

- 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

Tabel 1 Verdeling van gepresenteerde klachten op de HAP in %, na clustering op ICPC-codes

Infectie	26,2
Bewegingsapparaat	12,8
Buik	10,1
Oog	7,6
Trauma	6,8
Luchtwegen	4,8
KNO	4,8
Psychisch/sociaal	4,4
Zenuwstelsel	4,3
Hart-vaatstelsel	3,9
Huid	3,2
Overig	11,1
Totaal	100%

acuut ontstane somatische klachten, in het bijzonder infecties, pijnklachten van het bewegingsapparaat en buikklachten (zie tabel 1).¹⁶

Veruit de meeste klachten handelt de HAP zelf af en slechts 6% van de patiënten krijgt een verwijzing naar de SEH.^{16,17}

Ongeveer 5% van de patiënten heeft hoog urgente klachten (U1-U2).¹⁶ Het betreft vooral ouderen met hart-, luchtweg- en bewustzijnsklachten. Verder blijkt de urgentie achteraf vaak mee te vallen, want bij U1-U3 werd de urgentie na diagnose in ongeveer 30% van de gevallen lager ingeschat dan bij telefonische triage.¹⁷

Samenvatting

Giesen P, Mokkink H, Van den Bosch W, Bottema B, Grol R. Hoe functioneren de huisartsenposten in Nederland? *Huisarts Wet* 2008;51(5):219-23.

Huisartsenperspectief Met de komst van de huisartsenpost (HAP) is de dienstwerkdruk voor huisartsen afgenomen, de arbeidsmotivatie toegenomen en leggen de diensten minder beslag op het gezinsleven. De meerderheid van de betrokken huisartsen is tevreden met de huidige organisatie en ziet toekomst in de samenwerking met de spoedeisende eerste hulp (SEH).

Patiënt- en zorgkenmerken De meeste patiënten hebben acuut ontstane somatische klachten, waarbij infecties, pijnklachten van het bewegingsapparaat en buikklachten de boventoon voeren. Medisch gezien heeft driekwart van de klachten een lage urgentie en rond 6% wordt verwezen.

Toegankelijkheid De gemiddelde wachttijd bij visites is beperkt tot 30 minuten en 90% van de patiënten wordt binnen 1 uur bezocht. De wachttijd voor patiënten met levensbedreigende klachten (U1) vormt echter een knelpunt. Hiervoor is afstemming met de ambulancehulpverlening noodzakelijk.

Triage Op huisartsenposten steeg het aantal telefonisch afgehandelde contacten vergeleken met waarneemgroepen van 29 naar 50%. Training van triagisten in het achterhalen van de verwachtingen en de hulpvraag van de patiënt, en het geven van adequate adviezen kan de kwaliteit van de triage verbeteren. Een getrainde regioarts kan mogelijk de kwaliteit en veiligheid van de triage helpen verbeteren.

Rond driekwart van de klachten op HAP'en is medisch niet urgent (U4), hetgeen het idee weerspreekt dat huisartsenzorg buiten kantoor tijd alleen voor medisch urgente situaties bestemd is.¹⁶⁻¹⁷ Dit zelfde fenomeen zien we op de SEH, waar zelfverwijzende patiënten zich zelden melden met heel urgente problemen (U1-U2 rond 5%).¹⁸

Er zijn dus veel patiënten met kort bestaande, hinderlijke en bezorgdheid oproepende klachten die niet willen wachten tot ze overdag bij de huisarts terecht kunnen. Dat betekent dat huisartsen op de HAP patiënten moeten selecteren die medisch direct noodzakelijke zorg behoeven. Ze moeten patiënten die niet urgent hulp nodig hebben, inzicht geven in de ervaren problemen, geruststellen en (telefonisch) zelfzorgadvies geven.⁴

