



De kwaliteit van de medische zorg op de huisartsenposten

een follow-up vanuit de huisartspraktijk

J. Stoppels
Studentnr: 9937226

Kenniscentrum Huisartsenposten
en Spoedzorg
Afd. Kwaliteit van Zorg
UMC St Radboud Nijmegen (WOK)

Begeleiders:
Drs. S. van Vucht, huisarts in opleiding
Drs. P. Giesen, huisarts- onderzoeker
Dr. H. Mokkink, methodoloog

Scriptie wetenschappelijke stage
Geneeskunde
April t/m Augustus 2006

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Inleiding	4
2 Methode	6
2.1 Design.....	6
2.2 Populatie.....	6
2.3 Dataverzameling.....	6
2.4 Variabelen.....	7
2.5 Meetinstrument.....	8
2.6 Analyse van de data.....	9
3 Resultaten	10
3.1 Patiëntenkenmerken en gegevens over de medische zorg.....	10
3.2 Het oordeel van de huisartsen over de medische zorg.....	10
3.3 Het oordeel van de huisartsen over de medicatie.....	10
3.4 Het oordeel van de huisartsen over de urgentie.....	10
3.5 Het oordeel van de huisartsen over de continuïteit.....	11
3.6 Het oordeel van de huisartsen over het verwijzbeleid van de HAP.....	11
3.7 Het oordeel van de huisartsen over het waarneemverslag.....	11
4 Beschouwing	12
4.1 Oordeel van de huisartsen over de diagnoses, de medicatie en de urgentie.....	12
4.2 Oordeel van de huisartsen over de continuïteit van de zorg.....	12
4.3 Oordeel van de huisartsen over de follow-up.....	13
4.4 Kanttekeningen.....	13
4.5 Conclusies & Aanbevelingen.....	14
5 Literatuurlijst	15
6 Bijlagen	
Bijlage I Kwantitatieve resultaten.....	19
Bijlage II Scoringslijst in te vullen door de onderzoekers.....	32
Bijlage III Vragenlijst.....	35
Bijlage IV Kanttekeningen bij de vragenlijst.....	37
Bijlage V Begeleidende brief bij de vragenlijst.....	38
Bijlage VI De ontwikkeling van de vragenlijst.....	40
Bijlage VII Definities.....	41
Bijlage VIII Literatuursearch.....	44

Samenvatting

Inleiding

De kwaliteit van de geleverde medische zorg op de huisartsenposten (HAP) is grotendeels onbekend en we weten niet wat het effect is van deze zorg. Misschien gaat de patiënt na het contact met de HAP uit zichzelf weer naar de huisarts of is de patiënt nog zieker geworden of zelfs overleden door ondermaatse zorgkwaliteit op de HAP. Een manier om de zorg op de HAP te beoordelen is het verrichten van dossieronderzoek in de huisartsenpraktijk bij patiënten die op de HAP geweest zijn.

Doel

Op basis van de gevonden literatuur willen we de huisartsen laten oordelen over een aantal aspecten die ons inziens de kwaliteit van de medische zorg op de HAP benaderen.

Methode

Het betrof een cross-sectionele pilot-studie die plaatsvond in 4 huisartspraktijken, verdeeld over vier HAP's. Het onderzoek vond plaats in de periode april t/m augustus 2006.

Resultaten

In het onderzoek zijn 206 patiëntencontacten geëvalueerd. Huisartsen zijn het in 5,1% niet eens met de diagnoses die worden gesteld, in 10,9% niet eens met de medicatie die wordt voor geschreven en in 7,8% oneens met de urgentie die aan de casuïstiek gegeven wordt. Huisartsen zijn het in verhouding vaker niet eens met de urgentie bij de leeftijdscategorie 0-14 jaar en bij urgentieklasse U1 en U2. Het aandeel patiënten met een chronische aandoening is 15%. Het oordeel van de huisartsen over deze groep is niet anders dan het oordeel bij de overige populatie. Huisartsen zouden in een kleine minderheid anders gehandeld hebben als zij de context en de voorgeschiedenis van de patiënt hadden mee mogen wegen. Van de patiënten die de HAP bezochten, zoekt 28% opnieuw hulp bij de eigen huisarts. Het aantal patiënten dat voor dezelfde klacht opnieuw hulp zoekt is in dit onderzoek ongeveer 50%. Iets minder dan de helft van deze groep doet dit op eigen initiatief.

Conclusie

Over het algemeen oordelen de huisartsen positief over de kwaliteitsaspecten van de medische zorg op de HAP. Verder onderzoek naar dit onderwerp in de toekomst moet laten zien dat dit misschien ook voor de overige HAP's geldt.

1 Inleiding

Sinds enkele jaren worden de waarneemdiensten van de huisartsen in Nederland georganiseerd vanuit grootschalig opgezette huisartsenposten (HAP). Deze reorganisatie heeft voor grote veranderingen gezorgd voor zowel patiënten als huisartsen. Onderzoek onder patiënten is veelvuldig uitgevoerd. Over het algemeen zijn patiënten erg tevreden en positief over de kwaliteit van de zorg maar verwachten zij meer visites en consulten in plaats van telefonische consulten ^{1,2,3,4}. Ook huisartsen blijken positief over het werken op de HAP: de werkdruk is verminderd en de arbeidssatisfactie is toegenomen ^{5,6}.

Onderzoek naar de kwaliteit van de medische zorg is nauwelijks verricht. Terwijl deze zorg toch datgene is waar het op de HAP om draait. Zoals van der Werf ⁷ terecht opmerkt, komt bij het dienstdoen op de HAP ‘meer kijken dan alleen tevredenheid over de organisatie van de zorg’. In het eerste kwartaal van dit jaar zijn er twee tuchtzaken in Medisch Contact beschreven. Hierbij worden vragen gesteld over de afhandeling van zorg die door de HAP geleverd is ^{8,9}. In beide gevallen is niet tijdig de ernst van de situatie herkend en is de diagnose gemist. Beide patiënten zijn overleden. Een ander artikel ¹⁰ laat zien dat een gebrek aan gegevens en de medische voorgeschiedenis fatale gevolgen kan hebben.

Wij verwachten dat huisartsen een juiste triage en behandeling van hun patiënten op de HAP belangrijk vinden. Hun oordeel over de diagnoses, de medicatie en de urgentie zegt iets over de veiligheid van de zorg die op de HAP geleverd wordt. Daarnaast blijkt dat huisartsen en patiënten een consistent beleid en continuïteit van zorg, erg belangrijk vinden ¹¹.

Een ander aspect is het verwijfsbeleid van de HAP en de follow-up van de patiënten. Van de patiënten die op de HAP komen wordt 5,8% voor verdere behandeling doorverwezen ¹². Een ander onderzoek laat zien dat de helft van de patiënten die de HAP bezochten, binnen een week op het spreekuur komt van hun eigen huisarts met dezelfde klacht, zestig procent van hen doet dit op eigen initiatief ¹³.

In dit onderzoek wordt gekeken hoe de huisartsen oordelen over de kwaliteit van de medische zorg die hun patiënten op de HAP krijgen. Huisartsen zijn nauw betrokken bij de follow-up en zij zijn goed op de hoogte van de voorgeschiedenis van hun patiënt. De veronderstelling is dat zij vanwege bepaalde aspecten negatief oordelen over de zorg die hun patiënten op de HAP hebben gekregen.

Op basis van de gevonden literatuur zijn er enkele hypothesen opgesteld. De verwachting is dat de huisartsen de kwaliteit van de medische zorg op de HAP wellicht negatief beoordelen op de hiervolgende aspecten:

- de diagnoses die gesteld worden, de urgentiegraad en de medicatie die wordt voorgeschreven,
- de continuïteit van de zorg,
- de follow-up van hun patiënten.

