

Spoeisende geneeskunde: het patiëntenperspectief

MICHEL WENSING, PAUL GIESEN

Inleiding

Hoe spoedeisend is 'spoedeisend'? Niet elke acute hulpvraag vereist in medisch opzicht acuut ingrijpen, en een acute interventie wordt niet altijd voorafgegaan door een acute hulpvraag. Hulpvraag en interventie zijn dus niet altijd met elkaar in overeenstemming. Artsen en patiënten hebben soms een verschillende mening over hoe ernstig een gezondheidsprobleem is en welke hulpvraag echt spoedeisend is. Veel patiënten zijn geneigd direct naar de eerstehulp post van een ziekenhuis te gaan of 112 te bellen, als zij denken dat spoedeisende hulp is vereist. En er is kritiek op de organisatie van de huisartsenzorg buiten kantooruren.

In deze beschouwing behandelen wij het patiëntenperspectief ten aanzien van spoedeisende hulpverlening aan de hand van de volgende vraagstelling:

- Welke motieven, patiëntkarakteristieken en contextuele factoren bepalen of iemand besluit om voor spoedeisende medische hulp de huisarts te raadplegen dan wel naar de eerstehulp post van een ziekenhuis te gaan?
- Welke meningen hebben patiënten over de traditionele vorm van huisartsenzorg buiten kantooruren en over de recente grootschalige, centrale huisartsenposten voor spoedeisende hulpverlening.^{1,2}

Huisartsbezoek buiten kantooruren

Motieven

Het hulpzoekgedrag van mensen wordt volgens het Health Belief Model verklaard door:

- de ervaren bedreiging van de gezondheid;
- de verwachte baten en lasten van medische zorg;
- de ervaren prikkels om tot actie over te gaan;
- het vermogen om het probleem (naar eigen idee) te kunnen hanteren;
- de ervaren behoefte aan informatie.³

Wat dit betekent voor de spoedeisende hulpverlening, kan worden afgeleid uit

Samenvatting

Wensing M, Giesen PHJ. Spoedeisende geneeskunde: het patiëntenperspectief. *Huisarts Wet* 2000;43(12):503-6.

Mensen hebben specifieke motieven voor een spoedeisende hulpvraag, die soms niet stroken met het perspectief van de huisarts. Er bestaan in dit opzicht onder meer verschillen tussen sociaal-economische en etnische groepen. Ook de omgeving van de patiënt speelt een rol bij een spoedeisende hulpvraag. Een deel van de patiënten kiest voor de eerstehulp post van een ziekenhuis; zij denken niet aan de huisarts of zij hebben specifieke redenen voor hun keuze. Relatief veel patiënten hebben kritiek op de organisatie van de spoedhulp in waarneemgroepen; nog weinig is bekend over het oordeel van patiënten over de nieuwe centrale huisartsposten. Gerichte voorlichting en positieve ervaringen met huisartsenzorg kunnen bijdragen aan een gepast gebruik van zorg.

dr. M. Wensing, medisch socioloog, WOK, Universitair Medisch Centrum Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen;
P. Giesen, huisarts, VOHA, Universitair Medisch Centrum Nijmegen.
Correspondentie: dr. M. Wensing;
e-mail: M.Wensing@hsv.kun.nl

een Schots onderzoek, waarin werd gevraagd waarom mensen voor zichzelf of een ander spoedeisende hulp hadden gezocht bij de huisarts. Het bleek dat deze redenen te maken hadden met ideeën over wat abnormale verschijnselen zijn en eerdere ervaringen met de zorgverlening (*kader*).

Bepaalde patiëntgroepen hebben waarschijnlijk specifieke motieven voor het zoeken van hulp. De ervaring leert dat vrouwen anders dan mannen reageren op bepaalde signalen, zoals pijn of bloed,

maar onderzoeksgegevens hierover hebben wij niet gevonden. Bepaalde groepen zullen lichamelijke signalen wellicht negeren, zoals mensen met een drukke baan en ouderen, die lichamelijke ongemakken vaak als min of meer normaal beschouwen. Migranten maken gemiddeld meer gebruik van de huisarts dan Nederlanders,⁵ hetgeen behalve met een gemiddeld lagere opleiding ook met culturele factoren te maken kan hebben. Zo bleken mensen van Aziatische herkomst bij pijn op de borst eerder spoedeisende hulp te vragen dan Europeanen.⁶

