

**BENCHMARKBULLETIN
HUISARTSENPOSTEN 2015**



COLOFON

© InEen, augustus 2016

Leden van InEen kunnen dit document voor eigen gebruik vrijelijk kopiëren en bewerken.
Anderen kunnen daarvoor een verzoek indienen bij InEen, via info@ineen.nl.

SAMENVATTEND BEELD VAN DE HUISARTSENPOSTEN IN 2015

Dit bulletin bevat de kern van de benchmarkcijfers 2015 van de huisartsenposten in Nederland, de acute huisartsenzorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren). De samenvatting van de belangrijkste cijfers over 2015 – in relatie met cijfers uit voorgaande jaren – geeft een beeld van de ontwikkeling en aard van de acute huisartsenzorg tijdens ANW-uren.

Er zijn in totaal 119 huisartsenposten georganiseerd in 50 huisartsendienstenstructuren die lid zijn van InEen. De huisartsenposten zijn tijdens ANW-uren geopend voor acute huisartsenzorg. Twee derde van de huisartsenpostlocaties is gesitueerd in of bij een ziekenhuis met SEH. In het merendeel van deze locaties zitten de balies van het ziekenhuis en de huisartsenpost bij elkaar en wordt de triage uitgevoerd door de huisartsenpost. Door dergelijke co-locaties wordt substitutie van zorg gefaciliteerd.

De huisartsenposten declareerden in 2015 ruim 4,1 miljoen verrichtingen, gemiddeld 245 verrichtingen per 1.000 inwoners. Dat is een duidelijke stijging in vergelijking met de productiecijfers uit 2014. Deze toename komt voort uit het aantal de consulten en telefonische consulten (4,9% respectievelijk 4,4%), het aantal visites is licht gestegen (1,9%). Om de zorg voor 16,9 miljoen inwoners van Nederlanders te realiseren hebben huisartsen gezamenlijk 1,53 miljoen uur dienst gedaan op een huisartsenpost. Gemiddeld komt dat neer op 196 uur per normpraktijk. Dat is nagenoeg gelijk aan het gemiddelde in de vorige benchmark. Het feit dat de zorgconsumptie stijgt terwijl het aantal uren per normpraktijk nagenoeg gelijk blijft impliceert dat de belasting op de huisartsenposten toeneemt.

De totale kosten voor de beschikbaarheid van acute huisartsenzorg tijdens ANW-uren en voor de verleende zorg bedroegen € 307 miljoen. Gemiddeld komt dit neer op € 18,19 per inwoner. De kosten per verrichting zijn gedaald van € 76,07 in 2014 naar € 74,09 in 2015. Het budget van de huisartsenposten is minder gestegen dan de productie.

De triage, de toegang tot de acute huisartsenzorg, gebeurt door gediplomeerde triagisten. De uitkomsten van de triage lieten in 2015 opnieuw een toename zien van het aandeel zorgvragen met een hogere urgentie (U₀, U₁, U₂) waarmee de huisartsenposten worden geconfronteerd. Deze urgentieverhoging draagt ook bij aan de toegenomen belasting op de huisartsenpost.

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat zowel het gebruik van de ANW-zorg als de urgentie van de zorgvragen waarmee de huisartsenposten worden geconfronteerd is toegenomen. De stijging van de zorgconsumptie en de verdere verschuiving naar de zwaardere urgentie-categorieën betekenen dat de belasting van de huisartsenposten in 2015 is toegenomen. Alhoewel de benchmark hier geen uitsluitsel over kan geven, bestaat het vermoeden dat toenemend gebruik van ANW-zorg door (kwetsbare) ouderen en GGZ-patiënten hierbij een rol speelt. Hier wordt momenteel nader onderzoek naar gedaan.

InEen
18 augustus 2016

BENCHMARK 2015

InEen verzamelt sinds 2005 de kerncijfers van de huisartsenposten. Met de benchmark hebben de huisartsenposten een instrument voor onderlinge vergelijking en beschikt InEen over een basis voor gemeenschappelijke beleidsontwikkeling en belangenbehartiging. Daarmee draagt de benchmark al ruim tien jaar bij aan doelmatigheid, kwaliteit en beleidsvoering van de branche. De benchmark is primair bedoeld voor kwaliteitsbeleid en andere interne doeleinden. Desalniettemin willen we met dit bulletin graag transparantie bieden aan stakeholders en patiëntenorganisaties over de ontwikkelingen in de huisartsenposten. Dit bulletin is een resumé uit de ruime en gedetailleerde verzameling van gegevens over 2015.

Huisartsenposten, huisartsen en inwoners

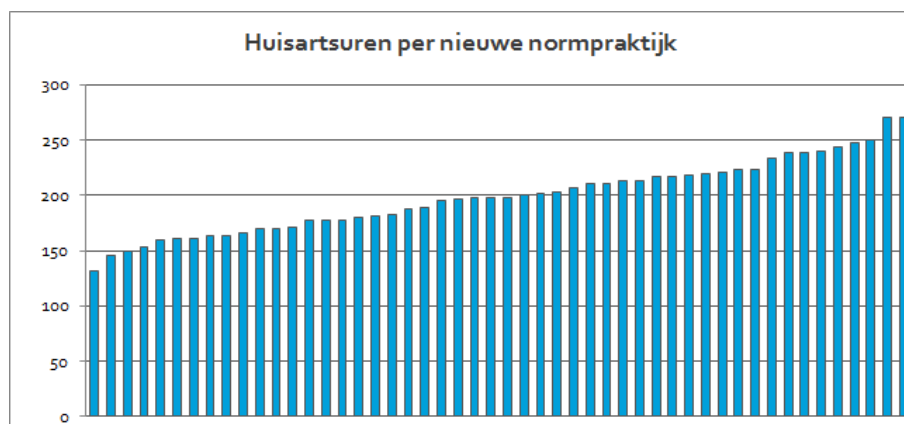
Deze benchmark bevat de cijfers van 50 huisartsendienstenstructuren (HDS'en)¹ met gezamenlijk 119 huisartsenposten. Een huisartsenpost is de locatie waar acute huisartsenzorg in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) wordt geleverd, de HDS is het organisatorische verband van waaruit dit gedaan wordt. Eind 2015 bestaat bijna de helft van de HDS'en uit één huisartsenpost (46%), 38% uit twee of drie, en de resterende 16% uit vier of meer huisartsenposten.

