



CENTRALE HUISARTSENPOST WEST-FRIESLAND

Westfriesgasthuis

**(concept)
EINDRAPPORTAGE
VAN HET PROJECT
SAMENWERKING SPOEDEISENDE ZORG
TUSSEN**

CENTRALE HUISARTSENPOST



&

WESTFRIES- GASTHUIS



VERTROUWELIJK

Hoorn
April 2007

Hetti Willemse, bureau Publicarea
Aleid Spaargaren, bureau Publicarea
José van der Hert, bureau Seconde

INHOUDSOPGAVE

Lijst tabellen en figuren	4
Samenvatting	5
1. Begrippen, definities, afkortingen	8
2. Inleiding	9
3. Het project ‘samenwerking spoedeisende zorg CHP – Westfriesgasthuis’	10
3.1 Aanleiding voor het project	10
3.2 Redenen voor samenwerking	10
3.3 Doelstelling van het project	11
3.4 Patiëntengroepen	11
3.5 Domein	11
3.7 Projectorganisatie	11
4. Startnotitie	12
5. Zorginhoudelijke aspecten	13
5.1 Inleiding	13
5.2 Kernpunten zorginhoudelijke voorstellen	13
5.3 Proeftuinsituatie: groei- en leermodel	14
5.4 Triage en routing: (uniform) gezamenlijk beleid en afspraken	14
5.4.1 <i>Triage op CHP en SEH</i>	14
5.4.2 <i>Flowchart patiëntenstromen ANW-uren volgens samenwerkingsafspraken spoedeisende zorg West-Friesland</i>	15
5.4.3 <i>Telefonische triage</i>	16
5.4.3.1 <i>ANW-spoednummer</i>	16
5.4.4 <i>Fysieke triage</i>	17
5.4.5 <i>Afspraken tijdens de nachturen</i>	17
5.4.6 <i>Afspraken tijdens overdag door de week</i>	19
5.5 Doorverwijs en aanloopbeleid	19
5.6 Gezamenlijk gebruik faciliteiten	20
5.7 Werkzaamheden huisartsen versus ziekenhuis	20
5.7.1 Huisartsen	20
5.7.2 Ziekenhuis	20
5.8 Samenwerking met andere partijen	21
5.9 Samenvatting en conclusies	21
6. Facilitair (huisvesting, telefonie, ICT)	22
6.1 Inleiding	22
6.2 Facilitaire consequenties/mogelijkheden plaatsing CHP op SEH tijdens nachturen	22
6.2.1 <i>Huisvesting</i>	22
6.2.2 <i>Telefonie</i>	23
6.2.3 <i>ICT</i>	23
6.2.4 <i>Afspraken gezamenlijk gebruik faciliteiten</i>	23
6.3 Verbeteren bereikbaarheid huisartspraktijken overdag	23
6.3.1 <i>Geen spoed</i>	23
6.3.2 <i>Spoed</i>	23
6.4 Algemeen ANW-spoednummer	24

6.5	Huisvestingsvoorstel	24
6.5.1	<i>Korte termijn</i>	24
6.5.2	<i>Lange termijn</i>	24
6.6	Kosten	24
6.6.1	<i>Huisvesting</i>	24
6.6.2	<i>Telefonie</i>	24
6.6.3	<i>ICT</i>	25
6.7	Samenvatting en conclusies	25
7.	Personeel, organisatie en financiën	26
7.1	Inleiding	26
7.2	Deskundigheidsbevordering	26
7.2.1	<i>(bij)Scholing frontdeskpersoneel</i>	26
7.2.2	<i>(bij)Scholing huisartsen</i>	26
7.2.3	<i>(bij)Scholing poortartsen</i>	26
7.2.4	<i>(bij)Scholing SEH-verpleegkundigen</i>	27
7.2.5	<i>SEH-arts</i>	27
7.2.6	<i>Conclusie</i>	27
7.3	Formatieschema's CHP	27
7.3.1	<i>Formatieschema's huisartsen</i>	27
7.3.1.1	<i>Huidige formaties huisartsen</i>	27
7.3.1.2	<i>Scenario 1: Extra achterwacht tijdens weekend- en feestdagen</i>	28
7.3.1.3	<i>Scenario 2: Verlenging A2-dienst en extra achterwacht tijdens weekend- en feestdagen</i>	28
7.3.1.4	<i>Scenario 3: Extra avonddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht tijdens feestdagen</i>	29
7.3.1.5	<i>Scenario 4: Extra weekenddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht tijdens feestdagen</i>	29
7.3.1.6	<i>Scenario 5: Extra avond- en weekenddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht tijdens feestdagen</i>	30
7.3.2	<i>Formatieschema's doktersassistentes</i>	30
7.4	Schakelmomenten	31
7.5	Financiële gevolgen	31
7.5.1	<i>Financiële gevolgen/compensaties Westfriesgasthuis</i>	32
7.5.2	<i>Financiële gevolgen/compensaties CHP en huisartsen</i>	34
7.5.2.1	<i>De budgetsystematiek van de CHP</i>	34
7.5.2.2	<i>Financiële gevolgen voor de CHP</i>	34
7.5.2.3	<i>Financiële gevolgen voor de huisartsen</i>	35
7.6	Samenvatting en conclusies	36
8.	Communicatie	37
8.1	Inleiding	37
8.2	Communicatie	37
8.2.1	<i>Doel</i>	37
8.2.2	<i>Uitgangspunten</i>	37
8.2.2.1	<i>Gezamenlijk</i>	37
8.2.2.2	<i>Eén woordvoerder</i>	37
8.2.2.3	<i>Gelijk en gelijktijdig</i>	37
8.2.3	<i>Communicatiedoelgroepen</i>	38
8.2.4	<i>Communicatiemiddelen</i>	38
8.2.5	<i>Planning</i>	39

8.3	Publiekscampagne	39
8.3.1	<i>Doel</i>	39
8.3.2	<i>Doelgroepen</i>	39
8.3.3	<i>Communicatieboodschappen</i>	39
8.3.4	<i>Communicatiemiddelen</i>	40
8.3.5	<i>Planning</i>	40
8.3.6	<i>Aandachtspunten</i>	40
8.4	Kosten	40
8.4.1	<i>Vorbereidingsfase</i>	40
8.4.2	<i>Structureel communicatiebudget</i>	41
8.5	Samenvatting en conclusies	41
9.	Besluitvorming en implementatietraject	42
9.1	Groeimodel	42
9.2	Besluitvorming	42
9.3	Implementatietraject en aandachtspunten	42
	Bijlagen	43
1.	Samenstelling projectgroep en werkgroepen	44
2.	Verwachte aantallen (extra) zelfverwijzers voor eerste en tweede lijn bij het voorstel van de werkgroep Zorginhoud	45
3.	Plattegrond huisvesting	47
4.	Inventarisatielijst CHP	48
5.	Berekeningen kostenplaatjes diensten huisartsen voor de verschillende scenario's	49

LIJST TABELLEN EN FIGUREN

Figuur 5.1	Bellers 's avonds	16
Figuur 5.2	Bellers overdag niet bekend bij het ziekenhuis	17
Figuur 5.3	Bellers bekend bij het ziekenhuis	17
Figuur 5.4	Zelfverwijzers 's avonds	17
Tabel 5.1	Extra aantal gemiddelde zelfverwijzers voor de CHP tijdens nachturen	17
Figuur 5.5	Zelfverwijzers 's nachts	18
Figuur 5.6	Beller 's nachts	18
Figuur 5.7	Zelfverwijzers overdag	19
Tabel 5.2	Extra aantal gemiddelde zelfverwijzers voor de CHP per tijdstip en weekend/door de weeks	20
Tabel 7.1	Huidige formaties huisartsen	28
Tabel 7.2	Scenario 1: Formaties huisartsen: extra achterwacht tijdens weekend- en feestdagen	28
Tabel 7.3	Scenario 2: Formaties huisartsen: verlenging A2-dienst en extra achterwacht weekend-/feestdagen	29
Tabel 7.4	Scenario 3: Formaties huisartsen: extra avonddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht feestdagen	29
Tabel 7.5	Scenario 4: Formaties huisartsen: extra weekenddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht feestdagen	29
Tabel 7.6	Scenario 5: Formaties huisartsen: extra avond- en weekenddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht feestdagen	30
Tabel 7.7	Overzicht verschillen tussen de scenario's en huidige formaties	30
Tabel 7.8	Huidige formaties doktersassistentes	31
Tabel 7.9	Nieuwe formaties doktersassistentes	31
Tabel 7.10	Financiële gevolgen Westfriesgasthuis	33
Tabel 7.11	Financiële gevolgen CHP	35
Tabel 8.1	Planning communicatie publiekscampagne	40
Tabel 8.2	Indicatieve begroting communicatie	41

SAMENVATTING

Initiatief project

Het project samenwerking spoedeisende zorg is een gezamenlijk project van de Centrale Huisartsenpost (CHP) en het Westfriesgasthuis. In april 2005 hebben de besturen van deze organisaties besloten de mogelijkheden van samenwerking tussen beide partijen te onderzoeken, waarna een eerste verkenningsfase is afgesloten met Eindrapport fase 1. Op basis van dit rapport is een door alle organisaties gedragen plan van aanpak geschreven – ook Univé ondersteunt het project – waarmee de verschillende werkgroepen van start zijn gegaan. De voorstellen van de werkgroep Zorginhoud dienden hierbij als leidraad voor de andere werkgroepen.

Er is voor gekozen om te starten vanuit een groeimodel. De ontwikkeling en uitwerking van dit model concentreert zich op de volgende aspecten:

- inhoudelijke werkprocessen (waaronder triage)
- ICT
- telefonie
- (ver)bouw
- personele bezetting
- opleidingen/deskundigheidsbevordering/training
- financiën
- PR en communicatie
- ontwikkeling en uitwerking groeimodel

Deze eindrapportage is tot stand gekomen middels de bevindingen en uitwerkingen van de verschillende project- en werkgroepleden. Een definitieve keuze voor de voorstellen in de eindrapportage dient nog te worden gemaakt.

Projectstructuur

De projectstructuur is gevormd door een projectgroep en vier werkgroepen en wordt begeleid door een externe onafhankelijke projectleiding en project- en werkgroepsecretarissen vanuit de kantoren Publicarea en Bureau Seconde. In alle project- en werkgroepen nemen medewerkers plaats van de twee samenwerkende partijen. De leden en instellingsbesluiten van deze project- en werkgroepen zijn terug te vinden op de website van het project www.projectspoedzorg.nl.

De vier werkgroepen die zijn geïnstalleerd richten zich op de volgende aspecten:

- zorginhoud
- huisvesting, ICT, telefonie
- personeel, organisatie en financiën
- communicatie

Zorginhoudelijke aspecten

De voorstellen op zorginhoudelijk niveau voorzien in een samenwerkingsbasis met groeimogelijkheden. De kernpunten van de voorstellen zijn:

- groei- en leermodel met oog op verdere samenwerking.
- gedeelde afspraken over triage met als mogelijkheid in de toekomst over te stappen op uniforme triage.
- gefaseerd naar elkaar toewerken en elkaar(s cultuur) leren kennen.
- publiekscampagne waarbij CHP en Westfriesgasthuis zich als samenwerkende organisaties voor spoedeisende hulp presenteren.
- één telefonische ingang voor de patiënt tijdens de ANW-uren (met een apart nummer voor de ambulance en klinische patiënten die reeds bekend of in behandeling van het ziekenhuis zijn).

- de patiënt wordt de mogelijkheid geboden ook binnen te (blijven) lopen, maar het beleid is ernaar (via publiekscampagne) dat iedereen eerst belt (naar de CHP via het gemeenschappelijk ANW-spoednummer).
- de patiënt die belt wordt doorverwezen naar de juiste professional en wordt direct ingeschreven bij de organisatie waarnaar hij wordt verwezen. De telefonische triage wordt uitgevoerd door doktersassistenten onder autorisatie van de huisarts via de NHG-telefoonwijzer zolang het NTS nog niet operationeel is (*de directe verwijzing naar de tweede lijn zal nog door de CHP verder dienen te worden uitgewerkt*).
- zelfverwijzers kunnen gericht worden doorverwezen en hoeven niet tweemaal te worden ingeschreven. Zij worden op de SEH fysiek getriageerd middels de voorselectie.
- eerste- en tweedelijns specialisten (backoffice) zien zoveel mogelijk alleen de “eigen” patiënten, doordat deze altijd worden getriageerd naar eerste c.q. tweedelijns.
- delen nachtdiensten en faciliteiten tijdens de nachturen door het sluiten van de CHP van 23.00 tot 08.00 uur.
- de extra werkzaamheden bij de huisartsen doordat alle eerstelijns patiënten worden doorverwezen naar de huisartsen kunnen worden gecompenseerd door het verminderen van het aantal nachtdiensten c.q. één nachtdienst per nacht te laten opvangen door de poortarts/SEH-arts van het ziekenhuis, onder autorisatie van de huisarts en/of specialist/SEH-arts. Er kan ook voor worden gekozen deze “overuren” van de nachtdiensten in te zetten om per avond- en/of weekend-dienst per keer een extra dienst in te roosteren, zodat er niet meer handelingen hoeven te worden verricht. Daarbij kan de A2-dienst van de huisarts met een uur worden verlengd ter ontlasting van de poortarts tijdens de piekuren tussen 23.00 en 24.00 uur, waardoor tevens de overdracht van patiënten fysiek kan plaatsvinden.
- minder druk op de SEH en mogelijkheden om buffercapaciteit op te bouwen en te behouden, doordat de zelfverwijzers eerstelijns van de SEH naar de CHP worden doorverwezen.
- betere doorstroom: duidelijke afspraken over aanloop- en doorverwijzingsbeleid.
- installatie werkgroep voor volgen, begeleiden en monitoren groei- en implementatieproces, zodat bijtijds problemen kunnen worden gesignaleerd en opgelost.

De belangrijkste zorginhoudelijke voorstellen concentreren zich op een groeimodel waarbij 's nachts de CHP wordt gesloten en verhuist naar de locatie van de SEH. Daarbij worden binnenkomende telefoontjes en de eerstelijns zelfverwijzers doorverwezen naar de CHP tijdens Avond-, Nacht- en Weekenduren (ANW-uren). Op basis van deze voorstellen en berekeningen gaat men er vanuit dat tijdens de ANW-uren 2.226 zelfverwijzers op jaarbasis worden doorverwezen naar de CHP en niet meer worden behandeld door de SEH van het Westfriesgasthuis.

Deze voorstellen hebben verschillende consequenties voor de CHP en het Westfriesgasthuis op het gebied van huisvesting, ICT, telefonie, personeel, organisatie, financiën en communicatie. In de andere hoofdstukken staan de uitwerkingen per onderdeel weergegeven.

Facilitair (huisvesting, telefonie, ICT)

Om op korte termijn op het gebied van telefonie en ICT gezamenlijk op te trekken zal een glasvezelverbinding tussen de CHP en SEH van het Westfriesgasthuis worden aangelegd. Daadwerkelijke koppeling tussen de verschillende systemen zal op de langere termijn gerealiseerd kunnen worden. Middels de glasvezelverbinding is het in ieder geval mogelijk een algemeen ANW-spoednummer te openen en over en weer in elkaar systemen te kijken, afspraken te maken en gegevens uit te wisselen.

Op basis van de huidige zorginhoudelijke voorstellen kan de SEH met de huidige en nog te plannen verbouwing adequate huisvesting aan de CHP bieden.

Personeel, organisatie en financiën

In dit hoofdstuk zijn vanuit de geschetste uitgangssituatie in het hoofdstuk Zorginhoudelijke aspecten de deskundigheidsbevordering, formatieschema's, schakelmomenten en de financiële gevolgen/compensaties voor de huisartsen, de CHP en het Westfriesgasthuis belicht.

Op het gebied van scholing wordt geconcludeerd dat op basis van de huidige voorstellen er gewerkt kan blijven worden met de eigen gehanteerde systemen. Directe bijscholing wordt op dit moment niet nodig geacht. Wel wordt actief beleid voorgeschreven op het gebied van onderlinge kennismaking en wordt aanbevolen de competenties van de poortarts te laten benoemen.

Om de verwachte extra patiënten door de CHP te kunnen laten behandelen zijn er verschillende scenario's ten aanzien van de huisartsenformaties uitgewerkt. Vermindering in het aantal uren wordt gerealiseerd door het vervallen van één nachtdienst per nacht. Hierbij komen wel nog extra uren voor extra in te roosteren achterwacht diensten. De verschillende scenario's geven de extra uren weer voor de keuzes voor de verlenging van de A2-dienst, het inroosteren van extra avond- en/of weekenddiensten. Uit de gegevens kan worden vastgesteld dat de verschillende formatieschema's laten zien dat alleen de keuze voor extra avond- én weekenddiensten, meer diensturen oplevert ten opzichte van de huidige situatie (respectievelijk 4 uur per week). De andere scenario's betekenen minder in te roosteren diensturen ten opzichte van de huidige formaties.

Voor de doktersassistentes dienen 5,5 diensturen extra per week ingeroosterd te worden, zodat zij ondanks de verhuizing van de CHP naar de locatie van de SEH, de nachtelijke taken op de CHP, zoals het opruimen van de spreekkamers, het aanvullen van de voorraden, steriliseren e.d. kunnen blijven verrichten.

Uit de financiële berekeningen komt naar voren dat het Westfriesgasthuis te maken krijgt met een vermindering in budget van (maximaal) € 449.737 indien de zelfverwijzers (naar verwachting 2.226 zelfverwijzers) tijdens de ANW-uren worden doorverwezen naar de CHP. Deze budgetderving beschouwt het ziekenhuis als een voorinvestering richting toekomst en staat de samenwerking met de huisartsen niet in de weg. De gevolgen voor de specialisten liggen niet financieel en hebben ook geen gevolg voor de capaciteit. De productiedaling heeft effect op de vrijval uren inzet van de poortartsen. Gezien de brandweermanfunctie wordt hiervan geen verzilveringseffect verwacht.

De CHP krijgt door het extra aantal te behandelen patiënten een extra budgetruimte van € 10.725. De vermindering in kosten voor de CHP wordt gevormd door het draaien van minder nachtdiensten, met aftrek van de inzet van extra achterwacht en uitbreiding van de formaties van de doktersassistentes. Hiermee wordt een extra vrije ruimte van € 153.315 gegenereerd voor andere exploitatielasten of verlaging van het budget. Dit bedrag vermindert bij de verschillende keuzes/scenario's om eventuele extra avond- en weekenddiensten in te roosteren en het verlengen van de A2-dienst van de huisarts. De financiële doorberekeningen van de werkgroepen Facilitair en Communicatie staan separaat in de betreffende hoofdstukken vermeld.

Communicatie

Communicatie rond het project richt zich op in- en externe doelgroepen. Intern is het van belang de achterban nauw te blijven betrekken bij de voortgang van het project om onrust te voorkomen. Naar het grote publiek moet eenduidig en gezamenlijk duidelijk worden gecommuniceerd wat de wijzigingen inhouden voor de patiënt. Ook dienen patiënten te weten dat ze voor spoedeisende hulp het beste eerst kunnen bellen, zodat ze zo snel mogelijk bij de juiste zorgverlener terechtkomen. De doelgroepen kunnen worden geïnformeerd middels bestaande en specifiek in te zetten communicatiemiddelen.

Besluitvorming en implementatietraject

Op basis van de meningen van de achterban dient de projectgroep een definitief besluit over de eindrapportage te nemen. De besluitvorming van de achterbannen zal waarschijnlijk tot 1

juli 2007 in beslag nemen, waarna de externe partijen geïnformeerd moeten worden. Al met al zal naar verwachting het implementatieproces aan het einde van het jaar 2007 ingezet kunnen worden. Bij deze implementatie vormen de voorstellen en afspraken uit deze rapportage de basis, welke kunnen worden opgenomen in een plan van aanpak.

