

Zelfmelders op de huisartsenpost

Samenvatting

Rutten M, Vrielink F, Giesen P. Zelfmelders op de huisartsenpost. *Huisarts Wet* 2013;56(11):558-62.

Achtergrond Huisartsenposten (HAP) vestigen zich steeds vaker in de nabijheid van een afdeling Spoedeisende Hulp (SEH). De HAP wordt dan verantwoordelijk voor de zogeheten 'zelfmelders', die voorheen op eigen initiatief naar de SEH gingen (en daar 'zelfverwijzers' genoemd worden). Wij onderzochten de kenmerken van deze zelfmelders, de geleverde zorg op de HAP en de follow-up.

METHODE Retrospectief dossieronderzoek van 783 zelfmelders van drie huisartsenposten (Zutphen, Nijmegen en Deventer) met follow-uponderzoek in de huisartsenpraktijk.

RESULTATEN Van de zelfmelders was 59% man, was 46% tussen 16-45 jaar en had 59% een traumagerelateerde klacht. Het overgrote deel (95%) van de klachten was laagurgent (U3-U4), geen enkele klacht had het hoogste urgentieniveau (U1). De triage op de HAP was in 79% van de gevallen correct, in 12% was de urgentie te laag ingeschat, in 9% te hoog. Een kwart van de zelfmelders werd verwezen naar de SEH, waarvan 98% terecht. Van de meldingen werd 3,2% gevolgd door een (niet-ernstige) complicatie, waarvan 0,4% mogelijk vermijdbaar.

Conclusie Zelfmelders zijn vooral jonge mannen met laagurgente, traumagerelateerde klachten. De zorg door de HAP is relatief doelmatig en veilig, al is er nog verbetering mogelijk op het vlak van (fysieke) triage, registratie en specifieke richtlijnontwikkeling.

INLEIDING

Steeds meer huisartsenposten (HAP) zoeken samenwerking met of vestigen zich in de nabijheid van afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) in ziekenhuizen. Veel patiënten die zich voorheen op eigen initiatief en zonder verwijzing bij de SEH meldden, de zogeheten 'zelfverwijzers', komen tegenwoordig eerst terecht op de HAP, die dan verantwoordelijk is voor hun triage en behandeling.¹⁻⁴ Patiënten die op eigen initiatief en zonder voorafgaand contact een HAP consulteren, noemt men 'zelfmelders', een term die wij prefereren boven 'aanlopers', 'binnenlopers' of 'zelfverwijzers HAP'.

Er is veel maatschappelijke en politieke steun voor deze substitutie, want zelfverwijzers zorgen voor lange wachttijden op de SEH en leggen beslag op kostbare specialistische zorg, terwijl naar schatting 80% ook door de huisarts of huisartsenpost behandeld zou kunnen worden.^{2,5-7} Een bezoek aan de SEH is ongeveer vijfmaal zo duur als een bezoek aan

de eigen huisarts en driemaal zo duur als een bezoek aan de HAP.⁵ Onderzoek heeft uitgewezen dat huisartsen die op de SEH worden ingezet de doorlooptijd verkorten, de patiënttevredenheid verhogen en de kosten verlagen, mede doordat ze minder aanvullende diagnostiek aanvragen. Daarbij werken ze even veilig als de SEH-artsen.^{6,7} Vanuit SEH-kringen klinkt er echter kritiek op de opvang van zelfverwijzers door huisartsen. Het is daarbij niet zeker of bovenstaande positieve uitkomsten generaliseerbaar zijn naar alle zorg aan zelfmelders op de Nederlandse HAP's. Daarom onderzochten wij de kenmerken van en de kwaliteit van de zorg aan zelfmelders.

