



Benchmarkbulletin 2011

Inleiding

De landelijk benchmark 2011 van de huisartsenposten die lid zijn van de Vereniging Huisartsenposten Nederland, is in augustus 2012 afgerond. Dit bulletin geeft een overzicht van de belangrijkste resultaten.

De VHN verzamelt sedert 2005 jaarlijks de belangrijkste gegevens van de huisartsenposten in Nederland. Deze gegevens worden voor verschillende doeleinden gebruikt. Huisartsenposten zelf kunnen op detailniveau hun eigen resultaten vergelijken met alle andere leden van de VHN. Daarmee is een instrument ontstaan voor de beoordeling van de eigen bedrijfsvoering in relatie tot vergelijkbare posten. Daarnaast gebruikt de VHN de kengetallen als basis voor het gemeenschappelijke beleid en voor de belangenbehartiging. De benchmark draagt zo al een aantal jaren nadrukkelijk bij aan doelmatigheid, kwaliteit en beleidsvoering van de branche.

Dit bulletin is een uittreksel uit de ruime en gedetailleerde verzameling van gegevens over 2011. In kort bestek bevat het naast algemene informatie over huisartsenposten een beknopt overzicht van de ontwikkelingen rond productie, financiën, personeel en kwaliteit van de zorgverlening.

Beeld 2011

Een samenvatting geven van de resultaten is risicovol. De gegevens zijn daarvoor eigenlijk te geschakeerd en de resultaten per huisartsenpost lopen op veel onderdelen nogal uiteen. Hieronder toch een poging tot een algemeen beeld op basis van de benchmark 2011:

De zorgvraag stabiliseert. Dat werd vorig jaar al zichtbaar en de grote stijgingen uit de beginjaren van huisartsenposten zijn voorbij.

De urgentieverdeling en de verdeling tussen visite, consult en telefonisch consult laten over de jaren een vrij stabiel beeld zien. Het percentage zorgvragen met een U3 urgentie is iets toegenomen. De hoogste urgenties vormen ongeveer 8% van de zorgvragen. Het aantal visites neemt relatief enigszins af.

De kwalitatieve prestaties verbeteren. De registratie van gegevens over kwaliteit vindt overigens nog niet algemeen plaats. De diplomering van de triagisten – de 'voorkeur' van de huisartsenpost – heeft zich snel doorgezet.

Ook blijkt uit de gegevens dat huisartsenposten steeds meer samenwerking zoeken, zowel in de acute zorg met ketenpartners als buiten de directe ANW-zorg door hun capaciteit en knowhow op andere wijze in de eerstelijns zorg in te zetten. De samenwerking HAP+SEH breidt zich gestaag uit.

De financiële ontwikkeling volgt een redelijke trend van loon- en prijspeil en investeringen in kwaliteit. Met de samenwerking HAP+SEH en extra kosten voor ICT-infrastructuur worden de grenzen van de huidige bekostiging steeds vaker bereikt.

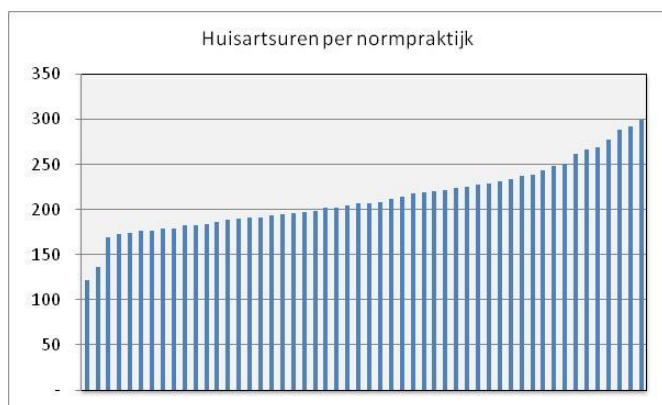
Kortom, een stabiel beeld van een branche die kwalitatief en financieel in control is, voortdurend verbeteringen realiseert in kwaliteit van zorg en doelmatigheid en samenwerking weet te realiseren.

Huisartsenposten, huisartsen en inwoners.

