

Huisartsenpost en spoedeisende eerste hulp: wel of niet integreren?

EP Moll van Charante en PJE Bindels

Inleiding

In navolging van het Verenigd Koninkrijk¹ en Denemarken² heeft de organisatie van huisartsenzorg buiten kantooruren de afgelopen jaren een snelle ontwikkeling doorgemaakt van kleinschalige dienstenstructuren in HAGRO-verband naar grootschalige huisartsenposten (HAP'en).³ Belangrijkste drijfveer in deze ontwikkeling was de behoefte van huisartsen om de werkdruk buiten praktijken te verminderen.

Samenvatting

Moll van Charante EP, Bindels PJE. Huisartsenpost en spoedeisende eerste hulp: wel of niet integreren? *Huisarts Wet* 2008;51(5):215-9.

De huisartsenpost (HAP) is stevig verankerd in het zorglandschap. Er is de laatste tijd steeds meer sprake van samenwerking of zelfs verregaande integratie tussen HAP en de spoedeisende eerste hulp (SEH). Belangrijke pleitbezorgers van integratie zijn overheid, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. De voornaamste argumenten voor integratie zijn dat patiënten vaak niet weten met wie ze contact moeten zoeken (HAP, SEH of ambulancedienst/112), dat de SEH dichtslibt met zelfverwijzers die eigenlijk thuishoren op de HAP en dat de huidige acutezorgketen ondoelmatig is.

Op grond van de huidige literatuur is geen van genoemde argumenten te onderbouwen. Patiënten lijken doorgaans juist een consistente en complementaire keuze te maken voor HAP of SEH, terwijl er nog geen aanwijzingen zijn dat integratie daadwerkelijk kosteneffectief is. Er zijn grote verschillen in hulpvraaggedrag tussen patiënten in de grote stad en op het platteland, die mogelijk vragen om verschillende samenwerkingsmodellen. Integratie kan betekenen dat de HAP zijn karakter als eerstelijnsvoorziening verliest en vraagt bovendien een andere rol van de huisarts in de traumazorg.

Een gefundeerde keuze voor de meest optimale vorm van samenwerking vanuit het perspectief van alle betrokken partijen vraagt om meer en beter onderzoek, liefst met een gecontroleerde onderzoeksopzet.

Academisch Medisch Centrum/UvA, Divisie Klinische Methoden en Public Health, afdeling Huisartsgeneeskunde, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam: dr. E.P. Moll van Charante, huisarts; prof.dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

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

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Nu de HAP'en in Nederland zich een duidelijke positie in het zorglandschap hebben verworven, zien we een tendens tot nauwere samenwerking met de andere lokale aanbieder van urgente en spoedeisende zorg, de spoedeisende eerste hulp (SEH) van het ziekenhuis.⁴ Belangrijkste pleitbezorgers van deze integratie zijn overheid en zorgverzekeraars.^{5,6} Ook patiëntenorganisaties steunen deze ontwikkelingen.⁷ In onder andere Maastricht, Haarlem en Purmerend zijn inmiddels verregaande samenwerkingsprojecten tussen HAP en SEH gestart, resulterend in geïntegreerde spoedposten met een gezamenlijke, centrale triage van patiënten.⁸ Als gevolg hiervan moeten veel zelfverwijzers die eerder rechtstreeks op de SEH verschenen nu eerst langs de HAP. Inmiddels is gebleken dat de stroom zelfverwijzers op de SEH hierdoor substantieel kan afnemen.⁹

Toch zijn niet alle partijen onverdeeld positief over deze nieuwe ontwikkelingen. Door het verleggen van de stroom zelfverwijzers is de werkdruk op de HAP'en toegenomen, zonder dat hier een duidelijke (financiële) compensatie tegenover staat. Daarnaast vrezen huisartsen dat integratie met het ziekenhuis tot verlies van de eigen identiteit zal leiden. Het ziekenhuis ziet op haar beurt een deel van de inkomsten teruglopen omdat veel zelfverwijzers nu op de HAP worden gezien. In Maastricht leidde deze productievermindering al tot een substantiële korting van het SEH-budget door de zorgverzekeraar.¹⁰

In dit artikel zetten wij de voor- en nadelen van de integratie van HAP en SEH nog eens op een rij. Wat is er eigenlijk bekend uit de langzaam groeiende, maar nog altijd beperkte hoeveelheid wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp?