METHODE

Opzet

Wij verrichtten een retrospectief dossieronderzoek naar zelfmelders op HAP's en deden follow-updossieronderzoek in de aangesloten huisartsenpraktijk. Wij selecteerden deze uit de dossiers van drie HAP's (Zutphen, Nijmegen en Deventer) in de periode van augustus 2011 tot en met januari 2012, omstreeks één jaar nadat deze HAP's zich gevestigd hadden op een gezamenlijke locatie met de SEH in hun regio. Buiten kantooruren – 's avonds, 's nachts en in de weekeinden – zorgt de HAP voor de opvang van de zelfmelder en voor de triage (met behulp van de NHC-Triagewijzer). De zelfmelders worden daarna beoordeeld door de dienstdoende huisarts.

Uit de HAP-dossiers selecteerden wij 896 zelfmelders, een vrijwel gelijk aantal uit elk van de drie databestanden [tabel 1] en [figuur 1]. Wij excludeerden de 113 dossiers waarin sprake was van een herhaalcontact of die onvolledig waren. Daarna bleven er 783 dossiers over voor analyse.

Wat is bekend?

- Zelfverwijzers op afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH) in ziekenhuizen leggen beslag op kostbare specialistische zorg.
- Naar schatting 80% van deze zelfverwijzers kan door de huisarts behandeld worden.
- Zelfverwijzers worden steeds vaker opgevangen op een huisartsenpost (HAP) nabij de SEH.

Wat is nieuw?

- De patiënten die op de SEH 'zelfverwijzers' genoemd worden, heten 'zelfmelders' op de HAP.
- Zelfmelders op de HAP zijn vooral jonge mannen met laagurgente, traumagerelateerde klachten.
- Een kwart van de zelfmelders wordt doorverwezen naar de SEH.
- De opvang door de HAP is relatief veilig en efficiënt, maar richtlijnontwikkeling, optimalisatie van fysieke triage, registratie en traumascreening zijn wenselijk.

UMC St Radboud, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Postbus 9101, 114 IQ healthcare 6500 HB Nijmegen; M.H. Rutten, huisarts in opleiding, onderzoeker; F. Vrielink, arts, onderzoeker; dr. P.H.J. Giesen, huisarts, projectleider spoedzorgonderzoek • Correspondentie: p.giesen@iq.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd verricht door IQ healthcare in opdracht van de regionale huisartsenposten.

Tabel 1 Selectie van zelfmelders per huisartsenpost

| HAP | Periode | Criteria* | Selectie† | Exclusie‡ | Inclusie | |
|---------------|--------------------|---|------------|------------|------------|------------|
| Zutphen | aug 2011-sep 2011 | alle zelfmelders uit alle huisartsenpraktijken | 295 | 100% | 22 | 273 |
| Nijmegen | sep 2011-jan 2012 | alle zelfmelders uit 7 geselecteerde huisartsenpraktijken | 301 | 9% | 41 | 260 |
| Deventer | sep 2011- jan 2012 | de eerste 60 zelfmelders van de maand uit alle huisartsenpraktijken | 300 | 18% | 50 | 250 |
| Totaal | | | 896 | 16% | 113 | 783 |

HAP = huisartsenpost.

* De selectieprocedure verschilde per huisartsenpost omdat de grootte van de posten verschilde, en om logistieke redenen.

† Aantal en percentage van alle zelfmelders bij de betreffende HAP.

‡ Exclusie in verband met herhaalcontact of onvolledig dossier.

Gegevensverzameling en analyse

De dossiers van de geselecteerde zelfmelders op de drie huisartsenposten werden onafhankelijk van elkaar geanalyseerd. Voor elke zelfmelder in onze selectie keken wij naar het contact op de HAP en naar alle contacten met de eigen huisartsenpraktijk in de drie daaropvolgende maanden. Ook bekeken wij eventuele brieven van het ziekenhuis of van andere hulpverleners. De gegevens werden gecodeerd en anoniem opgeslagen in een spreadsheet.

