



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (M.J van den Berg (NIVEL), D.H. de Bakker (NIVEL), M.van Roosmalen (WOK), J.C.C Braspenning (WOK), *De staat van de huisartsenzorg*, NIVEL 2005) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken.

Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

## **De staat van de huisartsenzorg**

Beschrijving van de stand van zaken in de huisartsenzorg en voorstel van een serie toezichtindicatoren voor de huisartsenzorg

M.J van den Berg (NIVEL)

D.H. de Bakker (NIVEL)

M.van Roosmalen (WOK)

J.C.C Braspenning (WOK)

Opdrachtgever: Inspectie voor de Gezondheidszorg

Uitvoerders : NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg;  
WOK, Centre for quality of care research





ISBN 90-6905-748-4

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

## Voorwoord

Er zijn de laatste jaren grote veranderingen op het gebied van de huisartsenzorg. Vele initiatieven zijn in ontwikkeling waarvan niet op voorhand de risico's voor de zorg kunnen worden ingeschat. Om als toezichhouder te anticiperen op veranderingen in de toekomst, is het noodzakelijk dat er een diepgaand inzicht in de huidige zorgverlening is. Dit was de aanleiding voor IGZ om het NIVEL opdracht te geven de Staat van de Huisartsenzorg in kaart te brengen, op basis van de gegevens die met de 2e Nationale Studie Huisartsen (NS2) zijn verzameld.

De inspectie moet haar toezicht aanpassen aan de veranderende ontwikkelingen, zowel in de maatschappij als binnen de IGZ-organisatie zelf. Daarom heeft de inspectie het NIVEL gevraagd om, op basis van de gegevens uit de NS2, indicatoren te ontwikkelen waarmee IGZ middels een degelijke risicoanalyse haar inspectiecapaciteit op een efficiënte en effectieve manier kan inzetten.

In het eerste deel van de Staat van de Huisartsenzorg wordt op basis van de gegevens van NS2 een nulmeting gedaan, waarmee het mogelijk is om toekomstige veranderingen in de zorg te vergelijken. Uit deze nulmeting komen geen schokkende conclusies naar voren. De gehele huisartsenzorg is kwalitatief goed in ontwikkeling, niet in de laatste plaats door de grote inzet van de hele sector. De risico's zijn vooral gelegen in de nieuwe initiatieven die nog niet zijn onderzocht en in een aantal gevallen waarin individuele huisartsen op kwaliteitsgebied mogelijk achterblijven.

In het tweede deel worden uit de gegevens van de NS2 op wetenschappelijk onderbouwde wijze indicatoren ontwikkeld, zodat de inspectie inzicht kan krijgen in de prestaties van de huisartsen op het gebied van risicovolle aspecten van de verleende zorg. De ontwikkeling van deze indicatoren is tot stand gekomen met betrokkenheid van professionals van de beroepsgroep der huisartsen.

Door alle huisartsenpraktijken met een zekere regelmaat op hun prestaties te bevragen, krijgt de inspectie in korte tijd een grote hoeveelheid informatie ter beschikking die haar in staat stelt prioritering in het toezicht aan te brengen en eerst de grootste risico's aan te pakken.

Deze gegevens geven een indicatie van de mate waarin deze zorg verantwoord, dat wil zeggen veilig en van goede kwaliteit, is verleend. Heeft de inspectie naar aanleiding van de verstrekte gegevens twijfels over het niveau van de zorg of roepen de gegevens vragen op, dan doet de inspectie nader onderzoek. Om de huisarts als individueel beroepsbeoefenaar te ontzien in de bureaucratische druk tot gegevensverzameling, zoekt de inspectie aansluiting bij de accreditering van huisartsenpraktijken door de beroepsgroep. Hiertoe wordt een convenant gesloten tussen NHG, LHV, VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De ontwikkeling van prestatie-indicatoren heeft ook binnen de huisartsenzorg volop aandacht. De inspectie is van mening dat hiermee een veelbelovende weg wordt ingeslagen naar betere, transparante zorg en effectief toezicht.

De Inspecteur-Generaal voor de Gezondheidszorg,

prof. dr. J.H. Kingma

## Voorwoord van de onderzoekers

Aan de totstandkoming van dit rapport, en in het bijzonder de indicatoren die hierin gerapporteerd worden, hebben verschillende deskundigen een nuttige bijdrage geleverd. In het bijzonder bedanken wij op deze plaats de leden van de begeleidingscommissie die, ieder vanuit het eigen perspectief en expertise, ons project kritisch hebben gevolgd en becommentarieerd.

De begeleidingscommissie bestond uit:

dhr. dr. P. van den Hombergh (LHV)

dhr. dr. J.B.F Hutten (Ministerie van VWS)

dhr. drs. L. Kliphuis (Ministerie van VWS)

dhr. drs. C.E. van der Post, arts (Inspectie voor de Gezondheidszorg)

dhr. drs. K van Rosmalen, arts (Landelijke Huisartsen Vereniging)

dhr. drs. R.C. Sardeman, arts (Inspectie voor de Gezondheidszorg )

mw. drs. A. van der Spoel (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie)

dhr. drs. A. van der Veen (RIVM)

dhr. drs. C.J. in 't Veld (Nederlands Huisartsen Genootschap)

De auteurs





# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Voorwoord van de onderzoekers</b>	<b>5</b>
<b>Deel 1: Staat van de huisartsenzorg, conclusies en aanbevelingen en aanbevolen indicatoren</b>	
<b>1 Inleiding</b>	<b>13</b>
1.1 Achtergrond	13
1.2 Doel van het onderzoek	13
1.3 Probleemstelling	14
1.4 Aanpak	14
1.5 Relatie tot andere initiatieven	14
1.6 Benadering	15
1.7 Opbouw van het rapport	16
<b>2 Huisartsenzorg in Nederland: de stand van zaken</b>	<b>17</b>
2.1 Inleiding	17
2.2 Huisartsenzorg in Nederland: vroeger en nu	17
2.3 Ontwikkelingen in de huisartsenzorg	20
2.3.1 Patiënten	20
2.3.2 De huisarts zelf	25
2.3.3 De huisartspraktijk, een veranderende organisatie	27
2.4 Kwaliteit	30
2.4.1 Kwaliteit volgens patiënten	31
2.4.2 Kwaliteitsbeleid van huisartsen	33
2.5 Tot slot	36
<b>3 Indicatoren voor de toezichtpraktijk</b>	<b>37</b>
3.1 Inleiding	37
3.2 Indicatoren per themagebied	38
3.2.1 Toegang tot de huisarts	38
3.2.2 Informatie en communicatie	39
3.2.3 Preventie en diseasemanagement	40
3.2.4 Themagebied: huisartsgeneeskundig handelen	42
<b>4 Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>45</b>
4.1 Inleiding	45
4.2 Huisartsenzorg in Nederland	45
4.3 Bevindingen per thema	46
4.3.1 Toegankelijkheid	46
4.3.2 Huisartsgeneeskundig handelen	46
4.3.3 Preventie en diseasemanagement	48
4.3.4 Informatie en communicatie	49
4.4 Risicoprofielen	50
4.5 Slotconclusie	51
4.6 Discussie en aanbevelingen	52

## **Deel 2: Uitwerking van de studie: gegevens, aanpak en analyses**

<b>5</b>	<b>Indicatoren: definitie en toelichting</b>	<b>57</b>
5.1	Inleiding	57
5.2	Definitie: indicatoren, kwaliteit/prestatie-indicatoren en toezichtindicatoren	57
5.3	Voorwaarden	58
5.4	Interne en externe indicatoren	60
5.5	Normatief kader	60
5.6	Structuur, proces en uitkomst	62
5.6.1	Meten op structuur-, proces- of uitkomstniveau?	62
5.7	Conclusie	64
<b>6</b>	<b>Data en methode</b>	<b>65</b>
6.1	Inleiding	65
6.2	Methode	65
6.3	Gebruikte gegevens	67
6.3.1	Databestanden: Nationale Studie	67
<b>7</b>	<b>Toegang tot de huisarts</b>	<b>71</b>
7.1	Inleiding	71
7.2	Toegankelijkheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid	71
7.3	Aanpak	72
7.4	Consultatiesnelheid	73
7.4.1	Consultatiesnelheid volgens de huisarts	73
7.4.2	Consultatiesnelheid volgens patiënten	76
7.5	Telefonische bereikbaarheid	79
7.6	Het afleggen van visites (1)	82
7.6.1	Visite/contactratio	82
7.6.2	Patiëntenoordeel over de bereidheid om visites af te leggen	86
7.7	Samenhang tussen indicatoren	89
7.8	Conclusie	91
<b>8</b>	<b>Disease-management en preventie</b>	<b>93</b>
8.1	Inleiding	93
8.2	Achtergrond	93
8.3	Diabetes mellitus	94
8.4	Astma en COPD	96
8.5	Risicomanagement hart- en vaatziekten	99
8.6	Influenzavaccinatie	103
8.7	Cervixscreening	105
8.8	Relaties tussen indicatoren en praktijkkenmerken	106
8.9	Samenhang tussen indicatoren	107
8.10	Conclusie	109
<b>9</b>	<b>Huisartsgeneeskundig handelen 1: het voorschrijven van antibiotica</b>	<b>111</b>
9.1	Antibiotica in de huisartspraktijk	111
9.2	Wel of niet voorschrijven van antibiotica	112
9.3	Het voorschrijven van de juiste antibiotica	112
9.4	Resultaten	112
9.5	Antibiotica voorschrijfbeleid	116
9.6	Dimensies in antibioticavoorschrijfgedrag	116
9.7	Het aantal voorschriften antibiotica per 1.000 patiënten, per jaar	118
9.8	Relatie tussen praktijkkenmerken en voorschrijfbeleid	120
9.9	Beperkingen	124
9.10	Conclusies	125

<b>10 Huisartsgeneeskundig handelen 2: verwijzen binnen de eerste en naar de tweede lijn</b>	<b>133</b>
10.1 Inleiding	133
10.2 Verwijzen in de huisartspraktijk	133
10.3 Aanpak	135
10.4 Resultaten	135
10.4.1 Verwijzen binnen de eerste lijn	135
10.4.2 Verwijzen naar de tweede lijn	136
10.4.3 Samenhang tussen verschillende verwijzingen	136
10.4.4 Huisarts- en praktijkkenmerken	137
10.5 Conclusie	141
<b>11 Informatie en communicatie</b>	<b>143</b>
11.1 Inleiding	143
11.2 De arts-patiëntrelatie in maatschappelijke context	143
11.3 Recht op informatie	144
11.4 Communicatie en informatie in medisch perspectief	145
11.5 Gegevens en methode	145
11.6 Informatieverstrekking volgens patiënten, indicatoren	146
11.7 Resultaten	148
11.7.1 Consult-, patiënt-, huisarts- en praktijkkenmerken	149
11.7.2 Vragen patiënten wat ze willen vragen?	151
11.8 Conclusie	152
<b>12 Indicatoren in de toezichtpraktijk: aanvullingen, kanttekeningen, de mening van experts</b>	<b>157</b>
12.1 Inleiding	157
12.2 Kloof tussen theorie en praktijk	157
12.3 Aanpak	158
12.4 Aanvullingen en kanttekeningen	159
12.4.1 Toegankelijkheid	159
12.4.2 Preventie en diseasemanagement	160
12.4.3 Huisartsgeneeskundig handelen	161
12.4.4 Communicatie/informatie	162
12.5 Conclusies en discussie	162
<b>Literatuur</b>	<b>165</b>
<b>Bijlage 1: Samenstelling klankbordgroep</b>	<b>169</b>
<b>Bijlage 2: Deelnemers invitational conference</b>	<b>171</b>



# **Deel 1**

## **De staat van de huisartsenzorg, conclusies en aanbevelingen en aanbevolen indicatoren**



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is van overheidswege belast met het verrichten van onderzoek naar de staat van volksgezondheid, het toezicht op de naleving en de opsporing van overtredingen van wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid en het verstrekken van inlichtingen aan de minister. De inspectie handelt vanuit het perspectief van de burger, deze moet kunnen vertrouwen op de kwaliteit en veiligheid van de geboden zorg en producten. Een degelijke risicoanalyse zou de inspectie handvatten moeten bieden om haar inspectiecapaciteit op een efficiënte en effectieve manier in te zetten.

In 2001 is in samenwerking met het RIVM een eerste versie van een risicomodel voor de gezondheidszorg ontwikkeld. De inspectie heeft het NIVEL gevraagd om in dit kader een risicoanalyse te maken specifiek voor het terrein van de huisartsenzorg. Van deze analyse wordt in dit rapport verslag gedaan.

In dit hoofdstuk zullen doel, probleemstelling, methode en indeling van het rapport nader worden toegelicht.

## 1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is om de IGZ van informatie te voorzien waarmee de toezichthoudende taak ten aanzien van de huisartsenzorg beter kan worden uitgeoefend. Deze informatie zal bestaan uit een reeks indicatoren die een signalerende functie hebben ten aanzien van de kwaliteit en, bij het tekort schieten daaraan, het optreden van risico's. Het streven is om deze lijst van indicatoren 'breed' en informatief te maken en tegelijkertijd betrekkelijk kort te houden.

Naast het beschrijven en onderbouwen van de indicatoren wordt getracht een breed beeld te geven van de stand van zaken ten aanzien van de kwaliteit van de huisartsenzorg. De indicatoren zullen hierbij richtinggevend zijn.

### **1.3 Probleemstelling**

Zoals gezegd is dit onderzoek tweeledig: enerzijds wordt een inventarisatie van kernaspecten gemaakt en anderzijds een beschrijving van de staat van de huisartsenzorg. De volgende vragen staan in dit rapport centraal:

1. Welke indicatoren kunnen de Inspectie een breed en betrouwbaar beeld geven van de kwaliteit van de huisartsenzorg ?
2. Hoe is het anno 2000-2001 gesteld met de kwaliteit van de huisartsenzorg op de terreinen waarvoor indicatoren zijn ontwikkeld en hoe verhoudt deze kwaliteit zich tot de daarvoor vastgestelde normen?

### **1.4 Aanpak**

Er zijn indicatoren ontwikkeld die betrekking hebben op de toegankelijkheid, de informatieverstrekking, preventie en monitoring van morbiditeit en huisartsgeneeskundig handelen. De keuze voor indicatoren is bepaald door zowel theoretische als praktische overwegingen. In hoofdstuk 4 wordt dieper ingegaan op de criteria die hierbij een rol spelen. De relevantie en toepasbaarheid zijn uitvoerig besproken met deskundigen uit het veld zoals artsen, inspecteurs, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en het ministerie van VWS. Er is hiervoor speciaal een klankbordgroep geformeerd die betrokken was bij het tot stand komen van het rapport en er is een Invitational Conference georganiseerd waarin uitvoerig van gedachte is gewisseld over de verschillende indicatoren (zie voor een uitgebreide toelichting hoofdstuk 5).

Naast deze toetsing bij deskundigen zijn, zover er gegevens voor handen waren, kwantitatieve analyses uitgevoerd met gegevens van ruim honderd huisartspraktijken die participeerden in de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Deze analyses hebben gezorgd voor een empirische onderbouwing. Enerzijds wordt aan de hand van deze analyses aangetoond dat de gegevens daadwerkelijk in de praktijk zijn te verzamelen en te analyseren. Daarnaast wordt ermee de stand van zaken m.b.t. de indicatoren beschreven. In de analyses zijn ook kenmerken van patiënten, huisartsen en praktijken betrokken.

### **1.5 Relatie tot andere initiatieven**

Er is momenteel veel belangstelling voor het meten van kwaliteit in de zorgsector en de huisartsenzorg vormt hierin allerm minst een uitzondering. Vanuit de beroepsorganisaties en de overheid wordt er gewerkt aan het inzichtelijk en vergelijkbaar maken van huisartsenzorg. Tegelijkertijd roept dit de vraag op wat nu precies het verschil is tussen verschillende projecten en of er geen dubbel werk wordt gedaan. Hieronder worden daarom de belangrijkste verschillen en overeenkomsten tussen het project van de Inspectie (onderhavig rapport), de Benchmark huisartsenzorg (VWS) en het praktijkaccrediteringsproject van het NHG belicht.



### *Benchmarkonderzoek VWS*

In opdracht van het ministerie van VWS ontwikkelen huisartsen, consumentenorganisaties en zorgverzekeraars een benchmarkinstrument. De *pilot* hiervan vindt plaats in vier regio's: Almere, Drente, Rotterdam en Zoetermeer. Binnen deze benchmark worden indicatoren ontwikkeld waardoor huisartspraktijken vergelijkbaar kunnen worden gemaakt, bijvoorbeeld met zogenaamde '*best practices*'. Net als het onderhavige onderzoek heeft dit project onder andere tot doel informatie over de huisartsenzorg aan de overheid te verstrekken. De focus is hierbij echter niet alleen gericht op mogelijke risico's maar op het algehele functioneren van de huisartsenzorg. Een belangrijk doel hierbij is ook het bieden van keuze-informatie aan consumenten en verzekeraars en het verschaffen van informatie voor interne sturing van bedrijfsprocessen.

### *Praktijkaccreditering NHG*

Het NHG heeft in april 2005 een accrediteringssysteem gepresenteerd. Binnen dit project wordt ook gemeten aan de hand van indicatoren. De accreditering bestaat uit een traject dat begint met het 'doorlichten' van de praktijk, vervolgens het door de huisarts opstellen van een verbeterplan, de beoordeling daarvan en uiteindelijke toetsing na een jaar. Het primaire doel van dit project is interne kwaliteitsverbetering. Het aantal indicatoren in dit project is groot en deze zijn vaak veel gedetailleerder dan de indicatoren voor de IGZ of voor de benchmark. De informatie is vooral bestemd voor huisartsen zelf en wordt niet openbaar gemaakt. De accreditatie zelf is wél openbaar. De eerste huisartsen zijn in april 2005 geaccrediteerd.

## **1.6 Benadering**

In de loop van het onderzoek is, in overleg met de klankbordgroep besloten de oorspronkelijke eerste vraagstelling te veranderen. Deze vraag luidde: '*welke kernaspecten ten aanzien van de kwaliteit van de huisartsenzorg zijn er te onderscheiden?*' De reden om deze vraagstelling aan te passen was, dat er een grote kloof gaapte tussen deze nogal theoretische vraag en de meer praktische en beleidsgestuurde doelstelling. In deze studie speelt kwaliteit een centrale rol. De wijze waarop we dit begrip hanteren is dan ook nader uitgewerkt (zie hoofdstuk 4). We hebben echter afgezien van een uitvoerige beschouwing van het begrip kwaliteit. Evenmin is het brede terrein van de huisartsenzorg uitgewerkt in kernaspecten. Wel is de huisartsenzorg benaderd vanuit veel verschillende invalshoeken zodat een gevarieerde en brede blik geboden kan worden. We hebben echter niet de pretentie een uitputtend beeld van de huisartsenzorg te geven. De huisartsenzorg omvat, meer nog dan veel andere medische disciplines, een breed scala aan taken, activiteiten en verantwoordelijkheden waarnaar men vanuit vele oogpunten kan kijken. Het is dan ook lastig zo niet ondoenlijk dit alles te vatten in kernaspecten en indicatoren.

Vele aspecten zijn onbelicht gebleven en er kan veel mis gaan in een huisartspraktijk dat niet afgedekt wordt door de indicatoren. Desondanks kan omwille van de haalbaarheid, toepasbaarheid en overzichtelijkheid beter volstaan worden met een korte lijst met sterke indicatoren dan vele indicatoren die niet of nauwelijks kunnen worden onderbouwd. Daarnaast menen we dat, door de samenhang die er bestaat tussen de verschillende facet-

ten van het werk, het voor de hand ligt dat alarmerende scores op indicatoren ook op een breder achterliggend probleem kunnen wijzen dat hierdoor mogelijk aan het licht komt. Het is daarom onnodig en onwenselijk alles tot in de details te meten.

De indeling die is gekozen is dus een pragmatische, er zijn vele andere indelingen denkbaar. Bovendien moet het geheel worden beschouwd als een groeimodel. Op grond van ervaringen die worden opgedaan in de praktijk kunnen indicatoren worden aangepast, uitgebreid of toegevoegd.

## **1.7 Opbouw van het rapport**

Dit rapport bestaat uit twee delen. Het eerste deel bevat, behalve dit inleidende hoofdstuk een beschrijving van de stand van zaken in de Nederlandse huisartsenzorg (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 worden alle indicatoren die de studie heeft opgeleverd op een rijtje gezet. Hoofdstuk 4 bevat de conclusies en een aantal aanbevelingen aan de inspectie. Om een goed beeld te krijgen van de uitkomsten van de studie volstaat het lezen van deel 1. Deel 2 begint met hoofdstuk 5 waarin nader wordt ingegaan op het fenomeen indicatoren. In hoofdstuk 6 worden de gebruikte gegevens en de methode van onderzoek beschreven. De hoofdstukken 7 tot en met 11 vormen de inhoudelijke uitwerking van de studie naar indicatoren. In deze hoofdstukken worden indicatoren op respectievelijk de terreinen toegankelijkheid, preventie, huisartsgeneeskundig handelen en informatie en communicatie geanalyseerd. In hoofdstuk 12 tenslotte, wordt verslag gedaan van de invitational conference die in het kader van deze studie is georganiseerd.

## 2 Huisartsenzorg in Nederland: de stand van zaken

### 2.1 Inleiding

Wanneer een Nederlander geconfronteerd wordt met een gezondheidsprobleem, zal deze zich in verreweg de meeste gevallen in eerste instantie wenden tot de huisarts. Dit kan zowel binnen als buiten kantooruren zijn. Dit geeft de bijzondere positie aan van de huisarts in ons gezondheidszorgsysteem en daarmee het bijzondere van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem ten opzichte van dat van de meeste andere landen. De huisarts is het eerste aanspreekpunt en in het contact met de huisarts wordt meestal bepaald wat verder ondernomen moet worden. Deze centrale rol wordt wel aangeduid met de term 'poortwachter' of 'gids' in de gezondheidszorg. Naast gids is de huisarts echter bovenal zelf behandelaar; verreweg de meeste klachten, 96% wordt door de huisarts zelf afgehandeld (Cardol et al., 2004).

De enorme variëteit aan mogelijke gezondheidsproblemen stelt specifieke eisen aan de deskundigheid van huisartsen. Zij moeten tot op zekere hoogte 'van alle markten thuis zijn' oftewel: de huisarts is een generalist. Een ander kenmerkend aspect van huisartsenzorg is de zogenaamde 'inschrijving op naam'. Bijna iedere inwoner van Nederland is ingeschreven bij een huisarts. Deze inschrijving op naam is niet slechts een logistiek-administratieve keuze maar wordt veelal beschouwd als een essentieel onderdeel van huisartsenzorg. Tussen de huisarts en de patiënt kan hierdoor een vertrouwensrelatie ontstaan en de huisarts kan een patiënt beter beschouwen in relatie tot zijn of haar sociale omgeving.

De belangrijkste kenmerken waarop huisartsen zich onderscheiden zijn daarmee kort aangestipt: de poortwachterfunctie, de generalistische deskundigheid, de inschrijving op naam en 24-uurs beschikbaarheid.

Huisartsenzorg is voortdurend in ontwikkeling: taken verschuiven, organisaties veranderen en maatschappelijke ontwikkelingen weerspiegelen zich vaak in de wijze waarop zorg wordt verleend en de visie hierop van de betrokkenen. In de volgende paragrafen wordt een overzicht gegeven van 'de staat van de huisartsenzorg'. Daarbij wordt ingegaan op wie er bij de huisarts komen, met welke klachten, en hoe het staat met de toegankelijkheid en de kwaliteit van de huisartsenzorg. Ter inleiding wordt een korte historische schets gegeven van de Nederlandse huisartsenzorg.

### 2.2 Huisartsenzorg in Nederland: vroeger en nu

#### *De Woudschoter-conferentie in 1959*

Tot halverwege de jaren '50 was het beroep van huisarts een tamelijk vaag omliggende discipline. Er was geen sprake van een functieomschrijving en landelijke organisatie van de beroepsgroep, laat staan van een eigen opleiding. De periode na de tweede wereld-

oorlog bracht een stroom van veranderingen met zich mee die maakten dat huisartsen als een soort restcategorie dreigden achter te blijven (Groenewegen & Delnoij, 1997).

Om de positie van huisartsen te verbeteren werd daarom in 1956 het Nederlands Huisartsen Genootschap opgericht. Het doel dat de oprichters van het NHG voor ogen stond, was de huisartsengeneeskunde “op een hoger niveau te brengen” (Vroege 1966). Over hoe dit precies zou moeten gebeuren liepen de meningen sterk uiteen. Omdat het huisartsenvak een eigen identiteit ontbeerde, realiseerden de oprichters van het NHG zich dat een bezinning nodig was op wat nu precies huisartsengeneeskunde is. “*Eerst als men hierin geslaagd is, heeft men een basis van waaruit men verder kan werken*” (Vroege, 1966).

Om het huisartsenvak een dergelijke basis te verschaffen belegde het bestuur van het NHG in 1959 een conferentie in Woudschoten. Deze beroemde Woudschotenconferentie wordt algemeen beschouwd als het startpunt van de Nederlandse huisartsengeneeskunde als zelfstandige discipline (van der Werf & Zaat, 2001). Naar aanleiding van een onderzoek dat werd verricht in de praktijken van de leden van Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG en discussies over deze uitkomsten werden op deze conferentie twaalf deeltaken geformuleerd die tezamen een soort van ‘beginselverklaring’ vormen voor de huisartsengeneeskunde; de ‘woudschotermaterie’. Uiteraard kan de formulering van deze kerntaken van het huisartsenvak niet los gezien worden van de maatschappelijke context van de jaren ’50 waarin deze tot stand kwam. Toch komt dit takenpakket in grote lijnen nog altijd overeen met het takenpakket van huisartsen vandaag de dag.

Naast het deeltakenpakket is men op de Woudschotenconferentie gekomen tot een omschrijving van de *functie* van de huisarts, deze werd als geformuleerd als:

*“Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen. Het ziet deze zorg als het opheffen, in hun uitwerking beperken en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele of gezinsgezondheid (curatief, revaliderend, preventief).”* (N.H. Vroege, 1966)

Hierbij werd aangegeven dat dit idee beschouwd moet worden als een ideaal, dat in de praktijk echter nooit volledig haalbaar is.

Een kenmerk van huisartsen is dus dat ze *continue zorg* bieden. Daarmee werd enerzijds bedoeld dat de huisarts ‘jarenlang’ dezelfde patiënt bijstaat, zodat de huisarts de patiënt en zijn achtergrond kent en anderzijds dat de huisarts ook zorg draagt voor ‘de gezonden’ of degenen die geen behandeling vragen. Daarnaast bieden zij *integrale zorg*. Dit betekent dat de zorg voor de gezondheid verder gaat dan uitsluitend een geneeskundige invalshoek en de mens vooral in relatie tot zijn sociale context moest worden beschouwd. De keuze voor de term ‘zorg’ in plaats van ‘geneeskunde’ is dan ook een bewuste. Overigens onderkende men wel dat voor sommige terreinen van zorg de huisarts niet direct de aangewezen deskundige was, met name de ‘zielszorg’ en ‘sociale zorg’ konden beter over gelaten worden aan kerkelijke ambtsdragers en maatschappelijk werkenden, maar een nauwe samenwerking met deze disciplines werd voor zowel huisarts als patiënt

als nuttig beschouwd. Met *persoonlijk* werd benadrukt dat juist de relatie huisarts-patiënt een meerwaarde heeft, in tegenstelling tot veel andere medische disciplines waar niet zo zeer de mens maar eerder de kwaal centraal stond. Tenslotte wordt in de definitie benadrukt dat niet alleen de gezondheid van individuen maar ook die van gezinnen centraal staat in de huisartsenzorg. In het Woudschotenrapport wordt gesproken over de gezondheid *in* en *van* het gezin. Dit weerspiegelt nog eens het belang dat werd gehecht aan de sociale context.

#### *De LHV- functieomschrijving en het basistakenpakket*

In 1981 aanvaardde de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging een nieuwe functieomschrijving van de Nederlandse huisarts. Deze werd dat zelfde jaar gepubliceerd in Medisch Contact (Bessem-LHV 1981). Deze keer bestond de functieomschrijving uit negen punten en vier functie-eisen. Het eerste punt van deze omschrijving komt in grote lijnen overeen met de functieomschrijving in het Woudschotenrapport, de begrippen continu, integraal en persoonlijk staan hierin nog altijd centraal, zij het dat ze iets anders worden ingevuld.

Zo wordt onder continu verstaan dat huisartsen geen geïsoleerde hulpvragen behandelen maar de levensloop van de patiënt in aanmerking nemen, de tweede betekenis van dit begrip speelt geen rol meer. Met persoonlijk werd nog steeds bedoeld op de persoonlijke betrokkenheid tussen huisarts en patiënt, maar ook wordt hier de '*afstemming van de zorg op de eigen aard en verantwoordelijkheid van de patiënt*' bedoeld.

De kleine veranderingen in de omschrijving weerspiegelen de maatschappelijke ontwikkelingen die zich hadden voorgedaan: 'verantwoordelijkheid dragen voor zorg' is vervangen door 'zorg geven', de verantwoordelijkheid ligt niet meer bij de huisarts maar bij de patiënt. Naast individuen en gezinnen werden nu ook 'andere samenwoningsverbanden' genoemd. Verder werden naast degenen die tot de praktijk gerekend konden worden ook expliciet degenen genoemd die daar -tijdelijk- toe kunnen worden gerekend. Hiermee wordt bedoeld op 'passanten' en waarnemingspatiënten.

In 1987 verscheen het 'Basistakenpakket van de huisarts'(LHV, 1987) waarin alle taken van huisartsen worden beschreven. De functieomschrijving uit 1981 is hierin integraal opgenomen. In dit basistakenpakket maakt de LHV een onderscheid tussen vier kenmerken van de taken van de huisarts. In de eerste plaats worden taken omschreven die zijn terug te voeren op het *hulpverleningsproces* zoals diagnostische taken, taken ten aanzien van het behandelplan en verwijzing en terugkoppelingstaken. In de tweede plaats zijn taken beschreven die verband houden met *specifieke categorieën* patiënten, zoals ouderen, zwangere vrouwen, baby's, stervenden enz. In de derde plaats is een aantal *voorwaardenscheppende of ondersteunende taken* geformuleerd, deze houden verband met nascholing, praktijkorganisatie, uitrusting, administratie enz. In de vierde plaats is een aantal taken geformuleerd '*vanwege de overheid of anderszins*' onder anderszins kan worden verstaan de samenleving en de beroepsgroep. Hieronder vallen bijvoorbeeld het signaleren van gevaren voor de gezondheid en het participeren in opleidingen van artsen.

### *De toekomstvisie van de beroepsgroep*

In 2002 brachten de LHV en het NHG gezamenlijk een nota uit genaamd 'Toekomstvisie huisartsenzorg; Huisartsenzorg in 2012: Medische zorg in de buurt' (LHV/NHG, 2002). Hierin formuleerden de LHV en het NHG gezamenlijk een toekomstvisie op de huisartsenzorg. Aanleiding voor het formuleren van deze toekomstvisie was een aantal veranderingen in zowel de samenleving als de huisartsenzorg die vroegen om een 'pas op de plaats'.

In deze toekomstvisie wordt de huisartsenzorg nog steeds omschreven als continu (24\*7 uur per week) en integraal toegankelijk. In plaats van persoonlijk spreekt men nu van *persoonsgericht*. Deze term dekt ook de inhoud van wat eerder werd aangeduid met persoonlijk (de meerwaarde van de persoonlijke arts-patiënt relatie, waardoor niet de kwaal maar de mens centraal staat) maar betekent vooral ook dat de zorg "is toegesneden en aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van de individuele mens". Veel meer dan vroeger wordt de patiënt zelf geacht zijn of haar wensen kenbaar te maken en verwachtingen te verwoorden. Daarnaast is het belang van *evidence based medicine* in de loop der jaren steeds groter geworden. Dit blijkt ook uit het groot aantal standaarden dat de NHG in de afgelopen decennia heeft ontwikkeld. In grote lijnen kan worden gesteld dat de meest essentiële kenmerken van de huisarts sinds de jaren '50 niet wezenlijk zijn veranderd, behalve dat het vak zich mee ontwikkelde met de maatschappelijke veranderingen die plaats vonden.

De beroepsgroep onderkent dat er een aantal belangrijke veranderingen moeten worden doorgevoerd, wil men ook in de toekomst op een wenselijke manier invulling te kunnen blijven geven aan het vak van huisarts. De veranderingen zullen vooral plaatsvinden in de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd. De veranderingen worden in de toekomstvisie omschreven als een verschuiving van 'zorg door de huisarts' naar de 'voorziening huisartsenzorg'. Deze voorziening zal vaak grootschaliger zijn en uit meer disciplines bestaan dan alleen huisartsen. Deze ontwikkelingen zijn een reactie op veranderingen in de dagelijkse praktijk waarmee men zich ziet geconfronteerd, veranderingen die vaak verder reiken dan de huisartspraktijk of de gezondheidszorg.

## **2.3 Ontwikkelingen in de huisartsenzorg**

De huisartsenzorg is momenteel volop in beweging. Er verandert van alles in de samenleving en in de huisartspraktijk. Enerzijds manifesteren deze veranderingen zich aan de (zorg)vraagkant, anderzijds aan de aanbodkant. Op beide kanten wordt hieronder dieper ingegaan, te beginnen met de patiënten.

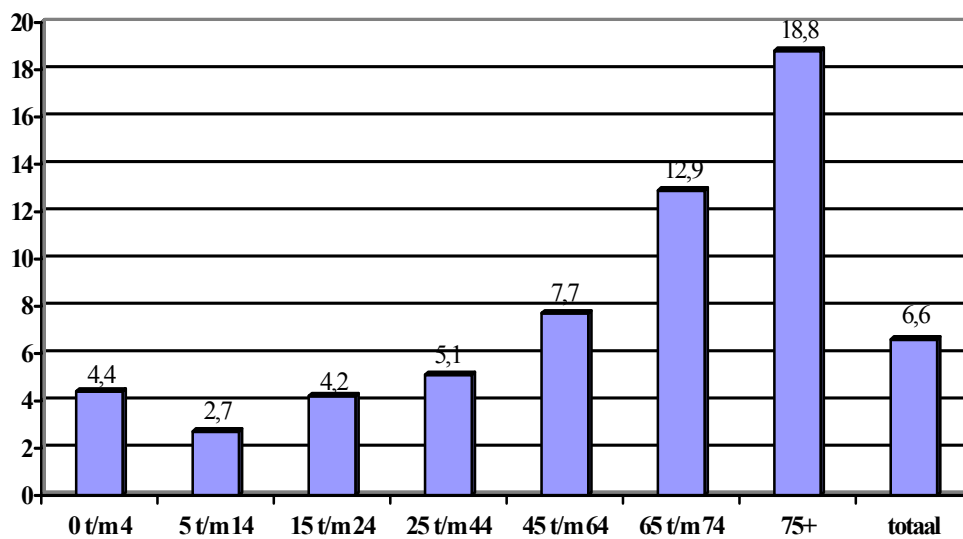
### **2.3.1 Patiënten**

De vraag wie de patiënten van de huisarts zijn, is eenvoudig te beantwoorden: bijna iedereen. Ruim drie kwart van de bevolking (77%) komt minstens eens per jaar bij de huisarts (Van der Linden et al., 2004). Globaal vormt de patiëntenpopulatie van een huisarts een afspiegeling van de bevolking. Dit kan overigens wel sterk variëren per locatie. De omvang van de patiëntenpopulatie van een (fte) huisarts kan men bij benadering berekenen door het aantal Nederlanders te delen door het aantal huisartsen in

fte's. In 2003 (meest recente meting) waren er 2408 inwoners per fte huisarts (Kenens en Hingstman, 2003). Sinds 1987 is het aantal inwoners per fte huisarts zo'n 5% toegenomen. De normpraktijk, de rekennorm waarop het abonnementstarief voor ziekenfondspatiënten wordt gebaseerd, bedraagt 2350 patiënten.

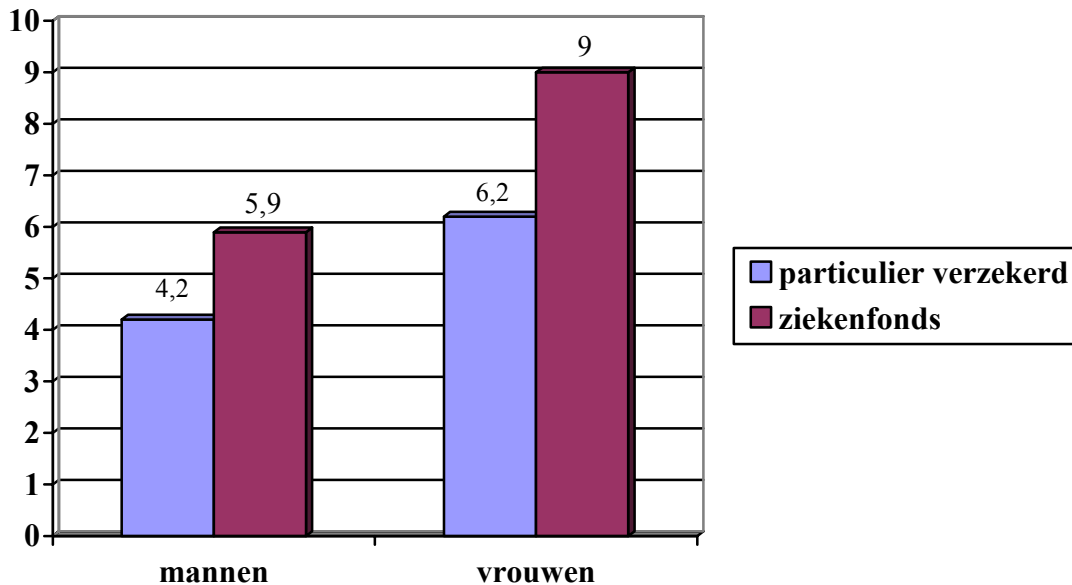
De ene patiënt doet vaker een beroep op de huisartsenzorg dan de andere. Vooral leeftijd speelt hierin een rol: over het algemeen geldt: hoe ouder, hoe meer contact met de huisarts (zie figuur 11.1). Alleen de allerjongsten (tot met vier jaar) vormen hierop een uitzondering, zij hebben vaker contact met de huisarts dan de 5 t/m 14 jarigen. Verder hebben vrouwen meer contact met de huisarts dan mannen en ziekenfondsverzekerden meer dan particulier verzekerden (zie figuur 11.2).

Figuur 2.1: Aantal contacten met de huisarts per jaar naar leeftijd in 2003



Bron: [www.linh.nl](http://www.linh.nl) 2004.

Figuur 2.2: Aantal contacten met de huisarts per jaar naar geslacht en verzekeringsvorm in 2003



Bron: www.linh.nl 2004.

Andere kenmerken die van invloed zijn op huisartsenbezoek zijn bijvoorbeeld etniciteit, opleiding, sociaal-economische status en stedelijkheid. Allochtonen komen vaker dan autochtonen, lager opgeleiden vaker dan hoger opgeleiden, mensen met een lage sociaal economische status vaker dan die met een hoge economische status. Steden verschillen op belangrijke punten van het platteland (Verheij, 1999; Van Dierendonck et al., 1992; Verkleij en Verheij, 2003). In de eerste plaats is de samenstelling van de bevolking anders in steden. Er wonen relatief veel ouderen, allochtonen en sociaal-economisch zwakkere groepen. Daarnaast zijn er meer ‘marginale groepen’ als dak- en thuislozen, verslaafden, ex-psychiatrische patiënten, ‘illegalen’ en vereenzaamde ouderen, dit maakt de zorgvraag vaak complexer. De leefomstandigheden zijn er vaak ongezonder door een grotere vervuiling, verkeersoverlast en een dichtere bevolking. Tenslotte is de verhuismobiliteit in de stad groter (Querido, 1988). Kortom, in grote steden bestaat een cumulatieve van demografische, sociale en omgevingsfactoren waardoor de zorgvraag groter is. Opmerkelijk is overigens dat wanneer bij de berekening degenen mee worden geteld die gedurende een jaar nooit hun huisarts hebben bezocht de gemiddelde contactfrequentie in de steden juist lager is, maar wanneer de groepen worden vergeleken die wel contact hebben gehad, dan blijkt de contactfrequentie in de stad hoger uit te vallen (Lindert et al., 2004).

Zoals gezegd vormt de patiëntenpopulatie van de huisartspraktijk een afspiegeling van de bevolking. Dat betekent dat demografische veranderingen zich vertalen in een veranderende patiëntenpopulatie. Net als in de meeste andere Europese landen is onder de Nederlandse bevolking sprake van vergrijzing en verkleuring. Vooral het ouder worden van de omvangrijke naoorlogse *babyboom*generatie zorgt voor een vergrijzing van de bevolking en daarmee een toename van de zorgvraag. Vanaf 2010 raakt de vergrijzing in



een stroomversnelling, de eerste *babyboomers* bereiken dan de leeftijd van 65 jaar. De toenemende zorgvraag die deze vergrijzing met zich meebrengt legt een druk op de huisartsenzorg. Behalve dat het aantal ouderen toeneemt en zij ook steeds ouder worden, is de zorgvraag per patiënt onder de ouderen ook het sterkst toegenomen. In de periode 1997-2003 nam de contactfrequentie onder de bevolking met 1,7% toe, onder de 65-plussers was dat 2,1% en onder de 75-plussers 3,5% (LINH, 2004). Opvallend is dat de toename het sterkst is geweest onder de particulier verzekerde ouderen.