Argumenten voor integratie

Momenteel bestaan er diverse samenwerkingsmodellen naast elkaar, variërend van een geografisch gescheiden HAP en SEH tot een gedeelde triage aan de poort (*front office*) of zelfs een volledige herschikking van taken tussen de betrokken professionals (*front and back office*, soms inclusief de ambulancedienst).

De belangrijkste argumenten die door de voorstanders van integratie worden aangevoerd zijn:

1. Het zorgaanbod is onvoldoende afgebakend en inzichtelijk. Voor patiënten met een acuut probleem is het niet duidelijk met wie zij buiten kantooruren contact moeten opnemen: de HAP, SEH of ambulancedienst (via 112).^{7,11} Hierdoor zou ondoelmatigheid in de acutezorgketen ontstaan, omdat patiënten niet direct op 'de juiste plaats' of 'door de juiste hulpverlener' worden gezien.¹²
2. Zelfverwijzers gaan naar de SEH met problemen waarvan het

De kern

- ▶ Momenteel bestaan er in ons land veel initiatieven om de HAP en SEH verregaand met elkaar te integreren.
- ▶ Veel gehoorde argumenten daarbij zijn dat de aanbieders van acute zorg buiten kantooruren elkaar sterk overlappen en de zorgketen ondoelmatig is.
- ▶ Vanuit de huidige literatuur zijn genoemde argumenten niet te onderbouwen.
- ▶ Beter onderzoek naar een optimale samenwerkingsvorm tussen de acute zorgpartijen is dringend gewenst.

merendeel op de HAP thuishoort.¹³ Deze toenemende overbelasting van de SEH zou tot een afname van de kwaliteit van zorg leiden voor de 'echte spoedgevallen'.¹⁴

3. De acutezorgketen is niet kosteneffectief vanwege het onterechte beroep dat zelfverwijzers doen op de dure specialistische zorg van de SEH.¹⁵ Daarnaast zouden de drie acutezorgaanbieders (HAP, SEH, 112-ambulancedienst) elkaar sterk overlappen, waardoor er onvoldoende samenhang en doelmatigheid is in de acutezorgketen.^{6,16}

Relativeringen

Hoewel de genoemde argumenten om tot integratie over te gaan aannemelijk lijken, is er nog vrijwel geen wetenschappelijk bewijs waarmee een dergelijke ingrijpende operatie kan worden onderbouwd. We zullen de bovengenoemde argumenten nogmaals doorlopen en zo veel mogelijk toetsen aan de beschikbare *evidence*.

Patiënten weten niet voor welke hulpverlener ze moeten kiezen

Deze stelling wordt niet ondersteund door de literatuur, die juist een sterk complementair beeld schetst ten aanzien van de hulpvraag bij HAP en SEH. Zelfverwijzers op de SEH zijn doorgaans jongvolwassenen die met een trauma komen, terwijl patiënten die contact zoeken met de HAP voor een belangrijk deel bestaan uit ouders met jonge kinderen en ouderen met klachten van infectieuze of chronische aard. Dit patroon blijkt zowel in binnen- als buitenland heel consistent.^{8,13,17-20} Kennelijk zijn de meeste patiënten in staat om buiten kantooruren een weloverwogen keuze voor een zorgaanbieder te maken. Wel valt op dat men in de grote steden zowel absoluut als relatief meer zelfverwijzers op de SEH's signaleert. Het vermoeden bestaat dat ook de mate van voorselectie (in termen van ernst van aandoening, proportie trauma's of opnamen) onder deze patiënten in de grote stad geringer is dan elders.²¹ In de grootstedelijke gebieden lijkt derhalve meer ruimte te zijn voor effectiviteitswinst door integratie dan elders het geval is.