Toegankelijkheid

Het risico bestaat dat de wachttijd bij visites door de grotere afstand toeneemt, wat voor de patiënt mogelijk negatieve consequenties heeft.¹¹ Onderzoek naar de wachttijd voor patiënten bij thuisvisites liet zien dat de gemiddelde wachttijd 30 minuten bedroeg en dat bijna 90% van alle thuisbezoeken binnen een uur plaatsvond. Naast afstand hadden ook verkeersdrukte, visitedruk- te en de urgentie van de klacht een significante invloed op de wachttijd.¹⁹

Patiëntenperspectief Onderzoek toont aan dat patiënten erg tevreden zijn over de bejegening en de medische zorg door de huisarts. Patiënten verwachten minder telefonische consulten en willen vaker een consult of visite. Toegankelijkheidsproblemen door de afstand tot de huisartsenpost blijken nauwelijks een rol te spelen. Wel hebben patiënten veel kritiek op de toegankelijkheid van de dienstapotheek.

Toekomstperspectief De komst van het Nederlands Triage systeem (NTS) voor de hele keten spoedzorg (huisarts – ambulancehulpverlening – SEH) en de huidige trend in de richting van verregaande samenwerking tussen HAP en SEH bieden huisartsen kansen om zich optimaal te positioneren in de spoedzorg. Maar huisartsen moeten dit waarmaken door verantwoordelijkheid voor het dienstdoen te behouden en hun eigen expertise in de spoedzorg uit te bouwen. Belangrijke randvoorwaarden voor optimale huisartsgeneeskundige kwaliteit zijn de beschikbaarheid van het patiëntendossier, NHG-spoedprotocollen en een adequate training van huisartsen (in opleiding).

Radboud Universiteit, WOK 229, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. P. Giesen, huisarts onderzoeker en projectleider spoedzorgprogramma, afdeling Kwaliteit van Zorg; dr. H. Mokkink, methodoloog, Voortgezette Opleiding Huisartsen, prof.dr. W. van den Bosch, hoogleraar huisartsgeneeskunde, afdeling Huisartsgeneeskunde; dr. B. Bottema, Hoofd beroepsopleiding Huisartsen, Voortgezette Opleiding Huisartsen, prof. dr. R. Grol, hoogleraar kwaliteit van zorg, afdeling Kwaliteit van Zorg.
Correspondentie: P.Giesen@voha.umcn.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De kern

- De opschaling van huisartsenzorg van waarneemgroepen naar huisartsenposten heeft positieve effecten gehad voor huisartsen: de werkdruk en een groot aantal knelpunten namen af en de arbeidssatisfactie is gestegen.
- Patiënten zijn over het algemeen tevreden en het aantal klachten is minimaal. Ze zijn vooral tevreden over de medische en communicatieve vaardigheden van huisartsen en verwachten vaker een consult of visite.
- Hoewel de zorgen van patiënten op grote afstand invoelbaar zijn, is hun wachttijd bij visites beperkt.
- Voor de toekomst is aandacht nodig voor de kwaliteit van de triage, de werkdruk van huisartsen en triagisten, de ketensamenwerking en de training van huisartsen (i.o.).

Voor patiënten met levensbedreigende klachten (U1) werd het 15 minuten criterium in ongeveer 70% van de gevallen gehaald. Bij deze patiënten bleek de wachttijd flink toe te nemen naarmate de afstand groter werd. Om tijd te winnen voor patiënten met levensbedreigende klachten (U1) moeten de spreiding en inzet van de huisartsendienstauto's en ambulances beter op elkaar worden afgestemd. Daarnaast moeten HAP'en en ambulancehulpverlening elkaar naadloos aanvullen door gebruik te maken van dezelfde communicatienetwerken, richtlijnen en training.^{4,14,19}

Telefonische triage

Telefonische triage is een instrument dat ervoor moet zorgen dat de patiënt op het juiste moment adequate zorg krijgt, gegeven door de meest geschikte hulpverlener. Het vormt echter het meest kwetsbare onderdeel van het hulpverleningsproces. Telefonische triage stelt immers hoge eisen aan de communicatieve en medisch inhoudelijke vaardigheden van de triagist, die steeds een optimale balans moet vinden tussen efficiënte en veilige zorg.^{4,12,20}

