

Studies on general practice out-of-hours care

Citation for published version (APA):

van Uden, C. J. T. (2005). *Studies on general practice out-of-hours care*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University Press. <https://doi.org/10.26481/dis.20050512cu>

Document status and date:

Published: 01/01/2005

DOI:

[10.26481/dis.20050512cu](https://doi.org/10.26481/dis.20050512cu)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

SUMMARY

CHAPTER 1 – GENERAL INTRODUCTION

Out-of-hours care was and still is an important part of general practice. In a renewed mission statement the Dutch College of General Practitioners (NHG) and the Dutch Association of General Practitioners (LHV) acknowledged the 24-hour responsibility of GPs for their patients as one of the cornerstones of general practice. During the last decade, the organisation of out-of-hours primary care in the Netherlands has experienced a radical shift from GPs providing care to patients in small practice groups to a situation where out-of-hours care is organised in large-scale GP cooperatives. In these cooperatives, generally between 40 and 120 GPs are joined, providing care for populations ranging from 80,000 to 300,000 inhabitants. The reorganisation in the Netherlands was preceded by similar reorganisations in out-of-hours primary care in the early 1990s in the UK and Denmark. The change in the out-of-hours primary care organisation was mainly motivated by increased GP dissatisfaction with performing these services. The development of organisational structures of GP cooperatives has been predominantly guided by local preferences, which resulted in many differences between GP cooperatives. Generally, there is a distinction in accessibility and a distinction in cooperation with the hospital emergency department. An important part of this thesis addresses issues related to the effects resulting from differences in organisation between GP cooperatives working in close collaboration with a hospital emergency department and those GP cooperatives that are organised independently of hospital emergency services.

The purpose of the studies in this thesis was to gain insight into different aspects of out-of-hours primary care. These aspects are related to changes in care utilisation, costs, patient and GP satisfaction, and telephone triage. Results from these studies are intended to support health care professionals and health policy makers in optimising out-of-hours general practice.

CHAPTER 2

This chapter presents the effect of the Maastricht out-of-hours GP cooperative on the caseload at the emergency department of the University Hospital Maastricht. It also gives a description of characteristics of patients utilizing out-of-hours care. In January 2000 out-of-hours primary care in Maastricht was reorganised, and a GP cooperative was set up. This cooperative is located at the emergency department of the University Hospital Maastricht; the city's only hospital. In the first year after the set up, 59 GPs participated in the GP cooperative. All patients attending the

Maastricht out-of-hours care facility are first seen by a GP, unless they have a referral for secondary care. During a three-week period a year before and a three-week period a year after the set up of the GP cooperative, all patient records with out-of-hours primary and hospital emergency care were analysed. The main outcome measures in this study were: the number of patients utilizing out-of-hours care, their age and gender, diagnoses, post-ED care, and serious adverse events. We found that after establishing the GP cooperative, the proportion of patients utilising emergency care decreased by 53%, and the proportion of patients utilising primary care increased by 25%. The shift was the largest for patients with musculoskeletal disorders or skin problems. There were fewer hospital admissions, and fewer subsequent referrals to the patient's own GP and medical specialists. No substantial change in new outpatient visits at the hospital or in mortality occurred. Based on these findings we concluded that the GP cooperative in Maastricht had complemented the hospital emergency department and reduced the use of hospital emergency care during out-of-hours.

CHAPTER 3

In this chapter we investigated numbers and characteristics of patients utilising primary or emergency care in two different organisations of out-of-hours care. We compared the Maastricht GP cooperative (a representative of an integrated out-of-hours care model) with the Heerlen GP cooperative (a representative of a separated out-of-hours care model). Important differences between these two organisations are the accessibility and the location of GP cooperative. The Heerlen GP cooperative is situated in the centre of the city and is more than 5 km away from the nearest emergency department. This GP cooperative can only be visited by appointment. The Maastricht GP cooperative has free access and is located within the emergency department of the University Hospital Maastricht. During a three-week period in 2001 all registration forms of patient contacts with out of hours care (GP cooperative and emergency department) were collected and with respect to the primary care patients a random sample of one third was analysed. The results of the study showed that the Heerlen GP cooperative had 238 patient contacts per 1000 inhabitants per year, and the Maastricht GP cooperative had 279 patient contacts per 1000 inhabitants per year. The contact rate at the emergency departments in the Heerlen region is 66 per 1000 inhabitants per year and of the emergency department in Maastricht 52 per 1000 inhabitants per year. About half of all patients attending the emergency departments in the Heerlen region during out-of-

