

International Health Policy
Survey 2015
Commonwealth Fund

Onderzoek onder huisartsen in 11 landen

Dr. Philip van der Wees
Joost Wammes, MSc
Prof. dr. Gert Westert

International Health Policy Survey 2015

Commonwealth Fund

Onderzoek onder huisartsen in 11 landen

Nijmegen, januari 2016

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	7
Samenvatting.....	9
1 Resultaten.....	11
1.1 Praktijkorganisatie en taakherschikking in de huisartsenpraktijk	11
1.2 Patiëntenzorg.....	15
1.3 Informatie & Communicatie Technologie in de huisartsenpraktijk.....	18
1.4 Transmurale informatie uitwisseling	20
1.5 Toegankelijkheid	21
1.6 Kwaliteit	23
2 Beschouwing.....	26
2.1 Tijdsbesteding	26
2.2 Palliatieve zorg en geestelijke gezondheidszorg	27
2.3 Kostenbewustzijn.....	27
2.4 eHealth.....	28
2.5 Toegankelijkheid	28
2.6 Kwaliteit	29
Literatuur	30
Bijlage 1: Methodologie van het onderzoek.....	31
Bijlage 2: Tabellen met resultaten	35
Tabel 1: Praktijkprofiel en demografische gegevens.....	35
Tabel 2: Kwaliteitsoordeel en tevredenheid over het systeem (algemene indrukken)	36
Tabel 3: Toegankelijkheid van zorg en patiëntenzorg	38
Tabel 4: Zorgcoördinatie.....	41
Tabel 5: Gesprekken over het levenseinde en anticiperend beleid	44
Tabel 6: Praktijksystemen en informatietechnologie	45
Tabel 7: Meten van praktijkverbeteringen	47

Voorwoord

De huisartsenzorg vervult een prominente plaats in de gezondheidszorg in Nederland. De verwachting is dat deze rol zelfs 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 2015 wordt ervaren. Er is aandacht voor bijvoorbeeld de praktijkorganisatie, de samenwerking met de tweedelij, gesprekken rondom het levenseinde, kostenbewustzijn en de fysieke en financiële toegankelijkheid van de zorg.

De resultaten zijn afkomstig uit de 2015 Commonwealth Fund International Health Policy Survey (IHP 2015). 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. De twee tussenliggende jaren wordt een vergelijkbare studie uitgevoerd onder burgers en chronisch zieken.

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, januari 2016

Samenvatting

In de periode tussen maart en medio mei 2015 ontvingen 1523 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. Een representatieve steekproef onder ruim 1500 huisartsen leverde met 618 ingevulde vragenlijsten een respons op van bijna 41%. Deze representatieve respons vertegenwoordigt 7% van alle huisartsen in Nederland. In totaal gaven ruim 12.000 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

De Nederlandse huisarts geeft in deze survey aan 63% van de werktijd te besteden aan direct contact met patiënten. Als daarbij het patiëntencontact per email of telefoon wordt opgeteld dan komt het percentage uit op 76%. Als we kijken naar de administratieve lasten dan zien we dat Nederlandse huisartsen in vergelijking met hun collega's uit het buitenland een relatief groot aandeel van hun tijd (23%) kwijt zijn aan administratieve werkzaamheden.

Patiëntenzorg

De Nederlandse huisarts ziet in vergelijking met collega's uit het buitenland veel patiënten die palliatieve zorg nodig hebben en voelt zich hierop uitstekend voorbereid. Bovendien heeft de Nederlandse huisarts een routine opgebouwd in het bespreken van beleid ten aanzien van het levenseinde.

De IHP2015 survey laat zien dat de Nederlandse huisarts in vergelijking met buitenlandse collega's ook veel patiënten ziet met ernstige psychiatrische problemen. Bijna de helft van de Nederlandse huisartsen geeft aan voldoende voorbereid te zijn om optimale zorg te leveren voor patiënten met ernstige psychische problemen.

Informatie & Communicatie Technologie in de huisartsenpraktijk

Nederlandse huisartsen hebben een flinke sprong gemaakt in het bieden van mogelijkheden aan patiënten via email vragen te stellen. Uit de IHP 2015 survey blijkt dat 57% van de huisartsen de mogelijkheid bieden aan patiënten om vragen per email te stellen. Van de Nederlandse huisartsen geeft 13% aan mogelijkheden aan patiënten te bieden om medische informatie uit het dossier online in te zien.

Transmurale informatie uitwisseling

Wanneer een patiënt bij een specialist is geweest ontvangt de huisarts in de meeste landen altijd of vaak een verslag van deze specialist. Percentages liggen rond de 80-90%, behalve in Zweden (56%). Volgens 34% 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.

Evenals in 2012 zijn Nederlandse huisartsenpraktijken internationaal gezien koploper in het ontvangen van een melding wanneer patiënten op de spoedeisende hulp afdeling zijn gezien (98%) of ontslagen zijn uit het ziekenhuis (97%).

Toegankelijkheid

Huisartsen ervaren een toenemend probleem met de financiële toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Na de VS laat Nederland met 52% het hoogste percentage door huisartsen ervaren problemen zien met het bekostigen van geneesmiddelen of andere niet-vergoede uitgaven.

De Nederlandse huisarts is zich net als veel buitenlandse collega's weinig frequent bewust van de feitelijke kosten van de zorg en houdt in het nemen van behandelbeslissingen in minder dan de helft van de gevallen rekening daarmee.

Kwaliteit

De Nederlandse huisartsen zijn, net als de huisartsen in de meeste andere landen, positief over de kwaliteit van de medische zorg: slechts 2% geeft aan dat er zoveel mis is met ons gezondheidszorgsysteem dat we het helemaal opnieuw zouden moeten inrichten. Huisartsen in Duitsland, Zweden en de Verenigde Staten zijn minder positief over de kwaliteit van de zorg met percentages van 11-14% dat vindt dat de zorg opnieuw ingericht zou moeten worden.

1 Resultaten

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van de IHP 2015 Survey van de Commonwealth Fund voor een zestal beleidsrelevante thema's.

1.1 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:

- Praktijkgrootte
- Percentage werktijd besteed aan (direct) patiëntencontact en administratieve werkzaamheden
- Gemiddelde tijd per consult
- Het aanbieden van verschillende diensten door huisartsenpraktijken
- De aanwezigheid van praktijkondersteuners zoals casemanagers en verpleegkundigen

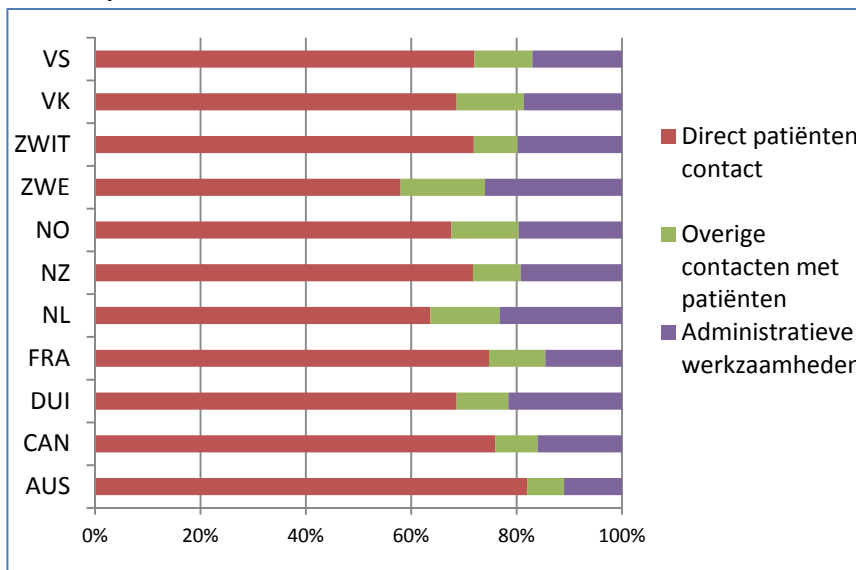
De praktijkgrootte uitgedrukt in FTEs in Nederland is relatief klein¹. Van de Nederlandse huisartsen werkt 57% in een praktijk kleiner dan twee FTE, terwijl 37% in een praktijk werkt met twee tot vijf FTE. Slechts vijf procent van de Nederlandse huisartsen werkt in een praktijk met vijf of meer FTE aan huisartsen. De grootte van de huisartsenpraktijken in Frankrijk, Zwitserland en Duitsland zijn vergelijkbaar met de Nederlandse huisartsenpraktijken. In Australië, Nieuw-Zeeland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk daarentegen, werkt meer dan 40% van de huisartsen in praktijken met vijf of meer FTEs aan huisartsen.

De Nederlandse huisarts geeft aan 63% van de werktijd te besteden aan direct contact met patiënten. Alleen Zweden scoort lager met 58%. Een veelgehoorde klacht onder huisartsen in Nederland is de grote hoeveelheid tijd besteed aan administratieve werkzaamheden. Onderliggende resultaten ondersteunen dit beeld. Nederlandse huisartsen gaven aan gemiddeld 23% van hun tijd te besteden aan administratieve werkzaamheden. Alleen Zweedse huisartsen besteden een groter deel (26%) van hun tijd aan administratieve werkzaamheden. Daarentegen besteden huisartsen uit Australië, Frankrijk en Canada slechts respectievelijk 11%, 15% en 16% van hun tijd aan administratieve werkzaamheden.

Voor Nederlandse huisartsen geldt dat huisartsen die meer dan 35 uur per week werken een groter deel van hun tijd besteden aan administratieve werkzaamheden dan huisartsen die minder dan 35 uur per week werken. Huisartsen die gemiddeld meer tijd per consult hebben besteedden een groter deel van hun tijd aan administratieve werkzaamheden. Tenslotte, huisartsen die aangaven stress te ervaren, of huisartsen die vonden dat het zorgsysteem opnieuw ontworpen zou moeten worden besteedden meer tijd aan administratieve werkzaamheden.

¹ NB: In voorgaande edities van de Commonwealth Fund survey onder huisartsen werd praktijkgrootte gemeten door middel van het aantal ingeschreven patiënten per huisarts. Volgens deze indicator – die helaas is komen te vervallen - waren Nederlandse huisartsenpraktijken juist relatief groot. Naar verwachting kenmerken Nederlandse huisartsenpraktijk zich nog steeds door een groot aantal ingeschreven patiënten per FTE huisarts.

Figuur 1. Tijdsbesteding van huisartsen naar direct patiëntencontact, overig patiëntencontact (mail, telefoon) en administratieve werkzaamheden.

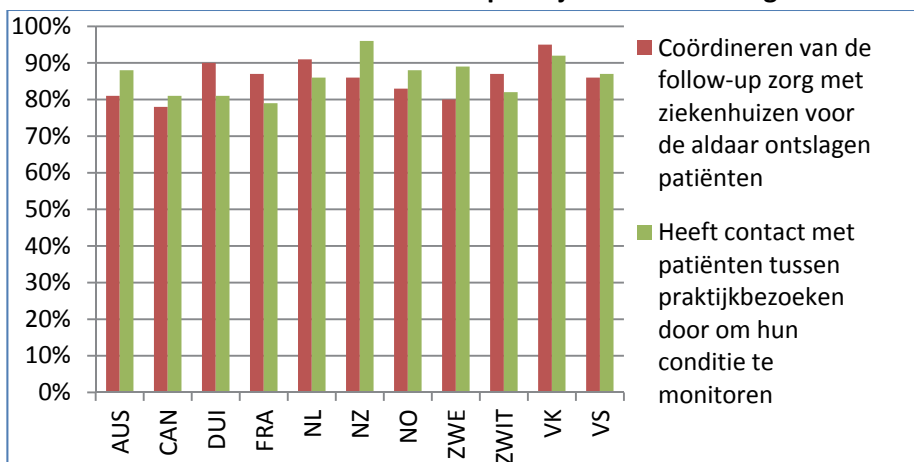


Tussen landen bestaan er flinke verschillen in de gemiddelde tijd die er per consult aan een patiënt besteed kan worden. In Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en Nederland is dit met tien minuten het kortst. In Australië, Canada, Nieuw-Zeeland en de VS heeft men gemiddeld 15 en 17 (VS) minuten te besteden per patiënt. Huisartsen in Frankrijk, Noorwegen, Zweden en Zwitserland kunnen gemiddeld 20 minuten besteden per consult.

Er bestaan kleine verschillen tussen de landen in de manier waarop huisartsen deze patiëntgebonden tijd besteden. In figuur 2 is weergegeven welk deel van de huisartspraktijken welke diensten aanbiedt. Van de Nederlandse huisartspraktijken coördineert 91% follow-up zorg met de ziekenhuizen voor de aldaar ontslagen patiënten. Dit aandeel is relatief hoog, alleen in het Verenigd Koninkrijk (95%) is het aandeel huisartspraktijken dat deze dienst aanbiedt hoger. Van de Nederlandse huisartsen gaf 86% aan contact te hebben met patiënten tussen praktijkbezoeken door om hun conditie te monitoren. Minimaal 80% van de huisartspraktijken in elk van de landen voorziet in deze dienst.