Alle leden van de VHN hebben meegedaan aan deze benchmark. Dit maakt de dataset zeer volledig en waardevol. Niet alle huisartsenposten konden alle vragen beantwoorden. In dit bulletin spreken we, tenzij anders vermeld, over 52 huisartsendienstenstructuren (HDS'en)¹ die de benchmark hebben ingevuld. Gezamenlijk hebben deze HDS'en 123 huisartsenposten. Een groot deel van de HDS'en (46%) bestaat uit één huisartsenpost, 35% uit twee of drie, de overige hebben vier of meer huisartsenposten.

De meeste huisartsenposten zijn alle avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) geopend. Negen HDS'en sluiten 's nachts een of meer locaties, in totaal zijn 20 huisartsenposten 's nachts dicht. Vijf HDS'en hebben gezamenlijk acht locaties die alleen in het weekend geopend zijn.

In totaal zijn bijna 7.800 huisartsen aangesloten bij deze huisartsenposten in Nederland, die gezamenlijk 16,43 miljoen inwoners van huisartsenzorg buiten kantooruren voorzien. Bij een HDS zijn gemiddeld 150 huisartsen aangesloten met een minimum van 10 tot een maximum van 904. Rond de 238.000 Nederlanders hebben een huisarts die niet is aangesloten bij een huisartsenpost. Huisartsen werden in 2011 gemiddeld voor 209 uur per normpraktijk² ingeroosterd. De verschillen hierin tussen HDS'en zijn groot, zoals Figuur 1 laat zien (min. 122 uur, max. 300 uur).



Figuur 1: Aantal ingezette huisartsuren per normpraktijk per HDS in Nederland

Verrichtingen en zorgconsumptie

In 2011 zijn er in totaal 4,1 miljoen verrichtingen gedeclareerd door alle huisartsenposten.

In Tabel 1 ziet u het aantal inwoners en verrichtingen van 2010 en 2011 inclusief de mutatie van 2010 naar 2011.

Gedeclareerde verrichtingen	2010	2011	Mutatie 2011 tov 2010
Aantal inwoners	16.382.000	16.431.000	0,3%
Consulten	1.966.000	2.022.000	2,9%
Visites	403.000	398.000	-1,2%
Telefonische consulten	1.650.000	1.676.000	1,6%
Totaal verrichtingen	4.019.000	4.097.000	1,9%
Totaal consulteenheden ³	3.395.000	3.458.000	1,8%

Tabel 1: Aantal inwoners, gedeclareerde verrichtingen en mutatie van 2011 ten opzichte van 2010

¹ In dit Benchmarkbulletin 2011 zijn alle huisartsenposten die lid zijn van de VHN opgenomen, behalve Stichting Huisartsenpost Tussen Maas en Waal. In deze dataset zijn de 4 locaties van Steden Driehoek en de twee locaties van Nucleus Zorg als losse HDS'en opgenomen.

² Een normpraktijk heeft 2350 patiënten.

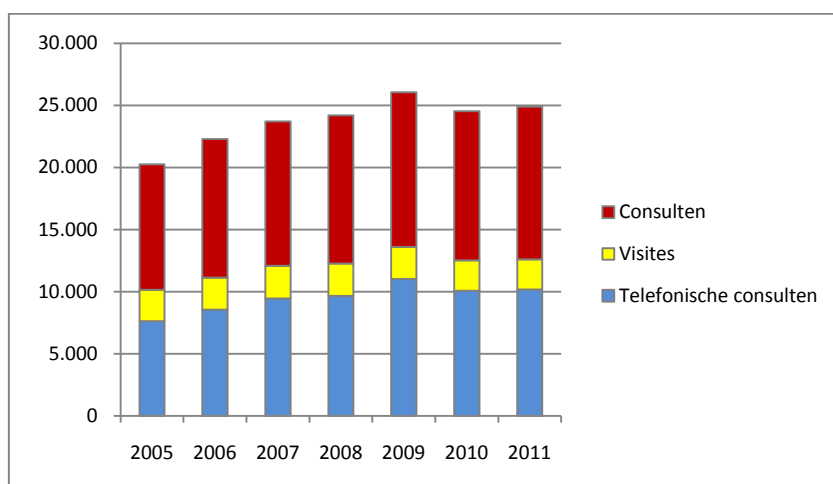
³ Bij berekening van de consulteenheden krijgen de verschillende consulttypes een andere weging. Een telefonisch consult krijgt een weging van 0,5, een consult van 1 en een visite van 1,5. Deze weging komt overeen met de berekening van consulteenheden door de NZa.

