

EEN GROOTSCHALIGER DIENSTENSTRUCTUUR VAN HUISARTSENZORG IN ROTTERDAM:

DE INVOERING VAN CENTRALE HUISARTSENPOSTEN VOOR DE NACHTELIJKE WAARNEMING

S.J. Grielen
S. Beekhoven
D.H. de Bakker

augustus 1999

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Districts Huisartsen Vereniging Rotterdam en omstreken

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 2729700 / Fax: 030 - 2729729

trefwoorden: huisartsenzorg, zorg buiten kantooruren, spoedeisende hulp

ISBN 90-6905-433-7

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD

1	INLEIDING	7
2.	ACHTERGROND EN VRAAGSTELLING	9
2.1	Oude situatie	9
2.2	Nieuwe situatie	9
2.3	Onderzoeksvragen	11
3	METHODEN	13
3.1	Inleiding	13
3.2	Contactregistratie	13
3.2.1	Procedure	13
3.2.2	Respons	15
3.3	Telefonische enquête onder patiënten	16
3.3.1	Inhoud van de enquête	16
3.3.2	Respons	17
3.4	Schriftelijke enquête onder huisartsen	18
3.5	Patiëntenstromen	19
3.5.1	Ziekenhuizen	19
3.5.2	Ambulancedienst	19
4	RESULTATEN	20
4.1	De gevolgen voor de huisarts	20
4.1.1	Werkbelasting	20
4.1.2	Functioneren van de huisartsenposten	25
4.2	Perspectief van de hulpvrager	28
4.2.1	Bereikbaarheid van de huisarts	28
4.2.2	Praktijkbezoek of visite	31
4.2.3	Oordeel over de behandeling	33
4.3	Contactregistratie huisarts	36
4.4	Patiëntstromen ziekenhuizen en ambulancedienst	40
5	CONCLUSIES EN DISCUSSIE	44

LITERATUUR	50
------------	----

BIJLAGEN

Bijlage 1	Contactregistratieformulier (voormeting)
Bijlage 2	Instructie voor huisarts en assistente (voormeting)
Bijlage 3A	Brief voor patiënten (voormeting)
Bijlage 3B	Brief voor patiënten (nameting)
Bijlage 4A	Telefonische enquête onder patiënten (voormeting)
Bijlage 4B	Telefonische enquête onder patiënten (nameting)
Bijlage 5	Brief voor huisartsen
Bijlage 6	Schriftelijke enquête onder huisartsen (nameting)

VOORWOORD

In januari 1998 is men in Rotterdam overgegaan op een grootschaligere organisatie van huisartsenzorg buiten kantooruren door de invoering van centrale huisartsenposten. In opdracht van de Districts Huisartsen Vereniging Rotterdam en omstreken heeft het NIVEL evaluatie-onderzoek uitgevoerd rond deze huisartsenposten. Dit onderzoek werd gefinancierd door de Commissie van Overleg van de DHV en Zilveren Kruis Zorgverzekeraar en de Stichting Fonds Achterstandswijken. Het onderzoek beoogt de effecten van de invoering van deze centrale huisartsenposten in kaart te brengen in termen van werkbelasting van de huisarts, tevredenheid van de patiënt met de geboden dienstverlening en patiëntenstromen naar andere voorzieningen.

Daartoe worden gegevens gepresenteerd over de frequentie en aard van de contacten met huisartsen 's nachts, het oordeel van de patiënt over de kwaliteit van de geboden dienstverlening, over de werkbelasting die de huisartsen ervaren, hun oordeel over het functioneren van de nieuwe organisatie en over de frequentie van de hulpvraag bij ziekenhuizen en ambulancediensten.

De auteurs willen op deze plek hun dank uitspreken aan allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van dit rapport. In de eerste plaats zijn dat alle assistentes van de centrale huisartsenposten in Rotterdam-Zuid en Rotterdam-Noordwest voor hun onontbeerlijke hulp bij het registreren van de contacten op de posten en het benaderen van de patiënten. Op de tweede plaats zijn dat de Rotterdamse huisartsen, die meewerkten door een uitgebreide vragenlijst in te vullen. Wij willen verder de heer A. Dirks en de heer N. Winkels (Sint Franciscus Gasthuis), de heer P. Huisman (Zuiderziekenhuis), de heer Th. van Steenoven en de heer P. Machielsen (Academisch Ziekenhuis Dijkzigt) en mevrouw G. van Oosterhout (Regionale Hulpverleningsdienst Rijnmond) danken voor hun bereidwilligheid de contactregistratie over de hulpvraag 's nachts bij de ziekenhuizen en de ambulancedienst te coördineren. Dank gaat ook uit naar de heer M. Stoffels van Lifeline voor het verstrekken van gegevens uit de database van de Huisartsenposten. De heer E. van Dijk, huisarts te Rotterdam, willen wij bedanken voor het becommentariëren van een eerdere versie van de vragenlijst voor huisartsen.

Tenslotte gaat onze dank uit naar de heer B. Prins voor de begeleiding vanuit de Districts Huisartsen Vereniging Rotterdam en omstreken.

1 INLEIDING

De huisarts in de grote stad heeft te maken met een hoge werkbelasting, zowel in kwalitatieve als kwantitatieve zin (zie bijv. Verhey et al., 1992; Luyten en Tjadens, 1995). De diensten buiten kantooruren worden steeds weer als een van de meest belastende aspecten van het huisartsenvak in het algemeen en dat van de huisarts in de grote stad in het bijzonder, gezien (Van Dierendonck et al., 1992). De Commissie van Overleg Districts Huisartsen Vereniging (DHV) Rotterdam en Zilveren Kruis heeft naar aanleiding daarvan het NIVEL een onderzoek laten verrichten waarin de bestaande situatie met betrekking tot de huisartsenzorg buiten kantooruren werd doorgelicht, de knelpunten geïnventariseerd alsmede het draagvlak voor verandering nagegaan (Schuller et al., 1996). De belangrijkste conclusies waren dat de huisartsen diensten buiten kantooruren als belastend tot zeer belastend ervaren en dat er een breed draagvlak voor verandering was. Op basis van de conclusies van het onderzoek is een werkgroep aan de slag gegaan die voorstellen heeft ontwikkeld voor een grootschaliger organisatie van huisartsenzorg buiten kantooruren. Een onderdeel van de nieuwe organisatie, de zogenaamde nachtmodule, is per 1 januari 1998 in de stad Rotterdam ingevoerd. Tot die tijd was sprake van onderlinge waarneming in groepen van beperkte omvang (meestal 7 tot 11 huisartsen). De nachtmodule houdt in dat de waarneming 's nachts centraal wordt georganiseerd. De DHV Rotterdam heeft gezorgd voor de organisatie van deze centrale huisartsenposten, die op 1 januari 1998 van start zijn gegaan. Het doel van de nieuwe opzet is primair een vermindering van werkbelasting voor de huisarts. Dit wil men bereiken bij minimaal gelijkblijvende kwaliteit van de dienstverlening en mogelijk zelfs een verbetering.

Deelname aan de nachtmodule vergt een financiële bijdrage van de huisartsen. Daarnaast wordt een deel van de fondsgelden in het kader van het stedelijk achterstandsgebiedenbeleid besteed aan de opzet van de nieuwe dienstenstructuur. Het is de vraag in hoeverre deze investeringen, zowel van de huisartsen zelf als vanuit de fondsen, hun rendement opleveren in termen van vermindering van werklust voor de huisarts, bij gelijkblijvende of mogelijk betere kwaliteit. De motivering voor het onderzoek dat het NIVEL in opdracht van de DHV uitvoert, is dus primair gelegen in de verantwoording van bestede middelen van huisartsen en van fondsgelden uit het stedelijk achterstandsgebiedenbeleid.

Een volgend motief is gelegen in het feit dat het overgaan op een centrale huisartsenpost een bewuste afwijking vormt van de richtlijnen van LHV en NHG, die onderlinge waarneming in kleine groepen voor een populatie van ten hoogste 20.000 voorstaan. Nu is volgens LHV en NHG afwijking van de richtlijnen mogelijk, mits dat kan worden verantwoord. Dat is een extra reden om met een onderzoek inzichtelijk te maken wat de gevolgen van de gewijzigde organisatie voor de kwaliteit van de geboden dienstverlening zijn.

Het in dit rapport gepresenteerde onderzoek beoogt de effecten van deze maatregel in kaart te brengen op drie niveaus:

- op het niveau van de huisarts gaat het in de eerste plaats om het effect op de werkbelasting in kwantitatieve (aantal diensten dat men draait, drukte tijdens dienst) maar ook in kwalitatieve zin (ervaren werkbelasting, oneigenlijke hulpvraag, etc.);
- op het niveau van de patiënt gaat het om de effecten op de kwaliteit van de geboden dienstverlening alsmede de tevredenheid van de patiënt daarmee;
- op macro-niveau gaat het om het effect op de omvang en verdeling van de

patiëntenstromen naar de huisarts in vergelijking tot andere voorzieningen.

2 ACHTERGROND EN VRAAGSTELLING

2.1 Oude situatie

Tot eind 1997 was de huisartsenzorg buiten kantooruren in Rotterdam op een vergelijkbare wijze georganiseerd als in het grootste deel van de rest van Nederland. Voor Rotterdam is deze gedetailleerd beschreven door Schuller et al. (1996). Er was een systeem van onderlinge waarneming in groepen van meestal tussen de 7 en 11 huisartsen. De gemiddelde groepsomvang lag in Rotterdam boven het landelijk gemiddelde. Men had gemiddeld 113 keer per jaar dienst in de waarnemingsgroep, waarvan 62 keer nachtdienst. Een op de vijf huisartsen beschikte niet over een achterwacht. De rol van achterwacht werd meestal vervuld door artsen of de partner. Voor de telefonische bereikbaarheid werd veelvuldig gebruik gemaakt van een antwoordapparaat. Door 14% van de huisartsen werden diensten veelvuldig uitbesteed. De door de huisarts geschatte, gemiddelde contactfrequentie lag op 14 per huisarts per avond en 4 per nacht, waarvan de helft telefonisch. In het weekend lagen deze aantallen hoger. Overigens liggen de geschatte gemiddelde contactfrequenties over het algemeen hoger dan geregistreerde contactfrequenties; in het eerste geval is vaak sprake van overschatting en in het tweede geval van onderregistratie.

De regelingen voldeden aan het door LHV/NHG gepropageerde model van onderlinge waarneming in kleine groepen en de huisartsen zelf vonden dat de regelingen redelijk functioneren. Vanuit professioneel perspectief valt echter wel het een en ander op bovenstaande waarnemingsregelingen aan te merken. Niet alle waarnemingsreglementen voldeden aan de LHV/NHG-richtlijnen, de populaties waarvoor werd waargenomen, waren in een aantal gevallen te groot en directe telefonische doorschakeling vond lang niet in alle gevallen plaats. Bovendien ontbrak het aan afstemming en samenwerking met andere voorzieningen, zoals de ziekenhuizen en de ambulancedienst (hetgeen overigens niet aan de organisatie van de huisartsenzorg hoeft te liggen).

De grote klacht van de huisartsen betrof de belasting. Elke nacht waren in Rotterdam 33 huisartsen min of meer wakker ten behoeve van 100 patiëntcontacten, waarvan de helft telefonisch. Het beslag dat daarmee werd gelegd op het gezinsleven en de belasting van moeilijke patiëntcontacten (oneigenlijke hulpvraag, eisend gedrag) werden als te groot ervaren. Bovendien moesten deze artsen in de regel 's ochtends vroeg gewoon de praktijk weer openen, ongeacht hoe zwaar de nachtdienst was. Een andere belangrijke klacht van de huisartsen in de oude situatie was de niet altijd even goed verlopende terugrapportage van de waarnemend arts aan de eigen huisarts.

2.2 Nieuwe situatie

De gedachte achter de invoering van centrale huisartsenposten was dat met een grootschaliger organisatie van de huisartsenzorg buiten kantooruren, de belasting kan worden verminderd. Er zijn daartoe drie centrale huisartsenposten ingericht voor de waarneming gedurende alle nachten van de week van 23.00 uur 's avonds tot 8.00 uur 's ochtends. Bijna alle huisartsen hebben een ongestoorde nachtrust; alleen de artsen op de posten kunnen een behoorlijk drukke nachtdienst hebben. Van de huisarts die nachtdienst heeft gehad, wordt de volgende dag de praktijk overgenomen door een lid van de huisartsengroep (hagro).

Met ingang van 1 januari 1998 zijn er drie centrale huisartsenposten geopend in de stad Rotterdam. In Rotterdam-Noord kwamen twee huisartsenposten voor twee gebieden (Noord-west en Noordoost) met elk circa 50 huisartsen. De posten werden gelokaliseerd in gebouwen van de thuiszorg. Per 1 april 1999 zijn beide posten in één gebouw gevestigd. In Rotterdam-Zuid is een huisartsenpost gekomen die gesitueerd is aanpalend aan het Zuiderziekenhuis, voor een gebied van eveneens ongeveer 50 huisartsen. Halverwege 1998 en begin 1999 zijn overigens bij alle drie de posten nieuwe hagro's toegetreden tot de organisatie. De bezetting 's nachts is: één huisarts, één telefoniste/praktijkassistente en een taxi(chauffeur). De nachtdienst loopt van 23.00 uur tot 8.00 uur. In Rotterdam-Noord is alleen de nachtmodule ingevoerd, in Rotterdam-Zuid ook de zogenaamde avond- en weekendmodule. Tijdens de avonddiensten door de week (van 17.00-23.00 uur) en weekenddiensten (zaterdag en zondag van 8.00-15.30 uur en 15.30-23.00 uur) hebben er twee huisartsen dienst en zijn er twee assistentes aanwezig op de post. Bij alle drie de diensten is permanent een achterwacht stand by. In dit onderzoek wordt alleen de nachtmodule geëvalueerd.

Bij het instellen van de huisartsenposten werd ervan uitgegaan dat (Minder diensten, kortere diensten, 1997):

1. Het aantal nachtdiensten dat men per jaar draait, zou worden teruggebracht van de circa 62 zoals bleek uit het onderzoek van Schuller et al (1996) naar 6 tot 7 per jaar per huisarts. De drukte per dienst zou naar rato wel toenemen, ongeveer vertienvoudigen. Uitgaande van de (hoge) schatting van 4 contacten per huisarts per nacht, zou dat op ongeveer 40 contacten per nacht uitkomen.
2. De praktijk van de huisarts die een nachtdienst heeft gehad zou de volgende dag worden waargenomen door collega's.
3. De drukte tijdens de dienst zou in de hand worden gehouden door ondersteuning van een gediplomeerde (of ervaren) praktijkassistente met als taken: telefoon aannemen, screenen van hulpvragen op basis van standaarden van de Nederlandse Vereniging voor DoktersAssistentes en zogenoemde telefoonkaarten van het NHG en het geautomatiseerd registreren van hulpvragen.
4. De belasting zou tijdens de diensten worden verlicht door de inzet van taxi's. Een taxi kan de busbaan gebruiken, sneller de te bezoeken adressen weten te vinden in het vrij grote waarneemgebied waar de huisarts niet geheel vertrouwd is en er hoeft niet naar een parkeerplaats te worden gezocht. Bovendien kan de taxichauffeur boodschappen aannemen als de huisarts bij een patiënt is en kan hij in onveilige situaties de huisarts buiten de auto vergezellen. In voorkomende gevallen kan hij de huisarts assisteren bij het reanimeren, want hij krijgt jaarlijks een reanimatiecursus.
5. De huisarts zou de permanente aanwezigheid van een assistente op de huisartsenpost en het rijden van de visites met een taxichauffeur mogelijk ervaren als prettiger werken. Bovendien zou hun aanwezigheid verlichting kunnen betekenen bij lastige situaties.

Tevens werden de volgende meer algemene, kwalitatieve voordelen van de centrale huisartsenpost verondersteld op te treden:

6. De permanente beschikbaarheid van een praktijkassistente betekent dat gezorgd kan worden voor een goede terugrapportage naar de eigen huisarts.
7. Het wordt eenvoudiger om als één organisatie afspraken te maken met andere voorzie-

ningen over taakverdeling, verwijsprotocolen etc.

8. De centrale, geautomatiseerde registratie van de hulpvraag betekent dat beleidsinformatie beschikbaar is over de hulpverlening tijdens de nachtelijke uren.

Naast de nachtdienst wordt ook een centrale telefoonpost ingesteld, niet alleen voor de bovengenoemde gebieden maar voor de hele DHV-regio. Deelname hieraan betekent dat wanneer een patiënt buiten kantooruren belt, hij of zij automatisch wordt doorgeschakeld naar een doktersassistente, die zo nodig de dienstdoende huisarts inschakelt.

De huisarts betaalt de helft van de kosten van de huisartsenpost. Het te betalen bedrag varieert naar gelang van het aantal modules waar men aan deelneemt en kan oplopen tot f11.700 per jaar als aan alle modules wordt deelgenomen (zie kader).

Kosten en financiering huisartsenposten (prijspeil 1999)

De kosten van de huisartsenpost bedragen voor de nacht-, avond en weekendmodule per module f 7.800 per normpraktijk op jaarbasis. Alle drie de modules samen kosten dus f 23.400.

Deze kosten worden gedurende de projectperiode voor de helft gefinancierd door de huisarts en voor de helft uit het Fonds Achterstandswijken. Een huisarts die aan alle modules deelneemt betaalt dus f 11700 per jaar. Indien hij niet aan alle modules deelneemt kan hij voor de overige diensten meedoen aan de centrale telefoonpost. Dat kost f 2.400.

2.3 Onderzoeksvragen

De eerste vraag die zich aandient, is in hoeverre inderdaad vermindering van werkbelasting optreedt:

1. Wat zijn de gevolgen van het instellen van centrale huisartsenposten voor de werkbelasting van de huisarts?

De keuze voor een bepaalde bezetting van de huisartsenpost is een afweging van de doelstelling om het aantal diensten per arts zoveel mogelijk te verminderen tegen de doelstelling om de drukte per dienst behapbaar te houden. Die afweging is gemaakt op basis van bovengenoemde getallen. De werkelijkheid zou wel eens ingewikkelder kunnen zijn. Zo zou in de eerste plaats de instelling van centrale huisartsenposten een aanzuigende werking kunnen hebben, waardoor de drukte groter wordt dan gepland. Ten tweede speelt de spreiding in de tijd een rol. Als het leeuwendeel van de hulpvragen bijvoorbeeld tussen 24.00 uur en 1.00 uur binnen komt, kan de bezetting wel eens te gering zijn, of de achterwacht onevenredig zwaar worden belast. Het gaat dus niet alleen om het aantal diensten en het aantal contacten tijdens de dienst, maar ook om de spreiding van contacten in de tijd en de mate waarin een beroep moet worden gedaan op de achterwacht. Naast deze 'harde' criteria voor werkbelasting is ook de subjectief ervaren werkbelasting van belang. Op zich betekent een huisartsenpost nog geen verlossing van lastige

patiëntcontacten, oneigenlijke hulpvragen etc. Mogelijk heeft de aanwezigheid van een praktijkassistente op de post en een taxichauffeur bij het visite rijden wel invloed op de daarvan ervaren belasting en met name ook op het gevoel van veiligheid.

De tweede vraag die zich nu laat stellen is:

2. Wat zijn de gevolgen van het instellen van centrale huisartsenposten op de kwaliteit van de geboden dienstverlening?

Een grootschaliger organisatie betekent, zoals gezegd, een bewuste afwijking van de richtlijnen van de beroepsgroep. Bovendien betekent het dat de kans dat men de eigen huisarts tijdens de waarneming treft geringer wordt (al was die kans in de huidige situatie al niet groot). Mogelijk zou de patiënt een onpersoonlijker, anoniemere dienstverlening kunnen ervaren. Als blijkt dat de post te krap bezet is, zou dat negatieve consequenties kunnen hebben voor de kwaliteit van de dienstverlening (bijvoorbeeld te lange responstijden).

Aan de andere kant zijn er tal van factoren die de kwaliteit van de dienstverlening positief kunnen beïnvloeden. Voor de patiënt kunnen de volgende factoren worden onderscheiden:

- men heeft te maken met wakkere dokters, die zich niet meer aan hoeven te kleden om naar een visite te gaan, men kan dus sneller ter plaatse zijn. Mogelijk zijn artsen daarom meer bereid om face-to-face contacten te hebben;
- ook de inzet van een taxi kan de snelheid waarmee men bij de patiënt komt positief beïnvloeden;
- de waarneming van de praktijk van de huisarts op de dag nadat hij nachtdienst heeft betekent dat de patiënt de volgende dag weliswaar niet wordt geconfronteerd met de eigen huisarts, maar wel met een uitgeslapen huisarts.

De derde vraag betreft de effecten op macro-niveau:

3. Wat zijn de gevolgen van het instellen van centrale huisartsenposten op de patiëntenstromen?

Veel mensen hadden in de oude situatie mogelijk aarzelingen om 's nachts de huisarts wakker te bellen. Men stelde dat zo lang mogelijk uit of ging eerder naar de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis. De vraag is of dat veranderd is nu er een goed bereikbare centrale huisartsenpost met permanent aanwezige hulpverleners is gekomen. Wellicht verwijzen andere hulpverleningsinstellingen patiënten gemakkelijker door naar de centrale huisartsenpost.

