

De kwaliteit van zorg: huisartsen aan het woord in zeven landen

Richard Grol, Marjan Faber, Jozé Braspenning, Arno Timmermans

Inleiding

Wie denkt dat het gras groener is bij de buren, zou eerst eens bij de buren moeten gaan kijken. In de gezondheidszorg worden dergelijke (internationale) vergelijkingen steeds vaker gemaakt. Ze zijn nuttig om inzicht te krijgen in het eigen Nederlandse zorgstelsel, om te achterhalen waar de aanpak in Nederland verbeterd kan worden en om ideeën op te doen over andere manieren om de zorg te organiseren. Politici en beleidsmakers maken gebruik van vergelijkingen met andere systemen bij het nemen van beslissingen over de inrichting van onze gezondheidszorg. Dit artikel belicht het perspectief van de huisarts, waarbij de gegevens verzameld zijn in zeven westerse landen in het kader van de 2006 Commonwealth fund international health policy survey of primary care physicians in seven countries. In dit onderzoek is nagegaan hoe huisartsen in de verschillende landen het zorgsysteem beoordelen en hoe ze aankijken tegen een aantal randvoorwaarden voor goede zorg. De resultaten weerspiegelen de meningen van huisartsen over het zorgsysteem en de zorg die zij zelf leveren.

Samenvatting

Grol RPTM, Faber MJ, Braspenning JCC, Timmermans AE. De kwaliteit van zorg: huisartsen aan het woord in zeven landen. *Huisarts Wet* 2007;50(7):290-5.

Inleiding Een vergelijking van gezondheidszorgsystemen tussen landen geeft inzicht in de sterke en zwakke punten van de diverse systemen. De kennis die dit oplevert, kan worden gebruikt om de systemen te verbeteren. In 2006 is een vergelijking van zorgsystemen in zeven landen gemaakt op een breed terrein van de kwaliteit van zorg, gezien door de ogen van de huisarts.

Methode In de periode februari tot en met augustus 2006 zijn bijna 23.000 huisartsen in Australië, Canada, Duitsland, Engeland, Nieuw-Zeeland, de Verenigde Staten en Nederland benaderd voor deelname aan de Commonwealth fund international policy survey of primary care physicians in seven countries. De gemiddelde respons was 27%; in totaal hebben 6224 huisartsen hun visie gegeven op de kwaliteit van zorg in hun land. De respons in Nederland was relatief hoog (44%, 1067 ingevulde vragenlijsten).

Resultaten De meerderheid van de Nederlandse huisartsen is tevreden over het huidige gezondheidszorgsysteem, hun inkomen en over de vrijheid om medische beslissingen te nemen die aansluiten bij wat de patiënt nodig heeft. In vergelijking met de andere landen is de toegankelijkheid van de huisartsenzorg

Commonwealth Fund 2006 International Survey

Het Commonwealth Fund uit de Verenigde Staten (www.cmwf.org) heeft in Australië, Canada, Duitsland, Nederland, Nieuw-Zeeland, Groot-Brittannië en de VS in 2006 onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de gezondheidszorg vanuit het perspectief van de huisarts. De afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK) van het UMC St Radboud Nijmegen voerde dit onderzoek in Nederland uit. In dit artikel worden de belangrijkste resultaten weergegeven. Voor mee gedetailleerde informatie verwijzen wij naar het rapport over het onderzoek (beschikbaar op www.wokresearch.nl) en het internationale artikel.¹

Methoden

Het meetinstrument

De Commonwealth Fund heeft een schriftelijke vragenlijst samengesteld in samenspraak met nationale onderzoeksgroepen en met inbreng van de ministeries van volksgezondheid in de deelnemende landen. De lijst omvatte 42 items en werd in de meeste landen

goed, het gebruik van elektronische patiëntendossiers (EPD) erg hoog en is de zorgcoördinatie volgens de huisartsen goed geregeld. Op een aantal aspecten kan de Nederlandse huisartsenzorg nog verbeteren. Zo worden de ICT-mogelijkheden in combinatie met het EPD nog onvoldoende benut. Er is vaak geen gedocumenteerde procedure voor follow-up en analyse van medische fouten aanwezig. Huisartsen in Nederland lopen achter op het gebied van kwaliteitsbeleid in de praktijk, de inzet van multidisciplinaire teams en op het gebied van de zorgverlening aan patiënten met chronische aandoeningen. Er worden nog weinig gegevens verzameld over de patiëntervaringen met de zorg.

