

De huisartsenkliniek in IJmuiden

Een bijzonder transmuraal experiment

EP Moll van Charante, EE Hartman, CJ IJzermans, E Voogt, NS Klazinga, PJE Bindels

Samenvatting

Moll van Charante EP, Hartman EE, IJzermans CJ, Voogt E, Klazinga NS, Bindels PJE. De huisartsenkliniek in IJmuiden. Een bijzonder transmuraal experiment. *Huisarts Wet* 2005;48(3):102-8.

Inleiding Bij de sluiting van het voormalige Zeewegziekenhuis te IJmuiden in 1996 ontstond een bijzonder transmuraal experiment: de huisartsenkliniek. Hierin kregen de huisartsen van de RHV IJmond, ondersteund door 24-uurs verpleegkundige zorg, de medische regie over een klinische afdeling met 20 bedden ten behoeve van de behandeling van eigen patiënten, postoperatieve patiënten in het laatste deel van hun revalidatie en specialistisch uitbehandelde patiënten met een verpleeghuisindicatie. Doel van dit onderzoek was met name het type patiënten te beschrijven dat door de huisarts werd opgenomen en de rol te onderzoeken die de huisartsenkliniek zou kunnen spelen in de substitutie van zorg.

Methoden Prospectief observationeel onderzoek van alle patiënten die tussen 1 juni 1999 en 1 juni 2000 werden opgenomen met behulp van dossieronderzoek, vragenlijstonderzoek naar de kwaliteit van leven (SF-36) en ADL (GARS), een vragenlijst voor de huisartsen over de ernst van ziekte (Duke Severity of Illness Checklist) en over de keuze voor een andere zorgsetting indien de huisartsenkliniek niet beschikbaar was geweest.

Resultaten In totaal werden 218 opnames geregistreerd. Deze werden verdeeld over de genoemde 3 bedcategorieën: huisartsenbedden (n=131), herstelbedden (n=62) en verpleeghuisbedden (n=25). De gemiddelde leeftijd van alle patiënten was 76 jaar. Belangrijkste opname-indicaties waren: immobilisatie na een val (huisartsenbedden), revalidatie van een botbreukoperatie (herstelbedden) en beroerte (verpleeghuisbedden). Zonder huisartsenkliniek waren de patiënten op de huisartsenbedden bijna gelijkelijk verdeeld geweest over de thuis-, verpleeghuis- en ziekenhuiszorg. De ziektescore bij opname was voor de patiënten die anders naar het ziekenhuis waren verwezen significant hoger dan voor de andere twee zorgalternatieven. De kwaliteit van leven was voor alle patiënten bij opname laag tot zeer laag.

Conclusie De huisartsenkliniek te IJmuiden lijkt een waardevolle substitutie van zorg te kunnen leveren voor zowel thuis-, verpleeghuis- als ziekenhuiszorg, met name voor oudere patiënten die behoefte hebben aan kortdurende verpleegkundige en medische zorg.

Divisie Klinische Methoden & Public Health, Academisch Medisch Centrum, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam: E.P. Moll van Charante, huisarts; drs. E.E. Hartman, psychologe; dr. C.J. IJzermans, socioloog; drs. E. Voogt, psychologe; prof.dr. N.S. Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde; prof.dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: e.p.mollvancharante@amc.uva.nl

Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerking van: Moll van Charante EP, Hartman EE, IJzermans CJ, Voogt E, Klazinga NS, Bindels PJE. The first general practitioner hospital in The Netherlands: towards a new form of integrated care? *Scand J Prim Health Care* 2004;22:38-43.

Inleiding

Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw is het aantal ziekenhuisbedden steeds verder teruggebracht. Als gevolg hiervan is de selectie aan de poort van het ziekenhuis strenger geworden, ten nadele van de minder ernstig zieken. Met de vergrijzing van de bevolking zullen er steeds meer oudere patiënten komen met een complexe medische en verpleegkundige zorgbehoefte voor wie geen plaats meer is in het ziekenhuis. Als gevolg hiervan moeten huisartsen steeds vaker zoeken naar alternatieve zorgfaciliteiten, zoals tijdelijke opvang in een verpleeghuis of extra zorg in de thuissituatie.

Het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen en Finland zijn de enige westerse landen die ervaring hebben opgedaan met eerstelijns klinische zorg, in de zogenaamde huisartsenklinieken (*GP-hospitals*, *community hospitals* of *cottage hospitals*).¹⁻³ Ofschoon er maar weinig onderzoek naar de zorg in deze klinieken is uitgevoerd is het aannemelijk dat ze met name voor oudere patiënten de druk op ziekenhuisbedden kunnen verminderen⁴⁻⁵ en een functie kunnen vervullen in acute klinische zorg, revalidatie, observatie en onderzoek, terminale zorg en zorg ter ontlasting van de mantelzorgers ('sociale indicatie').⁶⁻⁸ Evenmin is er veel bekend over de ernst van ziekte en kwaliteit van leven van patiënten die in deze klinieken worden opgenomen.⁹

Wij beschrijven in dit onderzoek de eerste huisartsenkliniek (HAK) in de Nederlandse gezondheidszorg aan de hand van de kenmerken van opgenomen patiënten. Ook onderzochten we welke mogelijke substitutiefunctie de HAK zou kunnen hebben ten opzichte van de reguliere zorg.

