

Invloeden op de zorgconsumptie op de huisartsenpost

Samenvatting

Smits M, Peters Y, Broers S, Keizer E, Wensing M, Giesen P. *Invloeden op de zorgconsumptie op de huisartsenpost. Huisarts Wet* 2015;58(12):634-7.

INLEIDING Huisartsenpraktijken verschillen sterk in de mate waarin hun patiënten gebruikmaken van de huisartsenpost. Deze variatie in zorgconsumptie is deels te verklaren aan de hand van verschillen in populatiekenmerken, maar ook van praktijkkenmerken, zoals de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenpraktijk overdag. We hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen populatie- en praktijkkenmerken van de huisartsenpraktijk en de zorgconsumptie op de huisartsenpost.

METHODE We hebben een dubbelzijdig geblindeerd observationeel cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd in honderd huisartsenpraktijken, die zijn aangesloten bij vijf huisartsenposten verspreid over Nederland. Per huisartsenpost hebben we een selectie gemaakt van de tien huisartsen(praktijken) met de hoogste zorgconsumptie en de tien met de laagste zorgconsumptie per duizend patiënten. Via vragenlijsten, interviews met huisartsen, gegevensextracties en een belonderzoek hebben we praktijk- en populatiekenmerken verkregen. Om te onderzoeken welke praktijkkenmerken samenhangen met het zorggebruik op de huisartsenpost hebben we logistische regressieanalyses uitgevoerd (lage versus hoge zorgconsumptie), waarbij we hebben gecorrigeerd voor populatiekenmerken.

RESULTATEN De gemiddelde zorgconsumptie van de praktijken in de hogezorgconsumptiegroep verschilde een factor 1,8 met die in de lagezorgconsumptiegroep (369 versus 204 contacten per 1000 patiënten per jaar). Praktijken met meer jonge kinderen en allochtonen in hun patiëntenpopulatie en praktijken met een kortere afstand tot de huisartsenpost hadden een hogere zorgconsumptie, evenals praktijken met een langere wachttijd aan de telefoon en minder persoonlijke beschikbaarheid voor palliatieve patiënten. Ook was de zorgconsumptie op de huisartsenpost groter als praktijken meer diagnostische en therapeutische verrichtingen uitvoerden en gedurende meer dagdelen assistentes inzetten.

CONCLUSIE Behalve patiëntkenmerken hangen ook organisatiekenmerken van de huisartsenpraktijk samen met de zorgconsumptie op de huisartsenpost. Verbetering van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de praktijken overdag kan onnodig gebruik van de huisartsenpost verminderen.

INLEIDING

Een aanzienlijk deel van de patiënten op de huisartsenpost heeft laagurgente klachten die zouden kunnen wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts. Onnodig gebruik van de huisartsenpost maakt de zorg duurder, want de kosten van een huisartsenconsult in de avond-, nacht- en weekenduren zijn hoger dan die binnen kantooruren.¹

Huisartsenpraktijken verschillen sterk in de mate waarin hun patiënten gebruikmaken van de huisartsenpost. Dit kan te maken hebben met verschillen in de gezondheid en het gedrag van de patiënten. Zo zal een praktijk met veel chronisch zieke patiënten een hoger zorggebruik hebben. Ook is bekend dat ouders van jonge kinderen,² allochtonen,^{3,4} patiënten met een lage sociaaleconomische status^{5,6} en patiënten die op korte afstand tot de zorg wonen^{5,7} relatief vaak gebruikmaken van acute zorg, bijvoorbeeld op de spoedeisende hulp en huisartsenpost. De variatie in het gebruik van de huisartsenpost kan echter ook voortkomen uit verschillen in bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenpraktijken overdag.^{8,9} Wanneer patiënten de praktijkassistente telefonisch niet kunnen bereiken kan het zijn dat zij 112 bellen of wachten tot de huisartsenpost opengaat. Bovendien zullen ze eerder elders hulp zoeken wanneer ze niet op korte termijn een afspraak in de huisartsenpraktijk kunnen krijgen. Er zijn in het buitenland onderzoeken gedaan naar de relatie tussen de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en het gebruik van acute zorg, maar de meeste daarvan zijn gebaseerd op zelfrapportage van patiënten en bovendien zijn de afstanden meestal groter dan in Nederland.^{3,10-15} Wij wilden onderzoeken of naast populatiekenmerken ook aspecten van de organisatie van de huisartsenpraktijk overdag gerelateerd zijn aan de zorgconsumptie op de huisartsenpost.

Wat is bekend?

