplan worden gemaakt. ArtsenZorg noemt op hun website een aantal voordelen: kwalitatief goede zorg, avondsprekuren, goede telefonische bereikbaarheid en goede samenwerking tussen verschillende disciplines. Voorheen was ArtsenZorg bekend onder de naam Independer Gezondheidszorg. Deze laatste naam bleek vaak voor verwarring te zorgen. Independer is namelijk ook een instelling voor financiële adviezen. Sinds 2011 is de naam Independer Gezondheidszorg vervangen door ArtsenZorg.¹ De onderneming ArtsenZorg is in handen van NPM healthcare, een investeringsmaatschappij.

¹ www.ArtsenZorg.nl

1.3 Discussienota van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg²

In deze paragraaf probeer ik in het kort de inhoud van de eerder genoemde nota van de RVZ te beschrijven.

Zoals ik hierboven al heb gezegd, het idee om een afstudeerscriptie te schrijven over inloopklinieken heb ik gekregen naar aanleiding van de berichten over deze nota. In 2010 is de nota gepubliceerd en toen is er door de pers aandacht besteed aan de inhoud van deze nota. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), opgericht in 1995, is een adviesorgaan dat de regering adviseert over het beleid voor volksgezondheid en zorg. De titel van de discussienota luidt: “Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening”. Het is de bedoeling dat hierover wordt gediscussieerd, om straks tot een betere ordening van de gezondheidszorg te komen, zodat vraag en aanbod beter op elkaar zijn afgestemd. De discussie wordt gevoerd door zowel mensen werkzaam in de gezondheidszorg als door beleidsmakers.

Hieronder probeer ik in grote lijnen weer te geven waarover deze discussienota gaat, zodat het onderwerp van deze afstudeerscriptie, inloopklinieken in de gezondheidszorg, beter kan worden begrepen.

De kernboodschap van de discussienota staat geschreven op bladzijde vier van het rapport: “In de zorgsector moeten de vraag en het aanbod een andere weg inslaan. Niet meer zoals tot nu toe kiezen voor zorg en ziekte (zz), maar voor gedrag en gezondheid (gg). Van zz naar gg dus.”

Een belangrijke reden om een andere weg in te slaan is “de dubbele rem op groeipotentieel”. Op bladzijde 12 van het rapport wordt dit genoemd. Hiermee wordt bedoeld dat er straks te weinig mensen zijn om de vraag naar zorg op te vangen (Het rapport verwijst naar onderzoeken van Prismant, Nivel en de RVZ).

Maar er zal ook minder geld zijn. Het budget van de zorg zal niet mee kunnen groeien met de vraag naar zorg. Het budget van de zorg wordt in Nederland voor een groot deel vanuit overheidsgeld geregeld. Waarschijnlijk zal er zelfs bezuinigd moeten worden. Dus een krappe arbeidsmarkt en een relatief laag budget vormen een “dubbele rem”.

Volgens het rapport zijn de gevolgen voor de zorgverleners enorm, dat wil zeggen de aanbieders van zorg. Een citaat van bladzijde vier: “Het nieuwe denken vereist een andere manier van werken”.

² Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2010). Rapport: *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. April 2010

Enkele voorbeelden van veranderingen:

- ❖ Meer aandacht voor preventie;
- ❖ De patiënt gaan coachen bij zelfmanagement;
- ❖ Meer aandacht voor chronische zieken (de zorg is nu meer ingesteld op niet chronische aandoeningen).

Uiteindelijk worden in de discussienota acht voorstellen gedaan om tot een verandering van de organisatie te komen. Want volgens het rapport is alles bij het oude laten geen optie. Er moet worden gezocht naar oplossingen.

Hieronder beschrijf ik in het kort de voorstellen van het rapport :

- 1 Er zouden personal health records (PHR) moeten komen.
Burgers kunnen dan zelf bloedsuiker, bloeddruk en gewicht meten en noteren (zelfmanagement)

Ook zou het elektronisch patiënten dossier (EPD) gebruikt moeten worden.
Dit is het dossier van de professional(de zorgverlener)

(commentaar: inmiddels is in 2011 door de Eerste Kamer der Staten Generaal het wetsvoorstel EPD afgestemd. Er was 300 miljoen geïnvesteerd in dit grote ICT project.

De minister van Volksgezondheid heeft gezegd dat zij gaat onderzoeken hoe zij de bestaande wetgeving zo kan aanpassen dat de regionale uitwisseling van patiëntengegevens veilig kan zonder privacy schendingen)³.

De nota stelt verder voor om de PHR en EPD (maar misschien komt er nooit een EPD, of misschien alleen een regionale vorm hiervan) aan elkaar te koppelen. Dit is voor belang voor de overgang van zz naar gg (van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag). Hierover is ook een rapport geschreven door de RVZ (Gezondheid 2.0).

- 2 Er zouden inloopcentra moeten worden opgericht. In Engeland en Spanje (Catalonië) bestaan deze centra al. In de nota wordt voorgesteld dat in deze centra de volgende kerndisciplines aanwezig moeten zijn: verpleegkunde, maatschappelijk werk, diëtetiek, psychologie en fysiotherapie. De centra moeten net als in Engeland worden geleid door verpleegkundigen. De focus is gedragsverandering en zelfmanagement.

Ook de gemeente en de ziektekostenverzekeraar helpen met de financiering. De gemeente is voor een deel verantwoordelijk voor de publieke gezondheid (GGD).

³ Schippers: wettelijke basis voor regionaal EPD

<http://www.nrc.nl/nieuws/2011/05/24/schippers-wettelijke-basis-voor-regionaal-epd/> (3 juli 2011)

Met preventieve taken van inloopcentra wordt deze publieke gezondheid bevorderd. De discussienota stelt voor om dan gemeentes en ziektekostenverzekeraars die zich inzetten voor deze centra met bonussen te belonen. Hierdoor zal het gedrag veranderen en zullen ziekten voorkomen gaan worden.

Ook wordt beschreven dat deze inloopcentra plaats kunnen bieden aan centra voor jeugd en gezin en consultatiebureaus voor ouderen. Er zou dan gemakkelijker een interventie kunnen worden gedaan zoals een ingreep ter preventie bijvoorbeeld bij een oudere persoon of bij een opgroeiend kind.

Een inloopcentrum heeft ook een winkel, gedeeltelijk digitaal, voor hulpmiddelen en geneesmiddelen, medical devices en thuiszorgtechnologie. Deze winkel geeft adviezen aan mensen, met de bedoeling dat mensen bijvoorbeeld zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en niet over worden geplaatst naar een veel duurder verzorgingshuis.

- 3 Het inloopcentrum en de poortwachterfunctie van de gezondheidszorg zijn functioneel verwant. Het inloopcentrum richt zich tot de burger, de poortwachter richt zich tot de patiënt. Eigenlijk staat het inloopcentrum nog vóór de huisarts. Samen dragen ze zorg voor de poortwachterfunctie. Specialistische expertise moet beschikbaar zijn rond de poort. Diagnostiek en behandeling gaan tot één systeem behoren. Systematische screening programma's en telemonitoring wordt de burger actief aangeboden. Er vindt snel interventie van de risicogroepen plaats. Wanneer mensen met overgewicht en ouder dan 35 jaar bijvoorbeeld systematisch worden gescreend op suikerziekte en hoge bloeddruk kan vervolgens behandeling worden gestart (bijvoorbeeld via eigen huisarts) zodat deze risicogroep minder kans op een beroerte of hartinfarct zal hebben, in de toekomst.
- 4 Er is behoefte aan regionale verpleegdiensten, voor continue zorgverlening aan ernstige en chronische zieken. Met name moet goed opgelet worden als patiënten verhuizen van ziekenhuizen naar thuissituaties, dan moet de continuïteit gewaarborgd worden.
- 5 Ziekenhuizen worden ook anders georganiseerd. Bijvoorbeeld een aantal universitaire centra en topklinische ziekenhuizen (high care) en daaromheen 40/60 netwerken. In deze netwerken zitten onder andere eerste hulpposten, huisartsen en kleinere ziekenhuizen. In de topklinische of academische ziekenhuizen vinden behandelingen of operaties plaats van aandoeningen die minder vaak voorkomen. Het is belangrijk dat dit in een specialistisch centrum plaatsvindt(meer efficiëntie,minder complicaties dan wanneer allerlei ziekenhuizen,met minder ervaring deze behandelingen uitvoeren). Deze topklinische ziekenhuizen zijn vervolgens verbonden met meerdere kleinere ziekenhuizen waar minder specialistische zorg wordt verleend. En rondom deze kleinere ziekenhuizen

werken de huisartsen, thuiszorg organisaties, en mogelijk ook inloopklinieken. Zo kan een high-care ziekenhuis verbonden zijn met bijvoorbeeld drie netwerken, ieder netwerk heeft bijvoorbeeld twee kleinere ziekenhuizen, 200 huisartsen, en 3 thuiszorg organisaties. Mogelijk kan er binnen een netwerk door goede afspraken te maken meer efficiënt worden gewerkt.

- 6 Onafhankelijk vastgestelde en wettelijke verplichte kwaliteitsstandaarden zijn het enig resterend sturingsinstituut van de overheid (toezicht).
- 7 Bij een gg-oriëntatie past beperking van het basispakket. Bijvoorbeeld de ziektekostenverzekeraar zou kunnen gaan werken met een hoog eigen risico, om op deze manier het gezonde gedrag van de patiënt te bevorderen. Van de patiënt wordt verwacht dat hij/zij zich houdt aan zaken zoals therapietrouw en een gezonde leefstijl (goed patiëntschap wordt dit genoemd).
- 8 Ruimte voor innovatie en arbeidsbesparende technologie.

Tot slot nog twee citaten uit de discussienota. Deze twee citaten staan op bladzijde 37 van de nota.

- ❖ “wie gaat de noodzakelijke gedaanteverandering in de zorgsector realiseren? Wie is bereid het leiderschap van deze ingrijpende transitie op zich te nemen? Daar draait het om in de debatacties. De overheid is niet meer degene die met hulp van de wet een centrale planningsrol kan spelen. De overheid creëert ruimte op het middenveld. De partijen in het veld zullen de transitie, de nieuwe ordeningen, moeten realiseren. En zij moeten dat doen binnen de door de overheid gestelde kaders, die primair betrekking moeten hebben op kwaliteit. Herinrichting van de publieke ruimte door private spelers. Dat is de opgave.”
- ❖ “En die opgave is groot, dat realiseert de Raad zich heel goed. De veranderingen zijn niet alleen nodig en urgent. Zij zijn ook ingrijpend. Het woord gedaanteveranderingen is op zijn plaats. Er zijn zeker twee kabinetsperiodes nodig om dit te realiseren. Dat betekent iets voor de politieke verantwoordelijkheid. Realisatie van de visie in dit rapport impliceert een lange termijn strategie. “

Zoals blijkt uit de acht voorstellen, neemt de inloopkliniek of inloopcentrum een centrale rol in binnen de nota. Inloopcentra bestaan ook in andere landen. In het volgende hoofdstuk van deze scriptie wordt het voorbeeld van Engeland en Canada beschreven (walk-in-centres).

In Spanje, met name in Catalonië, bestaan ook walk-in centres. Ik heb hierover geen onderzoeksgegevens kunnen vinden. Catalonië wordt genoemd in de nota van RVZ.

Ik heb overigens de indruk dat deze inloopklinieken meer privé-klinieken zijn, en wellicht niet voor iedereen toegankelijk (deze informatie heb ik n.a.v. het zoeken op internet).

Daar ik wel onderzoeksresultaten uit Engeland en Canada heb gevonden, beperk ik mij tot deze landen.

Ik ben met het idee “inloopcentrum” naar ArtsenZorg gegaan. In de nota wordt vermeld dat private partijen de veranderingen in de gezondheidszorg moeten gaan realiseren. ArtsenZorg is een private onderneming. Ook een organisatie zoals ArtsenZorg zal met veranderingen te maken krijgen. Zoals bleek uit een voorgesprek met de medisch directeur van ArtsenZorg, de heer H. Sietsma, had ArtsenZorg reeds over deze ontwikkeling nagedacht, maar waren eigenlijk niet in staat om vast te stellen dat zij nu inderdaad moesten gaan starten met inloopcentra. Daarom vertelde de heer Sietsma dat zij zeker interesse hebben in een advies over deze ontwikkelingen met betrekking tot inloopklinieken. Vanaf dat moment ben ik begonnen met deze afstudeerscriptie. Ik heb een aantal onderzoeksvragen opgesteld, die ik ga beantwoorden om daar vervolgens een advies uit af te leiden gericht aan ArtsenZorg.

Overigens is het project inloopcentrum zoals vermeld in de nota erg ingewikkeld. Zo wordt er gesproken over de rol van de gemeente omdat ook consultatiebureaus meedoen. Er wordt ook gesproken over specialistische hulp die makkelijk toegankelijk moet zijn. Ik ga mij echter voor het advies aan ArtsenZorg beperken tot een eenvoudige vorm van inloopcentra, waarbij geen consultatiebureaus worden toegevoegd, maar er wel aandacht voor preventieve zorg zal zijn.

1.4 Probleemstelling

In de toekomst ontstaat waarschijnlijk een tekort aan arbeidskracht in de gezondheidszorg bij een toenemende behoefte aan patiëntenzorg, waardoor de opvang efficiënter georganiseerd zal moeten worden. Inloopklinieken vormen mogelijk een deel van de oplossing voor dit probleem. Daaruit volgt de volgende probleemstelling:

Geef op basis van onderzoek een gemotiveerd advies geven aan ArtsenZorg of het een verstandige strategische keuze is om, inspeland op de nota van RVZ, te kiezen voor het oprichten van een of meerdere inloopklinieken.

1.5 Onderzoeksvragen

1. In het buitenland bestaan sinds vele jaren ervaring met inloopcentra. Het functioneren van deze centra is geëvalueerd (meerdere onderzoeken gedaan). Wat vertelt deze evaluatie over de voor- en nadelen van de formule ‘inloopcentrum’ ? En wat betekent dit voor de Nederlandse situatie?
2. Hoe kijken belanghebbende partijen tegen dit initiatief (inloopklinieken) aan in termen van voor- en nadelen. Bijvoorbeeld wat vindt de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), wat vindt de Orde van Medisch Specialisten, wat vinden patiënten (-organisaties), wat vinden ziektekostenverzekeraars?
3. Moet ArtsenZorg bij een keuze voor een inloopfaciliteit uitgaan van de bestaande locatie en infrastructuur of van een bredere, nieuwe opzet en dan overwegen om centra op te richten op stations, of in winkelcentra?

4. Een inloopcentra zoals voorgesteld in de nota van de RVZ zou betekenen dat de patiënten voor een deel fysiek binnenlopen, maar volgens de nota ook voor een deel “digitaal” binnenkomen (zelfmanagement, bijvoorbeeld bloeddruk meten, gewicht meten, suiker meten). Wat vinden patiënten(-organisaties) van deze digitale mogelijkheid? Heeft de ziektekostenverzekeraar een standpunt over digitaal inlopen?
5. In hoeverre is ArtsenZorg vrij om deze centra op te richten, of zijn zij hierbij gebonden aan wettelijke richtlijnen (overheid/politiek)?

1.6 Methode van onderzoek

Tijdens dit onderzoek maak ik gebruik van deskresearch en fieldresearch. In Nederland bestaan nog geen inloopklinieken, Engeland en Canada hebben wel ruime ervaring met dit soort centra. Ervaringen uit deze landen zijn gepubliceerd in vooraanstaande medische tijdschriften (bijvoorbeeld British Medical Journal, BMJ). Door het bestuderen van deze artikelen kan ik duidelijkheid verkrijgen over bijvoorbeeld de voor- en nadelen van dit soort centra. Verder ben ik in het bezit van een rapport over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg, een discussienota van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Dit rapport helpt om de inloopcentra in perspectief te zien. Er is ook een proefschrift over de gespecialiseerde verpleegkundige (Universiteit van Maastricht) waar onderzoek gedaan wordt naar verpleegkundigen die taken van huisartsen overnemen.

De literatuurstudie biedt hulp voor een deel bij de volgende onderzoeksvragen:

- ❖ Wat zijn voor- en nadelen van inloopklinieken, hoe zijn de ervaringen in het buitenland, en wat zou dit kunnen betekenen voor de Nederlandse situatie? (onderzoeksvraag 1)
- ❖ Waar moet ArtsenZorg voor kiezen met betrekking tot locatie van inloopklinieken? Kunnen zij beter een inloopkliniek oprichten binnen hun gebouw of moeten zij gaan kiezen voor een inloopcentrum buiten hun gebouw?(onderzoeksvraag 3)

Zoals gezegd heb ik ook fieldresearch gedaan. Doormiddel van enquête vragen aan patiënten, verzekeraars en patiëntenverenigingen heb ik geprobeerd hun standpunt over inloopcentra duidelijk te krijgen. Aan de hand van fieldresearch heb ik geprobeerd om de volgende vragen te beantwoorden:

- ❖ Welke mening hebben de belanghebbende partijen over inloopklinieken? Wat vindt bijvoorbeeld de Landelijke Huisarts Vereniging? Maar ook, wat vinden patiëntenorganisaties? En wat vinden ziektekostenverzekeraars?(onderzoeksvraag 2)
- ❖ Een deel van de inloopproblemen (klachten) kunnen misschien digitaal worden opgelost (zelfmanagement, bijvoorbeeld meten van eigen bloeddruk of eigen bloedsuiker). Wat vinden patiënten van een digitale inloop mogelijkheid? En wat vinden ziektekostenverzekeraars?(onderzoeksvraag 4)

- ❖ Tenslotte, voor het antwoord op onderzoeksvraag 5 heb ik geïnformeerd bij dhr. H.Sietsma. Hij kon mij uitleg geven over de huidige wettelijke regelingen.

Hoofdstuk 2 Ervaringen met walk-in centres in het buitenland

2.1 Inleiding

In het buitenland, bijvoorbeeld in Engeland, Spanje, de Verenigde Staten en Canada, bestaan er al inloopklinieken. Ik heb een aantal artikelen in medische tijdschriften gevonden waarin de ervaringen met inloopklinieken in Canada en in Engeland worden beschreven. Ik hoop daarmee iets te kunnen zeggen over voordelen en nadelen van deze centra. De organisatie van de gezondheidszorg in Engeland en Canada hebben overeenkomsten met de organisatie in Nederland. De patiënten gaan ook in deze landen vaak eerst naar de huisarts en worden daarna eventueel doorverwezen naar een specialist. Er bestaat dus een goed ontwikkelde eerstelijnsgezondheidszorg (= primary care).

In de Verenigde Staten spreekt men meestal van “Convenient Care Clinic”, bijna altijd geleid door nurse practitioners, en vaak te vinden in winkelcentra of bij apotheken.

Ik vond een artikel in de het medische tijdschrift “the Annals of Internal Medicine” (september 2009)⁴ en in het medische tijdschrift “the Journal of the American Medical Association (JAMA, 2000)”⁵. Beide artikelen in vooraanstaande medische tijdschriften kon ik jammer genoeg niet goed gebruiken voor mijn onderzoek omdat er steeds een beperkt aspect van de inloop-kliniek werd besproken. In het eerst genoemde tijdschrift werden drie aandoeningen (oorontsteking, blaasontsteking, keelontsteking) gekozen. Vervolgens bleek dat de “retail clinic”(geleid door nurse practitioner) deze aandoeningen goedkoper kon behandelen dan “physician offices or urgent care centers”. Maar het ging dus maar over drie aandoeningen.

Het tweede tijdschrift, JAMA, onderzocht vooral de kwaliteit van het werk van de nurse practitioner en dit werd vergeleken met de kwaliteit van de dokter ,steeds bij eenvoudige aandoeningen.(maar vooral bij bekende chronische aandoeningen zoals hoge bloeddruk,diabetes, astma).

Deze artikelen sluiten wel aan bij mijn scriptie, maar er werd toch niet onderzoek gedaan naar het fenomeen “walk-in clinic” in het geheel, zoals ik dit wel kon terugvinden in de artikelen over Engeland en Canada. Bovendien ,zoals eerder gezegd, is het gezondheidszorgsysteem in Engeland en Canada meer te vergelijken met Nederland dan het systeem van de Verenigde Staten.

⁴ Methrota A., Lui H., Adams J.L., Wang M.C., Lave J.R., Thygeson N.M., Solberg L.I., McGlynn E.A. (2009) *Comparing Costs and Quality of Care at Retail Clinics With That of Other Medical Settings for 3 Common Illnesses. Annals of Internal Medicine (2009), 1 september, blz. 321-328.*

⁵ Munding M.O., Kane R.L., Lenz E.R., Totten A.M., Tsai W.Y., Cleary P.D., Friedewald W.T., Siu A.L., Shelanski M.L. (2000) Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians. (2000) 5 januari, blz. 59-68.

Over inloop klinieken in Spanje heb ik niets kunnen vinden. Mogelijk, zo heb ik begrepen tijdens een zoektocht op het internet, gaat het in Spanje vooral over privé inloopklinieken, waar niet alle Spanjaarden gebruik van kunnen maken. Maar mijn informatie hierover is erg beperkt.

2.2 Engeland⁶

Walk-in centres zijn centra waar mensen binnenlopen voor kleine medische klachten. Zij worden dan gezien door gespecialiseerde verpleegkundigen. De klinieken worden geleid door deze verpleegkundigen. Engeland is al ruim 15 jaar bekend met hun walk-in centres”. Op dit ogenblik bestaan er 90 inloopklinieken verspreid over het land. Patiënten kunnen eventueel via de website van de National Health Service (NHS) opzoeken waar de dichtstbijzijnde inloopkliniek zich bevindt. Een grote stad als Londen heeft bijvoorbeeld 9 walk-in centres. De in totaal 90 Engelse klinieken zien per jaar ongeveer drie miljoen mensen.

Er zijn verschillen tussen de diensten die de inloopklinieken over het hele land bieden, maar de meeste bieden de volgende diensten aan:

- ❖ Bloeddruk metingen;
- ❖ Anticonceptie advies/morning afterpil;
- ❖ Hoesten, verkoudheid en griep symptomen;
- ❖ Hooikoorts;
- ❖ Gezondheid verbetering: dieet, bewegen en stoppen met roken (lifestyle);
- ❖ Kleine verwondingen, hondenbeten, tetanus injecties;
- ❖ Spier- en gewricht blessure: verrekkingen en verzwikkingen;
- ❖ Huidproblemen: uitslag, verbranding door de zon, hoofdluis;
- ❖ Maagklachten, slechte spijsvertering, obstipatie, overgeven en diarree;

De klinieken zijn van ’s ochtends vroeg zeven uur tot ’s avonds laat tien uur open. Patiënten kunnen er zonder afspraak terecht. Deze klinieken vormen geen substituut voor huisartsen of eerste hulp afdelingen van een ziekenhuis, maar zijn complementair.

In Engeland bestaan ook commuter walk-in centres (forensen inloopklinieken). Deze klinieken zijn dicht bij treinstations gepositioneerd. Hun focus is het verlenen van diensten aan “out-of-area patients” (patiënten die buiten hun woongebied zijn), die moeite hebben met het bezoeken van hun huisarts binnen kantooruren.

2.2.1 Ervaringen in Engeland

2.2.2 Wachttijden

In Engeland bestaat een situatie waarbij de huisartsenpraktijken erg druk zijn en er sprake is van wachttijden. Destijds bestond het idee om walk-in centres op te richten, onder andere om op deze manier de wachttijden bij de huisarts te verminderen.

