



International Health Policy Survey 2012

Commonwealth Fund

Onderzoek onder huisartsen in 11 landen

Dr. MJ Faber

T van Loenen, MSc

Prof. dr. GP Westert

UMC St Radboud

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare)

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
1. Samenvatting	2
2. Resultaten	4
2.1 Praktijkorganisatie en taakherschikking in de huisartsenpraktijk.....	4
2.2 Patiënt als partner	8
2.3 Informatie & Communicatie Technologie in de huisartsenpraktijk	10
2.4 Transmurale informatie uitwisseling.....	12
2.5 Toegankelijkheid.....	13
2.6 Kwaliteit.....	17
3. Beschouwing	19
Literatuur	23
Bijlage 1: Methodologie van het onderzoek.....	24
Het meetinstrument.....	24
Uitvoering van het veldwerk	24
Definitie van de steekproef	25
Respons percentage	26
Representativiteit van de steekproef	27
Data analyse	27
Bijlage 2: Tabellen met resultaten	28
Tabel 1: Praktijkprofiel en demografische gegevens	29
Tabel 2: Kwaliteitsoordeel en tevredenheid over het systeem	31
Tabel 3: Toegankelijkheid van zorg en patiëntenzorg.....	33
Tabel 4: Organisatie van zorg	34
Tabel 5: Transmurale informatie uitwisseling.....	36
Tabel 6: ICT- functionaliteit	38
Tabel 6: Meten van praktijkverbeteringen.....	41
Tabel 7: Additionele beloning	42
Tabel 8: Medische diensten binnen praktijk	43
Tabel 9: Verwijzen	43

Voorwoord

De gezondheidszorg staat prominent op de beleidsagenda van het kabinet Rutte II. De discussie gaat in de eerste weken na het gereedkomen van het regeerakkoord echter niet over de kwaliteit van zorg, maar over de hoogte van de premie voor de basisverzekering. Het zijn ingrijpende maatregelen die de regering voorstelt, en de gevolgen voor de zorg zullen zich de komende jaren gaan aftekenen.

In dit rapport staat de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg centraal, zoals die door huisartsen anno 2012 wordt ervaren. Er is aandacht voor bijvoorbeeld de praktijkorganisatie, de samenwerking met de tweedelijns en de fysieke en financiële toegankelijkheid van de zorg. De resultaten zijn afkomstig uit de 2012 *Commonwealth Fund International Health Policy Survey*. Naast Nederlandse huisartsen namen huisartsen uit nog 10 andere Westerse landen deel. Dit levert een genuanceerd beeld op van het functioneren van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, zoals dat door huisartsen wordt ervaren.

Het onderzoek is gesubsidieerd door de Commonwealth Fund, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en IQ healthcare. Het onderzoek is uitgevoerd met ondersteuning van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Nijmegen, 15 november 2012

1. Samenvatting

In de periode tussen maart en juni 2012 ontvingen 1100 huisartsen een uitnodiging voor deelname aan de jaarlijkse *Commonwealth Fund International Health Policy Survey*. Nederland doet sinds 2006 aan dit onderzoek mee. De andere deelnemende landen zijn Duitsland, Frankrijk, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk, Zweden, Zwitserland, de Verenigde Staten, Canada, Australië en Nieuw-Zeeland. Een representatieve steekproef van ruim 6% van de Nederlandse huisartsen (522) vulde de vragenlijst in. In totaal gaven 9776 huisartsen hun mening over de gezondheidszorg.

Deze rapportage stelt zes thema's centraal om een beeld te geven voor de prestaties van het Nederlandse gezondheidssysteem.

Praktijkorganisatie en taakherschikking

In vergelijking met de andere landen die meedoen aan het IHP Survey hebben Nederlandse huisartsen de grootste patiëntenpopulatie. Per fulltime huisarts zijn hier 2100 patiënten ingeschreven. Nederlandse huisartsen besteden gemiddeld genomen 65% van hun werktijd aan direct patiëntencontact, wat een van de laagste percentages is onder de deelnemende landen. De hoeveelheid tijd die de huisarts of praktijkmedewerker besteedt aan administratie in verband met zorgverzekeringen of declaraties vindt 48% van de Nederlandse respondenten een groot probleem. Ook dit cijfer is hoog. Het verdelen van taken tussen huisarts en bijvoorbeeld een praktijkondersteuner (POH) vindt wel plaats, maar daarbij zien we vooral dat taken door beide worden uitgevoerd en niet dat een POH de taak volledig overneemt.

Patiënt als partner

Het begeleiden van patiënten is één van de kerntaken van de huisarts. Dat betekent patiënten ondersteunen zodat ze zelf verantwoordelijkheid kunnen nemen voor hun gezondheid en het 'managen' van hun ziekte. Toch geeft slechts 34% van de Nederlandse huisartsen routinematig schriftelijke zelfmanagement instructies. Er worden vaker zelfmanagementinstructies meegegeven als er een POH of verpleegkundige in de praktijk aanwezig is. Van de huisartsen die aangeven dat patiënten routinematig instructies ontvangen, maakt 87% gebruik van een POH of verpleegkundige, bij de huisartsen waar geen zelfmanagement instructies worden uitgegeven, ligt dat percentage veel lager: 53%.

ICT in de huisartsenpraktijk

98% van de Nederlandse praktijken maakt gebruik van een elektronisch patiëntendossier. Veel ICT-toepassingen zijn in de Nederlandse huisartsenpraktijk gemeengoed: automatische waarschuwingen bij potentiële problemen met dosering of interacties van medicijnen, verwijzen, voorschrijven, doorsturen van recepten naar de apotheek. Het elektronisch aanvragen van laboratoriumtesten is veel minder gebruikelijk: in 2009 gaf 6% aan dit routinematig te doen, in 2012 is dit gestegen naar 11%. In Nederland geeft 63% van de praktijken patiënten de mogelijkheid om online herhaalrecepten aan te vragen. De mogelijkheid om online afspraken of verwijzingen aan te vragen blijft in Nederland met een percentage van 13% achter bij andere landen.

Transmurale informatie uitwisseling

Als een patiënt bij een specialist is geweest, ontvangen huisartsen bijna altijd een verslag van deze specialist (89%). Echter, 40% van de Nederlandse huisartsen zegt dat informatie over veranderingen die medisch specialisten doorvoeren in de medicatie of het zorgplan van de patiënt ontbreekt. Daar staat tegenover dat als patiënten op de spoedeisende hulp (SEH) zijn geweest of zijn ontslagen uit het ziekenhuis, Nederlandse huisartsen bijna altijd een melding ontvangen. Het uitwisselen van dergelijke informatie zou sneller kunnen: 66% van de praktijken heeft binnen vier dagen de informatie binnen. Dit percentage is overigens wel gestegen ten opzichte van 2009 toen het nog op 58% lag.

Toegankelijkheid

Rondom wachtlijstproblematiek ervaren de Nederlandse huisartsen een dalende trend over de periode 2006-2012. Het percentage huisartsen dat verwacht dat patiënten problemen ervaren met wachtlijsten voor een medisch specialist, diagnostiek en behandeling is in deze periode gehalveerd. Opmerkelijk is dat een meerderheid van de Nederlandse huisartsen (57%) vindt dat patiënten te veel medische zorg ontvangen. Het gaat hier zowel om eerstelijns- als om tweedelijnszorg.

Kwaliteit

Meer dan de helft (54%) van de Nederlandse huisartsen vindt dat het zorgsysteem goed functioneert en hoogstens kleine wijzigingen nodig heeft. Vier op de tien huisartsen vinden bovendien dat de kwaliteit van de medische zorg is verbeterd in de afgelopen drie jaar. Over het eigen beroep zijn de meeste Nederlandse huisartsen (88%) tevreden.

De resultaten laten zien dat op diverse aspecten de kwaliteit van zorg verbetert in Nederland. Maar er zijn ook ontwikkelingen die aandacht behoeven. De resultaten bieden belangrijke aanknopingspunten voor huisartsen om een bijdrage te leveren aan het betaalbaarheidsprobleem in de Nederland zorg, zonder dat de gezondheidszorg aan kwaliteit inboet, eerder zelfs verbetert.

2. Resultaten

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van de IHP 2012 Survey van de Commonwealth Fund voor een zestal beleidsrelevante thema's.

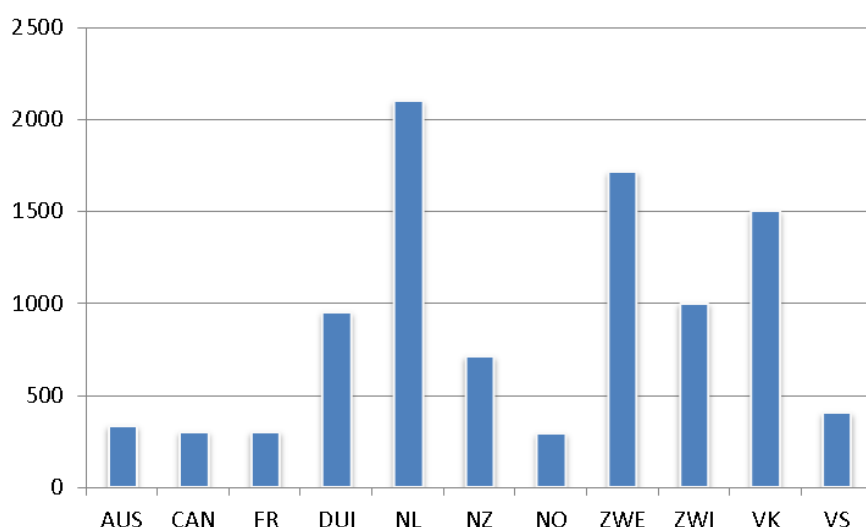
2.1 Praktijkorganisatie en taakherschikking in de huisartsenpraktijk

De organisatie van de huisartsenpraktijk is van grote invloed op de kwaliteit van de geleverde zorg. In deze paragraaf presenteren we een aantal kenmerken, die substantiële variatie vertonen tussen de deelnemende landen:

- Het aantal ingeschreven patiënten per praktijk en per fte huisarts
- De samenstelling van het personeelsbestand van de huisartsenpraktijk
- De taakverdeling tussen huisartsen en niet-artsen
- Speciale verrichtingen

De Nederlandse huisartsenpraktijk is relatief groot. 40% van de Nederlandse huisartsen gaf aan dat er meer dan 3000 patiënten in de praktijk stonden ingeschreven. Alleen het Verenigd Koninkrijk had een hoger gemiddeld aantal patiënten per praktijk: 4578 patiënten in vergelijking met 3305 patiënten in Nederland. Het aantal patiënten per fulltime huisarts is in Nederland ten opzichte van de andere landen ook beduidend hoger, zoals geïllustreerd in figuur 1. De mediaan voor het aantal patiënten per fulltime huisarts ligt in Nederland op 2100 ingeschreven patiënten. In Noorwegen ligt de mediaan het laagst (292 patiënten per fulltime huisarts).

Figuur 1. Mediaan van het aantal ingeschreven patiënten in een praktijk per fulltime huisarts.



AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWI = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

De samenstelling van het personeelsbestand in een gemiddelde huisartspraktijk is voor ieder land uniek. De Nederlandse praktijken zijn met gemiddeld 2.1 fte huisartsen per praktijk relatief klein. In de Franse, Duitse en Zwitserse praktijken zijn gemiddeld minder dan twee fte huisartsen werkzaam. Praktijken in de andere landen zijn groter. De praktijken in de Verenigde Staten zijn met gemiddeld

20.5 fte huisartsen per praktijk veel groter dan de praktijken in de andere landen. In Nederland zijn, in vergelijking met de andere landen, weinig medisch specialisten werkzaam in een praktijk: in slechts 12% van de praktijken is dit het geval, tegenover bijvoorbeeld 53% in het Verenigd Koninkrijk. De hoeveelheid ondersteunend personeel varieert eveneens sterk per land. Tabel 1 laat het gemiddelde aantal fte niet-artsen, waaronder verpleegkundigen, therapeuten, praktijkondersteuners, doktersassistenten en ander medische staf, per praktijk zien. In Frankrijk is in 87% van de praktijken geen ondersteunend personeel aanwezig. Onder de Nederlandse respondenten was er slechts één praktijk zonder ondersteunend personeel. Gemiddeld werken er in de Nederlandse huisartsenpraktijk 1.7 fte niet-artsen per fulltime huisarts.

