



Kwaliteit van de huisartsenposten:

Het oordeel van de huisarts

W.J.M. van Gerwen
Studentnr: 9630392

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

Begeleiders:
Drs. P. Giesen, huisarts-onderzoeker
Dr. H. Mokkink, methodoloog

Scriptie wetenschappelijke stage
Geneeskunde
Maart t/m Juni 2004

Samenvatting

Inleiding

Nu de huisartsenposten inmiddels algemeen geaccepteerd zijn, is het de vraag of de kwaliteit van zorg toereikend is, wat de knelpunten zijn en hoe de kwaliteit van de zorgverlening van de huisartsenpost verbeterd kan worden. Huisartsen zijn door hun centrale positie in de zorg een belangrijke informatiebron als het gaat om een oordeel over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Doel

Het doel van dit onderzoek is te achterhalen wat het oordeel is van huisartsen over de kwaliteit van de geleverde zorg op de huisartsenpost.

Methode

De gebruikte methode is een transversaal onderzoek middels schriftelijke vragenlijsten die per post werden verstuurd onder huisartsen, werkzaam bij de Coöperatieve Huisartsendienst Regio Arnhem. Het onderzoek vond plaats in de periode februari 2004 – april 2004.

Resultaten

De respons op de vragenlijsten was 76% (N=129). Op basis van het gemiddelde rapportcijfer blijkt dat de huisartsen over het geheel genomen redelijk tevreden zijn over de huisartsenpost. De kwaliteit van de chauffeurs en de auto werd het hoogst beoordeeld, namelijk met gemiddeld een 7,8 en de kwaliteit van de collega-dienstdoende huisartsen werd eveneens redelijk beoordeeld met gemiddeld een 7,4. De kwaliteit van de assistente aan de telefoon werd het laagst beoordeeld met een 6,5. Deze beoordeling ligt dicht bij de beoordeling van de kwaliteit van de organisatie en de samenwerking met derden, respectievelijk 6,6 en 6,7. Verder werden laag beoordeeld: de terugkoppeling over ziektebeloop of diagnose bij patiënten in de dienst gezien, het inschatten van urgentie en van de benodigde hulpverlening door de assistentes aan de telefoon, de samenwerking met de crisisdienst en CPA en de feedbackmogelijkheid op het functioneren van huisartsen en op de organisatie van de huisartsenpost.

Conclusie

De huisartsen zijn redelijk tevreden over de kwaliteit van de geleverde zorg op de huisartsenpost, maar er zijn aspecten die verbeterd moeten worden om verantwoorde zorg te kunnen bieden.

Summary

Introduction

Now that the general practice out-of-hours cooperative has become a widely accepted phenomenon, the question can be asked whether the delivered health services are sufficient, what the bottlenecks are, and how the quality of the health services can be improved. With their central role, general practitioners (GPs) are an important source of information regarding the quality of health services.

Goal

The goal of this investigation is to find out how the GPs judge the quality of the health services at the general practice out-of-hours cooperative.

Method

A transversal investigation was used, through a written questionnaire which was mailed to the GPs who worked at the 'Coöperatieve Huisartsendienst Regio Arnhem'. This investigation took place during the period between February 2004 and April 2004.

Results

The response to the questionnaire was 76% (N=129). Based on the average score, the GPs showed a medium satisfaction with the overall performance of the general practice out-of-hours cooperative. Of the five sub parts, the quality of the drivers and the cars were scored the highest, with 7.8 on average. The quality of the colleague GPs was also scored high, with 7.4 on average. The quality of the assistants on the phone was scored lowest, with 6.5 on average. Slightly higher but still low were the scores for the quality of the organisation and the cooperation with third parties, scored with 6.6 and 6.7, respectively. Low scores were also given to: the feedback on the course of the disease or diagnosis of patient as seen during the duty, the triage by the assistants, the cooperation with the GGZ/crisis service and CPA, and the possibilities to provide feedback on the functioning of GPs and on the organisation of the general practice out-of-hours cooperative.

Conclusion

The GPs show a medium satisfaction with the quality of the delivered health services at the general practice out-of-hours cooperative, but some aspects must be considered for improvement, to be able to deliver care in a responsible way.

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Summary	2
Inhoudsopgave	3
1. Inleiding	4
2. Vraagstelling	6
3. Methode	7
3.1 Design.....	7
3.2 Populatie.....	7
3.3 Ontwikkeling van het meetinstrument.....	7
3.4 Variabelen.....	8
3.5 Analyse.....	8
4. Resultaten	10
4.1 Huisarts- en praktijkenmerken.....	10
4.2 Oordeel over de assistentes aan de telefoon.....	10
4.3 Oordeel over de collega-dienstdoende huisartsen.....	10
4.4 Oordeel over de chauffeurs en de auto.....	10
4.5 Oordeel over de organisatie.....	11
4.6 Oordeel over de samenwerking met derden.....	11
4.7 Samenhang met huisarts- en praktijkenmerken.....	11
5. Beschouwing	12
5.1 Oordeel over de kwaliteit van zorg van de vijf onderdelen (zie 4.2 t/m 4.6).....	12
5.2 Samenhang met huisarts- en praktijkenmerken.....	13
5.3 Aanpassing van de vragenlijst nadat dit onderzoek plaatsvond.....	13
6. Kanttekeningen	14
7. Aanbevelingen	15
8. Literatuurlijst	16
9. Bijlagen	
Bijlage 1 Betrouwbaarheid en validiteit van het meetinstrument.....	19
Bijlage 2 Literatuurstudie.....	21
Bijlage 3 De vragenlijst (deel A en deel B).....	26
Bijlage 4 Begeleidende brief bij de vragenlijst.....	30
Bijlage 5 Reminderbrief.....	31
Bijlage 6 Kwantitatieve resultaten.....	32
Bijlage 7 Schriftelijk commentaar van de huisartsen (kwantitatieve resultaten).....	37
Bijlage 8 Aanpassingen van deze vragenlijst nadat dit onderzoek plaatsvond.....	43
Bijlage 9 Regio's en populaties van de drie lokaties van de CHRA.....	44
Bijlage 10 Afkortingen en definities.....	45

1 Inleiding

De centrale huisartsenpost is niet meer weg te denken als onderdeel van de Nederlandse huisartsenzorg buiten kantoortijd. Praktisch alle huisartsen zijn momenteel aangesloten bij een huisartsenpost. Het idee om huisartsenposten op te richten is voortgekomen uit het toenemende ongenoegen onder huisartsen over hun vroegere dienstenregeling. Hun motieven waren het verminderen van de werkbelasting, verbetering van de arbeidsomstandigheden en verbetering van de kwaliteit van zorg¹. Het blijkt dat de werkbelasting is verminderd en de huisartsen meer plezier hebben in het dienstdoen^{1,18}. Ook de patiënten blijken tevreden te zijn¹⁷.

Nu de huisartsenposten inmiddels algemeen geaccepteerd zijn, is het de vraag of de kwaliteit van de geleverde zorg toereikend is, wat de knelpunten zijn en hoe de kwaliteit van de zorgverlening van de huisartsenpost verbeterd kan worden.

Kwaliteit van zorg kan op verschillende manieren worden gemeten. Patiënten kan gevraagd worden om een oordeel te geven over de huisartsenpost, maar ook een inspectie kan een oordeel geven. Onlangs verscheen een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in opdracht van het Ministerie van VWS over de kwaliteit van het proces van de zorgverlening van de huisartsenposten in Nederland¹², waarin wordt geconcludeerd dat veel huisartsenposten niet voldoen aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Tevens zijn er verscheidene artikelen gepubliceerd, waarin knelpunten van huisartsenposten worden genoemd^{1-3,12-18}.

Ook huisartsen zijn door hun centrale positie in de zorg een belangrijke informatiebron als het gaat om een oordeel over de kwaliteit van de geleverde zorg. Zij zijn in staat om een gedegen oordeel te geven over de kwaliteit van met name medisch-inhoudelijke aspecten als het werken volgens NHG-standaarden, het doelmatig voorschrijven en het doelmatig verwijzen. Een valide vragenlijst betreffende het huisartsenoordeel is tot op heden niet voorhanden, terwijl deze uitstekend gebruikt zou kunnen worden als kwaliteitsinstrument. Bovendien kan het instrument gebruikt worden om huisartsenposten met elkaar te vergelijken ("benchmarking").

Op basis van de gevonden literatuur zijn er enkele hypothesen opgesteld. De eerste hypothese is dat huisartsen de kwaliteit van de geleverde zorg op de huisartsenpost op bepaalde aspecten als niet toereikend beoordelen betreffende de volgende aspecten:

- De triage (met name het inschatten van urgentie en het inschatten van de benodigde hulpverlening) door de assistentes aan de telefoon.
- De telefonische bereikbaarheid voor patiënten.

- De informatie over ziektebeloop en diagnose bij patiënt die tijdens de dienst is gezien.
- De samenwerking met andere partijen (met name de GGZ/crisisdienst)

De tweede hypothese is dat er geen samenhang wordt verwacht tussen het oordeel van de huisartsen over de kwaliteit van zorg op de huisartsenpost en de huisarts- en praktijkenmerken, zoals leeftijd, geslacht en mate van het uitbesteden van diensten.

Om deze hypothesen te kunnen onderbouwen is een literatuurstudie gedaan en een onderzoek onder huisartsen, die werkzaam zijn bij een huisartsenpost. De literatuurstudie is te vinden in bijlage 2.

Het doel van dit onderzoek is te achterhalen wat het oordeel is van huisartsen over de kwaliteit van de geleverde zorg op de huisartsenpost.

2 Vraagstelling

De vraagstellingen in dit onderzoek zijn:

1. Hoe beoordelen huisartsen de kwaliteit van de geleverde zorg op de huisartsenpost?
2. In hoeverre hangt het oordeel van huisartsen over de kwaliteit van de geleverde zorg op de huisartsenpost samen met huisarts- en praktijkenmerken?

3 Methode

3.1 Design

Dit onderzoek betrof een transversaal onderzoek middels schriftelijke vragenlijsten die per post werden verstuurd onder huisartsen. Er is gebruik gemaakt van een bestaande vragenlijst, die reeds aan een eerste pilotstudie is onderworpen en op basis daarvan is bijgesteld¹⁹. Deze eerste pilotstudie vond plaats bij de Huisartsenpost Gelders Rivierenland te Tiel in januari 2004.

Dit onderzoek was een tweede pilotstudie, die werd uitgevoerd bij de Coöperatieve Huisartsendienst Regio Arnhem. Het onderzoek vond plaats in de periode februari 2004 – april 2004. De vragenlijsten werden opgestuurd naar alle gevestigde huisartsen verbonden aan deze huisartsenpost. Non-respondenten kregen na twee weken een reminderbrief met het verzoek de vragenlijst alsnog toe te sturen (zie bijlage 5).

De vragenlijst bestaat uit drie secties. In het eerste, algemene deel, wordt gevraagd naar huisartskenmerken en praktijkkenmerken. Het tweede deel heeft als onderwerp het oordeel van de huisarts over de kwaliteit van zorg op de huisartsenpost. Het derde en laatste deel richt zich op de toekomstvisie van de huisartsen met betrekking tot de huisartsenpost en de spoedeisende hulp. Deze studie beperkt zich tot het eerste en het tweede deel. De vragenlijst voor deze delen is te vinden in bijlage 3.

3.2 Populatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit 170 gevestigde huisartsen die werkzaam zijn bij de Coöperatieve Huisartsendienst Regio Arnhem (CHRA). De waarnemers die werkzaam zijn bij deze huisartsenpost zijn niet betrokken bij dit onderzoek. De CHRA bestaat uit drie huisartsen-posten, namelijk de huisartsenpost Zevenaar, Arnhem-Zuid en Velp. De regio's en de populaties behorende bij de drie posten zijn te vinden in bijlage 9.

3.3 Ontwikkeling van het meetinstrument

Aan de tweede pilotstudie ging een uitgebreide ontwikkel- en testfase vooraf. In bijlage 1 wordt een uitvoerige beschrijving gegeven van de betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst. De ontwikkeling van het meetinstrument bestond in hoofdlijnen uit de volgende stappen:

- Een literatuuronderzoek
- Vier discussiebijeenkomsten met huisartsen om het onderzoeksdomein en mogelijke vragenclusters te bepalen.
- Het opstellen van een concept vragenlijst op basis van het literatuuronderzoek, de discussiebijeenkomsten en bestaande vragenlijsten.