Wanneer de huisartsen oordelen over de verschillende aspecten van de medische zorg die op de HAP geleverd is, willen we ook weten welke variabelen mogelijk dit oordeel beïnvloeden. Teneinde hier een werkbaar vraagstelling te krijgen volgen hier een aantal werkhypothesen:

- de veronderstelling is dat huisartsen vaker positiever oordelen wanneer zij zelf van tevoren beleid hebben ingezet bij de patiënt¹⁴
- de veronderstelling is dat huisartsen vaker negatief oordelen bij patiënten met een chronische aandoening op grond van de voorgeschiedenis die bij hen bekend is,
- de verwachting is dat huisartsen positiever oordelen als er volgens de richtlijnen uit de NHG-standaarden¹⁵ gewerkt wordt.

Samenvattend zijn er vele factoren die potentieel het oordeel van de huisarts kunnen beïnvloeden. Mogelijk valt hierin een relatie te ontdekken en zijn aanbevelingen te doen voor het beleid op de HAP. Op basis van de hypothesen komen we tot de volgende vraagstellingen:

- 1) Hoe oordelen de huisartsen over de kwaliteit van de medische zorg die hun eigen patiënten in de avond-, nacht- en weekenddiensten op de HAP krijgen?
- 2) Welke factoren beïnvloeden dit oordeel?

2 Methode

2.1 Design

Het betreft hier een cross-sectionele pilot-studie. Hierbij werd het oordeel van de huisartsen over het waarneembericht van de HAP gemeten middels een vragenlijst. Daarnaast zijn gegevens verzameld over de zorg voorafgaand aan het contact op de HAP, de feitelijke zorg op de HAP en de follow-up.

2.2 Populatie

Vier huisartsen zijn gevraagd en bereid bevonden aan dit onderzoek deel te nemen. Deze vier huisartsen zijn verdeeld over 4 huisartsenposten: Nijmegen, Tiel, Wijchen en Breda.

2.3 Data verzameling

De huisartsen die aan dit onderzoek deelnamen werden telefonisch benaderd en kregen na toestemming de vragenlijst met een begeleidende brief opgestuurd (bijlage III & V).

Voor het onderzoek in de huisartsenpraktijk van start ging hebben de onderzoekers samen met de huisartsen de vragenlijst door genomen, zodat goed duidelijk werd wat van de huisartsen verwacht werd.

De huisartsen is gevraagd vanaf een afgesproken moment de waarneemverslagen van de HAP te bewaren. De waarneemverslagen bevatten telefonische consulten, consulten en visites. Het inclusiecriteria was dat de contacten medisch inhoudelijk van aard waren. Voor de overige waarneemverslagen vond exclusie plaats:

- lijkschouwing
- herhalingsrecept
- niet komen opdagen op consult na telefonische afspraak
- patiënt telefonisch verwezen naar thuiszorg
- patiënt telefonisch verwezen naar tandarts
- passant
- niet complete gegevens

De huisartsen gaven aan de hand van een vragenlijst een oordeel per waarneemverslag. Wanneer de huisartsen de vragenlijsten hadden ingevuld, werden deze samen met de onderzoekers besproken op eventuele onduidelijkheden.

De onderzoekers hebben voor het scoren van de variabelen gebruik gemaakt van de waarneemverslagen van de HAP en het elektronisch medisch dossier. Voor het invoeren van de gegevens is gebruik gemaakt van een database programma. De vragenlijst en het daarbij corresponderende waarneemverslag kregen hetzelfde patiëntnummer toebedeeld.

2.4 Variabelen

Het verzamelen van de objectieve gegevens hebben de onderzoekers gedaan door gebruik te maken van het elektronisch medisch dossier en het waarneemverslag van de HAP. Het oordeel van de huisarts willen we toetsen aan de hier volgende variabelen (zie ook bijlage II):

patiëntkenmerken

- leeftijd (0-4, 5-15, 16-24, 25-44, 45-64, 64-74, >75)
- geslacht
- chronische aandoening (ja/ nee)*
- terminale fase (ja/nee)*

medische zorg door de huisarts

- contact eigen huisarts voorafgaand aan contact met de HAP (ja/nee)
- beleid eigen huisarts (ja/nee)
- beleid van de huisarts (afwachtend/ medicatie/ verwijzing/ chirurgisch/ anders)*

medische zorg op de HAP

- vorm consult (telefonisch/ consult/ visite)
- diagnose (ICPC-code)
- NHG-richtlijn voor de diagnose (ja/nee)*
- NHG-richtlijn gevolgd (ja/nee)*

- urgentiegraad (U1 t/m U4)*
- het beleid (afwachtend/ medicatie/ verwijzing/ chirurgisch/ anders)*

follow-upgegevens

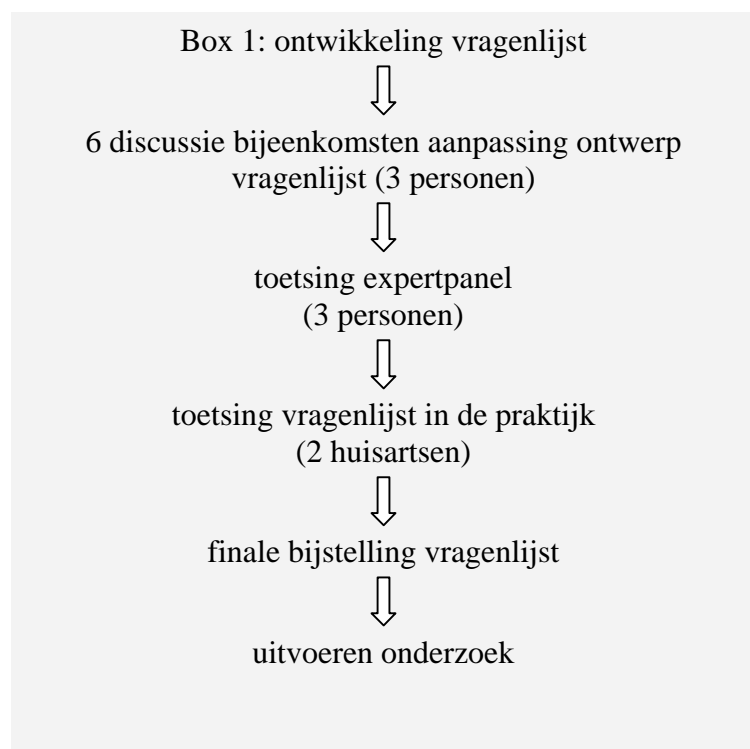
- terugverwezen naar de huisarts (ja/nee)
- op eigen initiatief de eigen huisarts bezocht na bezoek aan de huisartsenpost (ja/nee)
- doorverwezen naar de 2^e lijn (ja/nee)
- op eigen initiatief de 2^e lijn bezocht na bezoek aan de HAP (ja/nee)
- meerdere keren de HAP bezocht (ja/ nee)
- urgentiegraad achteraf volgens huisartsen (U1 t/m U4)*

* zie bijlage VI voor definities

2.5 Meetinstrument

De vragenlijst (bijlage III) die in dit onderzoek gebruikt werd, is in een eerdere pilotstudie ontwikkeld. Deze vragenlijst werd door ons opnieuw onderworpen aan een aantal ontwikkel- en testfasen (zie box 1). De huisartsen hebben geoordeeld over de volgende items:

- diagnose, medicatie en urgentie (4 items)
- continuïteit van de zorg (2 items)
- follow-up van de patiënt (3 items)



2.6 *Analyse van de data*

Bij het analyseren van de verzamelde data is gebruik gemaakt van SPSS. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de enkelvoudige variantie analyse om te kijken welke variabelen mogelijk het oordeel van de huisartsen (uitkomstmaat) beïnvloeden.

