

# linh

*lhv nhg nivel wok*



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in samenwerking met het LHV, NHG en WOK in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (*Haalbaarheidsstudie Landelijk Informatienetwerk Huisartsenposten (LINHAP)*, R. Verheij, D. Somai, W. Tiersma, P. Giesen, H. van den Hoogen, NIVEL 2005) worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

## **Haalbaarheidsstudie Landelijk Informatienetwerk Huisartsenposten (LINHAP)**

R.A. Verheij  
D. Somai  
W. Tiersma  
P. Giesen  
H. van den Hoogen

ISBN 90-6905-759-x

© NIVEL 2005

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of welke ander wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

## Inhoudsopgave

	<b>Voorwoord</b>	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1	Het ontstaan van huisartsenposten	7
1.2	Belang van het onderzoek	8
1.3	Vraagstelling	10
<b>2</b>	<b>Methoden</b>	<b>11</b>
2.1	Selectie van huisartsenposten	11
2.2	Methode	11
<b>3</b>	<b>Welke gegevens worden geregistreerd?</b>	<b>13</b>
3.1	Contact- en oproepgegevens	13
3.2	Patiëntgegevens	14
<b>4</b>	<b>Aantallen contacten</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>Populatie, verzorgingsgebieden</b>	<b>17</b>
<b>6</b>	<b>Personele bezetting</b>	<b>19</b>
<b>7</b>	<b>Zorggebruik</b>	<b>21</b>
7.1	Omvang gebruik	21
7.2	Welke patiënten?	21
7.3	Urgentie	24
7.4	Soort contact	25
<b>8</b>	<b>Werklastindicatoren</b>	<b>27</b>
<b>9</b>	<b>Indicatoren voor de kwaliteit van de zorg</b>	<b>29</b>
<b>10</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>31</b>
10.1	Zorggebruik, ‘productiecijfers’	32
10.2	Werklastindicatoren	33
10.3	Kwaliteit	33
10.4	Afstemming met SEH en huisartspraktijk	34
10.5	Monitoring morbiditeit, volksgezondheid	35
10.6	Een blik in de toekomst	35
	<b>Literatuur</b>	<b>37</b>
	<b>Bijlage 1 Overzicht van de wel en niet geregistreerde gegevens (stand 2003) en de bruikbaarheid ervan voor een LINHAP</b>	<b>39</b>



## Voorwoord

Hoewel huisartsenposten een steeds belangrijker rol spelen in de gezondheidszorg, is informatie over de aard en omvang van deze zorg versnipperd en niet landelijk representatief.

Het NIVEL heeft daarom het initiatief genomen om samen met het Centre for Quality of Care Research (WOK) na te gaan in hoeverre het mogelijk is met routinematig geregistreerde gegevens een registratienetwerk op huisartsenposten (LINHAP) op te zetten. Samen met het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH), waarin beide instituten reeds samenwerken, zou dit LINHAP het beeld van de huisartsenzorg in Nederland verder completeren. Dit onderzoek zet de eerste verkennende stap in de richting van een LINHAP.

De onderzoekers danken de medewerkers van de deelnemende huisartsenposten voor hun medewerking en het vertrouwen dat zij in de onderzoekers hebben gesteld.

Het onderzoek is uitgevoerd met een financiële bijdrage van de Landelijke Huisartsen Vereniging.

dr. RA Verheij, projectleider

Utrecht, oktober 2005



# 1 Inleiding

In dit onderzoek gaan we na in hoeverre het mogelijk is om informatie te genereren aan de hand van *routinematig* op de huisartsenpost vastgelegde gegevens over de *aard* en de *omvang* van de zorg die verleend wordt op huisartsenposten.

Het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (Verheij et al., 2005) geeft sinds midden jaren '90 een representatief beeld van de zorg in de reguliere huisartsenzorg in Nederland. De deelnemende huisartsen registreren routinematig van ieder contact de diagnose, eventuele verwijzingen en de medicatie. Dit levert een schat aan gegevens op, die veelvuldig voor onderzoek wordt gebruikt.

Sinds begin jaren '90 nemen huisartsenposten echter een steeds belangrijker plaats in binnen de huisartsenzorg. Informatie over de aard, kwaliteit en omvang van de zorgverlening in huisartsenposten<sup>1</sup> is op dit moment versnipperd, en een representatief beeld van de situatie in Nederland ontbreekt totaal.

## 1.1 Het ontstaan van huisartsenposten

Met de komst van huisartsenposten is de organisatie van de huisartsgeneeskundig zorg buiten kantooruren sterk veranderd. Deze ontwikkeling van kleinschalige waarneemgroepen naar grootschalige huisartsenposten vertoont sterke gelijkenis met Engeland en Denemarken, waar deze ontwikkeling veel eerder in gang is gezet (Schuller et al., 1996). De positieve uitstraling hiervan maakte dat in Nederland tussen 1998 en 2000 enkele huisartsenposten werden opgericht die sterk op elkaar leken en die grote overeenkomsten vertoonden met het Engelse en Deense systeem. Sinds januari 2003 is meer dan 90 procent van de huisartsen aangesloten bij een centrale huisartsenpost (Silderhuis et al., 2004) De ontwikkeling om over te schakelen naar grootschalige huisartsenposten is door de huisartsen zelf in gang gezet. De belangrijkste reden hiervoor was de wens van huisartsen om de werkbelasting te verminderen, het verbeteren van de arbeidsomstandigheden, en de wens tot verbetering van kwaliteit van zorg.

Box 1 toont enkele gemeenschappelijke kenmerken van huisartsenposten (Giesen, 2004).

---

<sup>1</sup> Wij gebruiken in dit rapport steeds de term huisartsenpost voor de organisatie die de huisartsenzorg in avond-, nacht en weekend organiseert.

## Box 1. Kenmerken huisartsenposten

- centraal gelegen goed bereikbare en zichtbare post
- alle werkzaamheden vinden plaats vanuit de centrale post
- grootschaligheid met te bedienen populaties van 100.000 tot 500.000 patiënten
- ondersteuning door personeel: coördinatie, medisch personeel, chauffeurs
- volledig uitgeruste dienstauto en spreekkamer
- uitgebreide telecommunicatie en elektronisch patiëntendossier
- huisartsen hebben een sturende en een medisch uitvoerende functie

Waar vroeger acht tot tien huisartsen bereikbaar waren voor 150.000 patiënten doen nu in de nieuwe structuur één of twee huisartsen dienst voor dezelfde populatie. De huisartsen worden bijgestaan door een auto met chauffeur en één of meerdere doktersassistenten. De diensten voor de huisartsen worden wel intensiever maar men hoeft beduidend minder diensten te draaien. Die diensten zijn bovendien ook opgesplitst waardoor de duur van een dienst bekort wordt tot zeven a negen uur (Schuller et al., 1996; Giesen, 2004).

In de huisartsenpost is er een prominente rol weggelegd voor de doktersassistenten. Voorheen fungeerde vaak de echtgeno(o)t(e) van de huisarts als telefonische achterwacht tijdens de dienst. In andere gevallen maakte de huisarts gebruik van een boodschappen-dienst (Giesen, 2004). Op de huisartsenpost, daarentegen, speelt de assistente onder supervisie van de huisarts een sleutelrol in de telefonische triage. Ze zorgt dat de hulpvraag op de juiste plek en bij juiste hulpverlener terecht komt. Een deel van de oproepen wordt door de assistente zelf afgehandeld. In de overige gevallen heeft de assistente de keuze tussen een telefonisch consult door de huisarts, een consult op de centrale huisartsenpost of een visite.

## 1.2 Belang van het onderzoek

In dit onderzoek verkennen we de mogelijkheden voor het genereren van:

- representatieve gegevens
- over de aard (soorten contacten, urgentie, gepresenteerde gezondheidsproblemen ed.)
- de omvang (contactfrequenties, werklust)
- en de kwaliteit

van de zorg die verleend wordt op huisartsenposten.

Deze gegevens leveren bedrijfsinformatie voor de huisartsenposten zelf, en zijn van belang voor alle partijen die betrokken zijn bij de afstemming tussen verschillende zorgverleners in de spoedeisende zorg.

### *Bedrijfsinformatie voor de huisartsenposten zelf*

Voor de huisartsenposten zelf is het belangrijk om bedrijfsinformatie over aantallen contacten, contactfrequenties, aard van de contacten, gepresenteerde gezondheidsproblemen, verwijzingen en prescriptie te kunnen vergelijken met dezelfde gegevens uit andere huisartsenposten. Een relatief hoge contactfrequentie kan bijvoorbeeld aanleiding



zijn voor een huisartsenpost om te kijken of de afstemming met de reguliere huisartsenzorg verbeterd kan worden. De informatie uit een LINHAP stelt de posten dus in staat tot betere planning van de interne bedrijfsprocessen, ze kan worden gebruikt voor externe verantwoording (verzekeraars, overheid) en voor verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

#### *Belang voor afstemming tussen verschillende zorgverleners*

Voor de SEH's en reguliere huisartsenzorg bestaan registratiesystemen die inzicht geven in contactfrequenties, patiëntenpopulaties, epidemiologie, medicatie en verwijzingen. Voor de huisartsenposten is er thans geen landelijk representatief registratiesysteem, terwijl deze informatie wel van belang is voor verbetering van de afstemming tussen verschillende partners in de keten van spoedeisende zorg (Grol et al., 2005).