Ook het aantal niet-westerse allochtonen neemt toe. In de periode 1998-2003 was er een toename van 1,28 miljoen naar 1,62 miljoen, een stijging van ongeveer 8% naar 10% van de bevolking. In 2020 zal naar verwachting 12 tot 16% van de bevolking allochtoon zijn (CBS, 2004). Deze stijging manifesteert zich vooral in grote steden, waar de concentratie aanzienlijk hoger is dan elders in het land. Ook deze ontwikkeling heeft gevolgen voor de zorgvraag. Hoewel allochtone groepen onderling sterk van elkaar verschillen in gezondheid en zorggebruik, kan over het algemeen worden gesteld dat allochtonen gemiddeld ongezonder zijn dan autochtonen en dat hun zorgbehoefte ook iets groter is. In 2001 gaf 51% van de niet-westers allochtonen (in dit geval Surinamers, Turken, Marokkanen en Antillianen) aan contact te hebben gehad met de huisarts in de afgelopen twee maanden tegen 42% van de autochtone bevolking (Lindert et al., 2004).

Kortom, de vraag naar huisartsenzorg is in de afgelopen jaren toegenomen en zal dat naar alle waarschijnlijkheid voorlopig blijven doen.

### **Morbiditeit**

Waarvoor komen mensen zoal bij de huisarts? Ook hier is weer een eenvoudig antwoord op te geven: voor vrijwel alle denkbare medische problemen. Behalve met somatische klachten komen ook psychosociale problemen vaak terecht in de huisartspraktijk. Alhoewel huisartsen het zelf behandelen van dit type klachten door de jaren heen steeds minder tot hun vakgebied zijn gaan rekenen (Kolthof, 2004).

In tabel 2.1 worden de tien meest gepresenteerde klachten in de huisartspraktijk weergegeven. Een belangrijk deel van de gepresenteerde klachten bestaat uit luchtwegproblemen en aandoeningen aan het bewegingsapparaat.

Tabel 2.1: Toptien van klachten en aandoeningen in de huisartspraktijk

Jaarincidenties en -prevalenties per 1.000 personen in 2001 (N=375.899patiënten)			
	Klacht	Incidentie	Prevalentie
1	Verkoudheid	92,9	100,1
2	Nek- en rugklachten	69,4	99,9
3	Acute urineweginfecties	34,3	39,5
4	Bronchi(oli)tis/ longontsteking	27,8	33,3
5	Ontsteking amandelen	11,3	13,2
6	Infectieziekten van het maagdarmkanaal	10,9	13,1
7	Depressie	10,5	26,4
8	Angststoornissen	9,7	23,4
9	Astma en COPD	8,7	38,7
10	Psychische problematiek bij kinderen en jongeren	5,2	9,6

Bron: Tweede Nationale Studie, NIVEL, 2004 (Van de Linden et al., 2004).

In de periode 1987-2001 is het aantal contacten met de huisarts met ongeveer 10% toegenomen. Deze bevinding roept de vraag op of men vandaag de dag gemakkelijker dan voorheen naar de huisarts stapt. Met andere woorden: wordt de huisartsenzorg onnodig belast door mensen die met ‘wissewasjes’ naar de huisarts gaan? Resultaten van de Tweede Nationale Studie lijken eerder te wijzen op het tegendeel: De verwachtingen die mensen hebben van huisartsenzorg bij alledaagse klachten als hoofdpijn, keelpijn, maagpijn zijn in de laatste vijftien jaar flink afgenomen. In 1987 verwachtte 39% van de Nederlanders baat van het consulteren van de huisarts bij keelpijn, in 2001 was dat nog geen 24%. Bij verkoudheid nam dit percentage af van 20% naar 12%, bij hoofdpijn van 27% naar 17% vergelijkbare afnamen werden gevonden bij o.a misselijkheid, maagpijn en diarree (Cardol, 2004).

Dat men meer dan voorheen geneigd lijkt dit soort zaken zelf op te lossen blijkt ook uit toegenomen gebruik van zelfzorgmiddelen, geneesmiddelen zonder recept. In 1987 had 24% in ‘de afgelopen 14 dagen’ een dergelijk middel gebruikt, in 2001 was dat toegenomen naar 37%.

Wanneer we gedetailleerder kijken naar de stijging van de vraag naar huisartsenzorg zien we dat met name ouderen vaker contact hebben, dit is dan ook de groep waarbij met name chronische ziekten het meest voorkomen. Ook het gebrek aan ‘kostenbewustzijn’ dat wil zeggen kennis van de kosten van de zorg lijkt geen verklaring te vormen voor het toegenomen huisartsenbezoek: de stijging is bij de particulier verzekerden namelijk het grootst (Schellevis en Westert, 2004) (Lindert et al., 2004) (Verheij et al., 2004).

De korte blik die in deze paragraaf werd gegeven op ontwikkelingen aan de vraagkant heeft laten zien dat de vraag toeneemt, en dat op grond van alleen al demografische ontwikkelingen verwacht mag worden dat deze stijging voorlopig zal doorgaan. De vraag dringt zich dan ook op wat er aan de aanbodkant gebeurt. Kan deze groei wel op verantwoorde wijze worden opgevangen?

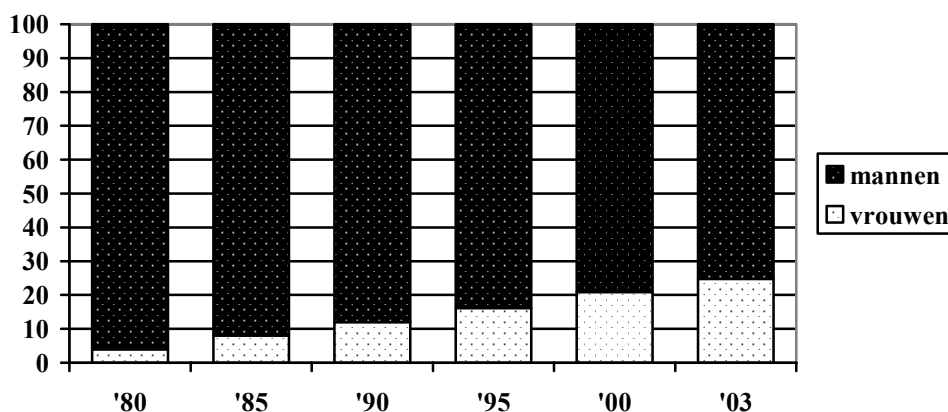
In de volgende paragrafen zal ingegaan worden op de aanbodkant: de huisarts en de praktijk.

### 2.3.2 De huisarts zelf

De huisarts verandert, of liever gezegd: de beroepsgroep. Ooit was een huisarts meestal een solistisch werkende man, nu en in de toekomst is het vaak een samenwerkende vrouw.

Het vak van huisarts is allang geen typisch mannenberoep meer, vrouwen zijn aan een snelle opmars begonnen en lijken op termijn zelfs in de meerderheid te raken. In 2003 was een kwart van de zelfstandig gevestigde huisartsen vrouw, tien jaar daarvoor was dat ongeveer 10% minder en in 1980 waren vrouwelijke huisartsen nog tamelijk zeldzaam: slechts 4% van de huisartsen was toen vrouw (zie figuur 2.3). Het betreft hier overigens alleen zelfstandig gevestigden: wanneer we de HIDHA's meerekenen is thans 30% van de huisartsen vrouw. Dat deze trend zal doorzetten, blijkt uit het gegeven dat op de huisartsenopleiding de vrouwen inmiddels in de meerderheid zijn. In 2003 was 53% van de pas afgestudeerde, praktijkzoekende huisartsen vrouw, van de studenten huisartsgeneeskunde was dat maar liefst 64%.

Figuur 2.3: Verdeling naar geslacht van de Nederlandse huisartsenpopulatie, 1980-2003



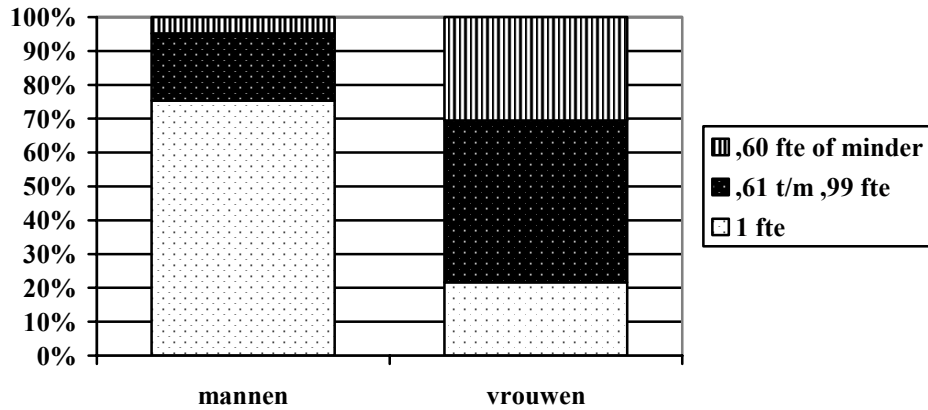
(Bron: Huisartsenregistratie NIVEL).

Met - en deels door - de grote instroom van vrouwen in het beroep verandert de wijze waarop invulling wordt gegeven aan het beroep van huisarts. Steeds meer huisartsen werken in deeltijd, in 2003 werkte 37,8% van de zelfstandig gevestigde huisartsen minder dan 1 fte. Vijf jaar eerder, in 1999, was dat nog 30%. Deze ontwikkeling hangt grotendeels samen met de hierboven beschreven instroom van vrouwen in het beroep. Het zijn met name vrouwen die kiezen voor een deeltijdbaan. Zoals in figuur 2.4 is te zien, werkte in 2003 ruim 75% van de mannelijke huisartsen voltijd tegen 22% van de vrouwelijke huisartsen. Ongeveer 30% van de vrouwen werkt minder dan 60% tegen minder dan 5% van de mannen. Overigens kiezen in de jonge cohorten ook steeds meer mannen voor een deeltijdbaan. In 2003 wenste maar liefst 77% van de praktijkzoekende huisartsen een

<sup>1</sup> De gegevens over leeftijd, geslacht, praktijkvorm, fte's van huisartsen zijn ontleend aan 'Cijfers uit de registratie van huisartsen peiling 2003', (Kenens en Hingstman, 2003).

deeltijd baan. Deeltijd werken is ook onder deze huisartsen vooral bij de vrouwen populair: maar liefst 92% van hen wil parttime werken maar ook de mannen hebben vaak een voorkeur voor deze optie: 58%.

Figuur 2.4: Voltijders en deeltijders in 2003 naar geslacht

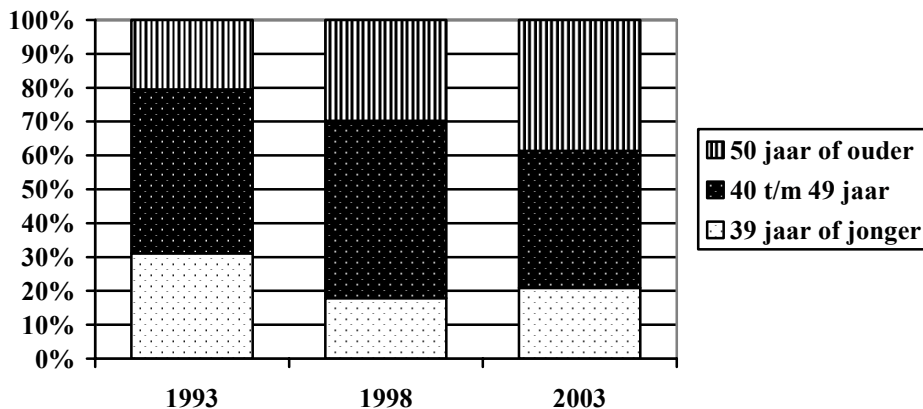


(Bron: Huisartsenregistratie NIVEL).

De solistisch werkende huisarts is langzaam maar zeker aan het verdwijnen. In de periode 1993-2003 is het aandeel huisartsen dat als solist werkte afgenomen van 52% naar 39%. Ook hier bieden de praktijkzoekende huisartsen ons een blik in de toekomst: slechts 4% zou het liefst in een solopraktijk werken. Dit zijn vrijwel altijd mannen, het aantal vrouwen dat als solist aan de slag wil is vrijwel nihil. Van de praktijkzoekende huisartsen geeft 60% de voorkeur aan een groepspraktijk.

In de loop der jaren is ook de leeftijdsopbouw van de Nederlandse huisartsenpopulatie sterk veranderd; er is sprake van ‘vergrijzing’ van de beroepsgroep. In 1993 was 31% van de huisartsen jonger dan 40 jaar, in 1998 was dat minder dan 18% en momenteel is dat ruim een vijfde. Het percentage huisartsen dat 50 jaar of ouder is, is in tien jaar tijd sterk toegenomen en bedraagt thans 39% (zie figuur 2.5).

Figuur 2.5: Leeftijdsopbouw van de Nederlandse huisartsenpopulatie in 1993, 1998 en in 2003



(Bron: Huisartsenregistratie NIVEL).

Het vak huisarts is in de loop de jaren van een ‘roeping’ steeds meer een ‘normaal’ beroep geworden. Steeds vaker kiezen huisartsen ervoor hun werk te combineren met andere dingen. Het gemiddelde aantal uren dat men werkzaam is, is dan ook flink afgenomen in de afgelopen jaren. In periode 1987-2001 nam het aantal werkuren per week *gemiddeld* af van 53 uur naar 44 uur, een reductie van ongeveer een werkdag per week. Voor een deel is de afname van de gemiddelde werkweek het resultaat van een toename van deeltijders. Maar ook als daar rekening mee wordt gehouden, is er - omgerekend naar fte's - een afname van zo'n vijf uur per week.

Samengevat zou men kunnen zeggen dat de huisarts van vroeger een solistisch werkende man is die dag en nacht ten dienste stond van zijn patiënten terwijl de huisarts van de toekomst vaak een vrouw is met een deeltijdfunctie in een groepspraktijk.

### 2.3.3 De huisartspraktijk, een veranderende organisatie

Ook de wijze waarop de huisartsenzorg wordt verleend en is georganiseerd, verandert. Deze veranderingen komen voort uit grofweg twee factoren. In de eerste plaats is dat het groeiende capaciteitsprobleem en de daaruit voortvloeiende werkbelasting die een druk leggen op de huisartsenzorg, in de tweede plaats is dat de wens van alle betrokken partijen om de kwaliteit van zorg voortdurend te verbeteren of op zijn minst te handhaven.

Het capaciteitsprobleem zal naar alle waarschijnlijkheid niet op korte termijn (volledig) worden opgelost. De zorgvraag neemt toe terwijl het tekort aan huisartsen steeds groter wordt. De huisartsenpopulatie is in de loop der jaren steeds meer ‘vergrijsd’ en in de periode 2000-2010 is er een ware pensioengolf gaande, ruim een derde stroomt in deze periode uit (Van der Velden en Hingstman, 2001). De nieuwe aanwas is niet in staat om dit op te vullen. Het Capaciteitsorgaan schat het huisartsentekort in 2012 op ongeveer 16%. Recentere schattingen komen lager uit. Zo gaan NIVEL en RIVM uit van een tekort van 5% in 2020. In alle gevallen blijft sprake van een tekort (De Bakker et al., 2005).

In de afgelopen jaren is een aantal veranderingen doorgevoerd die moeten leiden tot uitbreiding van de zorg (capaciteitsvergroting en efficiëntiewinst) en/of verbetering van de kwaliteit. Bovendien zullen er in de nabije toekomst nog meer van dit soort ontwikkelingen volgen. Hieronder worden enkele van deze ontwikkelingen besproken.

### **De toegang tot de huisarts is meer gereguleerd dan voeger**

Huisartsen zoeken naar oplossingen voor de toegenomen spanning tussen vraag en aanbod. Een voorbeeld daarvan is dat de 'stroom van zorgvraag' meer dan voorheen wordt gekanaliseerd en daarmee meer beheersbaar gemaakt. Een duidelijk voorbeeld daarvan is het afnemend aantal inloopsprekuren. In 1987 had bijna de helft van de huisartsen nog een inloopsprekureur, in 2001 deed nog maar 13% dat. Ook is het minder vanzelfsprekend geworden dat een patiënt wanneer die belt dezelfde dag nog bij de huisarts terecht kan. Bij het overgrote deel van de huisartsen is dat nog wel zo (73%) maar in 1987 gaf nog 88% van de huisartsen aan dat patiënten altijd dezelfde dag terechtkunnen. Ook leggen huisartsen steeds minder vaak visites af, vaker dan voorheen kiezen zij ervoor patiënten naar de praktijk te laten komen. De hoeveelheid visites is tussen 1987 en 2001 afgenomen van 16% naar 8,5% van alle contacten. Vermoedelijk speelt ook de assistente een grotere rol bij de 'selectie' van de hulpvraag, zij vraagt vaak naar de reden voor een spreekuurbezoek of een visite en geeft vaak zelf adviezen bij alledaagse klachten. Al met al kan worden gesteld dat huisartsen iets minder (snel) toegankelijk zijn geworden. Er zijn echter geen signalen dat dit zorgwekkende vormen aanneemt.

### **Schaalvergroting**

Zoals hierboven werd aangegeven, maken de solistisch werkende huisartsen langzaam maar zeker plaats voor groepspraktijken. Terwijl dit proces heel geleidelijk verloopt, is voor de huisartsenzorg buiten kantoor tijden in enkele jaren tijd een rigoureuze schaalvergroting doorgevoerd. In korte tijd zijn huisartsen massaal omgeschakeld naar een grootschalige organisatie van de avond-, nacht- en weekenddiensten: huisartsenposten. Voorheen nam een huisarts meestal waar voor ongeveer vijf of zes collega's. Bij een huisartsenpost wordt waargenomen voor een populatie van gemiddeld 123.224 patiënten (range 27.000 – 286.000), gemiddeld zijn er zo'n 54 huisartsen bij aangesloten. Deze nieuwe wijze van werken heeft voor huisartsen aanzienlijke voordelen: de werkomstandigheden en faciliteiten zijn beter en de werkbelasting in zowel objectieve als subjectieve zin is sterk gereduceerd (Van den Berg et al., 2004; Giesen et al., 2002; Van der Plas en Höppener, 2001; Grielen et al. 1999). Werkdrukvermindering was dan ook vaak de belangrijkste reden voor het opzetten van huisartsenposten.

Vanuit verschillende hoeken is de laatste jaren echter veel kritiek geuit op de huisartsenposten. Nadat een klacht over de behandeling door een huisarts aan de orde was gekomen in het consumentenprogramma Ook Dat Nog! (12 oktober 2003) ontving Stichting De Ombudsman 350 klachten over huisartsenposten. Veel van deze klachten gaan over het missen van een juiste diagnose en over de bereikbaarheid van de posten. (Stichting De Ombudsman, 2003;2004). Ook de IGZ constateerde in het rapport 'Huisartsenposten in Nederland, Nieuwe structuren met veel kinderziekten' (2004) dat de zorg in huisartsenposten vaak niet voldeed aan de criteria voor 'verantwoorde zorg'. De kritiek richt zich vooral op de onvoldoende fysieke en telefonische bereikbaarheid, onduidelijkheid

rondom normen en verantwoordelijkheden bij triage door de assistente en, meer in zijn algemeenheid, de organisatie. Overigens hebben recente publicaties laten zien dat er van grootschalige onvrede onder patiënten geen sprake is, verreweg de meesten zijn tevreden over de huisartsenposten (Van der Schee et al., 2003).

Desalniettemin blijkt uit de ‘kinderziekten’ die gepaard gaan met schaalvergroting dat dit proces soms op gespannen voet staat met zaken die huisartsen hoog in het vaandel hebben: nabijheid, persoonsgerichtheid en continuïteit. Ongeveer 340.000 mensen zijn langer dan een half uur onderweg om de dichtstbijzijnde HAP te bereiken en 5,3 miljoen mensen langer dan 15 minuten (IGZ, 2004). De continuïteit laat eveneens te wensen over: zorgverleners hebben doorgaans geen zicht op de medische voorgeschiedenis van de patiënt en vaak is zelfs niet eens direct duidelijk of een patiënt diezelfde nacht of avond al eerder heeft gebeld. Hiermee wordt ook duidelijk dat het streven naar persoonsgerichtheid in het geding is, dit wordt immers moeilijker wanneer zorgverlener en patiënt elkaar niet kennen en niets van elkaar weten.

Een van de uitdagingen waar huisartsen voor staan is dan ook een balans te vinden tussen de voordelen van schaalvergroting en de problemen die hiermee gepaard gaan.

### **Taakherschikking en -delegatie**

Het werk dat in een huisartspraktijk moet worden gedaan varieert van eenvoudig tot zeer complex en omvat naast medische taken ook veel regelwerk en administratie. Dit werk is verdeeld over verschillende medewerkers en functies. De wijze waarop het werk is verdeeld is deels bepaald door traditie en deels door rationele (organisatorische) overwegingen. De RVZ bracht in 2002 een advies uit over ‘taakherschikking’ in de gezondheidszorg. De RVZ pleit hierin voor een structurele herschikking (op nieuw verdelen) van taken waarbij verantwoordelijkheden duidelijk worden vastgelegd. Binnen de huisartsenzorg is deze ontwikkeling feitelijk al langer gaande.

Al sinds de jaren '60 van de vorige eeuw zijn er doktersassistenten werkzaam in de huisartspraktijk. Aanvankelijk waren doktersassistenten een soort ‘manusje van alles’ zonder specifieke opleiding maar dit beroep is de afgelopen decennia in rap tempo geprofessionaliseerd. Assistenten zijn steeds beter opgeleid, hun arbeidsrechtelijke positie is sterker en duidelijker geworden en met name op het medisch-technische vlak zijn de taken aanzienlijk uitgebreid. In de afgelopen vijftien jaar zijn huisartsen vooral taken als uitstrijkjes maken, hypertensiecontroles, wratten aanstippen, oren uitspuiten steeds meer gaan delegeren naar doktersassistenten. Naar alle waarschijnlijkheid zal deze trend zich voortzetten: van de nieuwe aanwas van assistentes is vrijwel 100% ‘gediplomeerd dokters-assistente’ en het hebben gevolgd van deze opleiding biedt de huisarts de mogelijkheid dit soort taken te delegeren (Nijland, 1991; van den Berg et al., 2004a; Engels et al., 2004). Naast medisch-technische taken houdt de assistente zich bezig met regelwerk, balie en intake werkzaamheden, administratie, voorlichting en laboratoriumwerkzaamheden. Een steeds belangrijkere taak is het doen van telefonische triage.

Tussen de assistente en de huisarts gaapt een grote kloof in opleidingsniveau. De opleiding tot doktersassistente is een middelbare beroepsopleiding. Dit impliceert ook een

grens aan de complexiteit van de te delegeren (medische) werkzaamheden. Door de toegenomen druk op de huisartsenzorg en het streven naar kwaliteitsverbetering is er in de afgelopen jaren een toenemende behoefte ontstaan aan ondersteunende disciplines met een hbo- of academische opleiding. Aan het einde van de jaren '90 deed de zogenaamde 'praktijkondersteuner op hbo-niveau' (POH) zijn intrede. Deze ondersteuners richten zich met name op de zorg voor chronisch zieken (vooral diabetes- en COPD-patiënten) en ouderen. Hun activiteiten liggen in de sfeer van signalering, controle, voorlichting en begeleiding. Gebleken is dat de POH een eigen positie inneemt binnen de praktijk en een takenpakket heeft dat wezenlijk anders is dan dat van de huisarts of de assistente. Inmiddels lijkt de POH haar plek in de huisartsenzorg te hebben ingenomen.

Nieuwkomers in de huisartspraktijk zijn de *physician assistant (PA)* en de *nurse practitioner (NP)*. Beiden zijn op masterniveau geschoolde functies. In het buitenland is gebleken dat deze functies een aanzienlijk deel van de huisartsenzorg kunnen overnemen. NP's zijn in de V.S en Engeland een bekend verschijnsel. Deze academisch geschoolde verpleegkundigen begeven zich op het snijvlak tussen *cure* en *care*. Hun werksetting lijkt sterk op die van een huisarts en zij kunnen door patiënten rechtstreeks worden geconsulteerd. Momenteel zijn er op vier plekken in Nederland tweejarige masterstudies voor NP's. De aanvangseis voor deze opleidingen is een verpleegkundige hbo-opleiding met enige jaren werkervaring. Hoewel in het buitenland succes is geboekt met NP's is over de effecten hiervan in Nederlandse huisartspraktijken nog niets bekend.

Net als de NP is de PA ontstaan in de V.S. in de jaren '60 als antwoord op een artsen-schaarste en toegankelijkheidsproblemen in de zorg. De PA is geen verpleegkundige maar werkt volgens een medisch model onder supervisie van een arts. In 2002 werd in Utrecht, in een praktijk waar het niet mogelijk bleek een vaste bezetting aan huisartsen te krijgen, gestart met een in de V.S. opgeleide physician-assistant (PA) die naast en onder toezicht van een huisarts in de praktijk werkzaam was. In de Utrechtse huisartspraktijk 'Jaarbeursplein', die speciaal diende voor de opvang voor patiënten die niet op naam konden worden ingeschreven bleek 60% van de klachten door een PA te worden afgehandeld, in de V.S. zou dat zelfs 80% zijn (Crommentuyn, 2002). In november 2003 is de eerste Nederlandse opleiding voor physician-assistants (PA) gestart. In 2005 begint een kleine groep PA's met werken in huisartspraktijken in combinatie met hun opleiding.

## 2.4 Kwaliteit

Doordat de druk op de huisartsenzorg toeneemt en organisatorische veranderingen elkaar in hoog tempo opvolgen is de vraag van belang welke gevolgen dat heeft voor de kwaliteit. Kunnen huisartsen nog wel dezelfde kwaliteit leveren als ze taken delegeren, steeds korter werken, steeds meer zorgvraag moeten afhandelen? Er is geen eenduidig antwoord op deze vraag. Wat precies onder kwaliteit wordt verstaan hangt meestal af vanuit welk perspectief men naar kwaliteit kijkt. Zo zijn voor patiënten bijvoorbeeld kwaliteit van leven, autonomie, bereikbaarheid en continuïteit van de zorg en de deskundigheid van en bejegening door de zorgaanbieder belangrijke maatstaven voor kwaliteit (Sixma et al. 1998). Zorgaanbieders meten kwaliteit veelal af aan effectiviteit en veiligheid van zorg-



verlening terwijl zorgverzekeraars vooral ook oog hebben voor doelmatigheid (Sluijs & Wagner 2000; Lindert & Rijken, 2001).

Hieronder wordt kort op deze perspectieven ingegaan.

#### **2.4.1 Kwaliteit volgens patiënten**

Hoe kijken patiënten aan tegen de kwaliteit van de huisartsenzorg? In de Tweede Nationale Studie is dit op grote schaal geïnventariseerd (Sixma et al., 2004). In deze studie bleek dat patiënten over het algemeen zeer positief oordelen. Wat betreft zorginhoudelijke aspecten als communicatie, uitleg geven, de effectiviteit van de behandeling enz. oordelen negen van de tien patiënten positief. Over enkele aspecten oordelen patiënten iets vaker negatief: zo vindt 23% van de patiënten dat klachten te vaak ‘psychisch worden vertaald’. Ook vinden relatief veel patiënten (20%) dat de huisarts niet snel genoeg doorverwijst.

Aandachtspunten voor verbetering liggen, in de ogen van patiënten, dus niet zozeer op zorginhoudelijk vlak. Punten waarover relatief veel onvrede bestaat hebben vooral betrekking op de organisatie van de zorg. Vooral over de privacy aan de balie of in de spreekkamer bestaat ontevredenheid: 53% rapporteert hierover negatieve ervaringen. Andere zaken waarover relatief veel negatieve ervaringen worden gerapporteerd zijn de lengte van de wachttijd bij een bezoek aan de praktijk (44%), bemoeienis van de huisarts om snel terecht te kunnen bij de specialist na een verwijzing (30%) en de mate waarin men altijd bij dezelfde huisarts terecht kan (29%). Over andere aspecten van de organisatie zoals het nakomen van afspraken, informatie over de organisatie van de praktijk, de snelheid waarmee men op het spreekuur terecht kan enz. zijn patiënten doorgaans wel tevreden.

Enkele aandachtspunten daargelaten kan worden gesteld dat het overgrote deel van de patiënten tevreden is over de huisarts. Overigens bestaan er wel grote verschillen tussen praktijken. Wanneer het overall patiëntoordeel wordt uitgedrukt als een rapportcijfer op een schaal van 1 tot 10 scoorde de ‘beste’ praktijk een 9 en de ‘slechtste’ een 6,7. Nog altijd een ruime voldoende maar wel met ruimte voor verbetering.

#### **Klachten en tuchtrecht**

Jaarlijks vinden er miljoenen contacten plaats tussen huisartsen en patiënten. Daarbij gaat ook wel eens wat mis. Wanneer patiënten willen klagen over de behandeling door hun huisarts, zijn er verschillende plekken en mogelijkheden om dat te doen, al naar gelang het doel van de klacht en de ernst ervan. Patiënten kunnen natuurlijk hun klacht neerleggen bij hun huisarts en er proberen onderling uit te komen. Een meer formele weg is het neerleggen van een klacht bij een klachtencommissie. Hiermee blijft de klacht buiten het juridische circuit maar wordt deze wel formeel afgehandeld. Tenslotte bestaat de mogelijkheid zich te wenden tot de tuchtrechter.

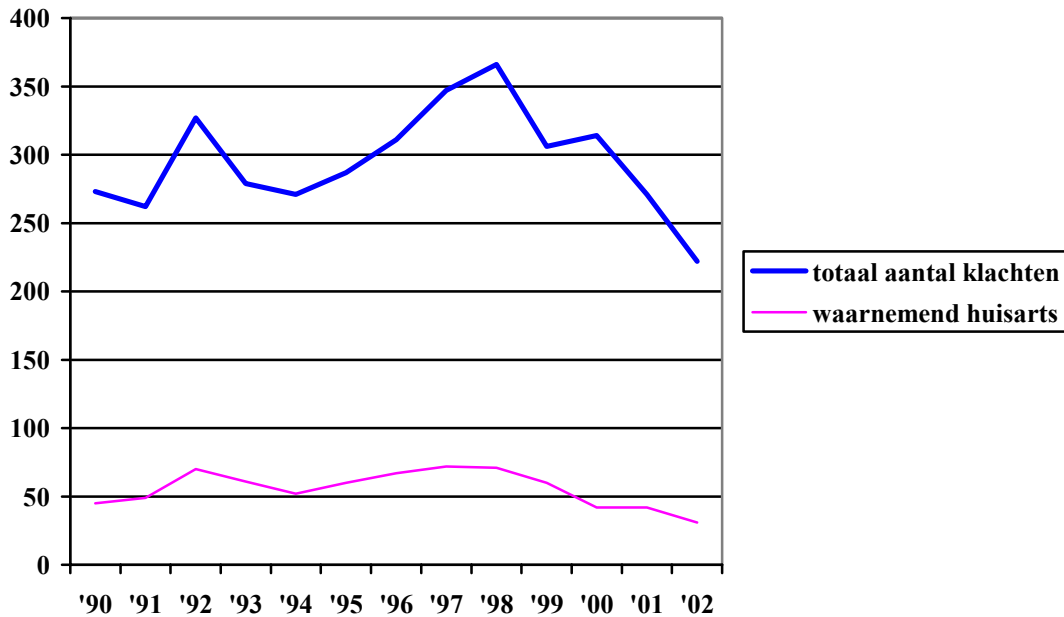
De aard van klachten en tuchtrechtzaken kan een indicatie geven van risicogebieden binnen de huisartsenzorg. Bij het trekken van conclusies is echter voorzichtigheid geboden. Of een bepaalde klacht leidt tot een tuchtrechtzaak hangt af van vele factoren. Patiënten kunnen om allerlei redenen besluiten om al dan niet naar de tuchtrechter te

stappen. Deze redenen kunnen los staan van de ernst van het probleem. Daarnaast zijn patiënten lang niet altijd in staat om te beoordelen of de huisarts een fout heeft gemaakt en kunnen daardoor zaken ook niet aan het licht komen.

Desalniettemin kan verwacht worden dat ontwikkelingen die een sterke negatieve invloed hebben op de kwaliteit van zorg zich kunnen vertalen in een toename van tuchtrechtzaken. In figuur 2.6 wordt het aantal tuchtrechtzaken tegen huisartsen weergegeven in de periode 1990-2002. Er is een uitsplitsing gemaakt naar eigen huisarts en waarnemend huisarts. Tot 1998 nam het aantal tuchtrechtzaken tegen huisartsen toe. Deze trend was overigens al langer gaande, Heineman en Hubben (1995) rapporteerden een verdubbeling gedurende de periode 1982-1992. Overigens is deze trend waarneembaar bij alle medische tuchtcolleges, deze is dus niet specifiek voor zaken tegen huisartsen. Dat men voorzichtig moet zijn met het trekken van conclusies op grond van deze cijfers blijkt uit de verklaring voor de piek in 1992: deze piek is grotendeels toe te schrijven aan één huisarts waar tegen een groot aantal tuchtzaken zijn geweest.

Ook de daling na 1998 is niet te interpreteren als een signaal dat de kwaliteit van de zorg toeneemt. Gezien de komst van huisartsenposten en de andere organisatorische veranderingen die juist in de periode na 1998 plaatsvonden zou men eerder een toename van tuchtrechtzaken verwachten. De kritiek op huisartsenposten richtte zich op het niet krijgen van de juiste zorg tijdens waarneming, niet afleggen van visites, verkeerde inschattingen en de verantwoordelijkheden van de assistente. Dit zijn juist risicogebieden die naar voren komen bij analyses van tuchtrechtzaken (Heineman en Hubben, 1995; De Melker, 2001; Van der Wal, 1996; Van Kessel, 2004). Een toename van onverantwoordelijke situaties zou dus zeer waarschijnlijk tot een toename hebben moeten leiden. Dat die toename is uitgebleven komt waarschijnlijk doordat in die periode regionale klachtencommissies zijn gaan fungeren die waarschijnlijk een deel van de klachten afvangen. De jaarrapportages van de klachtencommissies zijn niet zodanig vergelijkbaar dat daarover op geaggregeerd niveau kan worden gerapporteerd. Maar ook als dat wel zo zou zijn zou voorzichtigheid geboden blijven. Het aantal klachten zou wel eens meer kunnen zeggen over de toegankelijkheid van de klachtencommissie dan over de kwaliteit van zorg.

Figuur 2.6: Tuchtrectzaken tegen huisartsen in de periode 1990 –2002



Bron: archief hoofdsinspectie Den Haag<sup>2</sup>

#### 2.4.2 *Kwaliteitsbeleid van huisartsen*

In dit verband moet kwaliteit vooral worden opgevat als medisch handelen dat conform de wetenschappelijke *state-of-the-art* plaats vindt, ofwel *evidence based* handelen. Binnen de beroepsgroep bestaat al sinds decennia een kwaliteitsbeleid. De LHV en de NHG werken hierbij samen. Belangrijke peilers van dit kwaliteitsbeleid zijn de NHG-standaarden die sinds 1989 worden ontwikkeld, de intercollegiale toetsing en overleg, (geaccrediteerde) na- en bijscholing en automatisering en informatiesystemen (Bennema-Broos et al., 2000).

##### **NHG-standaarden**

In 1989 is het NHG begonnen met het ontwikkelen van standaarden. Deze standaarden bevatten richtlijnen en adviezen ten aanzien van diagnostiek en behandeling (waaronder bijvoorbeeld prescriptie, verwijzing e.d.) van allerlei aandoeningen. Inmiddels zijn er 85 van dit soort standaarden. Iedere standaard heeft betrekking op een bepaalde aandoening, een klacht of een risicofactor (NHG, 2004). Voorbeelden van deze standaarden zijn ‘acute keelpijn’, ‘migraine’, ‘het spiraaltje’, ‘kinderen met koorts’, ‘maagklachten’. De richtlijnen die in deze standaarden zijn opgenomen, zijn gebaseerd op tamelijk diepgaande systematische literatuurstudie en consensusprocedures en worden regelmatig herzien. De NHG-standaarden zijn goed beschikbaar; ze zijn voor iedere geïnteresseerde op het internet te vinden op de site van het NHG. Daarnaast zijn de standaarden in gebundelde vorm verkrijgbaar en worden nieuwe standaarden en herzieningen gepubliceerd in het

<sup>2</sup> De jaren t/m 1992 zijn ontleend aan: Heineman en Hubben, 1995, de jaren 1993 t/m 2002 aan: van Kessel, 2004.

tijdschrift 'Huisarts en Wetenschap'. Veel informatie uit de standaarden is ook voor patiënten op begrijpelijke wijze samengevat in 'patiëntenbrieven', die meestal in de huisartspraktijk in het rek staan.

Binnen de Nationale studie heeft het Centre for quality of care research uit 61 standaarden 139 indicatoren afgeleid. Aan de hand van deze indicatoren is nagegaan in hoeverre huisartsen in 2001 ook daadwerkelijk volgens de standaarden handelden. Ongeveer drie kwart van het (gemeten) handelen bleek conform de standaarden te zijn. Uiteraard waren er verschillen tussen zowel standaarden als praktijken onderling. Zo bleek verwijzen zeer vaak volgens richtlijnen te gebeuren (89%) terwijl bij het voorschrijven van antibiotica dit relatief iets minder gebeurt (62%). Desondanks kan worden gesteld dat er goed gebruik wordt gemaakt van de standaarden. De onderzoekers concluderen dat de gevonden cijfers hoog zijn, zowel in internationaal perspectief als in vergelijking met studies die betrekking hebben op eerdere jaren (Braspenning et al., 2004).

### ***Na- en bijscholing***

Na de opleiding worden huisartsen ingeschreven in het register van erkende huisartsen door de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC). Deze inschrijving is een voorwaarde voor het uitoefenen van het vak, iedere vijf jaar vindt er - mits aan de eisen is voldaan - een herregistratie plaats. Huisartsen zijn de eerste beroepsgroep die kwaliteitseisen hebben gesteld aan herregistratie. Sinds 1996 moeten huisartsen aan kunnen tonen jaarlijks veertig uur geaccrediteerde deskundigheidsbevordering te hebben gevolgd.

### ***Farmacotherapieoverleg***

Het Farmacotherapieoverleg (FTO) is een bijeenkomst van huisartsen en apothekers die op regelmatige basis plaats vindt. Tijdens het FTO worden allerlei zaken met betrekking tot het voorschrijven van geneesmiddelen besproken. Door de groei van het aantal beschikbare geneesmiddelen, de druk van de farmaceutische industrie en de toenemende kennis over gevaren van interacties en bijwerkingen is het maken van een goede geneesmiddelenkeuze steeds complexer geworden (Jansen et al., 2004). Het FTO kan huisartsen helpen bij het maken van keuzes en hun voorschrijfgedrag te verbeteren.

De eerste FTO's ontstonden in de jaren '80. Sinds 1992 worden FTO's landelijk ondersteund en ontvangen deelnemende huisartsen een vergoeding voor deelname. Aanvankelijk heeft de overheid vooral aangestuurd op het verhogen van de participatiegraad. Inmiddels zijn er meer dan 800 FTO-groepen en is de aandacht verschoven naar kwaliteitsverbetering van de FTO's (Jansen et al., 2004; DGV, 2004). Er worden vier niveaus onderscheiden waarop FTO's kunnen functioneren: het eerste en laagste niveau betekent dat er geen sprake is van gestructureerd overleg, op het tweede niveau is er wel regelmatig overleg maar worden er geen concrete afspraken gemaakt, op het derde niveau worden er wel concrete afspraken gemaakt en op het vierde en hoogste niveau worden de gemaakte afspraken ook getoetst (Van Dijk et al., 2001).

Het ministerie van VWS streeft ernaar in 2007 tenminste 80% van de FTO-groepen op niveau 3 of 4 te laten functioneren. In de meest recente peiling (DGV, 2004) was dat

40%. Dit getal neemt wel toe, in de peiling van 2002 functioneerde 33% op tenminste niveau 3. Het aantal groepen dat geen bijeenkomsten had gehad was in deze periode gedaald van 10% naar 3%. Er is aangetoond dat FTO's 'werken' in die zin dat huisartsen die participeren in een FTO met een hoog niveau minder onderlinge variatie in voorschrijfgedrag hebben (Van Dijk et al., 2001).

### ***Informatie- en communicatietechnologie***

De huisartsinformatisering heeft in de afgelopen decennia een sterke ontwikkeling doorgemaakt. Aan het begin van de jaren '80 deden de eerste Huisarts informatiesystemen (HISsen) hun intrede. Aanvankelijk konden deze vooral worden gebruikt voor financiële en patiëntenadministratie maar al spoedig werden de mogelijkheden uitgebreid zodat ook medische informatie kon worden opgeslagen in verschillende 'modules'. In 1990 bevatte een HIS een basismodule, een medische module, een communicatiemodule, een apotheekmodule en een grootboekmodule (Van Althuis, 1999). Na 1990 zijn het 'diagnostisch archief' toegevoegd, een onderdeel van het elektronische medisch dossier waarin meetwaarden kunnen worden opgeslagen. Verder werden er een griepmodule en een cervixmodule toegevoegd, programma's die dienen om patiënten te selecteren en op te roepen in het kader van grieppreventie en het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Tussen 1999 en 2002 is tenslotte het Elektronisch Voorschrijf Systeem geïntroduceerd in de Huisarts Informatie Systemen (Wolters e.a. 2003). Dit is een consultondersteunend instrument waarmee huisartsen uitgaande van de diagnose op de NHG-standaarden gebaseerde therapieadviezen kunnen krijgen.

