



Terminale zorg op de huisartsenpost: Een valse toon in een slotakkoord?

E. Terpstra
Studentnummer 0031941

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

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

Scriptie wetenschappelijke stage
Geneeskunde
Omvang: 4690 woorden
augustus t/m november 2006

Samenvatting

Inleiding

In Nederland wordt de huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren verleend door huisartsenposten (HAP's). Deze zorg is bedoeld voor klachten die niet kunnen wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts en heeft dus een min of meer spoedeisend karakter. Hierdoor richt de zorg zich mogelijk minder op tijdrovende complexe fysieke en psychische problemen, zoals bij terminale patiënten het geval is. Terminale patiënten zijn sterk gebaat bij continuïteit van zorg. Onze hypothese is dat de continuïteit van zorg op de HAP tekort schiet door het grote aantal hulpverleners en gebrekkige informatieoverdracht. Helaas ontbreekt onderzoek naar de zorg voor terminale patiënten op HAP's in Nederland.

Doel

Inventariserend onderzoek naar de zorg voor terminale patiënten op huisartsenposten.

Methode

Cross-sectionele pilot-studie door middel van een webenquête. Deze webenquête werd uitgezet onder huisartsen aangesloten bij een van de 8 HAP's in een grootstedelijk gebied. Waarnemende huisartsen werden geëxcludeerd.

Resultaten

Van de 424 huisartsen hebben 175 huisartsen de vragenlijst ingevuld (41%). Van de huisartsen geeft 70% aan buiten kantooruren beschikbaar te zijn voor terminale patiënten. Verder draagt 82% van de huisartsen vaak informatie over aan de HAP. Echter, 26% van de dienstdoende huisartsen is ontevreden over de beschikbare informatie op de HAP. Over de kwaliteit van de geleverde terminale zorg op de HAP is 63% van de huisartsen tevreden. Volgens de huisartsen (53%) vormt informatieoverdracht tussen de huisarts en de HAP het grootste knelpunt.

Conclusie

De huisartsen in deze regio zijn ondanks de komst van de HAP nog in grote mate beschikbaar voor hun terminale patiënten buiten kantooruren. De huisartsen waren in de meerderheid van de gevallen tevreden over de geleverde terminale zorg op de HAP. Het grootste knelpunt in de terminale zorg op de HAP betrof de informatieoverdracht van de huisarts naar de HAP.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Inhoudsopgave	3
1. Inleiding	
1.1 Achtergrond	4
1.2 Motivatie	5
1.3 Vraagstellingen	5
2. Methode	
2.1 Design	6
2.2 Populatie	6
2.3 Ontwikkeling van het meetinstrument	6
2.4 Procedure	7
2.5 Variabelen	8
2.6 Data-analyse	9
3. Resultaten	
3.1 Huisarts en Praktijkenmerken	10
3.2 Beschikbaarheid van de huisarts voor zijn terminale patiënten	10
3.3 Informatieoverdracht tussen huisarts en HAP	11
3.4 Kwaliteit van de geleverde terminale zorg op de HAP	14
3.5 Non-respons analyse	15
4. Beschouwing	
4.1 Beschikbaarheid	16
4.2 Informatieoverdracht	17
4.3 Kwaliteit van zorg	17
5. Kanttekeningen	
5.1 Methode	18
5.2 Respons	18
5.3 Generaliseerbaarheid	19
6. Aanbevelingen	
6.1 Aanbevelingen voor huisartsenposten	20
6.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek	20
7. Conclusie	21
8. Literatuurlijst	22
Bijlage 1: Literatuurstudie	24
Bijlage 2: Begeleidende brief bij de enquête	30
Bijlage 3: Enquête	31
Bijlage 4: Tabellen	39

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Huisartsenposten in Nederland.

Huisartsenzorg buiten kantooruren wordt in Nederland tegenwoordig grotendeels door de huisartsenpost (HAP) geleverd, zo is 90% van alle huisartsen aangesloten bij een HAP.

Deze HAP's werden tussen 1998 en 2000 in hoog tempo opgericht met als doel vermindering van werkbelasting, verbetering van arbeidsomstandigheden en verbetering van huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren.¹

Door de komst van de HAP is 24-uurs huisartsgeneeskundige zorg gegarandeerd. De zorg buiten kantooruren is voornamelijk gericht op snelle triage en acute interventies. Het richt zich veel minder op tijdrovende complexe fysieke en psychosociale problemen van bepaalde patiëntengroepen, waaronder terminale patiënten. Hierdoor zou de kwaliteit van de terminale zorg buiten kantooruren mogelijk tekort kunnen schieten.²

Terminale patiënten

Een terminale patiënt bevindt zich in de fase waarin levensverlenging niet meer mogelijk is en het besef doorbreekt dat de dood binnen afzienbare tijd zal volgen.³

In Nederland heeft de huisarts een spilfunctie in de zorg die thuis aan terminale patiënten geleverd wordt. Gemiddeld verleent een Nederlandse huisarts, per jaar, aan vijf à zes kankerpatiënten terminale zorg.⁴ Van alle patiënten met een chronische aandoening komt 60% thuis te overlijden.³

Hoeveel huisartsen buiten kantooruren nog persoonlijk beschikbaar zijn voor hun terminale patiënten is onbekend, maar de verwachting is dat de meeste terminale patiënten te maken krijgen met de dienstdoende huisarts op de HAP.

Het aantal contacten met terminale patiënten betreft slechts 2.1% van alle contacten met de HAP, het grootste deel van deze contacten zijn echter visites die veel tijd kosten.⁵

Terminale patiënten vormen een kwetsbare groep, waarbij persoonlijke continuïteit van zorg en een goed medisch beleid onontbeerlijk zijn. Mogelijk kan de persoonlijke discontinuïteit deels gecompenseerd worden door een goede informatie overdracht.

Helaas blijkt uit verschillende onderzoeken uit Groot-Brittannië dat de informatieoverdracht, van de huisarts naar de HAP, vaak tekort schiet. In slechts 0-33% van alle contacten met terminale patiënten op de HAP was er informatie aanwezig.^{5,6,7,8}

Gebrek aan informatieoverdracht had ook te maken met het feit dat veel huisartsen niet-oncologische terminale patiënten ten onrechte als niet-terminaal definiëren.⁵

Gebrek aan informatie over de ziektegeschiedenis en over het ingezette beleid leidt vaak tot verwarring en onnodige ziekenhuisopnames.⁹

Ook logistieke problemen (zoals de toegang tot medicatie), tijdsgebrek en gebrek aan alternatieve bronnen voor terminale zorg buiten kantooruren worden als probleem genoemd.^{2,6,9}

1.2 Motivatie

Uit onderzoek blijkt dat de zorg voor terminale patiënten buiten kantooruren in het buitenland niet vlekkeloos verloopt en verbetering behoeft. Vanwege het ontbreken van duidelijkheid ten aanzien van de kwaliteit van de terminale zorg buiten kantooruren in Nederland, zoals geleverd door huisartsenposten, is er een inventariserend onderzoek uitgevoerd.

1.3 Vraagstellingen

1. In welke mate zijn huisartsen, in een grootstedelijk gebied, buiten kantooruren beschikbaar voor hun eigen terminale patiënten?
2. Hoe verloopt de informatieoverdracht tussen de huisarts en de huisartsenpost en wat is de kwaliteit van de overgedragen informatie?
3. Wat is, volgens huisartsen, de kwaliteit van de geleverde terminale zorg door de huisartsenpost?

2 Methode

2.1 Design

De opzet van de studie betreft een cross-sectionele pilot-studie, waarbij de door ons ontwikkelde vragenlijst als meetinstrument dient.

2.2 Populatie

De enquête werd uitgezet onder 424 huisartsen verbonden aan 8 huisartsenposten in een grootstedelijk gebied in het westen van Nederland. Waarnemende huisartsen werden uit deze studie geëxcludeerd gezien het feit dat zij geen eigen terminale patiënten hebben.

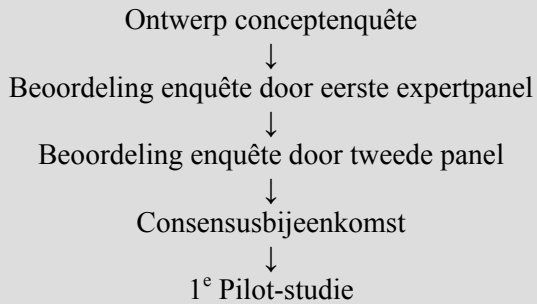
2.3 Ontwikkeling van het meetinstrument

Als basis voor de enquête hebben we een vragenlijst gebruikt, ontwikkeld door het Nederlands Kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedzorg van de afdeling Kwaliteit van Zorg, UMC St. Radboud. Deze vragenlijst is gebruikt voor een 1^e pilot-studie naar terminale zorg buiten kantooruren.

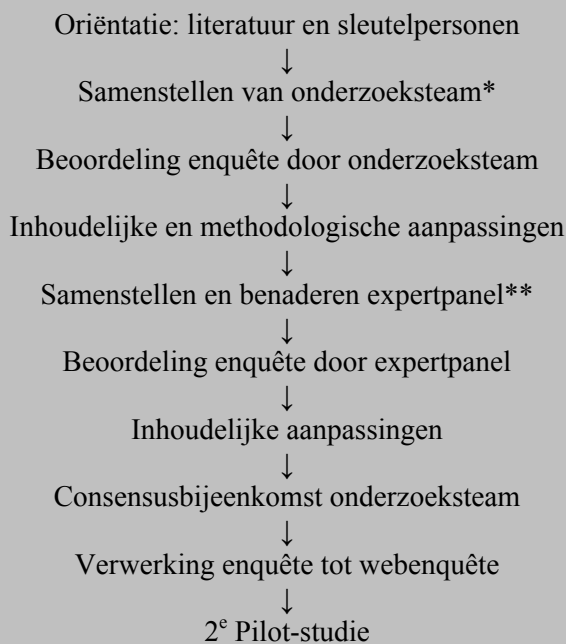
De vragenlijst is door het onderzoeksteam* geëvalueerd aan de hand van bevindingen uit de 1^e pilot-studie. Naar aanleiding van deze bespreking zijn in de vragenlijst zowel inhoudelijke als methodologische veranderingen aangebracht, ook kwamen een aantal vragen te vervallen. Gezien het relatief lage aantal terminale patiënten per huisarts per jaar, hebben antwoorden in percentages een lage validiteit. Vragen zijn geherformuleerd, waarbij vijf groepen geclusterde percentages veranderd zijn in een waardering op een vijf-punts Likert schaal. Hierdoor werd de validiteit van de vragen verhoogd.^{18,19,20} Een aantal open vragen is veranderd in gesloten vragen, hiermee werden de vragen sensitiever, maar wel minder specifiek.

De aangepaste vragenlijst is vervolgens beoordeeld door een expertpanel**. Aan de hand van de adviezen van dit panel zijn enkele vragen aangepast, dit betroffen met name kleine inhoudelijke toevoegingen. Ook zijn er, op verzoek van het panel, twee vragen toegevoegd betreffende de helpdesk palliatieve zorg. De vragenlijst is tenslotte nogmaals door het onderzoeksteam bekeken, waarna er geen veranderingen meer zijn aangebracht. De uiteindelijke vragenlijst is verwerkt tot een webenquête. Er is gekozen voor een webenquête omdat dit zowel een goedkope als gebruiksvriendelijke manier is om enquêtes te verspreiden.

Figuur 1 Voortraject: 1^e pilot-studie



Figuur 2 Onderzoekstraject : 2^e pilot-studie



* Onderzoeksteam bestaande uit een ervaren huisarts, een methodoloog, twee basisartsen en een co-assistent.

** Expertpanel: J. Fokke verpleeghuisarts en lid van regionaal palliatief team, M. van Bommel, huisarts en lid van IKZ, palliatief consultatie team, JW Coebergh, oncoloog, B. Schweitzer, huisarts en onderzoeker naar palliatieve zorg buitenkantooruren aan het VU in Amsterdam.

N.B. Het expertpanel betreft een ander panel dan in de 1^e pilot-studie.

2.4 Procedure

Van de 424 huisartsen kregen 37 een papieren versie van de vragenlijst toegestuurd in verband met het ontbreken van een emailadres. De andere 388 huisartsen werden per mail uitgenodigd om aan het onderzoek mee te werken. In deze mail stond een link naar de webenquête, waarin een specifieke inlogcode verwerkt was. Huisartsen konden door deze specifieke inlogcode de webenquête slechts één keer invullen. Het was in de webenquête niet mogelijk vragen open te laten.

Het onderzoek vond plaats in oktober 2006. Na 1 week is er een reminder gestuurd om het responspercentage te verhogen. Na anderhalve week werd de tweede reminder verstuurd. Tot slot is er een non-respons analyse uitgevoerd, om eventuele sampling-bias te achterhalen. Deze analyse geeft bovendien inzicht in de motieven om de vragenlijst niet in te vullen, hierdoor kunnen mogelijke knelpunten worden opgelost, wat vervolgonderzoek ten goede komt. Non-responders werden per mail, middels één meerkeuzevraag, gevraagd naar de reden om niet aan het onderzoek mee te werken.

2.5 Variabelen

- Huisarts - en praktijkkenmerken. Hieronder vallen leeftijd, geslacht, praktijkvorm, aantal werkdagen per week, de ligging van de praktijk en de huisartsenpost waar de huisarts bij aangesloten is.

Beschikbaarheid

- Beschikbaarheid van de huisarts voor terminale patiënten buiten kantooruren. Mate van beschikbaarheid en manier van beschikbaarheid.
- Redenen voor een huisarts om niet beschikbaar te zijn (vooraf gedefinieerd).
- Factoren in de toestand van de patiënt die meewegen in de keuze om beschikbaar te zijn (vooraf gedefinieerd).

Informatieoverdracht

- De informatieoverdracht van de huisarts aan de huisartsenpost, vanuit het perspectief als huisarts en als dienstdoende huisarts op de huisartsenpost.
- Redenen voor huisartsen om geen informatie over te dragen naar de huisartsenpost (vooraf gedefinieerd).

Kwaliteit van zorg

- Tevredenheid van huisartsen over de geleverde terminale zorg op de huisartsenpost.
- Ervaren knelpunten in de terminale zorg op de huisartsenpost, vanuit het perspectief als huisarts en als dienstdoende huisarts (vooraf gedefinieerd).
- Mogelijkheid om als dienstdoende huisarts de eigen huisarts en/of de helpdesk palliatieve zorg te consulteren.
- Suggesties ter verbetering van de geleverde terminale zorg op de huisartsenpost (vooraf niet gedefinieerd).

2.6 Data-analyse

De verkregen gegevens werden verwerkt middels de programma's Microsoft Excel en SPSS 12.0. Om de analyse van open vragen beter mogelijk te maken, is er gekozen om antwoorden te categoriseren door terugkerende steekwoorden te clusteren. Antwoorden op een 5-punts schaal werden omgezet naar een 3-punts schaal. Hierdoor werden verschillen tussen antwoorden groter, waardoor er krachtigere uitspraken over de waargenomen verschillen konden worden gedaan. Antwoorden 1 en 2 (zeer ontevreden en ontevreden) werden geclusterd onder de noemer "ontevreden", antwoorden 4 en 5 (tevreden en zeer tevreden) onder de noemer "tevreden" en antwoord 3 bleef onveranderd onder de noemer "neutraal". De meeste resultaten zijn weergegeven in frequentietabellen. Er is gekeken of de variabele beschikbaarheid afhankelijk is van huisartskenmerken als geslacht en leeftijd, hierbij zijn verschillende groepen vergeleken. Om gevonden verschillen op significantie te testen is gebruik gemaakt van de Chi- kwadraat test.

3 Resultaten

3.1 Huisarts en praktijkkenmerken

Van de 424 huisartsen hebben 175 huisartsen de elektronische enquête ingevuld. Dit is een responspercentage van 41%. De huisartsen hebben een gemiddelde leeftijd van 49.6 jaar (SD 8,1). Van alle huisartsen is 61% van het mannelijke geslacht. Het grootste deel van alle huisartsen (42,3%) is werkzaam in een groepspraktijk of gezondheidscentrum. Van de huisartsen werkt 32,6% in een duo-praktijk en 25,1% als solist. De meerderheid van de huisartsen werkt 3 tot 4 dagen per week (63,4%) (zie bijlage 4.1).

3.2 Beschikbaarheid van de huisarts voor zijn terminale patiënten

Van alle huisartsen geeft 70% aan in principe persoonlijk beschikbaar te zijn voor zijn terminale patiënten buiten kantooruren. Oudere huisartsen (51 jr. en ouder) zijn significant vaker beschikbaar dan jonge huisartsen, 77,5% versus 62,8% (p 0.024). Hoewel de trend lijkt te zijn dat mannelijke huisartsen vaker beschikbaar zijn dan vrouwelijke huisartsen, 74,8% versus 62,8%, is dit verschil niet significant (zie bijlage 4.3).

Het grootste percentage van de beschikbare huisartsen (44,3%), is beschikbaar bij een levensverwachting van 1 week tot 1 maand. Bij een levensverwachting van kleiner dan een week gaf 28,2% van de huisartsen aan persoonlijk beschikbaar te zijn (zie bijlage 4.4).

Van de huisartsen is 64,0% telefonisch bereikbaar voor zijn terminale patiënten en 46,3% bezoekt zijn patiënten op eigen initiatief. Terminale zorg wordt door 32% van de huisartsen volledig overgedragen aan de HAP (tabel 1).

Tabel 1: Beschikbaarheid van huisartsen buiten kantoortijd

Manier van Beschikbaarheid	Huisartsen (%)
Telefonisch privé dan wel mobiel	64,0
Telefonisch via HAP	38,3
Persoonlijk overdag	37,1
Persoonlijk 's nachts	23,4
Visite op eigen initiatief	46,3
Volledige overdracht aan HAP	32,0
Overdracht zorg aan andere HA uit HAGRO	24,0

De belangrijkste reden om niet persoonlijk beschikbaar te zijn is “afwezigheid” (89,7%). Van de huisartsen vond 4% dit een onbelangrijk argument. De andere factoren: “hoge werkbelasting”, “scheiden van werk en privé”, “geen noodzaak i.v.m goede terminale zorg HAP” en “afspraak over taakverdeling”, worden allen als minder belangrijk gewaardeerd. Meer dan de helft van alle huisartsen vindt deze argumenten onbelangrijk en ongeveer een kwart van de huisartsen vindt dit een belangrijk argument. Huisartsen vinden een “slechte arts-patiënt relatie” de minst belangrijke reden om niet zelf beschikbaar te zijn voor terminale patiënten, 53% vindt dit een onbelangrijk argument en slecht 16,6% vindt dit argument belangrijk (tabel 2).

