

- 7 Levin A. Consequences of late referral on patient outcomes. *Nephrol Dial Transplant* 2000;15 Suppl 3:8-13.
- 8 Trivedi HS, Pang MM, Campbell A. Slowing the progression of chronic renal failure: economic benefits and patients' perspectives. *Am J Kidney Dis* 2002;29:721-9.
- 9 Ter Wee PM, Joma ATM. Behandeling van patiënten met chronische nierinsufficiëntie; richtlijn voor internisten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:719-24.
- 10 Johnson CA, Levey AS, Coresh J, Levin A, Lau J, Eknoyan G. Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease in Adults: Part I. Definition, Disease Stages, Evaluation, Treatment and Risk Factors. *Am Fam Physician* 2004;70:869-76.
- 11 Johnson CA, Levey AS, Coresh J, Levin A, Lau J, Eknoyan G. Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease in Adults: Part II. Glomerular Filtration Rate, Proteinuria and other markers. *Am Fam Physician* 2004;70:1091-7.
- 12 De Lusigan S, Chan T, Stevens P, O'Donoghue D, Hague N, Dzregah B, et al. Identifying patients with chronic kidney disease from general practice computer records. *Fam Practice* 2005;22:234-41.
- 13 Kemperman FAW, Krediet RT, Arisz L. Formula-derived prediction of the glomerular filtration rate from plasma creatinine concentration. *Nephron* 2002;91:547-58.
- 14 Levey AS, Greene T, Kusek JW, Beck GJ, MDRD study group: A simplified equation to predict glomerular filtration rate from serum creatinine. *J Am Soc Nephrol* 2000;11:A0828.
- 15 Poggio ED, Wang X, Greene T, Van Lente F, Hall PM. Performance of the modification of diet in renal disease and Cockcroft-Gault equations in the estimation of GFR in health and in chronic kidney disease. *J Am Soc Nephrol* 2005;16:459-66.
- 16 Froissart M, Rossert J, Jacquot C, Paillard M, Houillier P. Predictive performance of the modification of diet in renal disease and Cockcroft-Gault equations for estimating renal function. *J Am Soc Nephrol* 2005;16:763-73.
- 17 Rahman M, Brown CD, Coresh J, Davis BR, Eckfeldt JH, Kopyt N, et al. The prevalence of reduced glomerular filtration rate in older hypertensive patients and its association with cardiovascular disease. *Arch Intern Med* 2004;164:969-76.
- 18 Naushahi MJ, De Grauw WJC, Avery AJ, Van Gerwen WHEM, Van de Lisdonk AH, Van Weel C. Risk factors for development of impaired renal function in Type 2 diabetes mellitus patients in primary care. *Diabet Med* 2004;21:1096-1101.
- 19 Nationaal Kompas Volksgezondheid: [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)
- 20 NHG. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- 21 Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Goudswaard AN, Uitewaal PJM, Van der Does FEE, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. *Huisarts Wet* 2006;49:137-52.
- 22 Akhari A, Swedko PJ, Clark HD, Hog W, Lemelin J, Magner P, et al. Detection of chronic kidney disease with laboratory reporting of estimated glomerular filtration rate and an educational program. *Arch Intern Med* 2004;164:1788-92.

# Wat vindt de huisarts belangrijk tijdens een dienst?

## Een exploratief onderzoek naar de visie van huisartsen op de kwaliteit van huisartsenposten

Marlies Dijkers, KeesJan Korving, Job van Exel

### Inleiding

Huisartsenposten (HAP's) zijn bedoeld om ook buiten kantooruren huisartsenzorg te leveren.<sup>1</sup> In navolging van Engeland en Denemarken zijn ze in de jaren negentig in hoog tempo in Nederland opgezet: eind 2003 waren er 105 HAP's.<sup>2</sup>

Huisartsen verwachtten aanvankelijk veel van HAP's. De werkdruk zou dalen doordat het aantal diensten afnam, en de dienstverlening zou verbeteren doordat er een altijd assistente aanwezig was, zodat de HAP permanent telefonisch bereikbaar was, en doordat de dienstdoende huisarts beschikte over een auto met chauffeur, zodat hij snel ter plekke kon zijn.<sup>3</sup> Patiënten waren over het algemeen minder positief. Zij vreesden dat de bereikbaarheid achteruit zou gaan en het persoonlijk contact met de eigen huisarts verloren zou gaan.