ICT zal een steeds belangrijker rol gaan innemen als middel om de continuïteit van zorg te handhaven. Huisartsenzorg wordt steeds vaker door meerdere huisartsen en andere zorgverleners geleverd. Zowel binnen de praktijk maar ook steeds vaker buiten de praktijk (bijvoorbeeld in huisartsenposten). Geautomatiseerde uitwisseling van gegevens wordt steeds meer van levensbelang, maar laat bijvoorbeeld in het geval van de huisartsenposten nog te wensen over (IGZ, 2004). Door NICTIZ (het nationaal ICT-instituut in de zorg) wordt gewerkt aan een landelijk elektronisch waarneemdossier om dit te verbeteren. Ook werkt NICTIZ aan invoering van een landelijk elektronisch medicatiedossier waarmee een belangrijke impuls wordt gegeven aan veiliger medicatie.

Elektronische uitwisseling stelt echter ook hogere eisen aan de wijze waarop huisartsen hun EMD bijhouden. Het belang hiervan is door het NHG onderkend en ook verwoord in de in 2004 ontwikkelde Richtlijn Adequate dossiervorming met het Elektronisch Medisch Dossier: 'het EMD evolueert van informatiebron binnen een huisartsenpraktijk tot informatiebron voor de huisartszorgvoorziening' (NHG, 2004). Voor een persoonsgerichte benadering zal steeds meer informatie die vroeger vaak was opgeslagen in het hoofd van de huisarts elektronisch beschikbaar moeten komen voor andere huisartsen en zorgverleners.

## 2.5 Tot slot

In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat er binnen de beroepsgroep op meerdere gebieden een actief beleid bestaat ten aanzien van kwaliteitsbewaking en –verbetering. Uiteraard is daarmee niet gezegd dat dit bij elke huisarts of in iedere praktijk in gelijke mate gestalte krijgt. Zoals in het inleidende hoofdstuk is toegelicht, is op verschillende terreinen een aantal analyses gedaan en zijn indicatoren ontwikkeld die praktijken onderling vergelijkbaar maken. Deze indicatoren worden gerapporteerd in het volgende hoofdstuk.

De belangrijkste algemene conclusies uit dit hoofdstuk zullen, tezamen met de overige conclusies van deze studie worden gerapporteerd in hoofdstuk 4.

## 3 Indicatoren voor de toezichtpraktijk

### 3.1 Inleiding

Deze studie heeft een serie indicatoren opgeleverd die worden aanbevolen als toezicht-indicatoren voor de IGZ. De onderbouwing van deze indicatoren is te vinden in deel 2 van deze studie. Belangrijke elementen in deze onderbouwing zijn:

- dat de indicatoren een beredeneerbaar verband hebben met risico's voor de kwaliteit van zorg;
- dat de indicatoren zijn gemeten in het kader van de tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

Dit laatste heeft verschillende voordelen. In de eerste plaats is daardoor bewezen dat zij meetbaar zijn en konden zij dus empirisch worden onderbouwd. In de tweede plaats konden de samenhangen tussen de indicatoren worden geanalyseerd. Hierdoor kan bekeken worden of sommige indicatoren die alleen op een kostbare, tijdrovende manier kunnen worden gemeten kunnen worden vervangen door eenvoudiger indicatoren die daar sterk mee samenhangen. Ook kon worden nagegaan of de score op de diverse indicatoren samenhangt met kenmerken van huisartsen of praktijken als leeftijd, praktijkvorm en dergelijke. Op basis daarvan kunnen risicoprofielen worden vastgesteld. Het derde voordeel is dat doordat de indicatoren nu al zijn gemeten in de Tweede nationale Studie een inhoudelijk beeld kan worden geschapen van de staat van de huisartsenzorg. De inhoudelijke resultaten daarvan worden samengevat in hoofdstuk 4.

De indicatoren in deze studie zijn voorgelegd aan deskundigen in een invitational conference (zie hoofdstuk 12). De conclusie van deze conferentie was dat de beschreven indicatoren samen een goed beeld geven, maar dat er enkele ontbreken die niet in het kader van de Tweede Nationale Studie zijn gemeten. Ook deze indicatoren zijn in dit hoofdstuk opgenomen.

In dit hoofdstuk wordt volstaan met een beknopte opsomming van de uiteindelijke lijst met indicatoren. De indicatoren zijn ingedeeld in vier themagebieden: toegankelijkheid, *disease management* en preventie, huisartsgeneeskundig handelen (met daarbinnen de subthema's voorschrijven van antibiotica en verwijzen) en communicatie en informatie.

## 3.2 Indicatoren per themagebied

### 3.2.1 Toegang tot de huisarts

#### Consultatiesnelheid volgens de huisarts

---

Percentage patiënten dat binnen twee, respectievelijk drie werkdagen na verzoek een consult heeft met de huisarts (visite of spreekuurcontact)	
Hoe wordt dit gemeten?	Vraag in huisartsenquête
Norm	- minimaal 80% moet binnen twee werkdagen een consult hebben - 100% moet binnen drie werkdagen een consult hebben
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

#### Toegankelijkheid volgens patiënten

---

Toegankelijkheid volgens patiënten	
Hoe wordt dit gemeten?	In enquêtes worden patiëntenoordelen gemeten over de bereidheid van de huisarts om visites af te leggen, consultatiesnelheid en telefonische bereikbaarheid. De QUOTE biedt hiervoor een gevalideerd meetinstrument.
Norm	- gemiddelde over alle praktijken - maximaal aanvaardbaar percentage ontevreden patiënten.
Structuur /proces/uitkomst	Proces/uitkomst

---

#### Het afleggen van visites

---

Het aandeel visites per 1000 ingeschreven patiënten	
Hoe wordt dit gemeten?	In het HIS kan het soort contact (telefonisch consult, spreekuurcontact, visite) worden ingevoerd. Dit getal kan vervolgens worden gerelateerd aan het aantal ingeschreven patiënten. Er wordt gecontroleerd voor de leeftijdsamenstelling van de populatie
Teller	Aantal afgelegde visites in een bepaalde periode (bijvoorbeeld een week) op huisarts- of praktijkniveau
Noemer	Aantal ingeschreven patiënten in de praktijk gedeeld door 1000
Norm	- Gemiddelde over alle praktijken - Gemiddelde andere huisartsen binnen dezelfde praktijk - Gemiddelde andere huisartsen binnen dezelfde HAP
Structuur /proces/uitkomst	Proces

---

#### Informatie over toegankelijkheid in praktijkfolder

---

De aanwezigheid van een praktijkfolder met relevante informatie ten aanzien van de toegang tot de huisartsenzorg: hoe snel kan men terecht voor een afspraak? Wanneer wordt een visite afgelegd? Hoeveel tijd wordt er per patiënt gereserveerd op het afsprakspreekuur?	
<i>Waarom wordt dit gemeten?</i>	Voor patiënten is het van belang te weten wat ze kunnen verwachten van de huisarts. Daarnaast kan worden verwacht dat het expliciet vastleggen van deze normen een positief effect kan hebben omdat het de huisarts hierop kan worden aangesproken.
Hoe wordt dit gemeten?	Lezen van praktijkfolder
Norm	De folder met deze informatie moet aanwezig zijn

---



### 3.2.2 Informatie en communicatie

#### Het informeren van patiënten en het betrekken van patiënten bij de besluitvorming

---

Percentage patiënten dat na een consult aangeeft dat de huisarts, indien daar belang aan wordt gehecht:	
<ul style="list-style-type: none"><li>• goed heeft uitgelegd wat er aan de hand is</li><li>• goede informatie geeft over de behandeling</li><li>• verschillende behandelmogelijkheden met de patiënt heeft besproken</li><li>• informatie heeft gegeven over eventuele bijwerkingen</li><li>• de patiënt heeft laten meebeslissen over de hulp of behandeling</li></ul>	
Hoe wordt dit gemeten?	De vragen met betrekking tot het belang en de uitvoering van deze aspecten is opgenomen in de QUOTE. De vragen zijn in de NS2 opgenomen in een enquête die voor en na een consult werd afgenomen.
Norm	De huisarts is wettelijk verplicht altijd informatie te verstrekken over deze zaken en de patiënt te betrekken in het besluitvormingsproces als deze daar prijs op stelt (en indien relevant).
Structuur/proces/uitkomst	Proces/uitkomst

---

#### Foldermateriaal beschikbaar in de praktijk

---

De aanwezigheid van informatieve folders voor patiënten. Bijvoorbeeld de NHG-patiëntenfolders	
Hoe wordt dit gemeten?	Inventarisatie van foldermateriaal
Norm	Moet nader worden uitgewerkt
Structuur /proces/uitkomst	Structuur

---

#### Boekingsinterval

---

De hoeveelheid gereserveerde tijd per patiënt op het afsprakenpreekuur (boekingsinterval)	
Hoe wordt dit gemeten?	Vraag aan huisarts of informatie praktijkfolder
Norm	Gemiddelde andere huisartsen / praktijken. Het is vooralsnog onduidelijk of er een absolute minimum norm in minuten is vast te stellen.
Structuur /proces/uitkomst	Structuur

---

#### Inhoud en vorm van verwijsbrieven

---

Inhoud en vorm van verwijsbrieven	
Waarom wordt dit gemeten?	Het is van belang dat de overdracht van informatie tussen huisarts en specialist op een duidelijke, gestructureerde manier gebeurt. Zodat misverstanden en fouten als gevolg van communicatiestoornissen worden vermeden.
Structuur /proces/uitkomst	Structuur/proces

---

### **Toelichting**

De NHG en de Orde voor medisch specialisten hebben gezamenlijk een richtlijn ontwikkeld voor verwijzen van de huisarts naar de specialist. De richtlijn geeft aan wat de beste momenten zijn rond verwijzingen voor het verzenden of beschikbaar stellen van informatie, en welke rubrieken daarvoor gebruikt moeten worden. Nader onderzoek is nodig om te bepalen hoe hieruit indicatoren kunnen worden afgeleid.

#### **3.2.3 Preventie en diseasemanagement**

##### **Diabetes mellitus**

---

Percentage patiënten waarbij diabetes mellitus is gedetecteerd in de huisartspraktijk	
Teller	Aantal patiënten met diabetes mellitus
Noemer	Alle patiënten in de huisartspraktijk
Benodigde data	Aan diagnose diabetes mellitus gekoppeld contact Omvang praktijkpopulatie
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

##### **Statines bij hypercholesterolemie**

---

Percentage patiënten met hypercholesterolemie bij wie een statine is voorgeschreven	
Teller	Aantal patiënten met hypercholesterolemie en een voorschrift statines
Noemer	Aantal patiënten met hypercholesterolemie
Benodigde data	Aan diagnose hypercholesterolemie gekoppeld contact Prescriptiegegevens: statines
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

##### **Influenzavaccinaties**

---

Percentage patiënten van 65 jaar en ouder die een influenzavaccinatie hebben gehad	
Teller	Aantal patiënten van 65 jaar en ouder met een influenzavaccinatie
Noemer	Aantal patiënten van 65 jaar en ouder
Benodigde data	Influenzavaccinatie Demografische gegevens patiënt: leeftijd
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

## Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

---

Percentage vrouwen uit doelcohort* bevolkingsonderzoek met een cervixuitstrijkje (bruto opkomst)	
Teller	Aantal vrouwen uit doelcohort met een cervixuitstrijkje
Noemer	Aantal vrouwen uit doelcohort
Benodigde data	Aan cervixuitstrijkje gekoppeld contact Demografische gegevens patiënt: leeftijd, geslacht Informatie over in aanmerking komende cohorten in de praktijk
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

\* Vrouwen die op grond van hun leeftijd in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

## Diabetes mellitus

---

Percentage patiënten met diabetes mellitus met een HbA1c < 7,0%	
Teller	Aantal patiënten met diabetes mellitus met een HbA1c < 7,0%
Noemer	Aantal patiënten met diabetes mellitus waarbij het HbA1c is bepaald
Benodigde data	Aan diagnose diabetes mellitus gekoppeld contact Diagnostiekgegevens: HbA1c waarde
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Uitkomst

---

## Spirometrie astma/COPD

---

Percentage patiënten met astma of COPD bij wie ooit spirometrie is uitgevoerd.	
Teller	Aantal patiënten met astma of COPD bij wie ooit spirometrie is uitgevoerd.
Noemer	Aantal patiënten met astma of COPD
Benodigde data	Omvang astma/COPD-populatie Diagnostiek gegevens: spirometrie
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

## Rookstatus astma/COPD

---

Percentage patiënten met astma of COPD van wie de rookstatus bekend is.	
Teller	Aantal patiënten met astma of COPD van wie de rookstatus bekend is.
Noemer	Aantal patiënten met astma of COPD
Benodigde data	Omvang astma/COPD-populatie Leefstijl patiënten: rookgedrag
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

## Cardiovasculair risicoprofiel

---

Percentage hoogrisicopatiënten met een volledig ingevuld cardiovasculair risicoprofiel	
Teller	Aantal hoogrisicopatiënten bij wie het cardiovasculair risicoprofiel volledig is ingevuld, dat wil zeggen: bloeddruk, totaalcholesterol of totaal cholesterol/HDL-cholesterolratio, bloedglucose, BMI en rookgedrag, allen van het afgelopen jaar; en hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis, coronaire ziekten bij ouders broers of zussen <60 jaar.
Noemer	Aantal hoogrisicopatiënten
Benodigde data	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aan diagnose gekoppeld contact</li><li>▪ Diagnostiekgegevens: bloeddruk, cholesterol, cholesterol/HDL-cholesterol-ratio</li><li>▪ Medisch dossier: (familie)anamnese hart- en vaatziekten, rookgedrag, BMI</li></ul>
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

### 3.2.4 Themagebied: huisartsgeneeskundig handelen

#### Verwijzen

---

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aantal verwijzingen naar de tweede lijn per 1000 patiënten</li><li>• Aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut per 1000 patiënten</li><li>• Aantal verwijzingen naar specifieke 2<sup>e</sup>-lijns discipline (bijv. oogarts, chirurg) per 1000 patiënten (2<sup>e</sup> fase meting)</li></ul>
Hoe wordt dit gemeten?	Het aantal verwijzingen per 1000 contacten wordt ‘afgetapt’ uit het HIS.
Teller	Aantal verwijzingen binnen de eerste lijn in een bepaalde periode
Norm	Gemiddeld aantal verwijzingen
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

#### Antibiotica 1

---

Aantal voorschriften antibiotica per 1000 ingeschreven patiënten, per jaar	
Hoe wordt dit gemeten?	Aan de hand van HIS-gegevens waarin prescripties worden geregistreerd in de vorm van ATC-codes.
Teller	Aantal voorschriften antibiotica gedurende een jaar.
Noemer	Aantal patiënten dat gedurende het jaar is ingeschreven.
Norm	In veel NHG-standaarden wordt een terughoudend beleid ten aanzien van antibiotica aanbevolen. Scores moeten in relatie tot andere praktijken beschouwd worden. Afwijkende hoge scores kunnen wijzen op overprescriptie.
Structuur/proces/uitkomst	Proces/uitkomst

---

## Antibiotica 2

---

Mate waarin bij het voorschrijven van antibiotica gekozen wordt voor een richtlijnconform middel.	
Hoe wordt dit gemeten?	Aan de hand van HIS-gegevens waarin prescripties worden geregistreerd in de vorm van ATC-codes.
Teller	Aantal voorschriften van de noemer waarin gekozen is voor een richtlijnconform middel.
Noemer	Aantal voorschriften antibiotica bij een beperkt aantal, nader omschreven, aandoeningen.
Norm	Versillende NHG-standaarden bevatten duidelijke normen omtrent de keuze voor een bepaald antibioticum. Soms wordt bijvoorbeeld een smal-spectrumpenicilline aangeraden of worden één of meerdere specifieke middelen aangeraden.
Structuur /proces/uitkomst	Proces/uitkomst

---



## 4 Conclusies en aanbevelingen

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste inhoudelijke bevindingen van deze studie samengevat. Hierbij zal eerst kort worden ingegaan op enkele algemene conclusies die kunnen worden getrokken naar aanleiding van de algemene beschrijving van de huisartsenzorg in Nederland in het tweede hoofdstuk. Vervolgens wordt de staat van de huisartsenzorg beschreven aan de hand van de in het voorgaande hoofdstuk beschreven indicatoren.

Daarbij is gekeken naar de thema's toegankelijkheid, huisartsgeneeskundig handelen, preventie en diseasemanagement en informatie- en communicatie. De bevindingen hiervan worden samengevat in paragraaf 4.3. Ook is nagegaan in hoeverre er 'risicoprofielen' zijn samen te stellen van huisartsen die minder goed scoren op de ontwikkelde indicatoren. De samengevatte bevindingen hiervan zijn te vinden in paragraaf 4.4. Vervolgens worden in paragraaf 4.5 de hoofdconclusies getrokken. Paragraaf 4.6 bevat de discussie en een aantal aanbevelingen aan de inspectie.

### 4.2 Huisartsenzorg in Nederland

Huisartsen nemen nog altijd een centrale positie in binnen de gezondheidszorg. Desondanks is het voortbestaan van de huidige rol en positie van huisarts niet vanzelfsprekend. Opvattingen en attitudes ten aanzien van het vak zijn veranderd. De veel gehoorde stelling dat huisarts zijn veranderd is van een roeping in een beroep lijkt in zekere zin te worden bevestigd; steeds vaker kiezen huisartsen ervoor om hun werk te combineren met andere rollen in het leven.

Huisartsen werken in een snel veranderende omgeving en ook opvattingen, verwachtingen en werkwijze van huisartsen veranderen. De stroom aan veranderingen die in de afgelopen jaren op gang is gekomen zal voorlopig doorgaan. Zowel beleidsmakers, verzekeraars als de beroepsgroep zelf zoeken naar oplossingen voor nieuwe problemen. Tegelijkertijd roepen deze veranderingen weer nieuwe vragen op ten aanzien van de door de beroepsgroep zo gehuldigde begrippen als persoonsgerichtheid, continuïteit en beschikbaarheid. Hoe kan een huisarts allerlei taken uitbesteden aan een steeds grotere variëteit aan assiserende en ondersteunende disciplines zonder dat er een versnippering optreedt? Hoe kan voorkomen worden dat zorg minder persoonlijk wordt wanneer deze vanuit bedrijfstechnisch oogpunt steeds efficiënter moet worden? En leidt schaalvergroting niet per definitie tot een verminderde beschikbaarheid in de buurt? Uit de toekomstvisie blijkt dat de beroepsgroep zich bewust is van deze punten en geeft deze aan de beschikbaarheid, continuïteit en persoonsgerichtheid te willen handhaven. Hoe deze dilemma's in de praktijk moeten worden opgelost is echter nog grotendeels onduidelijk.

Hoewel de huisartsenzorg dus voor een aantal uitdagingen is gesteld, is er weinig reden om te vrezen voor de kwaliteit van de verleende zorg. Binnen de beroepsgroep wordt actief gewerkt aan kwaliteitsverbetering. Deze activiteiten richten zich voornamelijk op *evidence based* medisch handelen en op het rationaliseren van medische handelingen: het voorschrijven, verwijzen e.d. Vooral waar het aan komt op organisatorische aspecten lijkt enige waakzaamheid geboden, patiënttevredenheid over deze zaken is iets afgenomen en vanuit de samenleving zijn er soms ontevreden geluiden te beluisteren. Vaker dan vroeger zal gezocht moeten worden naar een afweging tussen wensen van huisartsen en patiënten (denk aan de huisartsenpost).

Om nieuwe, jonge huisartsen bereid te vinden zich als huisarts te vestigen zullen soms ingrijpende organisatorische veranderingen moeten worden doorgevoerd waarbij huisartsen in grotere verbanden en soms in loondienst werken.

### **4.3 Bevindingen per thema**

In deze paragraaf wordt een beschrijving van de staat van de huisartsenzorg gegeven op basis van de in hoofdstuk 3 beschreven indicatoren.

#### **4.3.1 Toegankelijkheid**

Huisartsen zijn over het algemeen snel beschikbaar: wie 's morgens de huisarts belt kan bij 97% van de huisartsen dezelfde of anders de volgende dag terecht. In landen met een vergelijkbaar poortwachtersysteem is een wachttijd van meer dan twee dagen heel gebruikelijk. Patiënten oordelen dan ook overwegend positief over de toegankelijkheid: het overgrote deel zegt binnen 24 uur terecht te kunnen als dat nodig is. Ook over de telefonische bereikbaarheid is een meerderheid positief, hoewel toch 20% zegt dat de huisarts niet altijd goed telefonisch bereikbaar is. De hoeveelheid visites die huisartsen afleggen verschilt per praktijk. Er zijn huisartsen die nog niet één visite per duizend ingeschreven patiënten, per week afleggen maar er zijn er ook die er dertien of meer per duizend patiënten afleggen. De visitefrequentie blijkt voor een groot deel toe te schrijven aan de leeftijdsamenstelling van de populatie. De meeste visites worden namelijk afgelegd bij ouderen, huisartsen met een relatief oude populatie leggen dus meer visites af. Maar ook stedelijkheid is van belang: hoe meer verstedelijkt het gebied, hoe minder visites. Het verschil tussen de meest en de minst stedelijke gebieden is ruim 4,5 visites per duizend patiënten.

Toegankelijkheid blijkt goed te meten: de perspectieven van de patiënt en de huisarts blijken sterk samen te hangen. De meest eenvoudige maar desondanks zeer informatieve indicator die dit opleverde was de consultatiesnelheid volgens de huisarts. Huisartsen die aangeven dat ze een relatief lange wachttijd hebben blijken ook minder toegankelijk in de ogen van patiënten.

#### **4.3.2 Huisartsgeneeskundig handelen**

Ten aanzien van huisartsgeneeskundig handelen zijn twee subgebieden beschreven: het voorschrijven van antibiotica en verwijsgedrag. Ten aanzien van antibiotica wordt in de NHG-standaarden over het algemeen een terughoudend beleid aanbevolen. Hoewel anti-



biotica vaak erg nuttig en zelfs levens- reddend kunnen zijn, kan te veel gebruik leiden tot resistentie of vervelende bijwerkingen. Daarnaast wordt in de NHG-standaarden vaak een eerste keuze antibioticum aangeraden. In deze studie hebben we gekeken naar de hoeveelheid antibiotica die wordt voorgeschreven en het soort antibiotica dat wordt voorgeschreven bij een beperkt aantal aandoeningen.

Allereerst moet worden opgemerkt dat Nederlandse huisartsen in internationaal verband terughoudend zijn met het voorschrijven van antibiotica. Resistentieproblemen zijn in Nederland dan ook relatief beperkt. Desalniettemin verschillen huisartsen vaak sterk van elkaar qua voorschrijfgedrag. Sommige huisartsen schrijven beduidend meer voor dan anderen en sommigen kiezen vaker voor eerstekeuze-antibiotica dan anderen. Een opmerkelijke bevinding is dat de mate van terughoudendheid in voorschrijven niet gerelateerd is aan de mate waarin voor het juiste middel wordt gekozen. Huisartsen onderscheiden zich dus niet zozeer van elkaar in de mate waarin zij standaarden naleven, als wel in de mate waarin zij dit op bepaalde aspecten doen.

Het totale voorschrijfvolume aan antibiotica blijkt een vrij goede indicatie te geven van de mate waarin een huisarts een terughoudend beleid voert. Uiteraard variëren voorschrijfvolumes door verschillen in de gepresenteerde morbiditeit. Er is echter gebleken dat huisartsen met relatief hoge voorschrijfvolumes, vaker geneigd zijn antibiotica voor te schrijven als dat niet wordt aangeraden in de standaard. Gemiddeld wordt er 247 keer antibiotica voorgeschreven per 1000 ingeschreven patiënten per jaar. De meest voorgeschreven middelen zijn Doxycycline (21% van de voorschriften) en Amoxicilline (20% van de voorschriften).

Bij enkele indicatoren vonden we tamelijk extreme verschillen, zo bleek dat bij de mate waarin er, als er antibiotica wordt voorgeschreven bij acute keelpijn, gekozen wordt voor een smalspectrumpenicilline een range van 0% t/m 100% was. Van de 97 praktijken waren er 7 die zowel een hoog voorschrijfvolume hadden (hoogste kwartiel) als relatief weinig kozen voor het juiste middel (laagste kwartiel). Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of de totale hoeveelheid breedspectrumpenicillines die wordt voorgeschreven indicatief is voor de mate waarin huisartsen geneigd zijn richtlijnconforme middelen voor te schrijven.

### ***Verwijzen***

Verwijzen naar specialisten of binnen de eerste lijn is iets dat huisartsen over het algemeen weinig doen. De overgrote meerderheid van de klachten, zo'n 96%, lost de huisarts (of andere praktijkmedewerker) zelf op. Op deze wijze slagen huisartsen erin het grootste deel van de zorgvraag buiten de 2<sup>e</sup> lijn te houden. In eerder onderzoek is gebleken dat verwijsgedrag samenhangt met o.a onzekerheid, taakopvatting en competentiegevoelens. Zowel onder- als oververwijzing kan schadelijk zijn. Met name bij deze indicatoren is het dan ook moeilijk een norm te formuleren. Een pragmatische oplossing is dan om verwijscijfers te vergelijken met het gemiddelde.

Gemiddeld wordt van de duizend contacten ongeveer 25 keer verwezen binnen de eerste lijn, meestal (80%) betreft dat de fysiotherapeut. Naar de 2<sup>e</sup> lijn wordt vaker verwezen: 48 keer per duizend contacten. Deze verwijzingen vinden plaats naar een groot aantal specialisten. Specialisten waar relatief vaak naar verwezen wordt zijn o.a. de chirurg (4,7%), de kno-arts (4,4%), de dermatoloog (3,9%) en de oogarts (3,8%).

Gebleken is dat er onder huisartsen duidelijk ‘veel-verwijzers’ en ‘weinig-verwijzers’ zijn. Dit blijkt uit het feit dat verwijscijfers naar vrijwel alle disciplines sterk met elkaar samen hangen, ook wanneer deze disciplines vrijwel niets met elkaar te maken hebben. Huisartsen die relatief vaak naar de gynaecoloog verwijzen, verwijzen meestal ook vaker naar de kno-arts, huisartsen die relatief veel naar de oogarts verwijzen, verwijzen ook vaker naar de fysiotherapeut, dit zijn slechts enkele voorbeelden.

Een belangrijke kanttekening die moet worden geplaatst, is dat het type HIS in onze analyses de belangrijkste determinant was. Hieruit kan worden afgeleid dat er nog veel gewerkt moet worden aan het uniformeren van registratiesystemen om deze op correcte wijze te kunnen vergelijken. Zolang dat niet gebeurt, moet in ieder geval het type HIS meegewogen worden. Promedico springt er duidelijk uit en laat de hoogste verwijscijfers zien. Kennelijk biedt dit systeem de beste mogelijkheden om verwijscijfers te registreren en gebeurt dit ook het meest. OmniHis laat relatief lage verwijscijfers zien.

#### **4.3.3 Preventie en diseasemanagement**

Binnen deze studie zijn twee subthema's onder de loep genomen die vallen onder de noemer preventie: influenzavaccinatie en cervixscreening in het kader van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Daarnaast is er binnen het themagebied diseasemanagement ingegaan op een aantal chronische aandoeningen die een belangrijke rol spelen in de huisartspraktijk: diabetes mellitus 2, astma en COPD en hart- en vaatziekten.

##### ***Preventie***

Over het algemeen is het percentage griepvaccinaties behoorlijk hoog: respectievelijk 81% bij de ouderen (65+) en 76% bij de hoogrisicopatiënten. Het percentage ouderen dat een influenzavaccinatie heeft gehad varieert nogal tussen praktijken: de range liep van 60% t/m 100%, bij de hoogrisicopatiënten is dat van 40% t/m 96%. Waar deze verschillen precies aan te wijten zijn, is onduidelijk.

De bruto opkomstpercentages in het zogenaamde ‘doelcohort’ voor cervixuitstrijkjes is gemiddeld 66%. Ook hier is een behoorlijke spreiding tussen praktijken: in de praktijk met de laagste opkomst kwam slechts 38%, terwijl in de praktijk met de hoogste opkomst 84% verscheen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat het type uitnodigingssysteem hierbij een rol kan spelen. Naarmate de huisarts een prominentere rol speelt bij het uitnodigen is de opkomst hoger.

##### ***Diseasemanagement***

Het percentage patiënten in een praktijk waarbij diabetes mellitus wordt gedetecteerd is gemiddeld 2,5 (range 0,5 t/m 6,1%). Het prevalentiecijfer wordt uiteraard grotendeels bepaald door de aard van de patiëntenpopulatie. Prevalentiecijfers zijn echter ook indicatief voor de mate waarin patiënten actief worden ‘opgespoord’ en herkenbaar in het medisch

dossier worden vastgelegd. Het is dus ook een indicatie voor adequate dossiervorming. Een norm hiervoor is moeilijk vast te stellen, maar de spreiding is tamelijk groot. Het is van belang jaarlijks het Hb1ac te meten bij diabetespatiënten. In hoeverre dit gebeurt kon helaas niet worden vastgesteld door gebrek aan data.

Bij het diagnosticeren van astma en COPD wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten van twaalf jaar en ouder en kinderen tussen de vier en de twaalf jaar (astma). Gemiddeld is bij ruim 4% van de kinderen tussen de vier en de twaalf astma gediagnosticeerd. Er zijn echter forse verschillen tussen praktijken: deze verschillen variëren van 0 tot ruim 12%. Bij patiënten van twaalf jaar en ouder moet het onderscheid tussen astma en COPD vastgesteld worden met spirometrie. Hoe vaak dat gebeurt is niet vastgesteld, dit is wel als indicator gesuggereerd. Over de monitoring van astma en COPD zijn helaas weinig gegevens voor handen. Voor de voorgestelde indicatoren op dit vlak moeten meer gegevens verzameld worden.

Ten aanzien van hart- en vaatziekten zijn prevalentiecijfers van enkele risicofactoren bekeken. Diabetes mellitus werd al eerder genoemd, andere risicofactoren zijn hypercholesterolemie (1,7%) en hypertensie (5,4%). Praktijken verschillen sterk in de mate waarin standaardconform wordt voorgeschreven bij risicofactoren voor HVZ, soms is de naleving van de standaard opvallend laag. Met name de richtlijn voor het voorschrijven van trombocytenuitremmers bij angina pectoris wordt slecht gevolgd (27,4%). Een mogelijkheid is dat deze patiënten vaker onder behandeling zijn van een specialist. Bij TIA is het percentage een stuk hoger (57,5%), deze patiënten worden waarschijnlijk vaker behandeld door de huisarts.

#### **4.3.4 Informatie en communicatie**

Informatie en communicatie tussen huisarts en patiënt hebben vele facetten. Tevens is dit een van de moeilijkste aspecten om te meten. In deze studie komt dan ook een beperkt aantal aspecten aan de orde. De zaken die zijn gemeten aan de hand van patiëntenquêtes zijn afgeleid uit de WGBO. Het gaat hierbij met name om het informeren van de patiënt over de klacht en de behandeling en het laten meebeslissen van de patiënt over de verdere behandeling.

In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat de WGBO vrij goed wordt nageleefd. Over het algemeen geven huisartsen hun patiënten informatie en beantwoordt dit aan de verwachtingen die de patiënt voor het consult had. Algemene informatie over de klacht en de behandeling wordt in ongeveer negen van de tien gevallen gegeven. Het gebeurt zelden dat de patiënt in het ongewisse wordt gelaten. Als er niet wordt uitgelegd wat er aan de hand is, blijkt vaak te worden doorverwezen. Dit kan er op duiden dat aanvullend onderzoek nodig is voordat bekend is wat er precies aan de hand is. Meer specifieke informatie, bijvoorbeeld over bijwerkingen, wordt minder gegeven. Hierbij moet echter worden aangemerkt dat dit soort informatie niet in ieder contact nodig en zinvol is. In contacten waarin een middel wordt voorgeschreven wordt bijvoorbeeld beduidend vaker informatie over bijwerkingen verschaft. Wanneer er geen sprake is van een bepaalde behandeling die mogelijk bijwerkingen kan hebben, kan hierover ook geen informatie worden gegeven.

Slechts in enkele gevallen is gebleken dat de verstrekking van informatie is gerelateerd aan bepaalde kenmerken van de patiënt, de huisarts of de praktijk. De consultkenmerken hebben de grootste invloed. Met andere woorden: of er al dan niet informatie wordt verstrekt en of de patiënt al dan niet wordt betrokken bij de besluitvorming lijkt vooral af te hangen van het specifieke probleem dat in het consult aan de orde komt. In de wat langere contacten wordt de patiënt meer bij de besluitvorming betrokken en worden vaker verschillende behandelmogelijkheden besproken. Aannemelijk is, dat in deze langere contacten wat complexere problemen aan de orde komen.

Huisartsen lijken hun patiënten vrij goed te informeren. Desondanks is het ideaalbeeld van de patiënt die op grond van alle relevante informatie zelf een weloverwogen beslissing neemt nog lang niet altijd realiteit. Ruim 30% van de patiënten zegt niet bij de besluitvorming te zijn betrokken terwijl ze dat wel belangrijk vinden.

#### **4.4 Risicoprofielen**

In de analyses is steeds een aantal achtergrondkenmerken betrokken. Eén van de doelen daarvan was om na te gaan of er bepaalde kenmerken of ‘risicoprofielen’ zijn te geven van huisartsen of praktijken die extra aandacht behoeven. Het is in dit verband interessant na te gaan of de bijvoorbeeld deeltijders, groepspraktijken, jonge of juist oude huisartsen minder goed of anders functioneren.

In zijn algemeenheid moet worden gesteld dat, hoewel op sommige aspecten een behoorlijke variatie bestaat tussen huisartsen, het slechts in zeer weinig gevallen mogelijk is deze te relateren aan kenmerken van de huisarts of de praktijk. Vaker bleken verschillen te verklaren aan de hand van ‘legitieme’ verschillen in patiëntpopulaties en type morbiditeit. Voorbeelden hiervan zijn dat huisartsen met relatief veel ouderen in hun populatie meer visites af leggen en vaker de diagnose diabetes, hypertensie of hypercholesterolemie stellen. Een ander voorbeeld is dat informatie die tijdens een consult wordt verstrekt voor een groot deel samenhangt met het soort probleem dat aan de orde komt.

Er werden enkele effecten van huisartsen en praktijken gevonden die vermeldenswaardig zijn, de meeste effecten werden gevonden bij het thema toegankelijkheid. Zo blijkt dat men minder snel bij huisartsen terecht kan naarmate zij minder uren werken. Ook kan men volgens patiënten iets minder snel terecht in groepspraktijken dan in solopraktijken. Opmerkelijk zijn de verschillen in visiteratio's. Behalve dat dit gerelateerd is aan de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie blijkt de stedelijkheidsgraad een belangrijke invloed te hebben. Het aantal visites dat wordt afgelegd is kleiner naarmate het gebied waarin de praktijk ligt meer stedelijk is. Van het kwartiel met de laagste visitefrequentie was maar liefst twee derde in de meest stedelijke gebieden gevestigd en nog geen 5% in weinig tot niet stedelijke gebieden, terwijl van het kwartiel dat de meeste visites aflegt meer dan de helft is gevestigd in weinig tot niet stedelijke gebieden en slechts een derde in de stedelijke gebieden. Overigens wijken de achterstandsgebieden af van dit patroon want hier worden juist wel relatief veel visites afgelegd.

Verder bleek de leeftijd van de huisarts een lichte invloed te hebben op enkele communicatieaspecten. Zo lieten huisartsen naarmate hun leeftijd hoger was patiënten iets minder vaak meebeslissen en gaven zij iets minder vaak informatie over bijwerkingen. Mogelijk zijn oudere huisartsen iets traditioneler in hun contact met de patiënt, het gaat hier echter om zeer bescheiden effecten.

Een opvallende bevinding was ook dat in praktijken met meer huisartsen, meer antibiotica worden voorgeschreven. Het blijkt echter niet zo te zijn dat in deze praktijken vaker van de standaarden wordt afgeweken, mogelijk bestaat er dus een achterliggende variabele die deze relatie kan verklaren.

Er zijn enkele verschillen gevonden tussen steden en het platteland. Behalve het eerder aangegeven verschil in visitiefrequenties, blijken er ook verschillen te zijn in bijvoorbeeld het voorschrijven van antibiotica en prevalentiecijfers. Na controle voor diverse andere achtergrondkenmerken blijkt het aantal voorschriften antibiotica in de niet-stedelijke gebieden wat hoger te liggen. Ook hier kan dit niet verklaard worden in verschillen in 'voorschrijfgeneigdheid' volgens standaarden. Verder blijkt in stedelijke gebieden vaker astma bij kinderen en hypercholesterolemie te worden gediagnosticeerd.

Tenslotte blijkt soms het opleidingsniveau van de patiëntenpopulatie van invloed te zijn. Dit is bijvoorbeeld te merken in informatieverstrekking. Op enkele punten wordt de lager opgeleiden iets meer uitgelegd, wat ongetwijfeld te maken heeft met de aanwezige kennis bij de patiënt. Opvallender is echter dat huisartsen met relatief veel hoogopgeleiden minder geneigd zijn antibiotica voor te schrijven bij een bepaalde diagnose. Een mogelijke verklaring is dat patiënten zelf een stem hebben in de beslissing al dan niet antibiotica te gebruiken. Mogelijk zijn hoger opgeleiden meer geneigd dit af te houden omdat zij zich meer bewust zijn van de mogelijke gevaren ervan. Overigens moet worden opgemerkt dat dit vermoeden sterker onderbouwd zou kunnen worden door analyses op het individuele niveau, het percentage hoog opgeleiden is in dit geval slechts als een geaggregeerd kenmerk toegepast.

## 4.5 Slotconclusie

De algemene conclusie ten aanzien van de Staat van de huisartsenzorg is dat een positief beeld naar voren komt. De huisarts in Nederland scoort gemiddeld goed qua toegankelijkheid, is terughoudend met het voorschrijven van antibiotica en met verwijzen, scoort goed op de gebruikte indicatoren voor preventie (griepvaccinatie en cervixscreening) en de WGBO wordt goed nageleefd. Er zijn echter wel (soms aanzienlijke) verschillen tussen huisartsen. Deze verschillen zijn in zijn algemeenheid niet te relateren specifieke, zichtbare kenmerken zoals het werken in een solopraktijk of deeltijdwerken. Ook is het niet zo dat huisartsen die op één indicator slecht scoren dat ook op andere indicatoren doen.

### *Indicatoren*

In deze studie hebben we ons gericht op indicatoren die zijn gemeten in het kader van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Het voordeel daarvan is dat van deze indicatoren is bewezen dat zij meetbaar zijn. Onze conclusie is dat de indicatoren bij elkaar een redelijk goed en breed beeld geven van het functioneren van de huisartsenzorg. Voor toekomstig toezichtbeleid is het ook van belang dat vastgesteld kon worden dat relatief eenvoudig meetbare maar ook ‘ruwe’ indicatoren vaak sterk bleken samen te hangen met meer specifieke, maar ook moeilijker te meten indicatoren (bijvoorbeeld huisartsen die veel antibiotica voorschrijven doen dat ook veel niet conform standaard). Een volgende conclusie is dat een tekort aan standaardisatie van de HIS-sen bijvoorbeeld bij de verwijscijfers de interpreteerbaarheid van de indicatoren soms belemmeren.

## **4.6 Discussie en aanbevelingen**

De bovenstaande conclusies behoeven een belangrijke kanttekening. Die is dat het onderzoek zover dat de indicatoren betreft, plaatsvond binnen de setting van de Tweede Nationale Studie. Hoewel de studie in algemene zin als representatief geldt voor de Nederlandse huisartspraktijk is het onwaarschijnlijk dat slecht functionerende huisartsenpraktijken (waarvan kan worden aangenomen dat het om een klein aantal gaat) zich aan zo'n omvangrijk en diepgaand onderzoek onderwerpen. Verder is het zo dat de huisartspraktijken op één belangrijk criterium niet representatief zijn. Zij zijn namelijk geselecteerd op adequaat gebruik van het elektronisch medisch dossier. Het adequaat gebruiken van het dossier is een steeds belangrijker middel om de continuïteit van zorg te garanderen omdat steeds meer hulpverleners betrokken zijn bij de huisartsenzorg (naast huisartsen en assistenten ook praktijkondersteuners en huisartsenposten). Een volgende opmerking moet worden gemaakt over het feit dat het onderzoek is verricht in een voor de deelnemende huisartsen ‘veilige’, anonieme onderzoekssetting. Als de betreffende gegevens zouden worden gebruikt in een toezichtsetting en mogelijk openbaar zouden worden gepubliceerd kan dit consequenties hebben voor de betrouwbaarheid van de gegevensverzameling.

Met deze kanttekening in het achterhoofd worden de aanbevelingen geformuleerd:

### **Ontwikkel indicatoren verder**

In deze studie is een eerst set van indicatoren onder de loep genomen. Het betreft indicatoren verzameld in het kader van de Tweede nationale Studie. Op grond van de empirische resultaten van het onderzoek en het expertadvies zijn de indicatoren aangepast. Deze staan in hoofdstuk 3. Daaraan zijn toegevoegd een aantal indicatoren waarvan uit de literatuur en/of expertadvies is gebleken dat het zinvol zou zijn ze ook te verzamelen. Het betreft hier een voorlopig, ‘definitieve’ set. Voorlopig, omdat de Inspectie vanuit haar verantwoordelijkheid nog indicatoren kan toevoegen. Bij de andere aanbevelingen wordt ook nog teruggekomen op dit punt.

