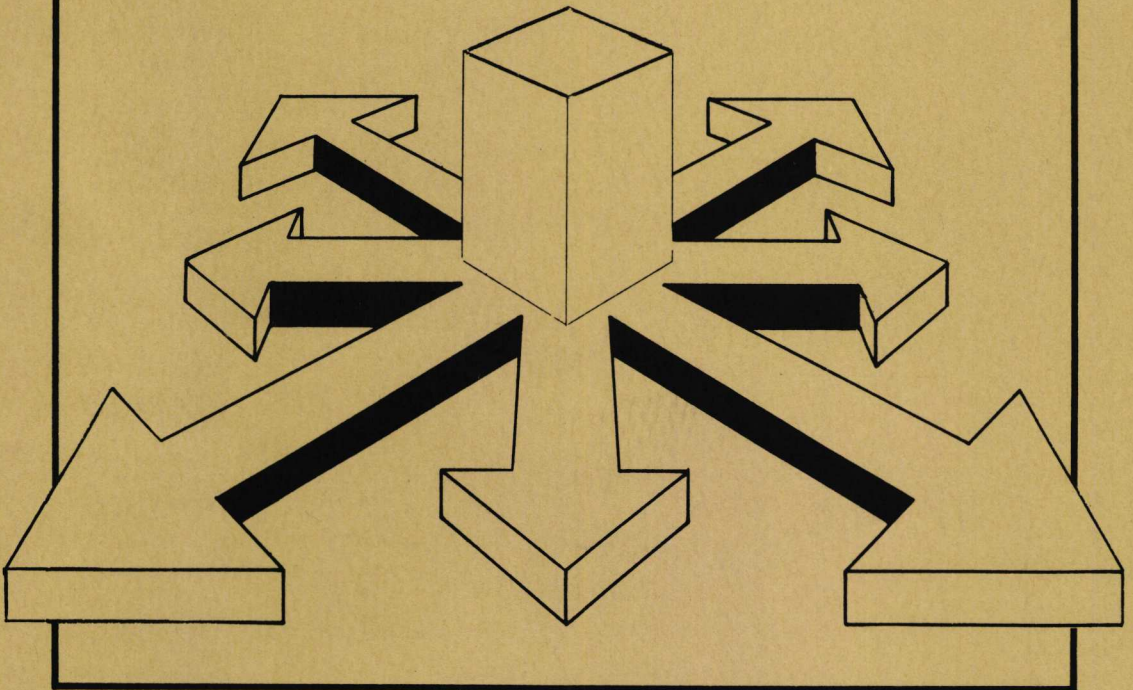


527/1987

**FUNCTIONEREN
ARTSENLABORATORIA
IN NEDERLAND
SAMENVATTING**

W.Davidse/G.J.Wissink



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TNO

Leiden

FUNCTIONEREN ARTSENLABORATORIA IN NEDERLAND

SAMENVATTING

**W.Davidse
G.J.Wissink**

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TKO

mei 1987

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC Leiden

Telefoon: 071-17 88 88

© 1987 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 86022a

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIPG-TNO.

VOORWOORD

Dit boekwerkje bevat de samenvatting van het eindrapport "Functioneren artsenlaboratoria in Nederland". Dit rapport doet verslag van het onderzoek dat het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft verricht naar het functioneren van de artsenlaboratoria. Een belangrijke rol, zowel in de voorbereidende als uitvoerende fase van het onderzoek, is gespeeld door de Samenwerkende Artsenlaboratoria in Nederland (SAN). De SAN heeft aan de wieg gestaan van dit onderzoek door bij de overheid aan te dringen op een onderzoek naar de plaats die de huisartsenlaboratoria in de gezondheidszorg innemen. Bij de SAN leefde namelijk de overtuiging dat niet voldoende recht werd gedaan aan de huisartsenlaboratoria.