hours were self-referred. In contrast, at the emergency department in Maastricht only 16% was labelled as self-referred. We concluded that the organisation of out-of-hours care in Maastricht has optimised the GP's gatekeeper function and thereby led to fewer self-referrals at the emergency department, compared with Heerlen. Moreover, it appears that the integrated model results in relatively more patients being seen at the primary care facility and fewer at the emergency department, compared with the separated model.

CHAPTER 4

In this chapter we discuss the costs of out-of-hours primary care, and focus on implications of differences in organisation of GP cooperatives on costs. General practice outside office hours changed very quickly and the set up of the new out-of-hours care organisation was predominantly guided by local preferences. In this study we investigated costs of the two GP cooperatives described in chapter 3, i.e. an integrated and a separated GP cooperative. In addition, the costs of the emergency department of the University Hospital Maastricht before and after the set up of the GP cooperative were analysed. Previous studies have shown that integrating the GP cooperative with a hospital emergency department results in a substantial reduction in patients utilising hospital emergency care and an increase in patients utilising primary care. It was expected that this shift would have an effect on costs of out-of-hours care. This study was performed to provide insight in costs of these two different models of out-of-hours care in order to support health care professionals and policy makers in developing out-of-hours primary care. GP cooperatives' annual accounts of 2003 were used to assess costs. With respect to the emergency department of the integrated model, we used the annual accounts of the year before and the year after the set up of the GP cooperative. The study results show that the costs of primary care appear to be more dependent on the size of the population the cooperative covers, than on the way the GP cooperative is organised, i.e. separated versus integrated. In addition, despite the substantial reduction of patients, locating the GP cooperative at the same site as the emergency department was found to have little effect on costs of the emergency department. We suggest that sharing more facilities and personnel between the emergency department and the GP cooperative may improve cost-efficiency.

CHAPTER 5

In this chapter we describe a study on GP satisfaction with out-of-hours primary care in the Maastricht and Heerlen region. The purpose of this study was to gain insight into GPs' satisfaction with working at GP cooperatives for out-of-hours care in separated and integrated cooperatives. A random sample of 50 GPs per GP cooperative was selected. Telephone interviews were performed to assess GP satisfaction. Opinions on different aspects of GP cooperatives for out-of-hours care were measured, and regression analysis was performed to investigate if these could be related to GP satisfaction with out-of-hours care organisation. The results showed that GPs from the separated model were more satisfied with the organisation of out-of-hours care than GPs from the integrated model. Satisfaction about out-of-hours care organisation was related to opinions on workload, guarantee of gatekeeper function, and attitude towards out-of-hours care as being an essential part of general practice. Cooperation with medical specialists was much more appreciated at the integrated model versus the separated model. We concluded that GPs of both cooperatives appear to be generally satisfied with the organisation of GP cooperatives for out-of-hours care.

CHAPTER 6

It has been argued that the setting up of GP cooperatives would not only increase use of out-of-hours primary care but also increase the use of hospital emergency services. In chapter 6 we present a study that investigated use of out-of-hours primary and secondary care before and after the set up of three GP cooperatives in adjacent regions. During a four-week period before (2001) and a four-week period after (2002) the reorganisation of out-of-hours primary care all patient contacts with general practitioners and hospital emergency departments were analysed. The study was conducted in the South of the Netherlands. The study results showed a 10% increase in patient contacts with out-of-hours primary care, and a 9% decrease in patient contacts with out-of-hours emergency care in the new situation. The number of self-referrals at the emergency departments was reduced by approximately 4%. We concluded that the reorganisation of out-of-hours primary care has led to a shift in patient contacts from hospital emergency care to primary care.