De meeste huisartsenposten zijn alle ANW-uren geopend (78%). Dertien HDS'en sluiten 's nachts en/of doordeweeks een of meer locaties. 22 Huisartsenposten zijn 's nachts dicht, vier huisartsenposten zijn alleen in het weekend geopend.

In totaal zijn 7750 huisartsen aangesloten bij deze huisartsenposten in Nederland, gezamenlijk voorzien zij buiten kantooruren huisartsenzorg aan 16,9 miljoen inwoners. Per HDS zijn gemiddeld 155 huisartsen aangesloten met een minimum van 48 en een maximum van 696. Ruim 87.000 Nederlanders hebben een huisarts die niet is aangesloten bij een huisartsenpost. Dat is een aanmerkelijke daling ten opzichte van de naar schatting 158.000 patiënten uit de benchmark over 2014.

¹ In dit benchmarkbulletin zijn alle huisartsenposten die lid zijn van InEen opgenomen. In deze dataset zijn drie onderdelen van HOOG met een eigen NZa-nummer als losse HDS'en opgenomen. We hebben twee kleine HDS'en die geen lid zijn van InEen (Vereniging Dienstenstructuur Zuidwest Drenthe en Noordwest Overijssel en Stichting Dienstenstructuur Zuidwolde), niet benaderd voor deze benchmark.

In 2015 zijn de huisartsen gemiddeld voor 196 uur per nieuwe normpraktijk² ingeroosterd. **Figuur 1** laat de spreiding over de HDS'en zien (min. 131 uur, max. 271 uur).



Figuur 1: Aantal ingezette huisartsuren per nieuwe normpraktijk per HDS in 2015

Ongeveer een derde van de diensten wordt verricht door waarnemers (huisartsen zonder eigen praktijk). Naast de actieve uren op de huisartsenpost hebben de huisartsen van 45 HDS'en ook achterwachtdiensten. Tijdens een achterwachtdienst is een huisarts op afroep beschikbaar. Gemiddeld draaien deze huisartsen 43,1 uur per normpraktijk.³

Verrichtingen

De verschillende verrichtingen die een huisartsenpost kan declareren zijn: consulten, visites en telefonische consulten. Alle drie de verrichtingstypen starten met een triage, die meestal telefonisch plaats vindt. Wanneer de triage uitwijst dat de patiënt door een arts gezien moet worden, volgt een consult op de huisartsenpost of een visite bij de patiënt thuis. Wanneer face-to-face contact niet noodzakelijk is geeft de triagist of de huisarts een telefonisch advies aan de patiënt

De huisartsenposten hebben in 2015 in totaal ruim vier miljoen verrichtingen gedeclareerd.

Tabel 1 toont het aantal inwoners en verrichtingen van 2014 en 2015 inclusief de mutatie van 2014 naar 2015.

Gedeclareerde verrichtingen	2014	2015	Mutatie 2015 t.o.v. 2014
Aantal inwoners	16.756.000	16.879.000	0,7%
Consulten	2.066.000	2.167.000	4,9%
Visites	383.000	391.000	1,9%
Telefonische consulten	1.519.000	1.585.000	4,4%
Totaal verrichtingen	3.968.000	4.143.000	4,4%
Totaal consulteenheden⁴	3.400.000	3.546.000	4,3%

Tabel 1: Aantal inwoners, gedeclareerde verrichtingen en de mutatie 2015 ten opzichte van 2014

² Vanaf 2014 telt een normpraktijk 2168 patiënten. Tot en met 2013 rekende de NZa met 2350 patiënten per normpraktijk. In 2015 waren huisartsen gemiddeld 212 uur per oude normpraktijk ingeroosterd.

³ per oude normpraktijk betreft dit 46,7 uur achterwachtdienst

⁴ Bij de berekening van de consulteenheden krijgen de verschillende consulttypes een andere weging. Een telefonisch consult krijgt een weging van 0,5, een consult een weging van 1 en een visite een weging van 1,5. Deze weging komt overeen met de berekening van consulteenheden door de NZa.

Het aantal verrichtingen en het aantal consulteenheden laat over de gehele linie een stijging zien (zie tabel 1), waarbij de stijging van het aantal consulten en telefonische consulten sterker is dan die van de visites.