Tabel 1. Gemiddelde aantal fte huisartsen en niet-artsen per praktijk (SD).

	Huisartsen	Niet-artsen	Niet-artsen per fte huisarts
Australië	5.3 (4.1)	3.3 (3.8)	0.7 (0.9)
Canada	6.9 (23.0)	4.9 (19.8)	1.1 (7.5)
Frankrijk	1.7 (3.7)	0.4 (1.4)	0.2 (0.8)
Duitsland	1.7 (1.1)	4.6 (3.0)	2.9 (1.5)
Nederland	2.1 (1.3)	3.3 (3.5)	1.7 (1.1)
Nieuw-Zeeland	3.8 (2.7)	4.1 (4.2)	1.1 (0.90)
Noorwegen	8.8 (29.3)	4.4 (13.4)	1.2 (5.1)
Zweden	5.8 (4.7)	*	*
Zwitserland	1.9 (2.2)	2.0 (2.4)	1.2 (1.0)
Verenigd Koninkrijk	4.5 (2.6)	5.2 (4.0)	1.3 (1.1)
Verenigde Staten	20.5 (71.5)	12.8 (50.8)	1.1 (2.1)

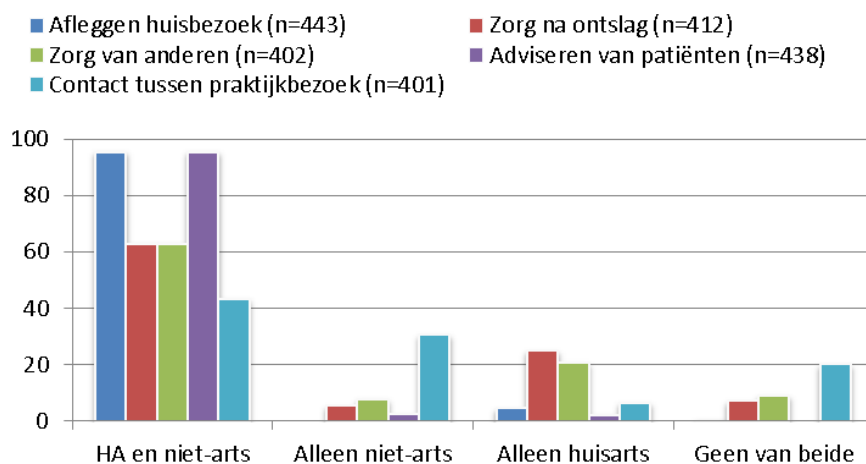
** Data voor Zweden ontbreekt*

Het percentage van de werktijd dat aan direct patiëntencontact besteed wordt varieert van 62% (Noorwegen) tot 83% (Australië). Nederland is met 65% één van de landen met het laagste percentage direct patiëntencontact. Dit hangt niet samen met de tevredenheid over het medische beroep of het aantal ondersteunend personeel in de praktijk. De hoeveelheid tijd die de huisarts of praktijkmedewerker besteedt aan administratie in verband met zorgverzekeringen of declaraties vindt 48% van de Nederlandse respondenten een groot probleem. Internationaal varieert dit van 17% (Verenigd Koninkrijk) tot 54% (Zwitserland).

In de Nederlandse huisartsenpraktijk is op diverse vlakken sprake van gedeelde invulling van taken door huisartsen en praktijkondersteuners rondom patiëntenzorg, zonder dat er sprake is van volledige taakherschikking. Figuur 2 laat zien hoe een vijftal taken rondom de organisatie van patiëntenzorg zijn verdeeld tussen huisartsen en niet-artsen in de praktijk. Het gaat hierbij alleen om de praktijken waar taakdelegatie mogelijk kan zijn, oftewel waar een niet-arts aanwezig is. De taken worden in de meeste gevallen zowel door de huisarts als door de niet-arts uitgevoerd. Vooral het afleggen van huisbezoeken en het adviseren van patiënten laten hier hoge percentages zien: voor

beide situaties geeft ongeveer 95% van de huisartsen aan dat dit door zowel de huisarts als een niet-arts wordt gedaan. Alleen voor het contact met patiënten tussen praktijkbezoeken door is er sprake van enige taakdelegatie. In 30% van de praktijken wordt dit aspect van de patiëntenzorg alleen door de niet-arts uitgevoerd. Hier scoort Nederland internationaal gezien het hoogst. In de meeste landen blijft het percentage praktijken waarin niet-artsen deze taak helemaal op zich nemen onder de 10%. Opvallend bij deze taak is dat het hebben van contact met patiënten tussen praktijkbezoeken door in 20% van de Nederlandse praktijken waar taakdelegatie mogelijk was helemaal niet wordt gedaan. In Frankrijk was taakdelegatie slechts in beperkte mate mogelijk (13% van de praktijken). Dit in contrast met het Verenigd Koninkrijk waar in 98% van de gevallen taakdelegatie mogelijk was.

Figuur 2. Taakdelegatie binnen de Nederlandse huisartsenpraktijk: de mate waarin taken rondom patiëntenzorg worden verdeeld tussen huisartsen en niet-artsen in de praktijk (% ja*).

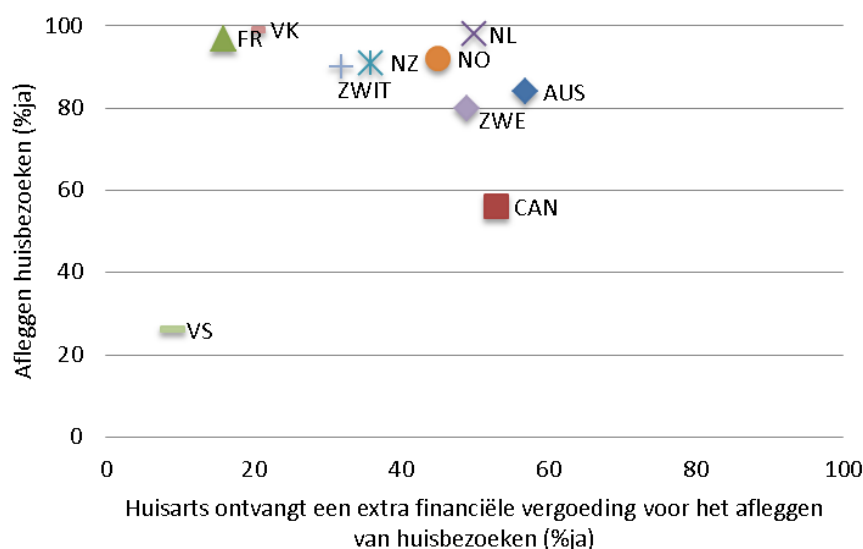


* Resultaten zijn berekend voor de praktijken waar taakdelegatie mogelijk was. HA = huisarts

Er is veel variatie in de mate waarin huisbezoeken worden afgelegd, waarbij zowel Nederland (98%), Frankrijk (97%), als het Verenigd Koninkrijk (99%) hoog scoren. Daarentegen geeft slechts 26% van de Amerikaanse huisartsen aan dat ze huisbezoeken afleggen. Voor de meeste landen is het al dan niet afleggen van huisbezoeken niet afhankelijk van de mogelijkheid om binnen het financieringssysteem om een financiële vergoeding te ontvangen voor deze dienst (zie figuur 3). In de Verenigde Staten lijkt dit beeld anders. Van de huisartsen in de Verenigde Staten die aangeven dat er een mogelijkheid is voor een extra financiële vergoeding voor het afleggen van huisbezoeken legt 85% deze ook daadwerkelijk af. Van de respondenten die aangeven dat zo'n dergelijke vergoeding niet mogelijk is gaat maar 35% op huisbezoek. In de Verenigde Staten lijkt deze financiële prikkel te leiden tot meer huisbezoeken.

De Nederlandse huisartsenpraktijken maken relatief veel gebruik van formele regelingen om personeel, diensten en/of technische ondersteuning te delen met andere praktijken. Dit geldt voor zowel medisch personeel, zoals verpleegkundigen of *nurse practitioners*, technische ondersteuning als voor consultants ten behoeve van kwaliteitsverbetering.

Figuur 3. Percentage praktijken waar huisbezoeken worden afgelegd uitgezet tegen percentage praktijken dat een extra financiële vergoeding krijgt voor het afleggen van huisbezoeken.



AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWI = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Tenslotte worden veel speciale verrichtingen in meerdere mate in de Nederlandse huisartsenpraktijk uitgevoerd, zoals aangegeven in tabel 2. Met name het uitvoeren van spirometrie (91%), ambulante bloeddrukmeting (83%), kleine chirurgische ingrepen (98%) en persoonlijke terminale zorg buiten kantooruren (89%) wordt in de meeste praktijken uitgevoerd. Het uitvoeren van een oogboldruk meting en tympanometrie wordt het minst vaak uitgevoerd. Er zijn geen grote verschuivingen zichtbaar ten opzichte van 2009. Omdat deze vraag alleen in Nederland is gesteld, is het niet mogelijk een vergelijking te maken met andere landen.

Tabel 2: Speciale verrichting in de huisartsenpraktijk (%ja)

	2012	2009
Oogboldruk meting	10	17
Spirometrie (longfunctie onderzoek)	91	88
ECG (hartfilmpje)	62	51
Ambulante (24uur) bloeddrukmeting	83	--
Audiometrie	50	--
Tympanometrie	19	--
Kleine chirurgie, bijvoorbeeld verwijderen van moedervlekken en nemen van (huid)biopten	98	99
Reizigersadvies	59	--
Persoonlijke terminale zorg buiten kantooruren	89	--

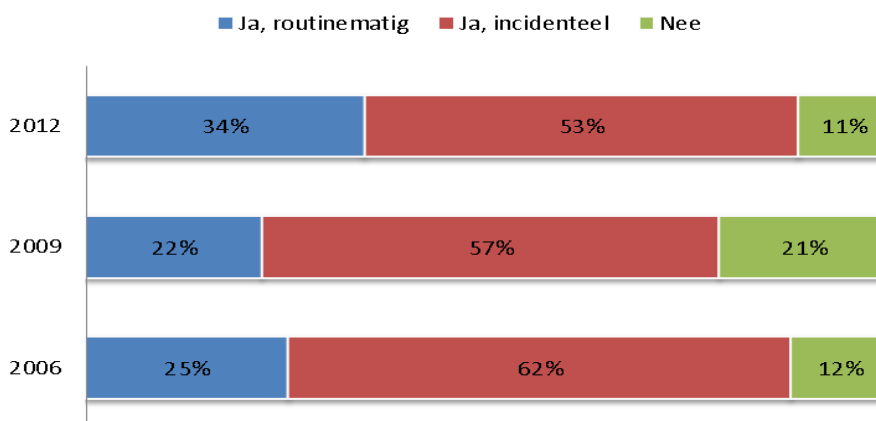
-- = vraag niet gesteld in 2009

2.2 Patiënt als partner

Het begeleiden van patiënten is één van de kerntaken van de huisarts. De mate waarin patiënten als partner participeren kwam beperkt aan de orde in de IHP-Survey 2012. Het geven van schriftelijke zelfmanagement instructies is geen routine voor Nederlandse huisartsen: 34% doet dit routinematig. De cijfers van het Verenigd Koninkrijk laten zien dat het veel beter kan: hier geeft 61% van de huisartsen routinematig zelfmanagement instructies aan de patiënt. Het is opvallend dat het routinematig ondersteunen van patiënten bij zelfmanagement in de vorm van schriftelijke instructies in bijna geen enkel land routine is. Een nadere analyse van de Nederlandse cijfers laat twee opvallende zaken zien:

1. Er worden vaker zelfmanagement instructies meegegeven als er een verpleegkundige in de rol van een *casemanager* in de praktijk aanwezig is. Van de huisartsen die aangeven dat patiënten routinematig instructies ontvangen maakt 87% gebruik van zo'n verpleegkundige, terwijl van de huisartsen die incidenteel informatie verstrekken dit 70% is en als er geen zelfmanagement instructies worden uitgegeven is er in 53% van de gevallen zo'n verpleegkundige in de praktijk aanwezig.
2. In vergelijking met 2006 en 2009 is er geen structurele verandering zichtbaar in het geven van schriftelijke zelfmanagement instructies (zie figuur 4).