⁶ National Health Service

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Walk-incentresFAQ.aspx> (25 april 2011)

Op basis van een studie uit 2003/2004 waarbij 2509 huisartsenpraktijken en 32 walk-in centres meededen kon geen vermindering van wachttijden worden aangetoond. Over deze studie is gepubliceerd in British Medical Journal van 9 maart 2007. (“Impact of NHS walk-in centres on primary care access times: ecological study”)⁷. Dit resultaat stemt overeen met andere studies die eerder zijn verricht. Een voorbeeld van een andere studie: “Effect of NHS walk-in centre on local primary care healthcare services: before and after observational study” (British Medical Journal 2003)⁸. In die studie is wel een kleine verlichting geconstateerd, maar dit bleek niet significant.

Dus in Engeland is gebleken dat walk-in centres niet een duidelijke vermindering te zien geven van de wachttijden bij de huisartsen.

Het eerder genoemde artikel uit British Medical Journal van 9 maart 2007 (zie voetnoot 7) geeft aan, dat misschien het tegendeel zelfs het geval is. Er zijn namelijk ook aanwijzingen dat walk-in centres de werklast in de eerste lijn verhogen. Bijvoorbeeld, deze walk-in centres kunnen ook een mogelijkheid aan patiënten geven welke ze misschien anders niet gebruikt hadden. Deze patiënten bezoeken een walk-in centre met een kleine aandoening, maar zouden hiermee nooit naar een huisarts zijn gegaan (Er is dus vraag gecreëerd) (British Medical Journal 9 maart 2007, zie voetnoot 7).

Een ander voorbeeld is dat sommige patiënten deze walk-in centres gebruiken als een soort “second opinion”. Of dat patiënten met bepaalde klachten toch weer door worden verwezen naar de huisarts (bijvoorbeeld bij klachten waarbij de verpleegkundige onvoldoende ervaring heeft).

Er wordt ook gemeld dat het meten van wachttijden in huisartsenpraktijken moeilijk is. Huisartsen in Engeland worden beloond (financieel), als zij patiënten een consult kunnen aanbieden binnen 48 uur. Dit betekent dat telefonische onderzoeken misschien een vertekend beeld geven. Want toen de onderzoekers met een “undercover” patiënt werkten bleek de wachttijd langer (British Medical Journal: “Editorials NHS Walk-in centres”, april 2007)⁹. Er is nog een voorbeeld waaruit blijkt dat het meten van wachttijden niet altijd betrouwbaar kan worden gedaan. Huisartsenpraktijken kunnen bij het vollopen van de praktijk bijvoorbeeld maatregelen nemen zodat de wachttijd voor een nieuwe afspraak niet verandert. Zij kunnen bijvoorbeeld extra plekken maken voor een afspraak of soms proberen de patiënten op te vangen in een “open” spreekuur. Dan kan het zijn dat deze maatregelen de wachttijden niet verlengen.

⁷ Maheswaran, R., Pearson, T., Munro, J., Jiwa, M., Campbell, M.J. & Nicholl, J. (2007). *Impact of NHS walk-in centres on primary care access times: ecological study*. British Medical Journal (2007), 9 maart, blz. 334-838

⁸ Hsu, R.T., Lambert, P.C., Dixon-Woods, M. & Kurinczuk, J.J. (2003). *Effect of NHS walk-in centre on local primary care healthcare services: before and after observational study*. British Medical Journal (2003), 8 maart, blz. 326-530.

⁹ Salisbury, C. (2007). *Editorials NHS Walk-in centres*. British Medical Journal (2007), 21 april, blz. 808-809.

Een laatste beperking van deze onderzoeken. Vaak werd onderzoek verricht waarbij één walk-in centre omringd was met meerdere huisartsenpraktijken. Dan is een vermindering van wachttijden niet zo snel gerealiseerd. Een voorbeeld: stel er werken 20 huisartsen in een wijk, met daartussen slechts een inloop kliniek. Iedere huisarts ziet 35 patiënten per dag, dan zien de praktijken bijelkaar 700 patiënten per dag. Als de inloopkliniek bijvoorbeeld 50 patiënten per dag ziet, dan is dit slechts een vermindering van 2,5 patiënten per dag per huisarts.

2.2.3 Goede voorlichting

Een andere ervaring wordt beschreven in het tijdschrift “Emergency Medical Journal” van 22 maart 2007¹⁰. Hier wordt onderzoek gedaan naar het effect van walk-in centres in de buurt van een eerste hulp afdeling van een ziekenhuis. Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten vaker de voorkeur geven aan een Eerste Hulp afdeling van een ziekenhuis in plaats van een walk-in centre. Verder vonden patiënten dat het verwarrend is, dat twee van deze instellingen bij elkaar in de buurt bestaan. Zij begrepen het verschil niet goed. 80% van de mensen die walk-in centres bezochten waren verwezen vanuit de Eerste Hulp afdeling van het ziekenhuis. Wanneer Eerste Hulp afdelingen in de buurt van walk-in centres komen te staan, dan zal goede communicatie naar de patiënten belangrijk zijn. De patiënten moeten goed begrijpen welke klachten worden behandeld in inloopcentra en welke klachten worden behandeld op Eerste Hulp afdelingen. In dit eerder genoemde onderzoek was blijkbaar de communicatie hierover onvoldoende.

2.2.4 Convenience

Een ander doel van het oprichten van walk-in centres, was (behalve werklast van huisartsen verminderen) om de patiënt service te bieden, het makkelijker te maken (convenience). Mensen vinden het prettig om zonder afspraak naar de verpleegkundige te kunnen gaan. De schrijver van het artikel “Editorials NHS Walk-in centres” (zie voetnoot 7), professor Chris Salisbury, zegt dat dit argument niet hoeft te betekenen dat zo’n bezoek in een apart walk-in centre zou moeten. Het valt volgens hem ook goed te organiseren in een huisartsenpraktijk.

Een ander artikel in het tijdschrift “Family Practice”¹¹ van 2005, gaat ook over gemakkelijke toegang. In dit artikel staat dat “gemak” voor de patiënt een belangrijke rol speelt.

2.2.5 Double doctoring

Sommige mensen voelen zich bezwaard om met hun lichte klachten naar de huisarts of Eerste Hulp afdeling te gaan. Zij vinden dat deze dokters het te druk hebben voor hun kleine klachten. Toch zijn zij onzeker over hun kleine klachten en vinden het daarom prettig om naar een walk-in centre te gaan. Maar als mensen zich “bezwaard” voelen kan dit ook verkeerd uitpakken: ze gaan dan ten onrechte naar een walk-in centre. En dan worden zij alsnog

¹⁰ Chalder, M., Montgomery, A., Hollinghursts, S., Cooke, M., Munro, J., Lattimer, V., Sharp, D. & Salisbury, C. (2007). *Comparing care at walk-in centres and at emergency departments: an exploration of patient satisfaction*. Emergency Medicine Journal (2007) 22 maart, blz. 260-264.

¹¹ Jackson, C.J., Dixon-Woods, M., Hsu, R. & Kurnczuk J.J. (2005). *A qualitative study of choosing and using an NHS Walk-in Centre*. Family Medicine (2005), 1 april

doorverwezen (dubbel consult=double doctoring). Dus er moet voldoende aandacht gegeven worden aan voorlichting bij het maken van keuzes.

2.2.6 Citaat van Professor Chris Salisbury

Tot slot nog een citaat uit het artikel van Professor Chris Salisbury: “Healthcare is a complex system in which demand and supply are related and met through an intricate web of provider organizations. Changes in the provision of care within one element of the system, particularly introducing an entirely new type of facility such as a walk-in centre, may not have the intended effects. It is important that we fully understand the contribution of different healthcare providers and how and why they are used by different groups of patients”.

2.3 Canada¹²

Canada heeft sinds dertig jaar inlooptklinieken. Echter in Canada worden de inlooptcentra altijd geleid door artsen. Dit is een groot verschil met de Engelse situatie zoals die hiervoor is beschreven.

In Canada zijn de klinieken gescheiden van huisartsen en ziekenhuizen. Net als in Engeland zijn de klinieken open buiten kantooruren. De klinieken zijn ook zonder afspraak voor iedereen toegankelijk.

Canada heeft twee typen inlooptklinieken:

- ❖ Er bestaat een type, geleid door artsen, maar waarbij er geen verbinding bestaat met de huisartsen (type 1), er wordt nauwelijks gecommuniceerd met de eigen huisarts van de patiënt. Deze klinieken zijn overdag en buiten kantooruren geopend.

Er bestaat een ander type, ook geleid door artsen waarbij er wel een verbinding bestaat met huisartsen. Eigenlijk is dit type te vergelijken met onze huisartsenposten. Dit type is alleen geopend buiten kantooruren (type 2). In Nederland werken huisartsen volgens een dienstenrooster, buiten kantooruren, op de regionale huisartsenposten. Deze huisartsen werken zelf ook overdag in deze regio. Er bestaat steeds communicatie tussen de huisartsenpost en de lokale huisartsen (huisartsenpost stuurt per elektronische post een verslag naar de eigen huisarts van de patiënt).

2.3.1 Ervaringen in Canada

Hieronder volgt een opsomming van voor- en nadelen van walk-in centres zoals die staan beschreven in het artikel “Walk-in primary care centres: Lessons from Canada” (zie voetnoot 12).

¹² Jones, M. (2000). *Walk-in primary medical care centres: lessons from Canada* British Medical Journal (2000), 14 oktober, blz. 928-931.

2.3.2 Walk-in centres vooral gebruikt door jonge volwassenen en kinderen

In dit artikel wordt vermeld dat de continuïteit van de zorg één van de zaken is waarover veel discussie bestaat. Met name patiënten met een chronische ziekte worden niet altijd goed begeleid als zij een walk-in centre bezoeken. Dit kan de kosten op de lange duur verhogen. In dit artikel wordt gezegd dat slechts 47% (type 1 walk-in centre) van de walk-in centres de eigen huisarts van de patiënt informeerde. Bij het andere type walk-in centra (type 2), was dit geen probleem. Eigenlijk betekent dit dat de walk-in centres minder geschikt zijn voor ouderen, tenzij goede overdracht naar eigen huisarts of specialist. In het artikel wordt gesteld dat ouderen vaak chronische aandoeningen hebben en dat hierbij de communicatie met de eigen huisarts of eigen specialist belangrijk is. Dit zijn namelijk de hoofdbehandelaars. Kinderen en jonge volwassenen blijken relatief vaker gebruik te maken van deze walk-in centres. Hierbij gaat het veel vaker dan bij ouderen om kleine aandoeningen, waarbij communicatie met eigen huisarts minder belangrijk is.

2.3.3 Gemak voor de patiënt is belangrijk

Volgens het genoemde artikel heeft in Canada 27% van de mensen de laatste zes maanden een walk-in centre bezocht (in 2000 onveranderd ten opzichte van 1990). Patiënten zien gemak als voornaamste voordeel: ruime openingstijden en voor “minor medical problems” kunnen ze eerder terecht dan bij hun eigen dokter (75%-85% van de patiënten in Canada was over hun bezoek aan walk-in centres “zeer tevreden”).

2.3.4 Double doctoring

Net als bij de Engelse ervaringen wordt ook hier gesproken over “double doctoring”. Dat wil zeggen dat een deel van de mensen die een walk-in centre bezoeken later toch ook hun eigen dokter gaan opzoeken, voor dezelfde klacht. Volgens het artikel worden in onderzoeken percentages van 46%-67% genoemd.

2.3.5 Cherry picking

Er is eigenlijk geen goede studie gedaan, althans bekend over hoe de Canadese huisartsen denken over deze walk-in centres. Volgens het bovengenoemde artikel valt uit meningen die naar voren komen in de medische tijdschriften op te maken dat de Canadese huisartsen zich weleens zorgen maken, daar de walk-in centres vaak de makkelijke gevallen zien, en de reguliere huisartsen vaak geconfronteerd worden met complexe gevallen. Deze artsen, werkzaam in de gewone praktijken, vinden dat de walk-in centres de krenten uit de pap halen. Er werd ook gezegd dat er bij walk-in centres sprake is van “high volumes and low intensity”. Maar dit zijn dus losse opmerkingen van artsen, er is hierbij geen sprake van een officieel uitgevoerd onderzoek. Wellicht zijn deze artsen niet onbevooroordeeld, immers er lijkt sprake van broodnijd.

2.3.6 Mc Donald Medicine

Ook wordt er in het artikel een huisarts geciteerd die zich zorgen maakt over het aanbieden van een laagdrempelige service zoals “walk-in centres”. Want dit zou kunnen betekenen dat patiënten steeds vroeger de hulp van medisch personeel inroepen, en niet zoals vroeger het

eerst even aankijken. Deze huisarts noemde deze gemakzuchtige manier van hulp vragen “McDonald medicine”.

2.3.7. Gezondheidszorg is een “marketable product”

In een plaats als Toronto blijken de walk-in centra snel in aantal toe te nemen.

Blijkbaar is er toch vraag naar een makkelijk toegankelijke service, geopend in de avond.

De overige huisartsen werkzaam in meer traditionele praktijken zullen hier toch wat mee moeten doen, wordt gesuggereerd. In een markt geldt dan : “you do it or lose it” (citaat uit artikel over Canadese centra (voetnoot 12)).

2.4 Conclusies uit ervaringen in Engeland en Canada

Uit bovenstaande onderzoeken blijkt dat patiënten ruime openingstijden en de mogelijkheid om zonder afspraak binnen te lopen belangrijk vinden.

Met name jonge volwassenen en kinderen maken gebruik van inloop klinieken.

Bij ouderen patiënten met chronische aandoeningen is de communicatie met eigen behandelaar van belang. Bij inloopklinieken lukt dit niet altijd voldoende.

Voorlichting over de functie van inloopklinieken is belangrijk, uit het buitenlandse onderzoek blijkt dat patiënten niet altijd het verschil weten tussen een inloopkliniek of een Eerste Hulp afdeling van een ziekenhuis.

Verder menen sommige Canadese dokters dat een inloopkliniek ook te laagdrempelig zou kunnen zijn, dat mensen soms best even een aandoening kunnen aankijken, in plaats van snel naar inloopkliniek te gaan.

Overigens lijkt er in Canada meer onderlinge concurrentie tussen dokters te bestaan dan bijvoorbeeld in Engeland. Inloopklinieken kunnen vaak met relatief weinig inspanning veel patiënten zien (low intensity, high volume). Het lijkt, volgens sommige artsen, of deze centra de krenten uit de pap halen, en het lastige werk overlaten aan andere zorgverleners. Dit geeft ook wel onderling wrijving.

Tenslotte: de studies zijn gepubliceerd in vooraanstaande medische tijdschriften, zoals bijvoorbeeld “the British Medical Journal”. De opzet van deze studies worden door strenge commissies beoordeeld, waardoor er alleen kwalitatief goed uitgevoerde onderzoeken worden gepubliceerd. Maar de commentaren bij deze studies zijn vaak geschreven door artsen die misschien bevooroordeeld zijn en het werk van verpleegkundigen niet objectief op de juiste waarde kunnen of willen inschatten.

2.5 Wat betekent de buitenlandse ervaring voor ArtsenZorg

Waarschijnlijk lijkt het Engelse gezondheidszorgsysteem meer op het Nederlandse systeem dan het Canadese.

In Engeland wordt er net als in Nederland waarschijnlijk vrij veel gereguleerd via de overheid. In Canada is er mogelijk meer vrije concurrentie.

Als de Nederlandse overheid besluit om meer vrije concurrentie toe te laten dan zou een inloop kliniek voor ArtsenZorg aantrekkelijk kunnen zijn (high volumes, low intensity).

Zij zouden dan meer omzet kunnen maken met relatief minder energie. ArtsenZorg zal zich moeten realiseren dat in een volledig open markt, zonder regulatie, een concurrent ook kan

besluiten om deze klinieken op te richten. Echter ook in het huidige Nederlandse systeem met deels concurrentie en deels regulatie kan ArtsenZorg een inloopcentrum overwegen.

Eerder genoemde buitenlandse onderzoeken wijzen op het belang van communicatie met eigen behandelaars. Dit is met name belangrijk voor patiënten met chronische aandoeningen. Wanneer ArtsenZorg zou kiezen voor een inloopcentrum binnen hun eigen gebouwen voor hun eigen patiënten dan zullen hier dus ook patiënten met chronische aandoeningen binnenlopen en is inzage in het dossier van eigen huisarts een voordeel. In deze constructie levert dit geen probleem op, immers binnen het gebouw bevindt zich het computersysteem waarop huisartsen en nurse practitioners zijn aangesloten.

Als ArtsenZorg kiest voor een inloopcentrum los van hun eigen gebouwen, dus openbaar, voor alle mensen toegankelijk, dan zal extra aandacht moeten worden besteed aan een mogelijke kans op gebrekkige communicatie m.b.t deze patiënten groep (met chronische ziekten).

Uit Engelse en Canadese onderzoeken blijkt overigens dat vooral de jonge volwassenen en kinderen kiezen voor inloopklinieken, bij deze groep gaat het vaak over kleinere kwalen en is de communicatie met eigen huisarts minder belangrijk. Natuurlijk kan ArtsenZorg ook bij de constructie “inloopkliniek los van eigen gebouw” verwachten dat patiënten met chronische aandoeningen binnenlopen, maar waarschijnlijk minder vaak.

Steeds blijkt de voorlichting over de functie van een inloopkliniek erg belangrijk. Dit voorkomt dat patiënten bijvoorbeeld ten onrechte binnenlopen bij een inloopkliniek terwijl zij beter naar een Eerste Hulp afdeling van ziekenhuis hadden kunnen gaan, of andersom. Goede voorlichting voorkomt dubbele bezoeken.

Hoewel het Engelse onderzoek aantoont dat het niet zo makkelijk is om - bij gebruik van inloopklinieken- duidelijke vermindering van wachttijden bij huisarts te bereiken, zal er door het inzetten van nurse practitioners wel taakdifferentiatie plaatsvinden.

Dat betekent dat de huisartsen binnen ArtsenZorg meer tijd kunnen besteden aan patiënten met meer complexe problematiek. Daarnaast zal de behandeling van kleine klachten door nurse practitioner in plaats van door een arts goedkoper zijn.

In het Canadese artikel werd gesproken van “cherry picking”, maar dit was niet op basis van een onderzoek, het betreft hier meningen van artsen die zij niet geheel onbevooroordeeld, uitten in medische tijdschriften of op congressen. Misschien zijn zij bevooroordeeld omdat zij een deel van hun inkomsten verloren hebben aan “walk-in-centres”. ArtsenZorg zou zich deze onderlinge discussies, of misschien wel ruzies, van te voren moeten realiseren bij het oprichten van klinieken waarbij ook patiënten van andere dokters worden gezien.

Uit de nota van RVZ blijkt dat Nederland waarschijnlijk met een capaciteitsprobleem te maken krijgt: te weinig handen aan het bed. Dan verdwijnt “concurrentie” mogelijk toch wat

naar de achtergrond. In Nederland gaat het – en dat is anders dan in Canada - vooral om het oplossen van een groot landelijk probleem, wellicht wordt een oplossing hiervoor gedeeltelijk gestuurd en/of aangemoedigd door overheid of ziektekostenverzekeraars, bijvoorbeeld door een financiële bonus aan te bieden. Wanneer ArtsenZorg een inloopservice opricht, en daarmee voorop loopt komen zij mogelijk in aanmerking voor een extra bonus?

In Engeland bestaat er een National Health Service (door de overheid met belastinggeld betaald) die de gezondheidszorg regelt en is er veel minder onderlinge concurrentie. De inloopklinieken bestaan daar meer naast de huisartsen (complementair), in Canada is er meer concurrentie begrijp ik uit het artikel over de Canadese inloopcentra.

Voor ArtsenZorg geldt dan denk ik dat het Engelse systeem, waarbij de nurse practitioner naast de huisarts, in harmonie werkt, de voorkeur heeft. Zo wordt het in de nota van RVZ ook bedoeld zodat er gezamenlijk een oplossing wordt gevonden voor het capaciteitsprobleem.

De patiënten van ArtsenZorg zullen een inloopcentrum waarschijnlijk waarderen, uit de buitenlandse onderzoeken blijkt dat het gemak om zonder afspraak, zelfs ook buiten kantooruren, een inloopcentrum te bezoeken voor veel patiënten belangrijk is. Volgens een Engelse professor hoeft dit niet te betekenen dat een inloopcentrum los van de huisartsenpraktijk moet worden opgericht. ArtsenZorg zou dus ook kunnen overwegen om dit centrum binnen hun gebouw te plaatsen.

2.6 Eenvoudig inloopcentrum vs. groot centrum met vele disciplines

Het idee van inloopcentra zoals beschreven in het rapport van de RVZ is wel uitgebreider dan deze buitenlandse 'walk-in centres'. In Engeland en Canada worden patiënten laagdrempelig gezien. En er is aandacht voor preventieve gezondheidszorg (lifestyle). Dit laatste is in de nota van de RVZ ook genoemd. Hiervoor is verandering van gedrag nodig. Maar de RVZ spreekt óók over centra voor jeugd en gezin en consultatiebureaus voor ouderen. In het voorstel van de RVZ zouden deze centra allemaal bij elkaar kunnen worden geplaatst in één groot inloopcentrum. Maar dit is voor ArtsenZorg waarschijnlijk nu niet erg praktisch. Ik heb dit voorlopig buiten mijn onderzoek gehouden. Ik heb mij beperkt in dit onderzoek tot een inloopkliniek zoals beschreven in Engeland en Canada met vooral nurse practitioners (in Canada ook artsen) als behandelaars.

Hoofdstuk 3 Meningen van de verschillende partijen in de gezondheidszorg

3.1 Inleiding

De gezondheidszorg dreigt te bezwijken onder de grote aantallen patiënten stelt de Raad voor Volksgezondheid en Zorg. De RVZ stelt onder andere voor om laagdrempelige inloopcentra op te richten, waar simpele medische controles en behandelingen kunnen worden uitgevoerd en waar mensen advies kunnen krijgen over ‘lifestyle’ en preventie van aandoeningen. Mogelijk leidt dit tot eerder vaststellen van diagnoses en sneller starten met behandelingen. Zoals eerder gezegd vindt de RVZ dat de focus moet verschuiven van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag. Gezond gedrag moet worden gestimuleerd. Een van de mogelijkheden om dit te bereiken zou het oprichten van laagdrempelige inloopklinieken kunnen zijn. In dit hoofdstuk wordt de mening van verschillende partijen in de gezondheidszorg besproken, zoals: de LHV(Landelijke Huisarts Vereniging), de ziektekostenverzekeraars, de patiëntenorganisaties en de Orde van de Medische Specialisten. In het laatste deel van dit hoofdstuk wordt een grote enquête onder patiënten besproken.

3.1 Reacties van de specialisten¹³

Op 13 april 2010 reageerde de Orde van Medisch Specialisten, via een persbericht, op de nota van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

De orde schrijft in haar persbericht dat zij het eens is met de raad voor Volksgezondheid en Zorg dat er ingrijpende aanpassingen nodig zijn om een “zorginfarct” te voorkomen.

Over inloopcentra zegt de Orde het volgende:

“Om de huidige goede zorg te behouden zullen medisch specialisten samen met de huisartsen en apothekers de handen nog meer ineen moeten slaan dan nu al het geval is. De RVZ doet in deze discussienota de suggestie van inloopcentra. Dit is een interessante gedachte, waarbij echter van essentieel belang is dat de patiënt die binnenloopt ook daadwerkelijk de juiste diagnose en behandeling en zo nodig doorverwijzing krijgt die noodzakelijk is”

Uit dit citaat blijkt ook dat de Orde misschien enigszins bezorgd is over het stellen van juiste diagnoses bij inloopcentra.

De Orde, noemt in dit bericht dat er reeds huisartsencentra bestaan waarbij nurse practitioners een deel van de chronische zorg via een inloopcentrum uitvoeren. Daarbij doen zij zelfs voor

¹³ Reactie Orde RVZ-rapport ‘Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening’ (Reactie van de Orde van Medische Specialisten).