Met efficiënte zorg bedoelen we dat de hulpverlening zodanig wordt ingezet dat overconsumptie, overbelasting van hulpverleners en onnodig kostbare zorg worden voorkomen.⁴ Uit verschillende onderzoeken blijkt dat telefonische triage door doktersassistenten en verpleegkundigen de efficiëntie vergroot omdat het aantal telefonische consulten sterk toeneemt, terwijl het aantal consulten en visites afneemt.^{1,20-23} Er zijn echter ook aanwijzingen dat veel patiënten na een telefonisch consult opnieuw contact zoeken met de hulpverlening. Dit zou per saldo de beoogde efficiencywinst wel eens kleiner kunnen maken.² Wij doen hier momenteel onderzoek naar.

Zoals gezegd moet de zorg ook veilig zijn: de patiënt mag geen schade ondervinden en zeker niet overlijden door uitgestelde of inadequate hulpverlening. We hebben in de internationale literatuur geen bewijs gevonden dat de telefonische triage door huisartsen veilig, dan wel onveilig zou zijn.²⁰⁻²³ Ook is nog niet komen vast te staan welke professie het meest geschikt is om te triageren. Mogelijk is deze kwestie helemaal niet zo relevant, want het is niet uitgesloten dat het gebruik van de telefoon potentieel

onveilig is bij onbekende patiënten en bij ontbrekende non-verbale signalen, ongeacht wie de triage doet. Bovendien ontbreekt meestal het patiëntendossier en betreft het vaker dan in de dagzorg patiënten met een hogere voorafkans op ernstige aandoeningen.⁴

De keuze met betrekking tot de hulpverleningsinzet bij telefonische triage verschilt per land. Zo koos Denemarken voor huisartsen en Engeland voor verpleegkundigen.⁶⁻⁸ In Nederland gaf men de voorkeur aan een hybride triagesysteem, waarbij doktersassistenten en verpleegkundige gebruikmaken van de NHG-Telefoonwijzer en de supervisie in handen is van telefoon- of regieartsen.²⁴⁻²⁶

Omdat er twijfels bestonden over de vraag of triagisten wel in staat zijn optimaal veilige triage te verrichten voerden we onderzoek uit met simulatiepatiënten die triagisten van HAP'en belden. Uit ons onderzoek blijkt dat triagisten de neiging hebben de urgentie te onderschatten, hetgeen mogelijk consequenties heeft voor de veiligheid. Analyse van deze gevallen van onderschatting laat zien dat de betreffende triagisten onvoldoende zicht hadden op de hulpvraag, te weinig vragen stelden om de urgentiegraad te bepalen en de (gefingeerde) urgente ziektebeelden onvoldoende herkenden.²⁷ We pleiten daarom voor een 'tweede veiligheidszeef' door de inzet van een getrainde, continu beschikbare regiearts.²⁴⁻²⁶

Vervolgens onderzochten we de invloed van regieartsen op de telefonische triage. Het bleek dat het aantal telefonische consulten na de komst van regieartsen toenam en dat het aantal visites sterk daalde. Bovendien waren de patiënten na de komst van regieartsen significant meer tevreden over de medische inhoud van het telefonisch contact en kregen ze significant vaker de zorg waarop zij gehoopt hadden. Ten slotte handelden de regieartsen de telefonische consulten veel sneller af: de autorisatietijd nam af van 109 naar 44 minuten.²⁶

Kwaliteit van het medisch handelen

Om de kwaliteit van het voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen in kaart te brengen ontwikkelden we een meetinstrument met indicatoren die afkomstig zijn uit NHG-Standaarden. Van de 80 NHG-Standaarden bleken 29 geschikt voor de huisartsenzorg buiten kantoor tijd. Met de 73 daaruit gedestilleerde richtlijnen met betrekking tot voorschrijven en verwijzen scoorden we 22,7% van de contacten op een HAP. De huisartsen in het pilotonderzoek bleken over het algemeen te werken volgens de richtlijnen uit de NHG-Standaarden.

