

Kwaliteitsmeetsysteem Huisartsenposten

Rapport over ontstaan, uitkomsten en toekomst

Dr. Paul Giesen, huisarts onderzoeker

Drs. Linda Huibers, arts onderzoeker

Dr. Michel Wensing, wetenschappelijke begeleiding

Nederlands Kennisnetwerk

Huisartsenposten en Spoedzorg

UMC St Radboud, IQ healthcare

Postbus 9101, 114 IQ healthcare 6500 HB Nijmegen

Fax: 024-3540166 Kennisnetwerk: 024-3610757

p.giesen@iq.umcn.nl

Inleiding

Bij de meer dan 120 huisartsenposten (HAP's) in Nederland bestaat veel belangstelling voor het meten en verbeteren van de eigen zorgkwaliteit. Deze belangstelling is begrijpelijk: de zorg voor patiënten op HAP's vereist optimale kwaliteit. Bovendien zijn de HAP's nog jonge organisaties die antwoorden zoeken op allerlei organisatorische en medisch inhoudelijke vragen.

Om meer structuur en coördinatie in wetenschappelijk onderzoek te geven werd in 2002 het Nederlands Kennisnetwerk Huisartsenposten en Spoedzorg opgericht dat onderdeel is van de afdeling IQ healthcare van het UMC St Radboud. Sindsdien werden meer dan 80 rapporten en 35 artikelen geschreven om HAP's te ondersteunen in het eigen kwaliteitsbeleid¹⁻¹².

Daarnaast startte het certificeringinstituut Harmonisatie Kwaliteit Zorg (HKZ) op verzoek van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) eind 2006 met de ontwikkeling van een certificatieschema voor HAP's. In dit schema zijn de kwaliteitseisen vastgelegd, waarmee HAP's kunnen laten zien dat zij het werken aan kwaliteit serieus nemen. Voor het daadwerkelijk meten en vergelijken van kwaliteit ontbraken echter gevalideerde onderzoeksinstrumenten.

In 2005 vroeg Zorgverzekeraar CZ aan IQ healthcare een kwaliteitsmeetsysteem (KMS) te ontwikkelen voor HAP's.

Doel

Doel van het kwaliteitsmeetsysteem is het ondersteunen van HAP's in hun eigen kwaliteitsbeleid. Dit willen we bereiken door op systematische en samenhangende wijze de kwaliteit van zorg op de HAP's in kaart te brengen en te vergelijken met andere HAP's.

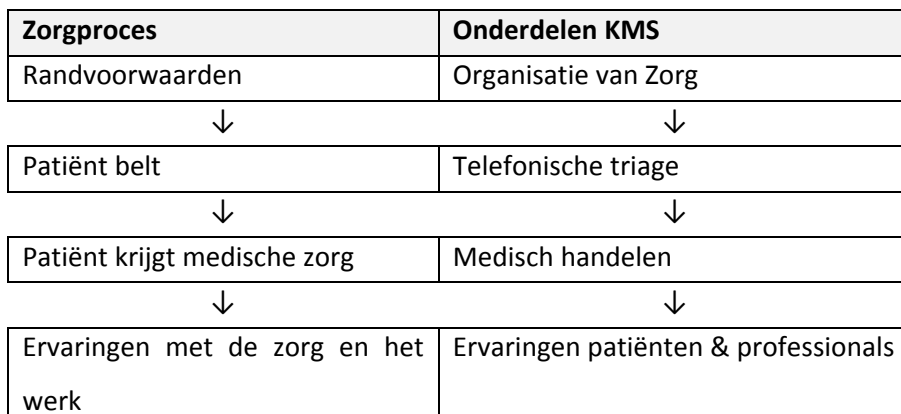
Daarnaast willen we samen met individuele HAP's op lokaal niveau streven naar transparantie waarbij onderzoekers, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties de HAP ondersteunen in kwaliteitsverbetering.

Tot slot willen we met de geaggregeerde meetresultaten informatie verschaffen aan landelijke koepelorganisaties (VHN, NHG, overheid), zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties door middel van rapporten, lezingen en artikelen. In dit rapport vindt u uitleg over het KMS, uitkomsten van eerste metingen per deelgebied, toekomstige ontwikkelingen en beoogde implementatie van het KMS.

