

ben we de effectiviteit van verschillende methoden onderzocht. Als laatste kan worden opgemerkt dat, hoewel de peilstationartsen gewend zijn om structureel te registreren, zij (de inhoud van) sommige rookconsulten mogelijk vergeten. Daarnaast hebben zij misschien geen goed inzicht in de motivatie van de patiënt of diens reden om het stoppen met roken te bespreken. Tevens is het herhaald invullen van de weekstaten en vragenlijsten mogelijk van invloed geweest op de frequentie en/of de inhoud van de SMR-adviezen van de peilstationartsen. De validiteit van dit onderzoek valt of staat met de representativiteit van de peilstations. Hoewel het netwerk ontworpen is om landelijk representatief te zijn, zouden de motivatie om in een dergelijk netwerk te participeren en de feedback aan deelnemende praktijken kunnen leiden tot bovenmodaal presteren en na verloop van tijd tot verlies van representativiteit. Enig bewijs voor deze hypothese ontbreekt echter, zoals ook in de literatuur is beschreven.^{10,13}

Conclusie

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kunnen we concluderen dat huisartsen stoppen met roken vaker ter sprake zouden kunnen brengen. In hoeverre dit haalbaar en effectief is, is mede afhankelijk van de redenen die huisartsen hebben om het stoppen met roken niet te bespreken, zoals een niet-gemotiveerde patiënt, of gebrek aan tijd, vergoeding of expertise.^{4,7} Deze redenen zijn in het huidige onderzoek echter niet geïnventariseerd. De bekendheid van huisartsen met de MIS lijkt toe te nemen. Meer inzicht is gewenst in de redenen waarom de huisarts de MIS wel of niet gebruikt en in de meerwaarde van de MIS ten opzichte van andere methoden. De resultaten van dit onderzoek kunnen richting geven aan (na)scholingsprogramma's en zijn van belang voor verdere implementatie van het tabaksontmoedigingsbeleid.

Dankbetuiging

Wij bedanken H el ene Klerken-Cox (VWS), Fleur van Bladeren (STIVORO) en Ingrid Stevens (STIVORO) voor hun bijdrage aan dit artikel.

Literatuur

- 1 Surgeon General. The health consequences of smoking 2004. <http://www.cdc.gov>.
- 2 STIVORO - voor een rookvrije toekomst. Roken, de harde feiten: Volwassenen 2005. Den Haag: STIVORO - voor een rookvrije toekomst, 2006.
- 3 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Nationaal programma tabaksontmoediging 2006-2010. Den Haag: Ministerie van VWS, 2006.
- 4 Schroeder SA. What to do with a patient who smokes. *JAMA* 2005;294:482-7.
- 5 Frijling BD, Van der Laan J. Stoppen met roken: de rol van de huisarts. *Huisarts Wet* 2000;43:406-7.
- 6 Okuyemi KS, Nollen NL, Ahluwalia JS. Interventions to facilitate smoking cessation. *Am Fam Physician* 2006;74:262-71.
- 7 Pieterse ME. Stoppen met roken met hulp van de huisartspraktijk. Ontwikkeling, toetsing en implementatie van een minimale interventie strategie. Enschede: Twente University Press, 1999.
- 8 Pieterse ME, Seydel ER, DeVries H, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: a randomized controlled trial. *Prev Med* 2001;32:182-90.
- 9 Hilberink SR, Jacobs JE, Bottema BJ, De Vries H, Grol RP. Smoking cessation in patients with COPD in daily general practice (SMOCC): six months' results. *Prev Med* 2005;41:822-7.
- 10 Donker GA. Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland 2005. Utrecht: NIVEL, 2006.
- 11 Drossaert C, Pieterse M, Seydel E, Drenthen A. PROMISE programma: toepassing van de Minimale Interventie Strategie (MIS) stoppen-met-roken in een Experimentele setting. Evaluatie onder huisartsen en patiënten. Enschede: Universiteit Twente, 1999.
- 12 Kotz D, Wagena EJ. Roken en stoppen-met-roken in de eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg. Attitudes, gedrag en eigen effectiviteit van huisartsen, longartsen en cardiologen. Deel 1: De Huisarts. Maastricht: CAPHRI, 2003.
- 13 Bartelds AI. Validation of sentinel data. *Gesundheitswesen* 1993;55:3-7.