Conclusie De kwaliteit van zorg, gezien door de ogen van de huisarts, is in Nederland op verschillende punten bovengemiddeld, ook al zijn er nog aspecten die voor verbetering vatbaar zijn.

Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), UMC St Radboud Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: prof.dr. R.P.T.M. Grol, hoogleraar; dr. M.J. Faber, onderzoeker; dr. J.C.C. Braspenning, senioronderzoeker; NHG Utrecht: A.E. Timmermans, medisch directeur en bestuursvoorzitter.

Correspondentie: r.grol@kwazo.umcn.nl

Mogelijke belangenverstremming: AT is medisch directeur/bestuursvoorzitter van het NHG.

per post naar de huisartsen opgestuurd. Alleen in Duitsland en Groot-Brittannië werd de vragenlijst telefonisch afgenomen.

De steekproef in Nederland

We vroegen een selectieve steekproef van 2300 huisartsen in de periode april-juni 2006 om deel te nemen aan de enquête. Selectiecriteria voor de steekproeftrekking waren dat er maximaal één huisarts per praktijk mocht deelnemen en de huisarts minimaal twee jaar praktiserend moest zijn. Dit resulteerde in 1009 ingevulde vragenlijsten, een respons van 44%. In aanvulling hierop is aan alle 71 LINH-praktijken gevraagd de vragenlijst in te vullen. Dit leverde 58 ingevulde vragenlijsten op, een respons van 82%. Hierdoor kwam het totaal aantal bruikbare vragenlijsten op 1067, ofwel 13% van het totaal aantal praktiserende huisartsen en 23% van het totaal aantal huisartsenpraktijken in Nederland. Op vergelijkbare wijze is in de andere landen het onderzoek uitgevoerd; het aantal ingevulde vragenlijsten liep uiteen van 503-1067 en de respons varieerde van 18 tot 51%.

Vanwege het gebruik van de selectiecriteria is de Nederlandse steekproef voor dit onderzoek niet geheel representatief voor de gemiddelde Nederlandse huisarts: de steekproef bevat een groter percentage mannen, relatief oudere artsen en relatief wat meer solistisch werkende huisartsen. De huisartsen die de enquête wel (responders) en die de enquête niet (non-responders) ingevuld hebben, verschilden nauwelijks van elkaar.

Resultaten

Praktijk- en artskenmerken

Van de deelnemende huisartsen in Nederland is 56% ouder dan 50 jaar en 68% is man. De helft van de praktijken is gevestigd in een kleine plaats of op het platteland (tabel 1). Gemiddeld zijn er in een praktijk 1,6 fte artsen werkzaam, 1,9 fte niet-artsen (therapeu-

ten, praktijkassistenten, praktijkondersteuners, dokterassistenten) en 0,2 fte administratief personeel. De Nederlandse huisarts ziet gemiddeld 145 patiënten per week; er is een aanzienlijke variatie van 15 tot 400 patiënten per week, uiteraard ook afhankelijk van de werktijd. De gemiddelde gerapporteerde werkweek bedraagt 50 uur. De werktijd wordt grotendeels (78%) besteed aan patiëntenzorg (direct contact of patiëntgerelateerde klinische zorg).

In vergelijking met de andere landen in het onderzoek is de huisartsenpraktijk in Nederland relatief klein en hebben de praktijken relatief weinig niet-artsen en nagenoeg geen administratief personeel in dienst. Het aantal patiënten dat de huisarts in Nederland per week ziet en de lengte van de werkweek liggen op ongeveer hetzelfde niveau als in de andere landen; alleen in Duitsland worden meer patiënten gezien. Wat de verdeling van de werktijd betreft, besteedt de Nederlandse huisarts iets minder tijd dan gemiddeld aan direct patiëntencontact, evenveel aan onderzoek, scholing en kwaliteitsverbetering en iets meer tijd dan gemiddeld aan administratie.