Twee onderzoekers analyseerden onafhankelijk van elkaar de volgende objectieve variabelen:

- patiëntkenmerken: geslacht, leeftijd, woonomgeving (stad

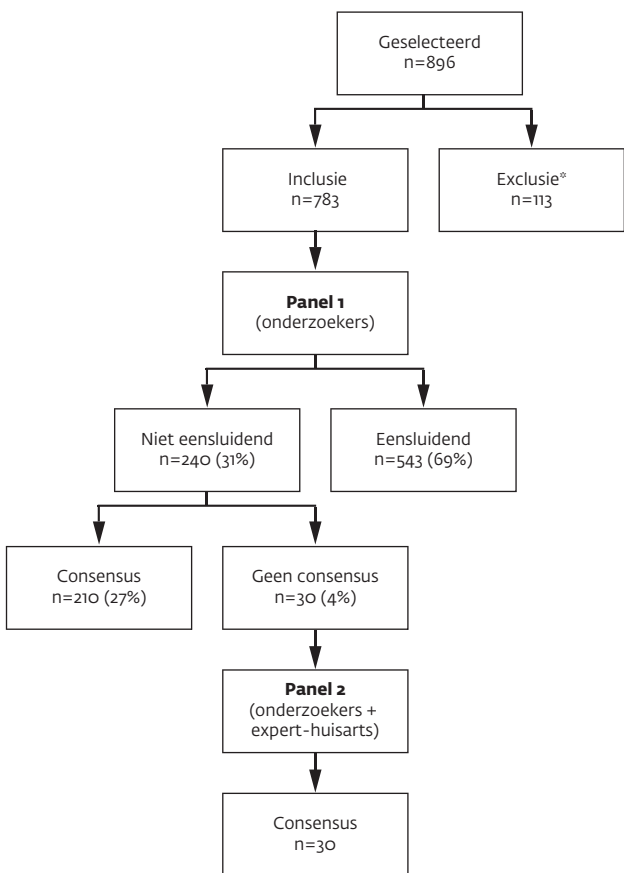
of landelijk gebied), urgentie (U1-U4), ingangsklacht, gestelde diagnose;

- zorgkenmerken: diagnostiek, therapie, verwijzing, reden van verwijzing, vervolgadvies;
- follow-up: vervolgcontacten, aanvullende diagnostiek, verandering in diagnose of beleid door huisarts of specialist, eventuele complicaties.

De onderzoekers beoordeelden ook onafhankelijk van elkaar een aantal subjectieve zorgkenmerken uit de dossiers. Zij deden dat aan de hand van de NHG-Standaarden en de NHG-Triagewijzer voor zover deze toepasselijk waren. Zo niet, dan maakten zij een eigen inschatting:

- was de urgentiebepaling achteraf correct?
- was er een NHG-Standaard van toepassing en zo ja, is deze ook gevolgd?
- waren diagnostiek en beleid correct?
- was de eventuele verwijzing terecht?

Figuur 1 Inclusie van patiënten



*Exclusie van dubbele contacten en onvolledig dossier.

Abstract

Rutten M, Vrieling F, Giesen P. Self-referral patients and out-of-hours services. *Huisarts Wet* 2013;56(11):558-62.

INTRODUCTION In the Netherlands, GP out-of-hours services are increasingly often located in the vicinity of accident and emergency (A&E) departments. In this setting, out-of-hours services are responsible for the triage and initial treatment of patients who previously went straight to the A&E department. The characteristics of these so-called self-referral patients, the treatment provided by out-of-hours services, and follow-up were investigated.

METHOD Retrospective analysis of 783 records of self-referrals to three out-of-hours services in the east of the Netherlands (Nijmegen, Deventer, and Zutphen).

Results Of the self-referral patients, 59% were men, 46% were aged 16–45 years, and 59% had trauma-related symptoms. Most symptoms (95%) were considered of low urgency (U3–U4), according to the Dutch GP Triage Guideline (NHG); none were considered of high urgency (U1). Out-of-hours triage was correct in 79% of the cases, with urgency being underestimated in 12% of cases and overestimated in 9%. In total, 24% of the self-referral patients were referred to an A&E department, an appropriate decision in 98% of the cases. Overall, 3.2% of the self-referral patients had a subsequent non-severe complication, which was potentially avoidable in 0.4% instances.