Medische zorg buiten kantooruren: de huisartsenpost of de spoedeisende eerste hulp?

Paul Giesen, Erik Franssen, Henk Mokkink, Wil van den Bosch, Arie van Vugt, Richard Grol

Inleiding

In veel landen verandert de organisatie van de huisartsenzorg buiten kantooruren. Er komen meer grootschalige huisartsenposten (HAP) met een centrale triage. Soms is de eerstelijnszorg gelieerd aan spoedeisende eerste hulpverlening in ziekenhuizen (SEH).¹⁻⁶ Deze ontwikkelingen zijn gedeeltelijk te verklaren door de toegenomen werkdruk van huisartsen en hun veranderende houding jegens avond-, nacht- en weekeinddiensten.^{1,5} Andere factoren zijn het gebrek aan efficiëntie en coördinatie tussen de

organisaties die spoedzorg buiten kantooruren aanbieden⁶⁻¹³ en het aantal niet-urgente zelfverwijzers dat de SEH bezoekt.⁷⁻¹² Een deel van die zelfverwijzers zou door de huisarts behandeld kunnen worden. De literatuur meldt hierover zeer uiteenlopende cijfers, van 6-80%.^{6-9,13-16}

Patiënten kiezen vooral voor de SEH omdat ze denken dat aanvullend onderzoek (zoals röntgenfoto's) noodzakelijk is. Andere redenen zijn gemakzucht, het niet terechtkunnen bij de huisarts en het idee dat de medische klacht erg dringend is.¹²⁻¹⁵

Rond 2000 veranderde in Nederland de organisatie van de eerste lijnszorg buiten kantooruren. In plaats van kleine groepjes huisartsen die om beurten dienst hadden, kwamen er grootschalige huisartsenposten.

Hoewel veel huisartsenposten dicht bij ziekenhuizen zijn gevestigd (zie *kader* 'Kenmerken van huisartsenposten in Nederland'), bestaat er meestal geen inhoudelijke samenwerking.¹¹ In Nederland kunnen patiënten in een noodgeval terecht bij de huisarts, de SEH van een ziekenhuis, of het alarmnummer 112. Deze vrije keus heeft er blijkbaar toe geleid dat patiënten met niet-urgente klachten steeds meer tweedelijnszorg inschakelen in plaats van huisartsenzorg.^{5,9,11,12} Dit zien we ook internationaal.

Gebrekkige samenwerking tussen de HAP, de ambulancezorg en de SEH in ziekenhuizen kan leiden tot een inefficiënte organisatie van de zorg buiten kantooruren. Het grote aantal zelfverwijzers versterkt dit nog. Zo zullen verschillende hulpverleningsinstellingen dezelfde medische klachten ieder op hun eigen manier benaderen. Ook is het waarschijnlijk inefficiënt en erg kostbaar wanneer drie medische teams paraat staan voor een relatief klein aantal patiënten, zeker 's nachts.

Door te experimenteren met diverse vormen van samenwerking tussen HAP en SEH kunnen we de juiste keus maken voor de toekomstige organisatie van zorg buiten kantooruren. Voordat we deze experimenten starten, is meer inzicht nodig in de hui-

Kenmerken van huisartsenposten in Nederland⁵

- ▶ Meestal dicht bij een ziekenhuis gevestigd.
- ▶ Toegankelijk via één telefoonnummer.
- ▶ Dagelijks open van 17.00 uur tot de volgende ochtend 8.00 uur, en het hele weekend.
- ▶ Grootschalige afhandeling van 100.000 tot 500.000 patiënten in een straal van 20-30 km.
- ▶ Chauffeurs in volledig toegeruste, herkenbare auto's met onder meer zuurstof, infuus en defibrillator.
- ▶ ICT-ondersteuning met onder meer een elektronisch patiëntendossier, elektronische feedback naar de eigen huisarts en een online verbinding met de huisartsenauto.
- ▶ Telefonisch contact met triagisten (bijvoorbeeld huisartsen of verpleegkundigen).
- ▶ Diensttijd voor de huisarts: 6 tot 8 uur.

dige patiëntenzorg op de HAP en de SEH. Hiervoor deden we een inventariserend onderzoek, waarbij de volgende aspecten werden onderzocht:

- Verschillen in patiënt- en zorgkenmerken van patiënten die contact opnamen met de HAP en patiënten die zichzelf verwezen naar de SEH.
- Factoren die de keus van de patiënt voor de HAP of de SEH verklaren.