- Bijeenkomst met een panel van huisartsen en vragenlijstdeskundigen om de relevantie en begrijpelijkheid van de vragen te verifiëren en aanpassing van de concept vragenlijst.
- Bijeenkomst met de begeleiders (een methodoloog en een huisarts) om de zinsbouw, de begrijpelijkheid en de volledigheid te verifiëren, opnieuw aanpassing van de vragenlijst.
- De eerste pilot onder 76 huisartsen bij de Huisartsenpost Gelders Rivierenland te Tiel.
- Analyse van de eerste pilot en aanpassing aan de hand van commentaar van vier verschillende experts (onderzoekers/huisartsen).
- De tweede pilot onder 170 huisartsen bij de Coöperatieve Huisartsendienst Regio Arnhem (dat betreft deze studie).

3.4 Variabelen

De vragenlijst verzamelt informatie over de volgende variabelen:

Onafhankelijke variabelen:

- Leeftijd en geslacht van de huisarts
- Praktijkvorm van de huisarts
- Dagen per week in praktijk werkzaam
- Afstand van praktijk tot huisartsenpost
- Percentage uitbestede diensten

Afhankelijke variabelen:

- Oordeel van de huisarts over de kwaliteit van zorg op de huisartsenpost, uitgedrukt in rapportcijfers. De volgende onderdelen komen hierbij aan bod (α is de Cronbach's alfa):
 - Kwaliteit van zorg van de assistentes aan de telefoon (7 aspecten, $\alpha=0,89$)
 - Kwaliteit van zorg door de collega-dienstdoende huisartsen (10 aspecten, $\alpha=0,88$)
 - Kwaliteit van zorg van de chauffeurs en kwaliteit van de auto (7 aspecten, $\alpha=0,80$)
 - Kwaliteit van de organisatie (11 aspecten, $\alpha=0,82$)
 - Samenwerking met derden (4 aspecten, $\alpha=0,68$)

3.5 Analyse

De geretourneerde vragenlijsten werden verzameld en de kwantitatieve gegevens werden ingevoerd in microsoft Access. Vervolgens werden zij middels SPSS geanalyseerd. Het schriftelijk commentaar van individuele huisartsen (de kwalitatieve gegevens) werd in een apart bestand ingevoerd en gecategoriseerd.

Door middel van de Cronbach's alfa werd de betrouwbaarheid gemeten. De validiteit werd bepaald met behulp van de factoranalyse. De beschrijving van het bepalen van de betrouwbaarheid en validiteit is te vinden in bijlage 1.

Om de samenhang tussen de huisarts- en praktijkenmerken en het oordeel over de huisartsenpost te bepalen, werden somscores berekend over deze subgroepen ten aanzien van de vijf onderdelen: het oordeel over de kwaliteit van de assistente aan de telefoon, de collega-dienstdoende huisartsen, de chauffeurs en auto, de organisatie en de samenwerking met derden. P-waarden < 0.05 werden beschouwd als significant.

4 Resultaten

4.1 Huisarts- en praktijkkenmerken

De respons was 76% (N=129). De gemiddelde leeftijd was 48 jaar (mediaan 49 jaar) en de verhouding man/vrouw was 75/25%. In de responsgroep werkte 48% in een solopraktijk, 27% in een duopraktijk en 24% in een groepspraktijk. Iets meer dan de helft van de responsgroep besteedde de diensten nooit uit. 30% van de huisartsen besteedde de diensten 1-20% uit en 17% besteedde de diensten 21-99% uit. Een kleine groep, namelijk 2% van de huisartsen besteedde de diensten altijd uit. Wanneer de diensten werden uitbesteed waren de belangrijkste redenen behoefte aan vakantie/ vrije tijd en de werkbelasting overdag en tijdens het dienstdoen.

4.2 Oordeel over de assistentes aan de telefoon

De spreiding tussen de zeven aspecten liep uiteen tussen 6,1 – 6,9 met een gemiddeld cijfer van 6,5. De standaarddeviatie was bij alle zeven aspecten hoger dan 1. De huisartsen waren het meest positief over de aspecten 'registreren van medische gegevens' en 'het werken volgens (NHG-) protocollen'. De aspecten 'inschatten van urgentie' en 'inschatten van de benodigde hulpverlening' door de assistente werden het laagst beoordeeld.

4.3 Oordeel over de collega-dienstdoende huisartsen

De spreiding tussen de tien aspecten liep uiteen tussen 6,9 – 8,2 met een gemiddeld cijfer van 7,4. De standaarddeviatie was bij elk aspect, op een uitzondering na, 1 en lager. De aspecten 'medisch handelen algemeen', 'medisch handelen bij spoed', 'verwijsgedrag', 'motivatie/inzet tot het uitvoeren van werkzaamheden', 'bereidheid tot het afleggen visite' en 'samenwerking met collega's tijdens dienst' werden door de huisartsen zeer positief beoordeeld. De aspecten 'volledigheid en juistheid van de registratie in SOEP-systeem' en 'het werken volgens NHG-standaarden' werden het laagst beoordeeld.

4.4 Oordeel over de chauffeurs en de auto

De spreiding tussen de zeven aspecten liep uiteen tussen 7,3 – 8,2 met een gemiddeld cijfer van 7,8. De standaarddeviatie varieerde bij deze aspecten van iets onder de 1 tot iets er boven. Huisartsen gaven het 'vinden van het adres' en de 'communicatiemogelijkheden in de auto' de hoogste waardering. De overige aspecten werden tevens positief beoordeeld.

4.5 Oordeel over de organisatie

De spreiding tussen de elf aspecten liep uiteen tussen 5,1 – 7,4 met een gemiddeld cijfer van 6,6. De standaarddeviatie bevond zich bij al deze aspecten ruim boven de 1. De 'inrichting van de HAP', de 'lokatie en bereikbaarheid per auto van de HAP' en het 'functioneren van het management' werden het hoogst gewaardeerd. De huisartsen waren minder positief over de 'feedbackmogelijkheid op het functioneren van de huisartsen' en de 'feedbackmogelijkheid op

het functioneren van de organisatie'. Het aspect 'informatie over ziektebeloop of diagnose bij patiënt die ik in de dienst gezien heb' werd erg laag beoordeeld.

4.6 Oordeel over de samenwerking met derden

De spreiding tussen de vier aspecten liep uiteen tussen 6,0 – 7,2 met een gemiddeld cijfer van 6,7. De standaarddeviatie was bij drie aspecten ruim boven de 1. De huisartsen gaven de 'samenwerking met de GGZ/crisisdienst' en de 'samenwerking met de CPA-meldkamer' een lage beoordeling. Zij waren positiever over de 'samenwerking met ambulancepersoneel' en de 'samenwerking met specialisten.

4.7 Samenhang met huisarts- en praktijkenmerken

Bij het oordeel over 'de assistentes aan de telefoon' werd door de huisartsen ≥ 50 jaar significant vaker een ≥ 8 gegeven (26%) dan door de huisartsen < 50 jaar (17%). Ook werd bij het oordeel over 'de assistentes aan de telefoon' door de huisartsen in een solo- en duopraktijk significant vaker een ≥ 8 gegeven (respectievelijk 20 en 26%) dan door de huisartsen met groepspraktijk (11%). De huisartsen die > 4 dagen in hun praktijk werkzaam waren scoorden significant vaker een ≥ 8 (25%) dan de huisartsen die 1-4 dagen werkten (14%) wat betreft het oordeel over 'de assistentes'. De huisartsen die 1-4 dagen werkzaam waren in hun praktijk gaven significant vaker een ≥ 8 wat betreft 'de chauffeurs en de auto' (75%) dan de huisartsen die > 4 dagen werkzaam waren (63%).

In bijlage 6 staan de kwantitatieve resultaten (in tabellen) vermeld en in bijlage 7 staat het schriftelijke commentaar van de huisartsen (de kwalitatieve resultaten) vermeld.

5 Beschouwing

5.1 Oordeel over de kwaliteit van zorg

Het blijkt dat de huisartsen het meest tevreden waren over de kwaliteit van de chauffeurs en de auto, met name over het vinden van het adres en de communicatiemogelijkheden in de auto. De kwaliteit van de collega-dienstdoende huisartsen werd eveneens redelijk goed beoordeeld, met name de samenwerking met collega's tijdens de dienst. Op het onderdeel chauffeurs en auto en het onderdeel collega-dienstdoende huisartsen werd redelijk unaniem geantwoord, gezien de lage standaarddeviaties per aspect.

De huisartsen waren minder tevreden over de kwaliteit van de organisatie, met name over de feedbackmogelijkheid op het functioneren van de organisatie en van de huisartsen en de informatie over ziektebeloop of diagnose van de patiënt tijdens de dienst gezien. Ook over de samenwerking met derden zijn de huisartsen minder tevreden, met name de samenwerking met de crisisdienst en de CPA. Het minst tevreden zijn zij over de assistentes aan de telefoon, met name over het inschatten van urgentie en het inschatten van de benodigde hulpverlening. Op de onderdelen organisatie, assistentes en samenwerking met derden werd minder unaniem antwoord gegeven, gezien de hoge standaarddeviaties bij de meeste aspecten.

Het blijkt dus dat (de triage door) de assistentes aan de telefoon het slechts wordt beoordeeld, terwijl dit eigenlijk één van de meest essentiële onderdelen is.

De onderzoeksresultaten ondersteunen de hypothese dat huisartsen de kwaliteit van de assistentes wat betreft het inschatten van urgentie en het inschatten van de benodigde hulpverlening als niet toereikend beoordelen. Dat de assistentes aan de telefoon een lage waardering kregen van de huisartsen komt deels overeen met bevindingen uit de literatuur^{12-15,17,20,21}. Er wordt veel geschreven over het inschatten van urgentie en het inschatten van de benodigde hulpverlening door de assistentes. In de literatuur werd gevonden dat zowel huisartsen als assistentes behoefte hebben aan duidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden. Verder was er behoefte aan continue aanwezigheid van een huisarts voor raadpleging en bij complexe hulpvragen voor beoordeling van urgentie^{15,20}. Er is tevens onderzoek gedaan onder de dokterassistentes over hoe zij zelf tegen hun taak aankijken²⁰. Zij beoordeelden hun bekwaamheid als voldoende. Toch geven de meesten aan kennis te missen, vooral over spoedeisende geneeskunde. Zij hebben dan ook behoefte aan medische scholing op dit terrein. Er wordt echter in een recent onderzoek onder patiënten van dertien huisartsenposten positief geoordeeld over de telefonische hulpverlener¹⁷. Tweederde van deze patiënten gaf de telefonische hulpverlener (meestal dokterassistente) een 8 of meer. Overigens waren de huisartsen in dit onderzoek redelijk tevreden over 'het werken volgens

(NHG) protocollen' en 'het registreren van medische gegevens in de computer' door de assistentes aan de telefoon.

De hypothese dat huisartsen de telefonische bereikbaarheid voor patiënten als niet toereikend beoordelen wordt deels bevestigd. 19% van de huisartsen beoordeelde dit aspect met een cijfer ≤ 5 en op dit punt zijn dus nog verbeteringen mogelijk. In de literatuur komt naar voren dat de telefonische bereikbaarheid op een groot aantal huisartsenposten onvoldoende is¹². Dit geldt voor situaties waarin patiënten via meerdere telefoonnummers worden doorverwezen voordat zij contact krijgen met de HAP. Het is niet bekend of dat bij deze huisartsenpost ook het geval is.

De hypothese dat huisartsen het aspect 'informatie over ziektebeloop of diagnose bij patiënt die ik in de dienst gezien heb' als niet toereikend beoordeelden wordt bevestigd. Dit aspect werd door ruim de helft van de huisartsen met een cijfer ≤ 5 beoordeeld. Deze bevindingen waren te verwachten omdat deze terugkoppeling op de meeste huisartsenposten niet geregeld is. Het is wel een belangrijk aspect, daar op deze manier de kwaliteit van zorg ook kan worden gewaarborgd.