CONCLUSIONS Self-referral patients are typically young men with low urgency, trauma-related symptoms. The care provided by out-of-hours services is reasonably appropriate and safe, although triage and registration could be improved and specific guidelines developed.

Tabel 2 Kenmerken onderzoekspopulatie

| Kenmerk | n | % |
|--------------------|------------|------------|
| Geslacht | | |
| ■ man | 459 | 59 |
| ■ vrouw | 324 | 41 |
| Leeftijd | | |
| ■ 0-15 jaar | 184 | 24 |
| ■ 16-45 jaar | 361 | 46 |
| ■ 46-65 jaar | 150 | 19 |
| ■ > 65 jaar | 88 | 11 |
| Herkomst | | |
| ■ stad | 509 | 65 |
| ■ landelijk gebied | 274 | 35 |
| Totaal | 783 | 100 |

Hierna bespraken de onderzoekers de 240 dossiers (31%), waarover hun oordeel niet eensluidend was (panel 1 in [figuur 1]). De 30 dossiers (4%), waarover zij ook in tweede instantie geen consensus bereikten, bespraken zij met een ervaren huisarts tot er consensus werd bereikt (panel 2 in [figuur 1]).

Het Instituut Waarborging Kwaliteit en veiligheid van de Commissie Mensgebonden Onderzoek (CMO) in het UMC St. Radboud oordeelde dat het onderzoek buiten de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen valt. Alle huisartsenpraktijken gaven schriftelijk toestemming. Om de privacy te waarborgen verwerkten de onderzoekers alle gegevens anoniem en tekenden zij een geheimhoudingsverklaring.

RESULTATEN

[Tabel 2] toont de patiëntkenmerken van de 783 geanalyseerde zelfmelders: 59% was man, 46% was tussen 16 en 45 jaar oud, 65% was woonachtig in de stad. [Tabel 3] geeft een overzicht van de gestelde diagnoses. In 59% van de meldingen ging het

Tabel 3 Gestelde diagnoses

| Diagnose | n | % |
|---|------------|------------|
| Trauma | 463 | 59 |
| ■ wond | 186 | 24 |
| ■ verdenking op fractuur van de extremiteit | 122 | 16 |
| ■ contusie/distorsie van het bewegingsapparaat | 106 | 13 |
| ■ meervoudig letsel na trauma | 26 | 3 |
| ■ traumatisch neusletsel | 14 | 2 |
| ■ traumatisch schedelletsel | 9 | 1 |
| Geen trauma | 320 | 41 |
| ■ buikklachten | 41 | 5 |
| ■ oogklachten | 34 | 4 |
| ■ niet-traumatische schade aan het bewegingsapparaat | 27 | 3 |
| ■ myogene klachten | 20 | 3 |
| ■ huidklachten | 20 | 3 |
| ■ thoracale pijn (inclusief acuut coronair syndroom en hyperventilatie) | 17 | 2 |
| ■ respiratoire klachten | 14 | 2 |
| ■ overig | 147 | 19 |
| Totaal | 783 | 100 |

Tabel 4 Percentages onjuiste triage per urgentieklasse^f

| Urgentie | Patiënten | | Onjuiste triage | | | | | |
|---------------------------|------------|-------------|-----------------|------------|-------------------------|-----------|------------|------------|
| | n | % | ondertriage | | overtriage ^o | | totaal | |
| U1 | 0 | 0% | - | - | - | - | - | |
| U2 | 25 | 5% | 2 | 8% | 7 | 28% | 9 | 36% |
| U3 | 344 | 64% | 15 | 4% | 42 | 7% | 57 | 17% |
| U4 ^a | 164 | 31% | 46 | 28% | - | - | 46 | 28% |
| Totaal^f | 533 | 100% | 63 | 12% | 49 | 9% | 112 | 21% |

^o Overtriage is bij het laagste urgentieniveau per definitie niet mogelijk.