Samenvatting

Giesen P, Franssen E, Mokkink H, Van den Bosch W, Van Vugt A, Grol R. Medische zorg buiten kantooruren: de huisartsenpost of de spoedeisende eerste hulp? *Huisarts Wet* 2007;50(5):202-6.

Inleiding De samenwerking tussen huisartsenposten (HAP) en afdelingen spoedeisende eerste hulp (SEH) van ziekenhuizen loopt niet altijd vlekkeloos. Een groot aantal patiënten gaat op eigen initiatief naar de SEH (*zelfverwijzers*). Deze twee trends kunnen leiden tot inefficiënt gebruik van de medische zorg buiten kantooruren. Dit rechtvaardigt onderzoek naar organisatie modellen met meer samenwerking tussen en integratie van de HAP en de SEH. Om de juiste keuzes te kunnen maken voor de organisatie van de spoedeisende hulpverlening, is inzicht in de patiënten- en zorgkenmerken van belang.

Method We analyseerden de gegevens van alle patiënten die op eigen initiatief buiten kantooruren de HAP of de SEH bezochten door middel van dossieronderzoek. Het onderzoek vond plaats in een postcoderegio in het oosten van Nederland.

Resultaten In het onderzoeksjaar bezochten 258 van de 1000 patiënten de HAP. Per 1000 patiënten gingen 43 zelfverwijzers op eigen initiatief naar de SEH. We zagen bij de HAP patiënten met heel verschillende klachten, grotendeels infecties (26,2%). Op de SEH waren de klachten minder divers. Men zag hier voornamelijk trauma's (66,1%). Patiënten kwamen relatief weinig met levensbedreigende of spoedeisende klachten naar de HAP

(4,6%). Bij zelfverwijzers die naar de SEH gingen, lag dit percentage een fractie hoger (6,1%). Vrouwen, kinderen, ouderen en patiënten uit landelijk gebied bezochten significant vaker de huisartsenpost dan de SEH.

Discussie De grote meerderheid van de patiënten (85%) kiest voor contact met de HAP. De HAP en de SEH geven complementaire zorg: de SEH is vooral gericht op trauma's, terwijl de HAP een brede verscheidenheid aan klachten behandelt. Zelfverwijzers komen meestal met kleine, niet-urgente klachten. We veronderstellen dat de meeste zelfverwijzers op de SEH behandeld kunnen worden door een huisarts, een verpleegkundige of met (telefonisch) zelfzorgadvies.

UMC St Radboud, Afdeling Kwaliteit van Zorg, KWAZO 114, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: P. Giesen, huisarts; E. Franssen, arts; dr. H. Mokkink, methodoloog; prof.dr. W. van den Bosch, huisarts; prof.dr. A. van Vugt, chirurg; prof.dr. R. Grol, hoogleraar kwaliteit van zorg.
Correspondentieadres: p.giesen@voha.umcn.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: 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 in out-of-hours: a comparison. *Emerg Med J* 2006; 23:731-734. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Urgentiecriteria¹⁸

Levensbedreigend (U1). De vitale functies zijn in gevaar. De triagist waarschuwt onmiddellijk de huisarts. Deze stopt onmiddellijk met zijn werkzaamheden en gaat direct (uiterlijk binnen 15 minuten) naar de patiënt. Zo nodig wordt direct de ambulance opgeroepen.

Spoed (U2). De toestand van de patiënt kan snel achteruitgaan met het risico dat vitale functies uitvallen. De triagist waarschuwt de huisarts onmiddellijk. De huisarts gaat zo snel mogelijk, in ieder geval binnen het uur, naar de patiënt.