Figuur 4. Percentage huisartsen die aangeven dat patiënten met een chronische aandoening schriftelijke zelfmanagement instructies ontvangen.



Voor de Nederlandse huisarts weegt de stem van de patiënt zwaar bij het verwijzen van patiënten naar een tweedelijnszorgverlener. In de meeste gevallen worden de voorkeur van de patiënt (83%), de reistijd van de patiënt (63%) en eerdere ervaringen van de patiënt (55%) meegenomen. Alleen de kwaliteit van de geleverde zorg werd nog vaker genoemd als meewegend aspect bij een verwijzing (86%).

Participatie van patiënten via online diensten lijkt vorm te krijgen. Het stellen van een vraag via de email en het online aanvragen van een herhaalrecept wordt het vaakst genoemd (zie tabel 3). In Nederland geeft 63% van de praktijken patiënten de mogelijkheid om online herhaalrecepten aan te

vragen. Internationaal vergeleken scoort Nederland hier hoog, alleen Zweden (88%) scoort hoger. Op het punt van het online aanvragen van een afspraak of verwijzing blijft Nederland achter op andere landen. Het inzien van testresultaten op een beveiligde website is in alle landen slechts beperkt mogelijk.

Tabel 3. De mate waarin praktijken hun patiënten de mogelijkheid aanbieden om online te participeren in de zorg (% ja).

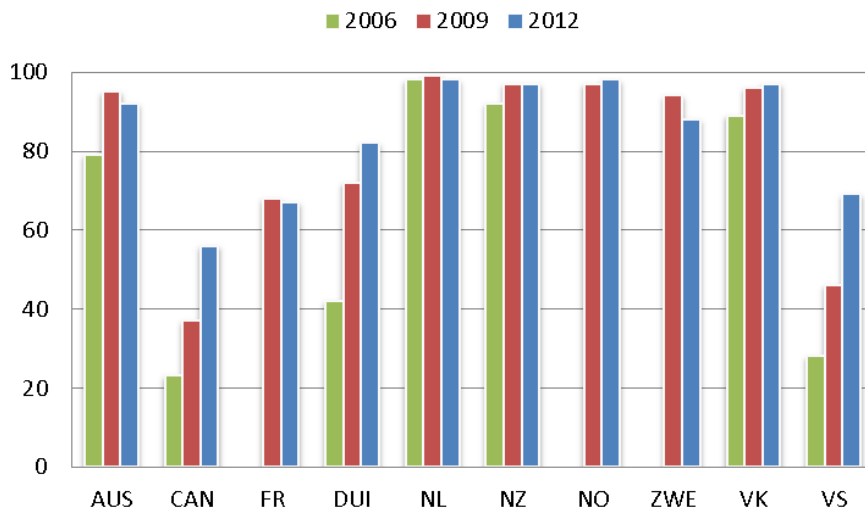
	Online afspraken of verwijzingen aanvragen	Via de email een medische vraag stellen of bezorgdheid uiten	Online herhaalrecept aanvragen	Testresultaten op een beveiligde website inzien
Australië	8	20	7	9
Canada	7	11	6	11
Frankrijk	17	39	15	13
Duitsland	22	45	26	2
Nederland	13	46	63	4
Nieuw-Zeeland	13	38	25	10
Noorwegen	51	26	53	11
Zweden	66	41	88	3
Zwitserland	30	68	48	6
Verenigd Koninkrijk	40	35	56	14
Verenigde Staten	30	34	36	28

2.3 Informatie & Communicatie Technologie in de huisartsenpraktijk

De Kamerbrief over e-health die minister Schippers op 7 juni 2012 naar de Tweede Kamer stuurde benadrukte het belang van een verdere uitbreiding van het aandeel van e-health in onze gezondheidszorg. De ontwikkeling van ICT blijft immers telkens nieuwe mogelijkheden bieden voor de zorg. Het helpt fysieke afstanden te overbruggen en draagt bij aan een optimale bedrijfsvoering. Deze paragraaf schetst een beeld van het gebruik van ICT-toepassingen in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

Het gebruik van een elektronisch patiëntendossier wordt in steeds meer landen de standaard. In Nederland was dit al hoog in 2006 (98%) en 2009 (99%). In 2012 geven nog steeds bijna alle praktijken aan hier gebruik van te maken. In Canada, de Verenigde Staten en Duitsland is het gebruik van elektronisch patiëntendossier de afgelopen zes jaar flink gestegen, zoals weergegeven in figuur 5.

Figuur 5. Percentage praktijken die elektronisch patiëntendossiers gebruiken, in de periode 2006-2012 (% ja).



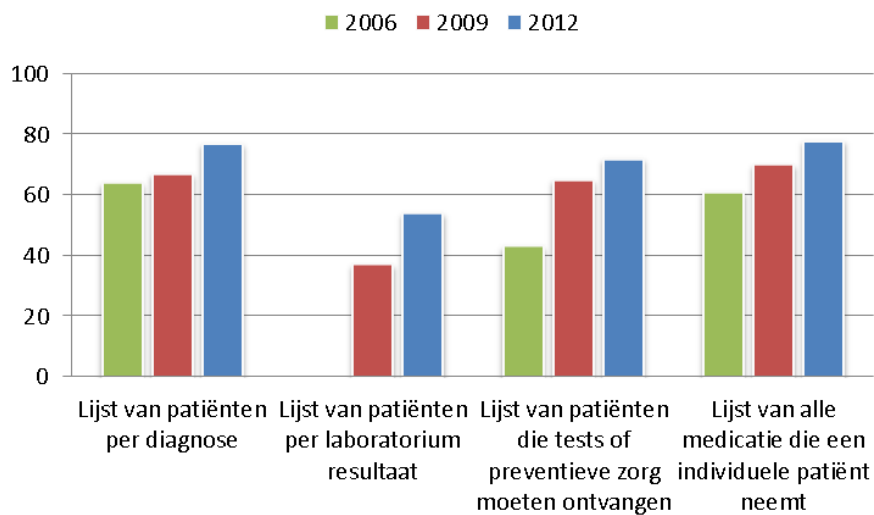
AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWI = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Er is veel spreiding tussen landen in de toepassing van ICT in de huisartsenpraktijk. Het elektronisch aanvragen van laboratorium testen is in Nederland weliswaar bijna verdubbeld van 6% in 2009 naar 11% in 2012, maar dit is nog steeds erg laag in vergelijking met andere landen, waar het varieert van 28%-88%. Op andere ICT functionaliteiten scoort Nederland wel hoog. 97% van de Nederlandse praktijken geeft aan routinematig elektronische geneesmiddelen voor te schrijven. Nederland loopt hiermee samen met Zweden (95%) ver vooruit op andere landen. Nederland is ook koploper met het elektronisch doorverwijzen naar medisch specialisten, 61% zegt dit routinematig te doen.

In het genereren van informatie uit medisch patiëntendossiers is Nederland een middenmotor. Met name het Verenigd Koninkrijk, maar ook Australië, zijn koplopers op dit gebied. Huisartsen in het Verenigd Koninkrijk kunnen op diverse aspecten gemakkelijk en geautomatiseerd patiëntenlijsten genereren. Hoewel de mogelijkheden om patiëntenlijsten te genereren in Nederland de afgelopen

jaren wel is verbeterd (zie figuur 6), is er zeker gezien de mogelijkheden in het Verenigd Koninkrijk ruimte voor verbetering.

Figuur 6. Hoe gemakkelijk zou het voor u zijn om met het medische patiëntendossier systeem de volgende informatie te genereren over patiënten in uw praktijk? (% gemakkelijk; Nederlandse huisartsen).



2.4 Transmurale informatie uitwisseling

Voor patiënten die ook zorg buiten de huisartsenpraktijk ontvangen, is het van evident belang dat de huisarts op de hoogte blijft van zorg die de patiënt elders heeft ontvangen. Op een aantal aspecten is de mate waarin transmurale informatie uitwisseling plaatsvindt, in de IHP-Survey 2012 uitgevraagd.

Wanneer een patiënt bij een specialist is geweest ontvangt de huisarts in bijna alle landen een verslag van deze specialist. Percentages liggen rond de 90%, behalve in de Verenigde Staten (74%) en Zweden (59%). Echter, volgens 40% van de Nederlandse huisartsen ontbreekt vaak relevante informatie over veranderingen die de medisch specialist heeft doorgevoerd in de medicatie of het zorgplan van de patiënt. Internationaal ligt dit percentage voor de meeste landen veel lager, variërend van 5% in Nieuw-Zeeland tot 35% in Zweden. Bovendien is de informatie niet altijd beschikbaar op het moment dat de huisarts het nodig heeft: 37% van de Nederlandse huisartsen geeft aan dat de informatie soms of zelfs nooit op tijd beschikbaar is. In 2009 lag dit percentage in Nederland op 33%.

Nederlandse huisartsenpraktijk zijn internationaal gezien koploper in het ontvangen van een melding wanneer patiënten op de spoedeisende hulp afdeling zijn gezien (97%) of ontslagen zijn uit het ziekenhuis (96%).

In Duitsland en Nieuw-Zeeland gaat het sturen van informatie vanuit het ziekenhuis naar de huisarts na ziekenhuis ontslag snel. Binnen vier dagen hebben 82% van de Duitse praktijken en 86% van de Nieuw-Zeelandse praktijken de informatie binnen om de aanbevolen zorg te kunnen voortzetten. In de andere landen verloopt dit proces langzamer. In Nederland is bijvoorbeeld in slechts 66% van de praktijken binnen vier dagen de informatie beschikbaar. Dit percentage is overigens wel gestegen ten opzichte van 2009 toen dit nog op 58% lag. In Frankrijk duurt het in 35% van de praktijken meer dan twee weken tot de informatie ontvangen is. Hier wordt overigens de informatie voornamelijk (95%) met de post bezorgd. In Nederland en Nieuw-Zeeland verloopt deze informatievoorziening veelal per email (55% in beide landen). In Australië en Zwitserland wordt nog voornamelijk gebruik gemaakt van de Fax (ruim 70% in beide landen).

2.5 Toegankelijkheid

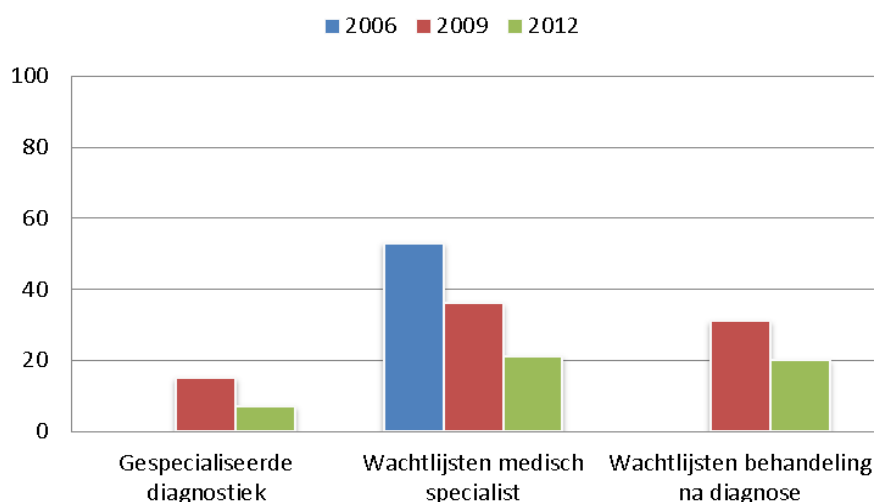
Een goed toegankelijk zorgstelsel is één van de kenmerken van goede kwaliteit van zorg (IOM, 2001). Dit geldt voor zowel de fysieke als financiële toegankelijkheid en voor zowel de reguliere zorg als zorg buiten kantooruren.

