

Huisartsenposten: lang wachten op een visite?

Paul Giesen, Nieke van Lin, Henk Mokkink, Wil van den Bosch, Richard Grol

Introductie

In veel westerse landen, waaronder Nederland, is de huisartsenzorg buiten kantoor tijd de laatste jaren steeds meer in handen gelegd van grootschalige organisaties in de nabijheid van ziekenhuizen, waar niet-artsen de triage uitvoeren.¹⁻¹⁰ Deze ontwikkeling is het gevolg van de toegenomen werkdruk en de wens tot kwaliteitsverbetering in de zorgsector, en ook van veranderingen in de houding en privébehoefte van huisartsen.^{1-5,8,9}

Door de schaalgrootte en de situering van huisartsenposten in stedelijke gebieden is de fysieke afstand tussen patiënt en huisarts op het platteland fors toegenomen. De vraag of de huisarts patiënten met urgente klachten wel op tijd kan bereiken, heeft geleid tot sociale onrust. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de klachten onderzocht en de grote afstanden gehekeld. De IGZ weet dit aan de spreiding van de huisartsenposten over Nederland en stelde voor satellietposten op te richten.¹⁰ Aan de sociale onrust en de voorstellen van de IGZ lag de voor-

onderstelling ten grondslag dat er een min of meer rechtlijnig verband bestaat tussen de afstand tot de huisartsenpost en de wachttijd voor een visite. Of dit ook zo was, is echter niet bekend. Naast de afstand zijn er ook andere factoren die de wachttijd zouden kunnen beïnvloeden, zoals verkeersdrukte, de drukte van visites, het tijdstip van de dag en de ingeschatte urgentie.

Wij vonden het van belang inzicht te krijgen in de relatie tussen afstand en wachttijd, omdat dit kan helpen richtlijnen op te stellen voor de gebiedsgrootte en de locatie van de huisartsenpost, voor het aantal beschikbare visiteauto's en voor de afstemming met de ambulancedienst.¹² Zo'n analyse moet dan vooral gericht zijn op patiënten met urgente medische problemen, omdat bij hen een te lange wachttijd kan leiden tot permanente schade of zelfs tot de dood. De Nederlandse literatuur en MEDLINE konden ons echter niet verder helpen. Daarom voerden wij een onderzoek uit, gericht op de volgende vragen:

Samenvatting

Giesen PHJ, Van Lin N, Mokkink HGA, Van den Bosch WJHM, Grol RPTM. Huisartsenposten: lang wachten op een visite? Huisarts Wet 2007;49(7):296-300.

Introductie Door de komst van huisartsenposten is de afstand tussen de huisarts en de bevolking toegenomen, met name op het platteland. Dit heeft geleid tot bezorgdheid onder patiënten: kan de huisarts in urgente gevallen wel op tijd zijn? We onderzochten de relatie tussen de tijd dat de patiënt op een aangevraagde visite moet wachten en de afstand tot de huisartsenpost. Ook onderzochten we of de verkeersdrukte, de drukte van de visites, het tijdstip en de ingeschatte urgentie invloed hadden op de wachttijd.

Methode Wij deden een cross-sectioneel onderzoek bij vier huisartsenposten. Met behulp van variantieanalyse berekenden we de wachttijden voor verschillende categorieën van verkeersdrukte, visitedrukte, tijdstip en mate van urgentie. Die laatste verdeelden wij in vier categorieën, van U1 voor de meest urgente tot U4 voor de minst urgente klachten. Voor de categorieën U1 en U2 bepaalden wij met behulp van multiële logistische regressieanalyse de samenhang tussen de genoemde factoren en de wachttijd.