Dringend (U3). Vanwege medische of emotionele redenen moet de huisarts de patiënt binnen 3 uur zien.

Routine (U4). Niet-dringende klachten. De triagist regelt een afspraak met de huisarts of geeft zelf advies.

Methode

Onderzoeksopzet en populatie

Door middel van dossieronderzoek analyseerden we de gegevens van alle patiënten die buiten kantooruren een huisartsenpost of een SEH bezochten. Het onderzoek vond plaats in een afgebakende postcoderegio in het oosten van Nederland (223.410 bewoners) gedurende de maand februari 2003.

Procedures en variabelen

Twee observatoren en een superviserende huisarts bestudeerden en codeerden elk geregistreerd patiëntencontact van zowel de HAP als de SEH. Deze getrainde observatoren gebruikten vastgelegde coderingsprotocollen. Moeilijk codeerbare dossiers werden bediscussieerd. Een inter-observer-analyse leverde een kappa van 0,82 op. Geen enkele patiënt werd uitgesloten. Voor informatie die niet was ingevuld, werd een *missing value*-code gebruikt. In de tabellen zijn de missing values weggelaten, bij de berekeningen zijn ze buiten beschouwing gelaten.

We codeerden de volgende gegevens:

- Geslacht.
- Leeftijd (0-15 jaar, 16-65 jaar, > 65 jaar).
- Klacht of diagnose volgens de International classification of primary care (ICPC).¹⁷ In de volgende onderzoeksfase werden de meest bij elkaar horende ICPC-codes geclusterd.
- Woongebied (stedelijk of landelijk).
- Contactmoment (avond, nacht, of overdag in het weekend).
- Urgentie (U1-U4) volgens een gevalideerde urgentieschaal uit de NHG-telefoonwijzer (*kader 'Urgentiecriteria'*).¹⁸
- Gekozen zorg (HAP; tweedelijnszorg na bezoek aan SEH; hulpvraag via alarmnummer 112).
- Verwijzing door SEH (ja/nee).
- Follow-up: zelfzorg, verwijzing naar eigen

huisarts, verwijzing naar poliklinisch spreekuur of ziekenhuisopname.

Analyse

We vergeleken het absolute aantal contacten en het aantal contacten per 1000 patiënten per jaar van de patiënten die een HAP bezochten en de patiënten die naar een SEH gingen. We berekenden de patiënt- en follow-upkenmerken in aantallen en percentages. Voor onderzoek naar de factoren die de keus van de patiënt voor de HAP of SEH verklaren, deden we een regressieanalyse. De afhankelijke variabele was hierbij de keuze voor de HAP of voor de SEH. De onafhankelijke variabelen waren: geslacht, leeftijd, woongebied, contactmoment, mate van urgentie en type klacht. We berekenden de uitkomsten in oddsratio's, inclusief betrouwbaarheidsintervallen en significantie ($p < 0,05$ is significant).

Resultaten

Contactfrequentie en patiëntkenmerken

In de onderzoeksperiode van 4 weken deden de 223.410 inwoners van deze regio in totaal 5178 keer een beroep op medische zorg buiten kantooruren. Hiervan hadden 4423 patiënten (85,4%) contact met de HAP en 755 patiënten (14,6%) bezochten rechtstreeks de SEH. Dit resulteerde voor de HAP in een contactfrequentie van 258 per 1000 patiënten per jaar; voor de SEH bedroeg de contactfrequentie 43 per 1000 patiënten per jaar.

Op de HAP komen relatief minder mannen (43,4%) dan op de SEH (60,1%). Klachten met een hoge urgentie (U1 en U2) maakten een klein deel uit van zowel de contacten op de HAP (4,6%) als op de SEH (6,1%). Op de HAP was de diversiteit aan klachten groot. Men zag vooral veel infecties (26,2%). Op de SEH was het aanbod minder divers en bestond voornamelijk uit trauma's (66,1%) (*tabel 1*).