Methoden

Setting

In de herfst van 1996 leidde de sluiting van het Zeewegziekenhuis te IJmuiden tot een eerste, experimentele huisartsenkliniek

De kern

- ▶ In navolging van het Verenigd Koninkrijk, Noorwegen en Finland heeft Nederland nu ook ervaring met zorg voor patiënten binnen een huisartsenkliniek.
- ▶ Huisartsen gebruiken de kliniek vooral voor (hoog)bejaarde patiënten met een slechte ADL en een slechte kwaliteit- van-levensscore die een verwacht kortdurend medisch probleem hebben (vooral immobilisatie na trauma).
- ▶ De kliniek lijkt een waardevol substituuat te zijn voor zowel thuiszorg, verpleeghuiszorg als ziekenhuiszorg.

(HAK), waarmee er voor de lokale bevolking nog enige continuïteit van *low care* klinische zorg behouden kon blijven (zie *kader*).

Dataverzameling

In dit prospectieve, inventariserende onderzoek includeerden we alle patiënten die tussen 1 juni 1999 en 1 juni 2000 op de HAK werden opgenomen. De drie voornaamste informatiebronnen die we gebruikten, waren ziekenhuisdossiers en vragenlijsten ingevuld door de betrokken huisartsen en patiënten. De gegevens werden door middel van informed consent verkregen.

Ziekenhuisdossiers. We gebruikten zowel ziekenhuisdossiers van de huisartsen als van verpleegkundigen voor het verzamelen van demografische data, gegevens over de opname en het verblijf in de kliniek (diagnose, ADL-afhankelijkheid volgens de Barthel-index¹⁰) en over het ontslag (duur van opname, ontslagen naar huis of verpleeghuis, of overgeplaatst naar een ziekenhuis).

Vragenlijst voor de patiënt. Bij opname ontvingen patiënten een vragenlijst met de Nederlandse versie van de SF-36 en een ADL-schaal uit de Groningen Activities Restriction Scale (GARS) waarmee de mate van afhankelijkheid werd vastgesteld.^{11,12} De vaak sterk ADL-afhankelijke patiënten met een verpleeghuisindicatie kregen bij het invullen van de lijst hulp van een medisch studente. Terminaal zieken sloten we van het onderzoek uit.

Vragenlijst voor de huisarts. Alle 26 huisartsen kregen een schriftelijke en mondelinge toelichting op het gebruik van de Duke Severi-

ty of Illness Checklist (DUSOI/WONCA) voor het meten van de ernst van ziekte, die onderdeel is geworden van de International Classification of Primary Care (ICPC-2).^{13,14} Deze checklist werd alleen voor de huisartsenbedden gebruikt en kon zowel voor de belangrijkste opnamediagnose afzonderlijk (DUSOI-diagnose) als samen met alle relevant geachte (co)morbiditeit worden gebruikt (DUSOI-overall).

Omdat het gebruik van de ICPC voor het weergeven van opnamediagnosen of te gedetailleerd (digits) of juist te globaal (hoofdstukken) bleek, maakten we een eigen indeling naar het voorbeeld van de eerste Nationale Studie.¹⁵

Daarnaast vroegen we de huisartsen die patiënten opnamen in de HAK welke alternatieve zorgvorm – thuiszorg, verpleeghuiszorg of ziekenhuiszorg – zij hadden willen kiezen als de kliniek er niet was geweest. Het was niet de bedoeling dat zij hierbij rekening hielden met de beperkingen in zorgaanbod die er op dat moment van opname bestonden.

Analyse

We voerden berekeningen uit met behulp van SPSS versie 10.07 voor continue variabelen (tweezijdige t-toets), categorische variabelen (chi-kwadraattoets) en vergelijkingen tussen meer dan twee groepen (one-way ANOVA) indien van toepassing. Om een globale indruk te geven van de kwaliteit van leven bij opname vergeleken we de gemiddelden van de patiëntcategorieën per schaal met referentiewaarden (>65 jaar) van chronisch zieke patiënten (n=237) en gezonde controles (n=86), zoals door Aaronson et al. beschreven.¹⁶

Voor een uitgebreidere beschrijving van de methoden verwijzen we naar het originele artikel.

Resultaten

Kenmerken van opgenomen patiënten

In de onderzoeksperiode werden in totaal 218 opnames geregistreerd, waarvan 131 (60%) op de huisartsenbedden (tabel 1). De meeste patiënten hadden een hoge leeftijd (gemiddeld 76 jaar).