### **Ontwerp een gefaseerd toezichtbeleid**

De resultaten van dit onderzoek geven aan dat het toezicht in eerste instantie kan worden gericht op betrekkelijk globale indicatoren. Bij het meten van indicatoren moet steeds een afweging worden gemaakt tussen het nut en de nauwkeurigheid van de ingewonnen informatie enerzijds en de tijd, energie en mankracht die nodig is de gegevens te verzamelen en te beoordelen anderzijds. Het is daarom aan te raden indicatoren gefaseerd in te zetten. Dat wil zeggen dat een aantal relatief algemene maar betrekkelijk eenvoudige indicatoren bij alle huisartsen worden gemeten (eerste fase). Deze gegevens kunnen aanleiding geven tot het vragen van aanvullende gegevens (tweede fase). Een voorbeeld is het totale verwijscijfer voor de tweede lijn als eerste fase indicator en een uitsplitsing naar disciplines als tweede fase indicator.

### **Geen toezicht richten op specifieke groepen huisartsen**

De resultaten van dit onderzoek geven aan dat er geen specifieke groepen huisartsen zijn waar extra risico's kunnen worden voorzien. Er is dus geen aanleiding om te pleiten voor een toezichtbeleid met speciale aandacht voor specifieke groepen huisartsen. Hoewel het huidige beeld van de staat van de huisartsenzorg positief is, is het wel zaak alert te blijven op nieuwe ontwikkelingen. Vooral ook omdat veel van deze ontwikkelingen niet primair zijn gemotiveerd vanuit kwaliteitsoverwegingen maar eerder vanuit verhoging van de efficiency (grotere praktijken, meer taakdelegatie, taakherschikking).

### **Werk bij gegevensverzameling samen**

Zoals in het eerste hoofdstuk werd aangegeven zijn er enkele verwante initiatieven in ontwikkeling zoals het accrediteringsproject van het NHG en de benchmark huisartsenzorg van het ministerie van VWS. Het is aan te bevelen om de gegevensverzameling voor deze projecten op elkaar af te stemmen. Hiermee kan worden voorkomen dat huisartsen onnodig worden belast doordat ze dezelfde gegevens meerdere keren moeten overleggen. Daarnaast kan het voor alle betrokken partijen mogelijkheden bieden ten aanzien van de efficiëntie. Ook meer complexe wijzen van gegevensverzameling zoals patiëntenquêtes kunnen in zo'n samenwerkingsverband gemakkelijker worden gerealiseerd. In dit kader kan het nodig blijken dat indicatoren op elkaar worden afgestemd, waardoor (kleine) aanpassingen nodig zijn. Deelname aan accreditering/benchmarking kan overigens op zichzelf ook al een indicator zijn.

### **De HISsen dienen aangepast te worden**

Wanneer informatie wordt ontleend aan HIS-gegevens, is het van belang rekening te houden met het soort systeem dat de betreffende praktijk gebruikt, dit kan namelijk de uitkomsten vertekenen. De structuur van de systemen kan ook beperkingen opleggen aan mogelijk te verzamelen indicatoren. Daarnaast zal echter in sommige gevallen aange-stuurd moeten worden op aanpassing van de HISsen. Een voorbeeld dat eerder werd gegeven is de mogelijkheid een overzichtelijk risicoprofiel ten aanzien van hart en vaat-ziekten bij te houden. Ook in dit verband is het van belang samen op te trekken met de beroepsgroep en het ministerie.

**Vermijd ‘perverse’ reacties**

Een veelgehoorde kritiek op het werken met indicatoren is de uitlokking van zogenaamde ‘perverse’ reacties: het manipuleren van gegevens om een wenselijke score te bereiken. De mate waarin dit gebeurt zal ongetwijfeld samen hangen met de consequenties van onwenselijke scores, bijvoorbeeld negatieve publiciteit. Het is dan ook aan te bevelen huisartsen de gelegenheid te geven uitkomsten toe te lichten en cijfers niet los van hun context te beschouwen. Omgekeerd kan openbare publicatie in sommige gevallen ook leiden tot betrouwbare gegevens. De betrouwbaarheid van de zelfgerapporteerde consultatiesnelheid zal bijvoorbeeld hoger worden als deze ook openbaar op de website of in de patiëntenfolder van de huisarts wordt gezet (waardoor de huisarts er door patiënten op kan worden aangesproken).

**Maak indicatoren voor adequate dossiervorming**

De ontwikkelingen in de huisartsenzorg maken het elektronische medisch dossier als samenbindend en continuïteit verschaffend instrument steeds belangrijker. In het bestek van deze studie kon slechts beperkt aandacht hieraan worden besteed (de huisartsen waren hier immers op geselecteerd). In het kader van het toezichtbeleid is het echter van belang om indicatoren voor dossiervoering te ontwikkelen. De richtlijn van het NHG biedt hiertoe aanknopingspunten.



## **Deel 2**

### **Uitwerking van de studie: gegevens, aanpak en analyses**



## 5 Indicatoren: definitie en toelichting

### 5.1 Inleiding

Het ‘denken in indicatoren’ heeft de afgelopen jaren een hoge vlucht genomen. In het bedrijfsleven is het meten van prestaties aan de hand van indicatoren al langer gebruikelijk. In de gezondheidszorg is het aan een snelle opmars begonnen. Hoewel indicatoren een goed hulpmiddel kunnen zijn, bestaat ook veel discussie en spraakverwarring rond het gebruik en de interpretatie van verschillende typen indicatoren.

In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op het fenomeen indicatoren in het algemeen, de theoretische achtergrond hiervan, verschillende soorten indicatoren en de voordelen maar ook de valkuilen van het werken met indicatoren. Tot slot zal ingegaan worden op de vraag wat, met het oog op de door de IGZ beoogde doelen, de belangrijkste eisen zijn die moeten worden gesteld aan indicatoren om tot een bruikbaar instrument te komen.

### 5.2 Definitie: indicatoren, kwaliteit/prestatie-indicatoren en toezichtindicatoren

Het Van Dale woordenboek voor hedendaags Nederlands geeft de volgende drie betekenissen van het begrip indicator.

**in·di·ca·tor** (de ~ (m.), ~en/~s)

- 1 [wisk.] getal dat een betrouwbare aanwijzing is voor de waarde van iets
- 2 [scheik.] stof die, gedurende een reactie toegevoegd, aanwijst hoe die reactie verloopt
- 3 verschijnsel dat op iets wijst, factor die iets aangeeft

In zijn algemeenheid kan dus worden gesteld dat een indicator informatie verschaft over een achterliggend fenomeen (‘iets’). Meestal heeft een indicator de vorm van een getal dat niet zozeer een exacte weergave is maar wel een *indicatie* geeft van het onderliggende fenomeen. Zo vertelt het Bruto Nationaal Product of het werkloosheidscijfer van een land iets over de welvaart, het aantal geweldsmisdrijven in een wijk iets over de veiligheid en rapportcijfers iets over schoolprestaties.

Indicatoren worden op vele terreinen toegepast: in het bedrijfsleven, bij de overheid en in toenemende mate in de gezondheidszorg. Om te komen tot een bruikbare set van indicatoren is het in de eerste plaats van belang om te komen tot een inkadering. Wat is precies het ‘iets’ waarnaar de indicatoren moeten verwijzen en welk type indicatoren zijn daar voor nodig?

Zoals in het eerste hoofdstuk werd aangegeven gaat het in dit geval om indicatoren die de Inspectie kunnen voorzien van informatie om haar toezicht op de huisartsenzorg gericht in te kunnen zetten. Het zijn daarom kwaliteitsindicatoren. In plaats van kwaliteitsindicatoren wordt ook wel gesproken over prestatie- of performance-indicatoren. Groenewoud

en Huijsman (2003) lieten aan de hand van een analyse van de begrippen kwaliteit en prestatie zien dat het hier in feite om dezelfde begrippen gaat. Op de definitie van de begrippen kwaliteit en prestaties zal later worden ingegaan.

Een kwaliteits/prestatie-indicator kan worden gedefinieerd als:

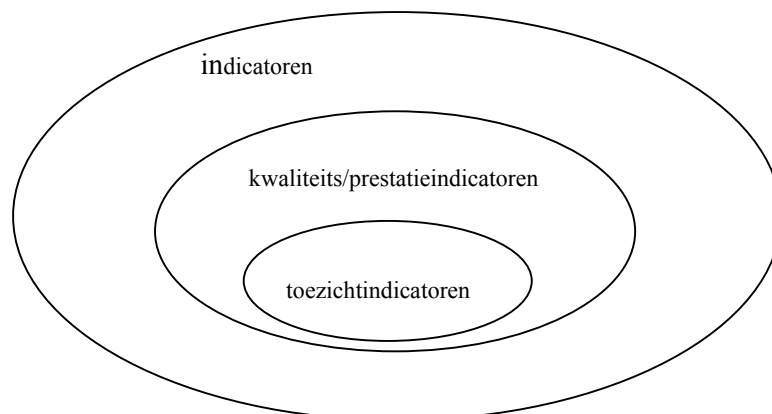
*A measurable element of practice performance for which there is evidence or consensus that it can be used to assess the quality, and hence change in the quality, of care provided (Lawrence et al., 1997)*

Een vergelijkbare definitie komt van Colsen en Casparie (1995):

*“Een meetbaar fenomeen dat een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van de organisatie”.*

In deze studie is gekozen voor de term *toezichtindicatoren*. Deze term geeft het doel van deze indicatoren aan, het houden van toezicht. Omdat dit toezicht van buiten af wordt uitgeoefend spreken we van een ‘externe’ indicator. Het onderscheid tussen externe en interne indicatoren komt later uitvoeriger aan de orde. In figuur 5.1 wordt schematisch weergegeven hoe de verschillende termen zich tot elkaar verhouden.

Figuur 5.1: Schematische weergave van positie van toezichtindicatoren binnen het geheel van indicatoren



### 5.3 Voorwaarden

Er is een aantal voorwaarden dat moet worden gesteld aan toezichtindicatoren. In de eerste plaats zijn dat criteria voor goede indicatoren in het algemeen en in de tweede plaats criteria die moeten worden gesteld met het oog op de achterliggende beleidsdoelen en de beoogde toepassing ervan door de Inspectie.

Colsen en Casparie (1995) formuleerden drie eisen die aan een indicator zouden moeten worden gesteld. In de eerste plaats moet een indicator *valide* zijn. Dat wil zeggen dat er daadwerkelijk een relatie moet zijn met wat wordt verstaan onder de kwaliteit van zorg.

Een tweede eis die kan worden gesteld is de *responsiveness* of ‘gevoeligheid’. Hieronder wordt verstaan dat de mate van verandering in kwaliteit zich weerspiegelt in een verandering van het getal van de indicator. Deze voorwaarde hangt overigens sterk samen met de eerste. Een derde eis is die van de *betrouwbaarheid*, de meting mag niet gevoelig zijn voor toevallige fouten. Deze eis houdt vooral verband met een uniforme wijze waarop gegevens verzameld worden.

De eerste eis die Colsen en Casparie stellen, dwingt tot een nadere uitleg van het begrip ‘kwaliteit van zorg’. Wat moet hier onder worden verstaan? Dat hangt sterk af van het perspectief waar vanuit naar die zorg gekeken wordt en de setting waarin die plaats vindt. De wijze waarop hier door de Inspectie tegenaan wordt gekeken wordt door de Inspecteur-generaal als volgt verwoord:

*Kwaliteit - zo zegt één van de vele definities – is voldoen aan de gerechtvaardigde verwachting van de patiënt. Het fraaie van deze definitie is de balans. Het draait om de patiënt, maar zijn verwachting moet gerechtvaardigd zijn en dus binnen de grenzen van het redelijke blijven. Maar wat is redelijk? De Inspectie baseert zich daarvoor sinds de invoering van de Kwaliteitswet op veldnormen, dat wil zeggen de normen van de zorgverleners.*

*(J.H. Kingma, Inspecteur-generaal in jaarrapport IGZ, 2001)*

Zorgverleners worden, met andere woorden, geacht zelf professionele normen vast te stellen voor kwalitatief goede zorg. Een voorbeeld daarvan zijn de NHG-standaarden. Patiënten moeten er op hun beurt op kunnen vertrouwen dat zorgverleners in principe volgens deze standaarden handelen. De Inspectie tracht zorgverleners een spiegel voor te houden.

Tot slot is er een voorwaarde die door Lawrence et al. (1997) wordt genoemd en die ook in dit verband van belang is: er moet sprake zijn van een zekere mate van ‘bewijs of consensus’ voor de bruikbaarheid van de indicator. Een indicator meet geen kwaliteit maar heeft een signalerende functie. Of deze maat daadwerkelijk verband houdt met kwaliteit is zelden evident en vrijwel iedere indicator kan discutabel zijn. Een zekere mate van draagvlak voor de indicator bij de partijen die bij de zorg zijn betrokken is daarom van belang. Het zal lang niet altijd mogelijk een indicator wetenschappelijk te onderbouwen, in zo’n geval moet er in ieder geval sprake zijn van een behoorlijke mate van *face-validity*, onder deskundigen bestaat er consensus over de validiteit van de indicator.

Bronnen die kunnen dienen als onderbouwing zijn wetenschappelijke literatuur, professionele standaarden, ervaringen in het buitenland en wettelijke bepalingen. Met name deze wettelijke bepalingen zullen voor toezichtindicatoren van groter belang zijn dan bij ontwikkeling van indicatoren voor andere doeleinden.

## 5.4 Interne en externe indicatoren

In de literatuur wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen interne en externe indicatoren.

De termen intern en extern verwijzen naar de functie van de indicatoren.

Interne kwaliteitsindicatoren zijn voor aanbieders van zorg een hulpmiddel om zorgprocessen te sturen en te verbeteren. Deze gegevens zijn vaak erg specifiek en toegespitst op de (lokale) situatie. De gegevens zijn dan ook vooral bruikbaar en interessant voor zorgverleners en managers. Bovendien zal men de indicatoren vooral binnen de eigen instelling vergelijken, bijvoorbeeld met de score van een half jaar daarvoor.

Externe kwaliteitsindicatoren worden doorgaans op grotere schaal en op een hoger niveau verzameld. Deze indicatoren gelden als een soort verantwoording naar de buitenwereld. Het doel is om in de gaten te houden of instellingen voldoen aan een bepaalde (minimum) norm. Dit soort informatie is relevant voor de overheid, verzekeraars, patiëntenorganisaties en de Inspectie.

Berg en Schellekens (2002) wijzen op het belang om een helder onderscheid te maken tussen interne en externe indicatoren en op het gebruiken van de juiste indicatoren voor de juiste doelen. Wanneer indicatoren die zijn ontwikkeld voor intern gebruik toegepast worden voor externe doeleinden brengt dat risico's met zich mee. In de eerste plaats kunnen de indicatoren een onjuist beeld geven omdat informatie over de context uit het zicht verdwijnt. Een voorbeeld hiervan is dat de beste dokters soms hoge mortaliteitscijfers hebben omdat ze zich met de moeilijkste gevallen bezig houden. In de tweede plaats kunnen interne verbeteringsprocessen juist geblokkeerd worden als de nadruk komt te liggen op verantwoording naar buiten toe. De focus kan dan verschuiven van kwaliteitsverbetering naar 'goed scoren'. In het ergste geval kunnen dan vormen van *gaming* of *creaming & dumping* optreden, het zodanig selecteren van patiënten dat de cijfers er gunstiger uit komen te zien. Berg en Schellekens bepleiten een strikte scheiding tussen interne en externe indicatoren. Deze twee zouden volgens hen slechts zelden inwisselbaar zijn. Andere auteurs stellen overigens dat interne indicatoren voor een deel wel degelijk gebruikt kunnen worden voor externe doelen (Colsen en Casparie, 1995).

Binnen deze studie zal gezocht worden naar externe indicatoren. Indicatoren die intern gebruikt worden, zullen hierbij niet per definitie worden uitgesloten. Wel zal steeds het belang van aanvullende contextgegevens en 'manipulatiegevoeligheid' in overweging worden genomen.

## 5.5 Normatief kader

Uiteindelijk leveren indicatoren getallen op die iets zeggen over de kwaliteit van de zorg. Om deze gegevens op een zinvolle wijze te kunnen interpreteren is het noodzakelijk te beschikken over een normatief kader. Dit kader moet voorzien in normen die aangeven wat gewenst is of waaraan getoetst wordt.

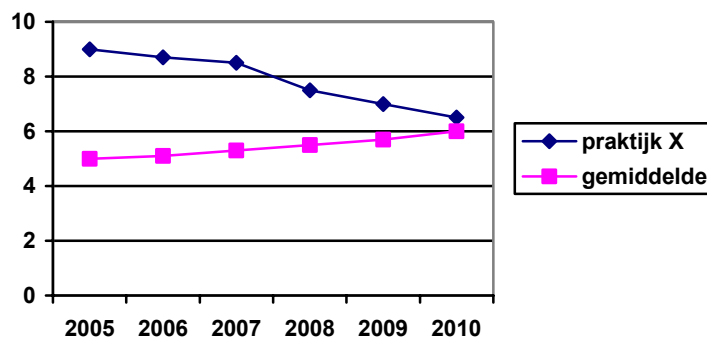
Er zijn globaal vier manieren om te komen tot normen (naar: Groenwoud en Huisman, 2003):

- Het afleiden van normen op basis van wetenschappelijk onderzoek (bijv. NHG-standaarden), gemaakte afspraken binnen de doelgroep in de vorm van richtlijnen, gedragscodes, beleidsdoelen of wetten.
- De uitkomsten worden vergeleken met uitkomsten binnen dezelfde organisatie(eenheid) in het verleden, bijvoorbeeld dezelfde huisarts of praktijk een jaar daarvoor.
- Het vergelijken van organisatie-eenheden binnen dezelfde organisatie (bijvoorbeeld inter-huisartsvariatie binnen een praktijk).
- Het vergelijken tussen organisaties (bijvoorbeeld praktijken of huisartsenposten), hier kan het gemiddelde van de populatie of de 'best scorende' organisatie de norm zijn.

Indien dit mogelijk is, geniet de eerste mogelijkheid de voorkeur. Het gaat hier immers om expliciete veldnormen. In dat geval zijn normen duidelijk verdedigbaar. Het is echter onmogelijk en wellicht onwenselijk alles te vatten in richtlijnen en standaarden. Bovendien is het soms problematisch om te verwoorden wat wenselijk is. Welk percentage van de patiëntencontacten moet bijvoorbeeld bestaan uit huisvisites? Dat is moeilijk te zeggen, wanneer echter blijkt dat een huisarts een beduidend lagere visiteratio heeft dan zijn collega's binnen dezelfde huisartsenpost, dan kan dat aanleiding zijn tot verder onderzoek.

Het gebruik van verschillende normen kan tot wezenlijk andere conclusies leiden, soms verdient het aanbeveling om bijvoorbeeld vergelijkingen met eerdere metingen binnen dezelfde praktijk en tussen praktijken onderling te combineren. In figuur 5.2 wordt dit geïllustreerd met een fictief voorbeeld van de score op een tevredenheidschaal in praktijk x. De bovenste lijn representeert de score van praktijk x, de onderste lijn het gemiddelde van alle praktijken. Wanneer we het gemiddelde van alle praktijken als norm nemen dan blijkt dat praktijk x in alle jaren bovengemiddeld scoort. Wanneer de gegevens als tijdreeks bekeken worden, en dus scores uit het verleden als norm worden gehanteerd dan blijkt dat er wel degelijk reden is tot waakzaamheid, praktijk x is zijn gunstige positie namelijk rap aan het verliezen en er is reden om te vermoeden dat het afstevent op een relatief slechte positie.

Figuur 5.2: Tijdreeks van een fictieve indicator in praktijk X en in de gehele populatie



Geconcludeerd moet worden dat het kiezen van een norm zorgvuldig moet gebeuren. Per indicator moeten keuzes gemaakt worden. Bovendien kan het nuttig zijn gegevens vanuit verschillende perspectieven te bekijken zowel crossectioneel (dwarsdoorsnede) als longitudinaal (ontwikkelingen in de tijd). Ten aanzien van vergelijkingen onderling en in de tijd zal ook de haalbaarheid een rol spelen. Zo vraagt het verzamelen van tijdreeksen een behoorlijke inspanning en zal vaak gekozen moeten worden voor het best haalbare.

## 5.6 Structuur, proces en uitkomst

In het functioneren van de zorg kan een onderscheid worden gemaakt tussen drie elementen hiervan: structuur, proces en uitkomst (Donabedian, 1980). Indicatoren kunnen betrekking hebben op deze drie elementen.

Onder *structuur* rekent Donabedian de relatief stabiele kenmerken van zorgverleners zelf, van de instrumenten en faciliteiten die zij tot hun beschikking hebben en van de fysieke en organisatorische setting waarin zij werken. Het heeft dus betrekking op zowel menselijke, fysieke als financiële hulpbronnen die nodig zijn om goede zorg te verlenen. Bij menselijke hulpbronnen valt bijvoorbeeld te denken aan expertise (bijvoorbeeld blijkens uit gevolgde scholing), bij fysieke aan de grootte van de spreekkamer en bij financiële aan geld om bijvoorbeeld de huur van een pand te kunnen betalen en om een up-to-date computersysteem aan te kunnen schaffen. Ook de aanwezigheid van een kwaliteitssysteem is een structuuraspect.

Onder de term *proces* valt de daadwerkelijke zorgverlening. Het gaat hier dus om het functioneren van de zorgverleners. Indicatiestelling, diagnose, verwijzing, prescriptie, nazorg e.d. Maar ook de bejegening van patiënten valt hier onder.

Uiteindelijk draait het in de zorg natuurlijk om *uitkomsten*. In het gunstigste geval komen de uitkomsten overeen met de beoogde doelen: genezing van de patiënt, voorkomen van (verergering van) ziekte of zelfs het voorkomen van sterfte, het verbeteren van de kwaliteit van leven. Maar er kunnen ook ongewenste uitkomsten optreden, ook wel omschreven als de vijf D's: dissatisfaction, discomfort, disability, disease, death.

### 5.6.1 Meten op structuur-, proces- of uitkomstniveau?

Op welk niveau kan men het best indicatoren meten? Politiek en beleidsmatig gezien lijkt er de laatste decennia een soort paradigmaverschuiving te hebben plaatsgevonden waarbij de aandacht voor het proces is verschoven naar aandacht voor uitkomsten. Deze verschuiving reikt verder dan alleen de gezondheidszorg. De overheid trekt zich terug en laat meer over aan het initiatief van particulieren, professionals en dus ook zorgverleners. Het begrip marktwerking doet zijn intrede in steeds meer geledingen van het publieke domein, de gezondheidszorg inclusief. De overheid bemoeit zich minder met inhoudelijke processen maar blijft wel 'marktmeester', de waarborger van het publieke belang. Dat wil zeggen dat wanneer er sprake is van slechte, onbevredigende uitkomsten gepoogd zal worden bij te sturen, desnoods met dwang. Een voorbeeld hiervan is de nadruk die de inspectie legt op veldnormen.



Vanuit dit oogpunt beschouwd lijkt het meten op uitkomstniveau het meest wenselijk. Het draait in de zorg immers om uitkomsten. Als de uitkomsten van de door een zorgverlener geleverde zorg naar wens zijn is het van ondergeschikt belang volgens welk proces deze tot stand zijn gekomen, het ‘werkt’ immers. Het meten van uitkomstindicatoren brengt echter een aantal deels inhoudelijke, deels praktische problemen met zich mee waardoor het meten op procesniveau vaak een betere oplossing is. Dit zal hieronder verder worden toegelicht.

Donabedian sprak over proces en uitkomst als *‘the two contenders in the ring’*. Deze metafoer gebruikte hij omdat deze twee vaak worden gepresenteerd alsof de ene geschikt is om te meten en de ander niet, als ware het een wedstrijd. Deze schijnbare tegenstelling beschouwt hij als onterecht en aan de hand van een analyse toonde hij aan dat nog de ene nog de andere per definitie het beste meetniveau is.

Donabedians voornaamste bezwaar tegen deze geforceerde keuze houdt verband met causale validiteit. Deze causale validiteit schuilt niet in proces of uitkomst maar in het verband tussen deze twee. Met andere woorden: men moet aannemelijk maken dat een bepaalde uitkomst daadwerkelijk een gevolg van het zorgproces is en niet van allerlei andere (genetische, psychische, sociale, contextuele) factoren die van invloed zijn op de uitkomst. Redenerend vanuit het proces betekent causale validiteit dat duidelijk is dat een bepaald proces een bepaalde uitkomst teweegbrengt. Als deze causale validiteit voldoende gewaarborgd is, dan zijn procesindicatoren net zo bruikbaar als uitkomstindicatoren. Het effect staat immers vast. Is nu deze causale validiteit onvoldoende aanwezig dan zijn beiden even onbruikbaar: het is zinloos processen te monitoren waarvan de effecten onbekend zijn en het is evengoed zinloos om uitkomsten te monitoren waarvan onbekend is waardoor ze veroorzaakt worden. Overigens zullen deze relaties altijd worden doorkruist door andere invloeden: patiënten kunnen spontaan herstellen ondanks een inadequate behandeling of kunnen evengoed achteruitgaan ondanks de best mogelijke behandeling.

In Donabedians visie zijn uitkomstindicatoren dus niet per definitie te verkiezen boven procesindicatoren. Omdat bovendien de fundamentele relatie tussen deze twee vrijwel altijd deels onzeker is pleit hij voor een systeem waarin de proces- en bijbehorende uitkomstindicatoren zoveel mogelijk naast elkaar worden gebruikt. Een dergelijk systeem controleert grotendeels zijn eigen validiteit.

Structuuraspecten hebben in mindere mate direct betrekking op zorg zelf. Ze hebben betrekking op aanwezige hulpbronnen, maar zeggen weinig over hoe deze gebruikt worden. Een uitstekend ingerichte praktijk waarborgt nog geen goede zorgverlening en een opleiding is nog geen bewijs voor goed functioneren. Omdat deze aspecten het verst van de daadwerkelijke zorg afstaan krijgen deze vaak minder aandacht bij het ontwikkelen van indicatoren. Desondanks kan het in een aantal gevallen functioneel zijn om gebruik te maken van structuurindicatoren, bijvoorbeeld als proces- en uitkomst informatie ontbreekt. Bovendien zijn structuurindicatoren relatief gemakkelijk te meten en kan daarom eenvoudig informatie worden verkregen. Daarnaast kan worden gesteld dat de aanwezigheid van de juiste hulpbronnen weliswaar geen goede zorg garandeert maar dat het omgekeerde vaak wel aannemelijk is. Een slecht georganiseerde praktijk met gebrekkige

faciliteiten en te weinig opgeleid personeel zal zeer waarschijnlijk zorg leveren die onder de maat is.

De keuze voor een bepaalde indicator en het niveau daarvan zal in de praktijk vaak worden ingegeven door praktische overwegingen. De inspanning van de gegevensverzameling moet wel opwegen tegen de informatie die het oplevert. Structuur- en proces-indicatoren zijn meestal gemakkelijker te meten dan uitkomstindicatoren. Bovendien hebben ongewenste uitkomsten vaak een zeer lage verschijningsfrequentie waardoor het op statistische gronden moeilijk is hier conclusies aan te verbinden.

Samenvattend: er wordt geen principiële keuze gemaakt voor structuur-, proces-, dan wel uitkomstindicatoren. Deze typen worden door elkaar en indien mogelijk in combinatie met elkaar gebruikt. In ieder geval zal steeds worden aangegeven wat de plaats van de betreffende indicator in deze keten is.

## 5.7 Conclusie

In dit hoofdstuk is nader ingegaan op het fenomeen indicatoren, de eisen waaraan deze moeten voldoen en zaken waarmee rekening moet worden gehouden in het formuleren van indicatoren.

In deze studie zal een aantal toezichtindicatoren worden geformuleerd. Aan deze toezichtindicatoren wordt een aantal eisen gesteld. Goede toezichtindicatoren:

- zijn valide
- zijn gevoelig
- zijn betrouwbaar
- zijn geschikt voor extern gebruik
- mogen de interne kwaliteitsverbetering niet frustreren
- moeten met relatief weinig inspanning te verzamelen zijn
- moeten enig draagvlak hebben bij betrokkenen
- moeten getoetst kunnen worden aan een norm
- zeggen iets over structuur, proces of uitkomst, maar moeten een verband hebben met zorguitkomsten
- moeten de Inspectie een instrument bieden om prioriteiten aan te brengen in het uitoefenen van hun toezichtstaak

Tot slot moet worden opgemerkt dat gestreefd wordt naar een groeimodel. De ideeën omtrent geschiktheid en bruikbaarheid van indicatoren zullen mogelijk worden bijgesteld of extra worden onderbouwd door ervaringen die worden opgedaan in het gebruik ervan. Het ontwikkelen van een goed model met toezichtindicatoren zal daarom vooral een proces zijn van ‘*piecemeal engineering*’ waarbij ervaringen van de Inspectie kunnen dienen als nieuwe input en waarbij steeds oog moet worden gehouden voor nieuwe ontwikkelingen in het werkveld van de huisartsenzorg.

In het volgende hoofdstuk zal worden ingegaan op hoe deze indicatoren concreet ‘handen en voeten’ kunnen worden gegeven.

## 6 Data en methode

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de gegevens beschreven waarop deze studie is gebaseerd. Enerzijds zijn dit data die zijn geanalyseerd, daarnaast is gebruik gemaakt van gegevensbronnen in de literatuur om bijvoorbeeld normen en referentiewaarden aan te ontleen. Verder wordt ingegaan op de gehanteerde onderzoeksmethoden.

### 6.2 Methode

#### *De selectie van indicatoren*

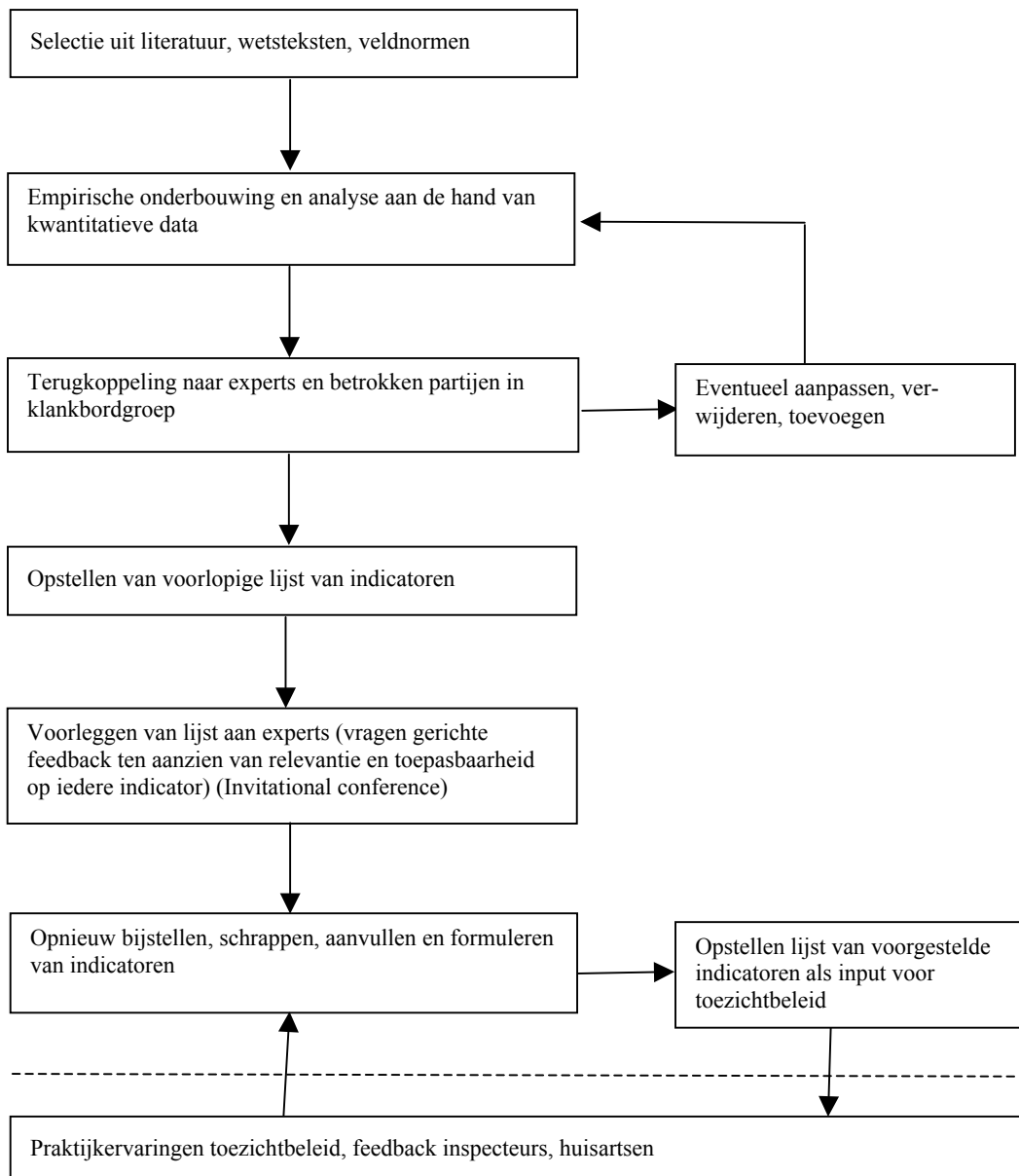
Er is voor gekozen de indicatoren toe te spitsen op een viertal terreinen van de huisartspraktijk. Zonder de pretentie te hebben de praktijk hiermee in al zijn facetten uitputtend in kaart te brengen wordt hiermee een breed overzicht gegeven. De indicatoren zijn gekozen op grond van veldnormen, literatuur en op basis van uitvoerig overleg met deskundigen uit het veld. In het vorige hoofdstuk is uitgebreid ingegaan op de gehanteerde criteria voor goede indicatoren.

Het ontwikkelen van een set bruikbare indicatoren is balanceren op het scherpst van de snede. Enerzijds moet er zo veel mogelijk informatie aan de indicatoren kunnen worden ontleend, maar tegelijkertijd moet de omvang van de lijst zo beperkt mogelijk blijven. Ook moeten de indicatoren een hoge mate van betrouwbaarheid en validiteit hebben, maar ze moeten ook betrekkelijk eenvoudig te verzamelen zijn. In de afzonderlijke hoofdstukken wordt steeds ingegaan op een aantal mogelijke indicatoren. Uiteindelijk zal worden getracht tot een afweging te komen waarin bruikbaarheid en haalbaarheid tegen elkaar worden afgewogen.

Het proces van indicatorenontwikkeling is schematisch weergegeven in figuur 6.1. In de eerste fase worden mogelijke indicatoren afgeleid uit literatuur, wetsteksten en veldnormen. Omdat de set aan indicatoren eerder 'breed' dan 'diep' moest worden en betrekking heeft op een enorm breed terrein is afgezien van een systematische literatuursearch. Er is met name gebruik gemaakt van bronnen die aansluiten bij actuele aandachtsgebieden en die bekend staan als richtinggevend voor de huisartsenzorg zoals NHG-standaarden en de WGBO. Vervolgens is aan de hand van de beschikbare data nagegaan of indicatoren die hieruit kunnen worden afgeleid, meetbaar en analyseerbaar zijn. De omschrijving van deze indicatoren en de analyses zijn teruggekoppeld naar een klankbordgroep, bestaande uit deskundigen en vertegenwoordigers van bij de huisartsenzorg betrokken partijen (er is een lijst van deelnemers opgenomen in bijlage 12.1). Naar aanleiding van het commentaar van de klankbordgroep zijn indicatoren waar nodig aangepast, toegevoegd of geschrapt. Dit proces leverde een voorlopige lijst op van indicatoren. Op 26 oktober 2004 is een invitationale conference belegd waarbij experts gevraagd is gerichte feedback te geven op iedere indicator. Vooral relevantie en uitvoerbaarheid

waren hierbij belangrijke criteria. Deze invitational conference heeft geleid tot een aantal aanpassingen, aanvullingen en enkele indicatoren zijn zelfs in zijn geheel geschrapt omdat er onvoldoende vertrouwen in was. Ook zijn er bij deze invitational conference enkele indicatoren voorgesteld waarvoor weliswaar geen data voor handen waren, maar die toch relevant werden geacht. Uiteindelijk leverde dit een lijst op van indicatoren die wordt aangeboden aan de Inspectie. Deze indicatoren zullen hun nut echter in de praktijk moeten bewijzen, de stippellijn geeft de overgang van onderzoek naar praktijk aan. Het werken met de indicatoren zal ook weer tot aanpassingen en aanvullingen kunnen leiden.

Figuur 6.1: Het proces van indicatorenontwikkeling: van bron tot beleid



## 6.3 Gebruikte gegevens

### 6.3.1 *Databestanden: Nationale Studie*

Voor de analyses is gebruik gemaakt van gegevens van de Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Schellevis et al., 2003). De Nationale Studie is een breed opgezet onderzoek om de positie en de rol van de huisarts en de huisartsgeneeskunde in Nederland opnieuw in kaart te brengen. Het NIVEL keek in 2001 bij 104 huisartspraktijken (195 huisartsen) en hun patiënten (ca. 400.000) op gedetailleerde schaal naar de huisartsgeneeskundige zorg op het niveau van de individuele patiënt. Er zijn gegevens verzameld over gestelde diagnoses, verrichtingen van huisartsen, prescripties, verwijzingen, achtergrondgegevens van patiënten en patiëntenoordelen over de huisartsenzorg.

De gegevensverzameling van de NS2 vond plaats tussen mei 2000 en april 2002; de meeste gegevens hebben betrekking op het kalenderjaar 2001. Voor de gegevensverzameling werd medewerking gevraagd aan de deelnemers van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), een samenwerkingsverband van NHG, LHV, WOK en NIVEL (Verheij, 2002). Van de 89 praktijken die in 1999 aan LINH deelnamen, waren er 61 bereid om aan de NS2 deel te nemen. Daarna werden 43 nieuwe praktijken geworven voor deelname aan LINH en de NS2, waarmee het totale aantal deelnemende praktijken aan de NS2 op 104 kwam.

In tabel 6.1 wordt een overzicht gegeven van de databronnen van de Nationale Studie. Voor meer informatie over de gegevensverzameling binnen de Nationale Studie wordt verwezen naar Schellevis et al., (2004). De meetinstrumenten die in dit rapport zijn gebruikt zijn, voor zover het enquêtevragen betreft, beschreven in de afzonderlijke hoofdstukken.

#### *Achtergrondvariabelen*

In de analyses is steeds een aantal achtergrondkenmerken meegenomen. Deze variabelen hebben betrekking op de praktijk, de huisarts, de patiënt of het betreffende consult. Er zijn twee redenen om deze variabelen in de analyses te betrekken. Hieronder worden deze beide redenen toegelicht.

##### Het opsporen van risicofactoren

Het is denkbaar dat bepaalde kenmerken van een praktijk of een huisarts van invloed zijn op het optreden van een bepaald risico. Wanneer bijvoorbeeld zou blijken dat juist in stedelijke praktijken of in praktijken met veel ouderen vaker problemen met de bereikbaarheid zijn, dan kan dat voor de inspectie een extra aandachtspunt vormen bij dit type praktijk. Er kan zo getracht worden tot een profiel te komen van de praktijk of huisarts waar een grotere kans bestaat op een bepaald risico.

##### Het controleren voor 'storende' invloeden

Een tweede reden om achtergrondkenmerken op te nemen is het komen tot een zo 'eerlijk' mogelijke vergelijking tussen praktijken. Praktijkpopulaties, en daarmee het voorkomen van bepaalde klachten, kunnen sterk variëren tussen praktijken. Stel we willen het aantal afgelegde visites per 1.000 patiënten van huisartsen met elkaar verge-

lijken. Wanneer huisarts a minder visites aflegt dan huisarts b kan dat komen doordat de b huisarts meer geneigd is visites af te leggen, maar ook doordat deze veel meer ouderen onder zijn populatie heeft. Het is niet zinvol om hun geneigdheid tot het afleggen van visites in te schatten zonder rekening te houden met de leeftijdssamenstelling van de populatie, het is immers bekend dat bij ouderen een visite vaker noodzakelijk is. Door te controleren voor dit kenmerk kan een eerlijker vergelijking worden gemaakt.

Er zijn vele, zometeen oneindig veel, achtergrondkenmerken denkbaar. De keuze voor de gebruikte variabelen komt voort uit theoretische maar ook uit pragmatische overwegingen. Uiteindelijk moet toegewerkt worden naar een set van indicatoren die relatief eenvoudig in de praktijk zijn te verzamelen. Er is daarom gekozen voor achtergrondvariabelen waarvan uit kan worden gegaan dat ze betrouwbare eenvoudig te verzamelen zijn zonder dat hiervoor al te veel extra registratie nodig is. Zaken als praktijkvorm, stedelijkheid, verzekeringsvorm en leeftijd van patiënten zijn gegevens die over het algemeen voor handen zijn. Enkele variabelen zullen in mindere mate voor handen zijn zoals etniciteit en opleiding van patiënten. Hiervan valt in de praktijk echter vaak wel een inschatting te maken op grond van gemeentelijke statistieken.