In 2011 is het aantal verrichtingen 1,9% hoger dan in 2010. Zoals Tabel 1 laat zien is de stijging van het aantal consulten het grootst (2,9%). Een deel van de mutaties hangt samen met het grotere inwoneraantal (0,3%) dat zorg ontvangt via een huisartsenpost. De mutatie in inwoneraantallen verklaart ook waarom u in Tabel 2 een lager stijgingspercentage (1,6%) ziet.

Onderstaand (Tabel 2 en Figuur 2) ziet u het totaal aantal verrichtingen per 100.000 inwoners.

Per 100.000 inwoners	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Consulten	10.099	11.168	11.637	11.924	12.443	12.001	12.309
Visites	2.516	2.559	2.614	2.594	2.569	2.458	2.422
Telefonische consulten	7.629	8.562	9.460	9.668	11.030	10.072	10.203
Totaal	20.244	22.289	23.710	24.186	26.043	24.531	24.934
% verschil tov 2005		10,1%	17,1%	19,5%	28,6%	21,2%	23,2%
% verschil tov 2006			6,4%	8,5%	16,8%	10,1%	11,9%
% verschil tov 2007				2,0%	9,8%	3,5%	5,2%
% verschil tov 2008					7,7%	1,4%	3,1%
% verschil tov 2009						-5,8%	-4,3%
% verschil tov 2010							1,6%

Tabel 2: Aantal gedeclareerde verrichtingen per 100.000 inwoners in de periode 2005 t/m 2011



Figuur 2: Aantal verrichtingen per 100.000 inwoners in de periode 2005 t/m 2011

Vanaf 2005 ziet u een afnemende stijging. Enige uitzondering hierop is het relatief grote aantal verrichtingen in 2009, dat waarschijnlijk is veroorzaakt door de griep Pandemie. In 2011 zien we ten opzichte van 2010 1,6% groei. Vergeleken met 2005 (de eerste VHN-benchmark) ligt de productie in 2011 van de huisartsenposten 23,2% hoger.

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

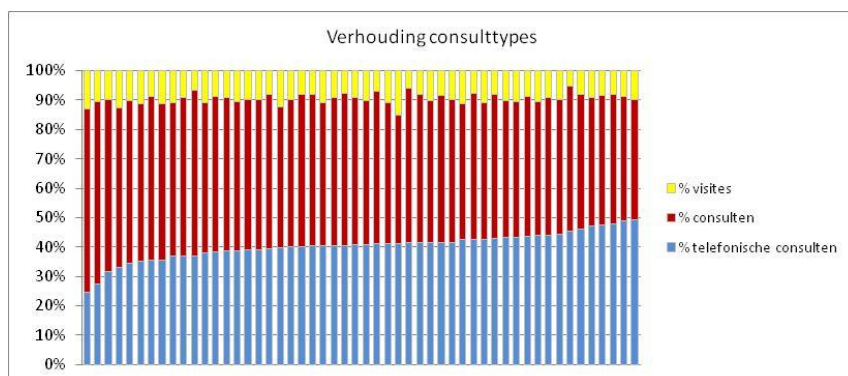
% Verhouding	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Consulten	49,9%	50,1%	49,1%	49,2%	47,8%	48,9%	49,4%
Visites	12,4%	11,5%	11,0%	10,8%	9,9%	10,0%	9,7%
Telefonische consulten	37,7%	38,4%	39,9%	40,0%	42,4%	41,1%	40,9%

Tabel 3: De verhouding tussen verschillende consulttypes in 2005 t/m 2011

Uit Tabel 3 blijkt dat in 2011 9,7% van de hulpvragen werd beantwoord met een visite. Het percentage hulpvragen dat werd afgewikkeld met een telefonisch consult was in de periode

2005 tot en met 2009 gestegen. Dit is in 2011 net als in 2010 licht gedaald. Een patiënt heeft dus iets frequenter face-to-face contact met een huisarts.