De huisartsenkliniek in IJmuiden

Voorgeschiedenis	Opgericht in het najaar van 1996 bij de sluiting van het toenmalige Zeewegziekenhuis (onderdeel van het Kennemer Gasthuis)
Setting	Afdeling binnen het voormalige streekziekenhuis; twee andere locaties van het Kennemer Gasthuis op 11 en 17 km afstand
Populatie	62.000
Aantal bedden	20
Verzorgingsgebied	Patiënten in de directe omgeving van het voormalige streekziekenhuis (regio Velsen)
Bedcategorieën	Huisartsenbedden, herstelbedden, verpleeghuisbedden (aantallen afhankelijk van zorgvraag)
Type zorg	<i>Low care</i> , observatie
Opnames	<i>Huisartsenbedden</i> : alleen opname mogelijk via huisartsen. Alleen bedoeld voor patiënten die anders naar het ziekenhuis of verpleeghuis zouden worden verwezen en patiënten met een zorgvraag die de maximale inzet van thuiszorg overstijgt. <i>Herstelbedden</i> : alleen via specialisten binnen het Kennemer Gasthuis in overleg met de hoofdverpleegkundige. Bestemd voor postoperatieve patiënten in de laatste fase van hun klinisch herstel. <i>Verpleeghuisbedden</i> : alleen via specialisten binnen het Kennemer Gasthuis in overleg met de hoofdverpleegkundige. Bestemd voor patiënten die medisch specialistisch uitbehandeld zijn en wachten op een plaats in een verpleeghuis.
Verantwoordelijke huisarts	<i>Huisartsenbedden</i> : gedurende praktijken de eigen huisarts en tijdens diensturen de huisartsenpost (dezelfde RHV) vanuit de voormalige Spoedeisende Eerste Hulp in dezelfde locatie.
Functies	<i>Herstel- en Verpleeghuisbedden</i> : kleine groep huisartsen en een huisarts-in-opleiding. Poliklinieken ('buitenpoli')
Deelnemende huisartsen	Faciliteiten voor laboratorium- en röntgenonderzoek Paramedische zorg, zoals fysiotherapie, ergotherapie en logopedie Alle 26 huisartsen in de regio Velsen; huisartsen in solo- en duopraktijken en twee gezondheidscentra met drie of meer huisartsen.

Tabel 1 De huisartsenkliniek in IJmuiden: algemene kenmerken van de opnames tussen 1 juni 1999 en 1 juni 2000

	Huisartsen- bedden	Herstel- bedden	Verpleeghuis- bedden
Aantal opnames	131	62	25
Gemiddelde leeftijd (jr)	75	77	79
Vrouwelijk geslacht	63%	61%	60%
Alleenstaand	73%	60%	62%
Barthel-index bij opname*	58,6	79,5	39,8
Gemiddelde opnameduur (dagen)	15	31	90
Aantal huisartsvisites per week	3,3	3,0	1,6
Specialistische consultaties	55%	69%	28%
Paramedische behandelingen	46%	76%	68%
Fysiotherapeutische behandelingen per week	2,2	2,3	1,0
Overplaatsing naar een ziekenhuis	19%	8%	12%
Overleden in huisartsenkliniek	11%	8%	28%

* Hogere scores vertegenwoordigen een hoger niveau van functioneren (range van 0 tot 100).

Voor patiënten op de huisartsenbedden was de gemiddelde opnameduur het kortst (15 dagen). Patiënten met een verpleeghuisindicatie kenden de grootste ADL-afhankelijkheid (Barthel-index). Patiënten opgenomen op de huisartsenbedden werden naar verhouding wat vaker naar het ziekenhuis overgeplaatst en zagen hun huisarts vaker (3,3 maal per week) dan de patiënten in de andere twee categorieën. Huisartsen hadden voor een opname op een huisartsenbed gemiddeld 41 minuten nodig, terwijl zij bij een latere visite per opgenomen patiënt gemiddeld 16 minuten op de HAK verbleven.

Herstelpatiënten ontvingen meer specialistische en paramedische behandelingen dan de overige patiënten. De specialisten die het meest werden geconsulteerd waren algemeen chirurgen, internisten en neurologen.

De opname-indicaties zijn per cluster weergegeven in tabel 2. Trauma van het bewegingsapparaat bleek de meest voorkomende opnamereden te zijn voor de huisartsenbedden. Binnen dit cluster kwamen veel fracturen voor (51%, vooral osteoporotische wervelfracturen) en diverse contusies (40%, vrij heterogeen, meestal heupcontusies). Bij herstelpatiënten namen trauma's eveneens een grote plaats in (40%; meestal revalidatie na heupfractuur). Onder de patiënten met een verpleeghuisindicatie kwam een beroerte relatief vaak voor (32%; afzonderlijk geclusterd).

Tussen alle opnameclusters van de huisartsenbedden bestonden vrij grote verschillen in visitefrequentie (van 1,7 voor sociale indicatie tot 5,2 voor palliatieve/terminale zorg per week). Voorts nam

Tabel 2 Redenen van opname; geclusterd voor de drie bedcategorieën

Opnamecategorie	Huisartsenbedden		Herstelbedden		Verpleeghuisbedden		Totaal	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Trauma bewegingsapparaat	43	(32,8)	25	(40,3)	1	(4,0)	69	(31,7)
Infectie	15	(11,5)	3	(4,8)	1	(4,0)	19	(8,7)
Andere acute aandoeningen	17	(13,0)	-	-	-	-	17	(7,8)
Chronische aandoeningen	22	(16,8)	5	(8,1)	7	(28,0)	34	(15,6)
Beroerte	13	(9,9)	-	-	8	(32,0)	21	(9,6)
Post-operatieve revalidatie	-	-	28	(45,2)	6	(24,0)	34	(15,6)
Terminale/palliatieve zorg	8	(6,1)	1	(1,6)	2	(8,0)	11	(5,0)
Sociale indicatie	8	(6,1)	-	-	-	-	8	(3,7)
Diagnostiek	5	(3,8)	-	-	-	-	5	(2,3)
Totaal	131	(100,0)	62	(100,0)	25	(100,0)	218	(100,0)