Resultaten In de onderzochte huisartsenposten was de gemiddelde wachttijd over 5827 visites 30,5 minuten en arriveerde de arts bij 88,7% van alle patiënten binnen het uur. Bij 68,8% van de patiënten met levensbedreigende klachten (U1) arriveerde

de arts binnen de streeftijd van 15 minuten, en in 95,6% van de gevallen haalde hij de streeftijd van 1 uur voor patiënten met spoedklachten (U2). Bij toenemende afstand wist de arts de streeftijd voor levensbedreigende klachten (U1) echter minder vaak te halen: het percentage binnen 15 minuten afgelegde visites zakte van 86,5% bij afstanden onder de 2,5 km tot 16,7% bij afstanden boven de 20 km. Naast de afstand hadden ook verkeersdrukte, visitedrukte, tijdstip en mate van urgentie een significante invloed op de wachttijd.

Discussie De wachttijden voor visites zijn over het algemeen kort en de afstand is niet de enige factor die de wachttijd bepaalt. In de urgentie categorieën U2 en U3 haalt de huisartsenpost de streeftijden ruimschoots. Als de klachten echter levensbedreigend zijn (U1), lukt dat in slechts tweederde van de gevallen. Maatregelen om de wachttijd te bekorten, dienen zich derhalve te richten op deze urgentie categorie.

UMC St Radboud, Kwaliteit van Zorg (WOK), Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: P.H.J. Giesen, N. van Lin, R.P.T.M. Grol; UMC St Radboud, Voortgezette opleiding tot huisarts (VOHA): H.G.A. Mokkink; UMC St Radboud, Huisartsgeneeskunde (HAG): W.J.H.M. van den Bosch.

Correspondentie: p.giesen@voha.umcn.nl

Mogelijke belangenverstreming: niets aangegeven.

Eerder verschenen als: Giesen P, Van Lin N, Mokkink H, Van den Bosch W, Grol R. General Practice Cooperatives: long waiting times for home visits due to long distances? BMC Health Serv Res 2007;7:19.

Wat is bekend?

- ▶ Het inrichten van grootschalige huisartsenposten vergroot de fysieke afstand van de patiënt tot de hulpverlener.
- ▶ Vooral op het platteland heeft dit geleid tot onrust onder de bevolking.
- ▶ Onduidelijk was echter welk verband er is tussen de afstand tot de huisartsenpost en de wachttijd voor een visite.

Wat is nieuw?

- ▶ De wachttijd voor patiënten ligt rond de 30 minuten; gemiddeld 90% van de patiënten wordt binnen 1 uur bezocht.
- ▶ Behalve de afstand hebben ook de verkeersdrukke, de visite-drukke, het tijdstip en de ingeschatte urgentie een significante invloed op de wachttijden.
- ▶ Tweederde van de patiënten met levensbedreigende klachten krijgt binnen 15 minuten bezoek.
- ▶ De wachttijd bij levensbedreigende klachten kan worden bekort door verkeersbevorderende maatregelen, spreiding van uitrukplaatsen en afstemming met de ambulancehulpverlening.

- In hoeverre is de wachttijd gerelateerd aan de afstand tot de huisartsenpost, de verkeersdrukke, de visitedrukke, het tijdstip en de telefonisch ingeschatte urgentie?
- In welk percentage urgente visites (U1 en U2) zijn de streeftijden haalbaar en in welke mate is dit gerelateerd aan afstand, verkeersdrukke en visitedrukke?

Methode

Ons onderzoek was een cross-sectioneel onderzoek bij vier huisartsenposten in Nederland in de periode 2002-2005. Wij inclueerden alle visites; ontbrekende gegevens voerden wij in als ontbrekende waarde (tabel 1).

Procedures

Triagisten bepaalden de urgentie op basis van de telefonische klacht van de patiënt, in een aantal posten gebeurde dit onder supervisie van de regiearts.¹⁰ Het tijdstip waarop het telefoongesprek beëindigd werd en het dagdeel werden elektronisch of (in

post D) handmatig geregistreerd. De chauffeurs van de visiteauto's legden routinematig de aankomsttijden vast. Met behulp van de ANWB-routeplanner bepaalden wij van elke visite de kortste route tussen de huisartsenpost en het adres van de patiënt. Op basis van politie-informatie over de verkeersdrukke verdeelden wij alle consulten over drie categorieën: dal-, midden- en spitsuurdrukke.