1. BEGRIPPEN, DEFINITIES, AFKORTINGEN

ANW	:	Avond-, Nacht- en Weekend.
ANW-spoed- nummer	:	Het huidige telefoonnummer van de CHP (0229-297800) wordt omgezet naar een algemeen telefoonnummer voor spoedvragen tijdens de Avond-, Nacht en Weekenduren voor patiënten van de CHP én SEH. In deze uren beantwoorden de doktersassistentes van de CHP de telefoontjes. Overdag wordt de patiënt via een bandje doorverwezen naar de eigen huisartsenpraktijk. Voor direct acute hulp kunnen patiënten het bekende 112-nummer blijven draaien. Ambulancepersoneel en patiënten die reeds zijn behandeld op de SEH krijgen een apart direct nummer van het ziekenhuis. Voor andere patiënten is de SEH alleen bereikbaar via het algemene ANW-spoednummer.
Adastra	:	Automatiseringsprogramma CHP.
Binnenlopers	:	Zie 'zelfverwijzers'.
Callcenter	:	Aan de CHP verbonden telefooncentrale, het liefst aansluitend aan de balie in de buurt van de dienstdoende huisartsen waar de inkomende telefonische spoedvragen van de patiënten door de doktersassistente worden behandeld.
CHP	:	Centrale Huisartsenpost West-Friesland.
EHH	:	Eerste Hart Hulp.
EPB	:	Eerste Poli Bezoek.
GGZ	:	Geestelijke Gezondheids Zorg.
HIS	:	Huisartsen Informatie Systeem.
MTS	:	Manchester Triage Systeem is een fysiek triagesysteem voor de tweedelij.
NHG	:	Nederlands Huisartsen Genootschap.
NTS	:	Nederlands Triage Systeem beschrijft een eenduidig triagesysteem op basis van de medische zorgbehoefte en de context van de patiënt. Het triagesysteem triageert specifiek naar telefonische en fysieke triage c.q. eerste- en tweedelij.
Receptionist	:	Een receptionist op de SEH werkt achter de balie en heeft het eerste fysieke contact met de patiënt. Het opleidingsniveau komt overeen met de doktersassistentes van de CHP.
SEH	:	Spoed Eisende Hulp.
Triage	:	Triage is het dynamische proces van urgentie bepalen én vervolgtraject indiceren.
VWS	:	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Zelfverwijzers	:	De mensen die zich zonder verwijzing van een huisarts en op eigen initiatief bij de CHP of de SEH melden; ook wel binnenlopers genoemd.

2. INLEIDING

De projectleden van het project “Samenwerking spoedeisende zorg CHP – Westfriesgasthuis” zijn zeer verheugd u de eindrapportage aan te kunnen bieden. Zij danken alle projectleden, evenals de achterban, die hebben bijgedragen tot de totstandkoming van deze eindrapportage.

Op basis van het “Eindrapport fase 1 project: onderzoek naar samenwerking op het gebied van de spoedeisende zorg tussen Centrale Huisartsenpost en Westfriesgasthuis” is de werkgroep Zorginhoud gestart. Deze werkgroep heeft een aantal aanzetten gegeven om als Centrale Huisartsenpost (CHP) en Spoedeisende Hulp (SEH) van het Westfriesgasthuis gezamenlijk de verantwoordelijkheden voor de spoedzorg in Hoorn en omgeving te dragen. Vanuit de geschetste uitgangssituatie door de werkgroep Zorginhoud hebben de werkgroepen “Facilitair”, “Communicatie” en “Personeel, organisatie en financiën” opdrachten gekregen om uit te werken en hierover te rapporteren aan de projectgroep. Deze separate rapportages en bevindingen van de verschillende werkgroepen zijn in de eindrapportage samengebracht tot één geheel. Het Eindrapport fase 1 en de verschillende werkgroeprapportages zijn terug te vinden op de projectwebsite www.projectspoedzorg.nl. De eindrapportage die nu voor u ligt voorziet in een beschrijving van de samenwerking tussen de CHP en het Westfriesgasthuis tijdens de Avond-, Nacht- en Weekenduren (ANW) op de aspecten:

- inhoudelijke werkprocessen (waaronder triage¹)
- ICT, telefonie, (ver)bouw
- personele bezetting, opleidingen/deskundigheidsbevordering/training, financiën
- PR en communicatie
- ontwikkeling en uitwerking groeimodel

Met deze eindrapportage, waarin wordt voorgesteld te starten vanuit een groeimodel, menen de projectleden een basis te hebben gelegd voor een goede samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns spoedzorg in Hoorn en omgeving. In de besluitvorming voor de samenwerking is een volgens het vastgestelde voorbereidings- en besluitvormingsproces een go/no go moment ingelast. Dit moment is thans aangebroken. Deze eindrapportage vormt het basisdocument om tot deze uiteindelijke beslissing door de achterbannen te komen.

Hoofdstukindeling

In **hoofdstuk 3** is het project “Samenwerking spoedeisende zorg tussen CHP – Westfriesgasthuis” nader uitgewerkt, aan de hand van onder meer de aanleiding en doelstelling van het project, als ook de gehele projectstructuur.

In **hoofdstuk 4** wordt het hoofdstuk “Samenwerking” van de startnotitie d.d. februari 2006 behandeld, welke in feite de puzzelranden vormden van de uitwerking die verder moest plaatsvinden. Aan de hand van de meegegeven samenwerkingsmogelijkheden, bedreigingen, ijk- en vertrekpunten van de startnotitie is weergegeven of aan de vooropgestelde startnotitie is voldaan.

In **hoofdstuk 5** worden de voorstellen van de werkgroep Zorginhoud gepresenteerd. De voorstellen concentreren zich voornamelijk op het triage- en routingproces van de patiëntenstromen, toegelicht aan de hand van een flowchart van deze patiëntenstromen. In de volgende drie hoofdstukken worden de aspecten Facilitair (**hoofdstuk 6**), Personeel, organisatie en financiën (**hoofdstuk 7**) en Communicatie (**hoofdstuk 8**) nader uitgewerkt op basis van de zorginhoudelijke voorstellen.

Hoofdstuk 9 blikkt vooruit, waarbij het besluitvormings- en implementatieproces wordt besproken.

Tot slot treft u in de bijlagen verdere relevante stukken met onder meer financiële berekeningen en huisvestingsoffertes.

¹ In het NTS is het begrip triage beschreven als: triage is het dynamische proces van urgentie bepalen én vervolgtraject indiceren.

3. HET PROJECT 'SAMENWERKING SPOEDEISENDE ZORG CHP – WESTFRIESGASTHUIS'

3.1 Aanleiding en uitgangspunten voor het project

In 2001 werd de Centrale Huisartsenpost (CHP) in bedrijf gesteld in navolging van de waarneemposten zoals die daarvoor functioneerden. Sinds de verhuizing naar de huidige locatie van de huisartsenpost dicht bij het Westfriesgasthuis heeft een eerste gedachtewisseling plaatsgevonden over verbetering van de praktijk ten aanzien van zelfverwijzers en terugverwijzingen. Ook bemerkten ziekenhuis en huisartsenpost dat het onderwerp acute zorg, waaronder de spoedeisende zorg valt, landelijk erg actueel begon te worden.

In april 2005 vond een eerste, aftastende bespreking plaats tussen Westfriesgasthuis en CHP met als onderwerp: hoe kan vorm worden gegeven aan samenwerking op het gebied van de spoedeisende zorg. Naar aanleiding van de oriënterende gesprekken is door de besturen van het Westfriesgasthuis en CHP/WFHO besloten tot een project 'samenwerking op het gebied van de spoedeisende zorg'. Hiervoor zijn een projectgroep en vier werkgroepen samengesteld waarin beide organisaties zijn vertegenwoordigd, met een onafhankelijke proces/projectleiding vanuit de kantoren Publicarea en Bureau Seconde. Op basis van een door beide organisaties gedragen plan van aanpak en Eindrapport fase 1 zijn de project- en werkgroepen van start gegaan en heeft Univé zich bereid verklaard het project financieel te ondersteunen.

In het Eindrapport fase 1 staan de volgende *uitgangspunten* ten aanzien van het project "Samenwerking spoedeisende zorg CHP - Westfriesgasthuis" vermeld:

1. De toegang tot de acute geneeskundige zorg is voor de patiënt duidelijk en herkenbaar via één loket waar hij 7x24 uur terecht kan.
2. Huisartsen en ziekenhuis nemen een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de spoedeisende zorg van patiënten.
3. Zorg wordt op maat geboden; eerstelijns waar het kan, tweedelijns waar het moet. De triage moet de richting opleveren.
4. De triagebeslissingen voor bellers en zelfverwijzers vinden plaats vanuit de huisartsgeneeskundige invalshoek.
5. Overeenstemming over triage en behandelprotocollen.
6. Onderlinge ondersteuning bij werkbelasting en inhoudelijke vragen.
7. Verbetering van kwaliteit.
8. Verbetering van de doorloopprocessen. De behandelingen in de verschillende echelons zijn op elkaar afgestemd om doublures, vertraging en onbekendheid te voorkomen.
9. Overeenstemming over gebruik van locaties, ruimten en materialen.
10. Overeenstemming over afstemming van taken, functies en bezetting.
11. Gezamenlijke registratie en informatie.
12. Het callcenter in de buurt van de triage- en behandelruimten.
13. Samenwerking mag niet leiden tot toename van de dienstfrequentie van de huisartsen.
14. Samenwerking mag geen ongewenste neveneffecten opleveren voor de bedrijfsvoering van zowel de organisatie van CHP als SEH als voor de patiënt.
15. Het gezamenlijk streven om het aantal zelfverwijzers/binnenlopers op de CHP en SEH te reduceren tot nihil.

3.2 Redenen voor samenwerking

In de eerste plaats is het de eigen overtuiging van de CHP en het Westfriesgasthuis dat door onderlinge samenwerking de kwaliteit en efficiency van de eigen organisatie en werkprocessen is te verbeteren. Daarnaast neemt de externe druk toe. Overheidsinstanties, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie, zorgverzekeraar en patiëntenorganisaties dringen aan op duidelijkheid en eenduidigheid naar patiënten.

3.3 Doelstelling van het project

Verbeteren van de kwaliteit en efficiency van de spoedeisende zorg voor de inwoners van de regio West-Friesland staat voorop, en wel zodanig dat voor zowel de inwoners als betrokken organisaties en hun medewerkers duidelijk is voor welke aandoening, bij wie en op welk moment men zich moet melden.

De organisatie en inhoud van de acute zorg dient patiëntgericht te zijn. Dit wil zeggen:

- a) goed toegankelijk (laagdrempelig, goed bereikbaar en beschikbaar),
- b) op het juiste hulpverleningsniveau,
- c) op het juiste moment, op de juiste plaats,
- d) door een hulpverlener met de juiste competenties,
- e) van een goede medisch inhoudelijke kwaliteit, waarbij de deskundigheid van de hulpverleners essentieel is.

3.4 Patiëntengroepen

In de spoedeisende zorg zijn de volgende patiëntengroepen of patiëntenstromen te onderscheiden:

- Ambulancepatiënten: zij worden direct door de ambulance aangeboden op de SEH
- Verwezen patiënten: vervoegen zich via een verwijzing van de huisarts op de SEH
- Zelfverwijzers: patiënten die op eigen initiatief, dus zonder tussenkomst van huisarts of callcenter, zich melden bij de SEH of de CHP
- Bellers: patiënten die voor een telefonisch consult of triage zich wenden tot het callcenter van de CHP

3.5 Domein

Het domein is de spoedeisende zorg, geleverd door de Centrale Huisartsenpost West-Friesland en de afdeling Spoed Eisende Hulp van het Westfriesgasthuis. De Eerste Harthulp (EHH) valt buiten de scope van dit project en zal de huidige werkwijze continueren.

3.6 Projectorganisatie

Voor de overallsturing en besluitvorming is de projectgroep ingericht. Voor de inhoudelijke input vier verschillende werkgroepen. De werkgroepen zijn:

- Zorginhoud
- Facilitair
- Personeel, organisatie en financiën
- Communicatie

In alle project- en werkgroepen nemen huisartsen, specialisten en medewerkers plaats van de twee samenwerkende partijen. Het gehele project wordt begeleid door een externe, onafhankelijke projectleiding en project- en werkgroepsecretarissen vanuit de kantoren Publicarea en Bureau Seconde. De samenstellingen van de verschillende project- en werkgroepen zijn terug te vinden in bijlage 1 en op de website van het project. De instellingsbesluiten staan alleen op de website vermeld.

4. STARTNOTITIE

In de startnotitie c.q. het “Eindrapport fase 1 project: onderzoek naar samenwerking op het gebied van de spoedeisende zorg tussen Centrale Huisartsenpost en Westfriesgasthuis” staan in hoofdstuk 10 “Samenwerking” de kaders voor de werkzaamheden van project- en werkgroepen weergegeven. Hieronder zal kort worden aangegeven of aan de opgestelde startnotitie in deze eindrapportage is voldaan.

Algemeen

Algemeen kan worden opgemerkt dat in de eindrapportage is uitgegaan van een groeimodel voor alleen de ANW-uren. De eerste fysieke samenwerking zal alleen tijdens de nachturen plaatsvinden. Dit betekent dat op verschillende punten de samenwerking minder verregaand wordt voorgesteld dan in de startnotitie werd gepretendeerd. De huidige plannen bieden evenwel voldoende mogelijkheden om de samenwerking met elkaar te ontwikkelen.

Mogelijkheden voor samenwerking

Wanneer bovenstaande opmerking wordt meegenomen is aan alle samenwerkingsmogelijkheden uitwerking gegeven. Op de korte termijn zullen de ICT-mogelijkheden worden ondersteund door het aanleggen van glasvezelkabels tussen de CHP en SEH. Overleg met andere spoedzorg partijen heeft zich tot in deze fase van het project beperkt tot de Geestelijke Gezondheid Zorg (GGZ).

Bedreigingen

De voorstellen houden zoveel mogelijk rekening met de gesignaleerde bedreigingen. Beide partijen blijven volgens de eigen systemen werken binnen een groeimodel en voor de extra toestroom patiënten naar de CHP worden verschillende scenario's aangeboden.

Ijkkunten voor gezamenlijk beleid

Aan de ijkkunten is voldaan. Door het aanbieden van verschillende huisartsenformaties kan via verschillende wegen de extra toestroom van patiënten richting CHP worden opgevangen.

Vertrekkunten

Aan de opgestelde vertrekkunten in de startnotitie is in de eindrapportage kunnen worden voldaan, met inachtneming van de uitwerking tijdens alleen de ANW-uren.

Succesfactoren en evaluatiemomenten

De succesfactoren zijn leidraad geweest voor de voorstellen die in de eindrapportage staan weergegeven. Het valt aan te raden het groei-/samenwerkingsproces door een werkgroep waarin vertegenwoordigers van beide partijen zijn vertegenwoordigd, te laten volgen, begeleiden en monitoren zodat bijtijds problemen kunnen worden gesignaleerd en opgelost. Uiteraard dienen hierbij evaluatiemomenten te worden ingelast.

5. ZORGINHOUDELIJKE ASPECTEN

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de zorgverleningsprocessen tussen de CHP en Westfriesgasthuis beschreven, voortkomend uit het voorstel van de werkgroep Zorginhoud. Na accordering van de projectgroep hebben de voorstellen van de werkgroep Zorginhoud als basis gediend voor de uitwerkingen van de andere werkgroepen. Deze bevindingen worden in de volgende hoofdstukken per betreffend onderdeel verder uitgewerkt.

Op basis van een groeimodel worden in hoofdstuk 5 de triage en routing van de patiëntenstromen beschreven. Allereerst worden voor het overzicht de kernpunten van de zorginhoudelijke voorstellen weergegeven.

5.2 Kernpunten zorginhoudelijke voorstellen

De kernpunten geven een goede samenvatting van de voorgestelde veranderingen en consequenties:

- groei- en leermodel met oog op verdere samenwerking.
- gedeelde afspraken over triage met als mogelijkheid in de toekomst over te stappen op uniforme triage.
- gefaseerd naar elkaar toewerken en elkaar(s cultuur) leren kennen.
- publiekscampagne waarbij CHP en Westfriesgasthuis zich als samenwerkende organisaties voor spoedeisende hulp presenteren.
- één telefonische ingang voor de patiënt tijdens de ANW-uren (met een apart nummer voor de ambulance en klinische patiënten die reeds bekend of in behandeling van het ziekenhuis zijn).
- de patiënt wordt de mogelijkheid geboden ook binnen te (blijven) lopen, maar het beleid is ernaar (via publiekscampagne) dat iedereen eerst belt (naar de CHP via het gemeenschappelijk ANW-spoednummer).
- de patiënt die belt wordt doorverwezen naar de juiste professional en wordt direct ingeschreven bij de organisatie waarnaar hij wordt verwezen. De telefonische triage wordt uitgevoerd door doktersassistentes onder autorisatie van de huisarts via de NHG-telefoonwijzer zolang het NTS nog niet operationeel is (*de directe verwijzing naar de tweede lijn zal nog door de CHP verder dienen te worden uitgewerkt*).
- zelfverwijzers kunnen gericht worden doorverwezen en hoeven niet tweemaal te worden ingeschreven. Zij worden op de SEH fysiek getriageerd middels de voorselectie.
- eerste- en tweedelijns specialisten (backoffice) zien zoveel mogelijk alleen de “eigen” patiënten, doordat deze altijd worden getriageerd naar eerste c.q. tweedelijns.
- delen nachtdiensten en faciliteiten tijdens de nachturen door het sluiten van de CHP van 23.00 tot 08.00 uur.
- de extra werkzaamheden bij de huisartsen doordat alle eerstelijns patiënten worden doorverwezen naar de huisartsen kunnen worden gecompenseerd door het verminderen van het aantal nachtdiensten c.q. één nachtdienst per nacht te laten opvangen door de poortarts/SEH-arts van het ziekenhuis, onder autorisatie van de huisarts en/of specialist/SEH-arts. Er kan ook voor worden gekozen deze “overuren” van de nachtdiensten in te zetten om per avond- en/of weekend-dienst per keer een extra dienst in te roosteren, zodat er niet meer handelingen hoeven te worden verricht. Daarbij kan de A2-dienst van de huisarts met een uur worden verlengd ter ontlasting van de poortarts tijdens de piekuren tussen 23.00 en 24.00 uur, waardoor tevens de overdracht van patiënten fysiek kan plaatsvinden.
- minder druk op de SEH en mogelijkheden om buffercapaciteit op te bouwen en te behouden, doordat de zelfverwijzers eerstelijns van de SEH naar de CHP worden doorverwezen.
- betere doorstroom: duidelijke afspraken over aanloop- en doorverwijzingsbeleid.

5.3 Proeftuinsituatie: groei- en leermodel

Op korte termijn is het vanwege de fysieke afstand (en huurcontracten) niet haalbaar beide organisaties op één locatie te huisvesten, waardoor ook op organisatorisch en zorginhoudelijk niveau geen volledige samenwerking binnen afzienbare tijd kan worden bereikt. Vandaar dat door de werkgroep Zorginhoud wordt aanbevolen om te starten vanuit een proeftuinsituatie met twee gedeeltelijk (zie subparagraaf 5.4.5 nachtdiensten) gescheiden locaties en organisaties, waarbij gezamenlijk beleid en afspraken worden geformuleerd. De CHP levert de eerstelijns zorg, de SEH de tweedelijns zorg. Dit kan worden uitgewerkt in een groeimodel, waarin op de langere termijn beide organisaties dichter naar elkaar (kunnen) toegroeien.

5.4 Triage en routing: (uniform) gezamenlijk beleid en afspraken

In een samenwerkingsproces als deze zijn afspraken over de triage belangrijk. Zover bekend is er op dit moment geen triagesysteem operationeel dat specifiek triageert naar eerste én tweedelijns. Het Nederlands Triage Systeem (NTS) is in ontwikkeling en lijkt een geschikt triagesysteem dat fysiek en telefonisch triageert naar CHP én SEH. Het NTS bevindt zich echter nog in een proeffase en naar verwachting zal pas in 2009 het systeem kunnen worden toegepast. Omdat het NTS is gebaseerd op o.a. de NHG-telefoonwijzer en het Manchester Triage Systeem (MTS) spreekt de werkgroep Zorginhoud zich uit om in de toekomst over te stappen op dit systeem.

In hoofdstuk 7 zal de eventuele (bij)scholing en benodigde competenties van het personeel van de CHP en SEH aangaande de invoering van het NTS en voorgestelde afspraken worden belicht.