- Huisartsenpraktijken verschillen sterk in de mate waarin hun patiënten gebruikmaken van de huisartsenpost.
- Deze variatie in zorgconsumptie is deels te verklaren aan de hand van verschillen in populatiekenmerken, maar mogelijk ook van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenpraktijken.

Wat is nieuw?

- Huisartsenpraktijken met meer jonge kinderen en allochtonen in hun patiëntenpopulatie en praktijken met een kortere afstand tot de huisartsenpost hadden een hogere zorgconsumptie op de huisartsenpost.
- Patiënten maken vaker gebruik van de huisartsenpost als de telefonische wachttijd van de praktijk langer is en als de huisarts niet persoonlijk beschikbaar is voor palliatieve patiënten.

Radboud Institute for Health Sciences, IQ healthcare, Radboudumc, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. M. Smits, postdoc-onderzoeker; Y. Peters MSc, onderzoeksmedewerker; S. Broers MSc, basisarts; E. Keizer MSc, junior onderzoeker; prof.dr. M. Wensing, hoogleraar implementatieonderzoek; dr. P. Giesen, huisarts, projectleider onderzoek huisartsenposten en spoedzorg • Correspondentie: marleen.smits@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van: Smits M, Peters Y, Broers S, Keizer E, Wensing M, Giesen P. Association between primary care practice characteristics and use of out-of-hours GP cooperatives. *BMC Fam Pract* 2015;16:52. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

METHODE

Onderzoeksontwerp en -populatie

In het kader van ons cross-sectionele onderzoek keken we naar kenmerken van honderd huisartsenpraktijken, waarvan de ene helft een lage zorgconsumptie op de huisartsenpost had en de andere helft een hoge consumptie. De praktijken waren aangesloten bij vijf huisartsenposten, verspreid over Nederland. Per huisartsenpost selecteerden we de tien praktijken met de hoogste en de tien praktijken met de laagste zorgconsumptie. Het onderzoek was dubbel geblindeerd: de onderzoekers en huisartsen wisten tijdens de gegevensverzameling niet of de praktijk in de groep met een hoge of in de groep met een lage zorgconsumptie viel.

Procedure

Onderzoekers brachten een bezoek aan de honderd huisartsenpraktijken. Ze gebruikten verschillende meetinstrumenten, zoals vragenlijsten, interviews met huisartsen en gegevensextracties uit het huisartsinformatiesysteem. Ook vond een belonderzoek plaats, waarbij we de praktijken op tien verschillende momenten op het reguliere nummer belden. De afstand tot de huisartsenpost en het percentage allochtone patiënten hebben we verkregen via de website van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) op basis van postcodes.

We hebben de gegevens verzameld tussen augustus 2011 en november 2012. De zorgconsumptiecijfers waren gebaseerd op één kalenderjaar (2010 of 2011). De patiënt- en zorgkenmerken hadden betrekking op dezelfde periode, behalve het belonderzoek, dat we acht tot elf maanden later hebben uitgevoerd.

Statistische analyse

De onderzoekseenheid was de huisartsenpraktijk, omdat de zorgconsumptiecijfers op dat niveau waren geregistreerd. Wanneer een huisartsenpraktijk meer dan een huisarts telde ($n = 25$), zijn de scores op de kenmerken van de afzonderlijke huisartsen gemiddeld. Aantallen contacten, verrichtingen en werkdagen hebben we getransformeerd tot aantallen per duizend patiënten. In de vergelijkende analyses was de afhankelijke variabele dichotoom: lage of hoge zorgconsumptie. De onafhankelijke variabelen waren populatie- en praktijkkenmerken. Verschillen in populatiekenmerken hebben we getoetst met t-toetsen. Verschillen in praktijkkenmerken hebben we getoetst met logistische regressieanalyses, waarbij we hebben gecorrigeerd voor drie populatiekenmerken: 1) de afstand van de praktijk tot de huisartsenpost, 2) het percentage patiënten tussen 0 en 4 jaar, en 3) het percentage allochtonen. De gegevens hebben we met behulp van IBM SPSS 20 geanalyseerd. We beschouwden verschillen als significant bij $p < 0,05$.

RESULTATEN

Zorgconsumptie

De zorgconsumptie op de huisartsenpost in de lageconsumptiegroep varieerde van 94 tot 333 contacten per 1000 patiënten per jaar. In de hogeconsumptiegroep lag deze tussen 277 en 539. In de laatste groep was de gemiddelde zorgconsumptie 1,8



Foto: Joost van den Broek/HH

keer hoger dan die in de lageconsumptiegroep (369 versus 204 contacten per 1000 patiënten per jaar; $p < 0,001$).