Het is geen garantie voor Nederlandse patiënten om dezelfde of de volgende dag een afspraak te krijgen met de huisarts, als de patiënt daarom vraagt. Ondanks het feit dat nagenoeg alle huisartsen (96%) aangeven dat ze overdag tijd reserveren om afspraken voor dezelfde dag aan te bieden, zegt 61% van de Nederlandse huisartsen dat >80% van de patiënten dezelfde of de volgende dag terecht kunnen voor een afspraak als ze daarom vragen. Dit percentage van 61% komt redelijk overeen met de perceptie van patiënten: in de IHP-Survey van 2011 gaf 70% van de patiënten aan dezelfde of de volgende dag een afspraak te kunnen krijgen. In Frankrijk is dit beeld omgekeerd: 86% van de huisartsen geeft aan dat >80% van de patiënten een afspraak met de huisartsen krijgen op dezelfde of de volgende dag als de patiënt dit wil, terwijl slechts 59% van de Franse huisartsen tijd reserveert om afspraken op dezelfde dag aan te kunnen bieden.

Op de toegankelijkheid buiten kantoortijden scoort Nederland, samen met het Verenigd Koninkrijk hoog: respectievelijk 94% en 95% van de praktijk heeft een regeling waar patiënten een arts of verpleegkundige kunnen zien wanneer de praktijk gesloten is, zonder naar de SEH te gaan. In de Verenigde Staten heeft slechts 34% van de praktijken zo'n regeling. De toegankelijkheid van de Nederlandse huisartsenzorg buiten kantooruren ligt al sinds 2006 op een hoog niveau: toen gaf ook 96% van de deelnemende huisartsen aan de IHP-Survey aan dat ze een dergelijke regeling hadden. Ook voor de Amerikaanse huisartsen geldt, dat er sinds 2006 geen verandering is gekomen in regelingen voor zorg buiten kantooruren (40% had een dergelijke regeling in 2006).

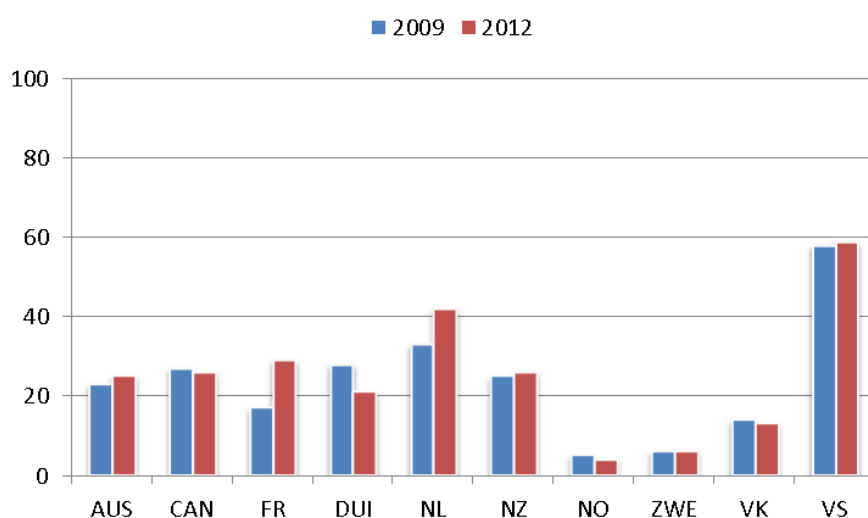
Figuur 7 laat zien dat problemen met verschillende toegankelijkheidsaspecten in Nederland een dalende trend laten zien over de periode 2006-2012. Wachtlijsten voor een medisch specialist en voor diagnostiek en behandeling zijn in deze periode sterk afgenomen. Opvallend is de stijging van problemen met wachtlijsten voor de medisch specialist in Nieuw-Zeeland en Australië. In 2009 dachten respectievelijk 45% en 34% van de huisartsen in deze landen dat patiënten problemen ervoeren met de wachtlijsten. In 2012 is dit in beide landen toegenomen naar ongeveer 75%.

Figuur 7: Hoe vaak denkt u dat uw patiënten de volgende problemen ervaren? (%vaak)



De financiële toegankelijkheid van de Nederlands gezondheidszorg laat een verslechtering zien ten opzichte van 2009. Problemen met bekostigen van geneesmiddelen of andere niet-vergoede uitgaven ligt in Nederland relatief hoog (42% van de huisartsen denkt dat patiënten vaak dit probleem ervaren) en dit cijfer laat een toename zien ten opzichte van 2009 toen dit percentage op 33% lag. In de meeste andere landen is een dergelijke toename niet zichtbaar, zie figuur 8. Daarnaast ervaart 26% van de huisartsen de tijd die besteed wordt aan het regelen van noodzakelijke medicatie of behandelingen voor patiënten als gevolg van beperkte dekking als een groot probleem. In 2009 was dit nog 10%.

Figuur 8. Percentage huisartsen dat denkt dat patiënten vaak problemen ervaren met het bekostigen van geneesmiddelen of andere niet-vergoede uitgaven.)



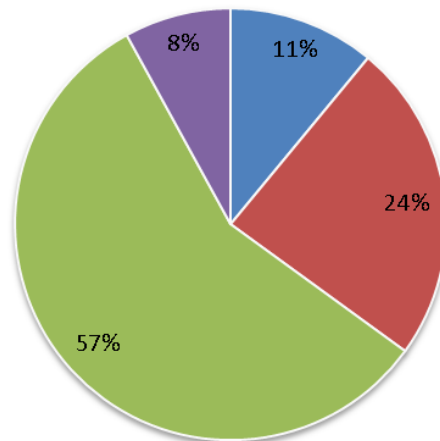
AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Een aanzienlijk deel van de Nederlandse (57%) en Duitse (59%) huisartsen, vindt dat patiënten teveel medische zorg ontvangen (figuur 9, voor Nederland). Het gaat hier zowel om zorg van de huisarts als om de zorg van de medisch specialisten. Daar tegenover staat Nieuw-Zeeland, waar 39% van de

huisartsen vindt dat patiënten te weinig zorg krijgen. Ook in het Verenigd Koninkrijk en Zweden wordt er volgens de huisartsen eerder te weinig dan te veel zorg geleverd. Figuur 10 laat de percentages van alle landen zien.

Figuur 9. Oordeel over de hoeveelheid zorg dat patiënten ontvangen, niet alleen van de huisarts maar van alle zorgverleners, inclusief medische specialisten (%) (alleen Nederland).

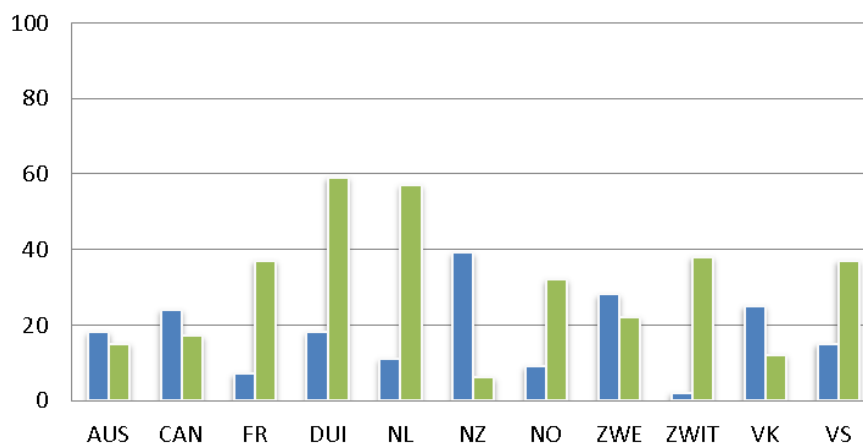
■ Veel te weinig / te weinig ■ Precies goed ■ Veel te veel / te veel ■ Weet niet



Ondanks dit duidelijke oordeel over de hoeveelheid zorg, hebben Nederlandse huisartsen maar beperkt inzage in het volume van hun eigen handelen. Het routinematig ontvangen en analyseren van gegevens over het aantal ziekenhuisopnames en gebruik van spoedeisende hulp van de bij de praktijk ingeschreven patiënten vindt in 21% van de Nederlandse huisartsenpraktijken plaats. Vergelijkbaar, ontvangt 16% van de Nederlandse huisartsen routinematig informatie over de frequentie waarmee diagnostische testen worden aangevraagd. De huisartsen in het Verenigd Koninkrijk hebben het vaakst inzage in beide aspecten van de hoeveelheid geleverde zorg (82% en 56% respectievelijk).

Figuur 10. Oordeel over de hoeveelheid zorg dat patiënten ontvangen, niet alleen van de huisarts maar van alle zorgverleners, inclusief medische specialisten (%)

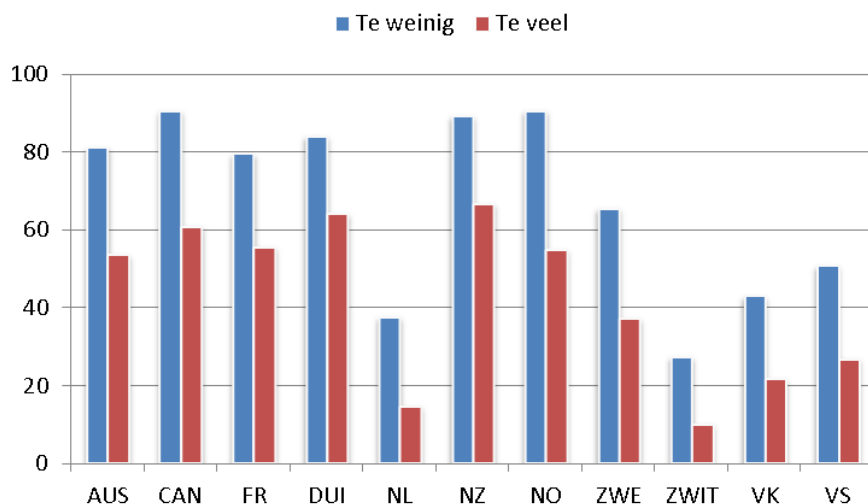
■ Veel te weinig / te weinig ■ Veel te veel / te veel



AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Huisartsen die vinden dat er te weinig zorg wordt geleverd, denken vaker dat patiënten problemen ervaren met wachtlijsten voor de medisch specialist dan de huisartsen die vinden dat er te veel zorg wordt geleverd. In alle landen is hetzelfde patroon terug te vinden, weergegeven in figuur 11.

Figuur 11. Percentage respondenten dat aangeeft dat patiënten vaak problemen met wachtlijsten voor de medisch specialist ervaren uitgesplitst naar oordeel over de hoeveelheid zorg die patiënten krijgen.



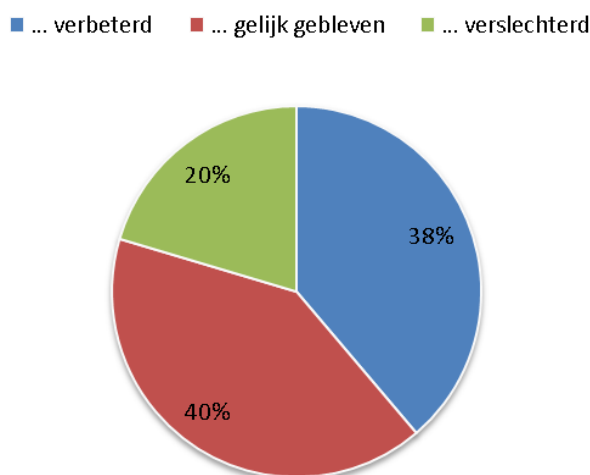
AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

2.6 Kwaliteit

Een algemeen oordeel over de kwaliteit van zorg, is een terugkerend thema in de IHP-Surveys. Dit maakt het mogelijk om trends te bekijken en om een vergelijking te maken tussen de verschillende groepen die deelnemen aan de Survey. In deze paragraaf presenteren we daarom naast de 2012 resultaten, ook de resultaten uit voorgaande jaren.

De Nederlandse huisartsen zijn in deze internationale vergelijking het positiefst over de kwaliteit van de medische zorg. 38% van de Nederlandse huisartsen vindt dat de kwaliteit van zorg de afgelopen 3 jaar is verbeterd (figuur 12). De Nederlandse resultaten zijn vergelijkbaar met de resultaten uit 2009. Alle andere landen scoren lager op dit punt: Duitse, Zwitserse en Franse huisartsen geven het minst vaak aan dat de zorg de afgelopen 3 jaar is verbeterd (respectievelijk 12%, 11% en 9%). Ook een aanzienlijk deel van de Franse (37%), Duitse (34%) en Zweedse (32%) huisartsen vindt dat de kwaliteit is verslechterd in de afgelopen 3 jaar.