Ons onderzoek laat verder zien dat de NHG-Standaarden slechts gedeeltelijk van toepassing zijn op de spoedzorg buiten kantoor tijd. Het lijkt ons zinnig om voor deze vorm van zorg aparte (transmurale) spoedrichtlijnen te ontwikkelen.^{4,28}

Klachten over de zorg

Klachten van patiënten worden vaak gebruikt om knelpunten in de zorgkwaliteit op te sporen. Daarom bestudeerden we de dossiers van alle klachten over een HAP die gedurende een jaar werden verzameld. Op een totaal van 161.040 patiëntcontacten dien-

den patiënten 121 klachten in (0,075%). Ze klaagden het meest over telefonische consulten en het minst over visites. De klachten betroffen meestal het medisch handelen (28,9%) en de begeleiding (16,5%) door de huisarts en in mindere mate die van de triagist. Bij veruit de meeste medische klachten was er geen sprake van ernstige calamiteiten of een fatale afloop. Vijf klachten betroffen gevallen waarbij een patiënt was overleden, maar het was niet duidelijk wat daarvan de oorzaak was. Bij 32 van de 121 klachten bevatten de dossiers verbeterpunten, in het bijzonder ten aanzien van het medisch handelen van triagisten (zie tabel 2).²⁹

Tabel 2 Klachten van patiënten en verbeterpunten (in percentages)

Aard van de klacht	Aantal	%	% met verbeterpunt
Medisch handelen huisarts	35	28,9	22,9
Medisch handelen assistente	24	19,9	45,8
Begeleiding door huisarts	20	16,5	15,0
Begeleiding door assistente	16	13,2	31,2
Organisatie	24	19,9	20,8
Overig	2	1,6	-
Totaal	121	100	

Patiëntenperspectief

Anders dan wat berichten in de pers suggereren, zien we bij ons onderzoek dat patiënten in hoge mate tevreden zijn over de geboden zorg.^{1-4,30,31} In ons onderzoek gaf tweederde van de patiënten de HAP een rapportcijfer van 8 of hoger. Patiënten hadden grote waardering voor de ontvangen medische zorg en de communicatie door de huisarts. Ze verwachtten minder telefonisch advies en meer consulten of visites. Sommige patiënten vertelden moeite te hebben om naar de post te komen, hetgeen vooral samenhang met somatische belemmeringen, zoals ernst van de ziekte en problemen met lopen. Afstand ervoeren zij nauwelijks als een probleem.

Toch zijn er verbeteringen mogelijk: de voorlichting schoot soms tekort, het medische dossier was niet altijd aanwezig en er was niet altijd aandacht voor de behoefte om een huisarts te spreken. Ten slotte was er veel kritiek op de apotheekvoorziening, want patiënten moesten na contact met de HAP vaak ver reizen om aan medicijnen te komen.^{30,31}

Op dit moment vindt nader onderzoek plaats naar specifieke groepen, zoals terminale patiënten.

Conclusie en consequenties voor praktijk en opleiding

Onderzoeken naar de gevolgen van de komst van HAP'en laten bemoedigende resultaten zien. De komst van HAP'en is als vlieg-wiel te beschouwen voor ontwikkelingen binnen de gehele huisartsenzorg, zoals de aandacht voor triage, medisch handelen bij spoedgevallen, samenwerking met ketenpartners en het werken in teamverband.

Er is echter nog genoeg te doen. Zo is het patiëntendossier van de eigen huisarts niet altijd beschikbaar, terwijl dat van groot belang is voor de continuïteit van zorg. Ook verdient de kwaliteit van de telefonische triage aandacht; verbeterpunten betreffen vooral het achterhalen van de hulpvraag en verwachtingen van patiënten, en het op de patiënt toegesneden telefonische advies. Om de kwa-

liteit van de triage te verbeteren hebben het NHG en de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) onlangs landelijke trainingsprogramma's ontwikkeld, respectievelijk voor regieartsen en triagisten. Wij doen momenteel onderzoek naar de kwaliteit en veiligheid van de telefonische triage.