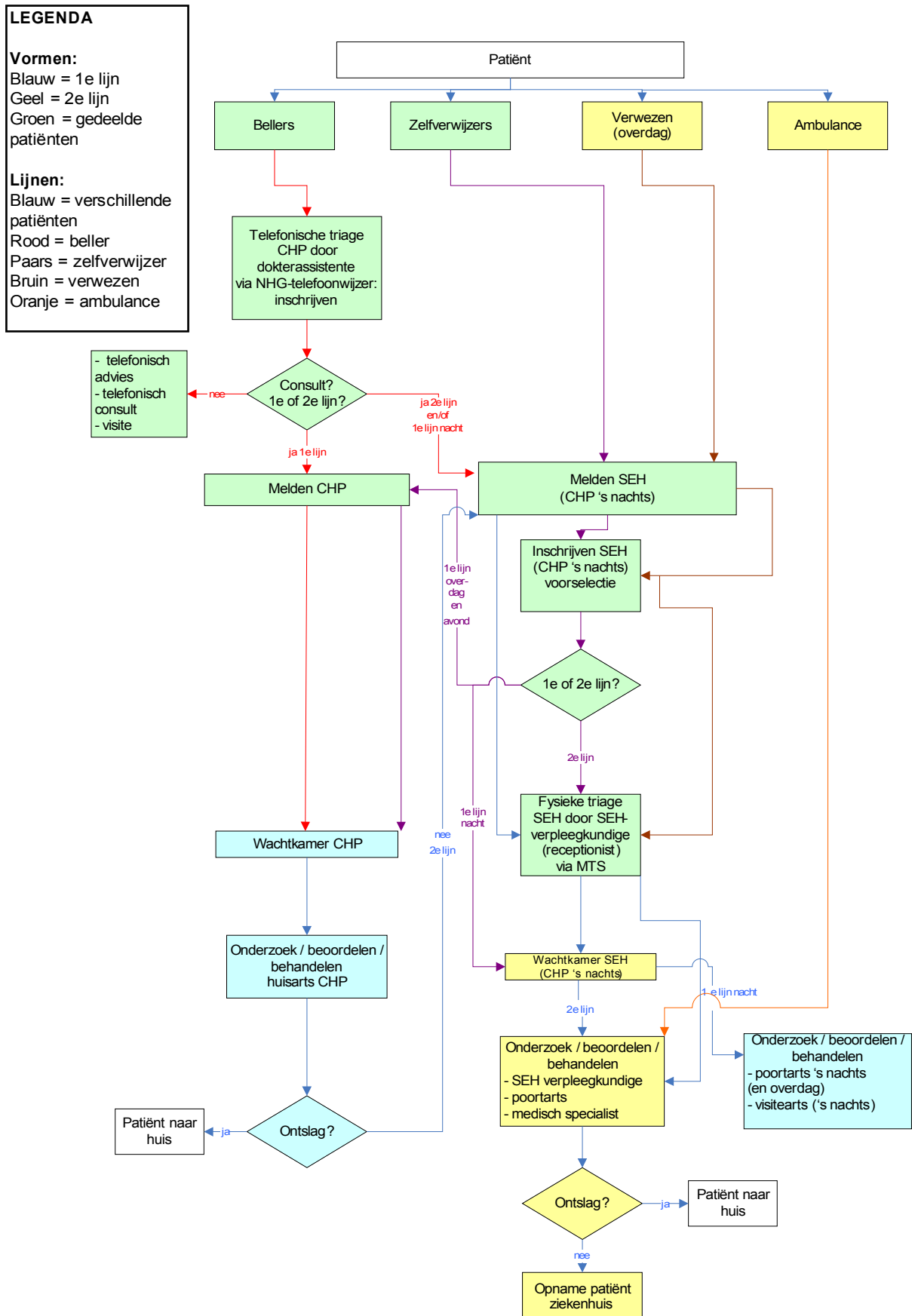
5.4.1 Triage op CHP en SEH

Gedurende de periode dat het NTS nog niet is ingevoerd zal de triage via de eigen gehanteerde systemen geschieden i.c. volgens de NHG-telefoonwijzer van de huisartsenpost (telefonisch) en het in het voorjaar van 2007 in te voeren MTS van het ziekenhuis (fysiek). Met het MTS moet dus nog worden gestart; er zullen hierdoor nog zeker kinderziekten inzitten.

Beide triagesystemen verwijzen niet specifiek naar de andere lijn c.q. SEH of CHP. Uit ervaringen bij andere projecten blijkt het gebruik van verschillende triagesystemen geen grote verschillen in uitkomsten te vertonen. Door het Ziekenhuis St. Jansdal wordt momenteel gewerkt aan een lijst van eerste en tweedelijns aandoeningen. Te zijner tijd kan hiernaar worden geïnformeerd en dient de CHP de verwijzing naar de tweede lijn in het NHG-model uit te werken.

Op de SEH zal ter ondersteuning van de splitsing tussen eerste en tweede lijn een voorselectie van zelfverwijzers plaatsvinden die ook naar tevredenheid in het Kennemer Gasthuis wordt gebruikt. Alle patiënten zonder acute chirurgische symptomatologie en traumapatiënten langer dan 24 uur gaan naar de huisarts. Traumapatiënten binnen 24 uur gaan verder naar de tweede lijn en worden op de SEH getriageerd op basis van het MTS. Het triageproces wordt in de flowchart voor beide organisaties weergegeven.

5.4.2 Flowchart patiëntenstromen ANW-uren volgens samenwerkingsafspraken spoedeisende zorg West-Friesland



5.4.3 Telefonische triage

Op dit moment verzorgen de doktersassistenten van de CHP met name telefonische triage (39.629 telefoontjes op jaarbasis) omdat men eerst naar de CHP dient te bellen voordat men de post bezoekt. Met deze triage wordt de urgentie van de hulpvraag en het vervolgtraject bepaald. Patiënten in levensbedreigende situaties krijgen direct hulp middels ambulance. Zij worden direct verwezen naar de tweede lijn. Alle andere patiënten worden in eerste instantie door een huisarts gezien voordat verwijzing overwogen wordt. Daarnaast komt incidenteel voor dat patiënten met een trauma direct doorverwezen worden naar de SEH na telefonische triage. Meestal betreft dit fracturen. Dit gebeurt voornamelijk op de momenten dat het op de CHP erg druk is en zo de patiënt nog langer wachten bespaard kan blijven.

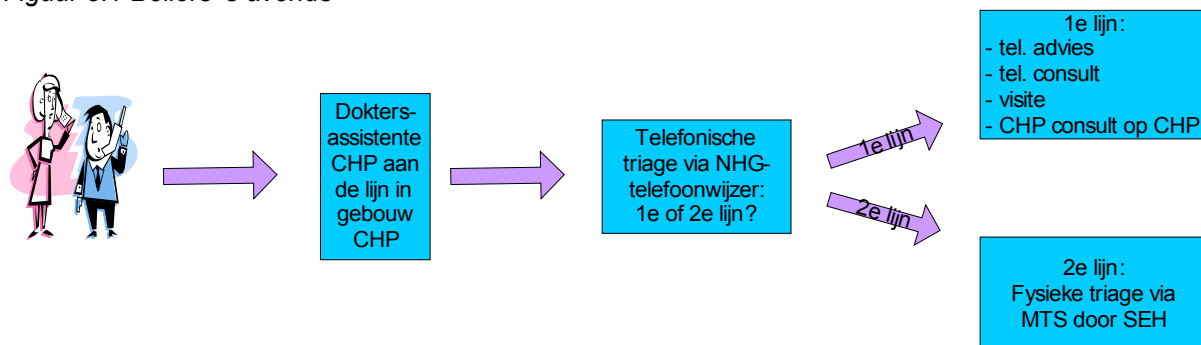
Indien alle zelfverwijzers eerst telefonisch contact op zullen nemen, zullen de telefoontjes voor de doktersassistenten naar verwachting maximaal met ongeveer 4.500 telefoontjes per jaar toenemen (zie bijlage 2). Zolang de SEH de poorten voor zelfverwijzers openhoudt, zal dit niet het geval zijn.

De receptionisten (en verpleegkundigen) op de SEH hebben momenteel weinig ervaring en kwalificatie in huis om telefonische triage uit te voeren. De SEH krijgt ongeveer 9.200 telefoontjes per jaar; dit komt neer op rond de 25 telefoontjes per dag. Hiervan zijn gemiddeld 80% van patiënten die reeds in behandeling of bekend zijn bij het ziekenhuis. De overige 20% zijn adviestelefoontjes (minder dan 5 telefoontjes per dag) die door de CHP behandeld zouden kunnen worden (zie bijlage 2).

Conclusie

Op basis van bovenstaande gegevens wordt aanbevolen de telefonische triage uit te laten voeren door de doktersassistenten van de CHP onder autorisatie van de huisarts volgens de huidige gehanteerde NHG-telefoonwijzer. Omdat de bellers naast eerstelijns ook tweedelijns patiënten zijn, dient de verwijzing naar de SEH nog verder te worden uitgewerkt door de CHP (zie figuur 5.1 voor de avonduren).

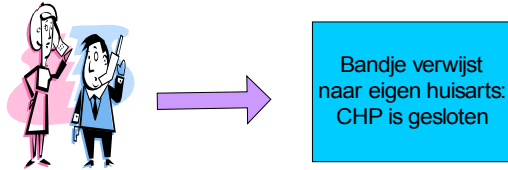
Figuur 5.1 Bellers 's avonds



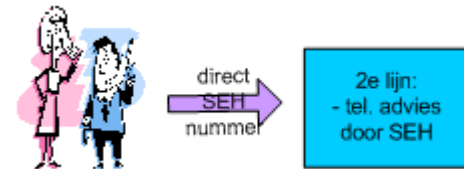
5.4.3.1 ANW-spoednummer

De werkgroep Zorghoud stelt voor om het huidige telefoonnummer van de CHP (0229-297800) als algemeen ANW-spoednummer bekend te maken. Overdag zal via een bandje de patiënt (die niet onder behandeling van het ziekenhuis is) worden doorverwezen naar de eigen huisartsenpraktijk (zie figuur 5.2), in de avonduren en weekenddagen staat de telefoonlijn doorgeschakeld naar de CHP en 's nachts naar de SEH, waar de doktersassistenten van de CHP de telefoontjes beantwoorden. Het zal voor de burger veel duidelijkheid scheppen wanneer hij via één ANW-spoednummer de spoedzorg kan bereiken. Ambulancepersoneel en patiënten die reeds in behandeling en bekend zijn bij het ziekenhuis krijgen een apart direct nummer van het ziekenhuis (zie figuur 5.3). Voor direct acute hulp kunnen patiënten tevens het bekende 112-nummer blijven draaien.

Figuur 5.2 Bellers overdag niet bekend bij het ziekenhuis



Figuur 5.3 Bellers bekend bij het ziekenhuis

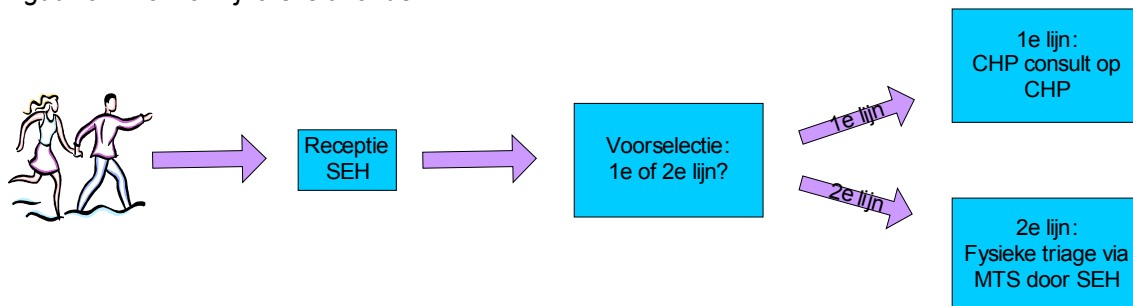


Naar buiten toe dient via een publiciteitscampagne duidelijk te worden gemaakt dat het niet de bedoeling is dat men zonder afspraak binnen komt lopen op de CHP of de SEH en dat beide organisaties samenwerken. Verdere uitwerking van het ANW-spoednummer wordt weergegeven in de hoofdstukken Facilitair en Communicatie.

5.4.4 Fysieke triage

Bij de fysieke triage op de SEH wordt élke patiënt gezien. Met de voorstellen van de werkgroep Zorginhoud worden de binnenlopers die zich melden op de SEH zonder voorafgaand telefonisch contact door de receptionistes ingeschreven en doorlopen allereerst, ongeacht de aard van de klacht, de voorselectie (zie figuur 5.4).

Figuur 5.4 Zelfverwijzers 's avonds



Bij de voorselectie worden alle patiënten met niet acute chirurgische symptomatologie en traumapatiënten langer dan 24 uur doorverwezen naar de huisarts. Traumapatiënten binnen 24 uur, onder behandeling zijnde patiënten en acute chirurgische symptomatologie (als acute buikpijn, vaatafsluitingen e.d.) en patiënten met een letsel ouder dan 24 uur waarbij fractuur en/of serieus letsel vermoed wordt, blijven binnen de SEH. Zij worden daar getriageerd op basis van het MTS door een SEH-verpleegkundige. Het valt hierbij aan te raden de specialist als eindverantwoordelijke voor de fysieke triage aan te wijzen en de specialist via bijvoorbeeld een paraaf ook daadwerkelijk te laten autoriseren.

5.4.5 Afspraken tijdens de nachturen

Op basis van metingen onder zelfverwijzers blijkt er per nacht minimaal 1 extra zelfverwijzer zich te melden bij de CHP. In het weekend stijgt dit gemiddelde naar minimaal 2. De precieze aantallen staan vermeld in bijlage 2 en tabel 5.1. Bij de gehanteerde cijfers in deze rapportage wordt evenwel een kanttekening geplaatst die staat beschreven in box 1.

Tabel 5.1 Extra aantal gemiddelde zelfverwijzers voor de CHP tijdens nachturen

Dag	23.00-07.59
Weekend	2,4
Door de week	0,8
Gemiddeld per dag	1,2

BOX 1:

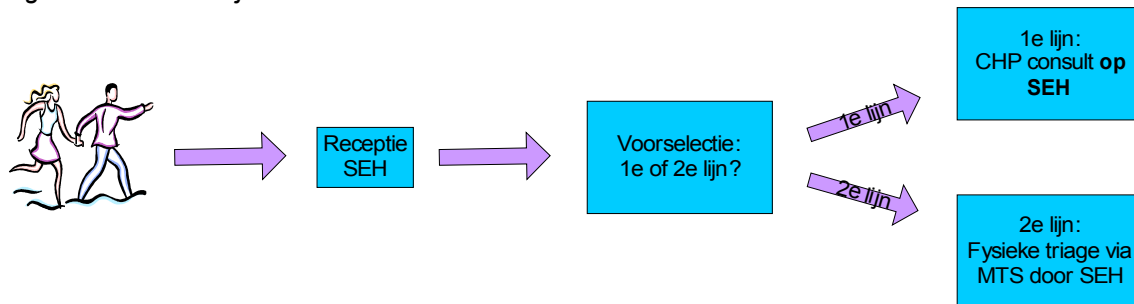
Opmerking gehanteerde cijfers

De weergegeven cijfers gaan uit van de extra *te behandelen* patiënten voor de huisartsen, niet het extra aantal patiënten dat *contact* opneemt met de CHP. In het voorstel is het beleid er naar dat iedereen eerst telefonisch contact opneemt. Deze telefoontjes komen binnen bij de CHP. Zolang de SEH de poorten openhoudt voor zelfverwijzers zullen echter hoogstwaarschijnlijk niet alle zelfverwijzers eerst telefonisch contact met de CHP opnemen. Dit betekent dat het aantal telefoontjes op de CHP zal toenemen, maar niet tot het maximale van ongeveer 4.500 extra telefoontjes (de telefoontjes overdag worden niet meegenomen). Dit is afhankelijk van de richting van de patiëntenstromen. Met een verschuiving van binnenlopers naar bellers zal de druk bij de doktersassistentes op de CHP dus toenemen. Omdat hier geen onderzoek naar is verricht, worden in dit voorstel de cijfers op basis van het aantal zelfverwijzers gehanteerd.

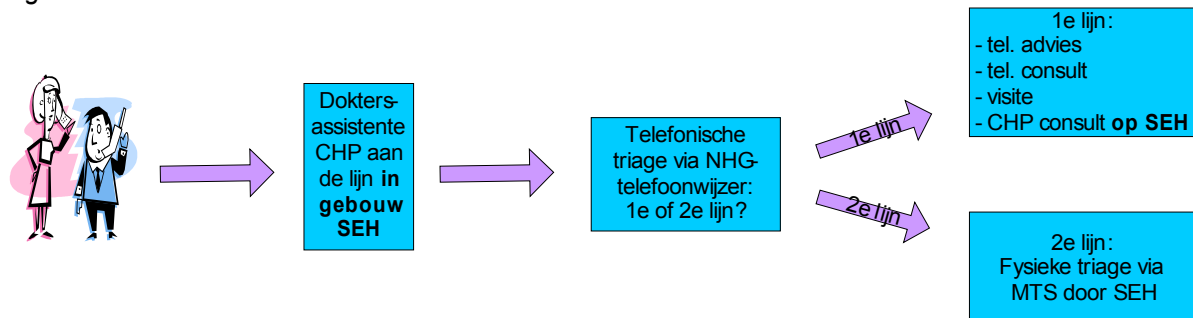
De stijging van het aantal te behandelen patiënten door de huisartsen is tevens afhankelijk van de triage die zal worden uitgevoerd (scheiding eerste en tweede lijn). De weergegeven cijfers dienen dus als het minimum aantal extra patiënten voor de huisartsen te worden beschouwd. Deze aantallen kunnen toenemen, afhankelijk van de patiëntenstromen en triage. Deze drukte kan zich daarbij verspreiden over extra telefoontjes voor de doktersassistentes of extra te behandelen patiënten voor de huisarts.

Voor de nachturen (23.00 tot 8.00 uur) wordt het voorstel gedaan de CHP te sluiten, gelet op de aantallen spoedpatiënten. Tijdens de nachturen wordt één huisarts en één doktersassistente op de SEH-post geplaatst, waardoor de dienst van de slaaparts komt te vervallen en er dus per nacht één nachtdienst minder door de huisartsen wordt gedraaid. Wanneer de visitearts onderweg is, zal de poortarts van het ziekenhuis zonodig eerstelijns patiënten behandelen (achterwacht). `s Nachts gaat het om kleine aantallen CHP-consulten die over het algemeen goed zijn te behandelen door een poortarts. Autorisatie vindt plaats door de huisartsen en/of specialist/SEH-arts. Gemiddeld krijgt de CHP 17 calls per nacht binnen, waarvan ongeveer 3 uitmonden in een visite en 3 à 6 in een consult. Met de voorgestelde afspraken komen hier nog tussen de 1 à 2 extra zelfverwijzers bij die worden (door)verwezen naar de CHP en dus niet meer door de SEH worden behandeld (zie figuren 5.5 en 5.6).

Figuur 5.5 Zelfverwijzers 's nachts



Figuur 5.6 Bellers 's nachts



Momenteel liggen tijdens de nachturen de piekuren tussen 23.00 en 24.00 uur, met de hoogste piek tijdens de weekenden. Door de toename in patiënten voor de CHP en het verval van één nachtdienst per nacht kunnen op deze tijdstippen problemen ontstaan, wanneer de huisarts direct visites zal moeten rijden.

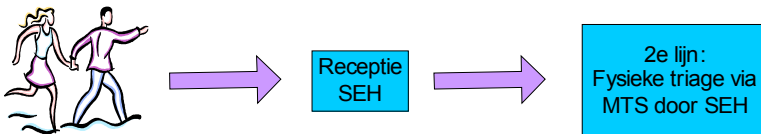
Om te voorkomen dat de poortarts tijdens de piekuren alleen op de post komt te staan, wordt het voorstel gedaan om de A2-dienst van de huisarts die door de week om 18.00 uur en in het weekend om 17.00 uur begint, met 1 uur te verlengen. Hierdoor zijn er tijdens de piekuren twee huisartsen aanwezig. De huisarts met de A2- dienst zal echter het laatste uur van zijn dienst moeten verhuizen naar de SEH. De toename in patiënten tijdens de nacht- en weekenduren, kan worden opgevangen door de vervallen diensturen van de nachtdiensten in te zetten voor extra avond- en/of weekenddiensten. Dit komt wat betreft het aantal diensturen bijna overeen. In hoofdstuk 7 zullen de verschillende formaties worden toegelicht. Het ziekenhuis dient voor de achterwacht en ondersteuning van de poortarts tijdens de nachtdiensten te zorgen. Per februari 2007 werkt er in ieder geval een SEH-arts met eveneens huisartskundige expertise op de SEH. Deze arts zal uiteraard niet elke nachtdienst werkzaam (kunnen) zijn.