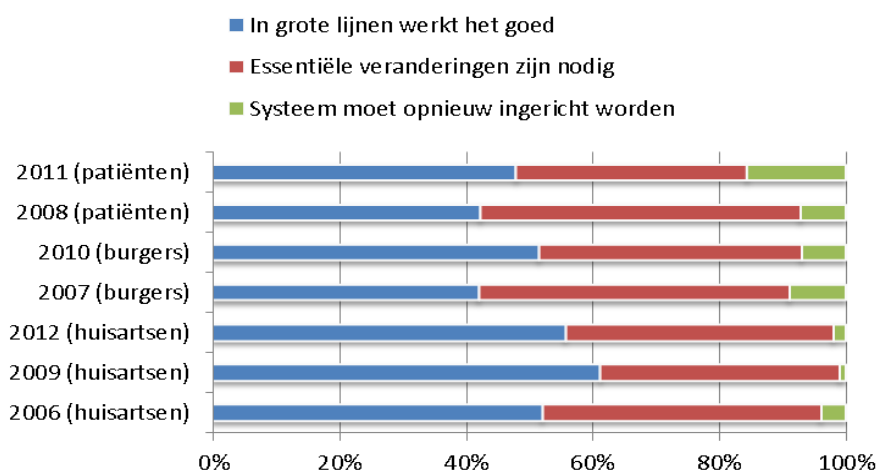
Figuur 12. Kwaliteit van zorg is in de afgelopen 3 jaar... (volgens Nederlandse huisartsen)



Het Nederlandse zorgsysteem wordt in de internationale vergelijking als één van het meest positieve ervaren. 54% van de Nederlandse huisartsen vindt dat er slechts kleine aanpassingen noodzakelijk zijn. Alleen Noorwegen scoort hier hoger (61%). Huisartsen in Duitsland, maar ook in de Verenigde Staten, zijn veel negatiever over hun systeem. In Duitsland vindt 22% en in de Verenigde Staten 15% dat het systeem helemaal opnieuw zou moeten worden ingericht. In Nederland is dit slechts 2%. Het oordeel over het Nederlandse zorgstelsel is sinds 2006 onverminderd positief (figuur 13), onder zowel huisartsen, burgers als patiënten. Slechts een heel klein percentage van de huisartsen vindt dat het systeem opnieuw ingericht moet worden; burgers en patiënten zeggen dat iets vaker.

Naast de tevredenheid over het zorgsysteem, zijn de meeste Nederlandse huisartsen (88%) ook tevreden over zijn/haar beroep. Tevens heerst er een hoge tevredenheid het inkomen (80%). Daar staat tegenover dat 54% van de Duitse huisartsen tevreden is over het uitoefenen van zijn/haar beroep. De Franse huisartsen zijn het minst tevreden over hun inkomen (36% is tevreden).

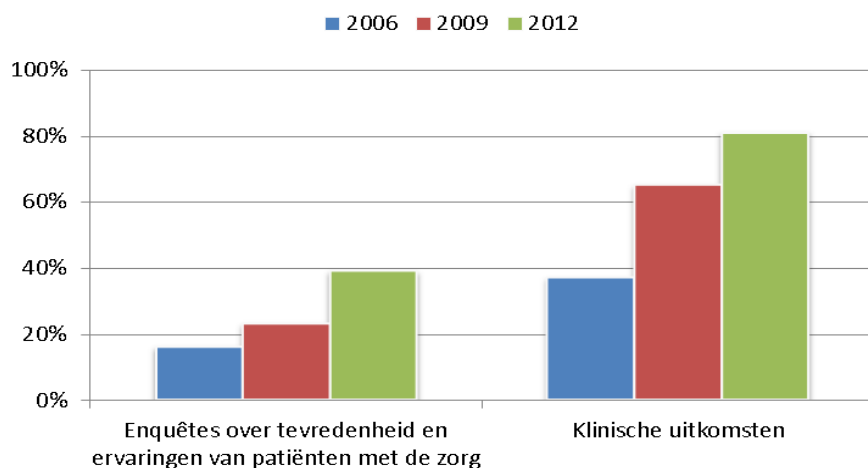
Figuur 13. Het oordeel over het functioneren van het gezondheidszorgsysteem in Nederland, over de periode 2006 t/m 2012, vanuit verschillende perspectieven.



Inzage in eigen handelen, biedt de mogelijkheid aan een oordeel te geven over de kwaliteit van de geleverde zorg. In Nederland is dit geen routine: 32% van de huisartsen in Nederland geeft aan dat ze routinematig een benchmark rapport ontvangen met informatie over hoe de klinische prestaties van de praktijk zich verhouden tot andere praktijken. In vergelijking met 2009 is dit een lichte toename: toen gaf 25% van de huisartsen aan dit routinematig te ontvangen. In vergelijking met andere landen is een percentage van 32% gemiddeld. Alleen huisartsen in het Verenigd Koninkrijk scoren veel hoger (78%).

Het monitoren van aspecten van de zorg binnen de eigen huisartspraktijk laat in Nederland een sterke stijging zien ten opzichte van 2009 en 2006 (figuur 14). Waar in 2009 nog 65% van de praktijken informatie ontving en analyseerde over klinische uitkomsten, bijvoorbeeld in de vorm van het percentage diabetes of astma patiënten met een goede instelling, doet in 2012 81% van de praktijken dit. Hoewel het ontvangen en analyseren van enquêtes over tevredenheid en ervaringen van patiënten ook sterk is toegenomen sinds 2009 (23%) is dit nog geen routine in 2012 (39%).

Figuur 14. Percentage huisartsen dat aangeeft routinematig gegevens ontvangt en analyseert over klinische uitkomsten en enquêtes over tevredenheid en ervaringen (%).



3. Beschouwing

Vergeleken met de tien andere landen zijn Nederlandse huisartsen overwegend positief over de kwaliteit van het zorgsysteem en het uitoefenen van hun beroep. Meer dan de helft vindt dat het zorgsysteem goed functioneert en hoogstens kleine wijzigingen nodig heeft.

Hoewel de Nederlandse huisartsenzorg prima scoort op cruciale punten zoals toegankelijkheid van zorg, ook buiten kantooruren, en ICT functionaliteiten laat de survey veel kansen voor verbetering zien. Zeker met het oog op het beheersen van de toenemende zorgkosten.

Perceptie van hoeveelheid zorg

Een interessant aspect in de IHP-Survey 2012 was de vraag naar de hoeveelheid medische zorg. Huisartsen in de Verenigde Staten en de meeste Europese landen, met uitzondering van het Verenigd Koninkrijk en Zweden, waren het vaakst van mening dat patiënten te veel zorg ontvangen (zie figuur 10). Dit gevoel kan samenhangen met wachtlijsten – in Nieuw-Zeeland zijn wachtlijsten bijvoorbeeld sterk gestegen, en huisartsen vinden daar tevens dat patiënten te weinig zorg ontvangen. Deze relatie staat in figuur 11 weergegeven. Echter, kijken we naar het feitelijke zorggebruik, dan is er geen sprake van een duidelijke samenhang tussen het oordeel van huisartsen en het feitelijk zorggebruik, geoperationaliseerd met een aantal OECD-indicatoren (tabel 4) (OECD, 2011). De bevinding dat Nederlandse huisartsen, samen met hun Duitse collega's, veruit het vaakst zeggen dat ze vinden dat patiënten te veel zorg ontvangen, vereist een verdere verkenning van de achterliggende oorzaak. Vooral omdat Nederland bekend staat om een terughoudend verwijs- en voorschrijfbeleid.

Tabel 4. Zorggebruik in relatie tot de perceptie van huisartsen dat patiënten te veel of te weinig zorg ontvangen.

Landen	MRI testen (per 1000)	Consulten (per capita)	Anti-diabetica consumptie (DDD per capita)
Te veel zorg			
Frankrijk	55.2	6.9	65.7
Duitsland	17.3	8.2	79.4
Nederland	43.9	5.7	65.9
Noorwegen	-	-	47.1
Zwitserland	-	4.0	-
Verenigde Staten	91.2	3.9	-
Te weinig zorg			
Australië	23.3	6.5	54.3
Canada	43.3	5.5	-
Nieuw-Zeeland	-	4.3	-
Zweden	-	2.9	50.0
Verenigd Koninkrijk	38.6	5.0	70.5

- = gegevens niet beschikbaar

Als patiënten volgens hun huisarts nog al eens te veel zorg krijgen, dan hebben ze recht op een goed geïnformeerd 'nee'. Huisartsen kunnen als poortwachters een bijdrage leveren aan het voorkomen van onnodige verwijzingen naar de tweede lijn. Fleuren en collega's van het LUMC hebben laten zien dat transmurale richtlijnen een positief effect hebben op onnodige verwijzingen bij patiënten met hernia-achtige klachten in de eerste zes weken nadat de patiënt zich bij de huisarts meldt met pijnklachten. De implementatie van een gedeelde richtlijn, gebaseerd op de NHG Standaard en verschillende professionele richtlijnen, nam af van 15% voor implementatie van de richtlijn naar 8% twee jaar later (Fleuren et al. 2010). Dit voorbeeld laat zien dat als huisartsen patiënten vooraf beter informeren dit onnodig zorggebruik kan voorkomen.

Taakherschikking

In nagenoeg alle Nederlandse huisartspraktijken is ondersteunend personeel aanwezig. Voor deze praktijken blijkt echter dat er nog geen sprake is van volledige taakherschikking van huisarts naar verpleegkundigen. Het beeld is dat er eerder een gedeelde verantwoordelijkheid voor bepaalde taken bestaat. Deze resultaten sluiten aan bij een recent uitgekomen rapport van het NIVEL over de positie van praktijkondersteuners in de huisartspraktijk. Daarin wordt beschreven dat de inzet van POH's niet zozeer tot taakverlichting bij de huisarts leidt maar eerder tot suppletie (Heiligers et al, 2012). De vraag is hoe efficiënt deze manier van zorg is en of dit niet leidt tot extra zorgkosten.

De Leeuw en collega's concluderen dat de inzet van de POH leidt tot een tijdsbesparing voor de huisarts van ruim 7%, en de inzet van zowel POHs als physician assistants tot een tijdsbesparing huisarts van 18% (de Leeuw et al. 2008). Dergelijke resultaten pleiten voor een verdere doorvoering van taakherschikking, waarbij POHs en physician assistants enerzijds zelfstandig taken uitvoeren en daarnaast taken uitvoeren onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een aparte financiering van dergelijke taken door ondersteunend personeel zou de implementatie ervan versnellen.

Voor een juiste interpretatie van cijfers rondom taakherschikking binnen de huisartsenpraktijk is een uitsplitsing naar patiëntgroepen relevant, bijvoorbeeld diabetes, COPD, astma, CVRM, ouderen, etc. Binnen een praktijk kunnen taken voor bepaalde patiëntgroepen wel naar niet-artsen zijn verschoven, maar voor andere groepen niet. Dit effect is door de gehanteerde vraagstelling niet te herleiden, waardoor het logisch is dat er een grote overlap zit tussen de taken van artsen en niet-artsen. Bijkomend is dat er geen onderscheid is gemaakt tussen type professional. In de Nederlandse huisartsenzorg zijn bijvoorbeeld POH's, praktijkassistentes, verpleegkundig specialisten en physician assistants werkzaam, met ieder hun eigen bevoegdheden en taken. POH's worden bijvoorbeeld vooral ingezet voor chronische zorg en begeleiden patiënten dus veel bij het veranderen van leefstijl, terwijl verpleegkundig specialisten en physician assistants vaak voorkomende klachten zoals keel-neus- en ooraandoeningen, hoestklachten, huidproblemen, klachten van het bewegingsapparaat, urologische klachten, geriatrische problemen, gynaecologische klachten en SOA kunnen diagnosticeren en behandelen op dezelfde wijze als de huisarts. De mate van taakherschikking wordt dus pas zichtbaar als voor afzonderlijke patiëntgroepen wordt gekeken welke taken door een huisarts en welke taken de verschillende ondersteuners worden uitgevoerd. Een overlap in taken is niet uit te sluiten, maar het zou goed zijn om te kijken of de zorg voor patiënten met veel voorkomende aandoeningen en chronische aandoeningen nog efficiënter kan worden ingericht.

Transmurale informatie-uitwisseling

Adequate informatie-uitwisseling tussen de eerste en tweedelijns is uitermate belangrijk voor continuïteit en coördinatie in de zorg. Uit deze survey blijkt dat de samenwerking tussen de huisarts en de medisch specialist in Nederland nog niet optimaal is. Weliswaar ontvangt bijna 90% van de huisartsen een verslag met informatie wanneer een patiënt bij de medisch specialist is geweest, slecht 60% ontvangt dit op tijd. Daar komt nog bij dat 40% van de huisartsen aangeeft dat er relevante informatie over veranderingen in de medicatie en het zorgplan ontbreekt.

Problemen met informatie-uitwisseling is een herkenbaar probleem (Kripalani et al. 2007; Berendsen et al. 2009). Recent Europees onderzoek naar procedures rondom ziekenhuisontslag laat bijvoorbeeld zien dat patiënten én zorgverleners (in de 1^e en 2^e lijn) het ontslag uit het ziekenhuis vaak als suboptimaal ervaren. Problemen worden echter voornamelijk door patiënten en zorgverleners uit de 1^e lijn ervaren aangezien zij hier uiteindelijk mee worden geconfronteerd en moeten omgaan met de consequenties van een suboptimale overdracht (Hesselink et al. 2012a).

Niet goed gecoördineerde zorg kan tot hogere vermijdbare kosten leiden. Met name voor patiënten met een verhoogd risico op complicaties is gecoördineerde zorg kosten-effectief (Øvretveit 2011). ICT oplossingen, medicatie verificatie, gestructureerde ontslagplanning en betrokkenheid van zowel 2^{de} als 1^{ste} lijns zorgverleners bij de follow-up na ontslag, kunnen bijdragen aan een effectieve verbetering van de ontslagprocedure (Hesselink et al. 2012b). In de huidige belemmeren organisatiefactoren, die buiten de invloed van zorgverleners om plaatsvinden (bijvoorbeeld een hoge werkdruk, beddendruk of een gebrek aan een uniform informatiesysteem tussen zorgverleners in de 1^e en 2^e lijn), maar ook het gedrag van de zorgverleners, een optimale ontslagprocedure (Hesselink et al. 2012a).

Betaalbaarheid zorg

De fysieke toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg is goed. Er is een dalende trend te zien in wachtlijsten voor medisch specialisten, behandeling en diagnostiek. De financiële toegankelijkheid laat een tegenovergesteld beeld zien. Een groot deel van de Nederlandse huisartsen (42%) denkt dat patiënten vaak problemen hebben met bekostiging van geneesmiddelen of andere niet-vergoede uitgaven. De samenstelling van het pakket van verzekerde zorg is de afgelopen jaren voor de grote kostenposten niet drastisch gewijzigd. Echter, huisartsen zien in hun dagelijkse praktijk relatief vaak zaken waarvoor de vergoedingen de laatste jaren wel zijn ingeperkt, waaronder:

- Maagzuurremmers
- Slaapmiddelen
- Fysiotherapie

Daarbij komt het preferentiebeleid van zorgverzekeraars, waardoor alleen generieke geneesmiddelen worden vergoed. Dergelijke maatregelen kunnen een mogelijke verklaring geven voor de ervaringen van huisartsen op het vlak van de betaalbaarheid. Aangezien problemen met de betaalbaarheid de laatste jaren een terugkerend issue zijn in de IHP Survey, zou een aanvullend kwalitatief onderzoek wenselijk zijn. Alleen op deze wijze kan de onderliggende oorzaak opgehelderd worden.

Methodologische kanttekeningen

Het onderzoek kent een aantal beperkingen. Hoewel Nederland één van de hoogste respons percentages kende, kunnen we met een respons van 48% niet uitsluiten dat er sprake is van een positieve selectiebias. Op een aantal demografische kenmerken is de steekproef van deelnemende huisartsen vergelijkbaar met landelijke normcijfers, maar het aantal van 2100 patiënten per 1 fulltime huisarts valt lager uit dan de 2300 patiënten in een normpraktijk. Enerzijds kan dit duiden op selectieve deelname van huisartsen uit kleinere praktijken, anderzijds gaf de respons op deze vraag de indruk dat de antwoorden beperkt betrouwbaar zijn (data niet gepresenteerd). Door het gebruik van mediane waarden in plaats van gemiddelde waarden, is een deel van de onbetrouwbaarheid weggenomen.

Het hanteren van gestandaardiseerde vraagstellingen in 11 verschillende landen is één van de grote voordelen van de IHP Survey. Hierdoor is het mogelijk om landen te vergelijken. Echter, dit brengt ook met zich mee dat onderwerpen op een hoog abstractieniveau uitgevraagd worden, wat de interpretatie bemoeilijkt. We gaven al aan dat de problemen die ervaren worden met de financiering van zorg om aanvullend kwalitatief onderzoek vraagt. Hetzelfde geldt voor de vraag over de hoeveelheid zorg die mensen in Nederland ontvangen. De Nederlandse huisartsen geven een duidelijk signaal af, maar het onderzoek laat niet toe om de oorzaak van dit gevoel aan te wijzen.

Conclusie

Deze survey laat zien dat de Nederlandse huisartsen zorg vergeleken met andere Europese landen gemiddeld tot goed scoort maar dat er wel aandachtspunten zijn. Door te investeren in zelfmanagementondersteuning, informatie-uitwisseling tussen de 1^{ste} en 2^{de} lijn, en het terugdringen van onnodige zorg, kan de huisarts een bijdrage leveren aan het dreigende betaalbaarheidsprobleem.

Literatuur

- Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de JB, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res* 2009;9:143.
- De Leeuw JRJ, Simkens ABM, van Baar ME et al. Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: introductie van de Physician Assistant. Gevolgen voor de kwaliteit, de capaciteit en de kosten van de zorg. Utrecht: UMC Utrecht/Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, 2008.
- Fleuren M, Dusseldorp E, van den Bergh S, Vlek H, Wildschut J, van den Akker E, Wijkkel D. Implementation of a shared care guideline for back pain: effect on unnecessary referrals. *Int J Qual Health Care* 2010;22(5):415-20.
- Heiligers PJM, Noordman J, Korevaar JC, Dorsman S, Hingstman L, van Dulmen AM, de Bakker DH. Praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Utrecht: NIVEL, 2012.
- Hesselink G, Flink M, Olsson M, Barach P, Dudzik-Urbaniak E, Orrego C, Toccafondi G, Kalkman C, Johnson JK, Schoonhoven L, Vernooij-Dassen M, Wollersheim H; on behalf of the European HANDOVER Research Collaborative. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Qual Saf* 2012a Nov 1 [Epub ahead of print].
- Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, Liefers J, Vernooij-Dassen M, Wollersheim H. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012b;157(6):417-28.
- IOM. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Washington DC, USA: National Academy Press, 2001.
- Kripalani S, LeFevre F, Philips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;297:831-841.
- OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2011.
- Øvretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: the Health Foundation, 2011.
- Schippers E. Kamerbrief over E-health; 7 juni 2012.

Bijlage 1: Methodologie van het onderzoek

Het meetinstrument

In 2012 stond het perspectief van de huisarts centraal in de *International Health Policy Survey*. De Commonwealth Fund stelde een concept-vragenlijst samen en stuurde dit concept in december 2011 rond aan 60 verschillende projectpartners uit de 11 deelnemende landen. Het concept was grotendeels gebaseerd op de vragenlijst uit 2009. Er is nadrukkelijk gekozen voor een grote kernset van vragen uit 2009 die letterlijk weer zijn opgenomen in de 2012-versie. Op advies van de Nederlandse projectpartners werd een extra vraag toegevoegd over de mogelijkheid om binnen het een ICT-netwerk patiënten elektronisch te verwijzen naar een medisch specialist. Twee extra vragen werden toegevoegd die alleen in Nederland werd gesteld:

Q. In welke mate wordt gespecialiseerde zorg, zoals ECGs en palliatieve zorg, aangeboden in de huisartsenpraktijk?

Q. Welke aspecten worden meegewogen bij verwijzing naar de tweedelijns?

Na het gereedkomen van de definitieve vragenlijst in februari 2012, werd de Engelstalige vragenlijst vertaald naar de eigen taal van de deelnemende landen. In Canada werden zowel Engelse and Franse versies gebuikt, terwijl in Zwitserland de vragenlijst beschikbaar was in het Duits, Frans en Italiaans.

Uitvoering van het veldwerk

In 2012 namen dezelfde 11 landen, waaronder 7 Europese, als in 2011 deel aan het onderzoek:

Europa	Overig
Duitsland	Australië
Frankrijk	Canada
Nederland	Nieuw-Zeeland
Noorwegen	Verenigde Staten
Verenigd Koninkrijk	
Zweden	
Zwitserland	

Het veldwerk werd in Nederland uitgevoerd en gecoördineerd door IQ healthcare, volgens de specificaties en richtlijnen van Harris Interactive. De data werden zowel schriftelijk als mondeling verzameld, maar in Nederland werd uitsluitend een schriftelijke methode gehanteerd. Data werden verzameld in de periode van 7 maart t/m 26 september 2012 (zie voor details per land in het volgende overzicht).

Land	Methode van dataverzameling	Financiële beloning bij deelname?	Periode van dataverzameling
Australië	Telefonische werving voor schriftelijke deelname per post	Ja	3/12 – 6/28/12
Canada	Schriftelijk per post	Ja	3/19 – 7/9/12
Frankrijk	Mondeling per telefoon	Nee	4/19 – 5/29/12
Duitsland	Schriftelijk per post	Ja	4/10 – 7/9/12
Nederland	Schriftelijk per post	Nee	3/21 – 7/1/12
Nieuw-Zeeland	Telefonische werving voor schriftelijke deelname per post	Ja	3/12 – 6/28/12
Noorwegen	Schriftelijk per post	Nee	3/22 – 6/8/12
Zweden	Schriftelijk per post	Nee	7/2 – 26/9/12
Zwitserland	Mondeling per telefoon	Nee	4/16 – 5/30/12
Verenigd Koninkrijk	Mondeling per telefoon	Ja	3/30 – 6/26/12
Verenigde Staten	Schriftelijk per post	Ja	3/7 – 7/9/12

Huisartsen ontvingen per post een schriftelijke vragenlijst met een aanbiedingsbrief welke ondertekend was door de directeur van of IQ healthcare (Prof. Gert Westert) en directeur van het NHG (Arno Timmermans). Deze eerste mailing werd op 21 maart verzonden naar een steekproef van 800 huisartsen (zie volgende paragraaf voor meer details over de steekproeftrekking). Na vier weken werd de steekproef uitgebreid met nog eens 300 huisartsen. Deze tweede steekproef was noodzakelijk om het afgesproken aantal van 500 ingevulde vragenlijsten te halen.

Alle 1100 huisartsen ontvingen tot maximaal drie herinneringen. De eerste herinnering was een briefkaart, de tweede herinnering bestond uit een aanbiedingsbrief en een nieuw exemplaar van de vragenlijst en de derde herinnering bestond wederom uit een briefkaart.

Het invullen c.q. afnemen van de vragenlijst nam gemiddeld 20 minuten in beslag, variërend van 18 tot 25 minuten. In 6 landen ontvingen deelnemende artsen een financiële vergoeding van ongeveer 20 euro; in Nederland werd geen financiële vergoeding gegeven.

Definitie van de steekproef

Huisartsen vormden de primaire doelgroep voor het onderzoek, maar in Duitsland en de Verenigde Staten werden ook kinderartsen betrokken, omdat in deze landen huisartsen alleen volwassenen behandelen. Door ook kinderartsen te betrekken zijn de steekproeven beter vergelijkbaar tussen de landen. In Nederland bestond de doelgroep van het onderzoek uit praktiserend huisartsen.