Kenmerken van de patiëntenpopulatie

In praktijken met een hoge zorgconsumptie op de huisartsenpost was het gemiddelde percentage allochtonen (27,7%) en kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar (5,6%) hoger dan in de praktijken met een lage zorgconsumptie (respectievelijk 9,8% en 4,8%). Bovendien lagen de praktijken met een hoge zorgconsumptie dichter bij de huisartsenpost (gemiddeld 3,4 km) dan praktijken met een lage zorgconsumptie (13,4 km) [tabel].

Telefonische bereikbaarheid

De telefonische wachttijd in de praktijk overdag was langer in de hogeconsumptiegroep (gemiddeld: 1,97 minuten; mediaan: 0,88 minuten) dan in de lageconsumptiegroep (gemiddeld: 1,04 minuten; mediaan: 0,41 minuten). Het aantal telefoonlijnen en het aantal uren waarop persoonlijk telefonisch contact mogelijk was met een assistente (geen antwoordapparaat) waren niet gerelateerd aan de zorgconsumptie op de huisartsenpost [tabel].

Beschikbaarheid voor afspraken

Huisartsen in praktijken met een hoge zorgconsumptie op de huisartsenpost waren minder vaak persoonlijk beschikbaar voor palliatieve patiënten (49%) dan huisartsen in praktijken met een lage zorgconsumptie (83,7%). Bovendien waren er meer niet-significante trends die duiden op een beperktere beschikbaarheid van de hogeconsumptiegroep dan de lageconsumptiegroep: langere wachttijden voor niet-spoedconsulten (1,02 versus 0,78 dagen), een beperktere mogelijkheid tot een consult na 17.00 uur (15,7% versus 28,6%), minder vaak een telefonisch spreekuur (45,1% versus 63,3%) en minder vaak geopend tijdens vakanties (31,3% versus 54,5%) [tabel].

Tabel Patiënt- en praktijkkenmerken en samenhang met zorgconsumptie op de huisartsenpost

Variabele	Lage consumptie		Hoge consumptie		Oddsratio	95%-BI
	Gemiddelde (of %)	Spreiding	Gemiddelde (of %)	Spreiding		
Kenmerken patiëntenpopulatie						
■ Percentage allochtonen ^a	9,8	1,6-26,4	27,7	3,8-82,2	-	-
■ Percentage patiënten tussen 0 en 4 jaar ^a	4,8	2,5-9,7	5,6	3,0-9,9	-	-
■ Afstand praktijk tot huisartsenpost (km) ^a	13,4	3,0-30,8	3,4	0,9-11,0	-	-
Telefonische bereikbaarheid						
■ Telefonische wachttijd (minuten), gemiddelde [†]	1,04	0-10	1,97	0-10	1,26	1,09-1,46
■ Telefonische wachttijd (minuten), mediaan [†]	0,41	0-10	0,88	0-10	-	-
■ Assistentie aan de telefoon (uur/week)	36,1	9-45	35,3	14-45	1,06	0,97-1,15
■ Telefoonlijnen (per 1000 patiënten)	1,3	0,3-4,6	1,4	0,4-6,4	1,51	0,44-5,25
Beschikbaarheid voor afspraken						
■ Wachttijd voor niet-urgente afspraak (dagen)	0,76	0-5	1,02	0-5	1,54	0,67-3,53
■ Afspraak na 17.00 uur mogelijk	28,6%	-	15,7%	-	0,42	0,08-2,05
■ Telefonisch spreekuur	63,3%	-	45,1%	-	0,26	0,05-1,34
■ Geopend tijdens vakanties (met waarneming)	54,5%	-	31,3%	-	0,42	0,08-2,33
■ Persoonlijk beschikbaar voor palliatieve patiënten [‡]	83,7%	-	49,0%	-	0,22	0,06-0,76
■ Spreekuren per huisarts per week (per 1000 patiënten)	11,1	2,0-30,2	12,6	5,1-24,1	0,98	0,81-1,17
Kenmerken huisarts						
■ Leeftijd (jaren)	51,9	34-63	53,6	36-65	1,00	0,89-1,12
■ Geslacht: vrouw	12,2%	-	17,6%	-	2,38	0,19-30,07
■ Jaren werkzaam als huisarts	19,8	5-34	21,6	3-39	1,00	0,92-1,09
■ Werktevredenheid (rapportcijfer 1-10)	7,8	7-9	8,0	4-10	2,41	0,80-7,23
■ Hoge ervaren werkdruk	53,1%	-	74,5%	-	2,18	0,40-11,90
■ Patiënten aanspreken bij onnodig contact HAP	18,8%	-	25,5%	-	1,29	0,21-7,86
Algemene organisatie						
■ Solopraktijk	65,3%	-	52,9%	-	0,95	0,19-4,85
■ Praktijkgrootte (aantal patiënten)	2459	464-4103	2511	1295-4556	1,00	1,00-1,00
■ Training in telefonische triage	16,7	-	35,3	-	1,87	0,39-8,98
■ Aantal contacten: (telefonische) consulten + visites (per patiënt)	4,4	1,7-10,7	5,2	2,3-8,4	1,44	0,85-2,44
■ Aantal verrichtingen (per 1000 patiënten) ^{b†}	74,4	5,1-304,8	119,6	4,4-935,4	1,02	1,01-1,04
Personele bezetting (halve dagen per week, per 1000 patiënten)						
■ Huisartsen	4,1	2,1-8,8	4,2	1,9-10,5	1,34	0,66-2,75
■ Praktijkassistentes [‡]	4,9	2,1-14,4	5,5	2,7-11,0	1,71	1,07-2,73
■ Praktijkondersteuner ggz	0,2	0,0-5,2	0,3	0,0-4,2	4,61	0,35-61,24
■ Praktijkondersteuner somatiek	1,1	0,0-5,2	1,6	0,0-4,7	2,07	0,99-4,32
■ Huisartsen in opleiding	0,5	0,0-3,1	0,5	0,0-3,9	0,94	0,38-2,40