Ook is er meer aandacht nodig voor de huidige snelle ontwikkelingen in de ketenzorg bij spoedgevallen. Zo vergroot het Nederlands Triage Systeem (NTS) voor de hele ketenspoedzorg (huisarts – ambulancehulpverlening – SEH) de kans dat de juiste hulpverlener op het juiste moment en met de juiste middelen wordt ingezet.³² Nu ook de samenwerking tussen HAP en SEH is verbeterd, zullen huisartsen zich steeds beter positioneren in de spoedzorg.^{33,34} Huisartsen moeten dit echter wel waarmaken door de verantwoordelijkheid te nemen voor het dienstdoen. Hiervoor moet aan belangrijke randvoorwaarden worden voldaan, zoals een billijke salariëring en adequate maatregelen om overbelasting tijdens het dienstdoen te voorkomen.

De toenemende kwaliteitseisen die aan HAP'en worden gesteld en de ontwikkelingen in de ketenspoedzorg vereisen een inhoudelijk goed geschoolde en betrouwbare beroepsgroep. Dat vraagt om een krachtig beleid en een duidelijke betrokkenheid van huisartsen bij de 24 uur spoedzorg. Het is daarbij van belang dat de zorg van huisartsen (i.o.) zo veel mogelijk op een voor de buitenwereld inzichtelijk competentieniveau wordt geleverd. Dat vraagt ook om continue training en toetsing van competenties, waarbij huisartsen ondersteund worden door (transmurale) NHG-spoedprotocollen en een door alle betrokkenen gedragen kwaliteitsbeleid van de HAP'en. Gezamenlijke landelijke sturing en samenwerking tussen onderwijsmakers van huisartsenopleidingen, het NHG en de VHN geeft de beste kansen op snelle ontwikkeling van kwalitatief goede spoedprotocollen en trainingsprogramma's.

Literatuur

- 1 Post J. Grootchalige huisartsenzorg buiten kantooruren [Proefschrift]. Universiteit van Groningen, 2004.
- 2 Van Uden C. Studies on general practice out-of-hours care [Proefschrift]. Universiteit van Maastricht, 2005.
- 3 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.
- 4 Giesen PHJ. Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands [Proefschrift]. Radboud Universiteit van Nijmegen, 2007.
- 5 Van Uden CJT, Giesen PHJ, Metsemakers JFM, Grol RPTM. 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;38:548-52.
- 6 Hallam L. Primary medical care outside normal working hours: review of published work. *BMJ* 1994;308:249-53.
- 7 Salisbury C. Evaluation of a general practice out of hours cooperative: a questionnaire survey of general practitioners. *BMJ* 1997;314:1598-9.
- 8 Olesen F, Jølleys JV. Out-of-hours service: the Danish solution examined. *BMJ* 1994;309:1624-6.
- 9 Giesen PHJ, Haandrikman LGR, Broens S, Schreuder JLM, Mokkink HGA. Centrale huisartsenposten: wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;43:508-10.
- 10 Grol RPTM, Giesen PHJ, Van Uden CJT. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: New models. *Health Aff* 2006;25:1733-7.