^f Gegevens betreffen twee van de drie huisartsenposten.

om een trauma, meestal een wond (24%), een fractuur (16%) of ander letsel van het bewegingsapparaat (13%). De diagnoses bij zelfmelders zonder trauma (39%) waren zeer divers. Buikklachten kwamen het meest voor (5%).

Triage en richtlijngebruik

Doordat één HAP een afwijkende triagemethodiek hanteerde, konden wij geen betrouwbare uitspraken doen over de urgentiebepalingen in deze 250 dossiers. [Tabel 4] toont de resultaten van de triage van de 533 zelfmelders in beide andere HAP's en de beoordeling daarvan door de onderzoekers. Bij de triage hadden 508 zelfmelders (95%) een lage urgentie, niveau U3 of U4. Het hoogste urgentieniveau (U1) kwam niet voor, aan 25 zelfmelders (5%) kenden de triagisten het op één na hoogste niveau (U2) toe.

[Tabel 4] toont de bij triage toegekende urgentieniveaus. Dit was in 421 gevallen (79%) conform de NHG-Triagewijzer. In 64 gevallen (12%) was de melding te weinig urgent ingeschat - ondertriage - en in 48 gevallen (9%) juist te urgent - overtriage. De triagisten beoordeelden 18 meldingen (2%) ten on-

Tabel 5 Beleid op de HAP bij het eerste contact met een zelfmelder

| Beleid | n | % van totaal | % binnen categorie |
|---|------------|--------------|--------------------|
| Conservatief beleid | 200 | 26% | |
| ■ uitleg en advies | 114 | 15% | 57% |
| ■ afwachten | 86 | 11% | 43% |
| Verwijzing SEH na consult huisarts | 157 | 20% | |
| ■ röntgendiagnostiek | 102 | 13% | 65% |
| ■ specialistische beoordeling | 37 | 5% | 24% |
| ■ acute beoordeling | 10 | 1% | 6% |
| ■ overig | 8 | 1% | 5% |
| Verwijzing SEH op basis van triage | 35 | 4% | |
| Medicatie | 156 | 20% | |
| ■ pijnstilling | 54 | 7% | 35% |
| ■ oraal antibioticum | 32 | 4% | 20% |
| ■ overig | 70 | 9% | 45% |
| Hechten, lijmen, steristrips | 132 | 17% | |
| ■ inclusief tetanustoxoïd of antibiotica | 34 | 4% | 26% |
| ■ exclusief tetanustoxoïd of antibiotica | 98 | 13% | 74% |
| Handeling | 92 | 12% | |
| ■ drukverband | 48 | 6% | 52% |
| ■ niet nader omschreven (eventueel met medicatie) | 44 | 6% | 48% |
| Overig | 11 | 1% | |
| Totaal | 783 | 100% | |

rechte als niet-spoedeisend (U3-U4) die achteraf wel degelijk spoedeisend (U1-U2) bleken. Deze ondertriage had echter geen negatieve consequenties voor de patiënt.

In alle 783 dossiers is onderzocht in hoeverre de NHG-Standaarden gevolgd zijn. Bij 564 (72%) meldingen was volgens de onderzoekers geen standaard van toepassing. Bij 219 dossiers (28%) was dat wel het geval, en in 157 dossiers (72%) was de NHG-Standaard ook daadwerkelijk gevolgd. De meest gebruikte NHG-Standaarden waren Enkelbandletsel (19%), Het rode oog (15%), Traumatische knieproblemen (11%) en Acuut coronair syndroom (7%).

Diagnostiek en beleid

Bij 619 zelfmelders (79%) was naar het oordeel van de onderzoekers de juiste diagnostiek verricht. Waar de diagnostiek als gebrekkig werd beoordeeld, betrof dat voornamelijk onvolledigheden in anamnese of lichamelijk onderzoek. Bij de anamnese ontbrak vaak een traumascreening waarbij het ongevalsmechanisme werd nagegaan om de kans op ernstig letsel in te schatten.