Dat huisartsen de samenwerking met de GGZ/crisisdienst als onvoldoende beoordeelden wordt als hypothese ook deels bevestigd, want ruim 28% gaf een beoordeling van ≤ 5 . De schriftelijke commentaren van de huisartsen lieten ook zien dat er veel kritiek is op deze samenwerking (zie bijlage 7). Uit de literatuur blijkt dat er vaak geen duidelijke afspraken worden gemaakt tussen de HAP en de crisisdiensten uit een regio¹². Ook bleek dat de huisartsen minder tevreden zijn over de samenwerking met de CPA. Deze samenwerking blijkt uit de literatuur redelijk goed te zijn; er worden over het algemeen duidelijke afspraken gemaakt met de CPA uit de regio.

5.2 *Samenhang met huisarts- en praktijkenmerken*

Zoals te verwachten bleek er geen samenhang te zijn tussen het oordeel over de kwaliteit van zorg en de huisarts- en praktijkenmerken. Er bleken wel significante verschillen te zijn (zie bijlage 6 tabel 7), maar deze hadden dan betrekking op één onderdeel bijvoorbeeld alleen op de assistentes aan de telefoon en niet op de overige vier onderdelen. Het is waarschijnlijk dat deze verschillen op basis van toeval zijn ontstaan.

5.3 *Aanpassing van de vragenlijst nadat dit onderzoek plaatsvond*

Ook werd er een kwantitatieve en een kwalitatieve analyse uitgevoerd. Vragen die vaak slecht ingevuld of unaniem beantwoord waren werden kritisch bekeken, de schriftelijke commentaren werden bekeken en indien nodig werden vragen veranderd of toegevoegd. In bijlage 8 staan de aanpassingen die zijn gemaakt nadat dit onderzoek plaatsvond.

6 Kanttekeningen

Bij het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag (“Hoe beoordelen huisartsen de kwaliteit van de geleverde zorg op de huisartsenpost?”) moeten een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Dit onderzoek betreft een pilotstudie met een beperkte populatie en een beperkte regio en het is daarom niet representatief voor de huisartsenpost in het algemeen. Een ander nadeel is dat het aantal non-respondenten (24%) het resultaat kan beïnvloeden. Het zou kunnen dat de non-respondenten minder tevreden zijn dan de respondenten. Ook is er geen onderzoek gedaan naar de kenmerken van de non-respondenten, zoals geslacht, leeftijd en mate van uitbesteden van diensten. Hierdoor kunnen dus geen uitspraken gedaan worden over de non-respondenten.

Wanneer men werkt met vragenlijsten bestaat altijd het gevaar dat er sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven. Dat kan ook in dit onderzoek niet worden uitgesloten. Echter op basis van de resultaten van dit onderzoek lijkt het erop dat huisartsen wel degelijk kritisch oordeelden. Behalve bij het oordeel over de collega-dienstdoende huisartsen zou een vertekening kunnen worden verwacht door solidariteit, omdat het immers over directe collega's gaat. De score zou in werkelijkheid negatiever kunnen zijn.

Belangrijk om te vermelden is dat een groot aantal huisartsen aangaf dat zij de triage-assistent(e) niet goed konden beoordelen, omdat de telefoongesprekken overdag en 's avonds op het call center bij de CPA binnenkomen. Dit zou de minder positieve beoordeling hebben kunnen beïnvloeden.

De laatste kanttekening is dat aan de hand van een kwantitatieve en kwalitatieve analyse bleek dat een aantal vragen niet geheel duidelijk of niet compleet waren. Ook waren er vragen, waarin over twee onderwerpen iets werd gevraagd, zodat er dus geen juiste conclusie kon worden getrokken. Die specifieke vragen zijn inmiddels aangepast voor volgend onderzoek. Deze insufficiënte vragen en de bijbehorende aanpassingen worden in bijlage 8 beschreven.

7 Aanbevelingen

7.1 Aanbevelingen voor de huisartsenpost

- Het medisch inhoudelijk scholen van de assistente aan de telefoon met name wat betreft het inschatten van urgentie en het inschatten van de benodigde hulpverlening en indien mogelijk invoering van de aanwezigheid van een telefoonarts.
- Het continu meten van de wachttijden aan de telefoon en het beperkt houden van het wachten tot maximaal twee minuten.
- Het duidelijk en uitgebreid voorlichten over de huisartsenpost o.a. door middel van het uitbrengen van folders en het plaatsen van het telefoonnummer van de HAP in het telefoonboek.
- Het gestructureerd bewaken van kwaliteit van de zorgverlening door middel van intercollegiale toetsing en het opstellen van een interne klachtenprocedure die voorziet in het melden van functioneringsproblemen van personeelsleden door personeelsleden.
- Het terugkoppelen aan de huisartsen over ziektebeloop of diagnose bij patiënten in de dienst gezien.
- Het zorgen voor nauwe afstemming met de GGZ/crisisdienst door middel van een helder samenwerkingsprotocol.
- Het zorgen voor nauwe afstemming met de CPA-meldkamer door middel van een helder samenwerkingsprotocol.

7.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Het onderzoek betrof een tweede pilot en hoewel de vragenlijst betrouwbaar en valide bleek te zijn, werden er toch naar aanleiding van dit onderzoek nog een aantal aanpassingen verricht. Deze aanpassingen kunt u vinden in bijlage 8. Vervolgens kan het onderzoek over enkele jaren herhaald worden om te bepalen of er verbeteringen zijn opgetreden ten aanzien van het oordeel van huisartsen over de kwaliteit van zorg op deze huisartsenpost. Bovendien kan het instrument gebruikt worden om huisartsenposten met elkaar te vergelijken ("benchmarking").

8. Literatuurlijst

1. Giesen P, Hiemstra N, Morkink H, De Haan J, Grol R. Tevreden over diensten, centrale huisartsenpost voldoet aan verwachtingen. *Med Contact* 2002; 57 (45): 1657-1660
2. Hiemstra N.A.M. CHN: Ervaringen en visie van huisartsen 1 jaar na de start. Verslag wetenschappelijke stage WOK/KUN, september 2000
3. Post J, de Haan J. Ervaringen van de huisarts in de organisatie van de grootschalige huisartsenzorg buiten kantooruren in de provincie Groningen en kop van Drenthe.
4. Rijdt van de-van de Ven AHJ, Berge ten IJM, Kalb ME. Een complexe organisatie: naar een kwaliteitssysteem voor huisartsenposten. *Med Contact* 2001; 56 (42): 1531-1532
5. Vragen lid Arib (PvdA) aan minister van VWS, 20-12-2002, Tweede Kamer, vergaderjaar 2003, Aangangsel. Antwoord minister de Geus, ontvangen 04-02-2003
6. Pickin DM, O'Cathain A, Fall M, Morgan AB, Howe A, Nicholl JP. The impact of a general practice co-operative on accident and emergency services, patient satisfaction and GP satisfaction. *Fam Pract.* 2004 Apr; 21 (2): 180-2.
7. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract.* 2003 Jun; 20 (3): 311-7
8. O'Donnell CA, Drummond N, Ross S. Out of hours primary care: a critical overview of current knowledge. *Health Bull (Edinb).* 1999 Jul; 57 (4): 276-84
9. Hansen BL, Munck A. Out-of-hours service in Denmark: the effect of a structural change. *Br J Gen Pract.* 1998 Aug; 48 (433): 1497-9
10. Christensen MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ.* 1998 May 16; 316 (7143): 1502-5
11. Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. *BMJ.* 1994 Dec 17; 309 (6969): 1624-6
12. Rapport van Inspectie voor de Gezondheidszorg, in opdracht van Ministerie van VWS. Huisartsenposten in Nederland, Nieuwe structuren met veel kinderziekten. Mei 2004.
13. Deen F. Huisartsenpost: De functie van triage-assistent is nog onbekend: Geen gewone telefoonmiep. *De Volkskrant, bijlage Gezond*, 15 mei 2004
14. Haan de J, Post J, Giesen P. Grootschalige Waarneming Buiten Kantooruren. Eindrapportage, Januari 2004
15. Busser G, Giesen P. Een spin in het web: De telefoonarts, een nieuwe functie in de grootschalige huisartsenpost. *Med Contact* 2002; 57 (38): 1353-1355
16. Schers H, Giesen P, Raes S, van der Hoogen H, van den Bosch W. Continuïteit tijdens de waarneemdienst: de behoefte aan het medisch dossier. *Huisarts Wet* 2001; 10: 412-418

17. Giesen P, Janssens H, Mookink H, Grol R, Moll van Charante E, Bindels P. Goed bevonden: patiënten geven huisartsenposten het rapportcijfer 8. Med contact 2004; 59 (17): 672-675
18. Giesen P, Haandrikman L, Broens S, Schreuder J, Mookink H. Centrale huisartsenposten: wordt de huisarts er beter van? Huisarts Wet 2000; 43 (12): 508-510
19. Graaf de O. Centrale Huisartsenpost: Toekomstvisie van Huisartsen. Verslag wetenschappelijke stage WOK/KUN, november 2003
20. Giesen P, Van Hylkema-Vlieg L, Post J, Mookink H, de Haan J. Dokterassistenten op centrale huisartsenposten. Patient Care 2002; 29: 42-48
21. Evenblij M. Medische triage: gezondheidszorg als slagveld. Med Contact 2004; 59 (12): 447-450
22. Derks M, Spelten E, Kool R. Intermediair tussen arts en patiënt: nieuwe functie van triageassistent roept vragen op. Med Contact 2004; 59 (19): 768-771
23. Bergh van den E, Mookink H. 'Als elke seconde knelt...': een onderzoek naar knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en ambulancediensten in de regio Nijmegen. Huisarts Wet 1997; 40 (12): 576-580

9. Bijlagen

Bijlage 1 **Betrouwbaarheid en validiteit van het meetinstrument**

Vraagstelling

- Wat is de betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst?

Methode

Dit onderzoek betreft een tweede pilotstudie, waarin opnieuw is gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst. Zo kan in de toekomst deze vragenlijst voor alle huisartsenposten gebruikt worden en kunnen de posten met elkaar vergeleken worden ("benchmarking").

De betrouwbaarheid werd onderzocht door middel van de Cronbach's alfa coëfficiënt (coëfficiënt van de interne consistentie). De Cronbach's alfa wordt berekend door de variantie van de testdelen en die van de totale test met elkaar te vergelijken.

Het validiteitsonderzoek richt zich op de vraag of het meetinstrument werkelijk meet wat het beoogt te meten. Een betrouwbaar instrument hoeft namelijk niet per se valide te zijn. Om de validiteit te bepalen wordt de factoranalyse uitgevoerd. Er wordt dan bepaald hoeveel factoren er nodig zijn om de variantie te kunnen verklaren. Vervolgens wordt er gekeken welke ladingen (waarden) de verschillende factoren hebben. Deze waarden zouden bij een hoge validiteit ook hoog uit moeten komen. Daarnaast kan de vraag als deze valide is door één factor worden verklaard.

Resultaten

Als de waarde van de Cronbach's alfa per testdeel tussen de 0,60 en 0,80 ligt, kan de test betrouwbaar worden genoemd. Ligt de waarde van de Cronbach's alfa boven de 0,80 dan wordt de test zeer betrouwbaar genoemd. Bij alle vijf de onderdelen ligt de waarde boven de 0,60.

- a) Kwaliteit van zorg door assistentes aan de telefoon → 7 aspecten, $\alpha = 0,89$
- b) Kwaliteit van zorg door collega-dienstdoende huisartsen → 10 aspecten, $\alpha = 0,88$
- c) Kwaliteit van zorg door chauffeurs en kwaliteit van de auto → 7 aspecten, $\alpha = 0,80$
- d) Kwaliteit van de organisatie → 11 aspecten, $\alpha = 0,82$
- e) Samenwerking met derden → 4 aspecten, $\alpha = 0,68$

De factoranalyse maakte uit dat de laagste factorladingen alle vijf boven de 0,40 uitkwamen en dat er bij alle vragen één factor nodig was om de variantie te kunnen verklaren (zie tabel 1). Dat betekent dat deze pilotstudie een hoge validiteit heeft.

Bij alle berekeningen is één vraag per onderdeel niet meegenomen, nl het eindoordeel van ieder onderdeel. Dit is gedaan omdat het eindoordeel niet iets extra's toevoegde. De Cronbach's alfa veranderde bij sommige onderdelen ten gunste van het weglaten van deze vraag (werd hoger) of bleef gelijk.