Variabelen

De wachttijd, gedefinieerd als de tijd tussen het eind van het telefoongesprek en de aankomst van de visiteauto, vormde de afhankelijke variabele. De onafhankelijke variabelen waren:

- *afstand*: het aantal kilometers tussen huisartsenpost en visite-adres, geassocieerd in zeven afstands categorieën (0,0-2,4, 2,5-4,9, 5,0-7,4, 7,5-9,9, 10,0-14,9, 15,0-19,9 en $\geq 20,0$ km);
- *verkeersdrukke*: drukke op de wegen, ingedeeld per half uur naar dal-, midden- of spitsuurdrukke;
- *visitedrukke*: het aantal aanvragen voor een visite binnen één uur voor en na elk consult, geassocieerd als geen visite, een of twee visites en drie of meer visites;
- *urgentie*: de tijdens de telefonische triage ingeschatte mate van spoed op basis van de NHG-Telefoonwijzer (U1 < 15 minuten, U2 < 60 minuten, U3 < 3 uur, U4 geen streeftijd);¹³
- *tijdstip*: het moment waarop de patiënt, volgens het dossier, contact zocht met de huisartsenpost, 's avonds, 's nachts of gedurende het weekend overdag.

Analyse

Om onze eerste vraag te beantwoorden berekenden we, met behulp van variantieanalyse (de F-test), de wachttijden voor de diverse categorieën van afstand, verkeersdrukke, visitedrukke en urgentie.

Om de tweede vraag te beantwoorden berekenden we, met behulp van variantieanalyse, de wachttijden voor de diverse urgentie categorieën en het percentage visites dat binnen de streeftijd plaatsvond. Voor visites met de hoogste urgentie (U1 en U2) bepaalden we met behulp van een multi-pele logistische regressieanalyse welke factoren samenhangen met het wel of niet halen van de streeftijd (U1 \leq 15 minuten en U2 \leq 60 minuten). Een $p < 0,05$ beschouwden we als significant.

Tabel 1 Kenmerken van deelnemende huisartsenposten

Huisartsenpost	A	B	C	D
Stedelijke populatie	140.000	23.800	46.000	77.825
Landelijke populatie	35.000	79.500	39.350	100.652
Locatie van de huisartsenpost in het gebied	centraal	perifeer	perifeer	perifeer
Grootste afstand (km) tot huisartsenpost	19	29 [†]	25	28
Aantal visiteauto's				
– avond	2	1	1	1*
– nacht	1	1	1	1*
– weekend overdag	2	2 [†]	1	2
Verkeersbevorderende maatregelen	gebruik van busstrook	zwaailichten en sirene omzeilen obstakels gebruik sluiproutes bericht nieuwe obstakels	zwaailichten en sirene omzeilen obstakels gebruik sluiproutes bericht nieuwe obstakels	zwaailichten en sirene omzeilen obstakels
Regiearts	ja	nee	nee	ja
Urgentie bepaald door	triagist + regiearts	triagist	triagist	triagist + regiearts

* 's Avonds en 's nachts is één visiteauto onmiddellijk afroepbaar vanaf een privéadres.

[†] Tijdens weekenddagen is de visiteauto gearceerd aan de rand van de stad, zodat de grootste afstand verkleind is tot 19,6 km.

Resultaten

Relatie tussen wachttijd en afstand

De gemiddelde wachttijd voor de 5827 visites bedroeg 30,5 minuten. Patiënten die 20 km of verder van een huisartsenpost woonden, moesten gemiddeld 13,4 minuten langer wachten op een visite dan patiënten die dicht bij een huisartsenpost woonden.