In de laatste jaren hebben populaire en wetenschappelijke bladen, onder meer naar aanleiding van het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ),<sup>2,4</sup> veel aandacht besteed aan de

kwaliteit van HAP's. Tot dusverre is daarin met name het perspectief van de patiënt aan de orde geweest en hebben – zoals vaak bij veranderingen – de aspecten die (nog) niet goed geregeld zijn de meeste aandacht gekregen. Zo kwam uit het IGZ-rapport naar voren dat er in het algemeen weinig zicht is op de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van huisartsen tijdens de dienst, dat de triage vaak te wensen overlaat, dat medische gegevens onvoldoende beschikbaar zijn en dat de telefonische en fysieke bereikbaarheid onder de maat is. Met name op het platteland, waar openbaar vervoer in de avonduren en weekeinden schaars is, zijn HAP's slecht bereikbaar voor ouderen en alleenstaanden. Maar hoe denken huisartsen over de kwaliteit van de HAP's? Daar is nog weinig onderzoek naar verricht. Het doel van het exploratieve onderzoek dat wij hierna zullen beschrijven was meer inzicht daarin te krijgen, en te weten te komen welke kwaliteitsaspecten zij belangrijk achten.

## Methodie

### Onderzoeksopzet

Wij onderzochten de visie van huisartsen op de kwaliteit van HAP's met behulp van de Q-methodologie.<sup>5-7</sup> Daarbij vraagt men respondenten om een aantal stellingen of uitspraken over een bepaald onderwerp – in dit geval kwaliteitsaspecten van de HAP's – in een rangorde te zetten en deze rangschikking toe te lichten. Met een variant op factoranalyse pogen de onderzoekers vervolgens een beperkt aantal overeenkomstige manieren te achterhalen waarop de rangschikkingen zijn opgebouwd.

Binnen de gezondheidswetenschappen in Nederland is de Q-methodologie betrekkelijk onbekend, maar zij bestaat al zeventig

### Samenvatting

Dijkers M, Korving KM, Van Exel NJA. Wat vindt de huisarts belangrijk tijdens een dienst? Een exploratief onderzoek naar de visie van huisartsen op de kwaliteit van huisartsenposten.

Huisarts Wet 2006;49(9):447-53.

**Achtergrond** Populaire en wetenschappelijke tijdschriften hebben veel geschreven over de kwaliteit van huisartsenposten, maar nog niet vaak vanuit het perspectief van de huisarts.

**Doel** Exploratief onderzoek naar de visie van huisartsen op de kwaliteit van huisartsenposten, en naar de kwaliteitsaspecten die hierin een belangrijke rol spelen.

**Methodie** De onderzoekers maakten gebruik van de Q-methodologie. We interviewden 29 huisartsen die aangesloten zijn bij 11 verschillende huisartsenposten, verdeeld naar werkervaring, geslacht en bevolkingsdichtheid van de vestigingsplaats. De respondenten rangschikten 37 kwaliteitsaspecten in 7 kwaliteits-thema's op volgorde van belang voor de kwaliteit van de huisartsenpost.

**Resultaten** Onder huisartsen bestaan er twee visies op de kwaliteit van huisartsenposten: 'Spoedzaken moeten goed geregeld zijn' en: 'Bereikbaarheid van zorg is de hoofdzaak'. In beide visies staan de drie kwaliteitsthema's bereikbaarheid en toegankelijkheid, verantwoorde zorgassistentie en continuïteit van zorg centraal, maar de prioriteit ervan verschilt. De overige kwaliteitsthema's lijken van ondergeschikt belang. Hoewel zij sterke overeenkomsten vertonen, hebben de twee visies een structureel andere kijk op de rol van de huisarts in de organisatie van de eerste lijn.

**Conclusie** Huisartsen zijn het redelijk eens over welke kwaliteitsaspecten van belang zijn voor de kwaliteit van huisartsenposten. Dat lijkt een mooie aanzet voor de ontwikkeling van meetbare kwaliteitsindicatoren voor huisartsenposten.

Erasmus MC, Institute for Medical Technology Assessment (IMTA), Postbus 1738, kamer L4-125, 3000 DR Rotterdam; Job van Exel, gezondheidseconoom; Erasmus MC, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG): Marlies Dijkers, studente; KeesJan Korving, huisarts.

Correspondentie: n.vanexel@erasmusmc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

### Wat is bekend?

▶ Er is veel geschreven over de mening van overheid en patiënten over de kwaliteit van huisartsenposten, maar nog niet veel over de mening van huisartsen zelf.