Tabel 6.1: Overzicht van de gegevensverzameling van de Tweede Nationale Studie (104 praktijken, 195 huisartsen tenzij anders vermeld)

Gegevens	Opmerkingen	N
<b>Patiëntenpopulatie</b>		
Uitgangspopulatie	Eenmalig bij de start van de studie	399.068 personen
Eindpopulatie	Eenmalig aan het einde van de studie	402.755 personen
Midtimepopulatie	Rekenkundig gemiddelde van uitgangspopulatie en eindpopulatie	400.912 personen
Sociaaldemografische gegevens	Schriftelijke patiëntregistratie bij de start van de studie	385.461 personen
Interview over gezondheid en zorggebruik	Mondelinge patiëntenquête gespreid over 12 maanden	12.699 personen
<b>In de huisartspraktijk</b>		
Aan de huisarts gepresenteerde klachten en aandoeningen	Contactregistratie gedurende 12 maanden	949.220 ziekte-episoden (96 praktijken)
Contactkenmerken	Contactregistratie gedurende 6 weken	180.751 contacten (90 praktijken)
Voorgescreven geneesmiddelen	Contactregistratie gedurende 12 maanden	2.143.558 voorschriften (100 praktijken)
Verwijzingen	Contactregistratie gedurende 12 maanden	116.080 verwijzingen (101 praktijken)
Diagnostische en therapeutische verrichtingen	Contactregistratie gedurende 6 weken	109.916 deelcontacten 22.963 verrichtingen
Huisarts-patiënt communicatie	Video-opnames met voor en na enquête	2784 opgenomen spreekuurconsulten (142 huisartsen)
<b>Over de huisartspraktijk</b>		
Visitatie Instrument Praktijkvoering	Visitatie	181 huisartsen (98 praktijken)
Praktijk enquête	Schriftelijke enquêtes	104 praktijken
Huisartsenquête		195 huisartsen
Praktijkondersteunend personeel enquête		271 praktijkassistenten/ praktijkondersteuners

### *Analyse*

Bij de over het algemeen kwantitatieve analyses is als volgt te werk gegaan. In de eerste plaats zijn kwantitatieve gegevens beschreven in de vorm van rechte tellingen en kruistabellen. Hierdoor kan een algemene indruk verkregen worden van de gemiddelde score en de verdeling binnen de onderzoekspopulatie. Vervolgens zijn er analyses uitgevoerd waarbij is nagegaan welke invloed kenmerken van bijvoorbeeld huisartsen, praktijken, patiënten of contacten hebben op de betreffende indicator.

De gehanteerde analysemethode en meetniveau verschilt al naar gelang de aard van de indicator. Zo is bij variabelen met een 0-1 uitkomst (positief of negatief) gebruik gemaakt van logistische regressieanalyse en bij variabelen met een metrische schaal van lineaire regressie. Het meetniveau van de variabele (bijvoorbeeld huisarts of praktijk) is ingegeven door twee overwegingen. In de eerste plaats is dat de inhoud van de variabele. Zo zijn aspecten van communicatie erg persoonlijk en eerder huisartsgerelateerd dan praktijkgerelateerd, terwijl bepaalde organisatieaspecten eerder praktijkgerelateerd zijn. In de tweede plaats spelen de praktische mogelijkheden van de data die voor handen zijn een rol. Wanneer bijvoorbeeld gegevens wel met zekerheid aan een praktijk maar niet aan een specifieke huisarts te koppelen zijn, is gekozen voor het praktijkniveau.





## 7 Toegang tot de huisarts

### 7.1 Inleiding

Door de speciale positie van huisartsen in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is het kernaspect toegankelijkheid van groot belang. De huisarts is over het algemeen het eerste aanspreekpunt bij gezondheidsproblemen en is daarmee in hoge mate bepalend voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in het algemeen. Het grote belang van toegankelijkheid wordt in de beroepsgroep dan ook algemeen onderkend. In de LHV-functieomschrijving wordt *directe, permanente en vrije toegankelijkheid* genoemd als kenmerk van huisartsenzorg. De begrippen direct, permanent en vrij worden nader toegelicht (LHV 1981):

- ‘direct’ wordt gezien als meteen, zonder uitstel (en geldt dan in beginsel, zonnodig);
- ‘permanent’: 24-uurs beschikbaarheid van de *functie* (heeft consequenties voor de bereikbaarheid, dat wil zeggen voor een stuk feitelijke praktijkorganisatie);
- ‘vrij’ slaat op drempelloosheid van de toegankelijkheid.

Ook in de toekomstvisie huisartsenzorg stellen de LHV en de NHG dat de huisartsenzorg ook in de toekomst ‘persoonsgericht, continu en toegankelijk’ wil zijn. In deze nota wordt behalve de drempelloosheid ook het belang onderkend van het leveren van zorg in de nabijheid van de patiënt (inclusief huisvisites). Hoewel dit laatste vroeger min of meer vanzelfsprekend was is dit met het oog op de ontwikkeling richting een ‘voorziening huisartsenzorg’ mogelijk een extra aandachtspunt. Kort samengevat moet huisartsenzorg *voor iedereen direct en overal toegankelijk* zijn.

### 7.2 Toegankelijkheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid

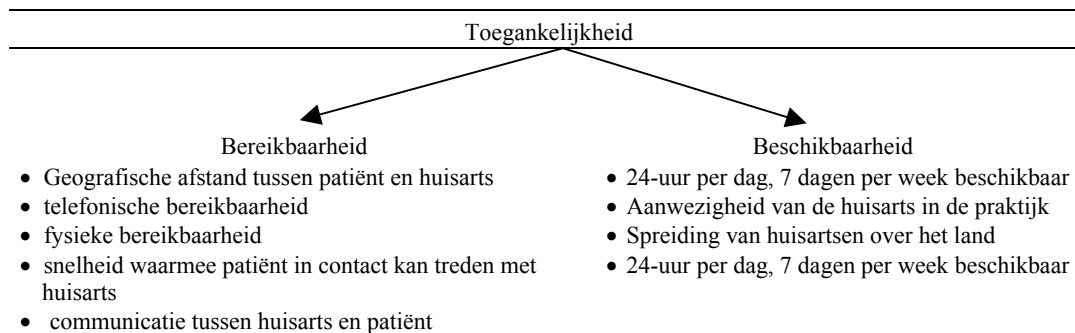
Uit het bovenstaande blijkt dat het kernaspect toegankelijkheid allerm minst een eenduidig begrip is maar in feite betrekking heeft op zaken die wezenlijk van elkaar verschillen. Het heeft tegelijkertijd betrekking op bijvoorbeeld de spreiding van huisartsen over het land als op de snelheid waarmee patiënten op het spreekuur terecht kunnen. Problemen die kunnen ontstaan met betrekking tot de toegankelijkheid kunnen dan ook inhoudelijk van elkaar verschillen. In de huisartsenzorg wordt ook wel gesproken van *bereikbaarheid en beschikbaarheid*. Deze twee begrippen kunnen worden beschouwd als een nadere uitwerking van toegankelijkheid. De definitie van deze begrippen ontleen we aan de nota *bereikbaarheid en beschikbaarheid* van de LHV:

Met *Bereikbaarheid* wordt met name bedoeld de mogelijkheden om persoonlijk, via derden, dan wel via technische communicatiemiddelen binnen korte tijd in contact te komen met de eigen huisarts dan wel huisartsenhulp.

*Beschikbaarheid* heeft betrekking op het voorhanden zijn van voldoende huisartsenhulp voor 7 x 24 uur per week. Daarnaast kan beschikbaarheid worden opgevat als het ter beschikking stellen van voldoende tijd voor patiënten tijdens het spreekuur en de waarneming.

In figuur 7.1 is de vertaling van toegankelijkheid in meer concrete begrippen schematisch weergegeven. Dit figuur geeft niet alles uitputtend weer, maar geeft wel een beeld van hoe deze begrippen kunnen worden ingevuld.

Figuur 7.1: Toegankelijkheid, bereikbaarheid en beschikbaarheid



### 7.3 Aanpak

Er is een vijftal gegevens geselecteerd die onder de noemer toegankelijkheid zijn te scharen. Één daarvan, de consultatiesnelheid volgens de huisarts, is ontleend aan de huisartsenenquête van de Nationale Studie, één gegeven is ontleend aan HIS-gegevens van huisartsen (aantal visites per 1.000 patiënten), drie items zijn ontleend aan de patiënt-enquête van de Nationale studie. Van de verschillende indicatoren is nagegaan in hoeverre deze verschillen tussen praktijken. Tevens is onderzocht in hoeverre er verbanden bestaan tussen de verschillende gegevens.

## 7.4 Consultatiesnelheid

### 7.4.1 Consultatiesnelheid volgens de huisarts

#### Indicator 1a

Percentage patiënten dat binnen twee, respectievelijk drie werkdagen na verzoek een consult heeft met de huisarts (visite of spreekuurcontact)	
Waarom wordt dit gemeten?	Snelle consultatie kan onrust en onzekerheid bij patiënten en, bij ernstige klachten, gezondheidsschade voorkomen
Hoe wordt dit gemeten?	Vraag in huisartsenquête NS1 en NS2
Norm	- minimaal 80% moet binnen twee werkdagen een consult hebben - 100% moet binnen drie werkdagen een consult hebben
Structuur/proces/uitkomst	Proces

#### Toelichting

In de ziekenfondswet staat de zogenaamde ‘zorgplicht’ omschreven. Ziekenfondsen moeten op een redelijke termijn zorg in natura leveren aan verzekerden. In het ‘Treek-overleg’, dat werd gehouden in 2000, werden afspraken gemaakt over wat aanvaardbare wachttijden zijn (‘de Treeknormen’). In dit overleg participeerden onder anderen de LHV, de KNMG en ZN. Bij het opstellen van deze normen is het uitgangspunt geweest dat een zekere wachttijd noodzakelijk is voor een doelmatige organisatie, er zijn dus problematische en aanvaardbare wachttijden. De norm geeft de grens hiertussen aan. N.B. het gaat hier uiteraard om niet-acute situaties, indien uitstel zou leiden tot acute verslechtering is directe behandeling geboden.

#### Bronnen:

Notitie Treekoverleg, Zorgverzekeraars Nederland. Zeist, 2001.

#### Meetinstrument

In de huisartsenquête deel 1 van de NS2 is dit als volgt gevraagd:

- |   |
|---|
| Hoe snel kunnen uw patiënten doorgaans (d.w.z. in niet spoedeisende gevallen) een afspraak krijgen bij u?<br><input type="checkbox"/> 's Ochtends gebeld, afspraak...<br><input type="checkbox"/> Nog dezelfde dag<br><input type="checkbox"/> De volgende dag<br><input type="checkbox"/> Later, namelijk...<br><br>'s Middags gebeld, afspraak...<br><input type="checkbox"/> Nog dezelfde dag<br><input type="checkbox"/> De volgende dag<br><input type="checkbox"/> Later, namelijk... |
|---|

#### Respons

186 huisartsen van de 188= 99%.

## Resultaten

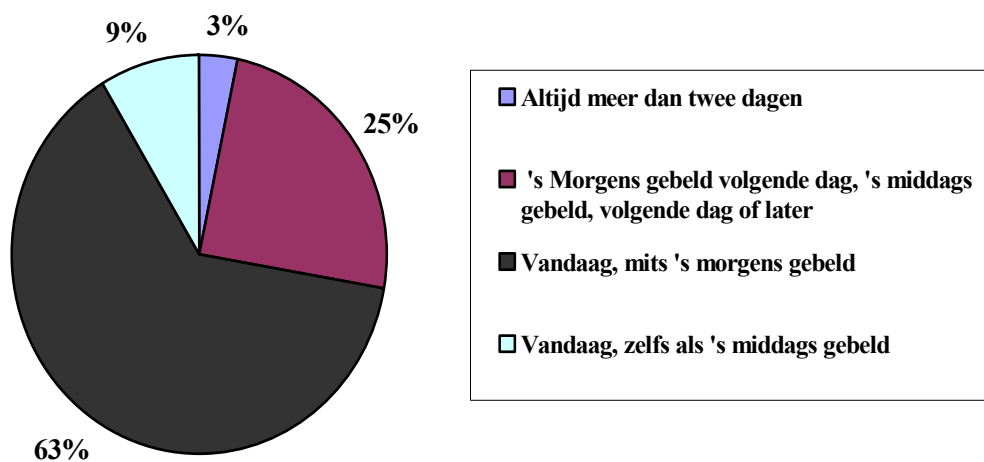
In de tabel 7.1 zijn de antwoorden weergegeven op de twee vragen. Bijna drie kwart (73%) van de huisartsen geeft aan dat patiënten doorgaans dezelfde dag terecht kunnen als ze 's morgens bellen. Bij een kwart wordt dat de volgende dag of nog later. Bij 9% kunnen patiënten zelfs doorgaans dezelfde dag nog terecht als ze 's middags bellen, bij de meeste huisartsen wordt dat de volgende dag of later.

Tabel 7.1: Moment waarop patiënten doorgaans bij de huisarts terechtkunnen als ze 's morgens respectievelijk 's middags bellen

	's Ochtends gebeld, afspraak...		's Middags gebeld, afspraak...	
	Aantal	%	Aantal	%
Nog dezelfde dag	135	73	16	9
De volgende dag	45	24	139	76
Later	6	3	29	16
Totaal	186	100	184	100

In figuur 7.2 zijn de huisartsen op grond van de combinatie van antwoorden op de twee vragen ingedeeld in vier groepen. De groep met de minst snelle consultatie bestaat uit 3%. Bij deze huisartsen moet men doorgaans meer dan twee dagen wachten, ongeacht of men 's morgens of 's middags belt. De groep die volgens eigen zeggen de snelste consultatie geeft bestaat uit 9% van de huisartsen, hier kan men vrijwel altijd dezelfde dag terecht, zelfs als men 's middags belt. Bij een kwart moeten patiënten 's morgens bellen om de volgende dag terecht te kunnen, bij 's middags bellen wordt het de volgende dag of later. Bij de grootste groep, 63% kan men dezelfde dag terecht mits er 's morgens wordt gebeld.

Figuur 7.2: Consultatiesnelheid naar moment van bellen volgens de huisarts



### Huisarts- en praktijkkenmerken

Huisartsen waarbij men doorgaans dezelfde dag terecht kan wanneer er 's morgens wordt gebeld blijken qua achtergrondkenmerken en praktijkkenmerken weinig te verschillen van de huisartsen waarbij men pas de volgende dag of later terecht kan. In tabel 7.2 zijn de verschillen weergegeven. Het enige kenmerk dat significant verschilt, is het aantal fte dat de huisarts werkt. De huisartsen waarbij men dezelfde dag terecht kan, werken gemiddeld 0,86 fte, de andere groep 0,78 fte.

Tabel 7.2: Huisartsen waarbij patiënten doorgaans dezelfde dag terechtkunnen indien 's morgens gebeld wordt en huisartsen waarbij dat niet het geval is; huisarts-, praktijk-, en contextkenmerken

	's Morgens gebeld, vandaag terecht (n=135)	's Morgens gebeld, volgende dag of later terecht (n=51)	Significant
<b>Huisarts</b>			
Leeftijd (jaren)	47,2	45,9	ns
Fte (0 t/m 1)	0,86	0,78	*
Vestigingsduur (jaren)	15,8	14,2	ns
Gemiddeld aantal werkzame uren per week	43,8	45,1	ns
Individuele praktijkomvang (aantal patiënten)	2130	2030	ns
<b>Geslacht</b>			
Man	76%	67%	
Vrouw	24%	33%	ns
<b>Praktijk/context</b>			
<b>Stedelijkheid</b>			
(Zeer) sterk	33%	37%	
Matig	19%	19%	
Weinig of niet	48%	44%	ns
<b>Praktijkvorm</b>			
Solo	35%	22%	
Duo	25%	19%	
Groep	40%	55%	ns
<b>Gemiddelde algemene praktijkgrootte (alle ingeschreven patiënten)</b>			
Gemiddeld aantal huisartsen	2,5	2,8	ns
<b>Achterstandswijk</b>			
Niet	92%	92%	
Wel	8%	8%	ns
Gemiddeld percentage ouderen (65 <sup>+</sup> )	13,7	12,5	ns
Gemiddeld percentage ziekenfondsverzekerden	66,5	68,1	ns

\* p<,05; \*\* p<,005; ns = p=>,05.

## 7.4.2 Consultatiesnelheid volgens patiënten

### Indicator 1b

Oordeel van patiënten over snelle consultatie	
Waarom wordt dit gemeten?	Snelle consultatie kan onrust en onzekerheid bij patiënten en, bij ernstige klachten, gezondheidsschade voorkomen
Hoe wordt dit gemeten?	Patiëntenoordelen over de mogelijkheid om binnen 24 uur terecht te kunnen indien nodig. De vraag is opgenomen in de QUOTE en is gesteld in de patiëntenenquête van de NS2.
Norm	Gemiddelde andere praktijken
Structuur/proces/uitkomst	Proces

### Meetinstrument

De volgende stelling en vraag zijn opgenomen in de patiëntenenquête, deze vraag maakt deel uit van de QUOTE.

Mijn huisarts moet, als daar aanleiding toe is, er voor zorgen dat ik altijd snel (binnen 24 uur) op het spreekuur terecht kan.

- 1 - Niet belangrijk
- 2 - Eigenlijk wel belangrijk
- 3 - Belangrijk
- 4 - Van het allergrootste belang

Is dat feitelijk ook zo?

- 1 - Nee
- 2 - Eigenlijk niet
- 3 - Eigenlijk wel
- 4 - Ja

### Respons

9.257 van de 9.685 patiënten (18 jaar en ouder), 96%.

### Resultaten

In de tabellen 7.3 en 7.4 zijn de aantallen en percentages weergegeven van de antwoorden op de twee vragen. Uit tabel 7.3 blijkt dat er veel belang wordt gehecht aan een snelle consultatie, ruim 92% noemt het belangrijk of 'van het allergrootste belang'. Nog geen 2% noemt het onbelangrijk. In tabel 7.4 is te zien dat bijna 87% van mening is dat men inderdaad binnen 24 uur terecht kan indien nodig. Volgens 8,7% is dat 'eigenlijk niet' het geval en 4,4% antwoordt 'nee'.

Tabel 7.3: De mate waarin patiënten het van belang vinden dat zij binnen 24 uur terecht kunnen op het spreekuur als daar aanleiding toe is

	Aantal	%
Niet belangrijk	130	1,4
Eigenlijk wel belangrijk	577	6,0
Belangrijk	6.318	65,7
Van het allergrootste belang	2.590	26,9
Totaal	9.615	100,0

Tabel 7.4: De mate waarin patiënten volgens eigen zeggen binnen 24 uur terecht kunnen op het spreekuur als daar aanleiding toe is

	Aantal	%
Nee	404	4,4
Eigenlijk niet	809	8,7
Eigenlijk wel	2.415	26,1
Ja	5.629	60,8
Totaal	9.280	100,0

In tabel 7.5 zijn de patiënten opgesplitst in twee categorieën, degenen die aangeven dat ze niet binnen 24 uur terecht kunnen en degenen die aangeven dat dat wel het geval is. Nagegaan is of de praktijken waar deze patiënten ingeschreven zijn van elkaar verschillen. Daarnaast zijn enkele kenmerken van deze patiënten zelf opgenomen: leeftijd, sekse en verzekeringsvorm.

Enkele kenmerken blijken significant te verschillen tussen de twee categorieën. De patiënten die zeggen binnen 24 uur terecht te kunnen zijn vaker ingeschreven in een solopraktijk en minder vaak in een groepspraktijk. Het aantal ingeschreven patiënten per huisarts is lager in de praktijken waar men binnen 24 uur terecht kan, een verschil van gemiddeld honderd patiënten per fte huisarts. Ook het aantal huisartsen is gemiddeld iets kleiner in de praktijken waar men snel terecht kan, uiteraard hangt dit sterk samen met de praktijkvorm. Het percentage ziekenfondsverzekerden ligt in de 'snellere praktijken' iets lager. Hoewel dit verschil significant is, is het gering: nog geen 2%. Tot slot zien we dat patiënten die aangeven binnen 24 uur terecht te kunnen, gemiddeld zo'n vier jaar ouder zijn en significant vaker van het mannelijk geslacht.

Tenslotte is gekeken welke van de verbanden die werden gevonden blijven bestaan onder constanthouding van alle andere factoren. Dit is gedaan aan de hand van een logistische regressieanalyse. In tabel 7.6 zijn alleen de significante effecten weergegeven. Een oddsratio hoger dan 1 wijst op een positief effect, een oddsratio onder de 1 wijst op een negatief effect. In de laatste kolom is het 95% betrouwbaarheidsinterval weergegeven.

Tabel 7.5: Patiënten die volgens eigen zeggen wel binnen 24 uur terechtkunnen op het spreekuur terechtkunnen versus patiënten waarbij dat niet het geval is: praktijk- en respondentkenmerken

	Eigenlijk niet/nee	Eigenlijk wel/ja	Significant
<b>Stedelijkheid</b>			
(Zeer) sterk	38	41	
Matig	19	20	
Weinig of niet	43	39	ns
<b>Praktijkvorm</b>			
Solo	27	35	
Duo	25	29	
Groep	48	37	*
<b>Achterstandswijk</b>			
Niet	92	93	
Wel	8	7	ns
<b>Apotheekhoudend</b>			
Niet	89	89	
Wel	11	11	ns
<b>Algemene praktijkgrootte</b>			
Aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts	2.655	2.554	*
Aantal huisartsen	2,8	2,4	**
Percentage ouderen (65 <sup>+</sup> ) in de praktijk	12,9	13,8	ns
Percentage ziekenfondsverzekerden in de praktijk	68,3	66,6	*
Leeftijd respondent	45,4	49,5	**
<b>Geslacht respondent</b>			
Man	37	45	
Vrouw	63	55	**
<b>Verzekeringsvorm respondent</b>			
Ziekenfonds	66	66	
Particulier	34	34	ns

\*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,005$ ; ns =  $p \geq ,05$ .

De hierboven gevonden effecten van praktijkvorm, aantal ingeschreven patiënten, percentage ziekenfondspatiënten, leeftijd en geslacht behouden hun effect. Bij de variabele praktijkvorm dienen solopraktijken als referentiecategorie. Het effect van een groepspraktijk is negatief en significant, met andere woorden: een patiënt die bij een groepspraktijk staat ingeschreven heeft een aanzienlijk kleinere kans op een consultatie binnen 24 uur (volgens eigen zeggen) dan een patiënt die bij een solopraktijk is aangesloten. Verder is er snellere consultatie naarmate het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts lager is, het percentage ziekenfondspatiënten lager is, de betrokken patiënt ouder is. Omdat deze variabele het oordeel van de patiënt betreft kan niet worden geconcludeerd dat mannen en ouderen daadwerkelijk bevoordeeld worden. Het is goed mogelijk dat vrouwen en jongere mensen geneigd zijn kritischer te oordelen of dat deze groepen eerder van oordeel zijn dat consultatie binnen 24 uur noodzakelijk is.



Tabel 7.6: Effect van praktijk- en patiëntkenmerken op oordeel over consultatiesnelheid (Logistische regressie)

Praktijkvorm (ref=solo)	OR	95% BI
Duopraktijk	,95	,60 - 1,48
Groepspraktijk	,57*	,38 - ,85
Aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts (/100)	,98*	,96 - ,99
Percentage ziekenfondspatiënten in de praktijk	,97*	,95 - ,99
Leeftijd respondent in jaren	1,01**	1,01 - 1,02
Geslacht respondent (man) (ref=vrouw)	1,41**	1,23 - 1,63

(1= patiënt zegt dat wanneer daar aanleiding toe is, hij of zij (binnen 24 uur) op het spreekuur terecht kan)

\*:  $p < ,05$ ; \*\*:  $p < ,005$ ; ref=referentiecategorie.

## 7.5 Telefonische bereikbaarheid

### Indicator 2

Patiëntenoordeel over telefonische bereikbaarheid	
Waarom wordt dit gemeten?	Patiënten treden veelal in eerste instantie telefonisch in contact met hun huisarts. Een goede telefonische bereikbaarheid is van belang voor het goed functioneren van de huisartsenzorg
Hoe wordt dit gemeten?	Patiëntenoordelen over telefonische bereikbaarheid kunnen worden gemeten aan de hand van patiëntenquêtes. De QUOTE biedt hiervoor een gevalideerd meetinstrument.
Norm	- gemiddelde over alle praktijken - maximaal aanvaardbaar percentage ontevreden patiënten.
Structuur /proces/uitkomst	Proces/uitkomst

### Toelichting

QUOTE staat voor Quality Of care Through the patients Eyes (Sixma et al., 1998; 2004). De QUOTE is uitvoerig gevalideerd en wordt international toegepast. In de Tweede Nationale Studie is deze indicator gemeten (Schellevis et al., 2004)(Braspenning et al., 2004).

### Meetinstrument

De volgende stelling en vraag zijn opgenomen in de patiëntenenquête, deze vraag maakt deel uit van de QUOTE.

Mijn huisarts moet telefonisch altijd goed bereikbaar zijn

- 1- Niet belangrijk
- 2 -Eigenlijk wel belangrijk
- 3 -Belangrijk
- 4 -Van het aller grootste belang

Is dat feitelijk ook zo?

- 1- Nee
- 2- Eigenlijk niet
- 3- Eigenlijk wel
- 4- Ja

### Respons

9.280 van de 9.685 patiënten (18 jaar en ouder), 96%.

### Resultaten

In de tabellen 7.7 en 7.8 zijn de aantallen en percentages weergegeven van de antwoorden op de twee vragen. Bijna alle patiënten vinden het belangrijk dat hun huisarts altijd goed telefonisch bereikbaar is. Slechts 1,5% vindt het niet belangrijk. Hoewel een ruime meerderheid van mening is dat de huisarts altijd goed telefonisch bereikbaar is, denkt meer dan 20% hier anders over.

Tabel 7.7: De mate waarin patiënten het van belang vinden dat de huisarts altijd goed telefonisch bereikbaar is

	Aantal	%
Niet belangrijk	143	1,5
Eigenlijk wel belangrijk	601	6,2
Belangrijk	5.643	58,6
Van het aller grootste belang	5.239	33,7
Totaal	9.626	100,0

Tabel 7.8: Mate waarin de huisarts altijd goed telefonisch bereikbaar is volgens de patiënten

	Aantal	%
Nee	761	8,2
Eigenlijk niet	1.258	13,5
Eigenlijk wel	2.456	26,5
Ja	4.805	51,8
Totaal	9.280	100,0

In tabel 7.9 zijn de patiënten in twee categorieën verdeeld, degenen die niet van mening zijn dat hun huisarts altijd goed bereikbaar is en degenen die dat wel vinden. Nagegaan is of er verschillen zijn tussen deze twee categorieën en de praktijken waarbij zij zijn ingeschreven. Drie kenmerken blijken significant te verschillen tussen de twee categorieën. In de ‘niet altijd goed bereikbare praktijken’ is het percentage ziekenfondsverzekerden iets hoger, het verschil is 1,3%. De andere twee kenmerken hebben betrekking op de respondent: naarmate men ouder is, is de kans dat men positief oordeelt over de telefonische bereikbaarheid groter en ook is het aandeel ziekenfondspatiënten iets groter in de categorie die positief oordeelt.

Tabel 7.9: Patiënten die zeggen dat hun huisarts altijd goed telefonisch bereikbaar is versus patiënten waarbij dat niet het geval is: praktijk- en respondentkenmerken

	Eigenlijk niet/nee	Eigenlijk wel/ja	Significant
<b>Stedelijkheid</b>			
(Zeer) sterk	38	41	
Matig	17	21	
Weinig of niet	45	38	ns
<b>Praktijkvorm</b>			
Solo	31	34	
Duo	32	27	
Groep	37	38	ns
<b>Achterstandswijk</b>			
Niet	91	93	
Wel	9	7	ns
<b>Apotheekhoudend</b>			
Niet	89	89	
Wel	11	11	ns
Aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts	2625	2547	ns
Percentage ouderen (65 <sup>+</sup> ) in de praktijk	13,4	13,8	ns
Percentage ziekenfondsverzekerden in de praktijk	67,9	66,6	*
Leeftijd respondent	46,7	49,6	**
<b>Geslacht respondent</b>			
Man	43	45	
Vrouw	57	55	ns
<b>Verzekeringsvorm respondent</b>			
Ziekenfonds	64	66	
Particulier	36	34	*

\* p<,05; \*\* p<,005; ns = p=>,05.

Een logistische regressie van alle bovenstaande variabelen op het oordeel over telefonische bereikbaarheid levert vier significant effecten op. De kans dat de huisarts volgens de patiënt altijd goed telefonisch bereikbaar is, is groter wanneer de patiënt een man is en naarmate de patiënt ouder is. Deze kans is kleiner naarmate het percentage ziekenfondspatiënten in de praktijk groter is en wanneer de patiënt particulier verzekerd is.

Tabel 7.10: Effect van praktijk- en patiëntkenmerken op oordeel over telefonische bereikbaarheid (logistische regressie)

	OR	95% BI
Percentage ziekenfondspatiënten in de praktijk	,98*	,96 - ,99
leeftijd respondent in jaren	1,01**	1,01 – 1,01
Geslacht respondent (man) (ref=vrouw)	1,14*	1,01 – 1,29
Verzekeringsvorm respondent (particulier; ziekenfonds=ref)	,82**	,74 - ,90

(1= patiënt zegt dat huisarts altijd goed telefonisch bereikbaar is)

\*:  $p < ,05$ ; \*\*:  $p < ,005$ ; ref = referentiecategorie.

## 7.6 Het afleggen van visites (1)

### 7.6.1 Visite/contactratio

#### Indicator 3a het afleggen van visites (1)

Het aandeel visites per 1.000 ingeschreven patiënten	
Waarom wordt dit gemeten?	Wanneer een patiënt niet in staat is naar de praktijk of HAP toe te komen is het noodzakelijk dat de huisarts een huisvisite aflegt. Het onterecht weigeren een visite af te leggen kan leiden tot ongemak, gezondheidsschade en vermijdbare sterfte bij patiënten
Hoe wordt dit gemeten?	In het HIS kan het soort contact (telefonisch consult, spreekuurcontact, visite) worden ingevoerd. Dit getal kan vervolgens worden gerelateerd aan het aantal ingeschreven patiënten. Er wordt dit gecontroleerd voor minimaal de leeftijdssamenstelling en eventueel andere achtergrondkenmerken van de populatie
Teller	Aantal afgelegde visites in een bepaalde periode (bijvoorbeeld een week) op huisarts- of praktijkniveau
Noemer	Aantal ingeschreven patiënten in de praktijk gedeeld door 1.000
Norm	- Gemiddelde over alle praktijken - Gemiddelde andere huisartsen binnen dezelfde praktijk - Gemiddelde andere huisartsen binnen dezelfde HAP
Structuur/proces/uitkomst	Proces

#### Toelichting

In tuchtrechtzaken waarbij huisartsen betrokken zijn is het niet afleggen van een visite de meest voorkomende aanklacht. In de periode 1982-1993 betrof dit 25% van de tuchtrechtzaken. In veel gevallen bleek de patiënt te zijn overleden. Meestal was de betrokken huisarts een waarnemer (70 van de 90 gevallen in bovengenoemde periode) (Heineman en Hubben, 1995)(Van Kessel, 2004). Door het grote aantal tuchtzaken omtrent dit probleem kan bij het bepalen wat aanvaardbaar is, geput worden uit jurisprudentie.

Als hoofdregel komt uit de rechtspraak naar voren: “Op een huisarts rust in het algemeen de plicht een patiënt te bezoeken indien de aandoening waaraan een patiënt zegt te lijden door de betrokkene zelf en/of zijn omgeving als zeer ernstig wordt beschouwd”. Er mag niet voor worden gekozen alleen bepaalde groepen te bezoeken (bijvoorbeeld alleen kinderen en ouderen). Ook geeft de jurisprudentie aan dat indien dringend wordt verzocht een huisvisite af te leggen en zeker als dit meerdere malen gebeurt, hieraan gehoor moet worden gegeven. De noodzaak tot het afleggen van een visite kan van medische- maar ook van emotionele aard zijn. Extra alertheid is geboden wanneer het een onbekende patiënt is, een kind of een oudere. Tevens worden in de jurisprudentie een aantal specifieke gevallen genoemd waarbij een visite moet worden afgelegd zoals oude mensen die zijn gevallen en kinderen met zeer hoge koorts. Dit laatste staat op gespannen voet met de NHG-standaard ‘kinderen met koorts’.

Het is onmogelijk om een minimum aandeel visites vast te stellen. Het is immers sterk afhankelijk van de zorgvraag die zich aandient. Een opvallend laag aandeel visites in vergelijking met collega's kan echter wijzen op een te beperkte bereidheid om visites af te leggen, zeker in combinatie met een hoog aandeel patiënten dat ontevreden is over de bereidheid visites af te leggen.

### **Meetinstrument**

In de NS2-praktijken is in 2001 gedurende zes weken van alle contacten bijgehouden wat voor soort contacten het betrof. Dit is geregistreerd in het HIS op deelcontactniveau. De gegevens zijn grondig gecontroleerd op registratie-effecten en praktijken waarbij door registratieproblemen onwaarschijnlijke uitkomsten zijn ontstaan, zijn buiten de analyses gehouden.

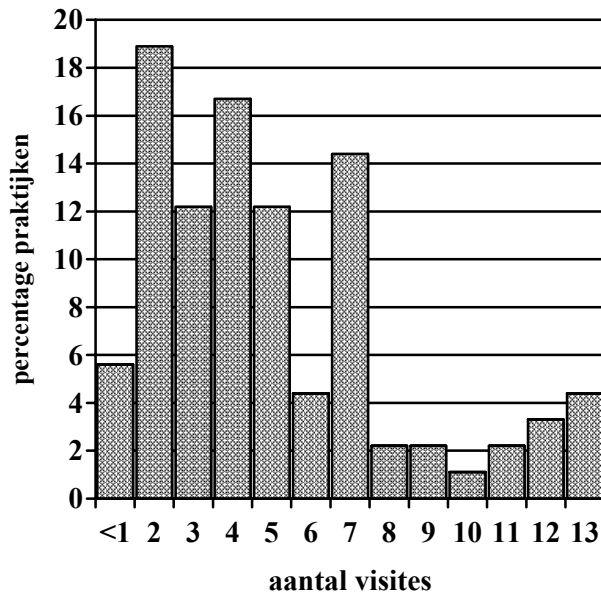
### **Respons**

Na verwijdering van afwijkend registrerende praktijken blijven 90 praktijken van de 104 over. Dat betekent 87% van de praktijken.

### **Resultaten**

Het gemiddelde aantal visites per 1.000 patiënten, per week in de negentig onderzochte praktijken bedraagt 4,6 (95% betrouwbaarheidsinterval 3,87 - 5,33). Er is echter sprake van een wat scheve verdeling waardoor het gemiddelde mogelijk wat overschat wordt: de mediaan is 3,7. In figuur 7.3 zijn de uitkomsten weergegeven in een staafdiagram. In deze figuur is te zien dat de spreiding behoorlijk groot is: er zijn praktijken waar nog niet één visite per 1.000 patiënten wordt afgelegd, maar ook waar er meer dan dertien worden afgelegd. De laagste en de hoogste score waren respectievelijk 0,4 en 18.

Figuur 7.3: Aantal visites per 1.000 ingeschreven patiënten op praktijkniveau



Waarin verschillen praktijken met veel en weinig visites van elkaar? Om dit na te gaan zijn de praktijken op grond van hun visiteratio verdeeld in vier kwartielen. Vervolgens zijn het kwartiel met de meeste visites, het kwartiel met de minste visites en de twee middelste kwartielen (samengevoegd) met elkaar vergeleken. De resultaten zijn weergegeven in tabel 7.11.

Twee kenmerken blijken sterk te verschillen: de mate van stedelijkheid van de praktijk en het percentage ouderen (65<sup>+</sup>) in de praktijk. Van de praktijken met de minste visites is twee derde gevestigd in (zeer) sterk stedelijk gebied terwijl dat bij de praktijken met de meeste visites slechts één derde is. Van deze laatste groep is meer dan de helft in weinig of niet stedelijke gebieden gevestigd, terwijl dat bij de praktijken met weinig visites slechts 4,8% is. De middengroep neemt ook qua stedelijkheid een middenpositie in. In de praktijken met veel visites ligt het percentage ouderen hoger, 17% versus 11% in de praktijken met weinig visites en 14,2% in de middengroep. Dit is niet verrassend, het is immers bekend dat verreweg de meeste visites worden afgelegd bij ouderen (zie o.a. WWW.LINH.NL).

Tabel 7.11: Praktijkenmerken van praktijken met veel, ‘gemiddeld’ en weinig visites per 1.000 patiënten (hoogste, laagste en twee middelste kwartielen)

	Kwartiel met laagste visitatie-frequentie (n=22)	Middengroep (n=46)	Kwartiel met hoogste visitatie-frequentie (n=22)	Significant
<b>Stedelijkheid (%)</b>				
(Zeer) sterk	66,7	41,3	31,8	
Matig	28,6	17,4	19,1	
Weinig / niet	4,8	41,3	54,5	**
<b>Praktijkvorm (%)</b>				
Solo	61,9	41,3	54,5	
Duo	23,8	28,3	40,9	
Groep	14,3	30,4	4,5	ns
<b>Achterstandswijk (%)</b>				
Niet	90,5	95,7	95,5	
Wel	9,5	4,3	4,5	ns
<b>Apotheekhoudend (%)</b>				
Niet	95,2	89,1	77,3	
Wel	4,8	10,9	22,7	ns
Algemene praktijkgrootte	3.335	4.258	3.252	ns
Aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts	2.601	2.649	2.370	ns
Aantal huisartsen	1,5	2,1	1,5	ns
Percentage ouderen (65 <sup>+</sup> ) in de praktijk	11,0	14,2	17,0	**
Percentage ziekenfondsverzekerden	65,5	68,3	68,3	ns

\* p<,05; \*\* p<,005; ns = p=>,05.

Ook wanneer gecontroleerd wordt voor alle andere kenmerken blijken de effecten van stedelijkheid en het percentage ouderen in de praktijk te blijven bestaan. Bovendien blijkt het gegeven of de praktijk is gevestigd in een ‘erkend’ achterstandsgebied een positieve invloed te hebben. De resultaten van de multivariate analyse zijn opgenomen in tabel 7.12. Het gemiddeld aantal visites neemt naar schatting 1,15 af per stap op de schaal voor stedelijkheid, dat betekent ongeveer 4,6 visites verschil tussen de meest en minst stedelijke gebieden. Het aantal visites neemt met 0,31 toe bij een toename van 1% ouderen en in de achterstandsgebieden is het aantal visites ongeveer 3,26 hoger dan in de andere wijken. In totaal wordt een derde van de spreiding in het aantal visites door deze drie variabelen verklaard, dit is behoorlijk veel te noemen.

Tabel 7.12: De invloed van praktijk- en contextkenmerken op het aantal visites per 1.000 patiënten, per week (multipel lineaire regressie; n=89 praktijken)

	B	$\beta$	95% BI
Constante	-3,19*		-5,62 - -0,75
Stedelijkheid (1-5, hoe hoger, hoe meer stedelijk)	-1,15**	0,43	-0,66 - -1,65
Percentage ouderen (65 <sup>+</sup> )	0,31**	0,48	0,19 - 0,42
Achterstandsgebied (0=niet; 1=wel)	3,26*	0,21	0,35 - 6,18
Proportie verklaarde variantie (adj. R <sup>2</sup> )		0,33	

\* p<,05; \*\* p<,005.

### 7.6.2 Patiëntenoordeel over de bereidheid om visites af te leggen

Indicator 3b: het afleggen van visites (2)

Tevredenheid met de bereidheid om visites af te leggen	
Waarom wordt dit gemeten?	Wanneer een patiënt niet in staat is naar de praktijk of HAP toe te komen is het noodzakelijk dat de huisarts een huisvisite aflegt. Het onterecht weigeren een visite af te leggen kan leiden tot ongemak, gezondheidsschade en vermijdbare sterfte bij patiënten
Hoe wordt dit gemeten?	Patiëntenoordelen over de bereidheid van de huisarts om huisvisites af te leggen kunnen worden gemeten aan de hand van patiëntenquêtes. De QUOTE biedt hiervoor een gevalideerd meetinstrument.
Teller	Aantal ontevreden patiënten
Noemer	Aantal patiënten dat een oordeel geeft
Norm	- gemiddelde over alle praktijken - maximaal aanvaardbaar percentage ontevreden patiënten
Structuur/proces/uitkomst	Proces/uitkomst

Toelichting:

Zie vorige indicator.

#### Meetinstrument

Mijn huisarts moet altijd onmiddellijk bereid zijn een visite (huisbezoek) af te leggen, als ik daarom vraag.

- 1- Niet belangrijk
- 2 -Eigenlijk wel belangrijk
- 3 -Belangrijk
- 4 -Van het allergrootste belang

Is dat feitelijk ook zo?

- 1- Nee
- 2- Eigenlijk niet
- 3- Eigenlijk wel
- 4- Ja



## Respons

7.989 van de 9.685 patiënten (18 jaar en ouder), 82%.

## Resultaten

In de tabellen 7.13 en 7.14 zijn de antwoorden weergegeven op de vragen naar het belang dat patiënten hechten aan het afleggen van visites door de huisarts en de mate waarin de huisarts daar volgens de patiënten toe bereid is. Ruim zeven op de tien patiënten zeggen het afleggen van visites belangrijk of ‘van het allergrootste belang’ te vinden, slechts 8% vindt het onbelangrijk.