Casus cluster acuut trauma bewegingsapparaat

Mevrouw Anker is een alleenstaande vrouw van 84 jaar die werd opgenomen in verband met algehele immobilisatie na een heupcontusie (fractuur röntgenologisch uitgesloten voor opname). De beperkte mantelzorg was ontoereikend voor verzorging thuis; thuiszorg was niet op dezelfde dag beschikbaar, evenmin als tijdelijke opvang in een verpleeghuis.

Voorgeschiedenis: boezemfibrilleren en chronische urineweginfectie.

Medicatie: digoxine, ascal.

Beleid bij opname: kortdurende bedrust, pijnstilling, mobiliseren op geleide van pijn met behulp van fysiotherapie, eventueel verdere analyse valneiging.

Beloop: Vanwege de aanhoudende ernstige pijnklachten werd getwijfeld aan de diagnose heupcontusie zodat opnieuw een X-femur en X-bekken werden gemaakt. Hierop waren wederom geen afwijkingen te zien. De pijnbestrijding bestond uit paracetamol en (kortdurend) tramal. In de loop van twee weken namen de pijnklachten geleidelijk af en kwam de mobiliteit van de patiënte weer op haar oude niveau. De fysiotherapeutische behandeling werd thuis voortgezet. Al voor ontslag werd een ergotherapeut geconsulteerd om in haar thuissituatie het risico te inventariseren dat zij opnieuw zou vallen. In overleg met de familie organiseerde de huisarts extra hulp in de huishouding via de thuiszorg.

de visitefrequentie af naarmate de opnameduur toenam ($r = -0,558$, $p < 0,001$). Gegevens over opnameduur en betrokkenheid van huisarts, specialist en fysiotherapeut bij de 10 meest gestelde diagnoses in de categorie huisartsenbedden is weergegeven in tabel 3. Het streven om een opname niet langer dan 3 weken te laten duren bleek bij de overgrote meerderheid van de getoonde opnames haalbaar; vooral bij de patiënten met niet-osteoporotische fracturen werd dikwijls een langere opnameduur nodig geacht. De meeste huisartsen bezochten hun patiënten twee- tot driemaal per week. De specialistische betrokkenheid bleef voor de meeste opnames beperkt tot één of enkele consultaties. Alleen bij reumatoïde artritis was er sprake van een dagelijkse fysiotherapeutische behandeling; voor de meeste andere patiënten gold een (aanzienlijk) lagere frequentie.

Kwaliteit-van-levenscore

Vijf procent van de patiënten was terminaal en werd uitgesloten van het onderzoek. De vragenlijst werd ingevuld door 69/123 (56%) van de huisartspatiënten, 23/61 (38%) van de herstelpatiënten en 17/23 (74%) van de patiënten met een verpleeghuisindicatie.

Tabel 3 Opnameduur en betrokkenheid van huisarts, specialist en fysiotherapeut bij de 10 meest gestelde diagnoses in de categorie huisartsenbedden

Diagnose bij opname	n	Cumulatief %	Gemiddelde opnameduur		Gemiddelde visitefrequentie/week		
			dagen	SD	HA	S	FT
Diverse contusies	17	13,0	15,2	9,8	3,0	0,3	2,0
Beroerte (CVA/TIA)	13	22,9	15,6	11,9	2,5	1,0	2,5
Osteoporotische wervelfractuur	9	29,8	18,4	9,5	3,2	1,2	1,6
Diverse fracturen*	7	35,1	24,4	21,8	2,6	1,7	1,0
Subcapitale humerusfractuur	6	39,7	21,7	9,6	2,4	0,4	1,1
Coprostase	5	43,5	7,6	3,9	5,3	0,6	0,9
Pneumonie	5	47,3	13,4	8,8	3,1	0,0	0,7
Reumatoïde artritis	5	51,1	19,2	9,2	3,0	0,7	7,7
Ulcus cruris	5	55,0	24,0	9,6	2,4	1,6	1,5
COPD	4	58,0	15,0	9,6	3,0	0,3	1,2
Totaal	131	100	15,4	11,9	3,3	0,8	1,3

* Dit waren niet-osteoporotische fracturen van: pols (2), voet (2), enkel (1), bekken (1) en wervel (1)
HA=huisarts; S=specialist; FT=fysiotherapeut

Casus cluster diagnostiek

De heer Mandemakers van 75 jaar werd opgenomen in verband met malaise, progressieve lagerugpijn, algehele achteruitgang en een bij palpatie geconstateerde zwelling in de linker onderbuik. De huisarts vermoedde hierbij een maligniteit. Patiënt was een alleenstaande, immobiele man die niet in het ziekenhuis opgenomen wilde worden, maar evenmin in staat was om poliklinisch aanvullend onderzoek te ondergaan.