Door middel van deze uitgave worden de deelnemende huisartsen in staat gesteld kennis te nemen van de belangrijkste resultaten van het onderzoek. Het NIPG-TNO wil op deze plaats iedereen die aan het onderzoek heeft meegewerkt dank zeggen. Wij denken hierbij aan de huisartsen in de verzorgingsgebieden van de laboratoria in Rotterdam en Groningen, maar ook aan de deelnemende artsenlaboratoria. Wij hopen dat dit rapport bij zal dragen aan een beter inzicht in de rol die huisartsenlaboratoria in de gezondheidszorg spelen.

Dr. A. Dijkstra
Onderdirecteur NIPG-TNO





Aanbieding van het eindrapport aan staatssecretaris Dees van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur, door de voorzitter van de SAN, Prof. Dr. W. van der Slik (op 26 november 1986 te Breda).

Samenvatting van het eindrapport van het onderzoek naar het functioneren van artsenlaboratoria in Nederland.*

Deze samenvatting bestaat uit twee delen. In het eerste worden de resultaten weergegeven van het algemene deel dat betrekking heeft op alle SAN-laboratoria. Deel twee bevat de belangrijkste uitkomsten van een schriftelijke enquête onder huisartsen.

1 ALGEMENE DEEL

Het eerste deel van het onderzoek wordt samengevat door beantwoording van de door het Ministerie van WVC gestelde vijf vragen.

1.1 Vraag 1: Welke diagnostische faciliteiten worden door de artsenlaboratoria aangeboden, aan welke instanties?

Bij alle onderzochte artsenlaboratoria kan klinisch-chemisch en hematologisch onderzoek worden aangevraagd. Bacteriologisch en serologisch onderzoek, alsmede electrocardiogrammen kunnen bij het overgrote deel worden aangevraagd. Daarnaast zijn er enkele laboratoria waar cytologisch en overig onderzoek plaatsvindt.

De klinisch-chemische, hematologische en bacteriologisch/serologische bepalingen die kunnen worden aangevraagd zijn de bepalingen die huisartsen krachtens de Ziekenfondswet voor rekening van

* Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 36,75 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO onder vermelding van bestelnummer 86022.

het ziekenfonds kunnen laten verrichten, aangevuld met een aantal bepalingen die er de laatste jaren zijn bijgekomen.

De onderzochte laboratoria werken primair ten behoeve van huisartsen, op één laboratorium na dat voornamelijk ten behoeve van ziekenhuizen werkt. Bij het overgrote deel van de laboratoria is ca. 90% van alle opdrachten afkomstig van huisartsen. De overige opdrachtgevers zijn medisch specialisten en bedrijfsartsen.

1.2 Vraag 2: Welk (kwantitatief) gebruik wordt van deze faciliteiten gemaakt door huisartsen; wat zijn de aan dit gebruik verbonden kosten?

Voor huisartsen alleen valt deze vraag niet te beantwoorden omdat de gegevens over productie en kosten betrekking hebben op de gehele productie. De laboratoria die productie- en kostengegevens konden leveren werken voor ca. 85% ten behoeve van huisartsen. Het gebruik kan op twee manieren worden aangegeven, namelijk in aantallen bepalingen en aantal tarief VII-punten.

De jaarfrequentie van de meest voorkomende bepalingen in 1983 wordt in het rapport weergegeven. Het meest opvallende hieraan is dat hematologische bepalingen relatief erg vaak worden aangevraagd. Het aanvraagpatroon in de verschillende verzorgingsgebieden is in vrij hoge mate hetzelfde.

De productie, gerekend in tarief VII-punten, wordt tevens vermeld. Van de ruim 11 miljoen tarief VII-punten in 1983 (n = 10) was driekwart uit de categorie klinische-chemie afkomstig.

De totale kosten bedroegen in 1983 bijna 24 miljoen gulden (n = 10). De kostprijs per tarief VII-punt is omgekeerd evenredig aan de omvang van de productie. Deze schaalvoordelen lijken met name gerealiseerd te kunnen worden door automatisering. Ook speelt een betere arbeidsverdeling wellicht een rol.