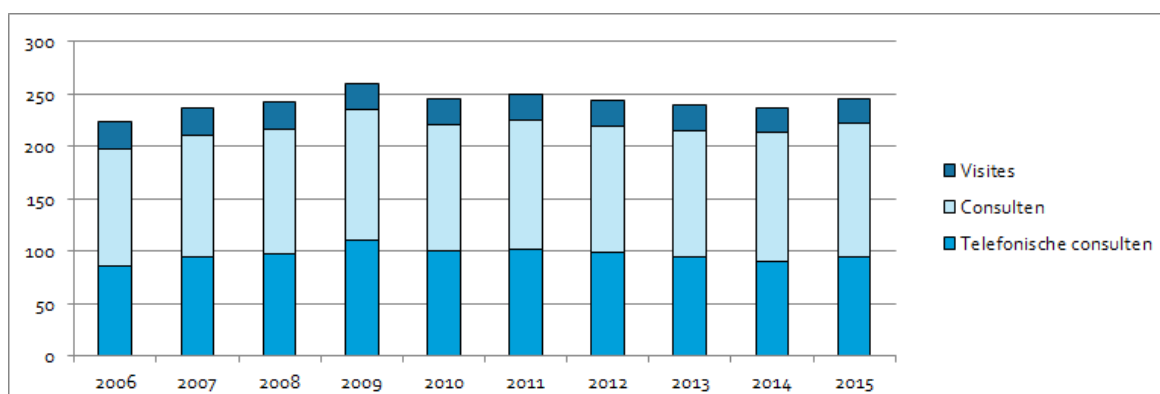
Tabel 2⁵ geeft een overzicht van de opbouw en mutaties in het totaal aantal verrichtingen per 1.000 inwoners weer in de periode 2006 tot en met 2015.

Per 1.000 inwoners	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Consulten	112	116	119	124	120	123	121	121	123	128
Visites	26	26	26	26	25	24	24	24	23	23
Telefonische consulten	86	95	97	110	101	102	99	94	91	94
Totaal	223	237	242	260	245	249	244	239	237	245
% verschil tov 2006		6,4%	8,5%	16,8%	10,1%	11,9%	9,3%	7,2%	6,2%	10,1%
% verschil tov 2007			2,0%	9,8%	3,5%	5,2%	2,7%	0,9%	-0,1%	3,6%
% verschil tov 2008				7,7%	1,4%	3,1%	0,7%	-1,2%	-2,1%	1,4%
% verschil tov 2009					-5,8%	-4,3%	-6,5%	-8,0%	-8,9%	-5,6%
% verschil tov 2010						1,6%	-0,7%	-2,4%	-3,3%	0,2%
% verschil tov 2011							-2,3%	-4,1%	-5,0%	-1,6%
% verschil tov 2012								-1,8%	-2,8%	0,8%
% verschil tov 2013									-0,9%	2,7%
% verschil tov 2014										3,6%

Tabel 2: Aantal gedeclareerde verrichtingen per 1.000 inwoners in de periode 2006 t/m 2015

Het aantal consulten en telefonische consulten per 1000 inwoners is duidelijk toegenomen. Alhoewel het aantal visites licht is toegenomen (zie tabel 1) blijft het aantal visites per 1000 inwoners door afronding gelijk aan het aantal visites per 1000 inwoners in 2014 (zie tabel 2).

In **Figuur 2** is de opbouw van het totaal aantal verrichtingen per 1.000 inwoners gevisualiseerd.



Figuur 2: Aantal verrichtingen per 1.000 inwoners in de periode 2006 t/m 2015

Na een stijging van het aantal verrichtingen gedurende de eerste jaren daalden de productiecijfers vanaf 2009. In 2015 laat de benchmark opnieuw een stijging zien en ligt het totaal aantal verrichtingen weer op het niveau van 2010.

⁵ De stijging van het inwoneraantal verklaart waarom in **Tabel 2** een lager groeipercentage laat zien dan is weergegeven in tabel 1 voor het totaal aantal verrichtingen

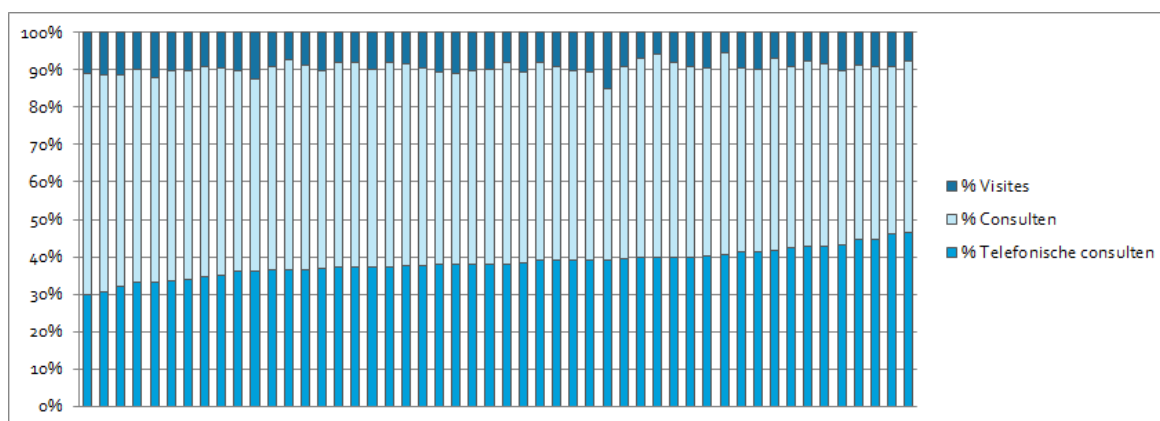
In **Tabel 3** is de procentuele verhouding weergegeven tussen de verschillende consulttypes.

% Verhouding	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Consulten	50,1%	49,1%	49,2%	47,8%	48,9%	49,4%	49,7%	50,6%	52,1%	52,3%
Visites	11,5%	11,0%	10,8%	9,9%	10,0%	9,7%	9,7%	9,9%	9,7%	9,4%
Telefonische consulten	38,4%	39,9%	40,0%	42,4%	41,1%	40,9%	40,6%	39,5%	38,3%	38,3%

Tabel 3: Verhouding tussen verschillende consulttypes in de periode 2006 t/m 2015

Uit **Tabel 3** blijkt dat het percentage van de hulpvragen dat uitmondt in een consult tot 2009 daalde en daarna licht steeg. Ook ten opzichte van vorig jaar laat het percentage consulten een lichte stijging zien. Het percentage visites laat sinds 2006 een gestaag dalende trend zien. Het aandeel telefonische consulten dat sinds 2009 een dalende trend laat zien, is in 2015 gelijk aan 2014.