CHAPTER 7

Chapter 7 presents a study on patient satisfaction in the province of Limburg. Patient satisfaction has been acknowledged as an important feature that can supply health care providers and policy makers with important information on the patient's perception of the quality of care. From March to June 2003, we distributed 2805 questionnaires to patients within three weeks after they had contacted the GP cooperative in their region. One-third of these questionnaires was sent to patients who had only received telephone advice, one-third to patients who attended the GP cooperative for consultation, and one-third to patients who received a home visit. Four weeks after the first reminder, a non-respondents telephone interview was performed among a random sample of 100 patients. Analyses were performed with respect to the type of consultation. About 42% of the patients returned the questionnaire. Sixty-seven percent of patients who received telephone advice only reported to be satisfied with out-of-hours care. About 80% of patients who went to the GP cooperative for consultation or those receiving a home visit, reported to be satisfied. Factors that were strongly associated with overall satisfaction included, the doctor's assistant's attitude on the phone, opinion on GP's treatment, and waiting time. Our conclusion is that patients seem generally satisfied with out-of-hours primary care as organised in GP cooperatives. Moreover, patients who received telephone advice only are less satisfied compared to those who attended the GP cooperative or those who received a home visit. Differences in patient expectation about the type of care that is appropriate for their problem and the actual received care may explain these differences in satisfaction.

CHAPTER 8

In chapter 8 we report on a study that investigated patient and GP opinions on out-of-hours primary care telephone triage. Telephone triage has become an important facet of out-of-hours general practice. Most GP cooperatives nowadays use telephone triage to assess the urgency of the patient's problem in order to prioritise treatment. We performed this study to gain insight in patient and GP opinions on telephone triage with and without computer based decision support software (the Telephone Advice System (TAS)) at GP cooperatives for out-of-hours primary care. Questionnaires were sent to patients and GPs of two GP cooperatives. In these questionnaires respondents were asked about their opinions on aspects of telephone triage. At one GP cooperative the doctor's assistants

performing telephone triage use TAS, and at the other GP cooperative the telephone triage process is supported by written protocols and guidelines. Approximately 36% of the patients and 80% of the GPs returned the questionnaire. The results show that patients who contacted the cooperative that uses TAS were generally more satisfied about the telephone advice, but less satisfied about the accessibility of the GP cooperative by phone. GPs of the cooperative that uses TAS were more satisfied about their role as telephone GP, but were equally satisfied about the information given by the doctor's assistant to supervise and authorise the handling of the call. GPs of both cooperatives were also equally satisfied about the selection of consultations. From these findings we concluded that the use of TAS seems to increase patient satisfaction with telephone advice. However, according to GPs' opinions, the appropriateness of the selection of consultations at the cooperative that uses TAS is equal to that of the GP cooperative that uses written protocols and guidelines to support the telephone triage process.

CHAPTER 9

Chapter 9 focuses on the process of care after patients have contacted the GP cooperative. Little is known about this process and therefore, this study was undertaken to determine the dimension of follow-up care after contact with a GP cooperative for out-of-hours care. We also investigated factors that might be related to this follow-up care. Data from the patient satisfaction questionnaire (chapter 7) were used. In the same questionnaire patients were asked whether they had attended their own GP within a week after their contact with the cooperative, and for what reason. To investigate whether other variables are related to follow-up care, a logistic regression analysis was applied. Variables that were entered in this analysis were patient characteristics (age, gender, etc.) and patient opinion on correctness of diagnosis, urgency and severity of the medical complaint. The response rate was 42%. In total, 48% of the respondents received follow-up care with their own GP. Only 20% was referred or advised to attend their own GP. Others attended because their medical condition worsened or because they were concerned about their complaint. Variables that predicted follow-up care were the patient's opinion on the correctness of the diagnosis, patient's health insurance, and severity of the medical problem. Although the low response rate limits generalisability of the study results, the study indicates that a large proportion of patients who contact the GP cooperative for out-of-hours care attend their own GP during office hours within a week for the same medical complaint. Most important factor that predicted follow-up

care at the patient's own GP after an out-of-hours contact was the patient's degree of confidence with the diagnosis established at the GP cooperative. This study is a first step in providing insight into the dimension of follow-up care after a patient has contacted the GP cooperative for out-of-hours primary care.