Factoren die de wachttijden beïnvloeden

De gemiddelde wachttijd voor een visite steeg van 28,2 minuten in daluren tot 32,8 minuten in piekuren. Als er geen andere visites gepland stonden, was de gemiddelde wachttijd 22,8 minuten, maar bij grote drukte van visites kon de gemiddelde wachttijd oplopen tot 37,9 minuten. 's Nachts bedroeg de wachttijd 25,0 minuten, in het weekend overdag liep dit op tot 36,4 minuten. De gemiddelde wachttijd was voor levensbedreigende hulpvragen (U1) 13,9 minuten; voor niet dringende klachten (U4) 36,2 minuten (tabel 2).

Tabel 2 Samenhang tussen wachttijd enerzijds en afstand, verkeersdrukte, visitedrukte, tijdstip en urgentie

	Aantal consulten	Gemiddelde wachttijd in minuten	Standaard-deviatie	Significantie
Totaal	5827	30,5	27,4	
Afstand in km				< 0,001
- 0,0-2,4	1326	26,6	28,5	
- 2,5-4,9	1673	28,6	28,2	
- 5,0-7,4	842	31,7	28,4	
- 7,5-9,9	610	30,3	25,9	
- 10,0-14,9	616	33,7	25,4	
- 15,0-19,9	505	36,6	23,1	
- ≥ 20,0	255	40,0	23,1	
Verkeersdrukte				< 0,001
- daluren	2083	28,2	25,6	
- middennuren	2487	31,2	27,8	
- spitsuren	1270	32,8	28,9	
Visitedrukte				0,01
- geen visite	1336	22,8	17,4	
- 1 of 2 visites	2836	29,9	26,4	
- ≥ 3 visites	1600	37,9	33,2	
Tijdstip				< 0,001
- avond	2685	29,9	25,6	
- nacht	1495	25,0	21,7	
- weekend overdag	1658	36,4	32,9	
Urgentie				< 0,001
- U1, levensbedreigend	205	13,9	11,3	
- U2, spoed	1613	23,1	18,5	
- U3, dringend	1915	33,1	28,7	
- U4, routine	1845	36,2	30,9	

Tabel 3 Visites, wachttijden en streeftijden[†], in procenten tenzij anders vermeld

Urgentie*	Aantal visites	≤ 15 min	≤ 30 min	≤ 60 min	≤ 120 min ‡
U1	205	68,8 [†]	95,6	98,5	100
U2	1613	41,2	76,6	95,6 [†]	99,6
U3	1915	29,8	61,4	89,8	98,4 [‡]
U4	1845	23,6	56,3	84,3	97,3
Totaal	5578	32,5	65,4	88,7	98,6

* U1 = levensbedreigend; U2 = spoed; U3 = dringend; U4 = routine.

[†] Streeftijd: 15 minuten voor U1, 60 minuten voor U2, 180 minuten voor U3, en geen streeftijd voor U4.

[‡] Hoewel de streeftijd voor U3 180 minuten is, kreeg bijna 100% van de U3 patiënten een consult binnen 120 minuten; daarom hielden we de streeftijd aan van 120 minuten.

Wachttijden en streeftijden

Van alle patiënten kreeg 88,7% de arts binnen 60 minuten op bezoek. De bezoekende arts haalde de streeftijd van 15 minuten bij 68,8% van de patiënten met levensbedreigende klachten (U1) en de streeftijd van 1 uur bij 95,6% van de patiënten met spoedklachten (U2) (tabel 3).

De bezoekende arts haalde de limiet van 15 minuten voor patiënten met levensbedreigende klachten (U1) significant minder vaak naarmate de afstand groter werd. Het percentage visites binnen de streeftijd daalde van 86,5% voor visites dichtbij een huisartsenpost tot 16,7% voor visites op een afstand van 20 kilometer of meer – de oddsratio (OR) daalde hierbij van 29,9 naar 1,6. Alle andere factoren (verkeersdrukte, visitedrukte en tijdstip) bleken voor categorie U1 niet significant.