Tevredenheid en visie op randvoorwaarden

Tevredenheid over het gezondheidszorgsysteem en de praktijkvoering

Ruim de helft van de huisartsen is tevreden over het functioneren van het gezondheidszorgsysteem (tabel 2). In vergelijking met de andere landen zijn de Nederlandse huisartsen meer tevreden over de beroepsuitoefening. Wel geeft een relatief hoog percentage (40%) aan dat de mogelijkheden om kwalitatief goede zorg te verlenen de afgelopen 5 jaar zijn verslechterd. Huisartsen in Duitsland en de Verenigde Staten (VS) zijn het minst tevreden over het gezondheidszorgsysteem en met name over hun inkomen.

Beloning

Ruim de helft van de huisartsen in Nederland (62%) ontvangt een financiële beloning in de vorm van bonussen, hogere tarieven,

Tabel 1 Praktijk- en artskenmerken per land, in procenten tenzij anders vermeld

	NL (n = 1067)	AUS (n = 1003)	CAN (n = 578)	DUI (n = 1006)	NZ (n = 503)	GB (n = 1063)	VS (n = 1004)
Mannen	68	63	60	62	66	63	68
Leeftijd:							
- < 35 jaar	2	9	11	3	4	5	6
- 35-49 jaar	42	43	43	40	50	45	43
- 50+ jaar	56	48	45	57	46	50	50
Praktijklocatie:							
- grote stad	19	25	56	50	30	37	39
- middelgrote plaats	33	49	13	12	42	33	31
- kleine plaats / platteland	48	27	27	38	28	29	26
Praktijkgrootte (≥ 2,0 fte artsen)	34	75	76	32	74	86	73
Ondersteunend personeel in de praktijk werkzaam:							
- praktijkassistenten/ondersteuners, therapeuten en doktersassistenten (≥ 1,0 fte)	88	63	62	94	94	94	77
- administratief personeel (≥ 1,0 fte)	8	96	97	56	99	99	97
Aantal patiënten dat wekelijks gezien wordt door arts	145	128	123	243	112	154	102
Aantal werkuren per week (> 50 uur per week)	60	30	42	71	32	39	45
Percentage werktijd dat aan direct patiëntencontact besteed wordt	65	78	72	62	71	63	71

NL = Nederland; AUS = Australië; CAN = Canada; DUI = Duitsland; NZ = Nieuw-Zeeland; GB = Groot-Brittannië; VS = Verenigde Staten

Tabel 2 Tevredenheid over het zorgsysteem en de eigen zorgverlening, in procenten

	NL (n = 1067)	AUS (n = 1003)	CAN (n = 578)	DUI (n = 1006)	NZ (n = 503)	GB (n = 1063)	VS (n = 1004)
Mening over het functioneren van het gezondheidszorgsysteem in eigen land:							
- In grote lijnen werkt het goed	52	38	23	4	34	23	13
- Essentiële veranderingen nodig om het te verbeteren	44	56	71	54	62	67	69
- Systeem moet helemaal opnieuw ingericht worden	4	5	3	42	4	9	16
Tevredenheid over:							
- mogelijkheden om vakbekwaam te blijven	95	90	88	92	84	91	92
- de vrijheid om medische beslissingen te nemen die aansluiten bij de wensen van de patiënt	89	92	88	26	73	77	69
- de tijd die aan een patiënt besteed kan worden	64	66	62	50	67	49	58
- het inkomen uit de praktijk	76	64	58	47	56	82	52
- de totale ervaring met het uitoefenen van het medische beroep	91	86	82	80	78	85	76
Zijn de mogelijkheden om kwalitatief goede zorg te verlenen de afgelopen 5 jaar verslechterd? (ja)	40	17	36	83	25	27	40