Uit recent onderzoek door Prismant komt overigens naar voren dat patiënten de toegankelijkheid van de gecombineerde spoedposten niet duidelijk positiever beoordeelden dan in de gescheiden situatie van HAP en SEH.²²

Zelfverwijzers op de SEH moeten naar de HAP

Er lijkt een tendens te bestaan om alle zelfverwijzers aan te duiden als onterechte bezoekers van de SEH. Een duidelijke definitie

van wat onterecht gebruik precies is, bestaat echter niet. Het is dus niet verrassend dat de literatuur een grote variatie laat zien in het percentage onterechte zelfverwijzers op de SEH: 6 tot 80%.²³ Anderen hebben de betekenis van de kwalificaties terecht/onterecht openlijk in twijfel getrokken.²⁴ Een belangrijke tekortkoming van de meeste onderzoeken is dat zelfverwijzers retrospectief het label 'onterecht' hebben gekregen. Het probleem is als 'niet-urgent' afgedaan *nadat* al het aanvullende onderzoek is verricht. Maar voor patiënten lijkt sprake van een rationele respons om bij onbekende, acute verschijnselen uit te gaan van het ergste, totdat dit overtuigend is uitgesloten. Dit geldt *mutatis mutandis* ook voor de professionals. Diagnostische onzekerheid rondom bijvoorbeeld de klachten als pijn op de borst of kortademigheid leidt ook bij hen tot een relatief hoog verwijzpercentage naar de tweede lijn.²⁰

In dit verband is het interessant dat het Maastrichtse model weliswaar laat zien dat er veel zelfverwijzers naar de HAP kunnen worden afgebogen, maar dat het percentage verwijzingen van huisarts naar SEH *na* de integratie met niet minder dan 45% toenam.⁹ Dit wijst er niet alleen op dat veel zelfverwijzers ook in de ogen van de huisarts terechte SEH-bezoekers waren, maar ook dat er aan de poort (verpleegkundige triage) onderschatting van de ernst van de problemen bestaat. Dit wordt ook door kwalitatief onderzoek bevestigd.²⁵ Anders gezegd: de sensitiviteit en specificiteit van de triage, die een onderscheid tracht te maken tussen eerste- en tweedelijnsproblematiek, zijn nog niet wetenschappelijk onderzocht en beleidsmakers gaan er ten onrechte vanuit dat de nauwkeurigheid ervan 100% is.

Tot slot wijst buitenlands onderzoek erop dat niet zozeer de zelfverwijzers, als wel de patiënten die in het ziekenhuis moeten worden opgenomen (meestal via huisarts of ambulance) verreweg de meeste tijd en inspanning vragen binnen het domein van de eerste hulp (het zogenaamde *access block*).²⁶ De auteurs betwijfelen dan ook of een reductie van zelfverwijzers op de SEH daadwerkelijk bijdraagt aan een hogere kwaliteit van zorg. Hiernaar is voor zover wij weten in ons land evenmin onderzoek gedaan.

De acutezorgketen is ondoelmatig

Terwijl velen verwachten dat integratie leidt tot toegenomen kosteneffectiviteit is er geen onderzoek beschikbaar waaruit dit blijkt. Uit de enige Nederlandse kostenanalyse die tot nu toe werd uitgevoerd, bleek dat de kosten per inwoner per jaar na integratie juist stegen.¹⁰ De ombuiging van de stroom zelfverwijzers naar de HAP ging niet gepaard met een besparing van personele kosten op de SEH (die altijd met een kritisch minimum aan personeel moet werken). Daarnaast bleek het volume zorgvraag van de zelfverwijzers *op de totale zorgvraag* buiten kantooruren met 5 tot 25% relatief klein,^{10,13,20} zij het dat men in de stad Amsterdam een veel hoger percentage vond (50%).²⁷