^ap < 0,001; [†]p < 0,01; [‡]p < 0,05.

^a Oddsratio's gecorrigeerd voor: 1) afstand van de praktijk tot de huisartsenpost, 2) percentage patiënten tussen 0 en 4 jaar en 3) percentage allochtonen.

^b Som van zes diagnostische en therapeutische verrichtingen: spirometrie, ecg, dopplertest, tapen, spiraal en chirurgie.

Kenmerken en werkstijl huisartsen

De huisartsen in beide groepen verschilden niet van elkaar in leeftijd, geslacht, aantal jaren werkervaring, werktevredenheid, ervaren werkdruk en het aanspreken van patiënten op onnodig gebruik van de huisartsenpost. Wel voerden huisartsen in de hogeconsumptiegroep meer diagnostische en therapeutische verrichtingen uit per 1000 patiënten (119,6) dan huisartsen in de lageconsumptiegroep (74,4) [tabel].

Algemene organisatie van de praktijk

In praktijken met een hoge zorgconsumptie werkten praktijkassistentes gemiddeld meer dagdelen in de week (5,2 halve dagen) dan in de lageconsumptiegroep (4,8 halve dagen). De

groepen verschilden niet van elkaar in de personele bezetting van huisartsen, huisartsen in opleiding en praktijkondersteuners, en evenmin in praktijkgrootte, praktijktype (solo of meer huisartsen) en training in telefonische triage [tabel].

BESCHOUWING

Huisartsenpraktijken met meer jonge kinderen en allochtonen in hun patiëntenpopulatie, en praktijken met een kortere afstand tot de huisartsenpost hadden een hogere zorgconsumptie op de huisartsenpost. Onze hypothese was dat een beperktere bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenpraktijken overdag ook zou samenhangen met een hoge zorgconsumptie. Een aantal van onze bevindingen bevestigt

deze hypothese. Patiënten maakten meer gebruik van de huisartsenpost als de huisartsenpraktijken langere telefonische wachttijden hadden en als de huisartsen niet persoonlijk beschikbaar waren voor palliatieve patiënten. Bovendien waren er verschillende niet-significante, maar wel relevante trends, zoals langere wachttijden voor niet-spoedconsulten in de hogeconsumptiegroep, een kleinere mogelijkheid tot een consult na 17.00 uur, minder frequent een telefonisch spreekuur en minder vaak geopend zijn tijdens vakanties. Verder was de zorgconsumptie op de huisartsenpost hoger in praktijken waar huisartsen veel diagnostische en therapeutische verrichtingen uitvoerden. De hogere personele bezetting van doktersassistentes in deze praktijken lijkt hiermee samen te hangen. Dit kan erop wijzen dat de gezondheidstoestand van de patiënten in deze praktijken minder goed was. We beschikten wat dit betreft helaas niet over betrouwbare gegevens. Het gedrag van de huisartsen kan echter ook een belangrijke rol spelen: door medische verrichtingen uit te voeren bevestigen de huisartsen wellicht de noodzaak van een consult en stimuleren zij de patiënt om in de toekomst weer medische hulp te zoeken.