De CHP behoudt haar (24-uurs) achterwachtdienst, zodat hier tijdens de avond- en weekenddiensten in uiterste nood op teruggevallen kan worden.

5.4.6 Afspraken tijdens overdag door de week

Het wordt niet wenselijk geacht overdag door de week huisartsen op de CHP de spoedzorg te laten verzorgen. Dit zou patiëntenverlies voor de bestaande huisartsenpraktijken betekenen. Deze huisartsenpraktijken dienen evenwel overdag ook op het reguliere telefoonnummer goed bereikbaar te zijn voor patiënten en voor doorverwijzing vanuit het ziekenhuis. Meer bekendheid van de spoednummers van de huisartsenpraktijken overdag wordt hierbij aanbevolen. Zie hiervoor de hoofdstukken Facilitair (6) en Communicatie (8).

Figuur 5.7 Zelfverwijzers overdag



5.5 Doorverwijs en aanloopbeleid

Met deze vooralsnog scheiding van triage is het van groot belang dat er duidelijke afspraken zijn geformuleerd over de verwijzing naar eerste en tweede lijn. Via ICT-koppelingen kan gericht worden doorverwezen, gegevens worden uitgewisseld en kan bijvoorbeeld het personeel op de SEH al een afspraak maken voor de patiënt op de SEH die naar de CHP wordt doorverwezen. Zolang ICT nog niet optimaal werkt, kunnen in de tussentijd patiënten die zich aanmelden bij de CHP via een verwijsbrief (meenemen of via de fax) worden doorverwezen naar de SEH. Voor patiënten die binnenlopen op de SEH en via de voorselectie worden doorverwezen naar de CHP kan via een intern spoednummer van de CHP een afspraak worden gemaakt. De wachttijd van de patiënt gaat in bij binnenkomst van de patiënt bij één van de organisaties. Een patiënt krijgt hiermee voorrang, hoeft zich niet nogmaals in te schrijven, maar wordt bij verwijzing van de CHP naar de SEH wel nogmaals (fysiek) getriageerd middels het MTS.

Met het voorstel om de A2-dienst van de huisarts met een uur te verlengen wordt meteen in de overdracht van patiënten voorzien.

Met deze eenduidige afspraken en scheiding in triage ondervang je het probleem dat patiënten die in de tweedelijns thuishoren (extra) worden gezien door de huisarts of eerstelijns patiënten lang moeten wachten op de SEH, terwijl zij ook bij de huisarts terecht kunnen/thuishoren. Ondersteunende ICT-mogelijkheden staan verder uitgewerkt in hoofdstuk 6 Facilitair.

5.6 Gezamenlijk gebruik faciliteiten

Bij sluiting van de CHP betekent dat tijdens de nachturen alleen gebruik zal worden gemaakt van de faciliteiten van de SEH. Verdere samenwerking op het gebied van röntgen zijn voorsnog niet mogelijk (zie hoofdstuk Facilitair). Mogelijkheden op het lab (buiten de tweede lijn om) worden momenteel uitgewerkt door de coördinatiecommissie van de CHP. Schakelmomenten van diensten en sluiting/opening komen aan bod in hoofdstuk 7; ICT-koppelingen in hoofdstuk 6.

5.7 Werkzaamheden huisartsen versus ziekenhuis

5.7.1 Huisartsen

Doorverwijzing van alle eerstelijns patiënten in de ANW-uren naar de huisartsen betekent extra werkzaamheden voor de huisartsen en doktersassistentes. Op basis van metingen in 2006 (zie bijlage) krijgen de huisartsen gemiddeld met minimaal 6 extra te behandelen zelfverwijzers per dag te maken. In het weekend zijn dit 11 extra patiënten, door de week gemiddeld 4 extra tijdens de nacht- en avonduren. Het aantal extra patiënten per nacht is gemiddeld 1 (in het weekend 2).

Tabel 5.2 Extra aantal gemiddelde zelfverwijzers voor de CHP per tijdstip en weekend/door de weeks

Dag	23.00-07.59	08.00-16.59	17.00-22.59	Gemiddeld totaal	Gemiddeld huisartsen
Weekend	2,4	5,3	3	10,7	10,7
Door de week	0,8	4,9	3,5	9,2	4,3
Gemiddeld per dag	1,2	5	3,4	9,6	6

Met het draaien van minder nachtdiensten worden de huisartsen gecompenseerd ten aanzien van de extra werkzaamheden op andere tijdstippen. Er kan tevens voor worden gekozen de uren die tijdens de nacht komen te vervallen over te zetten naar extra in te zetten uren tijdens de avonddiensten of weekenddiensten. Zie hiervoor box 2.

Het voorstel om de A2-dienst met een uur te verlengen, ondervangt in grote mate de eventuele drukte tussen 23.00 en 24.00 uur. Hierdoor zal tijdens drukke momenten ter ontlasting van de poortarts tevens een huisarts op de post aanwezig zijn wanneer de dienstdoende huisarts op visite is.

5.7.2 Ziekenhuis

Volgens de metingen komen met de voorgestelde afspraken op jaarbasis 2.226 patiënten/zelfverwijzer niet meer bij het ziekenhuis terecht. Hierdoor vermindert de (werk)druk op de SEH en kan de buffercapaciteit in het ziekenhuis (weer) worden opgebouwd.

BOX 2:

Berekening overzetten nachtdiensten naar extra avond- of weekenddiensten
per jaar komt dit neer op 3.285 uren. Een avonddienst kent 6 uur, een weekenddienst 9 uur. Voor de avonddiensten betekent dit dat 2.190 uren in een jaar worden gedraaid. Wanneer de overuren van de nachtdiensten worden ingezet voor 1 avonddienst extra per avond, blijven er nog 1.095 uren over. Deze kunnen ook bijvoorbeeld worden ingezet voor 1 extra weekenddienst per weekenddag; in een jaar gaat het namelijk om 936 weekenddiensturen.

5.8 Samenwerking met andere partijen

Binnen het NTS wordt naast eerste en tweede lijn ook specifiek getriageerd naar de GGZ. De samenwerking CHP – GGZ in de nacht geeft op dit moment geen aanleiding tot wijziging van het huidige beleid. Richting toekomst is op dit moment de GGZ in overleg met de CHP om:

1. bekende GGZ patiënten direct door te verwijzen (CHP gaat hiertoe de incidentie bijhouden) en
2. informatieverstrekking vanuit GGZ naar de huisarts via de PC (GGZ-map crisisprotocol). Onderzoek vindt nu plaats welke gegevens (online) opvraagbaar zijn, rekening houdend met de privacywetgeving en in hoeverre het Westfriesgasthuis hierbij ondersteunend kan werken.

Ten aanzien van de GGZ-crisis zorg exploreert GGZ mogelijkheden of de presentaties ook te realiseren zijn binnen de SEH van het Westfriesgasthuis. Meest wenselijk is in ieder geval een continue directe telefonische bereikbaarheid in de ANW-uren tussen de GGZ en CHP. Samenwerkingsmogelijkheden met andere partijen (apothek, ambulance, tandarts) dienen in een later stadium nog verder te worden geëxploreerd.

5.9 Samenvatting en conclusies

De belangrijkste zorginhoudelijke voorstellen concentreren zich op een groeimodel waarbij 's nachts de CHP wordt gesloten en verhuist naar de locatie van de SEH. Daarbij worden binnenkomende telefoontjes en de eerstelijns zelfverwijzers doorverwezen naar de CHP tijdens Avond-, Nacht- en Weekenduren (ANW-uren). Op basis van deze voorstellen en berekeningen gaat men er vanuit dat tijdens de ANW-uren 2.226 zelfverwijzers op jaarbasis worden doorverwezen naar de CHP en niet meer worden behandeld door de SEH van het Westfriesgasthuis.

Deze voorstellen hebben verschillende consequenties voor de CHP en het Westfriesgasthuis op het gebied van huisvesting, ICT, telefonie, personeel, organisatie, financiën en communicatie. In de volgende hoofdstukken staan de uitwerkingen per onderdeel weergegeven.

6. FACILITAIR (huisvesting, telefonie, ICT)

6.1 Inleiding

De bevindingen in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op het in het hoofdstuk Zorginhoudelijke aspecten geschetste beleid en afkomstig van de werkgroep Facilitair. Met name de verhuizing van de CHP naar de locatie van de SEH vraagt op het gebied van huisvesting, ICT en telefonie verschillende aanpassingen en uitwerkingen. Deze staan in dit hoofdstuk vermeld.

6.2 Facilitaire consequenties/mogelijkheden plaatsing CHP op SEH tijdens nachturen

Het plaatsen van de CHP op de locatie van de SEH tijdens de nachturen heeft verschillende consequenties en vraagt verschillende uitwerkingen. Deze staan hieronder puntsgewijs weergegeven.

6.2.1 Huisvesting

- *Balie*
Bij de balie worden de patiënten ontvangen door de receptioniste. De verdere afhandeling wordt uitgevoerd conform in het hoofdstuk Zorginhoudelijke aspecten geschetste beleid.
- *Callcenter*
In verband met hectiek en lawaai bij de receptie, adviseert de werkgroep Facilitair een aparte werkruimte voor de doktersassistente naast de receptie. Hier ontvangt de doktersassistente de inkomende telefoongesprekken aan de hand waarvan triage plaatsvindt conform de NHG-telefoonwijzer. Van hieruit is eenvoudig communicatie met de receptioniste mogelijk, bijvoorbeeld voor het aankondigen van een CHP-patiënt.
- *Wachtkamer*
In de gezamenlijke wachtkamer nemen patiënten plaats die wachten op onderzoek/beoordeling/behandeling door de huisarts of SEH-arts/poortarts of een andere medisch specialist.
- *Ruimte ten behoeve van eerste lijn onderzoek*
Vanuit de wachtkamer worden patiënten uitgenodigd voor onderzoek/beoordeling/behandeling door de huisarts. De huidige triagekamer wordt beschikbaar gesteld als spreekkamer. Op de spreekkamer wordt zowel een Westfriesgasthuis-computer als een CHP-computer geplaatst. Mocht er behandeling nodig zijn, dan kan dit plaatsvinden op de dichtstbijzijnde ruimte, **nummer ..** (zie de plattegrond in bijlage 3). De inrichting van de triageruimte en de behandelruimte dient te worden gegarandeerd conform de op de CHP gehanteerde standaarden. De huidige inventarislijst (zie bijlage 4) wordt hiertoe gecontroleerd en waar nodig wordt gezorgd voor aanvullingen.
- *Algemeen*
Bij verdere opschaling van de samenwerking dient bij de huisvesting aandacht te worden besteed aan de huiselijke uitstraling zoals deze nu in de CHP wordt gehanteerd.
- *GGZ*
Bij implementatie van het project spoedzorg wordt een psychiater bij een spoedoproep van de CHP 's nachts op de SEH verwacht. Het oproepen van de GGZ-crisisdienst heeft voor de ruimtes geen consequenties. Voor de beveiliging moet, bij wijziging van het beleid, bezien worden of het programma van eisen moet worden aangepast.

6.2.2 *Telefonie*

De telefoon van de CHP kan 's nachts worden doorgeschakeld naar de SEH. De SEH beschikt echter niet over een voice-recording systeem. Alternatief is het laten aanleggen van een glasvezelverbinding voor telefonie en ICT.

De CHP start begin 2007 met een nieuw callmanagementsysteem van de firma Labelsoft. De software hiervan dient op het werkstation van de doktersassistente op de SEH te worden geïnstalleerd.

6.2.3 *ICT*

Het is wenselijk over en weer in elkaars systemen te kunnen kijken, te muteren, afspraken te maken en gegevens uit te wisselen. Hiervoor dienen personen bevoegd te zijn. Voor de huisarts en de doktersassistente is een CHP-PC noodzakelijk. Deze worden door de CHP zelf aangeschaft via Zorgring. Daarnaast blijft de ziekenhuis-PC gehandhaafd waarop door de doktersassistente en de huisarts kan worden ingelogd in het SEH-systeem zodat direct inzagefunctie mogelijk is, alsook het direct maken van afspraken. Hiertoe dienen glasvezelkabels te worden aangelegd tussen CHP – SEH.

Voor de toekomst wordt gestreefd naar communicatie tussen Chipsoft van het Westfriesgasthuis, Labelsoft van de CHP en het HIS van de huisartspraktijken. Uiteindelijk moet worden gekomen tot volledige ICT-integratie. Deze ontwikkelingen zijn op korte termijn echter niet haalbaar. Voor de situatie tijdens de nacht voorziet de werkgroep Facilitair met het stand-alone werken geen problemen.

Voor toekomstige zorgprogramma's worden de huisartsen direct betrokken. In die fase wordt ook de integratie meegenomen. Deze ontwikkeling loopt via de werkgroep Westfriesgasthuis-huisartsen ICT.

6.2.4 *Afspraken gezamenlijk gebruik faciliteiten*

Er dienen afspraken gemaakt te worden in welk systeem welke aanvragen worden vastgelegd. Op dit moment worden door de huisarts aangevraagde röntgenfoto's of laboratoriumonderzoek in het SEH-systeem geregistreerd. De uitslag gaat telefonisch of schriftelijk naar de eigen huisarts c.q. CHP. Dit is in de nieuwe situatie niet anders. Voordeel is echter dat er direct feedback naar patiënt en huisarts kan plaatsvinden en vice versa. Met andere woorden: de handelingen wijzigen niet, maar de tijdsduur is korter en de afhandeling blijft onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Ook in de verslaglegging wijzigt er niets; de radioloog verslaat de volgende dag de röntgenfoto die vervolgens in het huisartsdossier wordt opgenomen.

Bij verdere opschaling van het project kan het Westfriesgasthuis voordeel opdoen met het telefonisch triagesysteem en de CHP met het fysieke triagesysteem.

Voorts kunnen bij verdere opschaling van het project de resultaten van de werkgroep ICT Westfriesgasthuis – huisartsen worden meegenomen.

6.3 **Verbeteren bereikbaarheid huisartspraktijken overdag**

6.3.1 *Geen spoed*

Uit een patiënttevredenheidsenquête van de CHP is naar voren gekomen dat de telefonische bereikbaarheid van de huisartspraktijken overdag kan worden verbeterd. De CHP is voornemens om de telefonische bereikbaarheid van de huisartspraktijken overdag verder in kaart te brengen door middel van een kwaliteitsproject.

6.3.2 *Spoed*

De werkgroep adviseert per huisarts een eigen voice-responsysteem waarmee de patiënt, door middel van het indrukken van een sneltoets met het ANW-spoednummer wordt verbonden.

Een nog pragmatischer oplossing voor de toekomst is om één centraal voice-responsysteem te plaatsen waarop de huisarts een aansluiting koopt.

6.4 Algemeen ANW-spoednummer

In het hoofdstuk Zorginhoudelijke aspecten staat het advies weergegeven het huidige telefoonnummer van de CHP als algemeen ANW-spoednummer bekend te maken. Overdag zal via een bandje de patiënt (die niet onder behandeling van het ziekenhuis staat) worden doorverwezen naar de eigen huisartsenpraktijk, in de avonduren en weekenddagen staat de telefoonlijn doorgeschakeld naar de CHP en 's nachts naar de SEH, waar de doktersassistenten van de CHP de telefoontjes beantwoorden.

Ambulancepersoneel en patiënten die reeds in behandeling en bekend zijn bij het ziekenhuis krijgen een apart direct nummer van het ziekenhuis.

Bij de inrichting van één ANW-spoednummer wordt er een onderscheid gemaakt in:

1. de beller wil dringend de huisarts spreken.
2. de beller wil acute medische zorg voor zichzelf of derde(n). In dat geval wordt altijd direct 112 gebeld.

En er wordt onderscheid gemaakt in:

1. dagzorg = overdag via de huisarts
 - van maandag tot en met vrijdag van 08.00 tot 17.00 uur
2. ANW zorg = avond- nacht en weekend via de Centrale Huisartsenpost/
ANW-spoednummer
 - van maandag tot en met donderdag van 17.00 tot 08.00 uur en
 - van vrijdag 17.00 uur tot maandag 08.00 uur.

Aangezien de voorstellen van deze eindrapportage zich concentreren op de ANW-zorg, zijn de scenario's voor de overdag zorg buiten beschouwing gelaten.

Bij de ANW-zorg wordt de patiënt:

- op het antwoordapparaat van de huisartsenpraktijk doorverwezen naar het algemeen telefoonnummer van de CHP/ANW-spoednummer; of
- via het praktijknummer van de huisarts doorgeschakeld (bijvoorbeeld d.m.v. een keuzemenu) naar de CHP/ANW-spoednummer; of
- wordt op het antwoordapparaat van het ANW-spoednummer van de huisarts doorverwezen naar de CHP/ANW-spoednummer.

Het zou goed zijn in een nieuw op te zetten project, met aanvulling van andere partijen zoals patiëntenplatform, meldkamer, zorgverzekeraar en mogelijk VWS, dit verder uit te werken.

6.5 Huisvestingsvoorstel

6.5.1 Korte termijn

Met de huidige en nog te plannen verbouwing kan de SEH adequaat huisvesting bieden aan de CHP. Zie hiervoor de plattegrond in bijlage 3.

6.5.2 Lange termijn

Verdergaande samenwerking tussen CHP en SEH vergt meer aanpassingen op de SEH. Binnen de context van de huidige opdracht heeft de werkgroep zich beperkt tot uitwerking van de korte termijnhuisvesting. Inrichting geven aan verdere huisvesting bij samenwerking op één in locatie vraagt om een bredere aanpak met inzet van deelnemers vanuit beide instellingen. Vanuit de werkgroep Zorginhoud is aangegeven te willen werken conform een proeftuinmodel. Derhalve is in tijd nog geen datum te noemen.

6.6 Kosten

6.6.1 Huisvesting

Voor op de korte termijn zijn er op het gebied van huisvesting geen te maken kosten.

6.6.2 Telefonie

Voor het leveren, monteren en aansluiten van een 12-voudige glasvezelkabel met een lengte van 496 meter tussen de CHP en SEH wordt € 9.030 exclusief BTW in rekening gebracht. Het doorschakelen van het ANW-spoednummer van de CHP naar SEH in de nachturen

bedraagt € 250,-. Hierbij komen nog de kosten bij voor de uitbreiding van de Hello! TeleVantage installatie ten behoeve van twee werkplekken van de CHP op de SEH. De projectprijs voor deze uitbreiding bedraagt € 1.795,- exclusief BTW, alsmede € 145,- per jaar voor de aanvulling van het onderhoudscontract.

6.6.3 ICT

De prijzen voor de glasvezelkabel staan vermeld in paragraaf 6.6.2. Voor het aanschaffen van twee computers ten behoeve van de twee werkplekken van de CHP op de SEH worden ter indicatie de computerprijzen van het Westfriesgasthuis weergegeven. Inclusief software komt de aanschaf van twee computers rond de € 11.000 te liggen.

6.7 Samenvatting en conclusies

Om op korte termijn op het gebied van telefonie en ICT gezamenlijk op te trekken zal een glasvezelverbinding tussen de CHP en SEH van het Westfriesgasthuis worden aangelegd. Daadwerkelijke koppeling tussen de verschillende systemen zal op de langere termijn gerealiseerd kunnen worden. Middels de glasvezelverbinding is het in ieder geval mogelijk een algemeen ANW-spoednummer te openen en over en weer in elkaar systemen te kijken, afspraken te maken en gegevens uit te wisselen.

Op basis van de geschetste zorginhoudelijke voorstellen kan de SEH met de huidige en nog te plannen verbouwing adequate huisvesting aan de CHP bieden.

7. PERSONEEL, ORGANISATIE EN FINANCIEN

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden vanuit de geschetste uitgangssituatie in het hoofdstuk Zorghoudelijke aspecten, de deskundigheidsbevordering, formatieschema's, schakelmomenten en de financiële gevolgen/compensaties voor de huisartsen, de CHP en het Westfriesgasthuis belicht.