De doelmatigheid, gedefinieerd als de kostprijs per punt, neemt dus toe met de productieomvang. Deze - bedrijfseconomische - doelmatigheid geeft geen inzicht in het nut of de waarde van de productie. Om dit te kunnen beoordelen zijn gegevens nodig over de effectiviteit van bepalingen. Verwacht kan worden dat, over het algemeen, een toenemend aantal bepalingen per patiënt een afnemende informatiewaarde bezit, met andere woorden dat de effectiviteit zal dalen.

Er kunnen zich dus situaties voordoen waarin uitbreiding van de productie leidt tot een bedrijfseconomisch gezien doelmatiger productie, maar dat vanuit maatschappelijk oogpunt de doelmatigheid afneemt omdat de totale kosten stijgen waar slechts geringe of geen extra opbrengsten in de vorm van nuttige informatie voor het diagnostisch proces tegenover staan.

Het hanteren van de bedrijfseconomische doelmatigheid als belangrijkste beoordelingscriterium houdt dan ook een zeker gevaar in. Er ontstaat voor de laboratoria in dat geval een prikkel om meer te produceren: door de automatisering van de productie neemt het aandeel van de vaste kosten (duurzame productiemiddelen) steeds meer toe. Hoe groter het aandeel van de vaste kosten wordt, des te gevoeliger wordt de kostprijs per eenheid voor variaties in de geproduceerde aantallen. Bij een niet volledige capaciteitsbenutting kunnen de gemiddelde kosten per eenheid sterk dalen door de productie uit te breiden. Bij hantering van alleen het criterium kostprijs per eenheid ontstaat dus de prikkel te produceren tot de capaciteitsgrenzen. Andere variabelen zoals het aantal punten per contact en de totale kosten in verhouding tot de omvang van de populatie in het verzorgingsgebied zijn van belang om de vraag naar maatschappelijke doelmatigheid te kunnen beantwoorden.

Het aantal tarief VII punten per patiëntencontact in 1983 voor de kleine, middelgrote en grote artsenlaboratoria bedroeg respectievelijk 16,25 en 24, met een gemiddelde van 22 punten per contact.

De kleine laboratoria zitten dus onder het gemiddelde, en dat terwijl het aanbodspakket vrijwel hetzelfde is als dat van de middelgrote en grote laboratoria.

Hoewel het niet geheel duidelijk is hoe het verschil in punten per contact tussen de kleine laboratoria enerzijds en de middelgrote en grote anderzijds tot stand komt, spelen de volgende factoren wellicht een rol:

- bevolkingsopbouw

De kleine laboratoria zijn vooral gesitueerd in plattelandsgebieden, die een andere bevolkingsopbouw hebben dan de (groot)-stedelijke gebieden. Een verschil in bevolkingsopbouw kan impliceren een verschil in laboratoriumproductie.

- beleid laboratoria

In één verzorgingsgebied wordt door het arts-laboratorium in nauwe samenwerking met de in dat gebied werkzame huisartsen een actief beleid gevoerd teneinde het gebruik van laboratoriumfaciliteiten zo selectief mogelijk te doen zijn. Het aantal punten per contact is bij dat laboratorium verreweg het laagste van alle bij het onderzoek betrokken laboratoria. Bij een vergelijkbaar productieniveau maakt dit laboratorium meer patiëntencontacten, hetgeen bijvoorbeeld een uitgebreider prik-dienst noodzakelijk maakt. Dit betekent dat de kostprijs per tarief VII punt onder verder gelijk blijvende omstandigheden zal toenemen in vergelijking met laboratoria die minder restrictief zijn.

In tabel 5.1 van het rapport worden de kosten per patiëntencontact weergegeven. Ondanks een groter aantal punten per contact komen de grote laboratoria dankzij een lagere kostprijs per tarief VII punt op vrijwel hetzelfde bedrag uit als de kleine laboratoria. Wat deze cijfers betekenen voor de totale kosten van het laboratoriumonderzoek, in relatie met de omvang van de bevolking in de verzorgingsgebieden, valt niet te zeggen. De reden hiervan

is dat in de meeste verzorgingsgebieden huisartsen ook laboratoriumonderzoek aan kunnen vragen in andere laboratoria. De omvang van deze productie is onbekend.