- 11 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten. 2004. www.igz.nl.
- 12 Giesen P, Wilden-van Lier E, Schers H, Schreuder J, Busser G. Telefonisch advies en triage tijdens de dienst. Huisarts Wet 2002;45:299-302.
- 13 Van der Werf, G Th, Zaat J. Schaalvergroting bij spoedeisende zorg: een bedreiging van de continuïteit van zorg? Huisarts Wet 2000;43:495-6.
- 14 Giesen P, Fraanje W, Klomp M. De rammelende keten: afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. Med Contact 2003;48:1810-2.
- 15 Giesen PHJ, Huibers L, Goossens MP, Willekens M. Tussen droom en daad. Toekomstvisie huisartsen op hun positie in de spoedzorg. Med Contact 2007;15:653-5.
- 16 Giesen P, Braspenning J. Huisartsenpost: gewone klachten met acuut karakter. Huisarts Wet 2004;47:177.
- 17 Giesen P, Mookink H, Ophey G, Drijver R, Grol R, Van den Bosch W. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsen Post? Huisarts Wet 2005;48:207-11.
- 18 Giesen P, Franssen E, Mookink H, Van den Bosch W, Van Vugt A, Grol R. Patiënten die buiten kantooruren de Huisartsenpost of de Spoedeisende Hulp bezoeken: een vergelijking. Huisarts Wet 2007;50:202-6.
- 19 Giesen P, Van Lin N, Mookink H, Van den Bosch W, Grol R. Huisartsenposten: lang wachten op een visite? Huisarts Wet 2007;50:296-9.
- 20 Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. Fam Pract 2003;20:311-7.
- 21 Lattimer V, George S, Thompson F. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out-of-hours primary care: randomized controlled trial. The South Wiltshire Out of Hours Project. BMJ 1998;317:1054-9.
- 22 Munro J, Sampson F, Nicholl J. The impact of NHS Direct on the demand for out-of-hours primary and emergency care. Br J Gen Pract 2005;55:790-2.
- 23 Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester: Wiley.
- 24 Busser G, Giesen P. De telefoonarts, een nieuwe functie in de grootschalige huisartsenpost. Med Contact. 2002;57:1353-5.
- 25 NHG. Telefoonwijzer voor triage en advies. www.nhg.org.
- 26 Giesen P, Halink D. Smeerolie van de huisartsenpost: patiënten en hulpverleners tevreden over de regiearts. Med Contact 2007;69:371-3.
- 27 Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mookink H, Drijver R, Van den Bosch W, et al. Safety of telephone triage in GP cooperatives: Do triage nurses correctly estimate urgency? BMC Health Serv Res 2007;7:19.
- 28 Giesen P, Willekens M, Mookink H, Braspenning J, Van den Bosch W, Grol R. Quality of out-of-hours primary care: development and testing of indicators for prescribing and referring. Int J Qual Health Care 2007;16:181-4.
- 29 Silderhuis V, Giesen P, Borghuis M, Mookink H, Grol R. Boze Brieven. Klachten van patiënten over huisartsenposten in kaart gebracht. Med Contact 2004;59:600-2.
- 30 Moll van Charante E, Giesen P, Mookink H, Oort F, Grol R, Klazinga N, et al. Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in The Netherlands: Development of a postal questionnaire. Fam Pract 2006;23:437-43.
- 31 Giesen P, Moll van Charante E, Janssens H, Mookink H, Bindels P, Van den Bosch W, et al. Patients evaluate accessibility and nurse telephone consultations in out-of-hours GP care: determinants of a negative evaluation. Patient Educ Couns 2007;65:131-6.
- 32 Jochems PJJ, Drijver CR, Ten Wolde WLM, Hermann GB, In 't Veld CJ. Efficiënte triage in acute zorg vereist aandacht. Med Contact 2006;61:650-2.
- 33 Helsloot R, In 't Veld K, Giesen P. De eerste schakel: de huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg. Med Contact 2006;61:653-6.
- 34 Vermue NNR, Giesen PHJ, Huibers AMJ, Van Vugt CJ. Samenwerking tussen huisartsenposten en spoedeisende hulp: huidige situatie en toekomstplannen van huisartsenposten in Nederland. Med Contact 2007;62:1092-3.



TEVREPATIN
(patientssatisfactionhcl)

Uw patiënt is meer tevreden met Tevrepatin®
Betere resultaten, waardoor meer tevredenheid
Van Tevrepatin® mag u meer verwachten

Veel advertenties van de farmaceutische industrie appelleren niet aan het effect van de behandeling maar proberen het gevoel te bewerkstelligen, dat de patiënt tevreden is, als u het middel voorschrijft.

Hoe kunt u haar een ander leven geven?

Niets van deze advertentie is gebaseerd op echte personen of producten
*Verantwoording: © 2008 Frans Dekker, huisarts, Floris Dekker, student Interactieve Media