Het beleid van de HAP werd als juist beoordeeld bij 666 zelfmelders (85%). Van de 117 meldingen (15%) waarbij het beleid als onjuist beoordeeld werd, was dat in 60 gevallen (51%) omdat er geen of onvoldoende vervolgradvis gegeven was, en in 44 gevallen (38%) omdat er geen of onjuiste medicatie gegeven was. De overige 13 (11%) onjuist bevonden dossiers betroffen incidentele onjuistheden.

De HAP besloot bij 200 zelfmelders (26%) tot conservatief beleid en verwees 192 zelfmelders (25%) naar de SEH [tabel 5]. De onderzoekers beoordeelden 187 verwijzingen (98%) als correct. De verwijfsreden betrof in 102 gevallen (53%) een vraag om röntgendiagnostiek.

Follow-up

[Figuur 2] geeft een overzicht van de follow-up na het eerste contact met de HAP of SEH. Van de 783 zelfmelders kregen er

236 (30%) nog een vervolcontact. In 133 gevallen (17%) betrof dat de eigen huisarts, in 37 gevallen (5%) de HAP. Slechts 2 zelfmelders (0,3%) bezochten later opnieuw de SEH en in geen enkel geval werd het alarmnummer 112 ingeschakeld. De vervolcontacten stonden meestal in verband met wonden of contusies.

Na het initiële contact op de HAP verrichtte de eigen huisarts bij 52 patiënten (7%) aanvullende diagnostiek. In 24 gevallen (3%) veranderde hij de diagnose en in 66 gevallen (8%) de therapie; 34 patiënten (4%) werden alsnog naar een specialist verwezen.

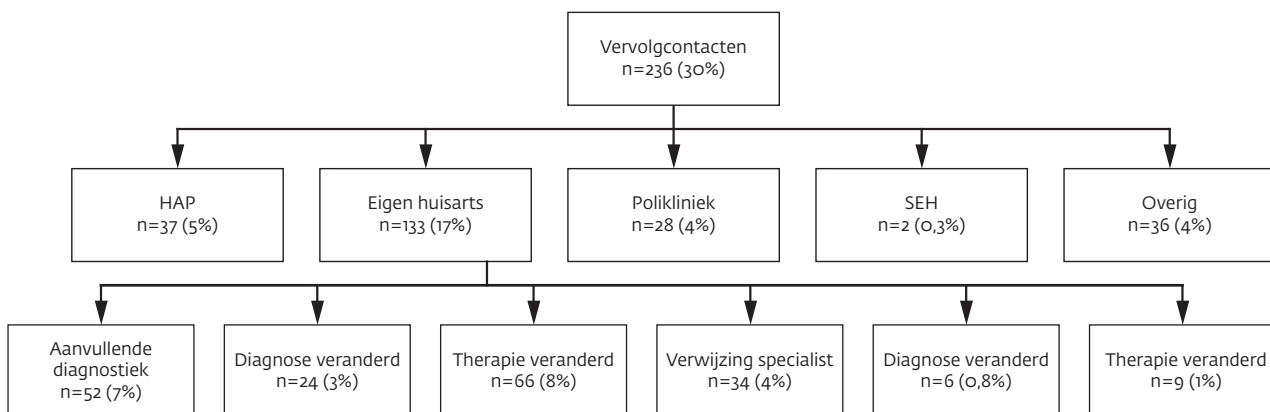
Geen van de patiënten uit de onderzoekspopulatie overleed of kreeg blijvend letsel. Bij 25 patiënten (3,2%) trad een aan de HAP toe te schrijven complicatie op, bij 3 patiënten (0,4%) was deze mogelijk te voorkomen geweest, eenmaal omdat een fractuur gemist werd en eenmaal omdat een (kleine) arteriële bloeding bij een handwond niet werd herkend. Andere complicaties waren vertraagde wondgenezing en wondinfectie; deze stonden in verband met de locatie of met comorbiditeit en waren waarschijnlijk niet beïnvloedbaar.