De verdeling van de consulttypes varieert tussen huisartsenposten. De visitepercentages variëren van 5,3% tot 14,9% en de percentages consulten van 44,7% tot 59,2%. Van de hulpvragen wordt minimaal 29,8% en maximaal 46,5% telefonisch afgewikkeld. In **Figuur 3** is dit grafisch weergegeven.



Figuur 3: De verhouding van de consulttypes per HDS in 2015, waarbij de HDS'en gesorteerd zijn op toenemend percentage telefonische consulten

De verhoudingen tussen de verrichtingentypes worden deels beïnvloed door het beleid van de huisartsenposten, maar ook door externe omstandigheden, zoals kenmerken van de zorgvraag, geografische gebiedskenmerken, maar ook samenwerking met een spoedeisende hulp of afspraken met de ambulancedienst.

In vergelijking met de voorgaande jaren laat de zorgconsumptie (het gemiddeld aantal keren dat een patiënt per jaar een hulpvraag aan de huisartsenpost stelt) een duidelijke stijging zien, zoals blijkt uit onderstaande **Tabel 4**.

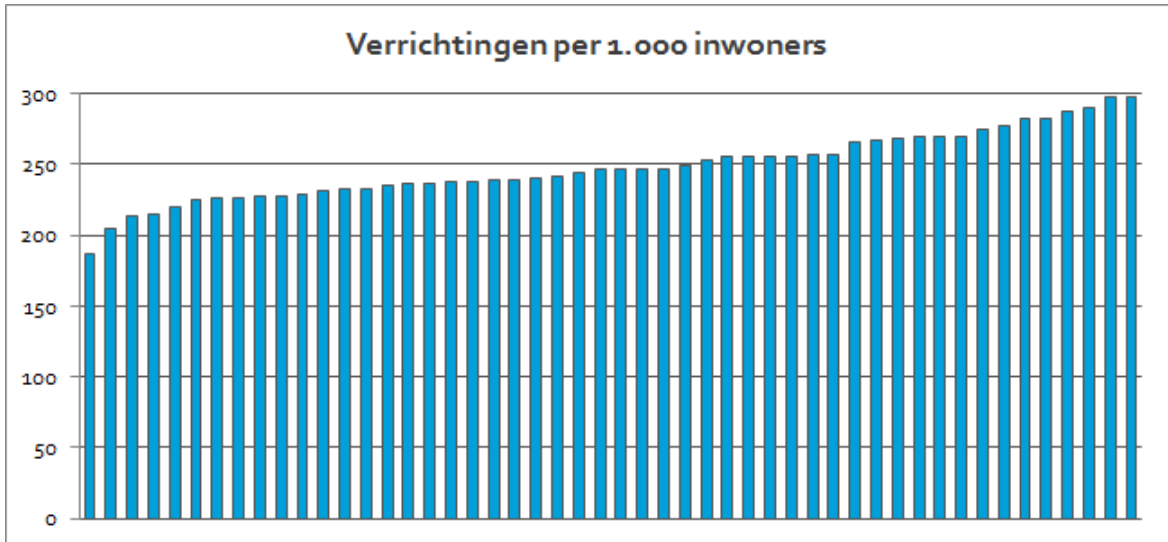
Zorgconsumptie	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Elke verrichting zelfde weging	223	237	242	260	245	249	244	239	237	245
Consulteenheden	193	203	206	218	207	210	206	204	203	210

Tabel 4: De zorgconsumptie per 1.000 inwoners per jaar, volgens twee rekenmethoden

De zorgconsumptie kan op twee manieren berekend worden, op basis van het aantal verrichtingen per inwoner of gebaseerd op de consulteenheden (zie voetnoot 4). Beide berekeningen laten een stijgende lijn zien tot 2009 gevolgd door een dalende trend tot aan 2014.

De gegevens over zorgconsumptie uit de benchmark 2015 laten juist weer een nieuwe stijging zien. Of er werkelijk sprake is van een trendbreuk in de zorgconsumptie zal nog moeten blijken uit de benchmarks in de komende jaren.

In **Figuur 4** is op basis van het aantal verrichtingen de zorgconsumptie in 2015 per HDS in beeld gebracht.



Figuur 4: Aantal verrichtingen per 1.000 inwoners (de zorgconsumptie) per HDS in 2015

Uit **Figuur 4** blijkt dat de zorgconsumptie per HDS aanzienlijk verschilt. Het aantal verrichtingen per 1.000 inwoners varieert tussen de 187 en 298. Dit betekent dat de inwoners in de ene regio anderhalf keer zo vaak contact zoeken met een huisartsenpost als in een ander deel van Nederland.

Zorginhoud

In de benchmark 2009 kregen we voor het eerst zicht op de urgentieverdeling van de verschillende hulpvragen. Net als in de vorige benchmark kan 93% van de HDS'en de vragen over de urgentieverdeling beantwoorden⁶. De urgenties zijn in de loop van 2011 uitgebreid met een U₀ en U₅ categorie⁷ door de implementatie van de nieuwe NHG-TriageWijzer.

In **Tabel 5** is de onderlinge verhouding tussen de verschillende urgentiecategorieën weergegeven per consulttype vanaf 2009.