Tabel 1 Contactfrequentie en patiëntkenmerken van patiënten op een HAP en van zelfverwijzers op een SEH (in absolute getallen en percentages)

	Totaal in de regio (n = 5178)		HAP (n = 4423)		Zelfverwijzers op SEH (n = 755)	
	n	%	n	%	n	%
Contactfrequentie	5178	100	4423	85,4	755	14,5
Contactfrequentie/ 1000 patiënten per jaar	301		258		43	
<i>Geslacht</i>						
- mannen		45,8		43,4		60,1
<i>Leeftijd</i>						
- 0-15		26,4		27,9		17,5
- 16-65		55,7		53,0		71,7
- > 65		17,9		19,1		10,9
<i>Mate van urgentie</i>						
- U1 + U2		4,9		4,6		6,1
- U3		17,4		13,0		43,6
- U4		77,7		82,4		50,3
<i>Klachten</i>						
- trauma's		15,4		6,8		66,1
- infecties		22,9		26,2		3,7
- bewegingsapparaat		11,4		12,8		3,4
- spijsverteringsstelsel		9,0		10,1		2,4
- ademhalingsproblemen		4,2		4,8		0,9
- hart		4,2		3,9		6,1
- andere klachten		32,8		35,4		17,4

Verschillen in verleende zorg

Een klein deel van de HAP-patiënten (7,1%) kreeg een verwijzing naar de SEH. De helft van hen (52,5%) werd opgenomen in het ziekenhuis. Bij 50,4% van de zelfverwijzers op de SEH werd een röntgenfoto gemaakt. Op de HAP kregen de meeste patiënten (78,1%) een zelfzorgadvies of het advies om naar hun eigen huisarts te gaan voor nazorg. Op de SEH kregen de meeste zelfverwijzers een zelfzorgadvies of werden verwezen naar hun huisarts (60,6%). Van de zelfverwijzers werd 13,5% opgenomen in het ziekenhuis (tabel 2).

Tabel 2 Diagnostiek en voorgestelde behandeling op de HAP en de SEH (in percentages)*

	HAP n = 4423	Zelfverwijzers op SEH n = 755
<i>Diagnostiek*</i>		
- bloedtests	-	17,7
- ECG	-	12,3
- röntgenonderzoek	-	50,4
<i>Voorgestelde zorg</i>		
- zelfzorg	78,1	34,9
- huisarts	14,8	25,7
- spoedeisende hulp	7,1†	-
- ziekenhuis	-	39,4‡

* Huisartsenposten hebben geen mogelijkheden voor ECG, röntgen of uitgebreide bloedtests.

† 28,1% van deze patiënten werd verwezen naar de polikliniek en 52,5% werd opgenomen in het ziekenhuis.

‡ 25,9% van deze patiënten werd verwezen naar de polikliniek en 13,5% werd opgenomen in het ziekenhuis.

Factoren die keuzes van patiënten bepalen

Vrouwen, kinderen, ouderen, patiënten uit landelijk gebied, patiënten met niet-spoedeisende klachten (U4), en patiënten met infecties, hartproblemen en luchtwegproblemen kozen vaker voor de HAP. Het totaal aan verklaarde variantie voor het bezoeken van de HAP of de SEH was 48,5%, (tabel 3).

Discussie

Het aantal contacten met de HAP was meer dan vijf maal zo groot als dat van de zelfverwijzers met de SEH. Meer dan driekwart van de contacten met de HAP en de helft van de contacten van zelfverwijzers met de SEH betrof niet-spoedeisende klachten. De HAP krijgt veel verschillende klachten te zien, waarvan infecties het grootste deel vormen. Zelfverwijzers op een SEH komen meestal met een trauma.

De meeste patiënten op een HAP en zelfverwijzers op een SEH kregen adviezen voor zelfzorg of huisartsenzorg. Het aantal verwijzingen door een HAP was laag; de helft van de verwezen patiënten werd opgenomen in het ziekenhuis. Uit dit onderzoek en uit de literatuur blijkt dat zelfverwijzers vooral

jonge mannen zijn uit stedelijke gebieden met niet-levensbedreigende trauma's.^{8,9,13,14} Zij verwachten een röntgenfoto en krijgen die ook.¹²⁻¹⁵ Het aantal ziekenhuisopnames in deze groep is over het algemeen verhoudingsgewijs laag, zoals ook uit dit onderzoek blijkt.