De vraag naar de feitelijke situatie is door 1.602 respondenten niet beantwoord, over het algemeen omdat ze hier geen ervaring mee hadden. Een ruime meerderheid, bijna 84% is van mening dat hun huisarts altijd bereid is een visite af te leggen als daarom wordt gevraagd. Ruim 16% zegt dat dit niet het geval is.

Tabel 7.13: De mate waarin patiënten het van belang vinden dat de huisarts altijd onmiddellijk bereid is een visite (huisbezoek) af te leggen, als daarom wordt gevraagd

	Aantal	%
Niet belangrijk	757	7,9
Eigenlijk wel belangrijk	1.894	19,8
Belangrijk	5.087	53,0
Van het allergrootste belang	1.853	19,3
Totaal	9.591	100,0

Tabel 7.14: Mate waarin de huisarts (volgens de patiënt) altijd onmiddellijk bereid is een visite (huisbezoek) af te leggen, als daarom wordt gevraagd

	Aantal	%
Nee	487	6,1
Eigenlijk niet	806	10,1
Eigenlijk wel	2.787	34,9
Ja	5.909	48,9
Totaal	7.989	100,0

In tabel 7.15 zijn de praktijk- en respondentkenmerken van beide categorieën weergegeven. Een eerste kenmerk dat van belang lijkt te zijn is de leeftijd van zowel de praktijkpopulatie als de respondent. Bij de respondenten die aangeven dat de huisarts wel altijd bereid is visites af te leggen is het percentage ouderen in de praktijk iets hoger, het verschil is 0,5%. Gemiddeld zijn de patiënten die positief oordelen zelf vijf jaar ouder dan de patiënten die negatief oordelen: respectievelijk 45,7 en 50,7. Ook hier oordelen de mannen wat vaker positief dan de vrouwen. In de categorie die aangeeft dat de huisarts niet

altijd bereid is visites af te leggen is 59,2% vrouw, in de andere categorie ligt dat ruim 4% lager.

Tabel 7.15: Patiënten die aangeven dat hun huisarts altijd onmiddellijk bereid is een visite af te leggen versus patiënten waarbij dat niet het geval is: praktijk- en respondentkenmerken

	Nee/Eigenlijk niet	Ja/Eigenlijk wel	Significant
<b>Stedelijkheid</b>			
(Zeer) sterk	38	42	
Matig	19	20	
Weinig of niet	43	38	ns
<b>Praktijkvorm</b>			
Solo	30	34	
Duo	30	28	
Groep	40	38	ns
<b>Achterstandswijk</b>			
Niet	92	93	
Wel	8	7	ns
<b>Apotheekhoudend</b>			
Niet	89	88	
Wel	11	12	ns
<b>Algemene praktijkgrootte</b>			
Aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts	2616	2565	ns
Percentage ouderen (65+) in de praktijk	13,2	13,7	*
Percentage ziekenfondsverzekerden in de praktijk	67,0	66,9	ns
Leeftijd respondent	45,7	50,7	**
<b>Geslacht respondent</b>			
Man	40,8	45,0	
Vrouw	59,2	55,0	**
<b>Verzekeringsvorm respondent</b>			
Ziekenfonds	69	66	
Particulier	31	34	ns

\*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,005$ ; ns =  $p \geq ,05$ .

Vier kenmerken blijken ook in een multivariate analyse een effect te hebben op het oordeel over de bereidheid om een visite af te leggen. In tabel 7.16 zijn de resultaten van logistische regressie weergegeven. In de weinig of niet stedelijke gebieden zijn huisartsen volgens de patiënten vaker bereid tot het afleggen van visites dan in de (zeer) sterk stedelijke gebieden, de matig stedelijke gebieden wijken niet significant af. Het aantal huisartsen heeft een negatief effect op de bereidheid om visites af te leggen, hoe meer huisartsen, hoe kleiner de bereidheid. Ook de respondentkenmerken leeftijd en geslacht behouden hun invloed.

Tabel 7.16: Effect van praktijk en patiëntkenmerken op oordeel over bereidheid van de huisarts om visites af te leggen (Logistische regressie)

	OR	95% BI
<b>Stedelijkheid (ref=(zeer) sterk stedelijk)</b>		
Matig stedelijk	1,24	0,91 - 1,69
Weinig/niet stedelijk	1,48*	1,09 - 1,99
Geslacht respondent (man) (ref=vrouw)	1,19**	1,01 - 1,02
Leeftijd respondent in jaren	1,02**	1,06 - 1,34
Aantal huisartsen in de praktijk	0,91*	0,84 - 0,98

(1= patiënt zegt dat huisarts wel bereid is om een visite af te leggen als daarom wordt gevraagd)

\*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,005$ ; ref=referentiecategorie.

## 7.7 Samenhang tussen indicatoren

De indicatoren die in dit hoofdstuk zijn beschreven, verwijzen allemaal op de een of andere manier naar de toegang tot de huisarts. Vanuit de gedachte dat er meer en minder toegankelijke of bereikbare huisartsen en praktijken zijn, kan worden verondersteld dat er dus een zekere samenhang bestaat tussen deze indicatoren. Wanneer gegevens die op verschillende wijzen verkregen zijn in zekere mate ‘dezelfde kant op wijzen’ pleit dat voor de betrouwbaarheid van de gegevens.

Omdat we willen dat de indicatoren iets zeggen over huisartsen en praktijken zijn de gegevens geaggregeerd naar praktijkniveau. De patiëntenoordelen werden steeds gegeven op een schaal van 1 tot en met 4. Van alle praktijken is steeds de gemiddelde score berekend.

### *Patiëntenoordeel*

De drie items die zijn gebaseerd op het oordeel van patiënten blijken sterk met elkaar samen te hangen. Bovendien blijkt dat deze drie items samen een zeer goede schaal vormen (Cronbach's  $\alpha = 0,82$ ). Het gemiddelde van de drie items noemen we ‘toegankelijkheid volgens patiënten’. Deze schaal heeft, net als de afzonderlijke items, een theoretisch minimum van 1 en een maximum van 4 waarbij een hoge score op een hoge mate van toegankelijkheid duidt.

### *Consultatiesnelheid volgens huisartsen*

Van de twee items die betrekking hebben op de consultatiesnelheid volgens de huisarts en die eerder in dit hoofdstuk werden gerapporteerd is samen een zogenaamde Mokkenschaal gevormd. De vier waarden op de schaal corresponderen met de vier categorieën zoals die werden weergegeven in figuur 7.1. Waarde 1 correspondeert met de ‘minst snelle’ categorie (altijd meer dan twee dagen wachten) en 4 met de snelste categorie (zelfs bij 's middags bellen, dezelfde dag terecht).

### Correlaties

In tabel 7.17 zijn de correlaties tussen de verschillende variabelen weergegeven. De oordelen van patiënten (1,2, en 3) correleren hoog met elkaar, variërend van 0,53 tot 0,76. De losse items correleren bovendien met de schaal voor toegankelijkheid volgens patiënten (variërend van 0,78 tot 0,91). De samenhang met het patiëntenoordeel pleit voor de betrouwbaarheid van de antwoorden die huisartsen op deze vraag gaven. Opmerkelijk is bovendien dat de consultatiesnelheid volgens de huisarts sterk samenhangt met de verschillende items die de toegankelijkheid volgens patiënten meten en de schaal die hier uit geconstrueerd is. Conclusies die hieruit kunnen worden getrokken zijn dat het oordeel van de huisarts kennelijk een behoorlijke indicatie is van de toegankelijkheid van de praktijk en dat de consultatiesnelheid een redelijk goede indicatie geeft van de toegankelijkheid in het algemeen.

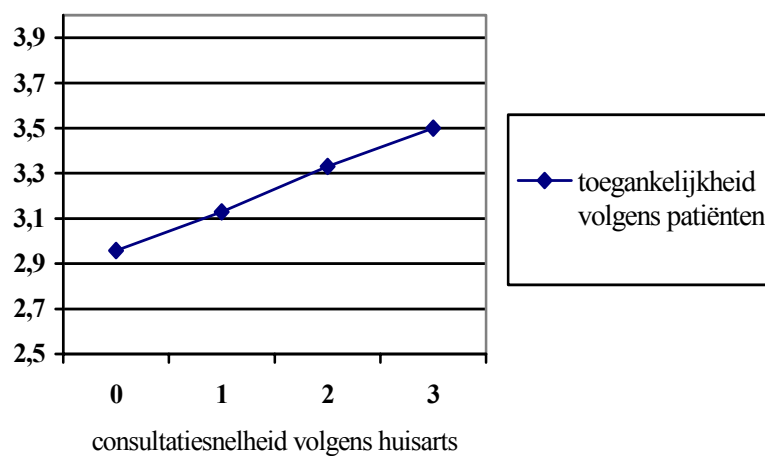
Tabel 7.17: Correlaties tussen indicatoren voor toegankelijkheid

	1	2	3	4	5
1 tel. bereikbaarheid volgens patiënten					
2 consultatiesnelheid volgens patiënten	0,76**				
3 bereidheid visite volgens patiënten	0,53**	0,59**			
4 toegankelijkheid volgens patiënten	0,91**	0,90**	0,78**		
5 consultatiesnelheid volgens huisarts	0,41**	0,54**	0,35**	0,50**	
6 aantal visites per 1.000 patiënten	0,01	0,01	0,22*	0,08	0,20*

\*:  $p < ,05$ ; \*\*:  $p < ,005$ .

In figuur 7.4 wordt het verband tussen de consultatiesnelheid volgens de huisarts en de toegankelijkheid volgens patiënten grafisch weergegeven. Het verband is opvallend lineair. Het verschil tussen de twee uiterste categorieën is ongeveer 18%.

Figuur 7.4: Toegankelijkheid volgens patiënten afgezet tegen de consultatiesnelheid volgens de huisarts



## 7.8 Conclusie

Toegankelijkheid kent veel verschillende aspecten en is op vele wijzen meetbaar. In dit hoofdstuk werd dit begrip op verschillende wijzen benaderd: consultatiesnelheid, telefonische bereikbaarheid en bereidheid visites af te leggen. Er werden daarbij verschillende bronnen gebruikt: vragen aan de huisarts, patiënten en HIS-gegevens. Wat uit de analyses duidelijk naar voren komt is dat deze op het eerste gezicht tamelijk uiteenlopende gegevens niet op zich staan: er blijken sterke correlaties te zijn tussen deze aspecten. Dit wijst er op dat er sprake is van verschillen in toegankelijkheid in een breder verband.

Een kanttekening die hierbij moet worden geplaatst is dat de gevonden correlaties niet alleen zijn toe te schrijven aan eigenschappen van praktijken: met name de items die zijn voorgelegd aan patiënten correleren ook doordat er nu eenmaal kritische en minder kritische patiënten zijn. Er bleken dan ook aanzienlijke effecten op individueel niveau te bestaan: vrouwen blijken doorgaans kritischer te oordelen dan mannen, en jongeren kritischer dan ouderen.

Een interessantere samenhang is dat van de consultatiesnelheid volgens de huisarts met alle andere items. Deze samenhang was in alle gevallen significant. Een conclusie die hieruit kan worden getrokken is dat wanneer men een indruk wil krijgen van de toegankelijkheid een simpele vraag aan de huisarts volstaat. Huisartsen waarbij het relatief lang duurt voordat men terecht kan zijn in het algemeen slechter bereikbaar in de ogen van patiënten en leggen minder snel een visite af. Dit is een belangrijke bevinding: een complex begrip kan op een relatief eenvoudige wijze gemeten worden. Overigens is het denkbaar dat het verband waarin deze vraag gesteld wordt van invloed is op het antwoord: mogelijk zal een huisarts anders antwoorden wanneer de inspectie de vraag stelt dan wanneer dit in een anonieme enquête gebeurt. Een manier om dit op te lossen is om huisartsen te vragen dit gegeven op te nemen in hun praktijkfolder (zie ook hoofdstuk 11).

Wanneer toegankelijkheid op huisartsniveau wordt bekeken dan speelt vanzelfsprekend de hoeveelheid uren dat per week wordt gewerkt een rol. Wanneer een huisarts twee dagen per week werkt, is de kans nu eenmaal kleiner dat er op een gegeven dag gewerkt wordt dan bij een huisarts die vijf dagen per week werkt. Er zal dus vaker een wachttijd zijn wanneer men bij de eigen huisarts terecht wil. Desondanks kan men vaak wel bij een andere huisarts of zorgverlener terecht. Ook de praktijkvorm speelt een rol: in de groepspraktijken moet men - afgaande op het oordeel van patiënten - doorgaans wat langer wachten dan bij solisten.

Een ander opmerkelijk verschijnsel is het verschil in het afleggen van visites. De belangrijkste determinant van het aantal visites per 1.000 patiënten is uiteraard de leeftijdsopbouw van de populatie. De meeste visites worden afgelegd bij ouderen. Maar ook stedelijkheid blijkt een grote rol te spelen: hoe meer stedelijk het gebied, hoe kleiner het aantal visites. Van het kwart praktijken met de meeste visites is ruim de helft gevestigd in niet of nauwelijks stedelijke gebieden, in het kwart met de minste visites is dat nog geen

5%. Dit toont aan dat bij de overweging visites af te leggen, contextuele factoren kennelijk een belangrijke rol spelen.

Zijn huisarts nu in het algemeen wel of niet goed toegankelijk? Er van uitgaande dat de consultatiesnelheid een betrouwbare indicator is, zijn de uitkomsten niet alarmerend: wie 's morgens de huisarts belt kan bij 97% van de huisartsen dezelfde of anders de volgende dag terecht. Wanneer we dit in een internationaal verband beschouwen dan is dat zonder meer gunstig. In landen met een vergelijkbaar 'poortwachtersysteem' is een wachttijd van meer dan twee dagen heel gebruikelijk: Boerma (2003) rapporteerde in 1993/1994 in Denemarken een wachttijd van meer twee dagen bij 45% van de huisartsen, en 31% in het Verenigd Koninkrijk (bij Nederland was dit 6%). Daarbij moet ook nog eens worden opgemerkt dat bij een deel van de 3% met een relatief lange wachttijd patiënten mogelijk wel bij een assistente of collega terecht kunnen.

Desondanks zijn er signalen dat de toegankelijkheid in de loop der jaren wel iets achteruit gaat. Uit de vergelijking van de twee Nationale Studies (1987 en 2001) blijkt dat er be-  
duidend minder visites worden afgelegd en dat ook de wachttijd iets is toegenomen (Van den Berg et al., 2004) dit vertaalt zich ook in een geringe afname van patiënttevredenheid (Sixma et al., 2004).

#### **Voorstel beperkte set indicatoren**

De volgende beperkte set van drie indicatoren wordt voorgesteld. Deze indicatoren zijn tevens opgenomen in de uitgewerkte lijst bij deel 1 van dit rapport. De vierde indicator is in dit hoofdstuk niet uitgewerkt maar is naar voren gekomen tijdens de invitational conference (zie hoofdstuk 12, paragraaf 12.4.1)

- 
- |   |  |
|---|--|
| 1 | Percentage patiënten dat binnen twee, respectievelijk drie werkdagen na verzoek een consult heeft met de huisarts (visite of spreekuurcontact) |
| 2 | Toegankelijkheid volgens patiënten (gemeten aan de hand van een aantal enquêtevragen)  |
| 3 | Het aandeel visites per 1.000 ingeschreven patiënten (gecontroleerd voor de leeftijdsamenstelling van de populatie)                            |
| 4 | Informatie over toegankelijkheid in praktijkfolder   |
-

## 8 Disease-management en preventie

### 8.1 Inleiding

De kwaliteit van het medisch handelen in de huisartspraktijk kan in kaart worden gebracht met behulp van kwaliteitsindicatoren. Het Centre for Quality of Care Research (WOK) heeft samen met het Nederlandse Huisartsgenootschap (NHG) op systematische wijze vanuit 70 NHG-Standaarden indicatoren ontwikkeld om het medisch handelen te toetsen aan richtlijnen (Braspenning et al., 2003). In dit hoofdstuk is een selectie gepresenteerd van deze indicatoren. Hierbij is getracht een evenwichtige set van indicatoren te presenteren die staan voor de kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk. De keuze is gemaakt voor drie disease management onderwerpen (diabetes mellitus, astma en COPD en risicomanagement hart- en vaatziekten) en twee preventieonderwerpen (griepvaccinatie en cervixscreening).

### 8.2 Achtergrond

Diseasemanagement duidt de gestandaardiseerde werkwijze aan in het kader van diagnose en beleid rondom chronische ziektes. Binnen het thema diseasemanagement is gekozen voor de drie onderwerpen diabetes mellitus, astma en COPD en (risicomanagement) hart- en vaatziekten omdat deze drie chronische aandoeningen qua omvang het belangrijkste zijn in de huisartspraktijk. Daarnaast doen deze groepen patiënten een groot beroep op de huisarts door hun intensieve zorgvraag. Het is voor de huisartspraktijk van belang de zorg rondom deze chronische aandoeningen goed te organiseren. Hierbij is het goed mogelijk om een groot deel van het werk te delegeren aan praktijkondersteuners. Inzet van een praktijkondersteuner verbetert de kwaliteit van zorg, met name bij mensen met astma/COPD maar verlicht de totale werklust van de huisarts nauwelijks (Lamkaddem et al., 2004). Naast het onderwerp diseasemanagement is gekozen voor preventie omdat dit tot de basistaken van de huisarts behoort. Belangrijke preventieprogramma's in de huisartspraktijk zijn influenzavaccinatie en screening op baarmoederhalskanker. Influenzavaccinatie en screening op baarmoederhalskanker worden programmatisch uitgevoerd in nagenoeg alle Nederlandse huisartspraktijken. Bij programmatische preventie speelt organisatie een centrale rol. Het NHG heeft een vaste systematiek (van tien 'sleutelwoorden') ontwikkeld die behulpzaam kan zijn bij het verbeteren van de systematiek en uitvoering van preventie in de huisartspraktijk (tabel 8.1) (Drenthen, 1999).

Tabel 8.1: Tien sleutelwerkwoorden voor de uitvoering en organisatie van (programmatische) preventie

Selecteren	Maken van een lijst van patiënten die deel uitmaken van de doelgroep (bv. risicopatiënten voor influenzavaccinatie, vrouwen die in aanmerking komen voor een uitstrijkje, personen van 60 jaar en ouder voor hypertensie).
Registreren	Markeren van deze patiënten op de groene kaart of in het elektronisch medisch dossier.
Controleren	Beoordelen en controleren of alle patiënten op de selectielijst tot de doelgroep behoren.
Oproepen/opsporen	Oproepen of uitnodigen van de geselecteerde patiënten.
Informereren	Geven van informatie aan mensen met vragen over onderzoek (zoals mammografie, uitstrijkje of bloeddrukmeting) of vaccinatie (bijv. influenza), de aanwezigheid van voorlichtingsmateriaal in de praktijk en het meezenden van dit materiaal bij een schriftelijke oproep.
Organiseren	Organiseren van het preventieve onderzoek of de vaccinatie.
Uitvoeren	Daadwerkelijk uitvoeren van het onderzoek of de vaccinatie.
Administreren	Noteren van degenen die hebben gereageerd op de oproep en het vergelijken van deze groep met de selectielijst; het verwerken van de financiële gegevens.
Herhalen	Opnieuw benaderen van patiënten in de doelgroep die niet op de uitnodiging zijn ingegaan.
Bijhouden	Verwerken van de mutaties in het patiëntenbestand op de selectielijst (zoals verhuizingen en overlijden) en het aanvullen van de lijst met patiënten die tot de doelgroep zijn gaan behoren.

### 8.3 Diabetes mellitus

De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 geeft richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met deze ziekte door de huisarts (Rutten et al., 1999). Diabetes mellitus is een chronische ziekte die gekenmerkt wordt door verhoogde bloedglucosewaarden. Opsporing van diabetes vindt voornamelijk plaats in de huisartspraktijk. Schattingen geven aan dat 80 tot 90% van de diabeten type 2 betreft. Diabetes mellitus is geassocieerd met een hoog risico op microvasculaire complicaties (retinopathie, nefropathie, neuropathie) en op macrovasculaire complicaties die kunnen leiden tot hart- en vaatziekten. Vroegopsporing en preventie van complicaties zijn essentiële elementen in de diabeteszorg.

#### *Prevalentie*

De diagnose diabetes mellitus wordt vaak laat gesteld. Het is van belang de ziekte zo vroeg mogelijk te diagnosticeren om door adequate behandeling complicaties op termijn te voorkomen. De prevalentie van patiënten met diabetes kan aangeven in welke mate de huisarts succesvol is gebleken in het opsporen van nieuwe patiënten. Prevalentie van patiënten met diabetes in de huisartspraktijk wordt om die reden dan ook als een indicator voor de kwaliteit van zorg genoemd.



## Indicator 1

---

Percentage patiënten waarbij diabetes mellitus is gedetecteerd in de huisartspraktijk	
Teller	Aantal patiënten met diabetes mellitus
Noemer	Alle patiënten in de huisartspraktijk
Benodigde data	Aan diagnose diabetes mellitus gekoppeld contact Omvang praktijkpopulatie
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

### *Controle*

Centraal bij de behandeling van patiënten met diabetes mellitus staat het bereiken van zo normaal mogelijke bloedglucosewaarden. Het is dan ook van belang dat de bloedsuiker regelmatig wordt gecontroleerd. De bepaling van het HbA1c-percentage is een indirecte methode om de gemiddelde bloedglucosewaarden over een langere periode na te gaan en geeft aanvullende informatie over behandelingsresultaat. Verlaging van het HbA1c-percentage gedurende langere tijd (10 jaar) leidt tot reductie van de microvasculaire complicaties en in mindere mate tot reductie van de macrovasculaire complicaties. Het HbA1c-percentage dient jaarlijks te worden bepaald. Het HbA1c-percentage wordt gezien als de belangrijkste maat voor controle van de instelling van diabetes en is om die reden als indicator voor de kwaliteit van zorg meegenomen.

## Indicator 2

---

Percentage patiënten met diabetes mellitus met tenminste eenmaal een HbA1c-bepaling in het afgelopen jaar	
Teller	Aantal patiënten met diabetes mellitus bij wie tenminste eenmaal het HbA1c is bepaald in het afgelopen jaar
Noemer	Aantal patiënten met diabetes mellitus
Benodigde data	Aan diagnose diabetes mellitus gekoppeld contact Diagnostiekgegevens: HbA1c-bepaling
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

### *Uitkomst*

Hoe beter men in staat is de normale bloedglucosewaarden te bereiken hoe minder risico op micro- en macrovasculaire complicaties. Het behalen van streefwaarden is daarom een belangrijk doel van de diabetesbehandeling. Het HbA1c-percentage is de belangrijkste maat voor de glucoseregulatie. Indien het HbA1c lager is dan 7,0% wordt dan wordt de instelling goed genoemd; een HbA1c hoger dan 8,5% wordt een slechte instelling genoemd. Tussen 7,0 en 8,5 heet de instelling acceptabel.

### Indicator 3

Percentage patiënten met diabetes mellitus met een HbA1c < 7,0%	
Teller	Aantal patiënten met diabetes mellitus met een HbA1c < 7,0%
Noemer	Aantal patiënten met diabetes mellitus waarbij het HbA1c is bepaald
Benodigde data	Aan diagnose diabetes mellitus gekoppeld contact Diagnostiekgegevens: HbA1c waarde
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Uitkomst

#### *Referentiegegevens*

Uit de Tweede Nationale Studie [2] zijn alleen referentiegegevens voor handen voor diabetesindicator 1 (tabel 8.2). In de huisartspraktijk wordt gemiddeld bij 2,5% van de patiënten de diagnose diabetes gesteld.

Tabel 8.2: Beschrijving diabetesindicatoren

		Gem. % (sd)	Range
1	Percentage patiënten waarbij diabetes mellitus is gedetecteerd in de huisartspraktijk	2,5 (1,0)*	0,5 - 6,1
2	Percentage patiënten met diabetes mellitus met tenminste eenmaal een HbA1c-bepaling in het afgelopen jaar	**	
3	Percentage patiënten met diabetes mellitus met een HbA1c < 7,0%	**	

\* Bron: Tweede Nationale Studie (Braspenning et al., 2004); N=101.

\*\* Gegevens ontbreken in de Tweede Nationale Studie.

## 8.4 Astma en COPD

Astma en COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) zijn obstructieve longziekten. Dat wil zeggen dat bij deze aandoeningen de ademhaling beperkt wordt door een vernauwing (obstructie) van de luchtwegen. Dit kenmerkt zich door klachten van kortademigheid, piepen op de borst, hoesten en/of het opgeven van sputum. De huisarts is vaak degene die met de eerste symptomen geconfronteerd wordt en de diagnose stelt. Ook behandeling en begeleiding van mensen met astma of COPD vindt grotendeels in de huisartspraktijk plaats.

#### *Prevalentie*

Astma is de meest voorkomende chronische aandoening bij kinderen. De NHG-Standaard Astma bij kinderen onderscheidt op grond van diagnostische overwegingen twee leeftijdscategorieën: tot 4 jaar en van 4 tot 12 jaar (Dirksen et al., 1998). Het stellen van de diagnose astma bij kinderen tot 4 jaar is moeilijk omdat het periodiek optreden van dyspnoe vaak afwezig is en omdat valide testen ontbreken. Bij de leeftijdscategorie van 4 tot 12 jaar kan de diagnose astma met meer zekerheid worden gesteld. Detectie van astma

is van belang voor een adequate behandeling. Het niet herkennen van astma kan negatieve medische en psychosociale gevolgen hebben. Het is dus van belang dat de huisarts astma tijdig herkent. De prevalentie van astma bij kinderen van 4 tot 12 jaar wordt om die reden dan ook als een indicator voor de kwaliteit van zorg genoemd.

#### Indicator 1

Percentage patiënten tussen de 4 en 12 jaar waarbij astma is gedetecteerd in de huisartspraktijk	
Teller	Aantal patiënten tussen de 4 en 12 jaar met astma
Noemer	Alle patiënten tussen de 4 en 12 jaar in de huisartspraktijk
Benodigde data	Aan diagnose astma gekoppeld contact Demografische gegevens: leeftijd patiënt Omvang praktijkpopulatie
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

#### *Diagnostiek*

De NHG-Standaard COPD en Astma bij Volwassenen: diagnostiek geeft richtlijnen voor de diagnostiek bij verdenking op astma of COPD (Geijer et al., 2001). Het diagnostisch onderscheid wordt gemaakt op basis van de reversibiliteitstest. Astma onderscheidt zich van COPD door reversibiliteit van de bronchusobstructie. Afwezigheid van reversibiliteit (bij aangetoonde obstructie) bevestigt de diagnose COPD. Voor het meten van obstructie en reversibiliteit zijn twee instrumenten beschikbaar, de piekstroommeter en de spirometer. Omdat het maken van onderscheid tussen astma of COPD zonder spirometrie niet mogelijk is, heeft spirometrie de voorkeur. Om een indicatie te krijgen van het diagnostisch beleid kan worden gekeken naar het aantal keren spirometrie gerelateerd aan de omvang van de astma/COPD populatie in de huisartspraktijk.

#### Indicator 2

Percentage patiënten met astma of COPD bij wie ooit spirometrie is uitgevoerd	
Teller	Aantal patiënten met astma of COPD bij wie ooit spirometrie is uitgevoerd.
Noemer	Aantal patiënten met astma of COPD
Benodigde data	Omvang astma/COPD populatie Diagnostiek gegevens: spirometrie
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

### Beleid

In de NHG-Standaard Astma bij volwassenen: behandeling worden richtlijnen gegeven voor de behandeling van astma bij volwassenen en kinderen vanaf 12 jaar (Geijer et al., 2001a). De NHG-Standaard COPD: behandeling geeft richtlijnen voor de behandeling van COPD (Geijer et al., 2001b).

### Niet medicamenteuze therapie

Roken kan leiden tot een versnelde afname van de longfunctie en verkorting van de levensduur. COPD is een chronische aandoening waarbij de longfunctie versneld achteruit is gegaan. De belangrijkste oorzaak is roken. Roken is daarnaast een aspecifieke prikkel die astma verergert. Het is aangetoond dat stoppen met roken verdere achteruitgang van de longfunctie kan vertragen. Een actief beleid op het stoppen met roken in deze groepen patiënten is daarom zeer zinvol. Om een eerste indicatie te krijgen betreffende het beleid bij roken kan worden gekeken naar het aantal patiënten met astma/COPD bij wie de rookstatus bekend is. Een stap verder is het daadwerkelijk vastleggen van het aantal astma/COPD patiënten die roken bij wie een stoppen met roken advies is gegeven.

### Indicator 3

Percentage patiënten met astma of COPD van wie de rookstatus bekend is	
Teller	Aantal patiënten met astma of COPD van wie de rookstatus bekend is.
Noemer	Aantal patiënten met astma of COPD
Benodigde data	Omvang astma/COPD populatie Leefstijl patiënten: rookgedrag
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

### Referentiegegevens

Uit de Tweede Nationale Studie zijn alleen referentiegegevens voor handen voor astma/COPD indicator 1 (tabel 8.3). In de huisartspraktijk wordt gemiddeld bij 4,2% van de patiënten tussen de 4 en 12 jaar de diagnose astma gesteld.

Tabel 8.3: Beschrijving astma/COPD indicatoren

	Gem. % (sd)	Range
1 Percentage patiënten tussen de 4 en 12 jaar waarbij astma is gedetecteerd	4,2 (2,3)*	0,0 - 12,4
2 Percentage patiënten met astma of COPD bij wie ooit spirometrie is uitgevoerd	**	
3 Percentage patiënten met astma of COPD van wie de rookstatus bekend is	**	

\* Bron: Tweede Nationale Studie (Braspenning et al., 2004); N=101.

\*\* Gegevens ontbreken in de Tweede Nationale Studie.

## 8.5 Risicomanagement hart- en vaatziekten

Systematische opsporing en adequate behandeling van patiënten met (een hoog risico op) hart- en vaatziekten (HVZ) vormen een belangrijke taak van de huisarts. Met hoogrisicopatiënten worden in dit verband patiënten met diabetes mellitus, hypercholesterolemie, hypertensie, HVZ in de voorgeschiedenis, of familiale belasting met HVZ bedoeld. Doel is om deze patiënten regelmatig te controleren op risicofactoren voor HVZ en deze bij aanwezigheid op een adequate manier te behandelen. De indicatoren uit dit hoofdstuk zijn gericht op de preventie van hart- en vaatziekten en zijn gebaseerd op de NHG-Standaarden Diabetes Mellitus type 2 (Rutten et al., 1999), Cholesterol (Thomas et al., 1999), Hypertensie (Walma et al., 2003), Angina Pectoris (Rutten et al., 2004), Transient Ischemic Attack (TIA) (Van Binsbergen et al., 1996) en perifeer arterieel vaatlijden (PAV) (Bartelink et al., 2003).

### *Prevalentie risicofactoren HVZ*

Voor het opsporen van de risicofactoren diabetes mellitus, hypercholesterolemie en hypertensie zijn indicatoren ontwikkeld. De prevalentie van patiënten met deze aandoeningen in de huisartspraktijk kan aangeven in welke mate de huisarts succesvol is gebleken bij het opsporen van nieuwe patiënten. De prevalenties van deze risicofactoren in de huisartspraktijk zijn afhankelijk van de opbouw van de praktijkpopulatie, maar kunnen ook aangeven in welke mate de huisarts succesvol is gebleken bij het opsporen van nieuwe patiënten. De prevalenties van deze risicofactoren worden om die reden dan ook als indicatoren voor de kwaliteit van zorg genoemd.

#### Indicator 1

---

Percentage patiënten waarbij diabetes mellitus is gedetecteerd in de huisartspraktijk	
Teller	Aantal patiënten met diabetes mellitus
Noemer	Alle patiënten in de huisartspraktijk
Benodigde data	Aan diagnose diabetes mellitus gekoppeld contact Omvang praktijkpopulatie
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

#### Indicator 2

---

Percentage patiënten waarbij hypercholesterolemie is gedetecteerd in de huisartspraktijk	
Teller	Aantal patiënten met hypercholesterolemie
Noemer	Alle patiënten in de huisartspraktijk
Benodigde data	Aan diagnose hypercholesterolemie gekoppeld contact Omvang praktijkpopulatie
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

### Indicator 3

---

Percentage patiënten waarbij hypertensie is gedetecteerd in de huisartspraktijk	
Teller	Aantal patiënten met hypertensie
Noemer	Alle patiënten in de huisartspraktijk
Benodigde data	Aan diagnose hypertensie gekoppeld contact Omvang praktijkpopulatie
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

#### *Cardiovasculair risicoprofiel*

Een volledige inventarisatie van het cardiovasculair risico bij hoogrisicopatiënten is van belang om gericht preventieve maatregelen te nemen met als doel het cardiovasculair risico omlaag te krijgen. Beslissingen over diagnostiek en behandeling worden niet unifactorieel bepaald maar zijn gebaseerd op het cardiovasculaire risicoprofiel van de patiënt. Het is daarom van belang een compleet beeld te krijgen van het cardiovasculaire risico.

### Indicator 4

---

Percentage hoogrisicopatiënten met een volledig ingevuld cardiovasculair risicoprofiel	
Teller	Aantal hoogrisicopatiënten bij wie het cardiovasculair risicoprofiel volledig is ingevuld, dat wil zeggen: bloeddruk, totaalcholesterol of totaal cholesterol/HDL-cholesterol-ratio, bloedglucose, BMI en rookgedrag, allen van het afgelopen jaar; en hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis, coronaire ziekten bij ouders broers of zussen <60 jaar.
Noemer	Aantal hoogrisicopatiënten
Benodigde data	Aan diagnose gekoppeld contact Diagnostiekgegevens: bloeddruk, cholesterol, cholesterol/HDL-cholesterol-ratio Medisch dossier: (familie)anamnese hart- en vaatziekten, rookgedrag, BMI
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

#### *Niet-medicamenteuze therapie*

Preventie van hart- en vaatziekten berust voor een belangrijk deel op een algemeen gezonde leefwijze. De huisarts geeft alle patiënten met een verhoogd risico op of aanwezigheid van hart- en vaatziekten niet-medicamenteuze adviezen. Stoppen met roken geeft van de niet medicamenteuze adviezen veruit de belangrijkste risicodaling en geeft in het algemeen een grotere gezondheidswinst dan medicamenteuze behandeling. Om een eerste indicatie te krijgen betreffende het beleid bij roken kan worden gekeken naar het aantal hoogrisicopatiënten van wie de rookstatus bekend is. Een stap verder is het daadwerkelijk vastleggen van het aantal hoogrisicopatiënten die roken bij wie een stoppen met roken advies is gegeven.

## Indicator 5

---

Percentage hoogrisicopatiënten van wie de rookstatus bekend is	
Teller	Aantal hoogrisicopatiënten van wie de rookstatus bekend is.
Noemer	Aantal hoogrisicopatiënten
Benodigde data	Omvang hoogrisicopopulatie Leefstijl patiënten: rookgedrag
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

### *Medicamenteuze therapie: hypercholesterolemie*

Bij medicamenteuze cholesterolverlaging wordt geadviseerd statines voor te schrijven. Het percentage patiënten met hypercholesterolemie waarbij een statine is voorgeschreven, is dan de aangewezen indicator voor kwaliteit van zorg. Diverse klinische trials hebben aangetoond dat statines de kans op hart- en vaatziekten verlagen.

De indicator kan ook algemener omschreven worden door het percentage patiënten bij wie een statine is voorgeschreven. Aangezien de omvang van de hoogrisicopopulatie op hart- en vaatziekten dan nog onbekend is kan ook voor een tussenvorm worden gekozen. De indicator luidt dan: het percentage hoogrisicopatiënten op hart- en vaatziekten bij wie een statine is voorgeschreven. Voor deze indicator moet echter een selectie gemaakt worden van de juiste diagnoses om de hoogrisicopatiënten te definiëren. Het is ook mogelijk om naar de specifieke indicator voor hypercholesterolemie te kijken. Op termijn zal de totale doelgroep van statine gebruikers nader omschreven moeten worden.

## Indicator 6

---

Percentage patiënten met hypercholesterolemie bij wie een statine is voorgeschreven	
Teller	Aantal patiënten met hypercholesterolemie en een voorschrift statines
Noemer	Aantal patiënten met hypercholesterolemie
Benodigde data	Aan diagnose hypercholesterolemie gekoppeld contact Prescriptiegegevens: statines
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

---

### *Medicamenteuze therapie: angina pectoris, TIA, PAV*

De huisarts dient bij angina pectoris, TIA en PAV preventief trombocytenuitremmers voor te schrijven. Dit middel reduceert de kans op een myocardinfarct, CVA, of sterfte ten gevolge van hart- en vaatziekten. Het percentage patiënten met angina pectoris, TIA of PAV waarbij trombocytenuitremmers zijn voorgeschreven, zijn dan de aangewezen indicatoren voor kwaliteit van zorg.

De indicatoren kunnen ook algemener omschreven worden door het percentage patiënten bij wie thrombocytenaggregatieremmers zijn voorgeschreven. Aangezien de omvang van de hoogrisicopopulatie dan nog onbekend is kan ook voor een tussenvorm worden gekozen. De indicator luidt dan: het percentage hoogrisicopatiënten op hart- en vaatziekten bij wie thrombocytenaggregatieremmers zijn voorgeschreven. Voor deze indicator moet echter een selectie gemaakt worden van de juiste diagnoses om de hoogrisicopatiënten te definiëren. Het is ook mogelijk om naar de specifieke indicatoren per ziektebeeld (angina pectoris, TIA, PAV) te kijken.

#### Indicator 7a

Percentage patiënten met angina pectoris bij wie thrombocytenaggregatieremmers is voorgeschreven	
Teller	Aantal patiënten met angina pectoris en een voorschrift thrombocytenaggregatieremmers
Noemer	Aantal patiënten met angina pectoris
Benodigde data	Aan diagnose angina pectoris gekoppeld contact Prescriptiegegevens: thrombocytenaggregatieremmers
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

#### Indicator 7b

Percentage patiënten met TIA bij wie thrombocytenaggregatieremmers is voorgeschreven	
Teller	Aantal patiënten met TIA en een voorschrift thrombocytenaggregatieremmers
Noemer	Aantal patiënten met TIA
Benodigde data	Aan diagnose TIA gekoppeld contact Prescriptiegegevens: thrombocytenaggregatieremmers
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

#### Indicator 7c

Percentage patiënten met PAV bij wie thrombocytenaggregatieremmers is voorgeschreven	
Teller	Aantal patiënten met PAV en een voorschrift thrombocytenaggregatieremmers
Noemer	Aantal patiënten met PAV
Benodigde data	Aan diagnose PAV gekoppeld contact Prescriptiegegevens: thrombocytenaggregatieremmers
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces



### Referentiegegevens

Uit de Tweede Nationale Studie zijn alleen referentiegegevens voor handen voor indicatoren 1 tot en met 3, 6 en 7 (a,b,c) van risicomangement hart- en vaatziekten (tabel 8.4). Het percentage patiënten waarbij diabetes mellitus, hypercholesterolemie of hypertensie wordt gediagnosticeerd in de huisartspraktijk is respectievelijk 2,5%, 1,7% en 5,4%. Statines worden voorgeschreven bij 66,3% van de patiënten met hypercholesterolemie. Thrombocytenaggregatieremmers worden het meest voorgeschreven bij patiënten met een TIA (57,5%). Bij patiënten met angina pectoris (27,4%) en PAV (18,3%) wordt dit veel minder voorgeschreven. Ten tijde van de dataverzameling van de Tweede Nationale Studie was het voorschrijven van thrombocytenaggregatieremmers bij PAV in de huisartspraktijk nog niet geïndiceerd. Inmiddels is echter duidelijk geworden dat bij patiënten met PAV remming van de trombocytenaggregatie kan worden aanbevolen om het risico van cerebrale en coronaire vaatziekten te reduceren. Vandaar dat het referentiecijfer hier toch wordt gepresenteerd.

Tabel 8.4: Beschrijving indicatoren risicomangement hart- en vaatziekten

		Gem. % (sd)	Range
1	Percentage patiënten waarbij diabetes mellitus type 2 is gedetecteerd in de huisartspraktijk	2,5 (1,0)*	0,5 - 6,1
2	Percentage patiënten waarbij hypercholesterolemie is gedetecteerd in de huisartspraktijk	1,7 (1,3)*	0,2 - 5,7
3	Percentage patiënten waarbij hypertensie is gedetecteerd in de huisartspraktijk	5,4 (2,2)*	1,5 - 12,1
4	Percentage hoogrisicopatiënten met een volledig ingevuld cardiovasculair risicoprofiel	**	
5	Percentage hoogrisicopatiënten van wie de rookstatus bekend is	**	
6	Percentage patiënten met hypercholesterolemie bij wie statines zijn voorgeschreven	66,3 (19,8)*	18,8 - 100
7a	Percentage patiënten met angina pectoris bij wie thrombocytenaggregatieremmers zijn voorgeschreven	27,4 (12,7)*	0,0 - 65,5
7a	Percentage patiënten met TIA bij wie thrombocytenaggregatie-remmers zijn voorgeschreven	57,5 (23,0)*	0,0 - 100,0
7c	Percentage patiënten met PAV bij wie thrombocytenaggregatie-remmers zijn voorgeschreven	18,3 (17,1)*	0,0 - 63,6

\* Bron: Tweede Nationale Studie (Braspenning et al., 2004); N=95-101

\*\* Gegevens ontbreken in de Tweede Nationale Studie

## 8.6 Influenzavaccinatie

De NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie geeft richtlijnen voor vaccinatie tegen influenza (Essen et al., 1996). Influenzavaccinatie is één van de preventieve taken van de huisarts. Influenzavaccinatie heeft het doel te voorkomen dat risicogroepen influenza krijgen en daardoor ernstig ziek worden, complicaties krijgen of sterven. De grootste kosteneffectiviteit wordt bereikt als influenzavaccinatie wordt gericht op risico-

groepen. De Gezondheidsraad stelt vast welke hoogrisicogroepen voor influenza-vaccinatie in aanmerking komen (pulmonale en cardiale aandoeningen, diabetes mellitus, chronische nierinsufficiëntie, recidiverende stafylokokken infecties en leeftijd van 65 jaar en ouder). De huisarts selecteert de personen die in aanmerking komen voor een influenzavaccinatie. Het is van belang de vaccinatiegraad van de risicogroepen te monitoren om zo een indicatie te krijgen over de kwaliteit van de door de huisartsen geleverde zorg op het gebied van de influenzavaccinatiecampagne. Naast de vaccinatiegraad van de totale hoogrisicopopulatie kan het zinvol zijn om de vaccinatiegraad van een bepaalde hoogrisicogroepen afzonderlijk te bekijken. Het meest eenvoudig te meten is het percentage patiënten van 65 jaar en ouder die gevaccineerd zijn. Maar de vaccinatiegraad van de totale hoogrisicopopulatie is vollediger.