CHAPTER 10 – GENERAL DISCUSSION

In chapter 10 we present a general discussion of the main findings and methodological aspects of the studies described in this thesis. Moreover, the relevance of these findings is discussed and recommendations for health care policy and future research are given. Also, a view on future development of out-of-hours general practice is presented. The thesis' study results showed that an integrated out-of-hours care model has the ability to divert primary care patients away from the hospital emergency department towards out-of-hours general practice. This indicates that this system is conditional for an optimal GP gatekeeper function. The benefit of this specific model is that out-of-hours primary and secondary care when concentrated at one single site, supply patients with clarity about which facility to attend in case of a medical problem during out-of-hours. Additionally, the close collaboration between the emergency department and the GP cooperative has the potential to enhance cooperation between individual health care providers, which may enable them to exchange expertise and to gain knowledge of each other's working methods. Other important aspects of general practice out-of-hours care, such as telephone triage, follow-up care, vocational training, et cetera, should receive intensive attention by health policy makers, health professionals, and the scientific community in the near future in order to optimise the system of current out-of-hours care.

SAMENVATTING

HOOFDSTUK 1 – ALGEMENE INTRODUCTIE

De avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW diensten) van huisartsen maken nog steeds een belangrijk onderdeel uit van de Huisartsgeneeskunde. In 2002 publiceerden het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) een herziene visie op de Huisartsgeneeskunde, waarin de 24-uurs verantwoordelijkheid van huisartsen voor hun patiënten als een van de hoekstenen van de Huisartsgeneeskunde wordt erkend. Tijdens het afgelopen decennium is de organisatie van de ANW diensten rigoureus veranderd. Waar eerst huisartsen in klein groepsverband de diensten regelden, worden de diensten nu in grootschalige huisartsendienstenstructuren (huisartsenposten) georganiseerd. Gemiddeld genomen participeren tussen de 40 en 120 huisartsen binnen één zo'n dienstenstructuur, waarbij zij gezamenlijk zorg dragen voor zo'n 80 tot 300 duizend inwoners. Een soortgelijke reorganisatie van de ANW diensten voor huisartsen heeft zich begin 90-er jaren in het Verenigd Koninkrijk en Denemarken voorgedaan. Een van de belangrijke redenen voor de Nederlandse reorganisatie was de toenemende ontevredenheid van huisartsen met deze diensten. De ontwikkeling van de organisatiestructuren van de huisartsenposten is op de meeste plaatsen in Nederland met name geleid door lokale voorkeuren, waardoor er toch wat verschillen tussen de huisartsendienstenstructuren bestaan. In het algemeen kan er onderscheid worden gemaakt op het gebied van de toegankelijkheid (vrije inloop óf van tevoren een telefonische afspraak maken) én op het gebied van de samenwerking of integratie met de spoedeisende hulp van het lokale ziekenhuis. Het doel van het onderzoek in dit proefschrift is om inzicht te krijgen in de verschillende aspecten van de ANW diensten van huisartsen. Daarbij wordt ook specifiek aandacht besteed aan verschillen tussen organisatiestructuren van huisartsenposten en hun invloed op diverse aspecten, zoals het gebruik van voorzieningen, kosten, patiënten- en huisartstevredenheid, en telefonische triage. De resultaten van deze studies zijn bedoeld om professionals en beleidsmakers in de gezondheidszorg te ondersteunen bij het optimaliseren van de ANW dienstenstructuren.