Patiëntkarakteristieken

Welke mensen zoeken spoedeisende hulp buiten kantooruren? Uit een aantal Britse onderzoeken komt naar voren dat dit in gebieden met een sociaal-economische achterstand vaker gebeurt dan elders.⁷⁻⁹ Andere factoren die op geaggregeerd niveau van invloed bleken op de vraag naar medische hulp buiten kantooruren, zijn het aantal zwangere vrouwen,⁹ het aantal passanten,^{7,9} het aantal kinderen onder de 5 jaar^{7,8} en het aantal mensen met een chronische ziekte.⁷ Wij vermoeden dat deze verbanden ook in Nederland bestaan.

Contextuele factoren

Mensen in de omgeving zijn soms bepalend voor de hulpvraag. Bij jonge kinderen speelt ongerustheid van de ouders een belangrijke rol: ouders willen het gevoel hebben dat zij het uiterste hebben gedaan.¹⁰ De bezorgdheid van ouders nam in het onderzoek van *Kai* toe bij verschijnselen als koorts en hoesten en bij de mogelijkheid van meningitis.¹¹ Ook tekortkomingen in de reguliere zorg zou het beroep op zorg buiten kantooruren kunnen verklaren. Uit een klein onderzoek in een Britse stadspraktijk bleek dat maar liefst 25 procent van de hulpvragen buiten kantooruren plaatsvond binnen twee dagen na het laatste consult bij de huisarts.¹² Bij navraag bleek echter dat dit niet een gevolg was van ontevredenheid met het consult, maar samenhang met een hoge medische consumptie als gevolg van een complexe leefsituatie en psychiatrische problematiek.

Gebruik van eerste hulp in ziekenhuis

Een deel van de mensen met een spoedeisende hulpvraag maakt gebruik van de eerstehulp post in een ziekenhuis. Uit diverse onderzoeken blijkt dat ongeveer 60 procent van deze 'zelfverwijzers' volgens de hulpverleners geen spoedeisende specialistische zorg nodig had en mogelijk zelfs in het geheel geen geneeskundige hulp.¹³⁻¹⁷ Waarom kiezen mensen ervoor om naar het ziekenhuis te gaan?

Motieven

Of de patiënt kiest voor de eerstehulp post van een ziekenhuis heeft te maken met de gepercipieerde aantasting van de eigen gezondheidstoestand.^{16,18} Hoe ernstiger de klacht of het letsel in de optiek van de patiënt, des te groter de kans dat deze denkt dat specialistische hulp nodig is.^{19,20} Een bekend voorbeeld is de jonge man die zich met hartkloppingen op de eerste harthulp meldt: de gedachte is dat de klachten de eigen gezondheid ernstig aantasten. Zelfverwijzers die naar eigen idee een ernstig letsel hebben, verschillen echter vanuit medisch perspectief niet van zelfverwijzers die dat niet denken.^{15,19}

De kern

- De spoedeisende hulpvraag en de keuze voor de zorgverlener (huisarts of ziekenhuis) worden beïnvloed door motieven van de patiënt, patiëntkarakteristieken en omgevingskenmerken.
- Veel patiënten hebben kritiek op de organisatie van spoedhulp in de vorm van waarnemingsgroepen; over het oordeel van patiënten over de nieuwe, grootschalige organisaties is nog weinig bekend.
- Patiënten moeten worden voorgelicht over een gepast gebruik van spoedhulp, maar moeten ook kunnen rekenen op begrip bij als spoedeisend ervaren hulpvragen.

De keuze om naar het ziekenhuis te gaan heeft verder te maken met de verwachte service. Mensen ervaren het ziekenhuis als gemakkelijk toegankelijk: men kan er

altijd terecht en er is steeds iemand die naar de patiënt kijkt. Daarnaast hebben mensen veel vertrouwen in de eerste hulp van het ziekenhuis, vanwege de verwachte deskundigheid en de aanwezigheid van onderzoeksfaciliteiten.^{15,16} Verder blijkt dat mensen die het ziekenhuis kennen van eerdere bezoeken aan de eerstehulp post, in spoedeisende situaties vaak opnieuw kiezen voor het ziekenhuis.^{11,20} Opvallend is echter dat in vergelijkbare patiëntengroepen met knieletsel de patiënten die door de huisarts werden geholpen, tevredener waren dan degenen die eerstehulp post bezochten.¹⁹