Kwaliteitsmeetsysteem

De ontwikkeling van het KMS betrof een meerjarig proces van ontwikkelen en testen van onderzoeksinstrumenten waarbij de perspectieven van verschillende partijen op een evenwichtige manier werden vertegenwoordigd. Er werd dankbaar gebruik gemaakt van input van de HAP's, zorgverzekeraar, patiëntenorganisaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en landelijke koepelorganisaties VHN en NHG. Het KMS omvat het gehele spectrum van waaruit de kwaliteit benaderd kan worden en bevat meetinstrumenten op vijf deelgebieden: Organisatie van zorg, Telefonische triage, Medisch handelen, Ervaringen van patiënten en Ervaringen van professionals (figuur 1).

Figuur 1. Kwaliteitsmeetsysteem



Met het doorlopen van het KMS wordt de kwaliteit van zorg op de HAP continu in kaart gebracht en vergeleken met andere HAP's (benchmark). Op deze manier krijgt de deelnemende HAP regelmatig feedback over de gewenste onderdelen, wat input geeft voor beleidsmaatregelen om de kwaliteit te verbeteren en te waarborgen. Om de implementatie van resultaten en adviezen uit de feedbackrapporten te bevorderen worden de HAP's gestimuleerd tot transparantie richting eigen achterban, zorgverzekeraar en patiënten.

De geanonimiseerde en geaggregeerde gegevens van alle HAP's samen worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek dat door IQ healthcare wordt uitgevoerd. De resultaten hiervan zijn bedoeld ter ondersteuning van het beleid van zorgverzekeraar, VHN, NHG en de overheid.

Organisatie van zorg

Toetsinstrument

Het toetsinstrument voor organisatie van zorg heeft betrekking op 95 indicatoren, verdeeld over 8 categorieën. Bij de meting vinden twee visitatieronden plaats. Tijdens de eerste ronde wordt met de manager en de kwaliteitsfunctionaris een groot deel van de lijst met indicatoren doorlopen en gescoord. Ook worden op de HAP een aantal zaken gecontroleerd, zoals de aanwezigheid van protocollen, website en medicatieopslag. Tijdens de tweede ronde worden tien medewerkers geïnterviewd (tabel 1).

Tabel 1. Te interviewen medewerkers

Functie medewerker	Aantal
Doktersassistente (triage)	2
Coördinerend doktersassistente*	2
Chauffeur	2
Huisarts (t.a.v. telefonisch advies) ^o	2
Huisarts (t.a.v. visite en consulten)	2

*A-assistente, eerst verantwoordelijke assistente

^oTelefoonarts, regiearts

Deze medewerkers hebben paarsgewijs een gesprek met één van de twee visitatoren, waarbij de per functie aangepaste set indicatoren wordt doorlopen. Gevraagd wordt of men afspraken, procedures en richtlijnen kent, weet te vinden en te hanteren (box 2). Aan het einde van het interview worden open vragen aan de medewerkers gesteld: "Kunt u aspecten van de organisatie noemen die goed gaan en aspecten die voor verbetering vatbaar zijn"?

Box 1. Voorbeeldvraag met (fictieve) score

13	Procedure voor levensbedreigende spoed en criteria voor inschakelen ambulancedienst	Max. score	HAP X
A	Er is een procedure voor levensbedreigende spoed	1	1
B	Er zijn criteria voor inschakelen ambulancedienst	1	1
C	De medewerkers zijn op de hoogte van deze procedure en criteria (A+B) of weten waar deze te vinden zijn	1 (4/4)	0 (3/4)*
		3	2

*Deze vraag is gesteld aan 4 medewerkers, waarvan er 3 op de hoogte waren van de procedure. Voor de totale indicator wordt de score 0 meegenomen, maar in de rapportage voor de HAP staat 3/4.

Ervaringen

Visitatie op vijf HAP's laat bij zeven van de acht categorieën een hoge gemiddelde score zien, variërend van 81 tot 90% van de maximale score. Wel kwam er op al deze onderdelen een grote variatie aan verbetertips naar voren. De categorie die gaat over de aangesloten huisartsen scoort minder hoog (75% van de maximale score).