7.2 Deskundigheidsbevordering

De deskundigheidsbevordering concentreert zich op de fase waarin de CHP en het Westfriesgasthuis de eigen triagesystemen hanteren.

7.2.1 (bij)Scholing frontdeskpersoneel

Zolang het NTS niet zal worden ingevoerd hoeven de *doktersassistentes* van de CHP niet te worden bijgeschoold. Zij triageren op basis van de NHG-telefoonwijzer.

Op de CHP is voor nieuwe doktersassistentes een minimale werkervaring van 3 tot 5 jaar gewenst. De assistentes hebben over het algemeen een opleiding tot doktersassistente of verpleegkundige gevolgd. Daarbij zijn zij bijgeschoold op het gebied van triage op basis van de NHG-staandaarden. Deze applicatiecursus volgen de assistentes via het Horizon College. De tijdsinvestering voor de cursus bedraagt 11 bijeenkomsten van 3 uren en kent de modules communicatieve vaardigheden (triage) en medische kennis. De kosten bedragen € 723,-.

Het opleidingsniveau van de "*receptionisten*" van de SEH komt overeen met de assistentes van de CHP. In principe hoeven ook zij niet te worden bijgeschoold.

Met de huidige zorghoudelijke voorstellen zijn voor de telefonische triage de uren waarop de CHP is gelokaliseerd op de SEH i.c. de nachturen afgedekt. Zolang de CHP plaatsneemt op de SEH met eigen personeel, er geen gezamenlijke triagistenpool wordt opgezet en/of de CHP met personeeltekorten kampt, hoeven de receptionisten van de SEH geen telefonische triage uit te voeren en hoeven zij derhalve niet te worden bijgeschoold i.c. eenzelfde triageopleiding als de doktersassistentes van de CHP te volgen.

Er wordt evenwel aanbevolen om de doktersassistentes van de CHP en receptionisten van de SEH kennis van elkaars activiteiten te laten opdoen door bijvoorbeeld het organiseren van onderlinge stages.

Bij een verdere vorm van samenwerking, zoals het opzetten van een triagistenpool of de invoering van het NTS, is de werkgroep Personeel, organisatie en financiën/begroting graag bereid de bijscholing van het frondeskpersoneel opnieuw te bezien.

7.2.2 (bij)Scholing huisartsen

De huisartsen van de CHP hoeven in principe niet te worden bijgeschoold op het gebied van MTS of andere disciplines. Er vinden namelijk geen veranderingen plaats voor de huisartsen, afgezien van de wijziging van locatie tijdens de nachturen. Dit brengt het voordeel met zich mee dat zij op een natuurlijke wijze kennis kunnen maken met de werkwijzen en wachttijden van het MTS. Eventuele korte meeloopstages voor de huisartsen op de SEH kunnen deze kennis van het MTS vergroten.

7.2.3 (bij)Scholing poortartsen

Op dit moment worden eerstelijns zelfverwijzers die zich aandienen op de SEH behandeld door een poortarts. Het ziekenhuis zorgt hierbij voor een professionele begeleiding en autorisatie. Wanneer het ziekenhuis ook in de nachturen voor een goede achtervang blijft zorg dragen, verandert er in principe niets voor de poortartsen. Het is alleen van groot belang dat tijdens de nachturen, wanneer de poortarts voor beslissingen komt te staan die hij op dat moment niet zelf aankan en de huisarts voor visites is weggeroepen, er een goede (consultatieve) achtervang via de SEH en/of specialist beschikbaar is.

Er wordt daarbij aanbevolen de benodigde competenties van de poortarts ten aanzien van de eerstelijns spoedzorg te laten benoemen. De werkgroep Zorginhoud of de huisartsen-opleiders kunnen worden gevraagd deze competenties op te stellen en een advies aan de projectgroep uit te brengen. Op basis van deze resultaten kan de projectgroep een uitspraak doen.

Deze competenties kunnen worden opgenomen in het scholingsprogramma van poortartsen in het ziekenhuis. Een apart te beschouwen punt hierbij is de hoge doorstroom van de poortarts op de SEH, hetgeen continue scholing vergt. Met aan de andere kant het gegeven dat in de tijd dat de poortarts op de SEH werkzaam is, de poortarts een groot aantal patiënten behandelt.

7.2.4 (bij)Scholing SEH-verpleegkundigen

Met het voorgestelde zorginhoudelijke beleid hoeven de SEH-verpleegkundigen niet te worden bijgeschoold.

In het voorjaar van 2007 zal het Manchester Triage Systeem (MTS) in het Westfriesgasthuis worden ingevoerd. De SEH-verpleegkundigen worden hiervoor bijgeschoold op het gebied van het MTS.

7.2.5 SEH-arts

In het kader van het samenwerkingsproject tussen de CHP en het Westfriesgasthuis zijn er geen acties nodig ten aanzien van de SEH-arts. Sinds begin 2007 is op de SEH van het Westfriesgasthuis een SEH-arts werkzaam. Deze arts heeft ervaring op het gebied van spoedeisende specialistische en huisartskundige handelingen. Met het oog op de toekomst is de SEH-arts een belangrijke functie die wellicht de functie poortarts gaat vervangen. Dit heeft voordelen ten aanzien van de eerstelijns spoedzorg gezien het feit dat de SEH-arts reeds over de benodigde competenties beschikt om deze zorg adequaat uit te kunnen voeren.

7.2.6 Conclusie

Op basis van bovenstaande kan worden geconcludeerd dat er weinig tot geen bijscholing nodig wordt geacht voor de verschillende functies. De verschillende disciplines kunnen voornamelijk dezelfde werkzaamheden blijven verrichten.

Het verhuizen van de CHP tijdens de nachturen naar de locatie van de SEH kan worden gebruikt om met elkaar kennis te maken. Belangrijk aandachtspunt hierbij is dat het ziekenhuis zorg draagt voor een professionele achterwacht voor de poortarts in geval van een eerstelijns verwijzing.

Het kennis maken met elkaar wordt tijdens de avond- en weekenduren verder ondersteund door de contacten over de doorverwijzingen. Er wordt tevens aanbevolen proactief beleid te voeren ten aanzien van deze kennismaking, zoals het organiseren van onderlinge stages en intercollegiale werkoverleggen.

7.3 Formatieschema's CHP

Het voorgestelde zorginhoudelijke beleid heeft gevolgen voor de bezetting van de huisartsen en doktersassistenten op de CHP. De bezetting van de SEH zal met de voorstellen niet veranderen, wegens de noodzaak voor het ziekenhuis om haar brandweerfunctie te behouden.

7.3.1 Formatieschema's huisartsen

Om de extra patiënten door de CHP te kunnen laten behandelen worden er verschillende scenario's ten aanzien van de huisartsenformaties weergegeven. Deze formatieschema's zijn uitwerkingen van de diverse voorstellen uit het hoofdstuk Zorginhoudelijke aspecten.

7.3.1.1 Huidige formaties huisartsen

Ter vergelijking wordt allereerst het huidige formatieschema van de huisartsen weergegeven. Deze tabel laat een week urenoverzicht van 348,50 uren zien.

Tabel 7.1 Huidige formaties huisartsen

	begintijd	eindtijd	uren	aantal personen per dienst							Totaal uren per week		
				ma	di	wo	do	vrij	zat	zon			
dagdienst	8:00	17:00	9,00							4,00	4,00	72,00	
avonddienst	18:00	23:00	5,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00				25,00	
avonddienst	17:00	23:00	6,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00		3,00	3,00	96,00	
nachtdienst	23:00	8:00	9,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00		2,00	2,00	126,00	
achterwacht nachtdienst	18:00	8:00	14,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00				17,50	
achterwacht	8:00	8:00	24,00							1,00	1,00	12,00	
totaal				6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	10,00	10,00	348,50	
Uitgangspunt: norm van het CTG, € 50,20 voor ieder gewerkt uur													
dagdienst feestdagen*	8:00	17:00	9,00	4 personen									
achterwacht feestdagen	8:00	8:00	24,00	1 persoon									

Ter toelichting kan worden vermeld dat in de huidige situatie de achterwacht alleen in de weekenden wordt opgeroepen en misschien twee keer per jaar op een avond door de week. In 2006 zijn aan gewerkte uren tijdens de achterwacht er 156 uitbetaald, waarvan 52 tijdens de feestdagen in december. Op basis van deze gegevens en het gegeven dat 25% van de uren van een achterwachtdienst worden uitbetaald plus de eventuele gewerkte uren, is er voor gekozen de ingeroosterde achterwachturen in de verschillende scenario's maar voor 25% in het totaal mee te laten wegen.

In de scenario's zijn niet de inzet voor de extra achterwachtdiensten tijdens de feestdagen ingeroosterd, vanwege een beperkt en wisselend aantal feestdagen per jaar.

7.3.1.2 Scenario 1: Extra achterwacht tijdens weekend- en feestdagen

In scenario 1 zijn extra achterwachtdiensten tijdens het weekend en feestdagen ingeroosterd. Deze mogelijkheid is door de werkgroep Personeel, organisatie en financiën/ begroting extra ingebracht met het oog op de verwachte piekuren tijdens de weekenden. Met het verval van één nachtdienst per nacht en de extra achterwacht tijdens de weekend- en feestdagen, worden per week 293 diensturen ingeroosterd (zie tabel 7.2). Een vermindering van 55,5 diensturen per week ten opzichte van de huidige formaties.

Tabel 7.2 Scenario 1: Formaties huisartsen: extra achterwacht tijdens weekend- en feestdagen

	begintijd	eindtijd	uren	aantal personen per dienst							Totaal uren per week		
				ma	di	wo	do	vrij	zat	zon			
dagdienst	8:00	17:00	9,00							4,00	4,00	72,00	
avonddienst	18:00	23:00	5,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00				25,00	
avonddienst	17:00	23:00	6,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00		3,00	3,00	96,00	
nachtdienst	23:00	8:00	9,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		1,00	1,00	63,00	
achterwacht nachtdienst	18:00	8:00	14,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00				17,50	
achterwacht	8:00	8:00	24,00							1,00	1,00	12,00	
extra achterwacht (voorstel)	9:00	0:00	15,00							1,00	1,00	7,50	
totaal				5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	10,00	10,00	293,00	
Uitgangspunt: norm van het CTG, € 50,20 voor ieder gewerkt uur													
dagdienst feestdagen*	8:00	17:00	9,00	4 personen									
achterwacht feestdagen	8:00	8:00	24,00	1 persoon (voorstel 1 extra)									
* niet op weekenden													

7.3.1.3 Scenario 2: Verlenging A2-dienst en extra achterwacht tijdens weekend- en feestdagen

Bij scenario 2 is de A2-dienst² met één uur verlengd. Met deze verlenging van de A2-dienst, ter ondersteuning van de verwachte piekuren tussen 23.00 en 0.00 uur³, en extra achterwacht tijdens de weekend- en feestdagen, komt het totale aantal diensturen op 300 uur te liggen. Dit betekent 7 uur per week meer ten opzichte van scenario 1 en 48,5 uur minder ten opzichte van de huidige ingeroosterde uren (zie tabel 7.3).

² De A2-dienst is de avonddienst van de huisartsen die op maandag tot en met vrijdag loopt van 18.00 tot 23.00 uur en in het weekend van 17.00 tot 23.00 uur.

³ Op dit moment ligt de piek tijdens de nachtdiensten tussen 23.00 en 0.00 uur.

Tabel 7.3 Scenario 2: Formaties huisartsen: verlenging A2-dienst en extra achterwacht weekend- en feestdagen

	begintijd	eindtijd	uren	aantal personen per dienst							Totaal uren per week	
				ma	di	wo	do	vrij	zat	zon		
dagdienst	8:00	17:00	9,00							4,00	4,00	72,00
avonddienst A2-verlenging	18:00	0:00	6,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00				30,00
avonddienst A2-verlenging	17:00	0:00	7,00						1,00	1,00		14,00
avonddienst	17:00	23:00	6,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	84,00
nachtdienst	23:00	8:00	9,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	63,00
achterwacht nachtdienst	18:00	8:00	14,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00				17,50
achterwacht	8:00	8:00	24,00							1,00	1,00	12,00
extra achterwacht (voorstel)	9:00	0:00	15,00							1,00	1,00	7,50
totaal				5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	10,00	10,00	300,00
Uitgangspunt: norm van het CTG, € 50,20 voor ieder gewerkt uur												
dagdienst feestdagen*	8:00	17:00	9,00	4 personen								
achterwacht feestdagen	8:00	8:00	24,00	1 persoon (voorstel 1 extra)								
* niet op weekenden												

7.3.1.4 Scenario 3: Extra avonddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht tijdens feestdagen

Om de extra drukte tijdens de avonden op te vangen is er de mogelijkheid om de vervallen nachtdiensten om te zetten naar extra avonddiensten. Ten opzichte van de huidige formaties betekent dit 14 uur minder (zie tabel 7.4).

Tabel 7.4 Scenario 3: Formaties huisartsen: extra avonddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht feestdagen

	begintijd	eindtijd	uren	aantal personen per dienst							Totaal uren per week	
				ma	di	wo	do	vrij	zat	zon		
dagdienst	8:00	17:00	9,00							4,00	4,00	72,00
avonddienst A2-verlenging	18:00	0:00	6,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00				30,00
avonddienst A2-verlenging	17:00	0:00	7,00						1,00	1,00		14,00
avonddienst	17:00	23:00	6,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	126,00
nachtdienst	23:00	8:00	9,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	63,00
achterwacht nachtdienst	18:00	8:00	14,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00				17,50
achterwacht	8:00	8:00	24,00							1,00	1,00	12,00
totaal				6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	10,00	10,00	334,50
Uitgangspunt: norm van het CTG, € 50,20 voor ieder gewerkt uur												
dagdienst feestdagen*	8:00	17:00	9,00	4 personen								
achterwacht feestdagen	8:00	8:00	24,00	1 persoon (voorstel 1 extra)								
* niet op weekenden												

7.3.1.5 Scenario 4: Extra weekenddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht tijdens feestdagen

Wanneer de vervallen nachtdiensten worden overgezet naar extra weekenddiensten in plaats van extra avonddiensten, betekent dit 38 uur minder ten opzichte van de huidige ingeroosterde uren (zie tabel 7.5).

Tabel 7.5 Scenario 4: Formaties huisartsen: extra weekenddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht feestdagen

	begintijd	eindtijd	uren	aantal personen per dienst							Totaal uren per week	
				ma	di	wo	do	vrij	zat	zon		
dagdienst	8:00	17:00	9,00							5,00	5,00	90,00
avonddienst A2-verlenging	18:00	0:00	6,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00				30,00
avonddienst A2-verlenging	17:00	0:00	7,00						1,00	1,00		14,00
avonddienst	17:00	23:00	6,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	84,00
nachtdienst	23:00	8:00	9,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	63,00
achterwacht nachtdienst	18:00	8:00	14,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00				17,50
achterwacht	8:00	8:00	24,00							1,00	1,00	12,00
totaal				5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	10,00	10,00	310,50
Uitgangspunt: norm van het CTG, € 50,20 voor ieder gewerkt uur												
dagdienst feestdagen*	8:00	17:00	9,00	4 personen								
achterwacht feestdagen	8:00	8:00	24,00	1 persoon (voorstel 1 extra)								
* niet op weekenden												

7.3.1.6 Scenario 5: Extra avond- en weekenddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht tijdens feestdagen

Tot slot kunnen bijna alle vervallen nachturen worden omgezet in extra avond- en weekenddiensten. Dit betekent wel 4 extra te roosteren uren per week.

Tabel 7.6 Scenario 5: Formaties huisartsen: extra avond- en weekenddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht feestdagen

	begintijd	eindtijd	uren	aantal personen per dienst							Totaal uren per week	
				ma	di	wo	do	vrij	zat	zon		
dagdienst	8:00	17:00	9,00							5,00	5,00	90,00
avonddienst A2-verlenging	18:00	0:00	6,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00				30,00
avonddienst A2-verlenging	17:00	0:00	7,00							1,00	1,00	14,00
avonddienst	17:00	23:00	6,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	126,00
nachtdienst	23:00	8:00	9,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	63,00
achterwacht nachtdienst	18:00	8:00	14,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			17,50
achterwacht	8:00	8:00	24,00							1,00	1,00	12,00
totaal				6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	11,00	11,00	352,50
Uitgangspunt: norm van het CTG, € 50,20 voor ieder gewerkt uur												
dagdienst feestdagen*	8:00	17:00	9,00	4 personen								
achterwacht feestdagen	8:00	8:00	24,00	1 persoon (voorstel 1 extra)								
* niet op weekenden												

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de verschillende formatieschema's laten zien dat alleen tabel 7.6 (scenario 5), de keuze voor extra avond- én weekenddiensten, meer diensturen oplevert ten opzichte van de huidige situatie (respectievelijk 4 uur per week). De andere scenario's betekenen minder in te roosteren diensturen ten opzichte van de huidige formaties. Deze vermindering in uren heeft voornamelijk te maken met het vervallen van één nachtdienst per nacht.

Voor de goede orde zijn de verschillen tussen de weergegeven scenario's en de huidige formaties (348,50 uren) in de volgende tabel weergegeven.

Tabel 7.7 Overzicht verschillen tussen de scenario's en huidige formaties

Scenario	Betreft	Aantal uren	Verskil in uren met huidige formatie
Scenario 1	Extra achterwacht tijdens weekend- en feestdagen	293	- 55,5
Scenario 2	Verlenging A2 dienst en extra achterwacht	300	- 48,5
Scenario 3	Extra avonddiensten, verlenging A2 diensten en extra achterwacht tijdens feestdagen	334,5	- 14
Scenario 4	Extra weekenddiensten, verlenging A2 diensten en extra achterwacht tijdens feestdagen	310,5	- 38
Scenario 5	Extra avond- en weekenddiensten, verlenging A2 diensten en extra achterwacht tijdens feestdagen	352,5	+ 4

7.3.2 Formatieschema's doktersassistenten

Het uitvoeren van de nachtdiensten op de locatie van de SEH heeft als consequentie dat de doktersassistenten de nachtelijke taken op de CHP, zoals het opruimen van de spreekkamers, het aanvullen van de voorraden, steriliseren e.d., niet meer kunnen doen. Deze taken nemen per nacht ongeveer 1 uur in beslag. Op vrijdag, zaterdag- en zondagavond worden deze werkzaamheden uitgevoerd door de P-dienst⁴ en kan de nachtdienst volstaan met het "nalopen" van de kamers; duur maximaal halfuur per nachtdienst.

⁴ De P-dienst is een avonddienst van de doktersassistenten die loopt van 17.30 tot 22.00 uur.

Met deze gegevens is in de nieuwe formaties voor de doktersassistenten op maandag t/m donderdag 1 uur uitbreiding ingeroosterd en voor vrijdag t/m zondag een halfuur (totaal per week 5,5 uur = 286 uren op jaarbasis).

Hieronder een overzicht van de formaties doktersassistenten in de oude en nieuwe situatie.

Tabel 7.8 Huidige formaties doktersassistenten

	begintijd	eindtijd	uren	aantal personen per dienst							Totaal uren per week
				ma	di	wo	do	vrij	zat	zon	
dagdienst*	08:00	17:00	9,00						4,00	4,00	72,00
dagdienst	10:00	15:00	5,00						1,00		5,00
dagdienst*	9:30	16:30	7,00						1,00	1,00	14,00
avonddienst*	16:30	23:00	6,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	45,50
avonddienst*	17:00	23:30	6,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	45,50
avonddienst *	17:30	22:00	4,50						1,00	1,00	13,50
nachtdienst	23:00	8:00	9,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	63,00
totaal				3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	10,00	9,00	258,50
* en op feestdagen											

Tabel 7.9 Nieuwe formaties doktersassistenten

	begintijd	eindtijd	uren	aantal personen per dienst							Totaal uren per week
				ma	di	wo	do	vrij	zat	zon	
dagdienst*	08:00	17:00	9,00						4,00	4,00	72,00
dagdienst	10:00	15:00	5,00						1,00		5,00
dagdienst*	9:30	16:30	7,00						1,00	1,00	14,00
avonddienst*	16:30	0:00	7,50	1,00	1,00	1,00	1,00				30,00
avonddienst*	16:30	23:30	7,00					1,00	1,00	1,00	21,00
avonddienst*	17:00	23:30	6,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	45,50
avonddienst *	17:30	22:00	4,50					1,00	1,00	1,00	13,50
nachtdienst	23:00	8:00	9,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	63,00
totaal				3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	10,00	9,00	264,00
* en op feestdagen											

Conclusie

Ten opzichte van de huidige situatie betekent het nieuwe formatieschema 5,5 uur per week extra diensturen voor de doktersassistenten. De richting en stroom van het aantal zelfverwijzers moet goed worden gemonitord en waar nodig dienen extra formaties te worden ingezet, zodat de doktersassistenten niet te maken krijgen met een ongeoorloofde hoge werkdruk.