De variatie tussen huisartsenposten is groot. De visitepercentages variëren van 5,3% tot 15,0% en de consulten van 41,2% tot 62,4%. Van de hulpvragen wordt minimaal 24,7% en maximaal 49,2% telefonisch afgewikkeld. In Figuur 3 is dit grafisch weergegeven.



Figuur 3: De verhouding van de consulttypes per HDS in 2011, waarbij de HDS'en gesorteerd zijn op toenemend percentage telefonisch consulten

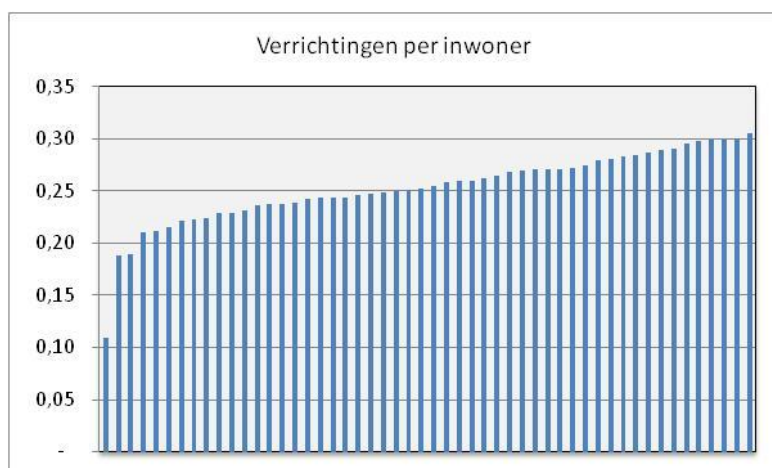
De zorgconsumptie (het gemiddeld aantal keren dat een patiënt in een regio per jaar een hulpvraag aan de huisartsenpost stelt) was in 2010 voor het eerst gedaald, in 2011 is de zorgconsumptie weer licht gestegen, zoals blijkt uit Tabel 4.

Zorgconsumptie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Elke verrichting zelfde weging	0,202	0,223	0,237	0,242	0,260	0,245	0,249
Consulteenheden	0,177	0,193	0,203	0,206	0,218	0,207	0,210

Tabel 4: De zorgconsumptie 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 3). Voor beide zorgconsumpties zagen we tot 2009 een stijgende lijn zien, een daling in 2010 en in 2011 een lichte stijging.

In Figuur 4 is voor alle HDS'en de zorgconsumptie gebaseerd op het aantal verrichtingen in kaart gebracht.



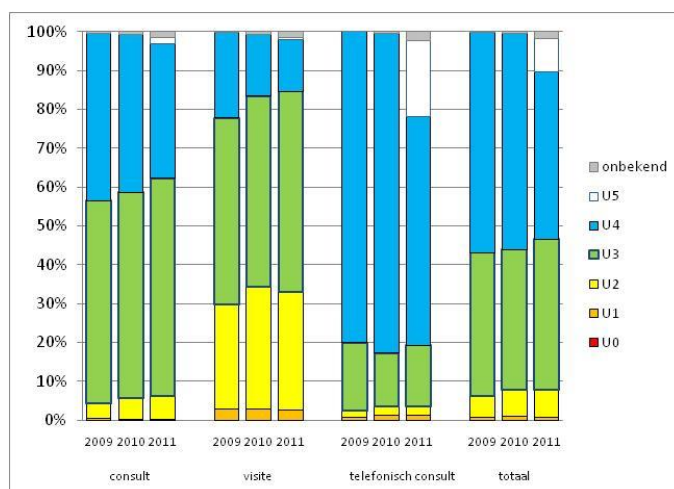
Figuur 4: Aantal verrichtingen per inwoner (de zorgconsumptie) per HDS in 2011

Uit Figuur 4 blijkt dat de zorgconsumptie per HDS behoorlijk verschilt. De HDS met de laagste zorgconsumptie per inwoner heeft bijzondere demografische omstandigheden⁴. Als we deze buiten beschouwing laten, dan varieert de zorgconsumptie tussen de 0,19 en 0,31. Dit betekent dat de inwoners in de ene regio ruim 60% meer contact zoeken met een huisartsenpost dan in een ander deel van Nederland.