In hoeverre is er bijvoorbeeld sprake van een 'aanzuigende werking' van huisartsenposten ten opzichte van de reguliere huisartsenzorg (de huisartsenpost als 'avondwinkel'). Aan de andere kant van het zorgspectrum kan sprake zijn van substitutie tussen spoedeisende hulp in ziekenhuizen en de huisartsenposten. Een registratiesysteem in huisartsenposten moet het mogelijk maken om na te gaan of dergelijke substitutie plaatsvindt en in welke richting. Het is een belangrijk instrument om zicht te krijgen op de afstemming tussen verschillende zorgverleners.

Het LINHAP (Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenposten) zou tezamen met het reeds bestaande LINH (Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (Verheij et al., 2005)) een compleet beeld geven van de huisartsenzorg in Nederland. Het zou dan bijvoorbeeld mogelijk zijn om morbiditeit en zorggebruik van patiënten vóór en na het bezoek aan de huisartsenpost in kaart te brengen. Tezamen met de registratie in de spoedeisende hulp (Letsel Informatie Systeem (St. Consument en Veiligheid, 2005)) zou er een completer beeld ontstaan van de zorgverlening in de spoedeisende keten.

Dit type informatie is van belang voor alle instanties die betrokken zijn bij planningsprocessen rondom spoedeisende zorg: zorgverzekeraars en aanbieders. Deze informatie stelt hen in staat gefundeerde keuzes te maken en geeft inzicht in de uitkomsten van die keuzes.

#### *Belang voor monitoring morbiditeit en veranderingen daarin*

Gegevens over de gezondheidsproblemen op de huisartsenpost geven informatie over de volksgezondheid. Net als de reguliere huisartsen praktijk en de SEH's, is de huisartsenpost de eerste plek waar mensen met klachten de gezondheidszorg binnenkomen. Op dit moment kan men feitelijk alleen gebruik maken van gegevens uit de reguliere huisartspraktijk voor het meten van (veranderingen in) de volksgezondheid. Informatie uit de huisartsenposten is hierop een belangrijke aanvulling.

#### *Belang voor monitoring kwaliteit van zorg*

Gegevens uit de huisartsenposten geven potentieel belangrijke informatie over de kwaliteit van zorg bij acute problemen.

### 1.3 Vraagstelling

Deze studie geeft antwoord op de vraag:

*In hoeverre is het mogelijk valide en betrouwbare informatie te genereren op basis van routinematig verzamelde gegevens over de aard en omvang en kwaliteit van de zorgverlening op huisartsenposten?*

Bij de beantwoording van deze vraag komen de onderstaande deelvragen aan de orde.

1. *Welke gegevens worden thans routinematig in huisartsenposten geregistreerd?*  
Wij gaan bij de beantwoording van deze vraag niet alleen in op de technische mogelijkheden om zaken te registreren, maar ook op de mate waarin die mogelijkheden worden gebruikt. Het kan bijvoorbeeld technisch mogelijk zijn om bij een bepaald patiëntcontact de urgentie te registreren, terwijl dat in de praktijk feitelijk niet gebeurt.
2. *In hoeverre is het mogelijk om met de beschikbare gegevens informatie te genereren over de aard en de omvang van het gebruik van zorg op de huisartsenpost?*  
Bij het beantwoorden van deze vraag gaan we bijvoorbeeld in op het aantal contacten per 1000 patiënten in het verzorgingsgebied. De bruikbaarheid van de registratiegegevens bekijken we door tussen posten te vergelijken en daarmee mogelijke valkuilen te identificeren.
3. *In hoeverre is het mogelijk om met deze gegevens informatie te genereren over de werklust op huisartsenposten?*  
Informatie over de werklust op huisartsenposten is te verkrijgen door bijvoorbeeld aantallen contacten te relateren aan de personele bezetting op de posten. De betrouwbaarheid van de gegevens bekijken we door te vergelijken tussen de posten en zo mogelijke valkuilen te identificeren.
4. *In hoeverre is het mogelijk om met deze gegevens informatie te genereren over de kwaliteit van de zorg op de huisartsenpost?*  
Gegevens over de aard van de aangeboden gezondheidsproblemen en over de daarop volgende behandeling maken het wellicht mogelijk om uitspraken te doen over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Deelvraag 1 wordt uitgewerkt in hoofdstuk 3. Deelvragen 2, 3 en 4 worden uitgewerkt in de hoofdstukken 4 tot en met 9. We gaan daarbij eerst in op de omvang van de productie (4), de omvang van het werkgebied (5) en de personele bezetting (6), om uiteindelijk in hoofdstuk 7 te komen tot indicatoren voor zorggebruik en in hoofdstuk 8 tot indicatoren voor werklust. In hoofdstuk 9 gaan we in op mogelijke indicatoren voor de kwaliteit van zorg.

## 2 Methoden

### 2.1 Selectie van huisartsenposten

Medio 2003 zijn vier huisartsenposten benaderd voor dit onderzoek. Bij de selectie van deze vier is gestreefd naar variatie in de gebruikte registratiesoftware en variatie in stedelijkheid van de omgeving van de huisartsenposten. Daarnaast is gekozen voor vier huisartsenposten waarvan werd aangenomen dat ze min of meer voorop liepen voor wat betreft de volledigheid en kwaliteit van hun registratie. Vanwege het beperkte budget was het niet mogelijk meer dan vier posten in het onderzoek te betrekken. De uitkomsten van dit onderzoek zijn dus niet representatief voor Nederland, maar geven wel een beeld van de *mogelijkheden* om op basis van routinematig vastgelegde gegevens een valide en betrouwbaar beeld te scheppen van de zorg op huisartsenposten in Nederland.

Uiteindelijk zijn de volgende huisartsenposten bereid gevonden aan het onderzoek mee te doen:

- Centrale Huisartsenpost A-stad, gevestigd in een grote stad met 1 locatie en twee sublocaties (A-dorp1 en A-dorp2)
- Centrale Huisartsenpost B-stad, gevestigd in een middelgrote stad met 1 centrale en twee sublocaties (B-dorp1 en B-dorp2).
- huisartsenpost C-stad, gevestigd in een kleine stad, geen sublocaties.

Een vierde huisartsenpost gevestigd in een grote stad (D-stad), met diverse sublocaties, heeft wel meegedaan met de inventarisatie van beschikbare gegevens, maar heeft uiteindelijk afgezien van het feitelijk beschikbaar stellen van gegevens.

Met de betrokken huisartsenposten is afgesproken dat zij niet met naam genoemd zouden worden.

### 2.2 Methode

De inventarisatie van beschikbare gegevens vond plaats in gesprekken met sleutelfiguren bij de huisartsenposten. In deze gesprekken werd gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde lijst van aandachtspunten, waarin het er vooral om ging antwoord te krijgen op de vraag wat door wie op welk moment van het zorgverleningproces werd geregistreerd. Verder is gebruik gemaakt van jaarverslagen, codeboeken en bestandspecificaties.

Na de inventarisatieronde zijn de huisartsenposten verzocht een geanonimiseerd gegevensbestand te leveren met daarin alle contacten in 2003, met van ieder contact een aantal kenmerken:

Een uniek, anoniem identificatienummer van de betrokken patiënt (waarmee verschillende contacten van één patiënt aan elkaar geplakt kunnen worden), leeftijd patiënt, geslacht patiënt, verzekeringsvorm patiënt, postcodegebied (4-posities) woonadres patiënt, locatie

waar het contact plaatsvond (welke huisartsenpost locatie), type contact (visite, consult, telefonisch), urgentie van het contact en datum en tijd van het contact.

De bezochte huisartsenposten gebruikten verschillende softwarepakketten. In het onderzoek waren posten betrokken met software van Adastra, Uzorg en Webhis Call Manager. De systemen verschillen enigszins in het gemak waarmee gegevens voor onderzoek geleverd kunnen worden. In één van de posten moest de leverancier om assistentie worden gevraagd, in twee was de eigen systeembeheerder in staat de gewenste *queries* te draaien. D-stad zag uiteindelijk af van het feitelijk leveren van gegevens doordat de benodigde menskracht elders nodig was (reorganisatie).

De gegevens werden geleverd in de vorm van excel tabellen, die later werden ingelezen en geanalyseerd met behulp van SPSS.

### 3 Welke gegevens worden geregistreerd?

Achtereenvolgens gaan we hieronder na welke gegevens er routinematig worden vastgelegd over de patiënten die contact opnemen met de post; over de gepresenteerde klachten en afhandeling daarvan; over verwijzing en of medicatie; over de wijze waarop de gegevens uiteindelijk verkregen zijn.

#### 3.1 Contact- en oproepgegevens

In principe wordt iedere oproep op de huisartsenposten geregistreerd. Hieronder gaan wij in op de gegevens die over ieder contact worden vastgelegd (NB het betreft de situatie in 2003).

*Soort contact* – Soort contact wordt op alle posten in een apart veld in het registratiesysteem vastgelegd. Er zijn echter verschillen in de gebruikte categorieën die het moeilijk maken om contacten bij elkaar op te tellen en om vergelijkingen te maken. Eén post hanteert de categorieën 'consult', 'herhaalrecept', 'telefonisch consult' en 'visite'. Een andere post onderscheidt ook 'advies doktersassistente', 'ambulance', 'arts belt terug' en 'consult op basis'.

*Hulpvraag* – De hulpvraag wordt altijd geregistreerd, in eerste instantie door de assistente. Dit gebeurt door het vullen van een S-regel in een SOEP systeem<sup>2</sup>. Het betreft hier altijd vrije tekst, er wordt geen gebruik gemaakt van een codeersysteem. De arts kan vervolgens deze S-regel aanpassen of eventueel een eigen S-regel aanvullen.