Bij de somscores werden tevens de huisartsen meegenomen die niet alle vragen per onderdeel hadden ingevuld, zodat er met een groter aantal berekend kon worden. Het onderdeel "assistente aan de telefoon" bestond uit 7 vragen en de huisartsen die minimaal 5 vragen hadden ingevuld werden meegenomen. Het onderdeel "collega-dienstdoende huisartsen" besloeg 10 vragen en daarvan werden de huisartsen die minimaal 8 vragen hadden ingevuld meegenomen. Voor het onderdeel "chauffeurs en auto" geldt dat dit uit 7 vragen bestond en er minimaal 5 ingevuld moesten zijn. Het onderdeel "organisatie" bestond uit 11 vragen en minimaal 9 moesten er ingevuld zijn. De "samenwerking met derden" had 4 vragen en deze moesten alle 4 ingevuld zijn.

Tabel 1 Betrouwbaarheid en validiteit

Onderdeel	Cronbach's alfa	Laagste factorlading
Assistenten aan de telefoon	0,89	0,65
Collega-dienstdoende huisartsen	0,88	0,57
Chauffeurs en auto	0,80	0,55
Organisatie	0,82	0,41
Samenwerking met derden	0,68	0,47

Beschouwing

De betrouwbaarheid en de validiteit van deze vragenlijst zijn beide hoog op basis van de Cronbach's alfa en de factorlading (zie bovenstaande tabel).

Bijlage 2 Literatuurstudie

Vraagstelling

- Wat is er bekend in de (internationale) literatuur over het oordeel van met name de huisartsen wat betreft de kwaliteit van zorg op de huisartsenpost?

Methode

Er zijn de laatste jaren veel artikelen gepubliceerd over de huisartsenpost, vanuit verschillende perspectieven. Om er achter te komen welke literatuur relevant is voor dit onderzoek, is het goed om eerst een beeld te krijgen van de gaande onderzoeken en van de onderzoeken die zijn geweest. In eerste instantie is gebruik gemaakt van de literatuur op het kenniscentrum. Vervolgens is gezocht op Medline, Pubmed en Cochrane Library en is gebruik gemaakt van Engels- en Nederlandstalige artikelen die gepubliceerd zijn tussen 1990 en mei 2004. Er is gezocht met de volgende combinaties van zoektermen: ('out-of-hours' OR 'after-hours-care' OR 'general practice') AND ('quality of care' OR 'quality of out-of-hours care') en 'out-of-hours care' AND ('opinion general practitioner' OR general practitioner satisfaction' OR 'Practitioners' perspectives') AND ('quality of care' OR 'quality of out-of-hours care').

Er is in Pubmed tevens gebruik gemaakt van de volgende "MeSH"-termen en combinaties hiervan: 'Family Practice', 'After-Hours Care', 'Quality Assurance, Health Care', 'Job Satisfaction' en 'Physicians, Family'.

Vervolgens is er in de Nederlandstalige literatuur gezocht in Medisch Contact, Huisarts en Wetenschap, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, op de site van het Ministerie van VWS en op Google met de trefwoorden/zoektermen: 'huisartsenposten', 'kwaliteit van zorg', 'oordeel huisartsen' en 'huisartsenopinie' en 'huisartsenperspectief'. Daarbij werden de volgende combinaties van zoektermen gehanteerd: 'huisartsenposten', 'huisartsenperspectief' en 'kwaliteit of kwaliteit van zorg' en de combinatie 'huisartsenposten' en 'kwaliteit of kwaliteit van zorg'. Verder zijn er artikelen gevonden in het NRC Handelsblad en de Volkskrant van de afgelopen maanden. Aan de hand van de referenties van de gevonden artikelen, de zogenaamde "sneeuwbalmethode", is er naar verdere relevante artikelen gezocht.

Resultaten

Met behulp van bovengenoemde methode zijn er 14 primaire publicaties^{1,3,4,6,8-12,18,20-23} gevonden en een secundaire publicatie (review)⁷. Ook werd een nog niet gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek van een collega-studente geneeskunde gevonden, geschreven in het kader van een wetenschappelijke stage².

De gevonden literatuur beslaat zes aandachtsgebieden, namelijk:

- Algemeen
- Kwaliteit van zorg van de assistentes aan de telefoon
- Kwaliteit van zorg van de (collega-dienstdoende) huisartsen
- Kwaliteit van zorg van de chauffeurs en kwaliteit van de dienstauto
- Kwaliteit van de organisatie
- Samenwerking met derden (CPA-meldkamer, ambulancepersoneel, specialisten en GGZ/crisisdienst)

Algemeen

Het eerste onderzoek naar de huisartsenpost vanuit huisartsenperspectief vond plaats op de Centrale Huisartsenpost Nijmegen (CHN), die in 1999 van start ging^{1,2,14}. Hierbij lag de nadruk op de ervaring en visie van huisartsen één jaar na de start van de post. De resultaten uit dit onderzoek gaven aan dat de werkbelasting sterk is afgenomen, de arbeidssatisfactie is toegenomen en de diensten minder werden uitbesteed. Tevens kwam naar voren dat een kwart van de huisartsen vindt dat de ontwikkeling richting grootschalige dienstenstructuren een kwaliteitsverbetering geeft ten opzichte van de traditionele kleinschalige dienstenstructuur. Toename van knelpunten werden gezien op de factoren overdracht van dienstgegevens, onbekendheid met de inrichting van de spoedkoffer en de onzekerheid met betrekking tot de eigen vaardigheden op het gebied van de spoedeisende hulp. Uit ander onderzoek, uitgevoerd in het najaar van 2002 in de provincie Groningen en de kop van Drenthe, blijkt dat huisartsen tevreden zijn over de meeste aspecten van de grootschalige diensten. Wel wordt hier geconcludeerd dat er extra aandacht nodig is voor de kwaliteit van de dienstverlening en de samenwerking met andere werkers in de keten van de spoedeisende zorg³.

Het onlangs verschenen rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), in opdracht van de minister van VWS, geeft aan dat huisartsenposten een veelbelovende vorm van huisartsenzorg buiten kantooruren zijn, maar dat deze nog een aantal kinderziekten vertonen¹². De IGZ heeft in haar onderzoek, dat plaatsvond in de zomer van 2003, de zorgverlening, spreiding en toegankelijkheid van alle 105 huisartsen-posten onder de loep genomen. Zij heeft het proces van zorgverlening onderzocht en niet de kwaliteit van de werkelijk geleverde zorg beoordeeld.

Er is een grote diversiteit geconstateerd in de manier waarop de zorg wordt georganiseerd en de mate waarin de kwaliteit wordt gewaarborgd. In veel huisartsenposten, met name de jonge huisartsenposten, wordt niet voldaan aan voorwaarden voor verantwoorde zorg. Vooral in het proces van de triage, de organisatie van de posten, de beschikbaarheid van de medische gegevens en de telefonische toegankelijkheid constateert de inspectie tekortkomingen.

In dit onderzoek is niet geconstateerd dat de schaalvergroting van talloze huisartsengroepen (HAGRO) naar een beperkt aantal van 105 huisartsenposten heeft geleid tot kwaliteitsverandering. Er is geen vergelijkingsmateriaal uit de tijd dat er nog geen HAP's bestonden en werd waargenomen in HAGRO-verband.

Buitenlands onderzoek toont aan dat huisartsen over het algemeen tevredener zijn over de huisartsenposten in vergelijking met de oude dienstenstructuur. De positieve ervaringen in Engeland en Denemarken met het systeem van centrale huisartsenposten hebben de ontwikkeling daarvan in Nederland gestimuleerd¹. Christensen concludeerde dat de werkbelasting van de huisartsen in Denemarken hierdoor aanzienlijk is afgenomen. Echter de voornaamste klacht van de patiënten was vaak de verwachting van een visite, terwijl er telefonisch advies werd gegeven^{9,10,11}. Pickin toont in een recent onderzoek aan, in Engeland uitgevoerd, dat de huisartsensatisfactie is toegenomen zonder dat de patiëntensatisfactie en de kwaliteit van zorg is afgenomen^{6,8}. Leibowitz vergelijkt verschillende modellen van zorg buiten kantoor tijd en komt tot de conclusie dat de groei van de telefonische triage de werkbelasting van de huisartsen doet afnemen, maar dat de patiëntensatisfactie ook blijkt af te nemen en hier moet dus een balans in worden gevonden⁷.

Kwaliteit van zorg van de assistentes aan de telefoon

Recent verscheen een artikel van Derks e.a. over de triageassistent, waarin kritische kanttekeningen geplaatst werden bij de rol van de triageassistent. Triageassistenten verschillen in achtergrond, ervaring en medische kennis. De invulling van controle en supervisie loopt sterk uiteen. Hoewel het in veel posten goed gaat, ontbreekt er op een aantal vlakken duidelijkheid over de functie. Duidelijkheid op juridisch vlak, inzake certificering van triageassistenten en over de hoge eisen aan controle en supervisie, kunnen het vertrouwen van arts en patiënt in de functie versterken²².

In een onlangs verschenen artikel van Giesen e.a. waarin patiënten hun oordeel geven over de huisartsenpost wordt gezegd dat tweederde deel van de patiënten de telefonische hulpverlener (meestal doktersassistente) een 8 of meer gaf. De telefonische hulpverlener wordt op de aspecten deskundigheid, begrip van het probleem, vertrouwen, geruststelling, baat en uitvoerbaarheid van het advies minder gewaardeerd¹⁷.

Het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg concludeert dat de kwaliteit van het triageproces onvoldoende is. Vrijwel alle HDS'en stellen eisen aan het opleidingsniveau van de doktersassistenten en geven in negentig procent ook aan dat zij daaraan voldoen. Ook hebben de meeste HDS'en een nascholingsbeleid voor doktersassistenten vastgelegd. De achtergrond en de ervaring van de ingezette doktersassistenten is onbekend, en het ondersteunen van het triëren met protocollen, procedures, gestructureerde supervisie en toetsing toont lacunes. In tweederde van de HDS'en ontbreekt beleid voor taakgerichte na- en

bijtscholing voor huisartsen, waarnemers en HAIO's voor hun specifieke taken bij de triage¹².

In de publicatie van Busser e.a. uit 2002 wordt gesproken over de telefoonarts. De ANW-zorg functioneert soms minder goed dan overdag, zo wordt gezegd. Oorzaken hiervoor zijn het doorbreken van persoonlijke continuïteit en het feit dat meestal het patiëntendossier ontbreekt. Daarnaast is het moeilijk de ernst van de klacht via de telefoon in te schatten, terwijl juist tijdens de ANW-uren de kans op potentieel levensbedreigende aandoeningen groot is. De telefoonarts was een oplossing voor de ervaren lacunes. De telefoonarts is een aanspreekpunt voor derden en bewaakt de continuïteit van zorg. De inzet van een telefoonarts, zo wordt vermeld, is essentieel voor het functioneren van een belcentrale¹⁵.

Kwaliteit van zorg van de collega-dienstdoende huisartsen

In het onlangs verschenen artikel van Giesen e.a. waarin patiënten hun oordeel gaven, bleken zij zeer tevreden over de zorg die de huisarts levert. Aandachtspunten waren de uitvoerbaarheid van advies of behandeling en de baat die patiënten erbij denken te hebben¹⁷. Het onderzoek van Post e.a. meldde dat geen enkele huisarts ontevreden is over de samenwerking met collega-huisartsen^{3,14}.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg geeft in haar onlangs verschenen rapport aan dat er is weinig zicht op de bevoegdheid en verantwoordelijkheid van de deelnemende huisartsen. Het inzetten van waarnemers en huisartsenassistenten in opleiding (HAIO) onttrekt zich in de meeste gevallen aan het zicht van de leiding; de verantwoordelijkheden zijn over het algemeen niet vastgelegd en/of niet bekend. Het terugrapporteren naar de eigen huisarts is goed geregeld, zo blijkt uit het inspectierapport.

Kwaliteit van zorg van de chauffeurs (en kwaliteit van de dienstauto)

Onderzoek van Post gaf aan dat huisartsen tevreden zijn over de samenwerking met de chauffeurs^{3,14}. De IGZ meldde dat taken en verantwoordelijkheden voor chauffeurs merendeels zijn vastgelegd bij de huisartsenposten. Bij de helft van de HAP's is er een beleid ten aanzien van taakgerichte scholing, deze wordt vaak verzorgd door het bedrijf waar zij in dienst zijn¹².

