

International Health Policy Survey 2019

Commonwealth Fund

Onderzoek onder huisartsen in 11 landen

Dr. Simone van Dulmen
Florien Kruse
Prof. dr. Philip van der Wees

Maart, 2020

International Health Policy Survey 2019
Commonwealth Fund
Onderzoek onder huisartsen in 11 landen

Maart, 2020

Correspondentie:

Radboudumc, IQ healthcare
t.a.v. Simone van Dulmen, projectleider
Postbus 9101 (114 IQ healthcare), 6500 HB Nijmegen
E: Simone.vandulmen@radboudumc.nl

De studie is uitgevoerd met ondersteuning van het Commonwealthfund, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en IQ healthcare. Citeren van delen uit dit rapport is toegestaan met bronvermelding (Dulmen van SA, Kruse F, Wees van der PJ. International Health Policy Survey 2019 Commonwealth Fund. Onderzoek onder huisartsen in 11 landen. Nijmegen: IQ healthcare, maart 2020).

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	4
Samenvatting.....	5
1. Resultaten.....	8
1.1 Praktijkorganisatie en werkwijze huisartsenpraktijk.....	8
1.2 Kwaliteit & toegankelijkheid	11
1.3 Werkbeleving.....	18
1.4 Coördinatie	22
1.5 Chronische zorg of andere specifieke zorg.....	23
1.6 Informatie- en communicatietechnologie in de huisartsenpraktijk.....	25
2. Beschouwing.....	29
Bijlage 1. Methodologie van het onderzoek	32
Het meetinstrument.....	32
Uitvoering van het veldwerk	32
Definitie van de steekproef	33
Responspercentage	34
Representativiteit van de steekproef.....	34
Data analyse	35
Bijlage 2. Verkennende analyse.....	36
Bijlage 3. Tabellen met resultaten.....	38
Tabel 1: Praktijkprofiel en demografische gegevens.....	38
Tabel 2: Kwaliteitsoordeel en tevredenheid over het systeem	39
Tabel 3: Toegankelijkheid van zorg en patiëntenzorg.....	41
Tabel 4: Zorgcoördinatie	43
Tabel 5: Gesprekken over het levenseinde en anticiperend beleid	45
Tabel 6: Praktijksystemen en informatietechnologie.....	46
Tabel 7: Meten van praktijkverbeteringen.....	48
Literatuur	49

Voorwoord

De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich door een sterke eerstelijns zorg en een poortwachtersfunctie van de huisarts. De huisartsenzorg vervult een prominente plaats in de gezondheidszorg en er lijkt een trend dat deze rol versterkt wordt de komende jaren. Reden genoeg om huisartsen te ondervragen naar hun beleving van het functioneren van de Nederlandse gezondheidszorg.

In dit rapport staat de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg centraal, zoals die door huisartsen anno 2019 wordt ervaren. Er is aandacht voor bijvoorbeeld de praktijkorganisatie, toegankelijkheid van de zorg, coördinatie van zorg, de zorg voor chronische patiënten en het gebruik van informatietechnologie.

De resultaten zijn afkomstig uit de 2019 Commonwealth Fund International Health Policy Survey (IHP 2019). 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. Elke drie jaar wordt dit onderzoek onder huisartsen herhaald. In de tussenliggende jaren wordt een vergelijkbare studie uitgevoerd onder burgers en chronisch zieken. In 2018 is er geen vragenlijst uitgezet. Om deze reden is het nu vier jaar geleden dat de vragenlijst onder huisartsen is uitgezet.

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.

Samenvatting

Inleiding

In de periode van maart tot en met half mei ontvingen 1612 Nederlandse huisartsen een uitnodiging voor deelname aan de 3-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. In totaal zijn 788 volledig ingevulde vragenlijsten van Nederlandse huisartsen meegenomen in de analyse (respons: 49%). Deze representatieve respons vertegenwoordigt 8% van alle huisartsen in Nederland. In totaal gaven 13.200 huisartsen in de 11 deelnemende landen hun mening over de gezondheidszorg. Deze rapportage stelt zes thema's centraal om een beeld te geven over de prestaties van het Nederlandse gezondheidssysteem. Per thema presenteren wij hieronder de meest opvallende bevindingen.

Praktijkorganisatie en werkwijze huisartsenpraktijk

De praktijkgrootte uitgedrukt in FTEs (fulltime-equivalent) in Nederland is relatief klein. Gemiddeld zijn er 2.2 FTE artsen werkzaam per praktijk in Nederland, dit enigszins afgenomen ten opzichte van 2015. De gemiddelde tijd voor een consult met de patiënt is 11 minuten in Nederland en dit is relatief constant gebleven ten opzichte van 2015. Tussen landen bestaan er flinke verschillen in de gemiddelde tijd die er per consult aan een patiënt besteed kan worden, variërend van 10 tot 25 minuten. In 2019 werken 37% van de Nederlandse huisartsen meer dan 55 uur per week, dat is een forse stijging ten opzichte van 2015.

Kwaliteit & toegankelijkheid

De Nederlandse huisartsen zijn, net als de huisartsen in de meeste andere landen, positief over de kwaliteit van de medische zorg; 80% van de huisartsen vindt het Nederlandse zorgsysteem goed/zeer goed. Ondanks het algemene positieve oordeel vindt 31% van de Nederlandse huisartsen dat de kwaliteit slechter is geworden in vergelijking met drie jaar geleden.

Huisartsen ontvangen en analyseren met grote regelmaat routinematig gegevens over klinische uitkomsten in verhouding met andere landen. 95% van de Nederlandse huisartsen analyseert jaarlijks of per kwartaal de klinische uitkomsten van hun patiëntenzorg; Nederland is de koploper op dit gebied. Daarentegen doet Nederland het relatief slechter wat betreft het ontvangen en analyseren van ziekenhuisopnames en spoedeisende hulp gebruik van hun patiënten.

Er is toenemende aandacht voor niet-gepaste zorg en factoren die gerelateerd zijn aan het verlenen van niet-gepaste zorg. Huisartsen vinden dat patiënten onnodige zorg krijgen, niet alleen van henzelf, maar van alle aanbieders, inclusief specialisten en paramedici. Meer dan 32% vindt dat patiënten (veel) teveel zorg ontvangen en slechts 6% vindt dat patiënten (veel) te weinig zorg ontvangen.

Patiëntverzoeken voor onderzoeken en behandelingen is ook een van de factoren die van invloed is op onnodige zorg in de huisartsenpraktijk; 71% van de huisartsen geeft aan dat dit een grote belemmering is. In vergelijking met andere landen scoort Nederland hier het hoogst. Gebrek aan tijd en angst voor klachten is ook een belemmering voor huisartsen; 42% geeft aan dat dit een grote belemmering is en 48% geeft aan dat dit een kleine belemmering is. Daarnaast geeft 42% van de huisartsen aan onnodige zorg te verlenen uit angst voor klachten voor de geschillencommissie, de tuchtraad of een juridisch geschil. Alleen Duitsland, Verenigde Staten, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk scoorden hier hoger op met percentages die varieerden tussen 43-69%

Om de kwaliteit te verhogen geven Nederlandse huisartsen de hoogste prioriteit aan het verbeteren van de integratie van eerstelijnszorg met ziekenhuizen, GGZ instellingen, en lokaal georganiseerde zorg. Daarnaast vinden zij dat het vergroten van uitgaven aan ziektepreventie en/of publieke gezondheid, en het vergroten van de toegankelijkheid en financiering van sociale hulpverlening van belang is om de kwaliteit te verbeteren.

Werkbeleving

Nederlandse huisartsen zijn tevreden met het uitoefenen van hun beroep; 95% van de respondenten geeft aan tevreden/zeer tevreden te zijn met de uitoefening van het medisch beroep. Tegelijkertijd ervaart 30% van de huisartsen zijn/haar werk als (uiterst) stressvol. Hoewel dit ten opzichte van de andere landen laag is, is het wel een flinke toename ten opzichte van 2015. Vrouwelijke huisartsen, huisartsen die ontevreden zijn over hun inkomen, ontevreden zijn over de tijd die ze hebben voor de patiënt en/of ontevreden zijn over de dagelijkse werkdruk, ervaren meer stress. De Nederlandse huisartsen zijn het meest ontevreden over de dagelijkse werkdruk ten opzichte van de andere 10 landen. De Nederlandse huisartsen blijken niet tevreden te zijn met de tijd die ze kunnen besteden per patiënt; slechts 31% van de huisartsen is hierover (erg) tevreden. Daarnaast ervaren huisartsen de tijd voor administratieve handelingen als een probleem. Hoewel dit op sommige onderdelen wel is afgenomen ten opzichte van 2015, is hier zeker nog ruimte voor verbetering.

Coördinatie

De coördinatie van zorg tussen de tweede lijn en de huisarts is over het algemeen goed. In de overgrote meerderheid van de gevallen ontvangt de huisarts informatie over bezoek van de patiënt aan de spoedeisende hulp, huisartsenpost of opname in het ziekenhuis. Nederland is hierin koploper. Huisartsen ervaren diverse drempels bij het coördineren van patiëntenzorg met sociaal-maatschappelijke dienstverleners. Grote drempels ervaren huisartsen door het gebrek aan follow-up van maatschappelijke organisaties over de diensten die patiënten ontvangen of nodig hebben, teveel papierwerk bij het coördineren van maatschappelijke zorg en onvoldoende personeel om door te verwijzen.

Chronische zorg of andere specifieke zorg

Het begeleiden van patiënten met chronische aandoeningen wordt beschouwd als één van de kerntaken van de huisarts. Nederlandse huisartsen zijn in het algemeen goed voorbereid om optimale zorg te verlenen aan patiënten met chronische aandoeningen, patiënten met psychische klachten, patiënten die palliatieve zorg ontvangen en patiënten met dementie, met scores van respectievelijk 96%, 84%, 97% en 65%. Slechts 18% van de Nederlandse huisartsen geeft aan voorbereid te zijn om aan patiënten met drugsmisbruik zorg te leveren; hier is nog ruimte voor verbetering. 51% van de Nederlandse huisartsen geeft aan routinematig schriftelijke instructies over zelfmanagement in de thuissituatie te geven. Hoewel dit is verbeterd ten opzichte van voorgaande metingen is dit voor Nederlandse huisartsen echter nog geen routine.

Huisartsen zetten bij 7% van de patiënten medische apparatuur in om patiënten op afstand te monitoren waar klinisch nodig voor patiënten met chronische aandoeningen. Hoewel dit percentage laag is, scoren alleen de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk hoger.

De laatste jaren is er flink ingezet op ondersteuning van de huisarts door middel van andere hulpverleners. 96% van de Nederlandse huisartsen zet hulpverleners in, zoals verpleegkundigen en/of casemanagers, die zich bezighouden met de monitoring, begeleiding en behandeling van patiënten met chronische

aandoeningen. Dit is een toename ten opzichte van 2015 en is het hoogst vergeleken met huisartsen in andere landen.

Informatie en communicatietechnologie in de huisartsenpraktijk

Elektronische patiëntendossiers zijn in de afgelopen jaren in toenemende mate ingezet voor het versturen van herinneringsbrieven naar patiënten, het volgen van laboratoriumaanvragen, ter herinnering om testresultaten aan patiënten te melden of voor aanbevolen testen. 64% van de huisartsen verstuurt herinneringsbrieven naar patiënten voor reguliere zorg, preventieve zorg of nazorg. Dit aandeel is ten opzichte van 2015 toegenomen.

Nederlandse huisartsen hebben ook een flinke sprong gemaakt in het bieden van mogelijkheden aan patiënten via email vragen te stellen. 78% van de huisartsen biedt de mogelijkheid aan patiënten om vragen per email te stellen en online afspraken maken kan bij 58% van de huisartsen.

Er is een grote variatie tussen landen in de mogelijkheid om medische uitslagen online en patiëntverslagen na opname online in te zien. Nederland scoort hier in de middenmoot met 22%.

Conclusie

De resultaten van de IHP 2019 onder huisartsen in 11 landen laat zien dat Nederland op een aantal gebieden koploper is in de gezondheidszorg, gezien vanuit het perspectief van de huisarts. Daarentegen is op andere vlakken nog verbeterpotentieel.

Het Nederlandse zorgsysteem over het geheel wordt als goed ervaren door de huisartsen en zij zijn tevreden met het uitoefenen van hun beroep. Daar staat tegenover dat veel huisartsen hun werk als stressvol ervaren en ervaren zij veel werkdruk.

Hoewel er diverse programma's lopen om de werkdruk te verminderen en de financiering te verbeteren, ervaart bijna de helft van de huisartsen nog een groot probleem in de hoeveelheid tijd die zij moeten besteden aan administratieve handelingen. Ook meer dan een derde van de Nederlandse huisartsen geven aan ervaren de tijd die nodig is voor het rapporteren van klinische informatie of informatie over de kwaliteit van zorg aan de overheid of aan andere instanties zoals zorgverzekeraars als een groot probleem. Nederland scoort op deze onderdelen hoog ten opzichte van andere landen.

Met de demografische ontwikkeling en het verschuiven van steeds meer taken van de tweede lijn naar de eerste lijn zal naar verwachting de druk op Nederlandse huisartsen verder toenemen. Er liggen uitdagingen in zowel de financiering als de organisatie ('ontzorgen') van de huisartsenzorg.

1. Resultaten

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van de IHP 2019 Survey van de Commonwealth Fund.

In de periode van maart tot en met half mei ontvingen 1612 Nederlandse huisartsen een uitnodiging voor deelname aan de 3-jaarlijkse Commonwealth Fund International Health Policy Survey. In totaal zijn 788 volledig ingevulde vragenlijsten van Nederlandse huisartsen meegenomen in de analyse (respons: 49%). Daarmee heeft Nederland de hoogste respons van deze vragenlijst. De respons van de andere 10 deelnemende landen varieerde van 14.5% tot 43%.

Van de respondenten was 43% vrouw en 57% man. De grootste groep respondenten bevond zich in de leeftijdscategorie 55-64 jaar (38%), gevolgd door de leeftijdscategorie 45-54 jaar (31%). De resultaten worden hieronder aan de hand van zes thema's afzonderlijk besproken.

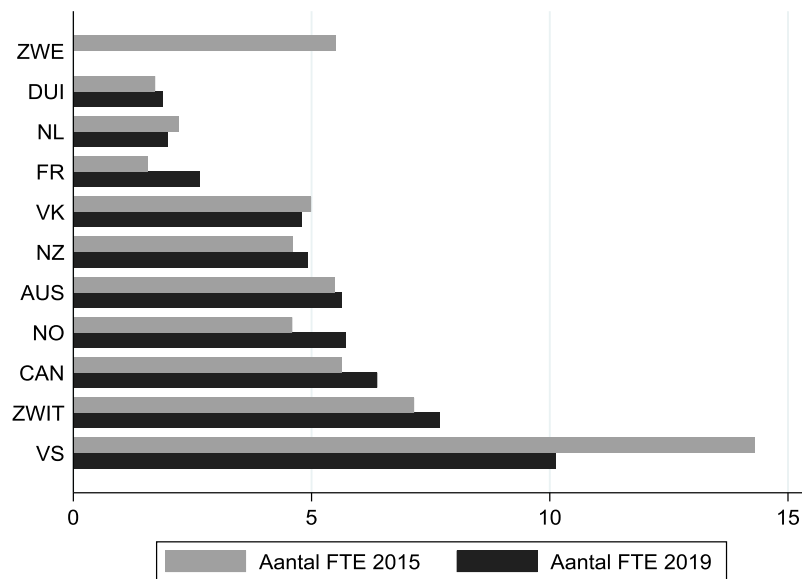
1.1 Praktijkorganisatie en werkwijze huisartsenpraktijk

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:

- Praktijkgrootte
- Gemiddelde tijd per consult
- Gemiddeld aantal patiënten per week
- Aantal uren werkzaam per week
- Het aanbieden van videoconsultatie door huisartsenpraktijken

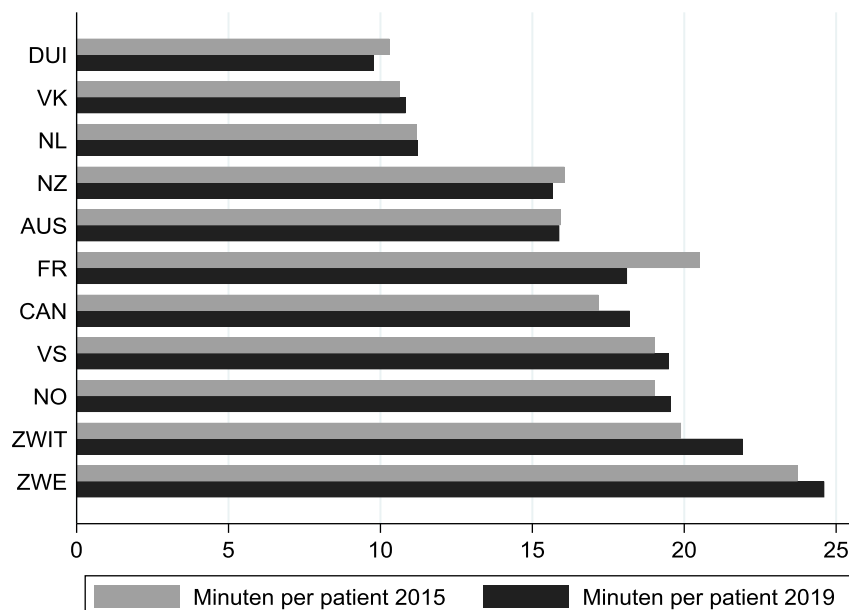
De praktijkgrootte uitgedrukt in FTEs (fulltime-equivalent) in Nederland is relatief klein. Gemiddeld zijn er 2.2 FTE artsen werkzaam per praktijk in Nederland, dit enigszins afgenomen in 2019 ten opzichte van 2015; toen waren er nog 2.0 FTE artsen (Figuur 1). Van de Nederlandse huisartsen werkt 60% in een praktijk kleiner dan twee FTE, terwijl 36% in een praktijk werkt met twee tot vijf FTE. Slechts 4% van de Nederlandse huisartsen werkt in een praktijk met vijf of meer FTE aan huisartsen. De grootte van de huisartsenpraktijken in Frankrijk en Duitsland zijn vergelijkbaar met de Nederlandse huisartsenpraktijken. In Australië, Nieuw-Zeeland, Canada Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk daarentegen, werkt meer dan 40% van de huisartsen in praktijken met vijf of meer FTEs aan huisartsen.