Voorgeschiedenis: myocardinfarct, licht hartfalen.

Medicatie: onder andere fenprocoumon, amiodaron, enalapril, furosemide en paracetamol/codeïne.

Beleid bij opname: laboratoriumonderzoek, X-LWK, X-BOZ, echo onderbuik, adequate pijnstilling.

Beloop: Aanwijzingen voor een maligniteit werden niet gevonden. Wel werden een osteoporotische wervelfractuur en een coprostasebeeld vastgesteld. Er werd gestart met een laxemiddel (bisacodyl). De paracetamol/codeïne werd gestaakt en kortdurend vervangen door een NSAID (ibuprofen). Patiënt kon twee dagen later al weer naar huis. In de loop van enkele weken verbeterde het defecatiepatroon en namen de rugklachten geleidelijk af.

Vergeleken met de 2 referentiegroepen (chronisch zieken en een gezonde populatie) hadden de patiënten in alledrie de bedcategorieën een substantieel lagere score op de SF-36 (figuur 1).

Bij opname kon de ervaren ADL variëren van 'totale onafhankelijkheid' (GARS-score 11) tot 'totale afhankelijkheid' (GARS-score 44). De gemiddelde somscores kwamen daarbij uit op 28 voor de huisartsenbedden, 24 voor de herstelbedden en 40 voor de verpleeghuisbedden. Ongeveer een derde van de huisartsenpatiënten (39%) en herstelpatiënten (32%) en vrijwel alle patiënten met een verpleeghuisindicatie (94%) waren bedlegerig bij opname.

Casus cluster infectie

De heer Van Gispen, een alleenstaande man van 86 jaar, werd opgenomen omdat hij sinds enkele dagen braakte en diarree had, wat past in het beeld van een (virale) gastro-enteritis. Er waren geen tekenen van dehydratie. Patiënt was pas vier dagen geleden naar huis ontslagen na een opname in verband met een myocardinfarct. Verzorging door de familie bleek niet haalbaar, voldoende thuiszorg per direct evenmin. Patiënt wilde liever niet

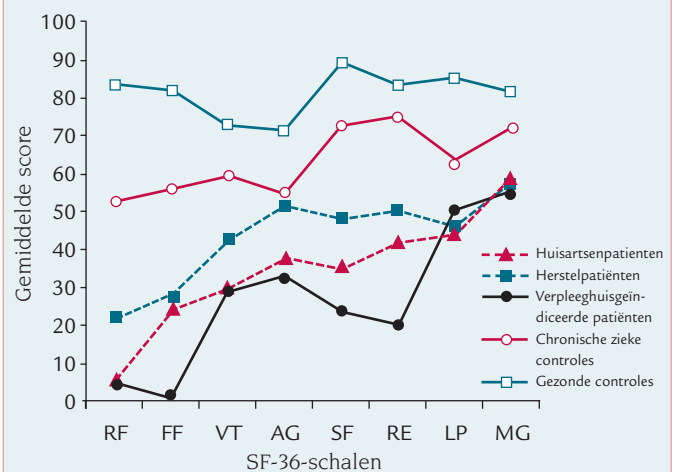
weer naar het ziekenhuis.

Verdere voorgeschiedenis: enkele TIA's zonder restverschijnselen, hypertensie. Medicatie: carbasalaatcalcium, thiazidediureticum, ACE-remmer.

Beleid bij opname: beperkt aanvullend onderzoek bloed/urine, herstel van de vochtbalans, anti-emetica zo nodig.

Beloop: Op de dag van opname werd een urineweginfectie vastgesteld en na het afnemen van een kweek – gestart met norfloxacin. Een dag later werd de huisarts gebeld om direct te komen, nadat patiënt op weg naar het toilet was gecollabeerd. Tien minuten later trof deze zijn patiënt klam in bed aan met een bloeddruk van 100/60 mmHg en een polsfrequentie van 80 r.a. Het intussen vervaardigde ECG liet geen veranderingen zien ten opzichte van het ECG dat kort voor zijn ontslag uit het ziekenhuis was

Figuur 1 De gezondheidgerelateerde kwaliteit-van-levenscores* van patiënten in de drie bedcategorieën bij opname (huisartsen-, herstel-, en verpleeghuisgeïndiceerde patiënten)[†] en twee referentiegroepen (chronisch zieke en gezonde controles)[‡]



* Een hogere score op de SF-36 duidt op een betere gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven.

[†] Groepsaantallen variëren van 41 tot 67 voor huisartsenpatiënten, van 19 tot 23 voor herstelpatiënten en van 16 tot 17 voor verpleeghuisgeïndiceerde patiënten ten gevolge van ontbrekende waarden.

[‡] Referentiewaarden (>65 jaar) van Nederlandse chronisch zieke patiënten (n=237) en van gezonde personen (n=86).¹⁶

De getrokken lijnen verbinden de schaalwaarden per bedcategorie en zijn uitsluitend bedoeld voor visuele ondersteuning.