Verbeterpunten die hier naar voren komen betreffen bijvoorbeeld het ontbreken van specifieke eisen voor huisartsen en waarnemers ten aanzien van kennis en vaardigheden en bereidheid om nascholing te volgen. Geen enkele HAP heeft een scholingsplan voor de aangesloten huisartsen. Ook hebben weinig HAP's een taakomschrijving voor zowel consultarts, telefoonarts als visitearts. Niet iedere HAP heeft afspraken over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisarts voor eigen patiënten.

Toekomstige ontwikkelingen

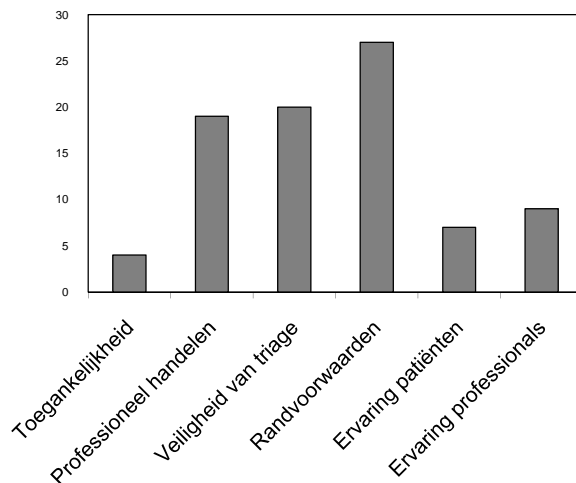
De set indicatoren voor organisatie van zorg zal enigszins aangepast worden, zodat deze set beter aansluit op het recent ter beschikking gekomen HKZ schema. Hierbij zullen de ervaringen bij de 5 onderzochte HAP's meegenomen worden.

Kwaliteit Telefonische Triage

Toetsinstrument

Om de kwaliteit van de telefonische triage in kaart te kunnen brengen hebben we een set met 86 indicatoren ontwikkeld die zijn verdeeld over 6 categorieën: Toegankelijkheid, Professioneel handelen, Veiligheid van triage, Randvoorwaarden, Ervaring patiënten en Ervaring professionals. De meeste indicatoren hebben betrekking op de categorieën Professioneel handelen, Veiligheid van triage en Randvoorwaarden (figuur 1).

Figuur 2. Overzicht categorieën en indicatoren (aantal)



De indicatoren worden gemeten met behulp van 5 verschillende meetmethoden: er wordt een audit uitgevoerd op de HAP, waarbij de locatiemanager werd bevroegd. De professionals die betrokken zijn bij de HAP, doktersassistentes en huisartsen, krijgen een uitnodiging voor een internetenquête. Daarnaast worden er gegevens opgevraagd bij de huisartspost, onder andere over de wachttijd aan de telefoon. Tot slot worden in totaal 80 audio opnamen beoordeeld door ervaren huisartsen en triagisten, waarbij het ging om contacten met pijn op de borst en random contacten. Voor de 50 contacten van patiënten met pijn op de borst worden ook de verslagen meegenomen. De resultaten van de 30 random contacten zijn vervolgens vergeleken met de scores op de performancetoets, die standaard wordt uitgevoerd op de HAP's.

Ervaringen

Uit de praktijktest op één HAP bleek dat er sprake was van goede randvoorwaarden en afspraken, die goed bekend zijn bij triagisten en redelijk goed bij huisartsen. Triagisten gaven een correcte verslaglegging wat betreft inhoud en vorm (98,7%). Wat betreft de communicatieve vaardigheden van triagisten zijn de scores wisselend en is er ruimte voor verbetering. De communicatieve taalkundige vaardigheden van de triagist waren in 97% van de contacten goed. Bij de random contacten werd in ongeveer de helft van de gevallen naar de hulpvraag gevraagd, terwijl dit bij de contacten met pijn op de borst veel lager was. Uit onderzoek naar de veiligheid bleek de urgentie in ongeveer 50% van de gevallen onderschat terwijl de triagisten meestal wel het juiste vervolgbeleid bleken in te zetten. Mogelijk had dit op de betreffende HAP te maken met de toepassing van de urgentieclassificatie. Voor de HAP komt voldoende informatie naar boven voor verder beleid. De praktijktest heeft veel informatie opgeleverd, maar liet eveneens zien dat de set erg uitgebreid is.