Figuur 2. Het aanbieden van verschillende diensten door huisartsenpraktijken.

Bieden u of andere behandelaars in uw praktijk een van de volgende diensten aan?



Het aandeel huisartsen dat huisbezoeken aflegt is weer iets groter dan voor de vorige twee diensten. Vrijwel alle Nederlandse huisartsen gaven aan vaak of incidenteel huisbezoeken af te leggen. Ook het overgrote deel van de huisartsen uit Duitsland, Frankrijk, Nieuw-Zeeland, Noorwegen, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk leggen huisbezoeken af. Daarentegen, slechts 33% en 68% van de respectievelijk Amerikaanse en Canadese huisartsen leggen huisbezoeken af.

Met betrekking tot het coördineren van zorg met sociale diensten en met andere eerstelijns zorgverleners bestaan er vrijwel geen verschillen tussen landen. Minimaal 88% van de huisartspraktijken doet dit vaak of regelmatig in elk van de landen.

De laatste jaren is er flink ingezet op ondersteuning van de huisarts door middel van hulpverleners, zoals verpleegkundigen en casemanagers. Deze verpleegkundigen houden zich bezig met de monitoring en behandeling van patiënten met chronische aandoeningen die regelmatig follow-up zorg nodig hebben. Het overgrote deel van de Franse (96%), Nederlandse (92%), Nieuw-Zeelandse (90%), Zweedse (85%) en Britse huisartsen maken gebruik van dergelijke hulpverleners. In Canada, Noorwegen, Zwitserland en de Verenigde Staten geldt dit voor ongeveer tweederde van de huisartsen. Daarentegen maakt slechts 28% van de Duitse huisartsen gebruik van dergelijke ondersteuning.

In Nederland geldt dat grote praktijken en praktijken met een kortere gemiddelde tijd per consult meer gebruik maken van hulpverleners dan kleinere praktijken. Hiernaast maakten huisartsen die geen stress ervoeren relatief vaker gebruik van hulpverleners dan huisartsen die wel stress ervoeren.

1.2 Patiëntenzorg

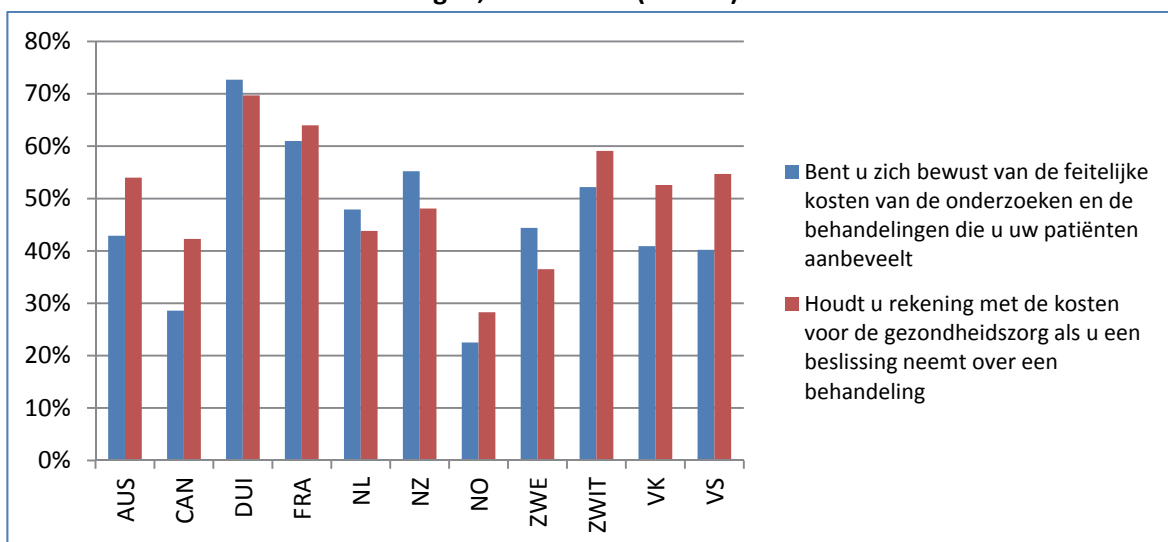
De laatste jaren is er veel beleid ontwikkeld om de rol van de huisarts in de Nederlandse zorg verder te versterken. Doel hiervan is het verhogen van de kwaliteit van zorg en het betaalbaar houden van de zorg. In deze paragraaf presenteren we een aantal indicatoren met betrekking tot de patiëntenzorg, die substantiële variatie vertonen tussen de deelnemende landen:

- Kostenbewustzijn en rekening houden met zorgkosten bij behandelbeslissingen
- Specifieke patiëntengroepen en de mate waarin de praktijk hier goed op voorbereid is
- Gesprekken over het levenseinde en anticiperend beleid
- Zelfmanagement en schriftelijk instructies.

De huisarts als poortwachter wordt geacht onnodige (dure) zorg in het ziekenhuis te voorkomen. Een belangrijk facet van de poortwachterfunctie is kostenbewustzijn onder huisartsen en het rekening houden met kosten bij behandelbeslissingen. In 2015 zijn deze facetten voor het eerst onderzocht in de survey. In figuur 3 is weergegeven welk deel van de huisartsen aangaf zich 'vaak' bewust te zijn van de kosten, of 'vaak' rekening houden met kosten bij behandelbeslissingen. Tussen landen bestaan er grote verschillen op beide indicatoren. De indicatoren zelf waren onderling matig gecorreleerd (Pearson correlatie: 0.38). Duidelijk is dat Duitse en Franse huisartsen het sterkst bewust zijn van de kosten en het vaakst rekening houden met kosten in hun behandelbeslissingen. Daarentegen tonen huisartsen uit Noorwegen relatief weinig kostenbewustzijn en houden deze niet vaak rekening met kosten bij hun behandelbeslissingen. Nederlandse huisartsen scoren vrijwel gelijk met alle huisartsen uit de 11 deelnemende landen.

Binnen Nederland valt op dat huisartsen die gebruik maken van een case manager of verpleegkundige zich veel vaker bewust zijn van de kosten dan huisartsen die geen gebruik maken van een verpleegkundige of case manager (48% scoorde 'vaak' tegenover 33%). Een vergelijkbaar patroon is zichtbaar voor de tweede indicator. Voor deze tweede indicator geldt dat huisartsen die spiegelinformatie ontvangen over hun klinische prestaties veel vaker rekening houden met kosten dan huisartsen die geen spiegelinformatie ontvangen (45% tegenover 35%).

Figuur 3. Kostenbewustzijn en het rekening houden met kosten bij behandelbeslissingen. Als u nadenkt over uw behandelbeslissingen, hoe vaak ... (% vaak)



Veel van het hiervoor benoemde beleid was erop gericht de rol van de huisarts te versterken in de zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen en patiënten met ernstige psychische problemen. Ook palliatieve zorg is een prominent beleidsthema. In de IHP 2015 survey is de huisartsen gevraagd hoe vaak zij deze patiënten zien en in hoeverre hun praktijk goed is voorbereid om optimale zorg te leveren aan deze patiënten (zie tabel 1).

Het overgrote deel van de Nederlandse huisartsen gaf aan vaak patiënten met meerdere chronische aandoeningen te zien. Hetzelfde gold voor de andere landen, met uitzondering van de VS (83%) en Zwitserland (77%). Van de Nederlandse huisartsen gaf 88% vervolgens aan goed voorbereid te zijn om optimale zorg te verlenen voor deze patiënten. Hiermee scoort Nederland (samen met Duitsland) het hoogst in vergelijking tot de overige landen, waar minimaal 66% van de huisartsen aangaf goed voorbereid te zijn om optimale zorg te verlenen aan deze patiëntengroep.

Van de Nederlandse huisartsen gaf 58% aan vaak patiënten met ernstige psychische problemen in hun praktijk te zien. Dit is relatief vaak, alleen in het Verenigd Koninkrijk zien huisartsen vaker patiënten met ernstige psychische problematiek. Opvallend is dat slechts 44% van de Nederlandse huisartsen aangaf goed voorbereid te zijn om optimale zorg te bieden aan deze patiënten. Huisartsen in Nederland die in een praktijk werken met meer dan 5 FTE huisartsen scoorden beduidend hoger voor deze indicator (54%), hetzelfde geldt voor mannelijke huisartsen (48% tegenover 39%). Opvallend is tenslotte dat 45% van de huisartsen die gebruik maken van een verpleegkundige of case manager zegt goed voorbereid te zijn op deze patiënten, tegenover 50% van de huisartsen die hier geen gebruik van maken.

Tabel 1. De frequentie waarin relevante patiëntengroepen in de huisartsenpraktijk gezien worden en de mate waarin de praktijk hier goed op voorbereid is.

Patiëntengroep	Indicator	AUS	CAN	FR	DUI	NL	NZ	NO	ZWE	ZWIT	VK	VS
Patiënten met meerdere chronische aandoeningen	% vaak ^a	93%	92%	86%	87%	95%	96%	90%	95%	77%	94%	83%
	% goed ^b	85%	70%	45%	88%	88%	81%	86%	66%	79%	79%	76%
Patiënten met ernstige psychische problemen	% vaak ^a	55%	51%	58%	39%	58%	41%	48%	42%	27%	63%	29%
	% goed ^b	34%	23%	13%	32%	44%	24%	56%	14%	26%	43%	16%
Patiënten die palliatieve zorg nodig hebben, waaronder oncologische aandoeningen	% vaak ^a	36%	35%	30%	26%	66%	44%	14%	15%	16%	71%	22%
	% goed ^b	48%	41%	33%	56%	92%	62%	54%	25%	45%	81%	37%

^a Hoe vaak ziet uw praktijk de volgende patiënten? (% vaak)

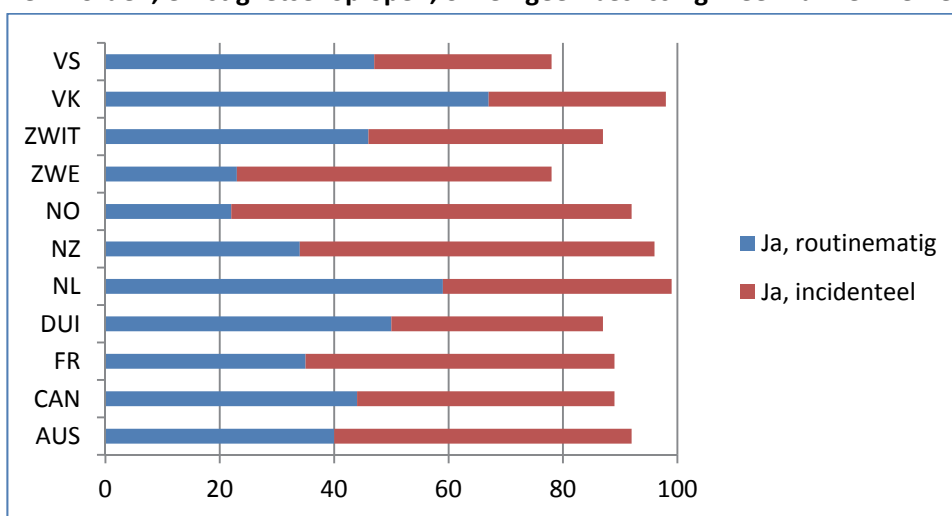
^b Hoe goed is uw praktijk voorbereid om optimale zorg te leveren voor de de volgende patiënten? (% goed)

Na het Verenigd Koninkrijk scoort de Nederlandse huisarts met 58% hoog in het zien van patiënten met ernstige psychische problemen. De huisartsen uit Nederland (44%) en het Verenigd Koninkrijk (43%) voelen zich even goed voorbereid om deze zorg optimaal te kunnen leveren. Huisartsen in Noorwegen voelen zich met 56% het beste voorbereid. Van de Nederlandse huisartsen gaf 66% aan patiënten te zien die palliatieve zorg nodig hebben (waaronder oncologische aandoeningen). Alleen in het Verenigd Koninkrijk was dit aandeel groter. Met name in Noorwegen, Zweden, Duitsland, de VS en Zwitserland lijkt de huisarts een beperkte rol te spelen in de zorg aan patiënten die palliatieve zorg nodig hebben. Het overgrote deel van de Nederlandse huisartsen gaf aan goed voorbereid te zijn om palliatieve patiënten optimale zorg te leveren.