Een tot nu toe weinig besproken, maar belangrijk nadeel van de genoemde integratie in Maastricht is een sterke afname van het aantal telefonische contacten met de HAP (halvering). Een soortgelijk, maar minder sterk effect werd ook waargenomen op

de spoedpost Haarlem. Afname van het aantal telefonische contacten vermindert de effectiviteit van de filterfunctie van de HAP, die doorgaans rond 40 tot 50% van alle aangeboden hulpvragen telefonisch afhandelt.^{21,28} Tegelijkertijd met de afname van telefonische contacten werd in Maastricht een sterke toename gezien van het aantal consulten op de HAP (verdrievoudiging). Dit waren voor een belangrijk deel de vroegere zelfverwijzers van de SEH, maar kennelijk hadden meer patiënten intussen besloten om zonder bellen naar de post te komen. Mogelijk veronderstelden zij dat bellen minder noodzakelijk was geworden, nu alle aanbieders van spoedzorg zich achter één loket hadden verenigd.

Kortom, of integratie een kostenbesparing veroorzaakt is op zijn minst onzeker en zal mede afhangen van veranderingen in het hulpvraaggedrag van patiënten.

Andere aandachtspunten bij integratie van HAP en SEH

Eerste en tweede lijn gescheiden houden

Sommige auteurs benadrukken dat HAP'en een weerspiegeling zijn van een reorganisatieproces in de eerste lijn. Dat proces heeft geleid tot een grotere kwaliteit en grotere transparantie van de huisartsenzorg buiten kantooruren.²⁹ Deze auteurs wijzen op de kracht van het eerstelijnsnetwerk, waarin ook de ggz, thuiszorg, verloskundigen, tandartsen en diverse maatschappelijke- en welzijnsorganisaties een plaats hebben. Integratie met de SEH kan dit van oudsher sterke netwerk ondermijnen en de nadruk leggen op de 'ziek-tenzij'-benadering van de tweede lijn. Zoals eerder betoogd is de inhoudelijke overlap tussen HAP en SEH relatief klein, zodat veel kinderen en ouderen die nu bewust voor een contact met de HAP kiezen, langs de 'ziekenhuispoort' worden geleid als zij voor een consult bij de huisarts worden uitgenodigd. In hoeverre een integratie tot medicalisering kan leiden, bijvoorbeeld doordat ongeruste ouders toch graag een kinderarts willen zien of doordat huisartsen eerder verwijzen of aanvullende diagnostiek aanvragen is onbekend. Jacobs et al. vonden geen effect op de verwijzingen naar de kinderarts kort na integratie,³⁰ maar of deze bevindingen ook op de lange termijn gelden is nog niet onderzocht.

Deskundigheid rondom traumatologie

Wanneer een grote groep zelfverwijzers met overwegend trauma's van de extremiteiten langs de HAP wordt geleid, is het van belang dat de beroepsgroep deze patiënten eenduidig kan behandelen. Uit eigen, kwalitatief onderzoek kwam naar voren dat doktersassistenten op Amsterdamse HAP'en grote verschillen tussen huisartsen ervaren in de affiniteit die zij hebben met traumatologie. Anders gezegd: sommige huisartsen zijn zeer bedreven in de kleine chirurgie, terwijl andere al jaren geen snijwond meer hebben gehecht. Doktersassistenten kunnen, gezien de relatieve kleinschaligheid van de HAP, met deze verschillen rekening houden als zij besluiten om een patiënt wel of niet op de HAP uit te nodigen. In een geïntegreerde, grootschalige setting zullen meer uniforme competenties van alle huisartsen worden gevraagd. De beroepsgroep zal duidelijke afspraken moeten maken over welke

traumagevallen wel of niet naar de HAP worden verwezen. Dit vraagt meer bijscholing van huisartsen en er moet meer protocol-lair worden gewerkt. Op zich hoeft dit zeker geen belemmering te zijn en zal het de kwaliteit van zorg alleen maar ten goede komen, maar extra aandacht hiervoor is een voorwaarde voor een succesvolle integratie. Wellicht kan het ontwikkelen van een differentiatie voor spoedeisende/urgente huisartsenzorg buiten kantooruren hieraan bijdragen.