Kortom, de instelling van een centrale huisartsenpost kan invloed hebben op de patiëntenstromen in de zin dat de hulpvraag als geheel kan groeien en dat stromen worden verlegd van andere hulpverleningsinstanties naar de huisartsenpost. Het beleid is erop gericht op de huisartsenpost alleen echte spoedgevallen te behandelen. Gewone 'overdag-vragen' zullen worden afgehouden. Anderzijds bestaat het voornemen om afspraken te maken met andere hulpverleningsinstanties over wederzijdse doorverwijzing. Met dit beleid kan de toeloop worden tegengegaan; mogelijk leiden afspraken met andere voorzieningen zelfs tot een verleggen van patiëntenstromen naar die andere voorzieningen toe.

3 METHODEN

3.1 Inleiding

In dit rapport gaat het, zoals gezegd, om het vaststellen van de effecten van de invoering van de centrale huisartsenposten. Om verantwoorde uitspraken te kunnen doen over eventuele opgetreden veranderingen, moet de situatie ná de invoering van de centrale huisartsenposten vergeleken kunnen worden met de situatie vóór de invoering. Er is dus een voor- en een nameting uitgevoerd.

De voormeting is, vlak voor de invoering van de centrale huisartsenposten (eind 1997) uitgevoerd in twee gebieden in Rotterdam waar een centrale huisartsenpost zou komen: Rotterdam Noord en Rotterdam Zuid. Beide gebieden omvatten in de 'oude' situatie vier huisartsengroepen. De nameting is, één jaar na de invoering (eind 1998), uitgevoerd bij twee van de drie centrale huisartsenposten, één in Rotterdam Noord (huisartsenpost Noordwest) en één in Rotterdam-Zuid (huisartsenpost Zuid). Op deze manier bevat het onderzoek een gebied waar de post niet verbonden is aan een ziekenhuis (Noordwest) en een gebied waar de post aan het Zuiderziekenhuis verbonden is (Zuid).

Er voor- en na de invoering van de huisartsenposten vier dataverzamelingsacties plaatsgevonden:

- een contactregistratie tijdens de nachtdiensten;
- een telefonische enquête onder hulpvragers;
- een schriftelijke enquête onder huisartsen;
- een registratie van hulpvragen bij de afdeling Spoedeisende Hulp van de ziekenhuizen en de ambulancedienst.

De huisartsenenquête heeft plaatsgevonden onder de artsen van alle drie de posten, dus Zuid, Noordwest én Noordoost. Als voormeting van de ervaren werklust van huisartsen, is gebruikt gemaakt van de enquête onder huisartsen in Rotterdam die in 1995 uitgevoerd en gepresenteerd is (Schuller et al., 1996).

3.2 Contactregistratie tijdens de nachtdiensten

3.2.1 Procedure

Voor de voormeting is voor de registratie van hulpvragen tijdens de nachtdiensten (lopend van 23.00 uur tot 8.00 uur 's ochtends) door de huisarts de volgende procedure gevolgd. De huisarts vulde tijdens zijn waarnemendienst voor elk contact een registratieformulier in (in plaats van het gebruikelijke waarneembriefje). Op het formulier werd naam en telefoonnummer van de patiënt vermeld en de naam van zijn of haar eigen huisarts. Daarnaast werden de volgende gegevens genoteerd:

- tijdstip aanmelding;
- soort consult (telefoon, praktijk, visite);
- reden contact (in tekst, achteraf gecodeerd met de International Classification of Primary Care);
- werkdiagnose (idem);

- verrichtingen (advies, verwijzing, lichamelijk onderzoek, medicatie, luisteren/ge-ruststellen);
- vervolgspraak j/n;
- hulpvraag spoedeisend j/n
- huisarts aangewezen hulpverlener j/n

Het registratieformulier is opgenomen in bijlage 1.

Aan het eind van de dienst stuurde of faxte de waarnemend arts het formulier naar de eigen huisarts van de patiënt. Dit is de normale procedure van terugrapportage tijdens de waarneming. Het contactregistratieformulier werd ook naar het NIVEL gestuurd of gefaxt. De eigen huisarts stuurde de betrokken patiënt vervolgens een brief met het verzoek mee te doen aan een telefonische enquête (bijlage 2). Elke huisarts ontving een instructie voor zichzelf en voor de assistent(e), waarin werd uitgelegd hoe de procedure in zijn werk ging (bijlage 3).

Bij de opzet van het onderzoek was gekozen voor een voormeting van drie weken. Uitgaande van de in eerder onderzoek geschatte 4 contacten per nacht, zou registratie van 21 nachten genoeg respondenten opleveren. De periode van 3 weken ging in op de nacht van maandag 17 op dinsdag 18 november 1997, en eindigde met de nacht van zondag 7 op maandag 8 december. Tegen het eind van deze periode werd echter duidelijk dat de meting te weinig patiënten opleverde. De oorzaak hiervan was het feit dat er veel minder dan 4 contacten per nacht plaatsvonden. Zelfs als de registratie in alle hagro's vlekkeloos was verlopen, zou het gewenste aantal respondenten niet gehaald zijn. Tegen het eind van de drie weken is daarom de voormeting met twee weken verlengd, dus tot en met de nacht van zondag 21 december op maandag 22 december 1997.

De registratie voor de voormeting kwam wat moeizaam op gang in sommige hagro's. Op basis van de beschikbare informatie was ervan uit gegaan dat, op vier uitzonderingen na, alle artsen in waarneemgroepen functioneren, in ieder geval voor de nachtdiensten. Navraag leerde echter dat er een groep van 17 artsen was die door de week elke nacht voor hun eigen patiënten beschikbaar zijn en alleen in de weekeinden in een waarneemgroep functioneren. Van de artsen die, altijd of door de week, 's nachts voor hun eigen patiënten beschikbaar zijn, wilden er een aantal niet meewerken. Zij vonden het bezwaarlijk hun eigen patiënten over hen te laten oordelen. Eén huisarts stelde dat hij zijn eigen patiënten altijd met extra aandacht behandelde en dat zij dus per definitie tevreden waren. In drie hagro's, betreffende 30 artsen, was registratie pas vanaf 24.00 uur mogelijk. Daar werd tot aan 24.00 waargenomen door de arts met avonddienst, een andere arts dus dan degene met nachtdienst. In het weekend werd in deze hagro's wel vanaf 17.00 's middags tot 7.30 of 8.00 in de morgen waargenomen, net als in de overige hagro's elke dag gebeurde.

De nameting voor de contactregistratie is systematischer verlopen, omdat op de centrale huisartsenposten wordt gewerkt met een geautomatiseerd registratiesysteem, waarin de - assistente van de post de gegevens van alle contacten invoert. De contactgegevens zijn geëxtraheerd uit de database van de centrale huisartsenposten, op basis van een extractieprogramma dat door de softwareleverancier (Lifeline) is gemaakt. De gegevens hebben betrekking op de periode lopend van de nacht van 23/24 november tot en met 22/23 december 1998 en 4/5 januari tot en met 17/18 januari 1999. Evenals in de voormeting gaat het dus om een periode van 5 weken.

Het NIVEL kreeg vervolgens een bestand met de volgende gegevens:

- tijdstip aanmelding;
- soort consult (telefoon, praktijk, visite);
- reden contact (in tekst, achteraf gecodeerd met de International Classification of Primary Care);
- werkdiagnose (idem);
- verrichtingen in tekst;
- vervolgspraak;
- contact terecht (J/N)

3.2.2 Respons

Tijdens de voormeting waren er uiteindelijk twee artsen die niet meededen aan het onderzoek. Hen is verzocht aan het eind van de periode de eventueel bij hen binnengekomen formulieren naar het NIVEL op te sturen. Een andere arts wilde de telefonische contacten niet registreren. Vijf artsen registreerden alleen tijdens hun waarnemendiensten in het weekend, maar niet door de week, wanneer zij 's nachts voor hun eigen patiënten beschikbaar waren.

Er zijn een aantal oorzaken waardoor het systeem van registratie vertraagd of verstoord werd. Drie artsen zijn ziek geweest en 13 artsen gingen op vakantie in de vijf weken van de voormeting. De tijdens de nacht geholpen patiënten van deze artsen konden niet benaderd worden voor deelname aan de telefonische enquête, omdat de eigen huisarts geen brief (of pas veel later) aan deze patiënt kon sturen. De waarnemer die de nachtdiensten die door ziekte of vakantie uitvielen, overnam, nam niet altijd deel aan het onderzoek. Een keer is het voorgekomen dat de nachtdienst verkocht werd.

In totaal werden in de voormeting 386 contacten geregistreerd. Er zijn verschillende aanwijzingen dat onderregistratie is opgetreden. Ten eerste name zoals bovengenoemd niet iedereen voor 100% deel. Ten tweede is het aannemelijk dat telefonische contacten 's nachts onvolledig zijn geregistreerd. De arts handelt het telefoontje af en slaapt verder, niet de ideale omstandigheid voor een registratie. Ten derde bleken er aanzienlijke verschillen tussen hagro's in aantallen geregistreerde contacten. Ten vierde was het aantal geregistreerde contacten veel lager dan de schattingen van huisartsen zoals die uit het onderzoek van Schuller et al (1996) naar voren komen.

Er is daarom gekozen om een correctiefactor toe te passen. Daarbij is verondersteld dat als in een nacht één contact is geregistreerd de kans dat andere contacten die nacht zijn vergeten klein is. De huisarts zal doorgaans immers de registratieformulieren pas de ochtend na de nachtdienst invullen. De correctiefactor is per waarnemgroep berekend en gelijk aan totaal aantal nachten in de registratieperiode gedeeld door het aantal nachten dat is geregistreerd (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1 Aantal nachten met registraties in waarneemgroepen als percentage van het totaal aantal nachten in de voormeting, per post

	% nachten met contact	correctiefactor
Noord:		
Groep 1	80%	1,25
Groep 2	100%	1,00
Groep 3	40%	2,50
Groep 4	95%	1,05
Zuid:		
Groep 5	100%	1,00
Groep 6	100%	1,00
Groep 7	43%	2,33
Groep 8	60%	1,67
Groep 9	100%	1,00

3.3 Telefonische enquête onder patiënten

3.3.1 Procedure en inhoud van de enquête

Telefonische enquêtes zijn zowel in de voor- als in de nameting gehouden bij gebruikers van de nachtdienst in de periodes waarin de contactregistratie heeft plaatsgevonden.

In de voormeting ontvingen de patiënten na hun contact 's nachts met de dienstdoend huisarts van hun eigen huisarts een brief met het verzoek mee te doen aan de telefonische enquête, hetgeen mogelijk een manier was om de respons te verhogen. De brief aan patiënten was door het NIVEL opgesteld en door de arts ondertekend. In de nameting hebben de assistentes van de huisartsenposten de naam/adresgegevens van de patiënten 's nachts apart geregistreerd en naar het NIVEL gestuurd en deze patiënten vervolgens een (door het NIVEL opgestelde) brief gestuurd, waarin hen werd gevraagd deel te nemen aan de telefonische enquête. Met een antwoordstrookje konden mensen aangeven niet mee te willen doen, waarna hun naam en telefoonnummer werden verwijderd. Brief en antwoordstrookje werden tevens vertaald in het Arabisch en het Turks. De patiënten zijn vervolgens (mits zij geen antwoordstrookje met weigering opstuurden) telefonisch benaderd en geënquêteerd door het NIVEL.

In de telefonische enquête, met grotendeels gesloten vragen, staat het feitelijk verloop van de hulpverlening vanuit patiëntperspectief, alsmede het oordeel van de patiënt over de geboden dienstverlening centraal. De enquête volgt zoveel mogelijk het proces van hulpverlening, waarbij in elke fase zowel naar het feitelijk verloop als het oordeel van de patiënt is gevraagd. Ingegaan wordt op:

- de telefonische bereikbaarheid (oordeel over telefonische bereikbaarheid, wijze waarop en snelheid waarmee werd opgenomen, snelheid en gemak waarmee men de huisarts aan de lijn kreeg, oordeel over de bereidheid de huisarts te spreken te krijgen, doorverwijzing, oordeel over telefonische bejegening);
- de visite (bereidheid tot afleggen visite en oordeel daarover, snelheid waarmee huisarts ter plaatse was en oordeel daarover, verrichtingen tijdens visite, oordeel over bejegening en behandeling);
- het consult in de praktijk (bereidheid tot consult in de praktijk en oordeel daarover, wachttijd en oordeel daarover, verrichtingen, oordeel over bejegening en behandeling);

- algemene waardering (rapportcijfer 1 tot 10);

Ook zijn enkele achtergrondkenmerken, zoals leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, opgenomen. De enquête is opgenomen in bijlage 4. Er is getracht de enquête tijdens voor- en nameting zo identiek mogelijk te houden. Op enkele plaatsen was een wijziging in de vraagstelling nodig, bijvoorbeeld omdat de wijze van contact zoeken met de huisarts in de nieuwe situatie essentieel verschilt van de oude. Ook zijn in de enquête van de nameting enkele expliciete vragen gesteld over het oordeel over (de rol van) de assistente van de huisartsenpost.

Getracht is in de vragenlijst zo goed mogelijk het proces te volgen dat uiteindelijk tot het telefoongesprek met de huisarts leidt. Niettemin komen altijd situaties voor die niet tevoren zijn te voorzien, zoals respondenten die in een serviceflat wonen, een alarm hebben dat uitkomt bij een verpleeghuis of verzorgingshuis, dat de huisarts waarschuwt, die vervolgens de hulpvrager belt. De vragen kunnen vaak niet door de zieke zelf beantwoord worden. De arts wordt veelal gebeld door ouders van kinderen of door partners van patiënten. De uiteindelijke respondenten zijn dus hulpvragers en geen patiënten. Bij het beantwoorden van de vragenlijst geldt hetzelfde. Verder komt het bij allochtone patiënten of hulpvragers voor dat bij het beantwoorden van de vragen een familielid of kennis als tolk optreedt.

3.3.2 Respons

Uitgangspunt voor de enquêtering zijn de contactregistraties door de huisartsen. In de voormeting zijn in principe alle gedurende 5 weken geregistreerde contacten gebruikt. Doordat sommige patiënten meerdere contacten hebben (en maar één keer zijn benaderd) en doordat contactregistraties soms te laat werden aangeleverd. Dat resulteerde in 333 in principe bruikbare contactregistraties. In de nameting is met enquêteren gestopt toen ruim 300 enquêtes waren afgenomen. Op dat moment waren 541 contactregistraties gebruikt. Tabel 3.2 geeft de respons weer.

Tabel 3.2 Responsoverzicht

	voormeting		nameting	
Gebruikte contactregistraties	333	(100,0%)	541	(100,0%)
Niet benaderd:	109	(32,7%)	148	(27,4%)
w.v. weigerstrookje ingevuld	21	(6,3%)	18	(3,3%)
geen telefoon	18	(5,4%)	40	(7,4%)
geen/fout nummer ingevuld/geheim nummer	31	(9,3%)	44	(8,1%)
patiënt ongeschikt (overleden, terminaal b.v.)	20	(6,0%)	26	(4,8%)
anders/onbekend	8	(2,4%)	16	(3,0%)
Benaderd:	224	(67,3%)	393	(72,6%)
w.v. bruikbare enquêtes	188	(56,5%)	325	(60,1%)
onbruikbare enquêtes (b.v. taalproblemen)	17	(5,1%)	9	(1,7%)
weigering	19	(5,7%)	59	(10,9%)

In een deel van de gevallen (33% resp. 27% in voor- en nameting) is om diverse redenen niet benaderd. Men had een weigerstrookje ingevuld, geen telefoon, er was geen of een onbruikbaar nummer ingevuld of de huisarts gaf op de contactregistratie aan dat de betreffende patiënt niet geschikt was om te enquêteren, bijvoorbeeld bij een overlijdensgeval. Van de wel benaderde patiënten is het overgrote deel geënquêteerd. Bij respectievelijk

84% en 83% van de benaderde patiënten in voor- en nameting werd de vragenlijst volledig afgenomen, een zeer hoog responspercentage. Percenteren we op het aantal gebruikte contactregistraties dan komen we nog altijd op responspercentages van 57 en 60%. Het patroon van de non-respons (de verdeling over weigeraars, geen telefoon, geheim of fout nummer en patiënt niet geschikt) in de voormeting is in grote lijnen vergelijkbaar met dat van de nameting. De kans vertekening van de resultaten door verschillen in selectieve non-respons is daardoor klein.

3.4 Schriftelijke enquête onder huisartsen

In 1995 heeft een schriftelijke enquête onder alle Rotterdamse huisartsen plaatsgevonden, waarin is gevraagd naar de organisatie van de spoedeisende hulpverlening op dat moment, de knelpunten daarin (belasting, kwaliteit) en de veranderingsbereidheid (Schuller et al, 1996). Deze enquête heeft als voormeting voor het huidige onderzoek gediend en de enquête uit de nameting is gedeeltelijk dan ook een herhaling van de enquête uit 1995. Daarnaast zijn er in de enquête van de nameting nieuwe vragen opgenomen over de ervaringen van de huisartsen met de centrale huisartsenposten. In de vragenlijst wordt onder meer gevraagd naar:

- objectieve werkbelasting (aantal, soort en duur van de diensten);
- ervaren werkbelasting: van de diensten in het algemeen en van de verschillende soorten diensten; ervaren belasting van de verschillende aspecten van de diensten (eisend gedrag, oneigenlijke hulpvraag, bereikbaarheid andere hulpdiensten et cetera);
- organisatie en functioneren van (de verschillende onderdelen van) de centrale huisartsenposten (omvang waarneemgebied, inrichting van de post, overdracht diensten, beschikbaarheid patiëntgegevens et cetera);
- ervaringen met de assistente van de post en de taxichauffeur;
- kwaliteit van dienstverlening in de nieuwe situatie, eventuele klachten van de patiënt daarover en de afhandeling van die klachten door de huisarts.

In de vragenlijst konden de huisartsen ook suggesties doen voor verbeteringen en aanpassingen bij de centrale huisartsenpost. Tenslotte is gevraagd naar enkele huisarts- en praktijkkenmerken. De enquête is opgenomen in bijlage 5.

De enquête in 1995 werd destijds verstuurd naar alle huisartsen in Rotterdam en omliggende gemeenten. Deze enquête had een respons van 77% ofwel 250 enquêtes. Voor de vergelijking met de situatie zijn alleen enquêtes gebruikt van huisartsen in gebieden waar een huisartsenpost werd gevestigd. Dit omdat de vergelijking tussen voor- en nameting op dezelfde groep huisartsen betrekking dient te hebben. Het betrof hier een groep van 122 huisartsen.

De enquête voor de nameting is alleen gestuurd naar de 162 huisartsen die in 1998 deelnamen aan de centrale huisartsenpost. Er is, na twee weken, één rappelbrief verstuurd. Van de 162 huisartsen hebben er 112 de enquête teruggestuurd, een respons van 69%. Zeven respondenten werden van verdere analyses uitgesloten: één huisarts had praktisch alle diensten uitbesteed, drie respondenten hadden grote delen van de enquête niet ingevuld en drie vragenlijsten kwamen te laat binnen om nog verwerkt te kunnen worden. Van de 105 overgebleven respondenten vielen er 32 onder de huisartsenpost Zuid, 33 onder

de huisartsenpost Noordwest en 40 onder de huisartsenpost Noordoost.

3.5 Patiëntenstromen

3.5.1 Ziekenhuizen

Tijdens de voormeting zijn drie Rotterdamse ziekenhuizen, die een centrale plaats in het onderzoeksgebied innemen, benaderd met de vraag tijdens de periode van contactregistratie bij de huisartsen (5 weken) de contacten 's nachts (23:00-8:00uur) bij de Spoed Eisende Hulp te registreren. Om praktische redenen bleek het niet haalbaar van vijf weken gegevens te krijgen, maar wel van drie weken. Alle drie de ziekenhuizen, zijnde het Zuiderziekenhuis, het Sint Franciscus Gasthuis en het Dijkzigt ziekenhuis, waren bereid mee te werken. Tijdens de nameting is eveneens drie weken geregistreerd. De manier waarop de registratie bij de SEH plaatsvond verschilde per ziekenhuis. In het Zuiderziekenhuis wordt normaal niet geregistreerd. Om de belasting voor het personeel beperkt te houden, is daarom, met behulp van zelf gemaakte formulieren, handmatig alleen het voor het onderzoek hoogst noodzakelijke geregistreerd, zijnde:

- datum
- tijd van binnenkomst
- manier van binnenkomen (eigen initiatief, huisarts, ambulance enzovoorts)
- betrokken specialisme
- postcode patiënt

De variabele postcode is opgenomen om hulpvragers uit Hoek van Holland en Hoogvliet uit het bestand te kunnen halen. Het onderzoek richtte zich namelijk op de stad Rotterdam; de aangrenzende gemeenten werden buiten beschouwing gelaten.

Het Sint Franciscus Gasthuis en het Dijkzigt ziekenhuis registreren normaal wel geautomatiseerd en konden dus meer gegevens leveren. Van deze twee ziekenhuizen zijn van de contacten, naast bovenvermelde gegevens ook leeftijd en geslacht van de patiënt bekend.