Kwaliteit van de organisatie

Uit het onderzoek van Giesen e.a. kwam naar voren dat patiënten de organisatie van de zorg het minst positief beoordeelden. Vooral de voorlichting over de huisartsenpost schiet tekort. Patiënten wisten bijvoorbeeld niet goed met welke hulpvragen zij waar terecht kunnen, wisten het telefoonnummer niet en waren onbekend met de assistente aan de telefoon¹⁷.

De IGZ meldt dat de afhandeling van de patiëntencontacten op een professionelere wijze dan voorheen gebeurt, er is meer gestructureerde supervisie op de dokterassistenten en er is meer gelegenheid tot intervisie tussen huisartsen. Doordat er een duidelijke

verantwoordelijkheid ligt, i.c. bij de directies, kan er geen sprake meer zijn van vrijblijvendheid in de manier van werken en wordt het moeilijker om fouten of klachten onder het kleed te vegen. Een ander winstpunt voor de kwaliteit van zorg is dat de patiënt overdag minder kans loopt om door een vermoeide huisarts te worden behandeld.

Toch komt het wettelijk verplichte kwaliteitsbeleid maar mondjesmaat op gang, zegt de IGZ. De spreiding van de posten over Nederland blijkt volgens de inspectie onevenwichtig te zijn verdeeld. Ook de beschikbaarheid van dienstdoende huisartsen en doktersassistenten is onvoldoende afgestemd op de vraag vindt de inspectie. De HAP's voeren geen duidelijk beleid om de zorgverlening af te stemmen op de samenstelling van de bevolking en de aanwezigheid van specifieke groeperingen in het verzorgingsgebied. De telefonische bereikbaarheid wordt in het rapport als onvoldoende beschouwd. Bij de helft van de HAP's moet een patiënt meerdere malen bellen om contact met de post te krijgen. Er is bovendien onvoldoende aandacht voor de wachttijd aan de telefoon. Voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorgverlening is het van belang dat er een deugdelijk meldingssysteem is voor het mogelijk disfunctioneren van een hulpverlener, maar bij minder dan de helft van de HDS'en is dit echter vastgelegd. Wel vindt in het merendeel van de HAP's een structurele overdracht plaats bij de dienstwisseling en bijna alle HAP's hebben een geautomatiseerd systeem voor het vastleggen van gegevens¹².

Schers e.a. laten in een onderzoek, uitgevoerd in 2001, zien dat er behoefte is aan het medisch dossier tijdens de waarneemdienst. De dienstdoende huisarts had in ruim een kwart van de contacten behoefte aan het dossier, vooral aan informatie over vroegere ziekten, eerdere episodes van dezelfde klacht en chronische ziekten¹⁶.

Samenwerking met derden

In een onderzoek naar knelpunten in de samenwerking tussen huisartsen en ambulancediensten uitgevoerd vóór invoering van de huisartsenpost, werden een aantal knelpunten ervaren en deze waren: onduidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden, tekort aan afstemming op elkaar van medisch handelen, verschil in inzicht welk handelen ter plekke noodzakelijk is, en tekort aan kennis en vaardigheden met betrekking tot de spoedeisende hulpverlening bij de huisarts. Dit onderzoek in 1995 uitgevoerd geeft aan wat de knelpunten kunnen zijn in de samenwerking tussen deze twee beroepsgroepen²³.

Uit een onderzoek in 1999 op een huisartsenpost die drie maanden bestond, kwam naar voren dat het kennelijk makkelijker is om samen te werken met anderen vanuit een centrale huisartsenpost (inschakelen andere hulpdiensten, samenwerking met CPA-meldkamer en ambulancepersoneel)¹⁸. Het onderzoek van Post liet zien dat bijna alle huisartsen voelen voor een verdere nauwe samenwerking met de GGZ en de CPA^{3,14}.

Uit het inspectierapport blijkt dat vrijwel alle HAP's momenteel afspraken hebben met de CPA uit de regio en meestal ook met de ziekenhuizen en iets minder met de crisisdiensten¹².

Bijlage 3 De vragenlijst (deel A en deel B)

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

A. Huisarts- en praktijkenmerken

1. Leeftijd: jaar

2. Geslacht
 Man
 Vrouw

3. Praktijkvorm
 Solo
 Duo
 Samenwerkingsverband van > 2 huisartsen
 Gezondheidscentrum
 Anders:

4. Hoeveel dagen per week bent u (gemiddeld) als huisarts in uw praktijk werkzaam?
 < 2 dagen
 2-4 dagen
 > 4 dagen

5. Aantal kilometers van de praktijk tot de huisartsenpost (HAP)
 < 5
 6-12
 13-18
 >18

6. Hoe vaak besteedt u uw diensten uit?

- Nooit → *Sla vraag 7 over*
- Ongeveer % van mijn totale aantal diensten
- Altijd

7. Welke van onderstaande factoren zijn voor u belangrijke redenen om de dienst uit te besteden.

	Zeer belangrijk			Niet belangrijk	
	↓				↓
1) Werkbelasting tijdens het dienstdoen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Werkbelasting overdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Arbeidssatisfactie tijdens het dienstdoen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Onbekende patiënten tijdens dienstdoen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Behoefte aan vakantie / vrije tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Zwangerschap/zorg voor kinderen/huishouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Mijn leeftijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) (Deels) arbeidsongeschikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Andere werkzaamheden/opleiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Anders nl.....					

B. Oordeel over uw huisartsenpost

Wilt u bij de onderstaande vragen uw oordeel geven over uw huisartsenpost het afgelopen jaar.
Wilt u dit uitdrukken in een **rapportcijfer** (antwoord graag omcirkelen):

X Voorbeeld 1 2 3 4 5 6 **7** 8 9 10 nvt

1=uitermate slecht; 10= uitstekend; nvt= niet van toepassing / geen mening / weet ik niet

• Oordeel over de kwaliteit van zorg van de assistentes aan de telefoon

8.	Het inschatten van urgentie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
9.	Het inschatten van de benodigde hulpverlening (tel, consult, visite)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
10.	Communicatie met patiënten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
11.	Geven van voorlichting en advies aan patiënten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
12.	Medisch inhoudelijke deskundigheid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
13.	Werken volgens (NHG) protocollen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
14.	Registratie van medische gegevens in computer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
15.	Eindoordeel assistentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt

Opmerkingen:.....

• Oordeel over kwaliteit van zorg door collega-dienstdoende huisartsen

16.	Medisch handelen algemeen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
17.	Medisch handelen bij spoed	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
18.	Het werken volgens NHG standaarden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
19.	Mate van aansluiting op uw eigen medisch beleid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
20.	Voorschrijfgedrag (frequentie, hoeveelheid en soort medicijn)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
21.	Verwijsgedrag (gerichtheid, frequentie)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
22.	Volledigheid en juistheid van de registratie in SOEP systeem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
23.	Motivatie/inzet tot het uitvoeren van werkzaamheden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
24.	Bereidheid tot afleggen visite	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
25.	Samenwerking met collega's tijdens dienst	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
26.	Eindoordeel over de dienstdoende huisarts	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt

Opmerkingen:.....

• **Oordeel over de kwaliteit van zorg van de chauffeurs en de kwaliteit van de auto**

27.	Vaardigheid als chauffeur	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
28.	Assistentie bij patiënt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
29.	Eigen gevoel van veiligheid op de weg en bij de patiënt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
30.	Snelheid waarmee gereden wordt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
31.	Vinden van het adres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
32.	Communicatiemogelijkheden in de auto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
33.	Uitrusting van de auto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
34.	Eindoordeel chauffeur en auto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt

Opmerkingen:.....

• **Oordeel over de kwaliteit van de organisatie**

35.	Telefonische bereikbaarheid HAP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
36.	Wachttijd in wachtkamer en visites	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
37.	Schaalgrootte van de dokterspost	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
38.	Lokatie en bereikbaarheid per auto van de HAP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
39.	Inrichting van de HAP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
40.	Overdracht van dienstgegevens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
41.	Feedbackmogelijkheid op functioneren organisatie van HAP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
42.	Feedbackmogelijkheid op functioneren huisartsen (mijzelf en collega's)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
43.	Informatie over ziektebeloop of diagnose bij patiënt die ik in de dienst gezien heb	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
44.	Functioneren van het bestuur	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
45.	Functioneren van het management	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
46.	Eindoordeel organisatie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt

Opmerkingen:.....

• **Oordeel over de samenwerking met derden**

47.	Samenwerking met de CPA meldkamer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
48.	Samenwerking met ambulancepersoneel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
49.	Samenwerking met (assistent-)specialisten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
50.	Samenwerking met GGZ/crisisdienst	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
51.	Eindoordeel samenwerking	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt

Opmerkingen:.....

Bijlage 4 Begeleidende brief bij de vragenlijst

Zevenaar, 20 februari 2004

Zeer geachte collega,

Graag zouden wij uw mening willen weten over twee onderwerpen:

1. Uw oordeel over de kwaliteit van zorg op de huisartsenpost
2. Uw visie op de toekomst van de huisartsenpost

We willen graag weten wat uw oordeel is over de huidige kwaliteit van zorg op onze huisartsenpost. Immers u werkt er zelf en hoort ervaringen van patiënten en anderen. Uw oordeel kan heel behulpzaam zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Daarnaast zijn we benieuwd hoe u over de toekomst van de huisartsenpost denkt. Deze toekomst ligt voor ons open en bevat een heel spectrum aan organisatiemodellen. In de zich snel veranderende wereld is het, naar onze mening, van groot belang dat huisartsen nadenken over de toekomst en daar zelf actief richting aan geven.

Uw mening wordt zeer op prijs gesteld, en stelt ons in staat, een door de beroepsgroep gedragen toekomstbeleid te helpen ontwikkelen.

Wij willen u vriendelijk verzoeken de enquête binnen 2 weken aan het Kenniscentrum te zenden door middel van de bijgevoegde portvrije retourenveloppe. Een postzegel is dus niet nodig.

Uiteraard worden uw gegevens vertrouwelijk en anoniem verwerkt door het Universitair Medisch Centrum St. Radboud, te Nijmegen. Mocht u vragen hebben, dan kunt u onderstaand telefoonnummer bellen.

Hartelijk dank voor uw bijdrage!

Bestuur en management Coöperatieve Huisartsendienst Regio Arnhem,

....., voorzitter

....., directeur

Kenniscentrum "Huisartsenposten en Spoedeisende Zorg"

Projectleider-onderzoeker: Paul Giesen, huisarts
Student onderzoekers: Onno de Graaf
Wendy van Gerwen

Afd. Kwaliteit van Zorg, UMC St. Radboud Nijmegen
WOK 229, P.O. Box 9101, 6500 HB Nijmegen. P.Giesen@voha.umcn.nl

Tel.nr. Onno de Graaf: 06-12436000

Bijlage 5 Reminderbrief

Zevenaar, 8 maart 2004

Zeer geachte collega,

Op 23 februari jl. ontving u een enquête over:

3. Uw oordeel over de kwaliteit van zorg op uw huisartsenpost.
4. Uw visie op de toekomst van uw huisartsenpost

Tot op heden hebben wij nog geen reactie van u ontvangen. Graag willen wij u erop wijzen dat uw mening over deze twee onderwerpen zeer belangrijk is en om een betrouwbaar resultaat over uw huisartsenpost te krijgen is het van belang dat er voldoende huisartsen reageren. Wij willen u dan ook vriendelijk vragen de enquête alsnog in te vullen en aan ons te retourneren.

Mocht de enquête of de portvrije envelop niet meer in uw bezit zijn, dan kunt u contact opnemen met de Coöperatieve Huisartsendienst Regio Arnhem. Heeft u andere vragen, neem dan contact op met een van de onderzoekers (zie onderstaand telefoonnummer).

Het kan zijn dat uw ingevulde enquête en deze brief elkaar hebben gekruist. Beschouwt u deze brief dan als niet verzonden.

Hartelijk dank voor uw bijdrage!

Bestuur en management Coöperatieve Huisartsendienst Regio Arnhem,

....., voorzitter

....., directeur

Kenniscentrum "Huisartsenposten en Spoedeisende Zorg"

Projectleider-onderzoeker: Paul Giesen, huisarts
Student onderzoekers: Onno de Graaf
Wendy van Gerwen

Afd. Kwaliteit van Zorg, UMC St. Radboud Nijmegen
WOK 229, P.O. Box 9101, 6500 HB Nijmegen. P.Giesen@voha.umcn.nl

Tel.nr. Onno de Graaf: 06-12436000

Bijlage 6 Kwantitatieve resultaten

Tabel 1 Huisarts- en praktijkenmerken

Tabel 1a Leeftijd

<i>Leeftijd</i>	<i>gemiddelde</i>	<i>standaarddeviatie</i>	<i>mediaan</i>
jaren	47,9	7,5	49,0

Tabel 1b Geslacht

<i>Geslacht</i>	<i>man</i>	<i>vrouw</i>
% huisartsen	75,0	25,0

Tabel 1c Praktijkvorm

<i>Praktijkvorm</i>	<i>solo</i>	<i>duo</i>	<i>> 2 huisartsen</i>	<i>gezondheids- centrum</i>	<i>anders</i>
% huisartsen	48,4	27,3	20,3	1,6	2,3

Tabel 1d Aantal dagen per week werkzaam in eigen praktijk

<i>Dagen per week werkzaam in eigen praktijk</i>	<i>< 2 dagen</i>	<i>2-4 dagen</i>	<i>> 4 dagen</i>
% huisartsen	0,8	36,7	62,5

Tabel 1e Aantal kilometers van praktijk tot de huisartsenpost

<i>Kilometers van praktijk tot HAP</i>	<i>< 5 kilometer</i>	<i>6-12 kilometer</i>	<i>13-18 kilometer</i>	<i>> 18 kilometer</i>
% huisartsen	43,3	39,4	13,4	3,9

Tabel 1f Percentage uitbestede diensten

<i>Diensten uitbesteed</i>	<i>0 % (nooit) uitbesteed</i>	<i>1-9 % uitbesteed</i>	<i>10-49 % uitbesteed</i>	<i>50-99 % uitbesteed</i>	<i>100 % (altijd) uitbesteed</i>
% huisartsen	50,4	14,8	26,4	6,3	2,3

Tabel 1g Redenen om de dienst uit te besteden

<i>Redenen om de dienst uit te besteden</i>	<i>Zeer belangrijk – belangrijk</i>	<i>Neutraal</i>	<i>Weinig belangrijk – niet belangrijk</i>
Werkbelasting tijdens het dienstdoen	51,6	16,7	31,7
Werkbelasting overdag	62,7	11,9	25,4
Arbeidssatisfactie tijdens het dienstdoen	35,1	17,5	47,4
Onbekende patiënten tijdens dienstdoen	17,9	16,1	66,0
Behoefte aan vakantie / vrije tijd	60,4	13,8	25,8
Zwangerschap/zorg voor kinderen/huishouden	14,6	12,7	72,7
Mijn leeftijd	37,3	15,3	47,4
(Deels) arbeidsongeschikt	14,3	5,4	80,3
Andere werkzaamheden/opleiding	7,6	9,4	83,0

(De getallen in bovenstaande tabel (1g) geven het percentage huisartsen aan)

Tabel 2 Oordeel over de assistentes aan de telefoon

<i>Nr.</i>		<i>Gemiddeld rapportcijfer (SD)</i>	<i>Rapportcijfer 8 en hoger in %</i>	<i>Rapportcijfer 5 en lager in %</i>
8.	Het inschatten van urgentie	6,1 (1,6)	17,2	28,7
9.	Het inschatten van de benodigde hulpverlening (tel, consult, visite)	6,1 (1,3)	11,5	24,6
10.	Communicatie met patiënten	6,7 (1,3)	25,5	17,3
11.	Geven van voorlichting en advies aan patiënten	6,7 (1,3)	25,2	14,3
12.	Medisch inhoudelijke deskundigheid	6,5 (1,2)	10,3	14,7
13.	Werken volgens (NHG) protocollen	6,8 (1,2)	26,5	9,8
14.	Registratie van medische gegevens in computer	6,9 (1,4)	31,9	15,0

N ligt tussen 102 – 122 huisartsen

(De getallen in de twee rechter kolommen van tabel 2 t/m 6 geven het percentage huisartsen aan, de nummers in de meest linker kolom zijn de vraagnummers uit de vragenlijst)

Tabel 3 Oordeel over de collega-dienstdoende huisartsen

<i>Nr.</i>		<i>Gemiddeld rapportcijfer (SD)</i>	<i>Rapportcijfer 8 en hoger in %</i>	<i>Rapportcijfer 5 en lager in %</i>
16.	Medisch handelen algemeen	7,6 (0,7)	55,3	0,0
17.	Medisch handelen bij spoed	7,7 (0,7)	63,4	0,0
18.	Het werken volgens NHG standaarden	6,9 (0,9)	21,7	5,2
19.	Mate van aansluiting op uw eigen medisch beleid	7,2 (0,9)	31,1	3,4
20.	Voorschrijfgedrag (frequentie, hoeveelheid en soort medicijn)	7,3 (1,0)	42,5	5,8
21.	Verwijsgedrag (gerichtheid, frequentie)	7,6 (0,9)	58,7	2,5
22.	Volledigheid en juistheid van de registratie in SOEP systeem	6,8 (1,4)	30,4	19,1
23.	Motivatie/inzet tot het uitvoeren van werkzaamheden	7,6 (1,0)	57,1	1,7
24.	Bereidheid tot afleggen visite	7,6 (1,0)	62,0	5,0
25.	Samenwerking met collega's tijdens dienst	8,2 (0,8)	84,3	0,0

N ligt tussen 115 – 123 huisartsen

Tabel 4 Oordeel over de chauffeurs en de auto

<i>Nr.</i>		<i>Gemiddeld rapportcijfer (SD)</i>	<i>Rapportcijfer 8 en hoger in %</i>	<i>Rapportcijfer 5 en lager in %</i>
27.	Vaardigheid als chauffeur	7,7 (0,8)	65,9	1,6
28.	Assistentie bij patiënt	7,3 (0,9)	45,5	2,3
29.	Eigen gevoel van veiligheid op de weg en bij de patiënt	7,8 (1,0)	66,4	1,6
30.	Snelheid waarmee gereden wordt	7,4 (1,3)	57,5	9,2
31.	Vinden van het adres	8,2 (0,9)	79,7	0,0
32.	Communicatiemogelijkheden in de auto	8,0 (1,0)	77,9	2,5
33.	Uitrusting van de auto	7,8 (1,2)	68,0	4,1

N ligt tussen 88 – 123 huisartsen

Tabel 5 Oordeel over de organisatie

<i>Nr.</i>		<i>Gemiddeld rapportcijfer (SD)</i>	<i>Rapportcijfer 8 en hoger in %</i>	<i>Rapportcijfer 5 en lager in %</i>
35.	Telefonische bereikbaarheid HAP	6,6 (1,3)	26,1	18,9
36.	Wachttijd in wachtkamer en visites	6,7 (1,3)	26,1	17,7
37.	Schaalgrootte van de dokterspost	6,6 (1,7)	32,2	19,5
38.	Lokatie en bereikbaarheid per auto van de HAP	7,1 (1,5)	48,0	10,6
39.	Inrichting van de HAP	7,2 (1,6)	52,9	13,8
40.	Overdracht van dienstgegevens	7,0 (1,3)	37,4	8,9
41.	Feedbackmogelijkheid op functioneren organisatie van HAP	6,2 (1,4)	16,7	23,7
42.	Feedbackmogelijkheid op functioneren huisartsen (mijzelf en collega's)	6,0 (1,6)	12,4	30,1
43.	Informatie over ziektebeloop of diagnose bij patiënt die ik in de dienst gezien heb	5,1 (1,8)	3,4	56,4
44.	Functioneren van het bestuur	7,0 (1,3)	33,0	9,7
45.	Functioneren van het management	7,4 (1,2)	43,3	4,8

N ligt tussen 103 – 123 huisartsen

Tabel 6 Oordeel over de samenwerking met derden

<i>Nr.</i>		<i>Gemiddeld rapportcijfer (SD)</i>	<i>Rapportcijfer 8 en hoger in %</i>	<i>Rapportcijfer 5 en lager in %</i>
47.	Samenwerking met de CPA meldkamer	6,4 (1,6)	19,5	22,9
48.	Samenwerking met ambulancepersoneel	7,2 (1,3)	47,5	5,8
49.	Samenwerking met (assistent-)specialisten	7,2 (0,9)	35,0	1,7
50.	Samenwerking met GGZ/crisisdienst	6,0 (1,6)	11,6	28,1

N ligt tussen 118 – 121 huisartsen

Tabel 7 Samenhang met huisarts- en praktijkkenmerken
Percentage huisartsen dat rapportcijfer 8 en hoger gaf

	<i>Assistentes aan de telefoon</i>	<i>Collega- dienstdoende huisartsen</i>	<i>Chauffeurs en auto</i>	<i>Organisatie</i>	<i>Samenwerking met derden</i>
Totale groep huisartsen	20,9	50,5	66,7	30,5	28,5
Huisartsen < 50 jaar	16,5 * ¹	46,7	65,8	31,0	30,9
Huisartsen ≥ 50 jaar	26,4 * ¹	55,1	68,0	29,8	25,5
Mannelijke huisartsen	22,3	49,3	64,7	32,1	29,9
Vrouwelijke huisartsen	16,4	52,9	73,4	25,4	25,0
Huisartsen met solopraktijk	26,0 * ²	53,3	63,3	30,2	25,9
Huisartsen met duopraktijk	20,3 * ²	46,1	69,1	30,7	29,0
Huisartsen met samenwerkingsverband > 2 huisartsen	10,8 * ²	49,2	71,2	30,8	33,0
1-4 dagen werkzaam in praktijk	14,1 * ³	45,4	74,6 * ⁴	28,0	34,8
> 4 dagen werkzaam in praktijk	24,6 * ³	53,2	62,5 * ⁴	31,7	25,0
< 5 kilometer van praktijk tot HAP	22,3	50,7	60,2	30,6	30,0
6-12 kilometer van praktijk tot HAP	22,7	52,5	69,6	30,2	31,7
> 13 kilometer van praktijk tot HAP	13,4	45,7	76,5	30,5	17,1
Huisartsen die diensten nooit uitbesteden	17,1	48,4	62,7	30,7	25,9
Huisartsen die 1-20 % van de diensten uitbesteden	21,4	54,3	72,3	29,6	28,6
Huisartsen die 21-100% van de diensten uitbesteden	30,2	49,8	68,6	31,5	35,2

Significante verschillen ($p < 0,05$) kwamen bij vier subgroepen voor, namelijk:

*¹ **$p = 0,034$**

*² **$p = 0,031$**

*³ **$p = 0,030$**

*⁴ **$p = 0,027$**

Bijlage 7 Schriftelijk commentaar van de huisartsen (kwalitatieve resultaten)

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de commentaren die bij de vragen zijn ingevuld. De vraagnummers komen overeen met de vragen uit de vragenlijst uit bijlage 3.

vraag nr.	Schriftelijk commentaar
1	Zeer oneens met de nieuwe dienstenstructuur, weiger de vragenlijst in te vullen
3	3 met een HIDHA en HAIO
3	Met hypnotherapeuten, verpleegkundigen, psychotherapeuten, haptonomen, enz.
3	Waarnemend huisarts. Op proef waarnemend huisarts en samenwerkingsverband van >2 huisartsen geprobeerd, maar toch weer opgeheven.
5	Niet van toepassing: niet aangesloten bij HAP
5	Goede enquête.
6	Ongeveer 30% van mijn weekenddagdiensten.
6	Tot op heden 3 diensten verkocht in verband met ziekte en vakantie.
6	Twee jaar geleden wel.
6	Ongeveer 20% van mijn totale aantal diensten.
6	Ongeveer 10%
6	Ongeveer 25%
6	Ongeveer 50%
6	Ongeveer 20%
6	Ongeveer 30%
6	Ongeveer 20%
6	Ongeveer 10%
6	Ongeveer 15%
6	Ongeveer 10%
6	Nooit, maar helpt door HIDHA!
6	Ongeveer 5%
6	Ongeveer 3%
6	Ongeveer 30%
6	Ongeveer 10%
6	Ongeveer 20%
6	Ongeveer 40%
6	Ongeveer 20%
6	Ongeveer 40%
6	Ongeveer 50%
6	Ongeveer 90%
6	Ongeveer 5%
6	Ongeveer 30% van mijn totale aantal diensten en is stijgende.
6	Ongeveer 30%
6	Ongeveer 20%
6	Ongeveer 25%
6	Ongeveer 50%
6	Ongeveer 5%
6	Ongeveer 10%
6	Ongeveer 5%
6	Ongeveer 25%
6	Ongeveer 1%.
6	Ongeveer 20%
6	Ongeveer 50%
6	Ongeveer 1%
6	Ongeveer 60%
7	Anders, namelijk te lange werkdagen

- 7 Anders, namelijk per ongeluk dienst tijdens vakantie gepland
7 anders: dag vrij nemen na nachtdienst komst ook geld
7 2. 15 uur achter elkaar
7 3 niet gemotiveerd door veel oneigenlijke hulpvragen. Geen HA-pakket
7 Nachtdiensten interfereren te veel met het dagelijkse werk
7 Betreft alleen nachtdiensten
7 Nachtdienst
7 Deel B niet ingevuld; was niet van toepassing. Deel C wel.
7 Ik besteed alleen de nachten uit, omdat anders het biologische ritme ernstig verstoord
7 raakt.
7 Uitval spreekuur door nachtdienst!
7 Andere verplichtingen.
7 Nachtdiensten interfereren te veel met een drukke praktijk.
7 Oude systeem was voor de patiënt beter! Had het geld maar aan de HAGRO's voor
7 lokale dienstuitbesteding gegeven!
7 Het gemak waarmee waarnemers gevonden kunnen worden op dit moment (was
7 aantal jaren geleden wel anders!)
7 Onverwacht leuk uitje en te laat om de dienst te ruilen.
7 Feestdagen, matige organisatie call center, waarbij dienst wordt gedaan op zaterdag
7 of op feestdagen en ziekte in gezin of onder collega's.
7 Verkoop de nachtdiensten omdat ik overdag niet een dag afwezig kan zijn zonder
7 'gestraff' te worden.
7 Dienstnacht geeft last de dag erna overdag en druk op de agenda.
7 Ik besteed de nachtdiensten uit wegens slecht functioneren (hypomanie) vanaf
7 ongeveer 5 a 6 uur 's ochtends.
7 Na meer dan 30 jaar diensten doen, pas ik nu!
7 Zeer vermoeid na dienst.
7 Financiële redenen: nachtdienst ontvangst = ong. 46 euro per uur; betalen vervanger
7 = ong. 65 euro per uur -> bruto 11 euro gekort (?). Dag na dagdienst niet werken ->
7 geen inkomsten. -> zo terugverdiend op normale werkdag en geen ontregeling van de
7 normale werkweek!
7 De nachten! Het hangen in de stoelen. Het kost de avond ervoor én de dag erna +
7 ritmeverlies.
7 Nachtdiensten eerder in verband met leeftijd en energie.
7 (6) Maar dit is wel een belangrijke reden!
8 inschatten van urgentie moet te verbeteren zijn. Beter communicatie
8 Gebaseerd op hetgeen ik merk van het call center.
10 Ten eerste de nachtdienst: missen van de daaropvolgende dag van spreekuur/visites
10 -> leidt tot hogere werkdruk op andere dagen. Ten tweede moeite met verstoring van
10 biologisch ritme. Dagdienst tijdens het weekend is dan zwaar en het weekend korter.
10 Factoren gelden met name voor de nacht- en weekenddiensten: te belasten, te
10 vermoeiend, etc.
11 Weinig zicht op!
13 Weinig zicht op!
15 Het wordt wel beter maar kan nog beter
15 Ken assistentes niet, inschatting moeilijk
15 Urgentie vaak op CPA, Vooral 's nachts alles urgent
15 In Arnhem werd de voorwacht/telefoon altijd gedaan door de CPA
15 Indruk via doorgegeven patiëntenverslagen
15 post Arnhem nu pas triagetraining
15 Er wordt veel te weinig telefonisch afgehandeld
15 Beter de pt-telefoon op de post zelf, en niet in Arnhem
15 te veel toegeven door assistentes
15 Te snel verwijzing; oneigenlijke hulpvragen, en veel schrijffouten
15 Heel goede ontwikkeling tav NHG-klapper + telefoonarts aanwezig op plaats waar tel
15 binnenkomt
15 Is beter gaan functioneren

15 In eigen beheer nemen en niet meer door CPA
 15 Veel oneigenlijke hulpvragen gehonoreerd
 15 Is in Zevenaar nog niet van toepassing, helaas!
 15 Uitdiepen anamnese aan telefoon om urgentie te bepalen.
 15 Kwaliteit wisselt onderling. Triage is het moeilijkste onderdeel!
 15 Wordt slecht geluisterd, onzin wordt geaccepteerd (brutaliteit) en reële hulpvragen
 15 van mijn ouderen worden niet gezien.
 15 Vanaf de post is niet altijd een oordeel te vellen.
 15 Ik heb dit gezien als kwaliteit van het call center. De assistente op de post scoort
 15 VEEL hoger! Dit is met rood omcirkeld.
 15 Call center 'los' van de HAP.
 15 Inschatten urgentie te vaak te sensitief, waardoor vaak "vals-positief" alarm.
 15 Bedoelt u hiermee de assistente van de CPA? En waar is de beoordeling van de
 15 assistentes op de post?
 15 Dit geldt met name 's avonds en 's nachts.
 15 Niet zo goed te beoordelen.
 15 Wisselt: informatie vaak niet voldoende.
 15 Ik vind dat er veel te veel patiënten eindigen op mijn spreekuur tijdens de dienst; veel
 15 te veel met klachten die gemakkelijk tot volgende werkdag kunnen wachten.
 15 Sinds kort werken assistentes van call center consequent, vergelijk NHG-
 15 telefoonprotocollen.
 15 Standaardvragen over overige aandoeningen en over medicatie ontbreken!
 15 Participeren pas sinds 01-01-2004
 15 Splitsing van taken: telefoniste en assistente op post eendoordeel?
 15 Gezien moeilijk werk een dikke voldoende!
 15 Verpleegkundige 's nachts scoort veel slechter, met name wat betreft de urgentie: een
 15 vier!
 15 Nacht geen assistentie.
 15 Er zijn assistentes met een 9 en assistentes met een 5. Het cijfer hierboven is
 15 gemiddeld.
 15 Telefonische triage is het zwakste punt van de HAP.
 15 Groot verschil nog tussen dagdienst/nachtdienst tot nu toe. Telefoondokter lijkt me
 15 prima.
 15 Oordeel over assistenten CPA, assistenten post hebben geen triagetaak tot nu toe.
 15 Voorwaarde: geprotocolleerde opleiding!
 15 Drukte aan de telefoon in de weekenden is een probleem, evenals het uitvragen van
 15 ANW-gegevens bij spoed.
 15 Vaak toch foutief inschatten urgentie.
 16 Zit te ver van de patiënt en te ver van de post.
 19 Kan ook niet veranderen.
 20 Hoeveelheid voorgeschreven pillen staat zelden vermeld
 20 Vooral wat betreft PCM.
 22 op de faxen staat 2x hetzelfde verhaal
 22 Meer door gebrekkige ruimte in adastra.
 22 Het programma dat door de dienst gebruikt wordt is een antiek monster dat mij niet
 22 uitnodigt tot een registratie en waarin de SOEP-registratie in het algemeen in de soep
 22 loopt.
 24 Let op ouderen in de periferie.
 26 m.n. bij terminale patiënten matige zorgverlening.
 26 Vaak arts-assistent in opleiding. Laag werktempo
 26 goed, met slechte uitzonderingen
 26 Indruk via doorgegeven patiëntenverslagen
 26 veel waarnemers; minder 'wij'-gevoel
 26 Een deel van de collegae honoreert niet-dringende vragen te gemakkelijk
 26 Algemeen belang wordt als prioriteit genomen in het algemeen
 26 Blijft moeilijk om dit precies in te schatten!
 26 Meestal prettige collegiale samenwerking?

26 We zien elkaar weinig, werken langs elkaar heen.
 26 uitsluitend positief.
 26 Ik heb sterk behoefte aan een algemeen beleid, dat er moet komen ten aanzien van
 paracetamoladvies.
 26 Grote variatie!
 26 Ik voel mij gesteund door andere collega!
 26 Ook hier wisselende kwaliteit!
 26 Meeste collega's gemotiveerd en collegiaal.
 26 Er zijn er velen waarmee het leuk werken is!
 26 Meer WDH-activiteit voor opleiding.
 26 Feedback naar elkaar als huisartscollega's zou normaler moeten worden, eventueel
 ook via een faxbericht, zoals de ziekenhuizen ons terugmailen.
 26 Dienst doen is gezellig; collegiale sfeer.
 27 Slechte auto
 27 Wisselend, enkelen wat minder!
 28 zeer wisselend per chauffeur
 28 Nog niet meegemaakt.
 29 Nogal eens te hard rijden; onnodig met name in de avond en nacht.
 30 Rijden soms hard. Is niet altijd nodig.
 30 Soms erg hard!
 33 Toch vind ik dat het geen dieselauto's mogen zijn.
 34 kleine auto, misselijk achterin, veel hobbels
 34 Defibrillator
 34 Ik vraag weinig assistentie, ik zou alleen mobiele dienst kunnen doen
 34 Geen defibrillator aan boord
 34 soms onveilig gevoel op de weg door hard rijden
 34 Geen oordeel, nooit mee geweest
 34 Chauffeur = goed, auto = slecht
 34 groot verschil
 34 zwaailicht gebruiken, O2 en ECP-apparatuur
 34 Erg lange wachttijd telefoon
 34 veiligheid: robuustere auto zou mogen
 34 Geen O2, AED?
 34 Volgende auto graag hogere instap
 34 Geen zuurstof aanwezig. Als deze auto's niet met sirene en zwaailicht mogen
 functioneren, hebben ze nog weinig effect!
 34 Ik vind het een erg kostbare investering, die maar weinig extra oplevert. Het is
 gezellig.
 34 Kun je zo niet vragen. Auto is zwaar onvoldoende (chauffeur goed).
 34 Zuurstof ontbreekt.
 34 De auto is klein, zeker als er een HAIO of co-assistent of een (aspirant) chauffeur
 extra mee gaat!
 34 Na aantal uren is de auto toch wel oncomfortabel en aan de kleine kant.
 34 Ik vind dat er landelijk gezien richtlijnen moeten komen voor "A-rijden" = zwaailicht en
 sirene. Ik denk wel dat de mogelijkheid hiertoe moet zijn.
 34 Geen klachten
 34 Positief!
 34 Dat wil zeggen dat de auto natuurlijk niet geschikt is om de hele dag in te zitten.
 34 Sommigen mogen een andere rijstijl aanleren; ik word snel misselijk van een ruigere
 rijstijl.
 34 Participeren pas sinds 01-01-2004
 34 Ontbreken zwaailicht!
 34 Tijdens de rit wil ik even bijkomen van de gemaakte visite. Geen behoefte dan aan
 veel telefoontjes tussendoor.
 34 Ik vraag weinig assistentie. Geen defibrillator aan boord. Ik zou bereid zijn dienst te
 doen zonder chauffeur (met alleen routeplanner en mobiele telefoon!)
 34 Fax is slecht (geweest).