Tabel 3 Gebruik en gebruikersvriendelijkheid van (elektronische) patiëntendossiers, in procenten

	NL (n = 1067)	AUS (n = 1003)	CAN (n = 578)	DUI (n = 1006)	NZ (n = 503)	GB (n = 1063)	VS (n = 1004)
Gebruik binnen de praktijk van EPD's	98	79	23	42	92	89	28
Mogelijkheden patiëntendossierssysteem*:							
- Artsen van buiten de praktijk hebben elektronisch toegang tot het EPD-systeem van de praktijk	45	10	6	9	17	15	12
- De huisarts heeft op afstand elektronisch toegang tot de patiëntendossiers van zijn eigen patiënten	32	19	11	16	36	22	22
ICT-mogelijkheden binnen huisartsenpraktijk (minimaal 7 van 14 toepassingen)†	59	72	8	32	87	83	19

* Gebaseerd op alle huisartsen, dus inclusief degenen die geen gebruik maken van een EPD-systeem.

† Het betreft de volgende 14 toepassingen: EPD: gebruik, toegankelijk voor artsen buiten de praktijk, toegankelijk van buiten de praktijk toegankelijk voor eigen arts, toegankelijk voor patiënt; elektronisch aanvragen van tests of voorschrijven van geneesmiddelen, elektronische toegang tot ziekenhuisdossiers; EPD-systeem gebruikt voor: het verzenden van herinneringen aan patiënten, arts waarschuwen voor potentieel medicatieprobleem, arts waarschuwen om testresultaten te melden aan patiënt, aanmaken van patiëntenlijst per diagnose, medicatielijst per patiënt of lijst van patiënten die uitgenodigd moeten worden voor preventieve of follow-upzorg.

Tabel 4 Kwaliteitsbevorderende activiteiten in de huisartsenpraktijk, in procenten

	NL (n = 1067)	AUS (n = 1003)	CAN (n = 578)	DUI (n = 1006)	NZ (n = 503)	GB (n = 1063)	VS (n = 1004)
Heeft u de afgelopen 2 jaar meegedaan aan de volgende activiteiten om de kwaliteit van zorg voor uw patiënten te verbeteren?							
- deelname aan kwaliteitsverbeteringstraject met anderen (ja)	71	58	48	76	78	58	49
- volgen van cursus over kwaliteitsverbeteringsmethoden (ja)	62	60	44	87	69	61	67
- uitvoeren van klinische evaluatie van patiëntenzorg (ja)	46	76	45	69	82	96	70
Hoe vaak worden evidence-based richtlijnen gebruikt bij:							
- patiënten met veelvoorkomende aandoeningen? (vaak)	71	58	70	36	48	67	63
- patiënten met complexe of meerdere chronische aandoeningen? (vaak)	56	53	56	54	41	64	55
Worden routinematig gegevens ontvangen over:							
- zorginhoudelijke aspecten van patiëntenzorg? (ja)	38	36	24	71	54	78	43
- patiënttevredenheid? (ja)	8	29	11	27	33	89	48

risicogerelateerde betalingen of vergoedingen voor het verlenen van specifieke zorg of betere kwaliteit van zorg. Veelal is dit voor de begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen of complexe zorgbehoeften (50%). Het is niet gebruikelijk dat hoge patiënttevredenheid of het behalen van klinische doelstellingen financieel beloond wordt (< 10%).

De mate waarin huisartsen extra beloningen ontvangen, varieert sterk tussen de landen. In Groot-Brittannië liggen de percentages ten gevolge van het in 2004 ingevoerde contract- en beloningssysteem (Quality and Outcome Framework, www.ic.nhs.uk/services/qof) vanzelfsprekend erg hoog (95%), maar ook in Australië (72%)

en Nieuw-Zeeland (79%) ontvangt een groot percentage huisartsen extra beloningen.

Elektronische patiëntendossiers en andere ICT-toepassingen

Nederland is koploper in het gebruik van elektronische patiëntendossiers (EPD's); in de VS en Canada ligt het gebruik het laagst (beneden de 30%). Nagenoeg alle praktijken in Nederland hebben EPD's, maar de gebruikersmogelijkheden van ICT worden mogelijk nog onvoldoende benut (tabel 3). De elektronische toegankelijkheid van de EPD's voor artsen buiten de praktijk is beperkt: bij 45% van de huisartsen is dit mogelijk. Overigens scoort Neder-

Tabel 5 Multidisciplinair functioneren, in procenten

	NL (n = 1067)	AUS (n = 1003)	CAN (n = 578)	DUI (n = 1006)	NZ (n = 503)	GB (n = 1063)	VS (n = 1004)
Maakt praktijk gebruik van multidisciplinair team? (ja)	47	32	32	49	30	81	29
Maakt praktijk gebruik van niet-artsen (praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige)							
- bij de zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen? (ja, routinematig)	46	38	25	62	57	73	36
- voor het verlenen van huisartsenzorg? (ja, routinematig)	35	38	22	56	51	70	39
Is een uitbreiding van de rol van niet-artsen in de zorgverlening aan patiënten gewenst? (ja)	85	81	82	44	90	85	68

Tabel 6 Organisatie van zorg voor speciale patiëntengroepen, met bijzondere aandacht voor patiënten met chronisch aandoeningen, in procenten

	NL (n = 1067)	AUS (n = 1003)	CAN (n = 578)	DUI (n = 1006)	NZ (n = 503)	GB (n = 1063)	VS (n = 1004)
Hoe vaak worden patiënten gezien:							
- met meerdere chronische aandoeningen? (vaak)	90	82	81	89	88	94	77
- met psychische problemen, waaronder depressie? (vaak)	87	74	67	59	72	87	59
- die palliatieve zorg nodig hebben? (vaak)	49	24	33	34	24	49	23
Hoe goed is de praktijk voorbereid om optimale zorg te leveren aan patiënten:							
- met meerdere chronische aandoeningen? (goed voorbereid)	77	69	55	93	67	76	68
- met psychische problemen, waaronder depressie? (goed voorbereid)	66	50	40	70	48	55	37
- die palliatieve zorg nodig hebben? (goed voorbereid)	87	41	33	73	50	73	30
Worden schriftelijke instructies gegeven over zelfmanagement aan patiënten met chronische aandoeningen? (ja, routinematig)	25	29	14	63	18	21	33
Maakt de praktijk gebruik van een praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige bij de zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen? (ja, routinematig)	46	38	25	62	57	73	36

land hiermee wel het hoogst. Er wordt in Nederland nauwelijks gebruikgemaakt van het elektronisch aanvragen van tests – 86% doet dat nooit –, maar recepten voor geneesmiddelen worden juist overwegend elektronisch uitgeschreven – 85% doet dat regelmatig. De meeste praktijken (78%) hebben geen toegang tot ziekenhuisdossiers van hun patiënt. Het is niet voor alle praktijken eenvoudig om via het patiëntendossier lijsten te genereren van patiënten per diagnose of gezondheidsrisicoprofiel, van medicatie per patiënt of van patiënten die uitgenodigd moeten worden voor een onderzoek. Er zijn opvallend grote verschillen tussen de landen voor dit soort ICT-mogelijkheden, waarbij Nieuw-Zeeland het beste scoort.

Kwaliteitsbeleid

Een actief en breed geïntegreerd kwaliteitsbeleid lijkt nog geen routine te zijn in de Nederlandse huisartsenpraktijk (tabel 4). De meerderheid (88%) van de huisartsen heeft de afgelopen 2 jaar overigens wel deelgenomen aan minimaal één kwaliteitsverbeteringsinitiatief. Het gebruik van richtlijnen – in Nederland de NHG-Standaarden – ligt bij veelvoorkomende aandoeningen relatief hoog, hoger dan bij complexe en chronische aandoeningen waarvoor respectievelijk 71% en 56% de standaarden vaak gebruikt. Circa 7% gebruikt zelden tot nooit een richtlijn.

Echter, een minderheid van de Nederlandse huisartsen (38%) krijgt routinematig gegevens van klinische indicatoren of gegevens over patiënttevredenheid (8%). Van de groep artsen in Nederland die gegevens ontvangt (indicatoren en/of patiënttevredenheid) geeft

90% aan deze gegevens ook daadwerkelijk te gebruiken om kwaliteitsverbeteringsinitiatieven te ontwikkelen.

In de meeste andere landen nemen huisartsen vaker deel aan kwaliteitsverbeteringsinitiatieven dan in Nederland: alleen Canada blijft achter. Met name participatie aan klinische observaties van het medisch handelen ligt in de andere landen veel hoger. Ook krijgen huisartsen in de andere landen vaker gegevens over klinische indicatoren of patiënttevredenheid; Groot-Brittannië loopt hiermee voorop waar 78% van de huisartsen gegevens ontvangt over klinische indicatoren en 89% over patiënttevredenheid.

Visie op de kwaliteit van zorg

Toegankelijkheid van de huisartsenzorg

De toegankelijkheid van de huisartsenzorg in Nederland is over het algemeen goed; 73% biedt zijn patiënten dezelfde of de volgende dag een consult aan en 96% van de huisartsen heeft een regeling waardoor de patiënt een arts of verpleegkundige kan zien als de praktijk gesloten is. Het gaat hier dan met name om huisartsenposten. Deze percentages zijn vergelijkbaar met die in Nieuw-Zeeland en Groot-Brittannië. In Canada en de VS is de toegankelijkheid aanzienlijk lager. In Canada biedt 23% van de huisartsen de mogelijkheid op dezelfde of volgende dag een afspraak te maken en 47% heeft een regeling als de praktijk gesloten is; in de VS is dat respectievelijk 50% en 40%.

Zorgcoördinatie en multidisciplinair functioneren

Vijf procent van de huisartsen rapporteert dat hun patiënten vaak

problemen op het gebied van zorgcoördinatie ervaren. Dit percentage ligt alleen in Groot-Brittannië beduidend hoger (15%). Bij een verwijzing ontvangt 61% van de Nederlandse huisartsen nagenoeg altijd een verslag over het resultaat van de verwijzing; in Australië, Nieuw-Zeeland en Groot-Brittannië gebeurt dit vaker (> 70%). De snelheid waarmee rapportages over ziekenhuisontslag ontvangen worden hangt sterk af van het specialisme. Gemiddeld genomen ontvangt 47% van de artsen deze rapportage binnen 2 weken na ontslag van de patiënt. Dit percentage komt overeen met de situatie in Duitsland en Groot-Brittannië, maar in Australië, Nieuw-Zeeland en de VS wordt sneller gerapporteerd (> 70%).

Op het gebied van multidisciplinair functioneren is er binnen de Nederlandse huisartsenpraktijk nog ruimte voor verbetering (tabel 5). Bijna de helft van de praktijken heeft multidisciplinaire teams die regelmatig in een officieel overleg bij elkaar komen. Het routinematig inzetten van niet-artsen (met name praktijkverpleegkundigen) vindt in Nederland plaats in minder dan de helft van de praktijken. Er is veel draagvlak voor een verdere uitbreiding van de inzet van niet-artsen voor de zorgverlening binnen de praktijk. Alleen in Groot-Brittannië ligt het percentage praktijken dat met multidisciplinaire teams werkt hoger (81%). De inzet van niet-artsen bij de zorgverlening is met name in Duitsland, Nieuw-Zeeland en Groot-Brittannië hoger dan in Nederland.

Zorg voor speciale patiëntengroepen, met bijzondere aandacht voor patiënten met chronische aandoeningen

Patiënten met chronische aandoeningen en psychische problemen worden vaak gezien door de Nederlandse huisarts (85-90%) (tabel 6). Slechts tweederde van de huisartsen vindt dat ze goed in staat zijn om optimale zorg aan patiënten met psychische problemen te leveren. Patiënten die palliatieve zorg nodig hebben worden door 49% van de Nederlandse huisartsen vaak gezien. Het grootste deel (87%) van de huisartsen vindt dat ze goed zijn voorbereid om optimale zorg aan deze patiëntengroep te bieden. Deze getallen over de Nederlandse situatie komen overeen met de situatie in Groot-Brittannië. In de overige landen verlenen huisartsen met name minder palliatieve zorg en geven zij ook aan niet goed voorbereid te zijn op palliatieve patiënten. Een kwart van de huisartsen in Nederland geeft patiënten met chronische aandoeningen routinematig schriftelijke instructies over zelfmanagement. En een minderheid van de huisartsen in Nederland (46%) maakt routinematig gebruik van een praktijkondersteuner of verpleegkundige bij de zorg voor deze patiënten. Wat betreft de eigen inschatting om patiënten met chronische aandoeningen optimale zorg te kunnen verlenen scoren Duitse huisartsen het hoogst.

Veiligheid

Op het gebied van veiligheid scoort Nederland laag ten opzichte van de andere landen. De meeste praktijken in Nederland (83%) hebben geen gedocumenteerde procedure voor follow-up en analyse van medische fouten. Als er al een procedure aanwezig

is, dan beoordeelt 40% van de huisartsen de gehanteerde procedure als niet erg of helemaal niet effectief. Bijna alle huisartsen in Nederland (96%) geven overigens wel aan dat er vanuit het HIS of met een handmatig systeem een waarschuwing gegeven wordt over een potentieel probleem met de dosering van medicatie of medicatie-interactie.

In de andere landen heeft 39% (Canada) tot 87% (Groot-Brittannië) van de praktijken een schriftelijke procedure voor follow-up en analyse van medische fouten en deze wordt ook vaker als effectief ervaren. Het percentage huisartsen in de andere landen dat een waarschuwing krijgt over een potentieel medicatieprobleem ligt, met name in Canada, Duitsland en de VS, vaak veel lager (41-73%).

Beschouwing

De meningen van de Nederlandse huisartsen over de kwaliteit van de geleverde zorg zijn in perspectief gezet ten opzichte van Australië, Canada, Duitsland, Groot-Brittannië, Nieuw-Zeeland en de VS. Afgezet tegen de andere landen blijkt Nederland op het gebied van tevredenheid over het werk, het inkomen en het gezondheidszorgsysteem, het EPD-gebruik, de toegankelijkheid van de zorg, de zorgcoördinatie en de palliatieve zorgverlening het goed te doen. Daarentegen presteert Nederland ten opzichte van de andere landen onder andere minder op het gebied van ICT-toepassingen, veiligheidsbeleid, kwaliteitsbeleid en de inzet van niet-artsen bij de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen.

Het onderzoek kent een aantal beperkingen. De lage respons (< 50%), kan een positieve selectiebias gegeven hebben, wat tot een te positief beeld van de huisartsenzorg in Nederland kan hebben geleid. Door de gehanteerde selectiecriteria bij de steekproef-trekking is ook een bias geïntroduceerd, waardoor de benaderde huisartsen afwaken van de gemiddelde Nederlandse huisarts op zowel arts- als praktijkkenmerken. Echter, door het grote aantal bruikbare enquêtes (meer dan 1000 huisartsen uit 1000 verschillende praktijken) geven de resultaten een redelijk betrouwbaar beeld. Een aantal aspecten uit de enquête was moeilijk te vertalen naar de Nederlandse situatie, zoals de vraag naar het gebruik van richtlijnen bij complexe problematiek en comorbiditeit omdat in Nederland dergelijke richtlijnen niet bestaan.

Op veel aspecten was er een grote variatie tussen landen. Deze verschillen zijn deels terug te voeren op beleidsmatige keuzes en op systeemverschillen. In Nederland vindt het gevoerde beleid op het gebied van huisartsenzorg bijvoorbeeld zijn weerslag in de goede toegankelijkheid van de zorg buiten de reguliere praktijken door de invoering van de huisartsenposten in 2001. Het intensieve gebruik van EPD's is bereikt door een stimulerend beleid vanuit het ministerie van VWS, regionale zorgverzekeraars en beroepsorganisaties. Het probleem dat ICT-toepassingen vanuit het EPD nog maar op beperkte schaal geïmplementeerd zijn, is onderkend. Er zijn op dit moment verschillende initiatieven

gaande, inclusief een wettelijke regeling, om dit punt te verbeteren. De bevinding dat het grootste deel van Nederlandse huisartsen vindt dat ze goed in staat zijn om palliatieve zorg te verlenen, onderstreept de bijzondere rol en positie van de huisarts in het Nederlandse zorgsysteem.

Ook in andere landen verklaren systeemkenmerken hoge en lage scores. Sinds de invoering van het prestatiebeloningssysteem in Groot-Brittannië in 2004 hebben de huisartsen veel gedaan om de zorgverlening te verbeteren. De prestatiebeloning, die kan oplopen tot 30% van het inkomen, vindt bijvoorbeeld plaats op het gebied van chronische zorg, automatisering en veiligheid. Ook zijn er op grote schaal nationale evidence-based richtlijnen ontwikkeld en zijn enquêtes over patiënttevredenheid geïmplementeerd om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Door al deze centraal aangestuurde initiatieven is de kwaliteit van de huisartsenzorg op die punten waarop het beloningssysteem zich richt sterk verbeterd; in deze enquête onderscheidt Groot-Brittannië zich dan ook op veel punten van de andere landen. In Duitsland is sterk ingezet op de invoering van disease management door huisartsen en op dit punt scoren de Duitse huisartsen het hoogst. De huisartsenzorg in de VS kent een sterk gefragmenteerd bekostigingssysteem, wat de lage scores op kwaliteit en toegankelijkheid deels zou kunnen verklaren.

Al met al vinden Nederlandse huisartsen dat zij een goed toegankelijk zorgsysteem hebben en zijn zij zeer tevreden over de kwaliteit van de zorg die zij leveren. Ook al is de kwaliteit op onderdelen bovengemiddeld, toch is een effectiever gebruik van EPD's wenselijk en moet het opzetten van een kwaliteits- en veiligheidsbeleid binnen de huisartsenpraktijk een hogere prioriteit krijgen. Ook is de organisatie van de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen voor verbetering vatbaar. Daarnaast kan een systematisch kwaliteitsbeleid waarbij het patiëntenperspectief wordt betrokken bijdragen aan een verbetering op het kwaliteitsaspecten waarop de Nederlandse huisarts relatief laag scoort. De NHG-Praktijkaccreditatie biedt hiertoe de mogelijkheid.

Financiering en disclaimer

Dit onderzoek is gefinancierd door de Commonwealth Fund, een particuliere stichting gevestigd in New York die onafhankelijk onderzoek ondersteunt op het terrein van gezondheid en maatschappij. De meningen die gepresenteerd worden in dit artikel zijn die van de auteurs en kunnen niet worden toegeschreven aan de Commonwealth Fund zelf, zijn directie of staf.

Literatuur

- 1 Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert R. On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Aff (Millwood)* 2006;25:w555-71.

Uit de eerste jaargang

Efficiënte antiseptis

Bij 10.000 gevallen deed zich geen irritatie voor *

HIBITANE Antiseptisch Glijmiddel bevat het sterke antisepticum chlorhexidine, dat het ideale desinfectiemiddel voor de verloskunde is. *Hibitane* Antiseptisch Glijmiddel vormt een blijvend bacteriële werkend laagje op de huid. De crème is uitgetuurd, kan gemakkelijk met water afgewassen worden, is handig in het gebruik en geeft geen irritatie van het vaginaal epitheel.

* Bbl. aed. 1 (1953) 2, 200

'HIBITANE'
ANTISEPTISCH GLIJMIDDEL
(ook voor andere)
Verpakking van 100 en 2000 ml

ICI
IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES (HOLLAND) NV
WUNHAVEN 107 ROTTERDAM

Huisarts Wet 1957(1);3:59