- klacht/diagnose
- opname
- verwijzing (en waarheen)

3.5.2 Ambulancedienst

Ook de ambulancedienst is tijdens de voormeting gevraagd te registreren. Bij de CPA was het wel mogelijk om van vijf weken gegevens te verstrekken. De CPA registreert normaal gesproken niet en heeft voor ons op turflijsten de ritten in Rotterdam (exclusief Hoogvliet en Hoek van Holland) tussen 23:00 en 8:00uur geregistreerd. De volgende gegevens zijn vastgelegd:

- het aantal ritten per nacht
- het tijdstip waarop uitgereden is
- postcode patiënt
- oorsprong van het verzoek (particulier, huisarts, politie, GGD et cetera)
- waarheen de patiënt vervoerd is (ziekenhuis, huis, andere instelling et cetera)

4 RESULTATEN

De resultaten van het onderzoek worden in dit hoofdstuk beschreven. Eerst wordt in paragraaf 4.1 op basis van de gegevens uit de huisartsenenquête ingegaan op de gevolgen van het instellen van huisartsenposten voor de huisarts. Vervolgens wordt in paragraaf 4.2 ingegaan op de effecten op het patiëntoordeel. Tenslotte wordt ingegaan op de patiëntstromen. Eerst voor wat betreft het gebruik van huisartsenzorg 's nachts (paragraaf 4.3) en tenslotte voor wat betreft de aanpalende voorzieningen Spoedeisende Hulp en ambulance-dienst (paragraaf 4.4).

4.1 De gevolgen voor de huisarts

In deze paragraaf gaan we in op de effecten van de nieuwe dienstenstructuur op de (ervaren) werkbelasting. Vervolgens komt het oordeel over de organisatie en het functioneren van de centrale huisartsenposten aan de orde. De cijfers zijn afkomstig uit schriftelijke enquêtes onder huisartsen in 1995 (voormeting, n=105) en begin 1999 (nameting, n=122). De enquête in 1995 werd destijds gehouden onder een grotere groep huisartsen (heel Rotterdam en omliggende gemeenten), maar de hier gepresenteerde gegevens hebben alleen betrekking op de hagro's die meedoen aan de centrale huisartsenposten.

4.1.1 Werkbelasting

Over het algemeen wordt met betrekking tot het begrip werkbelasting een onderscheid gemaakt tussen objectieve en subjectieve, of ervaren, werkbelasting (Hutten, 1998). Eerst presenteren we de veranderingen in objectieve werkbelasting, geoperationaliseerd als het aantal diensten dat huisartsen per jaar draaien (tabel 4.1).

De cijfers uit de voormeting vereisen enige toelichting. In de oude situatie duren weekenddiensten vaak veel langer dan in de nieuwe situatie. In de nieuwe situatie zijn er in het weekend drie diensten (dag-, avond en nachtdienst), die elk ongeveer 8 uur duren. In de oude situatie werden soms diensten langer dan 30 uur gedraaid. Om de cijfers vergelijkbaar te maken, zijn de weekenddiensten in de oude situatie 'opgeknipt' in dag- avond- en nachtdiensten. Zo is een weekenddienst die begint op vrijdagavond 18.00 en eindigt op zaterdagochtend 24.00 opgeknipt in 2 avonddiensten, 1 dagdienst en een nachtdienst. Daarnaast zijn huisartsen die in de oude situatie de diensten zelf, dus los van de waarnemgroep draaien, buiten beschouwing gebleven, omdat zij het gemiddelde ernstig omhoog trokken. Tenslotte is ook de rol van de achterwacht in de oude situatie buiten beschouwing gelaten.

Tabel 4.1 Aantal diensten dat huisartsen gemiddeld per jaar draaien

	voormeting ^{1 2}		nameting	
	Gem.	n	Gem.	n
nachtdienst week	32	93	5	99
nachtdienst weekend	13	89	2	90
totaal nachtdienst	46	89	7	90
avonddienst week ³	31	39	13	24
avonddienst weekend ³	15	29	6	23
totaal avonddienst ³	46	29	19	23
dagdienst weekend ³	16	29	7	24
Totaal ³	108	29	33	23

¹ Excl. achterwacht ² Excl. huisartsen die diensten grotendeels zelf draaien ³ Alleen huisartsenpost Zuid

Zo gerekend draaiden de huisartsen in de oude situatie gemiddeld in totaal 108 diensten per jaar, waarvan 49 keer nachtdienst, 46 keer avonddienst en 16 keer dagdienst in het weekend. In de nieuwe situatie is het aantal diensten aanzienlijk teruggelopen. Het aantal nachtdiensten is in het eerste jaar na de opening van de post gedaald tot gemiddeld 7 keer. In Rotterdam-Zuid hebben huisartsen in de nieuwe situatie gemiddeld 19 keer avonddienst (door de week en in het weekend) en 7 keer dagdienst in het weekend. In Rotterdam-Noord is de situatie met betrekking tot de avond- en nachtdiensten niet veranderd. Daarom worden de cijfers hiervan niet gepresenteerd. Over het totaal gezien draaiden de huisartsen dus 75 diensten op jaarbasis minder ofwel 3 tot 4 keer minder. Alle verschillen zijn statistisch hoog significant ($p < .001$)¹.

Bovenstaande gegevens zijn gebaseerd op de opgaven van de huisartsen in de schriftelijke enquêtes. Ter verificatie is in het onderstaande kader een theoretische berekening gemaakt van de aantallen te draaien diensten in het waarneemgroep- en het huisartsenpostmodel, uitgaande van een variabel aantal deelnemers.

Theoretische aantallen te draaien diensten per jaar in het waarneemgroep- versus huisartsenpostmodel bij variërende aantallen deelnemers¹						
aantal huisartsen:	Waarneemgroep			Huisartsenpost ²		
	6	8	10	40	50	60
nachtdiensten	61	46	37	9	7	6
avonddiensten	61	45	36	19	15	12
weekenddagdiensten	19	14	11	6	5	4
totaal	141	105	84	34	27	22

¹ Uitgegaan is van 365 nachten en avonden per jaar en 114 weekenddagen
² Uitgegaan is van een bezetting van één huisarts per nacht en twee huisartsen per avond/weekenddag; bij 60 deelnemende huisartsen zullen er voor de weekenden waarschijnlijk 3 huisartsen nodig zijn

¹ $p < .001$ betekent dat de kans dat het in de steekproef gevonden verschil in de populatie niet aanwezig is kleiner is dan 1 op duizend

Als we vergelijken met tabel 4.1 zien we dat het gemiddeld aantal diensten in de voormeting goed overeenkomt met een groeps grootte van circa 8 huisartsen. Dit was inderdaad de gemiddelde groeps grootte tijdens de voormeting. Het gemiddelde voor de nameting zou neerkomen op een huisartsenpost met een bezetting van ruim 40 huisartsen. Dit is eveneens redelijk in overeenstemming met de werkelijkheid.

De werkbelasting wordt niet alleen bepaald door het aantal keer dat men dienst heeft, maar ook door de drukte tijdens de dienst. Door de huisartsenpost hoeft men minder vaak diensten te draaien, maar de diensten die men draait zijn voor een veel grotere populatie. Aangenomen kan dus worden dat men het veel drukker krijgt. Dat dat zo is laat tabel 4.2 zien. Hierin is het aantal door de huisarts geschatte contacten tijdens de diensten opgenomen. Weliswaar leert de ervaring dat de schattingen van het aantal contacten niet erg betrouwbaar zijn. De hier gepresenteerde cijfers dienen dan ook meer te worden gezien als de **ervaren** werklast dan als een objectief gegeven. Op het aantal **geregistreerde** contacten wordt in paragraaf 4.3 ingegaan.

We zien dat het aantal geschatte contacten in de nachtdienst door de week ruim verviervoudigd is en in het weekend verdrievoudigd. Met name het aantal consulten is sterk toegenomen. Dat het aantal telefonische contacten minder sterk is toegenomen kan mogelijk worden toegeschreven aan het feit dat de praktijkassistente een deel van deze contacten 'afvangt'.

Dit verschijnsel zien we ook bij de avonddiensten en dagdienst in het weekend. De cijfers hiervoor hebben alleen betrekking op de huisartsenpost Zuid. In vergelijking tot de dagdienst zien we hier een minder sterke toename van het aantal contacten. Dat geldt met name voor het weekend overdag, waar alleen het aantal visites statistisch significant is toegenomen.

Tabel 4.2 Gemiddeld aantal contacten per dienst (schatting huisarts)

	Telefoon		Consulten		Visites		Totaal	
	voor	na	voor	na	voor	na	voor	na
nachtdienst week	1,8	6,7	0,6	4,5	1,1	4,1	3,6	15,4
nachtdienst weekend	2,9	8,1	1,3	5,4	1,7	4,9	5,9	18,6
avonddienst week*	8,7	14,6 n.s.	4,7	12,5	2,8	4,9	16,2	36,9
avonddienst weekend*	8,5	16,1 <.05	5,8	16,0	3,3	5,6	16,6	32,3
dagdienst weekend*	16,0	18,3 n.s.	18,3	20,9 n.s.	5,4	6,9 <.01	40,0	45,9 n.s.

* alleen huisartsenpost Zuid

N.b. de verschillen zijn statistisch significant ($p < .001$) tenzij anders aangegeven

Niet alleen het aantal diensten, maar ook de ervaren werkbelasting is in het eerste jaar na de opening van de post sterk verminderd. In de tabel 4.3 staat hoe belastend de huisartsen de verschillende diensten ervaren. In de voormeting vindt 80% van de Rotterdamse huisartsen de diensten in het algemeen belastend tot zeer belastend. 81% ervaart de nachtdiensten in het weekend als (zeer) belastend. De doordeweekse nachtdiensten worden als iets minder belastend ervaren was, 63% vindt deze diensten (zeer) belastend. In de nameting zijn deze percentages zeer sterk gedaald: nog maar 20% ervaart de diensten in het algemeen als belastend tot zeer belastend; voor de doordeweekse en weekendnacht-

diensten ligt dat percentage rond de 25%. De groep artsen die de diensten als niet belastend ervaart, is toegenomen ten op zichte van de oude situatie. In de voormeting vond slechts 2% van de huisartsen de diensten in het algemeen niet belastend, 8% vond dat van de doordeweekse nachtdiensten en 3% van de weekendnachtdiensten. In de nameting ligt dat percentage zowel voor de diensten in het algemeen als de beide soorten nachtdiensten rond de 17%. Alle geconstateerde verschillen zijn statistisch significant.

Ook de mate waarin huisartsen de verschillende aspecten van diensten als belastend ervaren, is sterk verminderd (tabel 4.4). In de voormeting zijn de meest belastende aspecten van de diensten oneigenlijke hulpvragen (77%), eisend gedrag van patiënten (76%) en het beslag op het gezinsleven (72%). In de nameting worden deze aspecten door respectievelijk 26%, 24% en 28% van de artsen als (zeer) belastend ervaren. Ook bij de andere aspecten is een aanzienlijke, statistisch significante, daling te zien. Het enige aspect waar de mate van ervaren belasting niet verminderd is, is het regelen van een ziekenhuisopname. Bijna 42% ervaart dit in de nameting als belastend tot zeer belastend.

Tabel 4.3 Ervaring van de verschillende diensten in termen van belasting

	In het algemeen		Doordeweekse nacht		Weekend nachtdienst	
	voor	na	voor	na	voor	na
Niet belastend	3 (2.5%)	18 (17.1%)	7 (6.0%)	18 (17.1%)	3 (2.5%)	17 (16.2%)
Enigszins tot matig belastend	19 (15.7%)	64 (60.9%)	33 (28.4%)	49 (46.7%)	14 (11.8%)	45 (42.9%)
Belastend tot zeer belastend	99 (81.8%)	21 (20.0%)	76 (65.5%)	27 (25.7%)	102 (85.7%)	28 (26.7%)
Totaal	121 (100.0)	103 (100.0)	116 (100.0%)	94 (100.0%)	119 (100.0%)	90 (100.0%)
	p<.001		p<.001		p<.001	

Tabel 4.4 Aantal huisartsen dat verschillende aspecten van de diensten belastend tot zeer belastend ervaart

	N=122 voormeting		N=105 nameting	
1. Agressie van patiënten	71	(58.2%)	14	(13.4%)
2. Eisend gedrag van patiënten	86	(78.6%)	25	(23.8%)
3. Oneigenlijke hulpvragen	98	(80.3%)	27	(25.7%)
4. Taalproblemen	43	(35.2%)	17	(16.2%)
5. Frequentie van diensten	48	(39.4%)	10	(9.5%)
6. Drukte tijdens diensten	69	(56.6%)	20	(19.1%)
7. Beslag op het gezinsleven	84	(68.8%)	29	(27.6%)
8. Reistijd tijdens diensten	11	(9.1%)	4	(3.9%) n.s.
9. Parkeerproblemen	22	(18.1%)	3	(2.9%)
10. Bereikbaarheid andere hulpdiensten	46	(47.7%)	11	(10.5%)
11. Regelen ziekenhuisopname	50	(41.0%)	44	(41.9%) n.s.
12. Visite-adres niet kunnen vinden	14	(11.5%)	3	(2.9%) p<.05
13. Moeilijk uit kunnen besteden van diensten	33	(27.0%)	18	(17.2%) n.s.

N.b. Statistisch significant ($p < .001$) tenzij anders aangegeven

Aspecten die de huisartsen verder noemen als belastend, zijn: verstoring van het dag/nachtritme, fysieke vermoeidheid, meer werk in de eigen praktijk de dag na de slaapdag en de toegenomen werkdruk tijdens de diensten op de post. Ook is gevraagd wat men de twee meest belastende aspecten vindt van de 13 bovengenoemde aspecten. In de voormeting waren dat eisend gedrag van patiënten en oneigenlijke hulpvragen. In de nameting worden het regelen van een ziekenhuisopname en wederom oneigenlijke hulpvragen het meest genoemd.

4.1.2 Functioneren van de huisartsenposten

In de schriftelijke enquête konden de huisartsen hun oordeel geven over het functioneren van de verschillende onderdelen van de centrale huisartsenpost. In tabel 4.5 staat het gemiddeld oordeel van de huisartsen over het functioneren van de verschillende onderdelen van de waarneemregeling in de oude en de nieuwe situatie.

Tabel 4.5 Gemiddeld oordeel van de huisartsen over het functioneren van verschillende onderdelen van de waarneemregeling in de oude en nieuwe situatie (goed functioneren = 1, slecht functioneren = 5)

	voormeting N=122	nameting N=105	
Omvang waarneemgroep	1,78	2,19	p<.05
Omvang waarneemgebied	2,21	2,41	
Omvang populatie	2,02	2,33	
Plaats van waaruit wordt waargenomen	1,65	2,00	p<.01
Regeling bij dubbel spoedgeval	2,23	2,58	p<.05
Overdracht van diensten	2,14	3,02	p<.001
Terugrapportage door dienstdoend arts	1,91	2,06	
Beschikbaarheid patiëntgegevens tijdens diensten	3,76	4,14	p<.05
Mate waarin afspraken nageleefd worden	2,06	2,71	p<.001
Telefonische bereikbaarheid van de arts	1,75	1,78	

De huisartsen zijn in de oude situatie tamelijk tevreden over de verschillende onderdelen van de waarneemregeling. Slechts bij twee onderdelen is het gemiddeld oordeel hoger dan

twee: de regeling bij een dubbel spoedgeval (2,16) en de beschikbaarheid van patiëntgegevens tijdens de diensten (3,47). In de nameting is het oordeel over een aantal onderdelen slechter. Dit geldt met name voor de overdracht van diensten en de mate waarin afspraken worden nageleefd. Maar ook het oordeel over de plaats vanwaaruit wordt waargenomen, de regeling bij een dubbel spoedgeval en de beschikbaarheid van patiëntgegevens is negatiever in de nameting. Dit is wel opvallend, omdat één van de verwachtingen was dat bepaalde onderdelen binnen een grootschaligere en professionelere organisatie als de centrale huisartsenpost, beter geregeld zouden kunnen worden.

Uit tabel 4.6 blijkt dat de artsen tevreden zijn over de onderdelen die specifiek zijn voor de centrale huisartsenpost, zoals vervanging door een lid van de hagro na een nachtdienst en samenwerking met de assistente en de taxichauffeur. Het enige onderdeel dat er niet goed vanaf komt, is de inrichting van de post.

Nadere analyse leert dat de klachten zich concentreren op de posten in noord. Inmiddels zijn daar maatregelen genomen in de zin dat er nu één goed uitgeruste, nieuwe post is voor heel Rotterdam-noord.

Tabel 4.6 Gemiddeld oordeel van de huisartsen over het functioneren van verschillende onderdelen van de centrale huisartsenpost
(goed functioneren = 1, slecht functioneren = 5) (N=105)

inrichting van de post	2,80
telefonische bereikbaarheid van de post	1,90
vervanging door lid hagro na nachtdienst	1,75
samenwerking met assistente	1,53
samenwerking met chauffeur	1,44

Er is ook nog expliciet gevraagd naar de samenwerking met de assistente en de taxichauffeur; ook hieruit komt een zeer positief beeld naar voren. Ruim 95% van de ondervraagden vindt de permanente aanwezigheid van een assistente op de post (zeer) zinvol en ruim 94% ervaart die aanwezigheid als (zeer) prettig. Dat geldt ook voor de taxichauffeur: 94% vindt de permanente beschikbaarheid van een taxichauffeur (zeer) zinvol en ruim 91% ervaart die aanwezigheid als (zeer) prettig.

De huisartsen konden in een open vraag aangeven waarom zij bepaalde onderdelen minder goed vonden functioneren. De meest genoemde redenen staan in tabel 4.7. De belangrijkste klacht van de artsen is dat de patiëntgegevens niet beschikbaar zijn tijdens de diensten. Een op de drie huisartsen noemt dit punt. Ongeveer een op de zes respondenten vindt dat er door de grootschaligere organisatie te weinig overdracht, terugkoppeling en feedback is. Een klein aantal artsen is ontevreden over de voorzieningen op de post, die gebrekkig zijn. Mogelijkheden om te rusten zijn er bijvoorbeeld niet en de organisatie van de post is rommelig: spullen wisselen steeds van plaats of zitten achter slot en grendel (dit heeft te maken met de al eerder genoemde kinderziektes op de huisartsenposten in noord, die inmiddels zijn verholpen). Daarnaast wordt genoemd dat het waarneemgebied en de populatie te groot worden, zeker na de uitbreidingen van deelnemende hagro's die in de loop van 1998 en begin 1999 hebben plaatsgevonden. Tenslotte wordt nog enkele malen genoemd dat afspraken ontbreken over wanneer sprake is van spoed en wanneer de assistente de arts moet inschakelen.

Tabel 4.7 Belangrijkste oorzaken voor minder goed functioneren van bepaalde onderdelen van de huisartsenpost

patiëntgegevens niet beschikbaar	36	(32.1%)
te weinig overdracht/terugrapportage	20	(17.9%)
gebrekkige voorzieningen op de post	19	(17.0%)
waarneemgebied/populatie te groot	18	(16.1%)
rommelige organisatie van de post	11	(9.8%)
slechte afspraken handelwijze arts/ass.	8	(7.1%)
Totaal	112*	

* totaal aantal redenen genoemd: 147

Het zal geen verbazing wekken dat de suggesties voor verbetering van de centrale huisartsenposten samenhangen met de bovengenoemde knelpunten (tabel 4.8). De knelpunten en suggesties lijken tamelijk postgebonden te zijn. Het vaakst wordt een betere uitrusting en inrichting van de posten gesuggereerd, zoals betere stoelen of een slaapbank, een rustruimte voor artsen en een fatsoenlijke wachtkamer (inmiddels verbeterd in noord). Aanpassingen in het registratiesysteem zijn gewenst, zodat huisartsen de patiëntgegevens kunnen inzien. Andere suggesties zijn meer afspraken om meer uniformiteit in handelwijze te bewerkstelligen en opsplitsing van het waarneemgebied. Een deel van de huisartsen in

Noord willen een uitbreiding van de centrale huisartsenpost naar de avond- en weekend-diensten.

Tabel 4.8 Belangrijkste suggesties voor verbeteringen in organisatie en functioneren van de centrale huisartsenpost

betere indeling/uitrusting van de post	25	(35.7%)
verbeteren registratie/computersysteem	12	(17.1%)
meer uniformiteit in handelwijze	11	(15.7%)
waarneemgebied opsplitsen	11	(15.7%)
uitbreiding diensten	11	(15.7%)
Totaal	70*	

* totaal aantal genoemde suggesties: 99

Tenslotte: wegen de kosten van de centrale huisartsenposten voor de deelnemende artsen op tegen de baten? 72% vindt van wel; voor 47% wegen de kosten zelfs ruimschoots op tegen de baten. Slechts 7% van de ondervraagden vindt dat de kosten niet of helemaal niet opwegen tegen de baten.

4.2 Perspectief van de hulpvrager

In deze paragraaf wordt ingegaan op het oordeel van de patiënt of hulpvrager over de hulp van de huisarts 's nachts. De rode draad in deze paragraaf is het proces dat de hulpvrager doorloopt, wanneer hij of zij 's nachts contact zoekt met de huisarts. Eerst wordt dus ingegaan op de bereikbaarheid van de huisarts (hoe snel men telefonisch contact had, wie men aan de lijn kreeg en wat er met het telefoontje gebeurde) en vervolgens op bereidheid om een face-to-face contact (visite of consult) te hebben, de snelheid waarmee dit contact plaatsvond. Tenslotte komen het oordeel over de behandeling en bejegening door de huisarts, aan de orde. Omwille van de eenduidigheid wordt in de tabellen steeds gesproken over praktijkbezoek. In de nieuwe situatie wordt met praktijkbezoek een consult op de huisartsenpost bedoeld.

4.2.1 Bereikbaarheid van de huisarts

Om een beeld te krijgen van de bereikbaarheid van de huisarts, is onder meer de vraag gesteld of de telefoon direct werd opgenomen, toen de patiënt belde. Uit tabel 4.9 blijkt dat in het overgrote deel van de gevallen meteen werd opgenomen, zowel in de voor- als nameting. In de voormeting kwam het af en toe voor dat de lijn bezet was; in de nameting geldt dat voor het terechtkomen in de wachtstand. Het onderscheid wel/niet meteen opgenomen is getoetst met behulp van een chi-kwadraat. Het verschil is niet statistisch significant.

Tabel 4.9 Werd de telefoon meteen opgenomen toen u belde?

	voormeting		nameting	
Ja meteen	158	(84.0%)	279	(85.8%)*
Niet meteen	20	(10.7%)	23	(6.0%)
w.v. Lijn was bezet	11	(5.9%)	4	(1.2%)
Wachtstand			15	(4.6%)
Er werd niet opgenomen	9	(4.8%)	4	(1.2%)
Zelf naar huisartsenpost gegaan			3	(0.9%)
Anders			11	(3.4%)
Weet niet	10	(5.3%)	9	(2.8%)
Totaal	188		325	

* Getoetst met chi-kwadraat, n.s.

Zowel in de voor- als nameting vond ongeveer driekwart van de ondervraagden dat de huisarts of de huisartsenpost telefonisch goed bereikbaar was (tabel 4.10). Ook hier is geen statistisch significant verschil tussen voor- en nameting.

Tabel 4.10 Vond u de huisarts(enpost) telefonisch goed bereikbaar?

	voormeting		nameting	
goed	144	(76.6%)	73	(70.2%)
redelijk	14	(7.4%)	14	(13.5%)
neutraal/geen mening	4	(2.1%)	3	(2.9%)
matig	6	(3.2%)	2	(1.9%)
slecht	14	(7.4%)	2	(1.9%)
			n.s.	
Weet niet	6	(3.2%)	10	(9.6%)
Totaal	188		104*	

* In de nameting is deze vraag alleen gesteld bij telefonische consulten

In de voormeting krijgt slechts 25% van de hulpvragers meteen de huisarts aan de lijn. Eveneens ongeveer 25% krijgt een antwoordapparaat, bijna 32% krijgt de boodschappendienst (de dokterstelefoon). In de nieuwe situatie is de telefonische bereikbaarheid meer uniform, omdat daar de assistente van de post gedurende de hele nacht aanwezig is om telefoontjes aan te nemen en -waar mogelijk- af te handelen. In de nameting kreeg 85% van de ondervraagden de assistente aan de lijn toen zij belden; bijna 20% daarvan komt via de telefoniste van de centrale telefoonpost bij de huisartsenpost binnen. Bijna 10% kreeg meteen de huisarts aan de lijn. In de nameting is ook gevraagd op welke wijze de assistente het telefoontje van de hulpvragers afhandelde. De resultaten hiervan staan in tabel 4.11.

Tabel 4.11 Hoe heeft de assistente van de huisartsenpost het telefoontje afgehandeld?

doorverbinden met de huisarts	35 (12.2%)
huisarts terug laten bellen	26 (9.1%)
patiënt naar huisartsenpost laten komen	97 (33.9%)
dokter op visite laten gaan	57 (19.9%)
telefonisch advies geven	64 (22.4%)
weet niet/onbekend	8 (2.8%)
totaal	288 (100%)

In ruim 20% van de gevallen verbond de assistente door met de huisarts of liet zij de huisarts terugbellen. Wat het meest voorkwam in de nameting, was dat de assistente de

patiënt naar de huisartsenpost liet komen voor een consult. In de oude situatie kwamen praktijkbezoeken nauwelijks voor. De beslissing om de patiënt naar de post te laten komen of de dokter op visite te laten gaan, wordt vaak na ruggespraak met de arts genomen. De assistente handelt ook relatief veel telefoontjes zelf af door telefonisch advies te geven, dat gebeurde bij ruim 22% van de respondenten. Het is overigens aannemelijk dat er in dit laatste geval nog een zekere onderregistratie heeft plaatsgevonden: waarschijnlijk zijn de telefonische contacten met zeer eenvoudige of korte vragen niet altijd geregistreerd.

Bij de huisartsenposten krijgt de patiënt in de regel eerst de assistente aan de lijn voordat hij/zij toegang krijgt tot de huisarts. Om na te gaan hoe deze 'sluisfunctie' wordt ingevuld is gevraagd naar de bereidheid van de assistente om de huisarts te spreken te krijgen en de vriendelijkheid van de assistente. In tabel 4.12 en 4.13 is een onderscheid gemaakt tussen de hulpvragers die de huisarts wél te spreken hebben gekregen en degenen die zijn blijven 'steken' bij de assistente. Zoals te verwachten valt, zijn de respondenten die de huisarts niet te spreken hebben gekregen, beduidend minder tevreden over de rol van de assistente hierin: bijna 40% is matig tot slecht te spreken over de bereidheid van de assistente om de huisarts te spreken te krijgen, tegenover 13% van de hulpvragers die de huisarts wel hebben gesproken. Van deze laatste groep is de helft tevreden over de bereidheid van de de assistente om door te verbinden met de arts.

Tabel 4.12 Oordeel van de patiënt over de bereidheid van de assistente om de huisarts te spreken te krijgen (gegevens nameting), uitgesplitst naar de groep die de huisarts wél en die de huisarts niet hebben gesproken

	hebben h.a.gesproken		alleen ass.gesproken	
goed	34	(50.0%)	10	(15.6%)
redelijk	15	(22.1%)	3	(4.7%)
neutraal/geen mening	2	(2.9%)	9	(14.1%)
matig	4	(5.9%)	14	(21.9%)
slecht	5	(7.4%)	11	(17.2%)
Weet niet	8	(11.8%)	17	(26.6%)
Totaal	68		64	

Overigens blijkt dat de ontevredenheid van de hulpvragers die alleen de assistente hebben gesproken, over haar bereidheid, weinig invloed heeft op het oordeel over haar vriendelijkheid. Uit tabel 4.13 blijkt dat er veel minder grote verschillen zijn tussen beide groepen hulpvragers: ruim 73% van de respondenten die de huisarts hebben gesproken, vond de assistente vriendelijk of heel vriendelijk. Van de respondenten die niet zijn doorverbonden naar de huisarts is dat ruim 68%. Wél is bij deze laatste groep het aantal mensen dat de assistente niet zo vriendelijk of onvriendelijk vond, groter (20% versus 4%).

Tabel 4.13 Oordeel over de vriendelijkheid van de assistente aan de telefoon

	hebben h.a.gesproken		alleen ass.gesproken	
heel vriendelijk	14	(20.6%)	15	(23.4%)
vriendelijk	36	(52.9%)	29	(45.3%)
neutraal/geen mening	6	(8.8%)	6	(9.4%)
niet zo vriendelijk	1	(1.5%)	7	(10.9%)
onvriendelijk	2	(2.9%)	6	(9.4%)
Niet van toepassing	1	(1.5%)	-	
Weet niet	8	(11.8%)	1	(1.6%)
Totaal	68		64	

Tenslotte is gevraagd na hoeveel minuten hulpvragers de huisarts aan de lijn hadden. In de voormeting had 34% de huisarts binnen één minuut aan de lijn, en nog eens 33% binnen vijf minuten. In de nameting verschilt dit weinig: 35% had de huisarts binnen één minuut aan de lijn, en nog eens 36% binnen vijf minuten. De groep die langer dan vijf minuten moest wachten, voor zij de huisarts aan de lijn hadden, was in de voormeting wel groter dan in de nameting (29% versus 14%). Daarbij moet wel in aanmerking worden genomen dat in de voormeting iedereen de huisarts aan de lijn heeft gehad en dat dit in de nameting voor een deel van de ondervraagden niet het geval is geweest.

4.2.2 Praktijkbezoek of visite

Er is een duidelijke verschuiving opgetreden van visites naar praktijkbezoeken. In de voormeting stond tegenover elk praktijkbezoek 2,74 visites en in de nameting nog maar 0,68. Deze verandering moet in het licht worden gezien van de totale ontwikkeling van de contactfrequentie. Daarop zal in paragraaf 4.3 nader worden ingegaan. In deze paragraaf zal het patiëntenoordeel steeds worden uitgesplitst naar praktijkbezoek en visites. Daarnaast wordt ook naar het totaaloordeel gekeken.

In de eerst plaats is gevraagd naar het oordeel over de bereidheid van de arts een visite af te leggen of een praktijkbezoek te hebben. Uit tabel 4.14 blijkt dat dit oordeel in voor- en nameting tamelijk veel overeenkomsten vertoont, zowel voor visites als praktijkbezoeken als ook de totale bereidheid tot praktijkbezoek.

Tabel 4.14 Oordeel bereidheid tot praktijkbezoek of visite (op 5-puntschaal: goed redelijk, neutraal, matig, slecht)

	voormeting		nameting		
Oordeel praktijkbezoek goed	18	(75.0%)	83	(71.6%)	
Oordeel praktijkbezoek < goed	6	(25.0%)	33	(28.4%)	n.s.
Oordeel visite goed	52	(73.2%)	59	(73.8%)	
Oordeel visite < goed	19	(26.8%)	21	(26.2%)	n.s.
Oordeel totaal goed	70	(73.7%)	142	(72.4%)	
Oordeel totaal < goed	25	(26.3%)	54	(27.6%)	n.s.

*Exclusief 'weet niet': 6 resp. 9 in voormeting en nameting

In de oude situatie was de huisarts bij 42% van de ondervraagden (die een visite hebben gehad) binnen 10 minuten ter plaatse bij het afleggen van de visite. In de nieuwe situatie is de huisarts iets sneller: hij arriveerde bij de helft van de ondervraagden binnen 10 minuten. Zowel in de oude als de nieuwe situatie moest ongeveer 23% een half uur of langer wachten, voordat de huisarts ter plaatse was. Wat betreft de praktijkbezoeken zijn er wel grote verschillen in wachttijden. In de oude situatie hoefde 44% niet te wachten en werd 75% binnen 5 minuten geholpen. In de nieuwe situatie hoeft slechts 3% niet te wachten en is 50% binnen 5 minuten geholpen. 25% moet langer dan 10 minuten wachten op de post. Naar mag worden aangenomen heeft dit te maken met het feit dat men moet wachten als de huisarts weg is voor een visite dan wel een andere patiënt op de post behandelt.

De antwoorden op de vraag naar een oordeel over de snelheid waarmee het 'face to face' contact tot stand kwam staan in tabel 4.15: hoe snel arriveerde de huisarts ter plaatse bij een visite en hoe snel werden patiënten in de praktijk geholpen?

Tabel 4.15 Oordeel snelheid bij praktijkbezoek en visite (op 5-puntschaal: goed redelijk, neutraal, matig, slecht)

	voormeting		nameting		
Oordeel praktijkbezoek goed	23	(88.5%)	70	(59.8%)	
Oordeel praktijkbezoek < goed	3	(11.5%)	47	(40.2%)	p<.05
Oordeel visite goed	44	(62.0%)	62	(75.6%)	
Oordeel visite < goed	27	(38.0%)	20	(24.4%)	n.s.
Oordeel totaal goed	67	(62.6%)	132	(66.3%)	
Oordeel totaal < goed	30	(28.0%)	67	(23.7%)	n.s.

*Exclusief 'weet niet': 4 resp. 6 in voormeting en nameting

Wat betreft het oordeel over de snelheid zijn er duidelijke verschillen tussen het praktijkbezoek en de visite. In de voormeting zijn de hulpvragers die een praktijkbezoek hebben gehad overwegend positief: 88.5% oordeelt goed over de snelheid waarmee men geholpen werd in de praktijk. Het belang van de patiënt zo snel mogelijk te worden geholpen loopt hier parallel met het belang van de huisarts zo snel mogelijk weer in zijn bed te liggen. In de nameting is dit percentage beduidend en statistisch significant lager. De langere wachttijden op de huisartsenpost komen duidelijk in het oordeel over de snelheid waarmee

men geholpen werd terug. Voor de visites is juist een omgekeerd patroon zichtbaar: het percentage hulpvragers dat tevreden is over de snelheid waarmee de arts ter plaatse was, is gestegen van 62% naar bijna 76%; dit verschil is (net) niet statistisch significant. Dit ondanks het grotere gebied, waarvoor wordt waargenomen. Wellicht heeft dit te maken met de inzet van een taxi, waardoor de huisarts zich sneller kan verplaatsen. Bezien we het totaaloordeel van praktijkbezoeken en visites samen, dan is het verschil klein en niet statistisch significant.

Eenmaal in de praktijk of bij een visite kan de arts verschillende verrichtingen doen. In tabel 4.16 is te zien welke handelingen de arts volgens de hulpvragers heeft uitgevoerd bij praktijkbezoek of visite.

Tabel 4.16 Door patiënt gerapporteerde verrichtingen van de arts bij praktijkbezoek en/of visite (meerdere verrichtingen mogelijk)

	Praktijkbezoek				Visite				Totaal			
	voormeting		nameting		voormeting		nameting		voormeting		nameting	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Advies geven	8	29.6	87	71.3***	16	21.6	56	67.5***	24	23.8	133	64.9 ***
Lich. onderzoek	17	63.0	106	86.9**	49	66.2	73	88.0**	66	65.3	180	87.8 ***
Behandeling	2	7.4	9	7.4	5	6.8	10	12.0	7	6.9	19	9.3
Medicijnen	17	34.7	71	58.2	23	31.1	37	44.6	40	39.6	108	52.7 *
Verwijzen	5	18.5	14	11.5	21	28.4	21	25.3	26	25.7	35	17.1
n	27		122		74		83		101		205	

*** p<.001 ** p<.01 * p <.05

In de voormeting komen zowel bij praktijkbezoek als visite lichamelijk onderzoek veruit het meest voor. In de nameting komt daar, voor beide consulttypen, het geven van advies bij. Het geven van advies komt relatief dus veel vaker en statistisch significant voor in de nameting. Maar ook het doen van lichamelijk onderzoek komt in de nameting statistisch significant vaker voor. Behandeling vindt zowel in voor- als in nameting relatief weinig plaats. De verschillen zijn niet statistisch significant. In de nameting worden vaker geneesmiddelen voorgeschreven. Het verschil is (net) statistisch significant. Daartegenover staat dat er minder lijkt te worden verwezen in de nameting al is dit verschil (net) niet statistisch significant. Al met al wijzen de veranderingen er op dat de huisarts meer tijd neemt voor het consult nu hij de hele nacht op is en niet meer thuis uit bed gebeld worden, waar in het verleden meer de tendens bestond het hoogst noodzakelijke te doen.

4.2.3 Oordeel over de behandeling

Er is in de enquête veel aandacht besteed aan de mening van hulpvragers over de bejegening door de huisarts: hoe vriendelijk vonden zij de huisarts, voelden zij zich serieus genomen door de huisarts en hoe tevreden waren zij over de afhandeling van hun klacht. Het meest opvallende is dat het oordeel van hulpvragers over het praktijkbezoek op alle drie bovengenoemde aspecten in de nameting wat minder positief is dan in de voormeting. Het oordeel van mensen die een visite hebben gehad is daarentegen licht verbeterd of gelijk gebleven.

In tabel 4.17 staat het oordeel van hulpvragers over de vriendelijkheid van de huisarts. Tussen de hulpvragers die naar de praktijk kwamen en hulpvragers waarbij de dokter op visite kwam is in de voormeting weinig verschil te zien: rond de 85% vindt de huisarts

vriendelijk tot heel vriendelijk tijdens het face-to-face contact. In de nameting liggen de percentages iets hoger, maar het verschil is niet statistisch significant.

Tabel 4.17 Hoe vriendelijk vonden hulpvragers de huisarts bij praktijkbezoek en visite? (op vijfpuntschaal: heel vriendelijk, vriendelijk, neutraal, niet zo vriendelijk, onvriendelijk)

	voormeting		nameting		
Oordeel praktijkbezoek (heel) vriendelijk	22	(84.6%)	101	(89.4%)	
Oordeel praktijkbezoek < vriendelijk	4	(18.2%)	12	(11.9%)	n.s.
Oordeel visite (heel) vriendelijk	62	(87.3%)	74	(90.2%)	
Oordeel visite < vriendelijk	9	(12.7%)	8	(9.8%)	n.s.
Oordeel totaal (heel) vriendelijk	84	(86.6%)	175	(89.7%)	
Oordeel totaal < vriendelijk	13	(13.4%)	20	(10.3%)	n.s.

*Exclusief 'weet niet': 4 resp. 8 in voormeting en nameting

Een zelfde patroon is zichtbaar bij de antwoorden op de vraag hoe serieus genomen de hulpvragers zich voelden (tabel 4.18). In de voormeting voelde ongeveer driekwart van de ondervraagden, zowel bij visite als praktijkbezoek, zich heel serieus genomen door de huisarts. Wat betreft de visites is er weinig verschil te zien tussen voor- en nameting, maar wat betreft het praktijkbezoek is het aantal hulpvragers dat zich heel serieus genomen voelt, gedaald van 76% naar 62%. Het verschil is echter niet statistisch significant.

Tabel 4.18 Oordeel over de mate waarin hulpvragers zich serieus genomen voelen door hun huisarts (op vijfpuntschaal: heel serieus, redelijk serieus, neutraal, matig, helemaal niet serieus)

	voormeting		nameting		
Oordeel praktijkbezoek heel serieus	20	(76.9%)	74	(63.8%)	
Oordeel praktijkbezoek < heel serieus	6	(23.1%)	42	(36.2%)	n.s.
Oordeel visite heel serieus	54	(76.1%)	63	(76.8%)	
Oordeel visite < heel serieus	17	(23.9%)	19	(25.2%)	n.s.
Oordeel totaal heel serieus	74	(76.3%)	137	(69.2%)	
Oordeel totaal < heel serieus	23	(23.7%)	61	(30.8%)	n.s.

*Exclusief 'weet niet': 4 resp. 7 in voormeting en nameting

Tenslotte hebben hulpvragers ook hun oordeel gegeven over de afhandeling van de klacht door de huisarts. Zoals uit tabel 4.19 blijkt, is de tevredenheid over de afhandeling van de klacht over het algemeen groot: ruim drie kwart is daar goed over te spreken. De hulpvragers die een praktijkbezoek hebben gehad zijn in de nameting wederom iets minder tevreden: het percentage respondenten dat de afhandeling als goed beoordeelt, is licht gedaald, van 81% naar 72%; het verschil is echter wederom niet statistisch significant. Bij de visites zien we een iets hogere, maar niet statistisch significante, waardering in de nameting. De vollediger consultvoering komt dus niet tot uiting in een positiever oordeel over de afhandeling van de klacht.

Tabel 4.19 Oordeel over de afhandeling van de klacht door de huisarts (op vijfpunt-schaal: goed redelijk neutraal matig slecht)

	voormeting		nameting		
Oordeel praktijkbezoek goed	21	(80.8%)	83	(71.6%)	
Oordeel praktijkbezoek < goed	5	(19.2%)	33	(28.4%)	n.s.
Oordeel visite goed	58	(81.7%)	68	(84.0%)	
Oordeel visite < goed	13	(18.3%)	13	(16.0%)	n.s.
Oordeel totaal goed	79	(81.4%)	151	(76.6%)	
Oordeel totaal < goed	18	(18.6%)	46	(23.4%)	n.s.

*Exclusief 'weet niet': 4 resp. 8 in voormeting en nameting

Aan de hulpvragers die alleen telefonisch contact hebben gehad met de huisarts, is ook gevraagd hoe serieus genomen zij zich voelden door de huisarts en wat zij vonden van de afhandeling van hun klacht door de arts. Over beide aspecten oordelen de hulpvragers in de nameting gunstiger. In de oude situatie voelde 47% zich heel serieus genomen door de huisarts en bijna 22% voelde zich helemaal niet serieus genomen. In de nieuwe situatie voelt 55% zich heel serieus genomen door de huisarts en voelt slechtst 5% zich helemaal niet serieus genomen. In de voormeting vond 47% dat de huisarts goed inging op de klacht, in de nameting is dat percentage gestegen tot 59%. Het percentage respondenten dat vond dat de huisarts slecht inging op hun klacht daalde van 23% naar 5%. De hier geconstateerde verschillen zijn statistisch significant.

Tenslotte is aan alle hulpvragers gevraagd naar een oordeel over de hulp van de huisarts 's nachts: gevraagd is naar de ervaring in de bewuste nacht en naar wat men van de huisartsenzorg 's nachts in het algemeen vond (tabel 4.20). De verschillen zijn niet statistisch significant. De cijfers neigen echter in de richting van een positiever oordeel in de nameting over de bewuste nacht en een lager cijfer in de nameting over het oordeel in het algemeen. Ook is (in de nameting) expliciet de vraag gesteld of men de centrale huisartsenposten een verbetering of een verslechtering vindt ten opzichte van de oude situatie. Ruim 56% van de ondervraagden vindt de centrale huisartsenposten een verbetering ten opzichte van de oude situatie (11% vindt de centrale huisartsenposten een verslechtering; 10% even goed; 23% weet niet).

Tabel 4.20 Algemeen oordeel over de hulp van de huisarts 's nachts, die bewuste nacht en in het algemeen (rapportcijfer van 1 t/m 10)

	voormeting		nameting		
cijfer bewuste nacht > 7	89	(47.3%)	169	(52.1%)	n.s.
cijfer algemeen > 7	68	(36.2%)	93	(28.6%)	n.s.
cijfer bewuste nacht < 6	33	(17.6%)	59	(18.2%)	n.s.
cijfer algemeen < 6	40	(21.3%)	57	(17.5%)	n.s.
Totaal	188				

4.3 Contactregistratie huisartsen

In deze paragraaf worden de resultaten van de contactregistratie door de huisartsen beschreven. Het is goed bij de interpretatie de verschillen in wijze van gegevensverzameling tussen voor- en nameting in het oog te houden. In de **voormeting** is decentraal op voorgecodeerde formulieren geregistreerd op basis van de terugrapportage door de dienstdoend arts naar de eigen huisarts. In de **nameting** is centraal op de Huisartsenposten geregistreerd door de daar aanwezige praktijkassistenten in de computer. De hier gepresenteerde gegevens zijn verkregen met behulp van een extractieprogramma.

Tabel 4.21 geeft de aantallen geregistreerde consulten naar soort in de voor- en de nameting voor de beide posten. We zien dat in de nameting in beide posten veel meer consulten zijn geregistreerd dan in de voormeting: resp. 545 tegen 186 in Noordwest en 601 tegen 200 in Zuid.

Tabel 4.21 Aantallen consulten per soort

	Noordwest				Zuid			
	Voormeting		Nameting		Voormeting		Nameting	
Telefonisch	87	(47.5%)	235	(43.1%)	109	(55.3%)	254	(42.3%)
Praktijkbezoek	19	(10.4%)	115	(21.1%)	16	(8.1%)	202	(33.6%)
Visite	76	(41.5%)	193	(35.4%)	70	(35.5%)	145	(24.1%)
Overig	1	(.5%)	2	(0.4%)	2	(1.1%)		
Onbekend	3	(1.0%)			3	(1.0%)		
Totaal	186		545		200		601	

Ook als in de voormeting is gecorrigeerd voor onderregistratie (daarbij kwamen de aantallen uit op respectievelijk 221 en 241) blijven de aantallen veel lager. De toename betreft alle contactsoorten. Het aandeel van de praktijkbezoeken is het sterkst toegenomen, maar ook het aantal visites is meer dan verdubbeld. Het grote verschil doet de vraag rijzen of het aantal contacten werkelijk is toegenomen dan wel dat het met de andere registratiwijze van doen heeft. Er zijn verschillende aanwijzingen dat het aantal contacten daadwerkelijk is toegenomen:

1. Aangenomen kan worden dat onderregistratie zich vooral zal voordoen bij de telefonische contacten; het aandeel van de telefonische contacten is echter in vergelijking met de voormeting afgenomen.
2. De omvang van het verschil: de nacht met het grootste aantal contacten in de voormeting (11) ligt beneden het gemiddeld aantal contacten per nacht in de nameting.
3. Ook in de nameting op de huisartsenpost vindt onderregistratie plaats; dit is bekend van de medewerkers van de huisartsenpost; de registratie is in de loop van 1998 wel verbeterd; de contactfrequenties lagen in december 1998 duidelijk hoger dan eerder in het jaar.

Mogelijk volgen er meer aanwijzingen als de aard van de gepresenteerde klachten in ogenschouw worden genomen. Tabel 4.22 geeft de gepresenteerde contactredenen en gestelde diagnoses in voor- en nameting per ICPC-hoofdstuk (van de nameting is een steekproef gecodeerd). Het patroon van contactredenen laat geen grote verschillen zijn. In

de voormeting werden iets meer maag-/darmproblemen gepresenteerd en in de nameting iets meer hart-/vaatproblemen en huidproblemen. Dit zien we met uitzondering van de hart-/vaatproblemen ook in de gestelde diagnoses terug.

Tabel 4.22 Aantal genoemde klachten en werkdiagnoses, per ICPC hoofdstuk

	contactredenen				diagnose			
	Voor		Na		Voor		Na	
	abs.	%	abs	%	abs.	%	abs	%
Algemeen	103	21,8	112	20.0	72	21,5	72	22.3
Bloed	2	0,4	2	0.4	6	1,8	2	0.6
Maag/darm	117	24,8	113	20.0	74	22,1	47	14.6
Oog	6	1,3	10	1.8	6	1,8	8	2.5
Oor	25	5,3	21	3.7	31	9,3	17	5.3
Hart/vaat	12	2,5	38	6.7	18	5,4	19	5.9
Bewegingsapp.	52	11,0	49	8.9	18	5,4	24	7.4
Zenuwstelsel	25	5,3	34	6.9	11	3,3	13	4.0
Psyche	9	1,9	13	2.3	20	6,0	15	4.6
Ademhaling	86	18,2	114	20.1	73	21,8	66	20.4
Huid	8	1,7	26	4.6	3	0,9	16	5.0
Endocrien	7	1,5	8	1.4	5	1,5	6	1.9
Urinewegen	8	1,7	14	2.5	11	3,3	6	1.9
Zwangerschap	5	1,1	2	0.4	5	1,5	4	1.2
Vr. genitaal	2	0,4	6	1.0	4	1,2	6	1.9
Mn. genitaal	1	0,2	2	0.4	1	0,3	1	0.3
Sociale prob.	4	0,8	2	0.4	2	0,6	1	0.3
Totaal	472	100,0	566	100.0	335	100,0	323	100.0

Tabel 4.23 geeft de 10 meest gepresenteerde contactredenen en gestelde diagnoses in voor- en nameting. Op dit niveau zien we wel verschillen tussen voor- en nameting. Zowel bij voor- als nameting komen zes van de tien klachten/aandoeningen in beide top-10's voor. Bij de contactredenen komen de eerste vier in beide lijstjes voor. In de nameting zien we vaker pijn hart en braken. Bij de diagnoses zien we in de voormeting duidelijk meer maag/darm-infecties. Er is echter geen duidelijke trend te onderkennen in de richting van onschuldiger of ernstiger klachten.

De overige gegevens in de contactregistratie zijn niet op een vergelijkbare manier geregistreerd in voor- en nameting.

In de voormeting hebben we extra informatie over de verrichtingen tijdens de diensten. In zeker de helft van de gevallen geeft de arts aan meerdere verrichtingen per consult uit te voeren (zie tabel 4.24). Behandeling (wondverzorging, hechting, injectie e.d.) is de minst voorkomende verrichting. Tussen het gebied van Noordwest en dat van Zuid lijkt een aanzienlijk verschil wat betreft het voorkomen van 'alleen luisteren en geruststellen'. Het aantal keer dat een arts doorverwezen heeft is de enige verrichting die even veel voorkomt in beide gebieden.

Tabel 4.23 De meest voorkomende redenen voor contact en diagnoses

redenen voor contact		werkdiagnose	
Voormeting:			
1. buikpijn	51	1. and. inf. maag/darm	36
2. benauwd	50	2. otitis media acuta	24
3. koorts	41	3. andere virusziektes	24
4. braken	31	4. geen ziekte	14
5. oorpijn	22	5. hyperventilatie	13
6. prikkelbaar/boos	14	6. obstipatie	12
7. diarree	13	7. overlijden	11
8. overlijden	11	8. urineweginfectie	8
9. duizeligheid	10	9. astma	8
10. hoesten	10	10. infectie bov.luchtw.	8
		11. angina pectoris	8
		12. acute buikpijn	8
Nameting			
1. koorts	41	1. inf.bovenste luchtwegen	15
2. benauwd	36	2. overleden	10
3. hoesten	33	3. acute buikpijn	10
4. buikpijn	31	4. otitis media acuta	9
5. braken	26	5. koorts	8
6. pijn hart	21	6. benauwd	8
7. hoofdpijn	15	7. ongeval	8
8. maagpijn	14	8. ov. virusinfecties	7
9. oorpijn	14	9. geen ziekte	7
10. keelpijn	13	10. hoofdpijn	7
11. huilend kind	13	11. angstig/nerveus	7

Tabel 4.24 Percentage van consulten met verrichtingen naar soort verrichting in de voormeting (per consult meerdere verrichtingen mogelijk)

	Noordwest		Zuid	
Advies geven	90	(48.4%)	114	(57.0%)
Verwijzing	46	(24.7%)	48	(24.0%)
Lichamelijk onderzoek	65	(34.9%)	53	(26.5%)
Behandeling	8	(4.3%)	3	(1.5%)
Voorschrijven medicijnen	70	(37.6%)	41	(20.5%)
Alleen luisteren en geruststellen	8	(4.3%)	29	(14.5%)
Totaal	186		200	

De gegevens uit tabel 4.24 kunnen worden vergeleken met die in tabel 4.16 op pagina 30 waarin de door de patiënt gerapporteerde verrichtingen zijn weergegeven. Hierin blijkt dat registratie door de huisarts en rapportage door de patiënt goed overeen komen bij het tamelijk harde gegeven van een verwijzing. In mindere mate geldt dat voor het geneesmiddelvevoorschrift. Bij minder duidelijk omschreven verrichtingen zijn de verschillen aanzienlijk. De patiënt rapporteert aanzienlijk vaker lichamelijk onderzoek terwijl de huisarts juist aanzienlijk vaker registreert dat een advies wordt gegeven.

Verwijzen van de hulpvrager komt in bijna in een kwart van de gevallen voor. In tabel 4.25 is te zien waarnaar de huisarts verwijst. Het gaat hierbij zowel om verwijzingen naar het spreekuur van de eigen huisarts als naar andere voorzieningen. De tabel laat zien dat met name in Noordwest de verwijsbestemming vaak onbekend is. In ongeveer een derde van de verwijzingen wordt naar de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis verwezen. Dat is iets vaker dan verwijzingen naar het spreekuur van de huisarts. Andere verwijsbestemmingen komen nauwelijks voor.

Tabel 4.25 Aantal verwijzingen naar bestemming

	Noordwest		Zuid	
SEH ziekenhuis	15	(32.1%)	17	(35.4%)
Thuiszorg			1	(2.2%)
Weekendspreekuur huisarts	1	(2.2%)	1	(2.2%)
Ochtendspreekuur huisarts	11	(24.4%)	14	(30.4%)
Tandarts			1	(2.2%)
Riagg	1	(2.2%)		
Onbekend	18	(39.1%)	14	(29.0%)
Totaal	46		48	

Voor wat betreft de verwijzingen naar de spoedeisende hulp kan een vergelijking tussen voor- en nameting worden gemaakt. In de voormeting vonden 32 verwijzingen plaats (15 in Noordwest en 17 in Zuid) ofwel 8 per 100 contacten. In de nameting 58 (23 in Noordwest en 35 in Zuid) ofwel 5 per 100 contacten. Het aantal consulten per 1000 contacten is dus afgenomen (statistisch significant, $p < .05$). Deze tendens was ook al zichtbaar in tabel 4.16, hoewel daar (net) niet statistisch significant. De toename van het aantal consulten zal dus niet hebben geleid tot een naar rato toenemend aantal verwijzingen.

De huisartsen werd in de voormeting in het kort (alleen ja of nee antwoorden) gevraagd een oordeel te geven over de aard van de hulpvraag. De vraag werd gesteld of de hulpvraag wel of niet spoedeisend genoemd kon worden. In het merendeel van de gevallen vond de arts dat dat niet het geval was. In tabel 4.26 is dat te zien.

Tabel 4.26 Oordeel van huisartsen over de spoedeisendheid van de hulpvraag en of de huisarts de aangewezen hulpverlener was

		Noordwest		Zuid	
Was de hulpvraag spoedeisend?					
Ja	72	(38.7%)	69	(34.5%)	
Nee	98	(52.7%)	116	(58.0%)	
Niet gekozen	16	(8.6%)	15	(7.5%)	
Was de huisarts de aangewezen hulpverlener?					
Ja	159	(85.5%)	178	(89.0%)	
Nee	8	(4.3%)	17	(8.5%)	
Niet gekozen	19	(10.7%)	5	(2.5%)	

De artsen vinden in het overgrote deel van de gevallen wel dat zij de meest geschikte hulpverlener voor de hulpvraag waren. Slechts in 4% in het gebied Noordwest en in 8.5% in het gebied Zuid vond de arts dat de hulpvrager beter bij een ander hulpverlener terecht had gekund.

In de nameting is ook geregistreerd in hoeverre naar het oordeel van de huisarts de patiënt zich terecht tot de spoedeisende hulp had gewend. Voor de post Noordwest lag dit percentage op 96,5% en voor de post Zuid op 95%. De toename in contactfrequentie heeft dus niet geleid tot een groot aandeel van in de ogen van de huisarts onterechte hulpvragen.

4.4 Patiëntenstromen ziekenhuis en ambulancedienst

In deze paragraaf wordt in kaart gebracht wat de gevolgen zijn van de opening van de huisartsenposten voor de aanpalende voorzieningen: de ziekenhuizen en de ambulancedienst. Mogelijk zouden de aantallen patiënten daar toe- of afnemen. Alle drie de in het onderzoek betrokken ziekenhuizen alsmede de ambulancedienst konden gegevens leveren over patiëntenstromen.

De SEH afdelingen van het Dijkzigt, Franciscus en Zuiderziekenhuis hebben gedurende drie weken lang alle contacten tussen 23.00 en 8.00 geregistreerd. In de voormeting vonden bij het Zuiderziekenhuis 131 contacten plaats ofwel gemiddeld 6,2 contacten per nacht. Bij het Franciscus Gasthuis werden gemiddeld 5,1 per nacht geregistreerd en bij het Dijkzigt ziekenhuis gemiddeld 10,5. In de nameting lag het aantal contacten bij het Zuiderziekenhuis precies even hoog als bij de voormeting. Bij het Franciscus en het Dijkzigt was sprake van een toename naar respectievelijk 6,8 en 12,8 contacten per nacht.

In tabel 4.18 is te zien met welke achtergrond de hulpvragers binnen kwamen. De groep betreft patiënten die op eigen initiatief de huisarts bezoeken. Bij het Zuiderziekenhuis zijn er nauwelijks verschillen in wijze van binnenkomst tussen voor en nameting. Bij het Franciscusgasthuis is het aandeel van de groep die op eigen initiatief de huisartsenpost bezocht toegenomen. Het is met name deze groep die voor de overall-toename heeft gezorgd. Bij het Dijkzigt ziekenhuis is de toename over de hele linie te constateren.

Tabel 4.27 Wijze van binnenkomst bij SEH

	Zuiderziekenhuis				Franciscusgasthuis				Dijkzigt			
	voor		na		voor		na*		voor		na	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eigen initiatief	71	54.2	74	56.9	45	41.7	78	54.5	141	64.1	165	61.6
Per ambulance	29	22.1	30	23.1	21	19.4	13	9.1	37	16.8	44	16.4
Verwezen door huisarts	13	9.9	14	10.8	14	13.0	18	12.6	7	3.2	8	3.0
Huisarts/ ambulance	14	10.7	10	7.7	21	19.4	29	20.3	22	10.0	36	13.4
Onbekend/overig	4	3.1	3	2.2	3	2.8	3	2.1	13	5.9	15	5.6
Totaal	131		131		108		143		220		268	

In het Franciscus en Zuiderziekenhuis worden vanuit de meeste patiënten doorverwezen naar de afdeling chirurgie. Ook interne geneeskunde is een afdeling waarnaar veel doorgestuurd wordt. Dit is te zien in tabel 4.28. In het patroon van verwijsbestemmingen is in deze ziekenhuizen niet veel veranderd.

In het Dijkzigt ziekenhuis wordt gewerkt met een poortarts algemeen en een poortarts chirurgie. In vergelijking met de voormeting is het aandeel van de poortarts algemeen sterk toegenomen. Dit heeft te maken met veranderingen in de interne organisatie in het ziekenhuis.

Tabel 4.28 Afdelingen waarnaar hulpvragers bij SEH doorgestuurd worden

	Zuiderziekenhuis				Fr. Gasthuis			
	voormeting		nameting		voormeting		nameting	
Chirurgie	65	(49.6%)	65	(50.0%)	61	(56.5%)	85	(59.4%)
Interne Geneeskunde	34	(26.0%)	21	(16.2%)	25	(23.1%)	28	(19.6%)
Cardiologie	10	(7.6%)	14	(10.8%)	10	(9.3%)	14	(9.8%)
Kindergeneeskunde	11	(8.4%)	19	(14.6%)			1	(0.7%)
overige	7	(5.3%)	12	(9.2%)	10	(9.3%)	15	(9.1%)
Totaal	131		131		108		143	

Tabel 4.28 vervolg

	Dijkzigt			
	voormeting		nameting	
Poortarts algemeen	64	(29.1%)	147	(54.9%)
Poortarts chirurgie	88	(40.0%)	38	(14.2%)
Orthopaedie	29	(13.2%)	19	(7.0%)
Gynaecologie	8	(3.6%)	16	(6.0%)
Cardiologie	11	(5.0%)	10	(3.7%)
Internist	9	(4.1%)	12	(4.5%)
overige	11	(5.0%)	26	(9.7%)
n	220		268	

Tenslotte zijn door de Regionale Hulpverleningsdienst Rijnmond handmatig gegevens geregistreerd over het aantal aanvragen voor ambulancezorg is tussen 23.00 uur 's nachts

en 8 uur 's ochtends. De registraties vonden plaats respectievelijk plaats vanaf 18 november 1996 tot en met 23 december 1997 in de voormeting en van 15 december tot en met 21 december 1998 en 5 januari tot en met 1 februari 1999 in de nameting. In beide gevallen dus 5 weken. In de voormeting werden 335 contacten geregistreerd en in de nameting 645. Vanwege dit grote verschil zijn de registratiegegevens nader geïnspecteerd. Daar bleek uit dat in de voormeting gedurende een deel van de periode nauwelijks contacten voor 12 uur waren geregistreerd. Bovendien bleek dat in een deel van de periode contacten waar geen vervoer had plaatsgevonden niet waren geregistreerd. Daarop is besloten beide groepen contacten uit zowel de voor- als de nameting te verwijderen. Daarmee kwamen we op 264 contacten in de voormeting en 401 contacten in de nameting ofwel respectievelijk 7,5 en 11,5 contacten per nacht. Dit is een toename van ongeveer 50%. Het minimum was 3 keer per nacht en het maximum 21.

De verdeling naar tijdstip staat in tabel 4.29. De grootste aantallen aanvragen vinden aan de 'randen' van de nacht tussen 12 en 2 uur 's nachts respectievelijk tussen 7 en 8 uur 's ochtends plaats. De toename lijkt zich over de hele nacht te verdelen. Alleen 's ochtends tussen 7 en 8 is de toename extra sterk. Mogelijk speelt hier ook onderregistratie in de voormeting.

Tabel 4.29 Aantal ambulanceaanvragen naar tijdstip alarmering

	voormeting		nameting	
00.00 - 00.59 u.	54	(20.5%)	71	(17.7%)
01.00 - 01.59 u.	33	(12.5%)	52	(13.0%)
02.00 - 02.59 u.	46	(17.4%)	45	(11.2%)
03.00 - 03.59 u.	25	(9.5%)	48	(12.0%)
04.00 - 04.59 u.	27	(10.2%)	29	(7.2%)
05.00 - 05.59 u.	24	(9.1%)	33	(8.2%)
06.00 - 06.59 u.	25	(9.5%)	37	(9.2%)
07.00 - 07.59 u.	30	(11.4%)	86	(21.4%)
totaal	264		401	

In de meeste gevallen betrof de aanvrager van de ambulance de huisarts, gevolgd door eigen initiatief (tabel 4.30). Ten opzichte van de voormeting zien we enkele verschuivingen. Het aandeel van aanvragen van de huisarts is afgenomen, terwijl het aantal ziekenhuisaanvragen en aanvragen van het RIAGG is toegenomen.

Tabel 4.30 Aantal ambulanceaanvragen naar aanvrager

	Voormeting		Nameting	
eigen initiatief (112)	77	29.2%	112	27.7%
huisarts	116	43.9%	146	36.4%
politie	43	16.3%	54	13.5%
ziekenhuis	15	5.7%	54	13.5%
RIAGG	5	1.9%	16	4.0%
ambulance	7	2.4%	15	3.7%
brandweer	-	-	2	0.5%
overig	1	0.4%	3	0.7%
totaal	264	100.0%	401	100.0%

Tenslotte is de verdeling naar bestemming weergegeven in tabel 4.31. We zien hier een relatieve toename van ritten naar het Dijkzigt ziekenhuis en het Franciscusgasthuis en een relatieve afname van ritten naar het Zuiderziekenhuis en het Claraziekenhuis. Opmerkelijk is de opkomst van de bestemming huisadres.

Tabel 4.31 Aantal ambulanceritten naar bestemming

	Voormeting		Nameting	
Dijkzigt	57	21.6%	106	26.4%
Franciscus	36	13.6%	70	17.5%
Zuiderziekenhuis	48	18.2%	42	10.5%
Claraziekenhuis	42	15.9%	34	8.5%
Havenziekenhuis	10	3.8%	24	6.0%
Yssellandziekenhuis	15	5.7%	20	5.0%
Ikaziaziekenhuis	15	5.7%	16	4.0%
Sophia-kinderziekenhuis	9	3.4%	10	2.5%
assistentie	2	0.8%	9	2.2%
huisadres			16	4.0%
overig	30	11.4%	54	13.4%
totaal	264	100.0%	401	100.0%

Al met al zien we een toename van het aantal ambulanceritten, al moet met name ten aanzien van de voormeting een kanttekening worden geplaatst bij de kwaliteit van de registratie. Het is de vraag in hoeverre de toename te maken heeft met de komst van de huisartsenpost. Het aandeel van ritten aangevraagd door de huisarts is nl. afgenomen. De toename van het aandeel met de bestemming Dijkzigt en Franciscus komt niet tot uiting in de cijfers van de betreffende SEH's over de herkomst van de hulpvragers.

5 CONCLUSIES EN DISCUSSIE

In dit rapport wordt de invoering van centrale huisartsenposten in Rotterdam geëvalueerd. Met de invoering van centrale huisartsenposten, begin 1998, is men in Rotterdam overgegaan op een grootschaligere organisatie van huisartsenzorg buiten kantooruren. Tot die tijd was de huisartsenzorg buiten kantooruren georganiseerd via het gebruikelijke systeem van waarnemgroepen, bestaande uit 7-11 huisartsen. Het primaire doel van de nieuwe organisatie was vermindering van de werkbelasting van de huisarts.