In de benchmark 2009 kregen we voor het eerst zicht op de urgentieverdeling van de verschillende hulpvragen. Niet alle HDS'en konden toen en nu de vragen over de urgentieverdeling beantwoorden⁵. De urgenties zijn uitgebreid met een U0 en U5 categorie⁶ door de invoering van de nieuwe NHG-Triagewijzer in de loop van 2011. In Tabel 5 is de procentuele urgentieverdeling van 2009, 2010 en 2011 weergegeven en in Figuur 5 is dit gevisualiseerd.

% Urgentieverdeling ⁷		U0	U1	U2	U3	U4	U5	onbekend
consult	2009		0,3	4,0	52,2	43,2		0,4
	2010		0,1	5,7	52,9	40,7		0,7
	2011	0,0	0,1	6,2	55,9	34,7	1,4	1,6
visite	2009		2,7	27,1	48,0	21,9		0,3
	2010		2,7	31,6	49,0	16,0		0,6
	2011	0,0	2,6	30,4	51,6	13,4	0,6	1,4
telefonisch consult	2009		0,8	1,6	17,4	80,1		0,1
	2010		1,3	2,2	13,8	82,3		0,4
	2011	0,0	1,3	2,1	15,9	58,8	19,7	2,3
totaal	2009		0,8	5,5	36,7	56,7		0,2
	2010		0,9	6,9	36,2	55,5		0,6
	2011	0,0	0,8	6,9	38,9	42,9	8,7	1,8

Tabel 5: Urgentieverdeling van de verschillende consulttypes voor 2009, 2010 en 2011



Figuur 5: Verhouding urgenties per consulttype en totaal in de periode 2009 t/m 2011

Ruim de helft van alle consulten en visites heeft een urgentie U3. Ongeveer 80% van de verrichtingen die telefonisch afgehandeld zijn hebben een urgentie U4 of U5. De

⁴ Verhoging van aantal inwoners vanwege extreem veel passanten (vakantiegangers).

⁵ In 2009 konden 20 HDS'en deze vraag beantwoorden, in 2010 23 en 2011 35. In 2011 konden twee HDS'en geen onderscheid maken in de urgentieverdeling per consulttype.

⁶ U0 en U5 zijn afsplitsingen van U1 respectievelijk U4: U0 - uitval vitale functies (voorheen U1), U5 - telefonisch advies (voorheen U4).

⁷ 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 de zelfde dag, U5 (advies) geen kans op schade en de volgende werkdag naar de eigen huisarts (bron: NHG-Triagewijzer).

verschuivingen in de urgenties verschillen per consulttype. We zien dat voor het totaal van alle consulttypes het percentage U0, U1 en U2 gelijk is gebleven, U3 is iets gestegen en het gecombineerde percentage U4 en U5 iets gedaald.

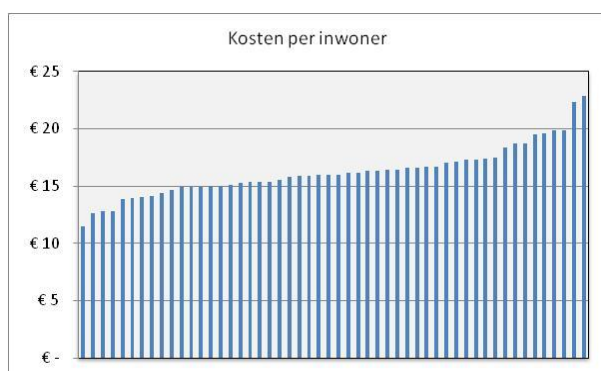
Financiën

In 2011 waren de totale kosten van alle huisartsenposten in de benchmark ruim €260 miljoen. In Tabel 6 staan de landelijke kosten per inwoner, per consulteenheid en per gedeclareerde verrichting.