RF=rolfunctioneren (fysiek probleem); FF=fysiek functioneren; VT=vitaliteit; AG=algemene gezondheidsbeleving; SF=sociaal functioneren; RE=rolfunctioneren (emotioneel probleem); LP=lichamelijke pijn; MG=mentale gezondheid.

gemaakt. Patiënt herstelde binnen korte tijd en de huisarts hield het op een 'vasovagale collaps' bij (orthostatische) hypotensie en negatieve vochtbalans. Na vijf dagen waren de misselijkheid en diarree verdwenen. De heer Van Gispen werd weer net zo zelfstandig mobiel als vóór de opname en kon de huisartsenkliniek na een week in sterk verbeterde conditie naar huis verlaten.

Alternatieve zorgvorm en ernst-van-ziektescore

De huisartsen gaven voor vrijwel alle patiënten die werden opgenomen op de huisartsenbedden (127/131, 97%) een ernst-van-ziektescore en beantwoordden de vraag naar het beste zorgalternatief. Volgens de huisartsen zou er voor 46 patiënten (35%) gezocht zijn naar extra zorg in de thuissituatie (*thuiszorggroep*), 37 patiënten (28%) zouden tijdelijk opgenomen zijn in een verpleeghuis/wijkzakenboeg (*verpleeghuisgroep*) en de resterende 44 patiënten (34%) zouden voor opname naar het ziekenhuis verwezen zijn (*ziekenhuisgroep*).

De ernst van ziekte voor de thuiszorggroep bleek significant lager dan voor de ziekenhuisgroep, zowel voor de diagnose van opna-

Casus cluster chronische aandoening

Mevrouw Van Zomeren, 68 jaar, werd opgenomen in verband met toenemende pijnklachten van met name de grote gewrichten, passend bij een exacerbatie van een reeds lang bestaande reumatoïde artritis. De zorg voor de bijna bedlegerige patiënte werd de partner thuis te veel; de thuiszorg kon op korte termijn onvoldoende capaciteit vrijmaken voor thuisverpleging.

Voorgeschiedenis: patiënte had al sinds het 42e jaar reumatoïde artritis; zij was al eerder hiervoor op de HAK opgenomen.

Medicatie: diclofenac/misoprostol, hydroxychloroquine, morfine retard.

Beleid bij opname: prednisolonkuur, verpleegkundige zorg, fysiotherapie en consultatie reumatologie.

Beloop: In overleg met de reumatoloog werd begonnen met een prednisolon afbouwkuur, waarop het beeld al na enkele dagen verbeterde. Daarna ontstonden er echter mictieklachten die bleken te passen bij een urineweginfectie, waarvoor werd gestart met antibiotica (norfloxacin). Ondanks deze behandeling ging patiënte hierna toch achteruit, waarbij zij ook onrustiger en verwarder werd zonder dat hiervoor een duidelijke verklaring werd gevonden. De reumatoloog besloot patiënte over te plaatsen naar de afdeling Reumatologie van het Kennemer Gasthuis voor nadere diagnostiek (lab, X-thorax, botscan). Omdat de urineweginfectie niet verdween, werd op geleide van een resistentiebepaling overgestapt op furandantine. Vervolgens ontwikkelde patiënte een bronchitisbeeld, waarvoor zij iets later via de internist amoxicilline/clavulaanzuur ontving. Tevens bleek sprake van een steroïddiabetes waarvoor zij op geleide van de glucosespiegels gliclazide kreeg in een afbouwschema. Pas toen de morfine retard werd gestopt verdwenen de onrust en verwardheid uiteindelijk. Zij knapte verder op en werd – mede op eigen verzoek – weer overgeplaatst naar de HAK. Hier werd de medicatie voortgezet, evenals de fysiotherapeutische begeleiding (onder andere hydrotherapie). In de laatste week van een periode van 25 dagen herstelde zij tot haar oude ADL-niveau en kon zij weer naar huis worden ontslagen.

me alleen (DUSOI-diagnose) als voor de totale ziektelast inclusief de relevant geachte comorbiditeit (DUSOI-overall) (tabel 4). Voor het verschil tussen de verpleeghuisgroep en de ziekenhuisgroep werd een significant verschil gevonden voor de DUSOI-diagnose, maar niet voor de DUSOI-overall.

Dertien patiënten uit de ziekenhuisgroep werden naar het ziekenhuis verwezen (30%) tegen 6 (13%) in de thuiszorggroep en 5 (14%) in de verpleeghuisgroep. Tussen de drie groepen werd geen verschil gevonden in gemiddelde op de Barthel-index (ADL).

Beschouwing

Wij deden een exploratief onderzoek naar het functioneren van de eerste Nederlandse huisartsenkliniek. Voor de betrokken huisartsen was het volledig nieuw om binnen de muren van het (voormalige) ziekenhuis en in samenwerking met verpleegkundigen, paramedici en specialisten als eindverantwoordelijken zorg te verlenen aan patiënten die zij zelf hadden opgenomen en aan patiënten die vanuit het ziekenhuis naar de huisartsenkliniek waren overgeplaatst voor verdere revalidatie of ter overbrugging naar een verpleeghuis.