### Wat is nieuw?

▶ Onder huisartsen bestaan er twee visies op de kwaliteit van huisartsenposten: 'Spoedzaken moeten goed geregeld zijn' en 'Bereikbaarheid van zorg is de hoofdzaak'.

▶ Welke visie ze ook aanhangen, huisartsen zijn het er redelijk over eens dat de drie kwaliteitsthema's 'bereikbaarheid en toegankelijkheid', 'verantwoorde zorgassistentie', en 'continuïteit van zorg' het belangrijkste zijn voor de kwaliteit van huisartsenposten. Beide visies geven deze thema's echter een verschillende prioriteit.

▶ Aan het verschil in visie lijkt een structureel andere kijk op de rol van de huisarts in de organisatie van de eerste lijn ten grondslag te liggen.

jaar<sup>5</sup> en is internationaal al vaak toegepast op onderwerpen binnen de gezondheidszorg.<sup>8-12</sup> Voor een basishandleiding verwijzen wij naar Van Exel en De Graaf.<sup>7</sup> Het voordeel van een Q-methodologisch onderzoek is dat een kleine maar goed geselecteerde populatie huisartsen een betrouwbaar beeld kan opleveren van de visies die bij alle huisartsen leven.<sup>13</sup>

In de kwalitatieve fase van het onderzoek hebben wij op basis van literatuur een inventarisatie gemaakt van kwaliteitsaspecten van HAP's,<sup>2-4,14-20</sup> en aan de hand daarvan huisartsen geïnterviewd. Via bestaande contacten benaderden wij daartoe vier huisartsen uit drie praktijken die waren aangesloten bij een HAP. Twee huisartsen hadden veel ervaring, één van hen had tamelijk veel ervaring en één was recent begonnen. Twee van de vier waren werkzaam in een stedelijke omgeving en twee op het platteland (een vestigingsplaats met minder dan dertigduizend inwoners hebben wij in dit onderzoek als platteland aangemerkt). Tijdens de interviews vroegen wij deze huisartsen eerst om zelf zoveel mogelijk kwaliteitsaspecten te benoemen, daarna bespraken we de kwaliteitsaspecten uit het literatuuronderzoek.

De informatie uit deze interviews gebruikten wij om de lijst met kwaliteitsaspecten uit het literatuuronderzoek aan te passen en aan te vullen. Vervolgens hebben wij de lijst gestructureerd aan de hand van de zeven thema's van een kwaliteitsmodel voor HAP's.<sup>21</sup>

- verantwoorde zorgassistentie;
- continuïteit van zorg;
- kwaliteitsborging;
- bereikbaarheid en toegankelijkheid;
- organisatie;
- voorzieningenniveau;
- service.

Na het elimineren van dublures, enkele samenvoegingen en enige tekstuele bewerking bleef er een lijst over van 37 kwaliteits-



**Tabel** Rangscore van kwaliteitsaspecten per visie

Kwaliteitsaspecten	Visies	
	Spoedzaken moeten goed geregeld zijn	Bereikbaarheid van zorg is de hoofdzaak
1 Deskundigheid assistente	+3	+3
2 Organisatie samenwerking huisarts en assistente	+2	+1
3 Nascholing assistente	0	0
4 Terugkoppeling informatie naar eigen huisarts	+2	+1
5 Patiëntgegevens toegankelijk op de post*	0	-3
6 Overdracht naar volgende dienstdoende arts op de post*	+1	-1
7 Afspraken over hoe te handelen door artsen bij onterechte medische consumptie	-2	-1
8 Goede bereikbaarheid CPA/ziekenhuizen*	+1	+3
9 Aanwezigheid systeem voor vergissingen en bijna fouten	0	0
10 Ontvangstbevestiging bij gevallen die de volgende dag actie behoeven	-1	-1
11 Goed functionerende klachtenregeling	0	0
12 Aandeel verkochte diensten	-3	-2
13 Autorisatie*	+1	-1
14 Patiëntvoorlichting over wanneer de post te bellen*	0	+2
15 Telefonische bereikbaarheid van de post normaal	+2	+1
16 Telefonische bereikbaarheid van de post bij spoed*	+3	0
17 Korte wachttijd op de post	-1	-2
18 Bereikbaarheid van de post voor patiënten	+1	+2
19 Toegankelijkheid van de post voor patiënten*	0	+1
20 Voorlichting over werkwijze van de post	0	-1
21 Grootte en inrichting van de wachtkamer	-2	-2
22 Voorziening bij drukte (bijv achterwacht)	+1	0
23 Omvang voorzieningsgebied van de post	-1	0
24 Deskundigheid management van de post	0	0
25 Informatie voor dienstdoende huisartsen over organisatiestructuur op de post	-1	0
26 Afspraken met de gemeente rondom rampenbestrijding	-2	-2
27 Voldoende inrichting van de spreek- en behandelkamers*	+1	0
28 Aanwezigheid en onderhoud van noodmedicatie	+1	+1
29 Aanwezigheid van spoedauto met chauffeur*	+2	-1
30 Kunnen rijden met sirene*	-1	-3
31 Beveiliging van personeel op de post en bij visites	-1	0
32 Leefvoorzieningen voor personeel	-2	-1
33 Uitstraling van het pand*	-3	-1
34 Apotheek in de nabijheid*	-1	+2
35 Patiëntgerichtheid van de assistenten	0	0
36 Respecteren van privacy patiënt bij binnenkomst door assistenten*	0	+1
37 Netheid/hygiëne op de post*	0	+2