BESCHOUWING

Uit ons onderzoek komt naar voren dat zelfmelders op de HAP vooral jonge mannen zijn met laagurgente trauma's. Dat komt overeen met eerder onderzoek naar zelfverwijzers op de SEH.^{2,3,6,7} Ruim driekwart van de urgentiebepalingen bij fysieke triage bleek achteraf terecht. Ondertriage kwam iets frequenter voor dan overtriage, overigens zonder negatieve consequenties voor de patiënt. Deze laatste bevinding steekt gunstig af tegen de resultaten van onderzoek naar telefonische triage.^{8,9} Mogelijk is telefonische triage complexer dan fysieke triage, maar dit is nooit onderzocht.

Bij slechts een kwart van de zelfmelders was een NHG-Standaard van toepassing, maar als dit het geval was, werd de standaard in bijna driekwart van de gevallen ook gevolgd. Dit strookt met de resultaten uit eerder onderzoek.¹⁰

Figuur 2 Follow-up van het door de HAP ingestelde beleid



De percentages zijn aangegeven over de 783 onderzochte contacten. In de follow-up kan de huisarts bij een patiënt meer dan één keuze gemaakt hebben, bijvoorbeeld eerst aanvullende diagnostiek aangevraagd en daarna diagnose en/of therapie aangepast.

In het merendeel van de gevallen was de ingezette diagnostiek volgens de onderzoekers juist, en dit gold ook voor het beleid. Als de diagnostiek tekortschoot, kwam dat vooral door onvolledige traumascreening als gevolg van beperkte registratiemogelijkheden op de HAP.

Van de zelfmelders werd een kwart naar de SEH verwezen, waarvan meer dan de helft voor röntgendiagnostiek. De onderzoekers beoordeelden vrijwel alle verwijzingen als terecht. Recent, nog niet gepubliceerd onderzoek wijst uit dat het in eigen beheer aanvragen van röntgendiagnostiek het aantal verwijzingen van HAP naar SEH zou doen afnemen van 25% naar 15%.

Slechts eenderde van alle zelfmelders bezocht na het eerste contact op de HAP alsnog de eigen huisarts. Uit de dossiers van de huisartsenpraktijken bleek dat bij enkele patiënten complicaties optraden, maar deze waren niet ernstig en zouden door het beleid op de HAP niet te beïnvloeden zijn geweest.

In ons onderzoek is het beleid van de HAP bij zelfmelders relatief veilig gebleken; het heeft niet geleid tot overlijden van of blijvende schade voor patiënten. Dit komt overeen met eerder onderzoek.¹¹ Waar de zorg voor zelfmelders suboptimaal was, kwam dit door onvolledige anamnese, incomplete registratie, ondertriage of het niet volgen van richtlijnen.

Sterke en zwakke punten

De wijze waarop zelfmelders door de HAP behandeld worden, staat in de belangstelling omdat HAP en SEH steeds nauwer gaan samenwerken, onder andere in verband met kostenreductie in de gezondheidszorg. De kracht van dit onderzoek is dat wij niet alleen het contact op de HAP zelf, maar ook de vervolcontacten in de huisartsenpraktijk bestudeerd hebben en daardoor een goed inzicht hebben gekregen in de veiligheid van de geleverde zorg en in het optreden van eventuele complicaties.

De geanalyseerde variabelen berusten voor het overgrote deel op objectieve gegevens; om de subjectieve component bij het beoordelen zoveel mogelijk te vermijden, lieten wij alle dossiers beoordelen door twee onafhankelijke onderzoekers, die hun eindoordeel baseerden op richtlijnen, consensusbesprekingen en expertconsultatie.

De onderzoekspopulatie was gelijkmatig verdeeld over drie huisartsenposten in het oosten van het land, en de uitkomsten zijn voor elk van de drie in grote lijnen hetzelfde. We denken echter niet dat de uitkomsten zonder meer generaliseerbaar zijn voor heel Nederland. Met name in grootstedelijke regio's kunnen de populatiekenmerken, lokale afspraken en gebruiken met betrekking tot de zorg aan zelfmelders aanmerkelijk verschillen.