% Urgentieverdeling ⁸		U ₀	U ₁	U ₂	U ₃	U ₄	U ₅	onbekend	totaal	U ₄ +U ₅
consult	2009		0,3	4,0	52,2	43,2		0,4	100,0	43,2
	2010		0,1	5,7	52,9	40,7		0,7	100,0	40,7
	2011	0,0	0,1	6,2	55,9	34,7	1,4	1,6	100,0	36,1
	2012	0,0	0,2	8,8	56,3	29,7	4,8	0,2	100,0	34,5
	2013	0,0	0,2	11,8	56,5	27,2	4,0	0,3	100,0	31,2
	2014	0,0	0,3	15,3	52,7	27,3	4,0	0,4	100,0	31,3
	2015	0,0	0,4	16,7	55,8	22,9	4,0	0,3	100,0	26,9
Visites	2009		2,7	27,1	48,0	21,9		0,3	100,0	21,9
	2010		2,7	31,6	49,0	16,0		0,6	100,0	16,0
	2011	0,0	2,6	30,4	51,6	13,4	0,6	1,4	100,0	14,0
	2012	0,1	3,0	31,7	47,5	9,3	8,1	0,2	100,0	17,4
	2013	0,1	2,9	39,0	48,1	7,9	1,7	0,4	100,0	9,6
	2014	0,1	3,4	44,6	42,7	7,1	1,7	0,4	100,0	8,8
	2015	0,1	3,4	46,1	43,0	5,5	1,5	0,5	100,0	6,9
telefonisch consult	2009		0,8	1,6	17,4	80,1		0,1	100,0	80,1
	2010		1,3	2,2	13,8	82,3		0,4	100,0	82,3
	2011	0,0	1,3	2,1	15,9	58,8	19,7	2,3	100,0	78,5
	2012	0,1	2,3	3,4	13,0	21,1	59,5	0,7	100,0	80,6
	2013	0,0	2,7	3,4	12,3	18,1	60,3	3,2	100,0	78,4
	2014	0,0	4,2	3,9	10,1	15,7	65,6	0,5	100,0	81,3
	2015	0,0	4,6	4,4	12,0	15,3	63,1	0,6	100,0	78,4
Totaal	2009		0,8	5,5	36,7	56,7		0,2	100,0	56,7
	2010		0,9	6,9	36,2	55,5		0,6	100,0	55,5
	2011	0,0	0,8	6,9	38,9	42,9	8,7	1,8	100,0	51,6
	2012	0,0	1,3	8,9	38,2	24,3	26,9	0,4	100,0	51,2
	2013	0,0	1,5	11,1	38,0	21,7	26,3	1,5	100,0	48,0
	2014	0,0	2,1	13,7	35,3	20,9	27,5	0,4	100,0	48,4
	2015	0,0	2,3	14,7	37,6	18,4	26,6	0,4	100,0	45,0

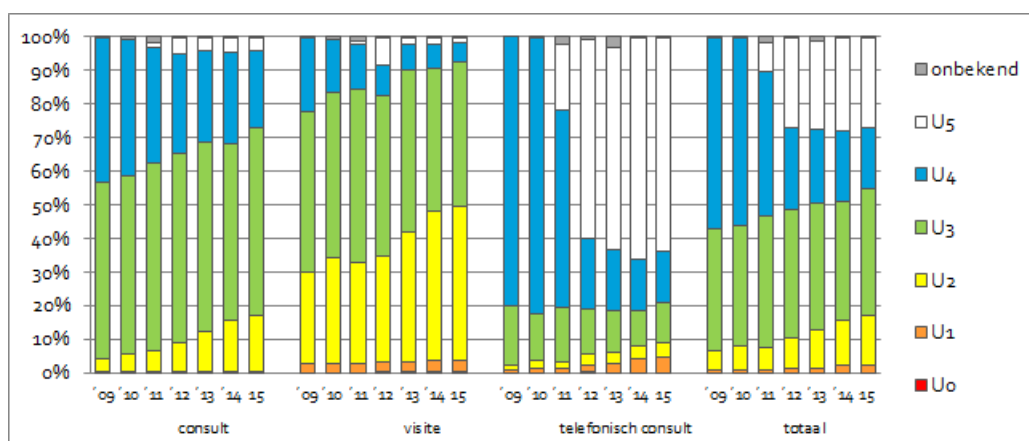
Tabel 5: Procentuele urgentieverdeling van de verschillende consulttypes over de periode 2009 t/m 2015

⁶ Voor de benchmark 2015 hebben 45 van de 50 HDS'en een urgentieverdeling per consulttype aangeleverd (gezamenlijk ongeveer 93% van de verrichtingen). In 2009 was van 35% van de verrichtingen de urgentieverdeling aangeleverd.

⁷ In de loop van 2011 zijn U₀ en U₅ afgesplitst van U₁ respectievelijk U₄: U₀ - uitval vitale functies (voorheen U₁), U₅ - telefonisch advies (voorheen U₄).

⁸ Bij U₀ (reanimatie) uitval van vitale functies en onmiddellijk reageren, U₁ (levensbedreigend) instabiele vitale functie en zo snel mogelijk hulp, U₂ (spoed) bedreiging van vitale functies en hulp binnen een uur, U₃ (dringend) reële kans op schade en hulp binnen enige uren, U₄ (niet dringend) verwaarloosbare kans op schade en hulp dezelfde dag, U₅ (advies) geen kans op schade en de volgende werkdag naar de eigen huisarts (bron: NHG-TriageWijzer).

In **Figuur 5** is de urgentieverdeling gevisualiseerd.