Bij sommige spoedposten is gekozen voor een integratie van zowel front als back office. Dit houdt in dat op de werkvloer een verdere differentiatie plaatsvindt in taakverdeling tussen huisarts, assistente/triagiste, verpleegkundige en SEH-arts/specialist. Hiervoor geldt à fortiori dat een heldere taakafbakening noodzakelijk is. Dat dit in de praktijk niet eenvoudig is, blijkt uit de rapportages over bijvoorbeeld de spoedpost in het Waterlandziekenhuis in Purmerend.³¹

Eén regionaal telefoonnummer

Diverse auteurs hebben gepleit voor de inrichting van een call-centre ('113'), waartoe alle hulpvragers buiten kantooruren zich kunnen wenden met een spoedeisend of urgent medisch probleem.^{7,32} Naar verwachting kan op deze wijze veel efficiënter worden gewerkt, omdat er dan geen parallele telefonische triagesystemen meer actief hoeven te zijn: 112, SEH, ggz, HAP. Een gespecialiseerde hulpverlener zou een deel van de bellers van advies kunnen voorzien, voor een ander deel een ambulance kunnen inschakelen en de overige hulpvragers kunnen doorschakelen naar de geïntegreerde spoedpost.

Ofschoon een dergelijke reorganisatie zeker voordelen kan hebben, zijn er ook enkele belangrijke potentiële nadelen, vooral op het niveau van de patiënt. Deze zal opnieuw goed moeten worden geïnstrueerd wie hij bij welk probleem moet bellen (bijvoorbeeld 112 bij brand en 113 voor gewonden). Een aanzienlijke groep patiënten is bovendien al geruime tijd vertrouwd met het nummer van de HAP en verwacht niet dat een andere hulpverlener hen eerst te woord staat voordat zij worden doorgeschakeld naar de eigen HAP. Op deze wijze wordt voor de patiënt een nieuwe laag gecreëerd in de triage, die extra (soms kostbare) tijd vergt en veel ergernis zal opleveren. Hier ligt nieuwe discontinuïteit op de loer. Dergelijke ervaringen werden reeds opgedaan in regio's waar een centrale doktersdienst na het noteren van de reden van contact en achtergrondgegevens de betrokken HAP informeerde. Helaas is tot op heden nog onvoldoende onderzocht hoe efficiënt de bestaande triagesystemen functioneren. Er zijn aanwijzingen dat ook hier sprake is van complementariteit en doelmatige selectie van patiënten.²⁰

Tijd voor degelijk wetenschappelijk onderzoek

Samenvattend zijn de belangrijkste argumenten om tot integratie over te gaan geen van alle overtuigend wetenschappelijk onderbouwd. Terwijl een belangrijke drijfveer lijkt te worden gevormd door kostenbesparingen en efficiencywinst lijken deze aspecten in de praktijk het minst te zijn onderzocht.