Een tweede beperking van dit onderzoek is dat het een dossieronderzoek betreft, waarbij men rekening moet houden met onderregistratie.

Aanbevelingen

- Regelmatige casuïstiek- en themabesprekingen, en vaardigheids-trainingen voor huisartsen (met accent op trauma), kunnen de kwaliteit van de zorg aan zelfmelders waarborgen en het aantal verwijzingen naar de SEH reduceren.
- Ook het in eigen beheer aanvragen van röntgendiagnostiek kan het aantal verwijzingen naar de SEH doen afnemen. Of dit haalbaar is zonder kwaliteitsverlies moet echter nog onderzocht worden.
- Triagisten op de HAP zijn vooral getraind in telefonische triage, en dat is iets anders dan fysieke triage. Specifieke training in fysieke triage en afstemming met superviserende huisartsen kan waarschijnlijk helpen om de triage verder te optimaliseren.
- De huidige standaarden zijn slechts beperkt toepasbaar binnen de eerstelijns spoedzorg, maar wanneer ze toegepast kunnen worden, gebeurt dat doorgaans ook. Het is dan ook van belang aanvullende richtlijnen te ontwikkelen, met het accent op traumagerelateerde klachten (veelvoorkomend onder zelfmelders, weinig richtlijnen huisarts beschikbaar).

CONCLUSIE

Zelfmelders op de HAP zijn vooral jonge mannen met laag-urgente, traumagerelateerde klachten. Behandeling van zelfmelders door de HAP is veilig en leidde in dit onderzoek niet tot overlijden of blijvende schade aan de patiënt. Wel kan de kwaliteit van de zorg door HAP's verder omhoog, onder meer door verbetering van de (fysieke) triage, heldere registratie en ontwikkeling van richtlijnen voor spoedeisende situaties. Wanneer de huisarts op de HAP in eigen beheer röntgenonderzoek zou kunnen aanvragen, zou het aantal verwijzingen naar de SEH mogelijk verder afnemen, met als gevolg een betere doorstroom van patiënten en minder kosten. ■

LITERATUUR

- 1 Giesen P, Vermue N, Huibers L, Van Vugt C. HAP en SEH zoeken elkaar op: Huisartsen hameren op duidelijke afspraken. *Med Contact* 2007;62:1092-3.
- 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.
- 3 Van Uden CJT. Contacten buiten de kantooruren: klachten gepresenteerd aan de huisarts en aan de Spoedeisende Hulp. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:223.
- 4 Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. *Ann Intern Med* 2011;155:108-13.
- 5 Giesbers S, Smits M, Giesen P. Zelfverwijzers SEH jagen zorgkosten op. *Med Contact* 2011;66:587-90.
- 6 Van Randwijck-Jacobze ME, Boeke AJP, De Lange-Klerk ESM, Grol SM, Kramer MHH, Van der Horst HE. Inzet huisarts op een Spoedeisende Hulp maakt zorg voor zelfverwijzers efficiënter. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:A3248.
- 7 Boeke AJ, Van Randwijck-Jacobze ME, De Lange-Klerk EM, Grol SM, Kramer MHH, Van der Horst HE. Effectiveness of GPs in accident and emergency departments. *Br J Gen Pract* 2010;60:e378-84.
- 8 Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, Van den Bosch W, et al. Safety of telephone triage in GP cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Qual Saf Health Care* 2007;16:181-4.
- 9 Huibers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2011;29:198-209.
- 10 Willekens M, Giesen P, Plat E, Mokkink H, Burgers J, Grol R. Quality of after-hours primary care in The Netherlands: adherence to national guidelines. *BMJ Qual Saf* 2011;20:223-7.
- 11 Smits M, Huibers L, Kerssemeijer B, de Feijter E, Wensing M, Giesen P. Patient safety in out-of-hours primary care: a review of patient records. *BMC Health Serv Res* 2010;10:335.