Toekomstige ontwikkelingen

Het onderdeel Telefonische Triage zal waarschijnlijk worden opgesplitst in verschillende modules op basis van de huidige indeling in categorieën. Per HAP kan worden gekeken welk onderdeel van telefonische triage aandacht nodig heeft. Op deze manier wordt de hanteerbaarheid en doelgerichtheid van de set indicatoren vergroot.

Kwaliteit van het medisch handelen

Toetsinstrument

Om de kwaliteit van het medisch handelen in kaart te brengen hebben we een set met 55 indicatoren ontwikkeld op basis van richtlijnen uit 88 NHG standaarden. Per indicator worden 30 contacten beoordeeld op het al dan niet volgen van de richtlijnen. Per huisartsenpost worden dan 1650 contacten beoordeeld. Ter illustratie hebben we hieronder een voorbeeldindicator opgenomen (box 2).

Box 2. Voorbeeldindicator medisch handelen

	Percentage patiënten met acute keelpijn bij wie terecht wel of terecht niet een smal spectrum antibioticum is voorgeschreven
Teller	Aantal patiënten met acute keelpijn bij wie wel of niet volgens de NHG richtlijn een smal spectrum antibioticum is voorgeschreven
Noemer	Aantal patiënten met acute keelpijn
Inclusie criterium	Acute keelpijn: korter dan 14 dagen keelpijn
Richtlijn NHG standaard	7-daagse kuur met smal-spectrum penicilline bij: patiënt met ernstige keelinfectie of roodvonk met ernstig algemeen ziekzijn, peritonsillair infiltraat of een abcederende lymfadenitis

Ervaringen

Het instrument is getest op vijf HAP's. Het blijkt dat in 77% van alle contacten wordt gehandeld volgens de NHG standaarden. Het viel op dat huisartsen bij het verwijzen zeer goed werken volgens de richtlijnen, maar neigen tot overbehandeling bij gebruik van antibiotica en tot medicamenteuze onderbehandeling bij spoedgevallen (U1 en U2). Een belangwekkende bevinding was dat slechts 22 van de ruim 80 NHG standaarden van toepassing waren op de HAP's. Dit onderzoek laat zien dat de NHG standaarden op 20% van de contacten op de HAP van toepassing zijn.

Als voorbeeld de klacht duizeligheid. Hierbij wordt medicatie door de NHG standaard weliswaar ontraden, maar op de HAP's werd toch in 40% van de gevallen een recept voorgeschreven. Bovendien betrof het een grote diversiteit aan medicatie zoals cinnarizine, betahistamine, domperidon en metoclopramide. Mogelijke oorzaak hiervan is de onduidelijkheid van de NHG standaard. Deze richt zich waarschijnlijk op de chronische duizeligheid, terwijl op HAP's vooral de vaak zeer heftig

verlopende acute duizeligheid voorkomt. Er dient onderzocht te worden welk medicament geïndiceerd is bij deze acute duizeligheid.

Toekomstige ontwikkelingen

Het scoren van duizenden contacten op het volgen van richtlijnen is voor de onderzoekers een tijdsintensieve activiteit. Een van de activiteiten om de praktische haalbaarheid te verbeteren is het verder ontwikkelen van een extractieprogramma met trefwoorden ("Google") waarbij random patiëntencontacten uit het databestand van HAP's worden gehaald. Momenteel zijn we in overleg met NHG en andere betrokken partijen in de spoedketen bezig met een groot landelijk projectplan om te komen tot keten spoedstandaarden. Indien er nieuwe spoedstandaarden zijn, zullen aanvullende indicatoren worden meegenomen.

Ervaringen van patiënten

Toetsinstrument

De ervaringen van patiënten zijn in de periode 2002-2008 op de meeste HAP's in Nederland gemeten met een door ons ontwikkelde en gevalideerde vragenlijst. Inmiddels beschikken we over een databestand met meer dan 20.000 vragenlijsten. Deze vragenlijst om patiënttevredenheid te meten was echter niet meer up-to-date en recent hebben we een nieuwe vragenlijst ontwikkeld die voldoet aan de actuele eisen: de Consumer Quality index.