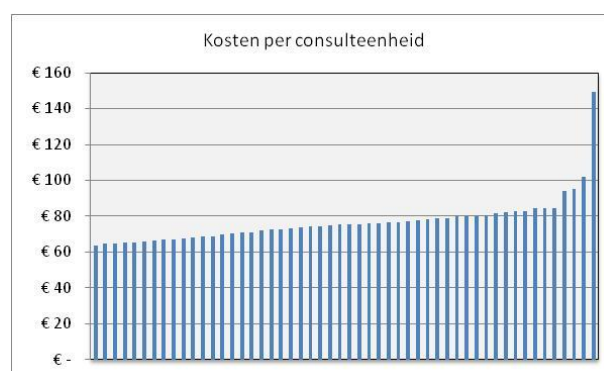
Jaar	Loon- en prijsindex	kosten per inwoner		kosten per consulteenheid		kosten per verrichting	
		excl. hon. verhoging	incl. hon. verhoging	excl. hon. verhoging	incl. hon. verhoging	excl. hon. verhoging	incl. hon. verhoging
2005	100	€ 11,43		€ 64,61		€ 56,45	
2006		€ 12,00		€ 62,54		€ 54,15	
2007		€ 12,55		€ 61,85		€ 52,93	
2008		€ 13,24		€ 64,14		€ 54,46	
2009		€ 13,74		€ 62,98		€ 52,75	
2010		€ 14,01	€ 15,38	€ 67,62	€ 74,22	€ 57,12	€ 62,70
2011	111	€ 14,64	€ 16,02	€ 69,56	€ 76,15	€ 58,70	€ 64,27
2011 geïndexeerd		€ 13,19		€ 62,66		€ 52,89	

Tabel 6: Kosten per inwoner, kosten per consulteenheid en kosten per verrichting over de periode 2005 t/m 2011 (inclusief aangepaste versie voor 2010 en 2011)

De kosten per inwoner lieten in de periode 2005 – 2009 een constante stijgende lijn zien, die consistent was met de stijgende zorgconsumptie in die jaren. In 2010 maken de kosten per inwoner een sprongetje door de aanpassing van de honorariumvergoeding (verhoging met € 14,80 per uur). Voor de vergelijkbaarheid met voorgaande jaren zijn daarom ook de kosten exclusief deze honorariumverhoging weergegeven. Rekening houdend met de prijzen en loonindex van 2005 (100) naar 111 in 2011 is er sprake van relatief lagere kosten. Deze cijfers zijn niet gecorrigeerd voor verschillen in aantallen weekeind- en feestdagen per jaar. Voor alle drie de gemiddelden geldt dat er tussen de HDS'en onderling flinke verschillen te zien zijn. In onderstaande figuren zijn de kosten per inwoner en de kosten per consulteenheid weergegeven. In beide figuren zijn de HDS'en gesorteerd op toenemende 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



Figuur 7: Kosten per consulteenheid

De kosten per inwoner laten een variatie zien van € 11,52 tot € 22,83 (zie Figuur 6). Uit Figuur 7 blijkt dat de kosten per consulteenheid in 2011 varieerden van € 63,77 tot

€ 102,07 met een uitschieter tot €149.27, die wordt veroorzaakt door een HDS met een bijzondere geografische gebiedssamenstelling.

Het totaal van de reserve aanvaardbare kosten (RAK) was eind 2011 met bijna € 20 miljoen gevuld. 30 HDS'en hadden de maximale RAK van 10%, 18 een positieve RAK onder het maximum en 2 HDS'en hadden een negatieve RAK⁸.

Personeel

Op 45 HDS'en is de CAO huisartsenzorg van toepassing. Zeven HDS'en vallen onder de CAO voor gezondheidscentra, ziekenhuizen of academische ziekenhuizen. Ruim 1700 assistenten op de huisartsenposten hadden op 31 december 2011 het diploma triagist in hun bezit. Het is de verwachting dat dit aantal eind 2012 rond de 2000 ligt.