3 Resultaten (zie bijlage I voor de bijbehorende tabellen)

3.1 Patiëntkenmerken en gegevens over de medische zorg (tabel 1)

Het totaal aantal geïncludeerde contactregistraties is 231, waarvan er 25 zijn geëxcludeerd, dit vanwege het administratieve karakter van het contact. Het voorschrijven van medicatie en een expectatief beleid vormt het grootste aandeel in het beleid van de HAP. Voor een kwart van deze diagnoses bestaat een indicator die in de meerderheid ook gevolgd is.

3.2 Het oordeel van de huisartsen over de diagnoses (tabel 2)

De huisartsen zijn het in 5% niet eens met de diagnoses die op de HAP gesteld worden. Het aanpassen van de diagnose wordt meer gezien in de leeftijdscategorie > 65 (10%) en wanneer het urgentieklasse een U1 of een U2 betreft (33%). Het percentage huisartsen dat de diagnose heeft aangepast is in de groep die door de HAP verwezen wordt naar de huisarts 22%. Het aanpassen van de diagnose is in de groep patiënten die op eigen initiatief met dezelfde klacht hun eigen huisarts bezoeken 23%.

3.3 Het oordeel van de huisartsen over de medicatie (tabel 3)

Huisartsen zijn het in 11% niet eens met de medicatie die wordt voorgeschreven. Het niet eens zijn met de medicatie is in de groep met een U4 12%, in de groep die van tevoren bij de huisarts zijn geweest 12% en bij de patiënten die niet volgens de richtlijnen zijn behandeld 20%. Het aanpassen van de diagnose is in de groep met een U4 13% en bij patiënten die door de HAP worden door verwezen 22%. Het aanpassen van de medicatie is in de groep patiënten die op eigen initiatief met dezelfde klacht hun eigen huisarts bezoeken 30%.

3.4 Het oordeel van de huisartsen over de urgentie (tabel 5)

De huisartsen zijn het in 8% van de gevallen niet eens met de gegeven urgentie op de post. Ze zijn het iets vaker oneens met de urgentie wanneer deze een U1, U2 (samen 14%) of U3 (15%) betreft. Het percentage dat het oneens is met de urgentie in de leeftijdscategorie 0-14 jaar is 10% en wanneer er niet volgens de richtlijn is gehandeld is dit 10%.

3.5 *Het oordeel van de huisartsen over de continuïteit (meerdere tabellen)*

Het aandeel patiënten met een chronische aandoening is 15%. Het oneens zijn met de diagnose in de groep patiënten met een chronische aandoening is 9%. Het oordeel van de huisartsen over de medicatie, urgentie en het advies verschilt niet tussen de patiënten met een chronische aandoening en patiënten zonder een chronische aandoening. In 6,4% van de gevallen zou de huisarts anders gehandeld hebben bij het bekend zijn van de voorgeschiedenis van de patiënt. Dit komt iets vaker voor in de leeftijdscategorie >65 (14%), wanneer de vorm van het consult een visite (25%) is en als de eigen huisarts van te voren beleid heeft ingezet (9%).

3.6 *Het oordeel van de huisartsen over de het verwijfsbeleid van de HAP (tabel 10)*

Het percentage patiënten dat na contact te hebben gehad met de HAP voor dezelfde klacht opnieuw hun huisarts of de 2^e lijn bezoekt is 54%. Het aantal patiënten dat zichzelf verwijst is 14%. Patiënten die bij hun huisarts komen na contact te hebben gehad met de HAP, doen dit met name vanwege medische controle van de ziekte (24%), verergering van de klachten (20%) of geruststelling (18%). Bijna in alle gevallen zijn de huisartsen het eens met het verwijfsbeleid van de HAP. In totaal zijn zij het vijf keer niet eens met de verwijzing van de HAP, van de in totaal 82 verwijzingen naar de 1^e of de 2^e lijn.

3.7 *Het oordeel van de huisartsen over het waarneemverslag (tabel 7)*

De huisartsen zijn over het algemeen tevreden over de volledigheid van het waarneemverslag (93%). Huisartsen waren het niet eens met de compleetheid van het waarneemverslag bij patiënten > 65 jaar in 10%, bij telefonische consulten in 14% en bij urgentieklasse U1 en U2 in 13% .

4 Beschouwing

4.1 *Oordeel van de huisartsen over de diagnose, medicatie en de urgentie*

De huisartsen zijn het grotendeels eens met de diagnoses die gesteld worden, de medicatie die wordt voorgeschreven en de urgentie van de casuïstiek. Opvallend is dat huisartsen de diagnose en de medicatie naar verhouding vaker aanpassen bij de patiënten die op eigen initiatief voor dezelfde klacht de eigen huisarts bezoeken. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat de patiënten die de huisarts bezoeken dit doen vanwege de verergering van hun klachten.

Het oneens zijn met de urgentie lijkt iets vaker voor te komen in de leeftijdscategorie 0-14 jaar en wanneer de urgentie U1, U2 of U3 is. Achteraf wordt de urgentie door de huisartsen als lager ingeschat. Mogelijk dat dit verklaard wordt doordat men op basis van de telefonische anamnese en de triage de klachten een hogere urgentie geeft dan op basis van de diagnose achteraf¹⁶. Dit geldt misschien nog wel sterker voor kinderen. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat er bewust een veiligheidsmarge wordt ingebouwd door eerder een hogere urgentie aan de casuïstiek te geven.

Een van de veronderstellingen van dit onderzoek was dat huisartsen positiever over de zorg zouden oordelen als er volgens richtlijnen gehandeld wordt. Huisartsen zijn het vaak niet eens met de diagnose die gesteld is en de urgentie als er niet volgens richtlijnen is gewerkt. De uitkomsten hiervan zijn echter te klein. Groter onderzoek welke meer specifiek kijkt naar de kwaliteit van de medische zorg gekoppeld aan richtlijnen is wellicht op zijn plaats.

4.2 *Oordeel van de huisartsen over de continuïteit*

Uit eerder onderzoek¹⁴ kwam naar voren dat huisartsen het vaker eens zijn met het beleid van de HAP als zij zelf van tevoren al beleid hadden ingezet. De bevindingen in dit onderzoek laten wat dat betreft geen eenduidigheid zien. Het oordeel van de huisartsen over het medische beleid bij patiënten met een chronische aandoening verschilt nauwelijks van de overige populatie en is dus vrij positief. De huisartsen zijn het vaker oneens met de diagnose die gesteld wordt bij patiënten met een chronische aandoening.

De voorkennis die huisartsen hebben over hun patiënten met een chronische aandoening zou dit kunnen verklaren.

Tevens zouden de huisartsen niet anders handelen bij het bekend zijn van de voorgeschiedenis van de patiënt. Dit ondersteunt de gedachte dat de continuïteit van de zorg gewaarborgd blijft. Het feit dat de dienstdoende huisarts slechts in 7% van de gevallen kan beschikken over het medisch dossier doet hier dus niks aan af¹⁷. Opvallend is wel dat een ander onderzoek laat zien dat huisartsen op de huisartsenpost aangeven in 26% wel behoefte hadden aan een medisch dossier¹⁷.