<http://orde.artsenet.nl/Nieuws/Nieuwsartikel/Reactie-Orde-RVZrapport-Zorg-voor-je-gezondheid-Gedrag-en-gezondheid-de-nieuwe-ordening.htm> (25 april 2011)

een deel werk (begeleiding chronische zieken) dat voorheen in de tweede lijn werd gedaan. Hierbij is samenwerking tussen huisarts, nurse practitioner, specialist en apotheker belangrijk. Het is volgens de Orde een voorbeeld van herschikking, waarbij de zorg naar de toekomst toe betaalbaar kan worden gehouden.

“Een goede samenwerking tussen huisartsen, nurse practitioners, medische specialisten en apotheken is hierbij van essentieel belang”

Commentaar: De reactie van de Orde van Medisch Specialisten is volgens mij wel te begrijpen. Zij kunnen inloopklinieken zien als nieuwe concurrenten van de eerste hulpposten. Op deze eerste hulpposten verdienen zij (specialisten) een deel van hun inkomen. Bovendien kunnen zij de nurse practitioners (waarvan er in de toekomst waarschijnlijk niet zoveel zullen zijn, te kort aan arbeidskrachten) waarschijnlijk zelf goed gebruiken op de eerste hulpposten. Dus de RVZ denkt vooral aan het algemene belang, maar het valt niet uit te sluiten dat een organisatie zoals de Orde van Medische Specialisten vooral denkt aan het belang van hun eigen leden, een ander belang dus.

3.2 Reacties van de huisartsen

De voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de heer Steven van Eijck, vindt het voorstel van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) geen goed idee¹⁴.

Hij is bang dat er binnen de eerstelijns hulp weer een nieuw gebouw wordt opgericht, met bijbehorende bureaucratie.

Hij vindt dat de huidige gezondheidscentra goed functioneren. Vaak wordt daar al goed samengewerkt met fysiotherapeut, verpleegkundigen, huisarts en diëtist vindt hij.

De LHV is dus duidelijk geen voorstander van inloopcentra in dit krantenbericht.

Een tweede reactie van de LHV werd gevonden in hun persbericht (april 2010 naar aanleiding van de discussienota van de RVZ)¹⁵.

Hierin stelt de LHV dat zij het eens is met de RVZ dat de toekomstige vraag naar zorg een grondige oriëntatie op de organisatie van de zorg vergt. Ook is de LHV het volledig eens met de RVZ als het gaat om de centrale rol van de huisarts bij deze reorganisatie. Maar zij vinden dat er beter kan worden gekozen voor een versterking van de huidige infrastructuur en dus niet voor het oprichten van een nieuwe structuur (zoals de RVZ voorstelt met haar inloopcentra).

¹⁴ Huisartsen zien niets in inloopcentra (Reactie van de Landelijke Huisartsen Vereniging). <http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/nieuws/article/detail/1097682/2010/04/14/Huisartsen-zien-niets-in-inloopcentra.dhtml> (25 april 2011)

¹⁵ Inloopcentra overbodig (Reactie van de Landelijke Huisartsen Vereniging). <http://lhv.artsennet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Inloopcentra-overbodig.htm> (25 april 2011)

Citaat van voorzitter Steven van Eijck (uit dit persbericht):

“We hebben in ons land al inloopcentra, die heten huisartsenvoorzieningen. De huisarts is laagdrempelig, toegankelijk, vertrouwd en in de buurt. Laten we dat vooral zo houden en geen extra instituut in het leven roepen. Dat is weinig zinvol. En al helemaal niet in tijden waarin we moeten bezuinigen op de zorg.”

Commentaar: De LHV wil graag een versterking van de huidige infrastructuur met een centrale rol voor de huisarts. Dus ook in dit geval is het niet ondenkbaar dat vooral aan het belang van hun eigen leden (huisartsen) wordt gedacht en in mindere mate aan het algemene belang. Dus ook in dit geval hier een gekleurde, minder objectieve reactie, lijkt mij.

3.3 Reacties van de zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars worden vertegenwoordigd door “Zorgverzekeraars Nederland “ (ZN). Ik heb tot nu geen officiële reactie kunnen vinden van het bestuur van ZN.

Om toch aan informatie te komen over de mening van de zorgverzekeraars heb ik een enquête gestuurd naar verschillende ziektekostenverzekeraars (afdeling inkoop eerstelijnszorg). (Zorgverzekeraars die enquête opgestuurd kregen: Achmea, Agis, Azivo, CZ, DWS, Menzis, VGZ-IZA) Deze enquête kunt u vinden in bijlage 1¹⁶.

Ik heb naar 7 verschillende ziektekostenverzekeraars een enquête gestuurd en heb 5 reacties ontvangen. Een van de ziektekostenverzekeraars laat blijken dat zij het moeilijk vindt om gesloten vragen te beantwoorden. Echter bij elke vraag werd wel een duidelijke reactie geschreven, hiermee kon ik de vraag vaak toch gebruiken bij de totale beoordeling.

Vraag 1: Is een laagdrempelige eerstelijns service voor kleine aandoeningen, met gespecialiseerde verpleegkundigen als behandelaar voor de ziektekostenverzekeraar belangrijk?

Van de 5 ziektekostenverzekeraars stelden er 3 dat dit belangrijk is voor hen (60%). 2 vonden het minder belangrijk, waarschijnlijk vinden ze laagdrempelige zorg wel belangrijk, maar hoeft dit niet perse door verpleegkundige.

Vraag 2: Een inloopcentrum kan bijvoorbeeld worden opgericht vlakbij een eerste hulp van een ziekenhuis, of in het gebouw van een huisarts. Maar het zou ook in het openbaar kunnen worden geplaatst (bijvoorbeeld op het station, in een winkelcentrum, in een bibliotheek, etcetera). Welke locatie spreekt u het meest aan?

Van de 5 ziektekostenverzekeraars stelden 4 dat deze inloopklinieken bij de huisarts zouden moeten worden opgericht, (als er voor inloopklinieken wordt gekozen). (80% kiest voor huisarts). 1 ziektekostenverzekeraar had geen mening.

¹⁶ Bijlage 1: Ziektekostenverzekeraars Enquête

Vraag 3: Het zou ook kunnen zijn dat patiënten eerst bij een inloopcentrum komen en dan worden doorverwezen naar bijvoorbeeld de huisarts. Dit is dan een dubbelbezoek. Het kan ook zijn dat patiënten met moeite de weg vinden in de eerste lijn, er komt namelijk weer een nieuwe ‘behandelplaats’ bij. Misschien vindt u dat inloopcentra niet nodig zijn en dat er meer moet worden gekeken naar aanpassen van huisartszorg of aanpassen van zorg via eerste hulp posten.

Van de 5 ziektekostenverzekeraars vonden alle 5 (100%) dat de inloopkliniek ,als daarvoor wordt gekozen, het beste binnen de huidige structuur kon worden ingepast, (dan gaat de voorkeur uit naar de dichtstbijzijnde huisarts, geconcludeerd n.a.v. bijgeschreven opmerkingen). Dus volgens deze ziektekostenverzekeraars geen nieuwe laag toevoegen, maar inpassen binnen huidige structuren .

Vraag 4: In de discussienota van de RVZ wordt gesproken over eventuele inloopcentra met gedeeltelijk een functie als behandelplek voor kleine aandoeningen (zoals in Engeland) en anderzijds een plaats waar ook consultatiebureau voor ouderen en GGD reizigersgeneeskunde (vaccinaties) aanwezig zijn. Een hele grote organisatie met ook allerlei functies zoals deze nu door de gemeente (GGD) wordt gedaan. Het spreekt mij aan dat vele functies in een centrum worden uitgevoerd, of ik vind dit te groot en te onoverzichtelijk.

De 5 ziektekostenverzekeraars kozen alle 5 voor antwoord drie (=100%). Zij vinden dit dus niet zo belangrijk. Uit de bijgeschreven opmerkingen blijkt steeds dat zij handhaven van huidige structuren belangrijk vinden.

Vraag 5: Welke rol speelt de huisartsenpost? Zou een inloopcentrum misschien het beste via de bestaande huisartsenpost opgezet kunnen worden?

Hier wordt door de 5 verzekeraars verdeeld geantwoord. Uit de opmerkingen blijkt dat zij vinden dat de eigen huisarts belangrijk is, sommige zien wel wat in het gebruik van deze posten overdag ,als inloopkliniek(blijkt uit bijgeplaatste opmerkingen). (twee keer antwoord 3 een keer antwoord 1,2,4,5,) Echt verdeeld dus.

Vraag 6: Misschien gaat ook een digitaal inloopcentrum in de toekomst een rol spelen. Patiënten kunnen dan ‘digitaal inlopen’ en vragen stellen over kleine aandoeningen. Maar misschien kunnen bijvoorbeeld ook suikerpatiënten of patiënten met hoge bloeddruk hun zelf opgemeten suiker, bloeddruk en gewicht via het digitaal inloopcentrum bespreken. Dit ‘zelf management’ zou in de toekomst ook wel eens een efficiënte weg kunnen zijn.

Hier kozen 4 van de 5 verzekeraars antwoord 3 , dat wil zeggen dat zij dit niet belangrijk en niet onbelangrijk vinden (80%).Blijkbaar is dit niet iets dat persé bij inloopklinieken zou moeten plaatsvinden volgens ziektekostenverzekeraars.

Vraag 7: In de nota staat vermeld dat er extra aandacht moet komen voor preventie en dat het gedrag van patiënten (leefstijl) extra belangrijk is (kiezen voor “gedrag en gezondheid in plaats van zorg en ziekte”).

Hier kozen 3 van de 5 verzekeraars antwoord 1 (60%) . Dat wil zeggen dat zij dit een belangrijke functie voor inloopklinieken vinden. 2 van de 5 kozen antwoord 3 (geen mening), waarbij de opmerking werd geplaatst dat de eigen huisarts een belangrijke rol moet blijven spelen, en de huidige structuren moeten blijven bestaan.

Vraag 8: Uit onderzoek in het buitenland blijkt dat met name de begeleiding van chronische zieken via inloopcentra moeilijk gaat. De informatie overdracht naar eigen huisarts is niet steeds goed gedaan.

Van de 5 verzekeraars kiezen er 3 voor antwoord 1 (60%) . Dat betekent dat de meerderheid vindt dat chronisch zieken wel gezien kunnen worden via inloopstructuur , maar opnieuw is het belangrijk dat dit gebeurt binnen bestaande huisartsstructuur. 2 van de 5 kozen antwoord 2 , waarbij chronisch zieken niet via inloopkliniek zouden worden gezien (40%).

Vraag 9: Een laagdrempelige inloopkliniek wordt mogelijk door veel patiënten bezocht. Dit kan voor preventieve gezondheidszorg kosten effectief zijn. Echter het is mogelijk dat de kosten toch stijgen. Gaat u als zorgverzekeraar een eigen bijdrage vragen of misschien de premie verhogen?

Drie van de vijf verzekeraars kiest voor antwoord 3 (60%) dat wil zeggen dat zij nog niet weten of zij een eigen bijdrage zullen gaan vragen. Twee kiezen voor antwoord twee (40%), zij zullen geen eigen bijdrage vragen.

Conclusie ten aanzien van de vragen aan de ziektekostenverzekeraar:

Zij vinden een sterke laagdrempelige eerstelijnszorg belangrijk. Hierbij zou kunnen worden gekozen voor inloopklinieken, waarbij verpleegkundige patiënten met kleine aandoeningen zien. Echter zij vinden dat met name de huidige huisartsen organisatie hiervoor gebruikt kan worden, zodat er niet een nieuwe indeling van de eerste lijn zal gaan ontstaan. Hele grote centra (met functies van o.a. GGD en consultatiebureau erbij) vinden de verzekeraars niet belangrijk, ook daar wordt weer gesteld dat zij de huidige structuur niet willen veranderen, maar eerder verbeteren. Bij chronisch zieken is de huisarts van groot belang, en kan de inloopkliniek wel, maar juist dan onder toezicht van huisarts. Preventieve taken kunnen goed door inloopklinieken worden gedaan. Zelfmanagement is niet een duidelijke taak voor inloopcentra volgens de verzekeraars, dit past ook wel weer bij hun antwoord op de rol van deze centra bij chronisch zieken. Immers zelfmanagement vindt vaak plaats bij chronisch zieken. Tenslotte over de eventuele eigen bijdrage: de verzekeraars weten dit nog niet, slechts twee zeggen de bijdrage niet te zullen vragen.

Commentaar: De ziektekostenverzekeraars moeten deze zorg via inloopklinieken gaan betalen, en hopen dan o.a. via de premies van de patiënten het geld in voldoende mate terug te krijgen, het liefst nog met wat winst. Maar zij zijn toch wel voorzichtig met hun antwoorden, en lijken niet al te veel risico's te willen nemen. Zij kiezen voor een inloophandelaar dicht bij huisarts.

Overigens heeft hun vereniging (Zorgverzekeraars Nederland) volgens mij niet gereageerd op de nota van RVZ. Ik denk dat zij toch eerst goed willen weten of deze veranderingen rendabel zijn. Zij zullen waarschijnlijk toch kleinschalige projecten willen zien, en dan bekijken of dit soort ideeën landelijk kunnen worden gebruikt. En zij zijn misschien bang voor een te lage drempel waarbij de kosten kunnen gaan toenemen. Daarom zullen de antwoorden van de ziektekostenverzekeraars ook wel vooral ingegeven zijn vanuit de eigen positie, en die is weer anders dan de positie van LHV of de positie van de Orde van Medisch Specialisten.

3.4 Reacties van de patiëntenorganisaties.

Ik heb hiervoor een enquête gestuurd naar verschillende patiënten verenigingen. Zoals de vereniging voor nierziekten, hart- en vaat groep, diabetes vereniging, maag-darm en lever stichting, longstichting. Ook naar de NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie). Niet alle verenigingen hebben gereageerd, ik ontving 9 antwoordformulieren (de hart- en vaatgroep heeft de enquête door meerdere personen laten invullen)

De enquête is terug te vinden in bijlage 2¹⁷.

Vraag 1: Zoals gezegd in de inleiding, de inloopcentra hebben ruime openingstijden (namelijk zeven uur in de ochtend tot tien uur in de avond). Vindt u deze toegangstijden belangrijk of vindt u dat de huidige organisatie van de eerste lijn voldoende toegankelijk is?

Van de 9 ontvangen antwoord formulieren werd 8 keer ingevuld dat het belangrijk is dat de openingstijden ruim zijn.(88%).

Vraag 2: Het gaat bij deze inloopcentra om kleine aandoeningen welke worden behandeld door gespecialiseerde verpleegkundige. Is het voor u een bezwaar dat kleine aandoeningen door een gespecialiseerde verpleegkundige wordt behandeld in plaats van een huisarts?

Van de 9 ontvangen formulieren werd 8 keer geantwoord dat dit geen bezwaar hoeft te zijn.(88%).

Vraag 3: Er is dus sprake van een nieuwe 'behandelplaats' in de eerstelijnszorg. Er bestaat reeds: eerste hulp van ziekenhuizen, huisartsenposten en huisartsenpraktijken. Misschien vindt u het niet nodig dat er opnieuw een centrum wordt geopend en vindt u het beter dat binnen de huidige structuur aanpassingen worden gemaakt, zodat mensen zonder afspraak

¹⁷ Bijlage 2: Patiëntenverenigingen enquête

terecht kunnen voor kleine aandoeningen. Vindt u het belangrijk dat de huidige organisatie wordt aangepast in plaats van een nieuw centrum voor kleine aandoeningen op te richten?

Van de 9 formulieren wordt 7 keer geantwoord dat het beter zou zijn wanneer binnen de huidige structuur aanpassingen plaatsvinden zodat een inloopkliniek binnen de organisatie bereikbaar is (77%).

Vraag 4: In Engeland bestaan inloopcentra 'in het openbaar', hiermee wordt bedoeld dat u ze kunt vinden op bijvoorbeeld het station, in het winkelcentrum of in een bibliotheek. Is het voor u belangrijk dat dit soort centra voor kleine aandoeningen op allerlei plaatsen wordt opgericht of vindt u het belangrijk dat deze centra binnen een huisartsenpraktijk wordt opgericht. Vindt u het belangrijk dat deze laagdrempelige centra op vele plaatsen (openbaar) beschikbaar zijn in plaats van allen bij huisartsenpraktijken?

Van de 9 formulieren wordt 5 keer een 3 ingevuld (=geen duidelijke mening,55%)en drie keer een 5 ingevuld (=toch belangrijk om het centrum bij huisarts te houden,33%).

Vraag 5: Uit onderzoek in het buitenland blijkt dat met name de begeleiding van chronische zieken via inloopcentra moeilijk gaat. De informatie overdracht naar eigen huisarts is niet steeds goed gedaan. Vind u het belangrijk dat ook chronische zieken naar inloopcentra moeten kunnen gaan? Daarom is dit een argument ook inloopcentra bij de huisartsenpraktijk op te richten.

Van de 9 formulieren werd 4 keer gekozen voor antwoord 1 (beter om inloopkliniek om deze reden dichtbij huisarts te houden, 44%) twee keer werd antwoord 3 gekozen (=geen mening), een drie keer koos men antwoord 2 (dan zouden chronische patiënten niet naar een inloopcentrum moeten gaan , 33%) .Er werd overigens meerdere keren opgemerkt bij deze vraag dat veel chronisch zieken patiënten vaak al vaste afspraken met hun behandelaars hebben.

Vraag 6: Als in de toekomst steeds meer mensen een beroep gaan doen op de gezondheidszorg dan wordt preventie van ziekten steeds belangrijker. Preventieve taken zouden ook in inloopcentra kunnen worden uitgevoerd (bijvoorbeeld screenen op suikerziekte, screenen op overgewicht en geven van dieet adviezen). Is het belangrijk voor u dat preventieve taken laagdrempelig beschikbaar zijn, bijvoorbeeld via inloopcentra of is dat niet zo belangrijk en is het goed te regelen via de huidige gezondheidszorg instanties? Vind u het belangrijk dat er een centrum komt waar laagdrempelige informatie beschikbaar is over preventie van ziekten?

Van de 9 formulieren wordt 8 keer ingevuld dat een laagdrempelige organisatie waarbij preventieve zorg wordt gegeven belangrijk is (88%) .

Vraag 7: De laatste vraag gaat over zelf management en digitale toegang tot inloopklinieken. Als patiënten thuis hun bloeddruk of hun bloedsuiker opmeten zouden zij dit vervolgens via email kunnen overleggen met bijvoorbeeld een gespecialiseerde verpleegkundige. Dit is mogelijk een efficiënte methode om patiënten te controleren. Is het belangrijk voor u dat er meer mogelijkheden komen voor zelfmanagement en digitaal overleg met de behandelaar of vindt u de huidige organisatie voldoende? Het is belangrijk dat patiënten ‘digitaal kunnen inlopen’ om te overleggen over bijvoorbeeld zelfmetingen?

Van de 9 formulieren wordt 9 keer geantwoord dat het belangrijk is om digitaal te kunnen “inlopen” en vervolgens resultaten te bespreken met verpleegkundige (=100%)

Conclusies van de enquêtes naar patiëntenvereniging zijn dat ruime openingstijden van belang zijn, dat zorg voor kleine aandoeningen door verpleegkundigen geen bezwaar hoeft te zijn, dat eventueel op te richten inloopklinieken misschien wel dichtbij huisartspraktijk moeten komen, dat chronisch zieken wel gebruik kunnen maken van inloopklinieken, maar dat zij wel een aparte groep vormen die vaak al goede afspraken hebben met hun behandelaars, dat preventieve taken van inloopkliniek belangrijk zijn, en dat digitaal “inlopen” ook een belangrijke rol in de toekomst zou moeten krijgen.

Commentaar: Ook hier geldt dat de beantwoording van deze enquête, gericht aan patiëntenverenigingen, natuurlijk moet worden gezien als subjectief. Anderzijds is het wel van belang dat patiëntenverenigingen een en ander benaderen vanuit het perspectief van de patiënt en daarmee vanuit de vraagkant. Dat is bepaald een ander perspectief dan de andere groeperingen die zijn onderzocht. Deze organisaties zien een inloopkliniek misschien vooral als een makkelijk toegankelijk station in de gezondheidszorg, waar patiënten snel worden geholpen. Daarmee kijken ook de patiëntenverenigingen anders tegen de zaak aan als een organisatie als RVZ, die een dergelijke kliniek vooral ziet als een middel om een dreigend zorginfarct te voorkomen.

3.5. Reacties van de patiënten.

Patiënten die een huisartspraktijk bezochten kregen een enquête aangeboden. In totaal werden 355 ingevulde vragenlijsten beoordeeld.

ArtsenZorg heeft tijdens een voorgesprek over deze scriptie gevraagd om deze vragenlijsten deels aan hun eigen patiënten voor te leggen, maar daarnaast wilden zij graag ook eens zien hoe de reacties bij een (solo)huisartspraktijk zijn. Binnen een solopraktijk ziet de patiënt steeds dezelfde huisarts, dezelfde persoon. Bij de centra van ArtsenZorg werken meerdere huisartsen parttime, maar ook fulltime, en de patiënt ziet niet altijd dezelfde huisarts. Mogelijk reageren de patiënten van de solopraktijk anders op de vragen dan de patiënten van een groter centrum.

Het resultaat is dat van de 355 ondervraagde patiënten 195 een ArtsenZorg locatie bezochten, en 160 patiënten een (solo)huisartspraktijk.

De enquête kunt u terugvinden in de bijlage 3¹⁸. De uitwerking van de enquête kunt u in het nu volgende gedeelte terugvinden. Een volledige weergave (waarbij ook de verschillen tussen patiënten van ArtsenZorg en patiënten vande solopraktijk zichtbaar zijn) vindt u in bijlage 3.

3.5.1 verslag patiënten enquête

Hieronder volgt een verslag van de patiënten enquête (inclusief tabellen):

In vraag 1 wordt gevraagd of patiënten het belangrijk vinden om met kleine kwalen zonder afspraak hulp te kunnen krijgen.

A&Z en Solist	Aantal	Procent
Niet belangrijk	29	8,2
Weinig van belang	39	11,0
Geen mening	65	18,3
Belangrijk	97	27,3
Heel belangrijk	125	35,2
Totaal	355	100,0

63 % van de totale groep (355) vindt dit belangrijk. 19% vindt dit niet belangrijk, 18% heeft geen mening (percentages afgerond). Wanneer deze vraag apart wordt bekeken bij beide groepen (patiënten die ArtsenZorg bezoeken en patiënten die solo huisartspraktijk bezoeken) dan is er een verschil namelijk 52% in de groep ArtsenZorg vindt dit belangrijk en 72% in de groep solo praktijk.(deze tabellen waarbij de groep ArtsenZorg en de groep solo-huisarts apart worden weergegeven kunt u terugvinden in bijlage 3)

In vraag 2 wordt gevraagd of patiënten een bezwaar hebben dat zij worden behandeld door een ervaren verpleegkundige.

A&Z en Solist	Aantal	Procent
Niet belangrijk	166	46,8
Weinig van belang	58	16,3
Geen mening	49	13,8
Belangrijk	53	14,9
Heel belangrijk	29	8,2
Totaal	355	100,0

63% van de totale groep (355) heeft geen bezwaar. 23% van deze groep vindt dit wel een bezwaar. 14 % heeft geen mening. (percentages afgerond). Wanneer ook deze vraag apart wordt bekeken, dan blijkt dat binnen de groep ArtsenZorg 56 % van de patiënten geen bezwaar heeft en dat binnen de groep solopraktijk 73% geen bezwaar heeft. (deze laatste vergelijking kunt u terugvinden in bijlage 3)

¹⁸ Bijlage 3: Patiënten enquête en resultaten

In vraag 3 wordt gevraagd of patiënten vroege openingstijden en late sluitingstijden van deze inloopklinieken belangrijk vinden.