Een deel van de huisartsenposten is met taakherschikking⁹ bezig. 22% van de HDS'en heeft eind 2011 in het primaire proces naast triagisten en huisartsen een andere functionaris op HBO of HBO+niveau in dienst. 12% van de HDS'en heeft een andere functionaris op MBO+ niveau in dienst. 37% van de HDS'en verwachten in 2012 ontwikkelingen op het gebied van taakherschikking. Zij oriënteren zich op andere werkwijzen om de werklust te spreiden. Sinds de benchmark 2010 vragen we naar het percentage ziekteverzuim volgens een eenduidige definitie, berekening volgens de VERNET methode¹⁰. 31 HDS'en konden dit aanleveren. Het gewogen gemiddelde van de percentages ziekteverzuim (exclusief zwangerschap) is 5,5%.

32 van de 52 HDS'en hebben een erkenning van Calibris om stageplaatsen aan te bieden voor doktersassistenten. In 2011 hebben 21 HDS'en daadwerkelijk stagiaires gehad (in totaal 57 stagiaires).

Kwaliteit

Van 34 HDS'en worden de patiënten die bellen geïnformeerd over de telefonische wachtrij of wachttijd. Door 40 HDS'en worden de wachttijden structureel gemeten, waarbij 36 dit doen volgens de definitie van de VHN en 4 volgens een andere definitie. Van die 36 HDS'en maken 32 HDS'en in de registratie het onderscheid tussen spoed en niet-spoed telefoontjes. In de benchmark zijn verscheidene vragen gesteld over de telefonische wachttijden¹¹. Op de HDS'en die deze vraag in de benchmark 2011 konden beantwoorden werd een spoedoproep na gemiddeld 16 seconden beantwoord, waarvan 93% binnen 30 seconden. Patiënten die niet de spoedknop indrukken wachtten in 2011 gemiddeld 99 seconden voordat zij iemand aan de telefoon kregen, waarbij 78% van de patiënten maximaal twee minuten moest wachten, en 2% een wachttijd van langer dan tien minuten had.

Van de 52 HDS'en konden 38 de autorisatietijd volgens de VHN definitie aanleveren. De gemiddelde autorisatietijd is 28 minuten. 86 % van de autorisaties worden binnen het uur gedaan.

De benchmarkvragenlijst bevatte ook vragen over de afhandeltijd van een consult en telefonisch consult en de aanrijdtijd van visites. Deze vragen zijn echter door te weinig HDS'en ingevuld om hier een landelijk gemiddelde over te berekenen.

Eind 2011 waren 30 HDS'en gecertificeerd aan de hand van het HKZ-schema dat speciaal voor huisartsenposten is ontwikkeld. Van diegenen die nog niet gecertificeerd zijn, verwacht

⁸ 50 HDS'en konden het percentage RAK aangeven.

⁹ 51 HDS'en hebben de vragen over taakherschikking beantwoord.

¹⁰ VERNET is de standaardmethode uit het jaardocument voor zorginstellingen.

¹¹ Deze vragen waren voor een deel van de HDS'en in te vullen. De hierna genoemde data is dan ook gebaseerd op een deel van de HDS'en (afhankelijk van de vraag zijn dit tussen de 24 en 31 HDS'en).

de helft in 2012 of 2013 dit certificaat te behalen. Een enkele HDS die samenwerkt met een ziekenhuis heeft gekozen voor de NIAZ accreditatie in plaats van HKZ.

Triage

In deze benchmark hebben we een aantal vragen over de (telefonische) triage gesteld. Twee derde van de HDS'en met meerdere huisartsenposten heeft een callcenter voor alle uren of een deel van de openingsuren.

De helft van de huisartsenposten gebruikt een computerondersteunde applicatie of module voor de triage. De NHG Triagewijzer en de NTS zijn de standaard. Slechts twee huisartsenposten gebruiken een andere triagemethodiek, namelijk het telefonisch advies systeem (TAS).