Verreweg de meeste patiënten die in de huisartsenkliniek werden opgenomen hadden een hoge leeftijd, een intensieve verpleegkundige zorgbehoefte en scoorden (zeer) laag op de gezondheid-gerelateerde kwaliteit-van-levenschalen. Zonder huisartsenkliniek hadden de huisartsen hen in ongeveer gelijke aantallen verwezen naar het ziekenhuis of verpleeghuis, of zelf behandeld met de inzet van extra thuiszorg.

Omdat de huisartsen bij de opnames op de huisartsenbedden het meest intensief betrokken waren, richtten wij ons in ons onderzoek met name op deze patiëntengroep. Het aantal opnames op de huisartsenbedden en herstelbedden bleef overigens beperkt omdat ongeveer de helft van de bedden vrijwel permanent in gebruik was door patiënten met een verpleeghuisindicatie. Bovendien bleek het niet haalbaar om een controlegroep op te zetten, zodat we het oordeel over al dan niet terechte gebruik van de huisartsenbedden en het beste zorgalternatief niet verder konden toetsen. Omdat een groep van slechts acht huisartsen ongeveer de helft van alle opnames voor zijn rekening nam, is het denkbaar dat zij vanuit hun persoonlijke voorkeuren de uiteindelijke samenstelling van opgenomen patiënten in belangrijke mate hebben bepaald.

Tabel 4 Gemiddelde score voor ADL (Barthel-index) en ernst van ziekte (Duke Severity of Illness Checklist (DUSOI)) voor de drie zorgalternatieven (huisartsenbedden, n=127)

	Thuiszorg n=46	Verpleeghuis n=37	Ziekenhuis n=44
Barthel-index	55,7	59,2	61,6
DUSOI-overall	60,8	64,8	72,1*
DUSOI-diagnose	53,7	53,9†	64,4‡

* Verschil met thuiszorg p=0,002; † verschil met ziekenhuis p=0,017; ‡ verschil met thuiszorg p=0,009
Barthel-index: scores van 0 tot 100 met hogere scores bij een hoger niveau van functioneren
DUSOI: scores van 0 tot 100 met hogere scores bij een hoger niveau van ziekte-ernst



Foto: Wolter Dijkstra

Het is interessant om te zien dat we geen significante verschillen vonden tussen de zorgalternatieven bij de Barthel-indexscores (ADL), terwijl we deze wel vonden bij de ernst van ziekte. De ernst van ziekte speelt mogelijk een grotere rol bij de keuze van genoemde zorgalternatieven dan lichamelijke afhankelijkheid.

Comorbiditeit bleek het sterkste effect te hebben op de ernst-van-ziektescore van de patiënten die als beste zorgalternatief het verpleeghuis hadden. Mogelijk wijst dit er op dat de aanwezigheid van relevant geachte comorbiditeit deze patiënten de overall score gaf die te hoog was voor verpleging thuis, maar niet hoog genoeg voor het ziekenhuis.

Vergeleken met chronisch zieke patiënten was de gemeten kwaliteit van leven van de patiënten in de HAK opvallend laag voor vrijwel alle domeinen. Herstelpatiënten scoorden hierbij waarschijnlijk hoger doordat zij al een belangrijk deel van hun klinische revalidatie in het ziekenhuis ondergingen voordat zij werden overgeplaatst.

Een duidelijke verklaring voor de matige respons onder de huisarts- en herstelpatiënten – de verpleeghuispatiënten kregen hulp

van een medisch studente – hebben we niet. Mogelijk dat de vragenlijst in de hectiek van de opname onvoldoende aandacht kreeg en/of dat de patiënten bij opname in een te slechte conditie waren om de vragenlijst in te vullen; langere opnames gaven namelijk significant meer respons.

Mening huisartsen

In het onderzoek vroegen we alle deelnemende huisartsen (respons 21/23, 91%) naar hun motivatie om patiënten te behandelen in de HAK (gegevens niet getoond).¹⁷ De meeste respondenten gaven aan dat zij het een uitdaging vonden om patiënten met een klacht of aandoening die viel binnen de eigen huisarts-geneeskundige competenties zelf in deze multidisciplinaire omgeving te behandelen. Als voordelen van de HAK noemden zij daarbij: de toegankelijkheid van zorg (snel en laagdrempelig); de kwaliteit van zorg (goede, 24-uurs verpleegkundige zorg, continuïteit door de huisarts) en de samenwerking (korte lijnen met verpleegkundigen, paramedici en specialisten). In terugblik op de eerste vier jaar vonden velen niettemin dat hun verwachtingen

over de samenwerking onvoldoende waren uitgekomen. De specialisten die nog op de poliklinieken op dezelfde locatie werkten, waren niet altijd voor overleg beschikbaar en dan ook nog maar zelden in een direct, niet-telefonisch gesprek. De communicatie vond vaak schriftelijk plaats, waarbij de huisartsen aangaven dat de kwaliteit van uitwisseling met de specialist nog voor verbetering vatbaar was. Ook de samenwerking met paramedici vond vooral op papier plaats en het overleg met verpleegkundigen vonden de huisartsen in het algemeen te weinig gestructureerd.