Hierbij aansluitend zijn in 2015 voor het eerst twee vragen opgenomen over gesprekken omtrent het levenseinde en anticiperend beleid. In figuur 4 zijn de resultaten hiervan weergegeven. Van de Nederlandse huisartsen gaf 59% aan routinematig met oudere of zieke patiënten te bespreken welke

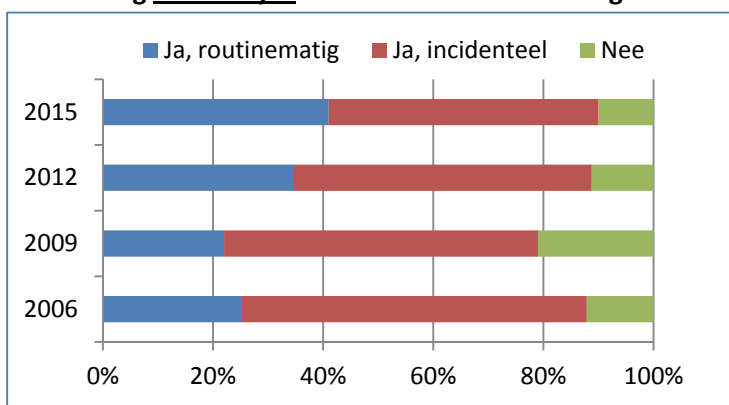
medische behandeling ze wel of niet willen ondergaan indien ze zeer ziek worden, ernstig letsel oplopen, of zelf geen beslissing meer kunnen nemen. Alleen in het Verenigd Koninkrijk bespreken de huisartsen dit vaker routinematig. In Noorwegen en Zweden bespreken slechts 22% en 23% van de huisartsen dit routinematig. Van de Nederlandse huisartsen gaf 91% aan deze voorkeuren te noteren in de status. Alleen de huisartsen in het Verenigd Koninkrijk scoorden hoger op deze indicator. Afgezien van Zweden is het aandeel huisartsen dat de voorkeuren van de patiënten vastlegt in de status groter dan 75% per land.

Figuur 4. Percentage huisartsen dat aangeeft routinematig of incidenteel met oudere of zieke patiënten te bespreken welke medische behandeling ze wel of niet willen ondergaan indien ze zeer ziek worden, ernstig letsel oplopen, of zelf geen beslissing meer kunnen nemen.



Het begeleiden van chronische patiënten is één van de kerntaken van de huisarts. Voor Nederlandse huisartsen is dit echter nog geen routine: 41% van de Nederlandse huisartsen gaf aan routinematig schriftelijke instructies over zelfmanagement in de thuissituatie te geven. Alleen het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten scoorden hoger op deze indicator. Figuur 5 laat zien dat er voor Nederland op deze indicator een geringe stijging is waar te nemen in vergelijking met voorgaande jaren. De beperkte toepassing van schriftelijke instructies lijkt te passen bij het succes van de website thuisarts.nl. Op deze website vindt de patiënt informatie over aandoeningen en wat de patiënt er zelf aan kan doen. De website heeft daarmee het verstrekken van schriftelijke informatie voor een groot deel overbodig gemaakt (bron: thuisarts.nl).

Figuur 5. Zelfmanagement en schriftelijk instructies. Krijgen uw patiënten met een chronische aandoening schriftelijke instructies over zelfmanagement in de thuissituatie?

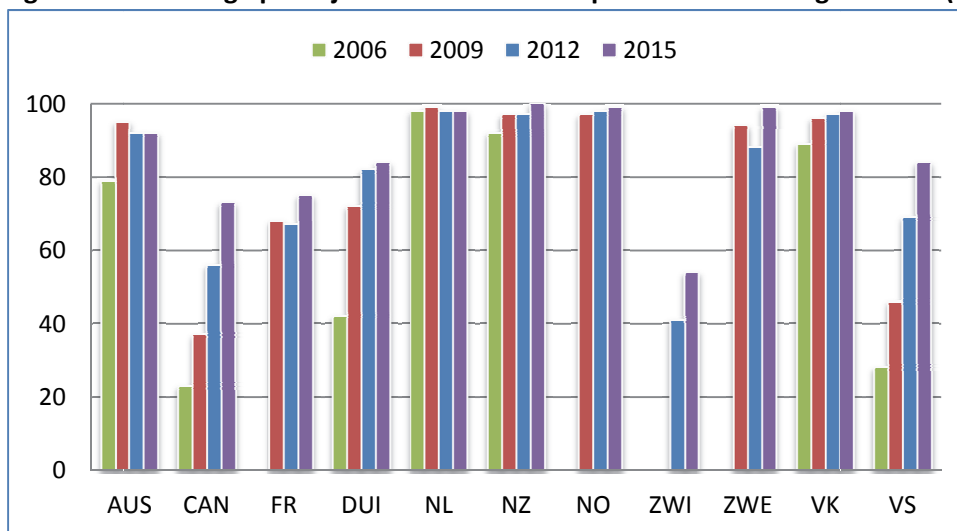


1.3 Informatie & Communicatie Technologie in de huisartsenpraktijk

De Kamerbrief “voortgangsrapportage eHealth en zorgverbetering” die minister Schippers op 8 oktober 2015 naar de Tweede Kamer stuurde benadrukt het belang van een verdere uitbreiding van het aandeel van e-health in onze gezondheidszorg. In de brief is een reeks actiepunten benoemd waarop de minister samen met het veld wil inzetten om een doorbraak van eHealth in de zorg te bewerkstelligen. Deze paragraaf schetst een beeld van het gebruik van ICT-toepassingen in de Nederlandse huisartsenpraktijk en relateert die toepassingen aan gebuikt in andere landen van de internationale survey.

Nederland is al jarenlang een van de koplopers in het gebruik van een elektronisch patiëntendossier binnen de huisartsenpraktijk. In 2015 maakt 98% van de huisartsenpraktijken gebruik van een elektronisch patiëntendossier (zie figuur 6). In Canada en de Verenigde Staten is het gebruik van een elektronisch patiëntendossier de afgelopen drie jaar flink gestegen. Zwitserland blijft ver achter bij de andere landen in het gebruik van het elektronisch patiëntendossier.

Figuur 6. Percentage praktijken die elektronisch patiëntendossiers gebruiken (% ja)



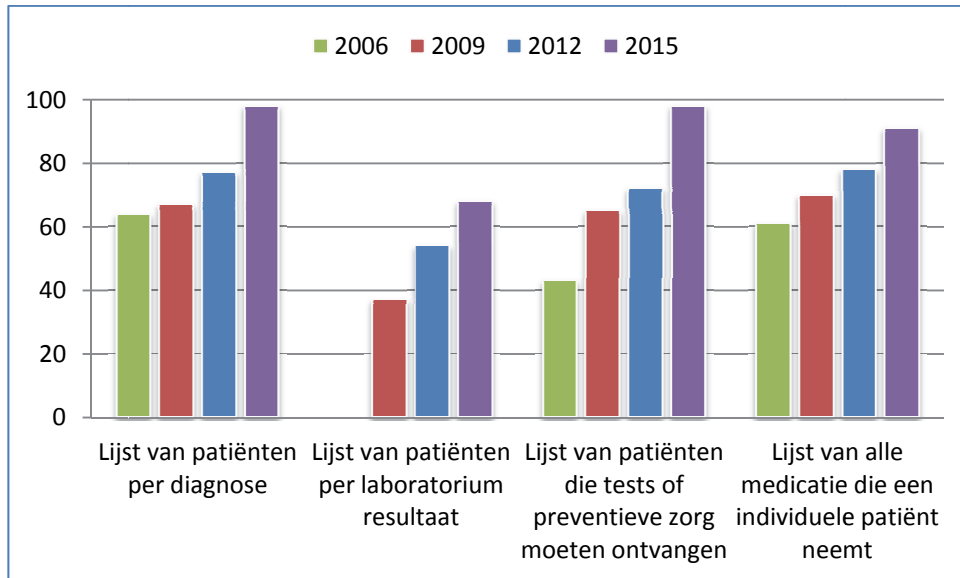
AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWI = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Er is veel spreiding tussen landen in de toepassing van ICT in de huisartsenpraktijk. Het routinematig elektronisch aanvragen van laboratoriumtesten is in Nederland weliswaar verdrievoudigd van 11% in 2012 naar 33% in 2015, maar dit is nog steeds erg laag in vergelijking met andere landen, waar het varieert van 27%-97%. Op andere ICT functionaliteiten scoort Nederland wel hoog. Van de Nederlandse praktijken geeft 97% aan de mogelijkheid te hebben om recepten elektronisch naar de apotheek te versturen. Nederland loopt hiermee samen met Zweden (100%) en Noorwegen (99%) ver vooruit op andere landen.

Ook in het uitwisselen van informatie met artsen buiten de huisartsenpraktijk behoort Nederland tot de koplopers. Van de Nederlandse huisartsenpraktijken heeft 70% de mogelijkheid tot het uitwisselen van een klinische samenvatting van patiënten, en loopt daarin voorop met Nieuw-Zeeland, Noorwegen en Zwitserland. De laagste score komt uit Canada waar 19% van de huisartspraktijken die mogelijkheid hebben.

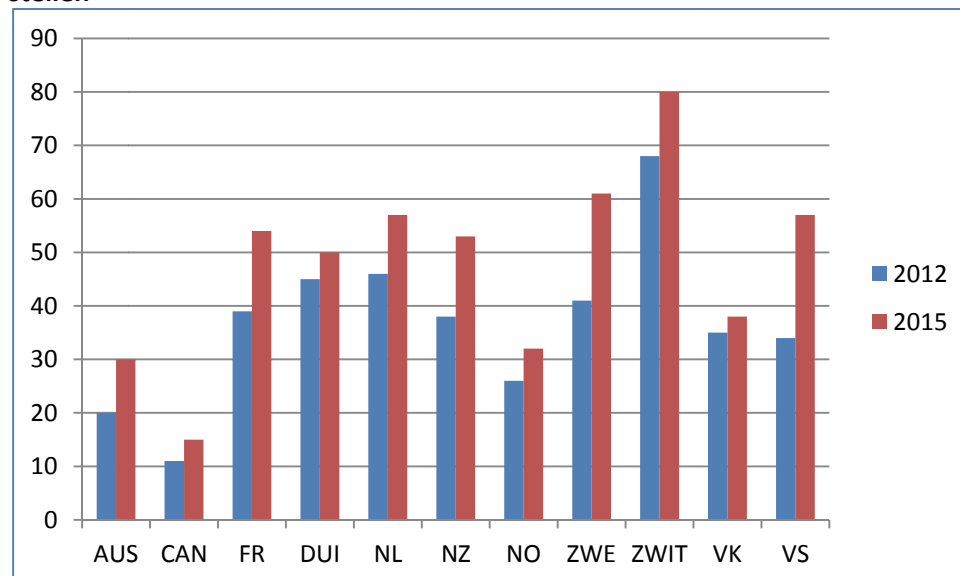
In het genereren van informatie uit medisch patiëntendossiers heeft Nederland een sprong gemaakt naar een medekoploper positie samen met het Verenigd Koninkrijk, Nieuw-Zeeland en Australië. Figuur 7 laat de toename van mogelijkheden om patiëntenlijsten te genereren in Nederland zien over de afgelopen jaren.

Figuur 7. Kan uw praktijk u de volgende informatie over uw patiënten geautomatiseerd opvragen? (% ja; Nederlandse huisartsen)



In 2015 gaf 57% van de Nederlandse huisartsen aan dat zij patiënten de mogelijkheid bieden via email vragen te stellen over medische zaken of andere zaken waar de patiënt zich zorgen om maakt. In 2012 was dat percentage nog 46%. Nederland scoort vergelijkbaar met Zweden en de VS. Zwitserland scoort het hoogst met 80% (figuur 8).

Figuur 8. Percentage huisartsen dat patiënten de mogelijkheid biedt via email medische vragen te stellen



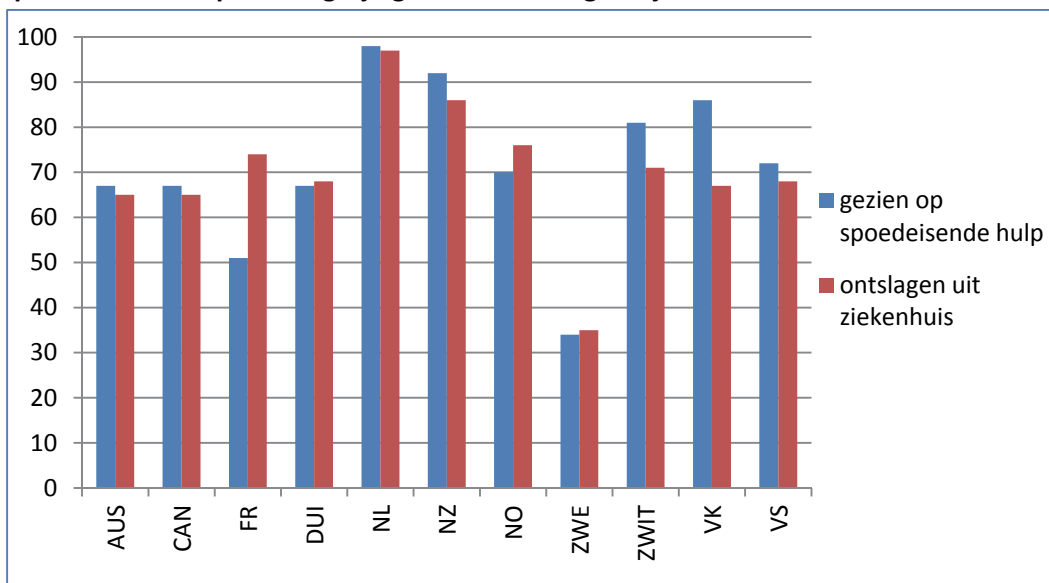
1.4 Transmurale informatie uitwisseling

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 2015 uitgevraagd.