A&Z en Solist	Aantal	Procent
Niet belangrijk	47	13,2
Weinig van belang	24	6,8
Geen mening	63	17,7
Belangrijk	44	12,4
Heel belangrijk	176	49,6
Totaal	354	99,7
Niet ingevuld	1	0,3
Totaal	355	100,0

62 % van de totale groep (355) vindt dit belangrijk. 20% vindt dit niet belangrijk. 18% heeft geen mening hierover. (percentages afgerond). Wanneer de beide groepen worden vergeleken dan is er weinig verschil tussen de groep patiënten die ArtsenZorg bezocht en de groep die solo praktijk bezocht. (tabellen m.b.t. vergelijking van beide groepen kunt u terugvinden in bijlage 3).

In vraag 4 wordt gevraagd aan patiënten of zij in de huidige situatie tevreden zijn over de tijd die zij moeten wachten op een afspraak bij de dokter.

A&Z en Solist	Aantal	Procent
Niet tevreden	19	5,4
Niet geheel tevreden	27	7,6
Geen mening	51	14,4
Tevreden	81	22,8
Heel tevreden	171	48,2
Totaal	349	98,3
Niet ingevuld	6	1,7
Totaal	355	100,0

71% van de totale groep (355) is tevreden. 13 % is niet tevreden. 14 % heeft geen mening. Enkele malen werd deze vraag niet ingevuld (6x). Percentages zijn afgerond. Wanneer bij deze vraag wordt gekeken naar de resultaten van beide groepen blijkt dat binnen de groep ArtsenZorg 61% van de patiënten tevreden is en binnen de groep solopraktijk 83%. (tabellen m.b.t. vergelijking van beide groepen kunt u terugvinden in bijlage 3)

In vraag 5 wordt gevraagd of patiënten bij het bestaan van inloopklinieken een voorkeur hebben m.b.t. de locatie. Liever een inloopkliniek in de huisartsenpraktijk, of liever in openbare ruimtes zoals bijvoorbeeld op station.

A&Z en Solist	Aantal	Procent
Voorkeur voor in het gebouw van Arts&Zorg	156	43,9
Voorkeur voor openbare locatie	54	15,2
Geen voorkeur	138	38,9
Totaal	348	98,0
Niet ingevuld	7	2,0
Totaal	355	100,0

43% van de totale groep(355) heeft liever een inloopkliniek binnen het gebouw waar nu de huisartsenpraktijk zich bevindt. 15% ziet inloopklinieken liever in het openbaar (station, winkelcentra). 39% heeft geen voorkeur. 7 mensen hebben vraag niet beantwoord (percentages afgerond). Wanneer beide groepen worden vergeleken bestaat er weinig verschil tussen de groep ArtsenZorg en de groep solo praktijk.(tabellen m.b.t. vergelijking van beide groepen vindt u in bijlage 3)

In vraag 6 wordt gevraagd of patiënten eigenlijk wel behoefte hebben aan een nieuwe behandelplek (=inloopkliniek),of zijn zij tevreden zoals het nu is geregeld.

A&Z en Solist	Aantal	Procent
Niet tevreden	20	5,6
Niet geheel tevreden	41	11,5
Geen mening	81	22,8
Tevreden	74	20,8
Heel tevreden	133	37,5
Totaal	349	98,3
Niet ingevuld	6	1,7
Totaal	355	100,0

58% van de totale groep (355) is tevreden met de huidige situatie. 17% is niet tevreden. 23 % heeft geen mening. 6 (2%)mensen hebben de vraag niet beantwoord. (percentages zijn afgerond). Ook bij deze vraag geen grote verschillen tussen de groep ArtsenZorg en de groep solo praktijk.(tabellen m.b.t. vergelijking van beide groepen vindt u in bijlage 3).

In vraag 7 wordt geïnformeerd naar een eventuele eigen bijdrage.

A&Z en Solist	Aantal	Procent
Niet redelijk	103	29,0
Niet heel redelijk	45	12,7
Geen mening	44	12,4
Redelijk	44	12,4
Heel redelijk	115	32,4
Totaal	351	98,9
Niet ingevuld	4	1,1
Totaal	355	100,0

42% van de totale groep (355) vindt dit niet redelijk. 45 % zou dit wel redelijk vinden. 12 % heeft geen mening. 4 mensen hebben deze vraag niet beantwoord. (percentages zijn afgerond). Ook bij deze vraag geen grote verschillen tussen de groep ArtsenZorg en de groep solo praktijk.(tabellen m.b.t. vergelijking van beide groepen vindt u in bijlage 3)

In vraag 8 wordt gevraagd of patiënten behoefte hebben aan plek waar preventieve zorg wordt verleend.

A&Z en Solist	Aantal	Procent
Geen behoefte	76	21,4
Weinig behoefte	55	15,5
Geen mening	69	19,4
Behoeft	72	20,3
Veel behoefte	81	22,8
Totaal	353	99,4
Niet ingevuld	2	0,6
Totaal	355	100,0

37% van de totale groep (355) heeft hieraan geen behoefte. 43 % heeft wel behoefte hieraan. 19% heeft geen mening. 2 mensen hebben deze vraag niet beantwoord. (percentages zijn afgerond). Wanneer de twee groepen worden vergeleken blijkt dat de patiënten van ArtsenZorg meer behoefte hebben aan een locatie waar aandacht wordt geschonken aan preventieve zorg dan de patiënten van de solo praktijk.(tabellen m.b.t. vergelijking van beide groepen vindt u in bijlage 3)

In vraag 9 worden allerlei aandoeningen aan patiënten voorgelegd, en vervolgens gevraagd of zij dan liever naar de huisarts gaan met deze kwaal of liever naar een eventuele inloopkliniek zonder afspraak, en dan dus behandeling van verpleegkundige zullen krijgen.

De resultaten zijn te vinden in de tabellen. Hierbij is te zien dat de groep patiënten die ArtsenZorg bezoekt minder duidelijk kiest dan de groep patiënten die ingeschreven staan bij een solo huisartsenpraktijk. Bij de eerste groep (ArtsenZorg) liggen de percentages dicht bij elkaar (deze grafieken staan in bijlage 3). We zien bijvoorbeeld dat een bepaald percentage van de patiënten van de solist (per medische aandoening)kiest voor een bezoek aan huisarts en een ander percentage kiest dan liever voor een bezoek aan inloopkliniek. De percentages verschillen per klacht. Echter bij de patiënten van de solist liggen de percentages verder uit elkaar dan bij de patiënten van ArtsenZorg. Het gemiddelde verschil tussen de percentages (huisarts tegenover inloopkliniek)bij de patiënten van de solist bedraagt 43% (gemiddeld kozen 4,2 patiënten van deze groep voor beide opties, dus bijvoorbeeld bij knieklachten konden deze laatst genoemde mensen geen keuze maken en kozen beide :huisarts en inloopkliniek). Het gemiddelde verschil tussen de percentages (huisarts tegenover inloopkliniek)bij patiënten van ArtsenZorg bedraagt 21,6% (gemiddeld kozen 3,7 % van de patiënten van deze groep voor beide opties. Volgens mij betekent dit dat de patiënten van de solistisch werkende huisarts een duidelijkere keuze maakten tussen de beide opties, de patiënten van ArtsenZorg waren daar minder uitgesproken in.

3.5.2. Conclusie met betrekking tot deze patiënten enquête.

Patiënten vinden het in meerderheid (63%) belangrijk dat zij zonder afspraak terecht kunnen als zij een kleine aandoening hebben en dat er ruime openingstijden (62%) bestaan. Als zij dan worden behandeld door een gespecialiseerde verpleegkundige is dat voor de meerderheid (63%) van de patiënten geen bezwaar. Het gaat hierbij om de eerste drie vragen van de patiënten enquête, echter de groep die dus niet voor “belangrijk” kiest, is toch nog wel een kleine 40%, best een hoog percentage.

Een groot gedeelte van de patiënten vindt dat een inloopkliniek binnen het gebouw van de huisarts zou kunnen (43%), hoewel het verschil met mensen die geen voorkeur hebben in dit geval klein is (39%). Als we dan ook nog even kijken naar de groep die liever wil dat het inloopcentrum los van het huisartsengebouw komt te staan (15%), dan kiest de meerderheid dus niet expliciet voor een centrum binnen het gebouw van de huisartsenzorg.

Verder valt op dat 71% tevreden is over de huidige wachttijden bij huisarts, en maar 13% is hierover ontevreden. Hoewel uit vraag 1 blijkt dat 63% het belangrijk vindt om zonder afspraak, voor kleine kwalen, ook buitenkantooruren, hulp te kunnen krijgen, blijkt dat er toch een substantiële groep tevreden is met hoe het nu gaat.

Ten aanzien van de eigen bijdrage (bij bezoek aan inloopkliniek) bestaat geen voorkeur, ongeveer de ene helft is voor en de andere tegen. Ook over de behoefte aan een plek waar over preventieve zorg wordt gesproken (en behandeld) bestaat onder de patiënten geen duidelijke voorkeur, de ene helft zegt dat zij daar niet echt op zitten te wachten, de andere helft wel.

3.5.3. Wat betekent dit voor ArtsenZorg

Als we goed naar de percentages kijken is de behoefte aan een inloopkliniek niet eens zo erg overtuigend terug te vinden. Natuurlijk er is een grote groep die zich uitspreekt voor inloopklinieken met hun makkelijke toegang, en ruime openingstijden.

Toch zou ArtsenZorg zich moeten realiseren dat veel patiënten tevreden zijn met de huidige wachttijden bij de huisarts, en een kleine meerderheid zegt dat zij niet perse een nieuwe behandelplek zoeken. Bovendien als er gevraagd wordt naar een locatie van de inloopfaciliteit dan kiezen de patiënten niet heel duidelijk voor een inloopcentrum in het gebouw, veel patiënten hebben namelijk geen mening hierover. Verder lijkt het erop dat een kleine meerderheid niet duidelijk behoefte heeft aan een plek waar speciaal op preventie wordt gelet. Maar deze getallen kunnen natuurlijk veranderen wanneer patiënten dezelfde vragen krijgen nadat zij een aantal jaar ervaring hebben opgedaan met inloopklinieken. Het blijft natuurlijk moeilijk om je uit te spreken over iets waar je nog geen echte ervaring mee hebt opgedaan.

Tenslotte is er nog geprobeerd in beeld te brengen hoe patiënten kiezen bij bepaalde aandoeningen (vraag 9 van de enquête). De keuzes van de patiënten zijn begrijpelijk: naarmate de kwaal erger is bestaat er meer behoefte aan de huisarts zelf i.p.v. aan een verpleegkundige van de inloopkliniek.

Hoofdstuk 4 Nurse Practitioners (NP)

Vanuit de Universiteit van Maastricht is er in de periode 2005-2008 onderzoek verricht naar taakverschuiving binnen de huisartsenpraktijk.

4.1 Het onderzoek

Er is onderzocht of een nurse practitioner een aantal vaak voorkomende klachten zou kunnen behandelen, in plaats van de huisarts, met behoud van dezelfde kwaliteit.

(bijvoorbeeld:oorpijn, hoesten,blaasontsteking,anti conceptie,huidziekten).

Het onderzoek is financieel mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS en de zorgverzekeraars CZ en VGZ. (Onderzoeksrapport “Nurse Practitioners in de huisartsenpraktijk”¹⁹)

Om NP te worden dient de HBO Master-opleiding Advanced Nursing Practice met succes te worden afgerond. Deze opleiding duurt twee jaar en heeft een verpleegkundige basis,dus alleen toegankelijk voor mensen met een verpleegkundige vooropleiding.

Aangezien het werken als NP in huisartsenpraktijk andere kennis en vaardigheden vereist dan het werken als NP in de tweede lijn, is er een specifieke opleiding voor de huisartsenpraktijk ontwikkeld: Master in Advanced Practice Huisartsenzorg. Deze aangepaste opleiding was speciaal voor dit onderzoek ontwikkeld,

Dit onderzoek werd uitgevoerd onder twaalf praktijken in Limburg en Brabant.

Er deden vijftig huisartsen mee met totaal 110.000 patiënten.

Doktersassistenten speelden een cruciale rol, zij bepaalden of patiënten naar NP of naar huisarts gingen. (zij kregen een aparte training instroommanagement). Op deze manier kon worden voorkomen dat patiënten bijvoorbeeld na een bezoek aan NP alsnog naar huisarts moesten gaan. (In een ander onderzoek naar inloop spreekuur door NP in Delft bleek het ontbreken van een dergelijke vorm van triage een breekpunt).

Het NP takenpakket, tijdens het Maastrichtse onderzoek:

- keelontsteking, oorontsteking en hoesten
- bewegingsapparaat, met name enkel en knie
- seksueel overdraagbare ziekten(SOA)
- anticonceptie
- urinewegsinfectie
- overgangsklachten
- geriatrie

¹⁹ Dierick-van Daele, A.T.M., Metsemakers, J.F.M., Derckx, E.W.C.C., Spreeuwenberg, C. & Vrijhoef, H.J.M. (2008). *Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk*. Maastricht UMC+ (2008) november

De NP zag ongeveer 20 patiënten per dag, waarvan 90% zelfstandig werden afgehandeld. Per consult werd 15 minuten ingepland.

De onderzoekers vonden dat de patiënten even tevreden waren over de geleverde zorg van de NP als over zorg van huisarts, bij vergelijkbare klachten. Tevens is onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de geleverde zorg door NP, hierbij werd geen significant verschil gevonden met de geleverde kwaliteit door huisarts.

Huisartsen ervaren, met de komst van de NP, minder werkdruk. Zij kregen meer tijd voor complexe zorgvragen, dit kwam het werkplezier ten goede. De toegang tot de huisartsenzorg werd verbeterd. De patiënten konden eerder terecht voor kleine kwalen.

Het NP consult duurt 15 minuten en het huisarts consult tien minuten.

Het rapport maakt de volgende financiële berekening (schatting): volgens het onderzoek zou een nurse practitioner kunnen werken voor 4 praktijken (20 consulten per dag, vijf dagen per week), dan zou dit per NP 13.500 euro opleveren.

Dit bedrag (13.500 euro) is door de onderzoekers berekend door praktijken waarbij nurse practitioners de kleine kwalen zien, te vergelijken met praktijken zonder nurse practitioner. Hierbij is rekening gehouden met het salaris van een huisarts in dienstverband, en met het lagere uurloon van de NP (lager dan de huisarts in dienstverband). In Nederland bestaan ongeveer 8000 praktijken, dus zouden er dan 2000 NP's werken.

$2000 \times 13.500 \text{ euro} = 27 \text{ miljoen euro}$ mogelijke besparing. (zie bladzijde 70 van het rapport).

Uit het rapport blijkt dat huisartsen en zorgverzekeraars een toekomstige rol zien voor de NP in de eerstelijnszorg.

Het is nog niet duidelijk hoe dit gefinancierd moet worden.

De ziektekostenverzekeraar denkt dat de huisarts meer ruimte gaat krijgen om extra patiënten aan te nemen, en dat daardoor de kosten van een werknemer (12 uur per week een NP) betaald kunnen worden. De huisartsen zijn hierover onzeker, zij betwijfelen of de praktijk zal gaan groeien. (blz 71 van het rapport)

De uiteindelijke conclusie van de onderzoekers:

“De specifieke opgeleide NP is in staat om een welomschreven pakket van vaak voorkomende klachten en aandoeningen te diagnosticeren en te behandelen.

De nurse practitioner heeft in dit onderzoek laten zien dat zij, naast de huisarts,

”aan de voordeur”, gepositioneerd kan worden”(zie bladzijde 72 van het onderzoeksrapport).

4.2 nurse practitioners vs praktijkondersteunders

Het bovenstaande onderzoek van de Universiteit van Maastricht heeft plaats gevonden in de periode 2005-2008. Inmiddels is het aantal geregistreerde nurse practitioners toegenomen (informatie gevonden op de site voor nurse practitioners, www.nvnp.nl²⁰).

In Den Haag maakt het ziekenhuis MCH-Westeinde op hun spoedeisende hulp gebruik van nurse practitioners. Uit onderzoek van Christien van der Linden, klinisch epidemioloog acute zorg, blijkt dat de aanwezigheid van nurse practitioners de doorstroom op deze eerste hulp afdeling heeft verbeterd. De nurse practitioners worden ingezet op de “low care unit” van de eerste hulp afdeling. Zij werken met protocollen en worden ondersteund door artsen van deze afdeling (onderzoek wordt beschreven op de site www.zorgvisie.nl²¹, “nurse practitioners op de SEH”).

Inmiddels hebben ook huisartsenpraktijken nurse practitioners in dienst. Maar vermoedelijk bestaan er niet veel praktijken met speciale inloopsprekuren voor patiënten met kleine kwalen. In Delft is er wel een praktijk die op deze manier werkt, zie onderzoek in Tijdschrift voor Praktijk Ondersteuning²².

Huisartsenpraktijken werken vaak met “praktijkondersteuners”, zij zijn lager opgeleid dan nurse practitioners. Praktijkondersteuners doen vaak spreekuren waarbij patiënten met hoge bloeddruk, diabetes, en longemfyseem/astma worden gecontroleerd. Het begeleiden van deze groep is toch anders (de diagnose is bekend) dan dat de verpleegkundige echt bij de poort staat en de patiënt met zijn nieuwe klacht ontvangt (zoals de nurse practitioners uit het besproken onderzoek). De nurse practitioners inzetten voor begeleiding van diabetes, bloeddruk en astma is mogelijk te duur, immers het kan ook met praktijkondersteuners. Waarschijnlijk is de inzet van nurse-practitioners in de huisartsenpraktijk vooral kosteneffectief indien zij patiënten met kleine kwalen gaan zien, eigenlijk zoals op de eerste hulp post van het MCH-Westeinde gebeurt.

4.3 Wat betekent dit voor ArtsenZorg

Het onderzoek toont aan dat het werken met nurse practitioners aan de poort van de eerste lijn mogelijk is. Zij kunnen patiënten zien met veel voorkomende kleine aandoeningen, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de geleverde zorg.

In de toekomst, waarbij verwacht wordt dat de huisartsen steeds meer belast raken, kunnen de nurse practitioners een bijdrage leveren aan het handhaven van goede beschikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

²⁰ www.nursepractitioner.nl

²¹ www.zorgvisie.nl/2010/02/2/nummer-3 (9 juli 2011)

²² Tijdschrift voor praktijk ondersteuning, 2008, nummer 4, blz. 94-96. “Een spreekuur voor nurse practitioner”. Auteurs Erna Vrijland, Jaap Brien, Lia van Straalen.

ArtsenZorg kan bijvoorbeeld een inloop spreekuur organiseren binnen de bestaande organisatie. Maar ik denk dat een inloop kliniek los van het ArtsenZorg gebouw ook zou kunnen, mits voldoende ervaren nurse practitioners beschikbaar.

Alle partijen, zoals huisartsen, ziektekostenverzekeraars, en overheid, vinden dat het inzetten van NP's effectief is. Maar er bestaat blijkbaar nog wel discussie over de financiering.

Echter de eerste hulp van het MCH ziekenhuis (tweede lijn) in Den Haag werkt met NP's op hun low care unit. Dan lijkt mij dat het inzetten van NP's in de eerste lijn ook financieel geregeld kan worden. Zeker omdat het onderzoek aantoont dat er met hulp van nurse practitioners efficiënter kan worden gewerkt. De nota van RVZ ,een advies aan de overheid, vraagt juist om deze efficiëntere organisatie van de gezondheidszorg.

Hoofdstuk 5 Antwoord op de onderzoeksvragen

In dit hoofdstuk worden de vragen van hoofdstuk 2 beantwoord.

Vraag 1: In het buitenland bestaan sinds vele jaren ervaring met inloopcentra. Het functioneren van deze centra is geëvalueerd (meerdere onderzoeken gedaan). Wat vertelt deze evaluatie over de voor- en nadelen van de formule ‘inloopcentrum’ .En wat betekent dit voor de Nederlandse situatie?

Een voordeel ,zo blijkt uit de buitenlandse onderzoeken, voor patiënten is het gemak waarmee een patiënt zonder afspraak naar binnen kan lopen, zelfs 's avonds en 's morgens vroeg (goede service). In de Verenigde Staten worden deze inloop klinieken dan ook “Convenient Care Clinics (CCC) genoemd.

Inloopklinieken kunnen goedkoper werken omdat zij met nurse practitioners i.p.v. huisartsen werken. Deze kostenbesparing is aangetoond in het rapport zoals besproken in hoofdstuk 4, onderzoek van de Universiteit van Maastricht m.b.t. inzet nurse practitioners in de eerste lijn.

Een voordeel voor artsen kan zijn dat zij zich meer bezig kunnen gaan houden met moeilijker problemen, en dat de eenvoudige problemen door nurse practitioners worden opgelost.

Een ander voordeel kan zijn dat patiënten dankzij laagdrempelige inloopklinieken eerder in beeld komen bij verpleegkundigen of dokters ,en dan kan eventueel preventieve zorg worden verleend. Dit is goedkoper. Ik heb hierover geen specifiek onderzoek gevonden, maar algemeen wordt aangenomen als een aandoening in een vroeg stadium wordt ontdekt kan vaak goedkoper behandeld worden, dit geldt waarschijnlijk niet voor alle aandoeningen. Echter een laagdrempelige kliniek geeft ook kans op screening (dan is er nog geen ziekte) .

Een nadeel kan zijn als de nurse practitioner de patiënt alsnog doorverwijst naar een huisarts of spoedeisende hulp afdeling. Dan wordt de patiënt dus soms onnodig dubbel gezien. Maar dit is m.i. nooit helemaal te voorkomen

In onderzoeken uit Canada (waar naast verpleegkundigen ook dokters werkzaam zijn in inloopklinieken)bleek dat sommige dokters geïrriteerd raakten als de inloopklinieken de makkelijke klusjes deden en daarvoor geld verdienden in korte tijd, en dat zij de moeilijker klussen deden en daar dan niet een evenredige beloning voor kregen (“cherry picking”),deze onderlinge irritatie is een nadeel. In Engeland werd dit nadeel niet gevonden.

Nadeel voor artsen kan zijn dat patiënten gezien worden zonder dat er goede communicatie naar de eigen huisarts of specialist plaats vindt. Dit werd in het Canadese onderzoek gemeld, ook dit was in Engeland blijkbaar geen probleem.

Wanneer patiënten niet goed begrijpen waarvoor een inloopkliniek dient, en er geen triage plaatsvindt, dan kunnen patiënten soms op de verkeerde plek terecht komen. Bij een inloopkliniek bestaat deze kans. Patiënten worden dan alsnog doorverwezen naar bijvoorbeeld spoedeisende hulp, en worden dan dubbel gezien, duurder dus.

In het buitenland bleek de patiënt soms deze inloopkliniek te gebruiken voor een second opinion, dit is ook kostenverhogend. Een te lage drempel kan betekenen dat mensen te gemakkelijk om hulp gaan vragen, en nooit meer even iets aankijken, in Canada werd dit gemakzuchtige gedrag “McDonald Medicine” genoemd, teveel hulp vragen is ook kostenverhogend, een nadeel dus.