In categorie U2 leek de afstand geen significante invloed te hebben op de wachttijd. Hier speelde visitedrukte een grote rol:

hoe minder visites, hoe vaker de streeftijd werd gehaald: geen visite: OR 8,9; 95%-BI 3,0-26,2; één of twee visites: OR 2,8; 95%-BI 1,7-4,7 (tabel 4).

Discussie

De gemiddelde wachttijd voor visites bedroeg 30 minuten en bijna 90% van alle visites werd binnen een uur afgelegd. Zowel verkeersdrukte, visitedrukte en tijdstip als de urgentie van de klacht beïnvloedden de wachttijden significant. Van alle patiënten met levensbedreigende klachten (U1) kreeg 70% de arts binnen de streeftijd van 15 minuten op bezoek, en bij patiënten met spoedeisende klachten (U2) haalde de arts de streeftijd van 1 uur in 95%. De afstand was vooral van invloed op de wachttijd bij patiënten met levensbedreigende klachten (U1); bij spoedklachten (U2) beïnvloedde de afstand de wachttijd niet maar bepaalde met name de visitedrukte het halen van de streeftijd.

De streeftijden voor visites met een classificatie U2 of U3 bleken zodanig ruim bepaald dat ze, indien gewenst, verkort kunnen worden tot 30 respectievelijk 120 minuten.

Dat de wachttijd voor visites zo kort is, wordt mogelijk verklaard door het feit dat de visitearts geen andere taken heeft en meteen kan doorrijden van de ene naar de andere patiënt. Bovendien is de chauffeur op de hoogte van de verkeerssituatie, kan hij verkeersblokkades passeren en mag hij de busbaan nemen. De wachttijd voor de patiënt wordt overigens sterk bepaald door de ingeschatte urgentie, en een correcte triage is dus van groot belang om ervoor te zorgen dat de patiënt de juiste zorg op het juiste moment ontvangt.

Tabel 4 Relaties tussen de wachttijd voor de categorie U1 en U2 en afstand, verkeersdrukte, drukte bij visites en tijdstip. Multipole logistische regressieanalyse

	U1				U2			
	aantal	≤ 15 min	OR†	95%-BI	aantal	≤ 1 uur	OR†	95%-BI
Totaal	204	68,8%			1613	95,5%		
Afstand in kilometers								
- 0,0-2,4	52	86,5%	29,9	(2,8-314,2)*	427	96,2%	1,5	(0,4-5,4)
- 2,5-4,9	61	80,3%	17,7	(1,8-178,8)*	440	95,9%	1,6	(0,5-5,9)
- 5,0-7,4	34	70,6%	12,0	(1,1-126,4)*	235	93,6%	1,1	(0,3-3,9)
- 7,5-9,9	20	55,0%	5,3	(0,5-57,7)	190	94,7%	1,0	(0,3-3,8)
- 10,0-14,9	12	33,3%	2,1	(0,2-26,5)	121	95,9%	2,3	(0,4-11,9)
- 15,0-19,9	19	31,6%	1,6	(0,1-19,0)	137	96,4%	1,4	(0,3-6,0)
- ≥ 20,0	6	16,7%	referentie		63	95,2%	referentie	
Verkeersdrukte								
- daluren	83	74,7%	2,1	(0,6-5,2)	622	96,3%	1,2	(0,6-2,4)
- middenuren	77	64,9%	1,1	(0,7-2,8)	669	95,5%	1,4	(0,8-2,6)
- spitsuren	45	64,4%	referentie		322	94,1%	referentie	
Drukke bij visites								
- geen visite	55	72,7%	1,8	(0,6-5,2)	386	99,0%	8,9	(3,0-26,2)*
- 1 of 2 visites	107	71,0%	1,7	(0,7-4,0)	830	96,6%	2,8	(1,7-4,7)*
- ≥ 3 visites	42	57,1%	referentie		380	90,3%	referentie	
Tijdstip								
- avond	86	69,0%	1,6	(0,7-3,9)	764	95,5%	0,6	(0,2-1,4)
- nacht	69	74,3%	1,4	(0,4-4,9)	495	97,4%	1,7	(0,7-4,0)
- weekend overdag	47	59,6%	referentie		353	92,9%	referentie	