Momenteel speelt de HAP een centrale rol in de zorg buiten kantooruren.^{21,33,34} Vanzelfsprekend is het van belang dat HAP'en deze positie handhaven en zelfs verstevigen door een intensieve samenwerking aan te gaan met de andere aanbieders van spoedzorg buiten kantooruren. Maar waarom zouden huisartsen zich laten verleiden om in hoog tempo met het ziekenhuis te integreren als nog niet vaststaat of de zorg er doelmatiger van wordt? Zelfs in landen die ons voorgingen in de schaalvergroting van huisartsenzorg buiten kantooruren is een dergelijke verregaande samenwerking nog niet overwogen.³⁵

Veeleer moet haast worden gemaakt met de opzet van een proefregio, zoals ook Grol en Schrijvers hebben bepleit.³⁶ In een geografisch contrast van grote stad en platteland kunnen verschillende modellen van samenwerking met elkaar worden vergeleken op eindpunten als aard en volume van de zorgvraag (complementariteit), kwaliteit van de geboden zorg, aanvullende diagnostiek en vervolgbehandelingen (continuïteit, ziekenhuisopnamen), het oordeel van professionals en niet in de laatste plaats het oordeel van de patiënt. Is een zelfstandige locatie bij de SEH van het ziekenhuis de optimale plaats voor de HAP, of zal het – bijvoorbeeld in grootstedelijke gebieden – toch beter zijn fysiek met de SEH te integreren? En is in het laatste geval een front office alleen te verkiezen boven een model van zowel front als back office?

Bijzondere aandacht verdient ook het onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van telefonische triage door assistentes of verpleegkundigen. Alleen in het Verenigd Koninkrijk heeft men het initiatief genomen om het effect van de telefonische triage door verpleegkundigen en huisartsen in een experimentele opzet op een aantal eindpunten met elkaar te vergelijken,³⁷ terwijl Deense huisartsen deze complexe taak zelfs helemaal niet hebben willen delegeren.² Zeker interessant is ook het model van de huisarts die los van de HAP werkzaam is op de SEH. Goed opgezette Britse onderzoeken toonden aan dat de zorg door huisartsen voor een groep patiënten met voorgeselekteerde 'eerstelijnsproblemen' even veilig was als de zorg door SEH-artsen of specialisten,³⁸ maar met minder middelen werd uitgevoerd³⁹ en tegen lagere kosten.⁴⁰

Brede steun voor goed opgezet onderzoek onder alle betrokken partijen is dringend gewenst. Het gaat immers om meer dan een interessant vraagstuk, namelijk om de toekomst van de hele huisartsenzorg buiten kantooruren.

Literatuur

- Hallam L, Cragg D. Organisation of primary care services outside normal working hours. *BMJ* 1994;309:1621-3.
- Olesen F, Jølleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. *BMJ* 1994;309:1624-6.
- Van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. *Fam Med* 2006;38:565-9.
- Giesen PHJ, Huibers AMJ, Padros Goossens M, Willekens MHC. Tus-sen droom en daad – Toekomstvisie huisartsen op hun positie in de spoedzorg. *Med Contact* 2007;62:653-5.
- Een dynamische eerstelijnszorg. Nota van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. Den Haag, januari 2008.