4.3 *Oordeel van de huisartsen over de follow-up*

Het aantal patiënten dat voor dezelfde klacht opnieuw hulp zoekt is in dit onderzoek ongeveer 50%. Een derde van dit percentage bezoekt op eigen initiatief voor dezelfde klacht de huisarts. Dit laatste cijfer is lager dan een ander onderzoek laat zien¹³. Opvallend hierbij is dat patiënten die zichzelf terugverwijzen naar de huisarts vaak aanpassing van de diagnose en de medicatie krijgen. Dit komt overeen met de bevinding in dit onderzoek dat een groot deel van de patiënten terug komt bij de huisarts vanwege verergering van de klachten. In vergelijking met ander onderzoek¹² is het percentage patiënten dat door verwezen wordt naar de 2^e lijn groot namelijk 11,7% ten opzichte van 5,8%. Mogelijk dat de kleine niet aselechte populatie hiervoor de verklaring is.

4.4 *Kanttekeningen*

Het onderzoek kent een aantal beperkingen. Een deel van het onderzoek is gebaseerd op de mening van de huisartsen, hierdoor krijgt het een subjectief karakter. Het kan zijn dat de huisartsen die bereid waren aan dit onderzoek deel te nemen voorstanders waren van de komst van de HAP. Een deel van de gegevens is echter objectief van karakter.

De opzet van het onderzoek is niet groot, dit maakt het onderzoek minder representatief. Ook is het aantal huisartsenposten dat bij het onderzoek betrokken is niet groot, dit betekent dat de resultaten niet representatief kunnen zijn voor andere HAP's.

Tijdens de analyse van de resultaten kwamen een aantal onvolkomenheden van de vragenlijst naar boven. Bij de kwalitatieve en kwantitatieve analyse van de vragenlijst bleek dat een aantal vragen niet geheel duidelijk was, hierdoor was er teveel ruimte voor wisselende interpretatie. Zo is het bijvoorbeeld opvallend dat huisartsen vaker de diagnoses aanpassen dan dat ze het ermee oneens zijn. Dit was ook het geval bij medicatie en advies.

Voor het verzamelen van de gegevens is gebruik gemaakt van het elektronisch medisch dossier. Van belang is te beseffen dat deze niet 100% betrouwbaar is bij bijv. het beantwoorden van de vraag of een patiënt een chronische aandoening heeft.

4.5 *Conclusies & Aanbevelingen*

Onderzoek naar de kwaliteit van de medische zorg op de HAP middels een follow-up studie was nog niet eerder verricht. Om te achterhalen of er bepaalde knelpunten in deze zorg te ontdekken zijn, wat de verwachting was, is deze pilot-studie opgezet. Uit dit onderzoek kwam echter naar voren dat huisartsen over het algemeen vrij positief oordelen over de zorg die de HAP levert. Het is echter belangrijk deze bevindingen te plaatsen met de reeds eerder genoemde kanttekeningen in het achterhoofd. Het is niet zonder meer representatief voor andere huisartsenposten.

Dit onderzoek laat zien dat het aantal patiënten dat opnieuw voor dezelfde klacht hulp zoekt hoog is. Het aantal patiënten dat dit op eigen initiatief doet is ook hoog. Deze beide bevindingen worden in ander onderzoek ook gezien¹³. Om goed in beeld te krijgen wat hiervoor de redenen zijn, zal gericht onderzoek hiernaar op zijn plaats zijn.

Gezien het belang van de kwaliteit van de medische zorg op de HAP zal verder onderzoek in de toekomst zinvol zijn. Naar aanleiding van dit onderzoek zullen verdere aanpassingen van de vragenlijst nodig zijn om deze meer betrouwbaar en valide te maken.

Veel aspecten die in dit onderzoek benoemd zijn, zijn interessant om verder te onderzoeken. Het onderzoek kan zich in de toekomst misschien beter richten op een enkel aspect van de kwaliteit van de medische zorg (zie bijlage IV, kanttekeningen bij de vragenlijst).

Te denken valt aan een soortgelijke steekproef van patiënten waarbij alleen de casuïstiek met urgentie U1 en U2 wordt geïnccludeerd. Je zou de huisartsen op deze manier laten oordelen

over de spoedzorg op de HAP. Het in kaart brengen hoe de kwaliteit van de medische zorg bij deze urgentie is, zou interessant kunnen zijn. Hierbij zou men kunnen bekijken of het oordeel van de huisartsen in deze beïnvloed wordt door het wel of niet volgen van de NHG-richtlijnen.

Een van de redenen om dit onderzoek op te zetten was om te achterhalen of er op de HAP wellicht sprake is van onveilige zorg. In dit onderzoek was daar geen sprake van. Toch achten wij het van belang in de toekomst onderzoek te blijven doen naar de veiligheid van de zorg op de HAP. Dit belang wordt nog eens onderstreept door de publicatie van enkele tuchtzaken in medisch contact^{8,9}. Een beschrijving middels casestudies van de casuïstiek die voor de tuchtrechter komen zou een mogelijkheid zijn.

5 Literatuurlijst

1. Giesen P, Janssens H, Mookink H, Grol R, Moll van Charante E, Bindels P. Goed bevonden: patiënten geven huisartsposen het rapportcijfer 8. Med contact 2004; 59 (17): 672-675.
2. Schee van der E, Delnoij D, Broerse A. Weinig reden tot klagen: het oordeel van patiënten over huisartsposen (onderzoek). Med contact 2003; 58 (50): 1953-1956.
3. Uden C.J., Ament A.J., Hobma S.O., Zwietering P.J., Crebolder H.F. Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. BMC Health Serv Res. 2005; 5 (1):6
4. Bunn, G Byrne and S Kendall. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. British Journal of General Practice, 2005; 55: 956-961
5. Giesen P, Hiemstra N, Mookink H, Haan de J, Grol R. Tevreden over diensten, centrale huisartsenpost voldoet aan verwachtingen. Med contact 2002; 57 (45): 1657-1660.
6. Uden C.J., Nieman F.H., Voss G.B., Wesseling G, Winkens R.A., Crebolder H.F. General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. BMC Health Serv Res. 2005; 5 (1): 27.
7. Werf van der G, Zaat J. Schaalvergroting bij spoedeisende zorg: een bedreiging van de continuïteit van zorg? Huisarts en Wetenschap 2000; 43 (12): 495-496.
8. Crul B.V., Rijkse W.P. Falende ketenzorg bij hartinfarct: uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg d.d. 9 februari 2006. Med contact 2006; 61 (12): 480-483.
9. Horst, van den R.L. Diagnose appendicitis gemist: uitspraak regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg te Eindhoven d.d. 1 september 2005. Med contact 2006; 61 (7): 284-286.
10. Giesen P, Wilden-van Lier E, Schers H, Schreuder J, Busser G. Telefonisch advies en triage tijdens de dienst. Huisarts Wet 2002; 45 (6): 299-302.
11. Schers H, proefschrift: Continuity of care in General Practice, *exploring the balance between personal and informational continuity*. 2004
12. Giesen P, Braspenning J. Huisartsenpost: gewone klachten met een acuut karakter. Huisarts en wetenschap, 47 (2004), p 177-177.

13. Uden C.J., Zwietering P.J., Hobma S.O., Ament A.J., Wesseling G, Schayck van O.C., Crebolder H.F. Follow-up care by patient's own general practitioner after contact with out-of-hours care. A descriptive study. *BMC Fam Prat.* 2005; 6 (1): 23.
14. van LIN N, Continuïteit op de huisartsenpost. De ontwikkeling van een vragenlijst en een pilotonderzoek. Verslag wetenschappelijke stage WOK/UMC St Radboud, 2002
15. Pieper T.M., Toepassing van NHG-standaarden op de HAP. Een onderzoek naar de kwaliteit van het medische handelen. Verslag wetenschappelijke stage WOK/UMC St Radboud, 2005.
16. Giesen P, Mookink H, Ophéy G, Drijver R, Grol R, van den Bosch W. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsenpost? *Huisarts Wet* 48 (2005), p. 207-210
17. Schers H, Giesen P, Raes S, van der Hoogen H, van den Bosch W. Continuïteit tijdens de waarneemdienst: de behoefte aan een medisch dossier. *Huisarts Wet* 2001; 10: 412-418.
18. Rapport van Inspectie voor de gezondheidszorg, in opdracht van Ministerie van VWS. Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten. Mei 2004.