Deze CQ-index huisartsenposten bevat 72 items die onder te verdelen zijn in 6 modules:

1. Introductievragen
2. Contact met de assistente aan de telefoon
3. Contact met de huisarts
4. Organisatie van de huisartsenpost
5. Algemene vragen over het contact
6. Persoonlijke gegevens

De vragen die betrekking hebben op de ervaringen van de patiënt (in module 2 t/m 4) zijn vervolgens onder te verdelen in 5 domeinen: toegankelijkheid & bereikbaarheid, bejegening, professioneel handelen, zorg op maat en organisatie van de HAP.

De CQ-index huisartsenposten wordt nu uitgezet op de HAP's.

Ervaringen

In tegenstelling tot sommige berichten in de pers zien we dat patiënten in hoge mate tevreden zijn over de geboden zorg. In door ons uitgevoerd onderzoek op meer dan 60 HAP's gaf tweederde van de patiënten de HAP een rapportcijfer van 8 of hoger. Patiënten gaven hoge waardering voor de ontvangen medische zorg en de communicatie door de huisarts. Ze verwachtten minder telefonisch advies en meer consulten of visites. Ervaren belemmeringen om naar de HAP te komen hangen vooral samen met somatische belemmeringen, zoals mate van ziek zijn en gebrekkig ter been zijn. Afstand lijkt nauwelijks als belemmering te worden ervaren. Toch is er ruimte voor verbeteringen door betere voorlichting, aanwezigheid van het medische dossier en aandacht voor de wens vaker een huisarts te willen spreken. Tot slot is er veel kritiek op de apotheekvoorziening, want patiënten moeten na contact met de HAP vaak ver reizen om aan medicijnen te komen. Uitkomsten met de recent ontwikkelde CQ-index huisartsenposten zijn nog niet beschikbaar.

Toekomstige ontwikkelingen

De CQ-index huisartsenposten wordt momenteel uitgezet op meerdere HAP's. Daarnaast wordt tevens een vragenlijst ontwikkeld volgens de CQI-methodiek waarbij ervaringen van patiënten met de overdracht binnen de spoedketen in kaart kunnen worden gebracht. Dit meetinstrument is naar verwachting in 2010 gereed. Verder onderzoek dient ook plaats te vinden naar ervaringen van specifieke patiëntengroepen zoals terminale patiënten en allochtonen.

Ervaringen professionals

Toetsinstrument

De ervaringen van professionals worden in kaart gebracht met een internetenquête. Deze ervaringen kunnen gebruikt worden voor het ontdekken van knelpunten, kunnen bijdragen aan veranderingsprocessen en kunnen gebruikt worden voor het ontwikkelen van een toekomstvisie. Deze vragenlijst bestaat uit meerdere varianten, onder andere voor het thema kwaliteit, palliatieve zorg, rol van de regiearts, samenwerking HAP en spoedeisende hulp (SEH), werkdruk en toekomstvisie. Ook voor triagisten is een vragenlijst beschikbaar die gaat over arbeidsomstandigheden en ervaren kwaliteit.

Ervaringen

Uit onderzoek naar de eigen rol en ervaren kwaliteit van de **terminale zorg** op de HAP komt naar voren dat driekwart van de huisartsen persoonlijk beschikbaar is voor terminale patiënten buiten kantoortijd. Voor 21% van de huisartsen vormde de wens om werk en privé te scheiden de belangrijkste reden om niet beschikbaar te zijn. Patiënten kunnen hun eigen huisarts meestal rechtstreeks privé of via de HAP bellen. Bijna de helft van de huisartsen bezoekt op eigen initiatief zijn/haar patiënten buiten kantoortijd. De meerderheid (70%) van de huisartsen was tevreden over de geleverde patiëntenzorg op de HAP, waarbij gebrekkige informatieoverdracht van de huisarts naar de HAP het grootste knelpunt vormt.

Arbidsomstandigheden vormen een belangrijke randvoorwaarde voor kwaliteit. Uit onderzoek in 2000 en 2007 naar **arbidsomstandigheden van huisartsen** op de HAP komt naar voren dat de komst van grootschalige HAP's een gepast antwoord was op de ervaren knelpunten in waarneemgroepen. De werkdruk is afgenomen, de arbeidsmotivatie is toegenomen en huisartsen hebben minder last van agressief patiëntengedrag. De korte diensten en de scheiding van het werk en privéleven legden aanzienlijk minder beslag op het gezinsleven. In 2007 werd rond 85% van de diensten door huisartsen zelf gedaan en als diensten werden uitbesteed betrof het de nachtdiensten. De overgrote meerderheid van huisartsen was anno 2007 tevreden met de HAP als organisatie-model en wilde niet terug naar het waarneemgroepmodel of stoppen met de 24-uurs beschikbaarheid. Wel wilden huisartsen verregaande samenwerking met de SEH, waarbij zij de zelfverwijzers opvangen.