De HAP en SEH bieden complementaire zorg: de SEH richt zich vooral op trauma's en de HAP op andere klachten. Dit klopt waarschijnlijk met de verwachtingen en ervaringen van de patiënt: 'Met een trauma ga je naar de spoedeisende eerste hulp'.

Twee onderzoeken naar het functioneren van huisartsen op SEH toonden aan dat huisartsen zelfverwijzers met dezelfde kwaliteit behandelen als SEH-artsen. Huisartsen vroegen echter minder röntgenonderzoek aan, verwezen meer patiënten terug naar de eerste lijn, namen minder patiënten op in het ziekenhuis en waren kosteneffectiever dan SEH-artsen.^{13,14}

Op basis van de literatuur veronderstellen we dat de meeste zelfverwijzers behandeld kunnen worden door een huisarts, een verpleegkundige of met een telefonisch zelfzorgadvies.^{6-9,13-16} Dat percentage kan zelfs nog hoger liggen als huisartsen op een HAP, net als in de dagzorg, röntgen-, ECG- en laboratoriumonderzoek kunnen laten doen.

Dit onderzoek heeft enkele beperkingen. Het is een retrospectieve analyse van dossiers waarin de contacten met de SEH soms incompleet waren geregistreerd en soms moeilijk leesbaar waren.

Tabel 3 Verklarende factoren voor de keuze van patiënten om contact op te nemen met de HAP of met de SEH (in aantallen, percentages, oddsratio's en betrouwbaarheidsintervallen)

	N	Patiënten op de HAP (%)	Oddsratio	95%-BI	Significantie
Totaal	5178	85,4			
<i>Leeftijd</i>					
- 0-15 jaar	1368	90	1,89	1,45-2,48	< 0,001
- 16-65	2883	81	ref.gr*		
- >65	927	91	2,39	1,76-3,26	< 0,001
<i>Geslacht</i>					
- mannen	2373	81	ref.gr		
- vrouwen	2805	89	1,48	1,21-1,82	< 0,001
<i>Woongebied</i>					
- stedelijk	4014	84	ref.gr*		
- landelijk	1164	90	2,17	1,65-2,85	< 0,001
<i>Contactmoment</i>					
- overdag in het weekend	2120	89	1,92	1,42-2,59	< 0,001
- avond	2290	84	1,31	0,99-1,74	0,06
- nacht	761	82	ref.gr*		
<i>Urgentiegraad</i>					
- U1 + U2	251	82	1,24	0,76-1,98	0,37
- U3	899	64	ref.gr*		
- U4	4012	91	4,07	3,23-5,13	< 0,001
<i>Klachtcategorie†</i>					
- trauma	800	38	ref.gr*		
- infectie	1188	98	48,80	32,33-73,66	< 0,001
- hartklachten	217	79	9,86	6,11-15,91	< 0,001
- ademhalingsproblemen	220	97	56,54	25,71-124,34	< 0,001
- andere klachten	2753	94	21,83	17,34-27,49	< 0,001

* ref.gr = referentiegroep. Een oddsratio > 1 wil zeggen dat die groep naar verhouding vaker kiest voor de HAP dan de referentiegroep.

† Bij patiënten met meer dan één klacht zijn we uitgegaan van de hoofdklacht, meestal de eerste klacht die werd genoemd. Bij twijfel werd met medeobservatoren overlegd en een besluit genomen.

Abstract

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. *Huisarts Wet* 2007;50(5):202-6.

Introduction Lack of collaboration between general practice (GP) cooperatives and accident and emergency (A&E) departments and many self referrals may lead to inefficient out-of-hours care.

Methods We retrospectively analysed the records of all patients contacting the GP cooperative and all patients self referring to the A&E department out of hours in a region in the Netherlands.