6 Bijlagen

Bijlage I Kwantitatieve resultaten

tabel 1: patiëntkenmerken en algemene gegevens over de medische zorg in aantallen en percentages

	totaal aantal (N)	percentage (%)
contactregistraties	206	100
geslacht		
man	95	46,1
vrouw	111	53,9
leeftijd		
0-4	33	16,0
5-14	28	13,6
15-24	26	12,6
25-44	66	32,0
45-64	32	15,5
65-74	8	3,9
> 75	13	6,3
aandoening		
chronisch	34	16,5
urgentie (HAP)		
U1 + U2	8	4,0
U3	27	13,4
U4	166	82,6
richtlijn voor diagnose		
aanwezig	49	23,9
gevolgd	42	76,1
vorm van het consult		
telefonisch	87	42,2
consult	111	53,9
visite	8	3,9
medisch beleid HAP		
expectatief	111	53,9
medicatie	55	26,7
verwijzing	26	12,6
chirurgisch	12	5,8
anders	02	1,0
vooraf huisarts bezocht		
ja	33	16,0
medisch beleid huisarts		
expectatief	14	6,8
medicatie	10	4,9
anders	8	3,9

tabel 2: het oordeel van de huisartsen over de diagnoses die op de HAP gesteld zijn in aantallen en percentages uitgezet tegen de verschillende variabelen

totaal aantal	195 (N)		190 (N)
	oneens diagnose (%)		diagnose aangepast (%)
gehele populatie	5,1		7,9
geslacht		geslacht	
man (n= 90)	7	man (n=88)	10
vrouw (n=105)	4	vrouw (n=102)	6
leeftijd		leeftijd	
0-14 (n=57)	5	0-14 (n=58)	7
15-65 (n=117)	4	15-65 (n=112)	6
> 65 (n=21)	10	> 65 (n=20)	20
aandoening		aandoening	
chronisch (n=33)	9	chronisch (n=32)	9
niet chronisch (n=162)	4	niet chronisch (n=158)	8
vorm consult		vorm consult	
telefonisch (n=78)	3	telefonisch (n=76)	8
consult (n=109)	6	consult (n=106)	8
visite (n=8)	13	visite (n=8)	13
richtlijn		richtlijn	
aanwezig (n=46)	4	aanwezig (n=46)	7
niet aanwezig (n=148)	5	niet aanwezig (n=143)	8
gevolgd (n=40)	5	gevolgd (n=40)	8
niet gevolgd (n=6)	0	niet gevolgd (n=6)	0
vooraf huisarts bezocht		vooraf huisarts bezocht	
ja (n=29)	3	ja (n=29)	7
nee (n=166)	5	nee (n=161)	8
urgentie (HAP)		urgentie (HAP)	
U1 + U2 (n=8)	0	U1 + U2 (n=6)	33
U3 (n=27)	4	U3 (n=24)	0
U4 (n=155)	6	U4 (n=156)	8
medisch beleid HAP		medisch beleid HAP	
expectatief (n=101)	4	expectatief (n=100)	7
medicatie (n=55)	4	medicatie (n=53)	6
verwijzing (n=26)	15	verwijzing (n=23)	22
chirurgisch (n=11)	0	chirurgisch (n=12)	0
anders (n=2)	0	anders (n=2)	0

totaal aantal	195 (N)		190 (N)	
	oneens diagnose (%)		diagnose aangepast (%)	
gehele populatie	5,1		7,9	
follow-up				
verwezen huisarts (n=57)	12	verwezen huisarts (n=56)	12	
niet verwezen huisarts (n=138)	2	niet verwezen huisarts (n=134)	6	
zelfverwijzer* huisarts (n=23)	4	zelfverwijzer huisarts (n=22)	23	
niet zelfverwijzer huisarts (n=172)	5	niet zelfverwijzer huisarts (n=168)	6	
verwezen 2 ^e lijn (n=24)	4	verwezen 2 ^e lijn (n=21)	10	
niet verwezen 2 ^e lijn (n=170)	5	niet verwezen 2 ^e lijn (n=168)	8	
zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=4)	0	zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=1)	0	
niet zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=191)	5	niet zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=186)	8	
meerdere keren de HAP bezocht (n=9)	0	meerdere keren de HAP bezocht (n=10)	10	
meerdere keren niet de HAP bezocht (n=186)	5	meerdere keren de HAP bezocht (n=180)	8	

* zelfverwijzer; patiënt die op eigen initiatief met dezelfde klacht naar de 1^e of 2^e lijn gaat.

tabel 3: het oordeel van de huisartsen over de medicatie die op de HAP gegeven is in aantallen en percentages uitgezet tegen de verschillende variabelen

totaal aantal	129 (N)		122 (N)
	oneens medicatie(%)		medicatie aangepast (%)
gehele populatie	10,9		12,3
geslacht		geslacht	
man (n=58)	14	man (n=56)	16
vrouw (n=71)	8	vrouw (n=66)	9
leeftijd		leeftijd	
0-14 (n=26)	15	0-14 (n=23)	13
15-65 (n=91)	10	15-65 (n=88)	11
> 65 (n=12)	8	> 65 (n=11)	18
aandoening		aandoening	
chronisch (n=22)	9	chronisch (n=20)	10
niet chronisch (n=107)	11	niet chronisch (n=102)	13
vorm consult		vorm consult	
telefonisch (n=54)	7	telefonisch (n=52)	8
consult (n=70)	14	consult (n=65)	15
visite (n=5)	0	visite (n=8)	20
richtlijn		richtlijn	
aanwezig (n=39)	15	aanwezig (n=38)	13
niet aanwezig (n=89)	9	niet aanwezig (n=83)	12
gevolgd (n=32)	13	gevolgd (n=31)	13
niet gevolgd (n=7)	20	niet gevolgd (n=7)	10
vooraf huisarts bezocht		vooraf huisarts bezocht	
ja (n=20)	5	ja (n=20)	10
nee (n=109)	12	nee (n=102)	13
urgentie (HAP)		urgentie (HAP)	
U1 + U2 (n=2)	0	U1+U2 (n=1)	0
U3 (n=12)	8	U3 (n=11)	9
U4 (n=112)	12	U4 (n=107)	13
medisch beleid HAP		medisch beleid HAP	
expectatief (n=68)	7	expectatief (n=62)	8
medicatie (n=54)	15	medicatie (n=54)	15
verwijzing (n=26)	15	verwijzing (n=23)	22
chirurgisch (n=4)	25	chirurgisch (n=3)	23

totaal aantal	129 (N)		122 (N)
	oneens medicatie (%)		medicatie aangepast (%)
gehele populatie	10,9		12,3
follow-up			
verwezen huisarts (n=41)	12	verwezen huisarts (n=39)	18
niet verwezen huisarts (n=88)	10	niet verwezen huisarts (n=83)	10
zelfverwijzer huisarts (n=20)	15	zelfverwijzer huisarts (n=20)	30
niet zelfverwijzer huisarts (n=109)	10	niet zelfverwijzer huisarts(n=102)	9
verwezen 2 ^e lijn (n=3)	0	verwezen 2 ^e lijn (n=3)	0
niet verwezen 2 ^e lijn (n=124)	11	niet verwezen 2 ^e lijn (n=118)	13
zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=1)	0	zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=1)	0
niet zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=128)	11	niet zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=121)	12
meerdere keren de HAP bezocht (n=7)	14	meerdere keren de HAP bezocht (n=7)	14
meerdere keren niet de HAP bezocht (n=122)	11	meerdere keren de HAP bezocht (n=115)	11