Vraag 1 (in het kort)

Voordeel

- ❖ ruime openingstijden
- ❖ geen afspraak nodig
- ❖ mogelijk goedkoper (nurse practitioner i.p.v. arts)
- ❖ artsen kunnen zich concentreren op complexere patiënten
- ❖ preventie waarschijnlijk beter, want laagdrempelige toegang
- ❖

Nadeel

- ❖ communicatie met andere zorgverleners (inloopkliniek in openbare ruimte)
- ❖ triage kan lastig zijn, daardoor eerder dubbele consulten (double doctoring)
- ❖ zorgaanbieders kunnen onderling geïrriteerd raken, inloopkliniek verdient snel met kleine kwalen (cherry picking).
- ❖ indien nurse practitioner geen goede diagnose stelt
- ❖ inloopkliniek zou kunnen worden gebruikt als plek voor “second opinion”
- ❖ soms gaan mensen te makkelijk naar hulpverlener, mcdonald medicine.
- ❖ patiënten krijgen weer een “nieuw station” mogelijk verwarrend (vooral wanneer inloopkliniek in openbare ruimte)

Wat betekenen deze voor- en nadelen (buitenlands onderzoek) voor de Nederlandse situatie?

Er wordt gesproken over “gemak voor de patiënt”, dit kan naarmate onze gezondheidszorg meer ontwikkeld in de richting van een vrije markt van belang zijn. Patiënten kunnen in een vrije markt kiezen, en kiezen dan voor service en gemak. Echter in Nederland wordt gestreefd naar meer concurrentie, maar er bestaat nog steeds een vorm van regulatie, dus niet een volledige vrije markt. Toch wordt ook in Nederland meer patiëntgericht gedacht dan vroeger en is gemak en service steeds belangrijker geworden.

Een ander voordeel is de goedkopere zorg van de nurse practitioner vergeleken met huisarts.

Dit kan een voordeel zijn wanneer de ziektekostenverzekeraar het eigen risico (van de patiënt) ook laat gelden in de eerste lijn (voordeel voor de patiënt). Verder zal de overheid samen met zorgverzekeraars belang hebben bij kostenbesparing, omdat de kosten in de gezondheidszorg toch al snel groeien.

Verder levert deze taakverschuiving op dat de huisarts zich kan richten op meer complexere problemen. Het Maastrichtse onderzoek laat zien dat huisartsen dan meer plezier in hun werk hebben. Bovendien is efficiënt geregelde zorg belangrijk daar er een zorginfarct dreigt in Nederland.

De laag drempelige zorg van een inloop kliniek kan voordelen bieden in het kader van preventie. Preventieve zorg krijgt in Nederland ook een belangrijke rol, want hiermee kunnen ziekten worden voorkomen, dit scheelt dan opnames, en dus goedkoper op de lange termijn. Als de ziektekostenverzekeraars preventie willen stimuleren zal dit ook beloond worden door hen.

Bij de nadelen wordt gesproken over slechte communicatie met de eigen huisarts.

In Engeland wordt dit niet gevonden. Waarschijnlijk zal in Nederland, als er goede afspraken onderling worden gemaakt dit niet een groot probleem zijn. Maar naarmate er meer harde concurrentie ontstaat kan dit ook in Nederland een nadeel zijn.

Verder zou de patiënt ook ten onrechte gezien kunnen worden door de nurse practitioner, en dan alsnog worden doorverwezen naar een specialist, dan ontstaat dus een dubbel bezoek. Het Maastrichts onderzoek toonde aan dat instroommanagement of triage wel belangrijk is. Wanneer dit goed gedaan wordt dan moet het aantal dubbel bezoeken beperkt kunnen blijven. In Canada werd ook als nadeel gevonden dat de inloopklinieken de makkelijke klusjes deden, en op deze manier veel geld verdienden. De reguliere huisartsen moesten vooral de complexe problematiek behandelen en werden daar niet voldoende voor betaald.

Dit zou zich in Nederland voor kunnen doen, wanneer er een complete vrije markt ontstaat, in de gezondheidszorg. Dan zullen er partijen kiezen voor het oprichten van inloopklinieken waarbij geldt: high volumes, low intensity. Maar in Nederland staan patiënten ingeschreven bij praktijken, en is het nog niet zo makkelijk om elkaars patiënten te behandelen, dit wordt tot nu gereguleerd in ons land. Ik verwacht dat inloop klinieken in Nederland, net als in Engeland, vooral in goed overleg zullen functioneren. Waarbij alle partijen begrijpen dat het werk van nurse practitioners die kleine kwalen behandelen belangrijk is, vooral om de zorg efficiënter te maken.

Te lage drempel, waarbij mensen te snel hulp inroepen van een inloop kliniek, kan ook, zo meenden enkele Canadese dokters. Dit kan wellicht in Nederland ook ontstaan bij inloop klinieken. Misschien is het wel onvermijdelijk, immers mensen kunnen nu eenmaal zonder afspraak inlopen. Ik denk dat in Nederland gekeken moet worden in welke mate dit gebeurt, en indien dit erg vaak gebeurt zou er een bepaalde vorm van instroom management zoals in het Maastrichtse onderzoek werd gedaan, moeten plaatsvinden. Maar de kosten van deze onnodige bezoeken aan de inloopkliniek zullen in het perspectief van de totale kosten gezondheidszorg altijd erg laag zijn. Dit werd in Canada ook als tegenargument gebruikt.

Ook bleek soms dat patiënten niet goed de verschillen begrepen tussen inloop klinieken en eerste hulp afdelingen (van ziekenhuizen). Hiervoor zal ook in Nederland goede voorlichting nodig zijn. Vooral als deze klinieken los van de bestaande huisartsencentra worden opgericht.

Vraag 2: Wat vinden belanghebbende partijen van dit initiatief (inloopklinieken).

Bijvoorbeeld wat vindt de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), wat vindt de Orde van Specialisten, wat vinden patiënten (-organisaties), wat vinden ziektekostenverzekeraars?

De Landelijke Huisartsen Vereniging vindt dat inloopklinieken waarschijnlijk overbodig zijn. Zij vinden dat verdere uitbouw van de huidige huisartsen infrastructuur voldoende zal zijn. Zij erkennen overigens wel dat er goed nagedacht moet worden over het dreigende tekort aan personeel binnen de gezondheidszorg.

De Orde van Medisch Specialisten vindt samenwerking van groot belang om de problemen van de toekomst op lossen, maar zij waarschuwen wel dat iedere patiënt van een inloopkliniek de juiste diagnose moet krijgen, misschien hebben zij twijfels bij het feit dat verpleegkundigen deze inloopklinieken leiden. Bovendien wijzen zij erop dat er al huisartsencentra bestaan waarbij praktijkondersteuners patiënten met chronische ziekten (astma/diabetes/hoge bloeddruk) begeleiden, en zo al een deel van de tweede lijn zorg hebben overgenomen.

Hierbij moeten we in acht nemen dat deze organisatie, evenals de eerder genoemde LHV, artsen vertegenwoordigen, die wellicht denken dat een deel van hun inkomen gaat verdwijnen. Er zijn vraagtekens te plaatsen bij de objectiviteit. Maar als er wordt gestreefd naar een oplossing waar alle partijen mee kunnen leven, dan zijn deze standpunten wel van belang.

Patiëntenverenigingen vinden de betere toegankelijkheid (openingstijden) van belang. Zorg door gespecialiseerde verpleegkundigen is geen bezwaar. Dit standpunt is ook terug te vinden in de patiëntenenquête. Patiënten en patiëntenverenigingen hechten waarde aan de rol van huisartsen en een groot gedeelte van de patiënten ziet de inloopkliniek graag binnen de huidige structuur van de huisartszorg. Met name uit de enquête onder patiënten afgenomen blijkt dat een grote groep tevreden is met de huisartsenzorg zoals deze nu bestaat.

Inloopklinieken zijn laagdrempelig en daardoor van belang bij preventie (patiënten krijgen uitleg over hoge bloeddruk, overgewicht, roken etcetera), toch toont de patiënten enquête dat patiënten niet heel duidelijk behoefte hebben aan een inloopkliniek met preventieve taken. Als er een eigen bijdrage zou worden gevraagd, dan vindt de helft van de patiënten dit geen bezwaar, de andere helft dus wel.

Ziektekostenverzekeraars hebben destijds, bij de publicatie van de nota van de RVZ niet gereageerd. Maar uit de enquête blijkt dat zij voorzichtig zijn. Ook zij zouden deze inloopklinieken liever dicht bij de huidige huisartszorg zien. Voor deze groep geldt dat zij moeten zorgen dat een dergelijke formule rendabel moet zijn. Immers zij bepalen of deze

behandeling wordt vergoed en zij moeten ervoor zorgen dat het niet gaat leiden tot hogere ziektekosten. Hun standpunt is voorzichtig positief, dit is te begrijpen zolang de kosten van het project niet geheel duidelijk zijn.

Vraag 3: Moet ArtsenZorg kiezen voor een inloophuliciteit binnen hun bestaande infrastructuur, of moeten zij richting een bredere opzet, en overwegen om centra op te richten op stations, of in winkelcentra.

De locatie van een inloophuliciteit is onder andere afhankelijk van de mogelijkheden met betrekking tot vergoeding door de ziektekostenverzekeraar voor de geleverde zorg. Want als een inloophuliciteit binnen een bestaand gezondheidscentrum wordt opgericht dan zal de verzekering alle zorg vergoeden, want de patiënten staan daar ingeschreven. Maar als de locatie van een inloophuliciteit bijvoorbeeld een publieke ruimte wordt, zoals een treinstation, en bedoeling is dat alle passagiers zo nodig naar binnen kunnen lopen, dan zou dat wel betekenen dat hiervoor afspraken moeten worden gemaakt met de ziektekostenverzekeraars, en ook eventueel met de eigen artsen van de passagiers die binnenlopen. Dus een locatie dicht bij of binnen bestaand gezondheidscentrum is eenvoudiger, een locatie in publieke ruimte zal lastiger worden. Bovendien geven ziektekostenverzekeraars, patiëntenorganisaties en de Landelijke Huisartsen Vereniging aan dat een inloophuliciteit wat hun betreft dichtbij de huisartsenzorg moet blijven. Ook uit de enquête onder patiënten blijkt dat een groot gedeelte van de patiënten een inloophuliciteit graag binnen de muren van de huisartsenpraktijk ziet. Patiëntenverenigingen wensen vaak gemak en service, en dan is een locatie in openbare ruimtes wellicht ook een mogelijkheid.

Vraag 4: Een inloophuliciteit zoals voorgesteld in de nota van de RVZ zou betekenen dat de patiënten voor een deel binnenlopen, maar zij kunnen ook, volgens de nota, voor een deel “digitaal” binnenlopen (zelfmanagement, bijvoorbeeld bloeddruk meten, gewicht meten, suiker meten). Wat vinden patiënten(-organisaties) van deze digitale mogelijkheid? Heeft de ziektekostenverzekeraar een standpunt over digitaal inlopen?

De ziektekostenverzekeraar geeft hierover geen duidelijk standpunt, zie de resultaten van de enquête. Het lijkt erop dat zij zelfmanagement en thuismetingen niet iets vinden dat nu speciaal bij inloophuliciteiten hoort. De patiëntenverenigingen en patiënten zelf zien echter wel een toekomst met veelvuldig thuismetingen welke dan via software doorgegeven worden aan bijvoorbeeld inloophuliciteiten of andere behandelaars. Een kanttekening is wel dat veel mensen die thuis bijvoorbeeld bloeddruk opmeten of suiker opmeten dit veelal in overleg doen met vaste behandelaars en de verwachting is dat zij niet zo vaak gebruik zullen maken van de inloophuliciteit wat betreft deze metingen.

Vraag 5: In hoeverre is ArtsenZorg vrij om deze centra op te richten, of zijn zij hierbij gebonden aan wettelijke richtlijnen (overheid/politiek)?

Gespecialiseerde verpleegkundigen (nurse practitioners) hebben een aparte opleiding gevolgd. Dit is een HBO-opleiding: Master in Advanced Nursing Practice.

Hiermee kunnen zij een deel van de taken van artsen overnemen. Vaak bestaan hiervoor protocollen binnen organisaties en is er zo nodig ondersteuning van artsen die werkzaam zijn op de afdeling. Hoewel nog niet op grote schaal, worden deze nurse practitioners nu al ingezet in ziekenhuizen ,maar ook in huisartspraktijken.

Een inlooptklinik oprichten naast de eigen organisatie ArtsenZorg, dus in openbare ruimtes, zoals winkelcentra en treinstations zou waarschijnlijk niet zomaar kunnen in Nederland. Er lijkt onvoldoende draagvlak bij de verschillende organisaties (LHV, Ziektekostenverzekeraar, Orde van Medisch Specialisten). Wanneer er inlooptklinieken worden opgericht dan zou de overheid waarschijnlijk graag zien dat hiervoor binnen de verschillende partijen voldoende draagvlak bestaat. Maar juridisch bestaan er geen bezwaren. Er bestaat een erkende HBO opleiding voor nurse practitioners, eerste hulp afdelingen (low care units) werken met nurse practitioners, en in een aantal huisartspraktijken werken ook nurse practitioners, zelfs praktijken waarbij zij een inloop spreekuur doen. Echter over de financiering van deze consulten door nurse practitioners bestaat, in de huisartsenzorg (eerste lijn) ,nog discussie. Via de politiek wordt geprobeerd de kosten van de gezondheidszorg te reguleren. Daarbij wordt afgesproken dat er niet meer dan een bepaald bedrag mag worden uitgegeven in de eerste lijn. Binnen deze regulatie wordt er door ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders onderhandeld. Dus extra geld voor nurse practitioners wordt dan of elders uit de eerste lijn weggehaald of als de kosten van de eerste lijn mogen groeien (bijvoorbeeld omdat zij een deel van het werk van de tweede lijn doen) dan wordt het betaald vanuit het hogere budget.

Na deze vragen beantwoord te hebben hoop ik in hoofdstuk 6 de conclusies te formuleren, en dan zal ik in hoofdstuk 7 op basis hiervan een advies schrijven.

Hoofdstuk 6 Conclusie

Mijn scriptie geeft onder andere een verslag van literatuur onderzoek met betrekking tot de voor- en nadelen van een inloopklinik. Bovendien heb ik informatie verzameld over de meningen met betrekking tot deze inloopklinieken van verschillende partijen die een rol spelen in de gezondheidszorg. Deze gegevens zijn verzameld door middel van vragenlijsten en lezen van persberichten.

Uiteindelijk is de bedoeling dat ik vanuit de standpunten van de verschillende partijen en vanuit de ervaringen opgedaan in Engeland en Canada, voor de organisatie ArtsenZorg een advies zou kunnen gaan schrijven. Zodat zij, wanneer zij binnen hun strategisch plan kiezen voor inloopklinieken, rekening kunnen houden met meningen en ervaringen zoals deze in mijn scriptie naar voren zijn gekomen.

Uit mijn literatuur onderzoek over de walk-in centres in Engeland en Canada blijkt dat met name jong volwassenen en kinderen gebruik maken van deze centra. Verder blijkt dat met name bij mensen met chronische ziekten de communicatie met eigen huisarts belangrijk is.

In Engeland was het uitgangspunt dat het oprichten van inloopklinieken de wachttijden bij huisartsen zou verminderen. Hiernaar is onderzoek gedaan, maar dit is niet bewezen.

In de Nederlandse gezondheidszorg ontstaat stap voor stap steeds meer marktwerking. Dan zullen termen als “gemak” en “service” (voor de patiënt) een rol gaan spelen. Inloopcentra, voldoen aan deze wensen, zijn laagdrempelig, en patiënten kunnen zonder afspraak terecht, van 07.00 uur tot 22.00.

Laagdrempeligheid heeft ook nadelen. Patiënten kunnen met bepaalde klachten binnenlopen, terwijl zij dit ook makkelijk nog even thuis hadden kunnen afwachten, omdat veel klachten vanzelf overgaan. Omgekeerd kan ook: patiënt zou eigenlijk naar spoedeisende hulp post moeten gaan, maar bezoekt inloopklinik, en wordt alsnog doorverwezen. Deze twee voorbeelden doet eigenlijk vermoeden dat de patiënt ‘sturing’ nodig heeft. Dan zou een vorm van triage (patiënten worden ingedeeld naar ernst van de klachten) moeten gaan plaatsvinden. Hoewel er over voor- en nadelen van inloopklinieken wordt gesproken blijkt uit de Canadese artikelen dat dit fenomeen niet meer uit hun gezondheidszorg zal verdwijnen: ‘they are here to stay’.

Of er in Nederland inloopklinieken zullen gaan komen hangt onder andere af van de verschillende partijen zoals de Landelijke Huisarts Vereniging, Orde van Medisch Specialisten, patiëntenverenigingen, ziektekostenverzekeraars en overheid (ministerie van VWS).

Opvallend was dat de meeste organisaties voorstander zijn van laagdrempelige gezondheidszorg, waarbij onderkend wordt dat preventie van groot belang is. Inloopklinieken

kunnen hier een bijdrage leveren. Maar uit de vragenlijsten bleek dat ziektekostenverzekeraars belangrijk vinden dat, als dergelijke structuren worden opgezet, dat dit dan zoveel mogelijk gebeurt binnen de al bestaande huisartsen infrastructuur.

Daar vinden zij ook de Landelijke Huisartsen Vereniging aan hun kant, zij zien ook liever dat hun eigen infrastructuur wordt versterkt. Zodat het voorstel van de RVZ daarbinnen kan worden uitgevoerd. Beide organisaties staan dus terughoudend tegenover een nieuwe “behandelplek” binnen de gezondheidszorg.

De enquête afgenomen onder 355 patiënten toont dat patiënten redelijk tevreden zijn over de huidige situatie in de eerste lijn. Ook uit de vragenlijsten aan de patiëntenverenigingen blijkt dat de huisarts een belangrijke rol moet blijven spelen.

Patiënten (verenigingen) vinden ruime openingstijden belangrijk en hebben geen bezwaar tegen de rol van een gespecialiseerde verpleegkundige bij de behandeling van kleine kwalen. Dit laatste was bij de reactie van de Orde van Medisch Specialisten wel een punt, daar werd namelijk bezorgd gesproken over het feit dat het wel van groot belang is dat wanneer de patiënt de gezondheidszorg binnenloopt er dan ook een juiste diagnose wordt gesteld.

Een aparte groep zijn de patiënten met chronische ziekten (bijv. diabetes, reuma, astma). Deze mensen hebben vaak al afspraken lopen bij hun eigen huisartsen of specialisten. Als zij een inlooptklinik bezoeken moet er extra worden gelet op een goede overdracht naar de eigen behandelaars.

Er waren ook vragen over zelf management, waarbij de patiënt bijvoorbeeld thuismetingen doet en dit dan eventueel via computer met een inlooptklinik bespreekt. Patiëntenverenigingen zien voordelen, en zien dit als service aan de patiënt, en in de toekomst van groot belang. Ziektekostenverzekeraars vinden zelfmanagement minder belangrijk, althans voor een inlooptklinik.

Tenslotte werd ook een vraag gesteld over de eventuele locatie van de inlooptklinik. Hierbij vonden de ziektekostenverzekeraars een plek dichtbij de huidige huisartsenpraktijk belangrijk. Dit is ook terug te vinden in de enquête onder 355 patiënten. De patiëntenverenigingen vinden dat ook, maar zien ook weer het gemak en service van een openbare locatie, bijvoorbeeld op een station, zodat forensen hiervan eventueel gebruik kunnen maken.

Hoofdstuk 7 Advies aan ArtsenZorg

ArtsenZorg zou in de toekomst hun organisatie kunnen verbeteren door een of meerdere inloophulpeiliteiten op te richten binnen hun huidige infrastructuur. Waarbij nurse practitioners worden ingezet om patiënten met kleine kwalen, zonder afspraak, te beoordelen. Ruime openingstijden, zoals in het buitenland, lijken belangrijk. Als ArtsenZorg op deze manier ervaring kan opdoen met inloophulpeiliteiten dan hebben zij mogelijk een voorsprong opgebouwd ten aanzien van andere zorgaanbieders in de eerste lijn. Wanneer dan in de toekomst toch inloophulpeiliteiten worden opgericht in openbare ruimtes, dan kan ArtsenZorg profiteren van deze voorsprong.

- ❖ Hieronder volgen de belangrijkste argumenten: Goede ervaringen buitenland, inloophulpeiliteiten bestaan daar vaak langer 20 jaar.
- ❖ In verband met marktwerking gezondheidszorg is gemak en service belangrijk (ruime openingstijden) (hierdoor mogelijk meer patiënten die zich zullen inschrijven bij ArtsenZorg))
- ❖ Goedkopere nurse practitioners doen deels het werk van huisarts of eerste hulp arts. (zowel patiënten als verzekeraars zien behandeling door verpleegkundige niet als een nadeel en ook de overheid heeft geen bezwaar). Voor ArtsenZorg mogelijk besparing van 57.500 euro (bij 20 consulten per dag per norm-praktijk=2300 patiënten, bij 40.000 ingeschreven patiënten binnen ArtsenZorg)
- ❖ Eén inloophulpeiliteit voor meerdere ArtsenZorg centra (anders te veel rustige uren) of flexibele inzet van de nurse practitioners (óók bijvoorbeeld bij spreekuren voor diabetes en hoge bloeddruk)
- ❖ Door innovatie meer efficiëntie en dus kans op betere contracten met verzekeraar.
- ❖ Laagdrempelige zorg (geen afspraak nodig) kan gunstig zijn in kader van preventieve zorg.
- ❖ Een inloophulpeiliteit binnen de gezondheidscentra in plaats van in openbare ruimten lijkt voor de zorg voor chronisch zieken een betere oplossing.
- ❖ Triage is belangrijk zodat patiënt niet op verkeerde plek “binnenkomt”. Een inloophulpeiliteit binnen de muren van ArtsenZorg maakt triage makkelijk uitvoerbaar.
- ❖ Inloophulpeiliteit past in toekomstvisie overheid (zie advies RVZ). Er zal voldoende draagvlak zijn bij de Landelijke Huisarts Vereniging, de Orde van Medisch Specialisten, en de ziektekostenverzekeraars en patiëntenverenigingen. Mits de inloophulpeiliteit binnen de huidige ArtsenZorg organisatie wordt gestart.
- ❖ Wanneer er op den duur toch draagvlak is voor openbare inloophulpeiliteiten dan zal de organisatie ArtsenZorg een voorsprong hebben op de concurrentie, omdat ze dan

inmiddels binnen hun organisatie al lange tijd ervaring hebben opgedaan met deze formule. Wanneer de ziektekostenverzekeraar de verrichtingen binnen een openbare inloopkliniek gaat vergoeden dan kan ArtsenZorg overwegen om te starten.

Literatuurlijst

Brienen, J., van Straalen, L., & Vrijland, E. (2008) *Een spreekuur voor nurse practitioner*. Tijdschrift voor praktijk ondersteuning (2008), blz. 94-96.

Chalder, M., Montgomery, A., Hollinghursts, S., Cooke, M., Munro, J., Lattimer, V., Sharp, D. & Salisbury, C. (2007). *Comparing care at walk-in centres and at emergency departments: an exploration of patient satisfaction*. Emergency Medicine Journal (2007) 22 maart, blz. 260-264.

Dierick-van Daele, A.T.M., Metsemakers, J.F.M., Derckx, E.W.C.C., Spreeuwenberg, C. & Vrijhoef, H.J.M. (2008). *Nurse Practitioner in de huisartsenpraktijk*. Maastricht UMC+ (2008) november

Hsu, R.T., Lambert, P.C., Dixon-Woods, M. & Kurinczuk, J.J. (2003). *Effect of NHS walk-in centre on local primary care healthcare services: before and after observational study*. British Medical Journal (2003), 8 maart, blz. 326-530.

Jackson, C.J., Dixon-Woods, M., Hsu, R. & Kurnczuk J.J. (2005). *A qualitative study of choosing and using an NHS Walk-in Centre*. Family Medicine (2005), 1 april

Jones, M. (2000). *Walk-in primary medical care centres: lessons from Canada* British Medical Journal (2000), 14 oktober, blz. 928-931.