Figuur 5: Verhouding urgenties per consulttype en totaal in de periode 2009 t/m 2015

Voor alle vormen van contact zien wij een duidelijke toename in hoogurgente hulpvragen (U₀, U₁ en U₂). In tegenstelling tot vorig jaar laat de benchmark 2015 ook een stijging van U₃ contacten zien. Het gecombineerde percentage voor U₄ en U₅ hulpvragen daalt dus. Verder valt op dat in 2015 van alle visites bijna de helft een urgentie U₂ heeft. Van alle consulten heeft ruim de helft een urgentie U₃. Bijna 80% van de contacten die telefonisch zijn afgehandeld heeft een urgentie U₄ of U₅.

De benchmark geeft dit jaar wederom het signaal dat de urgentie van de hulpvragen blijft toenemen, hetgeen de werkdruk verhoogt.

Financiën

In 2015 bedroegen de totale kosten van de huisartsenposten € 307 miljoen euro. In 2014 was dat € 302 miljoen. In **Tabel 6** staan de gemiddelde kosten per inwoner, per consulteenheid en per gedeclareerde verrichting.

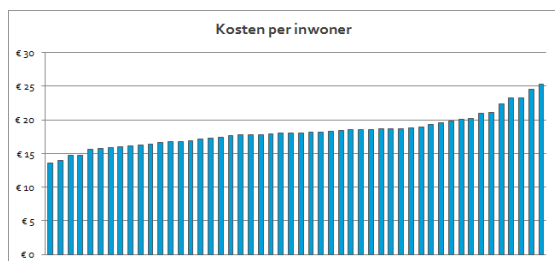
Jaar	kosten per inwoner	kosten per consulteenheid	kosten per verrichting
2010	€ 15,38	€ 74,22	€ 62,70
2011	€ 16,02	€ 76,15	€ 64,27
2012	€ 16,61	€ 80,64	€ 68,20
2013	€ 17,11	€ 83,99	€ 71,58
2014	€ 18,02	€ 88,78	€ 76,07
2015	€ 18,19	€ 86,57	€ 74,09

Tabel 6: Kosten per inwoner, kosten per consulteenheid en kosten per verrichting over de periode 2010 t/m 2015⁹

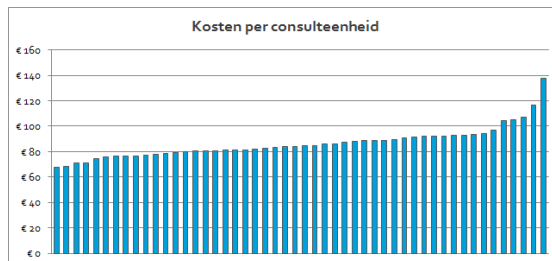
Ten opzichte van de cijfers uit 2014 laat de benchmark dit jaar een lichte stijging zien van de kosten per inwoner en tegelijkertijd een daling van de kosten per verrichting of consulteenheid. Dit valt te verklaren doordat zowel het totaal aantal verrichtingen als het aantal verrichtingen per 1000 inwoners is toegenomen.

⁹ De cijfers in Tabel 6 zijn niet gecorrigeerd voor inflatie of verschillen in aantallen weekeind- en feestdagen per jaar.

In onderstaande figuren zijn de kosten per inwoner en de kosten per consulteenheid afzonderlijk weergegeven voor elke HDS. In beide figuren zijn de HDS'en weergegeven in een volgorde van oplopende kosten. Dit houdt in dat de HDS die in **Figuur 6** (kosten per inwoner) de laagste kosten heeft, niet dezelfde hoeft te zijn als de HDS met de laagste kosten in **Figuur 7** (kosten per consulteenheid).



Figuur 6: Kosten per inwoner in 2015



Figuur 7: Kosten per consulteenheid in 2015

Zowel de kosten per inwoner als de kosten per consulteenheid c.q. verrichting laten een betrekkelijk gelijkmatige spreiding zien. De kosten per inwoner laten een spreiding zien van € 13,54 tot € 25,26; de kosten per consulteenheid in 2015 varieerden van € 67,88 tot € 137,54. Deze verschillen zijn maar deels beïnvloedbaar door de huisartsenpost. Verschillende andere factoren zijn hier ook op van invloed. Hierbij kan worden gedacht aan de complexiteit en urgentie van de zorgvragen, de gebiedskenmerken, de grootte van de beschikbaarheidsfunctie, de inzet van huisartsen en ondersteunend personeel en de investeringen in kwaliteit.

Het weerstandsvermogen van de huisartsenposten kan onder meer worden afgemeten aan de stand van de reserve aanvaardbare kosten (RAK). Deze was eind 2015 in totaal € 27,2 miljoen. 23 HDS'en hadden de maximale RAK van 10%, 24 HDS'en hadden een positieve RAK onder het maximum en drie HDS'en hadden een negatieve RAK. Deze uitkomsten zijn vergelijkbaar met de vorige benchmark.

Personeel

Op 45 HDS'en is de cao Huisartsenzorg van toepassing. Vijf HDS'en vallen onder de cao's voor gezondheidscentra, ziekenhuizen of academische ziekenhuizen. Uit de gegevens van de 49 HDS'en die informatie hebben aangeleverd blijkt dat het aantal gediplomeerde triagisten die op 31 december 2015 werkzaam zijn bij de huisartsenposten iets meer is dan 1850. Ruim 480 assistenten hebben het diploma triagist nog niet in hun bezit¹⁰. In totaal is op 31 december 2015 80% van de triagisten in het bezit van een diploma. Naast de triagisten is, buiten de dienstdoende huisartsen, het aantal mensen dat werkzaam is op de huisartsenposten toegenomen. In totaal zijn 647 mensen werkzaam op de huisartsenpost binnen het primaire proces (600 in 2014) en 642 mensen buiten het primaire proces (575 in 2014).