tabel 4: het oordeel van de huisartsen over het advies dat op de HAP gegeven is in aantallen en percentages uitgezet tegen de verschillende variabelen

totaal aantal	169 (N)		166 (N)
	advies oneens(%)		advies aangepast (%)
gehele populatie	3,6		9,6
geslacht		geslacht	
man (n= 74)	5	man (n=71)	13
vrouw (n=95)	2	vrouw (n=95)	7
leeftijd		leeftijd	
0-14 (n=53)	6	0-14 (n=51)	14
15-65 (n=97)	2	15-65 (n=95)	5
> 65 (n=19)	5	> 65 (n=20)	20
aandoening		aandoening	
chronisch (n=26)	4	chronisch (n=27)	11
niet chronisch (n=143)	3	niet chronisch (n=139)	9
vorm consult		vorm consult	
telefonisch (n=76)	1	telefonisch (n=75)	5
consult (n=87)	6	consult (n=84)	14
visite (n=6)	0	visite (n=7)	0
richtlijn		richtlijn	
aanwezig (n=37)	3	aanwezig (n=35)	11
niet aanwezig (n=131)	4	niet aanwezig (n=130)	9
gevolgd (n=33)	3	gevolgd (n=31)	10
niet gevolgd (n=4)	0	niet gevolgd (n=4)	14
vooraf huisarts bezocht		vooraf huisarts bezocht	
ja (n=25)	4	ja (n=27)	7
nee (n=144)	3	nee (n=139)	10
urgentie (HAP)		urgentie (HAP)	
U1 + U2 (n=7)	0	U1+U2 (n=7)	0
U3 (n=14)	0	U3 (n=13)	8
U4 (n=143)	4	U4 (n=141)	10
medisch beleid HAP		medisch beleid HAP	
expectatief (n=108)	3	expectatief (n=105)	8
medicatie (n=38)	3	medicatie (n=38)	13
verwijzing (n=13)	15	verwijzing (n=13)	23
chirurgisch (n=9)	0	chirurgisch (n=9)	0
anders (n=1)	0	anders (n=1)	0

tabel 5: het oordeel van de huisartsen over de urgentie in aantallen en percentages uitgezet tegen de verschillende percentages

totaal aantal	205 (N)
<hr/>	
oneens met de urgentie van de HAP (%)	
<hr/>	
gehele populatie	7,8
geslacht	
man (n=95)	9
vrouw (n=110)	6
leeftijd	
0-14 (n=60)	10
15-65 (n=124)	7
> 65 (n=21)	5
aandoening	
chronisch (n=34)	6
niet chronisch (n=171)	8
vorm consult	
telefonisch (n=87)	6
consult (n=110)	9
visite (n=8)	13
richtlijn	
aanwezig n=48	8
niet aanwezig n=156	8
gevolgd n=41	7
niet gevolgd n=10	10
vooraf huisarts bezocht	
ja (n=33)	9
nee (n=172)	8
urgentie (HAP)	
U1 + U2 (n=7)	14
U3 (n=27)	15
U4 (n=166)	7

totaal aantal	205 (N)
<hr/>	
oneens met de urgentie van de HAP (%)	
<hr/>	
gehele populatie	7,8
follow-up	
verwezen huisarts (n=57)	4
niet verwezen huisarts (n=88)	10
zelfverwijzer huisarts (n=25)	4
niet zelfverwijzer huisarts (n=148)	9
verwezen 2 ^e lijn (n=24)	13
niet verwezen 2 ^e lijn (n=180)	7
zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=4)	0
niet zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=201)	8
meerdere keren de HAP bezocht (n=11)	0
meerdere keren niet HAP bezocht (n=194)	8

tabel 6: het oordeel van de huisartsen over anders handelen bij het bekend zijn van de voorgeschiedenis in aantallen en percentages uitgezet tegen de verschillende variabelen

totaal aantal	202 (N)
<hr/>	
anders handelen van de huisarts (%)	
<hr/>	
gehele populatie	6,4
geslacht	
man (n=93)	5
vrouw (n=109)	7
leeftijd	
0-14 (n=61)	7
15-65 (n=120)	5
> 65 (n=21)	14
aandoening	
chronisch (n=33)	6
niet chronisch (n=169)	7
vorm consult	
telefonisch (n=87)	5
consult (n=107)	7
visite (n=8)	25
richtlijn	
aanwezig (n=49)	2
niet aanwezig (n=152)	8
gevolgd (n=42)	2
niet gevolgd (n=10)	0
vooraf huisarts bezocht	
ja (n=32)	9
nee (n=170)	6
urgentie (HAP)	
U1 + U2 (n=8)	0
U3 (n=27)	11
U4 (n=162)	6
medisch beleid HAP	
expectatief (n=110)	2
medicatie (n=52)	10
verwijzing (n=26)	19
chirurgisch (n=12)	8
anders (n=2)	0

tabel 7: het oordeel van de huisartsen over de volledigheid van het waarneemverslag in aantallen en percentages uitgezet tegen de verschillende variabelen

totaal aantal	202(N)
<hr/>	
waarneemverslag niet volledig (%)	
<hr/>	
gehele populatie	7,4
geslacht	
man (n=92)	4
vrouw (n=110)	10
leeftijd	
0-14 (n=60)	3
15-65 (n=122)	9
> 65 (n=20)	10
aandoening	
chronisch (n=34)	6
niet chronisch (n=168)	8
vorm consult	
telefonisch (n=85)	14
consult (n=109)	3
visite (n=8)	0
richtlijn	
aanwezig (n=47)	4
niet aanwezig (n=154)	8
gevolgd (n=40)	5
niet gevolgd (n=10)	10
vooraf huisarts bezocht	
ja (n=33)	6
nee (n=169)	8
urgentie (HAP)	
U1 + U2 (n=8)	13
U3 (n=26)	0
U4 (n=163)	9
medisch beleid HAP	
expectatief (n=109)	7
medicatie (n=53)	4
verwijzing (n=26)	19
chirurgisch (n=12)	0
anders (n=2)	0

tabel 8: verwijzbeleid van de huisartsenpost en zelfverwijzers
in aantallen en percentages

contactregistraties	totaal aantal (N) 206	percentage (%) 100
follow-up		
patiënt verwezen naar de huisarts	58	28,2
zelfverwijzer huisarts	25	12,1
patiënt verwezen naar de 2 ^e lijn	24	11,7
zelfverwijzer 2 ^e lijn	4	1,9
meerdere keren de HAP bezocht	11	5,3
totaal aantal verwezen door HAP	82	39,8
totaal aantal zelfverwijzers	29	14,1

tabel 9: waarom komen patiënten terug bij de huisarts nadat zij bij de HAP zijn geweest
in aantallen en percentages

contactregistraties	206 (N)	(%)
<i>medische controle</i>	50	24,3
<i>geruststelling</i>	41	19,9
<i>onvrede zorg HAP</i>	0	0
<i>verergering klachten</i>	36	17,5
<i>anders</i>	5	2,4

tabel 10: het oordeel van de huisartsen over het verwijfsbeleid van de HAP in aantallen en percentages uitgezet tegen de verschillende variabelen