Results 258 patients contacted the GP cooperative and 43 self referred to the A&E department per 1000 patients per year. A wide range of problems were seen in the GP cooperative, mainly related to infections (26.2%). The A&E department had a smaller range of problems, mainly related to trauma (66.1%). Relatively few urgent problems were seen in the GP cooperative (4.6%) or for self referrals in the A&E department (6.1%). Women, children, the elderly, and rural patients chose the GP cooperative significantly more often, as did men and patients with less urgent complaints, infections, and heart and airway problems.

Discussion The contact frequency of self referrals to the A&E department is much lower than that at the GP cooperative. Care is complementary: the A&E department focuses on trauma while the GP cooperative deals with a wide range of problems. The self referrals concern mostly minor, non-urgent problems and can generally be treated by the general practitioner, by a nurse, or by advice over the telephone, particularly in the case of optimal collaboration in an integrated care facility of GP cooperatives and A&E departments with one access point to medical care for all patients.

Verder is het niet uitgesloten dat de aard en urgentie van de klachten in werkelijkheid anders was dan aan het papier was toe- vertrouwd. De generaliseerbaarheid van het onderzoek is mogelijk beperkt omdat het onderzoek plaatsvond in één regio gedurende een korte periode. Desondanks komen de gevonden resultaten redelijk overeen met die uit de geraadpleegde literatuur.⁶⁻¹⁶

De huisartsenzorg in veel West-Europese landen neigt steeds meer naar een grootschalige organisatie met een sterk accent op telefonische triage- en advieslijnen.¹⁹ Onderzoek is nodig naar (combinaties van) modellen voor de zorg buiten kantooruren. Voorbeelden hiervan zijn: regionale telefoon- en advieslijnen voor alle spoedzorgvragen van patiënten, modellen met weinig tot vergaande integratie van de HAP en de SEH, of huisartsen die werken op de SEH. Dergelijk onderzoek zou inzicht kunnen geven in de meest effectieve, evidence-based en patiëntgerichte zorg.

Literatuur

- 1 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.
- 2 Hallam L. Out of hours primary care. *BMJ* 1997;314:157-8.
- 3 Jessopp L, Beck I, Hollins L, Reynolds M, Dale J. Changing the pattern out of hours: a survey of general practice cooperatives. *BMJ* 1997;314:199-200.
- 4 Christensen MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ* 1998;316:1502-5.
- 5 Giesen P, Haandrikman L, Broens S, Schreuder J, Mokkink H. Centrale Huisartsenposten: Wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;43:508-10.
- 6 Van Uden CJT, Crebolder HFJM. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J* 2004;21:722-3.
- 7 Snooks H, Williams S, Crouch R, Foster T, Hartley-Sharpe C, Dale J. NHS emergency response to 999 calls: alternatives for cases that are neither life threatening nor serious. *BMJ* 2002;325:330-3.
- 8 Murphy AW. 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. *Fam Pract* 1998;15:23-32.
- 9 Van Duijn NP, Van Weert HCPM, Scholte D, Bindels PJE. Out of hours: primary care clinic or hospital emergency department? *Eur J Gen Pract* 1998;4:68-73.
- 10 Dale J, Shipman C, Lacock I, Davies M. Creating a shared vision of out of hours care. *BMJ* 1996;312:1206-10.
- 11 Giesen P, Fraanje W, Klomp M. De rammelende keten: afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. *Med Contact* 2003;48:1810-12.
- 12 Kulu-Glasgow I, Delnoij D, Den Bakker D. Self-referral in a gate-keeping system: patients reasons for skipping the general-practitioner. *Health Policy* 1998;45:221-38.
- 13 Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, Gibney D, Smith M, Mullan E, Johnson Z. 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.
- 14 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.
- 15 Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J* 2001;18:482-7.
- 16 Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P Wong TW, Chow S. Factors associated with non-urgent utilisation of Accident and Emergency services: a case control study in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2000;51:1075-85.
- 17 Lamberts H, Wood M. International classification of primary care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.
- 18 Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Telefoonwijzer voor triage en advies. NHG-Publicatie praktijkassistentes. Utrecht: NHG, 2002. www.nhg.artsennet.nl.
- 19 Grol R, Giesen P, Van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark and the Netherlands: new models. *Health Aff* 2006;25:1733-7.