HOOFDSTUK 2

Dit hoofdstuk beschrijft een onderzoek naar het effect van de reorganisatie van de Maastrichtse ANW diensten op het gebruik van eerste- en tweedelijns voorzieningen buiten kantooruren. In januari 2000 is de huisartsenpost in Maastricht opgericht. Deze huisartsenpost fungeert als voorportaal van de spoedeisende hulp van het academisch ziekenhuis

Maastricht (azM). Het azM is het enige ziekenhuis in deze regio. Gedurende het eerste jaar deden alleen de Maastrichtse huisartsen dienst vanuit deze huisartsenpost. Tijdens de openingsuren van de huisartsenpost worden patiënten zonder verwijzing door de huisarts gezien en indien nodig doorgestuurd naar de spoedeisende hulp. Gedurende een drieweekse periode een jaar vóór en een drieweekse periode een jaar ná de reorganisatie hebben we alle patiëntencontacten met de huisartsenpost en de spoedeisende hulp geanalyseerd. De belangrijkste uitkomstmaten waren het aantal patiënten dat gebruik maakt van deze voorzieningen, hun leeftijd en geslacht, diagnoses, vervolgzorg, en sterftcijfers en polibezoeken over een heel jaar. De resultaten tonen aan dat het aantal patiënten dat buiten kantooruren op de spoedeisende hulp kwam ná oprichting van de huisartsenpost met zo'n 53% was gedaald. Daar staat tegenover dat het aantal patiënten dat bij de huisarts kwam met 25% was gestegen. Deze verschuiving was het grootst voor mensen met klachten aan het bewegingsapparaat of verwondingen aan de huid. Het aantal ziekenhuisopnames liet een lichte daling zien en er waren minder verwijzingen naar de eigen huisarts of medisch specialist. Er werden geen substantiële veranderingen in sterftcijfers of nieuwe ziekenhuisopnames tussen 1998 en 2001 waargenomen. Op basis van deze gegevens concludeerden we dat de huisartsenpost en spoedeisende hulp complementair aan elkaar zijn en dat de huisartsenpost een significante daling van het aantal patiënten op de spoedeisende hulp heeft bewerkstelligd.

HOOFDSTUK 3

In dit hoofdstuk beschrijven we een studie naar het aantal patiënten en hun kenmerken dat gebruikmaakt van huisartsenzorg en spoedeisende hulp bij twee verschillende organisatiestructuren voor zorg buiten kantooruren. We vergeleken de situatie in Maastricht, waarbij de huisartsenpost in het ziekenhuis op de spoedeisende hulp gevestigd is (zie hoofdstuk 2), met de situatie in Heerlen waarbij de huisartsenpost op enige afstand van het ziekenhuis is gevestigd. De huisartsenpost in Heerlen kan alleen volgens telefonische afspraak worden bezocht, terwijl men bij de huisartsenpost in Maastricht ook zonder afspraak kan binnenlopen (hoewel dit ontmoedigd wordt). Gedurende een drie weken durende periode in 2001 zijn alle patiëntcontacten met de huisartsenposten en de spoedeisende hulpen in deze regio's geanalyseerd. De resultaten laten zien dat, volgens extrapolatie, de huisartsenpost in Heerlen 238 patiënten per 1000 inwoners per jaar zag en de huisartsenpost in Maastricht zo'n 279 patiënten per 1000 inwoners

per jaar. Het aantal contacten met de spoedeisende hulp in de regio Heerlen bedroeg 66 per 1000 inwoners per jaar tegenover 52 patiëntcontacten per 1000 inwoners per jaar voor de spoedeisende hulp in Maastricht. Ongeveer de helft van het aantal patiënten op de spoedeisende hulp in de regio Heerlen kwam zonder verwijzing. In Maastricht werd 16% als 'zelf-verwijzer' geclassificeerd. De resultaten wijzen erop dat de organisatie van de diensten in Maastricht de poortwachterfunctie van de huisarts heeft geoptimaliseerd, waarbij er relatief meer patiënten bij de huisarts terechtkomen en relatief minder bij de spoedeisende hulp van het ziekenhuis.