### Indicator 1

Percentage patiënten van 65 jaar en ouder die een influenzavaccinatie hebben gehad	
Teller	Aantal patiënten van 65 jaar en ouder met een influenzavaccinatie
Noemer	Aantal patiënten van 65 jaar en ouder
Benodigde data	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Influenzavaccinatie</li> <li>● Demografische gegevens patiënt: leeftijd</li> </ul>
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

### Indicator 2

Percentage hoogrisicopatiënten die een influenzavaccinatie hebben gehad	
Teller	Aantal hoogrisicopatiënten met een influenzavaccinatie
Noemer	Aantal hoogrisicopatiënten
Benodigde data	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Influenzavaccinatie</li> <li>● Demografische gegevens patiënt: leeftijd</li> <li>● Gegevens over hoogrisicopopulatie (pulmonale en cardiale aandoeningen, diabetes mellitus, chronische nierinsufficiëntie, recidiverende stafylokokken infecties, leeftijd 65 jaar en ouder)</li> </ul>
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

### *Referentiegegevens*

In de huisartspraktijk hebben gemiddeld 81,3% van de 65 plussers een influenzavaccinatie gehad. Van de totale groep hoogrisicogroep heeft 76,0% een influenzavaccinatie gehad.

Tabel 8.5. Beschrijving indicatoren influenzavaccinatie

		Gem. % (sd)	Range
1	Percentage patiënten van 65 jaar en ouder die een influenzavaccinatie hebben gehad	81,3 (7,2)*	60,5 - 100
2	Percentage hoogrisicopatiënten die een influenzavaccinatie hebben gehad	76,0 (14,4)*	40,0 - 95,7

\* Bron: Tweede Nationale Studie (Braspenning et al., 2004); N=67.

## 8.7 Cervixscreening

De NHG-Standaard Cervixuitstrijken geeft richtlijnen voor het beleid bij de opsporing van (voorstadia van) een cervixcarcinoom in het kader van het landelijk bevolkingsonderzoek (Appelman et al., 2002). Vrouwen in de leeftijd van 30 tot en met 60 jaar krijgen om de vijf jaar een uitnodiging om een uitstrijkje te laten maken bij hun huisarts. Screening wordt gezien als een effectieve methode om (voorstadia van) cervixcarcinoom op te sporen. Monitoring van de opkomst van het bevolkingsonderzoek kan aangrijpingspunten opleveren voor het verbeteren van de effectiviteit van het bevolkingsonderzoek. Meestal wordt als indicator het bruto opkomstpercentage genomen, dat wil zeggen van het totaal aantal op te roepen vrouwen (aantal geboortecohorten) wordt nagegaan wie opkomt. Een belangrijke determinant van de bruto opkomst is het uitnodigingssysteem. Zodra de huisarts is betrokken bij het uitnodigen gaat de bruto opkomst significant omhoog (Braspenning et al., 2001). Naast het bruto opkomstpercentage is het zinvol ook het netto opkomstpercentage te bepalen. In het netto opkomstpercentage is een correctie aangebracht voor alle redenen om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek (uterusexstirpatie, zwangerschap, borstvoeding, controle gynaecoloog, recente uitstrijkje, reeds in follow-up en tijdelijke redenen voor uitsluiten). Het netto opkomstpercentage is een nauwkeuriger indicator maar is minder eenvoudig te meten.

### Indicator 1

Percentage vrouwen uit doelcohort* bevolkingsonderzoek met een cervixuitstrijkje (bruto opkomst)	
Teller	Aantal vrouwen uit doelcohort met een cervixuitstrijkje
Noemer	Aantal vrouwen uit doelcohort
Benodigde data	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aan cervixuitstrijkje gekoppeld contact</li> <li>● Demografische gegevens patiënt: leeftijd, geslacht</li> <li>● Informatie over in aanmerking komende cohorten in de praktijk</li> </ul>
Hoe wordt dit gemeten?	Elektronisch medisch dossier
Structuur/proces/uitkomst	Proces

\* Vrouwen die op grond van hun leeftijd in aanmerking komen voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker.

### Referentiegegevens

In de huisartspraktijk hebben gemiddeld 66,4% van de vrouwen uit het doelcohort een cervixuitstrijkje gehad.

Tabel 8.6: Beschrijving indicatoren cervixscreening

	Gem. % (sd)	Range
1 Percentage vrouwen uit doelcohort bevolkingsonderzoek met een cervixuitstrijkje (bruto opkomst)	66,4 (10,8)*	38,2 - 84,4

\* Bron: Tweede Nationale Studie (Braspenning et al., 2004); N=43.

## 8.8 Relaties tussen indicatoren en praktijkkenmerken

Aan de hand van een multiple lineaire regressie (stepwise) is nagegaan welke praktijkkenmerken van invloed zijn op de indicatoren met betrekking tot diseasemanagement en preventie. Dit kon alleen worden bekeken voor de indicatoren waarvoor data uit de Tweede Nationale Studie voor handen waren. De volgende praktijkkenmerken zijn bekeken: praktijkvorm (solo, duo, groep), stedelijkheidsgraad (zeer/sterk stedelijk, matig stedelijk, weinig/niet stedelijk), achterstandswijk, apotheekhoudend, algemene praktijkgrootte, aantal huisartsen in praktijk, aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts, percentage 65 plussers, percentage ziekenfondsverzekerden en percentage hoog opgeleiden.

Voor de verschillende indicatoren waren verschillende praktijkkenmerken van invloed (tabel 8.7). Hierin werd geen algemeen beeld gevonden. Het is dus van belang om per indicator te kijken welke praktijkkenmerken van invloed zijn. Als een praktijkkenmerk van invloed is, kan de indicator specifiekere worden gemaakt door te kijken binnen bepaalde subgroepen van het betreffende praktijkkenmerk. Een andere mogelijkheid is om de indicatoren te standaardiseren naar het praktijkkenmerk dat van invloed is. Om dit te doen zijn extra data nodig over praktijkkenmerken. Bijvoorbeeld de prevalenties van patiënten met diabetes, hypercholesterolemie en hypertensie in de huisartspraktijk zijn afhankelijk van de leeftijdsopbouw van de praktijkpopulatie. Hoe meer 65 plussers in de huisartspraktijk hoe meer patiënten worden gedetecteerd met diabetes, hypercholesterolemie en hypertensie. Deze indicatoren kunnen specifiekere door te kijken binnen leeftijdsgroepen. Extra data zijn dan nodig over de leeftijd van de patiënten met deze aandoeningen dan wel over alle patiënten uit de praktijk.

Dezelfde analyses zijn uitgevoerd waarbij ook het soort Huisarts Informatie Systeem is opgenomen (HIS; MicroHIS, Promedico, Arcos, Machis, Elias) (resultaten niet gepresenteerd). Ook hierbij werd geen algemeen beeld gevonden dat huisartspraktijken met een bepaald soort HIS het in het algemeen beter/slechter doen dan huisartspraktijken met een ander HIS.

Tabel 8.7: Resultaten multiple lineaire regressie: ongestandaardiseerde regressie-coëfficiënten (bèta's)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>Praktijkvorm:</b>				-0,18*							
Solo											
Duo											
Groep											
<b>Stedelijkheid:</b>											
Zeer/sterk											
Matig	0,24*		0,21*								
Weinig/niet				-0,34**				-0,23*			
Achterstands- wijk									0,30*		
Apotheek- houdend							0,21*				0,38*
Algemene prak- tijkgrootte											
Aantal inge- schreven patiën- ten per fte huis- arts											
Aantal huis- artsen											
% 65 <sup>+</sup>		0,40**	0,29**	0,54**			0,19*				
% zieken- fondsver- zekerden		0,31*				0,26*	-0,27*				
% hoog opgelei- den		-0,19									
Proportie ver- klaarde variantie (adjusted R <sup>2</sup> )	0,05	0,37	0,09	0,28	0,11	0,12	0,12	0,04	0,07		0,12

\* p < ,05; \*\*p < ,005

1. Percentage patiënten tussen de 4 en 12 jaar waarbij astma is gedetecteerd in de huisartspraktijk
2. Percentage patiënten waarbij diabetes mellitus type 2 is gedetecteerd in de huisartspraktijk
3. Percentage patiënten waarbij hypercholesterolemie is gedetecteerd in de huisartspraktijk
4. Percentage patiënten waarbij hypertensie is gedetecteerd in de huisartspraktijk
5. Percentage patiënten met hypercholesterolemie bij wie een statine is voorgeschreven
6. Percentage patiënten met angina pectoris bij wie thrombocytenaggregatieremmers zijn voorgeschreven
7. Percentage patiënten met TIA bij wie thrombocytenaggregatieremmers zijn voorgeschreven
8. Percentage patiënten met PAV bij wie thrombocytenaggregatieremmers zijn voorgeschreven
9. Percentage patiënten van 65 jaar en ouder die een influenzavaccinatie hebben gehad
10. Percentage hoogrisicopatiënten die een influenzavaccinatie hebben gehad
11. Percentage vrouwen uit doelcohort bevolkingsonderzoek met een cervixuitstrijkje (bruto opkomst)

## 8.9 Samenhang tussen indicatoren

Met behulp van een factoranalyse is gekeken naar de onderlinge samenhang tussen indicatoren. Als alle indicatoren worden samengenomen is geen duidelijk beeld te krijgen van indicatoren die met elkaar samenhangen. Wanneer echter wordt gekeken naar de onder-

linge samenhang van indicatoren die min of meer dezelfde aspecten meten wordt wel onderlinge samenhang gevonden.

De prevalentie-indicatoren laden op één factor (Tabel 8.8). De Cronbach's alpha van deze indicatoren is 0,66. De indicatoren zijn onderling allemaal significant aan elkaar gecorreleerd. De vraag bij deze indicatoren is echter of de verschillen tussen huisartspraktijken liggen in het beter/slechter detecteren van deze aandoeningen of dat het een verschil in registreren is.

Tabel 8.8: Resultaten factoranalyse prevalentie indicatoren; factorladingen

	Factor 1
Percentage patiënten tussen de 4 en 12 jaar waarbij astma is gedetecteerd	0,54
Percentage patiënten waarbij diabetes mellitus type 2 is gedetecteerd in de huisartspraktijk	0,76
Percentage patiënten waarbij hypercholesterolemie is gedetecteerd in de huisartspraktijk	0,81
Percentage patiënten waarbij hypertensie is gedetecteerd in de huisartspraktijk	0,83

N=101.

Verder is gekeken naar de onderlinge samenhang van het voorschrijven van thrombocytenaggregatieremmers bij angina pectoris, TIA en PAV. Deze drie indicatoren laden op 1 factor (Tabel 8.9) maar de onderlinge samenhang is niet sterk. De Cronbach's alpha van deze indicatoren is 0,38. Alleen de correlatie tussen angina pectoris en TIA is significant ( $r = 0,20$ ;  $p = 0,005$ ).

Tabel 8.9: Resultaten factoranalyse indicatoren voorschrijven van thrombocytenaggregatieremmers bij angina pectoris, PAV en TIA; factorladingen

	Factor 1
Percentage patiënten met angina pectoris bij wie thrombocytenaggregatieremmers zijn voorgeschreven	0,75
Percentage patiënten met TIA bij wie thrombocytenaggregatieremmers zijn voorgeschreven	0,73
Percentage patiënten met PAV bij wie thrombocytenaggregatieremmers zijn voorgeschreven	0,54

N=95.

Ook is gekeken naar de onderlinge samenhang van de preventie-indicatoren. Omdat voor beide preventieonderwerpen twee indicatoren gemeten zijn die onderling sterk samenhangen omdat ze uit elkaar zijn afgeleid is alleen gekeken naar de onderlinge correlatie van de twee indicatoren die het eenvoudigst te meten zijn: de bruto opkomst cervixscreening en de vaccinatiegraad van 65 plussers. Deze twee indicatoren zijn onderling niet significant gecorreleerd ( $r = 0,11$ ;  $p = 0,27$ ). Huisartspraktijken die beter/slechter zijn in het preventieonderwerp cervixscreening zijn dus niet per definitie ook beter/slechter in het andere preventieonderwerp influenzavaccinatie.

## 8.10 Conclusie

De overeenstemming tussen het handelen van de huisartspraktijk en de richtlijnen betrof voor de gezamenlijke procesindicatoren voor voorschrijven (de indicator % patiënten met PAV bij wie trombocytenaggregatieremmers zijn voorgeschreven is niet meegenomen, omdat ten tijde van de Tweede Nationale Studie dit nog niet was geïndiceerd) en preventie-indicatoren (de prevalentie-indicatoren zijn hierbij niet meegenomen) 62,5%, waarbij de variatie tussen huisartspraktijken groot is. Met name de richtlijn voor het voorschrijven van trombocytenaggregatieremmers bij angina pectoris wordt slecht gevolgd (27,4%). Een reden hiervoor kan zijn dat deze patiënten een ander soort medicatie krijgen voorgeschreven door de specialist. Bij TIA is het percentage hoger (57,5%), deze patiënten worden waarschijnlijk vaker behandeld door de huisarts. De variatie in de prevalentie-indicatoren was het grootst voor astma bij kinderen van 4 tot 12 jaar, gevolgd door hypertensie. Of dit een variatie is in herkennen of registreren is niet duidelijk. In het algemeen lijkt het er niet op dat de kwaliteit van diseasemanagement en preventie in huisartspraktijken met bepaalde kenmerken beter/slechter is dan in andere huisartspraktijken. Wel zijn per indicator praktijkkenmerken te vinden die van invloed zijn op de kwaliteit. Om een exacter beeld te krijgen kan dan gecorrigeerd worden voor het betreffende praktijkkenmerk.

De onderlinge samenhang van de indicatoren lijkt niet groot. Het is niet zo dat als de huisartspraktijk goed scoort op een bepaalde indicator dat de huisartspraktijk dan op alle indicatoren goed scoort. Alleen voor de prevalentie-indicatoren werd een duidelijke samenhang gevonden, maar dit kan ook komen door verschillen in registratie. Voor de preventie-indicatoren werd geen samenhang gevonden.

Op dit moment zijn slechts voor een beperkte set van indicatoren op het gebied van diseasemanagement data beschikbaar. Voor een deel van de indicatoren konden uit de Tweede Nationale Studie geen referentiegegevens worden verkregen. Het betreft vooral leefstijl (roken), het geven van informatie en advies (stoppen met roken), gegevens over bepaalde (laboratorium)bepalingen die verricht zijn (spirometrie, HbA1c-bepaling, de cholesterolwaarde en de bloeddruk) en de uitkomsten daarvan. De aard van de huidige Huisarts Informatie Systemen maakt dat deze gegevens niet op een uniforme en toegankelijke wijze geregistreerd kunnen worden. Ondersteunende software voor de HISsen ten behoeve van diseasemanagement op het gebied van diabeteszorg, astma en COPD, en risicofactoren hart- en vaatziekten zou een oplossing hiervoor kunnen bieden. Op termijn zijn een aantal referentiegegevens mogelijk wel te extraheren uit het HIS met behulp van het diagnostisch archief of Prodigmo. Het diagnostisch archief is gemaakt door enkele software leveranciers. In het diagnostisch archief kunnen op een gestandaardiseerde wijze gegevens uit anamnese, lichamelijk onderzoek en functieonderzoek worden vastgelegd. Daarnaast loopt ook het Prodigmo-project (Project Digitale Monitoringsprotocollen). Prodigmo richt zich op de verbetering van de registratiemogelijkheden voor chronische ziekten in het HIS.

Op het gebied van diseasemanagement en preventie zijn nog veel verbeteringen mogelijk. Het is niet zo dat praktijken met bepaalde kenmerken betere/slechtere kwaliteit van zorg leveren over de hele linie van diseasemanagement en preventie. Met andere woorden, we kunnen geen zorgprofielen van praktijken aangeven. Wel zijn bepaalde praktijk- en populatiekenmerken van invloed op de scores van de individuele indicatoren.

#### **Voorstel beperkte set indicatoren**

Om de set van indicatoren haalbaar te maken qua benodigde tijdsinvestering wordt een minimale set voorgesteld. In het diseasemanagement en preventiehoofdstuk is een set van 18 indicatoren omschreven. Hieruit kan een beperktere set van 8 indicatoren worden geëxtraheerd.

---

1	Percentage patiënten waarbij diabetes mellitus is gedetecteerd in de huisartspraktijk
2	Percentage patiënten met diabetes mellitus met een hba1c < 7,0%
3	Percentage patiënten met astma of copd bij wie ooit spirometrie is uitgevoerd
4	Percentage patiënten met astma of copd van wie de rookstatus bekend is.
5	Percentage hoogrisicopatiënten met een volledig ingevuld cardiovasculair risicoprofiel
6	Percentage patiënten met hypercholesterolemie bij wie een statine is voorgeschreven
7	Percentage patiënten van 65 jaar en ouder die een influenzavaccinatie hebben gehad
8	Percentage vrouwen uit doelcohort bevolkingsonderzoek met een cervixuitstrijkje

---



## 9 Huisartsgeneeskundig handelen 1: het voorschrijven van antibiotica

### 9.1 Antibiotica in de huisartspraktijk

De komst van antibiotica in de vorige eeuw betekende een grote doorbraak in de geneeskunde. Sommige infectieziekten die voorheen vaak dodelijk waren zoals longontsteking konden nu effectief worden bestreden.

Bij het gebruik van antibiotica is echter grote voorzichtigheid geboden: er kunnen vervelende bijverschijnselen optreden en wanneer antibiotica teveel worden gebruikt kunnen de bacteriën die er mee worden bestreden resistent worden. Het probleem van de resistentie is complex en veel is nog onbekend. Overduidelijk is echter wel dat er een relatie bestaat tussen de omvang van het gebruik van antibiotica en het ontstaan en groeien van resistentie.

Resistentie vormt een probleem voor de volksgezondheid. Antibiotica verliezen er namelijk hun werking door zodat steeds nieuwe soorten moeten worden ontwikkeld. In een groot overzichtartikel in de *the New England Journal of Medicine* wordt het gevaar van resistentie treffend omschreven: *vroeg of laat ontwikkelen bacteriën resistentie tegen vrijwel elk middel tegen micro-organismen. De patiënt die geïnfecteerd wordt met zo'n medicijnresistent organisme in tegenstelling tot een medicijngevoelig organisme, heeft een grotere kans op ziekenhuisopname en een langer verblijf in het ziekenhuis - en loopt een groter risico te overlijden. Resistentie dwingt bovendien tot het gebruik van steeds giftigere en duurere andere medicijnen"* (George et al., 1991; Holmberg et al., 1987).

De relatie tussen gebruik en resistentie wordt zichtbaar wanneer gekeken wordt naar de geografische verschillen die er bestaan in het voorkomen van dit probleem. In Noord-Europese landen zoals Denemarken Zweden en Finland, waar men een meer terughoudend beleid voert in het voorschrijven van antibiotica is het probleem aanzienlijk kleiner dan in het zuiden van Europa waar veel meer antibiotica wordt voorgeschreven. In Nederland worden in vergelijking met andere Europese landen de minste antibiotica voorgeschreven. Problemen met resistentie zijn dan ook relatief beperkt. Desalniettemin neemt ook in ons land de resistentie toe.

Ongeveer 80% van de antibiotica die in Nederland in de humane geneeskunde wordt gebruikt, wordt voorgeschreven door huisartsen. De huisartspraktijk is dus de uitgelezen plek om antibioticagebruik te monitoren. Binnen de beroepsgroep van huisartsen is men zich zeer bewust is van de gevaren van ongericht voorschrijven van antibiotica. Dit blijkt uit de aandacht die hier aan wordt besteed in een aantal NHG-standaarden waarin meestal een terughoudend beleid wordt aanbevolen en waarin ook vaak een 1<sup>e</sup> keuze antibioticum wordt aanbevolen.

De Werkgroep Onderzoek en Kwaliteit heeft, in het kader van de Tweede Nationale Studie voor het eerst een aantal indicatoren ontwikkeld die betrekking hebben op het

gericht voorschrijven van antibiotica [Braspenning et al., 2004]. Deze indicatoren zijn afgeleid uit NHG-standaarden. In dit hoofdstuk wordt een selectie van deze indicatoren gerapporteerd. Daarnaast is aantal aanvullende analyses uitgevoerd die betrekking hebben op de samenhang tussen de indicatoren en tussen indicatoren en achtergrondkenmerken van patiënten, huisartsen en praktijken. De selectie van indicatoren heeft plaatsgevonden op grond van een voldoende voorkomen (minimaal 20 keer per jaar in een praktijk) en de beschikbaarheid van data over voldoende praktijken (ten minste twee derde).

## 9.2 Wel of niet voorschrijven van antibiotica

Vijf indicatoren hebben betrekking op het al dan niet voorschrijven van antibiotica. Bij deze aandoeningen wordt in de standaard een terughoudend beleid aanbevolen:

- 1 het voorschrijven van antibiotica bij sinusitus;
- 2 het voorschrijven van antibiotica bij otitis media acuta bij kinderen ouder dan 24 maanden;
- 3 Het voorschrijven van antibiotica bij acute keelpijn;
- 4 Het voorschrijven van antibiotica bij kinderen met koorts;
- 5 Het voorschrijven van antibiotica bij kinderen met astma.

Om tot een heldere analyse te komen vatten we in deze gevallen wel voorschrijven op als handelen dat niet conform de standaard is en niet voorschrijven als wel conform de standaard. Deze grens wordt hier meer rigide gehanteerd dan in de standaarden het geval is, een terughoudend beleid is immers geen verbod. Hierop zal aan het einde van het hoofdstuk nader worden ingegaan.

## 9.3 Het voorschrijven van de juiste antibiotica

Drie indicatoren hebben betrekking op het voorschrijven - wanneer er toch gekozen wordt voor antibiotica - van een zogenaamd eerste keuze antibioticum. Soms beveelt de standaard een specifiek middel aan of een smalspectrumantibioticum.

De drie indicatoren die hier zullen worden beschreven zijn:

- 1 Het voorschrijven van richtlijnconform middel bij erysipelas. In de standaard (bacteriële huidinfecties) wordt een smalspectrumantibioticum aangeraden.
- 2 Het voorschrijven van een richtlijnconform middel bij acute keelpijn. Ook bij acute keelpijn wordt een smalspectrum antibioticum aangeraden.
- 3 Het voorschrijven van een richtlijnconform middel bij sinusitus. In de standaard sinusitus wordt amoxicilline, doxycycline of cotrimoxazol aangeraden.

## 9.4 Resultaten

In figuur 9.1 worden van de acht indicatoren de resultaten weergegeven. De cijfers 1 t/m 8 verwijzen naar de acht indicatoren. De indicatoren zijn gerangschikt naar de mate waarin de richtlijn wordt gevolgd. De staven geven het gemiddelde, 95% betrouwbaar-

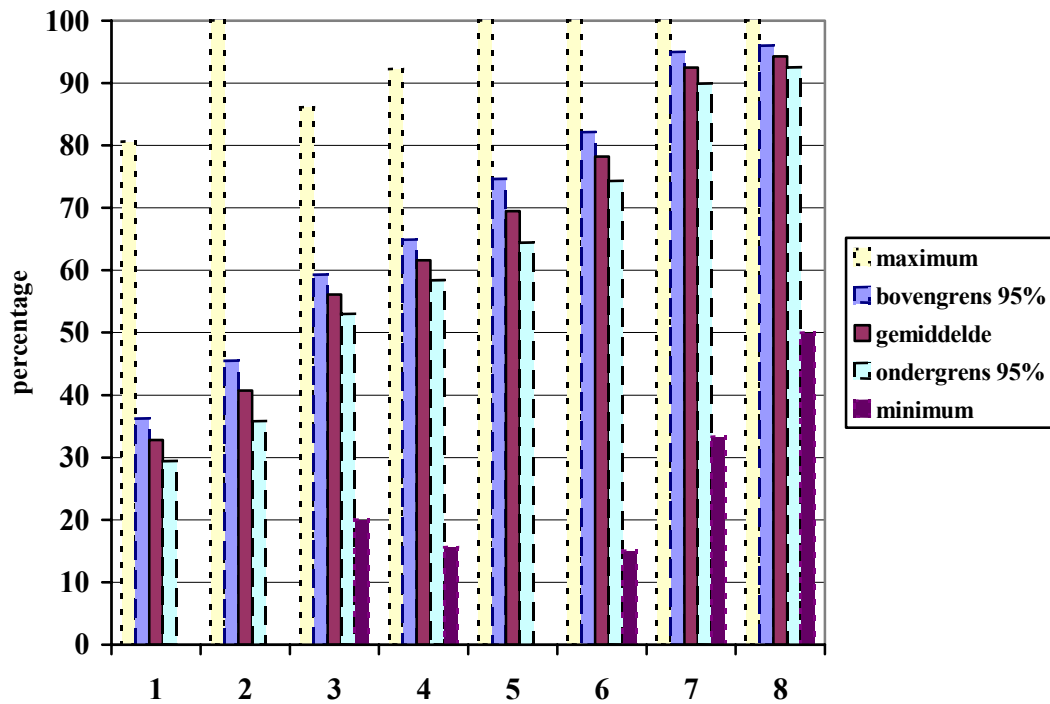
heidsinterval, minimum en maximum weer over alle praktijken. In tabel 9.1 worden deze cijfers exact weergegeven, samen met de tellers en noemers waarop de gemiddelde percentages gebaseerd zijn.

### **Sinusitus**

In de NHG-standaard wordt een terughoudend beleid in het voorschrijven van antibiotica aangeraden bij sinusitus. Toch wordt er gemiddeld in ruim twee derde van de episodes antibiotica voorgeschreven. In enkele praktijken schrijft men zelfs (vrijwel) altijd antibiotica voor. In de meest terughoudende praktijk wordt in 80% van de gevallen geen antibiotica voorgeschreven. Van alle in dit hoofdstuk beschreven indicatoren is de gemiddelde score op deze indicator het laagst, er wordt hier dus het vaakst afgeweken van de standaard.

In meer dan drie kwart van de episodes sinusitus waarin antibiotica wordt voorgeschreven betreft het een 1<sup>e</sup> keuze antibioticum (indicator 6 in de grafiek). Hoewel deze richtlijn dus relatief vaak wordt gevolgd, zijn er ook enkele praktijken die vooral andere typen antibiotica voorschrijven. In de praktijk met de laagste score werd in slechts 15% een 1<sup>e</sup> keuzeantibioticum voorgeschreven. In deze praktijk werd overigens bovengemiddeld vaak antibiotica voorgeschreven. Er bestaat echter geen duidelijke samenhang tussen het voeren van een terughoudend beleid (hiervoor beschreven) en de keuze voor een 1<sup>e</sup> keuzeantibioticum.

Figuur 9.1: De mate van richtlijnconform handelen bij het voorschrijven van antibiotica; acht indicatoren (hoe hoger de score, hoe meer richtlijnconform) N=97 praktijken



- 1 Geen antibiotica sinusitis
- 2 Voorschrijven van een smalspectrumpeniciline bij erysipelas
- 3 Geen antibiotica bij otitis media acuta bij kinderen ouder dan 24 maanden
- 4 Geen antibiotica bij acute keelpijn
- 5 Indien antibiotica bij acute keelpijn, smal spectrum peniciline
- 6 Indien antibiotica wordt voorgeschreven bij sinusitis, eerste keuze antibioticum
- 7 Geen antibiotica bij kinderen met koorts
- 8 Geen antibiotica bij kinderen met astma

Tabel 9.1: Beschrijving van indicatoren voor voorschrijfgedrag antibiotica

Indicator	Aantal praktijken	Min	Max	Gem. %	95% BI	Teller	Noemer
1	97	0	80,6	32,8	29,4 :36,2	3.468	11.220
2	96	0,0	100	40,7	35,8 :45,5	1.210	2.713
3	97	20,0	86,1	56,1	53,0 :59,3	3.204	5.931
4	97	15,6	92,2	61,6	58,4 :64,9	9.166	12.520
5	97	0	100	69,5	64,4 :74,6	2.361	3.354
6	97	15,0	100	78,2	74,3 :82,1	6.165	7.752
7	95	33,3	100	92,5	89,9 :95,0	1.770	1.890
8	96	50,0	100	94,3	92,5 :96,0	2.688	2.873

- 1 Geen antibiotica sinusitis
- 2 Voorschrijven van een smalspectrumpeniciline bij erysipelas
- 3 Geen antibiotica bij otitis media acuta bij kinderen ouder dan 24 maanden
- 4 Geen antibiotica bij acute keelpijn
- 5 Indien antibiotica bij acute keelpijn, smal spectrum penicilline
- 6 Indien antibiotica wordt voorgeschreven bij sinusitis, eerste keuze antibioticum
- 7 Geen antibiotica bij kinderen met koorts
- 8 Geen antibiotica bij kinderen met astma

### Smalspectrumpenicilline bij erysipelas

Ook deze richtlijn wordt vaker niet dan wel opgevolgd. Wanneer er antibiotica wordt voorgeschreven bij erysipelas, betreft dit in gemiddeld 41% van de gevallen een smalspectrum penicilline. Overigens zijn de verschillen tussen praktijken groot. In slechts één praktijk wordt altijd gekozen voor een smalspectrum penicilline. Dit is een uitzondering: vrijwel alle praktijken hebben minstens 25% andere antibiotica en in zeven praktijken kiest men nooit voor een smalspectrum penicilline.

### Otitis media acuta

In ruim 56% van de episodes otitis media acuta bij kinderen boven de twee jaar werd geen antibiotica voorgeschreven. In alle praktijken wordt wel eens afgeweken van de standaard. In de praktijk waar men het meest conform de standaard handelt (geen antibiotica voorschrijft) werd toch nog in 14% van de episodes van de standaard afgeweken. In de praktijk waar de standaard het minst werd nageleefd schreef men in 80% van de episodes wel antibiotica voor. Het gemiddeld aandeel episodes waarin geen antibiotica wordt voorgeschreven ligt tussen de 53 en 59,3%.

### Acute keelpijn

In ruim 60% van de episodes acute keelpijn wordt geen antibiotica voorgeschreven. Er bestaan behoorlijke verschillen tussen praktijken. In enkele praktijken wordt negen van de tien keer wel antibiotica voorgeschreven terwijl in de praktijken waar men het meest terughoudend is, dit minder dan 30% is.

In de standaard wordt, als toch een antibioticum wordt voorgeschreven bij acute keelpijn, een smalspectrum penicilline aanbevolen. Hoewel dit gemiddeld ook in ongeveer 70% van de gevallen gebeurt, zijn de verschillen tussen praktijken groot: de range loopt van 0 tot 100%. In tien praktijken kiest men vrijwel altijd voor een smalspectrum penicilline, in één praktijk nooit. Over het algemeen is er overigens geen significante samenhang tussen de mate van terughoudendheid en de keuze voor een bepaald type antibioticum.

### **Kinderen met koorts**

Het voorschrijven van antibiotica bij kinderen met koorts wordt in de standaard niet aanbevolen. Dit gebeurt over het algemeen ook weinig. Gemiddeld wordt in ruim negen van de tien episodes geen antibiotica voorgeschreven. In 45 van de 95 praktijken (ruim 47%) wordt de standaard altijd nageleefd en werd geen enkele keer antibiotica voorgeschreven. Gemiddeld wordt in ruim 92% van de episodes geen antibiotica voorgeschreven. Er zijn enkele uitschieters: in één praktijk werd in precies twee derde van de episodes toch antibiotica voorgeschreven, in drie praktijken was dat in de helft van de gevallen.

### **Astma bij kinderen**

Het voorschrijven van antibiotica gebeurt over het algemeen zeer weinig bij kinderen met astma. Meestal wordt dus conform de standaard gehandeld. In 46 van de 96 praktijken (48%) werd geen enkele keer antibiotica voorgeschreven en in 55 praktijken minder dan 5%. Gemiddeld wordt in 94,3% van de episodes geen antibiotica voorgeschreven. Ook hier zijn weer enkele opvallend afwijkende praktijken: in één praktijk wordt in 50% van de gevallen toch antibiotica voorgeschreven en in enkele praktijken in bijna 30%. Van alle indicatoren wordt bij deze indicator de standaard het meest nageleefd.

## **9.5 Antibiotica voorschrijf beleid**

Uit de hierboven beschreven resultaten kunnen we afleiden dat richtlijnen sterk verschillen in de mate waarin ze worden nageleefd. Bovendien blijken er grote verschillen tussen praktijken in de mate waarin richtlijnen worden nageleefd, bij sommige richtlijnen varieert dit zelfs van 0% tot 100%. Met name het verschil tussen praktijken kan voor de inspectie nuttige informatie opleveren.

De diagnoses waarnaar de verschillende indicatoren verwijzen vormen ieder slechts een zeer klein deel van wat er aan klachten in de huisartspraktijk binnenkomt. Wat we aan de hand van deze indicatoren proberen te meten is dan ook niet zozeer wat huisartsen precies doen bij een specifieke aandoening. De informatie wordt pas echt bruikbaar wanneer iets gezegd kan worden over het antibioticabeleid in het algemeen in de praktijk. Aannemelijk is immers dat huisartsen er een bepaalde attitude op na houden ten aanzien van antibiotica in het algemeen. Mogelijk zullen sommige huisartsen een terughoudender beleid voeren en meer belang hechten aan de resistentieproblematiek dan anderen. Daarnaast valt te verwachten dat sommige huisartsen in het algemeen meer volgens standaarden handelen dan anderen.

Er wordt daarom nagegaan in hoeverre er bepaalde gedragsdimensies zijn af te leiden uit de data. Deze procedure zal hieronder worden beschreven.

## **9.6 Dimensies in antibioticavoorschrijfgedrag**

Om gedragsdimensies empirisch te onderscheiden is een factoranalyse uitgevoerd op alle hierboven beschreven items. Het achterliggende idee bij factoranalyse is dat de afzonderlijke items niet alleen iets unieks meten maar dat groepen items samen verwijzen naar een

achterliggend, latent verschijnsel. Dit achterliggende verschijnsel is de factor of dimensie, die kan worden uitgedrukt als een gewogen som van de afzonderlijke items. Bij meerdere factoren zijn de factoren beter van elkaar te onderscheiden wanneer de items zo hoog mogelijk op een factor laden en zo laag mogelijk op de andere.

Uit de resultaten blijkt dat er twee dimensies of factoren zijn te onderscheiden van items die duidelijk met elkaar samenhangen. De resultaten zijn weergegeven in tabel 9.2. De eerste factor wordt gevormd door de vijf items die betrekking hebben op de mate waarin antibiotica wordt voorgeschreven bij een bepaalde aandoening. De tweede factor wordt gevormd door de drie items die betrekking hebben op, indien er wordt voorgeschreven, het voorschrijven van het juiste middel. De twee factoren hangen niet of nauwelijks met elkaar samen. De Cronbach's alpha van de factoren bedraagt respectievelijk 0,68 en 0,61, dit duidt op een redelijke interne consistentie.

Opmerkelijk is dat de factoren niet met elkaar samenhangen. Wanneer praktijken vooral van elkaar zouden verschillen doordat de NHG-standaarden in het algemeen in de ene praktijk beter gevolgd zouden worden dan in de andere dan zou dit wel het geval zijn. Huisartsen die een terughoudend beleid voeren zouden dan, wanneer ze toch antibiotica voorschrijven, eerder het juiste middel voorschrijven. Dit is echter niet het geval.

Tabel 9.2: Dimensies in voorschrijfgedrag antibiotica. Resultaten van factoranalyse

	F1	F2
Antibiotica bij otitis media acuta kind >24 maanden	<b>0,75</b>	0,10
Antibiotica bij acute keelpijn	<b>0,64</b>	0,05
Antibiotica bij sinusitis	<b>0,58</b>	-0,04
Antibiotica bij kinderen met koorts	<b>0,43</b>	0,14
Antibiotica bij kinderen met astma	<b>0,31</b>	-0,17
Richtlijnconform middel bij erysipelas	0,02	<b>0,75</b>
Richtlijnconform middel bij acute keelpijn	0,07	<b>0,68</b>
Richtlijnconform middel bij sinusitis	-0,01	<b>0,38</b>
% verklaarde variantie	21%	14%
Cronbach's alpha*	0,68	0,61

\* De cronbach's alpha heeft betrekking op de vijf (f1) respectievelijk drie (f2) items die vet zijn weergegeven.

N=95 praktijken (listwise).

Rotatie oblimin.

Correlatie F1 en F2 =0,05 (p>0,05).

Dat de twee gevonden factoren niet met elkaar samenhangen wil niet zeggen dat er geen praktijken zijn die op beide dimensies relatief gunstig of ongunstig scoren. In tabel 9.3 zijn de twee factoren op vereenvoudigde wijze tegen elkaar afgezet. Beide factoren zijn in drie groepen verdeeld: het laagste kwartiel (de 25% die de standaard het minst naleeft) noemen we 'laag' de bovenste 25% 'hoog' en de overigen 'midden'). Zoals te zien is in de tabel zijn er zeven van de 97 praktijken die relatief veel antibiotica voorschrijven en bovendien relatief vaak een ander middel voorschrijven dan in de standaard wordt aan-geraden. Drie praktijken houden zich op beide aspecten relatief vaak aan de standaard: zij

voeren een terughoudend beleid en wanneer ze toch een antibioticum voorschrijven, dan kiezen ze meestal voor een richtlijnconform middel.

Tabel 9.3: Mate van terughoudendheid in voorschrijven antibiotica afgezet tegen de mate waarin gekozen wordt voor het juiste middel (n=97 praktijken)

		Mate waarin juiste middel wordt voorgeschreven		
		Laag	Midden	Hoog
Mate van terughoudendheid in voorschrijven antibiotica	Laag	7	11	6
	Midden	12	22	15
	Hoog	5	16	3

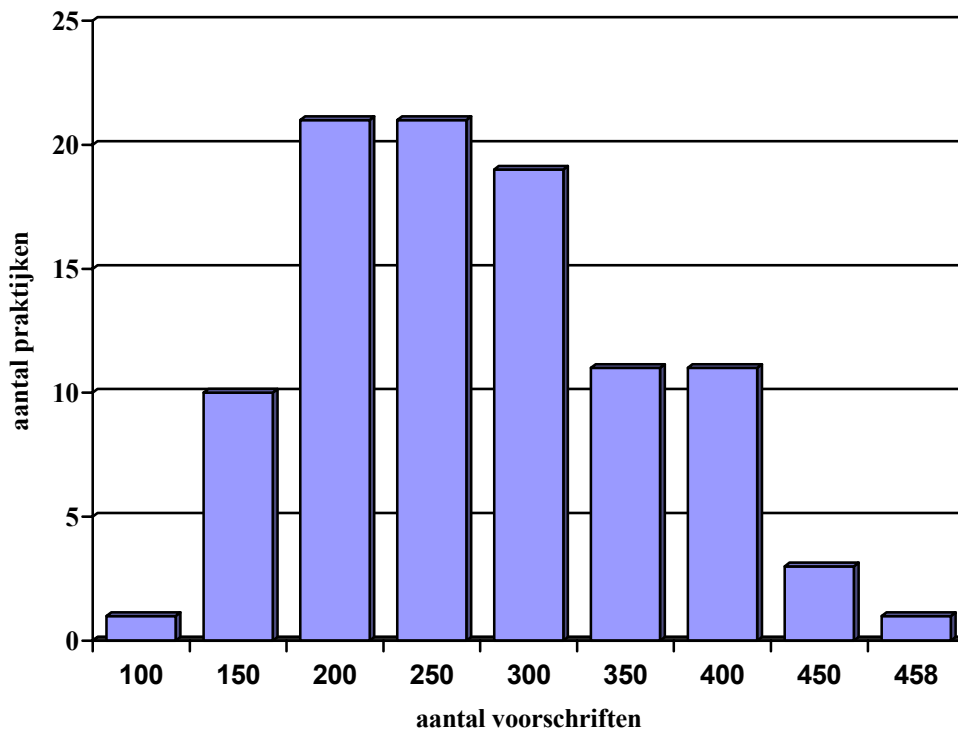
Laag = laagste kwartiel  
Midden = middelste twee kwartielen  
Hoog = hoogste kwartiel

## 9.7 Het aantal voorschriften antibiotica per 1.000 patiënten, per jaar

De totale hoeveelheid antibiotica die in een praktijk wordt voorgeschreven zal ongetwijfeld samenhangen met het type medische klachten en de omvang hiervan in de praktijk. Door verschillen in populatiekenmerken kan dit per praktijk verschillen. Echter, uit de bovenstaande analyse blijkt dat er ook bij dezelfde aandoeningen aanzienlijke verschillen zijn tussen praktijken. In sommige praktijken is men terughoudender dan in andere. Het is daarom aannemelijk dat het totale volume aan voorgeschreven antibiotica in ieder geval voor een deel valt te verklaren aan de hand van de 'voorschrijfgeneigdheid' van huisartsen in de praktijk.