- Huisartsendienstenstructuren: doelmatigheid en sturing door zorg-verzekeraars. Rapportage in opdracht van CVZ (publicatienr. 04/190), 2004.
- Foekema H, Hendrix C. Spoed moet goed. Een onderzoek naar de spoedeisende zorg. Amsterdam: TNS NIPO, 2006.
- Van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling GJ, Crebolder HF, Van Schayck CP. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emerg Med J* 2003;20:184-7.
- Van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling G, Fiolet HF, Van Schayck OC, Crebolder HF. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med* 2005;20:612-7.
- Van Uden GB, Ament AJ, Voss GB, Wesseling G, Winkens RA, Van Schayck OC, et al. Out-of-hours primary care. Implications of organisation on costs. *BMC Fam Pract* 2006;7:29.
- Drijver R. Continuïteit in de acute zorg. *Huisarts Wet* 2006;49:584.
- Giesen P, Fraanje W, Klomp M. Rammelende keten: afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. *Med Contact* 2003;58:1810-2.
- Giesen P, Franssen E, Mokkink H, Van den Bosch W, Van Vugt A, Grol R. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. *Emerg Med J* 2006;23:731-4.
- Schrijvers AJP. Acute zorg: achtergrondstudies. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003.
- Balestra W, Wiechers J, Rozeboom A, Van Dalen J. Samenwerking, samenhang en integratie met de spoedeisende hulp. Rapport (deel 3). Amsterdam: Plexus Medical Group, 2004.
- Provincie Utrecht, PPCP, Agis en ZN: Visie en uitgangspunten spoedeisende zorg Regio Utrecht. Utrecht, 2004.
- Avery AJ, Groom L, Boot D, Earwicker S, Carlisle R. What problems do patients present with outside normal general practice surgery hours? A prospective study of the use of general practice and accident and emergency services. *J Public Health Med* 1999;21:88-94.
- Brogan C, Pickard D, Gray A, Fairman S, Hill A. The use of out of hours health services: a cross sectional survey. *BMJ* 1998;316:524-7.
- Ijzermans CJ, Mentink S, Klapthake LM, Van Grieken JJ, Bindels PJ. Contacten buiten de kantooruren: klachten gepresenteerd aan de huisarts en aan de Spoedeisende Hulp. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002;146:1413-7.
- Moll van Charante EP, Van Steenwijk-Opdam PC, Bindels PJ. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services. *BMC Fam Pract* 2007;8:46.
- Moll van Charante EP. Dutch general practitioners in a time of change – Studies on out-of-hours and GP hospital care [Proefschrift]. Universiteit van Amsterdam, 2007.
- Kamphuis HCM, Stukstette MJP, Homberg DJ, Sonneveld RE, Kool RB. Evaluatie spoedposten Haarlem-Zuid en Waterland. Utrecht: Stichting Prismant, 2007.
- Murphy AW. 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. *Fam Pract* 1998;15:23-32.
- Richardson S, Ardagh M, Hider P. New Zealand health professionals do not agree about what defines appropriate attendance at an emergency department. *N Z Med J* 2006;119:U1933.
- Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, Van den Bosch W, et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Qual Saf Health Care* 2007;16:181-4.
- Ardagh M, Richardson S. Emergency department overcrowding – can we fix it? *N Z Med J* 2004;117:U774.
- Joling K, Van Exter P, Vissers JMH. Acute zorg in beeld. Onderzoek naar vraag en aanbod in acute zorg binnen regio Amsterdam en omstreken. Regionale Ambulance Voorziening Agglomeratie Amsterdam (RAVAA), 2006.
- Post J. Grootchalige huisartsenzorg buiten kantooruren [Proefschrift]. Universiteit van Groningen, 2004.

- 29 Bernts N, De Wildt JE. Ruimte voor verbetering. Huisartsenposten als vehikel voor modernisering van eerstelijnszorg. Med Contact 2004;59:994-6.
- 30 Jacobs ES, Van Enk JG, Post D. Poortwachter in het ziekenhuis. Huisartsenpost leidt niet tot drukte in de tweede lijn. Med Contact 2003;58:771-2.
- 31 Drijver R. Rollen en taakverdeling in de geïntegreerde acute zorg (deel I). Utrecht: College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg, 2007.
- 32 Pepels R, Sonneveld R, Lierens G, Tijn K. Het regionaal loket voor acute zorg. Een programma van eisen voor telefonische toegang en regie (in opdracht van CVZ). Utrecht: Stichting Prismant, 2006.
- 33 Giesen PHJ. Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands. Proefschrift. Radboud Universiteit Nijmegen, 2007.
- 34 Van Uden CJ. Studies on general practice out-of-hours care [Proefschrift]. Universiteit Maastricht, 2005.
- 35 Wilson H. Co-locating primary care facilities within emergency departments: brilliant innovation or unwelcome intervention into clinical care? N Z Med J 2005;118:U1633.
- 36 Grol R, Schrijvers AJP. Onderzoeksprogramma Spoedzorg. Nijmegen/ Utrecht, 2005.
- 37 Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mullee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project (SWOOP) Group. BMJ 1998;317:1054-9.
- 38 Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, Gibney D, Smith M, Mullan E, et al. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. BMJ 1996;312:1135-42.
- 39 Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E, Higgs R. Primary care in the accident and emergency department: II. Comparison of general practitioners and hospital doctors. BMJ 1995;311:427-30.
- 40 Dale J, Lang H, Roberts JA, Green J, Glucksman E. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars. BMJ 1996;312:1340-4.