Vergelijking met huisartsenklinieken elders

De resultaten van het onderzoek laten een aantal overeenkomsten zien met onderzoeken uit het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen.^{2,6,18} De nadruk ligt op observatie en *low care*, 24-uurs verpleegkundige zorg, eigen diagnostische faciliteiten en paramedische en specialistische zorg die overdag vanuit de eigen setting beschikbaar is ('buitenpoli'). Patiënten hebben in het algemeen een hoge leeftijd en de gemiddelde opnameduur ligt tussen een en drie weken – met name bij de huisartspatiënten. Bij de meeste opnames gaat het om acute zorg of revalidatie; kleinere groepen worden onder meer gevormd door patiënten met een sociale indicatie of patiënten die palliatieve/terminale zorg nodig hebben.

Ondanks een reeks van publicaties over huisartsenklinieken in het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen is er nog steeds onduidelijkheid over hun rol en positie in de nationale gezondheidszorg. Met een verwachte afname van zorgaanbod in alle zorgsectoren is er niettemin alle reden om een discussie te voeren over de afbakening van verantwoordelijkheden tussen de eerste en tweede lijn in de zorg en behandeling van een steeds groter wordende groep zorgbehoefte en zieke ouderen.

Het zou dan ook nuttig zijn om nader te onderzoeken of de huisartsenkliniek(en) adequate zorg verlenen door hen te vergelijken met de overeenkomstige zorgalternatieven..

Conclusie

De huisartsenkliniek in IJmuiden lijkt een waardevolle substitutie van zorg te leveren in de domeinen thuiszorg, verpleeghuiszorg en ziekenhuiszorg, met name voor oudere patiënten met een kortdurende medische en verpleegkundige zorgbehoefte.

Dankbetuiging

Wij willen de deelnemende huisartsen van de RHV IJmond, alle betrokken hulpverleners van de HAK, de participerende patiënten en het Kenemer Gasthuis hartelijk danken voor hun grote inzet en betrokkenheid bij dit onderzoek. Ook zijn wij dank verschuldigd aan Lilian Hanekamp en Bianca van den Berg, medisch studentes, voor hun hulp bij de data-

verzameling. Ten slotte zijn wij het Ministerie van VWS en het College voor Zorgverzekeringen erkentelijk voor de subsidie die werd verleend voor dit onderzoek.

Literatuur

- 1 Tucker, H. The role and function of community hospitals. Kings Fund Project Paper No. 70, London, 1987.
- 2 Aaraas I. The Finnmark general practitioner hospital study. Patient characteristics, patient flow and alternative care level. *Scand J Prim Health Care* 1995;13:250-6.
- 3 Jones R. General practitioner beds in Finland - lessons for the UK? *J R Coll Gen Pract* 1987;37:28-30.
- 4 Hine C, Wood VA, Taylor S, Charny M. Do community hospitals reduce the use of district general hospital inpatient beds? *J R Soc Med* 1996;89:681-7.
- 5 Cook P, Porter L. Community hospitals and district general hospital medical bed use by elderly people: a study of 342 general practitioner beds in Oxfordshire. *Age Ageing* 1998;27:357-61.
- 6 Young J, Donaldson K. Community hospitals and older people. *Age Ageing* 2001;30 Suppl 3:7-10.
- 7 Seamark DA, Moore B, Tucker H, Church J, Seamark C. Community hospitals for the new millennium. *BMJ* 2001;51:125-7.
- 8 Cavenagh AJ. Contribution of general practitioner hospitals in England and Wales. *BMJ* 1978;2:34-6.
- 9 Boston NK, Boynton PM, Hood S. An inner city GP unit versus conventional care for elderly patients: prospective comparison of health functioning, use of services and patient satisfaction. *Fam Pract* 2001;18:141-8.
- 10 Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland Med J* 1965;14:61-5.
- 11 McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994;32:40-66.
- 12 Kempen GI, Miedema I, Ormel J, Molenaar W. The assessment of disability with the Groningen Activity Restriction Scale. Conceptual framework and psychometric properties. *Soc Sci Med* 1996;43:1601-10.
- 13 Parkerson GR Jr, Bridges-Webb C, Gervas J, Hofmans-Okkes I, Lamberts H, Froom J, et al. Classification of severity of health problems in family/general practice: an international field trial. *Fam Pract* 1996;13:303-9.
- 14 ICPC-2. International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- 15 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.
- 16 Aaronson NK, Muller M, Cohen PD, Essink-Bot ML, Fekkes M, Sanderman R, et al. Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1055-68.
- 17 Moll van Charante EP, IJzermans CJ, Hartman EE, Voogt E, Hanekamp LA, Van den Berg B, et al. De Huisartsenkliniek in IJmuiden. Een inventariserend onderzoek. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volkshuisvesting Welzijn en Sport en het College van Zorgverzekeraars. Ridderkerk: Ridderprint, 2001.
- 18 North NT, Hall DJ, Kearns WE. First year of an inner city general practitioner community hospital. *BMJ (Clin Res Ed)* 1984;288:1209-11.

Kaderopleiding Diabetes Mellitus start op 31 maart

Belangstellenden kunnen zich nog aanmelden! Meer informatie vind je op www.DiHAG.nl. En bij de coördinator: Maarten Vinkenburg: m.vinkenburg@voha.umcn.nl.