*Diagnose* – Diagnoses worden geregistreerd op E-regels. Hierbij wordt echter geen codeersysteem gebruikt, maar vrije tekst. Sommige individuele artsen gebruiken wel ICPC coderingen, omdat zij dat in hun eigen praktijk gewend zijn, maar dit is geen gemeengoed. In zeker één post is het registratiesysteem wel voorzien van een ICPC thesaurus die het ICPC coderen zou vergemakkelijken.

*Verrichtingen* – Wát er precies op de huisartsenposten gebeurt wordt niet systematisch geregistreerd. Er is geen codeersysteem voor verrichtingen. Wel wordt doorgaans vastgelegd of en zo ja welke geneesmiddelen er zijn voorgeschreven.

*Urgentie* – Bij één huisartsenpost wordt er géén gebruik gemaakt van een gecodeerde urgentierubriek. Bij de overige wel, maar deze wordt niet altijd betrouwbaar ingevuld en er worden op verschillende posten verschillende urgentiecategorieën gehanteerd.

---

<sup>2</sup> Het SOEP-systeem is een middel om systematisch gegevens te registreren rondom een contact met de huisarts. S staat voor subjectief (de klacht waar de patiënt mee komt), O staat voor objectief (meetwaarden), E staat voor evaluatie (een diagnose), en P staat voor plan (bijvoorbeeld medicatie).

*Datum, tijd* – De datum en tijd van de oproep wordt altijd standaard geregistreerd. Ook de locatie van het contact wordt standaard bij alle vier de posten geregistreerd.

*Locatie* – Veel huisartsenposten werken vanaf verschillende locaties. De locatie waar het contact plaatsvond wordt op alle onderzochte posten systematisch bijgehouden. In een van de posten is ook sprake van de locatie ‘auto’. Dit zijn oproepen die zijn binnengekomen op de centrale locatie, en vervolgens doorgeseind naar de dienstauto.

*Responstijd* – Op drie van de vier posten wordt de responstijd vastgelegd. De manier waarop dat gebeurt, verschilt echter tussen de posten, zodat vergelijkingen niet mogelijk zijn. Soms wordt geregistreerd hoelang het duurt alvorens de telefoon wordt opgenomen, soms ook hoeveel tijd er is tussen eerste contact (inschrijving aan de telefoon door dokters-assistente) tot vervolcontact.

*Herkomst van de oproep* – Bij geen van de posten wordt systematisch, in een apart veld, vastgelegd waar de oproep vandaan kwam (bijvoorbeeld inloop, via ambulance, politie).

*Prescriptie* – Bij twee huisartsenposten worden recepten via een aparte module vastgelegd, waarbij het soms mogelijk is om een ICPC code in te vullen. Verder wordt er bij één huisartsenpost vastgelegd of er wel of niet een recept is voorgeschreven maar er wordt niet vastgelegd wat er is voorgeschreven. Bij weer een andere post worden voorschriften meestal maar niet altijd vastgelegd. Het is onduidelijk in welke vorm. En tenslotte is er een huisartsenpost waar medicatie als vrije tekst op de P-regel wordt genoteerd.

*Verwijzingen* – Verwijzingen (voorzover ze al plaatsvinden), worden niet op een systematische manier vastgelegd, hooguit als tekst op een P-regel. Bij één huisartsenpost werd rechtsreeks doorverwezen naar de SEH, eventueel met gebruik van een ambulance. Bij een andere huisartsenpost bleken er vergevorderde plannen te bestaan om centrale huisartsenpost en SEH te integreren. In geen van de registraties wordt op dit moment op een gestandaardiseerde manier bijgehouden welke patiënten er naar de SEH worden doorgestuurd.

## **3.2 Patiëntgegevens**

Alle huisartsenposten in dit onderzoek registreren van iedere patiënt geboortedatum, geslacht en verzekeringsvorm. Verder wordt ook postcode geregistreerd en er wordt aangegeven bij welke huisarts(enpraktijk) de patiënt staat ingeschreven. Deze gegevens worden bij binnenkomst van de patiënt geregistreerd. Bij een aantal posten hebben verzekeraars hun patiëntenbestanden aan de posten geleverd, zodat de patiënt gegevens bij een oproep alleen nog maar hoeven te worden geverifieerd en aangevuld. Sommige huisartsenposten hebben de deelnemende huisartsen gevraagd om hun patiëntbestanden. Bij die posten zijn dus de meeste patiënten in het verzorgingsgebied bekend. Wanneer een patiënt belt, hoeven de gegevens ook alleen nog maar aangevuld en geverifieerd te worden. Geregistreerde patiënten worden niet uitgeschreven.

## 4 Aantallen contacten

Tabel 1 toont het aantal patiëntcontacten dat plaatsvond in elk van de drie onderzochte posten en de verdeling ervan over verschillende diensten. A-stad is van de drie de grootste, met ruim 100.000 contacten per jaar.

De toedeling van contacten aan elk van de drie onderscheiden diensten heeft plaatsgevonden op basis van het tijdstip waarop het contact plaatsvond. Deze komt niet altijd overeen met de indeling die de post er zelf op na houdt. De verdeling van de contacten over de verschillende diensten is nagenoeg gelijk. De meeste contacten vinden plaats gedurende de avonddiensten.

Tabel 1: Totaal aantal contacten en procentuele verdeling over verschillende diensten (2003)

	A-stad <sup>§</sup>	B-stad <sup>#</sup>	C-stad
Totaal aantal contacten	107.128	37.160	59.799
Weekenddienst overdag	38,2%	35,1%	37,9%
Avonddienst (17.00-23.00 uur)	47,1%	48,8%	46,9%
Nachtdienst (23.00-08.00 uur)	14,8%	16,1%	15,2%

<sup>#</sup> Exclusief B-dorp2 en B-dorp1.

<sup>§</sup> Geschatte aantal contacten in een jaar op basis van gegevens over drie kwartalen.

Bij deze relatief eenvoudige gegevens zijn de volgende kanttekeningen te maken:

*A-stad* – In het tweede kwartaal van 2003 werd een nieuwe locatie toegevoegd aan de reeds bestaande. Dit had ook voor de bestaande locaties gevolgen voor aantallen contacten en verzorgingsgebieden. Daardoor waren de gegevens van het eerste kwartaal niet goed vergelijkbaar met die van de rest van het jaar. We hebben daarom de eerste drie maanden van het jaar buiten beschouwing gelaten. Om de cijfers toch te kunnen vergelijken met die van de andere posten (wel over een volledig jaar), zijn de aantallen contacten vermenigvuldigd met 1,33 om toch tot jaarcijfers te komen.

*B-stad* – Voor B-stad is besloten om de locaties B-dorp2 en B-dorp1 niet mee te nemen in de analyses. B-dorp1 doet namelijk eigen diensten in de avonden en weekenden. B-dorp2 doet zelf de weekenden. In de nachtdiensten doen zowel B-dorp1 en B-dorp2 mee. Bij vergelijkingen tussen huisartsenposten leidt dit tot problemen omdat tellers en noemers steeds zijn gebaseerd op verschillende populaties. Het cijfer in Tabel 1 is dus alleen voor de locatie in B-stad.

Hierbij moet er wel een kanttekening gemaakt worden. In het B-stad gegevensbestand worden ook contacten onderscheiden met de locatie 'auto'. De auto's horen in principe bij

de locatie B-stad. B-dorp1 en B-dorp2 hebben hun eigen visiteauto's. Alleen in de nachtdienst maken ook B-dorp2 en B-dorp1 gebruik van de auto's uit B-stad. Uit de data is niet te achterhalen of in de nachtdiensten de auto wordt ingezet voor een patiënt uit de regio B-dorp2 dan wel B-dorp1 of B-stad. Concreet wil dit zeggen dat het totaal aantal contacten zoals in de tabel weergegeven een lichte overschatting is. Het effect hiervan is echter verwaarloosbaar, de locatie ;'auto' staat vermeld in minder dan 1 procent van de contacten, en daarvan zal maar een klein gedeelte betrekking hebben op patiënten in B-dorp1 of B-dorp2.

*C-stad* – Mede omdat C-stad in 2003 slechts 1 locatie had, was het bij de gegevens uit C-stad niet noodzakelijk om de data te bewerken.

*Definities van verschillende diensten* – De definities van verschillende diensten verschillen per huisartsenpost. In bovenstaande tabel zijn de gegevens omgerekend naar standaarddiensten: avonddiensten lopen van 17:00 tot 23:00, de nachtdiensten van 23:00 tot 08:00 en de weekenddiensten van 08:00 tot 17:00.



## 5 Populatie, verzorgingsgebieden

Net als bij huisartspraktijken, zegt een totaal aantal contacten weinig over het gebruik van zorg. Dergelijke cijfers gaan pas leven als je ze kunt vergelijken. Dat gebeurt vaak door ze te relateren aan populaties. In de reguliere huisartspraktijken wordt daarvoor het aantal ingeschreven patiënten gebruikt. Bij huisartsenposten is geen sprake van inschrijving, dus moeten andere oplossingen bedacht worden.

In principe is het mogelijk om gebruik te maken van twee bronnen van gegevens voor het bepalen van de omvang van het verzorgingsgebied:

- Opgaven van de huisartsen die deelnemen aan de dienstenstructuur over het aantal in hun praktijk ingeschreven patiënten.
- Bevolkingsaantallen van postcodegebieden of gemeenten

Het gebruik van gegevens van gemeenten, en liefst postcodes heeft de voorkeur. Dit heeft als voordeel dat er direct aanvullende gegevens kunnen worden gekoppeld over bijvoorbeeld het aantal allochtonen, stedelijkheid, of de leeftijd- en geslachtsamenstelling. Deze gegevens zijn bij het CBS op te vragen<sup>3</sup>. Bij gebruik van de opgaven van huisartsen is er bovendien het gevaar van onderschatting. Huisartsen zullen wellicht geneigd zijn hun patiëntenpopulatie wat conservatief in te schatten omdat zij diensten moeten draaien naar rato van hun patiëntenaantal.

Tabel 2 toont de omvang van de verzorgingsgebieden van de posten. A-stad is veruit de grootste van de drie.

Tabel 2: Aantal inwoners in de drie verzorgingsgebieden (2003)

	Aantal inwoners van het verzorgingsgebied
A-stad	405.000
B-stad <sup>s</sup>	150.000
C-stad	263.000

<sup>s</sup> Exclusief B-dorp2 en B-dorp1 (samen plm 50.000 inwoners).  
Bron: jaarverslagen.

Bij deze tabel zijn de volgende opmerkingen te maken.

<sup>3</sup> Het NIVEL heeft voorjaar 2005 een convenant gesloten met het CBS waarbinnen een dergelijke aanvraag van gegevens past.

*Verzorgingsgebied verschilt per dienst* – Een complicerende factor bij het bepalen van verzorgingsgebieden is dat het verzorgingsgebied kan variëren afhankelijk van de dienst. Dit is het geval in B-stad waar de locaties B-dorp2 en B-dorp1 in bepaalde diensten apart draaien en in de nachtdiensten weer worden aangestuurd door B-stad.

*Veranderingen in verzorgingsgebieden* – Veranderingen in de verzorgingsgebieden zorgen voor verdere complicaties. In het jaar 2003 werkte de centrale huisartsenpost A-stad vanuit drie locaties. Dat zijn de posten gevestigd in A-stad, A-dorp1 en A-dorp2. De post A-dorp2 is vanaf 1 april 2003 operationeel. De locatie A-stad bedient ongeveer 215.000 inwoners, A-dorp1 en A-dorp2 bedienen elk ongeveer 95.000 inwoners. B-stad werkt vanuit drie locaties waarbij de centrale locatie de meeste patiënten bedient ( $\pm$  150.000). De locaties B-dorp1 en B-dorp2 bedienen in totaal ongeveer 50.000 patiënten. De huisartsenpost C-stad werkt vanuit één locatie.

## 6 Personele bezetting

Tabel 3 toont het aantal dienstdoende huisartsen per dienst zoals weergegeven in de jaarverslagen van B-stad en A-stad. Voor het berekenen van de totale bezetting voor het totale verzorgingsgebied A-stad zijn de aantallen huisartsen die op de verschillende locaties dienst doen bij elkaar opgeteld. Bij B-stad geldt dat dit de huisartsen zijn die op de locatie B-stad dienst doen. De huisartsen die in B-dorp2 en B-dorp1 dienst doen zijn niet meegenomen.

Tabel 3: Aantal ingeroosterde huisartsen per dienst (2003).

Bezetting/soort dienst	A-stad	B-stad (excl. B-dorp1 en B-dorp2) <sup>@</sup>
Avonddienst van 17:00 tot 23:00	8	2 <sup>s</sup>
Nachtdienst van 23:00 tot 8:00	4	2 <sup>s</sup>
Weekenddagdienst van 8:00 tot 17:00	10	4
Weekendavonddienst 17:00-23:00	9	

<sup>s</sup> Naast de twee actief beschikbare artsen tijdens avond- en nachtdienst is er een reserve-arts (die slechts zelden wordt opgeroepen).

<sup>@</sup> In B-stad is geen onderscheid in bezetting tussen weekendavonddienst of een gewone avonddienst.

Het jaarverslag van C-stad bevatte geen informatie over de personele bezetting op het niveau van diensten. Persoonlijke communicatie leidde tot tabel 4. De indeling in diensten wijkt af van die in A-stad en B-stad.

Tabel 4: Aantal ingeroosterde huisartsen per dienst op huisartsenpost C-stad

	Aantal ingeroosterde artsen
<b>Zaterdag en feestdagen</b>	
07.45 - 15.45 uur	5
15.15 - 23.15 uur	5
08.45 - 15.15 uur	1
11.45 - 18.15 uur	1
<b>Zondag</b>	
07.45 - 15.45 uur	5
15.15 - 23.15 uur	5
09.45 - 18.15 uur	1
<b>Nachtdienst</b>	
22:45 – 08:00	3
<b>Nachtdienst weekend en feestdagen</b>	
22.45 - 08.15 uur	3
<b>Avonddienst</b>	
18.00 - 23.15 uur	3
18.00 - 00.15 uur	2

Uit bovenstaande blijkt dat het niet eenvoudig is om de bezetting te bepalen voor de tijden zoals die aangegeven zijn in tabel 6. Bij de ene post is er een indeling van avond, nacht en weekenddag en bij de andere is daarboven ook nog een weekendavonddienst. Daarbij komt nog bij dat de tijden van de diensten ook niet overal gelijk zijn. Alleen de tijden van nachtdiensten (elke dag) zijn bij de drie onderzochte huisartsenposten vrijwel gelijk (van ongeveer elf uur 's avonds tot ongeveer acht uur 's ochtends). De tijden van de overige diensten verschillen tussen de posten. Dat maakt vergelijken moeilijk.

Aan het probleem van de verschillende definities van de diensten is wel iets te doen, door voor iedere post voor een bepaalde tijdseenheid (bijvoorbeeld een uur) de personele bezetting vast te stellen en deze vervolgens om te rekenen naar standaard avond- nacht- en weekeinddiensten. Voor deze pilotstudy hebben we dat niet gedaan. Werklastindicatoren (zie pagina 27) hebben we alleen uitgerekend voor de nachtdienst; de enige dienst waarvan de tijden ongeveer overeenkomen tussen de posten.

## 7 Zorggebruik

In dit hoofdstuk kijken we naar een aantal indicatoren voor zorggebruik, zowel ten aanzien van de totale aantallen contacten, als de aantallen contacten per dienst.

### 7.1 Omvang gebruik

Tabel 5 toont het aantal contacten per 1000 inwoners voor de drie posten. A-stad heeft de meeste contacten per 1000 inwoners, maar de verschillen zijn klein, ook als we het totaal aantal contacten uitsplitsen naar de verschillende diensten. Veruit de meeste contacten vinden plaats tijdens de avonddiensten.

Tabel 5: Aantal contacten per 1000 inwoners per dienst (2003)

Contacten tijdens:	A-stad*	B-stad	C-stad
Weekenddienst	100,7	87,0	86,3
Avonddienst	124,2	120,8	106,6
Nachtdienst	38,9	39,9	34,5
Totaal aantal contacten	264,5	247,7	227,4

\* Bij A-stad zijn de gegevens over de eerste drie kwartalen geëxtrapoleerd naar jaarcijfers.

### 7.2 Welke patiënten?

#### *Verdeling naar leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm*

Gemiddelde leeftijd van de patiënten ligt rond de 35 jaar. Verder is het zo dat iets meer vrouwen dan mannen contact zoeken. De meerderheid van de patiënten is ziekenfonds verzekerd. Het is opvallend dat ruim 20 procent van de contacten gegenereerd wordt ten behoeve van 0 tot 10 jarigen. Dit is iets meer dan het percentage contacten voor 60 plus-sers. De posten verschillen nauwelijks op deze punten.

Tabel 6: Leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm van de hulpvragers in percentages van het totaal aantal contacten (2003)

	A-stad* N=80.346	B-stad N= 37.160	C-stad N= 59.799
<b>Gemiddelde leeftijd (SD)</b>	36,9 (26,3)	36,3 (27,4)	35,7 (26,9)
<b>Leeftijdsklasse</b>			
- 0-10	22,3	25,4	24,3
- 11-20	9,1	7,9	9,8
- 21-30	11,6	12,8	13,1
- 31-40	14,4	13,0	13,1
- 41-50	11,4	9,6	9,7
- 51-60	9,6	8,3	8,4
- 61-70	7,5	7,2	6,7
- 71-80	8,2	8,5	8,2
- 81-90	5,2	6,3	5,7
- 91 +	<u>0,8</u>	<u>1,0</u>	<u>1,0</u>
Totaal	100	100	100
<b>Geslacht</b>			
- man	45,6	45,5	45,8
- vrouw	<u>54,4</u>	<u>54,2</u>	<u>54,2</u>
Totaal	100	100	100
<b>Verzekeringsvorm</b>			
- ziekenfonds	73,6	79,5	70,5
- particulier	<u>26,4</u>	<u>20,4</u>	<u>28,8</u>
Totaal	100	100	100

\* Resultaten A-stad zijn gebaseerd op laatste drie kwartalen 2003, geëxtrapoleerd naar een jaar.

De posten kunnen op basis van bovenstaande tabel niet goed met elkaar vergeleken worden. Voor een goede vergelijking is het immers nodig om rekening te houden met de samenstelling van de bevolking in de verzorgingsgebieden van elk van de posten. Het aantal contacten bij 0-10 jarigen moet bijvoorbeeld gerelateerd worden aan het aantal 0-10 jarige inwoners in het verzorgingsgebied. Tot op zekere hoogte is dit ook mogelijk. Het CBS heeft gegevens over aantal mannen, vrouwen en ook in leeftijdsgroepen in de bevolking en kan deze in principe leveren op het niveau van 4-cijferige postcodes. Daar waar verzorgingsgebieden gedefinieerd zijn op een lager geografisch niveau (bijvoorbeeld postcodegebieden) moeten schattingen uitkomst bieden.

In Tabel 7 zijn de aantallen contacten verder uitgesplitst naar avond, nacht en weekend diensten. Er blijken weinig verschillen te zijn tussen de posten wat betreft kenmerken van patiënten. Echter, ook hier geldt dat het indexeren van deze cijfers de vergelijkbaarheid zou vergroten. Tussen de diensten zijn er wel verschillen: in de nacht zijn het meer ouderen die aandacht vragen, terwijl het in de avond en in het weekend vooral jongeren zijn.

Tabel 7: Verdeling van het aantal contacten naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, in percentages van het totaal aantal contacten in weekend-, avond-, en nachtdienst, per huisartsenpost, 2003.

	A-stad			B-stad			C-stad		
	weekend	avond	nacht	weekend	avond	nacht	weekend	avond	nacht
N=	40.788	50.309	15.763	13.051	18.117	5.992	22.685	28.039	9.075
<b>Gem. leeftijd</b>	37,8	34,4	42,3	37,8	33,08	42,5)	37,1	32,8	41,1
<b>Leeftijdsklasse</b>									
- 0-10	20,8	25,5	16,3	23,0	29,3	18,7	22,6	27,7	18,4
- 11-20	8,6	10,2	6,9	7,0	9,1	5,8	9,2	10,9	7,6
- 21-30	11,4	11,8	11,1	12,8	13,1	12	12,4	13,7	13,0
- 31-40	15,3	13,8	14,1	14,1	12,4	12,4	13,7	12,7	12,9
- 41-50	11,9	11,0	11,3	9,9	9,1	10,4	10,4	8,9	10,3
- 51-60	9,7	8,8	12,1	9,3	7,3	8,9	9,1	7,5	9,5
- 61-70	7,8	6,6	9,3	7,2	6,4	9,9	7,1	5,9	8,5
- 71-80	8,4	7,1	11,1	8,9	7,2	12	8,5	7,0	10,9
- 81-90	5,4	4,5	6,7	6,7	5,3	8,3	6,0	4,9	7,4
- 91 +	<u>0,8</u>	<u>0,7</u>	<u>1,1</u>	<u>1,1</u>	<u>0,8</u>	<u>1,4</u>	<u>1,1</u>	<u>0,8</u>	<u>1,6</u>
Totaal	100	100	100	100	100	100	10000	100	100
<b>Geslacht</b>									
- man	43,6	46,9	46,5	42,8	46,7	47,4	44,2	46,7	47,2
- vrouw	<u>56,4</u>	<u>53,1</u>	<u>53,5</u>	<u>56,9</u>	<u>53,0</u>	<u>52,0</u>	<u>55,7</u>	<u>53,0</u>	<u>52,6</u>
- Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>Verzekering</b>									
- ziekenfonds	72,5	74,0	75,2	78,2	80,4	79,8	68,2	71,8	72,1
- particulier	<u>27,5</u>	<u>26,0</u>	<u>24,8</u>	<u>21,7</u>	<u>19,6</u>	<u>20,1</u>	<u>31,1</u>	<u>27,4</u>	<u>27,1</u>
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100

### Passanten

Vanwege het ontbreken van inschrijving op naam en het vaak urgente karakter van de gevraagde zorg, is het niet denkbeeldig dat een deel van de contacten betrekking heeft op zogenaamde 'passanten'. Aantallen passanten zullen samenhangen met de geografische ligging van een huisartsenpost ten opzichte van het buitenland en ten opzichte van de verzorgingsgebieden van andere posten, en met het aantal toeristen dat er zich ophoudt. Inzicht in de omvang van deze groep is van belang voor planning en voor de financiering van huisartsenposten.

Het is in principe mogelijk om het aantal passanten te bepalen met behulp van gegevens over de herkomst van patiënten en gegevens over het verzorgingsgebied, mits het verzorgingsgebied is gedefinieerd op basis van postcodes (zie hoofdstuk 5). De postcodes van de patiënten, kunnen dan vergeleken worden met die van het opgegeven verzorgingsgebied. Hier speelt echter wel het probleem dat de verzorgingsgebieden vaak gedefinieerd zijn op basis van 6-positie postcodes, terwijl het onderzoeksbestand uit privacy overwegingen slechts de 4-positie postcode van de patiënt bevat.

### 7.3 Urgentie

De NHG telefoonwijzer onderscheidt de volgende categorieën van urgentie (Drijver et al., 2002):

**Levensbedreigend (U1):** klachten waarbij de vitale functies in gevaar zijn. De assistente informeert de huisarts terstond. Deze onderbreekt onmiddellijk het werk en gaat zo snel mogelijk naar de patiënt. Eventueel wordt de ambulancedienst tegelijkertijd gewaarschuwd.

**Spoed (U2):** klachten waarbij er een reële kans bestaat dat de toestand van de patiënt op korte termijn verslechtert met het risico op uitval van vitale functies.

**Dringend (U3):** tijd speelt een potentieel negatieve rol om medische of emotionele redenen. De patiënt wordt binnen enkele uren beoordeeld.

**Routine (U4):** hulpvraag zonder tijdsdruk. De assistente regelt een afspraak met de huisarts of geeft zelf voorlichting en advies.

In 2003 gebruikte alleen C-stad deze indeling. In B-stad was er een andere coderingsmethode. In A-stad werd de urgentie hooguit in de vorm van vrije tekst geregistreerd.

Tabel 8 toont voor elke dienst de verdeling van het aantal contacten naar urgentie. Spoedcontacten vinden vooral in de avonden plaats. Dit geldt zowel voor B-stad als C-stad. Daarboven vinden de meeste contacten met voorrang tijdens de avonddiensten in C-stad.

Tabel 8: Aantal contacten met de huisartsenpost, per 1000 inwoners, naar urgentie, per dienst, 2003.

	B-stad		C-stad		
	Spoed	Routine	Spoed (U2)	Voorrang/dringend (U3)	Routine (U4)
Weekend	1,3	85,7	0,8	3,5	85,0
Avond <sup>&amp;</sup>	1,9	118,9	1,5	5,0	103,9
Nacht <sup>&amp;</sup>	1,4	38,5	1,3	2,3	32,2
Totaal	4,6	243,1	3,6	10,7	221,1

\* In A-stad werd urgentie in 2003 niet routinematig geregistreerd.

& Avond- en nachtdiensten in weekend en op weekdays samengevoegd.



## 7.4 Soort contact

Gegevens over de afhandeling van een oproep worden op alle posten vastgelegd. Tabel 9 laat zien hoeveel contacten per 1000 inwoners er waren van elke onderscheiden contactsoort.

Tabel 9: Aantal contacten per 1000 inwoners, naar contactsoort; verdeling van het totaal aantal contacten naar contactsoort in percentages, 2003.

	Per 1000 inwoners	% van totaal aantal contacten
<b>A-stad</b>		
- Consult	111,9	42,3
- Telefonische Consult	114,5	43,3
- Visite	34,4	13,0
- Herhaalrecept	<u>3,7</u>	<u>1,4</u>
Totaal	264,5	100
<b>B-stad</b>		
- Advies DA (doktersassistente)	93,1	37,6
- Consult huisarts	98,6	39,8
- Visite huisarts	35,1	14,2
- Telefonische consult huisarts	20,9	8,4
- Onbekend	<u>0,3</u>	<u>0,0</u>
Totaal	247,7	100
<b>C-stad</b>		
- Tel.Consult Huisarts	98,3	43,2
- Consult Op Basis	100,4	44,2
- Huisbezoek	26,9	11,8
- Advies	0,9	0,4
- Ambulance	0,7	0,3
- Consult Assistente	<u>0,2</u>	<u>0,1</u>
Totaal	227,4	100

De gebruikte coderingen verschillen tussen de posten. De cijfers zijn daardoor soms moeilijk vergelijkbaar. Dat geldt bijvoorbeeld voor advies (C-stad) en advies DA (B-stad). In C-stad wordt een oproep geregistreerd als advies als er geen aparte fiattering door een huisarts heeft plaatsgevonden. In de praktijk wordt dit oproeptype alleen gebruikt als de huisarts samen met de doktersassistente een oproep afhandelt. Telefonische consulten waarbij de doktersassistente zelfstandig een medisch advies geeft en de huisarts achteraf het consult fiatteert vallen onder het oproeptype 'telefonisch consult'. In B-stad is 'advies DA' een advies van de doktersassistente waarbij de huisarts achteraf het consult fiatteert.

Verder kunnen ogenschijnlijk gelijke rubrieken een zeer verschillende inhoud hebben. Bijvoorbeeld 'Telefonisch consult' in A-stad (114,5 contacten per 1000 inwoners) en 'telefonische consult huisarts' in B-stad (20,9 per 1000). Het is waarschijnlijk dat in B-stad de

codes 'consult huisarts en telefonische consult huisarts' samengevoegd dezelfde categorie vormen als 'telefonische consult' in A-stad.

Tabel 10 toont wederom de verdeling naar contactsoort, maar nu apart voor weekend, avond en nachtdienst. Ondanks de geconstateerde verschillen in codering, is duidelijk dat contacten tijdens de nachtdienst verhoudingsgewijs vaker gaan om visites.

Tabel 10: Contacten per 1000 inwoners per dienst, naar contactsoort, per 1000 inwoners en als % van totaal

	Weekend		Avond		Nacht	
	per 1000	%	per 1000	%	per 1000	%
<b>A-stad</b>						
- Consult	47,5	47,1	54,9	44,1	9,6	24,6
- Telefonische Consult	40,8	40,4	53,9	43,3	19,8	50,8
- Visite	10,1	10,0	14,8	11,9	9,4	24,1
- Herhaalrecept	2,5	2,5	1,0	0,8	0,2	0,5
Totaal	100,7	100,0	124,6	100,0	38,9	100,0
<b>B-stad</b>						
- Consult Huisarts	37,6	43,3	50,6	41,9	10,4	26,1
- Advies DA	32,9	37,9	45,1	37,4	15,1	37,8
- Tel.Consult Huisarts	6,6	7,6	10,8	8,9	3,4	8,5
- Visite Huisarts	9,8	11,3	14,2	11,8	11,0	27,6
Totaal	87,0	100,0	120,8	100,0	39,9	100,0
<b>C-stad</b>						
- Consult Op Basis	41,1	47,6	47,9	44,9	11,4	33,1
- Tel.Consult Huisarts	36,4	42,3	47,1	44,2	14,7	42,6
- Huisbezoek	8,2	9,5	11,1	10,4	7,6	22,1
- Advies	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,8
- Ambulance	0,1	0,1	0,1	0,1	0,5	1,4
- Consult Assistente	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Totaal	86,3	100,0	106,6	100,0	34,5	100,0

## 8 Werklastindicatoren

Een eerste inschatting van de werklast krijgen we door te kijken naar het aantal potentiële patiënten per beschikbare huisarts (Tabel 11). De tabel laat grote overeenkomsten zien tussen de personele inzet in elk van de drie posten.

Tabel 11: Aantal patiënten in verzorgingsgebied, per dienstdoende huisarts, per dienst, 2003.

Soort dienst	A-stad	B-stad	C-stad
Avonddienst van 17:00 tot 23:00	50.625	75.000	<sup>s</sup>
Nachtdienst van 23:00 tot 8:00	101.250	100.000 <sup>%</sup>	87.666
Weekenddagdienst van 8:00 tot 17:00	40.500	37.500	<sup>s</sup>
Weekendavonddienst 17:00-23:00	45.000	@	<sup>s</sup>

@ in B-stad is er geen onderscheid in bezetting tussen weekendavonddienst of een gewone avonddienst.

% in B-stad worden in de nachtdienst ook B-dorp1 en B-dorp2 bediend vanuit 1 centrale lokatie.

<sup>s</sup> Gegevens C-stad alleen voor nachtdienst te berekenen.

Het aantal contacten per beschikbare arts kon alleen voor de nachtdiensten worden berekend voor alle drie de posten. Tabel 12 laat zien dat de posten niet erg van elkaar verschillen. A-stad heeft per arts een wat groter aantal contacten. Dat is te verklaren uit de wat hogere contactfrequentie die al in tabel 10 zichtbaar was.

Tabel 12: Het aantal contacten per ingeroosterde huisarts in de nachtdienst

	A-stad	B-stad	C-stad
Contacten per huisarts in de nachtdienst <sup>&amp;</sup>	10,8	8,2	8,3

<sup>&</sup> Nachtdiensten in het weekeind en door-de-week bij elkaar gevoegd.



## 9 Indicatoren voor de kwaliteit van de zorg

Het is op vele manieren mogelijk om (aspecten van) kwaliteit te meten. RIVM en IGZ hebben dat in het voorjaar 2004 gedaan aan de hand van vragenlijsten en bezoeken aan huisartsenposten (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2004). Op die manier is meer zicht gekregen op een aantal indicatoren die met het zorgproces te maken hebben, zoals de triage en de overdracht van medische gegevens van huisartsen aan de huisartsenpost. Een dergelijke aanpak geeft inzicht in een belangrijk deel van de kwaliteit van zorg op huisartsenposten.

Tot dusver gaat het veelal om procesindicatoren. Minstens zo belangrijk is het echter om zicht te krijgen op de kwaliteit van de feitelijke behandeling van patiënten. Voor de reguliere huisartspraktijk zijn dergelijke studies uitgevoerd op basis van gegevens uit LINH (van Dijk et al., 1991; van Dijk et al., 2003a; van Dijk, 2002; van Dijk et al., 2003b, Tacken et al., 2001; Braspenning et al., 2004b; Braspenning et al., 2004b). Analooq hieraan zou het voor wat betreft de huisartsenposten nuttig zijn om antwoord te geven op vragen als:

- Welke geneesmiddelen worden er voorgeschreven bij welke aandoeningen?
- In hoeverre worden patiënten met urgente klachten (welke zijn dat?) doorverwezen en naar wie?
- In hoeverre sluiten huisartsenpost en spoedeisende hulpverlening (SEH) op elkaar aan?
- Bij welke gezondheidsproblemen worden er visites afgelegd?

Het in hoofdstuk 3 gepresenteerde overzicht van de verzamelde gegevens maakt duidelijk dat de routinematig vastgelegde gegevens op dit moment niet echt geschikt zijn om informatie te genereren over de kwaliteit van zorg op de huisartsenpost. Het belangrijkste gegeven dat ontbreekt is een omschrijving van het gezondheidsprobleem in de vorm van een ICPC code. Zoals gezegd is informatie over het gezondheidsprobleem uitsluitend in de vorm van tekst vastgelegd. Deze informatie kan slechts met veel moeite voor onderzoek geschikt worden gemaakt (Giesen et al., 2005).



## 10 Conclusies en aanbevelingen

Huisartsenposten spelen een steeds grotere rol in de huisartsenzorg in Nederland. Zij nemen een positie in tussen de reguliere huisartsenzorg en de SEH's in ziekenhuizen. Voor zowel de reguliere huisartsenzorg als voor de SEH's bestaat een registratiesysteem (respectievelijk LINH en LIS), waarmee informatie wordt verzameld over de aard en omvang van de verleende zorg. Informatie over de omvang en aard van de zorg in huisartsenposten is incompleet en versnipperd. Een registratiesysteem als basisinfrastructuur voor onderzoek en bedrijfsinformatie ontbreekt.

In dit onderzoek verkenden wij de mogelijkheden voor het genereren van

- representatieve gegevens over
- de omvang (bijvoorbeeld aantallen contacten, werklast)
- de aard (soorten contacten, urgentie, gepresenteerde gezondheidsproblemen ed.)
- en de kwaliteit

van de zorg die verleend wordt op huisartsenposten.

Als voorbeeld diende het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH), dat al sinds midden jaren '90 informatie levert over morbiditeit, aantallen contacten, verwijzingen en prescripties in de reguliere huisartsenzorg op basis van routinematig geregistreerde gegevens. LINH en LINHAP zouden samen een volledig beeld schetsen van de huisartsenzorg in Nederland.

Een LINHAP zou antwoord moeten geven op beleidsvragen rond zorggebruik, epidemiologie, contactfrequenties, werklast, en kwaliteit van zorg en afstemming van de zorg met spoedeisende hulp en reguliere huisartsenzorg. Daarnaast dient het LINHAP nuttige managementinformatie te verschaffen voor de huisartsenposten zelf in de vorm van spiegelrapporten. Om aan deze wensen te kunnen voldoen zijn eenduidige en tussen de huisartsenposten vergelijkbare gegevens nodig.

Dit rapport laat zien dat het, met de beperkte gegevens die thans routinematig worden vastgelegd, en zonder dat er registratieafspraken zijn gemaakt, goed mogelijk is om informatie te genereren over het gebruik van zorg op huisartsenposten. Verdergaande afstemming tussen de posten over wat er op welke manier wordt geregistreerd zal de bruikbaarheid voor onderzoek, maar ook meer direct voor het beleid van de posten zelf, sterk kunnen vergroten.

Bijlage 1 geeft een samenvatting van de stand van zaken anno 2003 voor wat betreft de bruikbaarheid van verschillende gegevens. Op een iets hoger abstractieniveau gaan wij hieronder in op onze bevindingen ten aanzien van de bruikbaarheid van de gegevens voor informatie over zorggebruik, werklastindicatoren, kwaliteit en afstemmingsvraagstukken.

## 10.1 Zorggebruik, ‘productiecijfers’

In principe is het goed mogelijk om met de geregistreerde gegevens indicatoren voor zorggebruik te berekenen. Voor elk van de posten konden aantallen contacten per 1000 inwoners worden bepaald.

Omdat datum en tijd van het contact altijd geregistreerd worden, was het bovendien mogelijk de contacten uit te splitsen naar avond-, nacht- en weekenddiensten. De aantallen contacten per 1000 patiënten verschillen niet sterk tussen de huisartsenposten. Daarmee is er aanleiding om te veronderstellen dat de cijfers ook betrouwbaar zijn.

*Urgentie* – Uitsplitsing van het aantal contacten naar urgentie is alleen mogelijk met enig kunst- en vliegwerk omdat de onderscheiden categorieën verschillen tussen de huisartsenposten. Hierin is sinds 2003 wel een ontwikkeling geweest: in B-stad houdt men sinds 2005 de urgentieklassen van de NHG telefoonwijzer aan. In A-stad was men dit eind 2004 al gaan doen. C-stad gebruikte deze indeling al in 2003.

*Soort contact* – Ook uitsplitsingen naar soort contact (zoals visite, consult, telefoon) zijn niet zonder meer mogelijk. Ook op dit punt worden er namelijk verschillende categorieën gebruikt. Standardisering is dus wenselijk. De te gebruiken categorieën moeten worden afgestemd met en tussen de deelnemende posten.

*Dependances* – Met name voor de huisartsenposten zelf is het nuttig om inzicht te krijgen in het zorggebruik op de verschillende dependances. De mogelijkheden daarvoor lijken vooralsnog beperkt. Weliswaar wordt overal geregistreerd waar vanuit welke locatie het contact precies heeft plaatsgevonden, maar het ontbreekt aan betrouwbare gegevens over de verzorgingsgebieden van elk van de locaties. Indien het verzorgingsgebied van dependances in termen van postcodegebieden zou worden gedefinieerd, is het mogelijk demografische gegevens van het CBS eraan te koppelen.

Een andere complicerende factor vormen de per dienst verschillende taken van huisartsenpost en dependances. In één van de onderzochte posten wordt alleen de nachtdienst centraal geregeld, terwijl de overige diensten op de traditionele manier worden waargenomen door huisartsen vanuit hun eigen praktijk of woonhuis.

*Sociaal economische factoren* – Onderzoek naar sociaal economische verschillen in gebruik van en toegang tot zorg kent een lange traditie. Voor zover ons bekend is dergelijk onderzoek echter nog niet uitgevoerd met de zorg op huisartsenposten. Hiervoor zijn echter wel mogelijkheden. Weliswaar verzamelen de posten geen gegevens over opleiding of inkomen van de patiënt, maar zij registreren wel de postcode. Aan die postcode kunnen CBS-gegevens gekoppeld worden over de sociaal-economische kenmerken van de omgeving waar de patiënt woont.

*De factor afstand* – Naast sociaal-economische gegevens, bieden de postcodegegevens ook informatie voor planningsbeslissingen van de huisartsenposten zelf. De postcodes maken het immers mogelijk om de herkomst van de patiënten te achterhalen en de afstand



tot de huisartsenpost en dependances te berekenen. Recent vond in de huisartsenpost Nijmegen een onderzoek plaats naar de relatie tussen afstand tot de huisartsenpost en de tijd die patiënten met urgente problemen moeten wachten op een visite (Giesen et al., 2004).

## 10.2 Werklastindicatoren

Bij het berekenen van werklastindicatoren gaat het er om de productie (aantallen contacten) te relateren aan de beschikbare menskracht. Werklastindicatoren moeten apart voor avond- nacht- en weekenddiensten worden uitgerekend.

*Definitie diensten* – Op dit moment hanteren verschillende posten verschillende tijden voor verschillende diensten. Zo wordt soms een aparte avondweekenddienst onderscheiden en soms niet. Dit maakt het moeilijk om per dienst werklastindicatoren te berekenen. In overleg met de deelnemende posten dient te worden bepaald hoe de diensten in het LINHAP worden gedefinieerd, zodat de bruikbaarheid van de gegevens uit het LINHAP voor de posten zo groot mogelijk is.

*Bezetting verschilt per dienst* – Verder is er soms sprake van variabele bezetting, waarbij enkele artsen actief zijn op de post, met daarnaast nog een arts elders, die in noodgevallen oproepbaar is.

*Rol assistentes* – Een derde complicerende factor vormen de verschillende rollen die assistentes vervullen op de verschillende posten. Binnen het bestek van dit onderzoek was het niet mogelijk om hierop dieper in te gaan.

## 10.3 Kwaliteit

Kwaliteit is een breed begrip met veel aspecten. De IGZ heeft enige tijd geleden gerapporteerd over enkele daarvan, zoals telefonische bereikbaarheid, responstijd en dergelijke (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2004). Op dergelijke 'randvoorwaardelijke' aspecten van kwaliteit zijn wij in deze rapportage niet ingegaan, maar meer in de zin van kwaliteit van zorg in relatie tot NHG standaarden.

*Morbiditeit coderen met ICPC* – Het ontbreken van ICPC codering maakt het moeilijk om uitspraken te doen over de kwaliteit van de feitelijk verleende zorg. De hulpvraag/diagnose wordt alleen in de vorm van vrije tekst geregistreerd. In het verleden is wel onderzoek verricht op basis van deze vrije tekst (Giesen et al., 2005) maar dit is een arbeidsintensieve aangelegenheid en niet haalbaar voor een LINHAP op continue basis. Voor een LINHAP is het nodig dat hulpvragen routinematig met behulp van ICPC worden vastgelegd. Dit wordt overigens ook benadrukt in NHG richtlijn adequaat registreren (NHG, 2005) maar is nog niet doorgedrongen in de huisartsenpost. Er zijn wel tekenen dat veel posten overgaan op ICPC registreren, maar dat is zeker niet overal en bij alle deelnemende huisartsen in dezelfde mate het geval.

*Gebrekkig inzicht in behandeling* — Naast inzicht in de diagnoses/hulpvraag is inzicht nodig in de geboden behandeling. Ook hier is een gebrek aan standaardisatie. In 2003 werd in geen van de betrokken posten op een standaardmanier vastgelegd of en zo ja, welke medicatie was voorgeschreven. Anno 2005 is hierin wel verbetering opgetreden (de posten maken nu gebruik van medicatiemodules), maar het is nog niet duidelijk of dit ook leidt tot gegevens die voor onderzoek geschikt zijn.

*Respons- en aanrijtijd* — Hooguit kunnen de routinematig verzamelde gegevens inzicht geven in onthullen over de responstijd en de aanrijtijd. Het eerder aangehaalde onderzoek van Giesen (Giesen, 2004) is hiervan een voorbeeld. Er dient echter eerst afstemming plaats te vinden met de deelnemende posten over wat er precies onder responstijd en aanrijtijd moet worden verstaan.

#### **10.4 Afstemming met SEH en huisartspraktijk**

Inzicht in de morbiditeit en de patiëntenstromen is belangrijk voor een goede afstemming met de SEH's.

*Morbiditeit* — Voor een goede afstemming en taakverdeling tussen SEH's, de reguliere huisartsenzorg en de huisartsenposten is allereerst inzicht in de aangeboden morbiditeit nodig bij elk van deze. Een publicatie van Giesen en Braspenning (Giesen et al., 2004) liet zien op welke wijze de aard van de problematiek verschilde met de reguliere huisartspraktijk. Dit onderzoek was mogelijk met enerzijds de ICPC gecodeerde contactgegevens uit LINH en anderzijds de handmatige omzetting achteraf van tekstregels in het journaal naar ICPC codes.

Een recent onderzoek van TNS/NIPO toont dat jaarlijks 3,3 miljoen patiënten bij de 'verkeerde' spoedeisende hulp terecht komt. Zo zou 40% van de SEH-bezoekers beter elders behandeld kunnen worden, en 6% van de patiënten op de huisartsenpost. Grondslag van dit onderzoek is niet een registratie van de feitelijk gezondheidsproblemen, maar het subjectieve oordeel van de hulpverleners en patiënten zelf (Foekema et al., 2005). Zonder registratiesysteem is het moeilijk om dit oordeel cijfermatig te onderbouwen.

*Patiëntenstromen* — Het in kaart brengen van feitelijk patiëntenstromen is op dit moment niet mogelijk. Dit is wel wenselijk, om bijvoorbeeld een substitutie van de huisartsenpost ten opzichte van de huisartspraktijk te kunnen monitoren en om eventuele verschillen tussen patiëntencategorieën en/of praktijken te kunnen nagaan. Wellicht zal de invoering van het patiëntidentificatienummer hieraan iets kunnen veranderen. Dat nummer maakt het immers mogelijk om patiënten in verschillende registraties te identificeren (bijvoorbeeld LINH-LINHAP). Bij een dergelijke koppeling op patiëntniveau dient overigens voldoende aandacht te zijn voor privacyaspecten.

## 10.5 Monitoring morbiditeit, volksgezondheid

Samen met reguliere huisartspraktijk en de SEH's zijn huisartsenposten het eerste punt waar mensen met gezondheidsproblemen met professionele hulpverlening in aanraking komen. Slechts tijdstip en urgentie bepalen bij welke van deze men het eerst aanklopt. Dit maakt dat de gezondheidsproblemen die op huisartsenposten worden gepresenteerd van belang kunnen zijn het registreren van morbiditeit in de Nederlandse bevolking en voor signalering van (snelle) veranderingen in morbiditeit. Dergelijke veranderingen zouden kunnen plaatsvinden als gevolg van (bio)terroristische activiteiten (Fleming et al., 2004), rampen en/of natuurverschijnselen, zoals een hittegolf (Brucker, 2005), of koude (Hajat et al., 1997)

## 10.6 Een blik in de toekomst

Dit onderzoek laat zien dat er al veel mogelijk is met de gegevens die thans op de huisartsenposten worden geregistreerd. In dit onderzoek bleek ook dat er nog veel te verbeteren valt aan de routinematige registratie van gegevens. Slechts een deel van deze gegevens is nu bruikbaar voor het doen van onderzoek. Onderstaand schema geeft een overzicht van wat er nu al mogelijk is; wat er met kleine aanpassingen te bereiken is; en wat er op langere termijn mogelijk zal zijn.

Wat kan nu al?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contactfrequenties</li><li>• Sociaal economische factoren en zorggebruik</li><li>• Onderzoek naar factor afstand</li></ul>
Wat er met relatief kleine aanpassingen nog meer kan	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verzorgingsgebieden, werklust dependances .</li><li>• Werkbelasting tijdens specifieke uren/diensten.</li><li>• Aantal contacten naar contactsoort.</li><li>• Aantal contacten naar urgentie.</li></ul>
Wat gaat langer duren?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kwaliteit van zorg onderzoek waarbij ICPC codering nodig is.</li><li>• Patiëntenstromen in kaart brengen tussen huisartsenpost, reguliere huisartsenzorg en SEH.</li><li>• Kwaliteitsonderzoek waarbij gegevens over medicatie en verwijzingen nodig zijn.</li><li>• Monitoring morbiditeit in huisartsenposten.</li></ul>

De ontwikkelingen bij de huisartsenposten in het bijzonder en in de spoedeisende zorg in het algemeen gaan snel. Er wordt hard gewerkt om de uitwisseling van informatie tussen verschillende schakels in de spoedeisende hulp te verbeteren. Daartoe zijn recent de richtlijn adequaat registreren in het Elektronisch Medisch Dossier en de richtlijn Gegevensuitwisseling Huisarts en Centrale Huisartsenpost (NHG et al., 2005a en b) beschikbaar gekomen. Deze richtlijnen geven aan welke gegevens er minimaal in de huisartspraktijk moeten worden vastgelegd; en welke gegevens er minimaal moeten worden kunnen worden uitgewisseld tussen huisartsenpost en huisartsenpraktijk. Ook de technologie voor

deze uitwisseling is inmiddels beschikbaar. De uitrol daarvan zal in 2006 plaatsvinden (VWS et al., 2005).

Naar verwachting zal dit resulteren in een min of meer autonome ontwikkeling naar grotere uniformiteit in de gebruikte terminologie en in een vollediger registratie zowel op de huisartsenpost als in de huisartsenpraktijk. Wij verwachten dat de mogelijkheden voor een LINHAP daardoor op korte termijn veel groter zullen worden.

## Literatuur

- Braspenning J, Schellevis F, Grol R. *Kwaliteit in beeld: medisch-technisch handelen huisartsen doorgelicht*. Medisch Contact, 2004a; 59(21): p.853-855.
- Braspenning JCC, van Dijk L, Schiere AM, Mookink H, Grol R. *Prescribing antibiotics in Dutch general practices.*, 2004b: p.p.149.
- Brucker G. *Vulnerable populations: lessons learnt from the summer 2003 heat waves in Europe*. Euro Surveill 2005;10(7)
- Drijver R, Bouma E. *NHG-Telefoonwijzer*. Utrecht: Nederlandse Huisartsenvereniging, 2002.
- Fleming DM, Barley MA, Chapman RS. *Surveillance of the bioterrorist threat: a primary care response*. Communicable disease and public health, 2004; 7: p.68-72.
- Foekema H, Hendrix C. *Spoed moet goed. Een onderzoek naar de spoedeisende zorg*. Amsterdam: TNS/Nipo, 2005.
- Giesen P. *Toekomstige samenwerking tussen de huisartsenpost en de spoedeisende hulp*. Kenniscentrum huisartsenposten en spoedeisende hulp, UMC St Radboud Nijmegen, editors. Een verkennende studie in opdracht van het CVZ.
- Giesen P, Braspenning J. *LINH-cijfers: huisartsenpost: gewone klachten met acuut karakter*. Huisarts en Wetenschap, 2004; 47(4): p.p.177.
- Giesen P, Mookink H, Ophay G., Drijver R., Grol R., van den Bosch W. *Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsenpost?* Huisarts en Wetenschap, 2005; 48 : p.207-210.
- Giesen P, Mookink H, Van den Bosch W, Grol R. *Wachten op visite*. Medisch Contact, 2004; 59(46): p.1820-1823.
- Grol R, Schrijvers A. *Onderzoeksprogramma spoedzorg*. Nijmegen/Utrecht: Centre for Quality of Care Research, 2005.
- Hajat S, Goubet SA, Haines A. *Thunderstorm-associated asthma: the effect on GP consultations*. Br J Gen Pract, 1997; 47(423): p.639-641.
- IGZ. *Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten*. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg, 2004.
- NHG. *Richtlijn Adequate Dossiervorming in het Electronisch Medisch Dossier*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2005a.

NHG, NICTIZ. *Richtlijn Gegevensuitwisseling Huisarts en Centrale Huisartsenpost*. Utrecht/Leidschendam: NHG/NICTIZ, 2005b.

Schuller R, de Bakker DH. *Huisartsenzorg buiten kantooruren in Rotterdam en omstreken*. Utrecht: NIVEL, 1996.

Silderhuis V, Giesen P, Borghuis M, Morkink H, Grol R. *Boze Brieven. Klachten van patiënten over huisartsenposten in kaart gebracht*. Medisch Contact, 2004; 59: p.600-602.

St. Consument en Veiligheid. *Letsel Informatie systeem (LIS)*. Stichting Consument en Veiligheid.

Tacken M, Dijkstra R, Drijver R, van den Hoogen H, de Bakker D, Braspenning J. *Linh: de zorg rondom diabetes mellitus type 2, patiënten in de huisartspraktijk*. Utrecht: NIVEL, 2001.

van Dijk L, Foets M, Doornbos G. *Voorschrijven van geneesmiddelen in de huisartspraktijk: de ontwikkeling van een kwaliteitsmaat*. Utrecht: NIVEL, 1991.

van Dijk L. *Het voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk in 1999 en 2000*. Huisarts en Wetenschap, 2002; 45(6): p.p.289.

van Dijk L, Florentinus S, de Jong A, Velthove K, Heerdink R, Kallewaard M. *Het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen in de huisartspraktijk: voorschrijfvolume en off-label voorschrijven*. Utrecht: NIVEL, 2003a.

van Dijk L, van Lindert H, Westert G. *Variatie in het voorschrijven en gebruiken van cholesterolverlagers: een analyse op basis van de Tweede National Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk*. Huisarts en Wetenschap, 2003b; 46(6): p.p.323.

Verheij R, Jabaaij L, Abrahamse H, van den hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T. *Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg; Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland.*, 2005.

VWS, NICTIZ, CIBG. *Implementatieplan 2005 Electronisch Medicatie Dossier (EMD) en Waarneem Dossier Huisartsen (WDH)*. VWS, CIBG, NICTIZ, 2005.

## Bijlage 1 Overzicht van de wel en niet geregistreerde gegevens (stand 2003) en de bruikbaarheid ervan voor een LINHAP

Gegevens	Nu bruikbaar?	Opmerking/aanbeveling
<b>Patiënten</b>		
- Leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, postcode	Ja.	Het is wenselijk om deze kenmerken ook te kennen van de patiënten in het verzorgingsgebied die <i>niet</i> de huisartsenpost bezocht hebben. Overigens zal het onderscheid ziekenfond/particulier met ingang van 2006 vervallen.
<b>Verzorgingsgebied</b>		
- Omvang	Ja.	Postcodegebieden of gemeenten binnen het verzorgingsgebied zijn bekend.
- Demografische samenstelling	Ja, maar....	... gemeentecodes en/of postcodes die bij het totale verzorgingsgebied horen zijn bekend. Via deze codes kunnen CBS-gegevens worden gekoppeld. (deze bevatten informatie over leeftijd, geslacht, sociaal-economische status, etnische achtergrond).
- Verzorgingsgebied sublocaties		Een strikte indeling van gemeente- en/of postcodegebieden per sublocatie ontbreekt veelal. Waar dit wel het geval is, kunnen ook analyses over het gebruik van zorg per sublocatie worden gemaakt. Dit kan voor de posten belangrijke bedrijfsinformatie opleveren.
<b>Contacten</b>		
- Datum, tijd	Ja	Van ieder contact worden datum en tijd vastgelegd. Dit is datum en tijd van het eerste, meestal telefonische, contact.
- Locatie (hoofdlocatie, dependances)	Ja	Van ieder contact wordt vastgelegd door welke locatie (hoofdlocatie of sublocaties)
- Soort contact	Ja, maar....	... voor een LINHAP is het wenselijk dat posten dezelfde indeling gaan hanteren.
- Diagnose/hulpvraag	Nee	Diagnose/hulpvraag wordt in tekst vastgelegd. Voor een LINHAP is het wenselijk dat ICPC codering verplicht wordt.
- Urgentie	Ja, maar.....	... altijd geregistreerd, maar verschillende posten gebruiken verschillende categorieën/definities. Standaardiseren volgens NHG richtlijn is wenselijk.
- Medicatie	Nee	Medicatie wordt niet standaard op een uniforme gestandaardiseerde manier vastgelegd. Voor een LINHAP is het wenselijk dat dit recepten routinematig worden vastgelegd volgens algemeen geaccepteerd classificatiesysteem.
- Verwijzing	Nee	Standaardcodes gebruiken in aparte velden in het registratiesysteem.
<b>Personeelsinzet</b>		
- Personele bezetting artsen	Ja, maar....	... dan moeten gegevens omgerekend worden naar standaard diensten.
- Personele bezetting assistentes	Ja, maar ....	... dan moeten gegevens omgerekend worden naar standaard diensten. Wellicht ook meer duidelijkheid over verschillende rollen van assistentes.
- Personele bezetting dependances	Ja, maar ....	Per dienst verschillende arrangementen maken vergelijking tussen huisartsenposten lastig.
<b>Definitie dienen</b>	Ja, maar.....	... definities verschillen tussen de posten. Zinnige definitie van verschillende diensten in overleg met de posten vaststellen. Aan probleem van de verschillende definities van de diensten is wel iets te doen, door voor iedere post voor een bepaalde tijdseenheid (bijvoorbeeld een uur) de personele bezetting vast te stellen en deze vervolgens om te rekenen naar standaard avond- nacht- en weekeinddiensten. Voor deze pilotstudy hebben we dat niet gedaan. Werklastindicatoren hebben we alleen uitgerekend voor de nachtdienst; de enige dienst waarvan de tijden ongeveer overeenkomen tussen de posten.





Feiten en cijfers over huisartsenzorg vindt u op  
[WWW.LINH.NL](http://WWW.LINH.NL)

Verheij RA, Jabaaij L, Abrahamse H, Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland.

Op de website van LINH vindt u de meest recente gegevens over het handelen van de huisarts en de gezondheidsproblemen die in de huisartspraktijken worden gepresenteerd. De site geeft op overzichtelijke wijze inzicht in de huidige situatie en trends (1997-2004) in morbiditeit, aantallen contacten, verwijzingen en prescripties. LINH-rapporten kunt u van de site downloaden ([WWW.LINH.NL](http://WWW.LINH.NL))