In beide visies kan een kwaliteitsaspect een score behalen tussen +3 (meest belangrijk) en -3 (minst belangrijk), zie ook de *figuur*. Kwaliteitsaspecten heten kenmerkend als ze in de samengestelde rangschikking +3, +2, -2 of -3 scoren (vet gedrukt); ze heten onderscheidend als de score tussen de visies statistisch significant verschilt ( $p < 0,01$ ). Laatstgenoemde aspecten zijn aangeduid met \*.

## Resultaten

### Populatie

Aan het onderzoek werkten 26 huisartsen mee en 3 aios, aangesloten bij 11 verschillende HAP's. Van de respondenten waren er 17 (59%) van het mannelijk geslacht, waren er 21 (72%) gevestigd op het platteland en werkten er 12 (41%) in een solo praktijk. Hun werkervaring varieerde van 1 tot 42 jaar (exclusief aios) en bedroeg gemiddeld 18 jaar.

### Visies op kwaliteit van HAP's

De Q-analyse van de rangschikkingen leidde tot een tweefactoroplossing, dat wil zeggen dat wij onder huisartsen twee onderscheiden visies vonden op de kwaliteit van een HAP. In de *tabel* staan de samengestelde rangschikkingen van kwaliteitsaspecten die bij beide visies horen. Tweeëntwintig huisartsen delen de eerste visie, drie huisartsen delen de tweede. De twee factoren verklaren gezamenlijk 50% van de variantie in rangschikking van de kwaliteitsaspecten. De correlatie tussen beide factoren is 0,56.

#### *Spoedzaken moeten goed geregeld zijn*

Huisartsen met deze visie vinden telefonische bereikbaarheid bij

spoed (kwaliteitsaspect [16], zie *tabel*) en deskundigheid van de assistente [1] de belangrijkste kwaliteitsaspecten voor een HAP. Over telefonische bereikbaarheid bij spoed: 'Spoed is het belangrijkste tijdens een dienst, bij goede bereikbaarheid kan snel actie ondernomen worden', 'Bij ontbreken van deze voorwaarde gaat het heel snel fout', 'Bereikbaarheid bij spoed redt levens en scheelt een hoop paniek' en: 'Als de post niet bereikbaar is bij spoed zullen mensen sneller geneigd zijn de ambulance te bellen'.

Over de deskundigheid van de assistente: 'Door de triage is de assistente de belangrijkste schakel in het hulpverleningsproces op de post', 'Een goede assistente voorkomt onnodig werk voor de huisarts', 'Spoed moet goed ingeschat worden' en: 'De assistente moet adequate telefonische adviezen kunnen geven'. Andere kenmerkende kwaliteitsaspecten voor deze visie zijn:

- normale telefonische bereikbaarheid [15] ('Het is een enorme geruststelling voor patiënten als ze weten dat ze

redelijk snel een dokter aan de lijn krijgen wanneer zij hulp nodig hebben', 'De voorziening staat of valt bij bereikbaarheid, mensen moeten ergens met hun klacht terecht kunnen');

- de aanwezigheid van een spoedauto met chauffeur [29] ('Omdat je bij ernstige calamiteiten snel ter plaatse bent', 'Omdat het verzorgingsgebied vaak gedeeltelijk onbekend is en de chauffeur als extra beveiliging dient');
- terugkoppeling naar de eigen huisarts [4] ('De eigen huisarts blijft de spil in de behandeling, goede en snelle informatie is dan nodig', 'Terugkoppeling zorgt voor continuïteit van zorg en dit is essentieel', 'De langetermijnopvolging is voor veel problemen belangrijk');
- de organisatie van de samenwerking tussen huisarts en assistente [2].

Onderscheidende kwaliteitsaspecten voor deze visie zijn bovendien:

- voldoende inrichting van de spreek- en behandelkamers [27];
- overdracht naar volgende dienstdoende arts op de post [6];
- autorisatie [13];
- patiëntgegevens toegankelijk op de post [5].

Het minst belangrijk vinden deze huisartsen de uitstraling van het pand [33] ('Wij zijn geen advocatenkantoor!', 'Uitstraling is ondergeschikt aan de geleverde kwaliteit van zorg', 'Het is leuk, maar niet noodzakelijk'), het aandeel verkochte diensten [12] ('Je kunt het met waarnemers wel of niet treffen, maar dit geldt even goed voor huisartsen die aangesloten zijn bij de post', 'Het maakt mij totaal niets uit wie er dienst doet', 'Kwaliteit is belangrijker dan persoon'), en grootte en inrichting van de wachtkamer [21] ('Het is leuk als het er mooi uitziet, maar is voor spoedzorg geen prioriteit', 'Liever een kleine wachtkamer dan minder plaats voor spreekkamers en onderzoekkamers').

#### *Bereikbaarheid van zorg is de hoofdzaak*

Huisartsen met deze visie vinden het voor de kwaliteit van HAP's zeer belangrijk dat de Centrale Post Ambulance (CPA) en ziekenhuizen goed bereikbaar zijn [8] ('Bij het redden van levens is dit punt cruciaal'). Telefonische bereikbaarheid bij spoed [16], aanwezigheid van een spoedauto met chauffeur [29] en kunnen rijden met sirene [30] zijn in deze visie echter aanmerkelijk minder belangrijk dan in visie 1 ('Voor superspoed is er de ambulance, in overige gevallen is het verschil tussen sirene en geen sirene beperkt in mijn ogen', 'Volkomen onzin voor de huisarts').

Andere belangrijke kwaliteitsaspecten zijn:

- apotheek in de nabijheid [34];
- patiëntvoorlichting over wanneer de post te bellen [14] ('De post is bedoeld voor medische spoedzaken die niet kunnen wachten tot kantooruren. Bij verkeerde verwachtingen van patiënten kunnen conflicten ontstaan');
- bereikbaarheid van de post voor patiënten [18];
- toegankelijkheid van de post voor patiënten [19]

De deskundigheid van de assistente [1] is in deze visie echter het allerbelangrijkst, want zij: '... doet de triage, bepaalt voor een zeer groot deel de taak van de arts' en: '... bepaalt de gang van zaken op de huisartsenpost en is bepalend voor rust versus onrust en drukte versus georganiseerd'.

Deze huisartsen hechten er een aanzienlijk groter belang aan dat de assistente de privacy van de patiënt bij binnenkomst respecteert [36] en dat de HAP netjes en hygiënisch is [37]. In overeenstemming hiermee vinden zij de uitstraling van het pand [33] aanmerkelijk minder onbelangrijk dan in visie 1, maar: 'We werken omdat we de mensen willen helpen, niet om hoe we naar buiten uitstralen'.

Relatief onbelangrijk is of patiëntgegevens toegankelijk zijn op de post [5] ('Het gaat om spoedgevallen, er is geen tijd om dossiers door te werken'), evenals de grootte en inrichting van de wachtkamer [21] ('De HAP is voor acute zaken, ruimte is niet belangrijk als er acuut beslissingen genomen moeten worden').

#### **Consensus**

Over een behoorlijk aantal kwaliteitsaspecten bestaat consensus tussen beide visies – dat wil zeggen dat er geen statistisch significant verschil bestond in de rangordering van deze kwaliteitsas-

pecten –, maar in veel gevallen ging het om de minder saillante kwaliteitsaspecten in de middelste drie kolommen van het invulschema (zie *figuur 1*). We beperken ons hier tot de aspecten die kenmerkend zijn voor ten minste één van beide visies.

Over de deskundigheid van de assistente [1], de organisatie van de samenwerking tussen huisarts en assistente [2] en de terugkoppeling naar de eigen huisarts [4] zijn alle huisartsen het eens: deze aspecten zijn belangrijk voor de kwaliteit van een HAP. Anderzijds zijn ze het ook eens over de kwaliteitsaspecten die niet zo belangrijk zijn, en dat zijn er aanzienlijk meer: het aandeel verkochte diensten [12], grootte en inrichting van de wachtkamer [21], afspraken met de gemeente rondom rampenbestrijding [26], korte wachttijd op de post [17], afspraken over hoe te handelen bij onterechte medische consumptie [7] en leefvoorzieningen voor het personeel [32].

#### **Duiding**

Doordat de huisartsen het grotendeels eens zijn over de kenmerkende kwaliteitsaspecten, hebben beide visies veel gemeen. Er zijn echter ook duidelijke verschillen. Huisartsen die de functie van de HAP primair zien als spoedgeneeskunde, vinden het belangrijk dat alles op de HAP goed geregeld is zodat zij als dienstdoend huisarts deze functie naar behoren kunnen uitoefenen. Wij hebben deze visie daarom aangeduid als 'Spoedzaken moeten goed geregeld zijn'. Andere huisartsen leggen er meer algemeen de nadruk op dat de zorg goed bereikbaar moet zijn. De HAP moet telefonisch en fysiek bereikbaar zijn voor patiënten en bij voorkeur een apotheek in de nabijheid hebben, en in spoedgevallen moeten CPA en ziekenhuizen goed bereikbaar zijn. Wij hebben deze visie daarom aangeduid als 'Bereikbaarheid van zorg is de hoofdzaak'.

#### **Discussie**

Doel van dit onderzoek was een beeld te krijgen van wat huisartsen het belangrijkste vinden voor de kwaliteit van HAP's. Het onderzoek heeft twee visies aan het licht gebracht, die sterke overeenkomsten vertonen maar ook duidelijk verschillende prioriteiten geven aan enkele kwaliteitsaspecten.

De visie 'spoedzaken moeten goed geregeld zijn' (visie 1) houdt in dat de dienstdoende huisartsen op de HAP spoedzaken goed moeten kunnen afhandelen. Zij legt derhalve de nadruk op de kwaliteitsthema's 'bereikbaarheid en toegankelijkheid' en 'verantwoorde zorgassistentie', met daarnaast 'continuïteit van zorg'. De HAP is allereerst bedoeld voor spoedgeneeskunde, allerlei toeters en bellen daaromheen zijn veel minder belangrijk.

De visie 'bereikbaarheid van zorg is de hoofdzaak' (visie 2) legt sterk de nadruk op 'bereikbaarheid en toegankelijkheid', maar vooral in de zin dat patiënten in geval van spoed moeten weten waar ze terecht kunnen – en dat is niet noodzakelijkerwijs bij de HAP. Voor echte spoed is er de CPA. In alle andere gevallen zijn de fysieke bereikbaarheid en toegankelijkheid van de HPA belangrijk, meer dan in de eerste visie, en ook dat de HPA er een beetje netjes uitziet.



## Abstract

Dijkers M, Korving KM, van Exel NJA. What does the GP consider important when he is on call? An exploratory study of the viewpoint of GPs regarding the quality of after-hours GP services. *Huisarts Wet* 2006;49(9):447-53.

**Background** Popular and scientific literature has paid a great deal of attention to the quality of after-hours general practice clinics, but hardly ever from the GP perspective.

**Aim** Explorative investigation of GP viewpoints on the quality of after-hours general practice clinics and of the quality aspects that play an important part in them.

**Method.** Q-methodological study. Interviews were carried out with 29 GPs, selected according to working experience, gender and population density of practice location, from 11 different after-hours practices. Respondents rank-ordered 37 aspects of quality in 7 GP care quality themes: responsible care assistance, continuity of care, quality assurance, accessibility, organisation, facilities, service, according to their importance for the quality of after-hours general practice clinics.

**Results** There are two points of view among GPs regarding the quality of after-hours general practice clinics, which can be labelled as: 'Urgent matters must be well organised' and 'Accessibility of care is the main issue'. The quality themes of responsible care assistance, accessibility, and continuity of care were central to both viewpoints, but with differing priorities. The other quality themes seem to be of subordinate importance. The views show strong similarities, but differ structurally in their perception of the role of GPs in the organisation of primary care.

Er bestaat dus consensus onder huisartsen over de aspecten die van belang zijn voor de kwaliteit van de HAP, en ook over welke aspecten minder belangrijk zijn: 'service' en 'voorzieningsniveau' achten zij nog wel van enig belang, maar 'kwaliteitsborging' en 'organisatie' lijken hen van weinig invloed op de kwaliteit van een HAP.

## Kanttekeningen

Wij presenteren hier twee visies. In de analysefase hebben wij diverse alternatieve oplossingen in ogenschouw genomen met drie tot vijf factoren, maar deze gaven een zeer vergelijkbaar beeld: de visie 'bereikbaarheid van zorg is de hoofdzaak' kwam steeds terug als tamelijk onveranderlijke factor, terwijl de visie 'spoedzaken moeten goed geregeld zijn' uiteenviel in sterk gecorreleerde factoren met kleine nuanceverschillen. Sommige huisartsen hechten bijvoorbeeld belang aan de 'aanwezigheid van spoedauto met chauffeur', anderen daarentegen geven aan dat zij net zo lief zelf rijden bij een spoedgeval. Dergelijke voorkeuren leiden weliswaar tot een iets andere rangschikking van de kwaliteitsaspecten maar zeker niet tot een structureel verschil in visie.

Tegen de hier gepresenteerde tweedeling van visies zou ingebracht kunnen worden dat het, gegeven het totaal aan kwaliteitsaspecten, vooral om een nuanceverschil gaat. Beide visies stellen immers het kwaliteitsthema 'bereikbaarheid en toegankelijkheid'

centraal, zij het dat huisartsen met visie 1 vooral de nadruk leggen op telefonische bereikbaarheid en goede vervoersvoorzieningen in spoedgevallen, terwijl huisartsen met visie 2 er meer belang aan hechten dat men patiënten goed voorlicht over wanneer zij de post moeten bellen en dat CPA en ziekenhuizen goed bereikbaar zijn. Toch lijkt het ons dat het wel degelijk om een structureel verschil gaat. Beide visies vertegenwoordigen namelijk een verschillende kijk op de rol van de huisarts in de organisatie van de eerste lijn.

Verder moet men zich realiseren dat deze visies gebaseerd zijn op een specifieke set kwaliteitsaspecten. De lijst in de tabel is samengesteld op basis van literatuuronderzoek en interviews, en het aldus verzamelde materiaal is gerelateerd aan een kwaliteitsmodel. Naar onze verwachting is de lijst representatief. Ieder gepubliceerd lijstje roept echter als vanzelf om aanvulling. Onafhankelijk van het feit of deze lijst volledig en definitief is, lijkt het ons raadzaam dit onderzoek nog eens te repliceren.

In dit onderzoek hebben we niet gezocht naar verbanden tussen een van beide visies en variabelen zoals werkervaring, geslacht, bevolkingsdichtheid van de vestigingsplaats en solo- of groepspraktijk. Hiervoor is de Q-methodologie niet bedoeld, de onderzoekspopulatie is bovendien niet representatief voor de populatie huisartsen. De kleine steekproef en de selectieprocedure van dit onderzoek maken het moeilijk om de verdeling over alle kenmerken (man/vrouw, stad/platteland, et cetera) volledig evenredig of representatief te krijgen. Dat is voor deze methodiek ook niet van het grootste belang: vaak selecteren de onderzoekers die met deze methode werken hun respondenten niet eens in een gestructureerde procedure maar gewoon *at random* en vervolgens, zoals ook wij gedaan hebben, via de sneeuwbalmethode verder. Een alternatief zou zijn geweest om met een kleinere eerste groep te beginnen en dan niet één enkele, maar twee of drie sneeuwbalrondes te doen met huisartsen die door collega's aangewezen zijn op basis van het vermoeden dat ze er een heel andere visie op na houden. Omdat dit alternatief echter veel meer tijd zou vergen (planning, afname interviews) hebben we ervan afgezien.

De resultaten van dit onderzoek zijn derhalve niet generaliseerbaar – in traditionele zin – naar de huisartsenpopulatie, maar wel representatief voor de visies van huisartsen op de kwaliteit van HAP's. Men mag dus geen conclusies verbinden aan het feit dat 22 huisartsen visie 1 delen en 3 huisartsen visie 2: om de prevalentie van beide visies onder huisartsen te bepalen zou een representatief onderzoek noodzakelijk zijn.

## Tot slot

Vorig jaar is, naar aanleiding van het IGZ-rapport,<sup>2</sup> in dit tijdschrift gepleit voor de ontwikkeling van meetbare kwaliteitsindicatoren voor HAP's.<sup>4</sup> De indicatoren die vanuit het patiëntperspectief van belang zijn, zijn in het IGZ-rapport<sup>2</sup> en elders ruim aan bod gekomen. Dit artikel geeft inzicht in kwaliteitsindicatoren die huisartsen belangrijk vinden en laat zien dat huisartsen het hierover grotendeels met elkaar eens zijn. Dat lijkt een mooie aanzet.

## Literatuur

- 1 Post J, De Haan J, Groenier K. De vraag naar huisartsenzorg buiten kantooruren: een rekenmodel. *Huisarts Wet* 2001;44:418-22.
- 2 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Huisartsenposten in Nederland: Nieuwe structuren met veel kinderziekten. <http://www.igz.nl>, 2004.
- 3 Post J. Grootchalige huisartsenzorg buiten kantooruren [Proefschrift]. Groningen: RUG, 2004.
- 4 Onderzoek Inspectie voor de Gezondheidszorg: Kinderziekten bij de huisartsenposten. *Huisarts Wet* 2004;47:64-5.
- 5 Stephenson W. Correlating persons instead of tests. *Character and Personality* 1935;4:17-24.
- 6 Brown, SR. Political subjectivity: Applications of Q methodology in political science. New Haven (CT): Yale University Press, 1980.
- 7 Van Exel NJA, De Graaf G. Q methodology: A sneak preview. <http://www.jobvanexel.nl>, 2005.
- 8 Risdon A, Eccleston C, Crombez G, McCracken L. How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Soc Sci Med* 2003;56:375-86.
- 9 Ryan CJ, Zerwic JJ. Knowledge of symptom clusters among adults at risk for acute myocardial infarction. *Nurs Res* 2004;53:363-9.
- 10 Snethen JA, Broome ME, Bartels J, Warady BA. Adolescents' perception of living with end stage renal disease. *Pediatr Nurs* 2001;27:159-61, 164-7.
- 11 Stenner PH, Cooper D, Skevington SM. Putting the Q into quality of life; the identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. *Soc Sci Med* 2003;57:2161-72.
- 12 De Graaf G, Brouwer WBF, Van Exel NJA. Beelden van de eigen gezondheid bij jongeren in klas 1 en 2 van het voortgezet onderwijs: Een Q-methodologisch onderzoek. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2006;84:215-22.
- 13 Cross RM. Exploring attitudes: the case for Q methodology. *Health Educ Res* 2005;20:206-13.
- 14 Brandsma F. De kinderziekten bij de huisartsenposten: Wat we er zelf aan kunnen doen. *Huisarts Wet* 2004;47:nhg-110-1.
- 15 Stalenhoef A. De kinderziekten bij de huisartsenposten: Wat doet de NHG voor de huisarts? *Huisarts Wet* 2004;47:nhg-139.
- 16 Van der Werf G. Hulpvragen op de dokterspost: Ongerust of urgent? *Huisarts Wet* 2005;48:206.
- 17 Engels Y, Mokkink H, Van den Hombergh P, Van den Bosch W, Van den Hoogen H, Grol R. De werkbelasting van de huisarts neemt af. *Huisarts Wet* 2003;46:482-7.
- 18 Schers H, Giesen P, Raes S, Van den Hoogen H, Van den Bosch W. Continuïteit tijdens de waarneemdienst: de behoefte aan het medisch dossier. *Huisarts Wet* 2001;44:412-8.
- 19 Visser JJ, Bastmeijer J. Een stap te ver: Triage door doktersassistenten is maatschappelijk ongewenst. *Med Contact* 2003;58:132-5.
- 20 Huisartsenpost Almere komt goed uit onderzoek van inspectie en universiteit. <http://www.zorggroep-almere.nl/nieuws/2004/hap.htm>, 2004.
- 21 Van de Rijdt-van de Ven AHJ. Kwaliteitsmodel centrale huisartsenposten. Definitief werkconcept. Werkgroep Kwaliteit & Diensten. <http://www.artsennet.nl/upload/104/5919/kwaliteitsmodel.pdf>, 2001.
- 22 Schmolck P, Atkinson J. PQMethod. <http://www.rz.unibw-muenchen.de/~p41bsmk/qmethod>, 2002.