Maheswaran, R., Pearson, T., Munro, J., Jiwa, M., Campbell, M.J. & Nicholl, J. (2007). *Impact of NHS walk-in centres on primary care access times: ecological study*. British Medical Journal (2007), 9 maart, blz. 334-838

Methrota A., Lui H., Adams J.L., Wang M.C., Lave J.R., Thygeson N.M., Solberg L.I., McGlynn E.A. (2010) *Comparing Costs and Quality of Care at Retail Clinics With That of Other Medical Settings for 3 Common Illnesses*. (2010), 16 februari, blz. 155-266

Mundinger M.O., Kane R.L., Lenz E.R., Totten A.M., Tsai W.Y., Cleary P.D., Friedewald W.T., Siu A.L., Shelanski M.L. (2000) *Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians*. (2000) 5 januari, blz. 59-68.

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2010). *Rapport: Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. April

Salisbury, C. (2007). *Editorials NHS Walk-in centres*. British Medical Journal (2007), 21 april, blz. 808-809.

Internet:

ArtsenZorg.

www.ArtsenZorg.nl (25 april 2011)

Huisartsen zien niets in inloopcentra (Reactie van de Landelijke Huisartsen Vereniging).

<http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/nieuws/article/detail/1097682/2010/04/14/Huisartsen-zien-niets-in-inloopcentra.dhtml> (25 april 2011)

Inloopcentra overbodig (Reactie van de Landelijke Huisartsen Vereniging).

<http://lhv.artsennet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Inloopcentra-overbodig.htm> (25 april 2011)

National Health Service

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/Walk-incentresFAQ.aspx> (25 april 2011)

NRC

<http://www.nrc.nl/nieuws/2011/05/24/schippers-wettelijke-basis-voor-regionaal-epd/> (3 juli 2011)

Reactie Orde RVZ-rapport 'Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening' (Reactie van de Orde van Medische Specialisten).

<http://orde.artsennet.nl/Nieuws/Nieuwsartikel/Reactie-Orde-RVZrapport-Zorg-voor-je-gezondheid-Gedrag-en-gezondheid-de-nieuwe-ordening.htm> (25 april 2011)

Zorgvisie

www.zorgvisie.nl/2010/02/2/nummer-3 (9 juli 2011)

BIJLAGE 1

Ziektetekostenverzekeraars enquête

Ziektekostenverzekeraars enquête

Vraag 1

In mijn inleiding heb ik in het kort verteld over inloopcentra. Ook de Raad van Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft hierover voorstel gedaan. Is een laagdrempelige eerstelijns service voor kleine aandoeningen, met gespecialiseerde verpleegkundige als behandelaar voor de ziektekostenverzekeraar belangrijk?

1 2 3 4 5
(1 = niet belangrijk) (5 = belangrijk)

Opmerking.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 2

Een inloopcentra kan bijvoorbeeld worden opgericht vlakbij een eerste hulp van een ziekenhuis, of in het gebouw van een huisarts. Maar zou ook in het openbaar kunnen worden geplaatst (bijvoorbeeld op het station, in een winkelcentrum, in een bibliotheek, etcetera). Welke locatie spreekt u het meest aan?

- 1 Bij een eerste hulp post ziekenhuis
- 2 Bij de huisarts
- 3 In het openbaar
- 4 Geen mening

Opmerking.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 3

Het zou ook kunnen zijn dat patiënten eerst bij een inloopcentra komen en dan worden doorverwezen naar bijvoorbeeld de huisarts. Dit is dan een dubbelbezoek. Het kan ook zijn dat patiënten met moeite de weg vinden in de eerste lijn, er komt namelijk weer een nieuwe 'behandelplaats' bij. Misschien vindt u dat inloopcentra niet nodig zijn en dat er meer moet worden gekeken naar aanpassen van huisartszorg of aanpassen van zorg via eerste hulp posten.

Ik vind inloopcentra overbodig en zoek meer naar oplossingen binnen bestaand organisaties

Inloopcentra overbodig?

1 Ja

2 Nee

3 Geen Mening

Opmerking.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 4

In de discussienota van de RVZ wordt gesproken over eventueel inloopcentra met deels een functie als behandelplek voor kleine aandoeningen (zoals in Engeland) en deels een plaats waar ook consultatiebureau, consultatiebureau voor ouderen en GGD reizigersgeneeskunde (vaccinaties) aanwezig zijn. Een hele grote organisatie met ook allerlei functies zoals deze nu door de gemeente (GGD) wordt gedaan.

Het spreekt mij aan dat vele functies in één centrum wordt uitgevoerd. Of ik vind dit te groot en te onoverzichtelijk. Voor u is het groot maken van een inloopcentra:

1 2 3 4 5

(1 = niet belangrijk) (5 = belangrijk)

Opmerking.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 5

Welke rol speelt de huisartsenpost? Zou een inloopcentrum misschien het beste via de bestaande huisartsenpost opgezet kunnen worden?

Wat vindt u van het plan om de inloopcentra vanuit de bestaande huisartsenpost op te richten?

1 2 3 4 5

(1 = niet belangrijk) (5 = belangrijk)

Opmerking.....
.....
.....
.....

Vraag 6

Misschien gaat ook een digitaal inloopcentrum in de toekomst een rol spelen. Patiënten kunnen dan ‘digitaal inlopen’ en vragen stellen over kleine aandoeningen. Maar misschien kunnen bijvoorbeeld ook suikerpatiënten of patiënten met hoge bloeddruk hun zelf opgemeten suiker, bloeddruk en gewicht via het digitaal inloopcentrum bespreken. Dit ‘zelf management’ zou in de toekomst ook wel eens een efficiënte weg kunnen zijn. Een digitaal inloopcentrum en in het bijzonder zelfmanagement via digitaal inloopcentrum is voor u:

1 2 3 4 5
(1 = niet belangrijk) (5 = belangrijk)

Opmerking.....
.....
.....
.....

Vraag 7

In de nota staat vermeld dat er extra aandacht moet komen voor preventie en dat het gedrag van patiënten (leefstijl) extra belangrijk is (kiezen voor “gedrag en gezondheid in plaats van zorg en ziekte”).

Aandacht voor leefstijl en preventie kan goed via inloopcentra door gespecialiseerde verpleegkundige plaats vinden.

- 1 Ja, leefstijl en preventie past goed in inloopcentra
- 2 Nee, leefstijl en preventie past niet goed in inloopcentra
- 3 Geen mening

Opmerking.....
.....
.....
.....

Vraag 8

Uit onderzoek in het buitenland blijkt dat met name de begeleiding van chronische zieken via inloopcentra moeilijk gaat. De informatie overdracht naar eigen huisarts is niet steeds goed gedaan.

Vind u het belangrijk dat ook chronische zieken naar inloopcentra moeten kunnen gaan? Daarom is dit een argument ook inloopcentra bij de huisartsenpraktijk op te richten.

- 1 Ja, dit is een goede reden om inloopcentra bij huisartsenpraktijken op te richten
- 2 Nee, dit is geen goed idee
- 3 Geen mening

Opmerking.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 9

Een laagdrempelige inloopkliniek wordt mogelijk door veel patiënten bezocht. Dit kan voor preventieve gezondheidszorg kosten effectief zijn. Echter het is mogelijk dat de kosten toch stijgen. Gaat u als zorgverzekeraar een eigen bijdrage vragen of misschien de premie verhogen? Of doet u dit niet omdat de verpleegkundigen mogelijk goedkoper zijn dan de huisarts?

- 1 Eigen bijdrage vragen/premie verhogen
- 2 Geen eigen bijdrage vragen/premie verhogen
- 3 Weet u nog niet

Opmerking.....
.....
.....
.....
.....

BIJLAGE 2

Patiëntenverenigingen enquête

Patiëntenverenigingen enquête

Vraag 1

Zoals gezegd in de inleiding, de inloopcentra hebben ruime openingstijden (namelijk zeven uur in de ochtend tot tien uur in de avond). Vindt u deze toegangstijden belangrijk of vindt u dat de huidige organisatie van de eerste lijn voldoende toegankelijk is?

1 2 3 4 5

(1 = niet belangrijk) (5 = belangrijk)

Opmerking.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 2

Het gaat bij deze inloopcentra om kleine aandoeningen welke worden behandeld door gespecialiseerde verpleegkundige. Is het voor u een bezwaar dat kleine aandoeningen door een gespecialiseerde verpleegkundige wordt behandeld in plaats van een huisarts?

1 2 3 4 5

(1 = bezwaar) (5 = geen bezwaar)

Opmerking.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 3

Er is dus sprake van een nieuwe 'behandelplaats' in de eerstelijnszorg. Er bestaat reeds: eerste hulp van ziekenhuizen, huisartsenposten en huisartsenpraktijken. Misschien vindt u het niet nodig dat er opnieuw een centrum wordt geopend en vindt u het beter dat binnen de huidige structuur aanpassingen worden gemaakt, zodat mensen zonder afspraak terecht kunnen voor kleine aandoeningen.

Vindt u het belangrijk dat de huidige organisatie wordt aangepast in plaats van een nieuw centrum voor kleine aandoeningen op te richten?

1 2 3 4 5

(1 = niet belangrijk dat de huidige organisatie wordt aangepast)

(5 = wel belangrijk dat de huidige organisatie wordt aangepast)

Opmerking.....
.....
.....

.....
.....

Vraag 4

In Engeland bestaan inloopcentra 'in het openbaar', hiermee wordt bedoeld dat u ze kunt vinden op bijvoorbeeld het station, in het winkelcentrum of in een bibliotheek. Is het voor u belangrijk dat dit soort centra voor kleine aandoeningen op allerlei plaatsen wordt opgericht of vindt u het belangrijk dat deze centra binnen een huisartsenpraktijk wordt opgericht.

Vindt u het belangrijk dat deze laagdrempelige centra op vele plaatsen (openbaar) beschikbaar zijn in plaats van allen bij huisartsenpraktijken?

1 2 3 4 5

(1 = centra openbaar plaatsen) (5 = centra binnen huisartsenpraktijk)

Opmerking.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 5

Uit onderzoek in het buitenland blijkt dat met name de begeleiding van chronische zieken via inloopcentra moeilijk gaat. De informatie overdracht naar eigen huisarts is niet steeds goed gedaan.

Vind u het belangrijk dat ook chronische zieken naar inloopcentra moeten kunnen gaan? Daarom is dit een argument ook inloopcentra bij de huisartsenpraktijk op te richten.

1 Ja, dit is een goede reden om inloopcentra bij huisartsenpraktijken op te richten

2 Nee, dit is geen goed idee

3 Geen mening

Opmerking.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 6

Als in de toekomst steeds meer mensen een beroep gaan doen op de gezondheidszorg dan wordt preventie van ziekten steeds belangrijker. Preventieve taken zouden ook in inloopcentra kunnen worden uitgevoerd (bijvoorbeeld screenen op suikerziekte, screenen op overgewicht en geven van dieet adviezen). Is het belangrijk voor u dat preventieve taken laagdrempelig beschikbaar zijn, bijvoorbeeld via inloopcentra of is dat niet zo belangrijk en is het goed te regelen via de huidige gezondheidszorg instanties?

Vind u het belangrijk dat er een centrum komt waar laagdrempelige informatie beschikbaar is over preventie van ziekten?

1 2 3 4 5

(1 = niet belangrijk) (5 = belangrijk)

Opmerking.....
.....
.....
.....
.....

Vraag 7

De laatste vraag gaat over zelf management en digitale toegang tot inlooptklinieken. Als patiënten thuis hun bloeddruk of hun bloedsuiker opmeten zouden zij dit vervolgens via email kunnen overleggen met bijvoorbeeld een gespecialiseerde verpleegkundige. Dit is mogelijk een efficiënte methode om patiënten te controleren. Is het belangrijk voor u dat er meer mogelijkheden komen voor zelfmanagement en digitaal overleg met de behandelaar of vindt u de huidige organisatie voldoende?

Het is belangrijk dat patiënten 'digitaal kunnen inlopen' om te overleggen over bijvoorbeeld zelfmetingen?

1 2 3 4 5

(1 = niet belangrijk) (5 = belangrijk)

Opmerking.....
.....
.....
.....
.....

BIJLAGE 3

Patiënten enquête en resultaten

In hoofdstuk 3 werden de resultaten van vraag 1 tot en met 8 van de enquête getoond, doormiddel van tabellen en grafieken. Vraag 9 wordt in deze bijlage ook grafisch weergegeven.

Patiënten enquête

1. Vindt u het belangrijk dat u zonder een afspraak te maken hulp kan krijgen voor kleine medische klachten?
1 2 3 4 5
(1 = niet belangrijk, 5 = belangrijk)
2. Het gaat bij deze inloopcentra dus om kleine aandoeningen, welke worden behandeld door een ervaren gespecialiseerde verpleegkundige in plaats van uw huisarts. Is dit voor u een bezwaar?
1 2 3 4 5
(1 = geen bezwaar, 5 = het is een bezwaar)
3. De openingstijden van deze inloopcentra zijn ruim. U kunt van 7:00 tot 22:00 uur terecht. Is het voor u belangrijk dat u ook 's morgens vroeg en 's avonds laat terecht kunt?
1 2 3 4 5
(1 = niet belangrijk, 5 = belangrijk)
4. Bent u tevreden over de wachttijd bij uw huisarts? Of moet u soms te lang wachten om een afspraak te krijgen?
1 2 3 4 5
(1 = niet tevreden, 5 = tevreden)
5. Indien er ook in uw stad inloopcentra worden opgericht, is de locatie voor u belangrijk? Wilt u graag dat inloopcentra in het gebouw van uw huisarts komen of geeft u de voorkeur aan openbare locaties (bijvoorbeeld het station, het winkelcentrum, de bibliotheek)?
1 voorkeur voor in het gebouw van de huisarts
2 voorkeur voor openbare locatie
3 geen voorkeur
6. Misschien bent u tevreden met de huidige situatie waarbij u voor kleine aandoeningen terecht kunt bij uw huisarts of eventueel de eerste hulp afdeling van een ziekenhuis. Dus misschien zit u niet te wachten op een nieuwe plek waar u terecht kan met een medisch probleem.
1 2 3 4 5
(1 = niet tevreden met de huidige situatie, 5 = tevreden met de huidige situatie)

7. Misschien dat inloopklinieken, waar patiënten met kleine kwalen worden behandeld, erg populair worden. Als patiënten vaak langs gaan dan kan de ziektekostenverzekeraar dit te duur vinden. Als de ziektekostenverzekeraars €5,- euro per bezoek vraagt, vindt u dit dan redelijk?

1 2 3 4 5

(1 = niet redelijk, 5 = redelijk)

8. In de toekomst wordt de gezondheidszorg steeds duurder. Daarom is preventie erg belangrijk. Preventie betekent onder andere niet roken, gezonde voeding, bloeddruk controle. Heeft u behoefte aan een plek waar u makkelijk terecht kan voor preventieve adviezen?

1 2 3 4 5

(1 = geen behoefte, 5 = wel behoefte)

9. Waar zou u naar toegaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kiest u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien? (Omcirkel wat voor u van toepassing is)

❖ Verkoudheid/keelpijn/oorpijn	huisarts/inloopkliniek
❖ Pijnlijke rug, knie of verstuikte enkel	huisarts/inloopkliniek
❖ Oppervlakkige brandwond(-en)	huisarts/inloopkliniek
❖ Kortademig/benauwdheid	huisarts/inloopkliniek
❖ Diarree	huisarts/inloopkliniek
❖ Koorts	huisarts/inloopkliniek
❖ Advies over dieet/gewicht/stoppen met roken	huisarts/inloopkliniek
❖ Huiduitslag	huisarts/inloopkliniek
❖ Bloeddrukcontrole	huisarts/inloopkliniek
❖ Buikpijn	huisarts/inloopkliniek
❖ Vaccinaties	huisarts/inloopkliniek
❖ Advies anticonceptie	huisarts/inloopkliniek
❖ Pijn op borst	huisarts/inloopkliniek
❖ Controle bloedsuiker	huisarts/inloopkliniek
❖ Slaapstoornissen	huisarts/inloopkliniek
❖ Vragen over alcohol/drugs	huisarts/inloopkliniek

Geslacht

0 Man

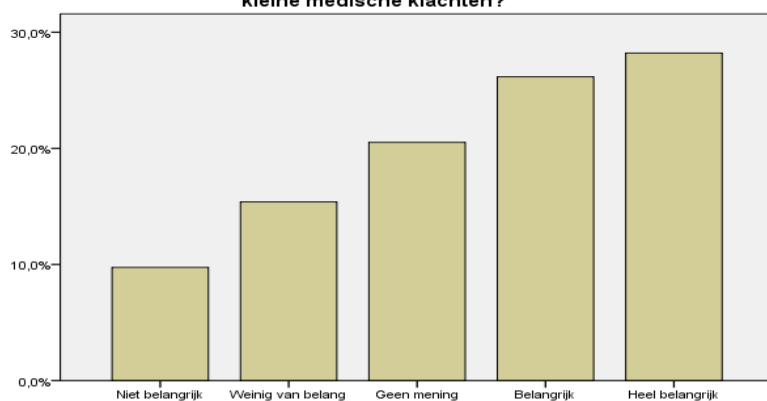
0 Vrouw

Leeftijd

.....

Vraag 1

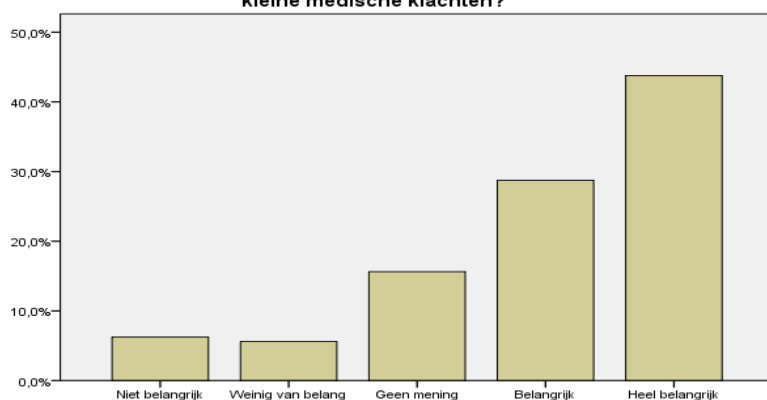
Vindt u het belangrijk dat u zonder afspraak te maken hulp kan krijgen voor kleine medische klachten?



A&Z	Aantal	Procent
Niet belangrijk	19	9,7
Weinig van belang	30	15,4
Geen mening	40	20,5
Belangrijk	51	26,2
Heel belangrijk	55	28,2
Totaal	195	100,0

Vraag 1

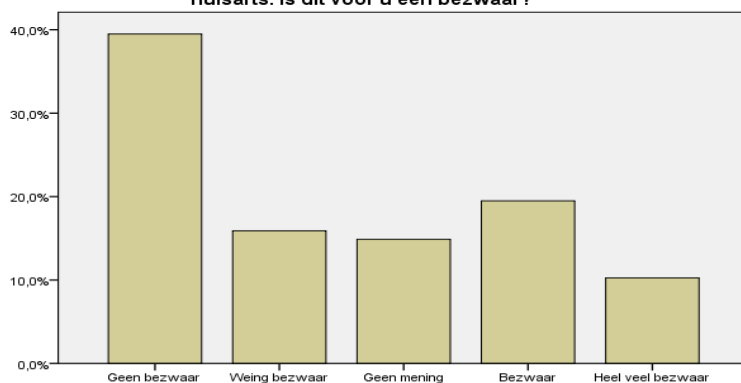
Vindt u het belangrijk dat u zonder afspraak te maken hulp kan krijgen voor kleine medische klachten?



Solist	Aantal	Procent
Niet belangrijk	10	6,3
Weinig van belang	9	5,6
Geen mening	25	15,6
Belangrijk	46	28,8
Heel belangrijk	70	43,8
Totaal	160	100,0

Vraag 2

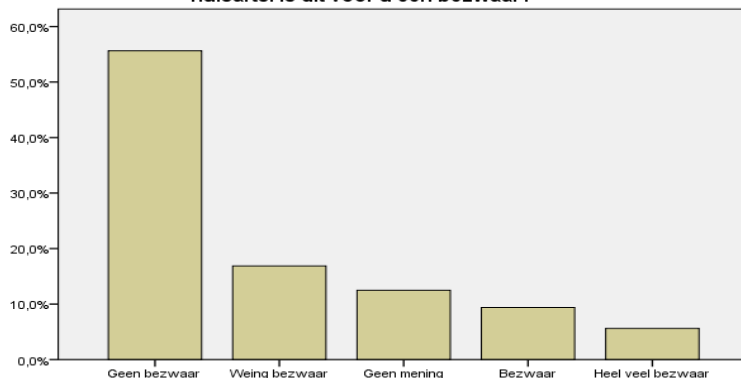
Het gaat bij deze inloopcentra dus om kleine aandoeningen, welke worden behandeld door een ervaren gespecialiseerde verpleegkundige in plaats van uw huisarts. Is dit voor u een bezwaar?



A&Z	Aantal	Procent
Geen bezwaar	77	39,5
Weinig bezwaar	31	15,9
Geen mening	29	14,9
Bezwaar	38	19,5
Heel veel bezwaar	20	10,3
Totaal	195	100,0

Vraag 2

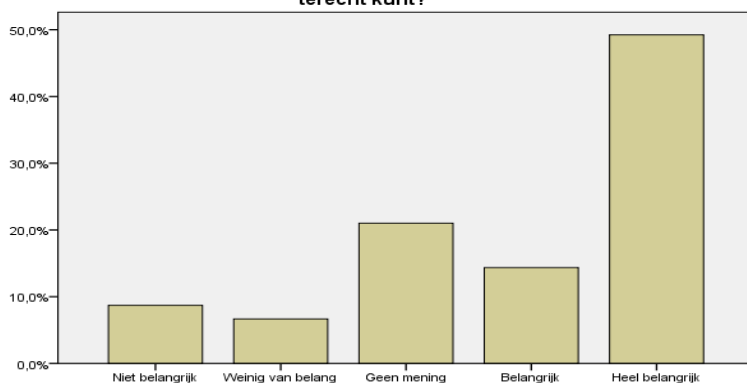
Het gaat bij deze inloopcentra dus om kleine aandoeningen, welke worden behandeld door een ervaren gespecialiseerde verpleegkundige in plaats van uw huisarts. Is dit voor u een bezwaar?



Solist	Aantal	Procent
Geen bezwaar	89	55,6
Weinig bezwaar	27	16,9
Geen mening	20	12,5
Bezwaar	15	9,4
Heel veel bezwaar	9	5,6
Totaal	160	100,0

Vraag 3

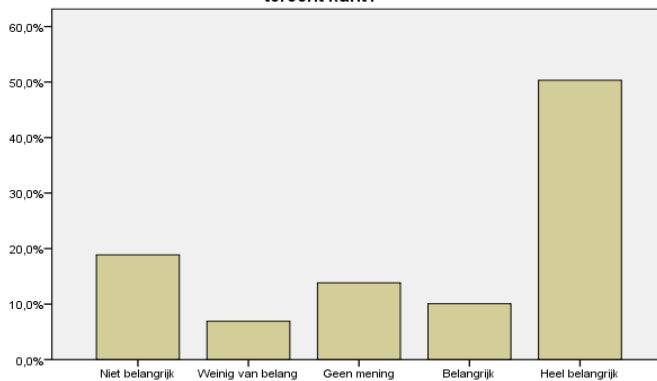
De openingstijden van deze inloopcentra zijn ruim. U kunt van 7:00 tot 22:00 uur terecht. Is het voor u belangrijk dat u ook 's morgens vroeg en 's avonds laat terecht kunt?