In een recent Nederlands onderzoek naar motieven van zelfverwijzers naar de eerstehulp post van een ziekenhuis gaf bijna de helft van de patiënten aan 'niet aan de huisarts te hebben gedacht'.¹⁵ Blijkbaar is de huisarts bij een deel van de patiënten uit beeld verdwenen als het gaat over spoedeisende hulpverlening. Mogelijk spelen het niet zichtbaar aanwezig zijn en de (verwachte) slechte bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts hierbij een rol.²⁰ Van de andere kant zou – zo blijkt uit eigen, ongepubliceerd onderzoek – een meerderheid van de patiënten naar eigen zeggen kiezen voor zelfzorg of een

Determinanten van gebruik van medische zorg in het onderzoek van Hopton et al.⁴

Ervaren bedreiging van de gezondheid

Uit bepaalde signalen werd afgeleid dat een bepaald gezondheidsprobleem abnormaal was. Vaak genoemd werden:

- ernstige, onverklaarbare, niet te verlichten pijn;
- hoge temperatuur bij jonge kinderen;
- ernstige ademhalingsmoeilijkheden;
- vreemde ziekteverschijnselen (bloed opgeven, groene tong, schuim in de mond);
- plotseling begin van de klachten;
- lange duur van de klachten;
- grote consequenties voor functioneren (niet kunnen bewegen, niet kunnen aanraken; bij kinderen: huilen, niet eten);
- zorg voor specifieke ziekten (meningitis, appendicitis);
- gevoelens van paniek.

Verwachte baten en lasten door medische hulp

Sommige mensen hadden weinig vertrouwen in medische zorg door negatieve ervaringen in het verleden; zij hadden ook de ervaring dat actief hulp vragen leidde tot meer serieus genomen worden en tot betere zorgverlening. Anderen hadden ervaring met levensreddende interventies door artsen en zij hadden daarom graag dat de artsen een oogje in het zeil hielden.

Prikkels tot actie

Sommigen ervoeren verantwoordelijkheid voor een ander (met name ouders). Soms had de huisarts in het verleden naar bepaalde klachten geïnformeerd en als deze vervolgens optraden, werd hulp gezocht.

Ervaren eigen vermogen tot hanteren van het probleem

Meestal had men zelf al actie ondernomen, maar zonder succes, zodat een andere aanpak nodig werd geacht. Soms was men een afspraak voor normaal consult niet nagekomen of waren voorgeschreven medicijnen niet ingenomen. Eerdere ervaringen (soms bij familieleden) met spoedeisende hulp hadden geleerd dat de spoedeisende hulpvraag gepast was. Sommigen hadden de ervaring dat ziekten ernstiger uitpaken dan aanvankelijk verwacht.

De behoefte aan informatie werd niet genoemd in dit onderzoek; daarom ontbreekt deze factor hier.

bezoek aan de huisarts bij een enkeldistorsie, brandwond, snee in de vinger, bewusteloosheid na een val en pijn op de borst. Deze patiënten (1772 bezoekers van de huisarts, 88% respons) kozen vaker de eerstehulp post van een ziekenhuis, als zij dachten dat het probleem ernstig was en als het ziekenhuis dichtbij was.

Patiëntenkarakteristieken

Bij de zelfverwijzers naar een eerstehulp post van een ziekenhuis is de man-vrouw-verhouding 60/40.^{15,20} Op het spreekuur van de huisarts ligt die verhouding precies andersom. Een derde van de mensen die de eerstehulp post bezoeken, is tussen de 20 en 29 jaar oud.^{20,21} De aandoeningen waarmee patiënten zich op de spoedeisende hulp presenteren, zijn vooral traumata, met name (enkel)distorsies en wonden.²¹⁻²³ De zelfverwijzers lijken vaker dan de verwezen patiënten te komen met een distorsie, contusie of bandletsel.¹⁵ Uit Brits onderzoek bleek dat blanken vaker voor de eerstehulp post kozen dan mensen van Aziatische of Afro-herkomst.²⁰ Uit een ander Brits onderzoek bleek dat in gebieden met een hoog gebruik van de spoedhulp door de huisarts ook veel gebruik werd gemaakt van de eerstehulp posten van ziekenhuizen.²⁴