HOOFDSTUK 4

In dit hoofdstuk zijn de kosten van de huisartsendienstenstructuren in Maastricht en in Heerlen bestudeerd. Tevens hebben we gekeken naar de kosten van de spoedeisende hulp in Maastricht vóór en ná de opening van de Maastrichtse huisartsenpost. Op basis van de resultaten van het onderzoek in hoofdstuk 2, waarbij een forse reductie van het aantal patiënten op de spoedeisende hulp werd gevonden, was de verwachting dat deze reductie mogelijk van invloed zou zijn op de kosten van de spoedeisende hulp. Bij de bepaling van de kosten van de huisartsendienstenstructuur in Maastricht en Heerlen is gebruik gemaakt van de jaarrekeningen uit 2003. Ter bepaling van eventuele verandering in kosten van de spoedeisende hulp van het azM zijn de jaarrekeningen van 1999 en 2000 gebruikt (een jaar voor en een jaar na de opening van de huisartsenpost). Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de invloed van verschillen in organisatie van de ANW diensten op de kosten van die dienstenstructuur. De resultaten van de studie wijzen erop dat de kosten van de huisartsenpost, uitgedrukt per inwoner per jaar, meer bepaald worden door de grootte van het adherentiegebied dan door de organisatievorm (apart van de spoedeisende hulp gelokaliseerd (Heerlen) versus geïntegreerd (Maastricht)). Tevens valt op dat de kosten van de spoedeisende hulp van het azM, ondanks de substantiële daling van het aantal patiënten (zie hoofdstuk 2), nauwelijks zijn veranderd. Het verder integreren van diverse faciliteiten en personeel kan mogelijk leiden tot hogere kostenefficiëntie.

HOOFDSTUK 5

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van een onderzoek naar satisfactie en opinies van huisartsen over de huisartsendienstenstructuur in Maastricht en Heerlen. Het doel was om inzicht te krijgen in tevredenheid van huisartsen en te zien welke factoren daarbij een rol spelen. Tevens is bekeken of er verschillen waren tussen satisfactie en opinies van Heerlense en Maastrichtse huisartsen. Per huisartsenpost is een steekproef van 50 huisartsen getrokken die volgens afspraak telefonisch zijn geïnterviewd. De resultaten laten zien dat huisartsen van de Heerlense dienstenstructuur gemiddeld genomen meer tevreden waren over hun huisartsenpost dan hun collega's van de Maastrichtse huisartsenpost. Tevredenheid over de dienstenstructuur bleek met name samen te hangen met opinies over werkdruk, visie op de poortwachterfunctie van de huisarts en de mening over de diensten als essentieel onderdeel van het huisartsenvak. Nadere analyses lieten zien dat in Maastricht met name de factor werkdruk een grote rol speelt bij tevredenheid. In Heerlen spelen met name de twee andere factoren (de poortwachterfunctie en de diensten als essentieel onderdeel) een rol bij tevredenheid over de huisartsenpost. Samenwerking met medisch specialisten werd hoger gewaardeerd in Maastricht dan in Heerlen. De conclusie van het onderzoek luidt dat huisartsen in de regio's Heerlen en Maastricht over het algemeen tevreden zijn over hun nieuwe dienstenstructuur.

HOOFDSTUK 6

Vóór oprichting van de huisartsenposten werd vaak geopperd dat de nieuwe dienstenstructuur een toename van het aantal patiënten op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis zou veroorzaken. In dit hoofdstuk presenteren we een studie waarbij we het gebruik van eerste- en tweedelijns zorg buiten kantooruren in drie Limburgse regio's (Roermond, Weert en Sittard/Geleen) hebben bestudeerd. Gedurende een vierweekse periode in 2001 (vóór oprichting van de drie huisartsenposten in deze regio's) en tijdens een vierweekse periode in 2002 (ná oprichting van de huisartsenposten) zijn alle patiëntcontacten geanalyseerd. De resultaten van de studie laten zien dat het aantal patiënten dat buiten kantooruren contact heeft met de huisarts na oprichting van de huisartsenpost met ongeveer 10% is gestegen, terwijl het aantal patiënten dat contact heeft met de spoedeisende hulp buiten kantooruren met zo'n 9% is gedaald. Het percentage zelfverwijzers op de afdelingen spoedeisende hulp, na oprichting van de huisartsenposten, was gedaald met 4%. De resultaten van dit

onderzoek wijzen er dus op dat de reorganisatie van de huisartsendienstenstructuren heeft geleid tot een verschuiving in het aantal patiënten dat buiten kantooruren gebruik maakt van medische voorzieningen van de tweede lijn naar de eerste lijn.