Toekomstige ontwikkelingen

De verschillende modules kunnen afhankelijk van de vraag van HAP's ingezet worden. Op dit moment is er veel vraag naar modules rond werkdruk, samenwerken HAP-SEH en terminale zorg.

Tijd voor grootschalige implementatie

Nu het HKZ certificatieschema op de Nederlandse HAP's wordt geïmplementeerd, ontstaat een raamwerk waarbinnen alle onderdelen van het KMS een plaats kunnen krijgen. De uitkomsten van kwaliteitsmetingen worden meegenomen in de HKZ beoordeling en certificering van HAP's. De tijd is dus rijp voor het grootschalig implementeren van het KMS in Nederland. Tevoren dienen twee fases doorlopen te worden die we hieronder beschrijven.

Fase 1. Aanscherpen van de onderzoeksinstrumenten

De eerste stap zal bestaan uit het evalueren en bijstellen van meerdere onderdelen en procedures van het KMS. De aandacht zal hierbij vooral gericht zijn op de praktische haalbaarheid met minimaliseren van personele inzet. Daarnaast zal in deze fase overleg plaatsvinden met relevante partijen (zoals VHN, HAP's, CZ) om het implementatieplan te bespreken en draagvlak te creëren. Hieronder beschrijven we de benodigde acties.

Fase 2. Implementatie

We ervaren dat de *implementatie* van aanbevelingen uit de kwaliteitsmetingen beter kan. Zo merken we dat resultaten en aanbevelingen uit de feedbackrapporten vaak niet organisatiebreed worden besproken en dat er vaak geen verbeterplan wordt gemaakt. Soms hebben we het gevoel dat er wordt "gemeten om te meten" of om aan voorwaarden van het HKZ te voldoen of zelfs omdat er budget over is. Wij vinden dat jammer van alle inspanningen en gemiste kansen op kwaliteitsverbetering. We willen met CZ en de HAP's nagaan hoe we de resultaten en aanbevelingen van onze kwaliteitsmetingen beter kunnen implementeren en hebben hiervoor het volgende voorstel.

In oktober 2009 wordt door CZ een symposium georganiseerd waar IQ healthcare de tot nu toe beschikbare resultaten en een voorstel voor de implementatie van het KMS zal presenteren. We zullen de HAP's voorstellen dat we op iedere HAP jaarlijks één onderdeel uit het KMS willen uitvoeren en relevante onderdelen cyclisch willen herhalen. Zo krijgt de HAP ieder jaar input voor kwaliteitverbetering, is er voldoende tijd om verbetermanagement uit te voeren en kunnen de effecten van verbeterprojecten worden gemeten. Ook wordt besproken of de HAP's bereid zijn om de resultaten van kwaliteitsmetingen transparant te maken voor zorgverzekeraar en patiënten en de eigen achterban actief te informeren. Vervolgens kunnen HAP's aangeven of ze bereid zijn tot transparantie en mee willen doen met een intensieve implementatiemethode. Met de HAP's die willen meedoen worden afspraken gemaakt voor een eerste bijeenkomst met eigen vertegenwoordigers, zorgverzekeraar en onderzoekers van IQ healthcare. In deze bijeenkomst wordt

op basis van eerdere kwaliteitsmetingen en ervaren knelpunten een prioriteitenlijst gemaakt voor kwaliteitsmetingen. Op basis hiervan wordt door IQ healthcare een advies gegeven waarna de HAP een onderdeel uit het KMS kiest. Bij het stellen van prioriteiten en het maken van keuzen zal rekening worden gehouden met de te verwachte kwaliteitswinst en de haalbaarheid. Aangetekend dient te worden dat voor enkele onderdelen van het KMS de mogelijkheid bestaat om één module uit te voeren (bij telefonische triage kan bijvoorbeeld gekozen worden voor het onderdeel veiligheid en bij ervaringen professionals voor het onderdeel ervaren werkdruk). We willen graag onderzoeken of het werken volgens de hierboven benoemde implementatiemethode effectiever is dan de huidige methode waarbij HAP's alleen een feedbackrapport krijgen toegestuurd.

Tenslotte

We hopen dat we met dit KMS een continue cyclus in gang kunnen zetten in de CZ regio en de rest van Nederland. Hiermee hopen we dat de kwaliteit van zorg zich steeds verder ontwikkelt, in het voordeel van de patiënt.

Het team onderzoekers van IQ healthcare zal daarbij continue metingen uitvoeren, HAP's bezoeken, rapporten en artikelen schrijven en samen met betrokken partijen het KMS continue bijstellen.

Expertise en publicaties

Sinds 2000 publiceerden we meer dan 36 artikelen op het thema kwaliteit van huisartsenposten.

Hieronder zullen we de 16 meest toepasbare artikelen voor het KMS noemen:

1. Giesen P, Wilden-van Lier E, Schers H, Schreuder J, Busser G. Telefonisch advies en triage tijdens de dienst. *Huisarts en Wetenschap* 2002; 299-302.
2. Busser G, Giesen P. Een spin in het web. De telefoonarts, een nieuwe functie in de grootschalige huisartsenpost. *Medisch Contact* 2002; 57(38): 1353-5.
3. Grol R, Giesen P, Van Uden C. After-Hours Care In The United Kingdom, Denmark, And The Netherlands: New Models *Health Affairs* 2006; 25: 1733-7.
4. Giesen P, Moll van Charante E, Janssens H, Mookink H, Bindels P, Van den Bosch W, Grol R. Patients evaluate accessibility and nurse telephone consultations in out-of-hours GP care: determinants of a negative evaluation. *Patient Education and Counseling* 2007; 65: 131-6.
5. Giesen P, Halink D. Smeerolie van de huisartsenpost: Patienten en hulpverleners tevreden over de regiearts. *Medisch Contact* 2007; 69: 371-3.
6. Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mookink H, Drijver R, Van den Bosch W, Grol R. Safety of telephone triage in GP cooperatives: Do triage nurses correctly estimate urgency? *BMC Health Services Research* 2007; 7:19.
7. Giesen P, Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands, Dissertatie 2007, Radboud Universiteit Nijmegen.
8. Giesen P, Moll van Charante E, Janssens H, Mookink H, Bindels P, Van den Bosch W, Grol R. Wie een huisartsenpost belt verwacht een huisarts aan de telefoon. *Huisarts Wet* 2008; 51(3): 147-50.
9. Giesen P, Franssen E, Mookink H, Van den Bosch W, Van Vugt A, Grol R. Patiënten die buiten kantooruren de Huisartsenpost of de Spoedeisende Hulp bezoeken: een vergelijking. *Huisarts Wet* 2007; 50(5): 202-6.
10. Giesen P, Willekens M, Mookink H, Braspenning J, Van den Bosch W, Grol R. Quality of out-of-hours primary care: development and testing of indicators for prescribing and referring. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 16: 181-4.
11. Giesen P, Van Lin N, Mookink H, Van den Bosch W, Grol R. Huisartsenposten: lang wachten op een visite? *Huisarts Wet* 2007; 50 (7): 296-9.
12. Vermue N, Giesen P, Huibers L, Van Vugt C. Samenwerking tussen huisartsenposten en spoedeisende hulp: huidige situatie en toekomstplannen van huisartsenposten in Nederland. *Medisch Contact* 2007; 62: 1092-3.

13. Giesen P, Moll van Charante E, Janssens H, Morkink H, Bindels P, Van den Bosch W, Grol R. Wie een huisartsenpost belt verwacht een huisarts aan de telefoon. Huisarts Wet 2008; 51(3): 147-50.
14. Giesen P, Terpstra E, Schweitzer B. Terminale zorg buiten kantoortijd. Medisch Contact 2008; 63: 240-2.
15. Giesen P, Morkink H, Van den Bosch W, Bottema B, Grol R. Huisartsenposten in Nederland: stand van zaken op basis van wetenschappelijk onderzoek Huisarts Wet 2008; 51(5):219-23.
16. Giesen P, Hammink A, Mulders A, Oude Bos A. Te snel naar de huisartsenpost. Spoedbeleving van patiënt amper te beïnvloeden. Medisch Contact 2009; 64(6) 239-43.