7.4 Schakelmomenten

Eén avonddienst van de doktersassistenten van de CHP loopt altijd door tot 23.30 uur. Voor de overdracht wordt nu 15 minuten ingeruimd. Met het verlengen van de A2-dienst voor de huisarts wordt er in de persoonlijke overdracht van gegevens voorzien. Per nacht zal er één huisarts van de CHP namelijk tijdens zijn laatste uur van de A2-dienst, van 23.00 tot 0.00 uur, op de SEH werkzaam zijn. De nachtdiensten starten om 23.00 uur op de SEH.

Conclusie

In principe hoeft het bestaande beleid niet te worden veranderd, maar zijn veelal goede onderlinge afspraken van belang en goede publiciteit richting patiënt over het 's nachts sluiten van de CHP.

7.5 Financiële gevolgen

De gepresenteerde voorstellen in het hoofdstuk Zorginhoudelijke aspecten hebben verschillende financiële gevolgen voor de huisartsen, CHP en het Westfriesgasthuis. Voor de specialisten zijn er geen financiële gevolgen. Allereerst worden de financiële gevolgen voor het Westfriesgasthuis belicht.

7.5.1 Financiële gevolgen/compensaties Westfriesgasthuis

Bij de berekeningen voor het Westfriesgasthuis wordt er vanuit gegaan dat het ziekenhuis te maken krijgt met 2.226 minder zelfverwijzers die tijdens de ANW-uren worden verwezen naar de CHP. De gevolgen hiervan voor het Westfriesgasthuis staan vermeld in tabel 7.10. Bij deze berekeningen zijn verschillende punten nog niet meegenomen, waardoor de inkomstenderving van het Westfriesgasthuis nog enigszins vermindert.

Allereerst bestaat de inkomstenderving voor het Westfriesgasthuis uit het lagere aantal eerste polibezoeken (dit is de financiële parameter) voor de verschillende specialismen bijbehorend bij bovengenoemde 2.226 patiënten. Het aantal eerste polibezoeken (EPB's) is niet één op één gelijk aan het aantal consulten.

Eventueel van toepassing zijnde declaraties van het Westfriesgasthuis aan de CHP betreffende eerstelijns consulten die de poortarts heeft opgevangen voor de CHP-arts (in verband met het rijden van visites) zijn niet meegenomen in tabel 7.10. In de huidige situatie behandelt het ziekenhuis de naar de CHP verwezen patiënten niet. In de voorstellen van de werkgroep Zorginhoud kunnen deze patiënten tijdens de nachturen wel door het ziekenhuis i.c. de poortarts worden behandeld, maar staat hier (nog) geen financiële vergoeding tegenover.

Tijdens de nachturen komen momenteel gemiddeld 17 calls binnen bij de CHP. Deze calls resulteren gemiddeld in 3 à 6 (telefonische) consulten per nacht en 2 à 3 visites per nacht. Met de voorstellen van de werkgroep Zorginhoud komt hier per nacht gemiddeld 1 extra zelfverwijzer bij. Vanuit de werkgroep Personeel, organisatie en financiën/begroting komt het advies om te registreren hoe vaak de poortarts patiënten van de CHP overneemt en deze consulten onderling met elkaar te verrekenen.

Hoe het één en ander qua procesinrichting en qua verdeling van automatiserings-, patiënt-, hotelmatig- en gebouwsgebonden kosten plaats zal/kan vinden, zal op verzoek nog nader worden uitgewerkt. Een verrekening van deze kosten is derhalve tevens buiten beschouwing gelaten in tabel 7.10. Dit is mede afhankelijk van de bevindingen van de werkgroep Facilitair. De gevolgen voor de specialisten liggen niet financieel en hebben ook geen gevolg voor de capaciteit. De productiedaling heeft effect op de vrijval uren inzet van de poortartsen. Gezien de brandweerfunctie wordt hiervan geen verzilveringseffect verwacht.

Conclusie

In het voorstel van de werkgroep Zorginhoud wordt er vanuit gegaan dat door de directe verwijzing van de tweede naar de eerste lijn tijdens de avond-, nacht- en weekenduren (de tijdstippen waarop de CHP is geopend) 2.226 zelfverwijzers door de CHP behandeld zullen worden en niet meer bij de SEH terecht komen. Volgens de berekeningen in tabel 7.10 betekent dit voor het Westfriesgasthuis een vermindering in budget van **€ 449.737** (fase II). Dit bedrag beschouwt het ziekenhuis als een voorinvestering richting toekomst i.c. de samenwerking met de huisartsen. De budgetderving voor het ziekenhuis staat daarom niet de realisatie van het project in de weg en valt onder de eigen verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. Hierbij zal het ziekenhuis een volwaardige spoedeisende functie in de lucht houden. De gevolgen voor de specialisten liggen hiermee niet financieel en hebben ook geen gevolg voor de capaciteit.

Tabel 7.10 Financiële gevolgen Westfriesgasthuis

Financiële consequenties WFG bij samenwerking spoedeisende zorg tussen Centrale Huisartsen post en WestfriesGasthuis						
<p><u>Uitgangspunten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - De overzichten zijn conform het voorstel vanuit de werkgroep Zorginhoud gebaseerd op de aantallen eerstelijns zelfverwijzers op de SEH vanuit metingen verricht in 2006. - het gemiddeld gewogen EPB parameter bedrag incl. lumpsum is een gewogen gemiddelde op basis van het aantal EPB's per specialisme over 2006 (gehele jaar) tegen de parameter bedragen per specialisme van 2006. - Het aantal EPB's is niet één op één gelijk aan het aantal consulten. Een EPB kan namelijk volgens de budgetsysteematiek per patiënt per specialisme maximaal één keer per jaar gescoord worden. De verwachte inkomstderving is derhalve in twee scenario's weergegeven. <p>Scenario A) De omrekening van het aantal consulten naar het aantal EPB's is tot stand gekomen door het totaal aantal EPB's voortkomend uit de consulten op de SEH in 2006 te delen op het totaal aantal consulten op de SEH in 2006. Aldus is de volgende factor berekend: $15434/21054=0,7330673506$.</p> <p>Scenario B) Hierbij is de factor EPB/consult op 1 gesteld. Dit aangezien het aannemelijk is bij zelfwijzers eerste lijn dat de factor hoger ligt dan bij gemiddelde consulten op de SEH (waar scenario A van uit gaat).</p> <p><u>Opmerkingen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - (Investerings-)begrotingen m.b.t. benodigde facilitaire voorzieningen (huisvesting/telefoon/ICT) en in- en externe communicatie zijn buiten beschouwing gelaten. 						
<p>FASE I: Doorverwijzing/behandeling eerstelijns zelfverwijzers van voorheen op de SEH naar de CHP in de nachturen (in het weekend en door de weeks)</p> <p>FASE II: Doorverwijzing/behandeling eerstelijns zelfverwijzers van voorheen op de SEH naar de CHP in de avonduren (in het weekend en door de weeks)</p> <p>FASE III: Doorverwijzing/behandeling eerstelijns zelfverwijzers van voorheen op de SEH naar de CHP overdag uren (in het weekend)</p> <p>FASE IIII: Doorverwijzing/behandeling eerstelijns zelfverwijzers van voorheen op de SEH naar de CHP in de overdag uren (door de weeks) [niet van toepassing op dit moment]</p>						
	Scenario A	aantal patiënten	verreken naar aantal EPB's	gemiddeld gewogen EPB parameter bedrag incl. lumpsum		budgetderving WFG
	FASE I	455	334	€ 202,04	€	67.389
	FASE II	1225	898	€ 202,04	€	181.432
	<i>cum. FASE I + II</i>	<i>1680</i>	<i>1232</i>	<i>€ 202,04</i>	<i>€</i>	<i>248.821</i>
	FASE III	546	400	€ 202,04	€	80.867
	<i>cum. FASE I+II+III</i>	<i>2226</i>	<i>1632</i>	<i>€ 202,04</i>	<i>€</i>	<i>329.688</i>
	FASE IIII	1274	934	€ 202,04	€	188.689
	<i>cum. FASE I+II+III+IIII</i>	<i>3500</i>	<i>2566</i>	<i>€ 202,04</i>	<i>€</i>	<i>518.377</i>
	EPB/consult=	73%				
	Scenario B	aantal patiënten	verreken naar aantal EPB's	gemiddeld gewogen EPB parameter bedrag incl. lumpsum		budgetderving WFG
	FASE I	455	455	€ 202,04	€	91.927
	FASE II	1225	1225	€ 202,04	€	247.497
	<i>cum. FASE I + II</i>	<i>1680</i>	<i>1680</i>	<i>€ 202,04</i>	<i>€</i>	<i>339.424</i>
	FASE III	546	546	€ 202,04	€	110.313
	<i>cum. FASE I+II+III</i>	<i>2226</i>	<i>2226</i>	<i>€ 202,04</i>	<i>€</i>	<i>449.737</i>
	FASE IIII	1274	1274	€ 202,04	€	257.397
	<i>cum. FASE I+II+III+IIII</i>	<i>3500</i>	<i>3500</i>	<i>€ 202,04</i>	<i>€</i>	<i>707.134</i>
	EPB/consult=	100%				

7.5.2 Financiële gevolgen/compensaties CHP en huisartsen

De consequenties voor de CHP en huisartsen zijn aan de hand van verschillende scenario's berekend. Allereerst worden de financiële gevolgen voor de CHP belicht.

7.5.2.1 De budgetsystematiek van de CHP

De budgetsystematiek van de CHP heeft als uitgangspunt dat baten en kosten met elkaar in evenwicht zijn. Het toegestane kostenniveau (budget) wordt op basis van 4 componenten berekend:

1. Het inwonertal van het verzorgingsgebied (214.531)
2. Normtarief per inwoner € 10,40
3. Plattelandtoeslag per inwoner € 2,60
4. Toeslag Zorgconsumptie, per inwoner € 0,30

Dit leidt tot een budget (€ 2.853.300) op basis waarvan tarieven worden berekend voor de afzonderlijk geraamde diensten, te weten:

1. Telefonisch consult € 25,00 (vast tarief)
2. Consult € 96,13
3. Visite €144,20

Indien in enig jaar meer productie wordt gedraaid, dan leidt dat **niet rechtstreeks** tot een hoger kostenbudget, **wel** tot meer opbrengsten. Een toename tot 2% mag toegevoegd worden aan de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK), mits die daarmee niet boven een bepaald niveau uitkomt oftewel niet boven de 10% van het kostenbudget uitkomt i.c. € 280.000.

Voor het daaropvolgende jaar moeten de productiegegevens betrokken worden bij de nieuwe begroting en kan het leiden tot een lichte stijging van de Toeslag Zorgconsumptie (bij gelijkblijvend inwonertal). Hierdoor stijgt ook het toegestane kostenbudget licht.

Onderschrijding van het kostenbudget, bijvoorbeeld door vermindering van een kostenpost, kan toegevoegd worden aan de RAK, mits die daardoor niet boven de € 280.000 uitkomt.

Het kan uiteraard ook gebruikt worden voor besteding aan andere toegestane kosten.

Op basis van deze budgetsystematiek en de geschatte ontwikkelingen door de werkgroep Zorginhoud kunnen de volgende twee conclusies worden getrokken:

1. Extra productie, bijvoorbeeld meer telefonische consulten en visites, levert in het 1e jaar wellicht enige extra omzet op die behouden mag worden. In de jaren daarna kan het een positief effect hebben op de hoogte van de Toeslag Zorgconsumptie en daarmee op het toegestane kostenbudget.
2. Kostenvermindering, zoals minder diensten voor de huisartsen, leveren structureel ruimte op voor andere exploitatielasten of voor verlaging van het budget.

7.5.2.2 Financiële gevolgen voor de CHP

De toename in het aantal patiënten betekent meer omzet voor de CHP:

- Toename door 2.226 extra zelfverwijzers: $2.226 \times € 96,13 = € 213.985$
- Toegestane overschrijdingsnorm, 2%, eenmalig voordeel = € 57.060
- Via tariefreductie te restitueren = € 156.925

Vanwege de correspondentie met de begroting van het volgende jaar, kan deze berekening slechts eenmaal worden gemaakt.

Om tijdens de verwachte piekuren over voldoende personeel op de CHP te beschikken, zijn verschillende scenario's uitgewerkt. Deze zijn apart in navolgend schema (tabel 7.11) weergegeven. De precieze berekeningen zijn terug te vinden in bijlage 5.

Tabel 7.11 Financiële gevolgen CHP

Scenario	Berekening	Subbedrag per scenario	Subbedrag algemeen	Totaalbedrag meer/ minder ruimte CHP	Totaalbedrag A+B totale structurele ruimte CHP
Algemeen A	Structurele gevolgen CHP				
	Extra budgetruimte door hogere Toeslag Zorgconsumptie ¹		€ 10.725		
Algemeen B	Kosten en besparingen die gelden voor alle scenario's				
	Minder nachtdiensten huisartsen	3.285 uren x € 50,20	€ 164.907		
	Uitbreiding uren doktersassistentes	286 uren x € 30,00	€ 8.580-		
	Extra achterwacht tijdens feestdagen ²	60 x € 50,20	€ 3.012-		
	<i>Subtotaal</i>		€ 153.315		€ 164.040
Scenario 1	Extra achterwacht tijdens weekend- en feestdagen			Scenario 1 + B	Scenario 1 + AB
	Extra achterwacht tijdens weekenden	390 x € 50,20	€ 19.578-		
	<i>Meer/ minder ruimte CHP</i>			€ 133.737	€ 144.462
Scenario 2	Verlenging A2-dienst en extra achterwacht weekend- en feestdagen			Scenario 2 + B	Scenario 2 + AB
	Verlenging A2-dienst	365 x € 50,20	€ 18.323-		
	Extra achterwacht tijdens weekenden	390 x € 50,20	€ 19.578-		
	<i>Meer/ minder ruimte CHP</i>			€ 115.414	€ 126.139
Scenario 3	Extra avonddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht feestdagen			Scenario 3 + B	Scenario 3 + AB
	Verlenging A2-dienst	365 x € 50,20	€ 18.323-		
	Extra avonddiensten	2.190 x € 50,20	€ 190.938-		
	<i>Meer/ minder kosten CHP</i>			€ 25.054	€ 35.779
Scenario 4	Extra weekenddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht feestdagen			Scenario 4 + B	Scenario 4 + AB
	Verlenging A2-dienst	365 x € 50,20	€ 18.323-		
	Extra weekenddiensten	936 x € 50,20	€ 46.987-		
	<i>Meer/ minder ruimte CHP</i>			€ 88.005	€ 98.730
Scenario 5	Extra avond- en weekenddiensten, verlenging A2-diensten en extra achterwacht feestdagen			Scenario 5 + B	Scenario 5 + AB
	Verlenging A2-dienst	365 x € 50,20	€ 18.323-		
	Extra avonddiensten	2.190 x € 50,20	€ 190.938-		
	Extra weekenddiensten	936 x € 50,20	€ 46.987-		
	<i>Meer/ minder ruimte CHP</i>			€ 21.933-	€ 11.208-
¹ Structureel budgetverhogend effect op Toeslag Zorgconsumptie, geschat € 0,05 per inwoner, leidt tot extra budgetruimte van € 10.725 per jaar					
² Exclusief eventuele gewerkte uren					

Zoals eveneens bij de formatieschema's naar voren is gekomen, levert alleen het scenario waarbij gekozen wordt voor extra avond- en weekenddiensten (scenario 5) extra kosten voor de CHP op.

Bij bovenstaande berekeningen zijn, afgezien van het aantal gewerkte uren door een achterwacht, drie andere componenten buiten beschouwing gelaten:

1. Er is geen rekening gehouden met de extra kosten van de gebruikmaking van huisvesting en medisch materiaal van het Westfriesgasthuis en de doorberekening van deze kosten door het Westfriesgasthuis aan de CHP.
2. De eventuele declaraties van het Westfriesgasthuis aan de CHP voor de eerstelijns consulten van de poortarts zijn nog niet bij de totale bedragen opgeteld.
3. Doordat de binnenkomende telefoontjes op de SEH niet zijn uitgesplitst naar tijdstippen en de stroom en richting van de zelfverwijzers vooraf moeilijk te voorspellen valt, zijn de financiële gevolgen van één algemeen ANW-spoednummer naar de CHP (de CHP ontvangt per telefoontje € 25,-) buiten beschouwing gelaten.

De extra omzet en financiële ruimtes voor de CHP kunnen worden aangewend voor andere posten, zoals ter ondersteuning van de doktersassistentes, wanneer uit de evaluaties blijkt dat zij te maken krijgen met een toename in werkdruk.

7.5.2.3 Financiële gevolgen voor de huisartsen

Indien huisartsen minder diensten draaien door het wegvallen van de nachtdienst, dan is het rechtstreekse gevolg daarvan dat zij minder uren vergoed krijgen en dus inkomsten mislopen. De individuele huisarts kan dit trachten op te vangen, als zij/hij dat wil, met het draaien van meer diensten dan een collega (bijvoorbeeld door het draaien van waarneemdiensten). Voor sommige huisartsen betekent het vervallen van nachtdiensten een compensatie in het aantal dagdiensten, die zij in de eigen praktijk wel kunnen draaien. Dit geldt echter niet voor alle huisartsen; het is afhankelijk van de samenstelling van huisartsenpraktijken.

7.6 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk zijn vanuit de geschetste uitgangssituatie in het hoofdstuk Zorginhoudelijke aspecten de deskundigheidsbevordering, formatieschema's, schakelmomenten en de financiële gevolgen/compensaties voor de huisartsen, de CHP en het Westfriesgasthuis belicht.

Op het gebied van scholing wordt geconcludeerd dat op basis van de huidige voorstellen er gewerkt kan blijven worden met de eigen gehanteerde systemen. Directe bijscholing wordt op dit moment niet nodig geacht. Wel wordt actief beleid voorgeschreven op het gebied van onderlinge kennismaking en wordt aanbevolen de competenties van de poortarts te laten benoemen.

Om de verwachte extra patiënten door de CHP te kunnen laten behandelen zijn er verschillende scenario's ten aanzien van de huisartsenformaties uitgewerkt. Vermindering in het aantal uren wordt gerealiseerd door het vervallen van één nachtdienst per nacht. Hierbij komen wel nog extra uren voor extra in te roosteren achterwacht diensten. De verschillende scenario's geven de extra uren weer voor de keuzes voor de verlenging van de A2-dienst, het inroosteren van extra avond- en/of weekenddiensten.

Uit de gegevens kan worden vastgesteld dat de verschillende formatieschema's laten zien dat alleen de keuze voor extra avond- én weekenddiensten, meer diensturen oplevert ten opzichte van de huidige situatie (respectievelijk 4 uur per week). De andere scenario's betekenen minder in te roosteren diensturen ten opzichte van de huidige formaties.

Voor de doktersassistentes dienen 5,5 diensturen extra per week ingeroosterd te worden, zodat zij ondanks de verhuizing van de CHP naar de locatie van de SEH, de nachtelijke taken op de CHP, zoals het opruimen van de spreekkamers, het aanvullen van de voorraden, steriliseren e.d. kunnen blijven verrichten.

Uit de financiële berekeningen komt naar voren dat het Westfriesgasthuis te maken krijgt met een vermindering in budget van (maximaal) € 449.737 indien de zelfverwijzers (naar verwachting 2.226 zelfverwijzers) tijdens de ANW-uren worden doorverwezen naar de CHP. Deze budgetderving beschouwt het ziekenhuis als een voorinvestering richting toekomst en staat de samenwerking met de huisartsen niet in de weg. De gevolgen voor de specialisten liggen hiermee niet financieel en hebben ook geen gevolg voor de capaciteit.