Onze resultaten liggen in lijn met bevindingen uit buitenlandse onderzoeken naar de zorgconsumptie op de spoedeisende hulp.^{3,10-15} Vanwege de uitgebreidheid en de intensiteit van de gegevensverzameling, waarbij alle huisartsenpraktijken door de onderzoekers zijn bezocht, was het niet mogelijk om meer dan honderd praktijken in het onderzoek te betrekken. Met honderd onderzoekseenheden is de statistische *power* echter relatief laag. Mogelijk zouden we bij een onderzoek met een groter aantal huisartsenpraktijken meer significante relaties vinden.

We hebben geen causale verbanden aangetoond, maar associaties. Bij toekomstige onderzoeken zou het causale effect van verbeteringen van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg overdag kunnen worden getest, bij voorkeur in de vorm van een *randomised controlled trial*. Zo zouden huisartsenpraktijken kunnen experimenteren met het verbeteren van de telefonische bereikbaarheid overdag, bijvoorbeeld door een continu open telefoonlijn en meer assistentes aan de telefoon. Wanneer dit niet mogelijk is, kan opschaling door een gezamenlijke telefonische triage met meer praktijken, op HAGRO- of huisartsenpostniveau een oplossing zijn. Tevens zouden huisartsen meer persoonlijke continuïteit kunnen bieden, vooral voor palliatieve patiënten. Van alle contacten met de huisartsenpost betreft weliswaar

slechts een klein percentage palliatieve zorg, maar mogelijk speelt hier een indirect effect: wanneer deze huisartsen in de dagelijkse praktijk voor andere patiënten ook meer persoonlijke continuïteit in de zorg bieden, wachten patiënten met hun hulpvraag liever tot het spreekuur van de eigen huisarts.

CONCLUSIE

Naast patiëntkenmerken hangen organisatiekenmerken van de huisartsenpraktijk samen met een intensiever gebruik van de huisartsenpost. Het verbeteren van de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg overdag kan een positieve invloed hebben op het doelmatig gebruik van de huisartsenpost. ■

LITERATUUR

- Giesbers S, Smits M, Giesen P. Zelfverwijzers jagen zorgkosten op. *Med Contact* 2011;66:587-9.
- Verheij R, Van den Hoogen H. Vooral kinderen op de huisartsenpost. *Huisarts Wet* 2006;49:233.
- Lowe R, Localio A, Schwarz D, Williams S, Tuton L, Maroney S, et al. Association between primary care practice characteristics and emergency department use in a medicaid managed care organization. *Med Care* 2005;43:792-800.
- Padela A, Punekar I. Emergency medical practice: advancing cultural competence and reducing health care disparities. *Acad Emerg Med* 2009;16:69-75.
- Zielinski A, Borgquist L, Halling A. Distance to hospital and socioeconomic status influence secondary health care use. *Scand J Prim Health Care* 2013;31:83-8.
- Hunt K, Weber E, Showstack J, Colby D, Callahan M. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med* 2006;48:1-8.
- Lee J, Sung J, Ward W, Fos P, Lee W, Kim J. Utilization of the emergency room: impact of geographic distance. *Geospat Health* 2007;1:243-3.
- Kellerman A, Weinick R. Emergency departments, medicaid costs, and access to primary care - understanding the link. *N Eng J Med* 2012;366:2141-3.
- Giesen P, Hammink A, Mulders A, Oude Bos A. Te snel naar de huisartsenpost. *Med Contact* 2009;64:239-43.
- Rust C, Ye J, Baltrus P, Daniels E, Adesunloye B, Fryer GE. Practical barriers to timely primary care access: impact on adult use of emergency department services. *Arch Intern Med* 2008;168:1705-10.
- Harris M, Patel B, Bowen S. Primary care access and its relationship with emergency department utilization: an observational, cross-sectional, ecological study. *Br J Gen Pract* 2011;6:e787-93.
- Cowling T, Harris M, Watt H, Gibbons D, Majeed A. Access to general practice and visits to accident and emergency departments in England: cross-sectional analysis of a national patient survey. *Br J Gen Pract* 2014;64:e434-9.
- Baker R, Bankart MJ, Rashid A, Banerjee J, Conroy S, Habiba M, et al. Characteristics of general practices associated with emergency-department attendance rates: a cross-sectional study. *BMJ Qual Saf* 2011;20:953-8.
- Zhou Y, Abel G, Warren F, Roland M, Campbell J, Lyrtzopoulos G. Do difficulties in accessing in-hours primary care predict higher use of out-of-hours GP services? Evidence from an English National Patient Survey. *Emerg Med J* 2015;32:373-8.
- Cowling T, Cecil EV, Soljak MA, Lee JT, Millett C, Majeed A, et al. Access to primary care and visits to emergency departments in England: a cross-sectional, population-based study. *PLoS One* 2013;8:e66699.