* p < 0,05

† Interpretatie: hoe groter de OR, hoe groter de kans dat de patiënt binnen de streeftijd werd bezocht.

De bezoekende arts blijkt echter het vijftienminuten criterium voor patiënten met levensbedreigende klachten (U1) significant minder vaak te halen als de afstand toeneemt. Andere factoren, zoals verkeersdrukte en visitedrukke, hebben daarop geen invloed. Waarschijnlijk komt dit doordat de arts bij een U1-melding zijn werk onmiddellijk onderbreekt, zo nodig de busbaan neemt en sirenes en zwaailichten aanzet om zo snel mogelijk bij de patiënt te komen.

Men kan dus de wachttijd voor patiënten met levensbedreigende klachten (U1) verkorten door de afstand tot de huisartsenpost kleiner te maken. Een mogelijkheid is, de startpunten van de visi-

teauto's en ambulances goed te verdelen over het werkgebied. Minstens zo belangrijk is echter dat de huisartsenpost en de ambulancedienst afspraken maken over de wederzijdse inzet bij U1-meldingen en elkaar ter plekke naadloos aanvullen.¹²

Aangezien we geen publicaties konden vinden over wachttijden voor visites, is een vergelijking met andere onderzoeken niet mogelijk. De resultaten van de huisartsenposten afzonderlijk bleken echter sterk overeen te komen, dus de uitkomsten lijken wel generaliseerbaar. Toch heeft elke huisartsenpost ook eigen unieke karakteristieken. Op vijf kilometer afstand van huisartsenpost A ligt bijvoorbeeld een grote buitenwijk die moeilijk te bereiken is

Abstract

Giesen P, Van Lin N, Mookink H, Van den Bosch W, Grol RPTM. General Practice Cooperatives: long waiting times for home visits due to long distances? *Huisarts Wet* 2007;50(7):296-300.

Background The introduction of large-scale out-of-hours GP co-operatives has led to questions about increased distances between the GP co-operatives and the homes of patients and the increasing waiting times for home visits in urgent cases. We studied the relationship between the patient's waiting time for a home visit and the distance to the GP co-operative. Further, we investigated if other factors (traffic density, home visit intensity, time of day, and degree of urgency) influenced waiting times.

Method Cross-sectional study at four GP co-operatives. We used variance analysis to calculate waiting times for various categories of traffic density, home visit intensity, time of day, and degree of urgency. We used multiple logistic regression analysis to calculate to what degree these factors affected the ability to

meet targets in urgent cases.

Results The average waiting time for 5827 consultations was 30.5 minutes. Traffic density, home visit intensity, time of day and urgency of the complaint all seemed to affect waiting times significantly. A total of 88.7% of all patients were seen within 1 hour. In the case of life-threatening complaints (U1), 68.8% of the patients were seen within 15 minutes, and 95.6% of those with acute complaints (U2) were seen within 1 hour. For patients with life-threatening complaints (U1) the percentage of visits that met the time target of 15 minutes decreased from 86.5% (less than 2.5 km) to 16.7% (equal to or more than 20 km).

Discussion and conclusion Although home visit waiting times increase with increasing distance from the GP co-operative, it appears that traffic density, home visit intensity, and urgency also influence waiting times. For patients with life-threatening complaints waiting times increase sharply with the distance.

vanwege verkeersblokkades en omwegen. Bij subgroepanalyse bleek de wachttijd van de patiënten in deze wijk vergelijkbaar zijn met die van patiënten op 20 kilometer afstand.