In totaal 22 HDS'en is met taakherschikking bezig. Dit betekent dat zij in het primaire proces naast triagisten en huisartsen ook andere functionarissen op HBO of HBO+ niveau of op MBO+ niveau in dienst hebben (respectievelijk 15 en 8 HDS'en).

Sinds de benchmark 2010 wordt het percentage ziekteverzuim opgevraagd volgens een eenduidige definitie, met een berekening volgens de VERNET methode¹¹. 29 HDS'en konden dit over 2015 aanleveren. Het gemiddelde ziekteverzuim exclusief zwangerschap is 4,7%.

¹⁰ Van hen waren er eind december nog 419 in opleiding.

¹¹ VERNET is de standaardmethode uit het jaardocument voor zorginstellingen.

Vijfentwintig HDS'en konden de meldingsfrequentie volgens VERNET opgeven. Gemiddeld was dit 1,6 ziekmelding per medewerker per jaar.

Van de 49 HDS'en die gegevens hebben aangeleverd hebben er 37 een erkenning van Calbris om stageplaatsen aan te bieden voor doktersassistenten. In 2015 hebben 27 HDS'en stagiaires gehad (in totaal 83 stagiaires).

Kwaliteit

In de benchmark zijn meerdere vragen gesteld over de telefonische wachttijden. De gegevens over kwaliteit zijn aangeleverd door 49 HDS'en. 44 van de 49 HDS'en die deze gegevens hebben aangeleverd meten de telefonische wachttijden structureel en doen dit volgens de definities van InEen. In totaal informeren 38 HDS'en patiënten over de telefonische wachttijd of wachttijd. In 2015 werd een spoedoproep na gemiddeld 13 seconden beantwoord¹², en werd 96% van de spoedoproepen binnen 30 seconden beantwoord. Hiermee is de telefonische wachttijd voor spoedoproepen in 2015 gelijk aan 2014 (gemiddeld 13 seconden en 96% binnen 30 seconden).

Patiënten die geen spoedknop indrukken wachtten in 2015 gemiddeld 138 seconden voordat zij iemand aan de telefoon kregen, waarbij 67% van de patiënten maximaal twee minuten moest wachten, en ongeveer 5% een wachttijd had van langer dan tien minuten. In vergelijking met de benchmark over 2014 (gemiddeld 107 seconden, 74% binnen twee minuten en 2% met een wachttijd langer dan 10 minuten) is de telefonische wachttijd voor niet-spoedoproepen in 2015 opgelopen.

Telefonische consulten van de triagisten worden geautoriseerd door een arts. De gemiddelde autorisatietijd is door 49 HDS'en volgens de InEen-definitie aangeleverd. De gemiddelde autorisatietijd is 27 minuten. Van de autorisaties wordt 90% binnen het uur gedaan en 97% binnen twee uur. Hiermee zijn de autorisatietijden in 2015 nagenoeg gelijk aan die in 2014.

Het aantal HDS'en dat over 2015 de aanrijdtijden¹³ bij visites kon aanleveren is toegenomen tot 88%. Huisartsenposten dragen het merendeel van de U0/U1 meldingen over aan de ambulancedienst. Dit blijkt ook uit het aandeel telefonische consulten van 4,6% met een U0/U1 urgentie (zie Tabel 5). Bij een zorgvraag met een U2 urgentie was de huisarts net als in 2014 gemiddeld in 37 minuten bij de patiënt. In 87% van de U2 ritten (tegen 90% in 2014) was de huisarts binnen een uur bij de patiënt.

Bij 47 van de 49 HDS'en die gegevens hebben aangeleverd (96%) is een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) beschikbaar voor de medicatievoorschriften.

Zevenendertig HDS'en waren eind 2015 HKZ-gecertificeerd. Zeven HDS'en geven aan in voorbereiding te zijn op het behalen van het HKZ-certificering. Enkele HDS'en hebben een ander certificaat (bijvoorbeeld NEN of NIAZ)

¹² 38 HDS'en konden deze vraag beantwoorden.

¹³ Deze aanrijdtijden zijn gemeten vanaf het begin van het telefoongesprek of vanaf de eerste entry in het callmanagementsysteem.

Triage

In deze benchmark is een aantal vragen over de triage gesteld. Drie van de 27 HDS'en met meerdere locaties beantwoorden de telefoontjes decentraal op de huisartsenpostlocatie waar de telefoontjes binnenkomen. Een HDS maakt hiernaast gebruik van een callcenter voor de nachturen. De andere drieëntwintig hebben de telefonische afhandeling gecentraliseerd in een callcenter voor alle uren of een deel van de openingsuren, of hebben een overloop tussen de verschillende locaties. Inmiddels gebruikt 94% van de huisartsenposten een computer-ondersteunde applicatie of module voor de triage. De NTS wordt gebruikt door 45 HDS'en en vormt de standaard. Drie huisartsenposten gebruiken de NHG-TriageWijzer en twee het telefonisch advies systeem (TAS).

Bij ruim 70% van de HDS'en met een centraal callcenter wordt de triage tijdens alle of een deel van de uren ondersteund door een regie- of telefoonarts. Een regie- of telefoonarts is in de benchmark gedefinieerd als een arts die specifiek belast is met de ondersteuning van de triage, en hiervoor extra scholing heeft gehad. De beperking van het aantal uren betreft meestal de nachtelijke uren, waarin de arts die de triage ondersteunt ook consulten doet. Bij 45% van de huisartsenposten, waar de triage op de locatie van de huisartsenpost zelf wordt gedaan, wordt een regie- of telefoonarts ingezet. In de andere gevallen wordt de triage ondersteund door één (36%) of meerdere (19%) huisartsen.