totaal aantal	140 (N)	112 (N)	
	al of niet verwijzen 1^e lijn oneens (%)	al of niet verwijzen 2^e lijn oneens (%)	
gehele populatie	1,4	2,7	
geslacht		geslacht	
man (n= 66)	0	man (n=52)	4
vrouw (n=74)	3	vrouw (n=60)	2
leeftijd		leeftijd	
0-14 (n=46)	0	0-14 (n=35)	3
15-65 (n=76)	1	15-65 (n=65)	3
> 65 (n=18)	6	> 65 (n=12)	0
aandoening		aandoening	
chronisch (n=27)	4	chronisch (n=21)	5
niet chronisch (n=113)	1	niet chronisch (n=91)	2
vorm consult		vorm consult	
telefonisch (n=67)	1	telefonisch (n=51)	4
consult (n=66)	0	consult (n=54)	2
visite (n=7)	14	visite (n=7)	0
richtlijn		richtlijn	
aanwezig (n=31)	3	aanwezig (n=22)	0
niet aanwezig (n=108)	1	niet aanwezig (n=89)	3
gevolgd (n=26)	4	gevolgd (n=21)	0
niet gevolgd (n=5)	0	niet gevolgd (n=3)	3
vooraf huisarts bezoekt		vooraf huisarts bezoekt	
ja (n=25)	4	ja (n=19)	5
nee (n=115)	1	nee (n=93)	2
urgentie (HAP)		urgentie (HAP)	
U1 + U2 (n=2)	0	U1+U2 (n=5)	0
U3 (n=20)	0	U3 (n=16)	6
U4 (n=115)	2	U4 (n=90)	2

totaal aantal	140 (N)		112 (N)
	al of niet verwijzen 1^e lijn oneens (%)		al of niet verwijzen 2^e lijn oneens (%)
gehele populatie	1,4		2,7
follow-up			
verwezen huisarts (n=54)	0	verwezen huisarts (n=33)	3
niet verwezen huisarts (n=86)	2	niet verwezen huisarts (n=79)	3
zelfverwijzer huisarts (n=12)	0	zelfverwijzer huisarts (n=10)	0
niet zelfverwijzer huisarts (n=128)	2	niet zelfverwijzer huisarts(n=102)	3
verwezen 2 ^e lijn (n=9)	0	verwezen 2 ^e lijn (n=22)	9
niet verwezen 2 ^e lijn (n=131)	2	niet verwezen 2 ^e lijn (n=90)	1
zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=2)	0	zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=1)	0
niet zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=138)	1	niet zelfverwijzer 2 ^e lijn (n=111)	3
meerdere keren de HAP bezocht (n=5)	0	meerdere keren de HAP bezocht (n=3)	0
meerdere keren niet de HAP bezocht (n=135)	1	meerdere keren de HAP bezocht (n=109)	3

Bijlage II Scoringslijst in te vullen door de onderzoekers

praktijkgegevens

praktijkvorm

solo	duo	> 2 huisartsen

mate van stedelijkheid van praktijkregio (aantal inwoners)

platteland < 10.000	verstedelijkt platteland 10.000-20.000	kleine stad 20.000 - 50.000	middelgrote stad 50.000 – 150.000	grote stad > 150.000

patiëntgegevens

leeftijd van de patiënt

0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	> 75

geslacht van de patiënt

man	vrouw

heeft de patiënt een chronische aandoening

ja	neen

verkeert de patiënt in de terminale levensfase

ja	neen

medische zorg door de huisarts

met dezelfde klacht de eigen huisarts bezocht voor bezoek aan HAP

Ja	neen

heeft de huisarts vooraf beleid ingezet voor dezelfde klacht

Ja	neen

wat voor een beleid heeft de huisarts ingezet

expectatief	medicatie	verwijzing	chirurgisch	anders

medische zorg op de HAP

afhandeling van het consult

telefonisch	consult	visite

gestelde diagnose (ICPC-code) op de huisartsenpost

diagnose

bestaat er een indicator voor de diagnose die op de HAP is gesteld

ja	nee	nvt

is er volgens deze indicator gehandeld

Ja	nee	nvt

urgentiegraad op HAP (zie definities in de bijlage)

U1	U2	U3	U4

follow-up van de patiënt

werd de patiënt op HAP terugverwezen naar de huisarts

Ja	neen

heeft de patiënt op eigen initiatief de eigen huisarts bezocht na bezoek aan HAP

Ja	neen

werd de patiënt op HAP verwezen naar de SEH (c.q. specialist)

Ja	neen

heeft de patiënt op eigen initiatief de SEH bezocht na bezoek aan HAP

Ja	neen

heeft de patiënt nogmaals de HAP bezocht voor dezelfde klacht

Ja	neen

wat voor een beleid is er op de huisartsenpost ingezet

expectatief	medicatie	verwijzing	chirurgisch	anders

urgentiegraad na follow-up in de huisartspraktijk

U1	U2	U3	U4

Bijlage III Vragenlijst

Hoe oordelen huisartsen over de kwaliteit van de medische zorg op de huisartsenpost

V1A) bent u het eens met het beleid van de HAP wat betreft:

- **de diagnose/ het probleem**

eens/ neutraal/ oneens/ nvt

V1B)

Heeft u de diagnose aangepast?

ja/ nee/ nvt

V2A) bent u het eens met het beleid van de HAP wat betreft:

- **de medicatie**

eens/ neutraal/ oneens/ nvt

V2B)

Heeft u de medicatie aangepast?

ja/ nee/ nvt

V3A) bent u het eens met het beleid van de HAP wat betreft:

- **het geven van advies (geruststelling) aan de patiënt**

eens/ neutraal/ oneens/ nvt

V3B)

Zou u anders hebben geadviseerd?

ja/ nee/ nvt

V4A) bent u het eens met het beleid van de HAP wat betreft:

- **het verwijzbeleid (al of niet) van de patiënt naar de huisarts**

eens/ neutraal/ oneens/ nvt

V4B)

- **het verwijzbeleid (al of niet) van de patiënt naar de SEH**

eens/ neutraal/ oneens/ nvt

V5) Indien de patiënt, na bezoek aan de HAP, weer bij U een afspraak heeft gemaakt wat was hiervoor dan de reden? (**meerdere antwoorden zijn mogelijk!**)

V5A- medische controle van de ziekte	ja/ nee/ nvt
V5B- geruststelling door eigen huisarts	ja/ nee/ nvt
V5C- onvrede met zorg op de HAP	ja/ nee/ nvt
V5D- verergering of aanhouden van de klachten	ja/ nee/ nvt
V5E- anders, namelijk	

V6) heeft het beleid van de HAP volgens U geleid tot verminderde veiligheid (schade/overlijden) voor de patiënt?

ja/ neutraal/ nee/ nvt

zo ja, kunt u het veiligheidsprobleem apart beschrijven, de ruimte hiervoor vindt u aan de achterzijde!

V7A) is de urgentie van de casus op de huisartsenpost volgens u goed ingeschat?

ja/ neutraal/ nee/ nvt

V7B) zo niet, welke urgentie had de casus volgend u moet hebben?

U1/ U2/ U3/ U4

V8) als u de context en de voorgeschiedenis rond deze patiënt overziet zou u dan anders gehandeld hebben?

ja/ neutraal/ nee/ nvt

V9) vindt u de verslaglegging van het HAP-contact, zoals op het waarneemverslag staat weergegeven, duidelijk en toereikend?

ja/ neutraal/ nee/ nvt

Als u het met een of meerdere punten niet eens bent, dan verzoeken wij u dit toe te lichten op de achterzijde van de vragenlijst!

Bijlage IV Kanttekeningen bij de vragenlijst

Zoals al bij de kanttekeningen beschreven is, is voor verder onderzoek naar een aspect van de kwaliteit van de medische zorg een aangepaste versie van de vragenlijst nodig. De huidige vragenlijst bevat vele aspecten van de kwaliteit van de medische zorg en is arbeidsintensief voor de huisartsen.

Bij gericht onderzoek naar de veiligheid van de zorg op de HAP zou je een vragenlijst kunnen opbouwen rondom de drie aspecten ‘diagnose, medicatie en veiligheid’. De overige vragen zou je dan weg kunnen laten.