Concluderend kan gesteld worden dat de doelmatigheid in termen van kostprijs per tarief VII punt toeneemt met de productieomvang en wordt gerealiseerd door verregeande automatisering.

Om een uitspraak te kunnen doen over de vraag of een doelmatige productie op laboratoriumniveau ook maatschappelijk doelmatig is, dient inzicht te bestaan in omvang en kosten van onderzoek in overige laboratoria en in de effectiviteit van laboratoriumonderzoek.

- 1.3 Vraag 3: In welke regio's zijn deze artsenlaboratoria werkzaam, naast welke andere, overeenkomstige diagnostische faciliteiten biedende instanties? Welk relatief aandeel bezitten de verschillende instanties in de regio?

De onderzochte artsenlaboratoria zijn werkzaam in het Westen van Nederland en in de provincie Groningen; daarnaast zijn er laboratoria werkzaam in Friesland, Utrecht en Brabant. In principe vormen ziekenhuislaboratoria een alternatief voor artsenlaboratoria. Wat de omvang van het gebruik door huisartsen van ziekenhuislaboratoria is, is onbekend. Tijdens de voorbereiding van het onderzoek is in overleg met de opdrachtgever dan ook besloten deze vraag verder te laten rusten.

- 1.4 Vraag 4: Op welke wijze wordt door de artsenlaboratoria aandacht gegeven aan de kwaliteit van de diagnostische faciliteiten; aan welke kwaliteitsbewakingsregelingen wordt deelgenomen?

Twee belangrijke voorwaarden om een kwalitatief verantwoorde productie te realiseren zijn de scholingsgraad van het personeel en de deelname aan kwaliteitsbewakingsprogramma's.

Aan alle onderzochte laboratoria is conform de eisen van de SAN, een erkend klinisch chemicus of iemand van vergelijkbaar niveau verbonden, zij het dat in enkele laboratoria de dagelijkse leiding berust bij een (hoofd)analist. Het analytisch personeel is overal gekwalificeerd (MBO- en/of HBO-niveau).

Alle onderzochte artsenlaboratoria voldoen aan de eis van de SAN deel te nemen aan het externe, klinisch-chemische kwaliteitscontroleprogramma van de Stichting Kwaliteitsbewaking Klinisch Chemische Ziekenhuislaboratoria (SKZL) te Nijmegen. Verder hebben alle laboratoria een of andere vorm van interne (dagelijkse) kwaliteitsbewaking.

Expliciete en algemeen geaccepteerde normen voor (de organisatie van) kwaliteitscontrole en -bewaking in klinisch-chemische laboratoria ontbreken. De enige uitzonderingen zijn de genoemde eis van de SAN tot deelname aan het externe programma van de SKZL en aanbevelingen van de International Federation of Clinical Chemistry.

De conclusie dient te zijn dat de onderzochte laboratoria aan de genoemde eisen terzake van personeel en kwaliteitsbewaking voldoen.

- 1.5 Vraag 5: Op welke wijze wordt door de artsenlaboratoria aan de bereikbaarheid en toegankelijkheid voor huisarts en patiënten van de faciliteiten aandacht geschonken?

Voor de toegankelijkheid voor huisartsen zijn van belang de snelheid van berichtgeving, consultatiemogelijkheden, voorlichting en de mogelijkheid spoedbepalingen te laten doen.

Het beleid van de laboratoria is erop gericht sterk afwijkende uitslagen nog op de dag van de bloedafname door te bellen aan de

betreffende huisarts. Dit geldt niet voor de uitbestede productie. De schriftelijke (bevestiging van) uitslagen zullen over het algemeen de huisarts bereiken op de dag na bloedafname of de daaropvolgende dag. Consultatiemogelijkheden bestaan bij alle arts-laboratoria, terwijl de voorlichting aan huisartsen voornamelijk geschiedt door middel van de SAN-informatieklapper.

Hoewel spoedbepalingen overdag overal kunnen worden aangevraagd, kunnen bij slechts 4 arts-laboratoria 's avonds en/of tijdens het weekeinde spoedbepalingen worden aangevraagd.

In deel twee van het eindrapport wordt aan de relatie huisartsen-arts-laboratoria nadere aandacht besteed.