Contextuele factoren

De aanwezigheid van een ziekenhuis in de buurt heeft een duidelijke invloed op het aantal ongevalspatiënten dat de huisarts behandelt: het aantal zelfverwijzers neemt toe naarmate de afstand tot het ziekenhuis kleiner is.^{23,25} Dit verband bestaat op geaggregeerd niveau, maar het blijkt ook dat het verwijsgedrag van de huisarts soepeler is, naarmate het ziekenhuis dichterbij is.²³ Het ziekenhuis kan de toestroom beperken door zelfverwijzers terug te verwijzen naar de huisarts of naar huis te sturen, maar dit blijkt op grote weerstand te stuiten en is daardoor moeilijk te handhaven.²⁵ Het moment van de dag speelt ook een rol: buiten kantoor tijden neemt het percentage zelfverwijzers toe.¹⁵ Een telefoonnummer voor medische vragen deed de spoedeisende hulpvraag bij huisartsen iets afnemen, maar had geen invloed op de hulp-

vraag bij ziekenhuis eerste hulp.²⁶ Welke invloed het centrale alarmnummer 112 heeft op de patiëntenstroom, is moeilijk na te gaan.

Organisatie huisartsenzorg

Uit een grote schriftelijke enquête in acht Europese landen blijkt dat patiënten het uiterst belangrijk vinden dat de huisarts bij spoedeisende problemen snel en adequaat hulp kan bieden.²⁷ Uit een lijst van 38 aspecten van huisartsenzorg, variërend van 'goede informatie over de behandeling' tot 'regelmatige nascholing' en 'korte wachttijden', kozen de Nederlandse patiënten 'snelle beschikbaar bij spoed' als de belangrijkste kwaliteit van een goede huisarts. Ook in andere landen gaven patiënten hoge prioriteit aan een snelle beschikbaarheid bij spoedgevallen.

Uit een gelijktijdig uitgevoerde enquête in Nederland bij een aselechte steekproef van huisartsen bleek dat huisartsen 'snelle beschikbaarheid bij spoed' ook uiterst belangrijk vinden.²⁸ Bovendien realiseerden de huisartsen zich dat patiënten aan dit aspect van de zorg hoge prioriteit geven.

Huisartsen en patiënten zitten dus wat dit punt betreft op één lijn, maar het is de vraag of zij bij 'spoedeisende situaties' aan dezelfde dingen denken.

Organisatie in waarneemgroepen

Uit een ongepubliceerde enquête onder volwassen patiënten van 60 huisartsen (n=4112, 67% respons) bleek dat patiënten naar verhouding veel kritiek hadden op de spoedeisende hulpverlening buiten kantoor uren. Zo vond 15 procent de telefonische bereikbaarheid van de dienstdoende huisarts onvoldoende of twijfelachtig en was 18 procent ontevreden over de snelheid waarmee de dienstdoende huisarts hielp. Bij enkele huisartsen was meer dan 30 procent van de patiënten ontevreden over dit aspect van de zorg. Aangezien er ten tijde van deze enquête (1997) nog geen centrale huisartsposten waren, heeft dit oordeel betrekking op de hulp buiten kantoor tijden, georganiseerd in waarneemgroepen.

De percentages zijn in vergelijking met andere onderwerpen hoog, want meestal gaf hooguit 5% van de patiënten een negatief oordeel. Er werden geen noemenswaardige verbanden gevonden tussen het oordeel van de patiënt en geslacht, leeftijd, opleiding of ervaren gezondheid. De patiënten die de vragen niet konden beantwoorden (een aanzienlijk aantal, ongeveer de helft) werden bij het berekenen van deze percentages buiten beschouwing gelaten: zij hadden kennelijk geen ervaring met spoedeisende zorg. Hoewel dus veel patiënten tevreden waren over de huisartsenzorg buiten kantoor tijden of er geen mening over hadden, is er een opvallend grote minderheid die kritiek uit.

Centrale huisartsposten: het oordeel van de patiënt

De sinds kort bestaande centrale huisartsposten voor de spoedeisende hulpverlening zijn voortgekomen uit de behoeften van huisartsen en niet uit de wensen van patiënten.²⁹ De vraag is wat patiënten van deze nieuwe organisaties vinden.