Hoe functioneren de huisartsenposten in Nederland?

Paul Giesen, Henk Mookink, Wil van den Bosch, Ben Bottema en Richard Grol

Inleiding

De komst van zo'n 130 huisartsenposten (HAP'en) kan men beschouwen als een van de snelste en grootste organisatorische gezondheidszorginnovaties in Nederland.¹⁻⁵ Ongeveer 95% van de huisartsen neemt deel aan een HAP, waardoor waarneemgroepen goeddeels tot het verleden behoren. De transformatie van kleinschalige waarneemgroepen naar grootschalige HAP'en vertoont sterke overeenkomsten met ontwikkelingen in andere westerse landen en leidde tot een ommekeer in de afnemende motivatie van huisartsen om dienst te doen.⁶⁻¹⁰

Patiënten, politiek, media en sommige huisartsen reageerden op de komst van HAP'en echter met veel kritiek. Deze had betrekking op de grote reisafstanden, gebrekkige triage door assistentes, afhoudend gedrag van hulpverleners, gebrekkige continuïteit en medische missers.¹¹⁻¹³ Deze kritiek was aanleiding tot wetenschappelijk onderzoek naar het functioneren van HAP'en. In dit artikel geven we hier een overzicht van.¹⁻⁴

Betekenis voor huisartsen

Aanleiding voor de reorganisatie van de diensten en de komst van HAP'en vormden de knelpunten die huisartsen ervoeren. Deze komen overigens overeen met die in andere westerse landen.^{6-10,14}

- de hoge werkdruk: in 1999 rapporteerden huisartsen gemiddeld 19 diensturen bovenop een werkweek van 48 uur;
- het grote aantal niet-urgente hulpvragen tijdens de dienst;

- het eisende en agressieve gedrag van patiënten;
- de onduidelijke positie van de huisarts in de spoedzorg met een toenemend aantal zelfverwijzers richting de spoedeisende eerste hulp (SEH) en het alarmnummer 112;
- de gebrekkige randvoorwaarden: lage beloning, gebrek aan personele en materiële ondersteuning;
- het privéleven: problemen met het scheiden van werk en privéleven, en een behoefte aan meer vrije tijd.

De komst van grootschalige HAP'en lijkt een gepast antwoord op de problemen van de huisartsen.^{1-5,9,15} Onderzoek uit 2000 en 2007 laat zien dat de werkdruk is gedaald en de arbeidsmotivatie is toegenomen.^{9,15} De korte diensten en de scheiding van werk en privéleven legden aanzienlijk minder beslag op het gezinsleven. In 2007 deden huisartsen rond 85% van de diensten zelf. De overgrote meerderheid van huisartsen is anno 2007 tevreden met de HAP als organisatie-model en wil niet terug naar het waarneemgroepmodel of wenst te stoppen met de 24 uursbeschikbaarheid. Wel willen huisartsen verregaande samenwerking met de SEH, waarbij zij de zelfverwijzers opvangen.¹⁵

Kenmerken patiëntenpopulatie en zorgkenmerken

Per jaar maken ongeveer 250 patiënten per 1000 inwoners gebruik van de zorg op huisartsenposten, hetgeen slechts een fractie (4%) is van het aantal contacten in de huisartsenzorg. Het gevoel dat de HAP als 'avondwinkel' voor de dagzorg dient werd in onderzoek niet bevestigd, want tijdens de dienst betreffen het vooral