De bereikbaarheid voor patiënten wordt ten opzichte van andere typen laboratoria vergroot door patiënten de mogelijkheid te bieden geprikt te worden op één van de verspreide prikplaatsen of, wanneer de patiënt door ziekte of gebrek niet in staat is zich te verplaatsen, thuis geprikt te worden.

Het aantal prikplaatsen is hoger wanneer het arts-laboratorium nauw samenwerkt met een trombosedienst. Alle onderzochte arts-laboratoria hebben meerdere prikplaatsen; bij al deze laboratoria worden patiënten thuis geprikt. Van alle patiëntencontacten vindt een kleine 20% plaats bij de patiënt thuis. De extra kosten die de laboratoria maken ten behoeve van de buitendienst bedragen ca. 13% (exclusief kosten van analyse en overhead).

Conclusie: in alle verzorgingsgebieden wordt de bereikbaarheid voor patiënten vergroot door de aanwezigheid van verspreide prikplaatsen en een thuisprikdienst. Tussen de laboratoria bestaan duidelijke verschillen; samenwerking met een trombosedienst betekent bij deze laboratoria meer dienstverlening aan patiënten (in de zin van betere bereikbaarheid).

Het tweede deel van het onderzoek behelsde een enquête onder huisartsen in twee verzorgingsgebieden, een met een stedelijk (Rotterdam) en een met een plattelandskarakter (Groningen). Door huisartsen te vragen naar hun mening over de service van de artsenlaboratoria werd het beeld van de dienstverlening door de artsenlaboratoria gecompleteerd. Dit tweede deel heeft deels betrekking op de vijfde vraag van het Ministerie van WVC.

Achtereenvolgens komen aan de orde het gebruik van laboratoriumonderzoek, de keuze tussen artsenlaboratorium en ziekenhuislaboratorium en de mening van huisartsen over de dienstverlening van de artsenlaboratoria.

2.1 Gebruik van laboratoriumonderzoek

In de gemeente Rotterdam worden door de huisartsen meer patiënten ingestuurd voor laboratoriumonderzoek dan in het verzorgingsgebied van het Groningse artsenlaboratorium. Alle huisartsen gebruiken het artsenlaboratorium, terwijl 75% zegt de mogelijkheid te hebben gebruik te maken van een ziekenhuislaboratorium. Hiervan maakt ook de helft daadwerkelijk gebruik.

Van speciale voorzieningen zoals de mogelijkheid tot spoedbepalingen wordt vrij weinig gebruik gemaakt. In iets mindere mate geldt dit ook voor consultatie van de laboratoria over uitslagen. De SAN-informatieklapper wordt over het algemeen niet frequent geraadpleegd.

2.2 Keuze huisartsenlaboratorium en ziekenhuislaboratorium

Bij de factoren die een rol spelen bij de keuze tussen artsenlabo-

ratorium en ziekenhuislaboratorium worden twee typen onderscheiden. Ten eerste de situatie-gebonden factoren en in de tweede plaats die welke te maken hebben met de kwaliteit van de dienstverlening van de laboratoria.

Wat de situatiegebonden factoren betreft, kan geconcludeerd worden dat nogal wat huisartsen patiënten naar een ziekenhuislaboratorium sturen wanneer er sprake is van gecombineerd onderzoek en/of een acuut geval. De meerderheid gaat evenwel in deze situaties toch (eerst) naar het artsenlaboratorium. Van de hele groep artsen die kunnen kiezen tussen de twee laboratoria stuurt een overgrote meerderheid 90% of meer van de patiënten naar het artsenlaboratorium.

De kwaliteit van de dienstverlening van de huisartsenlaboratoria wordt over het algemeen iets beter gewaardeerd dan die van de ziekenhuislaboratoria, met name voor wat betreft bereikbaarheid voor patiënten, toegankelijkheid voor huisartsen en snelheid van berichtgeving. Over consultatiemogelijkheden en wachttijden hebben veel huisartsen geen duidelijke mening.