Een beperking van dit onderzoek is dat het aantal patiënten met levensbedreigende klachten klein was, zodat resultaten die naar hen verwijzen met enig voorbehoud geïnterpreteerd moeten worden.

Nader onderzoek naar samenwerkingsmodellen tussen huisartsenposten en ambulancediensten zou kunnen helpen de wachttijden voor patiënten met levensbedreigende klachten te reduceren. Ook zou men moeten onderzoeken wat de consequenties zijn voor de U1-patiënt indien de arts de streeftijd van vijftien minuten niet haalt.

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 patiënt 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, Shipman C, 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, Mookink H. Centrale huisartsenposten: Wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;43:508-10.
- 6 Post J. Grootschalige huisartsenzorg buiten kantooruren [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2004.
- 7 Van Uden C. Studies on general practice out-of-hours care [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.
- 8 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.
- 9 Grol R, Giesen P, Van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: New models. *Health Aff (Millwood)* 2006;25:1733-7.
- 10 Busser G, Giesen P. Een spin in het web: De telefoonarts, een nieuwe functie in de grootschalige huisartsenpost. *Med Contact* 2002;57:1353-55.
- 11 Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten [rapport]. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004. Van internet verkrijgbaar via <http://www.igz.nl>, geraadpleegd mei 2007.
- 12 Giesen P, Fraanje W, Klomp M. De rammelende keten: afstemming van taken spoedeisende zorg is dringend gewenst. *Med Contact* 2003;48: 1810-12.
- 13 NHG-TelefoonWijzer. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2002.

Waarde van de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) voor het detecteren van depressieve stoornissen

B Terluin, F Rijmen, HWJ van Marwijk, WAB Stalman

Inleiding

Naar schatting heeft 5 à 10% van de huisartsenpatiënten een depressieve stoornis volgens DSM-IV-criteria.¹⁻³ Bij ongeveer de helft van die patiënten signaleert de huisarts wel dat er sprake is van psychische problematiek maar stelt hij niet de diagnose depressieve stoornis.⁴ Bij ongeveer eenderde herkent de huisarts die stoornis ook als zodanig, maar voor elke terechte diagnose depressieve stoornis stelt hij tweemaal een onterechte diagnose, bij patiënten die daarvoor volgens de DSM-IV-criteria niet in aanmerking komen.⁴ Er is dus zowel onderdiagnostiek bij patiënten met een depressieve stoornis als overdiagnostiek bij patiënten met andere psychische problemen.

Een *case finding*-instrument zou huisartsen kunnen helpen de diagnostiek te beperken tot patiënten die er ook daadwerkelijk voor in aanmerking komen, en hen tegelijkertijd kunnen behoeden voor verkeerde diagnoses in de andere gevallen. Overigens moet

de huisarts natuurlijk wel eerst een psychisch probleem hebben herkend en moet de patiënt het daarmee eens zijn. In de praktijk is het niet zo zinvol om een psychiatrisch probleem te diagnosticeren bij een patiënt die ontkent dat hij een dergelijk probleem heeft. De diagnose heeft dan immers weinig consequenties voor het beleid. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) is een klachtenlijst met vijftig vragen die patiënten zelf kunnen invullen en die vier klachtendimensies meet: distress, depressie, angst en somatisatie.^{5,6} De huisarts kan de 4DKL gebruiken om bij patiënten met psychische problemen een eerste onderscheid te maken tussen diegenen bij wie de kans op een bepaalde stoornis groot is en diegenen bij wie die kans niet zo groot is.

In dit artikel beperken wij ons tot de depressieschaal van de 4DKL. Wij stelden ons de vraag of die schaal beschikt over voldoende onderscheidend vermogen en in hoeverre de 4DKL-depressiescore een goede indicatie geeft van de aan- of afwezigheid van een