Tabel 2: Redenen om niet persoonlijk beschikbaar te zijn voor terminale patiënten

Reden	Onbelangrijk(%)	Neutraal(%)	Belangrijk(%)
Afwezigheid	4,0	6,3	89,7
Te hoge werkbelasting	57,7	17,7	24,5
Slechte arts - patiënt relatie	53,1	30,3	16,5
Werk en privé gescheiden willen houden	54,8	22,3	22,9
Niet te combineren met privé-leven	53,1	20,6	26,3
Niet noodzakelijk vanwege goede zorg door HAP	48,6	31,4	20,0
Afspraak over taakverdeling omdat ik parttime werk	58,3	20,6	21,2

3.3 Informatieoverdracht tussen huisarts en huisartsenpost

Van de huisartsen draagt 82,3% vaak informatie over hun terminale patiënten over aan de HAP. Een klein deel (12,6%) doet dit in de helft van de gevallen en 5,1% zelden tot nooit. Er worden verschillende redenen gegeven om (soms) geen informatie aan de post over te dragen (tabel 3). De belangrijkste reden is dat de situatie van de patiënt sneller verslechterd dan voorzien (48,6%). De keuzemogelijkheid “anders namelijk” werd door 4,6% van de huisartsen ingevuld. Vier huisartsen antwoordden hier als reden dat: “zij bij de desbetreffende patiënt geen problemen verwachtte”. Twee huisartsen droegen geen informatie over in verband met drukte op de praktijk en één huisarts droeg geen informatie over omdat hij altijd informatie bij de patiënt thuis achter liet.

Tabel 3: Redenen om geen informatie over terminale patiënten aan de HAP over te dragen

Reden om geen informatie over te dragen	Huisartsen (%)
Zelf altijd beschikbaar	21,7
Patiënt net uit ziekenhuis ontslagen	20,0
Vergeten	37,1
Situatie verslechtert sneller als voorzien	48,6
Administratief veel werk	6,9
Anders namelijk	4,6

Het percentage huisartsen dat bepaalde informatie aan de HAP overdraagt correspondeert in de meeste gevallen goed met de geachte noodzaak van de informatie volgens de dienstdoende. Zo draagt 95,4% van de huisartsen over dat het om een terminale patiënt gaat, dit wordt door 96,0% van de dienstdoende als belangrijke informatie gezien. Het grootste verschil in overdracht en waardering, zit in de informatie over de kennis van de patiënt over diagnose en prognose (41,1% versus 69,7%). Het eigen privé-nummer wordt door 52,0% van de huisartsen vermeld, hoewel dit door 36,6% van de dienstdoende als belangrijke informatie wordt gezien (tabel 4).

Tabel 4: Inhoudelijke informatie overgedragen door huisartsen en inhoudelijke informatie noodzakelijk geacht door dienstdoende op de HAP

Informatie	Overgedragen door HA (%)	Noodzakelijk geacht door dienstdoende		
		Onbelangrijk(%)	Neutraal(%)	Belangrijk(%)
Betreft terminale patiënt	95,4	-	4,0	96,0
Diagnose	96,6	-	1,1	98,9
Prognose	74,3	5,1	18,3	76,6
Probleemlijst	61,1	10,9	29,7	59,4
Medicatie	90,9	1,7	2,9	95,4
Intoleranties	37,1	14,3	30,9	54,9
Laatste 5 contacten	13,7	42,3	33,7	24,0
Relevante wijzigingen	68,0	1,7	10,3	88,0
Kennis patiënt diagnose en prognose	41,1	8,0	22,3	69,7
Wensen tav beleid	87,4	0,6	6,9	92,6
Wensen tav Levenseinde	67,4	3,4	10,9	85,7
Psychosociale context	38,9	4,6	30,3	65,1
Privé nummer eigen HA	52,0	28,0	35,4	36,6

Huisartsen zijn in 25,7% van de gevallen ontevreden over de informatie over terminale patiënten op de HAP. Van de huisartsen is 21,2% tevreden en staat 53,1% neutraal tegenover de aanwezige informatie. In tabel 5 is te zien waarom huisartsen niet tevreden waren over de beschikbare hoeveelheid informatie. Van alle huisartsen geeft 62,9% aan dat er onvoldoende informatie voorhanden was, bovendien zegt 50,0% van de huisartsen dat de informatie niet up to date is.

Tabel 5: Redenen om niet tevreden te zijn over de informatie op de HAP

Reden om niet tevreden te zijn over de informatie	Huisartsen (%)
Geen informatie beschikbaar	48,0
Onvoldoende informatie beschikbaar	62,9
Informatie niet up to date	50,0
Geen telefoonnummer eigen HA	20,0
Niet van toepassing*	16,0

* Niet van toepassing betekent dat huisartsen tevreden zijn over de informatie.

Huisartsen zijn in 71,5% van de gevallen tevreden over de verslaglegging door dienstdoende huisartsen op de HAP, in 2,9% van de gevallen zijn zij ontevreden. Huisartsen die niet tevreden zijn over de verslaglegging missen in 21,7% van de gevallen informatie over “wijzigingen in beleid”. Van de huisartsen miste 17,1% “persoonlijke informatie over patiënt en omgeving” en 11,4% “de conclusie (E-regel)”. De rest van de redenen om niet tevreden te zijn met de verslaglegging zoals: “behandeling/medicatie”, lichamelijk onderzoek”, “anamnese” en “redenen van het contact” scoorden allen onder de 10% (zie bijlage 4.5).

Ruim de helft van alle huisartsen maakt zelden gebruik van andere informatiebronnen zoals consultatie van de eigen huisarts of de palliatieve helpdesk. De eigen huisarts wordt iets minder vaak geconsulteerd dan de palliatieve helpdesk bij wens tot consultatie (tabel 6 en 7).

Tabel 6: Consultatie van de eigen huisarts tijdens de dienst

	Zelden(%)	Helft vd gevallen(%)	Vaak(%)
HA willen consulteren	53,7	33,2	13,1
HA feitelijk geconsulteerd	81,1	9,2	9,7

Tabel 7: Consultatie van de palliatieve helpdesk tijdens de dienst

	Zelden(%)	Helft vd gevallen(%)	Vaak(%)
Helpdesk willen consulteren	51,4	32,0	16,6
Helpdesk feitelijk geconsulteerd	66,3	15,4	18,3

3.4 Kwaliteit van de geleverde terminale zorg op de huisartsenpost

Van de huisartsen is 62,8% tevreden over de geleverde terminale zorg op de huisartsenpost, slecht 2,9% van de huisartsen was ontevreden. Een kwart van de huisartsen is niet tevreden over de aard van het contact (tabel 8).

Tabel 8: Percentage huisartsen dat ontevreden is met verschillende aspecten van de geleverde terminale zorg op de HAP

Aspect van de geleverde terminale zorg op de HAP	Huisartsen (%)
Het beleid	14,3
Een eventuele verwijzing	8,6
De aard van het contact tel/con/vis	24,6
De communicatie met patiënt/verzorgende	17,1
Attitude dienstdoende HA	13,7
Niet van toepassing*	58,3

* Niet van toepassing betekent dat huisartsen tevreden waren met de verschillende aspecten van de geleverde terminale zorg op de HAP.

Het belangrijkste knelpunt in de terminale zorg op de HAP blijkt de informatieoverdracht te zijn (53,1%). Andere knelpunten zijn dat er geen anticiperend beleid is ingezet door de eigen huisarts (43,4%) en de moeizame communicatie met andere instanties zoals de thuiszorg en apotheek (40,0%) (tabel 9).

Tabel 9: Ervaren knelpunten in de terminale zorg op de HAP

Knelpunten	Onbelangrijk(%)	Neutraal(%)	Belangrijk(%)
Informatieoverdracht	9,1	37,7	53,1
Tijdsdruk	33,7	28,6	37,7
Communicatie met o.a thuiszorg en apotheek	26,9	33,1	40,0
Lastig onbekende patiënt te behandelen	29,1	33,7	37,1
Patiënt niet op de hoogte mogelijkheden in dienst	36,6	40,6	22,8
Patiënt geen kennis prognose en beleid	44,0	40,0	16,0
Lastig medisch beleid i.v.m complexe problematiek	21,7	35,4	42,9
Geen anticiperend beleid eigen HA	16,6	40,0	43,4
Eigen HA niet bereikbaar	48,6	33,1	18,3

In de laatste vraag uit de enquête werden huisartsen gevraagd of zij nog tips of adviezen hadden ter verbetering van de terminale zorg buiten kantooruren. De volgende adviezen werden meerdere malen vermeld:

- Er moet een goede overdracht van informatie aan HAP zijn (8x)
- Er moet een standaard overdrachtformulier voor terminale patiënten komen (7x)
- Er moet een telefoonnummer van de eigen huisarts beschikbaar zijn, zodat de dienstdoende de huisarts kan consulteren tijdens de dienst (7x)
- Er moet een centraal elektronisch patiënten dossier komen (6x)
- De informatie op HAP moet up to date zijn (6x)
- De huisarts moet de terminale zorg in eigen hand houden en niet uitbesteden aan HAP, indien niet noodzakelijk (5x)
- Bij patiënten thuis moet een samenvatting van het patiëntendossier liggen (3x)
- Terminale patiënten moeten bekend zijn bij de HAP zodat er laagdrempelig visites mogelijk zijn en de patiënt/fam. snel kan worden doorverbonden met arts (2x)
- Dienstdoende huisartsen moeten goede kennis over terminale zorg hebben (2x)
- Communicatie met andere instanties zoals de palliatieve wijkverpleegkundige moet verbeteren (2x)

3.5 Non-respons analyse

Van de 249 huisartsen, die de vragenlijst niet hebben ingevuld, hebben 33 aangegeven waarom zij niet aan dit onderzoek hebben meegewerkt (respons 13,3%). Van de non-responders geeft 75,8% aan dat zij het te druk hadden of vergeten waren de vragenlijst in te vullen, 24,2% vindt de manier van enquêteren niet prettig en 12,1% geeft aan de vragenlijst te lang te vinden. Geen van de huisartsen geeft “gebrek aan affiniteit met het thema” en “slechte ervaring met terminale zorg” als reden op om niet aan het onderzoek mee te werken (zie bijlage 4.2).