De laatste twee (consultatie, wachttijden) spelen dan ook geen duidelijke rol bij de keuze tussen de twee typen laboratoria; de overige drie wel.

Het oordeel van de huisartsen met keuzemogelijkheid is uitgesplitst in zij die alleen gebruik maken van het artsenlaboratorium (enkelgebruikers) en zij die van artsenlaboratorium en ziekenhuislaboratorium gebruik maken (dubbelgebruikers). Zowel bij enkel- als dubbelgebruikers scoort het artsenlaboratorium beter, met als uitzondering de bereikbaarheid. De bereikbaarheid van het ziekenhuis scoort beter bij de dubbelgebruikers. Dit laatste lijkt wat vreemd te zijn daar de artsenlaboratoria een groot aantal prikplaatsen hebben. Zoals ook bleek uit de door huisartsen gemaakte opmerkingen kan bereikbaarheid niet slechts in geografische zin worden gezien; nogal wat huisartsen hebben kritische

opmerkingen bij de openingstijden en de frequentie van opening van de prikplaatsen.

Conclusie. De twee artsenlaboratoria zijn in hun gebied duidelijk het laboratorium van eerste keuze, hetgeen logisch is gezien het beleid van de artsenlaboratoria, dat gericht is op service aan de huisarts. Deze service leidt tot een betere waardering, in vergelijking met het ziekenhuis(laboratorium), met name ten aanzien van bereikbaarheid voor patiënten, toegankelijkheid voor huisartsen en de snelheid van berichtgeving.

Voor artsen die gebruik maken van zowel het artsenlaboratorium als van een ziekenhuislaboratorium is de bereikbaarheid de enige aangegeven reden om patiënten naar een ziekenhuislaboratorium te sturen.

2.3 Meningen over dienstverlening

De huisartsenquête bevatte een aantal stellingen over de dienstverlening van artsenlaboratoria.

De stellingen over het belang van laboratoriumonderzoek in het algemeen kregen grote bijval, waarbij zo'n dertig procent meent dat laboratoriumonderzoek te vaak alleen maar wordt gebruikt om de patiënt gerust te stellen.

Het onderzoekspakket is volgens meer dan 90% goed toegespitst op het huisartsenwerk, hetgeen niet verwonderlijk is daar de artsenlaboratoria hebben gekozen voor een onderzoekspakket dat de huisarts nodig heeft in zijn praktijkvoering. Ca. een kwart van de

huisartsen vindt dat het pakket best wat kleiner zou kunnen zijn dan het huidige; enkelgebruikers zijn het hier relatief vaker mee eens dan dubbelgebruikers. Hierbij kan aangetekend worden dat vrijwel de gehele productie, in aantallen bepalingen gezien, betrekking heeft op de gebruikelijke bepalingen.

Wat de aanvraagprocedure betreft, een duidelijke minderheid is het eens met de stelling dat het artsenslaboratorium meer indicaties zou moeten vragen voor laboratoriumonderzoek. Ook is een minderheid het eens met de stelling dat het moeilijk is niet-routine-matige bepalingen gedaan te krijgen; in Rotterdam zijn de huisartsen het vaker eens met deze stelling.

Uit de antwoorden op de vragen over de snelheid van berichtgeving blijkt dat de respondenten snelle berichtgeving primair uit medisch oogpunt belangrijk vinden. Een meerderheid gelooft niet dat het aantal verwijzingen naar specialisten zou stijgen wanneer sterk afwijkende uitslagen langer op zich zouden laten wachten.

De reactie van de huisartsen op de twee stellingen over consultatie/advies zijn nogal verdeeld. Vrij veel respondenten menen dat in geval van consultatie over uitslagen en de verdere aanpak van de diagnostiek je maar beter een medisch specialist kunt raadplegen; vooral in Groningen is dit het geval.

Consultatiemogelijkheden bij het ziekenhuislaboratorium worden iets minder gevonden dan die bij het artsenslaboratorium. Dat het artsenslaboratorium vaker dan nu adviezen zou moeten geven is een opvatting waar ongeveer evenveel huisartsen het mee eens als oneens zijn.