De CHP krijgt door het extra aantal te behandelen patiënten een extra budgetruimte van € 10.725. De vermindering in kosten voor de CHP wordt gevormd door het draaien van minder nachtdiensten, met aftrek van de inzet van extra achterwacht en uitbreiding van de formaties van de doktersassistentes. Hiermee wordt een extra vrije ruimte van € 153.315 gegenereerd voor andere exploitatielasten of verlaging van het budget. Dit bedrag vermindert bij de verschillende keuzes/scenario's om eventuele extra avond- en weekenddiensten in te roosteren en het verlengen van de A2-dienst van de huisarts.

Bij de financiële berekeningen moet verder nog worden vermeld dat per januari 2008 de budgetsystematiek van de CHP zal veranderen en het beschikbare budget zal slinken. Vanwege de onduidelijkheid over de precieze veranderingen, is in de rapportage de huidige budgetsystematiek als uitgangspunt gehanteerd. Ook de zogeheten eerstelijnsfinanciering van de zorg voor ziekenhuizen zal per 2008 veranderen. Hoe dat er uit komt te zien is nog onduidelijk, waardoor de financiële consequenties voor het ziekenhuis op basis van de nieuwe financieringsstructuur niet te voorspellen zijn.

De financiële doorberekeningen van de werkgroepen Facilitair en Communicatie staan separaat in de betreffende hoofdstukken vermeld.

8. COMMUNICATIE

8.1 Inleiding

De instellingstaken van de werkgroep Informatie en communicatie concentreerden zich op het opstellen van een communicatieplan, waarin naast de voorlichting en informatievoorziening, de interne en externe communicatie voor het project staat beschreven. Op basis van de zorginhoudelijke voorstellen vraagt dit op de korte termijn om de volgende uitwerkingen:

1. Uitwerking interne communicatie over gemaakte afspraken en veranderingen die worden voorgesteld.
2. Publiekscampagne waarin duidelijk wordt gemaakt dat het niet de bedoeling is dat men zonder afspraak binnen komt lopen op de CHP én de SEH van het Westfriesgasthuis. Ook duidelijke communicatie over de verwijzing van tweede naar eerste lijn en andersom op websites en locaties zelf. Duidelijk onderscheid maken in het algemene ANW-spoednummer en het ziekenhuisnummer voor klinische patiënten, zodat niet iedereen alsnog direct naar het ziekenhuis belt.
3. Uitwerking over duidelijke communicatie richting patiënt dat de CHP tijdens de nachturen is gesloten en is gehuisvest op de SEH, zodat patiënten niet voor een dichte deur komen te staan of onnodig van de SEH naar de CHP hoeven te worden gestuurd.
4. Uitwerking communicatie en afspraken met GGZ en andere (potentiële) samenwerkingspartners over gerichte doorverwijzing van patiënten.
5. Opbouw website, nieuwsbrieven, begeleidingsgroepje e.d.

8.2 Communicatie

8.2.1 Doel

Het doel van de communicatie is publieke bekendheid geven aan de wijzigingen op het gebied van spoedzorg in West-Friesland en de Wieringermeer die leiden tot efficiëntere spoedzorg. Dit betreft zowel spoedzorg bij de CHP, als bij de SEH.

Alvorens een publieke campagne start, moeten eerst de interne partijen en/of betrokkenen goed worden geïnformeerd en de besluitvorming een positief resultaat opleveren. Als dit is gerealiseerd, kan met de publieke campagne worden gestart.

8.2.2 Uitgangspunten

8.2.2.1 Gezamenlijk

Het project samenwerking spoedzorg West-Friesland is een project van twee partijen die op gelijkwaardige wijze deelnemen. In de berichtgeving intern en extern treden zij dan ook op als een gezamenlijke afzender. Zij bepalen de inhoud van berichtgeving. Schriftelijke uitingen worden voorzien van logo's van beide organisaties.

8.2.2.2 Eén woordvoerder

Er is door de twee partijen één woordvoerder aangewezen die in voorkomende gevallen toelichting geeft over het project; dat zijn de voorzitters van de projectgroep, afwisselend de heren T. Karsten (Westfriesgasthuis) en W. Seelt (CHP).

8.2.2.3 Gelijk en gelijktijdig

Achterbannen en medewerkers van de betrokken partijen krijgen, tegelijkertijd, eenduidige informatie over de ontwikkelingen binnen het project. Het verstrekken van inhoudelijke informatie kan per doelgroep verschillen.

8.2.3 *Communicatiedoelgroepen*

Intern

- a. Projectmedewerkers
- b. Huisartsleden WFHO, doktersassistenten CHP, medewerkers SEH, poortartsen, weekendartsen
- c. Directies CHP en Westfriesgasthuis, medewerkers CHP, medewerkers Westfriesgasthuis, specialisten (via stafbestuur)

Extern

Onder meer patiënten- en consumentenorganisaties, Univé, GGZ, Ambulancedienst (via Veiligheidsregio Noord-Holland Noord), De Omring/TKN, ketenpartners CHP en Westfriesgasthuis, gemeente en wellicht nog andere partijen buiten de regio.

Publieke campagne

1. Bewoners West-Friesland en Wieringermeer
2. Klinische Patiënten
3. Ambulancemedewerkers (via Veiligheidsregio Noord-Holland Noord)

8.2.4 *Communicatiemiddelen*

In de communicatie over de samenwerking op het gebied van de spoedzorg wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van de bestaande communicatiemiddelen van elk van de betrokken organisaties. Bestaande communicatiemiddelen zijn ondermeer mails, nieuwsbrieven, intranet, vergaderingen, websites van de deelnemende organisaties en magazines.

Gezien het uitgangspunt van 'gelijk en gelijktijdig' is het gewenst om diverse communicatiemiddelen voor dit project in te zetten, zowel mondeling als schriftelijk. Hieraan wordt vorm gegeven door een projectnieuwsbrief en een projectwebsite, beide onder verantwoordelijkheid van de projectgroep. Voorts worden waar nodig informatie- en discussiebijeenkomst(en) georganiseerd voor alle projectbetrokkenen en de achterban. Voor een overzicht communicatiemiddelen/doelgroepen wordt verwezen naar de rapportage van de werkgroep Communicatie, terug te vinden op de website www.projectspoedzorg.nl.

Per doelgroep worden de volgende communicatiemiddelen gehanteerd:

- Projectmedewerkers: mondelinge en schriftelijke informatie via de projectgroep.
- Huisartsen: 1) via informatiebijeenkomst, 2) via discussiebijeenkomst, 3) tijdens buitengewone algemene ledenvergadering (BALV) in juni 2007. Eventueel via de klankbordgroep (13 maart of juni) waar vertegenwoordigers van huisartsen aanwezig zijn.
- Artsen SEH: via de medische staf van het Westfriesgasthuis.
- Arts assistenten: via de medische staf van het Westfriesgasthuis.
- Doktersassistenten: via het maandelijks teamoverleg (actie via mevrouw Koomen)
- Medewerkers CHP: via het wekelijks overleg (actie via mevrouw Koomen)
- Medewerkers SEH: via het afdelingswerkoverleg onder leiding van de heer Lindeboom (unithoofd SEH)
- Poortartsen/weekendartsen: via de heer Lindeboom (unithoofd SEH)
- Directie Westfriesgasthuis en bestuur WFHO: rapportage vanuit de projectgroep.
- Medewerkers Westfriesgasthuis: een kort bericht via het Blauwtje met een verwijzing naar het projectplan dat op intranet komt te staan. Mevrouw Boots draagt hier zorg voor.
- Medisch specialisten Westfriesgasthuis: er wordt een bericht gestuurd naar het secretariaat van het medisch stafbestuur (actie via mevrouw Boots).
- Extern: alle externe partijen worden schriftelijk via de reguliere middelen geïnformeerd.

8.2.5 Planning

Indien haalbaar zal de besluitvorming ten aanzien van het project spoedzorg voor de zomer plaatsvinden. Na de zomer zal worden gestart met de communicatie, eerst intern daarna extern.

De mate waarin de besluitvorming gaat plaatsvinden, heeft invloed op de planning voor de uitwerking van het communicatieplan en de publieke campagne. Zodra het één opschuift, heeft dit veelal gevolgen voor de planning van de communicatie.

Voorlopige agenda

Eind maart 2007	start projectwebsite www.projectspoedzorg.nl
Begin april 2007	nieuwsbrief projectgroep waarin o.a. aankondigen website
5 april 2007	projectgroepbesluit over de concept eindrapportage
Midden april 2007	eindrapportage gereed
Midden april 2007	bespreking en goedkeuring bestuur/besturen
Eind april 2007	nieuwsbrief Projectgroep (besluit eindrapportage/vervolgtraject)
Eind mei 2007	discussieavond CHP (waarbij leden van de projectgroep en Raad van Bestuur Westfriesgasthuis worden uitgenodigd)
Eind juni 2007	buitengewone ALV WFHO
Begin juli 2007	nieuwsbrief projectgroep
Jun./jul./aug./sept. 2007	nieuwsbrieven projectgroep
September 2007	communicatie interne en externe doelgroepen
Sept./okt. 2007	publiekscampagne
Oktober 2007	nieuwsbrief over start samenwerking
Oktober 2007 (eventueel)	een feestelijke startbijeenkomst

8.3 Publiekscampagne

Na alle interne communicatie, het informeren van alle interne en externe doelgroepen zoals beschreven in het communicatieplan, kan een start worden gemaakt met de externe communicatie oftewel de publieke campagne. Met de huidige planning zal de interne communicatie deels voor en deels na de zomervakantie gebeuren. Na de zomervakantie (september) kan een start worden gemaakt met de publieke campagne.

8.3.1 Doel

Het doel van de publieke campagne is het bekendmaken van één ANW-telefoonnummer voor ALLE spoedzorg in de regio West-Friesland en de Wieringermeer alsook de (verregeande) samenwerking tussen de CHP en de SEH van het Westfriesgasthuis.

8.3.2 Doelgroepen

In de publieke campagne zijn drie doelgroepen die geïnformeerd moeten worden:

1. Bewoners West-Friesland: alle inwoners van West-Friesland en de Wieringermeer
2. Klinische patiënten (reeds in behandeling of bekend bij ziekenhuis)
3. Ambulancemedewerkers (via Veiligheidsregio Noord-Holland Noord)

De tweede doelgroep dient (persoonlijk) geïnformeerd te worden over de ontwikkelingen op het gebied van spoedzorg. Zij krijgen een apart telefoonnummer waarop ze het ziekenhuis kunnen bereiken. Tevens geldt voor deze doelgroep de uitzondering dat zij het ziekenhuis in kunnen blijven lopen zonder eerst een afspraak te maken. De derde doelgroep krijgt ook een apart telefoonnummer om het ziekenhuis te bereiken. Ambulancemedewerkers kunnen worden geïnformeerd via de Veiligheidsregio Noord-Holland Noord waaronder zij vallen. De berichtgeving moet hierop gericht zijn.

8.3.3 Communicatieboodschappen

Evenals in het interne communicatieplan moeten de communicatieboodschappen afgestemd worden op de verschillende doelgroepen. Onderstaande boodschappen zijn met name gericht op de eerste doelgroep, bewoners van West-Friesland en de Wieringermeer.

- Eén telefoonnummer voor alle ANW-spoedzorg.
- Altijd van tevoren bellen voor een afspraak om zo snel mogelijk in aanmerking te komen voor spoedzorg.
- Samenwerking CHP en SEH van het Westfriesgasthuis.
- 's Nachts tussen 23.00 uur en 08.00 uur is de CHP gesloten. De dienstdoende huisartsen zijn dan werkzaam op de locatie van de SEH van het Westfriesgasthuis.

8.3.4 *Communicatiemiddelen*

Om de veranderingen en ontwikkelingen op het gebied van spoedzorg in West-Friesland duidelijk kenbaar te maken, is het goed om diverse communicatiemiddelen in te zetten. Dit moet tot een zo groot mogelijk resultaat leiden waarin bewoners van West-Friesland en de Wieringermeer het ANW-spoednummer kennen alsook de 'spelregels' rondom spoedzorg. De communicatiemiddelen zijn onderverdeeld naar "free publicity", zoals persberichten en berichtgeving in dagbladen en gidsen, en specifieke middelen. Hierbij kan worden gedacht aan posters, advertenties en de websites van beide organisaties. Doelgroepen 2 en 3 vallen eveneens onder de publieke campagne, maar dienen ook per brief geïnformeerd te worden. Een uitgebreide uiteenzetting van de in te zetten communicatiemiddelen staat vermeld in het eindrapport van de werkgroep Communicatie.

8.3.5 *Planning*

Het uitgangspunt voor onderstaande planning is dat de overgang van de CHP naar de SEH tijdens de nachtelijke uren en het gezamenlijke ANW-spoednummer voor spoedzorg in oktober worden gerealiseerd.

Tabel 8.1 *Planning communicatie publiekscampagne*

Tijdstip	Activiteit
Juli 2007	Poster ontwerpen
	Adresgegevens vergaren (zoals politie, brandweer, scholen etc.)
medio augustus 2007	Posters laten drukken
september 2007	Posters versturen
Oktober 2007	Schrijven persbericht + versturen
Oktober 2007	Advertenties ontwerpen + weekend voor opening in kranten plaatsen (NHD liefst de zaterdag editie)
Oktober 2007	Enkele weken na de 'opening' van de nieuwe spoedpost de krant een dagje mee laten lopen.

8.3.6 *Aandachtspunten*

Zodra het huidige CHP telefoonnummer bekend is als ANW-spoednummer en daadwerkelijk in werking treedt, dienen huisartsen hun telefonische beantwoorder/bandje aan te passen.

Hierop moet worden verwezen naar het "nieuwe" ANW-spoednummer.

Bij hetgeen hierboven is beschreven, is uitgegaan van de nodige communicatie-uitingen om het doel te bereiken. Om extra aandacht aan de spoedzorg te geven nadat het algemene ANW-spoednummer in gebruik is genomen etc. kan aan een soort van opening worden gedacht. Dit kan extra PR opleveren om nog meer naamsbekendheid te krijgen. In geval van een opening dient er wel rekening gehouden te worden met extra kosten.

8.4 **Kosten**

8.4.1 Voorbereidingsfase

In de voorbereidingsfase wordt vooral gebruik gemaakt van de reguliere communicatiemiddelen van betrokken organisaties. De kosten hiervan zijn beperkt (papier, portokosten). Daarnaast zijn er enige kosten verbonden aan het organiseren van informatie-/discussiebijeenkomsten (uitnodigingen, zaalhuur, catering). De kosten van de projectwebsite is als aparte kostenpost in de projectbegroting opgenomen en wordt daarom binnen deze werkgroep rapportage buiten beschouwing gelaten.

Aanzienlijke kosten zijn gemoeid met communicatiemiddelen in het kader van publieksvoorlichting en (eventueel) voor het organiseren van een openingsevenement. Onderstaande begroting beslaat de out of pocket kosten aangaande de communicatie van het project spoedzorg. Er is daarbij nog geen rekening gehouden met kantoorkosten, vacatiegelden e.d.

Tabel 8.2 Indicatieve begroting communicatie

Communicatie-uiting	Aantal	Kosten
Ontwerp poster (A3-formaat)		€ 600,-
Drukwerk posters (A3-formaat)	750 stuks	€ 700,-
Verzendkosten posters	(750 x € 0,44)	€ 308,-
Enveloppen	(750 x 0,50?)	€ 375,-
Advertentie NHD	1 advertentie in 3 krantenedities, incl. ontwerp	€ 1.500,-
Advertentie in weekblad	Meerdere edities	€ 800,-
Brieven naar klinische patiënten en ambulance dienst (incl. verzendkosten)	Hier zijn nog geen aantallen van bekend	€ 150,-
Totaal		€ 4.433,-
<i>Ter info</i>		
Ontwerp h-a-h flyers	A5-formaat, dubbelzijdig	
Drukwerk h-a-h flyers	100.000 st. in kleur	
Verspreiding flyers		
		In totaal ± € 30.000,-*
* De kosten voor een huis-aan-huis folder staan ter informatie ook in de begroting opgenomen. Het is een schatting, maar duidelijk is dat de kosten hiervoor aanzienlijk oplopen en dat het verstandig is andere communicatiemiddelen in te zetten.		

In de begroting staan bedragen opgenomen die een reële schatting zijn van de daadwerkelijke kosten. Aan de hand van eerder gemaakte kosten bij de CHP en het Westfriesgasthuis zijn deze bedragen tot stand gekomen. Met de redelijk geringe middelen die kunnen worden ingezet, lopen de kosten snel op en komt het uit boven het bedrag van € 2.900,- dat is begroot voor het communicatiebudget.

8.4.2 Structureel communicatiebudget

Wanneer eenmaal is gestart met de uitvoering van het voorstel tot samenwerking, is een apart budget voor communicatie een onderdeel van de reguliere begroting van het project. Te zijner tijd moet worden bekeken hoe de structurele communicatie van de samenwerking eruit ziet en welke kosten daarmee zijn gemoeid.

8.5 Samenvatting en conclusies

Communicatie rond het project richt zich op in- en externe doelgroepen. Intern is het van belang de achterban nauw te blijven betrekken bij de voortgang van het project om onrust te voorkomen. Naar het grote publiek moet eenduidig en gezamenlijk duidelijk worden gecommuniceerd wat de wijzigingen inhouden voor de patiënt. Ook dienen patiënten te weten dat ze voor spoedeisende hulp het beste eerst kunnen bellen, zodat ze zo snel

mogelijk bij de juiste zorgverlener terechtkomen. De doelgroepen kunnen worden geïnformeerd middels bestaande en specifiek in te zetten communicatiemiddelen.

9. BESLUITVORMING EN IMPLEMENTATIETRAJECT

9.1 Groeimodel

De voorstellen die worden gedaan concentreren zich op kleine stapjes naar verdere samenwerking richting toekomst op basis van een groeimodel. Met het 's nachts sluiten van de CHP kunnen beide partijen alvast wennen aan het samenwerken op één locatie. Een proactief beleid op het gebied van elkaar ontmoeten bevordert verdere kennismaking. Op het moment dat het NTS in de praktijk toepasbaar is, kan hier vanuit de huisartsen en het ziekenhuis gemakkelijk op worden over gestapt, doordat het NTS een samenvoeging is van de NHG-telefoonwijzer en het MTS. Wanneer bij invoering van het NTS nog steeds sprake is van twee gescheiden locaties, zal hetzelfde door- en aanloopbeleid kunnen worden toegepast. Vanwege het groei- en leermodel is het mogelijk bijtijds aanpassingen of nieuwe afspraken te maken. De verschillende gepresenteerde scenario's ten aanzien van de inzet van huisartsen bieden tevens de mogelijkheid om zowel organisatorisch als financieel in te spelen op de ontwikkelingen van de samenwerking en de patiëntenstromen.

9.2 Besluitvorming

Na de voorgenomen besluitvorming door de projectgroep wordt dit eindrapport voorgelegd aan de verschillende geledingen en achterbannen van de CHP en Westfriesgasthuis. Beide organisaties dragen zelf zorg voor de verspreiding en het informeren over de voorstellen van de eindrapportages onder deze partijen. Bij de discussieavond van de huisartsen zal een delegatie van het ziekenhuis worden uitgenodigd. Op basis van de adviezen en besluiten van de verschillende achterbannen, zoals de huisartsen (ALV), Raad van Bestuur en kernstaf van het Westfriesgasthuis, zal de projectgroep een definitief besluit nemen ten aanzien van de eindrapportage.

9.3 Implementatietraject en aandachtspunten

Het valt aan te raden het implementatieproces door een werkgroep, waarin vertegenwoordigers van beide partijen zijn vertegenwoordigd, op te laten pakken en het groeiproces te laten volgen, begeleiden en monitoren zodat bijtijds problemen kunnen worden gesignaleerd en opgelost. Uiteraard dienen hierbij evaluatiemomenten te worden ingelast.

Een aandachtspunt hierbij is ondermeer de scheiding tussen eerste en tweede lijn en de ontwikkeling van de stroom van zelfverwijzers. Wanneer bijvoorbeeld nog veel zelfverwijzers die middels de voorselectie of CHP zijn doorverwezen naar de SEH, alsnog urgentiecode blauw (240) of groen (120) krijgen toegewezen of het aantal telefoontjes op de CHP drastisch is toegenomen, zijn wellicht nieuwe selectieafspraken en formatieschema's voor de huisartsen en doktersassistenten gewenst.