4 Beschouwing

Ter inventarisatie van de terminale zorg buiten kantooruren in Nederland hebben wij een 2e pilot-studie uitgevoerd. De belangrijkste resultaten uit dit onderzoek waren:

- Van de huisartsen is 70% persoonlijk beschikbaar voor terminale patiënten. Oudere huisartsen zijn significant vaker beschikbaar dan jonge huisartsen.
- Van de huisartsen is 64% telefonisch beschikbaar, 46% bezoekt op eigen initiatief zijn/haar terminale patiënten.
- Van de huisartsen draagt 82% vaak tot altijd informatie over aan de HAP, slechts 5% van de huisartsen draagt zelden tot nooit informatie over.
- Een kwart van de huisartsen was ontevreden over de beschikbare informatie over terminale patiënten op de HAP.
- De helft van de huisartsen zegt dat de informatie op de HAP niet up to date is en 63% van de huisartsen zegt dat er onvoldoende informatie aanwezig is.
- Van de huisartsen was 3% ontevreden over de verslaglegging van contacten met terminale patiënten op de HAP.
- Een meerderheid van 63% van de huisartsen was tevreden over de geleverde terminale zorg op de HAP, slechts 3% was ontevreden.
- Een kwart van de huisartsen gaf aan niet tevreden te zijn met de aard van het consult.
- Ruim de helft van de huisartsen ervaart de informatieoverdracht als een belangrijk knelpunt in de terminale zorg op de HAP.
- In de tips / adviezen ter verbetering van de terminale zorg worden in ruim 70% van de gevallen informatieoverdracht gerelateerde tips gegeven.

4.1 Beschikbaarheid

Een groot deel van de Nederlandse huisartsen is beschikbaar voor terminale patiënten buiten kantooruren dit komt overeen met studies uit Groot-Brittannië. Zo blijkt 70% van de Nederlandse huisartsen nog deels persoonlijk beschikbaar, in Groot-Brittannië was dit 77%.⁵ Oudere huisartsen zijn significant vaker beschikbaar buiten kantooruren dan jongere huisartsen. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat oudere huisartsen van oudsher beschikbaar zijn voor hun patiënten buiten kantooruren, omdat er toen geen goede regeling was voor huisartsenzorg buiten kantooruren. Jonge huisartsen zijn min of meer “grootgebracht” met grotere dienststructuren zoals de HAP, mogelijk dragen zij daarom ook

makkelijker zorg aan de HAP over. Hoewel ook gezien werd dat mannelijke huisartsen vaker beschikbaar waren dan vrouwelijke huisartsen, was dit verschil niet significant. Mogelijk zijn vrouwen minder beschikbaar omdat dit minder goed te combineren is met het privé-leven door bijvoorbeeld de zorg voor de kinderen.

4.2 Informatieoverdracht

Er wordt een verschil gezien in percentages betreffende de informatieoverdracht. Slechts 5% van de huisartsen zegt zelden tot nooit informatie aan de HAP over te dragen, maar een kwart van de dienstdoende zegt niet tevreden te zijn over de beschikbare informatie.

Van de dienstdoende geeft 63% aan dat de informatie onvolledig is en de helft zegt dat de informatie bovendien niet up to date is. Huisartsen dragen blijkbaar in eerste instantie wel informatie over aan de HAP, maar verzuimen mogelijk om relevante wijzigingen door te geven. Mogelijk overschatten huisartsen ook hun eigen informatieoverdracht en zijn zij zich niet bewust van de gebreken in de informatie.

Een groot percentage dienstdoende huisartsen geeft aan dat de beschikbare informatie onvolledig en niet up to date is, echter resulteert dit slechts bij een deel van de huisartsen in een negatief oordeel over de beschikbare informatie. Mogelijk is de informatieoverdracht verbeterd vergeleken met een tijd geleden waardoor huisartsen positiever staan tegenover de aanwezige informatie, ondanks de bovengenoemde gebreken.

4.3 Kwaliteit van zorg

Slechts 3% van alle huisartsen is ontevreden over de kwaliteit van de geleverde terminale zorg op de HAP. Een aanzienlijk percentage van de huisartsen (25%) zegt echter ontevreden te zijn over de aard van het contact. Het is niet duidelijk waarom huisartsen niet tevreden zijn over de aard van het contact. Een hypothese is dat de ernst van de problematiek wordt onderschat en men terughoudend is met visites, bijvoorbeeld doordat de triagiste/ telefoniste van de HAP niet op de hoogte is van het feit dat het een terminale patiënt betreft. Onderzoek naar deze bevinding zou erg interessant zijn en meer duidelijkheid bieden.

Hoewel de meeste huisartsen zeggen informatie over hun terminale patiënten aan de HAP over te dragen, ervaren huisartsen de informatieoverdracht wel als grootste knelpunt in de zorg voor terminale patiënten op de HAP. Op dit terrein worden bovendien de meeste adviezen gegeven ter verbetering van de terminale zorg buiten kantooruren. Deze bevindingen komen overeen met de studies uit Groot-Brittannië, waar ook de informatieoverdracht het grootste knelpunt bleek te zijn.^{2,5,6,7,8,9}

5 Kanttekeningen

5.1 Methode

De methodologische kanttekeningen die bij deze studie geplaatst kunnen worden zijn inherent aan het onderzoeksdesign dat gebruik maakt van een vragenlijst. Ten eerste zijn de sensitiviteit en specificiteit bij gebruik van een vragenlijst matig, daar komt bij dat deze afneemt naarmate de vragenlijst langer wordt.^{18,19,20} We hebben getracht de sensitiviteit en specificiteit optimaal te houden door het aantal vragen te beperken. De vragenlijst is door verschillende panels bekeken om zo de kans op misinterpretatie door huisartsen te minimaliseren. In vragenlijsten waarin naar ervaringen wordt gevraagd, is er altijd sprake van een bepaalde mate van herinneringsbias. De incidentie van het leveren van terminale zorg is vrij laag, hierdoor moeten huisartsen zich patiënten en zorgaspecten over een langere periode herinneren. Waar ook rekening mee gehouden moet worden, is dat mensen sociaal wenselijke antwoorden geven, waardoor de verkregen resultaten mogelijk een rooskleuriger beeld geven dan in werkelijkheid het geval is. Gezien de resultaten lijkt het in deze studie mee te vallen met de hoeveelheid sociaal wenselijke antwoorden. Een positieve kanttekening is dat de ontwikkelde vragenlijst, door de gedegen onderzoeksprocedure, een goede face-validity heeft behaald.

5.2 Respons

Dit onderzoek heeft een respons van 41%. Er kunnen verschillende mogelijke redenen voor de lage respons uit dit onderzoek aangedragen worden. Zo worden huisartsen in het algemeen, maar met name in grote steden, overladen met onderzoeken. Door deze hoge onderzoeksbelasting, naast een drukke praktijk, zullen huisartsen minder geneigd zijn om aan onderzoek mee te werken. In een grootstedelijk gebied zijn bovendien veel zorg faciliteiten aanwezig. Mogelijk is de terminale zorg buiten kantooruren hier relatief goed geregeld, waardoor huisartsen geen noodzaak zien om aan dit onderzoek mee te werken. Aan de andere kant zou, in een grootstedelijk gebied, de betrokkenheid van huisartsen bij terminale patiënten laag kunnen zijn door een minder goede band tussen huisarts en patiënt. Mogelijk is de betrokkenheid in een landelijk gebied veel groter. Tenslotte was een aantal huisartsen (n=6), om technische redenen, niet in staat om de webenquête in te vullen.

Mogelijk is er sampling-bias opgetreden, doordat huisartsen met een speciale interesse of affiniteit met de terminale zorg de vragenlijst hebben ingevuld. Vanwege de lage respons en de mogelijke bias hebben we een non-respons analyse uitgevoerd.