Tegen de achtergrond van het streven naar kwaliteitsverbetering in de eerste lijn, onder andere tot uitdrukking komend in een selectief gebruik van diagnostische faciliteiten, kan de vraag opgeworpen worden of het niet zinvol zou zijn de consultatie- en

adviesfunctie te verdiepen. Dit te meer daar de artsenlaboratoria een goede toegankelijkheid voor huisartsen hebben. In dit verband wordt in herinnering geroepen dat er een SAN-laboratorium is waar samen met de huisartsen een duidelijk beleid wordt gevoerd ten aanzien van selectief gebruik van laboratoriumfaciliteiten. Dit punt verdient bovendien bijzondere aandacht daar dit beleid in conflict kan komen met de bedrijfseconomische doelmatigheid in termen van kostprijs per punt, waar laboratoria op beoordeeld worden.

Circa vijftig procent vindt dat de SAN-klapper goed is toegepast op de diagnostische vragen waar huisartsen mee worden geconfronteerd. De stelling dat de SAN-klapper meer nut zou hebben wanneer de artikelen meer patiëntgericht zouden zijn levert geen meerderheid van voor- of tegenstanders op.

Een meerderheid in beide regio's is van oordeel dat het van groot belang is dat het artsenlaboratorium buiten kantooruren spoedgevallen afhandelt, hetgeen nu niet het geval is. Overigens werd in het algemene deel van het onderzoek geconstateerd dat daar waar huisartsen wel de mogelijkheid daartoe hebben zij er vrij weinig gebruik van maken. Circa de helft vindt dat patiënten 's avonds of in het weekeinde maar beter naar het ziekenhuis kunnen worden gestuurd. Eerder bleek dat normaliter bij spoedgevallen de meerderheid eerst naar het artsenlaboratorium gaat. Dat dat 's avonds en in het weekeinde anders ligt heeft er misschien mee te maken dat de praktijk dan door een waarnemend arts wordt gedaan.

Of het feit dat de meerderheid vindt dat het van groot belang is dat het artsenlaboratorium buiten kantooruren open is voor spoedgevallen wijst op een moeilijke toegang tot het ziekenhuis kan niet beoordeeld worden.

De twee stellingen over het thuisprikken laten een duidelijke reactie zien. Een grote meerderheid in beide regio's is het oneens met de stelling dat patiënten nogal eens zonder harde noodzaak thuis worden geprikt.

Bij afwezigheid van een thuisprikdienst zegt een meerderheid van de huisartsen dat speciaal vervoer voor het merendeel van de patiënten noodzakelijk zou zijn om geprikt te worden. Bijna de helft van deze patiënten zou alsnog naar een prikplaats gestuurd worden en voor ongeveer beide een kwart zou de huisarts zelf gaan prikken of de patiënt doorsturen naar een specialist.

Uit de opmerkingen die de huisartsen hebben gemaakt bij de open vragen blijkt dat zij historische binding een belangrijke reden vinden om gebruik te maken van het artsenslaboratorium. Verder werden positieve opmerkingen gemaakt over het bestaan van de thuisprikdienst en negatieve over de te kort geachte openingstijden en de lage frequentie van openstelling van de prikplaatsen (dit laatste geldt vooral voor de Rotterdamse huisartsen).

Uit kostenoverwegingen lijkt het nogal bezwaarlijk aan de wens naar frequentere en langere openingstijden van de prikplaatsen tegemoet te komen. In het algemene deel bleek dat de extra kosten van de buitendienst ca. 13% bedragen. Een meer dan evenredige toename van deze kosten per contact valt te verwachten als door langere openingstijden of frequentere openingsdagen de "leegloop" toeneemt.

Conclusie. De dienstverlening van de artsenlaboratoria wordt over het algemeen positief beoordeeld door de huisartsen. De aanwezigheid van verspreide prikplaatsen en vooral ook de mogelijkheid patiënten thuis te kunnen prikken worden als belangrijk gezien. Enige kritiek wordt geleverd op de openingsfrequentie en -duur van de prikplaatsen.

De consultatie- en adviesfunctie van de laboratoria kan wellicht wat verdiept worden.

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO