

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

Yvonne Peters
Renée Mutsaers
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.....	4
2. Methode	5
2.1 Design	5
2.2 Populatie.....	5
2.3 Meetinstrument	5
2.4 Procedure dataverzameling.....	5
2.5 Analyse en presentatie van de resultaten	5
3. Resultaten	7
3.1 Respons	7
3.2 Achtergrondkenmerken	7
3.3 Beschikbaarheid huisarts voor eigen patiënten	7
3.4 Informatieoverdracht	9
3.5 De palliatieve zorg door de huisartsenpost	11
3.6 Samenwerking met andere zorgverleners.....	13
3.7 Bestaande verbeterinitiatieven en gewenste ontwikkelingen	14
4. Discussie	17
4.1 Belangrijkste bevindingen	17
4.2 Vergelijking met eerder onderzoek	18
4.3 Sterke punten en beperkingen	19
4.4 Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek	19
4.5 Conclusie.....	20
5. Referenties	21
Bijlage 1 Respons per post	22
Bijlage 2 Toelichtingen knelpunten persoonlijke beschikbaarheid	23
Bijlage 3 Toelichtingen redenen geen overdracht.....	27
Bijlage 4 Toelichtingen cijfer eigen overdracht	30
Bijlage 5 Toelichtingen cijfer terugkoppeling.....	33
Bijlage 6 Toelichtingen cijfer overdracht collega	35
Bijlage 7 Toelichtingen belangrijkste punten uit de informatieoverdracht	36
Bijlage 8 Toelichtingen cijfer zorg door de huisartsenpost.....	38
Bijlage 9 Toelichtingen knelpunten zorg tijdens dienst.....	41
Bijlage 10 Redenen geen consultatie palliatief adviesteam	43
Bijlage 11 Toelichtingen rapportcijfers andere zorgverleners	45
Bijlage 12 Toelichtingen gewenste ontwikkelingen	48
Bijlage 13 Opmerkingen	50

Samenvatting

Doel – Het in kaart brengen van de huidige praktijk omtrent palliatieve zorg in ANW (Avond, Nacht en Weekend)-uren door huisartsen in Nederland en het inventariseren van sterke- en voor verbetering vatbare onderdelen en bestaande verbeterinitiatieven in de palliatieve spoedzorg.

Methode – Cross-sectioneel observationeel onderzoek onder 1772 praktijkhoudende huisartsen middels een digitale vragenlijst. De huisartsen waren aangesloten bij tien HDS'en (huisartsendienstenstructuren: organisatiestructuur met één of meerdere huisartsenposten) verspreid over Nederland.

Respons – 29,9% (N=530).

Resultaten – De meeste huisartsen zijn zelf beschikbaar voor hun eigen patiënten (60,8%) in ANW-uren en een klein deel draagt de zorg volledig over aan een collega (8,0%) of de HAP (12,2%). Circa 47,4% is van mening dat volledige overdracht van zorg aan de HAP de komende jaren zal toenemen. Het merendeel (76,6%) vindt dat persoonlijke beschikbaarheid van de huisarts betere kwaliteit van zorg geeft. Knelpunten die het meest worden ervaren bij palliatieve zorg in de ANW uren zijn tijdsdruk (17,3%) en het organiseren van een opname (7,9%). Onbekendheid met de patiënt (54,1%) en onduidelijke afspraken omtrent beleid (36,9%) worden vooral als knelpunten ervaren tijdens een dienst voor de HAP. In de overdrachtsgegevens voor de HAP wordt het beleid van de eigen huisarts als belangrijkste item gezien (97,9%), maar dit proactief beleid ontbreekt regelmatig. Een klein deel (6,1%) vraagt de palliatieve adviesteams om advies tijdens ANW-uren; de meeste huisartsen vinden dat ze zelf genoeg kennis hebben (68,1%) of vragen een collega om hulp (24,2%). De samenwerking in ANW-uren met wijkverpleegkundigen (7,8), hospices (7,7) en thuiszorgorganisaties (7,6) scoort goed. Samenwerking met verpleeghuizen scoort minder goed (6,1). Gewenste ontwikkelingen bestaan voornamelijk op ICT gebied; zo'n 66,6% zou graag een standaard overdrachtsformulier geïntegreerd zien in de digitale registratiesystemen. Bijna alle huisartsen (89,7%) zouden graag feedback willen ontvangen wanneer hun overdracht te wensen overlaat en 76,8% vindt dat een huisarts hierop aangesproken moet worden.

Conclusie – Palliatieve zorg door een 7x24 uur beschikbare eigen huisarts wordt gezien als de meest optimale zorg. Wanneer de palliatieve zorg door de HAP wordt geleverd, zijn er verbeteringen gewenst. Met name op het gebied van informatieoverdracht, kennisniveau van dienstdoende huisartsen en samenwerking met verpleeg- en ziekenhuizen. Daarnaast is er vaak nog te weinig aandacht voor pro-actief beleid in de dagzorg en communicatie hierover met andere zorgverleners. Mogelijk dat het optimaliseren van de beschikbaarheid van een actueel dossier dit probleem kan verhelpen. Optimalisering van de zorg op deze onderdelen kan de onvoorspelbaarheid van de laatste levensfase mogelijk verminderen en de palliatieve zorg verbeteren.

1. Inleiding

1.1 Introductie

Palliatieve zorg richt zich op de kwaliteit en een waardige afronding van het leven. Verwacht wordt dat de vraag naar deze vorm van zorg de komende jaren zal toenemen door de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken¹. Palliatieve zorg wordt voor een groot deel door de eerste lijn georganiseerd en geleverd, wat inhoudt dat de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt is. Huisartsen zien palliatieve zorg als een wezenlijk onderdeel van hun vak². Maar de zorg vraagt veel tijd, beschikbaarheid en betrokkenheid, zeker in de terminale fase. Tevens kan de zorg medisch inhoudelijk complex zijn, onder andere door het gebruik van andere soorten en grotere hoeveelheden medicatie en het gebruik van medicatiepompen. De ervaring die een huisarts jaarlijks met palliatieve zorg opdoet, is mogelijk te weinig om deze up-to-date te houden³.

Palliatieve zorg is continue zorg. In de avond, nacht en weekenduren (ANW-uren) wordt deze door ofwel de eigen huisarts georganiseerd of door de huisartsenpost (HAP) en spreken we over palliatieve spoedzorg. Het NHG standpunt 'huisarts en palliatieve zorg' stelt dat alle huisartsen in principe 7 x 24 uur beschikbaar zijn voor hun eigen patiënten met palliatieve zorg⁴. De beschikbaarheid van de eigen huisarts hoort tot de belangrijkste kernwaarden van palliatieve zorg, naast medische competentie, betrokkenheid van de arts en continuïteit van de zorg⁵. In 2009 bleek dat 27% van de huisartsen niet beschikbaar was voor eigen patiënten in de terminale fase buiten kantoor tijd³, mogelijk stijgt dit percentage door een toename van huisartsen die in deeltijd werken⁶.

Op HAPs lijkt de continuïteit van de palliatieve zorg in het gedrang te komen. Allereerst doordat er meerdere huisartsen per dienst werken. Hierdoor komt een patiënt die binnen één weekend meermaals de HAP belt met verschillende huisartsen in contact. Ten tweede kan er discontinuïteit in informatie ontstaan, vanwege het ontbreken van inzage in het medisch dossier en gebrekkige informatieoverdracht van de 'eigen' huisarts naar de HAP. Uit onderzoek is gebleken dat er maar bij 25% van de patiënten in de palliatieve fase een overdracht beschikbaar was, terwijl er minder verwijzingen naar het ziekenhuis werden geschreven als er een overdracht aanwezig was⁷.

Doordat er zorgen bestonden over de kwaliteit van de palliatieve zorg in ANW-uren, heeft men geprobeerd om de kwaliteit te verbeteren. In twee regio's heeft men onderzoek gedaan naar het inzetten van een huisarts op de HAP die in het gehele weekend beschikbaar is voor patiënten in de palliatieve fase, de *Palliatieve zorg huisartsen*. Zowel patiënten als huisartsen waren zeer tevreden over deze werkwijze^{8, 9}. Ook werd onderzocht of een gestandaardiseerd overdrachtsformulier het aantal overdrachten deed toenemen. Dit had een positieve invloed op zowel het aantal als de kwaliteit van de overdragen informatie¹⁰. Verder heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) het standpunt 'Huisarts en palliatieve zorg'⁴ geschreven met aanbevelingen voor huisartsen en InEen schreef een handreiking 'Palliatieve zorg voor de huisartsenpost'¹¹. InEen is de landelijke vereniging voor organisatie van de eerste lijn.

Ondanks deze pogingen zijn er diverse signalen dat de palliatieve spoedzorg in ANW- uren verbetering behoeft. Daarbij is het onbekend op welke gebieden in die zorg verbetering wordt gewenst door de huisarts.

1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het inventariseren wat goed gaat, wat ervaren knelpunten zijn en wat de gewenste ontwikkelingen in de palliatieve spoedzorg in ANW-uren zijn vanuit het perspectief van huisartsen.

2. Methode

2.1 Design

Cross-sectioneel observationeel onderzoek onder huisartsen in Nederland middels een digitale vragenlijst.

2.2 Populatie

De digitale vragenlijst is uitgezet onder alle praktijkhoudende huisartsen die verbonden zijn aan tien Huisartsendienstenstructuren (HDS'en: organisatiestructuur met één of meerdere huisartsenposten) in Nederland. De HDS'en lagen verspreid over Nederland en varieerden in grootte en stedelijkheid (Figuur 1). Het aantal huisartsen dat gevraagd werd om deel te nemen was 1772.



Figuur 1: Locaties van de tien deelnemende HDS'en

2.3 Meetinstrument

Het onderzoek is uitgevoerd middels een digitale vragenlijst in Limesurvey. De vragenlijst is zo veel mogelijk samengesteld uit eerder gevalideerde vragenlijsten die gebruikt zijn bij soortgelijke onderzoeken en op basis van gevonden literatuur^{3,4,5,8,9,10}. De vragenlijst is ontwikkeld en getest door ervaren onderzoekers en huisartsen. Tevens zijn enkele resultaten van het deelonderzoek onder de huisartsenposten gebruikt als richtlijn voor de vragen¹². In de vragenlijst werd gebruik gemaakt van de term 'laatste levensfase' en is geen onderscheid gemaakt tussen de palliatieve en terminale fase van een ziekte.

2.4 Procedure dataverzameling

De HDS'en werden geworven via twee methoden: een oproep in het weekbericht van InEen (Vereniging eerstelijnszorg) en een email bericht naar alle HDS'en in Nederland. Alle HDS'en hebben een vooraankondiging van het onderzoek gedaan onder hun huisartsen, bijvoorbeeld via een nieuwsbericht op intranet of een melding in het werkoverleg. Een week later ontvingen de huisartsen van de onderzoekers een e-mail met daarin informatie en een persoonlijke link naar de digitale vragenlijst. Op twee HDS'en werden de uitnodigingsmails door een kwaliteitsmedewerker verstuurd. Vervolgens zijn er twee herinneringsmails gestuurd naar de respondenten en is de vragenlijst nogmaals door de HDS'en onder de aandacht gebracht. Het onderzoek vond plaats in mei en juni 2016.

2.5 Analyse en presentatie van de resultaten

De gegevens werden geanalyseerd met SPSS 22.0. Voor de categoriale variabelen werden frequenties berekend. Bij vragen op een vijfpuntsschaal, zoals de mate van belangrijkheid en tevredenheid, zijn de uiterste twee antwoordcategorieën samengevoegd. Zo zijn antwoordopties 'zeer belangrijk' en 'belangrijk' samengevoegd tot 'belangrijk' en de antwoordopties 'zeer onbelangrijk' en 'onbelangrijk' samengevoegd tot 'onbelangrijk'. De cijfers zijn weergegeven als gemiddelden en de range tussen de verschillende HDS'en. Er werd gekeken of er verschillen waren in persoonlijke beschikbaarheid wat betreft geslacht, leeftijd, werkervaring, praktijkvorm, locatie praktijk en aantal werkdagen per week werkzaam. Verschillen werden getoetst door middel van een ordinale meervoudige regressieanalyse. Alle kenmerken werden tegelijkertijd in het model opgenomen zodat de invloed van ieder kenmerk gecorrigeerd werd voor de andere kenmerken.

Naast het algemene rapport, werden er feedbackrapportages geschreven voor elke deelnemende HDS.

3. Resultaten

3.1 Respons

In totaal hebben 530 huisartsen de vragenlijst ingevuld (respons 29,9%). In bijlage 1 is de verdeling over de 10 HDS'en weergegeven. De respons per HDS varieerde tussen de 15,6% en 40,7%.

3.2 Achtergrondkenmerken

Van de respondenten was 50,3% vrouw en de gemiddelde leeftijd was 49,5 jaar. De respondenten hadden gemiddeld 18,1 jaar werkervaring als huisarts. Een klein deel van de huisartsen gaf aan specifieke expertise te hebben op gebied van palliatieve zorg: 3,4% heeft de kaderopleiding 'palliatieve zorg' afgerond, 3,6% heeft deel uitgemaakt van een palliatief adviesteam en 2,8% was SCEN-arts (arts Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland). Gemiddeld verleenden huisartsen zorg aan 5,8 patiënten in de laatste levensfase per 1000 patiënten per jaar. De meeste huisartsen gaven aan werkzaam te zijn in een groepspraktijk/HOED/Gezondheidscentrum (58,0%). De meeste huisartsen werkten in een stad (43,3%) of verstedelijk gebied (41,2%) (Tabel 1).

Tabel 1 Karakteristieken respondenten

	%(N)
Geslacht	
• Vrouw	50,3 (261)
Leeftijd in jaren (gem ± SD)	49,5 (± 9,1)
Werkervaring in jaren (gem ± SD)	18,1 (± 9,4)
Werkdagen per week (gem ± SD)	4,0 (± 0,8)
Expertise	
• Kaderopleiding	3,4 (18)
• Onderdeel van een palliatief adviesteam	3,6 (19)
• SCEN-arts	2,8 (15)
• Anders ^a	13,4 (71)
• Geen	79,4 (421)
Aantal patiënten in de laatste levensfase ^b (gem ± SD) per 1000 patiënten	5,8 ± 4,1
Soort praktijk	
• Solopraktijk	16,3 (86)
• Duopraktijk	25,7 (135)
• Groepspraktijk/HOED/Gezondheidscentrum	58,0 (305)
Locatie praktijk	
• Stad	43,3 (227)
• Verstedelijk platteland	41,2 (216)
• Platteland	15,5 (81)

^a bijvoorbeeld: werkzaam in hospice, meerdere cursussen gevolgd, differentiatie opleiding, onderdeel peergroup

^b berekening: (aantal patiënten in laatste levensfase per jaar / aantal patiënten totaal in praktijk)*1000

3.3 Beschikbaarheid huisarts voor eigen patiënten

De meerderheid van de huisartsen (60,8%) gaf aan 'vaak' tot 'altijd' beschikbaar te zijn, zowel telefonisch als voor visites, voor hun eigen patiënten in de laatste levensfase. Een kwart (26,8%) was alleen voor telefonisch overleg bereikbaar via de HAP en 33,0% was 'vaak' tot 'altijd' bereid om

visites af te leggen via de HAP. Zo'n 12,2% droeg de zorg 'vaak' tot 'altijd' volledig over aan de HAP en 8,0% droeg over naar een collega huisarts uit de praktijk. Van de huisartsen die persoonlijk beschikbaar waren, legde 55,4% op eigen initiatief visites af zonder dat de patiënt eerst zelf contact had gelegd (Tabel 2).

Tabel 2 Beschikbaarheid huisartsen tijdens ANW-uren voor eigen patiënten in de laatste levensfase

	Nooit/Soms %(N)	Regelmatig %(N)	Vaak/altijd %(N)
• Persoonlijk beschikbaar (telefonisch + visites)	23,2 (123)	16,0 (85)	60,8 (322)
<i>Visites op eigen initiatief</i>	22,1 (71)	23,1 (74)	54,8 (176)
• Persoonlijk beschikbaar voor visites via HAP	50,9 (269)	16,1 (85)	33,0 (174)
• Alleen telefonisch bereikbaar voor overleg via HAP	60,6 (319)	12,5 (66)	26,8 (141)
• Zorg volledig overdragen aan HAP	78,7 (414)	9,1 (48)	12,2 (64)
• Zorg overdragen aan collega huisarts uit de praktijk	86,1 (454)	5,9 (31)	8,0 (42)

Er waren significante verschillen tussen de huisartsen in persoonlijke beschikbaarheid betreffende het aantal werkdagen per week, het soort praktijk en de locatie van de praktijk. Zo zijn huisartsen die <3 dagen per week werkzaam zijn, een solopraktijk hebben en een praktijk in de stad of verstedelijkt platteland minder vaak beschikbaar voor patiënten in de laatste levensfase.

Tabel 3 Persoonlijk beschikbaarheid (telefonisch + visites) naar karakteristieken respondenten

	Nooit/Soms %(N)	Regelmatig %(N)	Vaak/altijd %(N)	Estimate	SD
Geslacht					
• Man	20,5 (53)	12,0 (31)	67,4 (174)	,313	,207
• Vrouw (ref)	26,1 (68)	19,5 (51)	54,4 (142)	-	-
Leeftijd in jaren (gem ± SD)	48,4 ± 9,4	48,7 ± 8,9	50,1 ± 9,0	-,013	,028
Werkervaring in jaren (gem ± SD)	16,6 ± 9,6	17,3 ± 8,9	18,8 ± 9,4	,029	,027
Werkdagen per week					
• < 3 dagen	28,7 (41)	21,7 (31)	49,7 (71)	-,535*	,211
• > 4 dagen (ref)	20,8 (80)	14,1 (54)	65,1 (250)	-	-
Soort praktijk					
• Solopraktijk	30,2 (26)	12,8 (11)	57,0 (49)	-,516*	,256
• Duopraktijk	17,0 (23)	18,5 (25)	64,4 (87)	,161	,228
• Groepspraktijk/HOED/Gezondheid scentrum (ref)	23,9 (73)	15,4 (47)	60,7 (185)	-	-
Locatie praktijk					
• Stad	32,6 (74)	16,7 (38)	50,7 (11)	-1,284*	,312
• Verstedelijkt platteland	18,5 (40)	16,2 (35)	65,3 (141)	-,682*	,317
• Platteland (ref)	8,6 (7)	13,6 (11)	77,8 (63)	-	-

* p< 0,05, ref: referentiecategorie

Aan huisartsen werd een aantal mogelijke knelpunten voorgelegd wanneer ze zelf in de ANW-uren beschikbaar waren voor de eigen patiënten in de laatste levensfase (Tabel 4). Van alle knelpunten kwam 'tijdsdruk' het vaakst voor (17,3%). Als tweede knelpunt werd 'het organiseren van een opname' het meest frequent ervaren (7,9%). Knelpunten op het gebied van 'onduidelijkheid waar terecht te kunnen met een hulpvraag' en 'onvoldoende ervaring en kennis' werden nauwelijks ervaren. Naast deze knelpunten gaven veel huisartsen aan dat ze de zorg in ANW-uren lastig te

combineren vinden met het privé leven, bijvoorbeeld met een jong gezin, vakanties of andere verplichtingen in het privé leven (Bijlage 2).

Tabel 4 *Knelpunten palliatieve spoedzorg bij persoonlijke beschikbaarheid*

	Soms/Nooit % (N)	Regelmatig %(N)	Vaak/Altijd % (N)
• Tijdsdruk	62,0 (322)	20,6 (107)	17,3 (90)
• Organiseren van opname (bijv. verpleeghuis/ziekenhuis)	76,2 (396)	16,0 (83)	7,9 (41)
• Organiseren van technische hulpmiddelen (bijv. medicatiepompen)	88,6 (460)	6,9 (36)	4,4 (23)
• Organiseren van thuiszorg	86,5 (450)	10,2 (53)	3,3 (17)
• Onvoldoende naslagwerken/protocollen palliatieve zorg beschikbaar	96,1 (497)	1,4 (7)	2,5 (13)
• Lastig een anticiperend beleid op te stellen	84,6 (429)	13,2 (67)	2,2 (11)
• Onduidelijk waar terecht bij moeilijkheden	95,9 (493)	2,5 (13)	1,6 (8)
• Onvoldoende ervaring en kennis	94,2 (490)	4,4 (23)	1,3 (7)

Vrijwel alle huisartsen vonden de palliatieve zorg een mooi onderdeel van het vak (94,0%). De meeste huisartsen gaven aan dat hun bereikbaarheid en beschikbaarheid in de ANW-uren toeneemt wanneer de levensverwachting van de patiënt afneemt (86,7%). Een groot deel van de huisartsen was van mening dat persoonlijke beschikbaarheid betere kwaliteit van zorg geeft (76,6%) en dat de zorg voor patiënten in de laatste levensfase ook de taak is van de eigen huisarts (61,7%) (Tabel 5).

Tabel 5 *Stellingen beschikbaarheid eigen huisarts*

	Oneens/ Helemaal oneens %(N)	Neutraal %(N)	Eens/ Helemaal mee eens %(N)
• Zorg patiënten laatste levensfase is een mooi onderdeel van het vak	0,8 (4)	5,3 (28)	94,0 (497)
• Toename bereikbaarheid en beschikbaarheid bij afname levensverwachting patiënt	5,7 (30)	7,6 (40)	86,7 (457)
• Beschikbaarheid eigen huisarts geeft betere kwaliteit van zorg	5,5 (29)	18,0 (95)	76,6 (405)
• Zorg patiënten in ANW-uren in laatste levensfase is taak van de eigen huisarts	13,6 (72)	24,6 (130)	61,7 (326)

3.4 Informatieoverdracht

Van de huisartsen gaf 86,9% 'vaak' tot 'altijd' informatie door aan de HAP over patiënten in de laatste levensfase en 56,3% gaf veranderingen door in de situatie (gezondheid of beleid) van de patiënt (Tabel 6). Dit gebeurde merendeels via het elektronisch patiëntendossier (inzage laatste contacten 47,7%; memo 26,8%) en/of een fax naar de HAP (45,3%). Bijna de helft van de huisartsen deed dit in een gestandaardiseerd overdrachtsformat (49,2%) (Tabel 7).

Tabel 6 *Informatieoverdracht*

	Nooit/ soms %(N)	Regelmatig %(N)	Vaak/ altijd %(N)
• Overdracht naar HAP	4,8 (25)	8,4 (44)	86,9 (456)
• Overdracht veranderingen in situatie	22,6 (119)	21,1 (111)	56,3 (296)

Tabel 7 Wijze van overdragen naar HAP

	%(N)
• Via een gestandaardiseerd overdrachtsformulier van HAP	49,2 (261)
• Rechtstreekse inzage laatste contacten via opt-in	47,7 (253)
• Fax naar de huisartsenpost	45,3 (240)
• Rechtstreekse memo vanuit EPD	26,8 (142)
• Telefonisch	21,5 (114)
• Niet van toepassing	2,1 (11)
• Anders ^a	1,7 (9)

^a Bijvoorbeeld: dossier van de thuiszorg, email, patiëntenportaal, Topicus zorgportaal, middels brief naar HAP

Belangrijke redenen om geen informatie over te dragen waren dat de situatie sneller verslechtert dan voorzien (60,5 %) of dat de patiënt net uit het ziekenhuis is ontslagen (47,1%) (Tabel 8). Uit de toelichtingen bleek daarnaast dat sommige manieren van overdragen arbeidsintensief te zijn, bijvoorbeeld faxen. Tevens bestonden er problemen op ICT-gebied, omdat bepaalde registratiesystemen niet optimaal werken (Bijlage 3).

Tabel 8 Belangrijkheid redenen om geen informatie over te dragen

	Ze er on be lang rijk / on be lang rijk %(N)	Ne utraal %(N)	Be lang rijk / ze er be lang rijk %(N)
• Situatie verslechtert sneller dan voorzien	17,9 (93)	21,7 (113)	60,5 (315)
• Patiënt net ontslagen uit het ziekenhuis	28,0 (146)	24,9 (130)	47,1 (246)
• Geen zorgvraag verwacht	33,7 (176)	21,8 (114)	44,6 (233)
• Vergeten	39,3 (205)	38,0 (198)	22,6 (118)
• Administratief veel werk	63,3 (330)	20,9 (109)	15,7 (82)

Huisartsen gaven hun eigen overdracht gemiddeld het rapportcijfer 7,3. Uit de toelichtingen bleek dat digitaal overdragen vaak moeilijk is. Doordat bepaalde systemen niet optimaal werkten, kostte het veel tijd om over te dragen. Ook bleken gestandaardiseerde formulieren te summier te zijn, waardoor er geen ruimte was voor een uitgebreid anticiperend beleid. Huisartsen zien graag dat er een directe inzage komt in het volledige dossier om de hoeveelheid beschikbare informatie te vergroten (Bijlage 4). De terugkoppeling van de dienstdoende huisarts over patiënten naar de eigen huisarts werd gemiddeld met een 7,3 gescoord. De kwaliteit van de overdracht werd als zeer wisselend ervaren en was afhankelijk van de dienstdoende huisarts. Als commentaar werd regelmatig gegeven dat de terugkoppeling te beknopt was. Tevens werd de huisartsen gevraagd de informatieoverdracht te scoren, wanneer zij zelf dienst hadden op de HAP (Bijlage 5). De kwaliteit van de overdracht die dienstdoende huisartsen nodig hadden tijdens een dienst werd gemiddeld een 6,4 gegeven (Tabel 9). Hierbij gaf 18,3% een cijfer lager dan of gelijk aan een 5. Veelal bleek het beleid niet goed beschreven of besproken te zijn met de patiënt en naasten. Daarnaast bleek het niet voldoende anticiperend te zijn (Bijlage 6).

Tabel 9 Rapportcijfers overdracht

	Gem. ± SD (N)	Range HDS'en	Cijfer ≤ 5 % (N)	Range % ≤ 5 HDS'en
--	---------------	-----------------	---------------------	-----------------------

• Overdracht eigen huisarts naar HAP	7,3 ± 0,9 (513)	7,1 – 7,5	3,4 (17)	0,0 – 8,0
• Overdracht van de HAP naar huisarts	7,3 ± 1,1 (491)	7,0 – 7,5	5,7 (28)	0,0 – 15,2
• Beschikbare overdracht tijdens dienst	6,4 ± 1,1 (505)	5,9 – 6,6	18,3 (92)	9,6 – 29,6

De huisartsen vonden de volgende aspecten het belangrijkste in de informatieoverdracht wanneer zij als dienstdoende arts op de HAP patiënten van andere huisartsen zagen: het beleid van de eigen huisarts (97,9%), de diagnose (97,5%), niet-opname beleid (97,4%) en dat het een patiënt in de palliatieve- of terminale fase betreft (97,2%) (Tabel 10). In de toelichtingen werd vooral het belang van een anticiperend beleid benadrukt. Bijvoorbeeld het beleid bij te verwachten complicaties. Daarbij vonden huisartsen het belangrijk om te weten in hoeverre patiënt en naasten op de hoogte waren van alle afspraken omtrent de situatie, wensen t.a.v. levenseinde, prognose en beleid. Tevens werd een enkele keer genoemd dat het makkelijker zou zijn om te beschikken over informatie die van belang was om overlijdenspapieren in te vullen (Bijlage 7).

Tabel 10 Belangrijkste punten uit informatie overdracht als dienstdoende arts op de HAP

	Ze er on be lang rij k / on be lang rij k %(N)	Ne utraal %(N)	Be lang rij k / ze er be lang rij k %(N)
• Beleid van eigen huisarts	0,4 (2)	1,7 (9)	97,9 (519)
• Diagnose	0,0 (0)	2,5 (13)	97,5 (515)
• Niet-opname beleid	0,4 (2)	2,3 (12)	97,4 (515)
• Dat het een patiënt in de palliatieve- of terminale fase betreft	0,4 (2)	2,5 (13)	97,2 (515)
• Wensen t.a.v. levenseinde*	0,6 (3)	5,1 (27)	94,3 (499)
• Niet-reanimeren beleid	1,9 (10)	5,9 (31)	92,2 (487)
• Voorgeschiedenis, medicatie en intoleranties	0,4 (2)	10,6 (56)	89,0 (469)
• Beschikbaarheid eigen huisarts	4,0 (21)	16,2 (86)	79,8 (423)
• Prognose	2,3 (12)	19,8 (105)	77,9 (412)
• Contact met andere zorgverleners	1,7 (9)	27,8 (147)	70,5 (373)
• Psychosociale context	1,7 (9)	28,9 (153)	69,4 (367)

* Bijvoorbeeld: euthanasie, palliatieve sedatie, wens om thuis te sterven

3.5 De palliatieve zorg door de huisartsenpost

Voor de zorg voor patiënten in de laatste levensfase verleend door de HAP werd een 7,1 gegeven en 6,5% gaf een onvoldoende (Tabel 11). Uit de toelichtingen bleek dat de zorg als uitstekend werd ervaren en dat de zorg door een andere huisarts als ‘verfrissend’ werd gezien. Wel werd regelmatig vermeld dat de kwaliteit van de zorg wisselde tussen verschillende huisartsen. Daarnaast vonden huisartsen het een nadeel dat een patiënt in ANW-uren door verschillende huisartsen geholpen werd (Bijlage 8).

Tabel 11 Rapportcijfer zorg door HAP

	Gem. ± SD (N)	Range HDS'en	Cijfer ≤ 5 % (N)	Range % ≤ 5 HDS'en
• Zorg door huisartsenpost	7,1 ± 1,1 (511)	6,9 – 7,3	6,5 (33)	3,7 – 13,7

Van de respondenten vond 59,8% dat de dienstdoende huisartsen over voldoende kennis beschikten. Bij 68,5% sloot het gevoerde beleid aan op het ingezette beleid en 64,7% gaf aan dat er voldoende tijd wordt genomen voor de patiënt in ANW-uren. Bijna de helft (47,4%) denkt dat het aantal huisartsen dat de zorg voor palliatieve patiënten volledig aan de HAP overdraagt, toeneemt (Tabel 12).

Tabel 12 Stellingen zorg door dienstdoende huisarts

	Oneens/ Helemaal mee oneens %(N)	Neutraal %(N)	Eens/ Helemaal mee eens %(N)
• Voldoende kennis/vaardigheden dienstdoende huisartsen	8,5 (45)	31,7 (168)	59,8 (317)
• Aansluiting beleid eigen huisarts	3,6 (19)	27,9 (147)	68,5 (361)
• Voldoende tijd genomen	12,1 (64)	23,2 (123)	64,7 (343)
• Overname zorg HAP neemt toe	5,9 (31)	46,7 (247)	47,4 (251)

Het grootste knelpunt dat ervaren werd tijdens een dienst was de onbekendheid met de patiënt (54,1%). Daarnaast werd tijdsdruk (45,0%) relatief vaak genoemd. Onvoldoende kennis en ervaring (1,5%) en onvoldoende beschikbaarheid van kennisbronnen (3,1%) werden bijna niet als knelpunt ervaren. De knelpunten 'informatieoverdracht is niet up-to-date', 'informatieoverdracht is niet volledig' en 'onduidelijkheid over gemaakte afspraken door eigen huisartsen' werden wisselend ervaren (Tabel 13).

Tabel 13 Knelpunten zorg tijdens dienst HAP

	Nooit/Soms % (N)	Regelmatig %(N)	Vaak/Altijd % (N)
• Onbekendheid met patiënt	20,0 (104)	25,8 (134)	54,1 (281)
• Tijdsdruk	28,2 (148)	26,7 (140)	45,0 (236)
• Onduidelijkheid over afspraken en beleid door eigen huisarts	24,9 (130)	38,2 (200)	36,9 (193)
• Informatieoverdracht niet up-to-date	29,8 (156)	39,8 (208)	30,4 (159)
• Informatieoverdracht onvolledig	34,1 (177)	38,2 (198)	27,7 (144)
• Onduidelijkheid bereikbaarheid en beschikbaarheid eigen huisarts	57,4 (301)	26,5 (139)	16,0 (84)
• Eigen huisarts niet bereikbaar	64,0 (332)	22,5 (117)	13,5 (70)
• Medisch beleid inzetten lastig vanwege complexiteit ziektebeeld	65,6 (342)	21,9 (114)	12,5 (65)
• Organiseren opname (bv verpleeghuis/ziekenhuis)	70,2 (367)	18,9 (99)	10,9 (57)
• Organiseren thuiszorg	73,7 (386)	17,0 (89)	9,4 (49)
• Organiseren technische hulpmiddelen (bv medicatiepompen)	77,1 (404)	15,1 (79)	7,8 (41)
• Patiënt niet op de hoogte van prognose en beleid	76,2 (397)	18,2 (95)	5,6 (29)
• Onvoldoende naslagwerk/protocol palliatieve zorg HAP	92,5 (482)	4,4 (23)	3,1 (16)
• Onvoldoende ervaring en kennis over palliatieve zorg	93,1 (487)	5,4 (28)	1,5 (8)

In de toelichtingen gaven meerdere huisartsen aan dat er meer aandacht moet zijn voor een anticiperend beleid net voor het weekend. Bijvoorbeeld het organiseren van palliatieve sedatie in ANW-uren bleek lastig te zijn, met name het regelen van medicatiepompen. Wanneer de eigen huisarts hierop anticipeert, kan dit voor verlichting van werkzaamheden zorgen voor de

dienstdoende huisarts. Ook bleek opnieuw dat de hoeveelheid beschikbare informatie aandacht behoeft (Bijlage 9).

3.6 Samenwerking met andere zorgverleners

De meeste huisartsen (72,9%) maakte 'nooit' tot 'soms' gebruik van een palliatief advies team in de ANW-uren (Tabel 14). Circa 6,1% van de huisartsen gaf aan 'vaak' tot 'altijd' gebruik te maken van een palliatief advies team.

Tabel 14 Gebruik palliatief advies team*

	Nooit/Soms % (N)	Regelmatig %(N)	Vaak/Altijd % (N)
• Gebruik palliatief advies team	72,9 (369)	20,9 (106)	6,1 (31)

*(bijv. multidisciplinair palliatief team, gespecialiseerde huisartsen, palliatief team in het ziekenhuis)

De meest voorkomende reden om een advies team niet te consulteren was dat de huisartsen zelf genoeg kennis hadden (68,1 %) of liever contact opnamen met een collega huisarts (24,2%). Bovendien gaf 22% aan dat het veel tijd kost (Tabel 15).

Tabel 15 Redenen palliatief advies team **niet** te consulteren

	Totaal % (N)
• Zelf genoeg kennis over palliatieve zorg	68,1 (361)
• Voorkeur contact met andere zorgverlener (bv collega huisarts uit de eigen praktijk of de HAP)	24,2 (128)
• Kost veel tijd	21,7 (115)
• Bereikbaarheid palliatief advies team	9,1 (48)
• Beschikbaarheid palliatief advies team (bijv. beperkte consultatietijden)	8,3 (44)

Huisartsen lichtten toe dat het advies van een palliatief team praktisch niet uitvoerbaar was in een thuissituatie. Daarnaast consulteerden ze andere hulpbronnen bijvoorbeeld de behandelend specialist uit het ziekenhuis of een collega kaderarts 'palliatieve zorg' (Bijlage 10).

In Tabel 16 staan de gemiddelde rapportcijfers per zorgverlener. De samenwerking met de wijkverpleegkundigen, hospices en thuiszorg werden het hoogst gewaardeerd, respectievelijk 7,6, 7,8 en 7,7. Als kanttekening gaven meerdere huisartsen in de toelichtingen aan dat de kwaliteit van de zorg wisselde per thuiszorgorganisatie. Daarnaast kon het organiseren van thuiszorg lastig zijn, doordat er meerdere thuiszorgorganisaties beschikbaar waren en deze verschillende werkwijzen hanteerden. Het laagste cijfer werd gegeven voor de samenwerking met verpleeghuizen (6,1). Een enkele keer werd aangegeven dat een opname organiseren in een verpleeghuis moeizaam ging in de avond of nacht. Tevens bleek de bereikbaarheid van verpleeghuizen onduidelijk of slecht te zijn (Bijlage 11).

Tabel 16 Rapportcijfers samenwerking zorgverleners

	Gem. $\pm$ SD (N)	Range Gem. HDS'en	Cijfer ≤ 5 % (N)	Range % ≤ 5 HDS'en
• Wijkverpleegkundigen	7,8 $\pm$ 1,1 (516)	7,3 – 8,3	2,6 (13)	0,0 – 7,6
• Hospice	7,7 $\pm$ 1,3 (497)	7,3 – 8,3	4,4 (22)	0,0 – 6,8
• Thuiszorg	7,6 $\pm$ 1,1 (522)	6,8 – 7,9	4,1 (21)	0,0 – 11,1
• Collega huisarts (op de HAP)	7,5 $\pm$ 1,0 (517)	7,2 – 7,7	3,5 (18)	0,0 – 6,8

• Dienstdoende apotheek	7,4 ± 1,2 (517)	7,1 – 8,0	6,5 (33)	0,0 – 13,6
• Huisartsenpost	7,4 ± 1,0 (515)	7,1 – 7,8	4,5 (24)	0,0 – 14,3
• Triagist (op de HAP)	7,3 ± 1,1 (516)	7,1 – 7,9	5,9 (30)	0,0 – 14,3
• Ziekenhuis	7,0 ± 1,1 (507)	6,7 – 7,3	8,4 (42)	3,3 – 17,4
• Vrijwilligers	6,8 ± 1,4 (489)	6,2 – 7,5	12,9 (63)	4,0 – 23,0
• Verpleeghuizen	6,1 ± 1,6 (481)	5,6 – 6,5	28,1 (134)	12,0 – 44,5

3.7 Bestaande verbeterinitiatieven en gewenste ontwikkelingen

Aan de huisartsen werd gevraagd of er bepaalde verbeterinitiatieven bestonden in de regio waar zij werken. Een aantal keer werd de applicatie 'PalliArts' genoemd, die beschikbaar is voor de smartphone of tablet (2,6% (N=14)). Hierin staan onder andere richtlijnen over complicaties die kunnen ontstaan in de laatste levensfase of contactgegevens van regionale advies teams¹³. Verder werden verpleegtechnische thuiszorgteams genoemd als verbeterinitiatief (0,9% (N=5)). Deze voeren medisch-technische handelingen uit waar de huisarts minder ervaring mee heeft of onvoldoende tijd voor heeft. Andere genoemde verbeterinitiatieven waren een protocol palliatieve sedatie in de dienst en een speciale afdeling in het ziekenhuis voor patiënten in de laatste levensfase waar men alleen de oorzaak van de complicatie verhelpt en streeft naar een zo kort mogelijke opnameduur.

In de vragenlijst konden de huisartsen kiezen uit een aantal gewenste ontwikkelingen (Tabel 17). Een groot deel van de huisartsen gaf aan dat zij een standaard overdrachtsformulier digitaal geïntegreerd wilden in het registratiesysteem (66,6%). Hierna werden de applicatie voor palliatieve zorg (42,1%) en betere samenwerkingsafspraken (39,1%) het vaakst gekozen.

In de toelichtingen gaven huisartsen aan dat er op ICT-gebied verbeteringen gewenst zijn, bijvoorbeeld het beschikbaar maken van opt-in voor de visitearts, zodat deze het patiëntendossier kan raadplegen in de auto. Verder werd genoemd dat huisartsen opnieuw gemotiveerd moeten worden om zelf beschikbaar te zijn voor terminale patiënten of wanneer zij niet beschikbaar zijn de overdracht naar de HAP op tijd wordt gestuurd (Bijlage 12).

Tabel 17 Gewenste ontwikkelingen

	Totaal % (N)	Range HDS'en %
• Standaard overdrachtsformulier digitaal integreren in registratiesystemen	66,6 (353)	54,5 – 80,0
• Applicatie 'Palliatieve zorg'	42,1 (223)	32,1 – 64,3
• Betere samenwerkingsafspraken	39,1 (207)	26,5 – 55,6
• Vast team huisartsen voor palliatieve zorg op de HAP	22,6 (120)	17,3 – 40,0
• Meer mogelijkheden tot bijscholing	20,6 (109)	6,7 – 35,7
• E-learning module	19,2 (102)	6,7 – 39,3

De helft van de huisartsen (52,6%) was het ermee eens dat het privénummer van de eigen huisarts altijd beschikbaar moet zijn. Van de huisartsen vond 76,8% dat wanneer een collega geen informatieoverdracht schrijft deze hierop zou moeten worden aangesproken. Daarnaast zou 89,7% feedback willen krijgen, wanneer de informatieoverdracht als onvoldoende werd ervaren en 56,7% zou feedback willen geven. Uit de toelichtingen bleek dat in sommige regio's een feedbacksysteem bestaat, maar hier wordt wisselend gebruik van gemaakt. Hiernaast was 37,3% het ermee eens dat er landelijke afspraken gemaakt moeten worden ten aanzien van de wijze van overdragen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Volgens 43,9% was de informatieoverdracht vanuit het ziekenhuis

vaak gebrekkig en onduidelijk. Tweederde deel van de huisartsen (68,3%) vond dat er voldoende mogelijkheden zijn tot bijscholing binnen het thema 'palliatieve zorg' (Tabel 18).

Tabel 18 *Stellingen gewenste ontwikkelingen*

	Oneens/ Helemaal mee oneens % (N)	Neutraal % (N)	Eens/ Helemaal mee eens % (N)
• Feedback krijgen wanneer de overdracht onvoldoende is	2,7 (14)	7,6 (40)	89,7 (471)
• Huisartsen die geen informatieoverdracht schrijven, daarop aanspreken	5,9 (31)	17,3 (91)	76,8 (403)
• Voldoende mogelijkheid tot bijscholing	8,7 (46)	23,0 (121)	68,3 (360)
• Feedback geven wanneer overdracht te wensen overlaat	9,5 (50)	33,8 (177)	56,7 (297)
• Privénummer huisarts beschikbaar op HAP	31,0 (163)	16,4 (86)	52,6 (276)
• Overdracht ziekenhuis vaak gebrekkig en onduidelijk	17,9 (94)	38,2 (201)	43,9 (231)
• Landelijke afspraken over wijze van overdragen	24,3 (128)	38,4 (202)	37,3 (196)
• Follow-up contact met sommige patiënten na dienst als dienstdoende huisarts	32,6 (171)	32,6 (171)	34,7 (182)

4. Discussie

4.1 Belangrijkste bevindingen

Wat gaat goed?

Uit dit landelijke onderzoek onder meer dan 500 huisartsen blijkt dat 60% van de huisartsen vrijwel altijd direct persoonlijk beschikbaar is voor patiënten in de laatste levensfase tijdens ANW-uren. Huisartsen zien deze vorm van zorg als hun eigen taak en vinden het een mooi onderdeel van het vak. Wanneer een huisarts persoonlijk beschikbaar is, worden er weinig knelpunten ervaren tijdens de palliatieve spoedzorg. Het eigen kennisniveau van palliatieve zorg wordt als voldoende gescoord en ook blijken huisartsen het niet lastig te vinden om een anticiperend beleid te schrijven. Daarnaast wordt de samenwerking met wijkverpleegkundigen, hospices en thuiszorg ruim voldoende gescoord.

Zo'n 87% zegt informatie over te dragen aan de HAP, meestal via het elektronisch patiëntendossier of fax, terwijl slechts iets meer dan de helft veranderingen in de situatie doorgeeft aan de HAP. Huisartsen vinden dat in een overdracht minimaal moet worden vermeld wat het beleid is van de eigen huisarts, de diagnose en het niet-opname beleid.

Wanneer een huisarts niet persoonlijk beschikbaar is, nemen dienstdoende huisartsen van de huisartsenpost deze zorg over. De zorg geleverd door de HAP wordt door de huisartsen gemiddeld gescoord met een rapportcijfer 7,1. Men is tevreden over de aansluiting van het door de HAP gevoerde beleid op het reeds ingezette beleid en er wordt voldoende tijd genomen voor de patiënt.

Wat zijn knelpunten?

Driekwart van de huisartsen vindt dat de persoonlijke beschikbaarheid betere kwaliteit van zorg geeft. Om de continuïteit van persoon te waarborgen, pleiten huisartsen voor meer persoonlijke beschikbaarheid in ANW-uren. Een klein deel draagt de zorg volledig over aan de HAP (12%) en huisartsen denken dat dit aandeel met de jaren toeneemt. Daarbij blijken vrouwelijke huisartsen significant minder beschikbaar te zijn dan hun mannelijke collega's; tussen parttime en fulltime werkende huisartsen was er vrijwel geen verschil. Een groot deel geeft aan dat het niet altijd mogelijk en wenselijk is het werk te combineren met privé leven.

Knelpunten die het meest worden ervaren bij palliatieve zorg in de ANW-uren in het algemeen zijn tijdsdruk en het organiseren van een opname. Bij zorg door de HAP zijn bijkomende knelpunten: onbekende patiënten en onduidelijke afspraken omtrent beleid. Bij het overdragen van zorg aan de HAP zijn kwaliteit en beschikbaarheid van informatie onontbeerlijk. Zoals al eerder genoemd zijn huisartsen over het algemeen redelijk tevreden met de palliatieve zorg geleverd door huisartsen van de HAP, maar vinden dat de kwaliteit van de zorg wisselt per collega en zien als nadeel dat een patiënt tijdens ANW-uren vaak te maken kan krijgen met verschillende huisartsen.

Het grootste knelpunt lijkt te bestaan in de informatieoverdracht. Met name de ICT-mogelijkheden blijken niet optimaal te werken, waardoor het overdragen een te grote tijdsinvestering wordt. Wanneer een huisarts voor de HAP werkt, wordt de overdracht van een collega huisarts met een 6,4 gescoord. Regelmatig ontbreken het beleid, de diagnose en niet-opname beleid in de overdracht. Vooral aan het verstrekken van het anticiperend beleid moet meer aandacht besteed worden. Huisartsen kunnen voor lastige keuzes komen te staan in ANW-uren, wanneer er onduidelijkheden bestaan over bijvoorbeeld het starten van palliatieve sedatie. Het vroegtijdig identificeren van de

palliatieve fase van een ziekte en anticiperende houding van de huisarts leiden tot verbetering van de zorg.^{4,15}

Als laatste bestaat er onvrede over de samenwerking met verpleeg- en ziekenhuizen. Vooral de bereikbaarheid van verpleeghuizen en het organiseren van een eventuele spoedopname blijken een probleem te zijn. De meerderheid vindt dat ziekenhuizen een onduidelijke overdracht geven en patiënten op een lastig tijdstip worden ontslagen, bijvoorbeeld net voor het weekend.

Wat zijn gewenste ontwikkelingen?

Om de kwaliteit van palliatieve spoedzorg verder te optimaliseren geven huisartsen verschillende gewenste ontwikkelingen aan. Huisartsen pleiten voor meer persoonlijke beschikbaarheid, maar dit blijkt niet voor iedere huisarts mogelijk te zijn. De HAP zal een grotere rol gaan spelen in de palliatieve zorg. Daarom zullen er andere mogelijkheden om de kwaliteit te verbeteren gezocht moeten worden.

Ook bij de vraag naar gewenste ontwikkelingen blijkt dat het overdragen van informatie verbetering behoeft. Huisartsen zien graag dat er op ICT-gebied meer mogelijk is, bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van het totale patiëntendossier of het integreren van een standaard overdrachtsformulier in de registratiesystemen. Ten tweede zien zij graag een feedbacksysteem. Wanneer een overdracht als onvoldoende wordt ervaren, kan een huisarts hierop attent kan worden gemaakt. Mogelijk dat de frequentie en de kwaliteit van de overdracht hierdoor positief beïnvloed wordt.

4.2 Vergelijking met eerder onderzoek

In 2008 bleek uit een onderzoek dat 75% van de huisartsen zelf beschikbaar was voor patiënten in de terminale fase in ANW-uren, zowel telefonisch als via de HAP³. In ons onderzoek was 60% van de huisartsen persoonlijk beschikbaar voor eigen patiënten in ANW-uren. Uit onze inventarisatie komt tevens naar voren dat 24-uurs zorg te belastend is in relatie tot het privé leven en dat vrouwen significant minder vaak persoonlijk beschikbaar zijn. Dit in tegenstelling met een eerdere studie waar ze geen significant verschil vonden tussen mannen en vrouwen¹⁶. Gelijk aan onze bevindingen werd hier ook geen significant verschil gevonden tussen parttime en fulltime werkende huisartsen met betrekking tot de persoonlijke beschikbaarheid.

Eerdere onderzoeken lieten zien dat de informatieoverdracht van de huisarts naar HAP niet optimaal is^{3, 7, 14}. En uit een recente inventarisatie onder huisartsenposten bleek dat er ontevredenheid bestaat over de manier en de frequentie van overdragen¹². In ons onderzoek blijkt opnieuw dat de overdracht niet optimaal verloopt. Tevens komt naar voren dat de continuïteit in persoon in het gedrang komt als de HAP de zorg levert voor patiënten, doordat er veel verschillende dienstdoende huisartsen per weekend werken. Om de discontinuïteit te verminderen zou een vaste pool van huisartsen voor de palliatieve zorg op de HAP een oplossing kunnen zijn. Een patiënt ziet dan het hele weekend dezelfde arts. Toch ziet nog geen kwart van de huisartsen uit ons onderzoek dit als gewenste ontwikkeling. Er zijn in het verleden twee pilots uitgevoerd met een pool van palliatieve zorg huisartsen tijdens het weekend. Hoewel beide pilots succesvol verliepen, is dit model slechts op één huisartsenpost geïmplementeerd^{8,9}. Op de andere huisartsenpost was er te weinig draagvlak vanuit de visie dat de eigen huisarts beschikbaar moet zijn om expertise te behouden en de extra inspanningen niet opwogen tegen de kwaliteitsverbetering⁸.

Net als in ons onderzoek is in de literatuur bekend dat de palliatieve advies teams weinig geconsulteerd worden^{15,17}. Uit ons onderzoek blijken de belangrijkste redenen om deze teams niet te consulteren dat huisartsen zelf genoeg kennis hebben en liever een collega huisarts om advies vragen. Fröhleke et al. geven aan dat palliatieve zorgvragen niet als “brandje blussen” gezien moeten worden, maar dat er veel meer geanticipeerd moet worden, onder meer door vaker consultatieteams te consulteren en gezamenlijk een proactief zorgplan op te stellen.

Uit verschillende internationale studies blijkt dat huisartsen palliatieve zorg lastig vinden en niet goed voorbereid zijn op eventuele complicaties^{2,18}. Uit een recente internationale studie waar 618 huisartsen aan deelnamen bleek daarentegen dat 92% van de Nederlandse huisartsen goed voorbereid was om patiënten met palliatieve zorg te helpen. Geen enkel land scoorde zo hoog¹⁹. Ook uit onze inventarisatie blijkt dat huisartsen zelf vinden dat zij genoeg kennis en ervaring hebben van palliatieve zorg.

4.3 Sterke punten en beperkingen

Dit is het eerste landelijke vragenlijstonderzoek onder een groot aantal huisartsen in Nederland over palliatieve zorg in ANW-uren vanuit de HAP. Door te vragen naar toelichtingen is er veel ruimte gelaten voor vrije input vanuit de respondenten (Bijlage 2 t/m 13). De deelnemende HDS'en hadden een goede spreiding over Nederland en variatie in stedelijkheid, wat ten goede komt aan de representativiteit van de resultaten voor alle huisartsen in Nederland. Tevens hebben niet alleen huisartsen met een specifieke expertise in de palliatieve zorg deelgenomen, maar ook huisartsen zonder specifieke interesse.

In deze inventarisatie hebben we geen onderscheid gemaakt tussen patiënten met palliatieve of terminale zorg, maar hebben we gekozen voor de term ‘laatste levensfase’. Het is goed om dit in het achterhoofd te houden bij het interpreteren van de resultaten, bijvoorbeeld wanneer een patiënt in de terminale fase van een ziekte verkeert, kan de persoonlijke beschikbaarheid van de huisarts toenemen.

De respons was matig (29,9%). Er is geen non-respons analyse uitgevoerd, maar de karakteristieken van de respondenten zijn vergelijkbaar met de nationale cijfers die bekend zijn over huisartsen⁶.

Sommige HDS'en waren sterker vertegenwoordigd dan anderen, vanwege verschillen in grootte en hoeveelheid ingevulde vragenlijsten. Hierdoor kunnen lokale situaties de resultaten hebben beïnvloed, zowel in positieve als in negatieve zin.

4.4 Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek

De persoonlijke beschikbaarheid van huisartsen in ANW-uren voor eigen patiënten kan niet afgedwongen worden; het is niet voor iedere huisarts mogelijk dit te combineren met het privé-leven. Wanneer de palliatieve zorg wordt overgenomen door de HAP is het aan te bevelen dat de eigen huisarts bereikbaar is wanneer er vragen ontstaan bij de dienstdoende huisarts, omdat deze het beste op de hoogte is van de huidige situatie van de patiënt. Om de kans op onduidelijkheden tijdens een dienst te verkleinen, is het belangrijk dat de frequentie en kwaliteit van informatieoverdracht naar de HAP geoptimaliseerd worden. Om de frequentie te vergroten is het een mogelijkheid om een feedbacksysteem te ontwikkelen. Huisartsen worden via deze weg attent gemaakt op hun omissies en worden aangezet tot het frequenter leveren van essentiële informatie. Bepaalde posten hanteren deze methode met positief resultaat. De inhoudelijke kwaliteit kan

verbeterd worden door de ICT-mogelijkheden uit te breiden. Huisartsen zelf pleiten voor het beschikbaar stellen van het gehele patiëntendossier, zodat zij niet beperkt zijn tot een overdrachtsformulier of memo.

Daarnaast wordt aanbevolen om meer aandacht te besteden aan het vaker documenteren van een anticiperend beleid en dit door te geven aan de HAP. Hierbij hoort ook het bespreken van de wensen omtrent het levenseinde met de patiënt en naasten. Het voorzien van complicaties in de laatste levensfase blijft een uitdaging. Het IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) heeft consultatieteams opgezet om onder andere te ondersteunen bij het opstellen van een proactief zorgplan. Helaas worden deze teams weinig geconsulteerd. Mogelijk dat huisartsen meer attent gemaakt kunnen worden voor deze optie in de dagelijkse praktijk. De recent ontwikkelde applicatie 'PalliArts' kan hierbij helpen¹³. Verder bestaan er sinds enkele jaren PaTz-groepen, waar huisartsen, wijkverpleegkundige en andere zorgverleners elkaar ondersteunen bij de zorg voor patiënten in de palliatieve fase. Uit een recente studie bleek dat deelname aan PaTz-groepen bij huisartsen zorgde voor het eerder starten van een palliatieve behandeling en dat huisartsen vaker met hun patiënten spraken over klachten en wensen in de laatste levensfase²⁰. Het aantal PaTz-groepen neemt toe en deze zullen de komende jaar belangrijk zijn in de vormgeving van de palliatieve zorg.

Wat betreft de samenwerking met verpleeghuizen en ziekenhuizen zijn er ook verbeteringen wenselijk. De bereikbaarheid van verpleeghuizen kan beter en er kunnen afspraken gemaakt worden met de HAP omtrent beschikbare bedden. Wellicht kan de specialist ouderengeneeskunde hier een rol in spelen. Ziekenhuizen mogen meer aandacht besteden aan de manier van het overdragen en rekening houden met het moment van ontslag, bijvoorbeeld door patiënten niet te ontslaan naar huis op vrijdagmiddag of in het weekend.

4.5 Conclusie

De meeste ideale situatie is dat de huisarts persoonlijk beschikbaar is voor patiënten in de laatste levensfase, maar dit is soms onmogelijk. De HAP krijgt een belangrijkere rol in de zorg voor patiënten in de laatste levensfase. De huidige situatie wordt als voldoende ervaren, maar er zijn verbeteringen gewenst. Met name op het gebied van informatie-overdracht aan de HAP, (variatie in) kennisniveau van dienstdoende huisartsen en samenwerking met verpleeghuizen in ANW-uren. Daarnaast moet er meer aandacht komen voor het schrijven van een toereikend anticiperend beleid en dit ook communiceren met andere zorgverleners. Wanneer deze punten geoptimaliseerd kunnen worden, is het mogelijk de onvoorspelbaarheid van de laatste levensfase te verminderen en in de toekomst palliatieve zorg te verbeteren, ook in ANW-uren.

Referenties

1. RIVM, nationaal kompas Volksgezondheid. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/sterfte/toekomst/>.
2. Dahlhaus A, Vanneman N, Siebenhofer A, Brosche M, Guethlin C, et al. *Involvement of general practitioners in palliative cancer care: a qualitative study*. Support Care Cancer, 2013. **21**(12): p. 3293-300.
3. Giesen P, Terpstra E, Schweitzer B, et al. *Terminale zorg buiten kantoortijd*. Medisch contact, 2008. **63**(6): p. 240 - 242.
4. NHG standpunt 'Huisarts en palliatieve zorg' 2009.
5. Borgsteede S, Graafland-Riedstra C, et al. *Goede zorg in de laatste levensfase volgens patiënten en hun huisarts*. Huisarts en wetenschap, 2008. **51**(3): p. 120-124.
6. van Hassel D.T.P., Kasteleijn A, Kenens R.J., et al. *Cijfers uit de registratie van huisartsen - peiling 2015*. Utrecht: Nivel, 2016.
7. Schweitzer B.P., Blankenstein N, Deliëns L, van der Horst H, et al. *Out-of-hours palliative care provided by GP co-operatives: availability, content and effect of transferred information*. BMC Palliat Care, 2009. **8**: p. 17.
8. Giesen P, Veldhoven N, Vlaar M, et al. *Patiëntervaring met palliatievezorghuisartsen tijdens weekenddiensten*. Huisarts en wetenschap, 2011. **54**(12): p. 646-9.
9. van Dijk E. *Een HAP met prima terminale zorg*. Medisch contact, 2014: p. 1178-1180.
10. Schweitzer B, Blankenstein N, Slort W, Knol D.L., et al. *Writing information transfers for out-of-hours palliative care: a controlled trial among GPs*. Scand J Prim Health Care, 2016: p. 1-10.
11. Van der Plas A, Onwuteaka-Philipsen B, et al. *Handreiking casemanagers palliatieve zorg in de eerste lijn*. Amsterdam: InEen, 2015.
12. Peters Y, de Mooij D, Plat E, Giesen P, Smits M. *Palliatieve zorg in avond-, nacht-, en weekenduren: een landelijke inventarisatie onder huisartsenposten*. IQ healthcare, Radboudumc Nijmegen, 2016.
13. IKNL, *Applicatie 'PalliArts'*. 2016.
14. Schweitzer B. *Palliatieve zorg buiten kantooruren*. Huisarts en wetenschap, 2013. **56**(10): p. 502-505.
15. Fröhleke B, van de Watering M. *Te weinig consultatie bij palliatieve zorg*. Medisch contact, 2013. **68**(11): p. 608-610.
16. Hoexum M, Bosveld H.E., Schuling J, Berendsen A.J., et al. *Out-of-hours medical care for terminally ill patients: A survey of availability and preferences of general practitioners*. Palliat Med, 2012. **26**(8): p. 986-93.
17. Middelburg-Hebly M, Galesloot C, et al. *Palliatieve zorg in beeld*. IKNL rapport. Utrecht 2014.
18. Taubert M, Noble S.I., Nelson A, et al. *What challenges good palliative care provision out-of-hours? A qualitative interview study of out-of-hours general practitioners*. BMJ Support Palliat Care, 2011. **1**(1): p. 13-8.
19. Van der Wees P, Wammes J, et al. *Nederlandse arts druk met ggz, palliatie én bureaucratie*. Medisch contact, 2016. **26**: p. 4.
20. van der Plas A, Schweitzer B. *Wat levert PaTz op? Resultaten van het evaluatieonderzoek*. Factsheet, VU Amsterdam, 2015.

Bijlage 1 Respons per post

Nummer post	Aantal ingevulde vragenlijsten (N)	Aantal verstuurde uitnodigingen (N)	Aandeel van totaal (%)	Respons per HDS (%)
HDS 1	28	112	5,3	25,0
HDS 2	47	110	8,9	42,7
HDS 3	30	100	5,7	30,0
HDS 4	22	101	4,2	21,8
HDS 5	45	262	8,5	17,2
HDS 6	28	120	5,3	23,3
HDS 7	108	243	20,4	44,4
HDS 8	34	94	6,5	36,2
HDS 9	158	530	29,8	29,8
HDS 10	30	100	5,7	30,0
Totaal	530	1772	100,0	29,9

Bijlage 2 Toelichtingen knelpunten persoonlijke beschikbaarheid

Combinatie werk en privé leven moeilijk

- Zorg in de laatste levensfase kan (m.n. in de laatste dagen) een belasting zijn voor het privéleven (gezin) aangezien de normale praktijkvoering doorgaat.
- Woonwerk afstand 25 minuten; zorg voor eigen gezin
- Vanuit het persoonlijke perspectief: ik heb ook de zorg voor een jong gezin en daarin ook verplichtingen. Dat conflicteert regelmatig met het (voortdurend) beschikbaar moeten zijn in de laatste levensfase voor patiënten.
- Thuisituatie, 2 kleine kinderen en man die ook huisarts is elders
- Wil de zorg wel zelf leveren maar is niet altijd haalbaar in combinatie met andere werkzaamheden
- Soms lastig in het weekend omdat je ook niet 48 uur constant beschikbaar kan zijn. Soms wordt je gebeld als het niet uit komt.
- Soms heb je privé belangrijke afspraken die in het gedrang komen.
- Soms belastend voor eigen gezin
- Persoonlijke belasting van het bereikbaar zijn en hoe dat in privéleven in te passen
- Partner die ook een patiënt in de laatste levensfase begeleidt vraagt wel enige afstemming
- Mijn knelpunt zit m.n. privé, als er kinderen gehaald en gebracht moeten worden, alleen thuis zijn, partner niet aanwezig is, kan ik niet weg voor rijden visite
- Mijn eigen gezinssituatie.
- Mijn eigen gezin, met alle dynamiek die ermee gepaard gaat, waaronder een partner, die een drukke baan als huisarts heeft
- Nascholing, afwezigheid i.v.m. familie of privé omstandigheden
- Lastig te combineren met privé
- Lastig bij vakanties
- Lastig als je zelf dienst hebt/vakanties/feestje.
- Kunnen combineren met gezin
- Knelpunt voor mij is dat ik thuis weg moet kunnen bij mijn gezin. Voorts ook tijdsdruk. Daarom ben ik vaak in de avonduren voor mijn patiënten beschikbaar via de HAP en in de nacht niet.
- Je wilt ook nog een privéleven en dit is niet combineerbaar met altijd beschikbaar zijn.
- Combineren met gezin thuis, je kunt niet altijd weg, kan kinderen niet alleen laten
- Invloed op privéleven, vind ik wat anders dan tijdsdruk. Netto tijd dat je weg bent valt vaak mee, maar onderbreking van gezinsactiviteiten kan wel vervelend zijn.
- Inbreuk op privé- en gezinsleven met druk gezin (jonge kinderen en werkende partner). Gevoel van continu bereikbaar moeten zijn.
- De interferentie met je gezinsleven.
- De combinatie met privé, met jonge kinderen en een man met ook onregelmatige werktijden.
- De combinatie met een jong gezin vind ik lastig (tijdsdruk dus). Zeker als het (te) veel palliatieve patiënten zijn
- De balans werkprivé, privé afspraken die maken dat mijn bereikbaarheid beperkt is
- Ik blijf er niet voor thuis, mijn gezin gaat wel voor
- De laatste jaar bijna continu wel een patiënt die bezig is met laatste fase. Moeilijk zoeken naar balans: je wil de patiënt niet in de steek laten maar om werk vol te blijven houden heb je ook je vrije tijd en tijd met gezin nodig.
- De zorg kan flink interfereren met privé plannen.
- Druk op balans werkprivé/rust
- Conflict met je eigen vrije tijd, gevoel beschikbaar te moeten zijn,
- Combinatie van zorg voor een palliatieve patiënt en gezin met nog kleine kinderen, ik kan niet zomaar weglopen thuis als het nodig is.
- Combinatie privé - werk
- Belang van mijn gezin staat onder druk bij verlenen zorg in ANW.
- Balans werk-privé en met bepaalde eisende pet (stadspopulatie) een bepaalde vanzelfsprekendheid dat je dit doet dat als er een keer iets is waardoor je niet direct opneemt (altijd met instructie wat mensen dan moeten doen) dat bijna als negatief voelt (verwachtingen) ilv wat je wel doet als positief. Verder ondanks

afspraken soms gebruik van whatsapp door patiënten, best begrijpelijk in deze tijd maar ook weleens risicovol

- Balans werk en jong gezin thuis
- Het combineren van ANW beschikbaarheid met gezin en echtgenoot die vaak nachtdiensten heeft. Gebeld worden terwijl je net even niet weg kunt is heel frustrerend. Bij 24/7 beschikbaarheid kun je soms wekenlang geen enkel wijntje drinken. Medicatie voorschrijven vanuit thuis is ingewikkeld. In het holst van de nacht in mijn eentje op pad met dokterstas vind ik in sommige buurten ook angstig. Terminale patiënten komen soms allemaal tegelijk of snel achter elkaar en soms duurt het sterven langer dan iedereen hoopt.
- Graag beschikbaar willen zijn maar kleine kinderen en werkende echtgenoot maken het soms lastig hoe alles te organiseren, hierin is de huisartsenpost soms heel handig. Ik laat dan de HAP rijden maar heb overleg met de dienstdoende huisarts en de patiënt over het beleid.
- Gezinssituatie privé
- Ik ben graag beschikbaar, maar het valt niet altijd goed te combineren met privé (jong gezin), waardoor ik soms moet terugvallen op de huisartsenpost.
- Drukte privé, in ANW niet altijd beschikbaar daardoor
- Afstemming met andere verplichtingen/werkzaamheden. Bijv. dienst HAP, verplichtingen thuis, afwezig i.v.m. vergaderingen, nascholing etc.
- Dat ik daardoor niet de dingen kan doen die ik wil. Bv bioscoop, kan ik de telefoon niet aan laten of opnemen of alcohol drinken of ver buiten de regio gaan

Afstand woon- werkplaats

- Woonplaats meer dan 30 km van werkplaats
- Woon niet in de regio
- Reistijd tot praktijk 1 uur
- Reisafstand huis naar patiënt is te groot om heel makkelijk visite te doen in ANW
- Ik woon elders ruim 35 minuten rijden
- Ik woon 40 minuten rijden van mijn praktijkgebied.
- Door verhuizing 2 jaar geleden is direct visite afleggen onmogelijk; ben wel altijd bereikbaar via 06; leidt soms tot overleg met HAP voor visite; voor 2014 deed ik deze visites zelf tenzij er sprake was van overmacht

Vermijden nachtzorg

- Zorg in de nacht. In het algemeen draag ik de zorg over aan de hap tussen 23u-8u
- Verstoren van mijn nachtrust gaat ten koste van werk volgende dag. Dat vermijd ik.
- Tengevolge van eigen blijvende partiële arbeidsongeschiktheid heb ik het besluit moeten nemen de nachten niet meer zelf te doen
- Knelpunten: tijdsdruk; partner slaapt erg slecht: als ik 's nachts gebeld wordt, dan wordt zij ook wakker. --> ik wil 's nachts niet gebeld worden.
- Om ook goede zorg te leveren dien jezelf als huisarts voldoende uitgerust te zijn. Je kunt door preventieve visites veel nachtwerk voorkomen, dit is de manier waarop ik werk. Daar echt nachtwerk te slopend is en het dan heel fijn is dat er een HAP is.
- Mijn eigen nachtrust
- Meerdere nachten achtereenvolgend beschikbaar zijn is lastig, ook wanneer je niet wordt gebeld
- Ik vind het tegenwoordig lastig 's nachts gebeld te worden. Ik slaap vaak slecht en kan na een telefoontje of visite vaak niet meer in slaap komen. Meestal geef ik aan dat ik tot 23 uur beschikbaar ben.
- Ik ben beschikbaar tot 23u en vanaf 7u, de nachten draag ik over aan de HAP, zeker als ik de volgende dag weer gewoon praktijk moet draaien, is het belangrijk om fit te blijven, een uitgebreide overdracht naar de HAP is belangrijk, wat wel vervelend is als jezelf dienst hebt op de HAP en je dus niet in gelegenheid bent om zelf te gaan

Psychisch te belastend

- Knelpunt voor mij is vooral het continue op je telefoon letten. Dat voelt voor mij als een last. En een gemiste oproep is dan ook weer een gemiste kans en voelt als falen. Daar heb ik meer last van dan de praktische dingen.
 - Vind de beschikbaarheid naast het gewone werk toenemend vervelend, de HAP is een goed alternatief, ook collega's vallen terug op de HAP. Het hoort steeds meer bij de dienst.
 - Ik vind het emotioneel belastend om altijd direct beschikbaar te zijn (slaap dan slechter e.d.) vandaar
-

'tussenpost' door HAP. Ook kun je je uit je gezin niet altijd vrijmaken

- Te belastend
- Emotionele belasting, continu bereikbaar zijn voelt minder vrij
- Het hangt ook af van persoonlijke omstandigheden daarmee bedoel ik: je moet ook de tijd, energie en ruimte voelen om deze zorg er in de avond nacht en weekend bij te nemen. Ik ervaar het als mooi maar ook als belastend.
- Weekend beschikbaar zijn ,kost veel tijd ,maar schenkt ook voldoening.
- Druk familie/partner, oneigenlijke verzoeken, euthanasieverzoeken (m.n. vanuit mantelzorg)

Logistieke problemen

- Medicatie moet 3 dorpen verder gehaald worden door familie
- Regelwerk eromheen
- Technische vaardigheden met name van de organisatie Buurtzorg (die zijn een beetje dom snappen bijvoorbeeld doseringen niet omrekenen etc)
- Terminale sedatie starten in de ANW-uren
- Maar 1 type pompen bij thuiszorgorganisatie waardoor aangewezen op cassettes die door apotheek in diensturen vaak niet te leveren zijn.
- ZZG wilde onlangs geen nachtzorg leveren
- Soms is bepaalde medicatie niet beschikbaar bij de dienstapothek
- Soms de mantelzorg en opnamemogelijkheden: hospice en verpleegtehuis
- Levering van medicatie in ANW-uren, delay en verstrekking van pompen.
- Beschikbaarheid specifieke medicatie na 23.00
- Beschikbaarheid medicatie complex (bv cassette voor pomp, pomp)
- Beschikbaarheid HIS tijdens ANW-uren. De attitude van de dienstdoende huisarts. Als de gegevens wel beschikbaar zijn, deze dan op te vragen en te gebruiken
- Gaat onverwacht slechter met patiënt, niet voorzien. Geen duidelijke afspraken HAP . Ik zou dan het liefst zelf gebeld worden. Bij HAP wordt drempel gevoeld om dit te doen.
- Als ik niet op de praktijk ben heb ik niet alle middelen om bovenstaande benodigdheden te regelen. Probleem is vooral om recepten voor te schrijven bij de dienstapothek. Ik kan geen recept maken zonder het HAP-systeem.
- Bij patiënten van andere artsen (HAP) zouden bovenstaande antwoorden met 'altijd beantwoord worden, regelen van thuiszorg/ adequate zorg is vrijwel onmogelijk in de ANW uren

Wisselende kwaliteit zorgverleners

- Wisselende mensen die zorg leveren. Wisselende kwaliteit van zorgverleners. Soms inadequate ondersteuning en psychische zorg.
 - Wisselend team verzorgers. Eén centrale verzorger met 06 nummer zou mooi zijn
 - Verouderd NHG-Standpunt. Geen beleid t.a.v. triage op levenskwaliteit in plaats van levensbedreiging Onvoldoende scholing triagisten. Beperkt scholing van huisartsen. Gebrekkig gebruik van IKNL consultatie telefoon.
 - Palliatief team voor overleg kost veel tijd voor je teruggebeld wordt/ antwoord hebt
 - Kennis van waarnemers op de post op gebied van palliatieve zorg schiet soms te kort. Helaas wordt steeds meer de waarneming door relatief onervaren huisartsen gedaan, dat heeft gevolgen door de kwaliteit van zorg, zeker op het gebied van palliatieve zorg.
 - Disfunctionerende nachtzorg
 - De kwaliteit van zorg die geleverd wordt in de ANW-uren is afhankelijk van de dienstdoende collega. Dit zijn vaak waarnemers en dat is een probleem omdat waarnemers ofwel minder ervaring ofwel minder affiniteit met deze intensieve vorm van zorg hebben. In feite is het knelpunt dat we teveel dienst moeten doen om het op te kunnen brengen die paar avonden dat we niet aan het werk zijn ook nog bereikbaar te blijven.
 - Bemoeienis van andere doktoren kan een enorm knelpunt zijn.
 - Dat als ik nood (dus als ik zelf niet kan) zorg toch moet overdragen aan mijn collega's, dat het niet altijd gaat zoals ik zou willen doordat mijn overdracht niet wordt gevolgd of wat onervaren artsen/waarnemers niet genoeg kennis hebben.
 - Specialisten die ook adviezen blijven geven over de behandeling terwijl de regie geheel bij mij ligt, dit geeft onrust, en thuiszorgmedewerker die graag met hun kennis te koop lopen en een plan uitstippelen waar je
-

niet omheen kunt, bijvoorbeeld uitvoerig de patiënt en familie uitleggen dat er een pomp moet komen terwijl ik inschat dat mw. maximaal 12 uur te leven heeft en dan zelf een keer extra ga om een subcutane injectie te geven, dit soort zaken werkt erg vervelend, je voelt als arts de spanning die er niet hoeft te zijn

- Soms overdracht huisartsenpost netjes geregeld- schriftelijk i.v.m. bv vakantie ik merk dat deze dan niet altijd gelezen worden of dat ik wel gebeld wordt door de HAP maar dan niet bereikt wordt- ingesproken maar zelf geen actie ondernomen, de patiënt uren zonder zorg

Slechte kwaliteit overdracht

- Het ontbreken van een duidelijk anticiperend palliatief beleid. Wel of niet sedatie etc.
- Met name overdracht is matig geregeld. Via de huisartsenpost en het HIS kan een memo worden aangemaakt, dit gebeurt vaak niet of wordt niet geüpdatet
- Het gebeurt zo veel dat het moeilijk is om een volledig en overzichtelijk verslag niet te leggen dat duidelijk is voor de thuiszorg en de HAP.

Anticipatie moeilijk

- Acute verslechtering. Patiënten waarbij al veel geprobeerd is in de palliatieve fase en waarbij het lastig is om nog een aansluitend beleid in te zetten
- Anticiperen en reageren op onverwachte complicaties

Overig

- Veel allochtone patiënten, die toch nog "alles uit de kast willen halen"
- Relatief jonge praktijk en nauwelijks ervaring met palliatieve zorg
- Met de toename van oudere patiënten thuis zien we gewone ouderen thuis sterven en een thuiszorg die daar niet op ingesteld is. Er is te weinig opvang voor >90 jarigen die dood gaan aan een griep.
- Ik vind de vergoeding van de zorgverzekeraar te laag navenant dat we er zoveel tijd in steken (een visite van de huisartsenpost is vele malen duurder dan een visite die ikzelf maak, dat zou best gecompenseerd mogen worden)
- Ik ben simpelweg niet altijd beschikbaar
- Honorering onvoldoende. Nachten (ik ben 's nachts nooit bereikbaar, heb mijn slaap hard nodig). Druk van uit patiënten en omgeving
- Erg veel tijd nodig voor communicatie met familie en verzorgende.
- Er zijn momenten dat ik volledig wil afschakelen van de praktijk, dan wil ik niet gebeld worden. Er zijn ook patiënten die het 06-nummer iets te gemakkelijk bellen als ik dat geef.

Geen knelpunten

- Ik doe mijn praktijk samen met een collega, met zijn tweeën is de continue bereikbaarheid uitstekend te organiseren
 - Gaat steeds beter, samenwerking met palliatief team is echt een verbetering.
 - Eigenlijk niet, ben ervaren, heb de kaderopleiding gedaan, ben consulent zowel intra als extramuraal en ken heel goed de sociale kaart, heb eigen pompen
 - Daar ik ook een hospice onder mijn hoede heb, ben ik bovengemiddeld betrokken bij palliatieve zorg. Derhalve draag ik zorg voor een helder beleid, proactief. Hierdoor weinig zorg nodig van de HAP
-

Bijlage 3 Toelichtingen redenen geen overdracht

Zelf beschikbaar

- Er is een negatieve schets. Te weten geen informatie delen. En vervolgens situaties die een reden zouden zijn omIk lever zelf de zorg maar mijn bereikbaarheid regel ik via de HAP. Zodra dit van toepassing is geef ik dat door aan de HAP voor deze patiënt.
- Regie in eigen hand
- Patiënt, de zorg en familie heeft mijn thuisnummer en mobiel nummer .
- Omdat ik zelf beschikbaar ben
- Omdat ik zelf 24 u bereikbaar ben
- Omdat ik volledig zelf beschikbaar ben
- Omdat ik de zorg zelf verleen.
- Omdat ik de zorg zelf doe is het meestal niet nodig. Bovendien: als ze mijn 06 nr hebben is het al opgelost. Zou toch mooi zijn dat we via zorgdomein meteen zouden kunnen doorlinken ... scheelt echt veel administratie
- Omdat ik de zorg nagenoeg altijd zelf lever, alleen bij uitzondering niet; dan overdracht HAP
- Omdat ik beschikbaar ben en van plan alles zelf te doen. Als ik toch geen visite kan afleggen en vind dat t wel moet, regel ik zelf een collega, eventueel via de HAP
- Laat mijn mobiele nummer achter bij de patiënt
- Korte prognose waarbij ik zeker ben beschikbaar te zijn.
- Is in principe niet nodig omdat ik zelf eerste aanspreekpunt ben. Als ik tijdelijk niet bereikbaar ben informeer ik de patiënt en zijn omgeving daarover. Meestal is contact niet nodig of te overbruggen tot ik weer bereikbaar ben.
- Indien ik mijn beschikbaarheid 100% kan waarmaken
- Ik doe de zorg zelf. Alleen als ik om wat voor reden dan ook niet bereikbaar ben (is eigenlijk nooit, behalve bij vakantie in het buitenland) dan draag ik goed over aan de huisartsenpost.
- Ik doe de zorg zelf
- Ik doe de zorg zelf
- Ik doe bijna alle zorg zelf. Geen overdracht van toepassing
- Ik ben zelf direct bereikbaar voor de patiënt
- Ik ben zelf beschikbaar voor de patiënt, dus hij zal de HAP niet bellen
- Ik ben zelf beschikbaar dag en nacht , dus geen noodzaak
- Ik ben samen met mijn maat op 3 nummers 24/7 bereikbaar. De kans dat ze ons niet kunnen bereiken is minimaal. Bij niet zelf beschikbaar zijn regelen we zorg bij een collega die kaderarts palliatieve zorg is
- Ik voer zelf de regie (en ben bereikbaar) en ga dagelijks visite rijden en noteer in map thuiszorg
- Ben altijd zelf beschikbaar
- Belangrijkste reden voor overdracht is de situatie af te dekken, dat ik niet bereikbaar blijf te zijn
- Als ik zelf mobiel bereikbaar ben en ook ik de mogelijkheid heb om zn een visite te gaan doen
- Als ik zelf beschikbaar ben voor de zorg, kan de patiënt mij altijd eerst bellen. indien ik buiten de stad ben, kan ik alsnog de HAP telefonisch informeren
- Als ik zeker weet dat ik geheel zelf beschikbaar ben, dan loopt het contact toch via mij.
- Als ik de volledige zorg doe, meestal heeft de patiënt en de mantelzorg mijn 06 en ik woon om de hoek, dan licht ik niet altijd de HAP in. Ben ik weg een weekend of vakantie dan licht ik naast de waarnemend collega altijd de HAP in
- Als ik bereikbaar ben dan belt de patiënt mij en niet de HAP
- Als het even kan ben ik zelf beschikbaar, of het moet onvoorziene situatie zijn
- Als ik mijn 06-nummer doorgeef, dan ben ik 24 uur bereikbaar (laatste fase)

Technisch lastig

- Technisch lastig met Topicus, drie keer gebeld en ICT-man was steeds niet bereikbaar
- Omslachtige methode via fax, anders verstrekte info blijkt vaak niet inzichtelijk
- Omdat ik thuis niet meer gemakkelijk met mijn uzi pas een memo aan kan maken (moet eerst weer iets installeren??) en een fax/telefoontje "niet meer mocht". Terwijl dat mij toch echt een voor de huisarts efficiënte manier is.

- Teveel werk en vaak onhandige overdracht wordt soms ook geweigerd door de assistente van de HAP
- Het is niet meer van deze tijd om een worddocument te typen en te faxen, via koppeling en email zou er volledige inzage moeten zijn. LSP-opt-in is nooit beschikbaar tijdens visites en wordt nooit uitgeprint bij visite rijden. Daarnaast is het belachelijk dat we een papieren print meekrijgen bij visites in plaats van een laptop of tablet.
- Een overdracht faxen is arbeidsintensief, samenvatting maken in EPD dat met LSP wordt overgedragen lijkt me een makkie
- De situatie verandert soms snel, het is ondoenlijk elke keer info over te dragen aan de HAP; de visite-arts kan bij ons het LSP dossier helaas niet rechtstreeks inzien, dit moet verbeterd worden. Ik geef de grote lijn meestal door aan de HAP, ook de wensen rondom levenseinde; de praktische dagelijkse details en medicatie vermeld ik in het thuiszorgdossier, de visitearts kan dit ter plekke inzien
- Bij de HAP waar ik bij aangesloten ben is het aanmelden van een patiënt ingewikkeld en tijdrovend, omdat ik als duopraktijk maar 1 inlogcode op telefoon van collega (die er op vrijdag niet is) ontvang. Vraag aan de HAP om dit aan te passen zodat ook waarnemers, HIDHA's AIOS etc in kunnen voeren is nog niet beantwoord

Onvoorzien beloop

- Situatie blijkt meer terminaal dan vooraf voorzien.
- Onvoorzien beloop in deze fase (je maakt een plan op basis van ziekte en wat je van daaruit kunt verwachten, soms gebeuren er toch nog onverwachte dingen die ander beleid behoeven
- Vooral dat ik nog geen zorgvraag verwacht en het zelf kan oppikken daar waar nodig, maar soms word ik verrast.
- Met name als ik er onvoldoende bij stilsta dat de HAP wel eens ingeschakeld zou kunnen worden
- In principe draag ik altijd over. Als ik me realiseer dat ik het vergeten ben dan doe ik het alsnog in de auto telefonisch. Heel soms verslechtert iemand opeens zo onverwachts dat het nog niet was doorgegeven. Wel vraag ik altijd opt-in toestemming van de patiënt als ze slechter worden.
- ik vind het lastig op welk tijdstip iets door moet geven. Een patiënt kan opeens erg verslechteren, dat is vaak een moeilijk moment, omdat de patiënt en familie dan vaak geschrokken zijn en soms nog niet toe zijn aan grotere stappen zoals bijv. Sedatie. Veel moeilijker dan wanneer een patiënt echt in de eindfase is en er dan meestal alleen medicatie aangepast hoeft te worden
- Het komt nogal eens voor dat het beleid sneller verandert dan dat ik de huisartsenpost kan inlichten.
- Als er snelle wijzingen zijn en ik zelf bv een paar dagen afwezig ben.
- Als je denkt dat de patiënt en familie zelf heel goed de situatie weten en het beleid bepaald is en zij dat over kunnen brengen 2. tijdgebrek: "ik doe het morgen wel" en dat blijkt te laat

Andere wijze van overdragen

- Soms staat alle belangrijke info al in thuiszorgmap
- Ik laat liever een uitdraai van het journaal bij pt achter.

Vergeten

- Soms tijdsdruk
- Onder invloed van een drukke dag en een opt-in die aanstaat weleens vergeten voor dat moment een memo te maken, kan me voorstellen dat als een patiënt dan ineens toch harder achteruit gaat je wat verrast bent en je eigen overdracht onvoldoende vindt
- Ik zou het kunnen vergeten maar in principe maak ik altijd een memo aan voor de HAP
- Belangrijkste is dat ik het soms vergeet verder probeer ik het altijd te doen. Ben zelf callarts en niets is zo vervelend als patiënt belt en je moet zeggen ik weet van niets.

Geen toestemming patiënt

- Patiënt wil het zelf niet
- Enige reden kan zijn: geen toestemming van pat.
- In principe altijd en ook met toestemming van patiënt, maar soms zijn situaties onvoorzien.
- Als patiënt dit niet toestaat

Overig

- Overdracht moet een meerwaarde hebben. Als er een lastige casus is, dan weten de mensen van onze

HAP wel dat ze me even kunnen bellen om te informeren. Dat wordt dus ook zonder overdracht reeds gedaan! Een belangrijk punt mijns inziens: het initiatief om contact op te nemen met de eigen huisarts moet niet afhangen van de overdracht, maar van de zorgvraag!!!!

- Ik probeer een globaal beeld neer te zetten in de memo;voortdurend updaten van medicatie wisselingen etc vind erg veel gevraagd
 - ik denk dat het altijd goed is om te doen, soms als patiënt net ontslagen is en je geen informatie hebt is het moeizaam
 - Het is niet altijd nodig om ieder detail overal vast te leggen.
 - Een HAP collega kan een met patiënt en familie afgesproken traject veranderen
-

Bijlage 4 Toelichtingen cijfer eigen overdracht

Cijfer < 6

- info via gefaxt bericht is armzalig, info moeilijk over te brengen door lay-out
- Ik laat liever een uitdraai van het journaal bij pt achter. Juist up to date info is belangrijk. Is zou dat bij wijze van spreken elke dag een wijziging moeten doorgeven. Dat is niet te doen, Ook voor personeel op HAP onwerkbaar
- Een overdracht middels een gestandaardiseerd formulier is altijd een momentopname, in een snel veranderende situatie is dit per definitie onvolledig. Beter zou inzage in dossier zijn waarin een zorgplan inzichtelijk kan worden gemaakt(afspraken rondom levenseinde/beleid)
- Kan en moet beter
- Kan altijd maar heel minimaal. Opt-in is mi veel uitgebreider.
- Indien ik verwacht dat er contact zal zijn, is de overdracht ALTIJD aanwezig adequaat (9,8), anders pover (6+,7) of nog erger.... vergeten (1).
- Groningen bewaart maximaal een maand, zonder signaal verdwijnt overdracht. Verder voldoende
- Erg veel wisselingen recent in gewenste manier van overdragen, anders systeem gekomen, eerst faxen, dan bellen, nu weer inloggen
- Er is dossierinzage en daar staat alles in genoteerd met inzage medicatie, journaal en probleemlijst. Verder geen specifieke overdracht

Cijfer 6 – 7

- Zeker ruimte voor verbetering. Vaak zo druk met organiseren dat ik overdracht wel eens vergeet.
- Vaak erg beknopte informatie in de overdracht met alleen ziekten en medicatie.
- Specifieke scholing hierin heb ik nog niet gehad. Misschien zinvol?
- Via opt-in is het goed geregeld, maar meestal doe ik ANW zorg zelf en zo niet zorg ik voor een goede overdracht
- Moeilijk om in een overdrachtsformulier anticiperend beleid te verwoorden
- Laatste fase is te dynamisch om van minuut tot minuut adequaat over te dragen; geldt niet voor LSP.
- Kan beter, alerter en bij verandering update. Te vaak niet
- informatie via HAP formulier wordt niet altijd adequaat verwerkt
- Ik werk meestal me memo via ZWIP/KIS. Dat is vrij standaard. De belangrijkste dingen staan erin, maar de persoonlijke invulling van de patiënt zet ik er vrij kort en bondig in omwille van de tijd. Kan mogelijk beter.
- Ik vind het soms best moeilijk om helder en concreet op te schrijven hoe het ervoor staat zeker als ik over bepaalde zaken met patiënten nog in gesprek ben (wensen tav bv opname etc) en ze daar nog wat ambivalent over zijn
- Ik moet naar een speciaal systeem met wachtwoord, doet het vaak niet op de praktijk, thuis wel, waardoor ik het thuis doe en dan vergeet....
- Ik ben beschikbaar, indien fysiek niet mogelijk de pat te bezoeken zal ik pas dan de HAP informeren.
- Het standaardformulier biedt erg weinig ruimte en moet met de hand ingevuld worden. Liever zou ik toegang geven tot het HIS, maar dat is technisch nog niet mogelijk
- Het is mij niet altijd duidelijk of de verstuurde faxen altijd goed aankomen en/of verwerkt worden
- Het is een doorn in mijn oog dat de visitearts niet in mijn HIS kan kijken
- Zeker ruimte voor verbetering. Vaak zo druk met organiseren dat ik de overdracht weleens vergeet.
- Het formulier is te summier
- Het format van het formulier is niet optimaal
- Mijn patiënten nemen zelden tot nooit contact op met de hap. Mijn ervaring in vroegere jaren is dat dit ook een regelrecht fiasco in zorg geeft, 6 verschillende beleids ideeën in een weekend, etc.
- Ik heb zelf de indruk dit wel goed te doen, maar soms kennelijk toch onduidelijkheden. Mogelijk niet lezen.
- Zou beloop vaker door moeten geven
- Volgens gestandaardiseerd formulier. Niet altijd heb ik aan het begin van de palliatief terminale fase de behandelbeperkingen zo helder dat ik ze zwart op wit kan zetten, dat zou beter kunnen.

-
- Soms verandert de situatie iets en dan geef ik dat niet opnieuw door, terwijl dat wel netjes zou zijn
 - Soms kan het nog eerder
 - Opt-in goede optie echter niet beschikbaar op visite auto, ook veel niet geschreven info bij eigen ha
 - Mocht ik er niet zijn is informatie uit het His via opt-in nooit zo goed als eigen huisarts
 - Met name veranderingen worden niet altijd doorgegeven door mij
 - liefst via HIS/Edifact. nu nog niet mogelijk van Medicom naar callmanager.
 - Lastig om op papier een overdracht te doen van de "emotionele" kant van de laatste fase, hoe de familie is, wat de wensen zijn, hoe het beloop verwacht wordt etc.
 - Lastig om meer dan de fysieke zorgplan door te geven
 - Kan wellicht eerder en beter
 - Kan beter en vaker
 - is redelijk maar kan beter
 - ik zorg dat een pt in deze levensfase altijd via opt-in door de hap is in te zien; dus in dat opzicht is de bovenste vraag "altijd". Maar aangezien dit maar in 50% in te zien blijkt te zijn, klopt dit niet. bij de tweede vraag; wat is een memo vanuit het EPD? Ik maak nl in Mira een memo aan, waarvan ik bij de geoptinde ptn er van uit ga dat dit in te zien is (maar dat is dus maar in 50% zo); of wordt hier een andere memo mee bedoeld? Aangezien ik "altijd" zelf beschikbaar ben - in ieder geval telefonisch - schiet een update er bij in; bovendien denk je dat dat via optin in te zien is. En ik schrijf bij de pt - als de thuiszorg betrokken is - altijd op het groene formulier mijn bevindingen op; dan voelt het als 3 keer registreren.
 - Ik verzorg dit meestal zelf. Dat is belangrijkste deel overdracht. Alleen als ik niet beschikbaar cq bereikbaar ben moet de HAP ook informatie hebben. Er is altijd inzage in EMD.
 - ik regel het meestal buiten de HAP om.
 - ik probeer met name heel duidelijk in memo te zetten wat met patiënt besproken is, en adviezen richting welke behandeling zou moeten worden ingezet bij acute veranderingen
 - ik probeer het zo zorgvuldig mogelijk te doen, maar soms gaat het wel snel even tussendoor
 - Ik kan wel vinden dat het een goede overdracht is , maar meestal mist nou net de informatie die je nodig hebt
 - Ik heb er zelf geen systematisch overzicht over. Ik weet alleen dat ik bij terminale mensen echt belangrijk vind dat de HAP op de hoogte is, zodat zij gemakkelijk aansluiting vinden bij de patiënt, op de hoogte zijn, ik met een gerust hart kan zeggen dat mensen indien nodig de Hap kunnen bellen én dat deze op de hoogte is van hun situatie.
 - Ik doe mijn best, soms kan het beter
 - Ik doe het meestal, dat is niet bij alle collega's het geval. waarschijnlijk zijn er in de overdracht wel punten van verbetering aan te merken, vandaar een 7
 - Het overdrachtsformulier van de HAP werkt mij nog niet. Ik heb een mail gestuurd voor uitleg maar geen reactie ontvangen.
 - Het liefst gebruik ik de standaardmogelijkheid en niet het formulier overdracht palliatieve patiënt omdat dit zeer uitgebreid en te gestandaardiseerd is
 - Het dossier is natuurlijk nooit volledig en meestal complex, mn op psycho sociaal vlak
 - Globaal, maar toereikend om in geval van nood te kunnen inschatten hoe de "stand" is
 - Formulier is niet gebruiksvriendelijk
 - Fax of zelf ingetypt tijdens een dienst
 - Erg bondig
 - Een gestandaardiseerd formulier is mooi, maar heb deze tot nu toe niet gehad.
 - Dit komt omdat ik de patiënt aanmeldt op het moment dat het ernaar uitziet dat de pt ook werkelijk terminaal is. Soms verandert er wat in het ziektebeeld en dit kan zich voordoen tijdens de dienstdoet en daardoor is de overdracht te laat.
 - Diagnose- relevante VG- medicatie- plan
 - De keren dat ik het gedaan heb, probeer ik zoveel mogelijk informatie te geven en door te geven wat de afspraken zijn
 - Blijft voornamelijk een medisch technisch verhaal beperkte ruimte voor sociale context
 - Als ik het doe is het volgens mij ruim voldoende voor de dienstdoende collega
 - Alles in het his, en beschikbaarheid voor tel visites lijkt me voldoende, niet?
 - 1. Onze dossier vorming is goed maar het gaat soms mis als dat toch niet goed in te zien blijkt op de
-

Cijfer 8 – 10

- Was voorheen een 9, maar door toename tijdsdruk in ons vak soms geen tijd, ik moet apart inloggen patiëntenportaal, werkt niet altijd goed en je kunt sowieso niet copy-pasten (alles weer opnieuw intypen), dus rechtstreeks memo vanuit dossier zou welkom zijn
 - Via gestandaardiseerd formulier, voor alle mogelijke problemen al een 'als dit, dan dat' noteren
 - Standaardbrief met beknopte info en opt-in
 - Rechtstreeks inzage in dossier en extra memo optie
 - Opt-in accepteert patiënt altijd, na uitleg belang ervan.
 - Moeilijk over jezelf te zeggen wat de kwaliteit is, ik denk dat ik het goed doe
 - Ik vergeet het wel eens omdat ik dan zelf bereikbaar ben en niet verwacht dat de HAP wordt gebeld. maar soms doen patiënten dat toch omdat ze mij bv 's nachts niet willen storen. dan ontbreekt de info zodat de post mij ook niet belt terwijl ze dat wel mogen.
 - Ik update de memo's regelmatig en haal oude memo's weer weg.
 - Ik probeer zo veel mogelijk ACP afspraken duidelijk te benoemen evenals te verwachten problemen
 - Ik probeer het altijd zo zorgvuldig mogelijk te doen en up to date te houden
 - Ik probeer deze zo bondig maar compleet mogelijk te houden, maar updates schieten er nog wel eens bij in
 - Ik probeer altijd voor overdracht te zorgen naar de HAP, maar ben in principe zelf 24/7 beschikbaar. Soms niet fysiek, maar eigenlijk altijd telefonisch (rechtstreeks) Hierdoor wordt de HAP vrijwel nooit ingeschakeld. Indien ik verwacht dat de HAP ingeschakeld moet worden (eigenlijk alleen in mijn vakanties, dan zorg ik voor een "perfecte" overdracht, incl. mijn overwegingen en adviezen t.a.v. te verwachten problemen. Normaal gesproken vind ik dat te veel werk omdat de kans op raadplegen HAP zo klein is. Dan volsta ik met de belangrijkste gegevens: diagnose, medicatie, gemaakte afspraken over levenseindewensen
 - Ik probeer altijd alle afspraken die met pt gemaakt zijn over te dragen en de te verwachten problemen.
 - Ik geef geen dagelijkse update in deze fase maar het zou soms wel nodig zijn voor het geval ik zelf echt niet kan gaan (is eigenlijk nog nooit gebeurd)
 - Ik geef de relevante info en beleid door, waar een waarnemend collega mee verder kan
 - Ik gebruik het gestandaardiseerd overdrachtsformulier van de HAP
 - Goed notities in HIS en vaker eerste overdracht via gestandaardiseerd formulier of zelf in systeem van HAP schrijven tijdens dienst
 - Diagnose, beleid en prognose verwoord
 - De overdracht is niet zozeer inhoudelijk als wel en vorm: collega weet dat bij incidenten rondom de betreffende casus eerst overleg met mij moet plaatsvinden!
 - Dat moet u eigenlijk niet aan mij vragen maar ik doe mijn best om de belangrijkste zaken kort over te dragen zodat de dienstcollega weet wat hij/zij kan verwachten en dient te doen.
 - Compleet en goed HIS SOEP dossier
 - Beperking is de volledigheid van vooral VG en beloop
 - Altijd behandelbeperkingen. medicatie, huidige toestand en te verwachten problemen, wie bereikbaar en welke thuiszorg
 - Als ik het doe, besteed ik er veel aandacht aan
 - Als er gebruikt wordt gemaakt van inzage via Opt-in is de overdracht m.i. optimaal. In de praktijk gebeurt dit echter vaak niet.
 - Alle vragen invullen helpt bij de kwaliteit van de overdracht
 - Ik zorg voor een situatieschets met voorgeschiedenis. Nav een goed gesprek met patiënt wel of niet opname, zorg dat er een LSP opt-in toestemming is. Zorg dat ik anticipeer op een eventuele sedatie. Dan is start medicatie al in huis. Soms ook al met pomp.
 - Ik probeer optimaal en relevant te informeren, maar dat zal nooit perfect zijn
 - Informatie status quo maar ook anticiperend beleid.
-

Bijlage 5 Toelichtingen cijfer terugkoppeling

Cijfer 1 - 5

- Reeds 3x ben ik niet opgeroepen door de <NAAM POST> bij een call van een terminale patiënt, voor visite, zelfs voor schouwing bij overlijden. Ook overlijden niet gemeld aan mij. Slechts na weekend middels digitaal bericht.
- Kan en moet beter
- Vrij weinig informatie en soms zie he zelfs dat een andere lijn wordt ingezet.
- Mijn zorgmemo niet gelezen, waarin stond dat ik telefonisch overleg wilde. Verslaglegging op zich wel voldoende
- Enerzijds: geen bevestiging dat overdracht is aangekomen en genoteerd. Anderzijds: elk contact met de HAP wordt teruggekoppeld naar de EHA, zelfs het bericht dat de HAP die EHA heeft gebeld om bv contact met de terminale pt op te laten nemen
- Je moet toch altijd daarna contact opnemen om vervolgens duidelijk beeld te krijgen.

Cijfer 6 – 7

- Zou meer per telefoon de dag erna kunnen worden gecommuniceerd door de betreffende huisarts
- Zelden van toepassing, alleen als onverwacht in terminale fase beland
- Zeer wisselend
- Wij werken met een zeer dokters onvriendelijk ICT systeem in de dienst, ligt dus vaak niet aan collega maar techniek
- Volledig afhankelijk van de waarnemend collega
- Vaak steno en onvolledig.
- Vaak kort
- Soms wat summier
- Meestal kort, vaak vloeiende
- Lastig leesbaar omdat er teveel overbodige tekst terugkomt
- Laatste keer zit nog vers in mijn geheugen, slechte correspondentie van college, erg kort
- Ik zou een telefoontje waarderen van mijn waarnemende collega bij intensieve, ingewikkelde gevallen
- Ik heb nog nooit terugkoppeling gehad over mijn rapportage. ik krijg wel een verslag als de HAP contact met een patiënt gehad heeft.
- Ik ben al aantal maal niet gebeld over een overlijden (terwijl ik dat wel zo geregistreerd heb) of overleg over pall pt. Verder is de terugkoppeling via dossier altijd eigenlijk prima
- Het blijft behelpen bij de kwaliteit van verslaglegging iha
- Erg wisselend
- Er is een terugkoppeling website maar ik snap nog steeds niet hoe die werkt en mijn UZI pas hapert deze weken..
- De ANW-berichten komen goed binnen. Technisch is dat voldoende, maar huisartsen in het algemeen beschrijven weinig beleids oevrwegingen
- Beleid niet altijd duidelijk in HAP-verslag, maar vaak ook niet (niet-volledig) genoteerd in Zorgmap bij patiënt thuis.
- Ze doen hun best, toch situatie complexer dan in een SOEP weer te geven
- Toch vaak uitstel van het nemen van grote beslissingen daar waar ik merk dat je ook in de dienst de taak volledig over kan nemen en over kan gaan tot bv een sedatie en familie dan vaak zeer dankbaar is.
- Terugkoppeling gaat als elke ander contact met hap
- Moeite met het starten van een beleid bij een ineens onverwachte terminale patiënt
- Meestal is er geen bemoeienis van de HAP
- Maar zie ook vorige toelichting geen consistent beleid door teveel arts wisselingen. Al jaren zelf 24/7 bereikbaar
- Het blijven technisch voldoende vaardige collegae, maar zonder band met de patiënt of familie
- De terugkoppeling is volgens verslag akkoord Maar ik de inhoud ben ik vaak niet mee eens. Bijvoorbeeld te veel snel telefonisch afhandelen
- De berichten van mijn collega op de HAP zijn onoverzichtelijk vervuld door het opnemen van allerlei bureaucratische data en triage gegevens

-
- Collega afhankelijk
 - Berichten komt soms te laat binnen
 - Afhankelijk van dienstdoend arts
 - Afhankelijk van collega die dienst heeft
 - Afh van dd huisarts
 - 1. De berichten staan in omgekeerde volgorde wat de tijd van het contact betreft. Als er dan meer dan twee contacten op een dag zijn geweest, is het lastig om te construeren wat er in dit tijdsverloop precies gebeurd is. 2. Sommige collega's zijn te beknopt

Cijfer 8 - 10

- Zelden nodig
 - Vaak uitstekend
 - Terugkoppeling meestal goed, vaak betreft het 'tijdelijke' handelingen als even extra pijnstilling of sedatie totdat de eigen huisarts het beleid weer overneemt. Is ook niets mis mee.
 - Over het algemeen uitstekend!
 - Meestal goed en uitgebreid als er toch onverwacht de HAP langs ging
 - Kort en bondig en indien iemand ander voorstel heeft, wordt dat in bericht meestal ook wel toegelicht.
 - Is soms altijd digitaal, maar soms zou het ook tel mogen
 - Indien van toepassing krijg ik een verslag terug van de HAP als er contact is geweest met een patiënt
 - Iedereen koppelt wel goed terug naar collega's; wat lastiger is is goede terugkoppeling naar de patient, de familie en de thuiszorg...
 - Huisartsen doen goed hun best in terugrapportage
 - Het is wel eens voorgekomen dat ik heb aangegeven tel bereikbaar te zijn, maar niet gebeld ben; waarschijnlijk is dat ingegeven door " ik wil op dit tijdstip de huisarts niet voor deze hulpvraag storen op zijn vrije dag (nacht)". Maar soms geeft dat "verwondering" als je dan bijv de volgende dag uit je zelf contact legt en er wordt gezegd dat er 's nachts nog contact met de hap is geweest.
 - Hangt natuurlijk erg af van de dienstdoende collega, maar de terugkoppeling is in het algemeen zorgvuldig en uitgebreid.
 - Goed via edifact
 - Dit is erg afhankelijk van de huisarts van dienst. Is niet gestandaardiseerd. Wel bijzonder dat in melding van schouw bij triage staat: ABCD stabiel
 - Betreft een gestandaardiseerde, elektronische terugkoppeling
 - Altijd een elektronisch bericht in het EPD; geregeld ook een telefoontje wanneer er iets onvoorziens gebeurd is.
 - Ik word altijd gebeld
 - Dat is altijd prima
-

Bijlage 6 Toelichtingen cijfer overdracht collega

- Vaak weinig informatie of weinig al besproken en uitgelegd aan patiënt
- Onvoldoende inzage in door huisarts reeds gemaakt beleid en zorgplan.
- Ontbreken van compleet medisch dossier, vaak alleen een autofax of een print uit call-manager, met eventueel een memo. Complete medicatie overzichten ontbreken vrijwel altijd. Ik vind dat eigen huisarts altijd telefonisch bereikbaar moet kunnen zijn bij onduidelijkheden, het gaat tenslotte om mensen aan het eind van hun leven en hebben recht op optimale zorg door optimale informatie-uitwisseling
- Ik heb 2x ervaren dat er een -in mijn ogen- veel te beperkt beleid werd gevoerd, de patiënt werd onderbehandeld m.b.t. pijn of andere klachten; is lastig omdat je dan heel veel wilt doen voor die patiënt maar je niet weet hoe dit ervaren wordt door de collega HA nadien
- Het afgesproken beleid met de patiënt is niet altijd goed beschreven
- geen overdracht, eigen huisarts heeft aan familie beloofd bereikbaar te zijn maar blijkt onbereikbaar. Het is beter om niet iets te beloven als je het niet kunt waarmaken, want familie vindt dat altijd verschrikkelijk
- De proactieve zorgplannen en de elektronische overdracht zijn eigenlijk niet up to date te houden, het is een illusie om te bedenken dat ze up to date zijn, de overdracht is meer een soort van globale informatie, de rest is improviseren waar wij huisartsen goed in zijn.
- Als de beleidsafspraken helder zijn is het vrijwel altijd mogelijk dat te regelen wat nodig is

Bijlage 7 Toelichtingen belangrijkste punten uit de informatieoverdracht

Anticiperend beleid

- Te verwachten problemen, anticiperend beleid eigen huisarts, wat is besproken met patiënt en familie
- Naast beleid pijnstilling met name
- Beleid bij te verwachten complicaties, achteruitgang zoals door huisarts met patiënt/familie besproken zijn. Zoals t.a.v. vocht/voeding/interventies.
- Diagnose en prognose ook waar zitten bv al meta's etc, zodat klachten beter te begrijpen zijn.
- Afsproken medicatie en evt opties bij verslechtering
- Updates; info veroudert snel!!

Niet – opname beleid

- Wel of niet wens om opgenomen te worden in ziekenhuis
- Vragen die van casus tot casus verschillen. Reanimeren in palliatieve fase is een kunstfout, dus "Niet" reanimeren loze tekst die info versluiert. Niet opname kan belangrijk zijn, maar als het bed al in de woonkamer staat en patiënt vel over heen is, weet ik genoeg. Psychosociaal alleen in uitzonderlijke situaties, waarin dat een struikelblok kan zijn. Het is dus geen eenheidsworst!
- Niet reanimeren vaak wel duidelijk; een niet meer naar het ziekenhuis beleid is niet altijd helder

Bereikbaarheid eigen huisarts

- Of ik eigen huisarts zo nodig mag bellen om te sparren bij een ingewikkelde beslissing
- Soms behoefte even te kunnen overleggen met eigen ha vd pt
- Duidelijkheid of eigen huisarts bereikbaar is
- Dat eigen huisarts eventueel toch bereikbaar is voor overleg vind ik erg belangrijk

Besproken met patiënt en naasten

- Wat wil de patiënt zelf?
- Toestand/ situatie partner en evt kinderen of mantelzorgers
- Soms hebben nabestaanden geen idee wat ze moeten doen na een overlijden tijdens ANW; het zou goed zijn daaraan vooraf al aandacht te besteden - nummer van begrafenisondernemer, geboorteplaats, voornamen van de overledene paraat hebben bijv.
- Niet allen wensen tav levenseinde maar ook welke uitleg daarbij is gegeven en wat is toegezegd
- Is de patiënt op de hoogte van zijn situatie/prognose/beleid ??? Enkele malen voorgekomen dat patiënt niet wist dat hij een infauste prognose had cq onbehandelbaar was opgegeven
- Is aanwezige familie op de hoogte van beleid en consequenties
- Hoe de patiënt op dat moment in zijn ziekte proces staat.
- Dat de patiënt (en naasten!) ook echt op de hoogte is van wat de huisarts overdraagt (bv dat die weet dat die terminaal is en niet ineens een behandelwens heeft)
- Context patiënt: familie etc. draagkracht van mantelzorg/zorg
- Bijzonderheden in deze specifieke situatie. bijvoorbeeld familieomstandigheden of speciale afspraken die gemaakt zijn.
- Bestaan er congruente ideeën tav situatie, wensen, prognose en beleid bij alle betrokkenen zoals patiënt, familie, huisarts, tweede lijn
- Belastbaarheid mantelzorger

Overig

- Welke thuiszorgorganisatie en eventueel telefoonnummer
- Psychosociale context moeilijk uit te leggen, alleen belangrijke zaken die beleid kunnen beïnvloeden. Belangrijk maar moeilijk om medicatie up to date te houden, als er een map van thuiszorg is dan oké, maar tegenwoordig vaak digitaal systeem en weinig info ter plekke
- Moment van diagnose stelling. Ten behoeve van invullen overlijdenspapieren
- Info om overlijdenspapieren in te vullen. (ziekteduur)
- Meestal kan je als waarnemend huisarts meeste vragen zelf vinden door vragen te stellen aan patiënt, familie, verzorging
- Items onbelangrijk zijn onbelangrijk omdat ze iha helder zijn of niet van belang zijn voor een passant. Als

in uitzonderlijke gevallen een punt wel van belang is dan wordt het uiteraard belangrijk om te melden

- Info is vaak onvoldoende beschikbaar
 - In Callmanager is deze informatie soms niet goed voorhanden via LSP. Vooral bij dienst doen en visite doorkrijgen via fax mis ik deze info.
 - Hoe vollediger hoe fijner
 - De aanwezigheid van reservemedicatie in huis en wanneer en door wie dit gegeven mag worden (bij een goed proactief beleid mag de thuiszorg bijvoorbeeld extra morfine s.c. bijgeven, er is dan een uitvoeringsverzoek van eigen huisarts geschreven. Dit kan visite door HAP schelen.
 - Alleen bijzonderheden tav psychosociale context, afspraken met andere zorgverleners die van belang kunnen zijn in dienst
-

Bijlage 8 Toelichtingen cijfer zorg door de huisartsenpost

Cijfer 1 – 5

- Bij herhaling gebeurd, dat mijn memo door de een of andere (...) overruled wordt, dwz beslist wordt dat ik niet gebeld hoeft te worden (recent bijv. bij overlijden van een terminale patiënt thuis)
- Zeker in weekends met drukke visite lijsten schiet de zorg echt tekort, vaak is het niet veel meer dan een spuitje voor wat extra morfine of slaapmiddel. Veel tijd voor begeleiding of emotionele steun is er vaak niet. Hoewel iedereen zijn best doet. Nadeel is dat je onbekend bent met patiënt en patiënt met jou.
- Niet consistent.
- Kan en moet beter. Een HAP collega is nogal eens een jonge onervaren waarneemarts die HAP diensten doet, dat is vaak een puntje
- Er wordt vaak niet gedaan wat ik in de overdracht heb aangegeven (wordt deze wel gelezen?) ik wordt nooit gebeld voor overleg!
- Slechte ervaringen; patiënt en omgeving duizelen van de adviezen door de verschillende dokters die bv in 1 weekend de patiënt zien of adviseren; dit is mijn ervaring als huisarts op HAP; daarom wil zelf de regie houden, ook in ANW_uren
- Kan zeer wisselend zijn, derhalve extra belangrijk om zoveel mogelijk zelf beschikbaar te zijn
- Is moeilijk te zeggen. soms uitstekend, soms vreselijk. Hangt helemaal van de dokter af die geweest is.
- Ik vind het niet kunnen dat in 1 weekend 4 verschillende huisartsen aan het bed van een terminale patiënt verschijnen met ieder weer zo hun eigen ad hoc beslissingen
- Erg afhankelijk van dokter
- Er wordt niet altijd gekeken naar mijn beleid. Snel paniekhandelen in de vorm van verhogen morfine, soms niet rationeel (bij pijn langwerkende morfine omhoog...)
- Doe ik zelf, vindt het onwenselijk dat er meerdere artsen in korte tijd zorg aan een patiënt in de laatste levensfase verlenen

Cijfer 6 – 7

- Zeer wisselend soms goed soms waardeloos, met name overdracht blijkbaar niet lezen frustratie
- Voor een vreemde arts is het altijd lastig en niet altijd mijn beleid, maar dat zij zo.
- Volledig afhankelijk van de waarnemend collega (sterk wisselend)
- Volgen mijn afgesproken beleid niet. Onervaren artsen
- Veel ad hoc, soms gestoeld op minder ervaring.
- Vaak verschillende Ha. vaak worden nieuwe episoden gemaakt: "pijn", "misselijk", "verward", Terwijl het allemaal te maken heeft met "Colonca, gemetastaseerd, terminale fase"
- Toch pomp geregeld terwijl patiënt daarop tegen was, bij levensverwachting < 24u
- Per casus zo verschillend; van 1-10
- Overdrachten, dossiers etc worden onvoldoende geraadpleegden afspraken onvoldoende gevolgd
- Lastig cijfer te geven vw zeer wisselende kwaliteit
- Ik kan mij zo geen concreet voorval herinneren, mijn indruk is dat er in de ANW uren sneller wordt ingestuurd
- Het helpt om bv wel telefonisch bereikbaar te zijn.
- Het gebeurt regelmatig dat bij pijn in de palliatieve fase telefonisch een andere medicament wordt gegeven, terwijl ik vind dat een patiënt bij verandering van pijn in die fase altijd beoordeeld moet worden.
- Hangt erg af van de betrokken arts
- Geen verwijt naar artsen maar moeilijk in schatten van persoonlijke wens van patiënten in 10 min.
- Dit is zeer afhankelijk van de op dat moment dienstdoende arts. Dus dit cijfer is zeer wisselend
- De palliatieve taken van de huisarts tijdens de dienst zijn niet door iedere collega in hetzelfde manier uitgevoerd
- De dienstdoende arts beschikt niet altijd over voldoende ervaring en kennis
- Bij meerdere contacten door de HAP, vaak snel wisselend beleid. Ipv van even na te denken, of af te wachten
- Zorg is erg afhankelijk van de huisarts van dienst en is ook zelden nodig omdat ik de zorg meestal zelf doe.
- Zorg in algemeen goed, maar kan wisselen per huisarts en assistente

- Zeer wisselend; vaak zijn wij zelf in de gelegenheid; in voorkomende gevallen is de kwaliteit afhankelijk van de tijdsdruk in mijn ogen;
- Wisselt: gevestigde collega's die me kennen zijn vaak veel doortastender dan bv waarnemers.
- Wisselt per collega
- Wisselt erg. heeft vooral met de ervaring van de collega te maken en de drukte waarin die zich verkeerd. soms wil je wel maar kan je niet door de drukte
- Wisselt erg met ervaring van waarnemer
- Wisselend, afh van wie de zorg verleende
- Wisselend afhankelijk van dienstdoende
- Wisselend
- Voor zover ik het kan beoordelen, omdat het weinig voorkomt
- Verschilt per dokter die waarneemt
- Verschil tussen collega's
- Soms toch beleid anders dan afgesproken met patiënt
- Soms goed, som wat informatie betreft minder
- Sommige jonge onervaren waarnemers hebben te weinig kennis over palliatieve zorg of staan onvoldoende stil bij de wens van de patiënt en diens familie
- Over het algemeen goed is nogal persoonsgebonden
- Meestal goed, soms zitten er vervelende 'missers' tussen
- Ligt aan de persoonlijke invulling en ervaring van dd huisarts
- Kijken soms niet in HIS wat er gedaan en afgesproken is!
- Onervaren waarnemers hebben vaak meer moeite met palliatieve zorg merk ik
- Is afhankelijk van welke dokter er is geweest en onder welke tijdsdruk hij/zij heeft moeten werken.
- Hoe meer ervaring en betrokkenheid bij de collega, hoe beter de zorg
- Hoe duidelijker de door mij uitgezette lijnen zijn geweest hoe groter de kans dat een proces verloopt zoals ik en de familie verwacht, het gaat eigenlijk altijd goed, tenzij er geen voor-info was omdat iemand onverwacht in de problemen komt
- Het meest vervelende is het, wanneer de zorgvraag onverwacht komt en er geen overdracht is. daarbij is het erg vervelend als er verschillende dokters bij betrokken raken
- Hangt er van af wie geweest is
- Hangt af van de arts die er komt
- Goede collega's
- Erg wisselend.
- Erg wisselend! Vaak erg goed, soms zeer teleurstellend...
- Erg wisselend
- Er wordt mijns inziens te snel door onervaren HAP-artsen met sedatie gestart (ik ben niet tegen sedatie, maar het gebeurt gewoon soms te snel)
- De tijdsdruk via HAP uitgevoerde contacten is vele malen groter dan wanneer de ha het zelf doet
- Collega afhankelijk
- Andere dokters doen het best wel goed
- Afhankelijk wie er naar toe gaat
- Afhankelijk van welke arts

Cijfer 8 - 10

- Verleende zorg is wisselend en afhankelijk van de dienstdoende huisarts, maar iha goed.
- Soms wordt te veel actie ondernomen tijdens de dienst.
- Patiënten vaak heel tevreden over arts HAP
- Over het algemeen prima
- Oordeel berust op 2 casus in afgelopen jaren.
- Ook afhankelijk van collega die dienst heeft
- Ligt aan dienstdoende arts
- Ik ben de laatste jaren niet ontevreden .Dat was voor de komst van de HAP wel eens anders !!
- Het zijn eigenlijk altijd duidelijke situaties geweest waar de palliatie uitgebreid moest worden en ook gebeurde
- HAP prima in staat zorg te verlenen, gemiddeld. Jammer dat ze niet vaker even bellen voor overleg

- HAP doet weinig in dit stadium voor mijn patiënten
 - Erg afhankelijk van de tijd die de collega er voor heeft en de ervaring die hij/zij heeft
 - Er is altijd terugkoppeling. Er wordt nooit een visite geweigerd. Ik heb het idee dat er met veel zorg en gevoel met mensen wordt meegekeken
 - Doorgaans doen mijn collega's de dingen die nodig zijn
 - De meeste collega's weten ook met onverwachte ontwikkelingen adequaat om te gaan.
 - De enkele keer dat het nodig was meer dan uitstekend!!
 - Andere HA is vaak verfrissend
 - Altijd prima
 - Als nodig, prima. Maar is een zeldzaamheid.
 - Als gezegd, medisch-technisch voldoende vaardig.
 - Als die zorg er al is gaat het zoals overgedragen
 - Alleen word ik niet altijd gebeld terwijl ik dat wel aangegeven heb op overdrachtsformulier
 - Alleen bij uiterste nood, Ik kan niet altijd beschikbaar zijn
 - Is dus niet vaak geweest, maar de enkele keer dat het wel was, was de kwaliteit goed
 - Vaak uitstekend
 - IN de nacht (na 23 uur) draag ik patiënt over aan de HAP. Ik moet nl. zelf weer om 8 uur fris en monter achter het bureau zitten. Als de Hap wordt ingeschakeld ben ik zeer tevreden over de kwaliteit van de geboden hulp.
 - Over het algemeen oké, hangt van dokter af, iedereen doet zijn best, maar het is moeilijk voor een waarnemende arts
 - Over het algemeen heel tevreden, zeker als met zo nodig heeft overlegd
-

Bijlage 9 Toelichtingen knelpunten zorg tijdens dienst

Organiseren van technische middelen

- Zaken regelen als een pomp vind ik op de post omslachtig, het kost veel tijd, moet overal tussendoor in drukke dienst, je kunt niet ter plekke zijn ttv aansluiten, alle recepten moeten in orde zijn terwijl je ondertussen naar anderen moet. Onder kennis over palliatieve zorg schaar ik ook de mogelijkheid die kennis vrijwel stand a pede te krijgen door consultatie
- Steeds vaker is het een probleem om tijdens de dienst te starten met palliatieve sedatie door gebrek aan pompen of zorg
- Regelen van technische hulp en eventuele opname kost m.n. veel tijd voor HAP arts
- Regelen van een pomp tijdens diensturen is erg lastig. Eigenlijk te weinig tijd voor.
- Regel geen pomp meer in de ANW-dienst. Dat is typisch iets voor de eigen huisarts. In verleden vervelende ervaring mee gehad. Als getuige voor de inspectie verschenen.
- Organiseren van thuiszorg, hospice of technische hulpmiddelen zou niet in de ANW-dienst moeten plaatsvinden.
- Pomp starten kan soms lastig zijn in weekeinde, afhankelijk van overige problemen al in een dergelijk weekend
- Knelpunt is de (on)mogelijkheid een palliatieve patiënt te sederen in een ANW situatie. Dat is niet een beslissing die op een enkelvoudig contact genomen kan worden. Om een crisis te voorkomen is het nodig dat dergelijke patiënten vooraf goed geïnformeerd zijn door hun eigen huisarts en dat moet ik kunnen verifiëren door de eigen huisarts te kunnen spreken. Maar zelfs als dat zo is, is het vaak praktisch niet mogelijk tijdig de benodigde medicatie en pompen te organiseren.
- Medicatie ophalen bij een apotheek
- In principe is het regelen van een pomp niet iets voor een dienst, maar voor een eigen HA. Die kan indicaties stellen en beleid. Je kunt wel proef medicatie subcutaan geven
- In het weekend medicatie voor pomp niet te krijgen

Minimale informatie overdracht, geen anticiperend beleid

- Vaak weinig informatie of weinig al besproken en uitgelegd aan patiënt
- Meer anticipatie op vrijdagmiddag van de eigen huisarts zou wenselijk zijn
- Onvoldoende inzage in door huisarts reeds gemaakt beleid en zorgplan.
- Ontbreken van compleet medisch dossier, vaak alleen een autofax of een print uit call-manager, met eventueel een memo. Complete medicatie overzichten ontbreken vrijwel altijd. Ik vind dat eigen huisarts altijd telefonisch bereikbaar moet kunnen zijn bij onduidelijkheden, het gaat tenslotte om mensen aan het eind van hun leven en hebben recht op optimale zorg door optimale informatie uitwisseling
- Nogal eens blijkt er sprake van ernstig ziektebeeld in terminale fase , waarbij in mijn ogen dagelijkse visite gewenst is. Het komt nogal eens voor dat huisartsen maar 2x per week komen in die situatie. Het weekend is dan vaak een sluitpost voor de HAP. Dat is oneigenlijk gebruik en qua organisatie /frequentie van de zorg , niet zo fraai. Zorginhoudelijk lijden mensen bijv. langer pijn dan nodig of blijven 3 dagen enorm misselijk.
- Informatieoverdracht van eigen huisarts in visite uitdraai is vaak niet gedateerd
- Ik heb 2x ervaren dat er een -in mijn ogen- veel te beperkt beleid werd gevoerd, de patiënt onderbehandeld werd m.b.t. pijn of andere klachten; is lastig omdat je dan heel veel wilt doen voor die patiënt maar je niet weet hoe dit ervaren wordt door de collega HA nadien
- Het afgesproken beleid met de patiënt is niet altijd goed beschreven
- Familie spreekt een woordje mee, soms niet iedereen op 1 lijn
- Familie is niet goed geïnformeerd en /of heeft andere verwachtingen.
- Familie die je niet kent en die soms alleen in ANW uren daar zijn en veel vragen hebben bij het beleid.
- Familie die iets anders wil dan zinvol lijkt
- Geen overdracht, eigen huisarts heeft aan familie beloofd bereikbaar te zijn maar blijkt onbereikbaar. Het is beter om niet iets te beloven als je het niet kunt waarmaken, want familie vindt dat altijd verschrikkelijk
- De zorgvraag voor een palliatieve terminale patiënt is heel anders dan een reguliere spoedvraag op de HAP. Hier past een anticiperend beleid en continuïteit van zorg ; dat is in een weekend door de HAP moeilijk leverbaar met de hoeveelheid dienstdoende artsen.

-
- Dat patiënten verkeerde perceptie hebben over bijvoorbeeld palliatieve sedatie: 'als ik niet meer wil, heeft de huisarts me beloofd, dat hij me in slaap zal brengen,';terwijl er geen refractaire klachten zijn. zonder overdracht, dan kom je als dienstdoende ha in een lastig parket. Natuurlijk kan je daar niet in meegaan, geeft moeilijk gesprek, meerdere keren meegemaakt.
 - Als de beleidsafspraken helder zijn is het vrijwel altijd mogelijk dat te regelen wat nodig is

Organiseren van opname

- Spoedopname elders dan ziekenhuis is in ANW-uren zeer lastig. (dus bv. in Verpleeghuis/TOP-Kamer/Hospice)

Kwaliteit andere zorgverleners

- Mn beperkte thuiszorg of thuiszorg met beperkte kwaliteiten (wel 24 uur, maar dan minder gekwalificeerd/goedkoper) vind ik ernstig
- In dienst tijd is contact met thuiszorg lastiger.

Tijdsdruk

- Kost m.n. veel tijd
- In de ANW diensten is met name de tijd om e.e.a. te regelen beperkt. Dat maakt het ook niet inplanbaar. dus tijdrovend. De diensten zijn al zo overvol dat de zorg voor palliatieve patiënten daar echt niet meer in passen.

Overig

- Wanneer eigen huisarts beschikbaar zegt te zijn, maar het niet is dat volgens mij vervelender dan wanneer er duidelijk over bestaat wie de ANW doet
 - Ja, schrijnend wanneer de familie focust op beter worden terwijl de patiënt nog 1-2 dagen te leven heeft; dat vergt veel uitleg, geduld en het winnen van vertrouwen bij diep bewogenen om een toereikend beleid in te kunnen zetten
 - Het als nieuwe hulpverlener niet willen overgaan tot starten van palliatieve sedatie bij complexe en minder dwingende situaties . Erge nood die consistent aanwezig is bij terminaal beleid is duidelijk ,maar is de nood wel refractair ?
 - Geen internet beschikbaar!
 - Euthanasie wens in ANW, terwijl ik zelf deze niet toedien en eigen h.a. niet beschikbaar is.
 - Eigenlijk weinig knelpunten. Zeer goed en mooi dat we tijdens diensten palliatieve patiënten van elkaar zien! Meerwaarde!
 - Eerlijk gezegd gevoel dat ik dit alles niet vaak meemaakt.
 - De vraag over beschikbaarheid naslagwerken en protocollen stamt uit een ander tijdperk, we hebben allemaal mobiele telefoons met meer naslagwerken dan de gemiddelde huisartsenpraktijk bezit
 - De proactieve zorgplannen en de elektronische overdracht zijn eigenlijk niet up to date te houden, het is een illusie om te bedenken dat ze up to date zijn, de overdracht is meer een soort van globale informatie, de rest is improviseren waar wij huisartsen goed in zijn.
 - De patiënt wordt bijvoorbeeld in een weekend door veel verschillende dokters gezien waardoor continuïteit in het beleid moeilijk is.
 - De ervaren knelpunten zijn vaak inherent aan de situatie,niet alles is te voren te onder vangen. Derhalve zijn knelpunten niet perse een probleem.
 - Dat je een volle kamer binnenkomt en niet weet wie wie is; kinderen? burens? zorg? dit kan ook niet in overdracht gezet worden, maar dat maakt de situatie vaak zo ongemakkelijk.
 - Bovenstaande geldt voor alle soorten patiënten op de HAP.
 - Bemoeienis van familie
-

Bijlage 10 Redenen geen consultatie palliatief adviesteam

Tijd investering

- Omslachtige manier van consultatie (via verpleegkundige)
- Omslachtig en het gaat altijd via een verpleegkundige . Ik wil kunnen overleggen met een arts
- Je krijgt vaak verpleegkundige voor medische vraag: dat is onhandig.
- Kost veel tijd in ANW-uren als je dienst hebt
- Ik wens een arts maar krijg een verpleegkundige te spreken
- Het PAT heeft een verpleegkundige voorwacht. Deze belt terug na overleg. Zelden komt er een direct advies.
- Geen direct contact met een palliatief arts, maar via een verpleegkundige
- Antwoord laat nog dag op zich wachten
- Dienstdoend medewerker team vaak verpleegkundige die na vele vragen geen voorstel heeft en met achterwacht moet overleggen die het uit tweede hand hoort
- Eén keer gedaan en toen duurde het heel lang voor er een advies kwam en was de situatie alweer zodanig verandert, dat het advies niet meer zinvol was.
- Gaat via schijven: geen direct contact. vaker via tussenpersoon.

Onbekendheid

- Onbekendheid mogelijkheden
- Onbekendheid
- in het moment van visite vergeten dat deze mogelijkheid bestaat
- Denk ik te weinig aan

Ontevredenheid

- Soms ook een erg slecht advies gehad in verleden
- Sluit vaak niet aan
- Niet altijd iets aan gehad
- Meestal spelen er veel contextfactoren mee die het beleid bepalen, dat is vaak moeilijk over te dragen als je zelf de patiënt niet ziet
- Levert geen betere adviezen op
- In het verleden irreële adviezen, bijvoorbeeld iets starten en die avond nog 3x gaan beoordelen, is nu wel verbeterd
- In verleden sloten adviezen van palliatief team onvoldoende aan op de praktijk
- Helaas heb ik slechte ervaringen met de consultatieve teams, de eerste adviezen komen altijd van verpleegkundigen en die weten vaak minder dan ikzelf, voordat ik dan een specialist aan de lijn heb, ben ik al 2 visites verder, en dan nog heeft het weinig aanvullende waarde.
- Geadviseerd beleid niet altijd toepasbaar en niet geschikt voor situatie
- De adviezen zijn niet altijd zo praktisch uitvoerbaar thuis
- Dat ze de regie overnemen en je niet kan afwijken van hun adviezen
- Ik krijg heel vaak heel exotische therapie voorstellen die lastig zijn om te organiseren
- 1x gebruik gemaakt van dit team. ik kreeg een ondermaats advies wat ook helemaal niet bleek te werken.

Andere hulpbronnen

- Zit zelf in twee adviesteams, maar consulteer binnen het team wel eens een collega
- Zit kaderarts palliatieve zorg in de HAGRO
- Zelf lid team
- We hebben een vast overleg 4 keer per jaar met het palliatief team; dan bespreken we ook zaken
- Tot nu toe ben ik goed uitgekomen met overleg oncoloog, waar patiënt bekend was, en ook een keer met SCEN arts, verder palliatief beleid in kunnen zetten.
- Soms hulp van voorheen behandelend specialist
- Pallialine
- Overleg met behandelende oncologen/specialisten die ook goede palliatieve adviezen kunnen geven en

de patiënt goed kennen

- Neem meestal contact op met de voorheen behandelend specialist, of collega die veel verstand hiervan heeft
- Mijn vrouw is palliatief kaderarts dus overleg met haar
- Mijn duopartner is kaderhuisarts palliatieve zorg
- Met zeer goede technisch verpleegkundigen in de regio blijven er weinig vragen over
- Kennis is goed op te zoeken.
- Ik kan mijn informatie ook uit andere hulpmiddelen halen.
- Ik ben zelf lid van het team
- Goed naslagwerk beschikbaar
- Gewaardeerde collega is kaderarts palliatieve zorg
- Gespecialiseerde verpleegkundige heeft die rol al; ik blijf toch zelf meer te weten dan ik dacht
- Echtgenote kaderopleiding afgerond
- Bel mijn partner dan wel eens
- Bel bevriend arts die kaderhuisarts palliatieve geneeskundige
- Al overleg in Hospice

Geen nood

- Nog nooit nodig gehad
- Nog niet nodig gehad
- Nog niet geprobeerd
- Niet altijd nodig
- In mijn populatie weinig vraag om terminale sedatie
- Jonge wijk, relatief weinig palliatieve patiënten
- Ik denk er vaak niet aan tijdens dienst
- Ik denk er niet aan
- Ik ken de patiënt zelf het beste en kom bijna altijd goed uit.
- Heb geen reden om het niet te doen

Overig

- Schroom? zou ik zelf moeten kunnen?
 - Pragmatisme
 - Palliatief team is op afstand. Vind het wel prettig dat het er is.
 - Maar als ik het niet weet bel ik ze en ben 2 maal goed geholpen
 - Inmiddels zo vaak consultatie gedaan dat het minder vaak nodig is (meer kennis gekregen) en de handboeken zijn via pallialine.nl goed bereikbaar
 - Ik maak er zo nodig graag gebruik van.
 - Ik bel eigenlijk altijd een keer, je word er niet slechter van, wordt hooguit bevestigd in je eigen beleid, het helpt om goed pro actief te zijn/ te anticiperen dus enige keer dat ik niet zou bellen zou zijn omdat het super evident is wat te doen maar ik overleg laagdrempelig eenmalig iig
 - Heb het wel eens gedaan, maar zelden
 - Eenvoudigweg nog niet echt nodig gehad gelukkig, maar zou het zo gebruiken als ik een vraag heb
 - Doe dit vrijwel altijd
 - Alleen overdag soms
-

Bijlage 11 Toelichtingen rapportcijfers andere zorgverleners

Thuiszorg

- TZ kan wisselen tussen erg goed en zwaar teleurstellen
- Thuiszorg/wijkverpleegkundige contact hangt heel erg af van de thuiszorgorganisatie, variërend van 3 tot 9
- Thuiszorg: gebrek aan kennis, niet aan bereidwilligheid
- Voor mij niet duidelijk in rapport cijfer weer te geven. de samenwerking met thuiszorg is heel erg wisselend. Collega ha op de hap -> ? wanneer nodig natuurlijk prima, maar gebeurt in praktijk toch zelden..?
- Thuiszorg hangt af de verschillende teams, Sommige zou ik een 9 geven, andere een 5-6
- Thuiszorg eigen werkgebied goed. thuiszorg diensten erg wisselend.
- Thuis zorg en verpleging erg afhankelijk van de organisatie. veel kwalitatief verschil
- Ruim 6 verschillende thuiszorgorganisaties in de regio die allemaal anders georganiseerd zijn en andere protocollen hebben. Is erg lastig.
- Kwaliteit van thuiszorg en ook de samenwerking wisselt enorm!
- Thuiszorgorganisaties (mn de uitvoerende verzorgende, verpleegkundigen) verrichten een hele belangrijke rol en doen dit oha uitstekend
- Er is een groot verschil tussen reguliere thuiszorg, de verschillende thuiszorg organisaties onderling en de palliatieve thuiszorg teams. Afhankelijk van welke organisatie je mee werkt en of die wel of niet een palliatief team hebben, kan je enorme kwaliteitsverschillen krijgen.
- De samenwerking met het MTH team van de thuiszorg verdient een 9
- De grotere thuiszorg aanbieders werken heel goed met korte lijnen. Helaas zijn er ook heel veel kleine thuiszorginstellingen die te weinig gespecialiseerd personeel hebben, waardoor je alsnog een technisch team van de grotere instelling nodig hebt: er ontstaat dat bureaucratisch gehakketak, zeer onplezierig in ANW uren.

Wijkverpleegkundigen

- De wijkverpleging kan echt het verschil maken m.n. als het zelfstandig werkende wijkverpleegkundige zijn

Ziekenhuis

- Ziekenhuizen informeren vaak (te) laat over ingezette beleid. Medicatielijsten bij ontslag zijn vaak een onmogelijke bulk van (des)informatie.
- Ziekenhuis: overdracht vaak pas te laat en vooral te weinig rekening houdend met tijdstip: bv iemand op vrijdagmiddag ontslaan naar huis, men heeft dan niet door dat er veel geregeld moet worden thuis om zorg echt goed te regelen
- Vaak worden mensen ontslagen zonder voorafgaand een goed gesprek, dus ze komen thuis en weten niet precies wat beleid is, of met te weinig medicatie naar Hospice gestuurd waardoor er pijn of dyspnoe is omdat hospice nog geen medicatie van de apotheek heeft
- Palliatieve zorg in ziekenhuis soms onder de maat door waarschijnlijk gebrek aan kennis
- Opname mogelijkheden altijd probleem wie je moet spreken. Ziekenhuis zijn maar matig geïnteresseerd in laatste fase.
- Mn palliatieve zorg uit ziekenhuizen soms verwarrend, niet altijd eerste lijns
- Maak weinig gebruik van verpleeghuizen en ziekenhuizen bij deze patiëntengroep. Ziekenhuizen hebben nog wel wat te leren op gebied van stoppen met doorbehandelen
- In de ziekenhuizen is het lastig zaken te regelen in het weekend. Ook worden terminale mensen in het weekend ontslagen zonder dat iemand daarvan op de hoogte wordt gesteld.
- Ontslag vanuit het Z-H naar huis is soms onzorgvuldig, zonder begeleidende brieven

Verpleeghuis

- Verpleeghuizen zijn als het er op aankomt vaak niet thuis. Een morfinepomp is een tijd- en geduldrendend probleem. Als er al 24 uur zorg is, is die van goede wille, maar te lage know how resp mandaat
- Verpleeghuizen hebben geen spoedbed snel beschikbaar en moeilijk te weten waar en welke organisatie. Wel in Hospice via APP: PalliArts

-
- Nog nooit meegemaakt dat een verpleeghuis behulpzaam was tijdens een dienst
 - Meer samenwerking met specialist ouderengeneeskunde zou wenselijk zijn. hier wordt regionaal wel aan gewerkt.
 - In ANW uren is lers regelen met een verpleeghuis meestal niet mogelijk
 - Het vinden van een verpleeghuisbed in avond of weekeinde is een drama. Ze zijn er meestal niet en dan ligt zo iemand op een verkeerd bed of EHBO
 - Verpleeghuis staat vaak met lege handen.
 - Verpleeghuizen zijn echt slecht bereikbaar; ze vallen onder zeer grote organisaties en men kan er nooit iemand intern vinden,

Hospice

- Slechte ervaring met hospice
- Samenwerking met Hospice goed. Jammer van dwingende procedures die voor huisarts belastend zijn bv MDO 'niet omdat het kan maar omdat het moet'!
- Hospice is voor mij altijd bereikbaar
- Hospice wil altijd meedenken

Triagist

- Triagist scoort teveel op vragenlijsten/telefoonklapper. In terminale fase is deze niet toereikend vermoed ik. Soms is er alleen een vraag , maar wordt toch een visite afgesproken cq opgedrongen en andere keren is de urgentie niet in overeenstemming met triage.
- Triagist kan vaker eerst overleggen met de CC arts voordat eigen huisarts gebeld wordt, zoals ook de huidige afspraken zijn, wordt niet altijd nageleefd mn grote ziekenhuizen als AVL of Radboud zijn niet altijd bereid tot overleg wanneer een patiënt "uitbehandeld is"
- Triagisten zijn altijd zeer behulpzaam als je zelf voor je terminale patiënten zorg draagt om dan zaken zoals medicatie of verandering in beleid in goede banen te leiden zodat het duidelijk is voor de collega HA.
- Voor triagist soms moeilijk omdat je er toch vaak heen moet om te zien wat er precies speelt
- HAP: wisselende ervaringen helaas vaak gestandaardiseerde triage voor de triage en wellicht zelfs voor ABCD stabiel de vraag palliatief/terminaal dan overdragen regiearts zou op zijn plaats zijn

Collega huisarts

- Huisarts collega krijgt een 8, meestal hoger, maar ik merk dat bij sommige collega;s weerstand is tav de palliatieve zorg in de dienst;
- Beschikbaarheid collegiale contact tijdens de dienst is soms problematisch.
- Bericht wat ik stuur naar HAP tav terminale patiënten: wordt niet gelezen of er wordt niet naar gehandeld. Ik ben bv een keer niet gebeld toen patiënt overleden was terwijl dat wel de afspraak was. HAP is zelf gaan schouwen. Heel vervelend. Wie leest dat overdrachtbericht en hoe staat het in de ICT verborgen???

Algemeen commentaar

- Tevreden hoe het loopt, soms moet je even wachten, maar iedereen is bereid om mee te helpen cq mee te denken.
 - Soms heeft eigen huisarts gezegd beschikbaar te zijn, maar dat wordt over hoofd gezien.
 - Samenwerking verloopt meestal goed, met het hospice heb ik nooit contact in ANW
 - Kost altijd vreselijk veel moeite om de dienstdoende verpleeghuisarts te kunnen bereiken
 - Is afhankelijk van de collega die werkt; De instantie achter de collega is vaak een groter probleem.
 - Ik regel alles zelf met thuiszorg en apotheek. Beiden altijd 24/7 bereikbaar en inzetbaar.
 - Ik ben vaak van het kastje naar de muur gestuurd, van de ene verpleeghuisarts naar de andere, in een ander huis.
 - Ik ben over het algemeen tevreden over de eerstelijns zorg
 - Iha goede ervaringen met care/zorg professionals, redelijk goede ervaringen met artsen/ziekenhuizen, hap scoort voldoende maar er zijn verbeterpunten
 - Iedereen probeert heel goed mee te werken bij patiënten in deze fase van het leven. Natuurlijk hangt het altijd af van de individuele hulpverlener. Overdracht van ziekenhuizen is vaak slecht, en de zorg vaker onvoldoende geregeld voor het thuiskomen> dan moet je nog flink aan de bak op een altijd
-

ongelukkig tijdstip.

- Er is buiten kantoortijden vaak niets tot heel weinig te regelen, mensen zijn vaak niet bereikbaar en thuiszorg wordt tot mijn ergernis steeds verder wegbezuinigd ook bij terminale zorg. Ook ontbreekt regelmatig mantelzorg.
 - Eerstelijns is goed ingericht voor terminale zorg, is mijn ervaring, samenwerking met nulde en tweede lijn ligt lastiger
 - Directe inzage in dossier voor met name visite rijdende huisarts is onvoldoende geregeld.
 - Deels erg wisselend, ene thuiszorg of andere thuiszorginstelling/medewerker/wijkverpleegkundig.
-

Bijlage 12 Toelichtingen gewenste ontwikkelingen

Digitale ontwikkelingen

- Zorgen dat opt-in werkt!!!
- Rechtstreekse inzage in het volledige dossier van de eigen huisarts. Zo ben je altijd up to date , heb je alle info ter beschikking. Tevens geeft dit voor de eigen huisarts verlichting van de administratieve werkzaamheden (geen overdracht of up to date houden van overdracht)
- Opt-in aan
- Ontsluiten van HIS
- Inzage dossier
- In HIS een knopje overdracht (dat zou handig zijn)
- HAP aanmelden bij zorgdomein zodat gemakkelijker info kan worden verstuurd
- Goed functionerend LSP
- Alle huisartsen en posten (en liefst ook ziekenhuis) zelfde HIS gebruiken
- Voorgeprogrammeerde keuzes in hapsysteem m.b.t. voorschrijven van medicatie
- Alleen als het formulier te integreren is in het HIS en niet verplicht is. Dus niet meer administratieve handelingen, immers de laatste 3 maanden zijn al zichtbaar voor de hap bij patiënten met LSP

Persoonlijke beschikbaarheid stimuleren

- Zo min mogelijk overdragen aan huisartsenpost.
- Zelf beschikbaar zijn
- Terug naar persoonlijke en continue zorgverlening
- Palliatieve zorg weer meer door de eigen huisarts en niet oor de HAP
- Palliatieve zorg door eigen huisarts
- Huisartsen motiveren om zelf terminale zorg te verlenen tenzij het echt niet anders kan.
- Huisartsen moeten het zoveel mogelijk zelf doen
- HAGRO's moeten zelf dienst doen voor hun palliatieve patiënten
- Eigen huisarts doet het.
- Betere vergoedingen zodat eigen huisartsen het weer zelf willen gaan doen
- Betere motivatie van huisartsen bereikbaarheid te vergroten voor hun terminale patiënten
- Betere beschikbaarheid door eigen ha
- Altijd eigen huisarts of bij eigen afwezigheid vaste waarnemer regelen

Betere bereikbaarheid en overdracht huisarts

- Goede bereikbaarheid eigen HA
- Volgens mij is de kwaliteit van zorg over het algemeen goed. Grootste variabele is de bereikbaarheid van de eigen huisarts en de kwaliteit van de dienstdoende huisarts. (maar dat geldt voor alle deelaspecten van de zorg, er zijn nu eenmaal verschillen). Qua organisatie verwacht ik maar een geringe bijdrage in het kader van verbeteringen
- Standaard alle 06-nrs van HA op de post. In tijd van nood kunnen we dan eigen HA bellen
- Standaard overdracht door alle huisartsen

Consultatie mogelijkheden

- VTT team
- Vaste consultatiefunctie voor palliatieve zorg op de HAP (dus geen vast team van huisartsen voor de palliatieve zorg, maar als back-up bij vragen)
- Vast consultatieteam ook in ANW
- Team van specialist ouderengeneeskunde die het in zijn geheel overneemt in de ANW diensten
- Overleg palliatief team minder uitgebreid. Niet alles willen weten als ik een korte vraag heb. Ik sta nl dan vaak aan het bed. En de eigen HA beter bereikbaar voor overleg/advies in de dienst
- Inzetten specialisten ouderengeneeskunde
- Ik denk dat het zo zou moeten blijven, mits er voldoende tijd is. Bij onvoldoende tijd dan gaat mijn voorkeur uit naar een specialistisch team van huisartsen voor ANW

Standaard overdracht format/richtlijn/protocol

- Overdrachtsrichtlijnen voor ziekenhuis naar de thuissituatie. Bv ontslag eerst voorbespreken met huisarts. Huisarts heeft meer kennis van wat hij denkt in een situatie te gaan missen als een patiënt naar huis komt. Betere medicatieoverdrachten, geen ellenlange lijsten van medicatie die tijdelijk in het ziekenhuis is gegeven maar al weer is gestopt.
- NHG standaard
- Gestandaardiseerd overdracht voor alle professionals

Overig

- Zorgplan voor palliatieve patiënten op basis van scenario denken
 - Verbeteren/ aanpassen professionele samenvatting
 - Niet altijd alles al van tevoren willen weten en dichttimmeren, maar creatief en meelevend op de ontwikkelingen inspringen.
 - Minder belasting diensten, waardoor eigen huisarts meer tijd over houdt voor eigen patiënten in palliatieve zorgfase
 - Meer tijd voor palliatieve casus
 - Geen van deze, ik ben echt voldoende in staat deze zorg zelf te regelen. Weer een administratief monster dat tijd verslind heb ik niet nodig. Meer hospice en huisartsenbedden in een verzorgingshuis in de buurt zou wenselijk zijn en dan doe ik zelf graag de zorg
 - Geen van bovenstaande! Integendeel: ik zou erg balen van nog meer onzin formulieren of zogenaamde experts. Mijn patiënten hebben behoefte aan een klein team, niet nog meer buitenstaanders die zich er mee bemoeien!
 - Vast team huisartsen op de HAP voor palliatieven zorg ben ik erg tegen. Wij zijn geregistreerd huisarts en moeten dat gewoon zelf doen. Gelukkig is de proef van de HAP Nijmegen in het verleden gestaakt.
 - Betere samenwerkingsverbanden tussen thuiszorg, specialistisch team, dat dingen makkelijker te regelen zijn
-

Bijlage 13 Opmerkingen

- Wij beschikken over een feedback module die ook gebruikt wordt
- Werkt goed via feedback module
- We gebruiken een feedbacksysteem m.b.t. patiënten die gezien zijn door de HAP, facultatief
- VIM-men als er geen overdracht is vind ik een goed idee en wordt tegenwoordig ook wel gedaan
- Via feedback module e.e.a. al wel mogelijk. Dossiervorming: waar staat alle info. Mn met betrekking tot levenseinde. op basis van triage vaak onterecht spoedindicatie.
- Soms heb je zoveel palliatieve patiënten per periode dat een overdracht maken dan moeilijk is en te omslachtig en te tijdrovend. Een knop in het HIS voor overdracht zou dan handiger zijn, waarin al deze dingen staan.
- Privé nr. niet beschikbaar in vakantietijd Overdracht ziekenhuis is vaak laat.
- Overdracht vanuit het ziekenhuis is vaak vlak voor of in het weekend. Dat vraagt om goede voorbereidingen en overdracht om het laatste stuk thuis goed te kunnen begeleiden.
- Overdracht niet nodig als HA het zelf doet.
- Onze HAP heeft een feedback systeem waar weinig gebruik van gemaakt wordt
- Of soort terugkoppeling van het verloop, wat is het vervolg geweest van jouw beleid/interventies etc.
- Nummer eigen huisarts werd te vaak gebeld. Over de hele wereld werd ik gebeld, terwijl ik soms niet eens wist dat er iemand terminaal was. Je moet daar zorgvuldig mee omgaan. Op vakantie wens ik geen telefoon van de HAP. Daarom een memo van mij om mij nooit te bellen. Dat regel ik zelf met de patiënt.
- Mn de te verwachten complicaties staan vaak slecht beschreven in overdracht van zhs waardoor je niet weet wat je kunt verwachten
- Laatste vraag: niet perse met patiënt, maar soms zou ik wel willen weten of het ingestelde beleid ook goed gefunctioneerd heeft.
- Laatste vraag lijkt mij voor de eigen huisarts, Wel prettig als ik te horen zou krijgen dat de follow-up loopt, dit kan via eigen ha of huisartsen post
- Informatie vanuit ziekenhuis laat vaak te lang op zich wachten.
- Informatie van ziekenhuizen ook vaak te laat!rechtstreekse inzage in dossier van eigen huisarts is een must: informatieoverdracht tijdig en volledig nooit voor 100% haalbaar.
- Info blijkt vaak niet aan te komen/te worden verwerkt op de HAP!
- In sommige situaties is het niet mogelijk om altijd beschikbaar te zijn (voor mij) al zou ik dat best willen
- In onze regio bestaat een digitaal feedback formulier, waarmee wij gevraagd en ongevraagd vanaf de HAP feedback kunnen krijgen en geven. Hier wordt goed gebruik van gemaakt.
- Ik zou geen contact willen met patiënten, maar bel wel eens collega om te horen hoe het is gegaan
- Ik zelf kies ervoor om beschikbaar te zijn in ANW uren maar ik vind dat iedere arts dat voor zichzelf moet bepalen.
- Ik wil en kan niet altijd bereikbaar zijn i.v.m. privé zaken, hiervoor is juist de 24 uur zorg door de huisartsenpost opgericht
- Ik mis een opmerkingenveld: de lijst gaat niet over wel/niet starten van bv palliatieve sedatie in de diensturen. Dit is in onze regio niet het beleid, wat vinden huisartsen hiervan?
- Ik meen dat goede overdracht per definitie achterloopt. Beter zou zijn als we inzage hebben in het journaal van patiënt, Vreemd dat U die mogelijkheid niet noemt.
- Ik mag zelf bepalen of mijn tel nr beschikbaar is of niet
- Huisartsen die structureel geen overdracht schrijven en zelf de ANW palliatieve zorg niet leveren, mogen daar op aangesproken worden.
- Hoewel lastig uitvoerbaar zou je bij visites als visite-arts minder tijdsdruk hoeven te ervaren waardoor zorg aan patiënt en naasten zorgvuldiger kan gebeuren.. speciaal palliatief team is geen oplossing daar algemene expertise van huisartsen zal afnemen
- Het zijn soms steeds dezelfde huisartsen waarbij dit soort dingen fout gaan, dat ontnemt de motivatie er iets van te zeggen
- Het moet mogelijk zijn om de palliatieve zorg in laatste levensfase in geval van nood uit te besteden aan HAP. Ik merk dat het niet goed lukt om het zelf te blijven doen als er meerdere terminale patiënten kort na elkaar zijn: het is een enorme aanslag op mijn privé leven; je kunt soms wekenlang geen sociale afspraken maken, de stad niet uit, er is stress als ook mijn man nachtdiensten heeft en we meerdere nachten na elkaar niet kunnen doorslapen. Vooral nu ik ouder word valt mij dat steeds zwaarder.

- Het is aan de eigen huisarts welke zorg hij/ zij wil en kan leveren. Dit geldt ook voor de palliatieve zorg.
 - HA mogen wel aangesproken worden als er een bekend "zorgvragend" terminaal/palliatief ziekbed is, maar er geen overdracht is geschreven. vaak (in eigen situatie) komt er een onverwachte zorgvraag. het EPD is natuurlijk voor dit soort gevallen de ideale informatiebron
 - Grootste knelpunt in de zorg voor terminale patiënten is volgens mij de inter-doktervariatie qua bereikbaarheid en in mindere mate qua kennis. Over het algemeen is deze uitstekend. In zeer kleine mate is de organisatie van de zorg via de HAP een knelpunt. Verbetering daarin is duur en opbrengst is gering
 - Follow up contact verzoek kan via het informatiesysteem op de post worden gevraagd , werkt als regel goed. Collegiale reactie in 75 % van de verzoeken.
 - Feedback vragen is op onze post al mogelijk
 - Feedback over patiënten die ik op de HAP gezien heb: graag, en niet alleen als het palliatieve pt betreft
 - Feedback geven en ontvangen is bij onze HAP mogelijk
 - Er zijn situaties waarin het niet lukt om als eigen ha de ANW te doen, maar dat moet zoveel mogelijk geprobeerd worden.
 - Eigenlijk meermaals per jaar casuïstiek palliatieve zorg in de regio. dit met team te consulteren kaderhuisartsen deze collega's zijn laagdrempelig te bereiken...
 - Eigenlijk ben ik dus van mening dat huisartsen indien het enigszins mogelijk is hun eigen palliatieve zorg dienen te doen.
 - De zorg moet 7x24 geregeld zijn; het is mooi als je als vaste huisarts dat (deels) kan borgen; organisatorische, persoonlijke of relationele redenen kunnen altijd reden zijn om op de HAP achtervang terug te moeten vallen; deze moet er dan ook gewoon staan
 - De laatste 4 items gebeurt al op de HAP Almelo
 - De info overdacht van ZH aan de eigen huisarts is zelden of nooit beschikbaar bij de HAP
 - Continuïteit van zorg dient gewaarborgd te zijn.
 - Bovenstaand is volstrekt afhankelijk van het gegeven hoe de huisarts de zorg voor zijn eigen patiënten organiseert. Ik zou graag een vinkje willen dat bij mijn patiënten een lampje gaat branden altijd overleggen met eigen huisarts bij terminale/palliatieve vragen.
 - Beschikbaarheid van het privénummer impliceert dat ook dat huisarts beschikbaar moet zijn?ik zou niet met patiënten maar wel over patiënten op HAP follow up willen soms
 - Autonomie HA, ik vind dat HA beschikbaar moet zijn, maar wil dit niet opleggen aan collega's
 - Als je op vakantie bent, vind ik niet dat je bereikbaar zou moeten zijn.
 - Als er een verplichting komt dat ha 24/7 beschikbaar moet zijn dan heeft dat veel consequenties. Dat is mi onmogelijk. Ook voor de dagelijkse praktijkvoering. In het huidige systeem is dat mi onmogelijk.
 - Als de eigen huisarts beschikbaar is dan staat dat in de overdracht met 06 maar moet niet altijd gebeld kunnen worden. 40-45 weken per jaar ook ANW beschikbaar de rest wil ik ook niet gebeld worden
 - Ad 1: of huisarts moet aangeven waarom hij niet bereikbaar is >> ook een huisarts gaat nl op vakantie of kan ziek zijn.
 - 1e vraag: dat is bij ons al zo maar altijd beschikbaar kan gewoon niet. De feedback mogelijkheden zijn bij ons allemaal al aanwezig!!
 - "Om de kwaliteit te verbeteren moet er landelijke eenduidigheid bestaan over de wijze van overdragen". Wat mij betreft niet over de wijze van, maar over de INHOUD van
-