Wanneer een patiënt bij een specialist is geweest ontvangt de huisarts in de meeste landen altijd of vaak een verslag van deze specialist. Percentages liggen rond de 80-95%, behalve in Zweden (56%). Volgens 34% 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. Alleen Zweden scoort een hoger percentage aan ontbrekende informatie met 47%. Voor de overige landen ligt dit percentage lager, variërend van 6% in Nieuw-Zeeland tot 28% in Zweden. In veel landen is de informatie niet altijd beschikbaar op het moment dat de huisarts het nodig heeft, variërend van 20% in Zwitserland en Frankrijk tot 57% in Zweden. Nederland scoort daarbij gemiddeld met 34%.

Evenals in 2012 zijn Nederlandse huisartsenpraktijken internationaal gezien koploper in het ontvangen van een melding wanneer patiënten op de spoedeisende hulp afdeling zijn gezien (98%) of ontslagen zijn uit het ziekenhuis (97%) (figuur 9).

Figuur 9. Percentage huisartsen dat aangeeft een melding te ontvangen wanneer patiënten op de spoedeisende hulp afdeling zijn gezien of ontslagen zijn uit het ziekenhuis.



In Duitsland en Nieuw-Zeeland gaat het sturen van informatie vanuit het ziekenhuis naar de huisarts na ziekenhuisontslag snel. Binnen vier dagen hebben 82% van de Duitse praktijken en 85% 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 71% van de praktijken binnen vier dagen de informatie beschikbaar. Dit percentage is overigens wel gestegen ten opzichte van 2012 toen dit nog op 66% lag. In Nederland, Nieuw-Zeeland en Noorwegen verloopt de informatievoorziening veelal online of per email (rond de 80%). In Australië, Canada, Zwitserland en de Verenigde Staten wordt nog voornamelijk gebruik gemaakt van de fax (40-50%), in Frankrijk per post (77%).

1.5 Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van de zorg is één van de belangrijkste kenmerken waarop een zorgsysteem kan worden beoordeeld. Onder toegankelijkheid worden zowel de financiële als fysieke toegankelijkheid gerekend, zowel binnen als buiten kantooruren. Verschillende vragen in de IHP 2015 Survey waren hierop gericht. In deze paragraaf presenteren we een aantal belangrijke resultaten over de toegankelijkheid van de zorg, die substantiële variatie vertonen tussen de deelnemende landen:

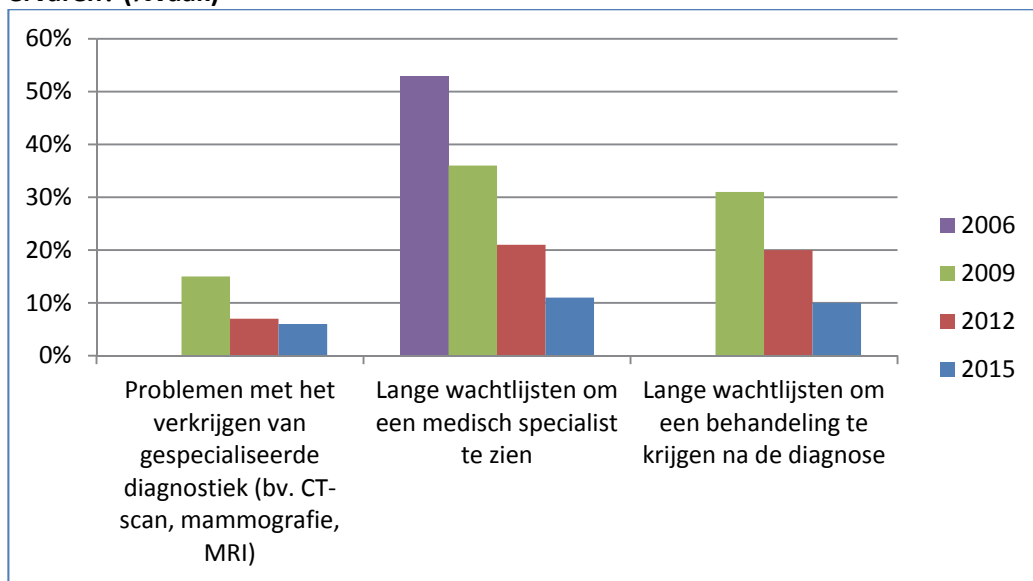
- Afspraken binnen één dag
- Toegang tot zorg buiten kantooruren, afgezien van de SEH
- Ervaren problemen fysieke toegankelijkheid (gespecialiseerde diagnostiek, wachtlijsten)
- Ervaren problemen financiële toegankelijkheid (geneesmiddelen of andere niet-vergoede uitgaven)

Wanneer patiënten een afspraak willen maken met hun huisarts, bestaat er geen garantie dat dit daadwerkelijk lukt dezelfde dag of de dag erop. In Nederland gaf 51% van de deelnemende huisartsen aan dat >80% van de patiënten dezelfde of de volgende dag terecht kunnen voor een afspraak als daarom gevraagd wordt. In 2012 was dit nog 61%. Nederland scoort met de score van 51% in de middencategorie; in Duitsland (64%), Frankrijk (60%), Nieuw-Zeeland (56%) en Zwitserland (54%) scoort de eerstelijnszorg hoger qua toegankelijkheid dan Nederland. Daarentegen scoren Canada, Noorwegen, Zweden en het Verenigd Koninkrijk lager dan Nederland met respectievelijk 27%, 39%, 19% en 37%. Opvallend is dat de toegankelijkheid van Nederlandse huisartsenzorg groter is in het geval van een kleine praktijk (<2 FTE: 60% tegen 41% in praktijken met 2-5 FTE), mannelijke huisartsen (61% tegenover 39%) en bij oudere huisartsen (61% bij huisartsen ouder dan 55, tegenover 45% bij huisartsen tussen 35 en 55 jaar oud). Overigens, in de Commonwealth Fund Survey uit 2014 gaf bijna 70% van de 55-plussers aan nog dezelfde of de volgende dag bij de huisarts of verpleegkundige terecht te kunnen. Dit is een aanmerkelijk hoger aandeel dan gescoord door de huisartsen zelf. Het verschil zit waarschijnlijk in de mate waarin de patiënt zich presenteert (de vraag in 2015 is generiek geformuleerd).

Een volgend belangrijk onderdeel van de toegankelijkheid van zorg betreft de toegankelijkheid van zorg buiten kantooruren, zonder naar de SEH van het ziekenhuis te gaan. In Nederland kennen wij hiervoor waarneemposten of huisartsenposten. Van de Nederlandse huisartsen gaf 94% aan dat zij een dergelijke regeling hebben, waardoor patiënten een arts of verpleegkundige kunnen *zien*, zonder naar de SEH te hoeven. Geen enkel ander land scoort dermate hoog voor deze indicator. In de VS en Canada hebben slechts 39% en 48% van de huisartsen een dergelijke regeling. In de overige landen minimaal 69% (Zwitserland) tot 92% (Nieuw-Zeeland).

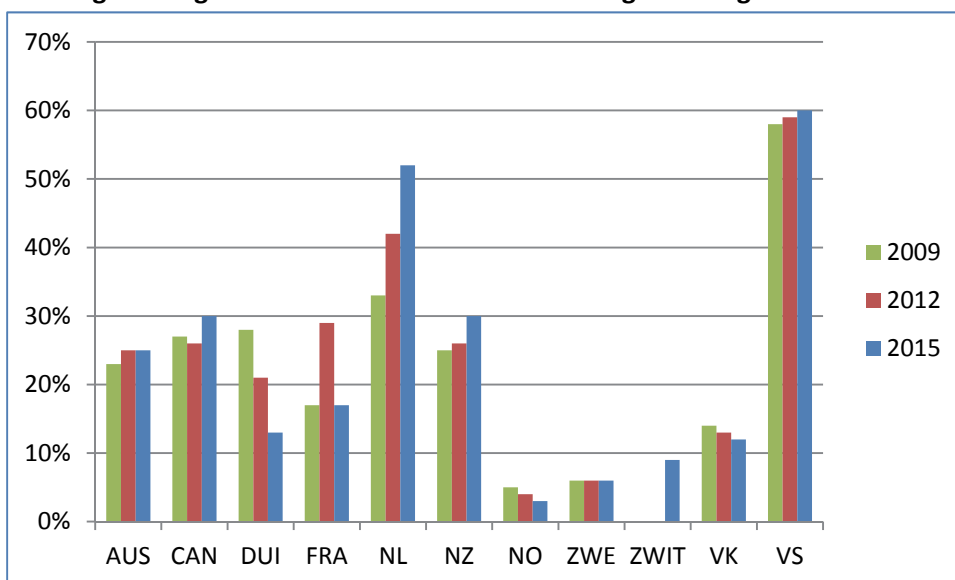
In figuur 10 staat weergegeven in hoeverre patiënten fysieke toegankelijkheidsproblemen ervaren volgens de Nederlandse huisartsen. In 2012 meldden wij al dat er voor verschillende toegankelijkheidsaspecten in Nederland een duidelijke trend waarneembaar is in vermindering van problemen. Deze trend heeft zich tussen 2012 en 2015 voortgezet. Anno 2015 geeft slechts ongeveer 10% van de huisartsen aan dat zij denken dat patiënten in Nederland vaak fysieke toegankelijkheidsproblemen ervaren. Alleen de Zwitserse huisartsen rapporteerden minder toegankelijkheidsproblemen dan de Nederlandse huisartsen. In Australië, Canada, Duitsland, Frankrijk en Nieuw-Zeeland rapporteerden de huisartsen de meeste toegankelijkheidsproblemen.

Figuur 10. Fysieke toegankelijkheid in Nederland. Hoe vaak denkt u dat uw patiënten het volgende ervaren? (%vaak)



Wat betreft financiële toegankelijkheid laat de IHP 2015 Survey een tegenovergesteld beeld zien (figuur 11). Van de Nederlandse huisartsen gaf 52% aan dat zij denken dat patiënten vaak problemen ervaren met het bekostigen van geneesmiddelen of andere niet-vergoede uitgaven. In 2009 en 2012 bedroeg dit aandeel respectievelijk 33% en 42%. Nederland scoort op deze indicator hoger dan de overige landen, afgezien van de Verenigde Staten. In Noorwegen, Zweden, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk ondervinden patiënten het minst vaak financiële toegankelijkheidsproblemen volgens de huisartsen.

Figuur 11. Financiële toegankelijkheid. Hoe vaak denkt u dat uw patiënten problemen ervaren met het bekostigen van geneesmiddelen of andere niet-vergoede uitgaven?

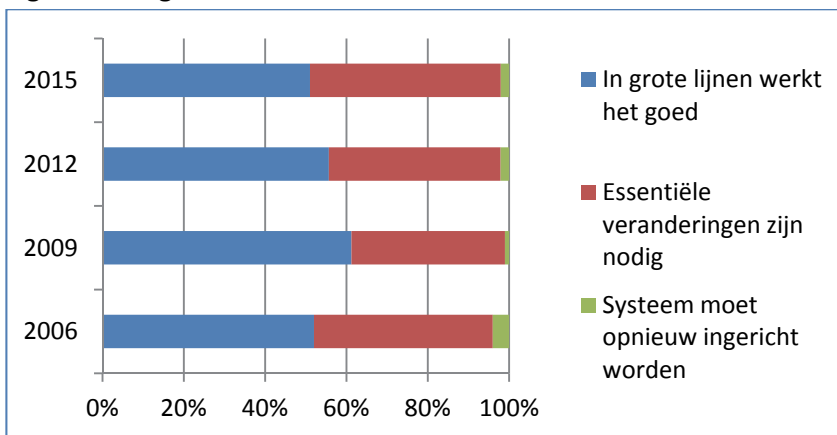


1.6 Kwaliteit

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.

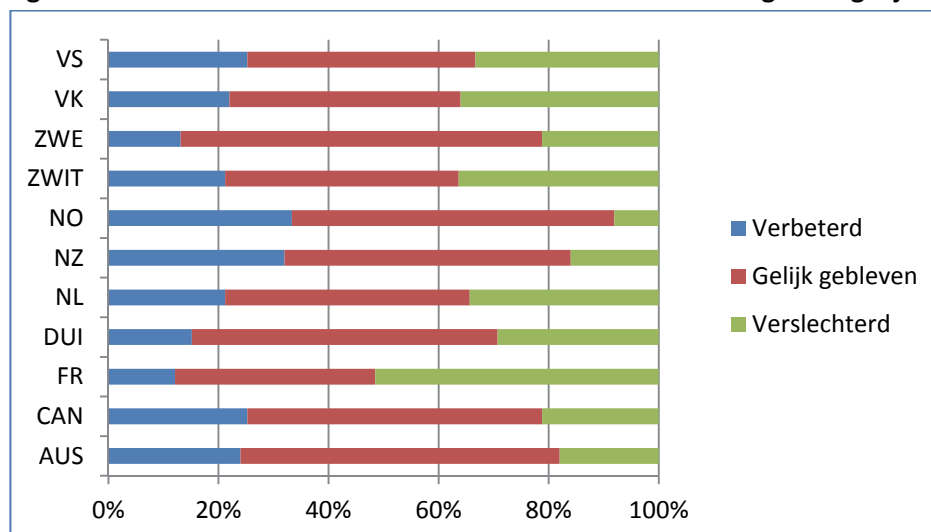
De Nederlandse huisartsen zijn, net als de huisartsen in de meeste andere landen, positief over de kwaliteit van de medische zorg: slechts 2% geeft aan dat er zoveel mis is met ons gezondheidszorgsysteem dat we het helemaal opnieuw zouden moeten inrichten (zie figuur 12). Huisartsen in Duitsland, Frankrijk, Zweden en de Verenigde Staten zijn minder positief over de kwaliteit van de zorg met percentages van 11-14% dat vindt dat de zorg opnieuw ingericht zou moeten worden.

Figuur 12. Algemeen oordeel van de Nederlandse huisarts over de kwaliteit van het zorgsysteem



Ondanks het algemene positieve oordeel vindt 34% van de Nederlandse huisartsen dat de kwaliteit slechter is geworden in vergelijking met drie jaar geleden – vergelijkbaar met Duitsland, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Huisartsen in Noorwegen zijn het meest positief over de ontwikkelingen: slechts 8% vindt dat de kwaliteit slechter is geworden in vergelijking met drie jaar geleden (figuur 13). Franse huisartsen zijn het minst positief over de ontwikkelingen: 51% vindt dat de kwaliteit slechter is geworden.

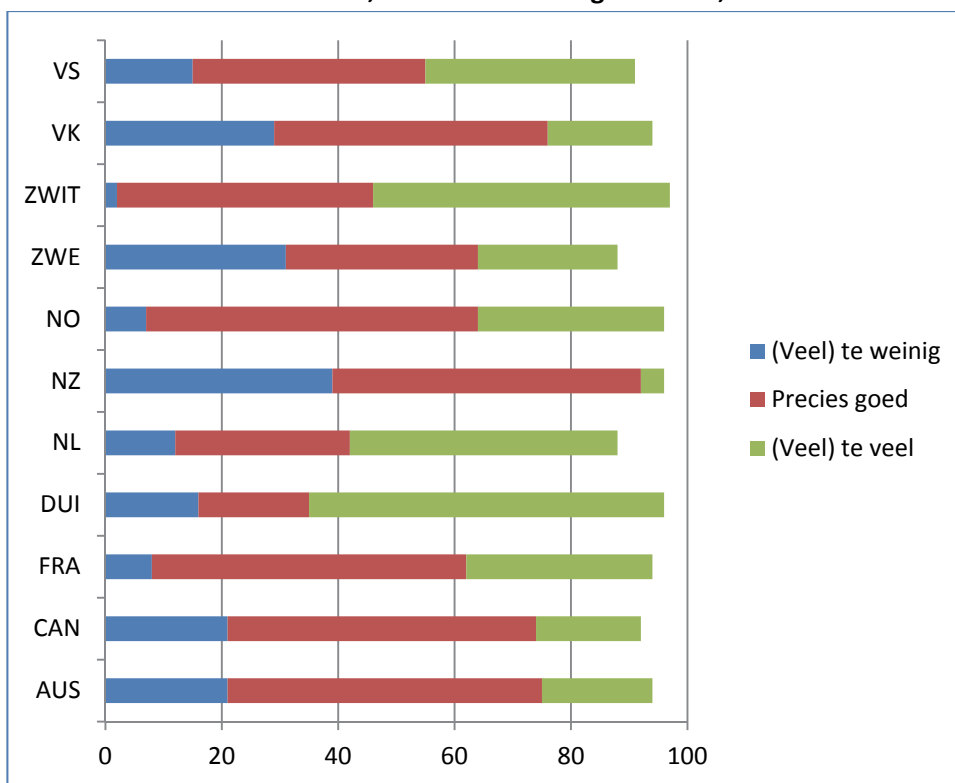
Figuur 13. Oordeel van huisartsen over de kwaliteit van de zorg in vergelijking met 3 jaar geleden



De meeste Nederlandse huisartsen (84%) zijn tevreden over hun beroep, vergelijkbaar met landen als Australië, Canada, Nieuw-Zeeland en Zwitserland. Minder tevreden zijn huisartsen in Duitsland, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten met percentages van 63-67%.

In 2012 is voor het eerst gevraagd wat huisartsen vinden van de hoeveelheid zorg die patiënten ontvangen, niet alleen van henzelf als huisarts, maar van alle zorgverleners, inclusief medisch specialisten. Meer dan de helft van de Nederlandse huisartsen vonden in 2012 – bijna evenveel als hun Duitse collega's – dat patiënten (veel) te veel zorg ontvangen. In 2015 is dat percentage gedaald naar 46%, en staat Nederland op de derde plaats met alleen Duitse (61%) en Zwitserse (51%) collega's die hoger scoren (zie figuur 14).

Figuur 14. Mening van huisartsen over de hoeveelheid medische zorg die patiënten ontvangen, niet alleen van henzelf als huisarts, maar van alle zorgverleners, inclusief medisch specialisten*



*Vanwege het relatief grote aandeel missing data telt de staafdiagram niet op tot 100%

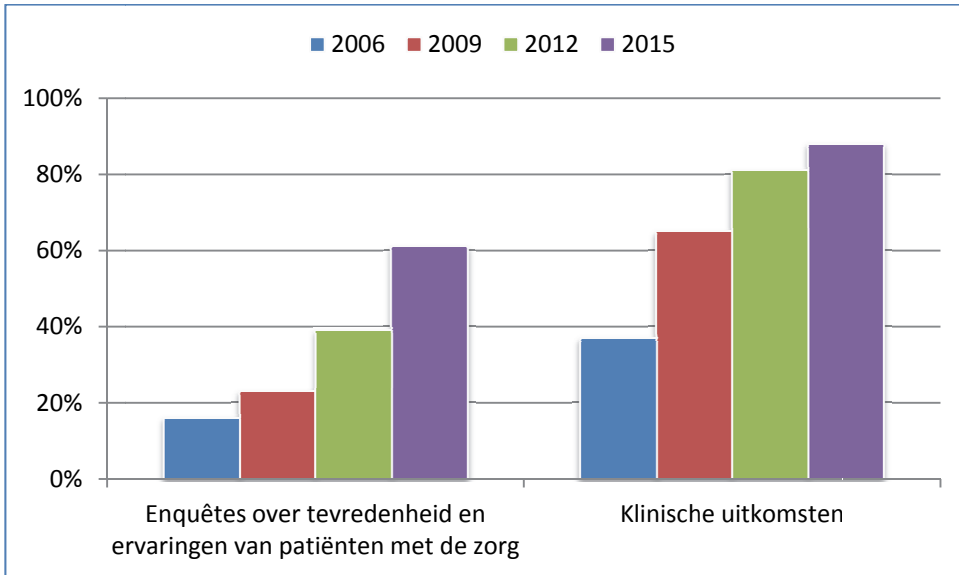
Monitoren van kwaliteit

Inzage in eigen handelen biedt de mogelijkheid om een oordeel te geven over de kwaliteit van de geleverde zorg. In Nederland is dit geen routine: 42% van de huisartsen in Nederland geeft aan dat ze routinematig een benchmark rapport ontvangen met informatie hoe de klinische prestaties van de praktijk zich verhouden tot andere praktijken. In vergelijking met 2012 is dit een flinke toename: toen gaf 32% van de huisartsen aan dit routinematig te ontvangen. In vergelijking met andere landen is een percentage van 42% gemiddeld. Alleen huisartsen in het Verenigd Koninkrijk (71%), Nieuw-Zeeland (61%), Zweden (55%) en Frankrijk (49%) scoren hoger.

Het monitoren van aspecten van de zorg binnen de eigen huisartspraktijk laat in Nederland een stijging zien ten opzichte van voorgaande surveys (figuur 15). Waar in 2012 nog 81% van de praktijken informatie

ontving en analyseerde over klinische uitkomsten, bijvoorbeeld in de vorm van het percentage diabetes- of astmapatiënten met een goede instelling, doet in 2015 88% van de praktijken dit. Het ontvangen en analyseren van enquêtes over tevredenheid en ervaringen van patiënten is sterk toegenomen. In 2012 was dit 39% met een toename tot 61% in 2015 .

Figuur 15. Percentage Nederlandse huisartsen dat aangeeft routinematig gegevens ontvangt en analyseert over klinische uitkomsten en enquêtes over tevredenheid en ervaringen (%)



2 Beschouwing

De resultaten van de IHP 2015 onder huisartsen in 11 landen laat zien dat Nederland op een aantal gebieden koploper is vanuit het perspectief van de huisarts. Daarentegen is op andere vlakken nog veel verbeterpotentieel. In deze beschouwing reflecteren we op de resultaten voor zes thema's, omdat deze het meest duidelijk aanknopingspunten bieden voor beleid: tijdsbesteding, palliatieve zorg en geestelijke gezondheidszorg, kostenbewustzijn, E-health, toegankelijkheid en kwaliteit.

2.1 Tijdsbesteding

De Nederlandse huisarts geeft in deze survey aan 63% van de werktijd te besteden aan direct contact met patiënten. Als daarbij het patiëntencontact per email of telefoon wordt opgeteld dat komt het percentage uit op 76%. Als we kijken naar de administratieve lasten dan zien we dat Nederlandse huisartsen in vergelijking met hun collega's uit het buitenland een relatief groot aandeel van hun tijd (23%) kwijt zijn aan administratieve werkzaamheden.

Het percentage directe patiëntencontacten uit de IHP 2015 Survey is fors hoger dan de 56% aan direct patiëntgebonden tijd (consulten, visites, e-mails/telefoontjes met patiënten en verrichtingen) die gerapporteerd werd in het landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek onder huisartsen uit 2014.¹ Het SMS-onderzoek liet zien dat huisartsen ongeveer een kwart (26%) aan indirect patiëntgebonden activiteiten en bijna een-vijfde (18%) aan niet-patiëntgebonden activiteiten kwijt zijn.

Een mogelijke verklaring voor de verschillen tussen de twee onderzoeken is dat de cijfers niet goed te vergelijken zijn. In het SMS-onderzoek zaten administratieve werkzaamheden 'verpakt' in indirect patiëntgebonden tijd (zoals reistijd naar patiënten, stand-by zijn, administratie, overleg over patiënten) en niet-patiëntgebonden tijd (zoals managementtaken, personeelsbeleid, financiële administratie, overleg in maatschap, nevenfunctie, nascholing).

De gemiddelde omvang van de door huisartsen opgegeven werkweek liggen vrijwel gelijk in de IHP Survey (44,5 uur) en het SMS-onderzoek (44 uur). Uit het SMS-onderzoek bleek dat vrijgevestigde huisartsen een grotere omvang van hun werkweek hebben en relatief meer administratieve werkzaamheden uitvoeren dan huisartsen in dienst van een huisarts (HIDHA). Dat beeld lijkt overeen te komen in de bevindingen uit de IHP 2015 Survey waaruit blijkt dat de administratieve belasting van huisartsen met werkweken van meer dan 35 uur groter is dan de administratieve lasten bij collega's met een kortere werkweek. Uit het SMS-onderzoek blijkt tevens dat mannen een wat groter deel van hun werktijd aan direct patiëntgebonden activiteiten besteden dan vrouwen.

Uit de IHP 2015 Survey blijkt dat de gemiddelde tijd die er per consult aan een patiënt besteed kan worden in Nederland met tien minuten het kortst is. Een mogelijke verklaring kan zijn dat in veel andere landen de reisafstanden groter zijn en de huisarts daardoor meer tijd neemt om meerdere hulpvragen van patiënten te behandelen.

Al met al wijzen beide onderzoeken met betrekking tot administratieve lasten in dezelfde richting: de administratieve lasten in de huisartsenpraktijk zijn hoog en worden als problematisch ervaren.

Voorkomen moet worden dat administratieve lasten een (verdere) beperking vormen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Het doorontwikkelen van het Huisarts Informatie Systeem (HIS) lijkt hiervoor een geschikt alternatief, evenals deregulering en regionale afspraken met (keten-) partners gericht op het reduceren van administratieve lasten. Met het manifest 'Het roer moet om' is concreet beleid uitgezet op dit terrein. Huisartsen, zorgverzekeraars en patiënten hebben in oktober 2015 een akkoord gesloten op de drie hoofdthema's van 'Het roer moet om'. De huisartsen krijgen minder bureaucratie en gelijkwaardigere contractonderhandelingen en er komt beter zicht op de geleverde kwaliteit.²

2.2 Palliatieve zorg en geestelijke gezondheidszorg

De Nederlandse huisarts ziet in vergelijking met collega's uit het buitenland veel patiënten die palliatieve zorg nodig hebben en voelt zich hierop uitstekend voorbereid. Bovendien heeft de Nederlandse huisarts een routine opgebouwd in het bespreken van beleid ten aanzien van het levenseinde. Het begeleiden van patiënten bij hun levenseinde is ook een prominent thema in het beleid van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), zoals onder andere blijkt uit de website thuisarts.nl. Op deze website wordt de patiënt geïnformeerd en geadviseerd over euthanasie. In 2014 is KNMG samen met onder andere LHV en NHG het project 'Helder communiceren over euthanasie' gestart.

In 2014 is de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gereorganiseerd. De GGZ is nu in drie onderdelen te onderscheiden: huisartsenzorg met GGZ-ondersteuning, generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ. De huisarts heeft daarin een cruciale rol. Die signaleert, behandelt of verwijst mensen naar de generalistische basis-GGZ of de gespecialiseerde GGZ. De huisarts krijgt hierbij ondersteuning van de praktijkondersteuner GGZ. Het aanbieden van eHealth of het consulteren van een specialist behoort ook tot de mogelijkheden.

De IHP 2015 Survey laat zien dat de Nederlandse huisarts in vergelijking met buitenlandse collega's veel patiënten ziet met ernstige psychiatrische problemen. In de IHP 2012 Survey zijn geen vragen over patiëntengroepen gesteld waardoor we niet kunnen zien of er sprake is van een toename. Maar gezien de positie in het internationale veld lijkt het hoge percentage wel een afspiegeling te zijn van het ingezette beleid. Bijna de helft van de Nederlandse huisartsen geeft aan voldoende voorbereid te zijn om optimale zorg te leveren voor patiënten met ernstige psychische problemen. Het relatief grote aandeel huisartsen dat aangaf onvoldoende voorbereid te zijn op deze patiënten geeft aan dat de zorg voor deze patiënten onder druk staat. Voor definitieve uitspraken hierover is verder onderzoek noodzakelijk.

2.3 Kostenbewustzijn

De Nederlandse huisarts is net als veel buitenlandse collega's zich weinig frequent bewust van de feitelijke kosten van de zorg en houdt daar bij het nemen van behandelbeslissingen in minder dan de helft van de gevallen rekening mee. Dit zogenoemde 'stewardship' is in de Verenigde Staten ook onderzocht onder medisch specialisten.³ Uit dat onderzoek bleek dit stewardship nog een stuk lager te zijn met 23% kostenbewustzijn en 21% rekening houden met de kosten. De Amerikaanse huisartsen geven in de IHP 2015 Survey hogere percentages aan met respectievelijk 39% en 53%.

Stewardship van huisartsen kan een belangrijke bijdrage leveren aan het beheersbaar houden van de kosten in de zorg en gericht beleid om dat te verhogen lijkt daarvoor geïndiceerd. Beschikbaarheid van

data over de kosten van de zorg en scholing lijken hiervoor de aangewezen alternatieven. De recente lancering van de 'Praktijkspiegel' levert een belangrijke bijdrage aan de beschikbaarheid van data en de mogelijkheid van huisartsen om daarop te reflecteren. De 'Praktijkspiegel' is een informatieproduct van Vektis. Dit geeft huisartspraktijken een objectief beeld van het totale zorggebruik van hun patiënten. Hiervoor worden de declaratiegegevens van alle zorgverzekeraars gebundeld en in heldere overzichten aangereikt.⁴

2.4 eHealth

Nederlandse huisartsen hebben een flinke sprong gemaakt in het bieden van mogelijkheden aan patiënten via email vragen te stellen. Uit de IHP 2015 Survey blijkt dat 57% van de huisartsen de mogelijkheid biedt aan patiënten om vragen per email te stellen. Dat percentage komt overeen met de eHealth monitor 2015 van NICTIZ en het Nivel.⁵ Zwitserland loopt met 80% voorop in het bieden van die mogelijkheid.

We zien ook vergelijkbare cijfers tussen de IHP 2015 Survey en de eHealth monitor 2015 wat betreft de mogelijkheid voor patiënten om medische informatie uit het dossier online in te zien. De feitelijke situatie (13%) blijft echter achter bij de wens van Nederlandse burgers, waarvan 46% aangeeft eigen medische gegevens in te willen zien via internet. Uit de eHealth monitor blijkt dat slechts een klein deel van de huisartsen (minder dan 5%) verwacht om dat binnen een jaar mogelijk te maken. De Verenigde Staten loopt met 60% veruit voorop in het bieden van de mogelijkheid om informatie uit het medisch dossier online in te zien.

De toename van eHealth mogelijkheden is bemoedigend maar vraagt om meer ambitie en integrale aanpak in de zorg, zoals ook uit de brief "Voortgangsrapportage eHealth en zorgverbetering" blijkt die de Minister van VWS op 8 oktober 2015 naar de Tweede Kamer stuurde. We kunnen hierbij leren van ontwikkelingen en goede voorbeelden in het buitenland.

2.5 Toegankelijkheid

De al langer zichtbare trend in de Nederlandse gezondheidszorg dat wachttijden om een medisch specialist te zien steeds minder een probleem zijn, wordt bevestigd in de IHP 2015 Survey. Nederland loopt samen met Zwitserland en de VS voorop met korte wachttijden. Toch zijn er nog sectoren waar lange wachttijden bestaan, zoals oogheelkunde.⁶ Er is veel variatie in wachttijden die in de Zorgatlas in kaart is gebracht. Op zorgkaartnederland.nl worden patiënten geadviseerd hoe om te gaan met wachttijden en zelf een bijdrage te leveren aan het verminderen er van.

Huisartsen ervaren een toenemend probleem met de financiële toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Na de VS laat Nederland met 52% het hoogste percentage door huisartsen ervaren problemen zien met het bekostigen van geneesmiddelen of andere niet-vergoede uitgaven. De voorgaande IHP 2013 en 2014 Surveys onder respectievelijk algemene burgers en 55-plussers lieten een wisselend beeld zien. In de IHP 2013 Survey gaf 22% van de burgers aan wel eens af te zien van een bezoek aan een arts, af te zien van een door een arts aanbevolen medisch onderzoek of behandeling, of vanwege de kosten een recept voor medicijnen niet af te halen. In de Commonwealth Fund Survey uit 2014 gaf slechts 8% van de 55-plussers een van deze mogelijkheden als probleem aan. Het ministerie van

VWS liet in de zomer van 2013 een onderzoek uitvoeren naar de effecten van het verhogen van het eigen risico per 1-1-2013 en zorgmijding. Binnen een representatieve steekproef onder Nederlanders, gaf 20,2% aan in deze periode wel eens af te hebben gezien van zorg, terwijl ze wel hadden overwogen hier gebruik van te maken. Bij 7,5% ging het om het waarschijnlijk gewenst afzien van zorg, bij 4,0% om waarschijnlijk ongewenste mijding en bij 8,7% was dat onbepaald.⁷

Het doel van eigen bijdragen in de zorg is dat mensen bewuster omgaan met hun zorggebruik en dus afzien van zorg wanneer daar kosten tegenover staan, mits medisch verantwoord. Met andere woorden: zorgmijding kan ongewenst zijn, bijvoorbeeld als iemands gezondheid daardoor onnodig achteruit gaat. Maar het kan ook gewenst zijn; onnodig bezoek aan zorgverleners kost onnodig veel geld. In die situatie is het leggen van een financiële drempel een gewenst beleidseffect. Op basis van de IHP 2015 is niet op te maken in hoeverre de beperkingen van de financiële toegankelijkheid gewenst of ongewenst zijn. Desalniettemin zijn de resultaten van de Commonwealth Fund Survey 2015 in lijn met eerdere onderzoeken en onderstrepen dat de financiële toegankelijkheid van Nederland door zowel burgers als professionals als problematisch wordt ervaren.

2.6 Kwaliteit

De Nederlandse huisarts is over het algemeen positief over de kwaliteit van de medische zorg. Wat opvalt is dat bijna de helft van de Nederlandse huisartsen vindt dat patiënten (veel) te veel zorg ontvangen. Dat duidt erop dat de Nederlandse huisarts zich bewust is van het belang om de hoeveelheid zorg te beperken. Dit lijkt echter in contrast te staan met de bevindingen dat huisartsen zich zorgen maken over de financiële toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Mogelijk wordt het verschil veroorzaakt door een algemeen besef van het belang van het beperkt houden van de zorg, versus zorgen over specifieke financiële drempels voor bijvoorbeeld eigen bijdragen aan geneesmiddelen of laboratoriumonderzoek.

Het monitoren van aspecten van de zorg binnen de eigen huisartspraktijk laat in Nederland een flinke stijging zien ten opzichte van voorgaande surveys. Dit is waarschijnlijk gerelateerd aan de toename van functionaliteiten van het HIS. Het onlangs gepubliceerde HIS referentiemodel bouwt voort op die functionaliteiten.⁸

Literatuur

1. van Hassel D, van der Velden L, Batenburg R. Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2015.
2. Croonen H. 'Het roer moet om' bereikt akkoord. Med Contact 2015;(41).
3. Tilburt JC, Wynia MK, Sheeler RD, et al. Views of US physicians about controlling health care costs. JAMA 2013;310(4):380-388.
4. <http://www.vektis.nl/index.php/producten-en-diensten/praktijkspiegel>
5. Krijgsman J, Peeters J, Burghouts A, et al. Tussen vonk en vlam. eHealth-monitor 2015. Den Haag/Utrecht: Nictiz/NIVEL, 2015.
6. Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2014.
7. Intomart Gfk. Keuzegedrag in zorg. November 2013.
8. Kuntzel MA, Bastiaansen EHC, Westerhof RKD. Publieksversie HIS-referentiemodel 2015. Utrecht: NHG, 2015.

Bijlage 1: Methodologie van het onderzoek

Het meetinstrument

In 2015 stond het perspectief van de huisarts centraal in de International Health Policy Survey. Het Commonwealth Fund stelde een concept-vragenlijst samen en stuurde verschillende concept-versies in september tot en met december 2014 rond aan de verschillende projectpartners uit de 11 deelnemende landen. Het concept was grotendeels gebaseerd op de vragenlijst uit 2012. Er is nadrukkelijk voor gekozen om een grote kernset van vragen uit 2012 letterlijk weer op te nemen in de 2015-versie. De specifieke bijdrage van IQ healthcare in dit proces bestond uit de twee vragen met betrekking tot kostenbewustzijn en het in overweging nemen van kosten bij behandelbeslissingen (vraag 6) van de vragenlijst (bijlage 2 – tabel 3).

Na het gereedkomen van de definitieve vragenlijst in februari 2015, werd de Engelstalige vragenlijst vertaald naar de eigen taal van de deelnemende landen. In Canada werden Engelse en Franse versies gebuikt, terwijl in Zwitserland de vragenlijst beschikbaar was in het Duits, Frans en Italiaans.

Uitvoering van het veldwerk

In 2015 namen dezelfde 11 landen als in 2012 deel aan het onderzoek, waaronder 7 Europese (tabel 2).

Tabel 2. 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. De data werden zowel schriftelijk als mondeling verzameld, maar in Nederland werd uitsluitend een schriftelijke methode gehanteerd. Data werden verzameld in de periode van 2 maart t/m 9 juni 2015 (zie voor details per land tabel 3).

Tabel 3. Methoden van dataverzameling

Land	Methode	Financiële beloning bij deelname?	Periode van dataverzameling
Australië	Telefonische/email/fax werving voor online deelname	Ja	03/03/15 – 9/06/15
Canada	Schriftelijke werving per post voor online deelname/ via email	Ja	05/03/15 – 05/06/15
Frankrijk	Mondeling per telefoon	Nee	22/09-15 – 10/11/15
Duitsland	Schriftelijk per post	Ja	11/03/15 – 22/05/15
Nederland	Schriftelijk per post	Nee	05/03/15 – 18/05/15
Nieuw-Zeeland	Telefonische/email/fax werving voor online deelname	Ja	03/03/15 – 26/05/15
Noorwegen	Schriftelijk per post	Nee	10/03/15 – 29/05/15
Zweden	Schriftelijke werving per post voor online deelname/ via email	Nee	12/03/15 – 15/05/15
Zwitserland	Schriftelijke werving voor deelname per telefoon of online	Nee	19/03/15 – 18/05/15
Verenigd Koninkrijk	Telefonische werving voor deelname per telefoon of online	Ja	05/03/15 – 7/06/15
Verenigde Staten	Schriftelijke werving per post voor online deelname/via email	Ja	02/03/15 – 8/06/15

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) of de directeur van het NHG (dr. R.F. Dijkstra). Deze eerste mailing werd op 5 maart 2015 verzonden naar een steekproef van 900 huisartsen (zie volgende paragraaf voor meer details over de steekproeftrekking). Na zes weken werd de steekproef uitgebreid met nog eens 700 huisartsen. Deze tweede steekproef was noodzakelijk om het afgesproken aantal van 500 ingevulde vragenlijsten te halen.

De eerste groep huisartsen ontving tot maximaal drie herinneringen, de tweede groep maximaal één herinnering. 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. In de vijf Engelstalige landen en Duitsland ontvingen deelnemende artsen een financiële vergoeding van tussen de 20 en 40 euro; in Nederland werd geen financiële vergoeding gegeven.

Definitie van de steekproef

Huisartsen vormden de primaire doelgroep voor het onderzoek. In Duitsland 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. 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 (tabel 4).

Tabel 4. Stratificatie van de steekproef

	Leeftijd	Geslacht
Solo	< 35	Man
Duo	35-44	Vrouw
Groep	45-54	
	55-64	
	≥ 65	

Het totale aantal categorieën bedroeg 24. Voor de Nederlandse huisartsen is voor elke categorie het percentage bepaald. Vervolgens is er voor elke categorie een selecte steekproef getrokken. Het aantal huisartsen dat per categorie moest worden getrokken was berekend door het bij de betreffende categorie horende landelijke percentage te vermenigvuldigen met de steekproefgrootte. In eerste instantie is er een steekproef van 900 huisartsen genomen. Vervolgens is er een additionele steekproef van 700 huisartsen gedaan.

Voorbeeld berekening:

1.4% van de Nederlandse huisartsen zitten in de volgende categorieën: Solo/man/<40. Dit percentage is vervolgens vermenigvuldigd met 1600. Dit resulteert in een steekproef grote van n=11 voor deze stratum.

Responspercentage

Het responspercentage was in Nederland hoog in vergelijking met de andere landen, alleen Noorwegen en Zweden behaalden een hoger responspercentage. In de andere landen varieerde het responspercentage van 8,1% in Frankrijk tot 46,5% in het Zweden (zie tabel 5). In totaal vulden 12.049 huisartsen de vragenlijst in.

Tabel 5. Responspercentage

Land	Aantal deelnemers	Respons percentage
Australië	747	25,1%*
Canada	2284	31,7%
Frankrijk	502	8,1%
Duitsland	559	18,7%
Nederland	618	40,6%
Nieuw-Zeeland	503	27,7%*
Noorwegen	864	44,4%
Zweden	2905	46,5%
Zwitserland	1065	39,0%
Verenigd Koninkrijk	1001	39,4%
Verenigde Staten	1001	30,9%

* 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 achtergrondkenmerken. De descriptieve gegevens voor leeftijd en geslacht, die een maat zijn voor de representativiteit van de steekproef respondenten, zijn gepresenteerd in tabel 6. In de rest van dit rapport zijn de resultaten gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Tabel 6. Karakteristieken van de Nederlandse steekproef: deelnemende huisartsen aan het onderzoek en nationale populatie van huisartsen (op 6 november 2015) (www.nivel.nl/databank).

		Respondenten Ongewogen	Respondenten Gewogen	Nationale populatie (N=8765)
Geslacht	Man (%)	52,4%	53,2%	55,1%
	Vrouw (%)	44,8%	44,0%	44,9%
Leeftijd	< 35 (%)	5%	4,5%	5,9%
	35-44 (%)	27,5%	28,0%	29,1%
	45-54 (%)	31,4%	31,2%	31,5%
	55-64 (%)	33,5%	33,2%	31,9%
	65+ (%)	2,3%	2,7%	1,6%

Data analyse

De data van ieder land werden gewogen naar kenmerken van de huisarts en/of de huisartsenpraktijk, zodat eventuele afwijkingen in representativiteit verdisconteerd 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=747)	CAN (n=2284)	FR (n=502)	DUI (n=559)	NL (n=618)	NZ (n=503)	NO (n=864)	ZWE (n=2905)	ZWIT (n=1065)	VK (n=1001)	VS (n=1001)
Leeftijd (%)											
<35 jaar	11	10	8	1	5	9	13	9	1	14	6
35-44 jaar	29	22	16	36	28	29	32	27	18	31	20
45-54 jaar	32	27	28	27	31	40	22	24	31	30	29
55-64 jaar	17	26	39	28	33	18	27	28	36	19	29
65+ jaar	11	14	9	7	3	4	6	12	13	6	16
Geslacht (% man)	63	56	65	56	53	55	60	48	67	51	60
Praktijklocatie (%)											
Grote stad	23	52	59	45	20	32	28	37	35	40	41
Middelgrote plaats	48	14	11	8	26	38	10	15	16	28	30
Kleine plaats	16	18	16	25	43	20	32	31	21	23	18
Platteland	13	15	13	21	9	10	30	16	28	9	10
Praktijkgrootte											
Minder dan 2 FTE	10	23	64	53	57	13	5	16	65	5	30
2 tot 5 FTE	39	36	35	43	37	46	56	36	27	43	33
5 of meer FTE	51	39	1	2	5	41	38	46	8	52	35
Aantal werkuren per week (% ≥55 uur per week)	9	19	38	29	24	11	10	4	30	20	30
Percentage van werktijd dat besteed wordt aan de volgende activiteiten:											
Direct contact met patiënten	82	76	77	70	63	71	69	58	69	70	72
Overige contacten met patiënten (bijv. per email of telefonisch)	7	8	11	10	13	9	13	16	8	13	11
Administratieve werkzaamheden	11	16	15	22	23	19	20	26	19	19	17
Gemiddelde hoeveelheid tijd besteed aan patiënt tijdens een consult (min)	15	15	20	10	10	15	20	20	20	10	17

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 2: Kwaliteitsoordeel en tevredenheid over het systeem (algemene indrukken)

	AUS (n=747)	CAN (n=2284)	FRA (n=502)	DUI (n=559)	NL (n=618)	NZ (n=503)	NO (n=864)	ZWE (n=2905)	ZWIT (n=1065)	VK (n=1001)	VS (n=1001)
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	48	36	29	27	50	57	67	19	54	22	16
Er zijn goede dingen in ons gezondheidszorgsysteem, maar essentiële veranderingen zijn nodig om het beter te laten werken	49	61	57	61	46	42	31	70	44	72	69
Er is zoveel mis met ons gezondheidszorgsysteem dat we het helemaal opnieuw zouden moeten inrichten	2	3	12	12	2	1	1	11	2	2	14
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	24	25	12	15	21	32	33	21	13	22	25
... gelijk is gebleven	58	53	56	55	44	52	58	42	65	42	41
... is verslechterd	18	21	51	29	34	16	8	36	21	36	33
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	21	21	8	16	12	39	7	31	2	29	15
Precies goed	54	53	54	19	30	53	57	33	44	47	40
Veel te veel / Te veel	19	18	32	61	46	4	32	24	51	18	36
Hoe tevreden bent u, in het algemeen, met het uitoefenen van uw medische beroep? (%)											
Erg tevreden /Tevreden	88	84	64	63	84	87	91	75	86	67	65
Ontevreden / Erg ontevreden	12	16	33	36	15	13	8	24	14	33	34

	AUS (n=747)	CAN (n=2284)	FRA (n=502)	DUI (n=559)	NL (n=618)	NZ (n=503)	NO (n=864)	ZWE (n=2905)	ZWIT (n=1065)	VK (n=1001)	VS (n=1001)
Hoe stressvol vindt u uw werk als huisarts? (%)											
Uiterst / Zeer	21	27	37	45	18	24	24	56	31	59	43
Enigszins	55	53	45	42	64	58	56	37	52	36	44
Niet/Helemaal niet	24	19	16	12	17	18	18	6	17	5	12
Geef aan hoe tevreden u bent met de volgende aspecten van uw medische praktijk (% erg tevreden/tevreden)											
Uw inkomen uit praktijk	64	77	54	72	80	74	81	81	71	67	65
Uw inkomen in vergelijking met inkomen van medisch specialist	20	45	26	32	41	33	58	80	19	58	29
De tijd die u moet besteden per patiënt	75	66	64	54	44	59	67	41	67	26	54
Het elektronisch registratiesysteem dat u op dit moment in uw praktijk gebruikt	79	54	70	76	76	69	64	37	54	86	46

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=747)	CAN (n=2284)	FR (n=502)	DUI (n=559)	NL (n=618)	NZ (n=503)	NO (n=864)	ZWE (n=2905)	ZWIT (n=1065)	VK (n=1001)	VS (n=1001)
Hoe vaak denkt u dat uw patiënten het volgende ervaren? (% vaak)											
Problemen met het bekostigen van geneesmiddelen of andere niet-vergoede uitgaven	25	30	17	13	52	30	3	6	9	12	60
Problemen met het verkrijgen van gespecialiseerde diagnostiek (bijvoorbeeld CT-scan, mammografie, MRI)	11	40	54	27	6	54	7	15	1	19	29
Lange wachtlijsten om een medische specialist te zien	57	70	63	62	11	65	48	56	9	40	34
Lange wachtlijsten om een behandeling te krijgen na de diagnose	23	21	17	17	10	33	18	28	1	31	9
Als u nadenkt over uw behandelbeslissingen hoe vaak (% vaak)											
Bent u zich bewust van de feitelijke kosten van de onderzoeken en behandelingen die u uw patiënten aanbeveelt?	44	29	61	71	47	55	23	44	50	39	39
Houdt u rekening met de kosten voor de gezondheidszorg als u een beslissing neemt over een behandeling?	54	42	64	67	43	49	29	37	58	50	53
Welk percentage van uw patiënten dat op dezelfde of de volgende dag een afspraak wil maken, krijgt dat ook daadwerkelijk? (%)											
>80%	46	27	60	64	51	56	39	19	54	37	51
60-80%	27	26	17	21	29	28	32	23	32	32	23
Ongeveer 50%	14	16	9	6	11	9	12	16	8	18	11
20-40%	6	15	5	6	5	4	11	17	5	6	6
<20%	7	13	7	3	1	2	4	16	2	4	6
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 waarnemingspost of huisartsenpost? (% JA)	78	48	71	85	94	92	80	75	69	89	39

	AUS (n=747)	CAN (n=2284)	FR (n=502)	DUI (n=559)	NL (n=618)	NZ (n=503)	NO (n=864)	ZWE (n=2905)	ZWIT (n=1065)	VK (n=1001)	VS (n=1001)
Bieden u of andere behandelars in uw praktijk een van de volgende diensten aan? (% ja)											
Afleggen huisbezoeken	83	68	88	86	99	94	98	94	88	99	33
Coördineren van de follow-up zorg met ziekenhuizen voor de aldaar ontslagen patiënten	81	78	87	90	91	86	83	80	87	95	86
Heeft contact met patiënten tussen praktijkbezoeken door om hun conditie te monitoren	88	81	79	81	86	96	88	89	82	92	87
Coördineren zorg met sociale diensten en andere eerstelijns zorgverleners	93	92	88	92	90	97	96	92	96	98	90
Hoe vaak ziet uw praktijk de volgende patiënten? (% vaak)											
Patiënten met meerdere chronische aandoeningen	93	92	86	87	95	96	90	95	77	94	83
Patiënten met ernstige psychische problemen	55	51	32	39	58	41	48	42	27	63	29
Patiënten met problemen door middelengebruik	28	30	15	8	23	29	24	15	8	44	24
Patiënten die palliatieve zorg nodig hebben, waaronder oncologische aandoeningen	36	35	30	26	66	44	14	15	16	71	22
Patiënten die thuiszorg nodig hebben	43	41	48	58	79	52	71	51	39	72	34
Patiënten die maatschappelijke zorgnodig hebben (bijv. huisvesting, voeding en vervoer)	46	35	27	58	36	57	29	60	31	61	33
Patiënten die hulp met vertaling nodig hebben	9	11	8	15	12	15	22	32	16	24	21
Patiënten met dementie	36	44	31	49	52	38	29	46	25	67	34
Hoe goed is uw praktijk voorbereid om optimale zorg te leveren voor de volgende patiënten? (% goed)											
Patiënten met meerdere chronische aandoeningen	85	70	45	88	88	81	86	66	79	79	76
Patiënten met ernstige psychische problemen	34	23	13	32	44	24	56	14	26	43	16
Patiënten met problemen door middelengebruik	19	15	16	13	16	20	36	6	24	40	16

	AUS (n=747)	CAN (n=2284)	FR (n=502)	DUI (n=559)	NL (n=618)	NZ (n=503)	NO (n=864)	ZWE (n=2905)	ZWIT (n=1065)	VK (n=1001)	VS (n=1001)
Patiënten die palliatieve zorg nodig hebben, waaronder oncologische aandoeningen	48	41	33	56	92	62	54	25	45	81	37
Patiënten die thuiszorg nodig hebben	46	38	40	67	80	54	78	50	61	60	42
Patiënten die maatschappelijke zorg nodig hebben (bijv. huisvesting, voeding en vervoer)	41	27	20	69	25	47	42	44	52	44	31
Patiënten die hulp met vertaling nodig hebben	32	12	11	21	11	23	49	59	21	33	36
Patiënten met dementie	46	41	28	58	65	41	69	57	44	63	38
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)	81	64	96	28	92	90	65	85	60	96	66
Krijgen 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)? (%)	40	18	20	32	41	28	14	10	25	52	46
Ja, routinematig	54	59	50	59	49	66	76	67	55	38	44
Ja, incidenteel											
Worden de zelfmanagementdoelen van uw patiënten met een chronische aandoening vastgelegd in hun medisch dossier?	47	32	35	20	54	32	11	15	32	55	36
Ja, routinematig	42	47	39	55	33	56	53	59	46	36	43
Ja, incidenteel											

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=747)	CAN (n=2284)	FR (n=502)	DUI (n=559)	NL (n=618)	NZ (n=503)	NO (n=864)	ZWE (n=2905)	ZWIT (n=1065)	VK (n=1001)	VS (n=1001)
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.	83	85	96	82	92	91	89	56	94	84	76
Informatie over veranderingen die de medische specialist heeft doorgevoerd in de medicatie of het zorgplan van de patiënt	83	78	94	73	66	94	88	53	88	86	72
De informatie die u ontvangt is op tijd, in de zin dat het beschikbaar is wanneer het nodig is.	61	62	80	65	66	72	69	43	80	49	65
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.	67	67	51	67	98	92	70	34	81	86	72
Een melding dat uw patiënt is ontslagen uit het ziekenhuis	65	65	74	68	97	86	76	35	71	67	68
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	5	6	6	27	9	16	1	4	7	6	17
24-48 uur	27	16	9	41	33	46	21	15	33	28	35
2-4 dagen	25	22	14	14	29	23	37	28	30	23	24
5-14 dagen	31	32	34	8	20	12	35	37	20	34	14
15-30 dagen	8	12	24	4	6	2	4	7	7	7	3
Meer dan 30 dagen	2	5	8	2	<0.5	0	<0.5	1	3	1	1
Ontvang zelden tot nooit compleet verslag	1	4	1	<0.5	<0.5	0	0	4	<0.5	<0.5	5

	AUS (n=747)	CAN (n=2284)	FR (n=502)	DUI (n=559)	NL (n=618)	NZ (n=503)	NO (n=864)	ZWE (n=2905)	ZWIT (n=1065)	VK (n=1001)	VS (n=1001)
Indien ontvangen: Op welke wijze ontvangt u gewoonlijk deze informatie? (%)	N=740	N=2162	N=479	N=548	N=606	N=501	N=860	N=2672	N=1057	N=1000	N=925
Fax	47	43	1	8	1	10	4	4	41	9	51
Post	10	22	77	13	2	7	4	36	26	36	4
Email	8	1	8	<0.5	15	9	18	1	19	15	3
Online (bijv. web portal/transfersite voor bestanden)	24	13	1	<0.5	66	72	62	5	2	35	24
Gebracht door de patiënt	9	6	13	33	2	1	1	<0.5	11	5	4
Anders	1	4	<0.5		1	1	6	1	1	1	3
Heeft zich in de afgelopen maand bij een van uw patiënten een van de volgende situaties voorgedaan? (% yes)											
Het medisch dossier of andere relevante klinische informatie was niet beschikbaar toen die patiënt voor een geplande afspraak langskwam	74	61	56	53	58	77	76	61	59	69	61
Een test of een verrichting moest worden herhaald omdat de uitslagen niet beschikbaar waren	39	28	26	26	21	28	34	35	17	48	28
Er ontstond een probleem bij een patiënt omdat de zorg niet goed was afgestemd tussen meerdere locaties of meerdere aanbieders	64	50	28	56	46	63	40	53	33	79	46
Betreffende uw patiënten die thuis worden behandeld (bijv. verpleegkundige zorg of persoonlijke verzorging), hoe vaak:											
Communiceren u en uw medewerkers in uw praktijk met de thuiszorgorganisatie van de patiënt over wat hij nodig heeft en welke diensten er verleend moeten worden?	26	29	36	49	56	27	63	51	52	34	45
routinematig	60	55	56	45	43	65	36	42	41	61	37
incidenteel											
Wordt u geïnformeerd over relevante veranderingen in de ziekte van uw patiënt of in zijn gezondheidssituatie?											
routinematig	39	43	42	63	61	39	53	48	69	47	55
incidenteel	47	42	49	32	38	55	45	44	25	50	29

	AUS (n=747)	CAN (n=2284)	FR (n=502)	DUI (n=559)	NL (n=618)	NZ (n=503)	NO (n=864)	ZWE (n=2905)	ZWIT (n=1065)	VK (n=1001)	VS (n=1001)
Hoe moeilijk of gemakkelijk is het om tot een goede afstemming te komen met maatschappelijk werkers of andere welzijnsinstanties (indien nodig)? (bijv. over huisvesting, voeding, transport voor senioren)											
Erg gemakkelijk/gemakkelijk	29	35	33	45	41	45	48	33	74	30	34
Enigszins moeilijk/moelijk	67	59	57	52	55	53	49	41	20	70	57

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=747)	CAN (n=2284)	FR (n=502)	DUI (n=559)	NL (n=618)	NZ (n=503)	NO (n=864)	ZWE (n=2905)	ZWIT (n=1065)	VK (n=1001)	VS (n=1001)
Bespreekt u met uw oudere of zieke patiënten welke medische behandeling ze wel of niet willen ondergaan indien ze zeer ziek worden, ernstig letsel oplopen, of zelf geen beslissing meer kunnen nemen?											
Ja, routinematig	40	44	35	50	59	34	22	23	46	67	47
Ja, incidenteel	52	45	54	37	40	62	70	55	41	31	31
Noteert u vervolgens deze voorkeuren in de status?	N=686	N=2026	N=450	N=484	N=611	N=482	N=789	N=2285	N=929	N=976	N=782
Ja, routinematig	76	79	41	85	91	79	77	30	86	92	75
Ja, incidenteel	22	18	38	13	8	19	21	70	13	7	21

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=747)	CAN (n=2284)	FR (n=502)	DUI (n=559)	NL (n=618)	NZ (n=503)	NO (n=864)	ZWE (n=2905)	ZWIT (n=1065)	VK (n=1001)	VS (n=1001)
Gebruikt u elektronische patiëntendossiers in uw praktijk (exclusief debiteurenregistratie)? (% JA)	92	73	75	84	98	100	99	99	54	98	84
Gebruikt u enige van de volgende technische toepassingen in uw praktijk?											
Elektronisch aanvragen van laboratorium testen											
Ja, routinematig	58	37	34	72	33	55	62	97	56	70	70
Ja, incidenteel	4	6	13	3	23	4	6	1	10	14	6
Elektronische waarschuwingen of prompts over potentiële problemen met dosering van medicatie of medicatie interacties											
Ja, routinematig	88	41	46	30	94	94	82	80	29	86	76
Ja, incidenteel	5	15	20	16	3	4	11	11	15	12	7
Kunt u uw recepten elektronisch naar de apotheek versturen? (% JA)	13	18	27	6	97	5	99	100	24	60	86
Kunt u elektronisch de volgende informatie uitwisselen met artsen buiten uw praktijk? (fax niet meegemeld) (% JA)											
Klinische samenvatting van patiënten	34	19	49	22	70	75	82	67	57	60	42
Resultaten van laboratoriumonderzoek en diagnostische testen	37	28	51	28	63	74	73	77	58	61	43
Biedt uw praktijk uw patiënten de mogelijkheid om (% JA)											
Via email vragen te stellen over medische zaken of andere zaken waar de patiënt zich zorgen om maakt	30	15	54	50	57	53	32	61	80	38	57
Informatie uit het medisch dossier online te bekijken, te downloaden of door te geven	11	7	18	8	13	24	3	20	11	28	60

	AUS (n=747)	CAN (n=2284)	FR (n=502)	DUI (n=559)	NL (n=618)	NZ (n=503)	NO (n=864)	ZWE (n=2905)	ZWIT (n=1065)	VK (n=1001)	VS (n=1001)
Kan uw praktijk u de volgende informatie over uw patiënten geautomatiseerd opvragen?											
Lijst van patiënten per diagnose (bijvoorbeeld diabetes of kanker)	90	63	51	84	98	99	73	82	32	99	77
Lijst van patiënten die tests of preventieve zorg (hadden) moeten ontvangen (bijvoorbeeld griepvaccinatie)	90	48	39	73	98	99	16	37	29	97	65
Lijst van patiënten die een bepaald medicijn gebruiken	80	45	43	75	96	93	42	52	33	97	58
Lijst van alle medicatie die een individuele patiënt neemt (inclusief eventuele medicatie door andere artsen voorgeschreven)	77	55	33	68	91	86	80	68	47	96	73
Lijst van laboratoriumuitslagen van een individuele patiënt (inclusief uitslagen die door andere artsen zijn aangevraagd)	76	62	35	57	68	86	58	72	39	90	63
Een samenvatting van het consult om aan de patiënt mee te geven	83	47	41	58	76	83	45	55	42	78	77
Worden de volgende taken op dit moment routinematig uitgevoerd in uw praktijk door middel van een geautomatiseerd systeem?											
Versturen van herinneringsbrieven naar patiënten voor reguliere preventieve zorg of nazorg (bijvoorbeeld griep prik of HbA1C controle voor diabetes patiënten)	78	18	17	23	51	92	9	53	14	90	40
Alle laboratorium aanvragen worden gevolgd totdat de arts de uitslag heeft ontvangen	62	27	34	49	25	49	34	54	36	72	61
Arts krijgt waarschuwing of herinnering om testresultaten aan patiënten te melden	64	25	28	16	10	42	27	17	17	65	50
Arts krijgt herinnering voor aanbevolen interventie uit de richtlijn en/of screeningstest	56	26	27	15	20	61	10	7	9	77	47

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=747)	CAN (n=2284)	FR (n=502)	DUI (n=559)	NL (n=618)	NZ (n=503)	NO (n=864)	ZWE (n=2905)	ZWIT (n=1065)	VK (n=1001)	VS (n=1001)
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)	35	23	43	44	88	65	32	79	9	86	52
Enquêtes over tevredenheid en ervaringen van patiënten met de zorg	46	17	3	25	61	60	9	88	15	88	63
Ziekenhuisopnames en spoedeisende hulp gebruik van patiënten	32	33	21	22	30	47	33	25	30	86	58
Percentage patiënten dat de aanbevolen preventieve zorg heeft gekregen (bijv. PAP-test, vaccinatie, colonoscopie, mammografie, etc)	42	37	28	11	41	87	6	10	7	82	57
Worden aspecten van uw klinische prestaties minimaal 1 keer per jaar beoordeeld aan de hand van doelen? (% JA)	47	41	58	40	47	84	22	52	32	83	74
Ontvangt u informatie over hoe de klinische prestaties van uw praktijk zich verhouden tot andere praktijken?											
Ja, Routinematig	13	17	49	29	42	61	4	55	37	71	37
Ja, incidenteel	36	27	29	24	41	27	24	36	20	22	30
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.	21	20	63	52	60	20	9	27	50	21	54
Regelen van noodzakelijke medicatie of behandelingen voor patiënten als een gevolg van beperkte dekking.	11	21	26	38	32	12	6	6	14	15	54
Het rapporteren van klinische informatie of informatie over de kwaliteit van zorg aan de overheid of aan andere instanties zoals zorgverzekeraars	8	10	43	23	51	16	13	25	33	21	33

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.