HOOFDSTUK 7

In dit hoofdstuk presenteren we een onderzoek naar tevredenheid van patiënten met de huidige huisartsendienstenstructuren. In de periode van maart tot juni in 2003 hebben we zo'n 2800 patiënten van de vijf Limburgse huisartsendienstenstructuren een vragenlijst toegestuurd. De vragenlijst werd binnen drie weken na contact met de huisartsenpost naar de patiënten verzonden. Eenderde van de vragenlijsten werd gestuurd naar patiënten die alleen een telefonisch contact hebben gehad, eenderde naar patiënten die voor een consult op de huisartsenpost zijn geweest en eenderde naar patiënten waarbij de huisarts een visite had afgelegd. Vier weken nadat een 'reminder' was verstuurd, werd telefonisch een korte vragenlijst afgenomen onder een steekproef van 100 niet-responderende patiënten. De analyses zijn per type verrichting uitgevoerd. De respons bedroeg zo'n 42%. Zevenenzestig procent van de patiënten die alleen telefonisch contact hadden gaf aan tevreden te zijn over het contact met de huisartsenpost. Ongeveer 80% van de patiënten die op de post waren geweest of waarbij de huisarts een visite had afgelegd gaf aan tevreden te zijn over het contact met de huisartsenpost. Factoren die sterk samenhangen met tevredenheid hebben betrekking op opinies van patiënten over de attitude van de doktersassistente aan de telefoon, de behandeling van de huisarts en de wachttijd. Concluderend, patiënten blijken gemiddeld wel tevreden over het contact met de huisartsenpost, maar in geval van alleen een telefonische afhandeling is de tevredenheid een stuk lager. De verwachting van de patiënt over het type verrichting (bijvoorbeeld een visite door de huisarts in plaats van een telefonische afhandeling) speelt mogelijk een grote rol bij dit verschil in tevredenheid.

HOOFDSTUK 8

In dit hoofdstuk beschrijven we een onderzoek naar opinies van patiënten en huisartsen over de telefonische triage tijdens de diensten. Telefonische triage is tegenwoordig een belangrijke element binnen de ANW diensten, en wordt gebruikt om de urgentie van de klacht in te schatten en daarop het te volgen beleid af te stemmen. In dit onderzoek

hebben we opinies van patiënten en huisartsen van twee verschillende huisartsendienstenstructuren onderzocht. Bij de ene huisartsenpost werken de triagisten met computerondersteunende beslissingssoftware (TAS) en bij de andere huisartsenpost wordt het triage proces ondersteund met schriftelijke protocollen en de telefoonwijzer van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Ten behoeve van het onderzoek zijn vragenlijsten ontwikkeld en naar een steekproef van patiënten en naar alle participerende huisartsen uit deze regio's gestuurd. In de vragenlijsten wordt specifiek gevraagd naar opinies over diverse aspecten van telefonische triage. Ongeveer 36% van de patiënten en 80% van de huisartsen heeft de vragenlijst teruggestuurd. De resultaten laten zien dat patiënten uit de regio van de huisartsenpost die werkt met TAS gemiddeld meer tevreden zijn over het telefonisch advies, maar minder tevreden over de telefonische bereikbaarheid dan patiënten uit de andere regio. De huisartsen van de huisartsenpost waar TAS wordt gebruikt waren meer tevreden over hun rol als telefoonarts dan hun collega's van de andere huisartsenpost, maar waren even tevreden over de informatie die door de triagist wordt verstrekt om de telefonische afhandeling te kunnen superviseren en accorderen. Huisartsen van beide posten zijn even tevreden over de selectie van consulten en visites. Het lijkt er op dat patiënten meer tevreden zijn over het telefonisch advies wanneer dit gestandaardiseerd is, zoals dat gebeurt bij het TAS systeem.