Na vaststelling van de eindrapportage zal het communicatieplan richting externe partijen ingezet moeten worden. Tevens dient een plan van aanpak te worden geschreven met alle uitwerkingsaspecten die in deze eindrapportage zijn opgenomen. Voorbeelden van deze aspecten richten zich ondermeer op voorbereiding ICT, apart ANW-spoednummer en uitwerking gezamenlijke afspraken.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: Samenstelling projectgroep en werkgroepen

Samenstelling projectgroep:

- De heer T. Karsten, coördinerend manager Westfriesgasthuis (duovoorzitter)
- De heer W. Seelt, huisarts, lid van het bestuur WFHO (duovoorzitter)
- De heer R. Ronkes, ad interim directeur WFHO
- De heer A. Lindeboom, hoofd SEH Westfriesgasthuis
- De heer E. Smit, chirurg Westfriesgasthuis
- De heer T. van de Kleij, huisarts
- De heer R. Stallaert, longarts Westfriesgasthuis
- Mevrouw A. Kapteijn, medisch coördinator CHP
- Mevrouw H. Willemse, projectleiding, Publicarea
- Mevrouw A. Spaargaren, projectbegeleiding, Publicarea
- Mevrouw J. van der Hert, projectsecretaris, Bureau Seconde

Samenstelling werkgroep Zorginhoud:

- De heer B. van Oostendorp, huisarts (voorzitter)
- Mevrouw H. Bergmeijer, huisarts
- Mevrouw J. Wiersum, doktersassistente CHP
- De heer W. Lucassen, huisarts
- Mevrouw M. Boon, doktersassistente CHP
- De heer B. Braas, SEH-verpleegkundige Westfriesgasthuis
- Mevrouw L. van Hulsel, poortarts Westfriesgasthuis
- De heer E. Smit, chirurg Westfriesgasthuis
- De heer S. Tol, SEH-verpleegkundige Westfriesgasthuis
- Mevrouw A. Bouwhuis, receptionist Westfriesgasthuis
- De heer W. Schouten, crisisdienst GGZ
- Mevrouw A. Spaargaren, werkgroepsecretaris, Publicarea

Samenstelling werkgroep Facilitair (huisvesting, telefonie, ICT)

- De heer T. Karsten, coördinerend manager Westfriesgasthuis (voorzitter)
- De heer R. Kuijpers, unithoofd Informatisering Westfriesgasthuis
- Mevrouw I. Schellingerhout, hoofd Automatisering Westfriesgasthuis
- Mevrouw J. Snel, locatiemanager WFHO/CHP
- De heer J. Sturris, huisarts, lid WFHO
- Mevrouw T. Vermeulen, hoofd Facilitaire Zaken Westfriesgasthuis
- De heer Ph. Vriend, verpleegkundige SEH Westfriesgasthuis
- Mevrouw J. van der Hert, project- en werkgroepsecretaris, Bureau Seconde

Samenstelling werkgroep Personeel, organisatie en financiën/begroting

- De heer A. Lindeboom, hoofd SEH Westfriesgasthuis (voorzitter)
- Mevrouw M. van de Berg, Economisch en Administratieve Dienst Westfriesgasthuis: DBZA
- Mevrouw J. Snel, locatiemanager WFHO/CHP
- De heer K. Fortanier, lid van het bestuur WFHO
- Mevrouw A. Spaargaren, werkgroepsecretaris, Publicarea

Samenstelling werkgroep Communicatie

- De heer M. van Bommel, huisarts (voorzitter)
- Mevrouw M. Boots, communicatie adviseur Westfriesgasthuis

- De heer T. Huisman, gynaecoloog Westfriesgasthuis
- Mevrouw A. Koomen, secretariaat en communicatiemedewerker WFHO/CHP
- Mevrouw J. van der Hert, project- en werkgroepsecretaris, Bureau Seconde

BIJLAGE 2: Verwachte aantallen (extra) zelfverwijzers voor eerste en tweede lijn bij het voorstel van de werkgroep Zorginhoud

Aantallen zelfverwijzers

Bij de gehanteerde berekeningen in dit voorstel wordt er vanuit gegaan dat de zelfverwijzers blijven binnen lopen op de SEH. De weergegeven cijfers gaan uit van het extra *te behandelen* patiënten voor de huisartsen, niet het extra aantal patiënten dat *contact* opneemt met de CHP. In het voorstel is het beleid er echter naar dat iedereen eerst telefonisch contact opneemt. Deze telefoontjes komen binnen bij de CHP. Zolang de SEH de poorten openhoudt voor zelfverwijzers zullen echter hoogstwaarschijnlijk niet *alle* zelfverwijzers eerst telefonisch contact met de CHP opnemen. Dit betekent dat het aantal telefoontjes op de CHP zullen toenemen, maar niet tot het maximale van ongeveer 4.500 extra telefoontjes (de telefoontjes overdag worden niet meegenomen). Dit is afhankelijk van de richting van de patiëntenstromen. Met een verschuiving van binnenlopers naar bellers zal de druk bij de doktersassistentes op de CHP dus toenemen. Omdat hier geen onderzoek naar is verricht, worden in dit voorstel de cijfers op basis van het aantal zelfverwijzers gehanteerd.

De hieronder weergegeven stijging van het aantal te behandelen patiënten voor de huisartsen is afhankelijk van de triage die zal worden uitgevoerd (scheiding eerste en tweede lijn). De weergegeven cijfers dienen dus als het minimum aantal extra patiënten voor de huisartsen worden beschouwd. Deze aantallen kunnen toenemen, afhankelijk van de patiëntenstromen en triage. Deze drukte kan zich daarbij verspreiden over extra telefoontjes voor de doktersassistente of extra te behandelen patiënten voor de huisarts.

De SEH van het Westfriesgasthuis kent de afgelopen jaren een stijgend patiëntenaanbod. Met name is het aantal zelfverwijzers gegroeid. Op basis van 2 metingen wordt er vanuit gegaan dat in 2006 zich ongeveer **7.000** zelfverwijzers bij de SEH hebben gemeld. Deze metingen en uitgevoerde analyses geven aan (met metingen in de maanden januari 2006 tot en met april 2006) dat naar verwachting 50% van deze zelfverwijzers bij de huisartsen thuishoren. Wanneer de huisartsen alle eerstelijns zelfverwijzers zullen behandelen, dan zullen zij over het jaar gezien ongeveer 3.500 extra patiënten krijgen; per week zijn dit gemiddeld 65 zelfverwijzers extra en per dag gemiddeld $9,58 \approx 10$ extra zelfverwijzers. Aangezien de huisartsen op de CHP alleen in de ANW-uren op de CHP werken, mag ervan worden uitgegaan dat deze getallen lager zullen uitvallen.

Op basis van de metingen in 2006 kan worden aangenomen dat ongeveer 52% van de zelfverwijzers bij de SEH aankloppen tussen 08.00 en 16.59 uur. Uitgesplitst naar de huisartsen laat onderstaande tabel de tijdstippen zien waarop de extra zelfverwijzers zich bij de SEH aandienen met een eerstelijns klacht:

Tabel 1: Extra zelfverwijzers voor de CHP uitgesplitst naar tijdstippen

Tijdstip	Percentage	Aantallen
23.00-07.59	13%	455
08.00-16.59	52%	1.820
17.00-22.59	35%	1.225
Totaal		3.500

Wanneer de bovenstaande gegevens verder worden uitgesplitst naar de week- en weekenddagen op basis van de verhoudingen van de metingen in 2006, krijgen we de volgende tabel te zien:

Tabel 2: Extra zelfverwijzers voor de CHP uitgesplitst naar tijdstippen en dagen

Dag	23.00-07.59		08.00-16.59		17.00-22.59		Totaal
	Percentage		Percentage		Percentage		
Weekend	55%	250	30%	546	26%	318,5	1.114,5
Door de week	45%	205	70%	1.274	74%	906,5	2.385,5
Totaal	100%	455	100%	1.820	100%	1.225	3.500

Bovenstaande tabel laat zien dat de huisartsen $3.500 - 1.274 = 2.226$ extra zelfverwijzers op jaarbasis te zien zullen krijgen, want tijdens de overdaguren door de weeks is de CHP gesloten. Gemiddeld per week zijn dit 43 extra zelfverwijzers en per dag gemiddeld **6 extra zelfverwijzers**.

Op basis van de twee bovenstaande tabellen kunnen uiteindelijk per tijdstip en dag het aantal gemiddelde extra zelfverwijzers worden berekend die eerstelijns klachten vertonen.

Tabel 3: Extra aantal gemiddelde zelfverwijzers voor de CHP per tijdstip en weekend/door de weeks

Dag	23.00-07.59	08.00-16.59	17.00-22.59	Gemiddeld totaal	Gemiddeld huisartsen
Weekend	2,4	5,3	3	10,7	10,7
Door de week	0,8	4,9	3,5	9,2	4,3
Gemiddeld per dag	1,2	5	3,4	9,6	6

Wanneer de getallen worden afgerond laat tabel 3 zien dat in het weekend en door de weeks overdag de meeste zelfverwijzers (die eigenlijk op de CHP thuishoren) zich aandienen, te weten gemiddeld 5 per dag. De huisartsen krijgen in het weekend overdag dus gemiddeld 5 extra zelfverwijzers erbij, door de weeks gaan deze 5 zelfverwijzers naar de tweede lijn of worden zij doorverwezen naar de eigen huisartsenpraktijk. Doordat overdag door de week de CHP gesloten is komen er door de week per dag gemiddeld 4 extra zelfverwijzers bij de huisartsen terecht.

In het gehele weekend zien zij bijna 11 extra zelfverwijzers. De grootste verschillen doen zich voor tijdens de nachturen. In het weekend ligt het aantal extra zelfverwijzers hoger met 2,4 tegenover 0,8 door de week tijdens de nacht. Gemiddeld gaat het tijdens de nachturen om 1 extra zelfverwijzer.

Nachturen CHP

Op basis van de uitdraaien van de binnenkomende calls op de CHP is geconcludeerd dat tijdens de nachturen (van 23.00 tot 07.59 uur) ongeveer 17 calls binnenkomen (per maand rond de 513 calls in de nachturen). Deze calls resulteren gemiddeld in 3 à 6 (telefonische) consulten per nacht en 2 à 3 visites per nacht. Met bovenstaande gegevens komt hier per nacht gemiddeld 1 extra zelfverwijzer doorverwezen door de SEH bij.

De SEH krijgt per maand gemiddeld 764 telefoontjes. Naar verwachting zijn dit op jaarbasis 9.168 telefoontjes (tegenover 39.629 telefoontjes op jaarbasis op de CHP).

Men gaat er vanuit dat 20% van deze telefoontjes adviestelefoontjes zijn die met de voorgestelde plannen in de ANW-uren naar de CHP zullen worden doorverbonden. In aantallen zijn dit 1.834 telefoontjes per jaar, wat neerkomt op ongeveer 5 extra telefoontjes per dag voor de CHP. Hierin is niet de splitsing naar ANW-uren opgenomen, dus er mag van worden uitgegaan dat dit aantal nog lager in de praktijk zal uitkomen. Zoals hierboven reeds vermeld, kunnen in uiterste geval deze telefoontjes toenemen met ongeveer 4.500 extra telefoontjes, wanneer alle zelfverwijzers zich eerst telefonisch melden bij de CHP. Dit zou dus extra werkzaamheden voor de doktersassistentes betekenen.

BIJLAGE 3: Plattegrond huisvesting

Nog aan te leveren door het Westfriesgasthuis.

BIJLAGE 4: Inventarisatielijst CHP

Inrichting spreek-/onderzoekkamer huisarts

	Prijs :
- Onderzoekbank (Huntleig Merit 3282 Drop-End electrisch)	2.658
- Papierrolhouder t.b.v. Huntleigh Meritbanken	43
- Heine EN 100 diagnostische wandunit	289
- Heine B200 otoscoopkop 3,5V	116
- Heine B200 ophthalmoscoopkop 3,5V	216
- Heine dispenser voor oortips	23
- Heine HL 5000 loupelamp	305
- Onderzoeklamp Dr. Mach 130F Swing wandmodel R96	1.360
- Medical trolley met 6 laden verrijdbaar	283
- Dr. Mach instrumententafel in hoogte verstelbaar	228
- Bandafix dispenser met inhoud (nr. 201/202/203/204)	143

Totaal € 5.664

De prijzen zijn exclusief btw en gebaseerd op de aanschafprijzen van 2004, leverancier TrioMedical.

BIJLAGE 5: Berekeningen kostenplaatjes diensten huisartsen voor de verschillende scenario's

Met het vervallen van één nachtdienst per nacht worden er op jaarbasis $9 \times 365 = 3.285$ minder uren gedraaid. 3.285 uren betekent de het volgende financiële plaatje:

$$3.285 \times \text{€ } 50.20 = \text{€ } 164.907$$

Met het sluiten van de CHP tijdens de nachturen zullen in ieder geval extra uren moeten worden ingeruimd voor de nachtelijke taken van de doktersassistentes. Vanuit de CHP wordt het voorstel gedaan om van maandag tot en met donderdag 1 uur per avond uitbreiding in te roosteren. Op vrijdag tot en met zondag volstaat een half uur.

In totaal komt dit neer op:

$$4 + 1,5 \text{ uur} = 5,5 \text{ uur per week} = 286 \text{ uren op jaarbasis à € } 30,-$$

Op jaarbasis brengt dit de volgende extra kosten met zich mee:

$$286 \times \text{€ } 30,- = \text{€ } 8.580$$

Om de eventuele extra drukte tijdens de piekuren te compenseren, zal er waarschijnlijk in ieder geval tijdens de feestdagen voor extra achterwacht dienen te worden gezorgd. We gaan hierbij uit van maximaal 10 feestdagen per jaar. Een achterwacht bestaat uit 24 uur waarvan 25% wordt uitbetaald i.c. 6 uur en de eventuele gewerkte uren. Op jaarbasis gaat het om 60 uur, wat neerkomt op de volgende extra kosten:

$$60 \times \text{€ } 50.20 = \text{€ } 3.012$$

Dit brengt het volgende financiële overzicht met zich mee:

Algemeen: Inzet extra uren doktersassistentes en extra achterwacht feestdagen

Minder nachtdiensten	€ 164.907
Uitbreiding uren dokterassistentes	€ 8.580-
Extra achterwacht tijdens feestdagen*	€ 3.012-
Totaal	€ 153.315

Als extra voorstel vanuit de werkgroep Personeel, organisatie en financiën/begroting komt het advies om tijdens de weekenden een extra achterwachtdienst in te roosteren. Dit met het oog op de verwachte piekuren tijdens de weekenden, dus van 9.00 tot 12.00 uur. Dit zijn 15 uur per dienst, dus 30 uur per week extra. Op jaarbasis zijn dit 1560 extra diensturen. Hiervan wordt 25 % uitbetaald, te weten 390 uren. Dit brengt de volgende extra kosten met zich mee:

$$390 \times \text{€ } 50.20 = \text{€ } 19.578$$

Financieel vertaald ziet dit er als volgt uit:

Scenario 1: Inzet extra uren doktersassistentes, achterwacht weekend- en feestdagen

Minder nachtdiensten	€ 164.907
Uitbreiding uren dokterassistentes	€ 8.580-
Extra achterwacht tijdens feestdagen*	€ 3.012-
Extra achterwacht tijdens weekenden	€ 19.578-
Totaal	€ 133.737

* exclusief eventuele gewerkte uren

Wanneer er voor wordt gekozen om de A2-dienst van de huisarts met 1 uur te verlengen, worden hiermee op jaarbasis 365 uur extra diensturen ingeroosterd.

Op jaarbasis brengt dit de volgende kosten met zich mee:

$$365 \times € 50.20 = \mathbf{€ 18.323}$$

Worden voor deze wijzigingen gekozen dan ziet het financieel overzicht er als volgt uit:

Scenario 2: Inzet extra uren doktersassistentes, achterwacht weekend- en feestdagen en verlenging A2-dienst

Minder nachtdiensten	€ 164.907
Uitbreiding uren dokterassistentes	€ 8.580-
Extra achterwacht tijdens feestdagen*	€ 3.012-
Verlenging A2-dienst	€ 18.323-
Extra achterwacht tijdens weekenden	€ 19.578-
Totaal	€ 115.414

* exclusief eventuele gewerkte uren

Het voorstel om de "overuren" van de nachtdiensten om te zetten naar extra te draaien avonddiensten (6 uur per avond) brengt de volgende extra kosten met zich mee:

$$2.190 \times € 50.20 = \mathbf{€ 109.938}$$

Deze overzetting van de nachtdiensten naar avonddiensten laat een volgend totaal overzicht zien:

Scenario 3: Inzet extra uren doktersassistentes, achterwacht feestdagen, avonddiensten en verlenging A2-dienst

Minder nachtdiensten	€ 164.907
Uitbreiding uren dokterassistentes	€ 8.580-
Extra achterwacht tijdens feestdagen*	€ 3.012-
Verlenging A2-dienst	€ 18.323-
Extra avonddiensten	€ 109.938-
Totaal	€ 25.054

* exclusief eventuele gewerkte uren

Er kan ook voor worden gekozen de nachtdiensten om te zetten naar alleen extra weekenddiensten (9 uur per dienst):

$$936 \times € 50.20 = \mathbf{€ 46.987,20}$$

In scenario 4 staan de totale bedrage voor de keuze van extra in te roosteren weekenddiensten weergegeven:

Scenario 4: Inzet extra uren doktersassistentes, achterwacht feestdagen, weekenddiensten en verlenging A2-dienst

Minder nachtdiensten	€ 164.907
Uitbreiding uren dokterassistentes	€ 8.580-
Extra achterwacht tijdens feestdagen*	€ 3.012-
Verlenging A2-dienst	€ 18.323-
Extra weekenddiensten	€ 46.987-
Totaal	€ 88.005

* exclusief eventuele gewerkte uren

Tot slot kunnen extra avond- én weekenddiensten worden ingeroosterd:

2190 x € 50.20	€ 109.938
936 x € 50.20	€ 46.987,20
	<u>€ 156.925</u>

Deze keuze staat vermeld in scenario 5:

Scenario 5: Inzet extra uren doktersassistenten, achterwacht feestdagen, avond- en weekenddiensten en verlenging A2-dienst

Minder nachtdiensten	€ 164.907
Uitbreiding uren dokterassistenten	€ 8.580-
Extra achterwacht tijdens feestdagen*	€ 3.012-
Verlenging A2-dienst	€ 18.323-
Extra weekenddiensten	€ 46.987-
Extra avonddiensten	€ 109.938-
Totaal	<u>€ 21.933-</u>

* exclusief eventuele gewerkte uren

De keuze om de extra avond- en weekenddiensten in te zetten brengt uiteindelijk extra kosten voor de CHP ten opzichte van de huidige situatie met zich mee. Er kan evenwel voor worden gekozen om de avonddiensten in de weekenden met 1 uur te verkorten. Dit komt dan voor de weekenduren neer op 520 uur, tezamen met 1560 weekuren, zijn dit op jaarbasis 2.080 uren voor de avonddiensten. De kosten komen hierdoor lager uit:

$$2.080 \times € 50.20 = € 104.416$$

Dit betekent ten opzichte van het eerste voorstel voor de avonduren € 109.938 - € 104.416 = € 5.522 minder kosten. Hierdoor ziet het eindplaatje er als volgt uit:

Scenario 6: Inzet extra uren doktersassistenten, achterwacht feestdagen, avonduren van 5 of 6 uur, weekenddiensten en verlenging A2-dienst

Minder nachtdiensten	€ 164.907
Uitbreiding uren dokterassistenten	€ 8.580-
Extra achterwacht tijdens feestdagen*	€ 3.012-
Verlenging A2-dienst	€ 18.323-
Extra weekenddiensten	€ 46.987-
Extra avonddiensten	€ 104.416-
Totaal	<u>€ 16.411-</u>

* exclusief eventuele gewerkte uren

Omdat dit laatste scenario nog steeds een verlies voor de CHP oplevert, is dit scenario verder niet in de rapportage opgenomen.