Op dit terrein is nog weinig onderzoek verricht. Een klein onderzoek van de Coöperatieve Huisartsendienst Nijmegen liet zien dat meer dan 90% de bezoekers van de centrale huisartsenpost tevreden was over de telefonische bereikbaarheid, de vriendelijkheid van huisartsen/doktersassistenten en de afhandeling van de klacht. De nieuwe organisatie werd overwegend als een verbetering ervaren ten opzicht van de oude situatie. Uit onderzoek in Rotterdam komt hetzelfde beeld naar voren: de telefonische bereikbaarheid, de bereidheid tot en de snelheid bij een persoonlijk contact en het oordeel over de behandeling en bejegening veranderden niet na invoering van de centrale huisartsposten.³⁰ Hier vond 56% van de ondervraagden de centrale huisartsenpost een verbetering; slechts 11% sprak van een verslechtering.

Buitenlands onderzoek laat geen eenduidig beeld zien. In een Engels onderzoek bleek dat met name jonge mensen met traumata gebruik maakten van de eerstehulp post van het ziekenhuis, vooral uit onbekendheid met de centrale huisartsenposten. De gebruikers van huisartsenpos-

ten waren tevreden over de geboden hulp en kwamen er later ook terug, dit in tegenstelling tot de gebruikers van de eerste hulppost van het ziekenhuis: daar nam het gebruik af.²⁰ In enkele Deense onderzoeken werd nogal wat kritiek geleverd op de spoedeisende hulp na de invoering van een centrale huisartspost.³¹⁻³³ Mogelijk was dit een gevolg van aanloopproblemen en moesten de patiënten wennen aan de nieuwe situatie.

Beschouwing

Mensen hebben allerlei motieven om spoedeisende hulp te zoeken en daarbij al of niet voor de huisarts te kiezen. Patiënten hebben uiteraard recht op hun eigen perspectief, maar zij zouden tevens beter geïnformeerd kunnen zijn over de medische noodzaak van spoedhulp en over de mogelijkheden van de huisarts om die hulp te bieden. Voorlichting zou onder meer gericht kunnen zijn op specifieke aandoeeningen waarbij zelfzorg goed mogelijk is, en op specifieke groepen, zoals allochtonen, jonge mannen, ouders van kinderen, verzorgers van chronisch zieken en ouderen. Uiteraard moet de voorlichting anticiperen op de zorgen, angsten en overwegingen van patiënten en hun omgeving; van de huisarts mag begrip worden verwacht voor een medisch gezien irreële, maar invoelbare hulpvraag.

Belangrijk lijkt ons verder dat mensen met een spoedeisende hulpvraag positieve ervaringen met de huisarts opdoen, zodat zij in de toekomst voor de huisarts blijven kiezen en wellicht ook anderen hierover vertellen. Dat betekent dat de huisartsenorganisatie beter zal moeten aansluiten op de verwachtingen van de patiënt. De organisatie van de spoedeisende hulp moet goed zichtbaar zijn, met duidelijke sterke punten: medische competentie, technische voorzieningen, aandacht voor de sociale omgeving en een goede nazorg. De telefonische bereikbaarheid, de snelheid van de hulp, de ondersteuning en uitrusting moeten goed zijn geregeld, want juist op deze onderdelen heeft een deel van de patiënten kritiek.

Conclusies

Patiënten hebben een eigen visie op spoedeisende geneeskunde, die de huisarts moet herkennen en erkennen. Tegelijkertijd moet de huisarts proberen zelfzorg en gepast gebruik van professionele te bevorderen door middel van voorlichting. En bovenal geldt: goede kwaliteit verkoopt zichzelf.