Voor het trekken van een steekproef werd gebruik gemaakt van de huisartsenregistratie, beheerd door het NIVEL. Om in Nederland een evenwichtige steekproef te trekken, werd tijdens de trekking gestratificeerd op praktijkgrootte plus leeftijd en geslacht van de huisarts. De verdeling van deze variabelen voor de Nederlandse huisartsenpopulatie gold als standaard, welke er als volgt uit ziet:

Praktijkvorm	Leeftijd	Geslacht
Solo	< 40	Man
Duo	40-50	Vrouw
Groep	50-60	
	>= 60	

Het totale aantal strata bedraagt 24. Voor de Nederlandse huisartsen is voor elke strata het percentage bepaald. Vervolgens is er voor elke strata een selecte steekproef getrokken. Het aantal huisartsen dat per strata moet worden getrokken is berekend door het bij de betreffende stratum horende landelijke percentage te vermenigvuldigen met de steekproef grootte. In eerste instantie is er een steekproef van 800 huisartsen genomen. Vervolgens is er een additionele steekproef van 300 huisartsen gedaan.

Voorbeeld berekening:

1.4% van de Nederlandse huisartsen zitten in de volgende strata: Solo/man/<40. Dit percentage is vervolgens vermenigvuldigd met 800. Dit resulteert in een steekproef grote van n=11 voor deze stratum.

Respons percentage

Het respons percentage lag in Australië en Nieuw-Zeeland beduidend hoger dan in de andere landen, doordat in eerste instantie huisartsen telefonisch waren benaderd voor deelname. Pas nadat huisartsen telefonisch hun medewerking hadden toegezegd, werd de vragenlijst opgestuurd. Dit resulteerde erin dat ongeveer 2/3 van de huisartsen die een vragenlijst kregen toegestuurd, deze invulden en retourneerden. In de andere landen varieerde het responspercentage van 20% in Duitsland tot 48% in Nederland (zie tabel op volgende pagina). In totaal vulden 9776 huisartsen de vragenlijst in.

Land	Aantal deelnemers	Respons percentage
Australië	500	65%*
Canada	2124	34%
Frankrijk	501	21%
Duitsland	909	20%
Nederland	522	48%
Nieuw-Zeeland	500	66%*
Noorwegen	869	44%
Zweden	1314	34%
Zwitserland	1025	38%
Verenigd Koninkrijk	500	24%
Verenigde Staten	1012	33%

* nadat respondenten telefonisch deelname hadden toegezegd.

Representativiteit van de steekproef

De Nederlandse respondenten in dit onderzoek waren, behalve op geslacht, representatief voor de nationale huisartsen populatie voor een aantal belangrijke achtergrond kenmerken. De descriptieve gegevens voor leeftijd, geslacht, praktijklocatie, die een maat zijn voor de representativiteit van de steekproef respondenten, zijn gepresenteerd in de onderstaande tabel. In de rest van dit rapport zijn de resultaten gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Tabel 5. Karakteristieken van de Nederlandse steekproef: deelnemende huisartsen aan het onderzoek en nationale populatie van huisartsen (op 1 januari 2011) (<http://nivel.nl/databank>).

		Respondenten (N=522) Ongewogen	Respondenten (N=522) Gewogen	Nationale populatie (N=8884)
Geslacht	Man (%)	295(57)	310 (59)	5256 (59)
	Vrouw (%)	214(41)	200 (38)	3628 (41)
Leeftijd	< 35 (%)	32(6)	37 (7)	592 (7)
	35-44 (%)	140 (27)	150 (29)	2537 (29)
	45-54 (%)	175 (34)	181 (35)	3008 (34)
	55-64 (%)	167 (32)	149 (28)	2666 (30)
	65+ (%)	5 (1)	3 (1)	58 (1)
Praktijk locatie	Stad (%)	107 (21)	108 (21)	1759 (20)
	Voorstedelijk (%)	141 (27)	141 (27)	2470 (28)
	Kleinere plaats (%)	215 (41)	214 (41)	3678 (41)
	Platteland (%)	56 (11)	56 (11)	977 (11)

Data analyse

De data van ieder land werden gewogen naar kenmerken van de huisarts en/of de huisartsenpraktijk, zodat eventuele afwijkingen in representativiteit verdisconteert werden. Voor deze rapportage zijn een aantal verkennende analyses uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen de scores en relevante kenmerken van bijvoorbeeld de huisartsenpraktijk.

Bijlage 2: Tabellen met resultaten

Tabel 1: Praktijkprofiel en demografische gegevens

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
Leeftijd (%)											
<35 jaar	8	9	7	1	7	8	13	9	1	12	7
35-44 jaar	24	24	20	35	29	30	22	21	18	30	24
45-54 jaar	35	31	57	27	35	41	33	22	36	35	28
55-64 jaar	30	25	15	28	28	18	27	39	37	19	24
65+ jaar	4	11	0	7	1	4	4	9	8	3	16
Geslacht (% man)	63	60	66	61	59	55	63	47	70	61	62
Praktijklocatie (%)											
Grote stad	24	52	38	41	21	24	26	34	36	38	41
Middelgrote plaats	50	14	12	9	27	49	9	15	40	34	29
Kleine plaats	14	19	25	24	41	18	32	31	1	20	19
platteland	12	12	25	25	11	9	32	18	23	8	9
Hoeveel patiënten staan in u praktijk ingeschreven (gem ± SD)	2836 ± 5508	1472 ± 1122	405 ± 176	1667 ± 1242	3305 ± 1758	2906 ± 3969	1221 ± 563	8672 ± 5187	1771 ± 1606	4578 ± 2909	2150 ± 1750
Aantal patiënten per FTE Huisarts (gem ±SD)	827 ± 1205	664 ± 898	313 ± 184	1142 ± 950	1998 ± 1157	1002 ± 1075	370 ± 325		1387 ± 1443	1372 ± 979	950 ± 1282
Praktijkgrootte											
Minder dan 2 FTE	14	23	63	53	57	23	6	6	59	8	25
2 tot 5 FTE	39	30	35	43	38	49	52	32	35	51	29
5 of meer FTE	46	41	1	2	4	28	41	48	5	42	41
Indien meer dan 2 FTE artsen: Zijn er andere medisch specialisten werkzaam in uw praktijk (% JA)	29	24	18	9	12	23	16	15	38	53	35
Aantal werkuren per week (% ≥55 uur per week)	90	85	94	77	79	84	68	78	88	87	78
Percentage van werktijd dat aan direct patiënten contact besteed wordt (gem ± SD)	83 ± 18	77 ± 19	81 ± 14	68 ± 18	65 ± 17	71 ± 20	62 ± 21	69 ± 17	74 ± 14	74 ± 16	75 ± 22
Hoeveel FTE niet-artsen, (verpleegkundigen, therapeuten, praktijkondersteuners, doktersassistenten en andere medische staf) zijn werkzaam binnen uw praktijk? (%)											

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
Geen	14	33	87	1	0	4	6	--	12	1	26
≤ 1.0 fte	21	20	3	4	6	16	11	--	38	7	19
> 1.0 fte, maar < 4.0 fte	32	19	5	37	66	40	34	--	35	30	18
≥ 4.0 fte, maar < 10.0 fte	25	17	4	50	23	28	32	--	10	49	17
≥ 10.0 fte	7	11	0	6	3	11	4	--	2	12	20
Sommige praktijken hebben formele regelingen om personeel, diensten en technische ondersteuning te delen met andere praktijken. Geef aan of uw praktijk de volgende middelen deelt met andere praktijken. (% JA)											
Medisch personeel (bijvoorbeeld verpleegkundige, nurse practitioner of zorgcoördinatoren)	17	26	9	4	39	16	9	27	8	22	20
Zorg buiten kantoor tijden	51	43	53	16	71	76	41	48	29	61	29
Technische ondersteuning voor klinische informatiesystemen	26	32	5	7	44	38	14	71	16	38	33
Consulenten of ondersteuning ten behoeve van kwaliteitsverbetering	14	17	16	10	38	29	12	39	25	25	28

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten;
 -- = data mist

Tabel 2: Kwaliteitsoordeel en tevredenheid over het systeem

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
Welke van de volgende beweringen komen het dichtst in de buurt van uw visie op de gezondheidszorg in Nederland? (%)											
In grote lijnen werkt het gezondheidszorgsysteem redelijk goed en er zijn slechts kleine aanpassingen nodig om het nog beter te laten werken	45	40	37	22	54	53	61	39	46	46	15
Er zijn goede dingen in ons gezondheidszorgsysteem, maar essentiële veranderingen zijn nodig om het beter te laten werken	53	58	55	55	41	45	35	54	49	52	69
Er is zoveel mis met ons gezondheidszorgsysteem dat we het helemaal opnieuw zouden moeten inrichten	2	1	6	22	2	2	2	6	4	2	15
Vindt u dat de kwaliteit van de medische zorg die uw patiënten ontvangen in het gezondheidszorgsysteem over het algemeen in vergelijking met 3 jaar geleden... (%)											
... is verbeterd	30	26	9	12	38	33	28	24	11	35	21
... gelijk is gebleven	50	54	52	54	40	49	60	43	66	44	53
... is verslechterd	20	19	37	34	20	19	11	32	21	21	25
Denkend aan alle medische zorg die uw patiënten ontvangen- niet alleen van uzelf, maar van al hun zorgverleners, inclusief medische specialisten- wat is uw mening over de hoeveelheid zorg die zij ontvangen? Is dit...? (%)											
Veel te weinig /te weinig	18	24	7	18	11	39	9	28	2	25	15

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
Precies goed	64	53	53	18	24	53	55	41	59	62	40
Veel te veel/ Te veel	15	17	37	59	57	6	32	22	38	12	37
Hoe tevreden bent u, in het algemeen, met het uitoefenen van uw medische beroep? (%)											
Erg tevreden /Tevreden	80	82	76	54	88	82	87	75	84	84	68
Ontevreden / Erg ontevreden	20	18	23	45	11	18	12	24	16	16	31
Geef aan hoe tevreden u bent met de volgende aspecten van uw medische praktijk (% erg tevreden/tevreden)											
Uw inkomen uit praktijk	75	79	36	66	80	75	84	71	57	79	67
Uw inkomen in vergelijking met inkomen van medisch specialist	29	44	26	34	37	41	61	71	17	71	29
De tijd die u moet besteden per patiënt	60	60	52	50	52	56	63	45	69	41	55
Hoe problematisch is, als ze dat is, de hoeveelheid tijd die u of uw medewerkers besteden aan..? (% groot probleem)											
Administratie in verband met zorgverzekeringen of declaraties.	31	21	39	52	48	33	15	35	54	17	51
Regelen van noodzakelijke medicatie of behandelingen voor patiënten als een gevolg van beperkte dekking.	10	21	17	37	26	17	11	10	23	9	52

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Tabel 3: Toegankelijkheid van zorg en patiëntenzorg

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
Hoe vaak denkt u dat uw patiënten het volgende ervaren? (% vaak)											
Problemen met het bekostigen van geneesmiddelen of andere niet-vergoede uitgaven	25	26	29	21	42	26	4	6	16	13	59
Problemen met het verkrijgen van gespecialiseerde diagnostiek (bijvoorbeeld CT-scan, mammografie, MRI)	16	38	41	27	7	59	10	15	3	14	23
Lange wachtlijsten om een medische specialist te zien	60	73	59	68	21	75	60	49	10	28	28
Lange wachtlijsten om een behandeling te krijgen na de diagnose	20	23	59	25	20	34	29	21	2	21	8
Welk percentage van uw patiënten dat op dezelfde of de volgende dag een afspraak wil maken, krijgt dat ook daadwerkelijk? (%)											
>80%	38	22	86	56	61	59	42	28	62	55	47
60-80%	24	22	8	20	25	28	32	29	26	30	23
Ongeveer 50%	15	14	3	8	7	6	12	17	7	11	11
20-40%	11	16	1	9	4	3	9	13	3	3	8
<20%	10	21	1	6	2	3	3	8	1	1	6
Reserveert uw praktijk overdag tijd om afspraken voor dezelfde dag aan te bieden? (% JA)	88	75	59	81	96	82	88	72	81	97	85
Heeft uw praktijk een regeling waar patiënten een arts of verpleegkundige kunnen zien wanneer de praktijk gesloten is, zonder naar de SEH van het ziekenhuis te gaan, bijvoorbeeld op een waarneempost of huisartsenpost? (% JA)	81	45	76	89	94	90	80	67	78	95	34

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Tabel 4: Organisatie van zorg

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
Helpt een niet-arts uit de praktijk bij het organiseren of verlenen van de volgende zorgaspecten? (% JA)											
Afleggen huisbezoeken	48	22	12	-	90	53	16	18	26	51	13
Organiseren en coördineren van zorg na ziekenhuisontslag	59	38	10	-	61	79	32	18	40	62	50
Coördineren zorg met sociale diensten en andere eerstelijns zorgverleners	66	50	9	-	62	89	38	17	48	59	56
Adviseren van patiënten over dieet, beweging of medicatie	72	53	10	-	94	91	45	21	55	85	60
Contact hebben met patiënten tussen praktijkbezoeken door om hun conditie te monitoren	58	46	7	-	68	84	22	19	38	71	52
Helpt u zelf bij het organiseren of verlenen van zorg op één van de volgende manieren? (% JA)											
Afleggen huisbezoeken	77	48	96	80	89	86	90	75	90	98	18
Organiseren en coördineren van zorg na ziekenhuisontslag	94	65	94	84	77	88	73	60	95	97	63
Coördineren zorg met sociale diensten en andere eerstelijns zorgverleners	91	72	91	88	71	85	80	51	97	96	65
Adviseren van patiënten over dieet, beweging of medicatie	98	80	99	84	85	97	89	92	99	99	75
Contact hebben met patiënten tussen praktijkbezoeken door om hun conditie te monitoren	80	50	71	75	40	81	69	76	81	98	57

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
Maakt uw praktijk gebruik van verpleegkundige in de rol van casemanagers, die patiënten met ernstige aandoeningen monitoren en zorg aan hun verlenen? (% JA)	59	44	98*	20	73	68	51	41	68	78	43
Geeft u uw patiënten met een chronische aandoening schriftelijke instructies over zelfmanagement in de thuissituatie (bijvoorbeeld instructies over wat te doen om symptomen onder controle houden, aanvallen te voorkomen of hun eigen conditie te monitoren)? (%)											
Ja, routinematig	41	21	15	34	34	25	14	13	26	61	39
Ja, incidenteel	53	58	52	57	53	67	76	63	47	30	49

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

- = vraag niet gesteld; * iets andere vraagstelling gebruikt.

Tabel 5: Transmurale informatie uitwisseling

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
Wanneer uw patiënt een specialist heeft gezien, hoe vaak komt het volgende voor? (% Altijd / Vaak)											
U ontvangt een verslag van de specialist met alle relevante gezondheidsinformatie.	91	85	96	82	89	96	92	59	96	87	74
Informatie over veranderingen die de medische specialist heeft doorgevoerd in de medicatie of het zorgplan van de patiënt	89	79	94	75	59	95	88	63	87	88	69
De informatie die u ontvangt is op tijd, in de zin dat het beschikbaar is wanneer het nodig is.	71	64	86	62	62	78	69	52	83	63	60
Wanneer uw patiënten naar de spoedeisende hulp afdeling of het ziekenhuis gaan, hoe vaak ontvangt u...? (% Altijd / Vaak)											
Een melding dat uw patiënt is gezien op de spoedeisende hulp afdeling	72	61	49	66	97	94	75	43	73	86	60
Een melding dat uw patiënt is ontslagen uit het ziekenhuis	75	55	75	71	96	89	74	45	67	79	60
Nadat uw patiënt is ontslagen uit het ziekenhuis, hoe lang duurt het dan gemiddeld voordat u de informatie ontvangt die u nodig hebt om de zorg voor die patiënt voort te zetten, inclusief aanbevolen nazorg? (%)											
Minder dan 24 uur	7	2	5	31	10	17	1	5	10	1	12
24-48 uur	30	13	4	36	32	39	13	16	30	20	33
2-4 dagen	30	22	14	15	24	30	31	24	26	19	26
5-14 dagen	26	35	41	10	24	11	45	40	19	41	18
Meer dan twee weken	7	21	35	6	7	2	8	10	11	19	4

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
Ontvang zelden tot nooit compleet verslag	2	5	1	0	1	1	0	3	1	0	5
Indien ontvangen: Op welke wijze ontvangt u gewoonlijk deze informatie? (%)											
Fax	71	46	4	49	9	22		12	74	31	59
Post	27	48	95	46	34	18	29	48	59	77	18
Email	19	2	6	2	55	55	16	4	28	25	10
Inloggen op ziekenhuissysteem	2	6	0	2	8	14	86	41	3	8	12
Anders	0	10	3	0	32	0	2	5	19	5	13

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Tabel 6: ICT- functionaliteit

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
Gebruikt u elektronische patiëntendossiers in uw praktijk (exclusief debiteurenregistratie)? (% JA)	92	56	67	82	98	97	98	88	41	97	69
Gebruikt u enige van de volgende technische toepassingen in uw praktijk? (% JA, routinematig)											
Elektronisch aanvragen van laboratorium testen	66	28	28	74	11	58	51	88	44	59	54
Elektronische waarschuwingen of prompts over potentiële problemen met dosering van medicatie of medicatie interacties	88	30	41	26	93	89	22	70	25	85	58
Elektronisch verwijzen naar medisch specialisten	35	25	3	30	61	53	58	46	22	60	37
Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen	74	42	42	75	97	72	29	95	21	75	65
Indien 'JA' → Kunt u uw recepten elektronisch naar de apotheek versturen? (% JA)	6	25	33	8	96	9	68	100	52	22	91
Kunt u elektronisch de volgende informatie uitwisselen met artsen buiten uw praktijk? (fax niet meegeteld) (% JA)											
Klinische samenvatting van patiënten	30	14	46	23	58	67	58	54	59	46	33
Laboratorium en diagnostische testen	37	23	45	28	54	59	47	66	58	49	35
Hoe gemakkelijk zou het voor u (of iemand uit uw praktijk) zijn om met het medische patiëntendossier systeem dat u op dit moment gebruikt, de volgende informatie te genereren over patiënten in uw praktijk? (% gemakkelijk)											
Lijst van patiënten per diagnose	72	39	27	53	77	74	38	45	25	96	49

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
(bijvoorbeeld diabetes of hypertensie)											
% waarbij dit proces computergestuurd is	93	44	27	77	78	96	62	77	47	99	50
Lijst van patiënten per laboratorium resultaat (bijvoorbeeld HbA1C>9.0)	60	27	16	23	54	59	20	38	18	75	36
% waarbij dit proces computergestuurd is	91	35	18	54	70	94	54	69	32	90	42
Lijst van patiënten die tests of preventieve zorg (hadden) moeten ontvangen (bijvoorbeeld griepvaccinatie)	65	23	34	40	72	81	5	16	28	88	30
% waarbij dit proces computergestuurd is	93	34	28	65	75	96	41	40	39	96	42
Lijst van alle medicatie die een individuele patiënt neemt (inclusief eventuele medicatie door andere artsen voorgeschreven)	78	42	39	61	78	74	59	52	46	98	56
% waarbij dit proces computergestuurd is	93	39	28	71	76	93	56	64	49	99	45
Lijst van patiënten die een bepaald medicijn gebruiken	64	20	26	44	60	60	14	22	27	96	26
% waarbij dit proces computergestuurd is	91	31	26	67	72	94	49	52	42	99	37
Lijst van laboratorium uitslagen van een individuele patiënt (inclusief degene die door andere artsen zijn aangevraagd)	75	46	47	49	53	73	55	63	37	95	48
% waarbij dit proces computergestuurd is	93	42	32	60	61	94	52	66	39	99	43
Samenvatting van het consult	77	37	71	40	72	72	71	55	40	91	54
% waarbij dit proces computergestuurd is	91	33	34	55	63	95	55	57	40	97	43
Worden de volgende taken op dit moment routinematig uitgevoerd in uw praktijk? (% JA, vanuit een computersysteem)											
Versturen van herinneringsbrieven naar patiënten voor reguliere preventieve zorg of nazorg (bijvoorbeeld grieprik of HbA1C controle voor diabetes patiënten)	65	13	27	18	43	88	4	27	13	65	22
Alle laboratorium aanvragen worden	65	18	32	47	26	50	31	53	32	69	41

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
gevolgd totdat de arts de uitslag heeft ontvangen											
Arts krijgt waarschuwing of herinnering om testresultaten aan patiënten te melden	60	18	13	11	7	38	25	19	18	58	35
Arts krijgt herinnering voor aanbevolen interventie uit de richtlijn en/of screeningstest	51	19	22	8	12	46	6	6	9	68	33
Geef aan of uw praktijk patiënten de mogelijkheid aanbiedt om (% JA)											
Online afspraken of verwijzingen aan te vragen	8	7	17	22	13	13	51	66	30	40	30
Via de email een medische vraag te stellen of bezorgdheid te uiten	20	11	39	45	46	38	26	41	68	35	34
Online herhaalrecepten aan te vragen	7	6	15	26	63	25	53	88	48	56	36
Testresultaten op een beveiligde website in te zien	9	11	13	2	4	10	11	3	6	14	28

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Tabel 6: Meten van praktijkverbeteringen

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
Ontvangt en analyseert de praktijk waar u werkt routinematig gegevens over de volgende aspecten van uw patiëntenzorg? (% JA)											
Klinische uitkomsten (bijvoorbeeld percentage diabetes of astma patiënten met goede instelling).	42	23	14	54	81	64	24	78	12	84	47
Enquêtes over tevredenheid en ervaringen van patiënten met de zorg.	56	15	1	35	39	51	7	90	15	84	60
Ziekenhuisopnames en spoedeisende hulp gebruik van patiënten	39	30	9	24	21	43	33	28	32	82	55
De frequentie waarmee diagnostische testen worden aangevraagd	33	16	7	17	16	56	18	43	20	56	32
Worden aspecten van uw klinische prestaties minimaal 1 keer per jaar beoordeeld aan de hand van doelen? (% JA)	53	41	43	43	47	83	22	57	37	96	67
Ontvangt u informatie over hoe de klinische prestaties van uw praktijk zich verhouden tot andere praktijken? (% JA, routinematig)	25	15	45	25	32	55	5	55	35	78	34

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Tabel 7: Additionele beloning

	AUS (n=500)	CAN (n=2124)	FR (n=501)	DUI (n=906)	NL (n=522)	NZ (n=500)	NO (n=869)	ZWE (n=1314)	ZWIT (n=1025)	VK (n=500)	VS (n=1012)
Ontvangt u, of hebt u de mogelijkheid hiervoor, een extra financiële vergoeding gebaseerd op enige van het volgende? (Deze omvatten speciale betalingen, hogere tarieven of (onkosten)vergoedingen) (% JA)											
Begeleiden van patiënten met chronische aandoeningen of complexe zorgbehoeften	75	70	37	60	77	83	15	49	4	50	21
Verbeterde preventieve zorg, inclusief patiëntenbegeleiding of groepsconsulten	42	42	12	23	28	40	17	55	5	37	14
Toevoegen van niet-artsen aan uw praktijkteam (bijvoorbeeld een verpleegkundige voor disease management voor chronische patiënten)	53	33	3	5	60	36	9	33	4	17	10
Indirect patiënten contact (bijvoorbeeld contacten per e-mail of telefonisch)	21	25	2	16	44	17	31	16	25	19	10
Afleggen van huisbezoeken	57	53	16	51	50	36	45	49	32	20	9

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Tabel 8: Medische diensten binnen praktijk

Worden de volgende medische diensten verleend in uw huisartsenpraktijk (% JA)	2012	2009
Oogboldruk meting	10	17
Spirometrie (longfunctie onderzoek)	91	88
ECG (hartfilmpje)	62	51
Ambulante (24uur) bloeddrukmeting	83	--
Audiometrie	50	--
Tympanometrie	19	--
Kleine chirurgie, bijvoorbeeld verwijderen van moedervlekken en nemen van (huid)biopten	98	99
Reizigersadvisering	59	--
Persoonlijke terminale zorg buiten kantooruren	89	--
Patiënten enquêtes/patiëntraadpleging	49	--

Tabel 9: Verwijzen

In welke mate weegt u de volgende aspecten mee indien u een patiënt verwijst naar de tweedelijns? (%)	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Altijd
Kwaliteit van geleverde zorg	0	2	11	51	35
Voorkeur patiënt	0	1	15	51	32
Reisafstand voor de patiënt naar de tweedelijnszorginstelling	2	9	25	53	10
Eerdere ervaring van andere patiënten uit uw praktijk	1	8	35	48	7
Lengte wachtlijst	2	6	36	51	4