De nieuwe organisatie omvat drie centrale huisartsenposten in de stad Rotterdam, elk voor een gebied met circa 50 huisartsen. Er zijn twee huisartsenposten in Rotterdam-Noord (gelokaliseerd in gebouwen van de thuiszorg) en één in Rotterdam-Zuid (gesitueerd aanpalend aan het Zuiderziekenhuis). Via deze posten wordt de waarneming gedurende alle nachten van de week geregeld, van 23.00 uur 's avonds tot 8.00 uur 's ochtends. Op elke post worden de nachtdiensten gedraaid door één huisarts, één telefoniste/praktijkassistente en een taxi(chauffeur). In Rotterdam-Noord is alleen de nachtmodule ingevoerd, in Rotterdam-Zuid ook de zogenaamde avond- (17-23 uur) en weekendmodule (zaterdag en zondag 8-15.30 en 15-23 uur). Door het nieuwe systeem hebben bijna alle huisartsen een ongestoorde nachtrust; de arts op de post kan een behoorlijk drukke nachtdienst hebben. Van de huisarts die nachtdienst heeft gehad, wordt de volgende dag de praktijk overgenomen door een lid van de hagro. De totale kosten per jaar voor deelname aan de huisartsenpost (bij deelname voor zowel avond-, nacht als weekenddienst) bedragen voor de huisarts fl.23.400,-, waarvan de helft uit het zogenaamde Fonds Achterstandswijken betaald wordt.

In dit onderzoek is alleen de nachtmodule geëvalueerd. De effecten zijn beschreven in termen van frequentie en aard van de contacten, werkbelasting van huisartsen, tevredenheid van de patiënt en patiëntenstromen naar ziekenhuizen en de ambulancedienst. Aan de hand van de geformuleerde onderzoeksvragen zullen de belangrijkste resultaten worden samengevat en bediscussieerd.

Beantwoording van de onderzoeksvragen

1. Wat zijn de gevolgen van het instellen van centrale huisartsenposten voor de werkbelasting van de huisarts?

In de oude situatie betrof de grootste klacht van de huisartsen de belasting, onder meer veroorzaakt door de vele diensten die zij draaiden. Het doel van de nieuwe dienstenstructuur was dan ook primair vermindering van werkbelasting voor de huisarts en daarin is men, zoals uit dit onderzoek blijkt, geslaagd.

Bezien we eerst de objectieve werklast dan blijkt dat het aantal nachtdiensten dat huisartsen draaien een factor 7 is afgenomen. In de oude situatie draaiden op jaarbasis zij gemiddeld 49 nachtdiensten en in de nieuwe 7. In Rotterdam Zuid, waar ook de avond- en weekenddiensten worden verricht vanuit de post is de dienstfrequentie afgenomen van

gemiddeld 108 (omgerekend naar diensten van 8 uur) naar 33 per jaar, 75 diensten minder dus. Daartegenover staat dat de diensten drukker worden. Dat geldt met name de nachtdienst waarin de huisarts een factor drie tot vier meer contacten rapporteert. In de avonddienst gaat het om meer dan twee keer zoveel contacten en op de dagdienst in het weekend is de toename nog minder. Aangetekend moet worden dat de huisarts de dag na een nachtdienst in de nieuwe situatie wordt vervangen door een lid van de Hagro.

Met de objectieve werklast is ook ervaren werkbelasting sterk afgenomen: in de oude situatie ervoer 80% van de huisartsen de diensten in het algemeen als (zeer) belastend, in de nieuwe situatie is dit 20%. Het gedeelte artsen dat de doordeweekse en weekendnachtdiensten als (zeer) belastend ervaart, is teruggelopen van resp. 63% en 81% naar ongeveer 26%. Ook de mate waarin huisartsen de verschillende aspecten van diensten als belastend ervaren, is sterk verminderd. In de oude situatie vond 77% van de huisartsen oneigenlijke hulpvragen, 76% eisend gedrag van patiënten en 72% het beslag op het gezinsleven belastend tot zeer belastend. Na invoering van de centrale huisartsenposten worden deze aspecten door respectievelijk 26%, 24% en 28% van de artsen als (zeer) belastend ervaren. Ook andere aspecten van het draaien van diensten, zoals agressie van patiënten, oneigenlijke hulpvragen, drukte tijdens diensten en de bereikbaarheid van andere hulpdiensten, is een aanzienlijke daling te zien, met andere woorden de omstandigheden beïnvloeden de ervaren belasting. Belangrijke omstandigheden die het gevoel van veiligheid mogelijk vergroten zijn de aanwezigheid van de assistente en de taxichauffeur. De omstandigheid dat de huisarts toch al wakker is kan ertoe leiden dat eventuele oneigenlijke hulpvragen als minder belastend worden ervaren. Tenslotte is ook de 'blootstelling' aan dit soort ongewenste verschijnselen domweg verminderd omdat men minder vaak diensten draait. Het enige aspect waar de mate van ervaren belasting niet verminderd is, is het regelen van een ziekenhuisopname. Bijna 42% ervaart dit (ook) in de nieuw situatie als (zeer) belastend.

Naast werkbelasting is ook aandacht besteed aan wat huisartsen vinden van de organisatie en het functioneren van de centrale huisartsenposten. Uit het onderzoek blijkt dat het gemiddeld oordeel over het functioneren van de verschillende onderdelen van de waarneemregeling, zoals de omvang van de waarneemgroep, de omvang van de populatie en de overdracht van diensten, is verslechterd ten opzichte van de oude situatie. Het meest ontevreden zijn de artsen, evenals in de oude situatie, over het niet beschikbaar zijn van patiëntgegevens tijdens de diensten. Hoewel één van de verwachtingen was dat bepaalde onderdelen van de waarneemregeling, zoals bijvoorbeeld de terugrapportage aan de eigen huisarts, binnen een grootschaliger en professioneel opgezette organisatie, beter geregeld zouden kunnen worden, komen deze verwachtingen (nog) niet uit. Het minder gunstige oordeel over het functioneren van de huisartsenposten kan met verschillende zaken te maken hebben, zoals de nadelen van schaalvergroting en de onvermijdelijke kinderziektes waar iedere nieuwe organisatie mee te kampen heeft. Dit speelt bijvoorbeeld waarschijnlijk een rol bij een aspect als de overdracht van diensten. Ook hebben de artsen waarschijnlijk hogere verwachtingen van de nieuwe, professioneel opgezette organisatie waarvoor zij (veel) moeten betalen. Dit beïnvloedt uiteraard hun oordeel. Een duidelijke wens van de deelnemende huisartsen is om de patiëntgegevens tijdens de waarneming beschikbaar te hebben.

Het werk van de huisarts in de nachtdienst is na het instellen van de huisartsenpost veranderd. In de eerste plaats vindt een groter deel van de hulpvragen in de praktijk (in dit geval de huisartsenpost) plaats. De achtergrond daarvan is dat het in de oude situatie met name als de huisarts niet op het praktijkadres woont vaak sneller voor de huisarts is om

naar de patiënt te gaan dan naar de praktijk gaan en te wachten tot de patiënt komt. Een tweede verandering is de samenwerking met de assistente en de taxichauffeur. De assistente neemt als eerste de telefoon aan en handelt ruim 20% van de hulpvragen zelfstandig af met een telefonisch advies (gegevens patiëntenquête). De taxichauffeur vergezelt de huisarts bij potentieel onveilige visites en kan doordat hij een reanimatiecursus heeft gehad eventueel helpen bij het reanimeren.

Over de samenwerking met de assistente en de taxichauffeur zijn de huisartsen over het algemeen zeer te spreken. Het overgrote deel van de artsen (meer dan 90%) vindt de beschikbaarheid van een assistente en taxichauffeur (zeer) zinvol en ervaart die aanwezigheid ook als (zeer) prettig.

Ook de zorgverlening tijdens de consulten verandert, zo blijkt uit de rapportage door de patiënten. De huisartsen lijken consulten vollediger af te handelen terwijl in het verleden eerder de neiging bestond om alleen het hoogst noodzakelijke te doen en te verwijzen naar de huisarts de volgende dag. Aan de patiënt worden veel vaker adviezen gegeven en er vindt ook vaker lichamelijk onderzoek plaats. Deze 'vollediger' consultvoering uit zich minder in kostengenererende verrichtingen als voorschrijven en verwijzen. Er wordt weliswaar iets vaker voorgeschreven, maar het aantal verwijzingen lijkt eerder te zijn verminderd dan te zijn toegenomen. Niet nagegaan is wat de follow-up medische consumptie de volgende dag in de huisartspraktijk is.

Ten aanzien van de kwaliteit van zorg kunnen geen harde conclusies worden getrokken. In de consulten lijkt echter meer tijd/aandacht te zijn voor de patiënt getuige het feit dat deze meer adviezen en lichamelijk onderzoek rapporteert. Daarnaast kan worden gewezen op het geprotocolleerd delegeren van taken naar de praktijkassistente.

De algemene conclusie is dat, door de nieuwe organisatie, de werkbelasting zowel in objectieve als subjectieve zin sterk is verminderd. In kwalitatieve zin zijn er mogelijkheden voor verbetering met name door de beschikbaarheid van patiëntgegevens tijdens de diensten te verbeteren. De komst van de huisartsenpost heeft het werk van de huisarts 's nachts veranderd in de zin van relatief meer consulten in de praktijk in plaats van visites, samenwerking met assistente en taxichauffeur waar voorheen solistisch werd gewerkt en een 'vollediger' consultvoering.

2. Wat zijn de gevolgen van het instellen van centrale huisartsenposten op de kwaliteit van de geboden dienstverlening in de ogen van de gebruikers?

Naast een vermindering van werkbelasting voor de huisarts streefde men, met de invoering van de centrale huisartsenpost, een minimaal gelijkblijvende kwaliteit van de dienstverlening, of mogelijk zelfs een verbetering na. De verbeterde kwaliteit van dienstverlening verwachtte men vanwege de volgende factoren:

- er is een permanent toegankelijke post, waar patiënten terecht kunnen met klachten buiten kantooruren;
- eventuele visites kunnen sneller afgelegd worden, omdat de huisarts niet meer uit bed hoeft te komen om naar een visite te gaan en de arts door de inzet van een taxi sneller ter plaatse kan zijn;
- men heeft te maken met wakkere dokters, die daarom mogelijk meer bereid om face-to-face contacten te hebben.

Op basis van het oordeel over de verschillende aspecten van patiënttevredenheid, zoals de bereikbaarheid van de arts, de bereidheid tot en snelheid bij een face-to-face contact en het oordeel over de behandeling en bejegening, kunnen we op de eerste plaats concluderen dat er, met de invoering van de centrale huisartsenposten, geen duidelijke verschillen in patiëntoordeel zijn tussen voor- en nameting.

Het oordeel over de bereikbaarheid van de huisarts verschilt weinig tussen de oude en de nieuwe situatie. In beide situaties werd bij de overgrote meerderheid van de respondenten de telefoon meteen opgenomen, toen zij belden, en had ongeveer 70% binnen vijf minuten de huisarts aan de lijn. Het patiëntoordeel over de telefonische bereikbaarheid vertoont dan ook slechts kleine verschillen tussen oude en nieuwe situatie.

Ook bij de bereidheid tot en snelheid bij een face-to-face contact zijn de verschillen niet erg groot. De huisarts bood in de nieuwe situatie niet vaker aan om op visite te komen of om de patiënt op de huisartsenpost langs te laten komen. En zowel in de oude als de nieuwe situatie is ruim tweederde van de respondenten tevreden over de bereidheid van de arts om een face-to-face contact te hebben.

Het oordeel over de bereidheid tot en de snelheid bij praktijkbezoek en visite is in de nieuwe situatie ten opzichte van de oude nauwelijks veranderd. In de nieuwe situatie is het aandeel van praktijkbezoeken ten opzichte van visites sterk toegenomen. Bij praktijkbezoeken is men iets kritischer over de snelheid. Dit heeft te maken met de langere wachttijden op de centrale huisartsenpost. Doordat bij de visites de snelheid in de nieuwe situatie iets positiever is er geen verandering over het totaaloordeel van de snelheid bij praktijkbezoeken en visites samen.

Tenslotte het oordeel over de behandeling en bejegening: in de oude situatie zijn er weinig verschillen in oordeel tussen hulpvragers die een praktijkbezoek gehad hebben en degenen die een visite gehad hebben: ruim 40% van de ondervraagden vond de huisarts heel vriendelijk, bijna driekwart voelde zich heel serieus genomen door de huisarts en eveneens driekwart vond dat de huisarts zijn of haar klacht goed afhandelde. We zien weer een (gering) verschil tussen aan de ene kant praktijkbezoeken en aan de andere kant visites. Over de visites is men in de nameting iets positiever dan in de voormeting, terwijl men bij de praktijkbezoeken iets minder positief lijkt te zijn.

Op de vraag of men de huisartsenposten een verbetering dan wel een verslechtering vond ten opzichte van de oude situatie antwoordde ruim 56% van de ondervraagden de centrale huisartsenposten een verbetering ten opzichte van de oude situatie te vinden. Slechts 11% vindt het een verslechtering.

De algemene conclusie is dat de tevredenheid van de hulpvragers in grote lijnen gelijk is gebleven. Het enige licht kritische punt betreft het oordeel over het consult op de huisartsenpost, maar de meerderheid vindt de invoering van de centrale huisartsenpost in zijn algemeenheid een verbetering.

De vraag is in hoeverre de resultaten vertekend kunnen zijn door selectieve non-respons op de gehouden telefonische enquêtes onder gebruikers van huisartsenzorg 's nachts. Gewezen kan hier worden op de goede respons (respectievelijk 84 en 83% van de benaderde patiënten en 56 en 60% van de gebruikte contactregistraties). Daarnaast kan worden gewezen op het in grote lijnen vergelijkbaar zijn van het patroon van de non-respons. De kans dat vertekening is opgetreden is daarom klein.

Bij de interpretatie van de resultaten moet in ogenschouw worden genomen dat het

verwachtingspatroon door het instellen van een huisartsenpost mogelijk verandert c.q. toeneemt. Wanneer mensen weten dat de arts de hele nacht op is en niet uit zijn bed gebeld wordt en er een hele organisatie opgezet is voor de diensten dan zal men eerder bereidheid tot visite/consult verwachten. Dit verklaart wellicht dat men de huisartsenposten overall een verbetering vindt, maar als dan patiëntenoordelen op specifieke punten worden vergeleken tussen voor- en nameting geen verschillen worden gevonden.

3. Wat zijn de gevolgen van het instellen van centrale huisartsenposten op de patiëntenstromen?

Ten opzichte van de voormeting is het aantal contacten van patiënten met de huisartsenpost toegenomen. Er werden in dezelfde periode in de nameting 3 keer zoveel contacten geregistreerd dan in de voormeting. Dit verschil is voor een deel toe te schrijven aan verschillen in wijze van gegevensverzameling tussen voor- en nameting en met name aan onderregistratie in de voormeting. De oude vorm van waarneming, waarbij dienstdoende huisartsen 's nachts wakker worden gebeld, is zeker ook geen ideale situatie voor het gedisciplineerd registreren van contacten. De omvang van het verschil en het feit dat het verschil zich ook voordoet bij de visites laat er weinig twijfel over bestaan dat er sprake is van een toename van het aantal contacten.

De toename heeft niet geleid tot een volgens de huisarts groot aantal onterechte klachten. Dit aantal is in de nameting minimaal. Ook is er geen duidelijke trend naar onschuldiger klachten waar te nemen. Er zijn wel verschillen in klachtenpatroon tussen voor- en nameting, maar dat is niet te interpreteren in termen van meer of minder onschuldig. Verschillen in wijze van gegevensverzameling lijken daar eerder mee te maken te hebben.

Dat de huisarts de toename van het aantal contacten in termen van ervaren werkbelasting nauwelijks lijkt te merken komt in de eerste plaats doordat een belangrijk deel van de telefonische contacten wordt afgevangen door de praktijkassistente en door het feit dat als men er toch eenmaal zit het verrichten van extra consulten geen probleem is.

De toename van het aantal contacten heeft niet geleid tot een afname van het aantal contacten op de spoedeisende hulp van de ziekenhuizen. Bij twee van de drie ziekenhuizen heeft eveneens een toename plaatsgevonden. En ook het aantal ambulanceaanvragen is toegenomen. Het is maar zeer de vraag of deze toename te maken heeft met de komst van de huisartsenpost. Bij de ziekenhuizen is het aandeel van contacten op verwijzing van de huisarts niet toegenomen. Het aandeel door de huisarts aangevraagde ambulanceritten is zelfs afgenomen. Een toename van het aantal hulpvragen op eigen initiatief is niet te rijmen met het feit dat het aantal contacten met de huisarts ook is toegenomen.

Mogelijk heeft de toename van aantallen contacten zowel bij de huisarts als bij de ziekenhuizen en de ambulancedienst te maken met een algemene consumptiestijging te verklaren uit het verschijnsel van de 24-uurseconomie. Mogelijk heeft het ook te maken met een verbeterde registratie sinds de huisartsenposten zijn ingevoerd. Van belang is de ontwikkeling van de hulpvraag te blijven monitoren. Afstemming van de verschillende registraties verdient daarom aanbeveling.

Slot

Uit het evaluatie-onderzoek blijkt dat het instellen van de centrale huisartsenposten in Rotterdam, gerelateerd aan het primaire doel: vermindering van de werkbelasting van de huisarts, succesvol is: zowel het aantal diensten van de huisartsen als de door hen ervaren werkbelasting is sterk afgenomen. Dit heeft niet geleid tot een negatiever oordeel van de patiënt over de kwaliteit van de dienstverlening. De grote meerderheid vindt het zelfs een verbetering. Dit ondanks kinderziektes, het feit dat men relatief vaker naar de post moet komen in plaats van dat de huisarts op visite komt en een mogelijk hoger verwachtingspatroon.

Verder kan geconcludeerd worden dat het concept centrale huisartsenpost, gezien de grote belangstelling die er vanuit het veld voor is, een veelbelovende oplossing is voor het probleem van de werkbelasting van huisartsen. Ook in de minder verstedelijkte gebieden is men in de centrale huisartsenpost geïnteresseerd. Daar speelt met name de grootte van het gebied een rol, getuige de recente discussie over het 15-minutencriterium, hetgeen op het platteland wellicht niet gehaald kan worden, wanneer men met een huisartsenpost gaat werken (Dijkers en Heres, 1999). Een vraag is, tenslotte, de financiering op lange termijn van de huisartsenpost. Wanneer de gelden uit het achterstandsfonds, die nu voor de financiering van de centrale huisartsenposten gebruikt worden en er in rap tempo doorheen gaan, op zijn kan een bijdrage van fl.23.400 op jaarbasis een probleem gaan vormen. Dit onderzoek maakt in elk geval helder welke 'opbrengsten' tegenover deze extra 'kosten' staan. Voor de huisarts 75 diensten per jaar minder, samenwerking met taxichauffeur en assistente, vervanging na de (drukkere) diensten die men wel draait. Voor de patiënt een toegankelijker zorgverlening en een heldere, duidelijke organisatiestructuur en meer aandacht voor de patiënt in consulten tijdens de nachtdienst.

LITERATUUR

- Dierendonck D van, PP Groenewegen, H Sixma. Opgebrand; een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1992
- Dijkers F, W Heres. Een nieuwe dienstenstructuur voor huisartsen. Hoe realistisch is het 15-minuten criterium? Medisch Contact (54);4. 1999
- Hutten, JBF, Workload and provision of care in general practice. Utrecht: proefschrift Rijksuniversiteit, 1998
- Luyten MCG, FLJ Tjadens. Huisartsen in achterstandswijken; de werklust in achterstandswijken in drie grote steden onderzocht. Leiden: Research voor Beleid, 1995
- Minder diensten, kortere diensten. Plan voor een nieuwe dienstenstructuur in district DHV Rotterdam e.o. Rotterdam: Werkgroep Dienstenstructuur, 1997
- Schuller R, DH de Bakker. Huisartsenzorg buiten kantooruren in Rotterdam en omstreken. Utrecht: NIVEL, 1996
- Sixma, H., E. Hackenitz, EHBO in Almere 2. Utrecht: NIVEL, 1992
- Verhey RA, DH de Bakker, J van der Velden. De huisarts in de grote stad. Utrecht: NIVEL, 1992

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: Contactregistratieformulier (voormeting)

CONTACTREGISTRATIE

-Datum dienst; van op.....

-Naam patiënt.....

-Telefoon patiënt:

-Naam eigen huisarts.....

-Eigen waarneming / patiënt

-Tijdstip aanmelding

-Soort consult: ☐ telefoon
 ☐ praktijkbezoek Meerdere antwoorden mogelijk
 ☐ visite
 ☐ overig

-Reden contact:.....

-Werkdiagnose:.....

-Handeling: ☐ advies geven
 ☐ verwijzing naar
 ☐ lichamelijk onderzoek
 ☐ behandeling (wondverzorging, hechting, injectie, vaccinatie)
 ☐ voorschrijven medicijnen
 ☐ alleen luisteren en geruststellen
 (aankruisen wat van toepassing is)

-Vervolgafspraken gemaakt ja/nee

-Was de hulpvraag spoedeisend: ja/nee

-Was de huisarts de aangewezen hulpverlener: ja/nee

INSTRUCTIE HUISARTS VOORMETING NACHTELIJKE WAARNEMING

De voormeting duurt drie weken en begint met de nachtdienst van maandag 5 januari op dinsdag 6 januari en eindigt met de nachtdienst van zondag 25 januari op maandag 26 januari.

Het is de bedoeling dat u tijdens uw nachtdiensten, d.w.z. van 2300 tot 800 uur, in deze periode alle hulpvragen registreert. In feite komt het er op neer dat u de verslaglegging naar de eigen huisarts tijdens de waarneming op een systematische en volledige manier uitvoert. Voor de registratie hebben wij formulieren gemaakt waarop een aantal gegevens ingevuld moet worden. Bij deze brief is een stapel registratieformulieren bijgevoegd. Wilt u er goed opletten ook van telefonisch afgehandelde hulpvragen een formulier in te vullen.

Wij verzoeken u de registratieformulieren na elke nachtdienst naar de huisartsen van de patiënten in kwestie te faxen of te sturen. Het formulier is zo gemaakt dat het de normale wijze van verslaglegging (via het waarneembriefje of telefonisch) kan vervangen. Bij deze huisarts zal de assistent(e) ervoor zorgen dat er een exemplaar naar het NIVEL wordt gestuurd. Hij of zij stuurt ook een brief met het verzoek om deelname aan een telefonische enquête naar de patiënt. U hoeft deze brieven alleen te ondertekenen. Patiënten worden dus via hun eigen huisarts om medewerking gevraagd.

Contacten met patiënten van buiten de waarneemgroep dienen ook te worden geregistreerd. U kunt deze registratieformulieren rechtstreeks naar het NIVEL sturen of faxen. Deze patiënten zullen niet benaderd worden voor een telefonische enquête.

U komt op twee manieren met dit onderzoek in aanraking. Ten eerste registreert u alle contacten tijdens de nachtdienst en ten tweede ontvangt u registratieformulieren over uw patiënten van collega's uit de waarneemgroep. Het is de bedoeling het tweede gedeelte door de assistentes uit te laten voeren. Er is een brief met instructies gericht aan de assistentes bijgevoegd.

Voor de duidelijkheid vindt u bij dit pakket ook nog een **overzicht van de procedure**.

Succes met de registratie toegewenst en alvast bedankt voor u medewerking.

Voor vragen kunt u het NIVEL bellen.

Sandra Beekhoven

(vervolg bijlage 2)

INSTRUCTIE ASSISTENT(E) VOORMETING NACHTELIJKE WAARNEMING

In het kader van een onderzoek naar de toekomstige invoering van de Centrale Huisartsenposten voor nachtelijke waarneming houdt het NIVEL in opdracht van de DHV een voormeting. Tijdens een periode van drie weken worden alle contacten tijdens de nachtdienst, inclusief telefonische contacten, door de waarnemend arts geregistreerd. Dit levert een aantal formulieren op dat naar de eigen huisarts van de patiënt gestuurd wordt. De voormeting duurt drie weken en begint met de nachtdienst van maandag 5 januari op dinsdag 6 januari en eindigt met de nachtdienst van zondag 25 januari op maandag 26 januari.

Vanaf 5 januari zult u dus een aantal formulieren ontvangen met betrekking tot contacten met patiënten uit uw praktijk. Wij verzoeken u met alle formulieren die door waarnemend artsen toegestuurd worden en eventuele formulieren m.b.t. eigen patiënten die betrekking hebben op contacten tijdens bovengenoemde periode het volgende te doen.

- Een kopie toesturen aan het NIVEL
- Toesturen aan de patiënt in kwestie: een brief en een antwoordstrookje met bijbehorend antwoordenvolp (kleine witte). De brief bevat het verzoek om het afnemen van een telefonische enquête, uit naam van de huisarts. Blanco versies van deze brief zijn bijgevoegd, hier hoeft dus enkel het adres van de patiënt en de handtekening van de huisarts geplaatst te worden.

Het is erg belangrijk dat de brief aan de patiënt **meteen** na het ontvangen van het registratieformulier van de waarnemer opgestuurd wordt. De patiënt krijgt namelijk een week de tijd het NIVEL te laten weten niet mee te willen doen. Na het verstrijken van die week gaat het NIVEL bellen.

Voor opsturen van de registratieformulieren aan het NIVEL zijn drie (bruine) enveloppen bijgevoegd. Zo kunt u na elke week van de voormeting de binnengekomen formulieren opsturen. Natuurlijk mag u de formulieren ook faxen.

Voor de duidelijkheid is de hele procedure met betrekking tot de contactregistratie bijgevoegd.

Mochten er vragen zijn kunt u altijd het NIVEL bellen. Alvast bedankt voor uw medewerking.

Sandra Beekhoven

Datum

Geachte heer of mevrouw

Onlangs heeft u of een gezinslid 's-nachts hulp gevraagd aan een huisarts.

Volgend jaar komen er op een aantal plaatsen in Rotterdam centrale huisartsenposten. Er is dan 's-nachts een ander systeem van waarneming dan nu. Om straks na te gaan of de hulpverlening 's-nachts verbeterd is, is het belangrijk te weten wat mensen vinden van de huidige situatie. Daarom wil ik u vragen mee te werken aan een telefonische enquête.

U wordt in de komende weken gebeld door een medewerker van het NIVEL, de organisatie die het onderzoek uitvoert. Zij zullen vragen stellen over uw telefoontje met of bezoek aan de huisarts 's-nachts. Het interview zal ongeveer 10 minuten duren. De vragen zullen gaan over hoe snel en op welke manier u de waarnemend arts bereikte. Ook wordt gevraagd of u tevreden bent over de hulpverlening.

Als uw huisarts zou ik het op prijs stellen als u de vragen wilt beantwoorden. Het is belangrijk te weten wat u vindt van de zorg die u 's nachts van waarnemend huisartsen ontvangen. Uw antwoorden worden anoniem in het onderzoek verwerkt.

Als u toch niet aan het onderzoek mee wilt werken kunt u bijgevoegd antwoordformulier opsturen. Wilt u dat dan meteen doen. Na ontvangst van het formulier vernietigt het NIVEL uw gegevens. Voor het opsturen kunt u bijgevoegd enveloppe gebruiken.

Alvast bedankt voor u medewerking.

Hoogachtend,

[Naam huisarts]

1998

Geachte mevrouw/heer,

Onlangs heeft u of een gezinslid 's nachts hulp gevraagd aan een huisarts. Dit jaar zijn er op een aantal plaatsen in Rotterdam centrale huisartsenposten gekomen. Er is dus 's nachts een ander systeem van waarneming dan voorheen. De huisartsen in Rotterdam willen nu nagaan of de hulpverlening 's nachts verbeterd is, en daarbij is het belangrijk te weten wat mensen vinden van de veranderde situatie. Daarom wil ik u vragen mee te werken aan een telefonische enquête.

U wordt in de komende weken gebeld door een medewerker van het NIVEL, de organisatie die het onderzoek uitvoert. Zij zullen vragen stellen over uw telefoontje met of bezoek van of aan de huisarts 's nachts. Het interview zal ongeveer 10 minuten duren. De vragen zullen gaan over hoe snel en op welke manier u de huisarts of de huisartsenpost bereikte. Ook wordt gevraagd of u tevreden bent over de hulpverlening.

De DHV, de vereniging van huisartsen in Rotterdam en omstreken, zou het op prijs stellen als u de vragen wilt beantwoorden. Het is belangrijk te weten wat u vindt van de zorg die u 's nachts via de centrale huisartsenposten ontvangt. Uw antwoorden worden anoniem in het onderzoek verwerkt.

Als u toch niet aan het onderzoek mee wilt werken kunt u bijgevoegd antwoordformulier opsturen. Zou u dat dan zo snel mogelijk willen doen? Na ontvangst van het formulier vernietigt het NIVEL uw gegevens. Voor het opsturen kunt u bijgevoegde enveloppe gebruiken.

Alvast zeer veel dank voor uw medewerking.

Hoogachtend,
Stichting NIVEL

Mw. S.J. Grielen
onderzoeker

De heer D.H. de Bakker
projectleider

BIJLAGE 4A: Telefonische enquête (voormeting)

TELEFONISCHE ENQUÊTE HULPVERLENING DOOR HUISARTSEN IN DE NACHTELIJKE UREN IN ROTTERDAM

INTRODUCTIE

Goede...

U spreekt met, enquêteur van het NIVEL. Wij hebben uw telefoonnummer doorgekregen van uw huisarts omdat u in de nacht van op contact had met zijn/haar waarnemer.

Als het goed is heeft u een brief van uw huisarts gekregen met daarin het verzoek om deelname aan dit gesprek. Het is voor een onderzoek naar de kwaliteit van de nachtelijke hulpverlening door huisartsen in Rotterdam.

Mag ik u hierover een aantal vragen stellen?

ja > vraag 1

nee > vraag 47

Indien nodig extra toelichting op doel van het onderzoek:

Dit is een onderzoek naar de kwaliteit van de waarneming door huisartsen gedurende de nachtelijke uren. Het onderzoek is opgezet omdat binnenkort de organisatie van de waarneming zal wijzigen. Er komen centrale huisartsenposten waar een huisarts en een assistent(e) de hele nacht dienst hebben. Om straks te controleren of de veranderde organisatie de kwaliteit voor de patiënt verbeterd wordt eerst nagegaan hoe de kwaliteit nu is.

De vragen die ik nu ga stellen gaan dus over het contact met de huisarts in de nacht van

1. Betrof het contact met de huisarts uzelf of een huisgenoot?
 - zelf > 3
 - huisgenoot
2. Is het mogelijk met deze huisgenoot te spreken
 - nee, het gaat om een kind
 - nee, deze beheerst taal niet goed genoeg
 - nee deze is afwezig > afspraak maken voor terugbellen
 - ja, gesprek wordt met betrokkene voortgezet
3. Wat was het probleem waarvoor u (of uw huisgenoot) contact zocht?
..... (tekst invoeren)

TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID

De komende vragen gaan alleen over het contact van deze avond of nacht.

4. Was de huisarts telefonisch goed bereikbaar?

- 1 goed
- 2 redelijk
- 3 neutraal/ geen mening
- 4 matig
- 5 slecht

- 5. Welk nummer belde u als eerste?
 - van de eigen huisarts > 7
 - anders, nl.
- 6. Hoe was u op de hoogte van dit nummer? (meerdere antwoorden mogelijk)
 - informatie van de huisarts of assistent(e)
 - informatie van de gemeente (folder of stadsgids)
 - telefoonboek
 - via familie of bekenden
 - anders, nl.
- 7. Werd de telefoon meteen opgenomen, op was de lijn bezet?
 - ja > 9
 - nee, de lijn was bezet
 - er werd niet opgenomen
- 8. Kreeg u bij de tweede poging wel iemand aan de telefoon?
 - ja
 - nee, pas bij de ... poging
- 9. Wie kreeg u toen aan de lijn?
 - dienstdoend huisarts > 14
 - antwoordapparaat
 - boodschappendienst (ook wel doktersdienst of dokterstelefoon genoemd)
 - assistent(e) > 11
 - partner van de huisarts > 11
- 10. Kreeg u vervolgens wel het nummer van de waarnemend huisarts?
 - ja
 - ik werd doorverbonden
 - nee, het koste nog telefoontjes (om het nummer van de waarnemer te achterhalen)
- 11. Indien u eerst een assistent(e) of partner van de huisarts sprak, vroeg u toen om de huisarts aan de lijn te krijgen?
 - ja
 - nee
- 12. Kreeg u de huisarts uiteindelijk aan de lijn?
 - ja
 - nee, maar assistent(e) (of partner huisarts) vroeg me naar de praktijk te komen > 29
 - nee, maar assistent(e) (of partner huisarts) zei dat de huisarts op visite zou komen > 20

13. En was dat meteen, of
- ja, meteen
 - na aandringen
 - na ... keer bellen
 - nadat de huisarts mij terug belde
14. Wat vond u van de bereidheid om huisarts te spreken te krijgen?
- 1 goed
 - 2 redelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
15. Hoe lang heeft het geduurd voor u de huisarts aan de lijn had?
- minder dan 1 minuut
 - 1 - 5 minuten
 - langer
16. Werd u door de huisarts (door)verwezen?
- ja
 - nee > 18
17. Waarnaar?
- EHBO ziekenhuis
 - RIAGG
 - crisisopvang
 - politie
 - naar eigen huisarts de volgende dag
 - anders, namelijk
18. Hoe vriendelijk vond u de huisarts tijdens het telefoongesprek?
- 1 heel vriendelijk
 - 2 vriendelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 niet zo vriendelijk
 - 5 onvriendelijk
 - 6 niet van toepassing

BEREIDHEID TOT VISITE

19. Toen u de huisarts aan de telefoon had, vroeg u hem of haar op visite te komen?
- ja
 - nee > 28
 - nee, maar huisarts kwam op eigen initiatief op visite > 21
20. Was de huisarts daartoe bereid?
- ja, direct
 - ja, maar pas na aandringen
 - ja, maar pas na .. keer bellen

- nee > 28

VRAGEN BETREFFENDE VISITE

21. Hoe snel was de huisarts ter plaatse na het bellen?
.... minuten
22. Wat vond u van de snelheid waarmee de huisarts ter plaatse was?
- 1 goed
 - 2 redelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
23. Wat vond u van de bereidheid van de huisarts om visites af te leggen?
- 1 goed
 - 2 redelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
24. Wat heeft de huisarts gedaan? (Meerdere antwoorden mogelijk!)
- advies geven en luisteren
 - lichamelijk onderzoek
 - behandeling (bijv. wondverzorging, hechten, injectie)
 - medicijnen geven
 - verwijzing naar ziekenhuis
25. Hoe vriendelijk vond u de huisarts tijdens zijn of haar bezoek?
- 1 heel vriendelijk
 - 2 vriendelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 niet zo vriendelijk
 - 5 onvriendelijk
26. Vond u dat de huisarts goed inging op uw klacht?
- 1 ja, goed
 - 2 redelijk
 - 3 weet niet/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
27. Voelde u zich serieus genomen door de huisarts?
- 1 heel serieus
 - 2 redelijk
 - 3 weet niet/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 helemaal niet

Door naar > 39

BEREIDHEID TOT PRAKTIJKBEZOEK

28. Vroeg u of u naar de praktijk kon komen, voor onderzoek of behandeling?
- ja
 - nee > 37
 - nee, maar huisarts vroeg daar om > 30
29. Zei de huisarts dat u mocht komen?
- ja, direct
 - ja, maar pas na aandringen
 - ja, maar pas na .. keer bellen
 - nee > 37

CONSULTEN IN DE PRAKTIJK

30. Hoe lang moest u wachten in de praktijk?
..... minuten
31. Wat vond u van de snelheid waarmee u in de praktijk geholpen werd?
- 1 goed
 - 2 redelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
32. Wat vond u van de bereidheid van de huisarts om u op de praktijk te ontvangen?
- 1 goed
 - 2 redelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
33. Wat heeft de huisarts gedaan? (Meerdere antwoorden mogelijk!)
- advies en luisteren
 - lichamelijk onderzoek
 - behandeling (bijv. wondverzorging, hechten)
 - injectie
 - voorschrift medicijnen
 - verwijzing
34. Hoe vriendelijk vond u de huisarts tijdens het bezoek aan de praktijk?
- 1 heel vriendelijk
 - 2 vriendelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 niet zo vriendelijk
 - 5 onvriendelijk

35. Vond u dat de huisarts goed inging op uw klacht?

- 1 ja, goed
- 2 redelijk
- 3 weet niet/ geen mening
- 4 matig
- 5 slecht

36. Voelde u zich serieus genomen door de huisarts?

- 1 heel serieus
- 2 redelijk
- 3 weet niet/ geen mening
- 4 matig
- 5 helemaal niet

Naar > 39

37. U heeft dus alleen telefonisch contact gehad met de huisarts.

Vond u dat de huisarts goed inging op uw klacht?

- 1 ja, goed
- 2 redelijk
- 3 weet niet/ geen mening
- 4 matig
- 5 slecht

38. Voelde u zich serieus genomen door de huisarts?

- 1 heel serieus
 - 2 redelijk
 - 3 weet niet/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 helemaal niet
-

ALGEMENE WAARDERING

39. Kunt u een eindoordeel geven over het contact van **deze nacht** door een cijfer te geven van 1 tot 10. (evt: 10 is heel goed, 1 is heel slecht)

40. Wat vindt u **in het algemeen** van de dienstverlening van de huisarts 's nachts? Graag weer een cijfer van 1 tot 10

SLOTVRAGEN

41. Wat is uw leeftijd (of de leeftijd van de huisgenoot in kwestie)?
... jaar

42. Geslacht

- 1 man
- 2 vrouw

43. Hoe bent u verzekerd?
- 1 ziekenfonds
 - 2 particulier

OPEN VRAAG

44. Wilt u tot slot nog iets kwijt over de hulpverlening van huisartsen 's nachts?
-

VRAAG AAN DE ENQUETEUR

We willen graag weten of er sprake was van taalproblemen. Daarom vragen wij jullie oordeel over de verstaanbaarheid van de respondent. Het gaat dus niet om **accenten**!!

45. Was de respondent de Nederlandse taal
- goed machtig
 - redelijk machtig
 - slecht machtig
46. Is er een sterk vermoeden dat de respondent de vragen niet begreep en zomaar wat antwoorde?
- ja
 - nee
47. Reden weigering
- Gesprek afgebroken wegens taalproblemen
 - respondent weigert omdat

BIJLAGE 4B: TELEFONISCHE ENQUÊTE (NAMETING)

TELEFONISCHE PATIENTENENQUETE - NAMETING NACHTELIJKE HULPVERLENING VIA CENTRALE HUISARTSENPOSTEN IN ROTTERDAM

INTRODUCTIE

Goede...

U spreekt met, enquêteur van het NIVEL. Wij hebben uw telefoonnummer doorgekregen van de centrale huisartsenpost omdat u of één van uw huisgenoten in de nacht van op contact heeft gehad met een huisarts van de centrale huisartsenpost.

1. Is het mogelijk met de persoon te spreken die 's nachts contact heeft gehad met de huisarts?
 - ja, daar spreek je mee/die komt nu aan de lijn
 - nee, het gaat om een kind
 - nee, deze beheerst de taal niet goed genoeg
 - nee, deze persoon is afwezig > afspraak maken om terug te bellen

Als het goed is heeft u een brief van de huisartsenpost gekregen met daarin het verzoek om deelname aan dit gesprek. Het is voor een onderzoek naar de kwaliteit van de nachtelijke hulpverlening door de centrale huisartsenposten in Rotterdam.

Indien nodig extra toelichting op doel van het onderzoek:

Dit is een onderzoek naar de kwaliteit van de zorg door centrale huisartsenposten gedurende de nacht. Het onderzoek is opgezet omdat onlangs de organisatie van de waarneming is gewijzigd. Er zijn nu centrale huisartsenposten gekomen waar een huisarts en een assistente de hele nacht dienst hebben. De huisartsenvereniging van Rotterdam wil nu nagaan of met de veranderde organisatie de kwaliteit voor de patiënt verbeterd is. Daarom willen we uw mening weten.

2. Mag ik u hierover een aantal vragen stellen?
 - ja > vraag 1
 - nee, weigering > vraag 47
 - nee, nu niet, maar wel een andere keer > afspraak maken om terug te bellen

De vragen die ik nu ga stellen gaan dus over het contact met de huisarts in de nacht van

3. Wat was het probleem waarvoor u (of uw huisgenoot) contact zocht?
..... (tekst invoeren)
-

TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID

De komende vragen gaan alleen over het contact van deze nacht.