Bij 72% van de HDS'en met een callcenter wordt de triage alle of een deel van de uren ondersteund door een regie- of telefoonarts. Een regie- of telefoonarts is een arts die is vrijgesteld voor ondersteuning van de triage, en hiervoor extra scholing heeft gehad. De beperking van het aantal uren betreft meestal de nachtelijke uren, waarbij de arts die de triage ondersteund ook consulten doet. Bij 35% van de huisartsenposten, waar de triage op de huisartsenpostlocatie zelf wordt gedaan, wordt een regie- of telefoonarts ingezet. In de andere gevallen wordt de triage ondersteund door één (43%) of meerdere (22%) huisartsen.

ICT

Eind 2011 wisselden 39 HDS'en elektronisch gegevens met (een deel van) de aangesloten huisartsen uit via het landelijk schakelpunt (LSP) en/of een regionaal netwerk (OZIS). Dit betreft ongeveer zeven miljoen patiënten.

Bij 31 HDS'en vindt elektronische uitwisseling plaats met de dienstapothek voor een deel van de huisartsenposten (8 HDS'en) of voor alle huisartsenposten (23 HDS'en).

Organisatievorm en Samenwerking

Zoals eerder vermeld hebben de 52 HDS'en gezamenlijk 123 huisartsenposten. Bij 106 van de 123 huisartsenposten kunnen de patiënten gebruik maken van een vaste dienstapothek voor alle ANW-uren. 82 van deze dienstapotheken zijn binnen 500 meter van de huisartsenpost gesitueerd.

Van alle HDS'en zijn er 23 die onderdeel uitmaken van een grotere organisatie. Dertig HDS'en zijn (of maken onderdeel uit van) een stichting, dertien een coöperatieve vereniging en negen een besloten vennootschap. Op 31 HDS'en is een onafhankelijk toezichthoudend orgaan aanwezig dat voldoet aan de eisen van de WTZi¹².

Door 32 HDS'en zijn afspraken met andere HDS'en gemaakt over gebruik van elkaars (ondersteunende) diensten. Deze afspraken variëren van het rijden van visites in grensgebieden tot het delen van staffuncties en administratie.

Van de 52 huisartsendienstenstructuren leveren 37 ook ANW-zorg aan bijzondere groepen zoals aan AWBZ-instellingen, penitentiaire instellingen, GGZ, militairen en asielzoekerscentra. Zestien HDS'en geven aan dat door de HDS of de grotere organisatie meer wordt gedaan dan het leveren van ANW-huisartsenzorg. Zij leveren onder meer facilitaire ondersteuning (12), detacheren personeel (8), of zijn betrokken bij een zorggroep (12).

¹²Niet elke HDS hoeft te voldoen aan deze eis. Dit hangt af van de grootte van de organisatie.

Van de 123 huisartsenposten hebben 84 een co-locatie¹³ met een ziekenhuis of de polikliniek van een ziekenhuis. Van de 39 huisartsenposten die niet in of bij het ziekenhuis zijn gehuisvest, hebben 12 wel plannen voor een co-locatie.

Bij co-locatie verschillen de vormen van samenwerking van gehuisvest op het terrein van het ziekenhuis¹⁴ tot geïntegreerde samenwerking. Bij acht van deze co-locaties is geen SEH aanwezig. Bij 31 van de 76 huisartsenposten met een co-locatie bij een SEH worden alle zelfverwijzers door de huisartsenpost getrieerd

Tot slot

Dit bulletin geeft een samenvatting van de resultaten van de benchmark 2011. Naast deze gegevens is in de dataset nog veel meer informatie te vinden. Alle leden van de VHN hebben de volledige dataset ontvangen voor gebruik op de eigen huisartsenpost. We danken de HDS'en hartelijk voor de medewerking aan deze benchmark.

Voor vragen over de benchmark 2011 kunt u contact opnemen met het bureau van de VHN. Dit kan via 030-2823788 of bureau@vhned.nl.

Vereniging Huisartsenposten Nederland
16 augustus 2012

¹³Co-locatie: huisvesting van de huisartsenpost in of op het terrein van een ziekenhuis.

¹⁴In enkele gevallen was de huisartsenpost in of op het terrein van een polikliniek van een ziekenhuis gesitueerd.