34 Rooklucht in auto misselijkmakend!
 34 Geen hoge snelheid, dat is iets voor een ambulance.
 34 (onleesbaar Turks, misschien teruglezen?)
 34 Fax functioneert vaak niet naar behoren. Uitrusting wondbehandeling niet optimaal.
 34 Zeer prettig.
 34 Zuurstof.
 34 Opvallend goed!
 35 beoordeeld aan de hand van pt-commentaar
 35 bereikbaarheid komt in het geding door veel oneigenlijk gebruik
 35 PR voorlichting van de HAP in het begin erg mager
 35 In het algemeen voldoende/goed beschikbaar. Bij piekdrukke bijvoorbeeld. Kerstmis
 2003 soms rampzalig.
 36 Wachtijd wachtkamer goed, visite slecht -> onverantwoord grote afstand bij spoedrit
 36 wachtkamer 9, visites 4
 36 is afhankelijk van dienstdoende HA
 38 Bewegwijzering zeer slecht
 38 Verlang naar gelijkvloerse lokatie.
 38 Bewegwijzering is onvoldoende.
 38 Geen bordjes bij Arnhem-Zuid.
 39 De Griff was beroerd
 39 te uitgebreide inrichting
 39 Matig comfort zitruimte; nu lawaai afwasmachine, afwezigheid goede rustplaats is
 belachelijk!
 39 Onoverzichtelijk!
 39 Geen slaapruiimte voor nachtdienst.
 39 Een bed zou welkom zijn.
 40 hopeloos disfunctioneren van adastra
 Je hoort nooit iets terug over een ingevuld formulier. Ik ben ermee gestopt, ook toen
 41 ik hoorde dat de toetsingscommissie niet meer bijeenkwam met het call center
 wegens tijdgebrek.
 41 (nog) niet veel effect.
 43 informatie over ziektebeloop mis ik
 43 Ligt helemaal aan jezelf!
 44 Geen zicht op.
 45 Ook geen zicht op.
 46 Terugrapportage verwijspatiënt structureren
 46 verbeter kwaliteit van acute zorg door te integreren
 46 Geen oordeel, nooit mee geweest
 46 Sterk verbeterd
 46 alles is nieuw, en dat is te merken
 46 36: wachtkamer 9, visites 6
 46 Organisatie is goed. Regio is veel te groot.
 46 Er moeten meer computerwerkplekken komen. Er zou een biljart- of tafeltennistafel
 moeten zijn. Hulde aan de "nieuwe" directeur.
 46 Nog geen oordeel.
 46 Wordt steeds beter.
 46 Wachtijd visites is onvoldoende in verband met grote afstanden: dit is een groot
 gebied!
 46 sinds half december 2003 nieuwe post. Hier zijn de antwoorden op gebaseerd.
 46 Post Arnhem-Zuid: Borden/wegwijzers ontbreken! Gemeente Arnhem zou moeten
 meewerken om dit te realiseren.
 46 Wachtijd visites (on)nodig lang, wegens oneigenlijke visites, onjuist inschatten
 urgentie = ontbreken telefoonarts.
 46 Participeren pas sinds 01-01-2004
 46 In zo'n korte tijd: knap werk!
 46 Wachtijd in wachtkamer een 8, wachtijd visites een 5. Voor de ingang te weinig licht
 op de parkeerplaats.

46 Wachttijd wachtkamer goed, visite slecht. Onverantwoord grote afstanden bij spoed (Laag-Soeren<-> Doorwerth).

46 Geldt voor nieuwe HAP

46 Deze enquête goed instrument feedback!

46 Locatie/indeling niet optimaal (uiteraard bekend).

46 Op enkele spitsmomenten na gaat het zeer vlot. Wel weinig terugkoppeling: moet met zelf achter aan.

46 Over de organisatie geoordeeld en dus niet over de telefonist.

46 Zeer goede relatie huisarts <-> bestuur <-> organisatie. Wenselijk!

47 CPA zou ook fax naar HA moeten sturen zonder tussenkomst van HAP

47 Een aantal vervelende ervaringen: afwerend gedrag bij een deel van het ambulancepersoneel en 112-meldingen die bij de HAP terechtkwamen met dramatische gevolgen!

47 zwakke schakel!

47 Valt weg, omdat telefonisch onderhoud in de nacht slecht is.

47 Begint beter te worden

48 ambulancepersoneel soms arrogant en onvriendelijk

48 Begint beter te worden

49 Beleid dat werd afgesproken: eerst op SEH bekijken en stabiliseren en dan eventueel van daaruit een bed zoeken (werkt nog niet bij alle specialismen).

50 GGZ wilde alleen bij een suïcidale patiënt komen als ik ook aanwezig was

50 Bereikbaarheid/overleg crisisdienst erg slecht

50 lange wachttijd terugkoppeling crisisdienst

50 "gevechten" over eerste zorg; kan niet bij drukke huisarts op HAP liggen!

50 Blijft belachelijk dat patiënt voor psychiatrie eerst door de huisarts gezien moet worden. Vergelijk traumapatiënt, gaat ook direct naar 2e lijn.

51 patiënten met een acute psychiatrie meteen verwijzen naar crisisdienst

51 Geen oordeel, nooit mee geweest

51 GGZ zeer wisselend, afhankelijk van voorwacht

51 Crisisdienst doet altijd moeilijk

51 Er is weinig mogelijk om beleid te corrigeren of er iets van te leren.

51 RIAGG lastig. In dienststructuur is het niet meer mogelijk om (alle) patiënten zelf eerst te zien. RIAGG moet zèlf weer eerste lijn worden!

51 Nog geen oordeel.

51 Geen problemen.

51 Geen samenwerking (ook geen tegenwerking).

51 Het is heel erg afhankelijk van de persoon die op de CPA aanwezig is. Verder vind ik niet dat er sprake is van echte samenwerking. Je hebt beroepshalve met elkaar van doen; meer niet.

51 (Door functie telefoonarts: bekendheid met telefonistes -> samenwerking beter N.B. in Arnhem telefonistes op andere locatie dan de posten).

51 CPA = call center! Dus verzwakkende vraag!

51 Participeren pas sinds 01-01-2004

51 Crisisdienst Gelderse Roos schandalig slecht! "Afhouden" is daar duidelijk de intentie!

51 GG-net moeizaam. Telefonisch contact en voorwacht/achterwachtsysteem duurt lang.

51 Binnenkomst van de patiënt moet in dezelfde ruimte zijn als waar de arts zit.

51 CPA doet bij ons de triage. Voor kwaliteitsverbetering is telefoonarts nodig!

51 Soms moet je lobbyen, soms gaat het soepel.

51 Mensen onder behandeling van GGZ hebben - meestal terechte - hulpvragen voor de crisisdienst GGZ. Voorwachten GGZ zijn nogal afhoudend in hun beleid.

51 Geaccordeerde taakafscheiding nodig.

8 t/m 51 Niet te beoordelen in verband met ziekte het afgelopen jaar.

**Bijlage 8 Aanpassingen van de vragenlijst nadat dit onderzoek plaatsvond
(voor volgend onderzoek)**

Vraagnr.:	Oorspronkelijke vraag (uit deze vragenlijst):	Aangepaste vraag:
6.	Hoe vaak besteedt u uw diensten uit?	Welk deel van uw diensten heeft u in het afgelopen jaar uitbesteed?
7. (3)	Arbeidssatisfactie tijdens het dienstdoen	Gebrek aan arbeidssatisfactie tijdens het dienstdoen
7. (7)	Mijn leeftijd	Mijn (oudere) leeftijd
19.	Mate van aansluiting op uw eigen medisch beleid	Het zorgen voor continuïteit van zorg (aansluiten op reeds eerder ingezet beleid)
20.	Voorschrijfgedrag (frequentie, hoeveelheid en soort medicijn)	Het doelmatig voorschrijven
21.	Verwijsgedrag (gerichtheid, frequentie)	Het doelmatig verwijzen
28.	Assistentie bij patiënt	Het medisch assisteren bij de patiënt
29.	Eigen gevoel van veiligheid op de weg en bij de patiënt	Het ondersteuning geven bij potentieel bedreigende situaties
30.	Snelheid waarmee gereden wordt	Het aanpassen van de rijsnelheid aan de omstandigheden
33.	Uitrusting van de auto	Medische uitrusting van de dienstauto
36.	Wachttijd in wachtkamer en visites	<i>Van deze vraag zijn twee vragen gemaakt:</i> - Wachttijd in wachtkamer - Wachttijd tijdens visites
37.	Schaalgrootte van de dokterspost	<i>Van deze vraag zijn twee vragen gemaakt:</i> - Schaalgrootte van de HAP: omvang van patiëntenpopulatie - Schaalgrootte van de HAP: omvang van het adherentiegebied
38.	Lokatie en bereikbaarheid per auto van de HAP	<i>Van deze vraag zijn twee vragen gemaakt:</i> - Ligging van de HAP in het adherentiegebied - Bereikbaarheid per auto van HAP
39.	Inrichting van de HAP	Medische uitrusting van de HAP
40.	Overdracht van dienstgegevens	Het overdragen van dienstberichten
41.	Feedbackmogelijkheid op functioneren organisatie van HAP	Het openstaan van de organisatie voor commentaar en suggesties
42.	Feedbackmogelijkheid op functioneren van huisartsen (mijzelf en collega's)	Het elkaar feedback geven op het functioneren als huisarts
43.	Informatie over ziektebeloop of diagnose bij patiënt die ik in de dienst gezien heb	Het terugkoppelen van ziektebeloop of diagnose bij patiënten in de dienst gezien
45.	Functioneren van het management	Het functioneren van de dagelijkse leiding van de HAP (directie, secretariaat)
	<i>De volgende vraag is toegevoegd:</i>	Het kwaliteitsbeleid van de HAP
	<i>De volgende vraag zou nog moeten worden toevoegd:</i>	Beschikbaarheid van patiëntgegevens

Bijlage 9 Regio's en populaties van de drie lokaties van de CHRA

Regio Veluwezoom met Lokatie Velp:

De Veluwezoom met de plaatsen	Aantal cliënten in 2003	procentueel
Heveadorp, Doorweth, Oosterbeek	16.840	13,9%
Schaarsbergen, Arnhem-Noord	57.606	47,7%
Rozendaal, Velp	19.101	15,8%
Rheden, De Steeg	9.011	7,5%
Ellecom, Dieren, Spankeren, Laag-Soeren	18.277	15,1%
Totaal Veluwezoom	120.835	100%

Regio Over-Betuwe met Lokatie Arnhem-Zuid:

De Over-Betuwe met de plaatsen	Aantal cliënten in 2003	procentueel
Arnhem-Zuid, Elden	57.680	65,0%
Huissen, Angeren	19.014	21,4%
Doornenburg, Haalderen, Gendt en Kapel, Ressen	12.109	13,6%
Herveld en Zetten		
Heteren	8.000	
Elst	16.000	
Totaal Over-Betuwe	102.803	100,0%

Regio De Liemers met Lokatie Zevenaar:

De Liemers met de plaatsen	Aantal cliënten in 2003	procentueel
Doesburg, Angerlo, Giesbeek, Lathum	16.393	14,7%
Westervoort	16.159	14,5%
Duiven, Loo, Groessen	25.775	23,1%
Zevenaar, Babberich	25.960	23,3%
Didam, Loil, Nieuw-Dijk	16.300	14,6%
Herwen, Aardt, Spijk, Pannerden, Tolkamer, Lobith	11.000	9,8%
Totaal De Liemers	111.587	100,0%

Bronvermelding: De bron van deze informatie zijn de jaarverslagen van 2002 en 2003 van het CHRA die op dit moment in concept bestaan.

Bijlage 10 Afkortingen en definities

ANW-dienst	Avond-, nacht- en weekenddienst: dienst buiten kantooruren (kantooruren = 09.00- 17.00 uur, maandag tot en met vrijdag) inclusief erkende feestdagen.
CHRA	Coöperatieve Huisartsendienst Regio Arnhem
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAGRO	Huisartsengroep, een samenwerkingsverband van huisartsen waarin onderling wordt waargenomen volgens een vastgestelde en vastgelegde waarneemregeling
HAP	Huisartsenpost; een fysieke organisatie, onderdeel van een HDS, die huisartsenzorg levert in avond, nacht en weekend.
HDS	Huisartsen Diensten Structuur: Rechtspersoon, bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) aangewezen als zorginstelling, vallend onder de Kwaliteitswet zorginstellingen en verantwoordelijk voor de voorwaardelijke voorzieningen voor een Huisartsenpost. De HDS kan één of meer Huisartsenposten bevatten.
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
NHG	Nederlands Huisartsengenootschap
Satellietpost	Steunlocatie van een huisartsenpost teneinde de bereikbaarheid binnen het verzorgingsgebied te verbeteren.
SEH	Spoedeisende Hulpverlening
SOEP	Systeem waarbij patiëntgegevens gestructureerd worden ingevoerd (in de huisartspraktijk): SOEP = subjectief- objectief- evaluatie- plan.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences, dataverwerkingsprogramma
Triage	Het proces van het toepassen van voorrangregels op een ongeordende verzameling hulpvragen en de toedeling van de hulpvraag aan een daarvoor aangestelde en/of aangewezen gekwalificeerde functionaris.
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport