

Palliatieve zorg in avond-, nacht-, en weekenduren: een landelijke inventarisatie onder huisartsenposten

Yvonne Peters
Danielle de Mooij
Erik Plat
Paul Giesen
Marleen Smits

Kennisnetwerk Spoedzorg
IQ healthcare
Radboudumc, Nijmegen

September 2016, Nijmegen

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	4
1.1 Introductie.....	4
1.2 Doel van het onderzoek	5
2 Methode	6
2.1 Design	6
2.2 Populatie.....	6
2.3 Instrument	6
2.4 Procedure dataverzameling.....	6
2.5 Analyse en presentatie van de resultaten	6
3 Resultaten.....	7
3.1 Respons	7
3.2 Achtergrondkenmerken	7
3.3 Huidige organisatie van palliatieve spoedzorg in de ANW-uren.....	7
3.3.1 <i>Algemeen</i>	7
3.3.2 <i>Beschikbaarheid huisartsen</i>	7
3.3.3 <i>Triage</i>	8
3.3.4 <i>Overdracht</i>	9
3.3.5 <i>Lokale documenten</i>	10
3.3.6 <i>Scholing en kennis</i>	10
3.3.7 <i>Samenwerking</i>	11
3.4 Succesfactoren, knelpunten en gewenste ontwikkelingen.....	12
3.4.1 <i>Succesfactoren</i>	12
3.4.2 <i>Knelpunten</i>	13
3.4.3 <i>Gewenste ontwikkelingen</i>	13
3.5 Verbeterinitiatieven	14
4 Discussie	15
4.1 Belangrijkste bevindingen	15
4.2 Vergelijking met eerder onderzoek.....	16
4.3 Sterke punten en beperkingen.....	16
4.4 Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek.....	17
4.5 Conclusie	18
5. Literatuur.....	19
Bijlage 1 Opmerkingen m.b.t. knelpunten overdracht.....	20
Bijlage 2 Onderwijs door externe organisatie	21
Bijlage 3 Opmerkingen m.b.t. wat er goed gaat.....	22
Bijlage 4 Opmerkingen m.b.t. knelpunten	23
Bijlage 5 Opmerkingen m.b.t. gewenste ontwikkelingen.....	25
Bijlage 6 Opmerkingen m.b.t. doorgevoerde verbeterinitiatieven	27

Samenvatting

Doel – In kaart brengen van de huidige organisatie van palliatieve spoedzorg op de huisartsenposten in Nederland, het opsporen van sterke punten, knelpunten en bestaande verbeterinitiatieven inclusief bijbehorende succes- en faalfactoren.

Methode – Cross-sectioneel observationeel inventariserend onderzoek onder alle 49 huisartsendienstenstructuren (HDS) middels een digitale vragenlijst (één per HDS).

Respons - In totaal zijn er 33 volledig ingevulde vragenlijsten geretourneerd (respons 67%). De 33 HDS'en vertegenwoordigen in totaal 70 huisartsenposten.

Resultaten – De meeste organisaties hebben protocollen of werkafspraken betreffende de palliatieve zorg (65%). Bijna alle organisaties (94%) hebben afspraken betreffende de informatieoverdracht, hiervan is 62% tevreden met deze afspraken. Sterke punten zijn de bereidwilligheid van betrokken huisartsen en triagisten om zich in te zetten voor goede palliatieve zorg, evenals het format van de meeste overdrachtsformulieren. Knelpunten m.b.t. de informatieoverdracht zijn de manier van overdragen (tijdrovend en/of te ingewikkeld) en een lage frequentie van het aantal overdrachten. Andere knelpunten zijn het wisselende niveau en onvoldoende kennis en deskundigheid bij huisartsen, het niet altijd beschikbaar zijn van een palliatief adviesteam in de ANW-uren en het weinig consulteren van deze advies teams. Ook scoort de samenwerking met verpleeghuizen matig met een gemiddeld rapportcijfer van 5,5. De gewenste ontwikkelingen zijn met name de informatieoverdracht minder tijdrovend maken, het aantal overdrachten verhogen, gericht onderwijs over palliatieve zorg aan huisartsen en aandacht voor een proactief beleid van de eigen huisarts gedurende de dag. Een andere veel genoemde gewenste ontwikkeling is een palliatieve dienst van huisartsen experts op het gebied van palliatieve zorg. Dit wordt door 36% van de organisaties als gewenste ontwikkeling gezien en één organisatie werkt hier reeds mee. Er zijn ook organisaties waar is gebleken dat er onvoldoende draagvlak is voor zo'n dienst.

Conclusie – Huisartsenposten zijn tevreden over de bereidwilligheid en inzet van alle betrokkenen om goede palliatieve zorg buiten kantooruren te leveren. Er komt steeds meer aandacht voor de palliatieve spoedzorg en er is besef dat er behoefte is aan verbetering. Verbeteringen zijn gewenst op het gebied van de informatieoverdracht, deskundigheid en samenwerking.

1 Inleiding

1.1 Introductie

In Nederland hebben huisartsen een centrale rol in de palliatieve zorg. Van de Nederlandse bevolking vindt 73% dat thuis de plaats van voorkeur is om te sterven voor patiënten die ongeneeslijk ziek zijn.¹ Van de chronisch zieke patiënten en patiënten met kanker komt 50-60% in Nederland ook daadwerkelijk thuis te overlijden.² Palliatieve zorg is complexe 7 keer 24-uurs zorg. Het is van belang dat deze zorg ook buiten kantoor tijden, wanneer de huisartsenpost (HAP) of de eigen huisarts deze verzorgt, van goede kwaliteit is. Als het gaat om goede kwaliteit van zorg, vinden patiënten en huisartsen dezelfde aspecten belangrijk: beschikbaarheid van de eigen huisarts voor visites gedurende de dag, maar ook buiten kantoor tijden, medische competentie van de huisarts, goede samenwerking tussen professionals, persoonlijke aandacht en continuïteit van zorg.³

Juist deze continuïteit van zorg en informatieoverdracht staan onder druk wanneer de HAP de palliatieve zorg verzorgt in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren). Het beleid dat tijdens kantoor uren is gemaakt door de eigen huisarts, samen met de patiënt, naasten en andere zorgprofessionals, moet voor de dienstdoende huisartsen zichtbaar, duidelijk en uitvoerbaar zijn. In de praktijk blijkt dat weinig dienstdoende huisartsen tevreden zijn met de inhoud van de informatieoverdracht aan de HAP en dat er niet altijd een overdracht aanwezig is.² Ook blijkt dat er vooral medische informatie en diagnoses overgedragen worden, maar dat er nauwelijks informatie gegeven wordt over de wensen en de psychosociale context van de patiënten.² Indien er wel een overdracht aanwezig is, zorgt dit voor minder verwijzingen naar het ziekenhuis.^{2,5} Ook blijkt er een groot verschil te zijn in competenties (attitude, ervaring, kennis en vaardigheden) van huisartsen op het gebied van palliatieve zorg. Verklaringen voor deze verschillen kunnen onder andere gevonden worden in de verschillende huisartsenopleidingen, variatie in de praktijkpopulatie en voltijd- en deeltijdwerk. Daarbij duurt relatief lang om ervaring op te bouwen op gebied van palliatieve zorg. Een jonge huisarts heeft vaak minder ervaring dan een oudere huisarts en wanneer een huisarts een oudere praktijkpopulatie heeft, bouwt deze ook sneller ervaring op. Dit verschil in competenties komt vooral aan het licht komt tijdens de diensten op de HAP, wanneer men in aanraking komt met elkaars handelen.⁴

Er wordt met enige regelmaat geprobeerd de palliatieve huisartsen spoedzorg in de ANW-uren te verbeteren. Er zijn diverse lokale verbeterinitiatieven bekend in de literatuur, zoals bijvoorbeeld de inzet van speciale palliatieve zorg huisartsen in een pool tijdens weekenddiensten^{6,7} of het invoeren van een standaard overdrachtsformulier gecombineerd met een training van de huisartsen.^{8,9} Ook heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in 2009 een standpunt uitgebracht, waarin aanbevelingen worden gedaan voor kwalitatief goede palliatieve zorg door de huisarts⁴ en heeft InEen (Vereniging eerstelijnszorg) in 2011 een handreiking geschreven om huisartsenposten te ondersteunen

bij het maken van beleid voor palliatieve zorg.¹⁰ Ondanks de verschillende lokale verbeterinitiatieven en de handreikingen, blijven er signalen dat er verbetering gewenst is op het gebied van de palliatieve zorg in de ANW-uren.¹⁶

1.2 Doel van het onderzoek

De huidige manier van organisatie van palliatieve spoedzorg op de HAP's in Nederland in kaart brengen; het opsporen van sterke punten, knelpunten, bestaande verbeterinitiatieven en de bijbehorende succes- en faalfactoren.

2 Methode

2.1 Design

Cross-sectioneel observationeel, inventariserend onderzoek onder alle 49 huisartsendienstenstructuren (HDS) in Nederland middels een digitale vragenlijst.

2.2 Populatie

Voor de huisartsenzorg buiten kantooruren zijn in Nederland de meeste huisartsen georganiseerd in een HDS, bestaande uit één of meerdere huisartsenposten.¹¹ De vragenlijst werd op HDS-niveau afgenomen, aangezien de organisatie van de palliatieve zorg binnen de gehele HDS gelijk is. De vragenlijst werd ingevuld door de persoon binnen de HDS met de meeste expertise op het gebied van de palliatieve zorg.

2.3 Instrument

De inventarisatie is uitgevoerd met behulp van een digitale vragenlijst in Limesurvey. In het eerste gedeelte van de vragenlijst werd de huidige manier van organisatie van de palliatieve zorg op de HAP in kaart gebracht. In het tweede deel werd er gevraagd naar wat er goed gaat, de knelpunten, de gewenste ontwikkelingen, bestaande verbeterinitiatieven en de bijbehorende succes- en faalfactoren. Ook was er de mogelijkheid om bestanden van bestaande (lokale) innovaties, protocollen, samenwerkingsafspraken en overdrachtsformulieren bij te voegen. Bij het samenstellen van de vragenlijst is naast het raadplegen van de literatuur^{2,3,4,10}, gebruik gemaakt van de expertise van onderzoekers en huisartsen.

2.4 Procedure dataverzameling

Voor aanvang van de digitale vragenlijst werd een vooraankondiging in het weekbericht van InEen (Vereniging eerstelijnszorg) geplaatst. Vervolgens ontvingen de vertegenwoordigers van alle HDS'en (meestal de directie) een email met een persoonlijke link naar de digitale vragenlijst met het verzoek deze door te sturen naar de persoon binnen de HDS met de meeste expertise op het gebied van de palliatieve zorg. Twee herinneringsmails zijn verstuurd. De tweede herinneringsmail is ook naar de kwaliteitsmedewerkers verstuurd. De inventarisatie vond plaats in maart en april 2016.

2.5 Analyse en presentatie van de resultaten

De gegevens werden geanalyseerd met SPSS 22.0. Voor de categoriale variabelen werden frequenties berekend. De antwoordoptie 'weet niet' is als *missing value* geïnterpreteerd. Bij stellingen zijn de uiterste twee antwoordcategorieën samengevoegd. Zo zijn antwoordopties 'helemaal eens' en 'eens' samengevoegd tot 'eens' en de antwoordopties 'helemaal oneens' en 'oneens' samengevoegd tot 'oneens'. De antwoorden van de open vragen zijn gescoord met behulp van vooraf opgestelde labels.

3 Resultaten

3.1 Respons

In totaal zijn er 33 volledig ingevulde vragenlijsten geretourneerd (respons 67,3%). De 33 HDS'en vertegenwoordigen in totaal 70 HAP's.

3.2 Achtergrondkenmerken

De meeste respondenten (27,3%) waren directeur of (locatie) manager (Tabel 1).

Tabel 1 Functie respondenten

	%(N)
Directeur of (locatie) manager	27,3 (9)
Medisch manager/ medisch adviseur	21,2 (7)
Kwaliteitsmedewerker	21,2 (7)
Huisarts-expert palliatieve zorg	18,2 (6)
Anders*	12,1 (4)

* Huisarts en voorzitter bestuur, regie-assistente, medisch directeur samen met kwaliteitsfunctionaris, eerst verantwoordelijke triagist samen met beleidsmedewerker zorgontwikkeling.

3.3 Huidige organisatie van palliatieve spoedzorg in de ANW-uren

3.3.1 Algemeen

Van de respondenten geeft 64,5% (N=20) aan dat er werkafspraken zijn of dat er een protocol bestaat betreffende palliatieve zorg voor patiënten (Tabel 2). Één (3,0%) organisatie geeft aan dat kaderartsen palliatieve zorg de palliatieve zorg op zich nemen in het weekend en de 'gewone' dienstdoende huisartsen verzorgen dit in de avonden en nachten. Bij de overige organisaties (97,0%, N=32) wordt de palliatieve zorg in de ANW-uren verzorgd door de dienstdoende huisartsen.

Tabel 2 Algemeen

	%(N)
Aanwezigheid protocol of werkafspraken op de HAP voor patiënten die palliatieve zorg ontvangen	64,5 (20)
Palliatieve zorg op de HAP wordt verzorgd door:	
• Dienstdoende huisartsen	97,0 (32)
• Gespecialiseerde huisartsen palliatieve zorg	3,0 (1)

3.3.2 Beschikbaarheid huisartsen

Bijna de helft van de respondenten (48,0%) schat in dat 25-49% van de huisartsen rechtstreeks (via privénummer) beschikbaar zijn voor palliatieve zorg aan eigen patiënten. De beschikbaarheid voor overleg wordt door de meeste respondenten ingeschat tussen de 25-49% (37,0%) en 50-75% (37,0%). Een groot deel van de respondenten (40,7%) schat in dat 25-49% van de huisartsen de palliatieve zorg volledig overdraagt aan de HAP (Tabel 3).

Tabel 3 *Schattingen beschikbaarheid eigen huisarts*

	%(N)
Schatting percentage huisartsen die tijdens de ANW uren doorgaans rechtstreeks (via privénummer) beschikbaar zijn voor palliatieve zorg aan eigen patiënten.	
• <25%	32,0 (8)
• 25-49%	48,0 (12)
• 50-75%	16,0 (4)
• >75%	4,0 (1)
Schatting percentage huisartsen die doorgaans via de HAP beschikbaar zijn voor overleg over palliatieve zorg aan eigen patiënten.	
• <25%	14,8 (4)
• 25-49%	37,0 (10)
• 50-75%	37,0 (10)
• >75%	11,1 (3)
Schatting percentage huisartsen die de palliatieve zorg tijdens ANW uren volledig overdragen aan de HAP.	
• <25%	14,8 (4)
• 25-49%	40,7 (11)
• 50-75%	29,6 (8)
• >75%	14,8 (4)

De helft van de respondenten (50,0%) geeft aan een toename te zien in het aantal huisartsen die de palliatieve zorg volledig overdragen aan de HAP. Ongeveer driekwart (78,8%) ziet echter ook een toename in de beschikbaarheid van de eigen huisarts in de terminale fase. Volgens iets minder dan de helft (45,5%) van de respondenten is het voor de dienstdoende huisarts duidelijk welke rol de eigen huisarts in de ANW-uren wil vervullen (Tabel 4).

Tabel 4 *Stellingen beschikbaarheid*

	Oneens %(N)	Neutraal %(N)	Eens %(N)
Er is een toename te zien in het aantal huisartsen die de palliatieve zorg in de ANW uren doorgaans volledig aan de HAP overdragen.	14,3 (4)	35,7 (10)	50,0 (14)
De beschikbaarheid van de eigen huisarts in de ANW uren neemt toe wanneer de patiënt zich in de terminale fase* bevindt.	0,0 (0)	21,2 (7)	78,8 (26)
Het is voor de dienstdoende huisarts meestal duidelijk welke rol de eigen huisarts wil vervullen in de ANW uren.	27,3 (9)	27,3 (9)	45,5 (15)

* Wanneer men verwacht dat de patiënt binnen drie maanden komt te overlijden.¹²

3.3.3 Triage

Bij 74,2% van de organisaties is het bij de telefonische triage direct duidelijk dat een patiënt in de palliatieve fase verkeert. Meestal is dit dan duidelijk door een pop-up (47,6%) of een notitie/memo in het dossier (52,4%). Bij 83,9% van de organisaties is het voor de triagist duidelijk of de eigen huisarts beschikbaar is (Tabel 5).

Tabel 5 Informatie bekend bij triagist

	% (N)
Bij telefonische triage meteen duidelijk dat het een patiënt in de palliatieve fase betreft	74,2 (23)
• Notitie/memo	52,4 (11)
• Pop-up	47,6 (10)
Beschikbaarheid eigen huisarts duidelijk voor triagist	83,9 (26)

Nadat bekend is dat de patiënt die belt in de palliatieve fase zit, wordt in de meeste gevallen (42,4%) door de HDS een standaard triage uitgevoerd. Daarnaast zijn er organisaties waar hogere urgenties worden toegekend (30,3%), meteen of eerder wordt doorgeschakeld naar de regie-/telefoonarts (27,3%) en in 27,3% van de gevallen wordt in principe altijd een visite gereden (Tabel 6).

In de vrije opmerkingen wordt gemeld dat vroeg in de triage de overdracht erbij gepakt wordt, indien beschikbaar, om het vervolgbeleid te bepalen of er wordt meteen doorgeschakeld naar een palliatieve zorgarts. Twee organisaties geven aan geen triageprotocol te volgen, maar goed te luisteren naar de zorgvraag van de patiënt of zijn familie. Één van die organisaties geeft aan dat dit regelmatig veel zoekwerk oplevert.

Tabel 6 Vervolgactie

Vervolgactie	% (N)
• Standaard triage	42,4 (12)
• Toekennen hogere urgentie	30,3 (10)
• Doorschakeling naar regie-/telefoonarts	27,3 (9)
• In principe een visite	27,3 (9)
• Aangepast triage protocol	15,2 (5)

3.3.4 Overdracht

Bijna iedere organisatie (93,9%) heeft afspraken betreffende de informatieoverdracht vastgelegd die in 77,8% van de gevallen grotendeels worden nageleefd (Tabel 7). De overdracht kan digitaal gedaan worden (rechtstreeks via een huisartseninformatiesysteem (HIS) of via e-mail) (41,7%), via de fax (16,7%) of beide (41,7%). De twee organisaties (6,1%) die aangeven nog geen afspraken te hebben betreffende de informatieoverdracht, geven aan hieraan te werken.

Van de respondenten is 62,1% tevreden met de afspraken rondom de informatieoverdracht. Redenen om niet tevreden te zijn, hebben enerzijds betrekking op de manier van overdragen (bijv. te ingewikkeld formulier, te veel handelingen nodig voor huisartsen, digitale mogelijkheden worden te weinig benut) en anderzijds op het feit dat er te weinig frequent overgedragen wordt (Bijlage 1).

Tabel 7 Afspraken betreffende de informatieoverdracht

	% (N)
Aanwezigheid afspraken	93,9 (31)
• Digitaal	41,7 (10)

• Fax	16,7 (4)
• Digitaal of fax	41,7 (10)
Afspraken grotendeels nageleefd	77,8 (21)
Tevreden over de afspraken	62,1 (18)

3.3.5 Lokale documenten

De respondenten is de mogelijkheid geboden om documenten te uploaden van lokale protocollen, verbeterinitiatieven, etc. De documenten die geüpload zijn, bevatten met name overdrachtsformulieren. De betreffende overdrachten verlopen volgens een vast format. Er wordt gevraagd naar:

- Beschikbaarheid van de eigen huisarts
- Medische informatie; diagnose, voorgeschiedenis en medicatie
- Verwachtingen beloop ziektebeeld
- Bij welke specialist de patiënt bekend is
- Wensen t.a.v. het levenseinde, bijvoorbeeld of de patiënt nog ingestuurd wil worden naar het ziekenhuis

Er is één organisatie waar de verwachtingen met een aantal vragen verder opgehelderd worden:

- Zijn er plannen te stoppen met medicatie?
- Is er gesproken over palliatieve sedatie?
- Is er een levenstestament/euthanasieverklaring?
- In welke fase van loslaten/afscheid nemen bevindt de patiënt zich?

3.3.6 Scholing en kennis

Er worden regelmatig (68,0%) bijscholingen georganiseerd voor huisartsen op het gebied van de palliatieve zorg onder de onderzochte HDSen. Dit wordt in de meeste gevallen uitbesteed aan een externe organisatie (64,7%) (Tabel 8 en Bijlage 2). Een beperkt aantal HDS'en verzorgen onderwijs voor triagisten (16,7%). Dit wordt in alle gevallen door de HAP/HDS zelf verzorgd.

De tevredenheid over de bereidwilligheid van huisartsen om zich in te zetten om goede palliatieve zorg te verlenen is volgens de respondenten hoog (96,3%). Op het gebied van kennis en vaardigheden betreffende de palliatieve zorg, is de tevredenheid minder hoog, namelijk 59,3%. Wat in de vrije tekst het meest aangegeven wordt, is dat er een te groot niveauverschil bestaat tussen de verschillende huisartsen, waarvan enkele respondenten ook aangeven dat er vooral een verschil bestaat tussen de oudere huisartsen en de jonge onervaren, veelal waarnemende huisartsen (Tabel 9).

Tabel 8 Scholing en kennis

	%(N)
Bijscholing huisartsen	68,0 (17)
• Door HAP/HDS	35,3 (6)

• Externe organisatie	64,7 (11)
Bijscholing triagisten	16,7 (5)
• Door HAP/HDS	100,0 (5)
• Externe organisatie	0,0 (0)
Tevreden over kennis/vaardigheden dienstdoende huisartsen	59,3 (16)
Tevreden over de bereidwilligheid dienstdoende huisartsen om zich in te zetten voor palliatieve zorg	96,3 (26)

Tabel 9 Ontevredenheid kennis

Redenen	% (N)
• Verschillend niveau	70,0 (7)
• Onervarenheid	20,0 (2)
• Er gaat teveel mis	10,0 (1)

3.3.7 Samenwerking

De meeste organisaties hebben afspraken met de dienstdoende apotheken (66,7%) en de thuiszorg (65,5%). Het minst vaak zijn er afspraken gemaakt met verpleeghuizen (24,1%) (Tabel 10). De samenwerking met de dienstdoende apotheek (7,5) krijgt het hoogste rapportcijfer van de respondenten. Samenwerking met verpleeghuizen scoort het laagst (5,5). In Tabel 11 worden reacties van respondenten weergegeven die de samenwerking met verpleeghuizen beoordeeld hebben met een 5 of lager.

Tabel 10 Samenwerkingsafspraken en rapportcijfers

	%(N)	Rapportcijfer samenwerking Gem. (N)
Afspraken met:		
• Thuiszorg	65,5 (20)	-
• Dienstdoende apotheek	66,7 (20)	7,5 (29)
• Hospice	32,3 (10)	-
• Ziekenhuizen	33,3 (10)	6,5 (26)
• Verpleeghuizen	24,1 (7)	5,5 (23)
• Huisartspraktijken	-	7,0 (31)
• Palliatief team	-	6,9 (26)

Tabel 11 Opmerkingen m.b.t. samenwerking met verpleeghuizen

- Ik heb de samenwerking met verpleeghuizen een 3 gegeven, omdat het in het weekend erg moeilijk is om een patiënt met spoed opgenomen te krijgen bij overbelasting mantelzorgers. Wij hebben als huisartsenpost geen zicht meer op openstaande bedden in de regio. Het zorgkantoor heeft hiervoor andere afspraken gemaakt, die in de praktijk niet altijd even goed werken. - De knelpunten liggen voornamelijk in de opvang bij een crisis. Er zijn geen bedden beschikbaar. Soms hebben wij het gevoel dat we zeulen met patiënten. Soms moeten we zelfs een beroep doen op het ziekenhuis, terwijl je dat eigenlijk niet wil. - De knelpunten liggen hem in de afspraken. Er is geen overleg. Het is niet altijd duidelijk waar de verantwoordelijkheden liggen. Het zou fijn zijn om eens in de zoveel tijd vaste afspraken te kunnen maken.
--

Van de respondenten geeft 60,0% aan ondersteuning te hebben van een 'netwerk palliatieve zorg' (Tabel 12). De steun komt vooral in de vorm van nascholingen. Verder worden nog genoemd: telefonische consultatie, overleg- en intervisiemomenten, casuïstiekbesprekingen nieuwsbrieven voor huisartsen en informatievoorziening over hospices.

In de meeste regio's bestaan palliatieve adviesteams in de ANW-uren (81,2%). Er wordt weinig gebruik van deze teams gemaakt (25,0%). Als reden wordt vooral 'onbekendheid bij huisartsen met het bestaan van palliatieve adviesteams genoemd' (54,5%). Ook geven organisaties aan dat de huisartsen het als een te grote drempel ervaren om ze te consulteren; daarnaast is het voor een aantal organisaties onduidelijk, waarom de teams niet geconsulteerd worden (Tabel 13).

Tabel 12 *Palliatieve adviesteams beschikbaar in de ANW-uren*

Soort palliatief adviesteam	% (N)
• Multidisciplinair palliatief team	51,5 (17)
• Gespecialiseerde huisartsen palliatieve zorg	24,2 (8)
• Palliatief team ziekenhuis	18,2 (6)
• Geen	18,8 (6)
Regelmatig gebruik van adviesteam	25,0 (4)
Ervaren steun netwerk palliatieve zorg	60,0 (15)

Tabel 13 *Redenen waarom er geen gebruikt gemaakt wordt van de palliatieve adviesteams*

Redenen	% (N)
• Onbekendheid	54,5 (6)
• Onduidelijk	18,8 (2)
• Te grote drempel	9,1 (1)
• Raadplegen andere kennisbronnen	9,1 (1)
• Geen structurele afspraken	9,1 (1)

3.4 Succesfactoren, knelpunten en gewenste ontwikkelingen

3.4.1 Succesfactoren

De organisaties geven zichzelf gemiddeld een 6,8 (N=30) voor de geleverde palliatieve zorg in de ANW-uren. Er zijn drie organisaties (10,0%) die zichzelf een onvoldoende geven (tweemaal een 5 en eenmaal een 3).

In bijlage 3 is de lijst met opmerkingen toegevoegd met betrekking tot wat goed gaat in de organisaties. De overdracht (vooral het format dat gebruikt wordt) scoort het hoogst met 37,0%, gevolgd door de bereidwilligheid van de betrokken zorgverleners (triagisten, dienstdoende huisartsen) (22,2%), de wil van huisartsen om zelf de palliatieve zorg te verlenen voor eigen patiënten (18,5%) en het bewustzijn dat palliatieve zorg ook op de HAP van wezenlijk belang is (18,5%). Ook de samenwerking scoort hoog (14,8%), waarbij de

samenwerking met de palliatieve teams, met de apotheek en met de thuiszorg genoemd worden (Tabel 14).

Tabel 14 Top 5 succesfactoren

Succesfactoren	% (N)
• Overdracht	37,0 (10)
• Bereidwilligheid triagisten en huisartsen	22,2 (6)
• De wil van huisartsen om zelf de palliatieve zorg te verlenen voor eigen patiënten	18,5 (5)
• Extra aandacht voor palliatieve zorg. Het bewustzijn dat palliatieve zorg belangrijk is	18,5 (5)
• Samenwerking (m.n. thuiszorg en apotheek)	14,8 (4)

3.4.2 Knelpunten

Ondanks dat informatieoverdracht regelmatig genoemd wordt als succesfactor, wordt het ook regelmatig als knelpunt genoemd (64,3%). Er wordt genoemd dat er niet altijd een overdracht aanwezig is, dat deze niet altijd aangepast wordt als het beleid is veranderd en ook dat het niet altijd meteen zichtbaar is op de HAP dat er een overdracht beschikbaar is. Verder worden een gebrek aan tijd (35,7%) en een gebrek aan kennis regelmatig genoemd (25,0%). Het gebrek aan kennis wordt vooral bij de jonge waarnemende huisartsen terug gezien (Tabel 15 en Bijlage 4).

Tabel 15 Top 5 knelpunten

Knelpunten	% (N)
• Overdracht	64,3 (18)
• Tijd	35,7 (10)
• Onvoldoende kennis huisarts en/of triagisten.	25,0 (7)
• Continuïteit van de zorg	17,9 (5)
• Samenwerking	10,7 (3)

3.4.3 Gewenste ontwikkelingen

De overdracht wordt ook het meest genoemd, wanneer er gevraagd wordt naar gewenste ontwikkelingen (48,0%). Men wil een hoger percentage overdrachten zien en men wil ook dat de manier van overdragen makkelijker wordt gemaakt. Daarnaast is een palliatieve (achterwacht)dienst een relatief vaak gewenste ontwikkeling (36,0%). Veel genoemde reden hiervoor, is dat er dan meer tijd is voor de palliatieve zorg. De gewenste ontwikkelingen op het gebied van de samenwerking (32,0%) betreffen vooral duidelijke afspraken met de thuiszorg, afspraken met de apotheken (bijv. over morfinepompen) en afspraken met verpleeghuizen over noodbedden. Ook is er behoefte aan gerichte nascholing met als onderwerp palliatieve zorg (28,0%) (Tabel 16 en Bijlage 5).

Tabel 16 Top 5 gewenste ontwikkelingen

Gewenste ontwikkelingen	% (N)
• Frequentie en manier overdracht verbeteren	48,0 (12)
• Palliatieve (achterwacht)dienst	36,0 (9)

• Samenwerkingsafspraken met ketenpartners	32,0 (8)
• Gerichtte nascholing palliatieve zorg	28,0 (7)
• Aandacht voor proactief beleid gedurende de dag	16,0 (4)

3.5 Verbeterinitiatieven

In 56,3% (N=18) van de organisaties werd er op het moment van afname van de vragenlijst of werden er in het verleden verbeterinitiatieven doorgevoerd op het gebied van de palliatieve zorg. De verbeterinitiatieven liggen met name op het gebied van overdracht (93,3%), kennis (20,0%) en samenwerking (6,7%) (Tabel 16 en Bijlage 6).

Tabel 16 *Verbeterinitiatieven*

Onderwerp verbeterinitiatief	% (N)
• Overdracht	93,3 (14)
• Kennis	20,0 (3)
• Samenwerking	6,7 (1)

In tabel 17 en 18 zijn genoemde ervaren succes- en faalfactoren bij het invoeren van verbeterinitiatieven te lezen. Bij een aantal deelnemende organisaties heeft het een positief effect gehad dat huisartsen aangesproken werden zodra ze de overdracht vergeten waren in te vullen. Ook had het een positief effect om voorlichting en uitleg te geven, zodat huisartsen zich bekend en bekwaam voelden om met de verbetering om te gaan. Daarnaast werd het als een succesfactor ervaren als het initiatief een direct voordeel opleverde (Tabel 17).

Tabel 17 *Ervaren succesfactoren bij het invoeren van verbeterinitiatieven*

Succesfactoren
• Huisartsen aanspreken als er geen memo is. • Bij ontbreken van overdracht verzoek aan eigen huisarts om dit alsnog te doen. Bij herhaald ontbreken wordt de huisarts hier door de medisch coördinator op aangesproken. • Alle dagpraktijken zijn bezocht om uitleg te geven hoe een digitale memo aangemaakt moet worden. • Aandacht voor het werk op het gebied van de palliatieve zorg werd zeer positief ervaren. • Memo was onderdeel van een breed pakket, waarbij huisartsen meer informatie vooraf aan de HAP kunnen versturen via Mijn Patiënten. De formulieren hoefden niet meer gefaxt te worden. • Geen tussenkomst van schakels bij het invoeren van de overdracht. • bv dormicum en of morfine cassette aanwezig in weekend. • Aandacht voor palliatieve zorg, regieartsen meerdere tools geven , overleg eigen huisarts, sturen achterwacht, consultarts vrijmaken en visite laten doen etc.

Tabel 18 *Ervaren faalfactoren bij het invoeren van verbeterinitiatieven*

Faalfactoren
• Tijd. • Huisartsen vinden het moeilijk om te consulteren. Denken dat ze het wel weten. • Simpele voorlichting aan huisartsen over verbetering communicatiemogelijkheden had onvoldoende effect vandaar dat er een intensiever traject gestart is.

4 Discussie

4.1 Belangrijkste bevindingen

Naar schatting van de respondenten draagt iets meer dan de helft van de huisartsen de palliatieve zorg voor patiënten tijdens de ANW-uren volledig over aan de HAP. De HAP speelt daarmee een steeds wezenlijker rol in de palliatieve zorg.

Eén van de meest terugkerende onderwerpen is de overdracht, zowel in positieve als in negatieve zin. Bijna alle organisaties hebben afspraken vastgelegd betreffende de informatieoverdracht. Deze worden echter niet altijd nageleefd en een derde van de organisaties is niet tevreden met deze afspraken. Het format van de overdrachten is goed, maar de manier van overdragen moet makkelijker gemaakt worden en de frequentie van overdrachten moet hoger. Als succesfactor bij het doorvoeren van verbeteringen op het gebied van de overdracht werd genoemd dat het helpt als huisartsen worden aangesproken op ontbrekende gegevens of het totaal ontbreken van de overdracht. Een andere succesfactor is goede voorlichting en uitleg over de nieuwe manier van overdragen zodat huisartsen zich bekend en bekwaam voelen om ermee om te gaan.

Verder is het gewenst dat er meer aandacht komt voor een proactief beleid gedurende de dag. Advance Care Planning (proactieve zorgplanning) draagt bij aan goede kwaliteit van zorg in de laatste levensfase en kan ongewenste behandeling of ziekenhuisopname voorkomen.^{14,15}

Er is één HAP waar kaderartsen de palliatieve zorg verlenen in de weekenden in een speciale dienst naast de reguliere dienst, wat naar tevredenheid verloopt. Zo'n palliatieve dienst wordt regelmatig genoemd als gewenste ontwikkeling en past onder andere bij het knelpunt 'discontinuïteit van zorg'. Desondanks zijn er meerdere organisaties die een pilot of enquête hebben gehouden waarin zichtbaar werd dat er onvoldoende draagvlak was voor zo'n palliatieve dienst.

Er is nog niet in elke regio een palliatief adviesteam beschikbaar in de ANW-uren. Is deze er wel, dan wordt er door huisartsen, mogelijk door onbekendheid, weinig gebruik van gemaakt.

De tevredenheid onder de respondenten over de kennis van de dienstdoende huisartsen is matig. Genoemde redenen hiervoor zijn vaak een verschil in het (kennis)niveau van de verschillende artsen en er is behoefte aan meer gerichte bijscholing. De tevredenheid over de bereidwilligheid van alle betrokken professionals om goede palliatieve zorg te verlenen is echter wel hoog.

Er zijn weinig afspraken gemaakt betreffende palliatieve zorg met verpleeghuizen en de tevredenheid over deze samenwerking scoort dan ook laag. Er is m.n. behoefte aan duidelijkheid over en overzicht op (crisis)bedden.

4.2 Vergelijking met eerder onderzoek

Er is al veel onderzoek gedaan naar de informatieoverdracht van patiënten in de palliatieve fase naar de HAP.^{2,9,13} Bekende problemen zijn o.a. het up to date houden van de overdracht, het goed inschatten van het juiste moment van informatieoverdracht en het ontbreken van een proactief zorgplan of anticiperend beleid.^{2,9,13}

De Bock et al. vonden dat 30% van de huisartsen informatie beschikbaar stelde over patiënten in de palliatieve fase.¹³ De belemmerende factoren om een informatieoverdracht in te sturen waren 'te weinig tijd' en 'onhandig zijn met internet'. Ook was de beschikbaarheid van de eigen huisarts vaak niet bekend.¹³ In dit onderzoek wordt genoemd dat een hogere frequentie van overdrachten gewenst is. De genoemde verbeteringen in dit onderzoek die waren gericht op het verhogen van het aantal overdrachten waren ook gericht op het minder tijdrovend maken van de overdracht, bijvoorbeeld door het aantal handelingen te verminderen, en de huisartsen onderwijzen over een digitale memo.

In Nijmegen vond een pilot plaats met een boventallige palliatieve zorg huisarts die dienst deed in het weekend.⁶ Er werd geconcludeerd dat de voordelen niet opwegen tegen de extra inspanningen die nodig waren. Bovendien vond men dat het risico bestond dat de palliatieve zorg expertise te veel geconcentreerd werd bij een kleine groep huisartsen.⁶ Ook in ons onderzoek bleken meerdere posten dezelfde conclusie te hebben getrokken. In Schiedam werkt men wel met een palliatieve zorg (achterwacht)dienst die de palliatieve zorg in de weekenden op zich neemt en zijn daar zeer tevreden over.⁷

Net als in dit onderzoek is in de literatuur bekend dat palliatieve consultatieteams weinig geconsulteerd worden. Huisartsen die eenmaal een consult hebben aangevraagd doen dit vaak nogmaals en zijn erg tevreden over de bereikbaarheid, communicatie en effectiviteit van de adviezen. Desondanks blijft het aantal consulten al jaren stabiel.¹⁶

4.3 Sterke punten en beperkingen

Nog niet eerder is er een landelijk inventariserend onderzoek verricht onder huisartsenposten op het gebied van de palliatieve zorg. De respons was met 67% hoog. Door gebruik van open vragen is veel ruimte gelaten voor input vanuit de respondenten.

Een beperking is dat degenen die de vragenlijst hebben ingevuld niet allemaal intensief te maken hadden met de palliatieve zorg in de ANW-uren. Een (locatie)manager heeft

bijvoorbeeld de knelpunten alleen van horen zeggen en zal dus in zijn antwoorden oppervlakkiger blijven. Ook hebben we geen informatie over de organisaties die niet mee hebben gedaan. Dit zouden organisaties kunnen zijn waar alles al goed gaat, en dus geen behoefte hebben aan vernieuwing, of juist de organisaties die geen aandacht hebben voor palliatieve zorg. Verder zijn een aantal antwoorden in de vragenlijst een schatting. Om de precieze antwoorden te weten is er intern onderzoek nodig binnen elke HAP en wordt in andere deelstudies van dit project verder onderzoek gedaan.

4.4 Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek

Om de overdracht te verbeteren wordt aanbevolen dat HAP's het gemakkelijker maken om een overdracht te doen (minder handelingen nodig, minder tijdrovend). Een goed voorbeeld is de mogelijkheid om vanuit het eigen HIS een palliatieve memo in te kunnen vullen die direct als pop-up in het systeem van de HAP terecht komt. Er moet een goede terugkoppeling komen naar huisartsen over ontbrekende overdrachten met een verzoek om dit alsnog te doen.

Daarnaast wordt aanbevolen meer aandacht te schenken aan een proactief beleid gedurende de dag. Hiervoor is het belangrijk dat een patiënt herkend wordt als zijnde in de palliatieve fase en om duidelijk te hebben wat de wensen zijn van de patiënt en zijn naasten betreffende het levenseinde. De PaTz groepen (samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen) hebben laten zien dat zij voor een betere herkenning zorgen van de palliatieve fase en dat er meer over het levenseinde gesproken wordt met de patiënt door de huisarts (Advance Care Planning).¹⁷ Een uitbreiding van het aantal PaTz groepen zou een gewenste ontwikkeling zijn.

Om de wisselende deskundigheid bij huisartsen te reduceren wordt scholing op het gebied van palliatieve zorg aanbevolen.

De samenwerking met de verpleeghuizen verdient verbetering. Het is wenselijk dat dienstdoende huisartsen/HAPs kunnen beschikken over de actuele opnamecapaciteit van verpleeghuizen en dat er goede samenwerkingsafspraken komen voor opnames in ANW-uren. Verantwoordelijkheden van de betrokken behandelaren (huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde) moeten hierbij goed gedefinieerd en bekend zijn.

Het is daarnaast ook belangrijk dat als er nieuw materiaal ontwikkeld wordt of er nieuwe richtlijnen komen, dit goed bekend wordt gemaakt en deze makkelijk toegankelijk zijn voor de betrokken organisaties.

4.5 Conclusie

Organisaties zijn tevreden over de bereidwilligheid en inzet van alle betrokkenen om goede palliatieve zorg te leveren buiten kantooruren. Er komt steeds meer aandacht voor de palliatieve spoedzorg en er is besef dat er behoefte is aan verbetering. Verbeteringen zijn gewenst op het gebied van de informatieoverdracht, deskundigheid van de huisartsen en samenwerking met verpleeghuizen. Daarnaast vindt men dat er meer aandacht moet komen voor een proactief beleid van de eigen huisarts gedurende de dag. Aanbevolen worden ICT-oplossingen voor het vereenvoudigen van de informatieoverdracht, feedback bij het ontbreken van overdrachten, een landelijke uitbreiding van PaTz groepen (beter proactief beleid) en deskundigheidsbevordering van de huisartsen op het gebied van palliatieve zorg.

Literatuur

1. van den Akker P, Luijkx K, van Wersch S. Waar wilt u doodgaan? Keuzen en overwegingen. Tilburg: IVA, 2005
2. Giesen P, Terpstra E, Schweitzer B. Terminale zorg buiten kantoor tijd. Med Contact 2008; 63(6):240-2
3. Borgsteede SD, Graafland-Riedstra C, Deliëns L, et al. Good end-of-life care according to patients and their GPs. British Journal of General Practice 2006; 56:20-6.
4. NHG Standpunt 'Huisarts en palliatieve zorg'
5. Fergus CJY, Chinn DJ, Murray SA. Assessing and improving out-of-hours palliative care in a deprived community: a rapid appraisal study. Palliative Medicine 2010; 24(5): 493-500.
6. Giesen P, Veldhoven C, Vlaar N, Borghuis M, Koetsenruijter J, Verheggen S. Patiëntervaringen met palliatievezorghuisartsen tijdens weekenddiensten. Huisarts Wet 2011;54(12):646-9.
7. Dijk E. van. Een hap met prima terminale zorg. Med Contact 2014; 23:1178-80
8. Schweitzer B. Out-of-hours palliative care by general practitioners. Proefschrift 2012 Vrije universiteit Amsterdam
9. Schweitzer B, Blankenstein N, Willekens M, Terpstra E, Giesen P, Deliëns L. GPs' views on transfer of information about terminally ill patients to the out-of-hour cooperative. BMC Palliat Care 2009;22(8):19.
10. InEen: Handreiking Palliatieve Zorg (revisie), 2011.
11. Gijsen R (RIVM), Kommer GJ (RIVM), Bos N (Julius Centrum), Stel H van (Julius Centrum). Wat is een huisartsenpost? Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid\Zorg\Acute zorg\Huisartsenposten, 7 december 2010.
12. Schweitzer B, Blankenstein N, Deliëns L, van der Horst H. Overdrachten in de palliatieve zorg aan de huisartsenpost. Huisarts Wet 2011 54(8):422-6.
13. De Bock et al. Transfer of information on palliative care during out-of-hours period. Fam Pract. 2011. 28(3): 280-286
14. Ott B, Van Thiel G, Van Delden H. Advance Care Planning bij kwetsbare ouderen. Huisarts Wet 2014;57(12):650-2
15. Thoonsen et al. Training general practitioners in early identification and anticipatory palliative care planning: a randomized controlled trial. BMC Family Practice (2015) 16:126
16. Frohlike et al. Te weinig consultatie bij palliatieve zorg. Med Contact 2013; 68(11): 608-10
17. Bruntink R. Samenwerken voor betere palliatieve thuiszorg. Med Contact 2015; 42: 20-22

Bijlage 1 Opmerkingen m.b.t. knelpunten overdracht

Genoemde knelpunten

- Er wordt te weinig gebruik van gemaakt.
- Het is een papieren overdracht die via de fax of e-mail aangeleverd moet worden. Het vergt extra tijd voor de huisarts. Digitaal vanuit HIS kunnen overdragen is wenselijk.
- De digitale mogelijkheden worden niet goed benut. Lastig is dat er meerder HISsen worden gebruikt in ons gebied. De koppeling met Callmanager is er niet.
- Teksten niet goed leesbaar. Veel typewerk.
- Kan beter; het zou fijn zijn als veel meer huisartsen het melden als een overdracht nodig is.
- Vaak blijkt er geen special note in adastra* ingevoerd te zijn.
- Er wordt regelmatig gebeld voor patiënten in de terminale zorg, waar geen afspraken voor doorgegeven zijn.
- In de praktijk zijn er nog te vaak patiënten waarvan te weinig informatie is. Er loopt een project waarbij het gebruik van het aandachtsformulier wordt omgezet in de digitale melding.
- Naleving van de afspraken is niet 100 %, dus zou beter kunnen.
- Formulier is niet overzichtelijk (bevat te veel niet relevante informatie waardoor de overdracht niet meer beknopt is). Er worden regelmatig andere/eigen overdrachtsformulieren gebruikt i.p.v. het afgesproken format. Overdrachtsformulier wordt niet door de arts geactualiseerd. Overdracht ontbreekt regelmatig.
- Als de eigen huisarts bij een ernstig zieke/ terminale patiënt de informatie nog niet heeft ingevoerd in een opmerking geeft dit soms problemen bij in de zorg in ANW-uren. Het aantal patiënten met een extern dossier via het LSP** op onze post is niet hoog (20%), dus dit is geen alternatief De invoering van het webportaal is volgens een deel van de huisartsen te omslachtig waardoor het minder gebeurt dan wenselijk

*= klinisch patiëntenbeheersysteem

**= Het LSP (Landelijk Schakelpunt) voor elektronische uitwisseling van medische gegevens.

Bijlage 2 Onderwijs door externe organisatie

Genoemde organisaties

- DOKh: stichting deskundigheidsbevordering en ondersteuning kwaliteitsbeleid huisartsenpraktijken Noordwest-Nederland.
 - Netwerk palliatieve zorg Waardenland.
 - Werkgroep deskundigheidsbevordering huisartsen.
 - Huisartsenorganisatie ZEL (Zorggroep eerste lijn beheer BV).
 - Workshops door een provinciaal palliatief team in het kader van de FTO (farmacotherapie overleg) bijeenkomsten.
 - Palliatief netwerk casuïstiekbesprekingen
-

Bijlage 3 Opmerkingen m.b.t. wat er goed gaat

Sterke punten met label

- Wijze van overdracht.
- Er is een overdrachtsformulier ontwikkeld en beschikbaar via een website. Informatie wordt in memo van software systeem gezet. Memo licht direct op zodra patiënt contact opneemt.
- Sommige overdrachten.
- Overdracht redelijk vaak aanwezig. Motivatie van artsen om zelf goede palliatieve zorg te bieden en om in ANW (tel) beschikbaar te zijn voor terminale patiënten.
- Overdracht is goed geregeld. Goed protocol. Het heeft op dit moment de aandacht.
- Overdracht dossier, specialistisch thuiszorgteam en de bereikbaarheid van de apotheek.
- Het vanuit het eigen HIS kunnen invoeren van een palliatieve memo.
- Het memo complexe zorg zorgt ervoor dat de belangrijkste informatie (mits ingevuld) ook beschikbaar is voor triagiste en dienstdoende HA. We denken dat nog veel HA zelf zorg dragen voor hun palliatieve patiënten.
- Het overdrachtsformulier wordt regelmatig ingevuld. Is onlangs aangepast omdat het te ingewikkeld en tijdrovend bleek om in te vullen. Als kaderarts palliatieve zorg dienst heeft, is het geluk!
- Bereidheid huisartsen en triagisten om palliatieve zorg te leveren.
- Goede inzet van alle betrokkenen.
- Inzet en de wil om palliatieve zorg te leveren waar nodig.
- De aandacht en bereidwilligheid van de (dienstdoende) huisartsen is er zeker. De triagist herkent over het algemeen goed wanneer een melding een palliatieve patiënt betreft.
- Inzet van huisartsen, palliatieve zorg teams, specialistische teams en hospices.
- Betrokkenheid van de meeste huisartsen (oude stijl).
- De wil van veel huisartsen het zelf te doen.
- De bereidheid van huisartsen om deze zorg zelf te doen.
- Goede afspraken, goede memo. Veel huisartsen die zelf deze zorg uitvoeren.
- Steeds meer het bewustzijn dat de palliatieve zorg belangrijk is en een belangrijke plek heeft op de huisartsenpost.
- Aandacht voor palliatieve zorg in toenemende mate.
- Palliatieve zorg krijgt steeds meer aandacht. PaTz* groepen zijn in ontwikkeling.
- Er is inmiddels een denktank door huisartsen. Het afgelopen jaar is er extra aandacht geweest. Er zijn al verbeteracties ingezet.
- Van de meeste palliatieve patiënten is bekend dat zij in deze fase zijn.
- Dat er een speciale dienst is tijdens het weekend voor de palliatieve zorg.
- Goede afspraken met de HAP en thuiszorg.
- Er is altijd mogelijkheid om te overleggen met de dienstdoende arts/ regie arts. En ook gaan de artsen prima visites afleggen bij deze patiënten.
- Er zijn werkafspraken; er zijn geen recente signalen dat deze onduidelijk zouden zijn of slecht worden nageleefd.
- Grote inzet en betrokkenheid
- Betrokkenheid en inzet triagisten en dienstdoende huisartsen bij palliatieve zorg, laagdrempeligheid. Overdracht meestal aanwezig

*= Palliatieve thuiszorg. Samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Bijlage 4 Opmerkingen m.b.t. knelpunten

Knelpunten

- Ik weet niet of er goed wordt overgedragen. Er wordt gevint* als er geen overdracht is. Dit gebeurt nog steeds. Nog steeds te weinig consultering kaderhuisarts palliatieve zorg. Kaderhuisarts vindt ook dat huisartsen nog niet voldoende kennis hebben.
- Informatieoverdracht, uniforme werkwijze, uniforme competenties huisartsen.
- Door geen goede overdracht kunnen er onverwachte situaties in de ANW-uren ontstaan, die tot onvrede bij de patiënt en/of naasten leiden.
- Niet iedere eigen huisarts zorgt voor een goede zorgoverdracht, dit zorgt ervoor dat er bij triage alles gevraagd moet worden, terwijl je eigenlijk in dit soort situaties ingelicht wilt zijn en daar weer op kunt inspelen als triagiste/dienstdoende huisarts.
- Overdracht van huisarts naar hap, overdracht van ziekenhuis naar huisarts.
- Communicatie, overdracht en samenwerking.
- Informatie over palliatieve zorg van individuele patiënt is vaak niet aanwezig.
- Aantal overdrachten kan hoger.
- Te weinig informatie beschikbaar, soms toch onverwachte situaties in de ANW-uren.
- Geen goede overdracht vanuit de eigen huisartsen. Soms is er te weinig tijd om die zorg te leveren die men dan nodig heeft. Vooral de aandacht.
- Overdracht van de huisarts naar de HAP.
- Niet consequent doorgeven.
- Er is lang niet altijd een overdrachtsformulier. Overdrachtsformulieren worden lang niet altijd vernieuwd bij verandering van de situatie. In drukke ANW diensten is er vaak een tijdsprobleem: een visite palliatieve zorg kost meer tijd. Soms schiet kennis tekort om een probleem op te lossen.
- Tijd.
- Palliatieve zorg kan veel visitecapaciteit van de visitearts van de huisartsenpost opslokken.
- Knelpunt is de digitale ondersteuning. Verder kost een visite meer tijd in het geval van een palliatieve patiënt. Dit is best lastig bij een toenemende drukte. Het aantal verrichtingen op onze HAP is vorig jaar met 5% gestegen. Ook nemen het aantal patiënten boven de 75 jaar toe.
- In drukke diensten kan de palliatieve zorg in de knel komen. Als er geen informatie is van de eigen huisarts, is het lastig om tot een beleid te komen.
- De diensten structuur is extreem overbelast door de niet spoedeisende casus. Het triage systeem NTS dwingt de assistentes om bijna alles wat belt met een consult en een visite te honoreren. Het is schandalig dat het NTS systeem op de dokterspost is ingevoerd zonder een degelijk wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid van dit systeem!!
- Onvoldoende tijd als palliatieve patiënt overgedragen wordt. Niet alle huisartsen hebben voldoende kennis. Teveel thuiszorgorganisaties waardoor ondersteuning niet makkelijk te regelen is (zorgproblemen worden niet altijd goed opgelost).
- Niet iedere HA vindt palliatieve zorg even belangrijk. Zou meer scholing moeten komen, voor zowel HA als triagist.
- Onbekendheid van artsen (veel waarnemers) met inhoud en organisatie van palliatieve zorg.
- Wisselend kennisniveau van de huisartsen. Te weinig overdrachten. Wanneer de overdracht er wel is, is deze onvoldoende zichtbaar zodat deze over het hoofd gezien wordt. Te weinig tijd tijdens dienst om zorg te verlenen aan palliatieve patiënten.
- Continuïteit van zorg.
- Continuïteit op de HAP is niet altijd geschikt voor palliatieve zorg. Communicatie en overdracht zouden mede hierdoor, veel beter kunnen. Het niet hebben van een speciaal aangesteld palliatieve zorg arts, vind ik een gemiste kans.

-
- In weekenddienst soms teveel verschillende artsen aan bed patiënt. Het ontbreken van voldoende tijd in drukke dienst. Soms ontbreken van informatie en overdracht.
 - Het niet hebben van een palliatief consultatie team. In een weekend veel verschillende dokters aan het bed indien eigen huisarts niet beschikbaar is.
 - Minder betrokkenheid en beschikbaarheid van nieuwe generatie huisartsen; deze collegae wonen vaak buiten de plaats waar ze huisarts zijn. Daardoor minder continuïteit van (palliatieve) zorg.
 - Het beschikbaar hebben van morfinepompen, moeilijk tot niet leverbaar via dienstdoende apotheek geen afspraken over te maken.
 - Niet altijd adequate overdracht. Hier is recent aandacht aan besteed bij een regionale nascholing waarbij 75 % van de huisartsen is bereikt.
 - Soms lange tijdsduur visites indien opeens verandering situatie optreedt en er meer zorg / hulpmiddelen als een morfinepomp etc. noodzakelijk is. Soms wordt door de regiearts de achterwacht ingeschakeld of een consultarts gestuurd
 - Elkaar vinden, bekendheid genereren onder huisartsen en verpleegkundigen, samenwerken in overdracht.
-

*= VIM; Veilig Incident Melden.

Bijlage 5 Opmerkingen m.b.t. gewenste ontwikkelingen

Gewenste ontwikkelingen

- Diensten speciaal voor palliatieve zorg.
- Palliatief huisartsenteam tijdens de diensturen. Met name in de weekenden.
- Aanstelling van gespecialiseerd palliatief zorg team aan artsen. Er is een aantal met affiniteit hiermee. Pilots hebben uitgewezen dat een dergelijk systeem goed kan werken. Tijdige en volledige overdracht is wenselijk.
- ICT ondersteuning. Palliatieve arts die tijdens de ANW-uren de zorg verleent.
- Een palliatief consultatie team kunnen aansturen/ raadplegen.
- Er ligt nog een opdracht om de haalbaarheid van werken met een oproepdienst voor palliatieve zorg bij de HAP, om zo te zorgen voor meer continuïteit in het weekend voor palliatieve zorg en ook te voorkomen dat het de capaciteit voor reguliere visites niet wegneemt.
- Duidelijker afspraken over regiefunctie van eigen huisarts, evt. aparte (bereikbaarheids)dienst voor de palliatieve zorg betere overdracht van palliatieve patiënten met duidelijkheid over het beleid.
- Vast team van huisartsen die deze zorg uitvoeren. Samenwerking met het ziekenhuis verbeteren.
- Hoger percentage goede overdracht. Anticiperend beleid dagzorg van eigen huisarts voor ANW-uren. Scholing van collega's met onvoldoende kennis.
- Oplossen knelpunten (genoemd: Te weinig informatie beschikbaar, soms toch onverwachte situaties in de ANW-uren)
- Aandacht voor overdracht van eigen huisarts aandacht voor ons protocol palliatieve Terminale Zorg waarin o.a. de medicatie beschreven wordt.
- Eenduidige, doeltreffende overdracht. Overdracht die goed zichtbaar is (goede automatisering, overdracht nu veelal nog op papier). Actuelere overdrachten. Scholing: enerzijds zodat kennisniveau meer gelijk wordt, anderzijds om eventueel te komen tot een enthousiast consultatieteam van huisartsen gespecialiseerd in palliatieve zorg verlening die inzetbaar zijn tijdens ANW-uren. Goed functionerende PATZ** teams.
- Meer kennis bij de huisartsen en duidelijke afspraken met de thuiszorg.
- Er is recent een vragenlijst gehouden onder de huisartsen om te zien of er voldoende draagvlak zou zijn voor een Palliatieve Huisartsendienst naast de reguliere HAP-diensten. Dit bleek niet het geval. Er zou een betere controle/terugkoppeling kunnen komen op het versturen van een overdrachtsformulier. Er zou meer gerichte nascholing kunnen komen.
- Scholing, een palliatief team, altijd een overdracht en verpleeghuis noodbedden.
- Meer gebruik maken van adviserende teams en scholing.
- Er loopt traject informatie verbetering deskundigheid huisartsen, logistieke verbetering op meerdere fronten, samenwerken ketenpartners, misschien andere organisatie van de palliatieve zorg?
- Continuïteit en pro actief beleid van eigen huisarts.
- Discipline.
- Beter inzicht bijvoorbeeld via LSP* in elk dossier.
- Landelijke richtlijn als ondersteuning zou prettig zijn, waar op te letten, welke afspraken zijn handig om te maken met ketenpartners, etc.
- Huisartsenzorg moet nodige ondersteuning krijgen om palliatieve zorg in de dag situatie goed te kunnen vervullen. Samenwerken met derden is nodig (thuiszorg). De ondersteuning moet leiden tot optimale patiëntenzorg en adequate informatie op de Hap. Huisarts blijft wel regie rol houden.
- Het beschikbaar zijn van morfine pompen.
- Dat de echte spoed onderscheiden wordt van de niet spoed zodat de collegae meer tijd en aandacht aan terminale zorg kunnen besteden. We moeten opnieuw een campagne voeren om de huisartsen te

stimuleren een special note in Adastra te plaatsen.

- Het zou mooi zijn als er duidelijke afspraken gemaakt zouden worden. En het zou helemaal geweldig zijn als iedere huisarts die een palliatieve zorg heeft afgesproken voor een patiënt, dit ook doorgeeft met duidelijke afspraken.
- betere overdracht
- Ik ben tevreden hoe het gaat, ook dienstdoende huisartsen vinden het een uitdagend deel van dienstdoen. Vrijwel iedere huisarts is minimaal bereikbaar voor intern overleg eigen palliatieve patiënten, dit moet wel een minimumeis beroepsgroep zijn. Inclusief de bereidheid om zelf in te springen,
- Overdrachtsformulier. Inzet van zorgdomein. Goede plek zetten van juiste informatie in het dossier patiënt. Oormerken van palliatieve patiënten. Verantwoordelijkheid voor eigen patiënt voelen. Geen palliatieve sedatie opstarten in een HAP situatie door onbekende arts.

*= Het LSP (Landelijk Schakelpunt) voor elektronische uitwisseling van medische gegevens.

**= Palliatieve thuiszorg. Samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Bijlage 6 Opmerkingen m.b.t. doorgevoerde verbeterinitiatieven

Verbeterinitiatieven

- Aandacht voor de overdracht.
- Er is net met een werkgroep gestart en er is een verbeterplan gemaakt om de overdracht te verbeteren en de kennis te verbeteren.
- Er zijn nascholingen georganiseerd gericht op kennis en de overdracht.
- Er wordt gewerkt aan een nieuw intranet. Hiermee zou (onder andere) de overdracht van palliatieve patiënten verbeterd kunnen worden. Hoe gemakkelijker dit proces verloopt, hoe beter het gebeurt. Deze verbetering volgt in de komende maanden. De effecten hiervan moeten worden afgewacht.
- Webhis* artsportaal link naar pallialine**. Ketenoverleg met transferbureau ziekenhuis, specialistenteam thuiszorg, spoedapotheek en huisartsen. Scholing en intervisie programma ontwikkeld door en voor huisartsen. Vragenlijst onder huisartsen. Bevraging ervaring na dienst op huisartsenpost om communicatie en samenwerkingsafspraken te verbeteren.
- Via het overdrachtsformulier en via nieuwsbrieven aandacht vragen voor (belang van) overdracht van zorg.
- Overdrachtsformulier geconcretiseerd en gedigitaliseerd. Verbetering leesbaarheid.
- Memo complexe zorg, nu zo'n 3 jaar beschikbaar. Ter verbetering informatie overdracht.
- Overdrachtsformulier aangepast en via nieuwsbrief onder de aandacht gebracht. Gebruiksvriendelijker minder tijdrovend duidelijker.
- Er loopt een actieplan betreffende overdracht. Omdat er te vaak geen informatie is.
- Specifieke beveiligde mailbox geïnstalleerd en communicatie verbeteren door doorgeven van een palliatieve patiënt zo makkelijker te maken.
- Het kunnen invoeren van de palliatieve memo vanuit het eigen HIS.
- Werkafspraken zijn geëvalueerd en herzien; digitaal overdrachtsformulier (memo) is aangemaakt. Geplande evaluatie onduidelijkheid over verantwoordelijkheid bij gedeeltelijke overdracht van zorg naar de hap.
- Er is een werkgroep 'Palliatieve Zorg HAP' geformeerd om een toekomstbestendige visie t.a.v. palliatieve zorgverlening op de huisartsenpost te formuleren. Hieruit voortvloeiend zullen in de nabije toekomst verbetertrajecten opgestart worden.
- Protocol palliatieve zorg HAP verbeterd en maatregelen om implementatie te verbeteren.
- Template ontwikkeld voor goede overdracht
- Inrichten portal, zodat ook de actuele situatie / beleid door eigen huisarts kan worden aangepast in dossier
- Verbeterproject start per mei 2016 ivm kaderopleiding palliatieve zorg aangaande overdracht formulier op de HAP

*=Web Huisartsen Informatie Systeem

**= Op Pallialine staan palliatieve richtlijnen volgens de meest recente inzichten in diagnostiek en behandeling bij palliatieve zorg beschreven.