4. Werd de telefoon meteen opgenomen, toen u belde?
 - ja > 6
 - nee, ik werd eerst in de wachtstand gezet > 6
 - nee, de lijn was bezet > 5
 - nee, er werd niet opgenomen > 5
 - ik ben -zonder te bellen- rechtstreeks naar de huisartsenpost gegaan > 29
 - anders, nl... > 6
 - weet niet > 6
5. Kreeg u bij de tweede poging wel iemand aan de telefoon?
 - ja > 6
 - nee > 5A
 - weet niet > 6
- 5A. Hoeveel pogingen moest u daarna nog doen?
 - 1 poging > 6
 - 2 pogingen > 5
 - 3 of meer pogingen > 5
 - weet niet > 6
6. Wie kreeg u (uiteindelijk) aan de lijn?
 - assistent(e) van de huisartsenpost > 7
 - assistent(e) van de huisartsenpost, maar wel via de telefonist(e) van de centrale telefoonpost > 7
 - dienstdoend huisarts > 13
 - anders, nl.... > 13
 - weet niet > 6
7. Hoe lang heeft het geduurd voordat u een assistent(e) van de huisartsenpost aan de lijn had?
 - minder dan 1 minuut > 6
 - 1 - 5 minuten > 5
 - 5-10 minuten > 5
 - langer > 5
 - weet niet > 6
8. Indien u eerst een assistent(e) sprak, heeft u toen gevraagd de huisarts aan de lijn te krijgen?
 - ja > 6
 - nee > 5
 - weet niet > 6

9. Kreeg u de huisarts uiteindelijk aan de lijn?
- ja, onmiddellijk
 - ja, nadat de huisarts mij had teruggebeld
 - nee, maar de assistent(e) vroeg me naar de huisartsenpost te komen > 29
 - nee, maar de assistent(e) zei dat de huisarts op visite zou komen > 20
 - nee, de assistente heeft mij telefonisch advies gegeven > 37A
 - weet niet > 11
10. En was dat meteen, of
- ja, meteen > 11
 - na aandringen > 11
 - na 1 of meer keer bellen > 10A
 - weet niet > 11
- 10A. Hoeveel keer moest u daarvoor bellen?
- 1 keer
 - 2 keer
 - 3 of meer keer
 - weet niet
11. Wat vond u van de bereidheid van de assistent(e) om de huisarts te spreken te krijgen?
- 1 goed
 - 2 redelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
 - 6 weet niet
12. Hoe vriendelijk vond u de assistent(e) tijdens het telefoongesprek?
- 1 heel vriendelijk
 - 2 vriendelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 niet zo vriendelijk
 - 5 onvriendelijk
 - 6 weet niet
 - 7 niet van toepassing
13. Hoe lang heeft het geduurd voor u de huisarts (uiteindelijk) aan de lijn had?
- minder dan 1 minuut > 14
 - 1 - 5 minuten > 14
 - 5-10 minuten > 14
 - langer > 13A
 - weet niet > 14
- 13A. Na hoeveel minuten had u een huisarts aan de lijn?
- minuten

14. Werd u door de huisarts (door)verwezen?
- ja
 - nee > 16
 - weet niet > 16
15. Waarnaar?
- EHBO ziekenhuis
 - RIAGG
 - crisisopvang
 - politie
 - naar eigen huisarts de volgende dag
 - anders, namelijk
 - weet niet
16. Hoe vriendelijk vond u de huisarts tijdens het telefoongesprek?
- 1 heel vriendelijk
 - 2 vriendelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 niet zo vriendelijk
 - 5 onvriendelijk
 - 6 weet niet
 - 7 niet van toepassing
17. Vond u de huisartsenpost in zijn algemeenheid telefonisch goed bereikbaar?
- 1 goed
 - 2 redelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
 - 6 weet niet

BEREIDHEID TOT VISITE

18. Toen u de huisarts aan de telefoon had, vroeg u hem of haar op visite te komen?
- ja
 - nee > 27
 - nee, maar huisarts kwam op eigen initiatief op visite > 20
19. Was de huisarts daartoe bereid?
- ja, direct > 20
 - ja, maar pas na aandringen > 20
 - ja, maar pas na 1 of meer keer bellen > 19A
 - nee > 27
- 19A. Hoeveel keer moest u daarvoor bellen?
- 1 keer

- 2 keer
 - 3 of meer keer
 - weet niet
-

VRAGEN BETREFFENDE VISITE

20. Hoe snel was de huisarts ter plaatse na het bellen?
.... minuten
21. Wat vond u van de snelheid waarmee de huisarts ter plaatse was?
- 1 goed
 - 2 redelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
22. Wat vond u van de bereidheid van de huisarts om visites af te leggen?
- 1 goed
 - 2 redelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
23. Wat heeft de huisarts gedaan? (Meerdere antwoorden mogelijk!)
- advies geven en luisteren
 - lichamelijk onderzoek
 - behandeling (bijv. wondverzorging, hechten, injectie)
 - medicijnen gegeven
 - verwijzing naar ziekenhuis
24. Hoe vriendelijk vond u de huisarts tijdens zijn of haar bezoek?
- 1 heel vriendelijk
 - 2 vriendelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 niet zo vriendelijk
 - 5 onvriendelijk
25. Vond u dat de huisarts goed inging op uw klacht?
- 1 ja, goed
 - 2 redelijk
 - 3 weet niet/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
26. Voelde u zich serieus genomen door de huisarts?
- 1 heel serieus

- 2 redelijk
- 3 weet niet/ geen mening
- 4 matig
- 5 helemaal niet

Door naar > 38

BEREIDHEID TOT BEZOEK AAN HUISARTSENPOST

27. Vroeg u of u naar de huisartsenpost kon komen, voor onderzoek of behandeling?
- ja
 - nee > 36
 - nee, maar huisarts vroeg daar om > 29
28. Zei de huisarts dat u mocht komen?
- ja, direct > 29
 - ja, maar pas na aandringen > 29
 - ja, maar pas na 1 of meer keer bellen > 28A
 - nee > 36
- 28A. Hoeveel keer moest u daarvoor bellen?
- 1 keer
 - 2 keer
 - 3 of meer keer
 - weet niet
-

CONSULTEN OP DE HUISARTSENPOST

29. Hoe lang moest u wachten op de huisartsenpost?
..... minuten
30. Wat vond u van de snelheid waarmee u op de huisartsenpost geholpen werd?
- 1 goed
 - 2 redelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
31. Wat vond u van de bereidheid van de huisarts om u op de huisartsenpost te ontvangen?
- 1 goed
 - 2 redelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht

32. Wat heeft de huisarts gedaan? (Meerdere antwoorden mogelijk!)
- advies en luisteren
 - lichamelijk onderzoek
 - behandeling (bijv. wondverzorging, hechten, injectie)
 - voorschrift medicijnen
 - verwijzing
33. Hoe vriendelijk vond u de huisarts tijdens het bezoek aan de huisartsenpost?
- 1 heel vriendelijk
 - 2 vriendelijk
 - 3 neutraal/ geen mening
 - 4 niet zo vriendelijk
 - 5 onvriendelijk
34. Vond u dat de huisarts goed inging op uw klacht?
- 1 ja, goed
 - 2 redelijk
 - 3 weet niet/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
35. Voelde u zich serieus genomen door de huisarts?
- 1 heel serieus
 - 2 redelijk
 - 3 weet niet/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 helemaal niet

Naar > 38

36. U heeft dus alleen telefonisch contact gehad met de huisarts.
Vond u dat de huisarts goed inging op uw klacht?
- 1 ja, goed
 - 2 redelijk
 - 3 weet niet/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 slecht
37. Voelde u zich serieus genomen door de huisarts?
- 1 heel serieus
 - 2 redelijk
 - 3 weet niet/ geen mening
 - 4 matig
 - 5 helemaal niet

Naar > 38

U heeft dus alleen telefonisch contact gehad met de assistente.

37A. Wat vond u van de bereidheid van de assistent(e) om de huisarts te spreken te krijgen?

- 1- goed
- 2- redelijk
- 3- neutraal/ geen mening
- 4- matig
- 5- slecht
- 6- weet niet

37B. Hoe vriendelijk vond u de assistent(e) tijdens het telefoongesprek?

- 1- heel vriendelijk
- 2- vriendelijk
- 3- neutraal/ geen mening
- 4- niet zo vriendelijk
- 5- onvriendelijk
- 6- weet niet
- 7- niet van toepassing

37C. Vond u dat de assistente goed inging op uw klacht?

- 1 ja, goed
- 2 redelijk
- 3 weet niet/ geen mening
- 4 matig
- 5 slecht

37D. Voelde u zich serieus genomen door de assistente?

- 1 heel serieus
- 2 redelijk
- 3 weet niet/ geen mening
- 4 matig
- 5 helemaal niet

ALGEMENE WAARDERING

38. Kunt u een eindoordeel geven over het contact van **deze nacht** door een cijfer te geven van 1 tot 10. (evt: 10 is heel goed, 1 is heel slecht)

39. Wat vindt u **in het algemeen** van de dienstverlening van de huisarts 's nachts? Graag weer een cijfer van 1 tot 10

40. Zijn de centrale huisartsenposten volgens u een verbetering of een verslechtering ten op zichte van de oude situatie?

- een verbetering
 - een verslechtering
 - even goed (geen verbetering, geen verslechtering)
 - weet niet/geen mening
-

SLOTVRAGEN

41. Wat is uw leeftijd (of de leeftijd van de huisgenoot in kwestie)?
... jaar
42. Geslacht
1 man
2 vrouw
43. Hoe bent u verzekerd?
1 ziekenfonds
2 particulier

OPEN VRAAG

44. Wilt u tot slot nog iets kwijt over de hulpverlening van huisartsen 's nachts?
-

VRAAG AAN DE ENQUETEUR

We willen graag weten of er sprake was van taalproblemen. Daarom vragen wij jullie oordeel over de verstaanbaarheid van de respondent. Het gaat dus niet om **accenten!!**

45. Was de respondent de Nederlandse taal
- goed machtig
 - redelijk machtig
 - slecht machtig
46. Is er een sterk vermoeden dat de respondent de vragen niet begreep en zomaar wat antwoorde?
- ja
 - nee
47. Reden weigering
- Gesprek afgebroken wegens taalproblemen
 - respondent weigert omdat

BIJLAGE 5A: Brief voor huisartsen (nameting)

Aan de huisartsen van de centrale huisartsenposten
in Rotterdam-Zuid, Rotterdam-Noordwest en
Rotterdam-Noordoost

25 januari 1999

SAM/WRN/004/SG

doorkiesnummer 030/ 27 29 786

Geachte mevrouw/heer,

Sinds begin vorig jaar vervangen centrale huisartsenposten op een aantal plaatsen in Rotterdam het oude systeem van nachtelijke waarneming. In opdracht van de DHV Rotterdam en omstreken doet het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) onderzoek naar de effecten van de invoering van deze huisartsenposten. In dit onderzoek gaat het om de nachtelijke waarneming, de nachtmodule.

Het onderzoek bestaat uit vier onderdelen: een schriftelijke enquête onder de huisartsen die deelnemen aan de centrale huisartsenposten; een registratie van hulpvragen op de huisartsenposten in Rotterdam-Zuid en Rotterdam-Noordwest; een telefonische enquête onder patiënten van de huisartsenposten in Rotterdam-Zuid en Rotterdam-Noordwest en een analyse van beschikbare ziekenhuis- en ambulancegegevens. Voor de huisartsenenquête zouden wij een beroep willen doen op uw medewerking.

Doel van de enquête is enerzijds na te gaan in hoeverre u een vermindering van werklust ervaart, zowel in kwantitatieve als kwalitatieve zin en anderzijds wat u vindt van de organisatie en het functioneren van de centrale huisartsenpost. De enquête is daarom deels een herhaling van de enquête uit het vooronderzoek uit 1996. Daarnaast zijn er vragen opgenomen over uw ervaringen met de huisartsenpost.

Ons verzoek aan u is of u bereid bent mee te werken aan het onderzoek door de vragenlijst in te vullen. In verband met de verwerking van de gegevens, zouden wij u willen vragen de vragenlijst vóór 10 februari aanstaande terug te sturen naar het NIVEL. Hiervoor is een portvrije antwoordenvolpde bijgevoegd. De enquêtes zijn genummerd en gekoppeld aan de lijst van huisartsen in Rotterdam, maar dit dient alléén voor de administratie van de respons. Na ontvangst wordt het voorblad van de enquête verwijderd en zullen uw antwoorden anoniem in het onderzoek worden verwerkt.

De resultaten van het onderzoek zullen in het voorjaar via de DHV bekend gemaakt worden. Mocht u nog vragen hebben over het onderzoek of over de vragenlijst, dan kunt u uiteraard altijd contact met ons opnemen. Bij de DHV is de contactpersoon voor dit onderzoek de heer B. Prins.

Tenslotte willen wij u bij voorbaat zeer hartelijk danken voor uw medewerking.

Hoogachtend,
STICHTING NIVEL

Mw.drs.S.J.Grielen
onderzoeker

Dhr.dr.D.H. de Bakker
projectleider



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
Postbus 1568
1568 BN Utrecht

VRAGENLIJST HUISARTSEN

EVALUATIE CENTRALE HUISARTSENPOSTEN

IN ROTTERDAM

januari 1999

☎ : 030-2729786

I WERKBELASTING

1. Sinds wanneer neemt u deel aan de centrale huisartsenpost?

.....
dag maand jaar

2. Onder welke huisartsenpost ressorteerde u in 1998?

- ☐ Zuid
☐ Noordwest
☐ Noordoost

3. Voor welke diensten neemt u deel aan de centrale huisartsenpost?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ nachtdienst
☐ avonddienst
☐ weekenddienst

-
4. Hoe vaak heeft u in 1998 de hieronder genoemde diensten gedraaid voor de centrale huisartsenpost?

nachtdienst op werkdagen keer
nachtdienst in de weekenden keer
avonddienst op werkdagen keer
avonddienst in de weekenden keer
weekenddienst overdag keer

5. Welke andere diensten heeft u, naast uw diensten voor de centrale huisartsenpost, in 1998 gedraaid en hoe vaak?

Van tot keer per weken
Van tot keer per weken
Van tot keer per weken
Van tot keer per weken
Van tot keer per weken

(voorbeeld: van zaterdagochtend 08:00 tot zaterdagmiddag 17:00, één keer per twee weken)

-
- 6a. Hoe vaak heeft u in 1998 achterwachtdienst gedraaid voor de centrale huisartsenpost?

..... keer

- 6b. Hoe vaak bent u in 1998 daadwerkelijk opgeroepen toen u achterwachtdienst had voor de centrale huisartsenpost?

.....keer

7a. Heeft u in 1998 wel eens diensten voor de centrale huisartsenpost uitbesteed?

☐ ja

☐ nee  ga naar vraag 8

7b. Zo ja, hoeveel keer?

..... keer

8. Wilt u schatten hoeveel patiëntcontacten u gemiddeld tijdens een dienst voor de centrale huisartsenpost heeft?

(N.B. u hoeft deze vraag dus alléén in te vullen voor de diensten die u **voor de centrale huisartsenpost** draait)

	doorde-weekse nacht	weekend nacht	doorde-weekse avond	weekend avond	weekend overdag
telefonisch					
consult					
visites					

9. Hoe ervaart u de diensten in het algemeen sinds uw deelname aan de centrale huisartsenpost?

niet belastend

☐
☐
☐
☐
☐

zeer belastend

10. Hoe ervaart u de soorten diensten in het bijzonder sinds uw deelname aan de centrale huisartsenpost?

	niet belastend				zeer belastend
Doordeweekse avond	☐	☐	☐	☐	☐
Doordeweekse nacht	☐	☐	☐	☐	☐
Zaterdag overdag	☐	☐	☐	☐	☐
Zondag overdag	☐	☐	☐	☐	☐
Weekend avond	☐	☐	☐	☐	☐
Weekend nacht	☐	☐	☐	☐	☐

11. Welke aspecten van de diensten ervaart u als belastend sinds uw deelname aan de centrale huisartsenpost?

	niet belastend				zeer belastend
Agressie van patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
Eisend gedrag patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
Oneigenlijke hulpvraag	☐	☐	☐	☐	☐
Taalproblemen	☐	☐	☐	☐	☐
Frequentie van diensten	☐	☐	☐	☐	☐
Drukke tijdens diensten	☐	☐	☐	☐	☐
Beslag op het gezinsleven	☐	☐	☐	☐	☐
Reistijd tijdens diensten	☐	☐	☐	☐	☐
Parkeerproblemen	☐	☐	☐	☐	☐
Bereikbaarheid andere hulpdiensten	☐	☐	☐	☐	☐
Regelen ziekenhuisopname	☐	☐	☐	☐	☐
Visite-adres niet kunnen vinden	☐	☐	☐	☐	☐
Moeilijk uitbesteden diensten	☐	☐	☐	☐	☐

12. Welke nog niet genoemde aspecten van de diensten ervaart u als belastend sinds uw deelname aan de centrale huisartsenpost?

.....

13. Kunt u van de items genoemd bij vraag 11 aangeven welke twee u als het meest belastend zou typeren?

1.
 2.

II BEOORDELING FUNCTIONEREN NIEUWE ORGANISATIE

14. Zijn de volgende mogelijke problemen of belastende aspecten van de diensten volgens u, met de invoering van de centrale huisartsenpost, toegenomen of afgenomen?

	meer				minder
Agressie van patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
Eisend gedrag patiënten	☐	☐	☐	☐	☐
Oneigenlijke hulpvraag	☐	☐	☐	☐	☐
Taalproblemen	☐	☐	☐	☐	☐
Frequentie van diensten	☐	☐	☐	☐	☐
Drukke tijdens diensten	☐	☐	☐	☐	☐
Beslag op het gezinsleven	☐	☐	☐	☐	☐

18. Zijn er andere -nog niet genoemde- onderdelen van de centrale huisartsenpost die naar uw mening minder goed functioneren en kunt u die omschrijven?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

-
- 19a. Wat vindt u van de permanente aanwezigheid van een assistente op de huisartsenpost?

zeer zinvol ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ helemaal niet zinvol

- 19b. Wat vindt u van de aanwezigheid van een assistente op de huisartsenpost in relatie tot de volgende aspecten?

	zeer zinvol			helemaal niet zinvol	
telefonische bereikbaarheid	☐	☐	☐	☐	☐
terugrapportage aan eigen huisarts	☐	☐	☐	☐	☐
gevoel van veiligheid	☐	☐	☐	☐	☐

- 19c. Hoe ervaart u de aanwezigheid van de assistente op de huisartsenpost?

zeer prettig ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ zeer onprettig

-
- 20a. Wat vindt u van de beschikbaarheid van een taxichauffeur tijdens het rijden van visites?

zeer zinvol ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ helemaal niet zinvol

- 20b. Hoe ervaart u de aanwezigheid van de taxichauffeur tijdens het rijden van visites?

zeer prettig ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ zeer onprettig

21. Wilt u schatten in welk percentage van de gereden visites u de taxichauffeur gevraagd heeft bij een patiënt mee naar binnen te gaan?

- ☐ nooit
- ☐ 0-25%

- ☐ 25-50%
- ☐ 50-75%
- ☐ meer dan 75%

22. Wegen de kosten voor deelname aan de centrale huisartsenpost voor u op tegen de voordelen ervan?

ruimschoots ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ helemaal niet

III KWALITEIT VAN DE DIENSTVERLENING

23. Is de kwaliteit van dienstverlening in het algemeen sinds de invoering van de centrale huisartsenpost volgens u veranderd?

beter ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ slechter

24. Zijn de volgende aspecten van de kwaliteit van dienstverlening voor de patiënt volgens u veranderd sinds de invoering van de centrale huisartsenpost?

	beter				slechter
☐ telefonische bereikbaarheid	☐	☐	☐	☐	☐
☐ bereidheid van de arts de patiënt te zien	☐	☐	☐	☐	☐
☐ bereidheid arts een visite af te leggen	☐	☐	☐	☐	☐
☐ snelheid waarmee arts bij patiënt is	☐	☐	☐	☐	☐
☐ afstand tot het praktijkadres	☐	☐	☐	☐	☐
☐ wachttijden	☐	☐	☐	☐	☐
☐ bejegening/informatieverstrekking	☐	☐	☐	☐	☐
☐ kwaliteit van de behandeling	☐	☐	☐	☐	☐

25a. Hoort u weleens klachten van uw eigen patiënten over de centrale huisartsenpost?

heel vaak ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ zelden

25b. Waar gaan die klachten over? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ telefonische bereikbaarheid
- ☐ bereidheid van de arts de patiënt te zien
- ☐ bereidheid van de arts een visite af te leggen
- ☐ bejegening door de arts
- ☐ bejegening door de assistente
- ☐ wachttijden
- ☐ afstand tot de post
- ☐ anders, nl.....

- 25c. Wat doet u met de klachten over de centrale huisartsenpost die u van uw eigen patiënten krijgt? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ bespreken binnen de hagro
 - ☐ bespreken met de teamleidster van de post
 - ☐ aankaarten bij de DHV
 - ☐ niets
 - ☐ anders, nl.....
-

26. Moeten dienstdoende huisartsen contacten tijdens de diensten zoveel mogelijk afhandelen op dezelfde manier als dit tijdens kantooruren gebeurt of moet de dienstdoende huisarts alleen het minimale doen om vervolgens naar de eigen huisarts terug te verwijzen?
- ☐ Zoveel mogelijk afhandelen
 - ☐ Alleen het minimale
-

IV SUGGESTIES VOOR VERBETERING

27. Zijn er volgens u aanpassingen wenselijk in de organisatie en het functioneren van de huisartsenpost?
- ☐ ja
 - ☐ nee ➡ *ga naar vraag 29*

28. Kunt u omschrijven welke aanpassingen u wenselijk acht?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

29. Tenslotte is hieronder nog ruimte voor eventuele andere opmerkingen of concrete suggesties voor verbetering.

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

V HUISARTS- EN PRAKTIJKKENMERKEN

30. Hoeveel dagdelen per week voert u (en eventueel collega) praktijk, exclusief de diensten?
..... dagdelen

31. Over hoeveel FTE¹ assistentie beschikt de praktijk?
.....

32. Uit hoeveel patiënten bestaat de praktijk?

- ☐ < 1.000
☐ 1.000 - 1.500
☐ 1.500 - 2.000
☐ 2.000 - 2.500
☐ > 2.500

33. Hoe groot is het percentage ziekenfondsverzekerden van de patiëntenpopulatie?
..... %

34. Kunt u een schatting geven van het percentage 65-plussers onder de ziekenfondsverzekerden van de patiëntenpopulatie?

(u kunt dit vinden in de door het ziekenfonds verstrekte spiegelinformatie)

- ☐ < 5%
☐ 5 - 15%
☐ 15 - 25%
☐ > 25%

¹ FTE betekent full-time equivalent; 1 assistent(e) full-time = 1 FTE,
2 assistenten(es) part-time = 1 FTE etc.

35. Kunt u een schatting geven van het percentage etnische minderheden² in de patiëntenpopulatie?
..... %
-

36. In hoeverre wordt u in uw praktijk geconfronteerd met problematiek van:

drugsverslaafden

heel vaak ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ bijna nooit

alcoholici

heel vaak ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ bijna nooit

chronisch psychiatrische patiënten

heel vaak ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ bijna nooit

37. Wat is uw leeftijd?
..... jaar

38. Wat is uw geslacht?
☐ man
☐ vrouw

Hartelijk bedankt voor het invullen van de vragenlijst.

De resultaten van het onderzoek worden in het voorjaar verwacht. U zult hier via de DHV van op de hoogte worden gesteld.