Figuur 1. Gemiddeld aantal FTE artsen per praktijk (2015, 2019)



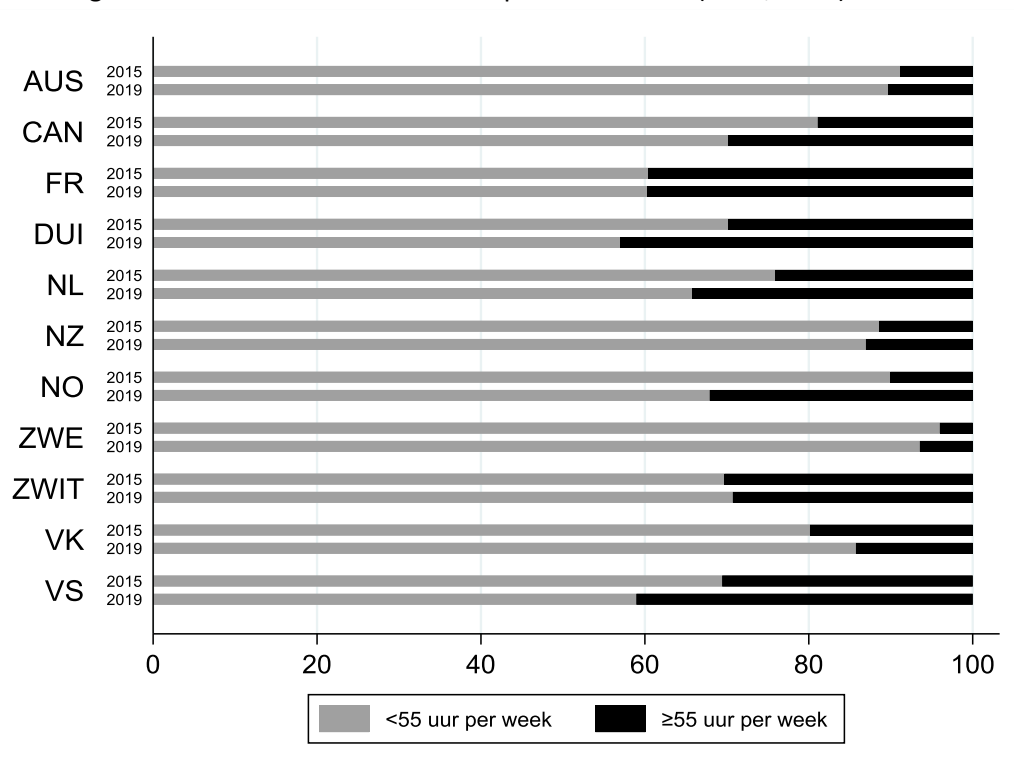
Gemiddeld zien Nederlandse huisartsen 111 patiënten per week. Ten opzichte van de andere landen positioneert Nederland zich gemiddeld. Duitsland steekt er met 235 patiënten per week met kop en schouders uit. Frankrijk (122), Australië (114), en het Verenigd Koninkrijk (118) komen net iets hoger uit ten opzichte van Nederland. Zweden scoort veel lager met 44 patiënten per week. De gemiddelde tijd voor een consult met de patiënt is 11 minuten in Nederland en dit is relatief constant gebleven ten opzichte van 2015 (Figuur 2). Tussen landen bestaan er flinke verschillen in de gemiddelde tijd die er per consult aan een patiënt besteed kan worden. Alleen in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk is de gemiddelde consulttijd korter (in beide landen 10 minuten). In Noorwegen en Zweden is de gemiddelde consulttijd twee keer zo hoog, respectievelijk 20 en 25 minuten per consult.

Figuur 2. Gemiddeld aantal minuten per patiënt (2015,2019)



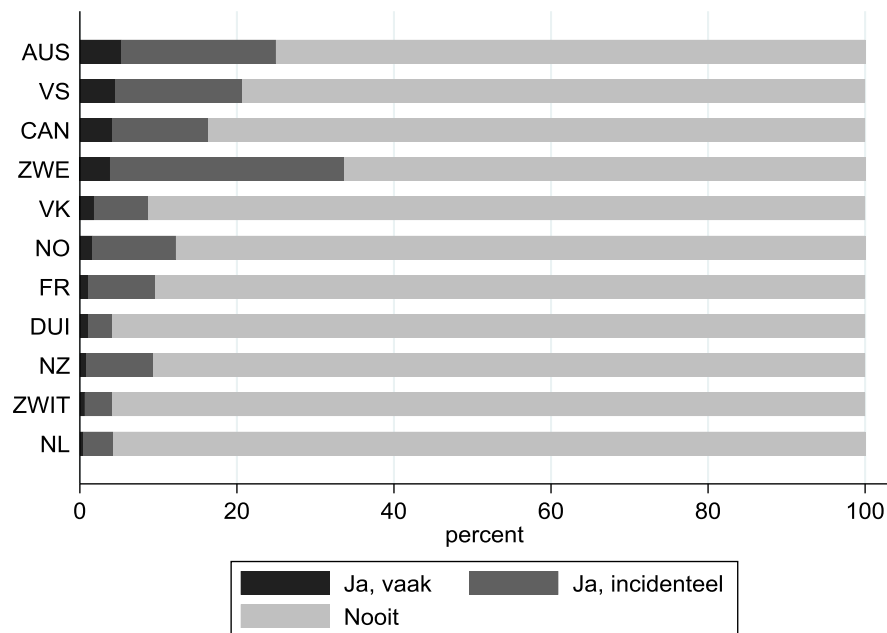
Ten opzichte van 2015 is het aantal huisartsen dat meer dan 55 uur per week flink gestegen (Figuur 3). In 2015 werkte 24% van de huisartsen meer dan 55 uur per week; in 2019 is dat gestegen tot 34%. Alleen meer huisartsen in Frankrijk, Duitsland en de Verenigde Staten werken 55 uur per week of meer anno 2019.

Figuur 3. Percentage huisartsen die meer dan 55 uur per week werkt (2015, 2019)



Er bestaan grote verschillen in het gebruik van videoconsultatie tussen landen (Figuur 4). In Nederland maken slechts 4% van de huisartsen gebruik van videoconsultatie, terwijl in Zweden, Australië, de Verenigde Staten en Canada 18% of meer van de huisartsen gebruik maken van videoconsultatie. Samen met Duitsland en Zwitserland wordt in Nederland het minst gebruik gemaakt van videoconsultatie. Daar staat tegenover dat alle huisartsen aangeven huisbezoeken af te leggen en dat 92% van de huisartsen zorg coördineert met lokaal georganiseerde hulpverleners en sociale diensten. Hier scoren de meeste andere landen lager.

Figuur 4. Werkt u en/of één van uw collega's op de volgende manieren? *Gebruik van videoconsultatie*



1.2 Kwaliteit & toegankelijkheid

Een algemeen oordeel over de kwaliteit van zorg is een terugkerend thema in de IHP Surveys. Dit maakt het mogelijk om van sommige variabelen trends te bekijken en om een vergelijking te maken tussen de verschillende groepen die deelnemen aan de survey. In deze paragraaf bespreken we de ervaringen van huisartsen over:

- De kwaliteit van het zorgsysteem
- Het ontvangen en analyseren van routinematig verzamelde gegevens over klinische uitkomsten
- Onnodige zorg
- Strategieën om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg verbeteren

De Nederlandse huisartsen zijn, net als de huisartsen in de meeste andere landen, positief over de kwaliteit van de medische zorg; 80% van de huisartsen vindt het Nederlandse zorgsysteem goed/zeer goed (Tabel 1). Slechts 1% geeft aan dat de kwaliteit van de gezondheidszorg slecht/heel slecht is. Huisartsen in het Zweden, Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten zijn minder positief over de kwaliteit van de zorg; 8-22% vindt dat het zorgsysteem slecht/zeer slecht is.

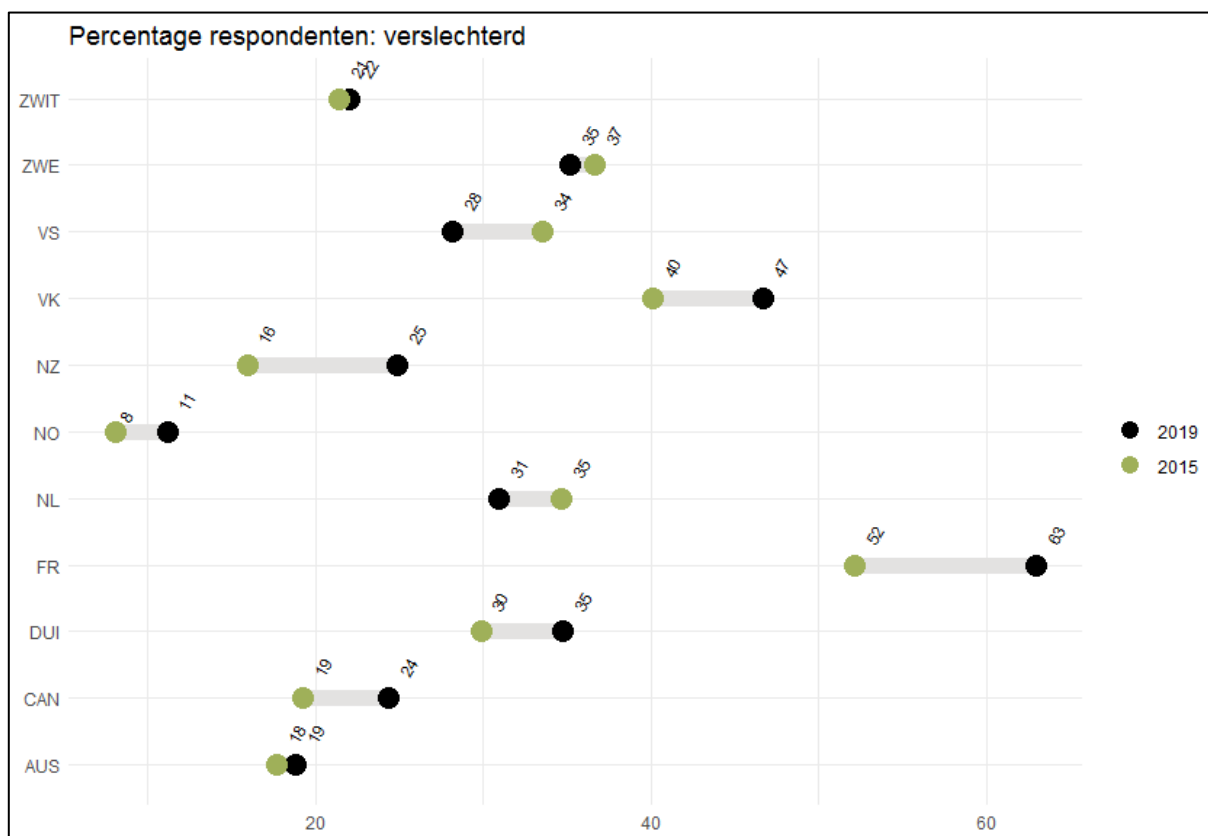
Tabel 1. Hoe vindt u dat het Nederlandse zorgsysteem in zijn geheel presteert (in %)?

	(Ze)er slecht	Acceptabel	(Erg) goed	Total
Australië	4	18	79	100
Canada	7	31	62	100
Frankrijk	6	25	68	100
Duitsland	5	22	74	100
Nederland	1	19	80	100
Nieuw Zeeland	7	31	62	100
Noorwegen	1	12	88	100
Zweden	8	21	71	100
Zwitserland	1	6	93	100
Verenigd Koninkrijk	9	32	60	100
Verenigde Staten	22	39	39	100

Ondanks het algemene positieve oordeel vindt 31% van de Nederlandse huisartsen dat de kwaliteit slechter is geworden in vergelijking met drie jaar geleden – vergelijkbaar met Duitsland, Zweden en de Verenigde Staten. Huisartsen in Noorwegen zijn het meest positief over de ontwikkelingen: slechts 11% vindt dat de kwaliteit slechter is geworden in vergelijking met drie jaar geleden (Figuur 5). Franse huisartsen zijn het minst positief over de ontwikkelingen: 51% vindt dat de kwaliteit slechter is geworden.

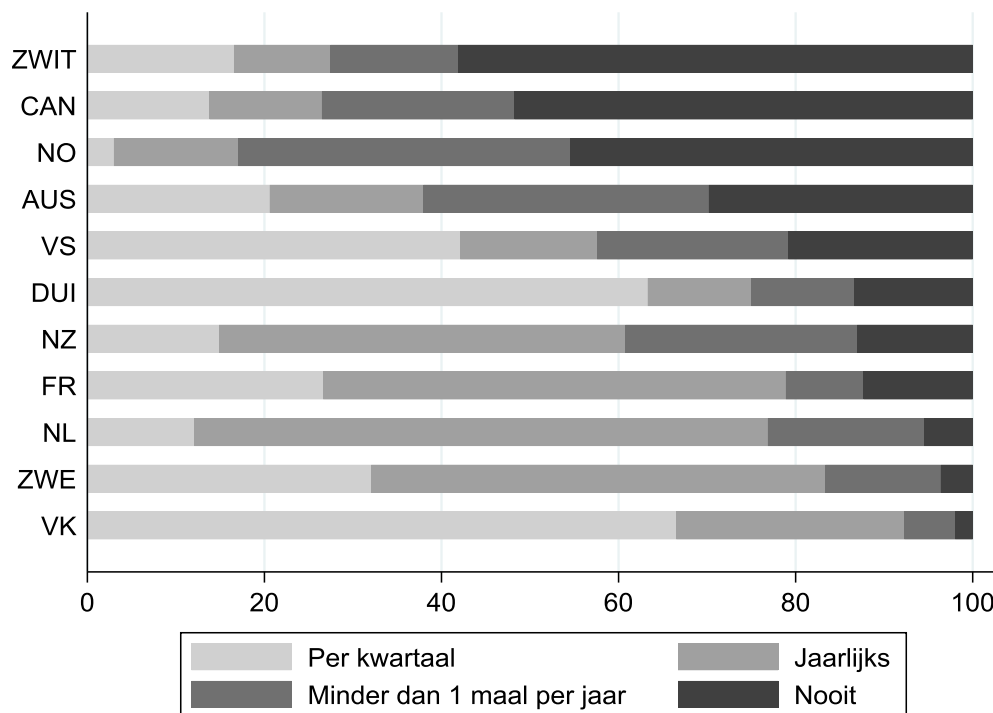
Figuur 5. Vindt u dat de kwaliteit van de medische zorg die uw patiënten ontvangen in het algemeen in vergelijking met 3 jaar geleden is verbeterd, verslechterd of gelijk gebleven? (2015,2019). [De x-as geeft de percentages weer]





Huisartsen ontvangen en analyseren met grote regelmaat routinematig gegevens over klinische uitkomsten in verhouding met andere landen. 95% van de Nederlandse huisartsen analyseert jaarlijks of per kwartaal de klinische uitkomsten van hun patiëntenzorg; Nederland is de koploper op dit gebied. Daarentegen doet Nederland het relatief slechter wat betreft het ontvangen en analyseren van ziekenhuisopnames en spoedeisende hulp gebruik van hun patiënten, 23% doet dit per kwartaal of jaarlijks of nooit terwijl in het Verenigd Koninkrijk 82% van de huisartsen dit per kwartaal of jaarlijks doet. Inzage in eigen handelen biedt de mogelijkheid om een oordeel te geven over de kwaliteit van de geleverde zorg. Het voorschrijfgedrag van huisartsen is vaak onderwerp van discussie; 77% van de Nederlandse huisartsen analyseert dit per kwartaal of jaarlijks. Dit is relatief goed, alleen in het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Frankrijk doen meer huisartsen dit (Figuur 6). Enquêtes betreffende tevredenheid en ervaringen met de zorg van patiënten wordt relatief minder vaak ontvangen en geanalyseerd: 32% van de huisartsen doet dit per kwartaal of jaarlijks. In Zweden en het Verenigd Koninkrijk is dit gebruikelijker bij de huisartsen. Tot slotte worden patiëntgerapporteerde uitkomstmaten (PROMs) nauwelijks gemeten in de meeste landen. Alleen in het Verenigd Koninkrijk is dit gebruikelijker met 62% van de huisartsen die dit per kwartaal of jaarlijks doen. 23% van de Nederlandse huisartsen gaven aan dit te analyseren.

Figuur 6. Hoe vaak ontvangt en analyseert uw praktijk routinematig gegevens over de volgende aspecten van uw patiëntenzorg? (2019) *Voorschrijfgedrag (bv. generieke medicijnen, antibiotica of opioïden)*



Er is toenemende aandacht voor niet-gepaste zorg en factoren die gerelateerd zijn aan het verlenen van niet-gepaste zorg. Huisartsen vinden dat patiënten onnodige zorg krijgen. Meer dan 32% vindt dat patiënten (veel) teveel zorg ontvangen en slechts 6% vindt dat patiënten (veel) te weinig zorg ontvangen (Tabel 2). De huisartsen in Zwitserland zijn nog sterker van mening dat hun patiënten onnodige zorg ontvangen, meer dan 33% gaf dit aan.

Tabel 2. Wat is uw mening over de hoeveelheid medische zorg die uw patiënten krijgen, niet alleen van u, maar van alle aanbieders, inclusief specialisten en bv. paramedici? Is het? (2019)

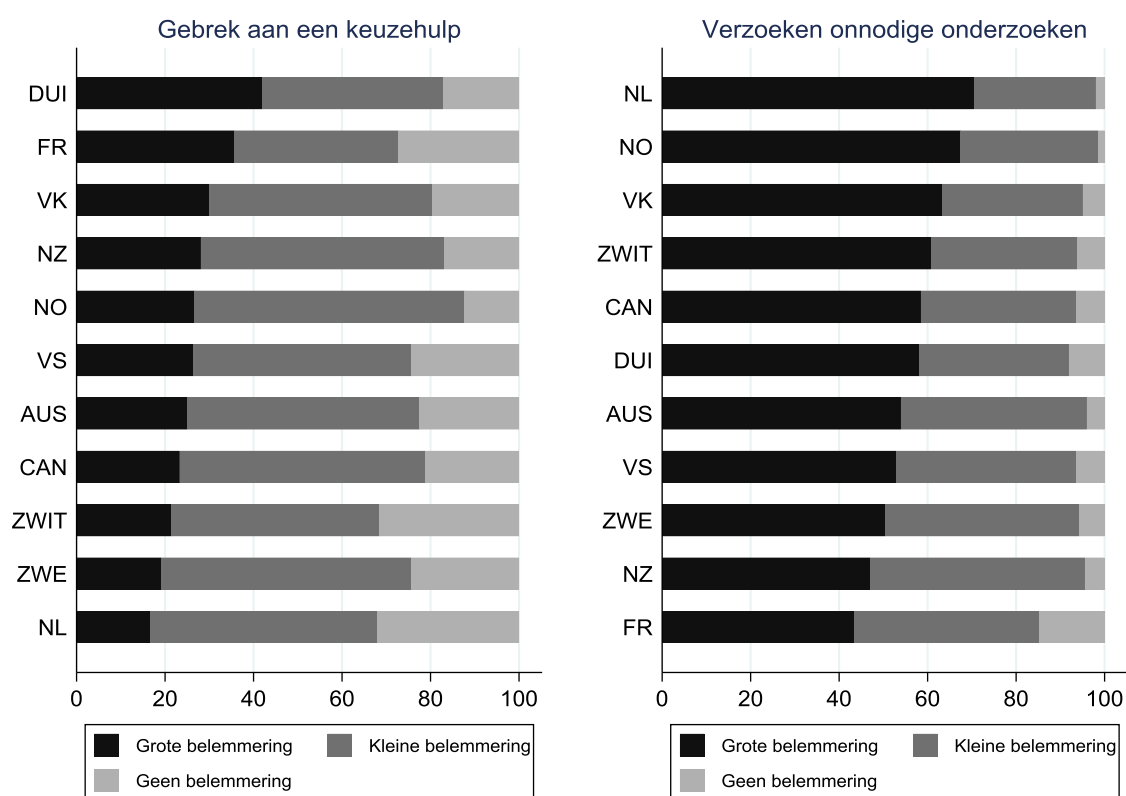
	Nederland	Zwitserland
Veel te weinig	0.5%	0.6%
Te weinig	5.7%	2.1%
Voldoende	60.9%	63.8%
Te veel	29.2%	31.2%
Veel te veel	3.7%	2.3%

Vervolgens is er een aantal vragen gesteld over wat volgens huisartsen de belemmeringen zijn om onnodige zorg te verminderen. Het gebrek aan een keuzehulp die ondersteunt in het beoordelen of een behandeling wel of niet gewenst is voor een patiënt wordt door slechts 17% van de huisartsen als een grote belemmering ervaren. In Duitsland daarentegen achten 42% van de huisartsen dit als een grote

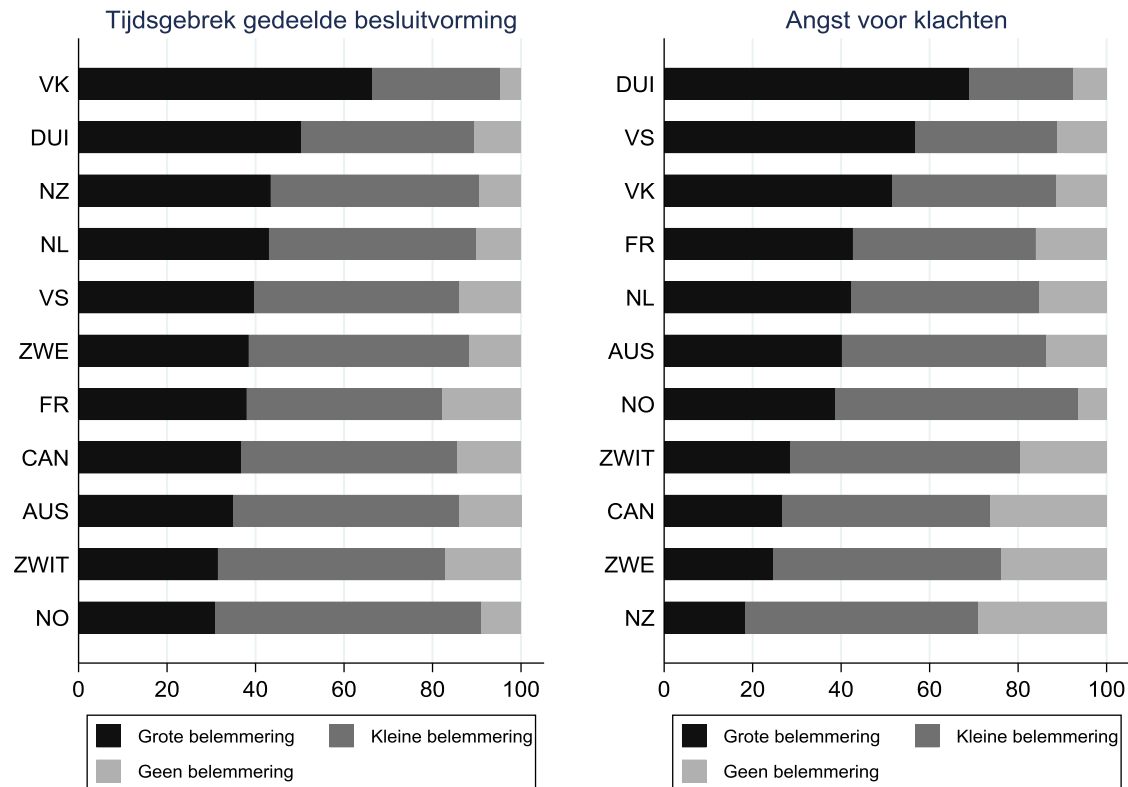
belemmering (Figuur 7). Patiëntverzoeken voor onderzoeken en behandelingen is ook een van de factoren die van invloed is op onnodige zorg in de huisartsenpraktijk; 71% van de huisartsen geeft aan dat dit een grote belemmering is. In vergelijking met andere landen scoort Nederland hier het hoogst (Figuur 7). Noorwegen, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk scoren ook boven de 60%.

Gebrek aan tijd is ook een belemmering voor huisartsen; 43% geeft aan dat dit een grote belemmering is en 48% geeft aan dat dit een kleine belemmering is (Figuur 8). Daarnaast geeft 42% van de huisartsen aan onnodige zorg te verlenen uit angst voor klachten voor de geschillencommissie, de tuchtraad of een juridisch geschil. Alleen Duitsland, Verenigde Staten, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk scoorden hier hoger op met percentages die varieerden tussen 43-69% (Figuur 8).

Figuur 7. Wat zijn volgens u de belemmeringen om onnodige zorg te verminderen in Nederland? (2019)
Gebrek aan een keuzehulp die ondersteunt in het beoordelen of een behandeling wel of niet gewenst is voor een patiënt | Patiëntverzoeken voor onnodige onderzoeken en behandelingen



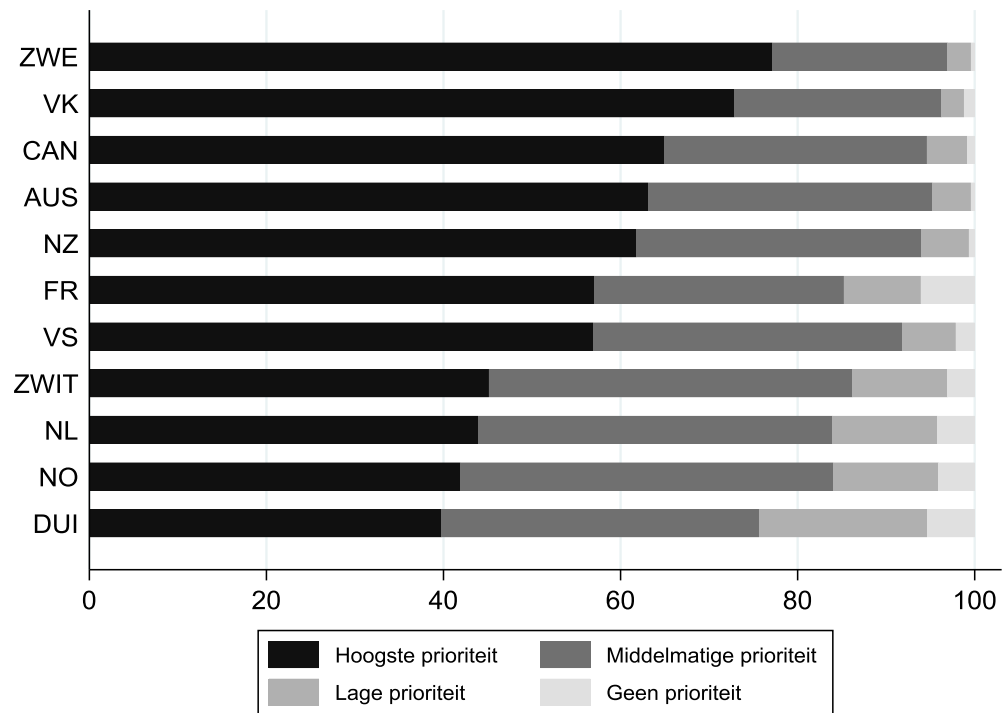
Figuur 8. Wat zijn volgens u de belemmeringen om onnodige zorg te verminderen in Nederland? (2019)
Gebrek aan tijd voor gedeelde besluitvorming | Angst voor klachten voor de geschillencommissie, het tuchtcollege of een juridisch geschil



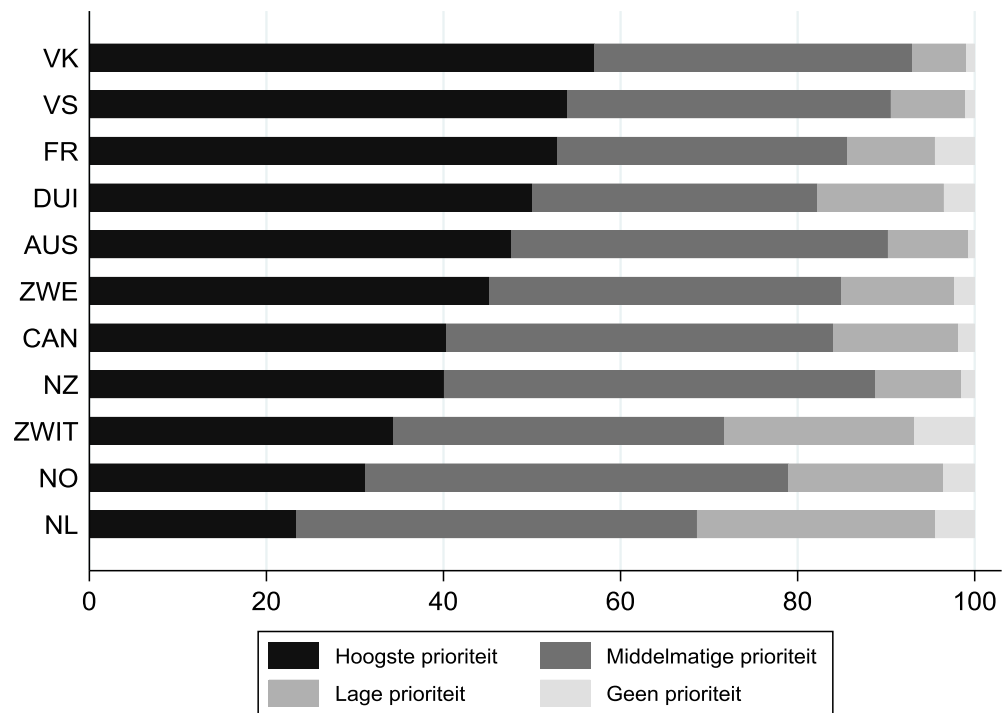
Aan huisartsen is gevraagd welke strategieën zouden moeten worden geprioriteerd om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren in Nederland. Huisartsen geven de hoogste prioriteit aan het verbeteren van de integratie van eerstelijnszorg met ziekenhuizen, GGZ instellingen, en lokaal georganiseerde zorg (42%) (Figuur 9), het vergroten van uitgaven aan ziektepreventie en/of publieke gezondheid (23%) (Figuur 10), en het vergroten van de toegankelijkheid en financiering van sociale hulpverlening (23%) (Figuur 11).

Verminderen van het eigen risico en/of eigen betalingen, verlagen van de prijs van voorgeschreven geneesmiddelen, en het verminderen van wachttijden voor electieve chirurgie en bij medisch specialisten geven huisartsen minder vaak prioriteit. Hieraan gaven huisartsen de hoogste prioriteit met respectievelijk 7%, 11% en 11%.

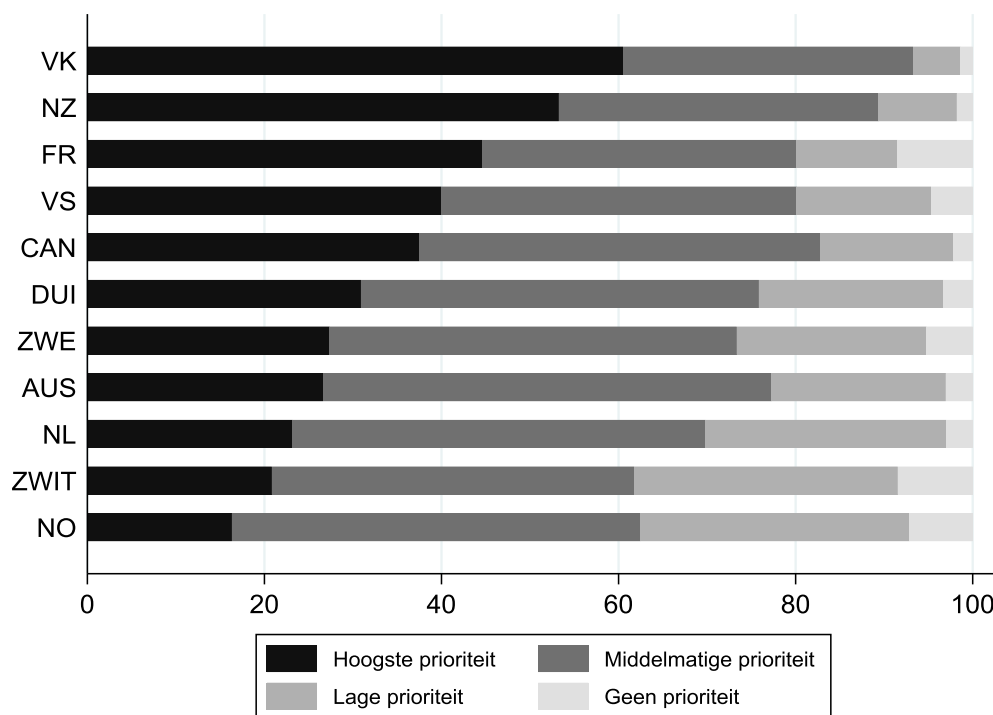
Figuur 9. Welke strategieën zouden volgens u moeten worden geprioriteerd om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren in Nederland? *Verbeteren van de integratie van eerstelijnszorg met ziekenhuizen, GGZ instellingen en lokaal georganiseerde zorg*



Figuur 10. Welke strategieën zouden volgens u moeten worden geprioriteerd om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren in Nederland? *Vergroten uitgaven aan ziektepreventie en/of publieke gezondheid*



Figuur 11. Welke strategieën zouden volgens u moeten worden geprioriteerd om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren in Nederland? *Vergroten van de toegankelijkheid en financiering van sociale hulpverlening (bv. huisvesting, voedsel en arbeidsondersteuning)*



1.3 Werkbeleving

Er is een aantal vragen gesteld aan huisartsen omtrent de ervaringen met de zorg die zij leveren. In deze paragraaf bespreken we de ervaringen van de huisartsen op het gebied van:

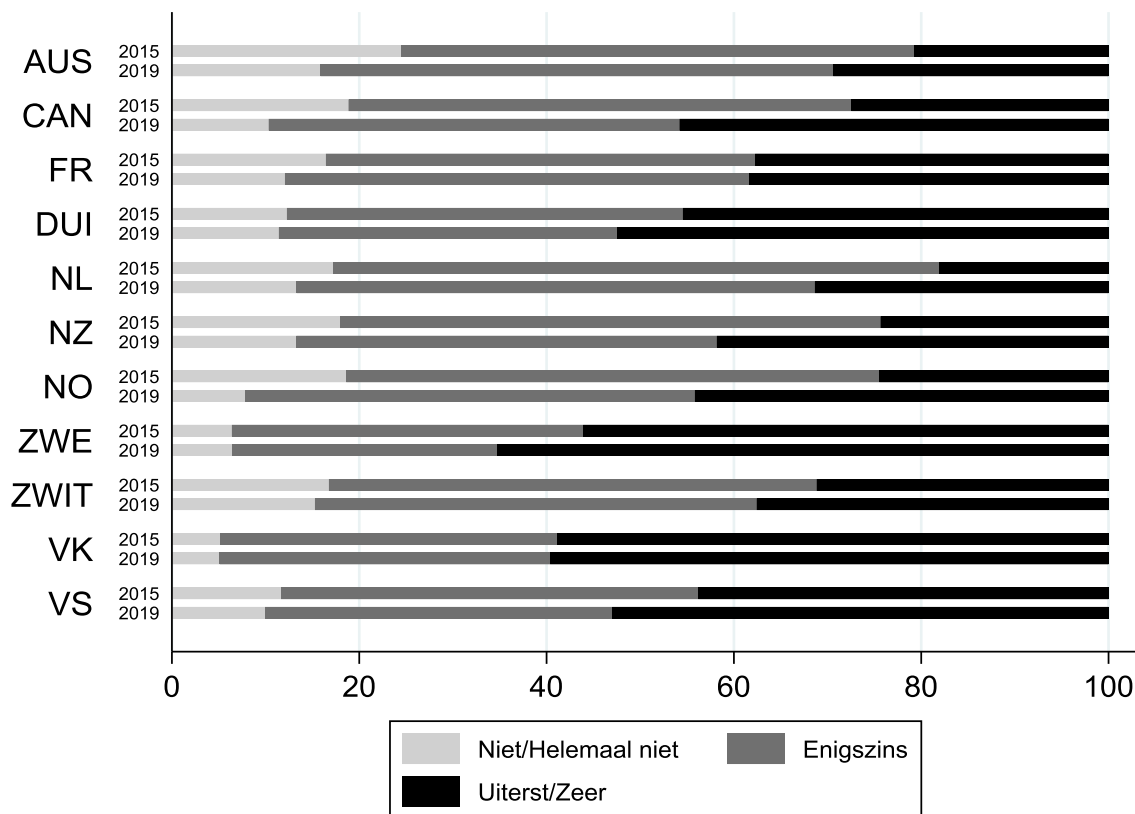
- Tevredenheid met het uitvoeren van hun medisch beroep
- Tevredenheid met het inkomen, tijd voor de patiënt en de dagelijkse werkdruk
- Stress van het werk als huisarts
- Tijd voor administratieve handelingen, het regelen van noodzakelijke medicatie of behandelingen voor patiënten als een gevolg van beperkte dekking en de tijd voor het rapporteren van klinische informatie of informatie over de kwaliteit van zorg aan de overheid of aan andere instanties zoals zorgverzekeraars
- (financiële) Steun bij verplaatsen van zorg naar de eerstelijnszorg

Nederlandse huisartsen zijn tevreden met het uitoefenen van hun beroep; 95% van de respondenten geeft aan tevreden/zeer tevreden te zijn met de uitoefening van het medisch beroep. Alleen respondenten in Australië en Zwitserland scoorden hoger. 31% van de huisartsen ervaart zijn/haar werk als (uiterst) stressvol. Hoewel dit ten opzichte van de andere landen het laagst is, is het wel een flinke toename ten opzichte van 2015, toen 18% van de respondenten aangaf dat zij het werk als (uiterst) stressvol ervoeren (Figuur 12). Vrouwelijke huisartsen, huisartsen die ontevreden zijn over hun inkomen, ontevreden zijn over de tijd die ze hebben voor de patiënt en/of ontevreden zijn over de dagelijkse werkdruk, ervaren meer stress (Bijlage 2).

81% van de Nederlandse huisartsen geven aan (erg) tevreden te zijn met hun inkomen, dat is relatief goed, alleen Zwitserland (87%), Frankrijk (85%) en Zweden (85%) scoren hoger. De Nederlandse huisartsen

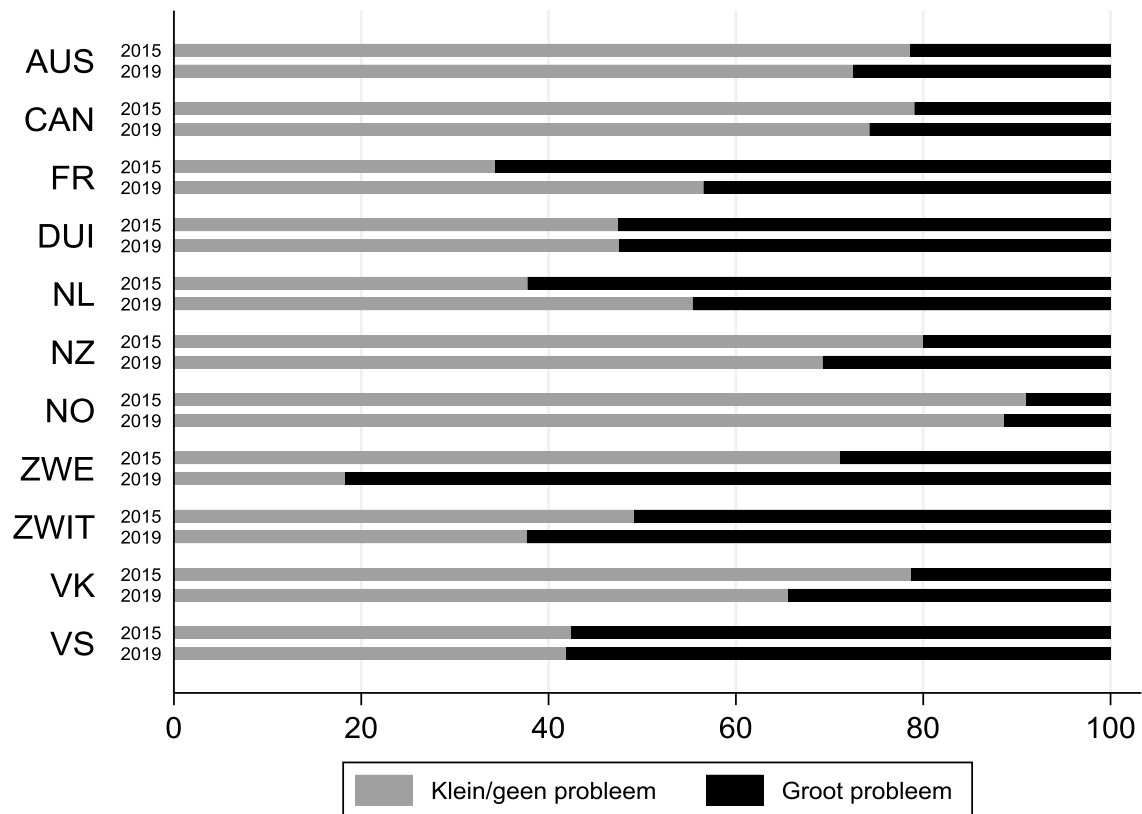
blijken echter niet tevreden te zijn met de tijd die ze kunnen besteden per patiënt; slechts 31% van de huisartsen is hierover (erg) tevreden. Huisartsen in de andere landen zijn minder ontevreden hierover, alleen in het Verenigd Koninkrijk is het ongenoegen groter. Tenslotte zijn de Nederlandse huisartsen het meest ontevreden over de dagelijkse werkdruk ten opzichte van de andere 10 landen; 73% is hier ontevreden over.

Figuur 12. Hoe stressvol vindt u uw werk als huisarts? (2015, 2019)

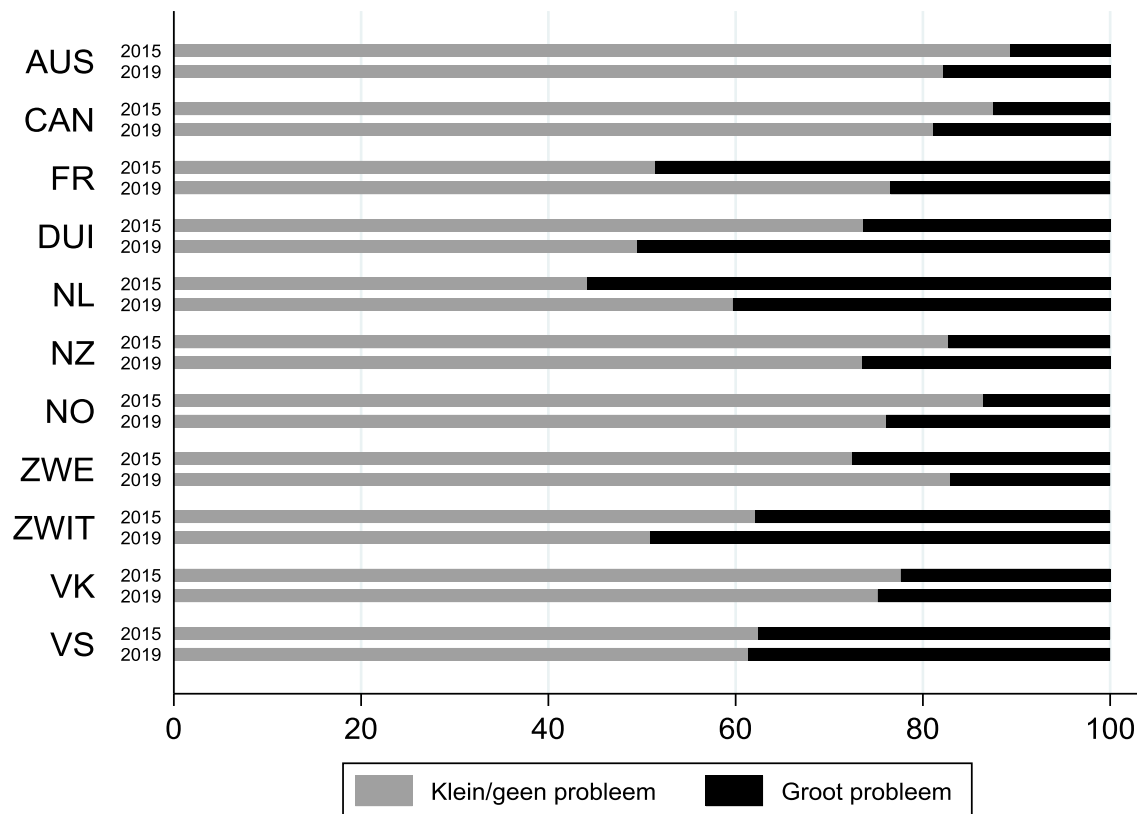


Huisartsen ervaren de tijd voor administratieve handelingen als een probleem. 45% van de huisartsen ervaart een groot probleem in de hoeveelheid tijd die zij moeten besteden aan administratieve handelingen in verband met zorgverzekeringen of declaraties (Figuur 13). Hoewel dit is afgenomen ten opzichte van 2015, lijkt hier nog steeds ruimte voor verbetering. 36% van de huisartsen aan dat de hoeveelheid tijd die zij besteden aan het regelen van noodzakelijke medicatie of behandelingen voor patiënten als een gevolg van beperkte dekking als groot probleem. Alleen Duitsland en de Verenigde Staten scoren hoger met 50% en 63% respectievelijk. Ook relatief veel Nederlandse huisartsen ervaren de benodigde tijd voor het rapporteren van klinische informatie of informatie over de kwaliteit van zorg aan de overheid of aan andere instanties zoals zorgverzekeraars als een groot probleem. Slechts 17% van de huisartsen in Zweden geeft aan dat dit een probleem is terwijl 40% of meer van de huisartsen in Nederland, Zwitserland en Duitsland dit problematisch achten (Figuur 14).

Figuur 13. Hoe problematisch is de hoeveelheid tijd die u of uw medewerkers besteden aan...?
Administratie in verband met zorgverzekeringen of declaraties



Figuur 14. Hoe problematisch is de hoeveelheid tijd die u of uw medewerkers besteden aan...?
 Rapporteren van klinische informatie of informatie over kwaliteit van zorg aan de overheid of aan andere instanties zoals zorgverzekeraars.



Tevens is alleen aan Nederlandse huisartsen gevraagd in hoeverre zij zich (financieel) gesteund voelen door de zorgverzekeraars bij de huidige verschuiving van bepaalde zorg van het ziekenhuis naar de huisarts (substitutie)? Bijna alle respondenten voelen zich hierin niet of beperkt gesteund, 48,7% geeft aan soms gesteund te voelen en 46,8% voelt zich nooit gesteund (Tabel 3).

Tabel 3. In hoeverre voelt u zich (financieel) gesteund door de zorgverzekeraars bij de huidige verschuiving van bepaalde zorg van het ziekenhuis naar de huisarts (substitutie)?

Helemaal	0.2%
Meestal	4.2%
Soms	48.7%
Nooit	46.9%

1.4 Coördinatie

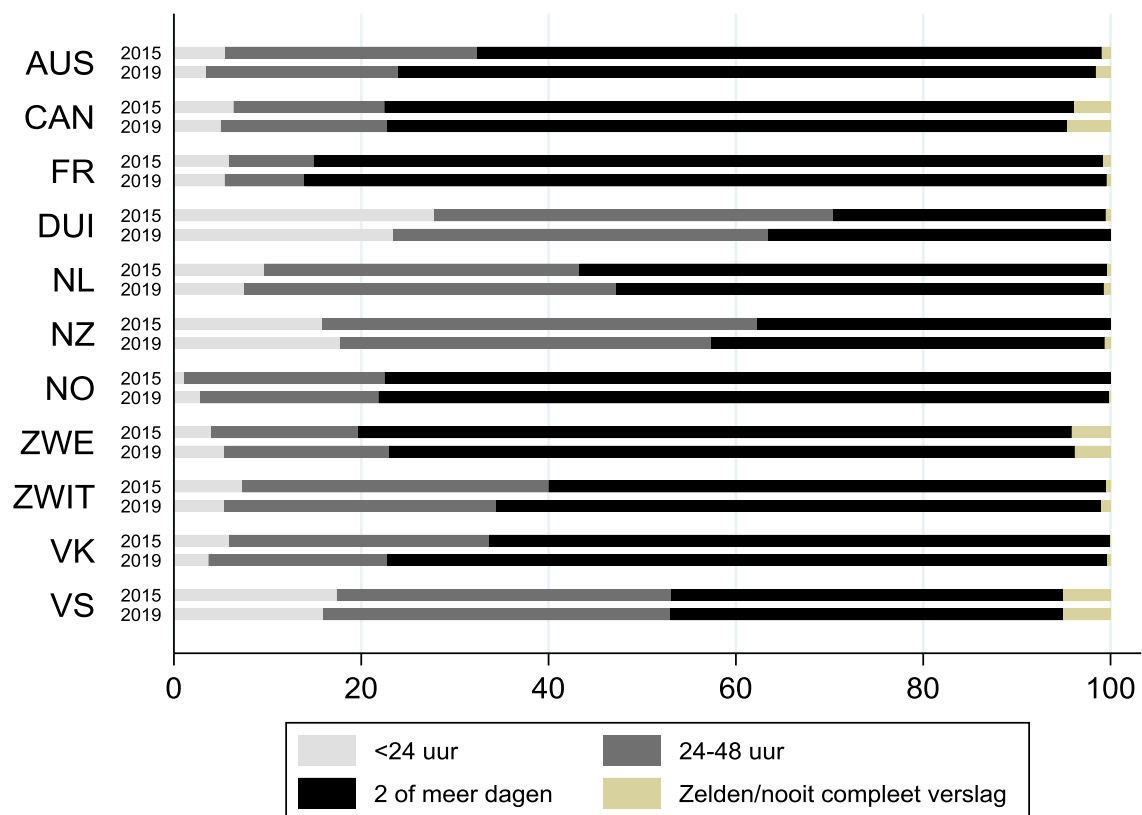
De coördinatie van zorg met andere zorgverleners is een belangrijk onderdeel van het werk van de huisarts. In deze paragraaf beschrijven we de ervaringen van huisartsen op het gebied van:

- Coördinatie van zorg tussen de huisarts en de tweede lijn
- Coördineren van patiëntenzorg met sociaal-maatschappelijke dienstverleners

Hoewel meer dan 40% van de huisartsen de hoogste prioriteit geven aan het verbeteren van de integratie van eerstelijnszorg met ziekenhuizen, GGZ instellingen en lokaal georganiseerde zorg (zie figuur 9), vinden huisartsen de coördinatie van zorg tussen de tweede lijn en de huisarts over het algemeen redelijk goed. In de overgrote meerderheid van de gevallen ontvangt de huisarts informatie over bezoek van de patiënt aan de spoedeisende hulp, huisartsenpost of opname in het ziekenhuis. Nederland is hierin koploper.

Er is ruimte voor verbetering voor de tijdigheid van de informatieverstrekking. Slechts 62% van de huisartsen ontvangt een specialistenbrief met de resultaten van de specialist over het bezoek binnen één week na het bezoek. Als de patiënten ontslagen is uit ziekenhuis ontvangt 8% van de huisartsen dit binnen 24 uur, de meeste landen lijken hier slecht op te scoren (Figuur 15). Echter 40% van de huisartsen krijgt het binnen 48 uur, dit betekent dat meer dan de helft van de huisartsen deze informatie niet binnen 48 uur ontvangt.

Figuur 15. 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?



Huisartsen ervaren diverse drempels bij het coördineren van patiëntenzorg met sociaal-maatschappelijke dienstverleners. Bijna de helft van de huisartsen (43%) ervaren grote drempels door het gebrek aan follow-

up van maatschappelijke organisaties over de diensten die patiënten ontvangen en/of nodig hebben. Teveel papierwerk die gemoeid gaat met het coördineren van maatschappelijke zorg is voor 39% van de huisartsen een grote drempel. 24% van de huisartsen ervaart een enorme drempel door onvoldoende personeel om door te verwijzen en zorg te coördineren met maatschappelijke organisaties. Gebrek aan bewustzijn van de beschikbaarheid van maatschappelijke organisaties in de buurt wordt door 13% van de huisartsen als een grote drempel ervaren, 20% ervaart een grote drempel door het gebrek aan een systeem voor doorverwijzing. In vergelijking met andere landen scoort Nederland hier relatief goed op, maar ook in Nederland is er ruimte voor verbetering.

1.5 Chronische zorg of andere specifieke zorg

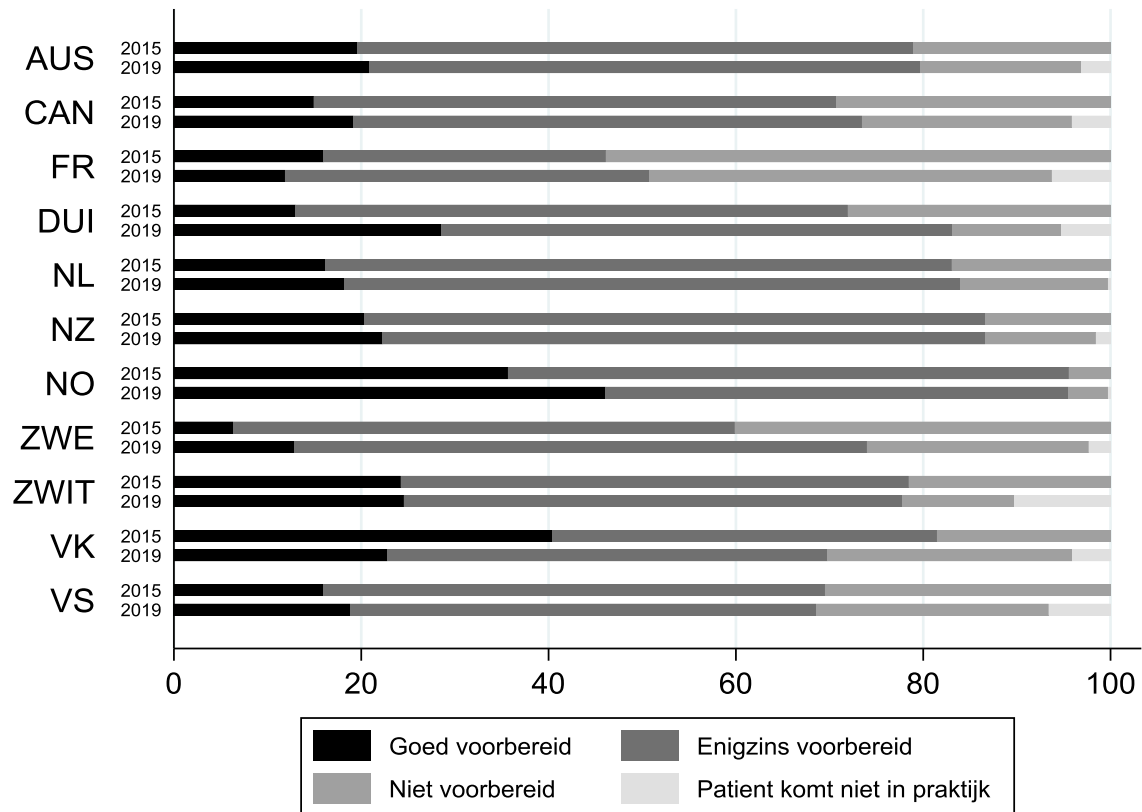
Het begeleiden van patiënten met chronische aandoeningen is één van de kerntaken van de huisarts. In deze paragraaf beschrijven we de ervaringen van huisartsen over:

- Het voorbereid zijn om optimale zorg te verlenen aan diverse chronische patiëntengroepen
- Zelfmanagement voor patiënten met chronische aandoeningen
- Ondersteuning van de huisarts bij de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen

Nederlandse huisartsen zijn in het algemeen goed voorbereid om optimale zorg te verlenen aan patiënten met chronische aandoeningen en patiënten met psychische klachten, met scores van respectievelijk 96% en 84% Nederland scoort voor wat betreft de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen (samen met Duitsland) het hoogst in vergelijking met de overige landen. In de andere landen varieert de zorg voor patiënten met psychische klachten van 31% (Frankrijk) tot 76% (Noorwegen). De Nederlandse huisartsen steken met kop en schouders uit met 97% van de huisartsen die aangeven goed voorbereid te zijn om optimale palliatieve zorg te leveren. De zorg voor patiënten die palliatieve zorg ontvangen varieert in de andere landen van 25% (Frankrijk) tot 73% (Verenigd Koninkrijk). De huisartsen in Nederland blijken ook het best voorbereid te zijn voor patiënten met dementie ten opzichte van de andere landen met 66% van de huisartsen die aangeven goed voorbereid te zijn. De zorg voor patiënten met dementie varieert in andere landen van 23% (Frankrijk) tot 63% (Duitsland).

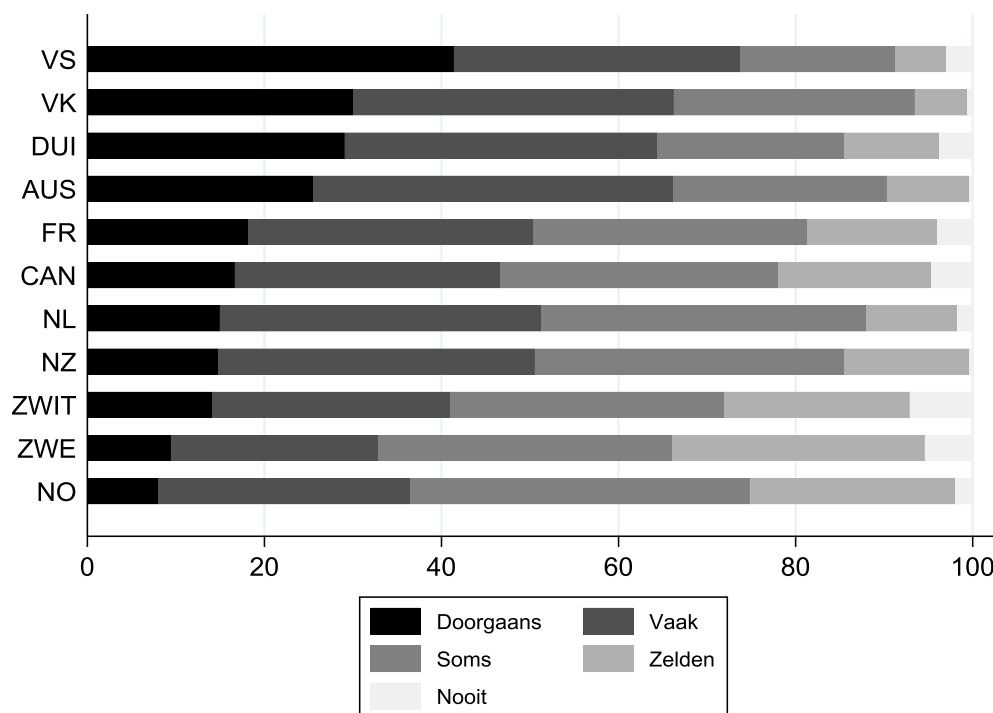
Slechts 18% van de Nederlandse huisartsen geeft aan voorbereid te zijn om optimale zorg voor patiënten met drugsmisbruik te leveren. Alleen Frankrijk en Zweden (beide 13%) scoren hier slechter op. Desalniettemin zijn de huisartsen steeds beter voorbereid op deze patiëntengroep ten opzichte van 2015, alleen Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk gaan erop achteruit (Figuur 16).

Figuur 16. Hoe goed is uw praktijk voorbereid -met betrekking tot adequate vaardigheden en ervaring- om optimale zorg te leveren voor de patiënten met: *Drugsmisbruik*



Het begeleiden van patiënten met chronische aandoeningen is één van de kerntaken van de huisarts. Hoewel dit is verbeterd ten opzichte van voorgaande metingen is dit voor Nederlandse huisartsen echter nog geen routine: 51% van de Nederlandse huisartsen geeft aan routinematig schriftelijke instructies over zelfmanagement in de thuissituatie te geven (Figuur 17).

Figuur 17. Hoe vaak verleent u -of andere professionals in uw praktijk- de volgende zorg voor patiënten met chronische aandoeningen: *Leveren van een schriftelijke instructie over zelfmanagement in de thuissituatie (bv. instructies over wat te doen om symptomen onder controle te houden)*



Huisartsen zetten bij 7% van de patiënten medische apparatuur in om patiënten op afstand te monitoren waar klinisch nodig voor patiënten met chronische aandoeningen. Hoewel dit percentage laag is, scoren alleen de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk hoger met respectievelijk 11% en 10%.

Uit de Nictiz monitor 2019 blijkt dat het merendeel van de huisartsen ervaart dat telemonitoring bijdraagt aan het bevorderen van zelfredzaamheid van patiënten.¹ Ook kan het de kwaliteit van zorg verhogen en tijd besparen voor patiënten en/of naasten. Meer dan 50% van de huisartsen vindt dat telemonitoring relevant voor de zorg voor hun patiënten maar weinig praktijken hebben concrete plannen om dit te realiseren.

De laatste jaren is er flink ingezet op ondersteuning van de huisarts door middel van hulpverleners, zoals verpleegkundigen en casemanagers. 96% van de Nederlandse huisartsen hulpverleners in, zoals verpleegkundigen en/of casemanagers, die zich bezighouden met de monitoring en behandeling van patiënten met chronische aandoeningen. Dit is een toename van 4% ten opzichte van 2015 en is het hoogst vergeleken met huisartsen in andere landen.

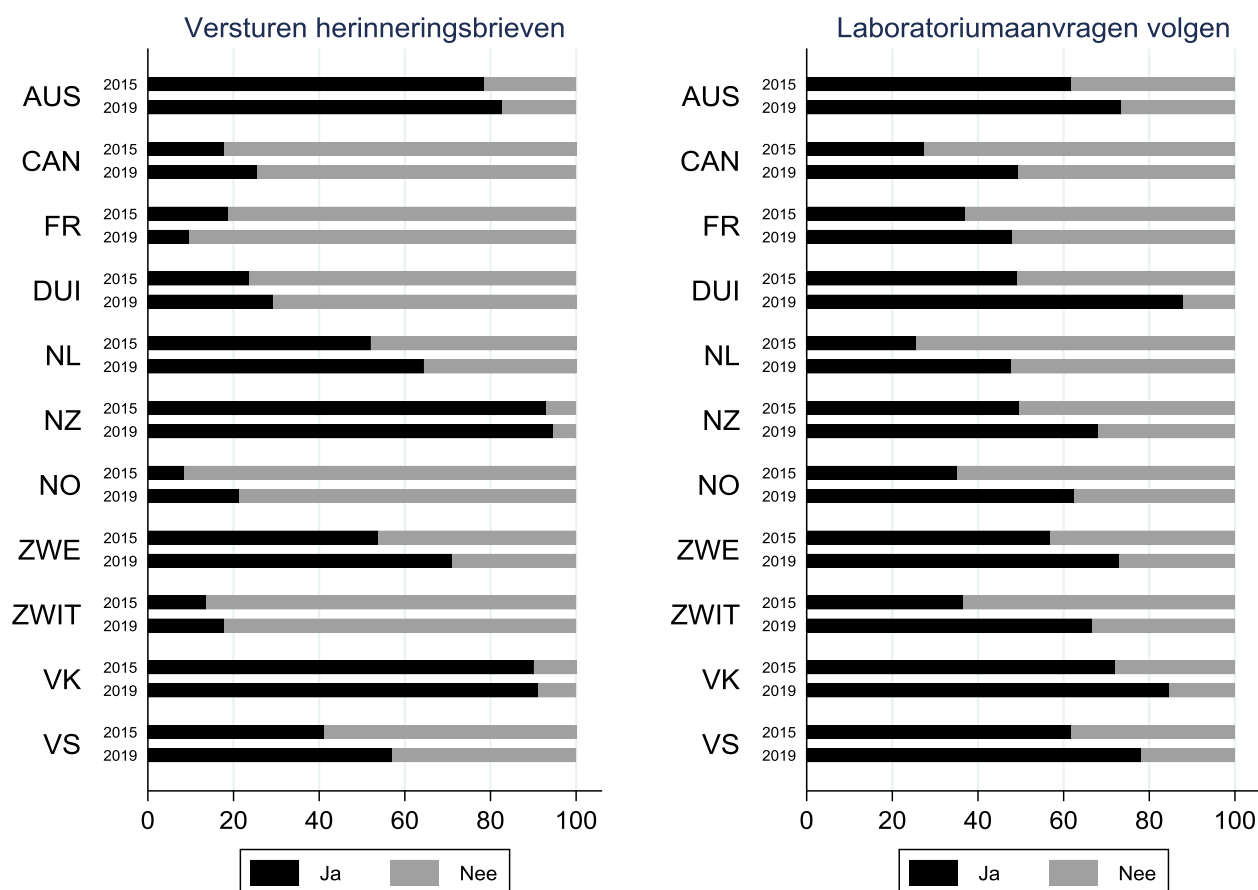
1.6 Informatie- en communicatietechnologie in de huisartsenpraktijk

Informatietechnologie is een belangrijk thema in de gezondheidszorg. In deze paragraaf beschrijven we de ervaringen van huisartsen met betrekking tot:

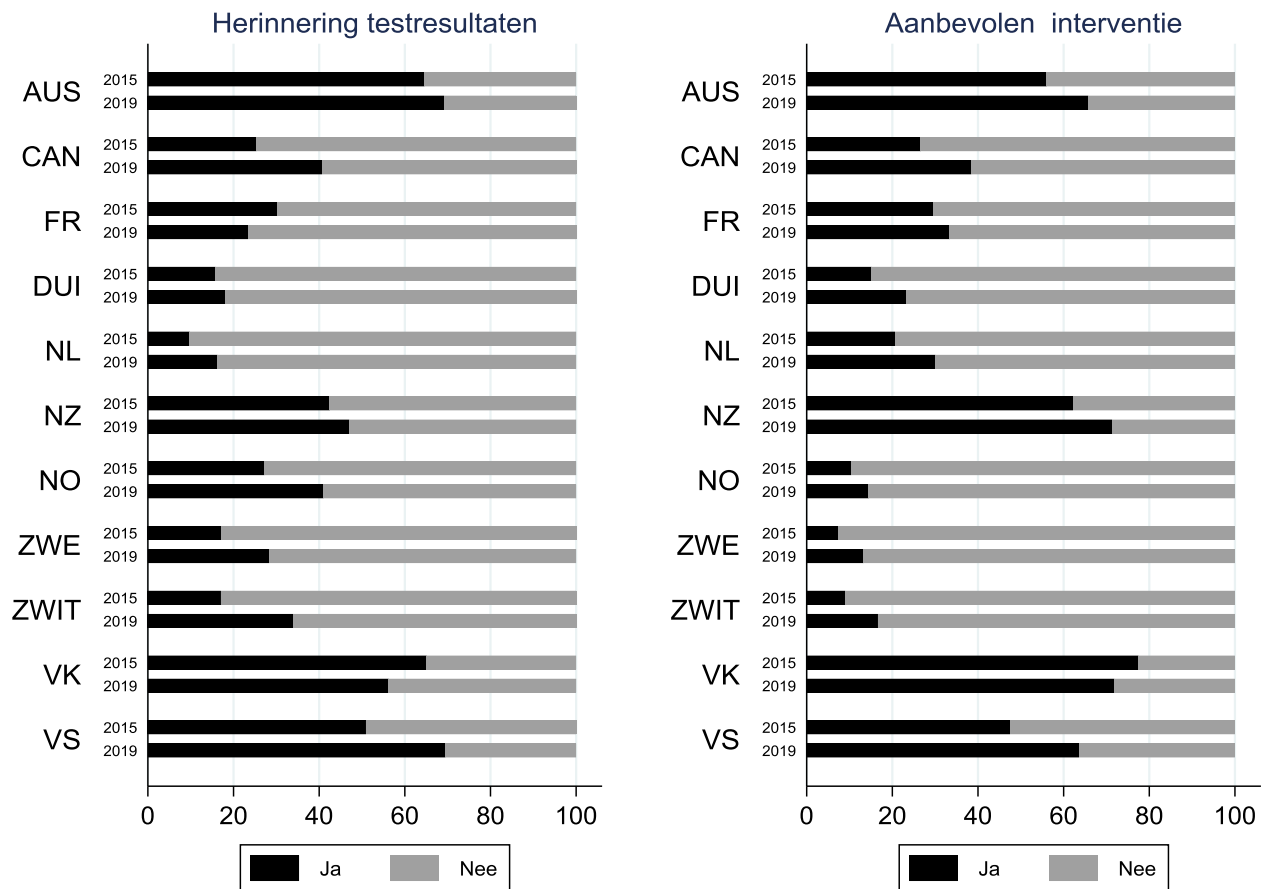
- Het routinematig uitvoeren van taken met een geautomatiseerd systeem
- Mogelijkheden voor patiënten om online gegevens in te zien

Elektronische patiëntendossiers zijn in de afgelopen jaren in toenemende mate ingezet om taken routinematig uitgevoerd voor het versturen van herinneringsbrieven naar patiënten, het volgen van laboratoriumaanvragen, herinnering om testresultaten aan patiënten te melden of herinneringen voor aanbevolen testen. 64% van de huisartsen verstuurt herinneringsbrieven naar patiënten voor reguliere preventieve zorg of nazorg. Dit aandeel is ten opzichte van 2015 toegenomen. In Nieuw Zeeland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten gebeurt dit vaker; tussen 83-95% van de huisartsen die aangeven dat dit routinematig gebeurt (Figuur 18). Het volgen van laboratoriumaanvragen wordt door 50% van de huisartsen routinematig gevolgd. In de meeste landen is dit systeem meer routine (Figuur 18). Minder dan 20% van de huisartsen krijgt waarschuwing of herinnering om testresultaten aan patiënten te melden (Figuur 19). In Nederland en Duitsland blijkt dit veel minder routinematig te gebeuren ten opzichte van andere landen. Ten slotte geeft 30% aan dat ze een herinnering voor aanbevolen (richtlijnconforme) interventie en/of screeningstest ontvangen (Figuur 19). In Nieuw Zeeland en het Verenigd Koninkrijk is dit veel gebruikelijker met meer dan 70% van de huisartsen die aangeven dit te ontvangen.

Figuur 18. Worden de volgende taken in uw praktijk op dit moment routinematig uitgevoerd door middel van een geautomatiseerd systeem? *Versturen van herinneringsbrieven naar patiënten voor reguliere preventieve zorg of nazorg | Alle laboratoriumaanvragen worden gevolgd totdat de arts de uitslag heeft ontvangen*



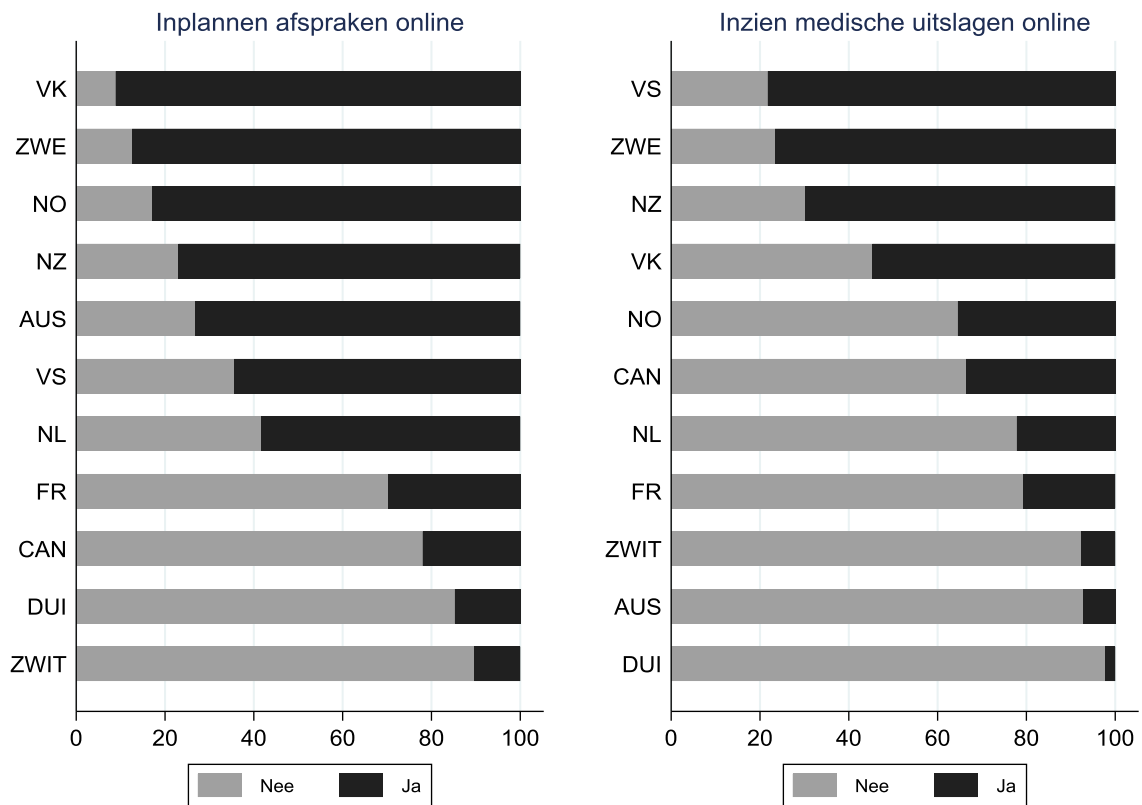
Figuur 19. Worden de volgende taken in uw praktijk op dit moment routinematig uitgevoerd door middel van een geautomatiseerd systeem? *Arts krijgt waarschuwing of herinnering om testresultaten aan patiënten te melden | Arts krijgt herinnering voor aanbevolen (richtlijnconforme) interventie en/of screeningstest*



Nederlandse huisartsen hebben ook een flinke sprong gemaakt in het bieden van mogelijkheden aan patiënten via email vragen te stellen. Uit de IHP 2019 Survey blijkt dat 78% van de huisartsen de mogelijkheid biedt aan patiënten om vragen per email te stellen; dit is een toename van 20% ten opzichte van 2015. Zweden loopt met 95% voorop in het bieden van die mogelijkheid. Online afspraken maken kan bij 58% van de huisartsen (Figuur 20). Hierin is een grote variatie te zien tussen verschillende landen, variërend van 15% tot 91%. De resultaten van Nederland komen overeen met de cijfers van de Nictiz Monitor 2019.¹

Er is een grote variatie tussen landen in de mogelijkheid om medische uitslagen online en patiëntverslagen na opname online in te zien. De variatie van het inzien van medische uitslagen online varieert van 2% (Duitsland) tot 78% (Verenigde Staten) (Figuur 20). Nederland scoort hier in de middenmoot met 22%.

Figuur 20. Biedt uw praktijk uw patiënten de mogelijkheid om: *Inplannen van afspraken online (niet via de mail) | Inzien medische uitslagen online*



2. Beschouwing

De resultaten van de IHP 2019 onder huisartsen in 11 landen laat zien dat Nederland op een aantal gebieden koploper is in de gezondheidszorg, gezien vanuit het perspectief van de huisarts. Daarentegen is op andere vlakken nog verbeterpotentieel. In deze beschouwing reflecteren we op de resultaten voor een aantal thema's, die in het licht van de huidige Nederlandse ontwikkelingen in de eerstelijns zorg worden geplaatst en geven we aanknopingspunten voor beleid.

Het Nederlandse zorgsysteem over het geheel wordt als goed ervaren door de huisartsen en zij zijn tevreden met het uitoefenen van hun beroep. Daar staat tegenover dat veel huisartsen hun werk als stressvol ervaren en ervaren zij veel werkdruk. Vergeleken met huisartsen uit de andere landen is de consulttijd in Nederland een van de laagste en werkt een kwart van de huisartsen meer dan 55 uur per week.

Er zijn de laatste jaren diverse programma's ontwikkeld om de werkdruk bij de huisarts te verminderen, zoals 'Het roer moet om' en 'ontregel de zorg'.² Een van de pijlers van dit manifest is dat huisartsen minder bureaucratie en administratieve lasten krijgen. Daarnaast lopen er initiatieven om de financiering van de basis huisartsenzorg te verbeteren. Hoewel deze initiatieven nog lopen is en de effecten van de diverse initiatieven over een langere periode geëvalueerd dienen te worden, is er wel verbetering te zien is ten opzichte van 2015. Toch ervaart 45% van de huisartsen nog een groot probleem in de hoeveelheid tijd die zij moeten besteden aan administratieve handelingen in verband met zorgverzekeringen of declaraties. 36% van de huisartsen aan dat de hoeveelheid tijd die zij besteden aan het regelen van noodzakelijke medicatie of behandelingen voor patiënten als een gevolg van beperkte dekking als groot probleem. Ook meer dan een derde van de Nederlandse huisartsen geven aan dat de tijd voor het rapporteren van klinische informatie of informatie over de kwaliteit van zorg aan de overheid of aan andere instanties zoals zorgverzekeraars als een groot probleem. Nederland scoort op deze onderdelen hoog ten opzichte van andere landen.

Er hebben de afgelopen jaren grote hervormingen plaatsgevonden in de zorg, zoals de decentralisatie van taken naar de gemeente en de hervorming van de langdurige zorg. Daarnaast vergrijst de Nederlandse bevolking en worden mensen gemiddeld steeds ouder. Tevens wordt de zorg, wanneer men meer chronische aandoeningen krijgt, complexer. De verwachting is dat de zorgvraag in de huisartsenpraktijk verder gaat toenemen.³ Een andere reden waarom de druk op Nederlandse huisartsen potentieel toeneemt is de verschuiving van taken van de tweede naar de eerste lijn. Dit is een van de pijlers uit het hoofdlijnenakkoord. Hierbij is aangegeven dat de toegestane groei in zorgvolume in de eerste lijn hoger is dan in de tweede lijn. In het akkoord van de huisartsenzorg in 2018 is het uitgangspunt dat de juiste zorg op de juiste plek plaats vindt.⁴ In het akkoord komen onder andere de volgende onderwerpen naar voren: meer tijd voor de patiënt, het versterken van de eerste lijn en de zorg voor kwetsbare groepen. Het is de bedoeling dat er op regionaal en lokaal niveau meer samenhang komt. Ten aanzien van de integratie van de eerstelijnszorg zien Nederlandse huisartsen echter nog belemmeringen ten aanzien van de (financiële) ondersteuning om zorg vanuit het ziekenhuis naar de eerste lijn te verplaatsen. Hoewel er hier al op kleine schaal op wordt ingezet, is een goede (financiële) ondersteuning nodig om integratie van eerste- naar tweedelijns zorg goed vorm te geven, zodat huisartsen deze taken goed kunnen uitvoeren. Ook hier kunnen oplossingen gericht op aanvullende ondersteuning in de praktijk of integraal bekostigde ketenzorg.

Daarnaast kan beleid dat zich richt op de samenwerking tussen de eerste lijn, tweede lijn en langdurige zorg alleen goed worden gemonitord door verschillende gegevensbronnen goed met elkaar te combineren. Hier is nog ruimte voor verbetering.

Nederlandse huisartsen hebben de op een na kortste tijd voor een consult met een patiënt (11 minuten). In het onderhandelaarsakkoord huisartsenzorg is aandacht voor de werkdruk van en dat er meer tijd voor de patiënt moet komen.⁴ Uit de recente NZA monitor blijkt dat deze doelstelling nog niet gerealiseerd is.⁵ Er lopen enkele pilotstudies waarbij meer tijd per patiënt in de huisartsenpraktijk en deze laten veelbelovende resultaten zien ten aanzien van minder doorverwijzingen en medicatie, beteren communicatie, betere patiënttevredenheid en arts-tevredenheid.^{6,7} Het is nog onduidelijk in hoeverre dit op grote schaal navolging krijgt.

Andere initiatieven zijn aanvullende vergoedingen voor huisartsen voor aanvullende personeel inzet, deelname aan regionaal ontwikkelde zorgprogramma's rondom kwetsbare patiëntgroepen en handelingen in het kader van substitutie vanuit de tweede lijn.⁵ Aanvullende personele inzet wordt veelal aanvullend vergoed tot aan een maximale inzet in fte per praktijk. Deze limiet wordt nu door het grootste deel van de praktijken nog niet gehaald, dus hier liggen kansen voor verbetering. Andere oplossingen zijn het versterken van de basisfinanciering huisartsenzorg in segment 1, bijvoorbeeld door de grootte van de normpraktijk terug te brengen of door het contracteerproces te versimpelen en aansturen op investeringen die de huisarts ontlasten.^{5,8}

Wat verder opvalt is dat een derde van de Nederlandse huisartsen vindt dat patiënten te veel zorg ontvangen. Dat duidt erop dat de Nederlandse huisarts zich bewust is van het belang om de hoeveelheid zorg te beperken. Er kunnen verschillen tussen landen zijn in bewustwording van onnodige zorg en dit kan samenhangen met culturele verschillen. Patiëntverzoeken zijn de belangrijkste factor die het verlenen van overbodige zorg beïnvloeden, maar ook gebrek aan tijd en angst voor aanklachten. Goede patiëntinformatie en meer tijd voor de patiënt kunnen helpen om het gesprek in de spreekkamer te optimaliseren en onnodige zorg te verminderen.^{9,10} Publiekscampagnes over bewustwording van onnodige zorg en goede patiëntinformatie kunnen bijdragen aan het verminderen van onnodige zorg. Uit onderzoek is gebleken dat het gebruik van Thuisarts.nl leidt tot een daling van het zorggebruik.¹¹

In slechts 9% van de huisartsenpraktijken kunnen patiënten hun patiëntverslag na opname online inzien. We zien vergelijkbare cijfers tussen de IHP 2019 Survey en de eHealth monitor 2019 wat betreft de mogelijkheid voor patiënten om medische informatie uit het dossier online in te zien. Naast technische barrières zijn er ook andere factoren waardoor de gegevensuitwisseling nog niet tot stand is gekomen. Uit de eHealth monitor van Nictiz¹ blijkt dat vier op de tien huisartsen vindt online inzage 'ongewenst'; ze willen opmerkingen in het EPD kunnen zetten die niet direct worden kunnen gecommuniceerd met de patiënt maar wel nodig zijn voor henzelf of voor collega's.¹ Dit kan een mogelijke verklaring zijn voor de lage score.

Voor het bevorderen van de mogelijkheden van de digitale gegevensuitwisseling tussen patiënt en zorgverlener is het VIPP programma (Versnelling Informatie-uitwisseling tussen Patiënt en Professional) ingesteld, dat ervoor zorgt dat de nodige standaarden geïmplementeerd worden waardoor informatie-uitwisseling mogelijk is. In de zomer van 2020 moeten alle Nederlanders eenvoudig hun medische gegevens via de huisarts kunnen inzien en beheren.

Vervolgonderzoek zou zich moeten richten op het verder achterhalen van de achtergrond en oplossingen voor de werkdruk en ervaren stress van huisartsen en hoe succesvolle pilots om dit te verbeteren opgeschaald kunnen worden. Daarnaast voelt meer dan 95% van de huisartsen zich nu nooit of slechts soms gesteund door verzekeraars met substitutie van zorg naar de eerste lijn. Gezien de transitie van meer zorg naar de eerste lijn liggen vraagstukken die verder onderzocht moeten worden. Hierin kan meegenomen worden waarom de beschikbaar middelen voor ondersteuning in de eerste lijn niet volledig benut worden en hoe dit verder kan worden geoptimaliseerd. Een derde onderwerp voor vervolgonderzoek is hoe onnodige zorg kan worden verminderd; welke rol publieksinformatie en publiekscampagnes hieraan kunnen bijdragen en hoe deze informatie kan worden aangeboden aan patiënten. Tot slot dient vervolgonderzoek uitgevoerd te worden om administratieve lasten te verlichten en de tijd die niet direct besteedt wordt aan direct patiëntencontact te verminderen.

Bijlage 1. Methodologie van het onderzoek

Het meetinstrument

In 2019 stond het perspectief van de huisarts centraal in de International Health Policy Survey. Deze survey is geheel herzien en aangepast ten opzichte van de voorgaande jaren. Voor een aantal vragen zijn de vragen letterlijk uit de vragenlijst van 2015 overgenomen, maar het merendeel is aangepast of zijn nieuw. De herziening van de vragenlijst is middels meerdere consultatie momenten tot stand gekomen, bij dit proces waren ook Nederlandse vertegenwoordigers aanwezig (o.a. een representant van de NHG, IQ healthcare en het ministerie van VWS). Het Commonwealth Fund stelde een Engelse concept-vragenlijst samen en stuurde deze versie in het najaar van 2018 rond aan de verschillende projectpartners uit de 11 deelnemende landen. Na het gereedkomen van de definitieve vragenlijst in december 2018, werd de Engelstalige vragenlijst vertaald naar de eigen taal van de deelnemende landen. IQ healthcare heeft deze taak op zich genomen voor de Nederlandse vragenlijst. De Engelse vragenlijst is in december 2018 vertaald en in begin 2019 zijn er verschillende pilots gehouden. In deze pilots zijn verschillende huisartsen (5 in totaal) gevraagd om commentaar te leveren op de Nederlandse versie van de vragenlijst, om zodoende de vertaling te testen. Hierop is de vragenlijst op enkele onderdelen verder aangepast om de leesbaarheid te vergroten.

Uitvoering van het veldwerk

In 2019 namen dezelfde 11 landen als in 2015 deel aan het onderzoek, waaronder 7 Europese (Tabel 4).

Tabel 4. Deelnemende landen

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 SSRS. In Nederland werd uitsluitend een schriftelijke methode gehanteerd, maar de andere landen verzamelden hun data zowel elektronisch, schriftelijk als mondeling. Data voor Nederland werden verzameld in de periode van 25 februari t/m 24 april 2019 (zie voor details per land tabel 3).

Tabel 5. Methoden van dataverzameling

Land	Methode	Financiële beloning bij deelname?	Periode van dataverzameling
Australië	Telefonische/email/fax werving voor online deelname	Ja	1/21/2019 - 6/2/2019
Canada	Schriftelijke werving per post voor online deelname/ via email	Ja	1/29/2019 - 6/3/2019
Frankrijk	Email/tekst bericht werving voor online/telefonische deelname (CATI)	Nee	3/5/2019 - 4/29/2019
Duitsland	Schriftelijk per post/email werving voor online/email deelname	Ja	3/28/2019 - 5/20/2019
Nederland	Schriftelijk per post	Nee	2/25/2019 - 4/24/2019
Nieuw-Zeeland	Telefonische/email/fax werving voor online deelname	Ja	1/21/2019 - 5/12/2019
Noorwegen	Schriftelijk per post	Nee	4/5/2019 - 6/14/2019
Zweden	Schriftelijke werving per post voor online deelname/via email	Nee	1/14/2019 - 5/7/2019
Zwitserland	Schriftelijke/telefonische werving voor deelname per telefoon of online	Nee	1/30/2019 - 4/3/2019
Verenigd Koninkrijk	Telefonische werving voor deelname per Telefoon(CATI) of online	Ja	1/21/2019 - 5/24/2019
Verenigde Staten	Schriftelijke werving per post voor online deelname/via email	Ja	2/5/2019 - 6/3/2019

In Nederland ontvingen huisartsen per post een schriftelijke vragenlijst met een aanbiedingsbrief die was ondertekend door de directeur van IQ healthcare (prof. dr. Gert Westert) en de directeur van het NHG (dr. R.F. Dijkstra). Deze eerste mailing werd op 25 februari 2019 verzonden naar een steekproef van 794 huisartsen (zie volgende paragraaf voor meer details over de steekproeftrekking). Na zes weken werd de steekproef uitgebreid met nog eens 818 huisartsen. Deze tweede steekproef was noodzakelijk om het afgesproken aantal van 500 ingevulde vragenlijsten te halen.

De huisartsen van beiden steekproeven ontvingen tot maximaal twee herinneringen. Alle herinneringen bestonden uit een aanbiedingsbrief en een nieuw exemplaar van de vragenlijst. In de vijf Engelstalige landen en Duitsland ontvingen deelnemende artsen een financiële vergoeding van tussen de 20 en 60 euro; in Nederland werd geen financiële vergoeding gegeven.

Definitie van de steekproef

Huisartsen vormden de primaire doelgroep voor het onderzoek. In Duitsland, Zwitserland en de Verenigde Staten werden ook kinderartsen betrokken, omdat in deze landen huisartsen alleen volwassenen behandelen. In de VS zijn ook internisten benaderd. Door ook deze kinderartsen en internisten 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. Vanwege aangescherpte privacy regels werden

alleen de adressen van de huisartsenpraktijk doorgestuurd, niet de naam van de huisarts of de praktijk, zoals voorgaande jaren wel het geval was.¹

Responspercentage

Het responspercentage was het hoogste in Nederland in vergelijking met de andere landen (48,7%). In de andere landen varieerde het responspercentage van 14,5% in Australië tot 42,8% in het Zwitserland (zie tabel 6). In totaal vulden 13.200 huisartsen de vragenlijst in.

Tabel 6. Responspercentage

Land	Aantal deelnemers	Responspercentage
Australië	500	14.5%
Canada	2569	39.3%
Frankrijk	1287	20.0%
Duitsland	809	14.7%
Nederland	788	48.7%
Nieuw-Zeeland	503	16.2%
Noorwegen	661	33.8%
Zweden	2411	42.2%
Zwitserland	1095	42.8%
Verenigd Koninkrijk	1001	26.8%
Verenigde Staten	1576	21.2%

Representativiteit van de steekproef

De Nederlandse respondenten in dit onderzoek waren representatief voor de nationale huisartsenpopulatie op basis van een aantal belangrijke achtergrondkenmerken. Regionaal was er een goede spreiding van responses. Leeftijd en geslacht wijken licht af van de nationale populatie: verhoudingsgewijs hebben meer mannelijke huisartsen en huisartsen boven de 55 jaar de survey ingevuld. De descriptieve gegevens voor leeftijd, geslacht en regio, die een maat zijn voor de representativiteit van de steekproef respondenten, zijn gepresenteerd in tabel 7.

¹ Doordat de huisarts niet meer persoonlijk geadresseerd kon worden, werden er 33 unieke duplicaten geregistreerd. In andere woorden, twee aparte huisartsenpraktijken op hetzelfde adres vullen beiden apart een survey in en sturen deze terug. Dit was mogelijk omdat er een vertraging ontstaat tussen het terugzenden van een ingevulde survey, het registreren van een ontvangst en het versturen van de reminders.

Tabel 7. Karakteristieken van de Nederlandse steekproef: deelnemende huisartsen aan het onderzoek en nationale populatie van huisartsen (op 1 januari 2017) (www.nivel.nl/databank).

		Respondenten Ongewogen	Respondenten Gewogen	Nationale populatie (N=9.955)
Geslacht	Man (%)	56.6%	47.7%	47.3%
	Vrouw (%)	43.4%	52.3%	52.7%
Leeftijd	< 35 (%)	3.4%	10.0%	10.9%
	35-44 (%)	25.0%	30.7%	30.4%
	45-54 (%)	31.2%	28.8%	28.5%
	55-64 (%)	37.6%	28.4%	28.1%
	65+ (%)	2.8%	2.1%	2.1%
Provincie	Drenthe	3.4%	3.0%	3.0%
	Flevoland	1.3%	2.3%	2.3%
	Friesland	3.0%	3.8%	3.8%
	Gelderland	13.8%	12.9%	12.8%
	Groningen	3.2%	3.3%	3.4%
	Limburg	6.1%	6.6%	6.7%
	Noord-Brabant	14.7%	14.2%	14.1%
	Noord-Holland	17.5%	16.9%	16.8%
	Overijssel	8.2%	6.5%	6.4%
	Utrecht	7.5%	8.3%	8.2%
	Zeeland	3.3%	2.1%	2.1%
	Zuid-Holland	17.9%	20.1%	20.5%

Data analyse

In het rapport worden de gewogen percentages gerapporteerd. Dit betekent dat de data van ieder land werden gewogen naar kenmerken van de huisarts en/of de huisartsenpraktijk, zodat eventuele afwijkingen in representativiteit verdisconteerd werden. Echter, de factoren zelf (leeftijd, geslacht, regionale spreiding) worden logischerwijs niet gewogen.

Voor deze rapportage zijn een aantal verkennende analyses uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen ervaren stress en relevante kenmerken van de huisarts en de huisartsenpraktijk (Bijlage 2). Dit hebben we middels een bivariate en een multivariate ordinale regressie analyse gedaan met ervaren stress als uitkomst variabele.

Bijlage 3 beschrijft de tabellen met de gewogen scores van alle vragen.

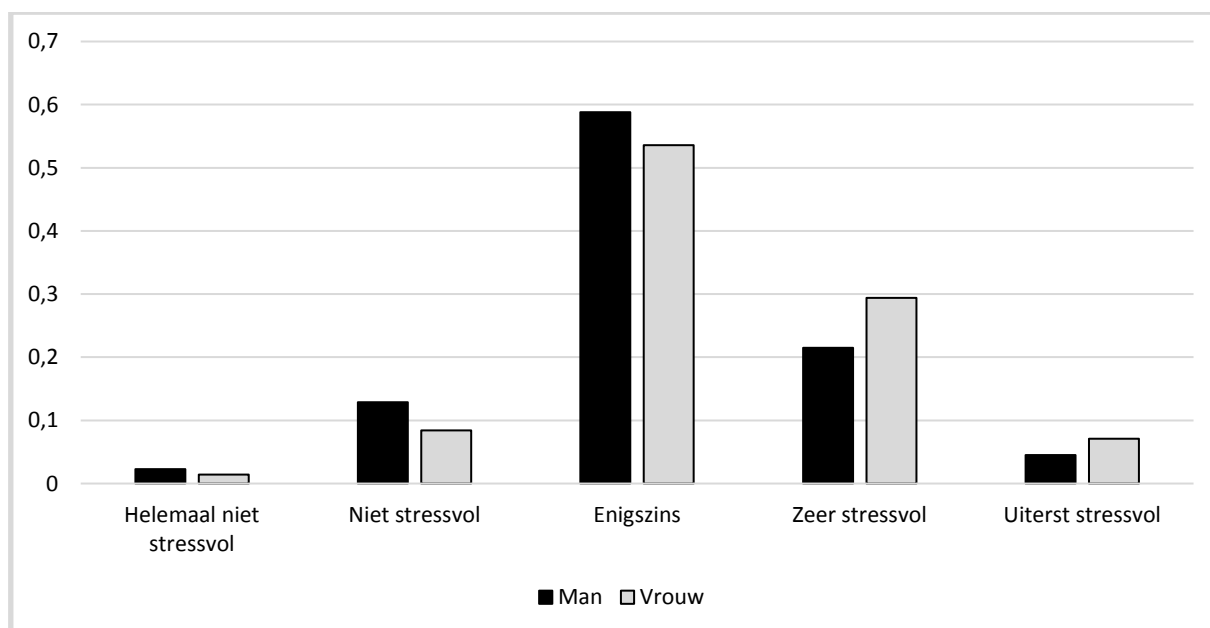
Bijlage 2. Verkennende analyse

Tabel A. Uitkomsten multivariate ordinale regressie analyse karakteristieken huisarts (geslacht en leeftijd is als interactie geïncludeerd) en de mate waarin de huisarts zijn/haar werk stressvol ervaart als uitkomst variabele (2019)

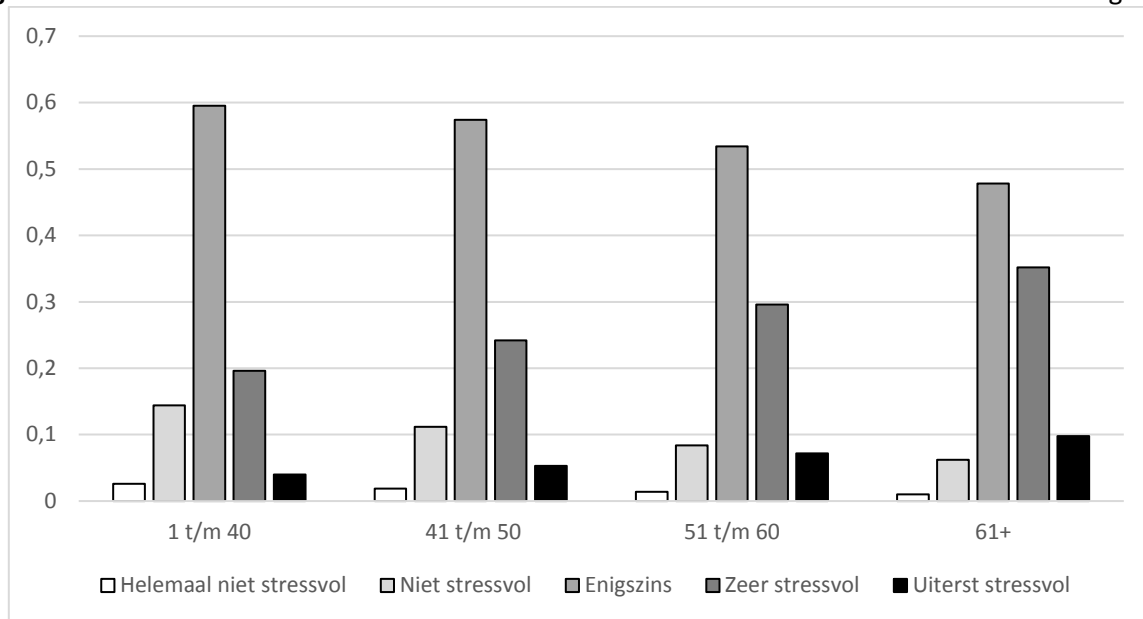
(1 helemaal niet stressvol – 5 uiterst stressvol)

	Referentie (SE)
Boven 55+	
Onder 35	-0.16 (0.37)
35-44	0.07 (0.29)
45-54	-0.11 (0.30)
Vrouw	Referentie
Man	-0.79*** (0.29)
Onder 35 & Man	0.70 (0.56)
35-44 & Man	0.36 (0.39)
45-54 & Man	0.41 (0.39)
Werkuren <41 uur	Referentie
Werkuren 41 t/m 50	0.31 (0.19)
Werkuren 51 t/m 60	0.64*** (0.22)
Werkuren 61 +	0.98*** (0.29)
Platteland/Klein dorp	Referentie
Stad	0.12 (0.14)
Aantal patiënten	0.0 (0.00)
Tijd per consult	0.01 (0.04)
Observaties	772
SE: Standard errors	
*** p<0.01	

Figuur A. Geschatte kans tussen geslacht en ervaren stress o.b.v. de multivariabele ordinale regressie



Figuur B. Geschatte kans tussen werkuren en ervaren stress o.b.v. de multivariabele ordinale regressie



Tabel B. Uitkomsten bivariate ordinale regressie analyse ervaringen huisarts en de mate waarin de huisarts zijn/haar werk stressvol ervaart als uitkomst variabele (2019)
(1 helemaal niet stressvol – 5 uiterst stressvol)

<i>Voelt zich helemaal/meestal/soms financieel gesteund door de zorgverzekeraars</i>	<i>Referentiecategorie</i>
Voelt zich nooit financieel gesteund door de zorgverzekeraars	0.89*** (0.14)
<i>Erg tevreden/tevreden over inkomen</i>	<i>Referentiecategorie</i>
Enigszins ontevreden tevreden/ontevreden over inkomen	1.06*** (0.180)
<i>Erg tevreden/tevreden over tijd voor patiënt</i>	<i>Referentiecategorie</i>
Enigszins ontevreden tevreden/ontevreden over tijd voor patiënt	1.59*** (0.17)
<i>Erg tevreden/tevreden over dagelijkse werkdruk</i>	<i>Referentiecategorie</i>
Enigszins ontevreden tevreden/ontevreden over dagelijkse werkdruk	2.78*** (0.22)
<i>Is van plan om de werkuren te verminderen (nee)</i>	<i>Referentiecategorie</i>
Is van plan om de werkuren te verminderen (ja)	0.79*** (0.15)
<i>Is van plan om de werkuren te verhogen (nee)</i>	<i>Referentiecategorie</i>
Is van plan om de werkuren te verhogen (ja)	-0.40 (0.25)
<i>Is van plan om met pensioen te gaan (nee)</i>	<i>Referentiecategorie</i>
Is van plan om met pensioen te gaan (ja)	-0.20 (0.24)
<i>Is van plan om een carrièreswitch te maken (nee)</i>	<i>Referentiecategorie</i>
Is van plan om een carrièreswitch te maken (ja)	1.50*** (0.25)

Standard errors tussen haakjes

*** p<0.01

a)N fluctueert tussen 759 en 779 (dus weinig missings)

Bijlage 3. Tabellen met resultaten²

Tabel 1: Praktijkprofiel en demografische gegevens

	AUS (n=500)	CAN (n=2569)	FR (n=1287)	DUI (n=809)	NL (n=788)	NZ (n=503)	NO (n=661)	ZWE (n=2411)	ZWIT (n=1095)	VK (n=1001)	VS (n=1576)
Leeftijd (%)											
<35 jaar	8	17	6	1	3	11	11	12	2	28	7
35-44 jaar	24	24	22	5	25	21	29	27	21	31	18
45-54 jaar	25	23	19	30	31	26	22	22	29	21	26
55-64 jaar	30	23	39	51	38	33	27	26	32	14	27
65+ jaar	13	14	14	13	3	9	11	14	16	5	22
Geslacht (% man)	60	53	56	55	57	46	56	47	65	49	60
Praktijklocatie (%)											
Grote stad	25	48	31	38	17	33	28	64	39	47	45
Middelgrote stad	51	12	38	7	26	42	9	15	16	21	24
Kleine stad of dorp	13	18	13	38	40	14	34	18	21	23	20
Platteland	11	17	18	17	16	11	27	3	24	9	11
Afgelegen gebied	1	4	0	0	0	1	2	0	1	1	1
Praktijkgrootte											
Minder dan 2 FTE	9	21	44	59	61	14	7		59	6	27
2 tot 5 FTE	38	36	48	38	35	43	48		30	51	36
5 of meer FTE	53	43	8	3	4	44	45		11	43	48
Aantal werkuren per week (% ≥55 uur per week)											
< 55 uur per week	89	65	62	58	63	87	68	94	69	86	60
≥ 55 uur per week	11	35	38	42	37	13	32	6	31	14	40
Gemiddeld aantal patiënten dat wordt gezien in een reguliere werkweek	119	108	122	237	113	86	85	44	88	116	83
Gemiddelde hoeveelheid tijd besteed aan een patiënt tijdens een consult (min)	16	18	18	10	11	16	20	25	22	11	19

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 N.B. De percentages tellen soms niet op tot exact 100% omdat de percentages zijn afgerond naar gehele getallen.

Tabel 2: Kwaliteitsoordeel en tevredenheid over het systeem

	AUS (n=500)	CAN (n=2569)	FRA (n=1287)	DUI (n=809)	NL (n=788)	NZ (n=503)	NO (n=661)	ZWE (n=2411)	ZWIT (n=1095)	VK (n=1001)	VS (n=1576)
Hoe vindt u dat het Nederlandse zorgsysteem in zijn geheel presteert											
Erg goed/goed	79	62	68	74	80	62	88	72	93	58	39
Acceptabel	18	31	25	22	19	31	12	21	6	32	39
Slecht/zeer slecht	4	7	6	5	1	7	1	8	1	9	22
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	23	22	7	14	17	22	27	24	13	18	24
gelijk is gebleven	59	53	29	52	52	54	61	40	66	36	48
is verslechterd	18	25	64	34	31	24	11	35	22	46	28
Wat zijn volgens u de belemmeringen om onnodige zorg te verminderen? (% groot)											
Gebrek aan een keuzehulp die ondersteunt in het beoordelen of een behandeling wel of niet gewenst is voor een patiënt	25	23	36	42	17	28	27	19	21	30	26
Patiëntenverzoeken voor onnodige onderzoeken en behandelingen	54	58	43	58	71	47	68	50	61	63	53
Gebrek aan tijd voor gedeelde besluitvorming (Shared decision making)	35	37	38	50	43	43	31	38	31	66	40
Angst voor klachten bij de geschillencommissie, het tuchtcollege of een juridisch geschil	40	27	43	69	42	18	39	25	29	52	57
Welke strategieën zouden volgens u moeten worden geprioriteerd om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren? (% hoogste/middelmatig)											
Verbeteren van de integratie van eerstelijnszorg met ziekenhuizen, GGZ-instellingen en lokaal georganiseerde zorg	95	95	85	76	84	94	84	97	86	96	92
Verminderen van het eigen risico en/of betalingen	63	45	58	35	36	65	24	9	40	64	84
Vergroten uitgaven aan ziektepreventie en/of publieke gezondheid	90	84	86	82	69	89	79	85	72	93	91
Vergroten van de toegankelijkheid en financiering van sociale hulpverlening	77	83	80	76	70	89	62	73	62	93	80

	AUS (n=500)	CAN (n=2569)	FRA (n=1287)	DUI (n=809)	NL (n=788)	NZ (n=503)	NO (n=661)	ZWE (n=2411)	ZWIT (n=1095)	VK (n=1001)	VS (n=1576)
Verlagen van de prijs van voorgeschreven geneesmiddelen	49	82	67	51	43	36	24	20	72	64	95
Verminderen van wachttijden voor electieve chirurgie en bij medisch specialisten	88	91	88	65	48	86	67	88	37	90	50
Hoe tevreden bent u, in het algemeen, met het uitoefenen van uw medische beroep? (%)											
Erg tevreden /Tevreden	96	88	91	88	95	93	92	88	98	85	84
Ontevreden / Erg ontevreden	4	12	9	12	5	7	8	12	2	15	16
Hoe stressvol vindt u uw werk als huisarts? (%)											
Uiterst /Zeer	29	46	38	52	31	42	44	65	38	60	53
Enigszins	55	44	50	36	55	45	48	28	47	35	37
Niet/Helemaal niet	16	10	12	11	13	13	8	6	15	5	10
Geef aan hoe tevreden u bent met de volgende aspecten van uw medische praktijk (% erg tevreden/tevreden)											
Uw inkomen uit praktijk	71	76	85	81	81	80	80	85	87	78	75
De tijd die u kunt besteden per patiënt	76	69	85	43	31	59	60	47	82	29	65
De dagelijkse werkdruk	72	57	59	44	27	50	37	38	76	32	58
Bent u de komende 1 tot 3 jaar van plan om (% JA)											
De wekelijkse werkuren te verminderen	44	43	49	46	37	47	51	60	43	49	39
De wekelijkse werkuren te verhogen	15	9	5	5	9	10	7	5	11	10	10
Met pensioen te gaan en al het werk stopzetten	9	15	24	23	9	13	11	18	18	11	16
Veranderen van carrière	9	9	7	6	8	12	20	17	7	15	10

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=2569)	FR (n=1287)	DUI (n=809)	NL (n=788)	NZ (n=503)	NO (n=661)	ZWE (n=2411)	ZWIT (n=1095)	VK (n=1001)	VS (n=1576)
Hoe vaak kunnen patiënten bij uw praktijk terecht voor een afspraak na 18 uur gedurende een reguliere werkweek (maandag tot en met vrijdag)?											
Nooit	50	43	9	37	81	65	94	88	58	25	62
1 dag per week	11	14	3	28	13	10	4	4	19	26	12
2 tot 3 dagen per week	11	13	16	32	5	9	2	3	13	23	9
4 of meer dagen per week	28	29	71	4	1	16	0	6	11	26	17
Hoe vaak kunnen de patiënten bij uw praktijk terecht gedurende het weekend (zaterdag en/of zondag)?											
Nooit	17	50	30	87	98	66	98	89	60	52	59
1 dag per maand	3	6	5	6	1	2	1	1	12	12	5
2 tot 3 dagen per maand	4	7	15	4	0	2	0	1	10	10	6
4 of meer dagen per maand	76	37	50	4	1	31	1	9	18	26	30
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)	69	49	75	96	90	92	91	77	56	84	45
Maken de volgende typen professionals deel uit van uw team (binnen uw praktijk) om zorg te leveren aan uw patiënten? (%JA)											
Verpleegkundige	91	68	50	24	35	99	50	99	21	99	72
Verpleegkundig specialist (bijv. nurse practitioner)	16	37		3	14	35	13	94	5	63	61
Praktijkondersteuner huisarts (POH)	3	12		98	96	14	98	26	91	13	39
Voedingsdeskundige/diëtist	53	45	21	17	31	16	6	58	18	17	34
Apotheker	33	52		2	26	51	6	19	3	73	35
Psycholoog/POH-GGZ	58	43	31	6	95	36	16	96	15	31	36
Fysiotherapeut	44	28	37	5	21	31	22	76	11	26	26
Sociaal/maatschappelijk werker	8	44	16	1	9	17	8		2	17	40
Praktijkassistent					93						
Werkt u en/of één van uw collega's op de volgende manieren (% ja)											
Afleggen huisbezoeken	82	71	96	97	100	90	97	96	85	97	37
Coördineren zorg met sociale diensten en andere eerstelijns zorgverleners (Coördinatie van zorg met lokaal georganiseerde hulpverleners en sociale diensten)	92	89	86	98	92	96	96	79	94	96	85
Gebruik van videoconsultatie	25	16	10	4	4	9	12	34	4	9	21

	AUS (n=500)	CAN (n=2569)	FR (n=1287)	DUI (n=809)	NL (n=788)	NZ (n=503)	NO (n=661)	ZWE (n=2411)	ZWIT (n=1095)	VK (n=1001)	VS (n=1576)
Hoe goed is uw praktijk voorbereid om optimale zorg te leveren voor de patiënten met: (% goed)											
chronische aandoeningen	91	83	50	99	96	88	88	75	89	83	87
psychische problemen	74	62	31	66	84	66	76	58	63	56	46
drugsmisbruik	22	20	13	30	18	23	46	13	27	24	20
palliatieve zorg	41	39	25	68	97	63	52	37	50	73	39
Dementie	36	41	23	63	65	45	62	51	47	59	44
Gebruikt uw praktijk hulpverleners, zoals verpleegkundigen en casemanagers, die zich bezighouden met de monitoring en behandeling van patiënten met chronische aandoeningen die regelmatig follow-up zorg nodig hebben? (% JA)	79	62	88	56	96	93	71	88	48	95	69
Hoe vaak verleent u -of andere professionals in uw praktijk - de volgende zorg voor patiënten met chronische aandoeningen: (% doorgaans/vaak)											
Ontwikkelen van een (behandel)strategie samen met patiënten voor het managen van hun eigen ziekte in hun dagelijkse leven	83	74	71	81	76	65	35	39	61	87	83
Leveren van een schriftelijke instructie over zelfmanagement in de thuissituatie (bijvoorbeeld instructies over wat te doen om symptomen onder controle te houden)	66	47	50	64	51	51	37	33	41	66	74
Vastleggen van zelfmanagementdoelen in een medisch dossier	60	47	49	45	46	41	36	39	43	53	52
Contact leggen met patiënten tussen praktijkbezoeken door om hun conditie te monitoren	28	35	19	29	39	39	16	39	23	45	42
Inzetten van medische apparatuur om patiënten op afstand te monitoren waar klinisch nodig	4	7	2	6	7	5	1	4	2	10	12

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: Zorgcoördinatie

	AUS (n=500)	CAN (n=2569)	FR (n=1287)	DUI (n=809)	NL (n=788)	NZ (n=503)	NO (n=661)	ZWE (n=2411)	ZWIT (n=1095)	VK (n=1001)	VS (n=1576)
Wanneer uw patiënt naar een specialist is doorverwezen, hoe vaak gebeurt het volgende? (% doorgaans/vaak)											
U stuurt de medische gegevens van de patiënt en de reden voor de consultatie naar de specialist	99	97	98	80	99	99	83	95	88	98	90
U ontvangt de informatie van de specialist betreffende <u>aanpassingen</u> in medicatie of het zorgplan van de patiënt	94	88	96	73	89	97	96	76	91	96	83
U ontvangt een specialistenbrief met de resultaten van de specialist over het bezoek binnen 1 week na het bezoek	44	51	66	47	62	52	76	45	74	26	66
Hoe vaak ontvangt u bericht als uw patiënten: (% doorgaans/vaak)											
Op de huisartsenpost zijn geweest.	75	46	27	71	100	95	67	24	60	96	63
Op de spoedeisende hulp afdeling zijn geweest	75	70	56	73	100	97	73	35	73	91	77
Zijn opgenomen in het ziekenhuis	73	75	76	70	98	91	81	51	65	86	80
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	4	5	5	23	8	18	3	5	5	4	16
24-48 uur	20	18	9	40	40	40	19	18	29	19	37
2-4 dagen	27	25	16	18	29	23	37	29	33	25	26
5-14 dagen	36	31	40	10	19	15	38	36	24	38	13
15-30 dagen	9	12	23	7	5	3	3	7	7	12	3
Meer dan 30 dagen	2	5	7	2	0	0	0	0	2	2	0
Ontvang zelden tot nooit compleet verslag	2	5	0	0	1	1	0	4	1	0	5
Betreffende uw patiënten die thuis worden behandeld (bijv. verpleegkundige zorg of persoonlijke verzorging), hoe vaak: (%doorgaans/vaak)											
Communiqueert u en/of uw collega's met de thuiszorgorganisatie van de patiënt over wat hij/zij nodig heeft en welke diensten er verleend moeten worden?	43	56	73	65	76	42	82	75	69	67	66
Wordt u geïnformeerd door de thuiszorgorganisatie over relevante ontwikkelingen in de ziekte of de algehele gezondheid van uw patiënt?	51	69	82	76	77	56	82	77	84	77	74
Hoe vaak gaat u – of één van uw medewerkers in uw praktijk – de volgende behoeftes of problemen na bij uw patiënten? (% doorgaans)											
Problemen met huisvesting	27	31	25	34	16	30	20	20	19	26	30
Financiële zekerheid	26	38	39	25	14	33	31	34	28	21	30
Voedselzekerheid	22	28	20	50	12	18	26	23	45	16	31

	AUS (n=500)	CAN (n=2569)	FR (n=1287)	DUI (n=809)	NL (n=788)	NZ (n=503)	NO (n=661)	ZWE (n=2411)	ZWIT (n=1095)	VK (n=1001)	VS (n=1576)
Transportbehoefte	32	33	56	37	16	25	30	34	27	18	37
Nutsvoorzieningen	14	15	11	10	4	14	11	21	4	10	22
Huiselijk geweld	22	32	13	18	15	28	11	19	13	39	39
Sociaal isolement en eenzaamheid	35	44	35	44	41	35	34	35	35	47	38
Welke drempels ervaart u -of één van uw medewerkers- bij het coördineren van de patiëntenzorg met sociaal-maatschappelijk dienstverleners? (%enorm)											
Gebrek aan bewustzijn van de beschikbaarheid van maatschappelijke organisaties in de buurt	45	36	40	23	13	32	13	26	13	47	33
Gebrek aan een doorverwijzingssysteem om door te verwijzen	43	35	46	32	20	27	13	28	21	34	31
Onvoldoende personeel om doorverwijzingen te maken en zorg te coördineren met maatschappelijke organisaties	43	43	54	33	24	34	21	39	17	56	37
Teveel papierwerk gaat er gemoeid bij het coördineren van maatschappelijke zorg	58	40	59	40	39	42	39	40	36	51	44
Gebrek aan follow-up van maatschappelijke organisaties over de diensten die patiënten ontvangen en/of nodig hebben	50	43	40	31	43	39	26	41	27	61	38

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 5: Gesprekken over het levenseinde en anticiperend beleid

	AUS (n=500)	CAN (n=2569)	FR (n=1287)	DUI (n=809)	NL (n=788)	NZ (n=503)	NO (n=661)	ZWE (n=2411)	ZWIT (n=1095)	VK (n=1001)	VS (n=1576)
Bespreekt u met uw patiënten welke zorg zij in hun laatste levensfase willen ontvangen indien ze zeer ziek worden, ernstig letsel oplopen, of zelf geen beslissing meer kunnen nemen?											
Ja, routinematig	33	35	16	43	74	29	8	17	52	71	48
Ja, incidenteel	62	59	72	54	26	66	75	56	45	28	44
Noteert u vervolgens deze voorkeuren in de status?											
Ja, routinematig	79	74	60	81	96	72	78	74	83	91	75
Ja, incidenteel	20	25	29	17	4	27	21	25	16	9	24
Nee	1	2	11	1	0	0	1	1	1	0	2

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 6: Praktijksystemen en informatietechnologie

	AUS (n=500)	CAN (n=2569)	FR (n=1287)	DUI (n=809)	NL (n=788)	NZ (n=503)	NO (n=661)	ZWE (n=2411)	ZWIT (n=1095)	VK (n=1001)	VS (n=1576)
Gebruikt u een elektronisch patiëntendossier in uw praktijk (exclusief debiteurenregistratie)? (% JA)	97	86	88	90	99	100	100	99	71	100	92
Kunt u de volgende informatie elektronisch uitwisselen met artsen buiten uw praktijk? (fax niet meegeteld) (% JA)											
Klinische samenvatting van patiënten	59	25	62	12	89	86	97	80	51	71	59
Resultaten van laboratoriumonderzoek en diagnostische testen	57	36	60	33	83	88	93	83	56	69	60
Lijst van medicatie die de patiënt gebruikt	55	33	49	15	90	88	91	78	48	73	59
Biedt uw praktijk uw patiënten de mogelijkheid om (% JA)											
Via email of een beveiligde online omgeving vragen te stellen over medische zaken of andere zaken waar de patiënt zich zorgen om maakt	34	23	55	60	78	74	77	95	81	62	79
Inplannen van afspraken online (niet via de mail)	73	22	30	15	58	77	83	87	10	91	64
Opvragen van herhaalrecepten online (niet via de mail)	12	10	6	21	78	78	92	96	12	91	76
Inzien medische uitslagen online	7	34	21	2	22	70	35	77	8	55	78
Inzien van het patiëntenverslag na opname online	10	5	9	0	9	33	4	91	3	50	72
Worden de volgende taken op dit moment routinematig uitgevoerd in uw praktijk door middel van een geautomatiseerd systeem? (%JA)											
Versturen van herinneringsbrieven naar patiënten voor reguliere preventieve zorg of nazorg (bijvoorbeeld griep prik of HbA1C controle voor diabetes patiënten)	83	26	10	29	64	95	21	71	18	91	57
Alle laboratorium aanvragen worden gevolgd totdat de arts de uitslag heeft ontvangen	74	49	48	88	48	68	63	73	67	85	78
Arts krijgt waarschuwing of herinnering om testresultaten aan patiënten te melden	69	41	23	18	16	47	41	28	34	56	69
Arts krijgt herinnering voor aanbevolen interventie uit de richtlijn en/of screeningstest	66	38	33	23	30	71	15	13	17	72	64

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: Meten van praktijkverbeteringen

	AUS (n=500)	CAN (n=2569)	FR (n=1287)	DUI (n=809)	NL (n=788)	NZ (n=503)	NO (n=661)	ZWE (n=2411)	ZWIT (n=1095)	VK (n=1001)	VS (n=1576)
Hoe vaak ontvangt en analyseert uw praktijk routinematig gegevens over de volgende aspecten van uw patiëntenzorg? (% per kwartaal/jaarlijks)											
Klinische uitkomsten (bijvoorbeeld percentage diabetes of astmapatiënten met goede instelling).	52	34	58	59	95	71	26	79	23	91	68
Ziekenhuisopnames en spoedeisende hulp gebruik van patiënten	19	25	16	27	23	39	12	29	20	82	59
Voorschrijfgedrag (bijv. generieke medicijnen, antibiotica of opioïden)	38	26	79	75	77	61	17	83	27	92	58
Tevredenheid en ervaringen met de zorg van patiënten (enquêtes)	41	17	4	14	32	66	5	80	11	81	69
Patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (PROMs)	18	8	2	10	23	31	2	33	5	67	48
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.	27	26	43	52	45	31	11	82	62	34	58
Regelen van noodzakelijke medicatie of behandelingen voor patiënten als een gevolg van beperkte dekking.	13	33	18	50	36	14	7	14	24	24	63
Het rapporteren van klinische informatie of informatie over de kwaliteit van zorg aan de overheid of aan andere instanties zoals zorgverzekeraars	18	19	23	50	40	26	24	17	49	25	39

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

Literatuur

¹ Wouters M, Huygens M, Voogdt H, Meurs M et al. Samen aan zet! eHealth-monitor 2019. Den Haag/Utrecht: Nictiz/NIVEL, 2019.

² Croonen H. 'Het roer moet om' bereikt akkoord. Med Contact 2015;(41).

³ Flinterman L, Groenewegen P, Verheij R. Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerstelijns. Rapport Utrecht; Nivel, 2018.

⁴ Onderhandelingsakkoord huisartsenzorg 2019-2022. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/06/29/kamerbrief-over-onderhandelaarsakkoord-huisartsenzorg-2019-2022>

⁵ NZa monitor. Monitor contractafspraken Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019.

⁶ <https://www.parool.nl/nieuws/huisarts-met-meer-tijd-bespaart-zorgkosten~b474a9b2/>

⁷ LHV De Dokter. Meer tijd voor de patiënt. November 2018

⁸ Door beteren basisfinanciering Huisartsenzorg meer tijd voor de patiënt. De eerste lijn. Geraadpleegd: <https://www.de-eerstelijns.nl/2019/11/door-betere-basisfinanciering-huisartsenzorg-meer-tijd-voor-de-patient/>

⁹ Vervloet, M., Bomhoff, M., Schellevis, F., Dijk, L. van. Niet te veel en niet te weinig: de balans tussen nodige en onnodige zorg in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2015.

¹⁰ <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/meer-voorlichting-aan-arts-en-patient-leidt-tot-minder-onnodige-behandelingen~>

¹¹ Spoelman WA, Bonten TN, de Waal MWM, et al Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. BMJ Open 2016;6:e013166.