Ook de respons van de non-respons analyse was laag, slechts 13,3% heeft onze mail beantwoord. Hoewel de respons te laag is om harde uitspraken te doen over de reden om niet aan dit onderzoek mee te werken, lijkt de belangrijkste reden “te druk / vergeten” (76%) te zijn. Een veel lager percentage huisartsen (24%) vond de manier van enquêteren via een webenquête niet prettig. Er zijn geen huisartsen die de enquête niet in hebben gevuld omdat zij geen affiniteit hebben met het thema of slechte ervaring hebben met terminale zorg. Hoewel er dus mogelijk sampling-bias is opgetreden, lijkt dit op basis van de bovenstaande cijfers mee te vallen.

5.3 Generaliseerbaarheid

De onderzoekspopulatie betreft een beperkt aantal huisartsen in een kleine regio. De onderzoekspopulatie wijkt bovendien sterk af van de Nederlandse huisartsenpopulatie wat betreft “percentage vrouwelijke huisartsen” (39% versus 27%) en “percentage parttime banen” (63% versus 39%).¹⁹ De cijfers uit dit onderzoek zijn dan ook niet representatief voor de Nederlandse situatie.

Vanwege het grote aantal aanpassingen in de vragenlijst van de 1^e pilot-studie en het ontbreken van Nederlandse studies, is er geen vergelijking mogelijk. In de toekomst zal de vragenlijst op verschillende posten door heel Nederland uitgezet gaan worden waardoor vergelijking van resultaten mogelijk wordt.

6 Aanbevelingen

6.1 Aanbevelingen voor huisartsenposten

- Optimaliseren van de informatieoverdracht, bijvoorbeeld door gebruik te maken van een standaard overdrachtsformulier of een centraal elektronisch patiënten dossier.
- Andere informatiebronnen kunnen beter benut worden:
 - De helpdesk palliatieve zorg moet meer bekendheid krijgen. Het moet voor huisartsen op de post duidelijk zijn hoe en wanneer zij de helpdesk kunnen consulteren.
 - Het telefoonnummer van de eigen huisarts zou bij voorkeur beschikbaar moeten zijn zodat consultatie tijdens de dienst mogelijk wordt.
- De communicatie tussen verschillende instanties zoals de apotheek, de palliatieve thuiszorg en specialisten zou moeten verbeteren.

6.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek

- De webenquête optimaliseren. Een aantal huisartsen was nu, door bepaalde instellingen van hun computer, niet in staat de webenquête in te vullen. Mogelijk kan dit probleem verholpen worden zodat in de toekomst een hogere respons behaald kan worden.
- De vragenlijst zal op verschillende HAP's door heel Nederland uitgezet gaan worden, hierdoor krijgen we een beter beeld van de terminale zorg buiten kantooruren. Bovendien kan het meetinstrument gebruikt worden om de kwaliteit van de terminale zorg op verschillende posten in Nederland te vergelijken, het zogenaamde benchmarken.
- Omdat met dit onderzoek algemene indrukken worden opgedaan, zou het wenselijk zijn meer objectieve gegevens te verkrijgen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door dienstberichten van contacten met terminale patiënten op de HAP te verzamelen en te analyseren.

7 Conclusie

Onze hypothese bij dit onderzoek was dat de continuïteit van terminale zorg op de HAP verminderd zou zijn door het grote aantal hulpverleners en gebrekkige informatieoverdracht. Verder werd gedacht dat de kwaliteit van de terminale zorg buiten kantooruren mogelijk tekort zou schieten door het spoedeisende karakter van de zorg op de HAP.

Uit dit onderzoek blijkt dat een groot deel van de huisartsen persoonlijk beschikbaar is voor zijn terminale patiënten buiten kantooruren. Echter is er moeilijk een uitspraak te doen over deze hypothese, omdat er geen gegevens uit eerder onderzoek beschikbaar zijn, zodat vergelijking niet mogelijk is. De informatieoverdracht blijkt het grootste knelpunt te zijn in de terminale zorgverlening door de HAP. Dit heeft met name te maken met het feit dat de informatie vaak onvolledig en niet up to date is. Het spoedeisende karakter van de zorg op de HAP lijkt geen invloed te hebben op de kwaliteit van de terminale zorg, de meerderheid van de huisartsen is tevreden over de terminale zorg zoals deze geleverd wordt door de HAP.

8 Literatuurlijst

- 1.) Giesen P, Hiemstra N, Haan J de, Grol R. Centrale huisartsenpost voldoet aan verwachtingen. Medisch contact 2002; 57 (45): 1657-1660
- 2.) Finlay I. The continuing challenge of palliative care. British Journal of General Practice 2006; 56: 3-4
- 3.) Muijsenbergh M. van den. Palliatieve zorg door de huisarts. Proefschrift aan Universiteit Leiden 2001: 44-56
- 4.) Nivel, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg. Dossier palliatieve zorg. www.nivel.nl
- 5.) Burt J, Barclay S, Marshall N, Shipman C, Stimson A, Young J. Continuity within primary palliative care: an audit of general practice out-of hours co-operatives. Journal of Public Health 2004; Vol. 26, No. 3: 275-276
- 6.) Shipman C, et al. Providing palliative care in primary care: how satisfied are GPs and district nurses with current out-of-hours arrangements? British Journal of General Practice 2000; 50: 477-478
- 7.) Barclay S, Rogers M, Todd C. Communication between GPs and cooperatives is poor for terminally ill patients. British Medical Journal 1997; Vol. 315: 1235-1236
- 8.) Munday M, Douglas A, Carroll D. GP out of hours cooperatives and delivery of palliative care. British Journal of Medical Practice, 1999: 489
- 9.) Worth A, Boyd K, Kendall M, Heaney D, Macleod U, Cormie P, Hockley J, Murray S. Out-of-hours palliative care: a qualitative study of cancer patients carers and professionals. British Journal of General Practice 2006; 56: 6-13
- 10.) Duijn NP van, Schadé E. Huisarts en kanker, vragen over competentie, organisatie en patiëntoriëntatie. Huisarts en Wetenschap, 1998; (1): p.33-41.
- 11.) Wit N de, Broek R van den, Thomeer I, Stalman W. Terminale zorg aan oncologische patiënten in de huisartspraktijk; frequentie, inhoud en ervaren belasting. Huisarts en Wetenschap 2003; 46 (2): 86-90
- 12.) Centraal Bureau voor de Statistiek. Kerncijfers sterfte en doodsoorzaken 2005. <http://www.cbs.nl>
- 13.) Borgsteede SD, Graafland-Riedstra C, Deliens L, Francke AL, Eijk J TH M van, Willems DL. Good end-of-life care according to patients and their GPs. British Journal of General Practice 2006; 56: 20-26
- 14.) http://www.trauma-nursing.nl/modules/wfsection/pdf/acutezorg_toekomstvisie_haps_180504.pdf

- 15.) Giesen P, Janssens H, Morkink H, Grol R, Moll van Charante E, Bindels P. Goed bevonden: patiënten geven huisartsenpost het rapportcijfer 8. Medisch contact 2004; 59 (17): 672-675
- 16.) Wijck F. van. Casus: Continuïteit altijd waarborgen bij zorg palliatieve patiënt. Huisartsen Post 2006; 2: 20-22
- 17.) Pelsmacker de P, Kenhove van P. Marktonderzoek Methode en Toepassingen ², 2006: p. 172, 194.
- 18.) Drenth P.J.D, Sijtsma K. Testtheorie inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen, 1990: p. 59-63, 213
- 19.) Nivel, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg. Registratie beroepen in de gezondheidszorg, registratie van huisartsen 01-01-2005. www.nivel.nl
- 20.) http://www2.sims.berkeley.edu/courses/is213/s06/resources/questionnaire_development.html

Bijlage 1: Literatuurstudie

Inleiding

In Nederland heeft de huisarts een spilfunctie in de zorgverlening en organisatie van de zorg die thuis aan terminale patiënten wordt geleverd. Hij werkt samen met de thuiszorg, familie, mantelzorg en vele anderen. Ook bij patiënten die in een verzorgingshuis of hospice verblijven, hebben huisartsen een belangrijke rol in de palliatieve zorg. De zorg aan terminale patiënten bestaat voor een belangrijk deel uit het verlichten van pijn. Ook behandelt de huisarts andere lichamelijke en psychische klachten. Emotionele ondersteuning van patiënt en familie maakt een essentieel onderdeel uit van huisartsgeneeskundige zorg voor terminale patiënten.^{3,4}

Methode

Voor het verkrijgen van relevante artikelen is eerst via PubMed gezocht met de MeSH-terminen: 'After-hours care', 'Palliative care' en 'Physicians, Family'. De drie combinaties leverde geen resultaten op. De combinatie 'After-hours care' en 'Palliative care' leverde acht artikelen op, waarvan twee artikelen bruikbaar bleken. Vervolgens is de sneeuwbalmethode toegepast, wat verschillende bruikbare artikelen uit de referentielijsten heeft opgeleverd. Zowel Nederlands als Engelstalige artikelen werden geselecteerd. Artikelen van voor de invoering van de huisartsenpost werden geëxcludeerd, dat wil zeggen Nederlandse onderzoeken van voor 1998 en onderzoeken uit Groot-Brittannië van voor 1995. Op internet is in het Medisch Contact archief gezocht met de zoekterm 'huisartsenpost', dit leverde 45 artikelen op waarvan twee artikelen zijn geselecteerd. Op de webpagina van Huisarts en Wetenschap resulteerde de zoekactie 'palliatieve zorg' in 84 artikelen waarvan eveneens twee artikelen zijn geselecteerd. Tenslotte is er algemene informatie gezocht via de google-zoekmachine met als zoektermen: 'huisartsenposten Nederland', 'terminale zorg', 'palliatieve zorg', 'palliatieve zorg huisartsen' en 'sterftcijfers 2005'.

Terminale patiënten in de huisartsenpraktijk

Landelijke cijfers over het totale aantal terminale patiënten in de huisartsenpraktijk ontbreken, maar uit onderzoek is gebleken dat een huisarts gemiddeld aan vijf à zes terminale kanker patiënten, per jaar, terminale zorg verleent. Gemiddeld is een huisarts bij twee van de vijf à zes patiënten de hoofdbehandelaar.^{4,10}

De zorg die een huisarts als hoofdbehandelaar aan een terminale patiënt verleent is vaak zeer intensief. Een huisarts heeft in de terminale fase gemiddeld 26 contacten van gemiddeld 16 minuten met de patiënt, tot aan diens overlijden. Bij een aantal van vijf à zes terminale patiënten per jaar, zou een huisarts ongeveer 34 uur per jaar, en ongeveer drie kwartier per werkweek besteden aan zorg aan terminale patiënten.³

De helft van al deze contacten waren visites, de andere helft waren bezoeken aan de huisartspraktijk en telefonische consulten.¹¹

*Figuur 1: Sterftecijfers uit 2005*¹²

Doodsoorzaken	Aantallen	Percentage van aantal overledenen
Hart- en vaatziekten	40373	32%
Maligniteiten	43350	30%
Aandoeningen van de ademhalingsorganen	14315	10%
Anders	38364	28%
Totaal	136402	100%

Uit de cijfers in figuur 1 blijkt dat een groot percentage van alle overledenen in Nederland stierf aan een chronische ziekte zoals: maligniteiten, chronisch hartfalen en longziekten zoals COPD.¹² Van alle patiënten met een chronische aandoening komt 60% thuis te overlijden.³

Twee onderzoeken hebben getracht te inventariseren wat patiënten belangrijk achten in terminale zorg en wat zij van huisartsen verwachten. Hieruit is gebleken dat goede terminale zorg, volgens patiënten, van een aantal factoren afhankelijk is.^{3,13}

- Beschikbaarheid voor visites en beschikbaarheid buiten kantooruren
- Medische competentie
- Samenwerking met andere specialisten met betrekking tot palliatieve zorg
- Aandacht
- Waarborgen van de continuïteit van zorg

Huisartsenposten in Nederland

Nederland telt ongeveer 8400 praktiserende huisartsen en momenteel zo'n 129 huisartsenposten (HAP's), 90% van alle huisartsen is aangesloten bij een HAP.¹⁴

Het fenomeen HAP bestaat nog niet zo lang in Nederland. Tussen 1998 en 2000 werden er in hoog tempo HAP's opgericht met als doel vermindering van werkbelasting, verbetering van arbeidsomstandigheden en verbetering van huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren. Uit onderzoek is gebleken dat deze beoogde doelen voor het oprichten van grootschalige HAP's zijn behaald.¹

Medio 2001 werd de algemene Maatregel van Bestuur van kracht die huisartsenstructuren (HDS'en) als zorginstellingen erkent. Door deze maatregel werd financiering mogelijk, maar moesten HDS'en ook ten volle voldoen aan de kwaliteitswet, die voor gezondheidszorginstellingen geldt.¹⁴

Uit onderzoek van P. Giesen uit 2004, naar het consumenten oordeel over de geleverde zorg op de HAP blijkt dat patiënten overwegend positief zijn over de geleverde zorg, gemiddeld geven zij het rapportcijfer 8. Zij zijn het meest positief over het functioneren van huisartsen en het minst positief over de organisatie van de zorg. Voorlichting over de HAP schiet tekort. Zo weten patiënten vaak niet met welke hulpvraag ze waar terecht kunnen. Ook laat de bewegwijzering en de parkeergelegenheid vaak te wensen over.¹⁵

Zorg voor terminale patiënten buiten kantooruren in Nederland

Uit het onderzoek van van den Muijsenbergh uit 2001 blijkt dat in de terminale fase 95% van alle contacten met de eigen huisarts en slechts 5% met dienstdoende huisartsen plaatsvindt.³

In een studie van de Wit uit 2003 lag dit percentage iets lager, daar was 87% van alle contacten met de eigen huisarts.¹¹ In beide studies werden gegevens verzameld in de periode nog voor de komst van de HAP. Het is niet duidelijk of dit percentage veranderd is na invoering van grootschalige HAP's.

Uit het onderzoek van van den Muijsenbergh blijkt dat het initiatief voor het contact tussen huisarts en patiënt in 62% van de gevallen bij de huisarts ligt. Voor 80% van alle patiënten die thuis sterft is de huisarts de laatste dagen continu persoonlijk beschikbaar. Als de huisarts niet zelf beschikbaar is, is de waarnemend arts vaak goed geïnformeerd. Slechts in 2 van de 127 contacten door waarnemende artsen was de waarnemend arts niet goed geïnformeerd.³

Uit onderzoek van de Wit uit 2003, bleek dat transmurale consultatie van een specialist in bijna de helft van de terminale kankerpatiënten (47%) plaatsvond, meestal telefonisch.

Collega huisartsen (2%) en het regionale palliatieteam (2%) werden incidenteel

geraadpleegd.¹¹ Er zijn geen cijfers bekend over hoe vaak dienstdoende huisartsen op de HAP, andere artsen of specialistische palliatieteams consulteren.

F van Wijck beschreef een casus waarin problemen plaatsvonden in het verlenen van terminale zorg buiten kantooruren. De triagiste had in deze casus niet aan de huisarts doorgegeven dat de partner van de patiënt in paniek was en bovendien was er geen informatie overgedragen door de eigen huisarts. In de beschouwing wordt opgemerkt dat triagisten meer getraind moeten worden in de terminale zorgverlening. Om terminale zorg buiten kantooruren te verbeteren, zouden dienstdoende artsen vaker het regionaal palliatieteam moeten consulteren, welk 24 uur per dag bereikbaar is. Terminale thuiszorg is van essentieel belang. Deze zorg is echter voor huisartsen moeilijk te coördineren vanwege de onoverzichtelijke structuur door de vele verschillende organisaties. Om beter van deze bron van zorg gebruik te kunnen maken suggereert van Wijck om deze tak van zorg beter te structureren.¹⁶

Beschouwing

Grootschalige gecentreerde huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren staat in Nederland nog in de kinderschoenen. Hoewel er momenteel veel onderzoek wordt gedaan naar het functioneren van HAP's, is er nog maar weinig bekend over terminale zorg buiten kantooruren. De meeste artikelen richten zich op terminale zorg geboden door de huisarts, nog voor de invoering van HAP.

Er kunnen enige kanttekeningen worden geplaatst bij de gebruikte literatuur. Zo is er in de studie van van den Muijsenbergh uit 2001 vaak sprake van selectiebias. Huisartsen met een speciale interesse in wetenschappelijk onderzoek zorg worden geselecteerd, waardoor de resultaten een vertekend beeld van de werkelijkheid kunnen geven.³ In het onderzoek van de Wit uit 2003, was er sprake van herinneringsbias: huisartsen beantwoordden vragen over patiënten die 5 jaar geleden overleden waren!¹¹

De onderzoeksgroepen uit beide bovengenoemde studies waren relatief klein en betroffen slechts een kleine regio waardoor resultaten niet zonder meer representatief zijn voor de Nederlandse eerstelijns situatie.^{3,11} De gebruikte vragenlijsten uit het onderzoek van van den Muijsenbergh hebben een lage validiteit, vragen hebben vaak ja/nee antwoordmogelijkheden zonder onderscheid in percentage of frequentie. Verder zullen op een veel vragen uit deze vragenlijst sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven.³

Zorg voor terminale patiënten buiten kantooruren in Groot-Brittannië

In Groot-Brittannië is de grootschalige HAP enkele jaren eerder ingevoerd dan in Nederland. Uit een onderzoek van J. Burt uit 2004 bleek dat ruim 77% van de huisartsen ondanks de komst de HAP (deels) persoonlijk beschikbaar blijft voor zijn terminale patiënten. Slechts 23% van de huisartsen draagt de zorg volledig over aan de post. Van alle contacten met de HAP betrof 2,1% terminale patiënten.⁵

Uit een aantal onderzoeken blijkt dat de zorg voor terminale patiënten op de HAP niet vlekkeloos verloopt. Onvoldoende overdracht van informatie is hierbij het grootste probleem. Van alle huisartsen blijkt slechts een klein percentage relevante informatie over terminale patiënten aan de HAP over te dragen, variërend van 0-33%.^{5,6,7,8}

Er zijn aanwijzingen dat huisartsen ten onrechte patiënten als niet-terminaal definiëren, dit komt vooral voor bij terminale patiënten zonder maligne aandoening. In al deze gevallen is het onwaarschijnlijk dat de huisarts informatie aan de dienstdoende huisarts over zal dragen.⁵ De informatieoverdracht van de post naar de eigen huisarts verliep beter. Sterfgevallen werden vrijwel altijd aan de eigen huisarts doorgegeven en bij visites en telefonische consulten werd er in 50-88% van de gevallen informatie overgedragen.^{5,7}

Oplossingen die genoemd worden om de informatieoverdracht tussen de huisarts en de HAP te verbeteren zijn: het gebruiken van een elektronische overdracht of faxformulieren.^{2,5,7,8} Uit het onderzoek van Munday uit 1999 is het gebruik van faxformulieren effectief gebleken, de informatieoverdracht steeg van 21% naar 55%.⁸

Andere problemen die werden gesignaleerd waren: logistieke problemen (zoals de toegang tot medicatie), tijdsgebrek en te weinig alternatieve bronnen voor zorg voor terminale patiënten buiten kantooruren.^{2,6,9}

Shipman concludeerde uit een onderzoek in 2000 dat huisartsen over het algemeen tevreden waren over de geleverde zorg op de HAP. Huisartsen uit een ruraal gebied waren meer tevreden dan huisartsen uit een stedelijk gebied 85.4% in vergelijking tot 67.3%. District Nurses waren iets minder tevreden, met name over: de kwaliteit van de adviezen van de huisarts, de weerstand tegen visites en problemen in het verkrijgen van de voorgeschreven medicatie.⁶

Uit een onderzoek van Barclay bleek dat van de tien terminale patiënten die twee of meer contacten met de HAP hadden gehad in slechts één patiënt twee maal dezelfde arts te zien kreeg. De dienstdoende artsen waren bovendien in 9 van de 13 vervolcontacten niet op de hoogte van de situatie van de patiënt en ook niet van de eerdere contacten met een andere dienstdoende arts.⁷

Patiënten geven aan terughoudender te zijn bij het zoeken van medische hulp buiten kantooruren. Zij weten vaak niet waar ze met hun zorgvraag terecht kunnen. Ook zijn patiënten vaak angstig omdat ze niet weten of hun klachten de zorgvraag legitimeert en ze durven de dienstdoende dokter niet ‘te storen’.⁹ Patiënten zijn bang dat hun wens om thuis te sterven niet door de dienstdoende arts zal worden gerespecteerd. Het aantal ziekenhuisopnames van terminale patiënten is gestegen, hier ligt vaak een gebrekkige informatieoverdracht van de eigen huisarts aan ten grondslag. De dienstdoende weet niets over de complexe situatie, de wensen en het ingezette beleid en zal eerder geneigd zijn de patiënt te laten opnemen.⁹

Beschouwing

De algemene conclusie uit de bovenstaande literatuur is dat terminale zorg buiten kantooruren in Groot-Brittannië een aantal jaar na invoering van het nieuwe systeem nog lang niet optimaal functioneert. Het grootste probleem lijkt de gebrekkige informatieoverdracht van huisartsen naar de huisartsenpost. Oplossingen voor de gebrekkige continuïteit in terminale zorg buiten kantooruren liggen dan ook voor een belangrijk deel op het vlak van de informatieoverdracht.

De onderzoeken van Barclay uit 1997 en Munday uit 1999 betreffen beide een erg kleine onderzoekspopulatie.^{7,8} Bovendien vindt er nogal wat selectiebias plaats bij het selecteren van zowel huisartsen als patiënten. Zo worden patiënten die te ziek zijn om te participeren, in het onderzoek van A Worth uit 2006, geëxcludeerd. Dit zijn echter wel de patiënten die veel zorg nodig hebben en vaak hulp zoeken buiten kantooruren.⁹

Verder valt erg nog aan te merken dat vaak de methode van de desbetreffende onderzoeken erg summier beschreven staat, waardoor mogelijk bepaalde methodieke fouten onopgemerkt blijven.

Bijlage 2: Begeleidende brief bij de webenquête

Nederlands Kenniscentrum voor Huisartsenposten en Spoedzorg
Afdeling Kwaliteit van Zorg, UMC St. Radboud
117 KWAZO
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen
tel.nr: 024-3610757 / 3614808



Geachte collega,

Het begrip 'continuïteit van zorg' wordt gekoesterd binnen de huisartsgeneeskunde en staat erg in de actualiteit. Continuïteit van zorg is het hoofdthema van het NHG congres in november 2006.

Er is veel onduidelijkheid over de invloed van de komst van grootschalige huisartsenposten op de continuïteit van de huisartsgeneeskundige zorg voor terminale patiënten.

Zoals u weet heeft de SHDA als eerste HAP in Nederland, met het PACT project het voortouw genomen om de terminale zorg in de diensten te onderzoeken en te verbeteren. Om de continuïteit en de kwaliteit van zorg verder in kaart te brengen is door onderzoekers van het UMC St. Radboud in samenwerking met medewerkers van het PACT project een gevalideerde enquête voor huisartsen ontworpen. Met de uitkomsten van dit onderzoek, dat bij zoveel mogelijk HAP's in Nederland zal worden uitgevoerd, kunnen posten ondersteund worden bij het leveren van optimale terminale zorg.

Wij verzoeken u vriendelijk uw medewerking te verlenen door deze webenquête in te vullen. U vindt de webenquête door de onderstaande link aan te klikken.

Link naar webenquête:

http://www.kenniscentrumhuisartsenposten.nl/TerminaleZorg/survey.php?sid=37&invite_code=gjBInoLAut

Het invullen van deze enquête kost ongeveer 10 minuten. De enquête zal anoniem worden verwerkt. Mocht u besluiten niet aan dit onderzoek mee te willen werken, wil u dit dan even laten weten? Hartelijk dank!

Met vriendelijke groet,

Frank de Groot, manager SHDA

Mede namens het onderzoeksteam;
Projectleider Kenniscentrum: Paul Giesen, huisarts
Projectleider: Maartje Willekens, arts-onderzoeker
Junior-onderzoeker: Elmie Terpstra

In samenwerking met:

PACT Onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde EMGO Instituut Vumc
Onderzoekers: Bart Schweitzer, Nettie Blankenstein

Correspondentieadres: Terminalezorg@kenniscentrumhuisartsenposten.nl

Bijlage 3: Webenquête

Enquête huisartsen: Zorg voor terminale patiënten buiten kantooruren

Huisarts - en praktijkkenmerken

1. Leeftijd: _____ jaar

2. Geslacht:
 - Man
 - Vrouw

3. In welke praktijkvorm bent u werkzaam?
 - Solopraktijk
 - Duopraktijk
 - Groepspraktijk/HOED/Gezondheidscentrum met _____ huisartsen

4. Hoeveel dagen per week bent u (gemiddeld) als huisarts in uw praktijk werkzaam?
 - 2 dagen of minder
 - 3-4 dagen
 - >4 dagen

5. Waar bent u werkzaam?
 - Grote Stad
 - Stedelijk gebied
 - Verstedelijkt platteland
 - Platteland

6. Bij welke huisartsenpost bent u aangesloten? _____

Beschikbaarheid van u als huisarts voor terminale patiënten

Definitie terminale patiënt: *Een patiënt die in de levensfase belandt waarin genezing niet meer mogelijk is en de levensverwachting beperkt, onafhankelijk van het onderliggend lijden.*

7. Is het voor u gebruikelijk om buiten kantooruren persoonlijk beschikbaar te zijn voor uw eigen terminale patiënten?

Ja

Nee

8. Hoe bent u buiten kantooruren bereikbaar voor uw eigen terminale patiënten?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

Rechtstreeks bereikbaar op privé nummer

Rechtstreeks bereikbaar op mobiel nummer

Telefonisch bereikbaar via de HAP

Persoonlijk beschikbaar overdag

Persoonlijk beschikbaar 's nachts

Visite op eigen initiatief buiten kantooruren.

Volledige overdracht van zorg aan de HAP

Indien zelf niet beschikbaar, overdracht aan andere HA uit HAGRO

Anders, namelijk: _____

9. Hier staan enkele redenen genoemd om (soms) niet beschikbaar te zijn. Kunt u aangeven hoe belangrijk deze redenen voor u zijn om niet beschikbaar te zijn?

Afwezigheid (vakanties, congressen, etc) onbelangrijk zeer belangrijk

Te hoge werkbelasting onbelangrijk zeer belangrijk

Slechte arts - patiënt relatie onbelangrijk zeer belangrijk

Werk en privé gescheiden willen houden onbelangrijk zeer belangrijk

Niet te combineren met privé-leven onbelangrijk zeer belangrijk

Niet nodig vanwege goede zorg door HAP onbelangrijk zeer belangrijk

Afspraak over taakverdeling omdat ik parttime werk. onbelangrijk zeer belangrijk

parttime werk.

Anders, namelijk: _____ onbelangrijk zeer belangrijk

10. Hoe belangrijk zijn de volgende factoren, in de toestand van uw terminale patiënt, in de beslissing om persoonlijk bereikbaar te zijn voor deze patiënt?

- | | | | | | | | |
|--|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Wens van de patiënt | onbelangrijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zeer belangrijk |
| Sociale problemen | onbelangrijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zeer belangrijk |
| Psychische problemen | onbelangrijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zeer belangrijk |
| Lichamelijke problemen | onbelangrijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zeer belangrijk |
| Beperkte levensverwachting | onbelangrijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zeer belangrijk |
| Onvoldoende mantelzorg | onbelangrijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zeer belangrijk |
| Moeilijk over te dragen door complexiteit probleem | onbelangrijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zeer belangrijk |

11. Vanaf wanneer bent u voor terminale patiënten gewoonlijk beschikbaar? Ik ben gewoonlijk beschikbaar bij een levensverwachting van:

- 2-3 maanden
- 1-2 maanden
- 1 week - 1 maand
- < 1 week
- Niet van toepassing

Informatie overdracht van u als huisarts naar HAP

12. Indien een patiënt van u in de terminale fase verkeert, geeft u dan informatie over deze patiënt door aan de HAP?

Nooit Altijd

13. Indien u geen informatie overdraagt, wat zijn dan de redenen om dit *niet* te doen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Zelf continu beschikbaar
- Patiënt net uit het ziekenhuis ontslagen
- Vergeten
- Situatie verslechtert sneller dan voorzien
- Administratief veel werk
- Niet van toepassing
- Anders, namelijk _____

14. Welke informatie draagt u over aan de HAP? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Dat het een terminale patiënt betreft
- Diagnose
- Prognose
- Probleemlijst
- Medicatie
- Intoleranties
- Laatste 5 patiëntcontacten uit het journaal
- Relevante wijzigingen in beleid of situatie
- Kennis van de patiënt over diagnose en prognose
- Gewenst beleid (bijvoorbeeld tav pijnstilling)
- Wensen tav levenseinde
- Psychosociale context
- Mijn eigen privé telefoonnummer

Informatie overdracht van de HAP naar u als huisarts

15. Bent u over het algemeen tevreden over de dienstberichten / verslaglegging van de contacten met uw terminale patiënten op de HAP?

Nooit Altijd

16. Indien u *niet* tevreden bent over de verslaglegging, wat mist u dan? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Reden van het contact
- Anamnese
- Lichamelijk onderzoek
- Conclusie (E-regel)
- Behandeling / voorgeschreven medicatie
- Veranderingen in het beleid
- Persoonsgebonden informatie (wensen patiënt, sociale omgeving, etc)
- Niet van toepassing

Zorg voor uw eigen terminale patiënten op HAP

17. Wat is uw oordeel over de zorg op de huisartsenpost voor uw eigen terminale patiënten?

Zeer ontevreden Zeer tevreden

18. Indien u niet tevreden bent, waar bent u dan *niet* tevreden over? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Het beleid
- Een eventuele verwijzing
- De aard van het contact (telefonisch/consult/visite)
- De communicatie met patiënt en/of verzorgende
- De attitude van de dienstdoende huisarts
- Niet van toepassing

Zorg door u als dienstdoende huisarts op de HAP

19. Bent u als dienstdoende huisarts tevreden over de informatie over terminale patiënten die door de eigen huisarts aan de HAP is doorgegeven?

Zeerv ontevreden Zeer tevreden

Indien u niet tevreden bent, waar bent u dan *niet* tevreden over? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Er was geen informatie beschikbaar
- Er was onvoldoende informatie beschikbaar
- De informatie was niet up to date
- Geen telefoonnummer eigen huisarts
- Niet van toepassing
- Anders, namelijk: _____

20. Informatie over welke van de volgende punten hebt u als dienstdoende huisarts op de HAP nodig voor de terminale patiëntenzorg? En hoe belangrijk vindt u ze?

Dat het een terminale patiënt betreft	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeer belangrijk
Diagnose	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeer belangrijk
Prognose	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeerbelangrijk
Probleemlijst	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeerbelangrijk
Medicatie	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeer belangrijk
Intoleranties	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeer belangrijk
Laatste 5 patiëntcontacten uit het journaal	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeer belangrijk
Relevante wijzigingen in beleid	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeer belangrijk
Kennis patiënt over diagnose en prognose	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeer belangrijk
Gewenst beleid (bijv. tav pijnstilling)	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeer belangrijk
Wensen tav levenseinde	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeer belangrijk
Psychosociale context	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeer belangrijk
Privé nummer van eigen huisarts	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeer belangrijk
Anders, namelijk _____	onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeer belangrijk

21. Hoe vaak heeft u als dienstdoende huisarts de behoefte gehad om de eigen huisarts te consulteren in geval van complexe problematiek rondom terminale zorg?

Nooit Altijd

22. Hoe vaak heeft u toen de eigen huisarts feitelijk geconsulteerd?

Nooit Altijd

23. Hoe vaak heeft u als dienstdoende huisarts de behoefte gehad de helpdesk palliatieve zorg te consulteren?

Nooit Altijd

24. Hoe vaak heeft u toen de palliatieve helpdesk feitelijk geconsulteerd?

Nooit Altijd

25. In welke mate ervaart u de volgende factoren als knelpunten, in de zorg voor terminale patiënten, als u zelf dienst heeft op de HAP?

Informatieoverdracht Nooit Altijd

Tijdsdruk Nooit Altijd

Moeizame communicatie Nooit Altijd

(thuiszorg, apotheek, etc)

Lastig onbekende terminale Nooit Altijd

patiënt te behandelen

Patiënt niet op de hoogte Nooit Altijd

van mogelijkheden in de dienst

Patiënt niet op de hoogte van Nooit Altijd

prognose en beleid

Medisch beleid lastig vanwege Nooit Altijd

complexe problematiek

Eigen HA geen anticiperend Nooit Altijd

beleid ingezet

Eigen huisarts niet bereikbaar Nooit Altijd

Anders, namelijk _____

Nooit Altijd

26. Heeft u tot slot nog nuttige tips ter verbetering van de zorg voor terminale patiënten op de HAP?

U bent nu klaar met het invullen van de enquête. Hartelijk dank!

Bijlage 4: Tabellen

Tabel 4.1: Huisarts en praktijkkenmerken

Tabel 4.1.1: Leeftijd in jaren

N	Valid	175
	Missing	0
Mean		49,64
Median		51,00
Std. Deviation		8,101

Tabel 4.1.2: Geslacht

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid man	107	61,1	61,1	61,1
vrouw	68	38,9	38,9	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Tabel 4.1.3: Praktijkvorm

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solopraktijk	44	25,1	25,1	25,1
Duopraktijk	57	32,6	32,6	57,7
groepspraktijk/HOED/ gezondheidscentrum	74	42,3	42,3	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Tabel 4.1.4: Aantal werkdagen per week

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 dagen of minder	3	1,7	1,7	1,7
3-4 dagen	111	63,4	63,4	65,1
> 4 dagen	61	34,9	34,9	100,0
Total	175	100,0	100,0	

Tabel 4.2 Non-respons analyse, reden om niet aan het onderzoek mee te werken

Reden voor non-respons (N=33)	Ja(%)	Nee(%)
Te druk / vergeten	75,8	24,2
Geen affiniteit met thema	0,0	100,0
Werk in principe niet mee aan onderzoek	6,1	93,9
Ik ervaar geen problemen op gebied van terminale zorg	9,1	90,9
Ik heb slechte ervaring met terminale zorg	0,0	100,0
Het betreffen slechte vragen	3,0	97,0
Het betreft een te lange vragenlijst	12,1	87,9
Manier van enquêteren staat me niet aan	24,2	75,8
Afwezigheid / ziekte	12,1	87,9
Link werkt niet	6,1	93,9
Hoge onderzoeksbelasting	6,1	93,9

Tabel 4.3: Beschikbaarheid van de eigen huisarts voor terminale patienten**Tabel 4.3.1: Beschikbaarheid van huisartsen in verschillende leeftijdsgroepen**

leeftijdsgroep	Beschikbaar	Frequentie	Huisartsen(%)
jong (0 - 50 jr.)	Ja	54	62,8
	Nee	32	37,2
	Totaal	86	100,0
Oud (51jr. →)	Ja	69	77,5
	Nee	20	22,5
	Totaal	89	100,0

Tabel 4.3.2: Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,548(a)	1	,033		
Continuity Correction	3,870	1	,049		
Likelihood Ratio	4,577	1	,032		
Fisher's Exact Test				,047	,024
Linear-by-Linear Association	4,522	1	,033		
N of Valid Cases	175				

a.) 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,55.

Tabel 4.3.3: Beschikbaarheid van huisartsen naar geslacht

Geslacht	Beschikbaar	Frequentie	Huisartsen(%)
Man	Ja	80	74,8
	Nee	27	25,2
	Totaal	107	100,0
Vrouw	Ja	43	63,2
	Nee	25	36,8
	Totaal	68	100,0

Tabel 4.3.4: Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,647(b)	1	,104		
Continuity Correction(a)	2,124	1	,145		
Likelihood Ratio	2,616	1	,106		
Fisher's Exact Test				,127	,073
N of Valid Cases	175				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,21.

Tabel 4.4: Levensverwachting vanaf wanneer huisartsen persoonlijk beschikbaar zijn

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2-3 maanden	10	6,7	6,7	6,7
1-2 maanden	31	20,8	20,8	27,5
1 week -1 maand	66	44,3	44,3	71,8
<1 week	42	28,2	28,2	100,0
Total	149*	100,0	100,0	

* niet van toepassing n=26

Tabel 4.5: Niet tevreden over de verschillende aspecten van de verslaglegging

	Ja(%)	Nee(%)
Reden van het contact	2,9	97,1
Anamnese	4,6	95,4
Lichamelijk onderzoek	5,7	94,3
Conclusie (E-regel)	11,4	88,6
Behandeling / medicatie	9,7	90,3
Wijzigingen in beleid	21,7	78,3
Persoonlijke info over patiënt en omgeving	17,1	82,9
Niet van toepassing	62,3	37,7