A&Z	Aantal	Procent
Niet belangrijk	17	8,7
Weinig van belang	13	6,7
Geen mening	41	21,0
Belangrijk	28	14,4
Heel belangrijk	96	49,2
Totaal	195	100,0

Vraag 3

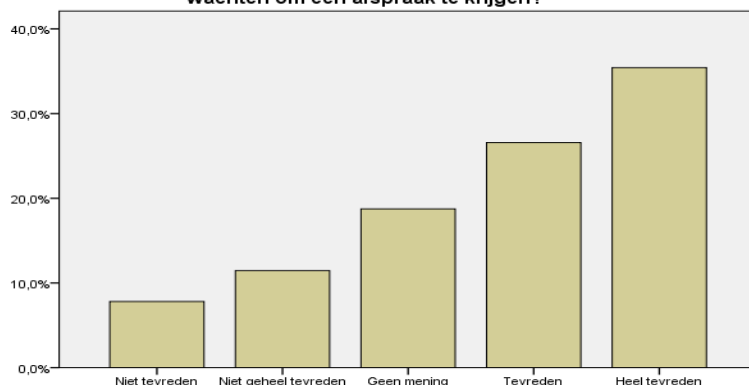
De openingstijden van deze inloopcentra zijn ruim. U kunt van 7:00 tot 22:00 uur terecht. Is het voor u belangrijk dat u ook 's morgens vroeg en 's avonds laat terecht kunt?



Solist	Aantal	Procent
Niet belangrijk	30	18,8
Weinig van belang	11	6,9
Geen mening	22	13,8
Belangrijk	16	10,0
Heel belangrijk	80	50,0
Totaal	159	99,4
Niet ingevuld	1	0,6
Totaal	160	100,0

Vraag 4

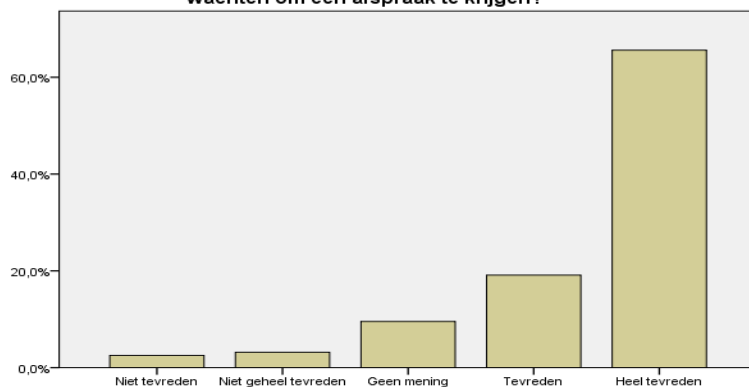
Bent u tevreden over de wachttijd bij uw huisarts? Of moet u soms te lang wachten om een afspraak te krijgen?



A&Z	Aantal	Procent
Niet tevreden	15	7,7
Niet geheel tevreden	22	11,3
Geen mening	36	18,5
Tevreden	51	26,2
Heel tevreden	68	34,9
Totaal	192	98,5
Niet ingevuld	3	1,5
Totaal	195	100,0

Vraag 4

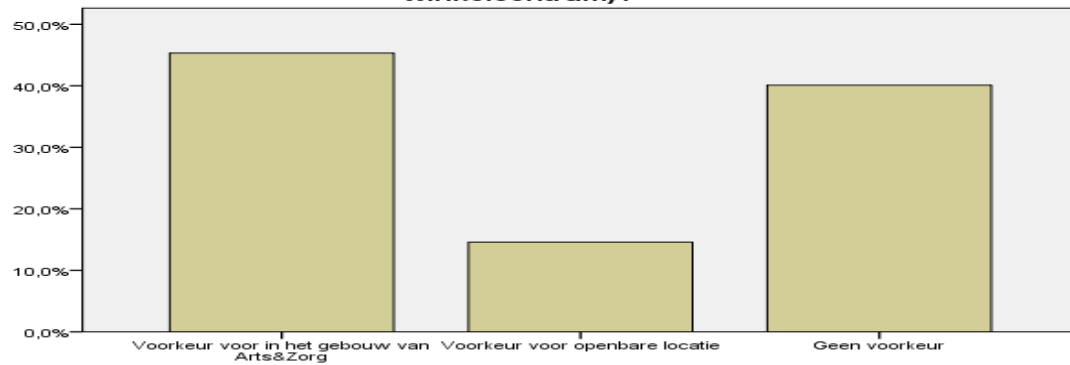
Bent u tevreden over de wachttijd bij uw huisarts? Of moet u soms te lang wachten om een afspraak te krijgen?



Solist	Aantal	Procent
Niet tevreden	4	2,5
Niet geheel tevreden	5	3,1
Geen mening	15	9,4
Tevreden	30	18,8
Heel tevreden	103	64,4
Totaal	157	98,1
Niet ingevuld	3	1,9
Totaal	160	100,0

Vraag 5

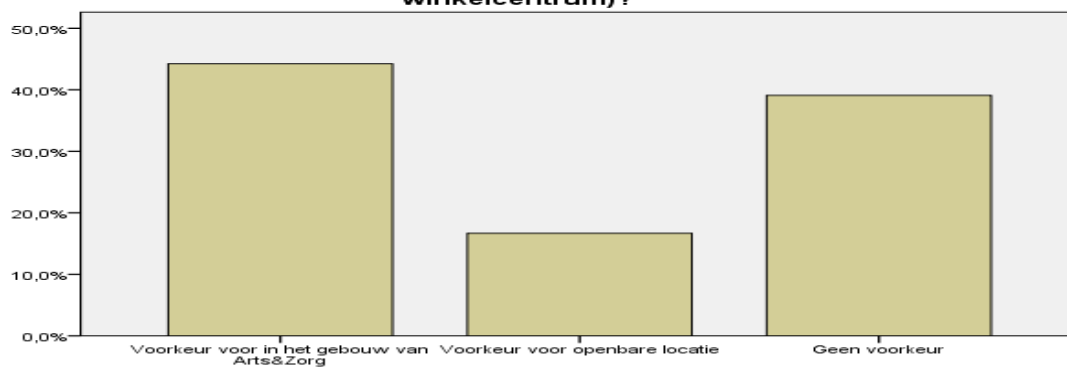
Indien er ook in uw stad inloopcentra worden opgericht, is de locatie voor u belangrijk? Wilt u graag dat inloopcentra in het gebouw van uw huisarts komen of geeft u de voorkeur aan openbare locaties (bijvoorbeeld het station, het winkelcentrum)?



A&Z	Aantal	Procent
Voorkeur voor in het gebouw van Arts&Zorg	87	44,6
Voorkeur voor openbare locatie	28	14,4
Geen voorkeur	77	39,5
Totaal	192	98,5
Niet ingevuld	3	1,5
Totaal	195	100,0

Vraag 5

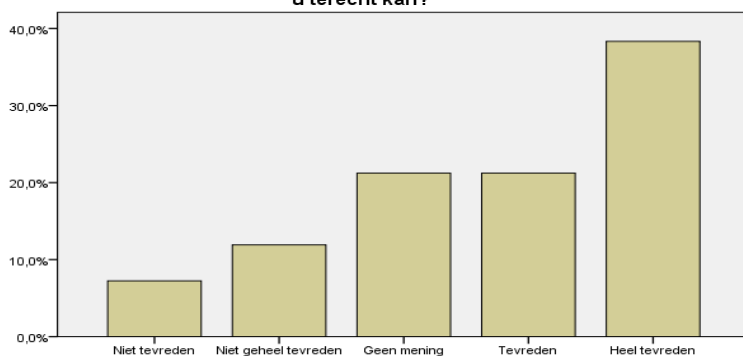
Indien er ook in uw stad inloopcentra worden opgericht, is de locatie voor u belangrijk? Wilt u graag dat inloopcentra in het gebouw van uw huisarts komen of geeft u de voorkeur aan openbare locaties (bijvoorbeeld het station, het winkelcentrum)?



Solist	Aantal	Procent
Voorkeur voor in het gebouw van Arts&Zorg	69	43,1
Voorkeur voor openbare locatie	26	16,3
Geen voorkeur	61	38,1
Totaal	156	97,5
Niet ingevuld	4	2,5
Totaal	160	100,0

Vraag 6

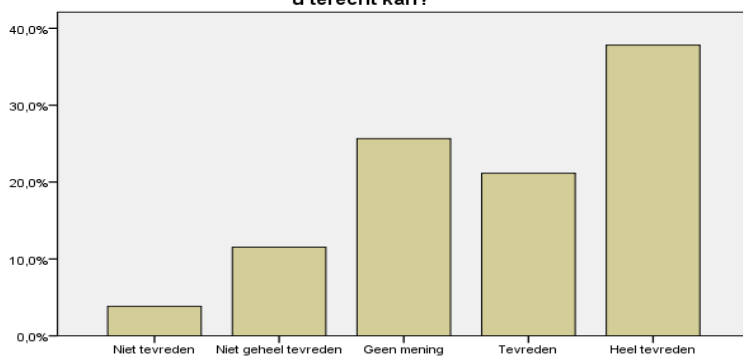
Misschien bent u tevreden met de huidige situatie waarbij u voor kleine aandoeningen terecht kunt bij uw huisarts of eventueel de eerste hulp afdeling van een ziekenhuis. Dus misschien zit u niet te wachten op een nieuwe plek waar u terecht kan?



A&Z	Aantal	Procent
Niet tevreden	14	7,2
Niet geheel tevreden	23	11,8
Geen mening	41	21,0
Tevreden	41	21,0
Heel tevreden	74	37,9
Totaal	193	99,0
Niet ingevuld	2	1,0
Totaal	195	100,0

Vraag 6

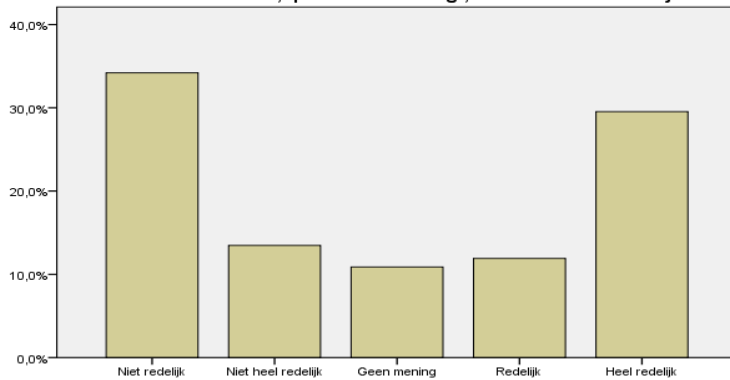
Misschien bent u tevreden met de huidige situatie waarbij u voor kleine aandoeningen terecht kunt bij uw huisarts of eventueel de eerste hulp afdeling van een ziekenhuis. Dus misschien zit u niet te wachten op een nieuwe plek waar u terecht kan?



Solist	Aantal	Procent
Niet tevreden	6	3,8
Niet geheel tevreden	18	11,3
Geen mening	40	25,0
Tevreden	33	20,6
Heel tevreden	59	36,9
Totaal	156	97,5
Niet ingevuld	4	2,5
Totaal	160	100,0

Vraag 7

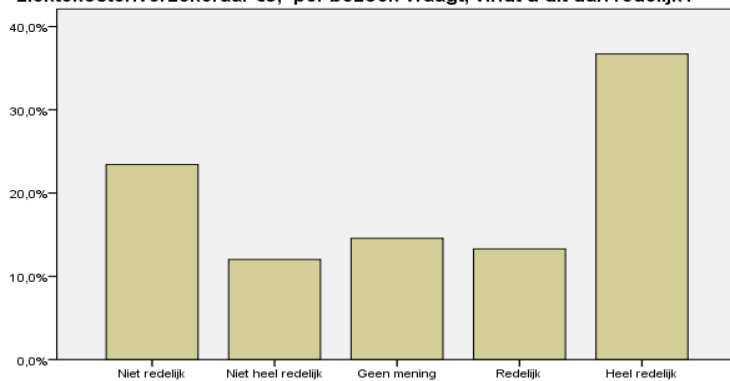
Misschien dat inloepklinieken erg populair worden. Als patiënten vaak langs gaan dan kan de ziektekostenverzekeraar dit duur vinden. Als de ziektekostenverzekeraar €5,- per bezoek vraagt, vindt u dit dan redelijk?



A&Z	Aantal	Procent
Niet redelijk	66	33,8
Niet heel redelijk	26	13,3
Geen mening	21	10,8
Redelijk	23	11,8
Heel redelijk	57	29,2
Totaal	193	99,0
System	2	1,0
Totaal	195	100,0

Vraag 7

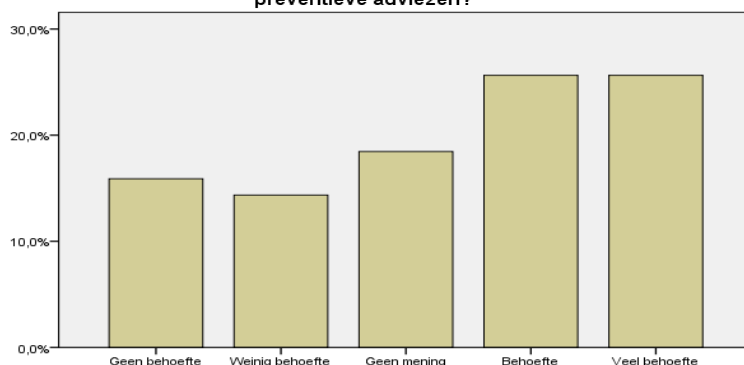
Misschien dat inloepklinieken erg populair worden. Als patiënten vaak langs gaan dan kan de ziektekostenverzekeraar dit duur vinden. Als de ziektekostenverzekeraar €5,- per bezoek vraagt, vindt u dit dan redelijk?



Solist	Aantal	Procent
Niet redelijk	37	23,1
Niet heel redelijk	19	11,9
Geen mening	23	14,4
Redelijk	21	13,1
Heel redelijk	58	36,3
Totaal	158	98,8
Niet ingevuld	2	1,3
Totaal	160	100,0

Vraag 8

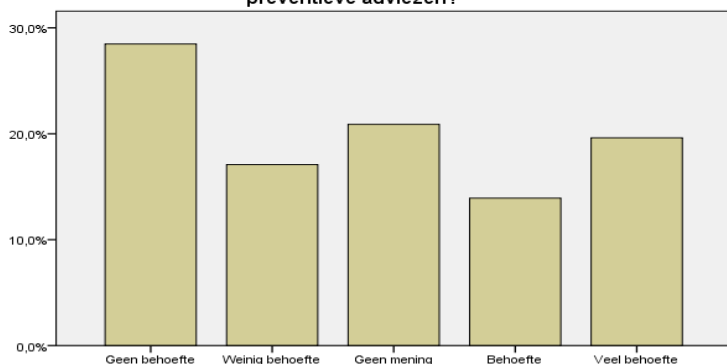
In de toekomst wordt de gezondheidszorg steeds duurder. Daarom is preventie erg belangrijk. Preventie betekent onder andere niet roken, gezonde voeding, bloeddruk controle. Heeft u aan een plek waar u makkelijk terecht kan voor preventieve adviezen?



A&Z	Aantal	Procent
Geen behoefte	31	15,9
Weinig behoefte	28	14,4
Geen mening	36	18,5
Behoeft	50	25,6
Veel behoefte	50	25,6
Totaal	195	100,0

Vraag 8

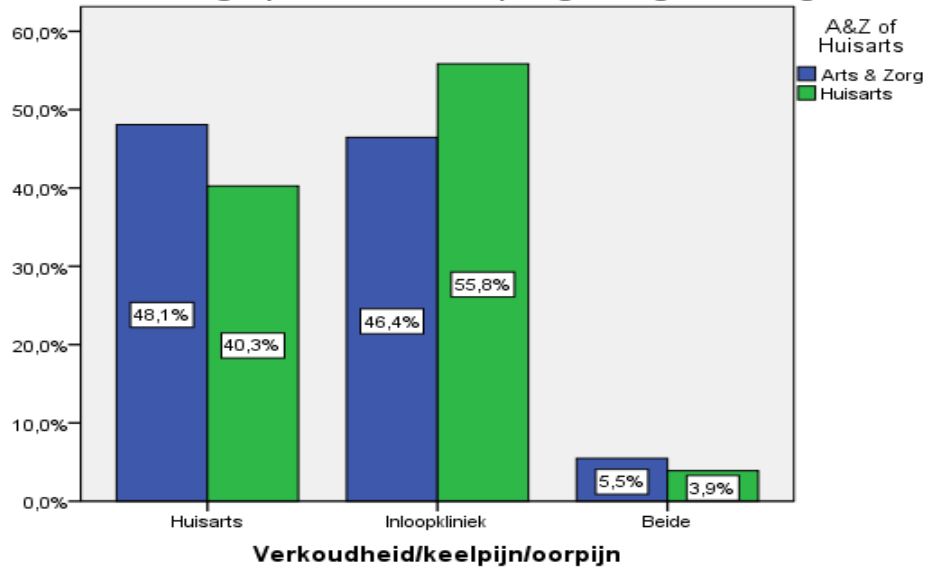
In de toekomst wordt de gezondheidszorg steeds duurder. Daarom is preventie erg belangrijk. Preventie betekent onder andere niet roken, gezonde voeding, bloeddruk controle. Heeft u aan een plek waar u makkelijk terecht kan voor preventieve adviezen?



Solist	Aantal	Procent
Geen behoefte	45	28,1
Weinig behoefte	27	16,9
Geen mening	33	20,6
Behoeft	22	13,8
Veel behoefte	31	19,4
Totaal	158	98,8
Niet ingevuld	2	1,3
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kist u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?

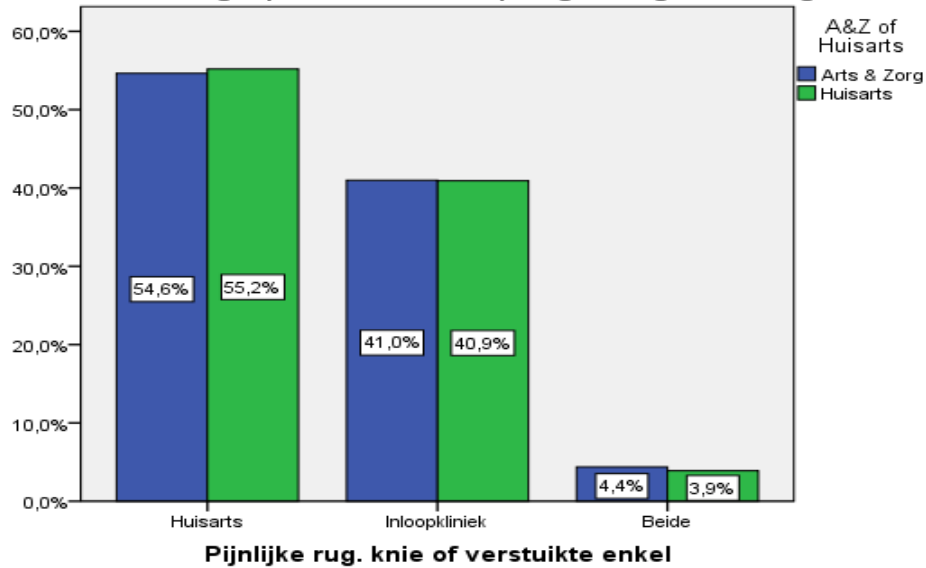


A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	88	45,1
Inloopkliniek	85	43,6
Beide	10	5,1
Totaal	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	62	38,8
Inloopkliniek	86	53,8
Beide	6	3,8
Totaal	154	96,3
Niet ingevuld	6	3,8
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kist u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?



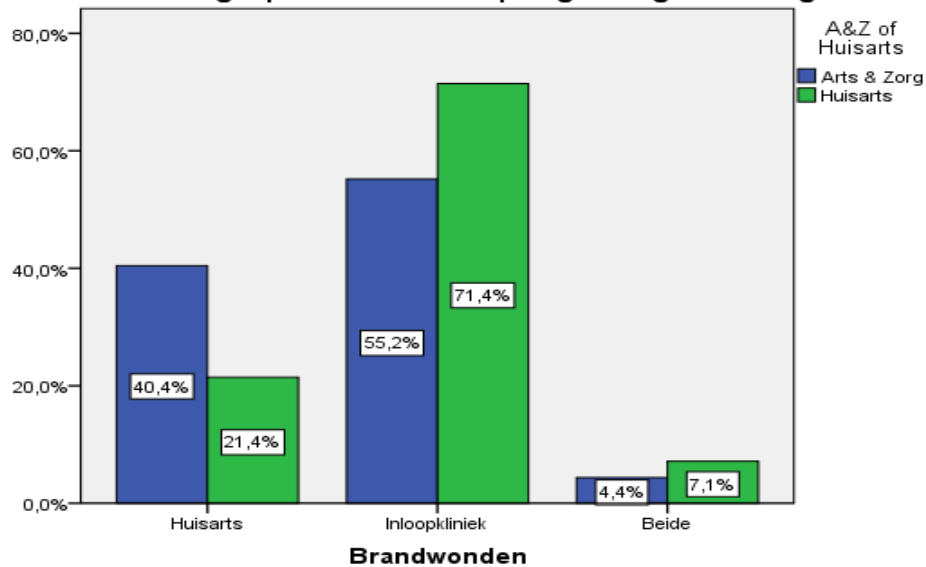
Pijnlijke rug, knie of verstuikte enkel

A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	100	51,3
Inloopkliniek	75	38,5
Beide	8	4,1
Totaal	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	85	53,1
Inloopkliniek	63	39,4
Beide	6	3,8
Totaal	154	96,3
Niet ingevuld	6	3,8
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kist u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?

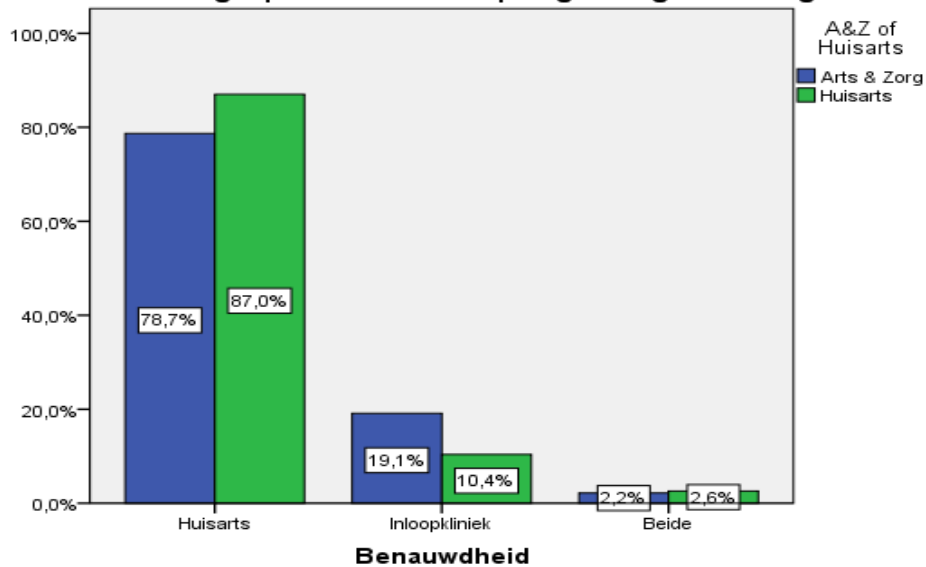


A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	74	37,9
Inloopkliniek	101	51,8
Beide	8	4,1
Totaal	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	33	20,6
Inloopkliniek	110	68,8
Beide	11	6,9
Totaal	154	96,3
Niet ingevuld	6	3,8
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kist u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?

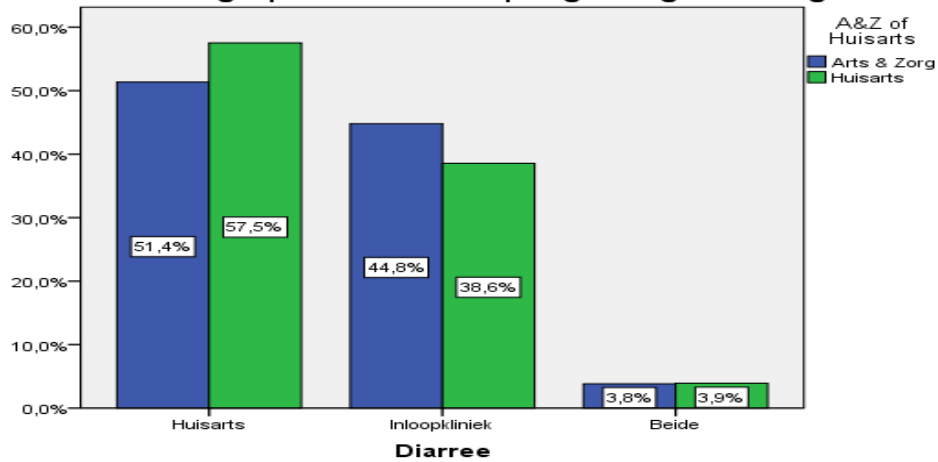


A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	144	73,8
Inloopkliniek	35	17,9
Beide	4	2,1
Totaal	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	134	83,8
Inloopkliniek	16	10,0
Beide	4	2,5
Totaal	154	96,3
Niet ingevuld	6	3,8
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kist u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?

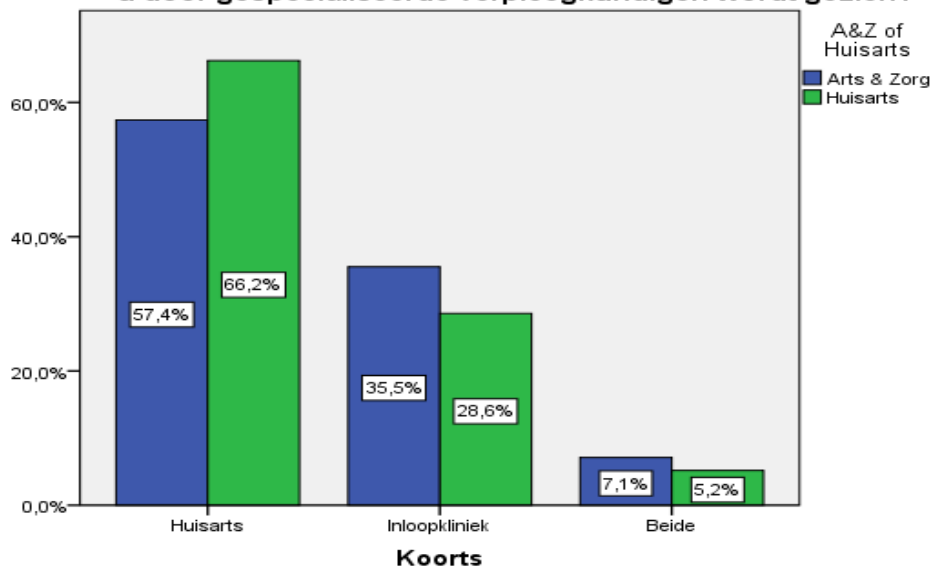


A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	94	48,2
Inloopkliniek	82	42,1
Beide	7	3,6
Total	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	88	55,0
Inloopkliniek	59	36,9
Beide	6	3,8
Total	153	95,6
Niet ingevuld	7	4,4
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kist u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?

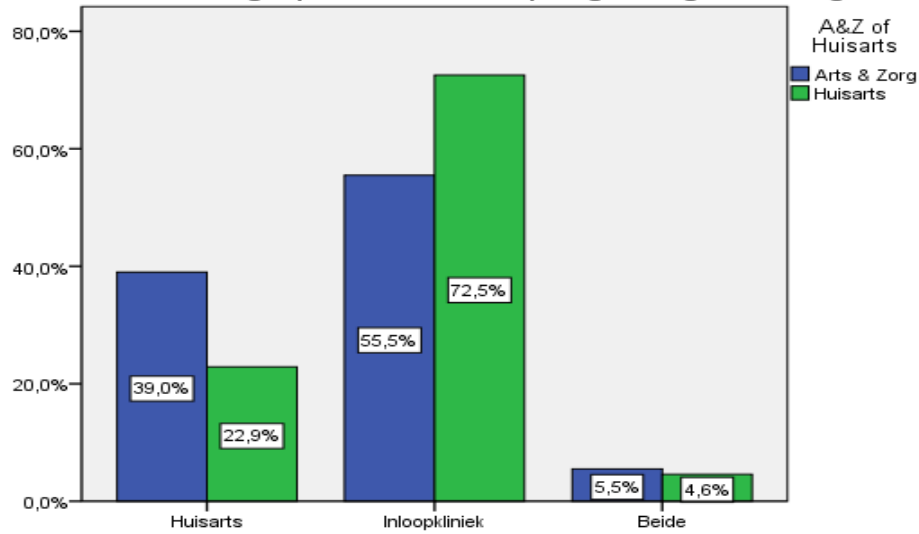


A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	105	53,8
Inloopkliniek	65	33,3
Beide	13	6,7
Totaal	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	102	63,8
Inloopkliniek	44	27,5
Beide	8	5,0
Totaal	154	96,3
Niet ingevuld	6	3,8
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kiest u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?



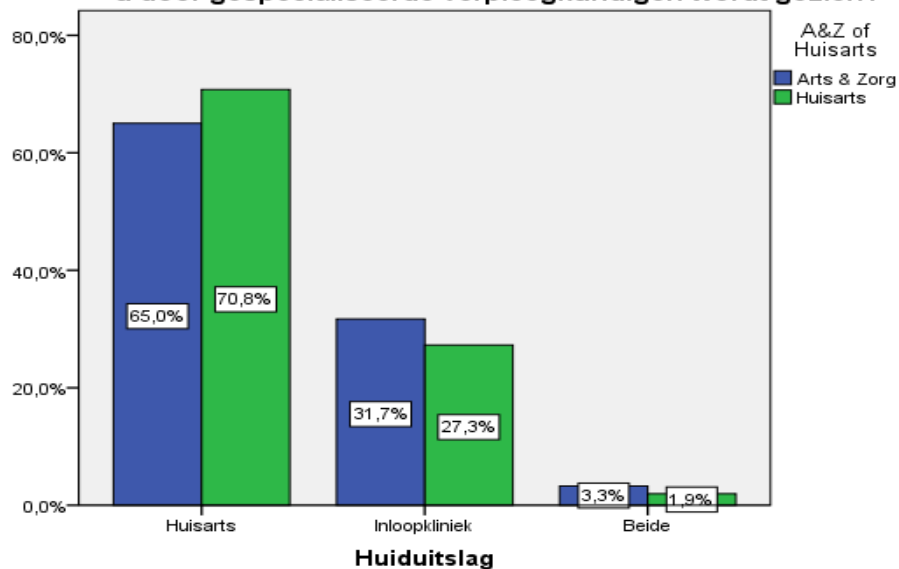
Advies over dieet/gewicht/stoppen met roken

A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	71	36,4
Inloopkliniek	101	51,8
Beide	10	5,1
Totaal	182	93,3
Niet ingevuld	13	6,7
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	35	21,9
Inloopkliniek	111	69,4
Beide	7	4,4
Totaal	153	95,6
Niet ingevuld	7	4,4
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kist u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?

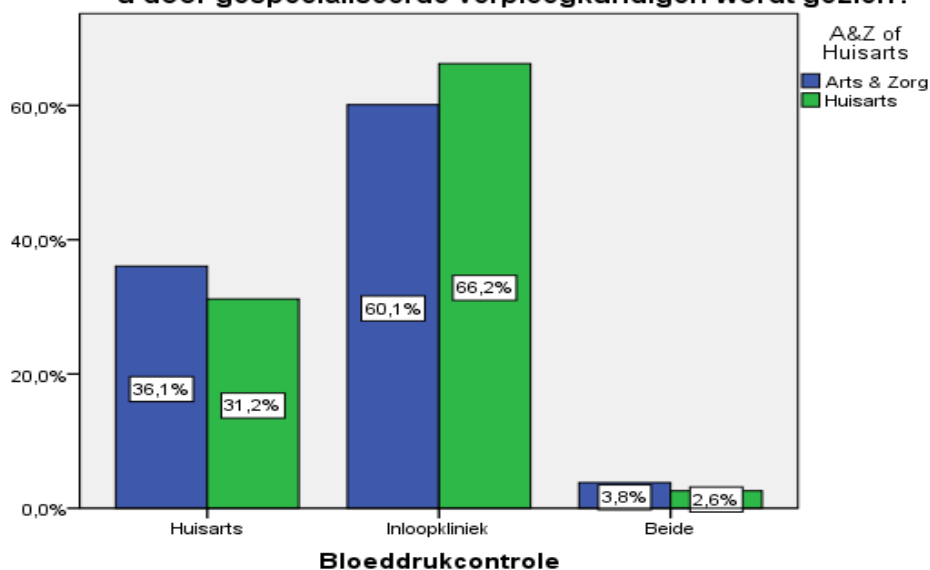


A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	119	61,0
Inloopkliniek	58	29,7
Beide	6	3,1
Total	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	109	68,1
Inloopkliniek	42	26,3
Beide	3	1,9
Total	154	96,3
Niet ingevuld	6	3,8
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kiest u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?

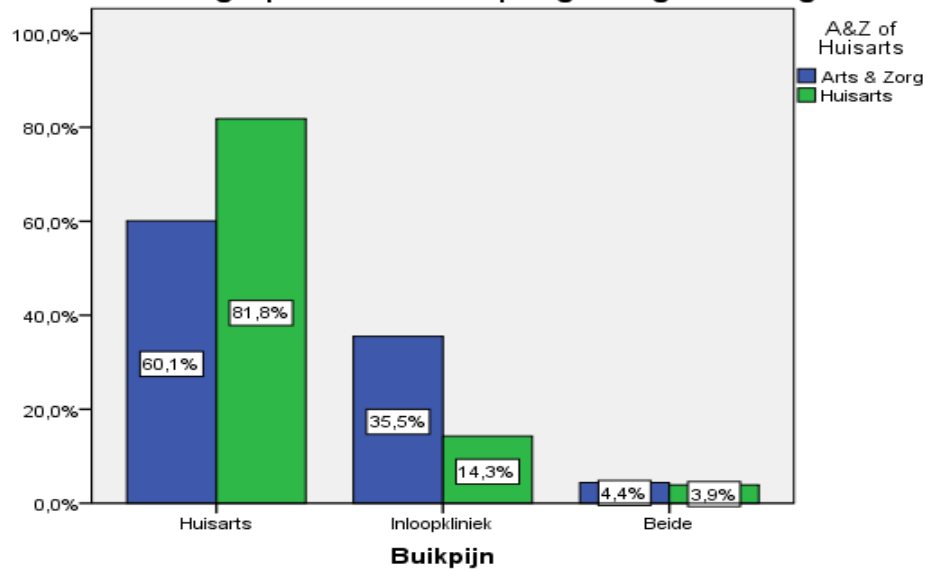


A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	66	33,8
Inloopkliniek	110	56,4
Beide	7	3,6
Totaal	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	48	30,0
Inloopkliniek	102	63,8
Beide	4	2,5
Totaal	154	96,3
Niet ingevuld	6	3,8
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kist u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?

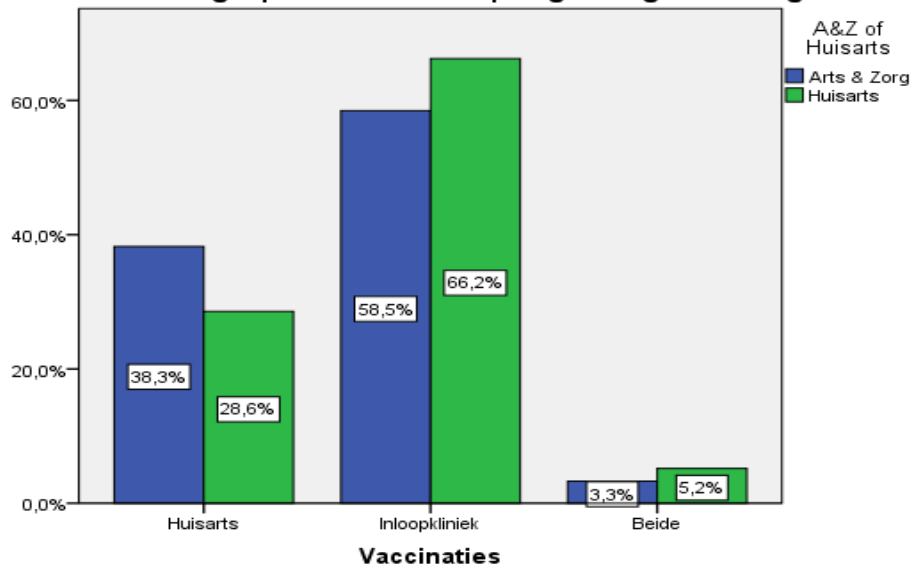


A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	110	56,4
Inloopkliniek	65	33,3
Beide	8	4,1
Totaal	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	126	78,8
Inloopkliniek	22	13,8
Beide	6	3,8
Totaal	154	96,3
Niet ingevuld	6	3,8
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kist u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?

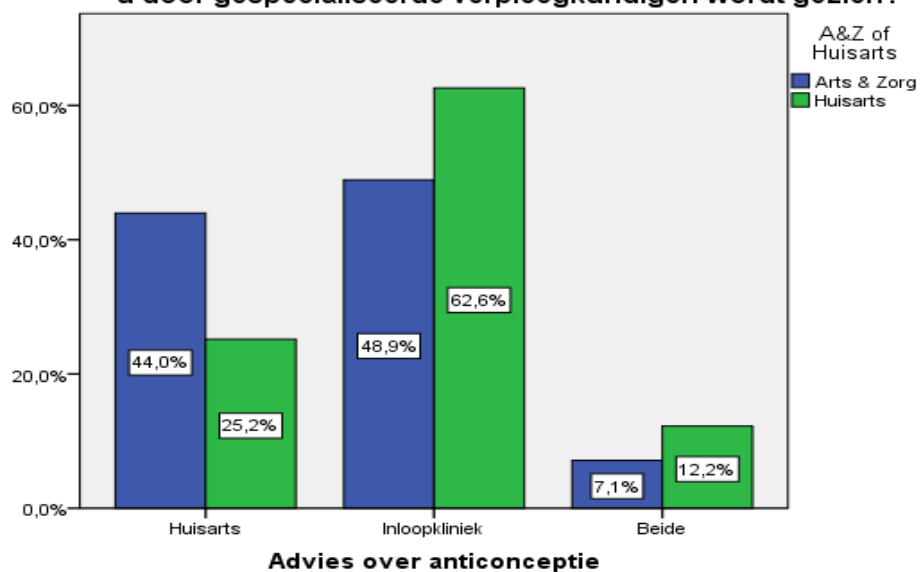


A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	70	35,9
Inloopkliniek	107	54,9
Beide	6	3,1
Totaal	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	44	27,5
Inloopkliniek	102	63,8
Beide	8	5,0
Totaal	154	96,3
Niet ingevuld	6	3,8
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kist u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?

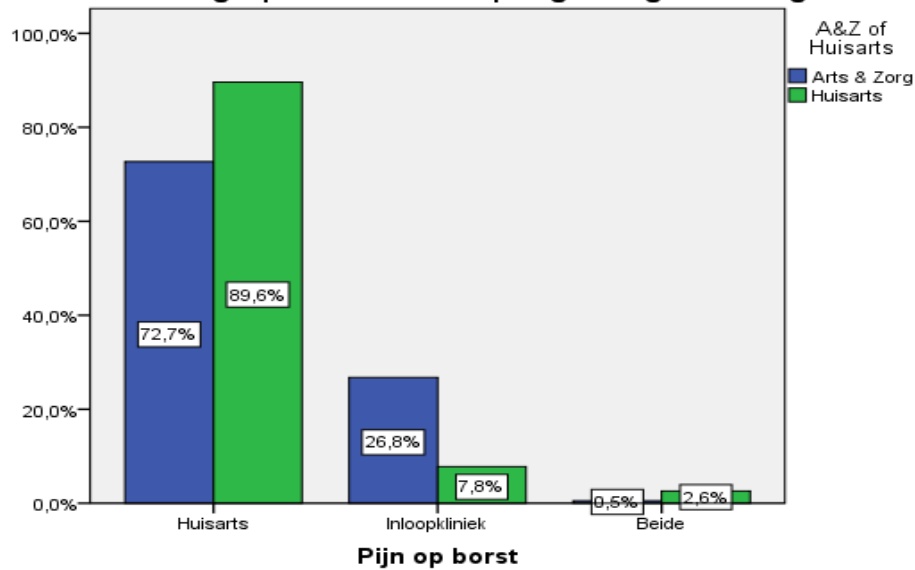


A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	80	41,0
Inloopkliniek	89	45,6
Beide	13	6,7
Totaal	182	93,3
Niet ingevuld	13	6,7
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	37	23,1
Inloopkliniek	92	57,5
Beide	18	11,3
Totaal	147	91,9
Niet ingevuld	13	8,1
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kiest u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?

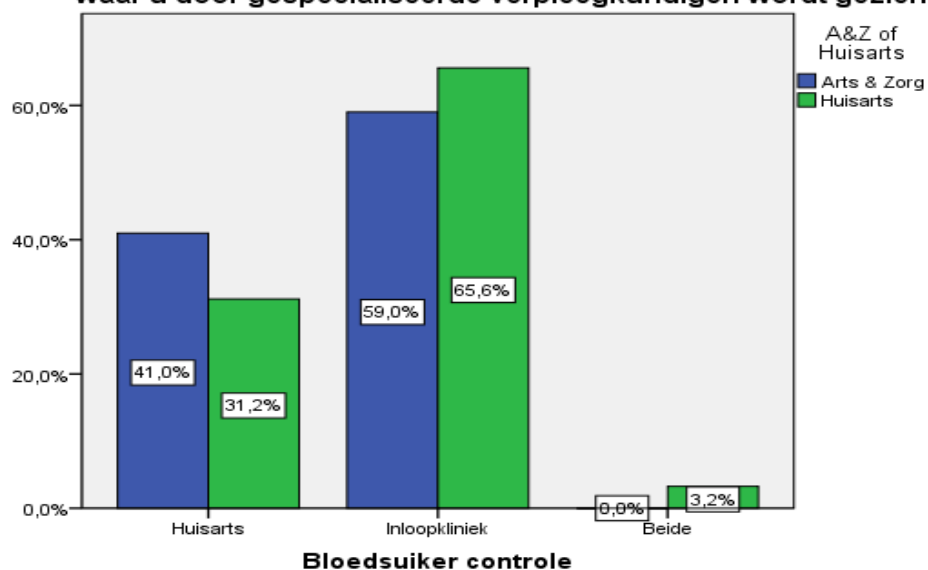


A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	133	68,2
Inloopkliniek	49	25,1
Beide	1	,5
Totaal	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	138	86,3
Inloopkliniek	12	7,5
Beide	4	2,5
Totaal	154	96,3
Niet ingevuld	6	3,8
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kiest u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?

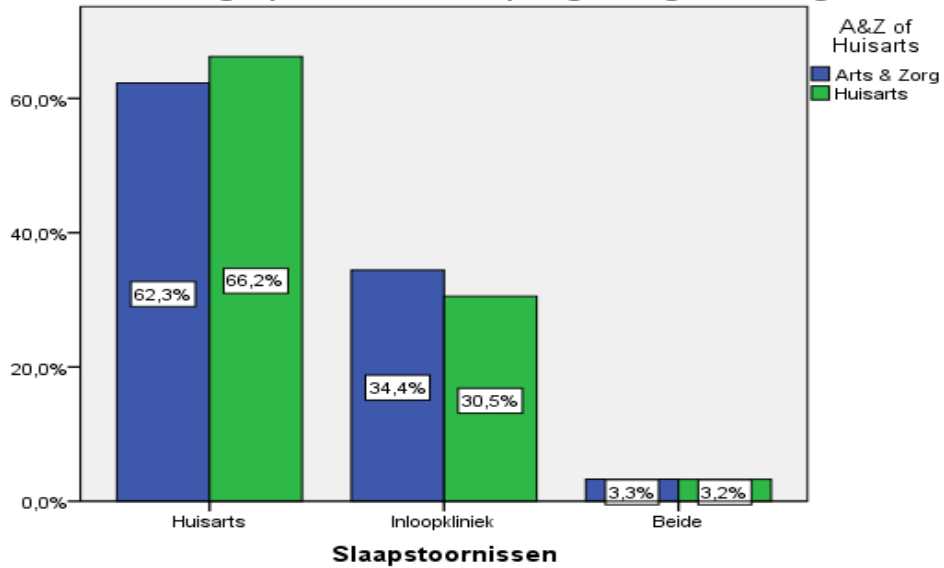


A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	75	38,5
Inloopkliniek	108	55,4
Totaal	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	48	30,0
Inloopkliniek	101	63,1
Beide	5	3,1
Totaal	154	96,3
Niet ingevuld	6	3,8
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toe gaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kiest u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?

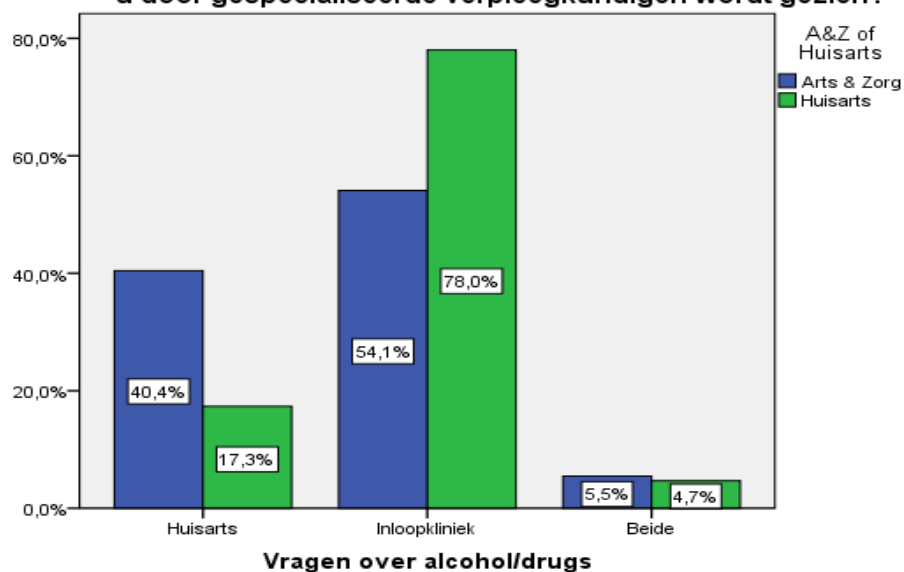


A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	114	58,5
Inloopkliniek	63	32,3
Beide	6	3,1
Totaal	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	102	63,8
Inloopkliniek	47	29,4
Beide	5	3,1
Totaal	154	96,3
Niet ingevuld	6	3,8
Totaal	160	100,0

Vraag 9

Waar zou u naar toegaan bij de volgende klachten? Kiest u de huisarts, waar u meestal een afspraak maakt, of kist u voor de inloopkliniek zonder afspraak, waar u door gespecialiseerde verpleegkundigen wordt gezien?



A&Z	Aantal	Procent
Huisarts	74	37,9
Inloopkliniek	99	50,8
Beide	10	5,1
Totaal	183	93,8
Niet ingevuld	12	6,2
Totaal	195	100,0

Solist	Aantal	Procent
Huisarts	26	16,3
Inloopkliniek	117	73,1
Beide	7	4,4
Totaal	150	93,8
Niet ingevuld	10	6,3
Totaal	160	100,0