Bij 80% van de huisartsenposten vindt face-to-face triage plaats. Over het algemeen is de triagemethodiek voor de face-to-face triage vergelijkbaar met de telefonische triage.

ICT

In totaal kunnen 47 van de 50 HDS'en eind 2015 elektronisch gegevens uitwisselen met (een deel van) de aangesloten huisartsen via het landelijk schakelpunt (LSP) en/of een regionaal netwerk.

Bij 79% van de huisartsenposten vindt elektronische uitwisseling plaats met de dienstapotheek. De gegevensuitwisseling met andere aanbieders van acute zorg (SEH, ambulance, thuiszorg en GGZ) vindt voornamelijk telefonisch en/of via papier plaats.

Organisatie

Van alle HDS'en zijn er 25 die onderdeel uitmaken van een grotere organisatie. Deze grotere organisaties leveren diverse vormen van zorg en ondersteuning tijdens de daguren. 21 HDS'en zijn een stichting, 18 een besloten vennootschap en 9 een coöperatieve vereniging. Twee HDS'en maken deel uit van een grotere organisatie en vormen geen zelfstandig rechtspersoon. Bij 35 HDS'en is een onafhankelijk toezichthoudend orgaan aanwezig dat voldoet aan de eisen van de WTZi¹⁴.

Vaak hebben HDS'en afspraken met andere HDS'en over diverse onderwerpen, zoals grensgebieden, het delen van staffuncties en administratie, gezamenlijke telefonie en/of ICT. Zo levert 80% van de HDS'en ook ANW-zorg aan bijzondere groepen zoals aan mensen in AWBZ-, GGZ- of penitentiaire instellingen, asielzoekerscentra en aan militairen.

¹⁴ Niet elke HDS hoeft te voldoen aan deze eis. Dit hangt af van de grootte van de organisatie.

Iets minder dan 40% van de HDS'en geeft aan dat de HDS meer doet dan het leveren van ANW-huisartsenzorg. Deze leveren onder meer facilitaire ondersteuning, scholing, detacheren personeel, of zijn betrokken bij een zorggroep.

De betrokkenheid bij zorggroepen is toegenomen. Waren in 2010 acht HDS'en of grotere organisaties (waar de HDS'en een onderdeel van uit maakt) met een zorggroep, in 2011 was dit aantal twaalf, in 2012, 2013 en 2014 waren dit er achttien en in 2015 is dit aantal gestegen naar twintig.

Samenwerking & substitutie

Zoals eerder vermeld hebben de 50 HDS'en gezamenlijk 119 huisartsenposten. Bij 89% van de huisartsenposten kunnen de patiënten gebruik maken van een vaste dienstapotheek. Het grootste deel (87%) van deze vaste dienstapotheken is binnen 500 meter van de huisartsenpost gesitueerd. Van de huisartsenposten heeft 8% een roulerende dienstapotheek en 4% heeft geen dienstapotheek. Van de dienstapotheken heeft 36% een openingstijd die afwijkt van die van de huisartsenpost.

Van de 119 huisartsenpostenlocaties bevinden zich er 84 in of bij een ziekenhuis, waarvan 77 in of bij een ziekenhuis met SEH¹⁵. Voor 73 van deze locaties zijn aanvullende gegevens aangeleverd over het triëren van zelfverwijzers. Voor 43 van de locaties geldt dat de balies van de huisartsenposten en van de spoedeisende hulp bij of naast elkaar zitten. Voor 59% van de 73 locaties geldt dat de huisartsenpost alle zelfverwijzers trieert, en in 5% trieert de huisartsenpost alleen zelfverwijzers uit het eigen huisartsengebied. Voor 12% van de locaties geldt dat de spoedeisende hulp alle zelfverwijzers trieert. In 7% van de gevallen triëren de huisartsenpost en de spoedeisende hulp afwisselend afhankelijk van het tijdstip en in 8% van de gevallen kiest de zelfverwijzer zelf.

In 2015 zijn iets meer dan 200.000 zelfverwijzers geregistreerd¹⁶. Het monitoren van zelfverwijzers is van belang. Zelfverwijzers veroorzaken meer piekbelastingen omdat zij moeilijker gespreid kunnen worden over de dienst, bovendien is de urgentie van de zelfverwijzers mogelijk hoger¹⁷. Deze belasting vergt meer van de beschikbaarheid op de huisartsenpost.

¹⁵ Co-locatie: huisvesting van de huisartsenpost in of bij een ziekenhuis met SEH. Deze voor deze indicator worden vanaf dit jaar andere antwoord categorieën gebruikt. Te weten: (a) Solo of bij dagkliniek (ziekenhuis niet open in ANW uren)

(b) In of bij ziekenhuis zonder SEH of (c) In of bij ziekenhuis met SEH.

¹⁶ In de benchmark 2015 hebben 43 van de 50 HDS'en gegevens over het aantal zelfverwijzers op de huisartsenposten aangeleverd.

¹⁷ Uit de benchmark is dit niet aan te tonen, maar dit is wel de perceptie bij huisartsenposten.

Tot slot

Dit bulletin geeft een samenvatting van de resultaten van de benchmark van 2015. Niet alle gegevens, verzameld met het benchmarksysteem van InEen, zijn uitputtend opgenomen in dit bulletin. De huisartsenposten van InEen krijgen toegang tot een eigen rapportage en een flexibele benchmarkmogelijkheid voor gebruik binnen de eigen huisartsenpost.

We danken de huisartsenposten hartelijk voor de medewerking aan de benchmark 2015.

Voor vragen over de benchmark 2015 kunt u contact opnemen met het bureau van InEen. Dit kan via 030 - 282 37 88 of info@ineen.nl.

InEen

18 augustus 2016