Hoe oordelen huisartsen over de kwaliteit van de medische zorg op de huisartsenpost

V1A) bent u het eens met het beleid van de HAP wat betreft:

- **de diagnose/ het probleem**

eens/ neutraal/ oneens/ nvt (bij niet van toepassing, ga door naar V2A)

V1B)

Heeft u de diagnose aangepast?

ja/ nee/ nvt

V2A) bent u het eens met het beleid van de HAP wat betreft:

- **de medicatie**

eens/ neutraal/ oneens/ nvt (bij niet van toepassing, ga door naar V3A)

V2B)

Heeft u de medicatie aangepast?

ja/ nee/ nvt

V3A) is de urgentie van de casus op de huisartsenpost volgens u goed ingeschat?

ja/ neutraal/ nee/ nvt

V37B) zo niet, welke urgentie had de casus volgens u moeten hebben?

U1/ U2/ U3/ U4

Bijlage V Begeleidende brief bij de vragenlijst

Zeer geachte collega,

Wij willen u middels deze brief nader informeren over het onderzoek:

kwaliteit van de medische zorg op de huisartsenpost: een follow-up studie

Kort geleden zijn wij gestart met dit onderzoek. Dit onderzoek wil de kwaliteit van zorg die op de huisartsenposten geleverd wordt in kaart brengen. Onze hypothese is dat deze zorg op een de volgende kwaliteitsaspecten wellicht tekort schiet: efficiency, doelmatigheid, continuïteit en veiligheid van zorg.

In dit onderzoek willen we de kwaliteit van zorg benaderen vanuit de verwachtingen van de professional, in dit geval U, als huisarts. We kozen voor deze opzet vanwege twee redenen. Enerzijds zijn de huisartsen nauw bij het zorgproces op de huisartsenpost betrokken. Anderzijds mag van de huisartsen verwacht worden dat ze een goed beeld hebben over de follow-up van hun patiënten.

Wij willen U vragen de door ons geselecteerde consultbriefjes te beoordelen aan de hand van de bijgevoegde vragenlijst.

- Gebruik voor ieder consultbriefjes een nieuwe vragenlijst!
- Gebruik zo nodig uw patiëntendossier.
- Gebruik zo veel mogelijk de toelichting.

Praktisch houdt dit voor u in, dat u aan het einde van de week de vragenlijsten aan de hand van de verzamelde consultbriefjes gaat invullen. Dit zal vier keer moeten gebeuren, omdat we graag willen dat de consultbriefjes die in een maand van de huisartsenpost komen door u worden beoordeeld.

Wij stellen het zeer op prijs dat u de vragenlijsten wilt invullen en wellicht levert u hierdoor een bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van zorg.

Uiteraard worden uw gegevens vertrouwelijk en anoniem verwerkt door het Universitair Medisch Centrum St. Radboud, te Nijmegen.

Bij voorbaat hartelijk dank voor u medewerking!

Bijlage VI Definities

Urgentie classificatie U1-4:

- U1: Acute bedreiging van de vitale functies, waarbij spoedvisite geïndiceerd is. Het tijds criterium is: binnen 15 minuten ter plaatse.
- U2: Te verwachten bedreiging van de vitale functies, waarbij het mbt visite of consult het tijds criterium van een uur geldt.
- U3: Hulpvraag die binnen zes uur gezien dient te worden. Hierbij dient men wel te proberen zo snel mogelijk te handelen.
- U4: Terechte hulpvraag, die binnen 24 uur door een arts gezien dient te worden. Dit kan zowel telefonisch als per consult plaatsvinden (13).

patiënt met chronische aandoening:

“ patiënt die een of meerdere ziektes heeft die (veelal) klachten veroorzaken met min of meer blijvend karakter, die invloed hebben op het dagelijks leven van de patiënt en die vanwege de ernst in behandeld en/of anticiperend opzicht een blijvend beslag veroorzaken op de gezondheidszorg ”.

patiënt in terminale fase:

“ patiënt die in de fase is waarin levensverlenging niet meer mogelijk is en het besef doorbreekt dat de dood binnen afzienbare tijd zal volgen ”.

doelmatigheid:

“ dit betreft de klinische resultaten van de medische zorg, welk deel van de patiënten wordt volgens de indicatoren behandeld “.

continuïteit:

“ de afspraak dat huisartsen een consistent en eenduidig beleid voeren, waarbij zij gebruik maken van voorkennis over de betrokken patiënt en wanneer er sprake is van een behandelplan, ze zoveel mogelijk dit ingezette behandelplan volgen ”.

veiligheid:

“ kan gedefinieerd worden als de mate waarin fouten tot schade bij de patiënt en zelfs tot overlijden kan leiden. Veiligheid op de HAP hangt onder meer samen met de kwaliteit van de triage, medisch handelen en aspecten van toegankelijkheid “.

richtlijnen:

“er is gekeken voor welke diagnoses indicatoren van toepassing zijn en of deze gevolgd zijn. De indicatoren zijn ontwikkeld op basis van de NHG-standaarden en zijn toegepast op het spoedeisende en adhoc karakter van de klachten op de HAP”.

expectatief beleid:

“ kan omschreven worden als het beloop van de ziekte afwachten en het geven van advies en voorlichting. Het zonodig medicatie innemen valt ook ander afwachtend evenals het afmaken van een al voorgeschreven recept. Het opnieuw uitschrijven van een recept valt hier niet onder.”

medicatie:

“het voorschrijven van medicatie volgens een recept.”

verwijzing:

“hieronder verstaan we alle verwijzingen binnen 72 uur naar de huisarts, specialist of anderen. Als er telefonisch het advies om op consult op de HAP te komen wordt dit niet als een verwijzing gezien.”

chirurgische interventie/verrichting:

“hieronder vallen: het verzorgen van (brand)wonden, hechten, plakken, ECG, oren uitspuiten, corpus alienum verwijderen, katheter vervangen/inbrengen, blaasspoelen, injectie toedienen, verbinden, kleine chirurgie/incisie.”

Bijlage VIII Methode van de literatuursearch

Voor het schrijven en opzetten van dit onderzoek was het van belang eerst te bestuderen welke literatuur er al verschenen was over de huisartsenposten. De meest relevante en recente literatuur is gevonden door gebruik te maken van een aantal zoekstrategieën.

Hierbij is gebruik gemaakt van Pubmed, Medline en de Cochrane library. De Engelstalige literatuur die in dit onderzoek gebruikt is, is vooral gevonden middels pubmed.

De volgende zoektermen, en combinaties van zoektermen, zijn hierbij gebruikt: out-of-hours (after-hours-care, MeSh) AND general practitioner (physicians family, MeSH, family-practice, MeSH) AND quality of care (quality assurance, health care, Mesh) AND patient satisfaction (patient satisfaction, Mesh) AND general practitioner satisfaction AND practitioner perspective AND continuity (continuity of patient care).

Voor het vinden van Nederlandstalige literatuur over dit onderwerp is gekeken in de archieven van Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde, Huisarts en Wetenschap en Medisch contact, welke allen online in te zien zijn. Tevens is naar relevante literatuur gezocht op de site van het Ministerie van VWS en op Google. Daarbij is gebruik gemaakt van de volgende zoektermen en combinaties hiervan: huisartsposten, kwaliteit van zorg, continuïteit, waarneemdienst, medisch handelen, veiligheid, doelmatigheid, urgentie, diagnoses, medicatie, medisch dossier.

De literatuurlijst van de hierbij gevonden artikelen zijn nader bekeken op zoek naar verdere relevante artikelen. Zie voor de resultaten de bijlage 'literatuur'.