HOOFDSTUK 9

In hoofdstuk 9 richtten we ons op het zorgproces nadat de patiënt contact heeft gehad met de huisartsenpost. Tot op heden is er zeer weinig bekend over de redenen en omvang van deze vervolgzorg. Door middel van een vragenlijstenonderzoek zijn we nagegaan hoe vaak en met welke reden mensen alsnog binnen een week nadat men de huisartsenpost heeft gecontacteerd de eigen huisarts voor dezelfde klacht bezoeken. Om na te gaan of andere variabelen (o.a. leeftijd, geslacht, ziektekostenverzekering, de mening van de patiënt over de juistheid van de diagnose, en urgentie en ernst van de klacht volgens de patiënt) ook een rol spelen bij het vervolgbezoek aan de eigen huisarts hebben we een logistische regressie uitgevoerd. De gegevens van dit onderzoek zijn verzameld met behulp van de vragenlijst die is verstrekt aan patiënten beschreven in hoofdstuk 7. Ongeveer 42% van de vragenlijsten is teruggestuurd. In totaal gaf 48% van de respondenten aan binnen een week na contact met de huisartsenpost naar de eigen huisarts te zijn gegaan. Slechts 20% gaf aan dat dit was op verwijzing of advies van de huisarts of doktersassistent van de

huisartsenpost. Overige redenen voor het bezoek aan de eigen huisarts waren: verergering van de klachten en bezorgdheid over de klacht. Andere variabelen die samenhangen met het bezoek aan de eigen huisarts zijn: de mening van de patiënt over de juistheid van de diagnose, type zorgverzekering en de ernst van de klacht volgens de mening van de patiënt. Hoewel de matige respons de generaliseerbaarheid van deze resultaten beperkt, wijst deze studie erop dat een substantieel deel van de patiënten naar de eigen huisarts teruggaat voor dezelfde klacht als waarmee ze de huisartsenpost hebben gecontacteerd. Deze studie is een eerste stap om inzicht te krijgen in de omvang en redenen van vervolgzorg.

HOOFDSTUK 10

In dit hoofdstuk presenteren we een algemene discussie van de resultaten en methodologische aspecten van de studies zoals die zijn beschreven in dit proefschrift. De relevantie van de resultaten wordt bediscussieerd en aanbevelingen voor de organisatie van de huisartsenzorg buiten kantooruren en toekomstig onderzoek worden gegeven. Tevens wordt stilgestaan bij toekomstige ontwikkelingen op het gebied van de ANW diensten. De resultaten in dit proefschrift laten zien dat het geïntegreerde model mogelijkheden biedt om op effectieve wijze een substantieel van de patiënten die, volgens onderzoek, onterecht op de spoedeisende hulp terecht zijn gekomen, in de eerste lijn te behandelen. Dit impliceert dat deze organisatievorm voorwaardelijk is voor een optimale poortwachterfunctie van de huisarts. Het voordeel van dit specifieke model is dat de eerstelijns en tweedelijns zorg op een locatie geconcentreerd zijn wat helderheid voor patiënten geeft over waar ze moeten zijn voor medische klachten buiten kantooruren. Tevens biedt de nauwe samenwerking tussen de spoedeisende hulp en de huisartsenpost een kans om op individueel niveau van zorgverleners ook een sterkere samenwerking te bewerkstelligen. Bijvoorbeeld op het gebied van expertise uitwisseling, afstemming van zorgtaken en begripsvorming over elkaanders werkwijzen. Andere belangrijke aspecten van huisartsenzorg buiten kantooruren, zoals telefonische triage, efficiëntie van vervolgzorg, opleidingen voor huisartsen en triagisten, et cetera, verdienen intensieve aandacht van beleidsmakers, professionals en onderzoekers in deze sector van de zorg om het systeem van diensten te optimaliseren.