Literatuur

- Giesen P, Nutma A, Schreuder J, et al. Van solistisch werken naar samenwerken. Coöperatieve Huisartsendienst Nijmegen: meer kwaliteit, minder last. *Med Contact* 1999;54:1445-7.
- Verblact B. Gemakkelijker gezegd dan gedaan. *Med Contact* 2000;55:425-8.
- Van de Kar A, Knottnerus A, Meertens R, et al. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. *Br J Gen Pract* 1992;42:313-6.
- Hopton J, Hogg R, McKee I. Patients' accounts of calling the doctor out of hours: qualitative study in one general practice. *BMJ* 1996;313:991-4.
- Weide MG, Foets M. Migranten en de huisarts. Bevindingen uit twaalf onderzoek in kaart gebracht. *TSG* 1997;75:4-12.
- Chaturvedi N, Rai H, Ben-Shlomo Y. Lay diagnosis and health-care-seeking behaviour for chest pain in south Asians and Europeans. *Lancet* 1997;350:1578-83.
- Majeed FA, Cook DG, Hilton S, et al. Annual night visiting rates in 129 general practices in one family health service authority: association with patient and general practice characteristics. *Br J Gen Pract* 1995;45:531-5.
- Salisbury C, Trivella M, Bruster S. Demand for and supply of out of hours care from general practitioners in England and Scotland: observational study based on routinely collected data. *BMJ* 2000;320:618-21.
- Whynes DK, Baines DL. Explaining variations in the frequency of night visits in general practice. *Fam Pract* 1996;13:174-8.
- De Beer-Buijs MJM, Derksen-Lubsen G, Van Suijlekom-Smit LWA. Een EHBO kindergeneeskunde in geval van nood of in plaats van de huisarts? *Huisarts Wet* 1992;35:275-7.
- Kai J. What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: a qualitative study. *BMJ* 1996;313:983-6.
- Hoult L. Why do patients call out-of-hours following a recent consultation with their GP? A qualitative study in one general practice. *Fam Pract* 1998;15:S30-5.
- Beckers L. Veel patiënten ten onrechte op naar de EHBO ziekenhuis. *Inzet* 1986;10:22-3.
- Krishnadat JR. Eerste hulp bij acute ongevallen. Huisarts tot last? *Med Contact* 1985;40:495-7.
- Jaarsma-van Leeuwen I, Hammacher ER, Hirsch R, Janssens M. Patiënten zonder verwijzing op de

afdeling spoedeisende hulp. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:428-31.

- Rieffe CJ, Wijkkel D. Motivatie van patiënten om de eerste hulp te bezoeken. Amsterdam: Onderzoekscentrum 1e-2e lijn, 1995.
- Murphy AW. 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments: I. Definition, incidence and reasons for attendance. *Fam Pract* 1998;15:23-32.
- Krakau I. Perception of health and use of health care services in a Swedish primary care district. *Scand J Prim Health Care* 1991;9:103-8.
- Smeets HM. Acute knieletsel: naar de huisarts of naar de eerste hulp? *Huisarts Wet* 1992;35:454-7.
- Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency departments and practice centres for out of hours care problems. *J Accid Emerg Med* 2000;1:18-21.
- Van Duin BJ, Garnier FPM. Eerste-hulpbezoek in Amsterdam-West. *Huisarts Wet* 1992;35:350-1.
- Avery AJ, Groom L, Boot D, et al. What problems do patients present with outside normal general practice and accident and emergency services. *J Public Health Med* 1998;21:88-94.
- Tenk M, Van Binsbergen JJ, Kamma H. Ongevalen: huisarts en de afstand tot het ziekenhuis. *Huisarts Wet* 1989;32:125-7.
- Carlisle R, Groom LM, Avery AJ, et al. Relation of out of hours activity by general practice and accident and emergency services with deprivation in Nottingham: longitudinal study. *BMJ* 1998;316:520-3.
- Sixma HJ, De Bakker DH. Hospital or general practice? Results of two experiments limiting the number of self referrals of patients with injuries to hospitals in the Netherlands. *J Accid Emerg Med* 1996;13:264-8.
- Munro J, Nicholl J, O'Cathain A, Knowles E. Impact of NHS Direct on demand for immediate care: observational study. *BMJ* 2000;312:150-3.
- Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999;16:4-11.
- Jung HP, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views? *Br J Gen Pract* 1997;47:805-9.
- Giesen P, Haanrikman L, et al. Centrale huisartsenposten: Wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;43(12):
- De Bakker DH, et al. Werklastvermindering en tevreden patiënten. *Med Contact* 1999;54:1328-32.
- Christensen ML, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ* 1998;316:1502-5.
- Hansen BL, Munck A. Out-of-hours service in Denmark: the effect of a structural change. *Br J Gen Pract* 1998;48:1497-9.
- Olesen F, Jølleys V. Out of hours service; the Danish solution examined. *BMJ* 1994;309:1624-6.