Figuur 9.2: Aantal voorschriften antibiotica per 1.000 patiënten, per jaar



(Praktijken, N=98)

De getallen op X-as geven de bovenwaarden van de categorieën aan.

Gemiddelde: 247

Mediaan : 236

Range : 84 - 458

In figuur 9.2 wordt de verdeling weergegeven van praktijken, gerangschikt naar het aantal antibioticavoorschriften<sup>3</sup> per 1.000 ingeschreven patiënten. Het gemiddelde aantal voorschriften is 247 per 1.000 ingeschreven patiënten, per jaar. De spreiding tussen praktijken is opvallend groot: het aantal voorschriften varieert van 84 tot 458. Het 95% betrouwbaarheidsinterval loopt van 230 t/m 263.

Het meest voorgeschreven middel is Doxycycline (ruim 20% van alle voorschriften) gevolgd door amoxicilline en amoxicilline met enzymremmer (resp. 20 % en 9%). In bijlage 9.2 is de toptien van meest voorgeschreven antibiotica opgenomen.

In hoeverre zijn deze verschillen in voorschrijfvolume nu toe te schrijven aan verschillen in de mate van terughoudendheid zoals dat in veel NHG-standaarden wordt aanbevolen? In tabel 9.4 zijn de correlaties weergegeven tussen de mate van terughoudendheid, uitgesplitst naar de vijf afzonderlijke indicatoren en de schaal die uit deze vijf items is samengesteld, en het voorschrijfvolume (aantal voorschriften antibiotica per 1.000 ingeschreven patiënten). De schaal voor terughoudendheid in voorschrijven hangt sterk

<sup>3</sup> Alle middelen die volgens de ATC-indeling valen onder 'antibacteriële middelen voor systemisch gebruik' zijn meegenomen.

samen met het voorschrijfvolume: een correlatie van  $-0,58$ . Bovendien blijken de afzonderlijke items waaruit de schaal is gevormd, duidelijk samen te hangen met het voorschrijfvolume. Het minst sterk zijn de correlaties met het voorschrijven bij kinderen met koorts (net niet significant) en kinderen met astma. De verklaring hiervoor is dat deze twee standaarden het best worden nageleefd, er is dan ook relatief weinig variantie binnen deze twee items.

Tabel 9.4: De samenhang tussen terughoudendheid in het voorschrijven van antibiotica en het totale voorschrijfvolume antibiotica in de praktijk (Pearson correlaties; praktijken,  $n=96$ )

	1	2	3	4	5	6
1 Otitis media						
2 Keelpijn	0,37**					
3 Sinusitis	0,44**	0,39**				
4 Kinderen met koorts	0,29**	0,27*	0,17			
5 Kinderen met astma	0,18	0,17	0,10	0,29**		
6 Terughoudendheid voorschrijven	0,69**	0,74**	0,72**	0,60**	0,40**	
7 Totaal voorschrijfvolume antibiotica	-0,42**	-0,51**	-0,44**	-0,18	-0,25*	-0,58**

\*  $p < ,05$ .

\*\*  $p < ,005$ .

Geconcludeerd kan worden dat het voorschrijfvolume in ieder geval voor een aanzienlijk deel bepaald wordt door het voorschrijfbeleid van huisartsen.

## 9.8 Relatie tussen praktijkkenmerken en voorschrijfbeleid

Nu is vastgesteld dat er twee dimensies zijn te onderscheiden in het voorschrijfgedrag in praktijken zal worden nagegaan in hoeverre deze dimensies kunnen worden gerelateerd aan praktijkkenmerken. Daarnaast zal worden onderzocht hoe deze kenmerken zich verhouden tot het totale antibiotica-voorschrijfvolume in de praktijk. Met andere woorden: onderscheiden praktijken met een meer of minder richtlijnconform voorschrijfgedrag en met meer of minder voorschriften antibiotica zich ook op basis van andere kenmerken?

### *Terughoudend voorschrijven*

In tabel 9.5 zijn de praktijken ingedeeld in drie groepen op grond van hun mate van terughoudendheid in het voorschrijven van antibiotica. De indeling is hetzelfde als in tabel 9.3. Vervolgens is gekeken naar de stedelijkheidsgraad, de praktijkvorm, of de praktijk in een achterstandsgebied is gevestigd, of de praktijk apotheekhoudend is, de algemene praktijkgrootte, het aantal ingeschreven patiënten per huisarts, het aantal huisartsen, het percentage ouderen ( $65^+$ ) in de praktijk, het percentage ziekenfondsverzekerden en het percentage hoog opgeleiden (HBO of hoger). Dit laatste kenmerk is meegenomen omdat verondersteld kan worden dat hoger opgeleide patiënten zelf kritischer staan tegenover het gebruik van antibiotica. De nadelen hiervan zijn immers ook onder patiënten bekend en waarschijnlijk onder hoger opgeleiden meer dan onder lager opgeleiden.

Tabel 9.5: Praktijkenmerken van praktijken met het minst terughoudende beleid, het meest terughoudende beleid en de middengroep (hoogste, laagste en twee middelste kwartielen)

	Kwartiel met minst terughoudend beleid (n=24)	Middengroep (n=49)	Kwartiel met meest terughoudend beleid (n=24)	P
Gemiddelde score terughoudendheid (0-100)	55,1	67,4	78,9	0,000**
<b>Stedelijkheid (%)</b>				
(Zeer) sterk	37,5	43,8	62,5	
Matig	12,5	16,7	2,5	
Weinig / niet	50	39,6	12,5	0,086
<b>Praktijkvorm (%)</b>				
Solo	54,2	52,1	45,8	
Duo	25,0	25,0	33,3	
Groep	20,8	22,9	20,8	0,952
<b>Achterstandswijk (%)</b>				
Niet	95,8	91,7	87,5	
Wel	4,2	8,3	12,5	0,580
<b>Apotheekhoudend (%)</b>				
Niet	83,3	87,5	95,8	
Wel	16,7	12,5	4,2	0,377
Algemene praktijkgrootte	3.999	4.059	3.515	0,587
Aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts	2.608	2.564	2.566	0,951
Aantal huisartsen	1,9	1,9	1,7	0,741
Percentage ouderen (65 <sup>+</sup> ) in de praktijk	16,1	12,9	13,7	0,059
Percentage ziekenfondsverzekerden	70,2	68,4	62,5	0,009*
Percentage hoog opgeleiden	15,9	21,5	30,5	0,000**

\* p<,05; \*\* p<,005.

Twee kenmerken blijken significant te verschillen tussen de drie categorieën. Het percentage ziekenfondsverzekerden is lager in de meer terughoudende praktijken, het verschil tussen de twee uiterste categorieën is bijna acht procent. Het kenmerk dat het sterkst verschilt tussen de categorieën is het percentage hoog opgeleiden. Hoe meer hoog opgeleiden, hoe terughoudender het beleid. In de meest terughoudende praktijken is gemiddeld 30,5% van de patiënten hoog opgeleid, in de praktijken waar de meeste antibiotica wordt voorgeschreven is dit 15,9%. Ook de stedelijkheidsgraad verschilt behoorlijk tussen de categorieën, dit verband is echter (net) niet significant bij p<,05.

#### **Richtlijnconform voorschrijven**

In tabel 9.6 zijn de praktijken ingedeeld op basis van de mate waarin bij het voorschrijven van antibiotica voor een richtlijnconform middel wordt gekozen. De achtergrondkenmerken zijn dezelfde als in tabel 9.5. Er zijn zeer weinig verschillen tussen de categorieën. Geen enkel kenmerk verschilt significant. Ook hier lijkt een verband te zijn met de stedelijkheidsgraad dat net niet significant is.

Tabel 9.6: Praktijkenmerken van praktijken met het minst richtlijnconforme voorschrijfbeleid, de meeste richtlijnconforme middelen en de middengroep (hoogste, laagste en twee middelste kwartielen)

	Kwartiel met minste richtlijnconforme voorschriften (n=24)	Middengroep (n=48)	Kwartiel met meeste richtlijnconforme voorschriften (n=24)	P
Gemiddelde score richtlijnconform voorschrijven (0-100)	37,1	65,8	81,8	0,000**
<b>Stedelijkheid (%)</b>				
(Zeer) sterk	58,3	46,9	34,8	
Matig	29,2	14,3	13	
Weinig / niet	12,5	38,8	52,2	0,054
<b>Praktijkvorm (%)</b>				
Solo	58,3	44,9	56,5	
Duo	29,2	30,6	17,4	
Groep	12,5	24,5	26,1	0,539
<b>Achterstandswijk (%)</b>				
Niet	91,7	89,8	95,7	
Wel	8,3	10,2	4,3	0,704
<b>Apotheekhoudend (%)</b>				
Niet	91,7	83,7	95,7	
Wel	8,3	16,3	4,3	0,283
Algemene praktijkgrootte	3437	3861	4498	0,235
Aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts	2648	2524	2609	0,651
Aantal huisartsen	1,5	1,9	2,1	0,175
Percentage ouderen (65 <sup>+</sup> ) in de praktijk	13,4	14,2	13,6	0,798
Percentage ziekenfondsverzekerden	66,2	66,4	70,8	0,148
Percentage hoog opgeleiden	23,1	24,0	18,2	0,132

\* p<,05; \*\* p<,005

### ***Voorschrijfvolume***

Vervolgens zijn in tabel 9.7 dezelfde kenmerken op een rijtje gezet maar nu uitgesplitst naar voorschrijfvolume. In de tweede kolom staan de praktijken met het laagste aantal voorschriften, in de vierde kolom die met het hoogste aantal. Ook hier is ingedeeld op basis van kwartielen.

Drie kenmerken blijken significant te verschillen tussen de drie groepen. De praktijken met een hoog voorschrijfvolume zijn beduidend vaker gevestigd in de weinig of niet stedelijke gebieden terwijl van de groep met het laagste voorschrijfvolume ruim 60% in de (zeer) sterk stedelijke gebieden is gevestigd. Ook zijn er in de groep met het hoogste voorschrijfvolume meer apothekhoudende praktijken: 29,2% tegen 0% bij de praktijken met de het laagste voorschrijfvolume. Ook het percentage hoger opgeleiden is van invloed: hoe meer hoger opgeleiden, hoe lager het voorschrijfvolume.

Tabel 9.7: Praktijkenmerken van praktijken met het laagste voorschrijfvolume, het hoogste voorschrijfvolume en de middengroep (hoogste, laagste en twee middelste kwartielen)

	Kwartiel laagste voorschrijfvolume (n=24)	Middengroep (n=50)	Kwartiel met hoogste voorschrijfvolume (n=24)	P
Gemiddelde aantal antibioticavoorschriften per 1.000 ingeschreven patiënten	147,2	238,9	362,7	0,000**
<b>Stedelijkheid (%)</b>				
(Zeer) sterk	62,5	54	16,7	
Matig	25	12	25	
Weinig / niet	12,5	34	58,3	0,003**
<b>Praktijkvorm (%)</b>				
Solo	45,8	58,0	37,5	
Duo	37,5	20,0	33,3	
Groep	16,7	22,0	29,2	0,342
<b>Achterstandswijk (%)</b>				
Niet	87,5	90	100	
Wel	12,5	10	0	0,228
<b>Apotheekhoudend (%)</b>				
Niet	100	92	70,8	
Wel	0	8	29,2	0,004**
Algemene praktijkgrootte	3418	3822	4584	0,158
Aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts	2631	2590	2441	0,458
Aantal huisartsen	1,6	1,8	2,2	0,175
Percentage ouderen (65 <sup>+</sup> ) in de praktijk	14,0	13,3	15,1	0,403
Percentage ziekenfondsverzekerden	64,5	67,7	68,9	0,335
Percentage hoog opgeleiden	28,4	21,3	19,2	0,010*

\* p<,05; \*\* p<,005.

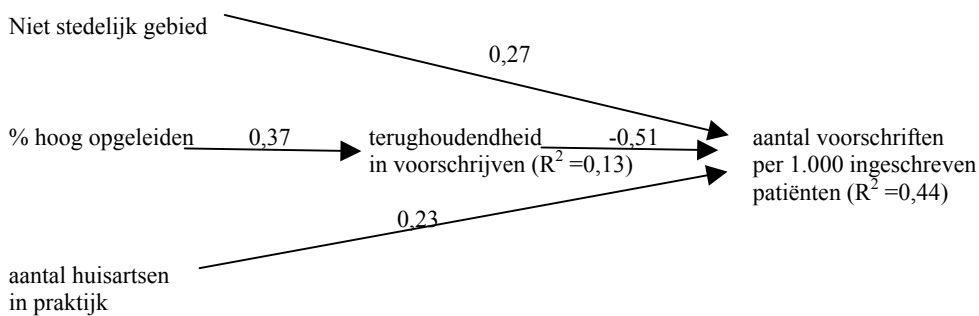
### **Multivariate analyses**

Aan de hand van een multipele regressie is nagegaan welke kenmerken van invloed zijn op de drie hierboven beschreven variabelen, bij controle voor de andere kenmerken. Voor de dimensie ‘voorschrijven van richtlijnconforme middelen’ bleek het niet mogelijk een passend model te schatten, geen enkel kenmerk heeft een significante invloed. Bij de mate van terughoudendheid in voorschrijven en voorschrijfvolume lukte dit wel. Terughoudendheid is als predictor toegevoegd aan het model waarin de effecten op voorschrijfvolume werden geschat. Het is immers aannemelijk dat de mate van terughoudendheid van invloed is op het voorschrijfvolume en niet andersom.

In figuur 9.3 zijn alle significante effecten weergegeven door middel van pijlen, de getallen zijn gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (bèta's) en geven de sterkte van de verbanden aan. De methodische aspecten van deze analyse zijn uitgebreid beschreven in bijlage 9.3.

Er zijn drie aspecten die een rechtstreekse invloed hebben op het voorschrijfvolume: vestiging in een niet stedelijk gebied en het aantal huisartsen hebben een positieve invloed, terughoudendheid een negatieve. Een terughoudend voorschrijfbeleid heeft duidelijk de sterkste invloed. De rechtstreekse pijlen van ‘niet stedelijk gebied’ en aantal huisartsen geven aan dat deze invloeden niet kunnen worden toegeschreven aan de mate van terughoudendheid. Dat is wel het geval bij het percentage hoger opgeleiden: hoe meer hoger opgeleiden, hoe terughoudender er wordt voorgeschreven waardoor het voorschrijfvolume afneemt. Het percentage hoger opgeleiden verklaart 13% van de variantie in terughoudendheid. Van het voorschrijfvolume wordt maar liefst 44% van de variantie verklaard door het model.

Figuur 9.3: De relatie tussen achtergrondkenmerken, mate van terughoudendheid in voorschrijven en het aantal voorschriften antibiotica per 1.000 ingeschreven patiënten (gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten)



Alleen significante effecten weergegeven, model is gecontroleerd voor: praktijkvorm, achterstandswijk, apotheekhoudend, algemene praktijkgrootte, aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts, percentage ouderen (65+), percentage ziekenfondsverzekerden en type Huisarts Informatie Systeem.

## 9.9 Beperkingen

Het is van belang te wijzen op enkele beperkingen van de analyses die in dit hoofdstuk zijn gepresenteerd.

Al eerder werd er op gewezen dat de indicatoren voor al dan niet standaardconform handelen meer zwart-wit zijn dan de standaarden zelf. Omwille van de helderheid is het echter noodzakelijk keuzes te maken. Het betreft hier dus een sterk vereenvoudigde weergave van standaarden en realiteit. Niet alle handelingen die volgens deze indicatoren niet standaardconform zijn mogen worden opgevat als onjuiste handelingen.

In dit hoofdstuk zijn verbanden tussen bepaalde achtergrondkenmerken en voorschrijf-beleid bekeken. We zijn hierbij vooral exploratief te werk gegaan. Dat wil zeggen dat het onderzoek weinig theoriegestuurd is. Het nadeel hiervan is dat gevonden verbanden wel achteraf ‘geduid’ kunnen worden maar dat aanvullend onderzoek nodig zal zijn om deze verklaringen sterker te onderbouwen.

Een laatste beperking heeft betrekking op het meetniveau van de analyses. Het voorschrijfbeleid is vastgesteld op praktijkniveau. Het is echter goed mogelijk dat individuele huisartsen – ook binnen een praktijk – sterk van elkaar verschillen. In een praktijk met een zeer hoog of juist zeer laag scorende huisarts kunnen deze effecten worden afgezwakt door dat het gemiddelde van alle artsen in de praktijk wordt genomen. In een solopraktijk wordt de score beïnvloed door één huisarts. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat dit verschijnsel zich niet alleen voordoet in de analyse maar dat dit zich in veel gevallen ook in de realiteit voordoet. In een praktijk met meerdere huisartsen krijgt men als patiënt ook vaak met verschillende huisartsen te maken.

## 9.10 Conclusies

Het is bekend dat Nederlandse huisartsen in vergelijking met hun buitenlandse collega's uitgesproken terughoudend zijn in het voorschrijven van antibiotica. Desondanks blijkt, dat wanneer het voorschrijfbeleid van praktijken met elkaar wordt vergeleken er ruimte is voor verbetering. Er bestaan grote verschillen tussen praktijken, bij sommige aandoeningen verschilt de mate waarin er standaardconform wordt gehandeld van 0% tot 100%.

De richtlijnen zoals die in de standaarden omschreven zijn, zijn echter minder zwart-wit dan de in dit hoofdstuk geoperationaliseerde indicatoren. Ook wanneer een terughoudend beleid wordt voorgestaan kan in individuele gevallen de keuze voor antibiotica verdedigbaar en zelfs noodzakelijk zijn. De vraag is dan ook hoe deze verschillen moeten worden geïnterpreteerd. De beste wijze is wellicht door de mate waarin de standaard wordt gevolgd te beschouwen in combinatie met de gemiddelde score van alle praktijken. Een voorbeeld: een praktijk die in slechts 30% afziet van het voorschrijven van antibiotica bij sinusitus wijkt weinig af van de rest: het gemiddelde is 33%. Maar de praktijk die in 50% van de gevallen antibiotica voorschrijft bij kinderen met koorts terwijl alle anderen dat vrijwel nooit doen roept vragen op. Het gaat hier om een opvallend afwijkend voorschrijfgedrag.

Met andere woorden: uitschieters roepen vragen op. Dat geldt in sommige gevallen ook voor de, volgens de operationalisering, positieve uitschieters. Bij sinusitus bijvoorbeeld, wordt in de standaard antibiotica niet 100% afgeraden maar wordt aangeraden deze pas te gebruiken als de klachten langer dan vijf dagen aanhouden. De praktijk die bijna 50% boven het gemiddelde zit, gaat mogelijk iets te rigide om met antibiotica en is wellicht te terughoudend. In andere gevallen kunnen praktijken die hoog scoren wel als 'best practices' beschouwd worden. Met name daar waar de standaarden meer uitgesproken aanbevelingen doen zoals het voorschrijven van een smalspectrumpenicilline bij acute keelpijn.

De bevinding dat er praktijken zijn die bepaalde standaarden nooit naleven is opmerkelijk te noemen en verdient aandacht.

Uit de analyses is gebleken dat praktijken zich niet primair onderscheiden in het naleven van standaarden in het algemeen maar eerder op aspecten daarvan. Zo zijn er meer en minder terughoudende praktijken en praktijken waarin vaker of minder vaak een richtlijnconform middel wordt voorgeschreven. Deze twee factoren blijken niet samen te hangen.

Een interessante bevinding is, dat het totale voorschrijfvolume in een vrij grote mate te verklaren is door het voorschrijfbeleid van huisartsen. Dit is voor de inspectie een nuttige bevinding. Het vaststellen van de mate waarin specifieke standaarden worden nageleefd en het afleiden van gedragsdimensies hieruit is een kostbare, arbeidsintensieve en tijdsintensieve bezigheid. Het vaststellen van de totale hoeveelheid antibiotica die wordt voorgeschreven in een praktijk is aanzienlijk minder complex. En hoewel dit laatste gegeven een indirecte manier van meten blijft, is gebleken dat het een behoorlijke indicatie geeft van het voorschrijfbeleid in de praktijk.

Naast de mate van terughoudendheid in voorschrijven zijn er een aantal andere factoren gevonden die samenhangen met het voorschrijfvolume. Met name in de minst stedelijke gebieden blijkt meer te worden voorgeschreven. De vraag hoe dit te verklaren is, blijft onbeantwoord en verdient aandacht in toekomstig onderzoek. Hetzelfde geldt voor het aantal huisartsen in de praktijk. Het gegeven dat huisartsen terughoudender voorschrijven naarmate er meer hoger opgeleiden onder de patiëntenpopulatie zijn, ondersteunt het idee dat patiënten zelf invloed hebben op het al dan niet voorschrijven van antibiotica. Vermoedelijk staan hoger opgeleiden kritischer tegenover het gebruik van antibiotica en zijn zij vaker op de hoogte van de nadelen hiervan. Geconcludeerd kan worden dat praktijken met een relatief laag opgeleide populatie meer aandacht behoeven, het gevaar voor overprescriptie is hier groter.

#### **Voorstel beperkte set indicatoren**

De volgende twee indicatoren worden voorgesteld om op te nemen in de definitieve set. Deze indicatoren zijn tevens opgenomen in de uitgewerkte lijst bij deel 1 van dit rapport. De tweede indicator is bewust in algemene termen omschreven zonder specifieke middelen of aandoeningen te noemen. Het is immers mogelijk en wellicht aanbevelenswaardig om van tijd tot tijd op verschillende middelen en aandoeningen te focussen.

---

1	Aantal voorschriften antibiotica per 1.000 ingeschreven patiënten, per jaar
2	Mate waarin bij het voorschrijven van antibiotica gekozen wordt voor een richtlijnconform middel

---



## Bijlage 9.1: Beschrijving indicatoren

### Antibiotica 1

---

Terughoudendheid in voorschrijven van antibiotica	
Waarom wordt dit gemeten?	Bij het voorschrijven van antibiotica is een zekere terughoudendheid geboden. Antibiotica kunnen vervelende bijwerkingen hebben en naarmate ze vaker worden voorgeschreven neemt de kans toe dat bacteriën resistent worden.
Hoe wordt dit gemeten?	Aan de hand van HIS-gegevens waarin diagnoses in de vorm van ICPC-codes worden geregistreerd en prescripties in de vorm van ATC-codes. Van een aantal diagnoses wordt nagegaan hoe vaak er antibiotica worden voorgeschreven.
Teller	Aantal episodes in de noemer waarbij antibiotica zijn voorgeschreven.
Noemer	Aantal episodes met een specifieke diagnose, bijvoorbeeld acute keelpijn, otitis media acuta, sinusitis.
Norm	In veel NHG-standaarden wordt een terughoudend beleid ten aanzien van antibiotica aanbevolen. Scores moeten zowel in relatie tot de standaarden als in relatie tot andere praktijken beschouwd worden.
Structuur /proces/uitkomst	Proces/uitkomst

---

### Meetinstrument

HIS gegevens met geregistreerde diagnosecode (ICPC) en ATC-code.

### Onderzoekspopulatie

Er zijn gegevens voor handen van 97 praktijken.

## Antibiotica 2

---

Aantal voorschriften antibiotica per 1.000 ingeschreven patiënten, per jaar	
Waarom wordt dit gemeten?	Bij het voorschrijven van antibiotica is een zekere terughoudendheid geboden. Antibiotica kunnen vervelende bijwerkingen hebben en naarmate ze vaker worden voorgeschreven neemt de kans toe dat bacteriën resistent worden. Gebleken is, dat het voorschrijfvolume een indicatie geeft van de mate van terughoudendheid in voorschrijven.
Hoe wordt dit gemeten?	Aan de hand van HIS-gegevens waarin prescripties worden geregistreerd in de vorm van ATC-codes.
Teller	Aantal voorschriften antibiotica gedurende een jaar.
Noemer	Aantal patiënten dat gedurende het jaar is ingeschreven.
Norm	In veel NHG-standaarden wordt een terughoudend beleid ten aanzien van antibiotica aanbevolen. Scores moeten in relatie tot andere praktijken beschouwd worden. Afwijkende hoge scores kunnen wijzen op overprescriptie.
Structuur /proces/uitkomst	Proces/uitkomst

---

### Meetinstrument

HIS gegevens met geregistreerde prescripties d.m.v. ATC-code.

### Onderzoekspopulatie

Er zijn gegevens voor handen van 97 praktijken.

### Antibiotica 3

---

Mate waarin bij het voorschrijven van antibiotica gekozen wordt voor een richtlijnconform middel.	
Waarom wordt dit gemeten?	Voor veel aandoeningen wordt een 1 <sup>e</sup> keuzeantibioticum aanbevolen in de NHG-standaarden. Dit middel is het meest geschikt gebleken of heeft de minste neveneffecten.
Hoe wordt dit gemeten?	Aan de hand van HIS-gegevens waarin prescripties worden geregistreerd in de vorm van ATC-codes.
Teller	Aantal voorschriften van de noemer waarin gekozen is voor een richtlijnconform middel.
Noemer	Aantal voorschriften antibiotica bij een beperkt aantal, nader omschreven, aandoeningen.
Norm	Verschillende NHG-standaarden bevatten duidelijke normen omtrent de keuze voor een bepaald antibioticum. Soms wordt bijvoorbeeld een smalspectrum-penicilline aangeraden of worden één of meerdere specifieke middelen aangeraden.
Structuur /proces/uitkomst	Proces/uitkomst

---

#### Meetinstrument

HIS gegevens met geregistreerde diagnosecode (ICPC) en ATC-code.

#### Onderzoekspopulatie

Er zijn gegevens voor handen van 97 praktijken.

## **Bijlage 9.2: Toptien meest voorgeschreven antibiotica**

**(samen 85,4% van de totale hoeveelheid voorgeschreven antibiotica)**

Positie	Middel	Percentage van alle voorschriften antibiotica
1	Doxycycline	20,7%
2	Amoxicilline	19,7%
3	Amoxicilline met enzymremmer	9,2%
4	Trimethoprim	9,0%
5	Nitrofurantoin	8,4%
6	Clarithromycine	5,3%
7	Sulfamethoxazolmetrimethoprim	3,6%
8	Azitromycine	3,3%
9	Oxacilline	3,2%
10	Feneticilline	3,0%

### Bijlage 9.3: Methodische verantwoording multivariate analyses

De verbanden die zijn weergegeven in figuur 9.3 zijn geschat aan de hand van een drietal multi-pele regressieanalyses. In tabel 9.8 zijn de drie modellen weergegeven. Omdat het hier vooral om een exploratieve analyse gaat is in de modellen 1 en 3 gekozen voor de stepwise methode. Bij deze methode wordt eerst de meest verklarende variabele als predictor opgenomen in het model, vervolgens wordt steeds de variabele die daarna de meeste verklarende kracht heeft, toegevoegd. Bij iedere stap wordt van alle variabelen in het model nagegaan of ze verwijderd kunnen worden zonder significant verlies aan verklaarde variantie. Is dat het geval, dan worden deze verwijderd. Uiteindelijk leidt deze procedure tot het meest ‘zuinige’ model waarbij zoveel mogelijk wordt verklaard met zo min mogelijk predictoren. In model 2 zijn dezelfde predictoren (die significant bleken in model 1) gebruikt en is terughoudendheid in voorschrijven toegevoegd aan het model. Op deze wijze kan men zien in hoeverre de effecten in het eerste model worden verklaard door de mate van terughoudendheid.

Tabel 9.8: Multi-pele regressie modellen  
 Model 1: de invloed van vestiging in niet-stedelijk gebied, aantal huisartsen in de praktijk en % hoog opgeleiden op het aantal voorschriften antibiotica per 1.000 ingeschreven patiënten per jaar.  
 Model 2: model 1 + mate van terughoudendheid in voorschrijven als predictor toegevoegd.  
 Model 3: de invloed van % hoog opgeleiden op terughoudendheid in voorschrijven antibiotica.  
 (ongestandaardiseerde en gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten, praktijken, n=97)

	Model 1		Model 2		Model 3	
	Aantal voorschriften /1.000 patiënten per jaar (stepwise)		Aantal voorschriften /1.000 patiënten per jaar (enter)		Terughoudendheid in voorschrijven antibiotica (stepwise)	
	B	Bèta	B	Bèta	B	Bèta
Constante	245,76**		523,38**		60,47**	
Stedelijkheid	72,27**	0,29	66,38**	0,27		
Niet stedelijk (t.o.v. rest)						
Aantal huisartsen in praktijk	17,88**	0,29	16,10**	0,23		
% hoog opgeleiden	-1,73*	-0,24	-0,46	-0,06	0,30**	0,37
Mate van terughoudendheid in voorschrijven			-4,49**	-0,51		
Proportie verklaarde variantie (adj. R <sup>2</sup> )	0,21		0,44		0,13	

\* p<,05; \*\* p<,005

Gecontroleerd voor: praktijkvorm, achterstandswijk, apotheekhoudend, algemene praktijkgrootte, aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts, percentage ouderen (65+), percentage ziekenfondsverzekerden en type Huisarts Informatie Systeem.



## 10 Huisartsgeneeskundig handelen 2: verwijzen binnen de eerste en naar de tweede lijn

### 10.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt het verwijzen door huisartsen aan de orde. Het gaat daarbij om zowel verwijzen naar andere eerstelijnsdisciplines als naar de tweede lijn (specialisten). In 10.2 zal dieper worden ingegaan op het belang van verwijzen in het algemeen en op het gebruik van verwijsgegevens als indicatoren. In 10.3 wordt de werkwijze die is gevolgd bij de analyses beschreven. In 10.4 worden de resultaten beschreven. Hierbij wordt achtereenvolgens het verwijzen binnen de eerste lijn, naar de tweede lijn, samenhang tussen verschillende soorten verwijzingen en de invloed van achtergrondkenmerken beschreven. In 10.5 wordt afgesloten met de conclusie.

### 10.2 Verwijzen in de huisartspraktijk

Huisartsen vervullen binnen de Nederlandse gezondheidszorg een poortwachterfunctie. De meeste medische problemen komen eerst bij de huisarts, waarna deze de klacht zelf behandelt of besluit door te verwijzen. Het overgrote deel van de klachten (ca. 96%) wordt binnen de huisartspraktijk afgehandeld, een klein deel wordt verwezen (Cardol et al., 2004). Deze verwijzingen kunnen plaats vinden binnen de eerste lijn of naar de tweede lijn. Door deze poortwachter- of zeef functie is het aantal verwijzingen in Nederland relatief laag.

Er is een aantal redenen om te kijken naar verwijscijfers in het licht van risico's in de huisartsenzorg.

Verwijscijfers zijn voor een belangrijk deel een afspiegeling van de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit. Daarnaast zijn ze echter de uitkomst van het verwijsgedrag van de huisarts. Mokkink (1983) onderscheidt drie zogenaamde 'betekenisaspecten' aan dit verwijsgedrag; in de eerste plaats heeft dit gedrag betrekking op het maken van een beslissing om wel of niet te verwijzen. Binnen dit aspect kan weer onderscheid gemaakt worden tussen kwantiteit (verwijst de huisarts veel of weinig?) en het kwalitatieve aspect (neemt de huisarts de juiste beslissingen, wordt er gericht verwezen?). In de tweede plaats heeft het verwijsgedrag betrekking op de wijze waarop er wordt verwezen. In de derde plaats heeft dit gedrag betrekking op de nazorg en de evaluatie van de verwijzing achteraf. De nadruk in deze studie zal liggen op het eerste aspect en met name op de betekenis van verwijscijfers. Het belang hiervan zal hieronder verder worden toegelicht.

In hoeverre geeft een verwijscijfer een indicatie van geleverde kwaliteit dan wel risico's, en om welke risico's gaat het dan? Zoals gezegd worden verwijscijfers deels bepaald door de gepresenteerde morbiditeit. Deze morbiditeit is sterk gerelateerd aan de samenstelling van de patiëntpopulatie o.a. geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm spelen een rol (LINH, 2004). Dit onttrekt zich grotendeels aan de invloed van de huisarts. Voor het resterende deel geven verwijscijfers wel een indicatie van het handelen van de huisarts. In de onder-

zoeksliteratuur komt een aantal huisarts- en praktijkgerelateerde factoren naar voren die van invloed zijn op verwijsgedrag. Na correctie voor praktijksamenstelling blijken er vaak grote verschillen tussen huisartsen op te treden (Mokkink, 1983; Aulbers, 1985; Wijkel, 1986). Factoren die hierop van invloed kunnen zijn, zijn bijvoorbeeld de mate waarin de huisarts bereid is onzekerheid te accepteren, taakopvatting, gevoel van incompetentie, medische hobby's, werkdruk, (Stokx et al. 1992; Grol et al., 1985), praktijkvorm (Wijkel, 1986). Ook kan het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen in een regio van invloed zijn. Gebleken is dat verwijscijfers hoger zijn naarmate de afstand tot het ziekenhuis kleiner is. (Wijkel, 1986; Dopheide, 1985).

De bovenstaande factoren in ogenschouw nemend, is het denkbaar dat er bij inadequaat verwijsgedrag risico's kunnen ontstaan. Wanneer er sprake is van al te nauwe taakopvatting, veel onzekerheid of eenvoudig een gevoel van incompetentie kan dit leiden tot te veel –onnodige- verwijzingen. Het risico dat hierin schuilt is dat er een te grote afhankelijkheid ontstaat van medische hulpverlening en dat er een te grote druk ontstaat op de tweede lijn. Daar staat tegenover dat onderverwijzing ook riskant is: het spreekt voor zich dat het accepteren van een al te grote mate van onzekerheid ongewenst is.

Vervolgens moet stil worden gestaan bij de bruikbaarheid van verwijscijfers als indicatoren voor risico's. Andere auteurs (Stokx, 1992; Mokkink, 1986) hebben er eerder gewezen op een aantal haken en ogen die daar aan zitten. In de eerste plaats moeten gegevens met betrekking tot de gepresenteerde morbiditeit worden meegewogen bij het vergelijken van huisartsen en praktijken. Een eenvoudige manier om dit op te lossen is, door enkele kenmerken van de samenstelling van de praktijk mee te wegen: leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm zijn kenmerken die hieraan sterk gerelateerd zijn en die over het algemeen voor handen zijn.

In de tweede plaats is het lastig een norm te bepalen voor wat wenselijk is. Zoals eerder werd aangegeven, kunnen verwijscijfers zowel te laag als te hoog zijn. Mokkink (1986) (zie ook Stokx, 1992) stelt dat geen 'cut-off point' is aan te geven en dat verwijscijfers moeten worden beschouwd tegen de achtergrond van de gehele werkwijze van de huisarts. Verwijsgedrag staat niet op zich maar maakt deel uit van een algehele werkwijze waarin bepaalde patronen bestaan.

Ten derde moet worden opgemerkt dat in dit hoofdstuk verwijsgedrag alleen kwantitatief wordt benaderd: de wijze waarop de verwijzing plaats vindt blijft buiten beschouwing. De reden hiervoor is vooral van praktische aard: het verzamelen van kwantitatieve gegevens op grote schaal is eenvoudiger dan meer diepgaande kwalitatieve gegevens. Bij afwezigheid van een 'gouden standaard' wordt als uitgangspunt genomen dat verwijscijfers met name aandacht verdienen wanneer deze sterk afwijken van het gangbare onder constant-houding van (patiënt)populatiegegevens. Aanvullend onderzoek bij specifieke huisartsen zou kunnen uitwijzen hoe dit cijfer zich verhoudt tot de algehele werkwijze van de huisarts.



### 10.3 Aanpak

Van de praktijken die participeerden in de Tweede Nationale Studie zijn de verwijzingen geregistreerd door de huisarts. Daarbij is aangegeven waar naar toe verwezen werd. Per praktijk is het aantal verwijzingen (totaal en van veel voorkomende disciplines) gedeeld door het totaal aantal face-to-face contacten. Zodanig werd het aantal verwijzingen per duizend contacten berekend. Vervolgens is nagegaan wat de meest voorkomende verwijzingen zijn binnen de eerste en naar de tweede lijn en of het aantal verwijzingen naar de ene discipline samenhangt met verwijzingen naar andere disciplines. Met andere woorden, zijn er huisartsen die in het algemeen veel of juist weinig verwijzen? Vervolgens is nagegaan in hoeverre er verschillen zijn waar te nemen tussen praktijken. Op de data zijn een aantal controles uitgevoerd op onderregistratie en onwaarschijnlijkheden. Op deze wijze is een aantal slecht registrerende praktijken geëxcludeerd. Er bleken 79 praktijken te zijn die aan de eisen voldeden.

Bij een volgende stap in de analyse zijn de praktijken ingedeeld in drie groepen: een groep met relatief veel verwijzingen, een groep met relatief weinig verwijzingen en een middengroep. Deze driedeling is apart gemaakt voor eerstelijns- en tweedelijnsverwijzingen. Vervolgens is nagegaan in hoeverre deze groepen van elkaar verschillen met betrekking tot kenmerken van patiënten, huisartsen en praktijken.

Binnen LINH is het vastleggen van verlengings- en achteraf-verwijzingen naar de medisch specialist niet meer verplicht. Daarom is wat betreft de verwijzingen naar de specialist alleen gekeken naar zogenaamde ‘actieve’ of ‘nieuwe’ verwijzingen. Er is sprake van een nieuwe verwijzing wanneer de patiënt voor het eerst met een klacht/aandoening wordt verwezen op basis van een vooraf genomen beslissing van de huisarts.

### 10.4 Resultaten

#### 10.4.1 *Verwijzen binnen de eerste lijn*

Als verwezen wordt binnen de eerste lijn, dan betreft dit meestal verwijzingen naar paramedici. Van de duizend contacten wordt gemiddeld 25 keer verwezen binnen de eerste lijn. Het overgrote deel (ongeveer 80%) hiervan betreft verwijzingen naar de fysiotherapeut. In tabel 10.1 zijn de vier meest voorkomende verwijzingen binnen de eerste lijn weergegeven. De op één na meest voorkomende verwijzing is naar de oefentherapeut, hier naar wordt 1,5 keer verwezen per duizend contacten. Daarna volgen de psycholoog en het RIAGG met respectievelijk 0,9 en 0,8 verwijzingen per duizend contacten.

Tabel 10.1: Vier meest voorkomende verwijzingen binnen de eerste lijn per 1.000 contacten: minimum,maximum, gemiddelde en 95% betrouwbaarheidsinterval

	Minimum	Maximum	Gemiddeld	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Totaal verwijzingen naar de 1 <sup>e</sup> lijn	10,1	73,9	25,1	22,7	27,5
Fysiotherapeut	4,8	70,9	20,1	17,9	22,2
Oefentherapeut (Cesar/Mensendieck)	0,0	5,6	1,5	1,2	1,7
Psycholoog	0,0	7,1	0,9	0,7	1,2
RIAGG	0,0	5,5	0,8	0,6	1,0

#### 10.4.2 Verwijzen naar de tweede lijn

Verwijzen naar de tweede lijn gebeurt bijna dubbel zo vaak als binnen de eerste lijn: gemiddeld ruim 48 keer per duizend contacten. In tabel 10.2 zijn de acht meest voorkomende verwijzingen weergegeven. De specialist waarnaar het meest verwezen wordt is de chirurg: 4,7 maal per duizend contacten ofwel bijna 10% van alle verwijzingen naar de tweede lijn. Andere specialisten waarnaar relatief veel verwezen wordt zijn de KNO-arts, de dermatoloog, de oogarts, orthopeed, internist, gynaecoloog en neuroloog. Over het algemeen bestaat er een grote variëteit aan specialisten waarnaar verwezen wordt; deze acht meest voorkomende omvatten nog maar 29% van alle verwijzingen naar de tweede lijn.

Tabel 10.2: Acht meest voorkomende verwijzingen naar de tweede lijn per 1.000 contacten: minimum, maximum, gemiddelde en 95% betrouwbaarheidsinterval

	Minimum	Maximum	Gemiddeld	95% Betrouwbaarheidsinterval	
Totaal (eerste) verwijzingen 2 <sup>e</sup> lijn	15,2	104,2	48,3	44,3	52,3
Chirurg	1,0	9,8	4,7	4,2	5,1
KNO-arts	1,2	9,8	4,4	4,0	4,8
Dermatoloog	1,1	13,2	3,9	3,5	4,4
Oogarts	1,0	10,0	3,8	3,4	4,3
Orthopeed	0,6	6,2	3,4	3,2	3,7
Internist	0,9	7,2	2,9	2,6	3,2
Gynaecoloog	0,5	11,4	2,8	2,4	3,2
Neuroloog	0,8	6,5	2,8	2,5	3,1

#### 10.4.3 Samenhang tussen verschillende verwijzingen

In tabel 10.3 zijn de correlaties weergegeven tussen het aantal verwijzingen per duizend contacten op praktijkniveau naar de meest voorkomende disciplines en het totale aantal verwijzingen binnen de eerstelijns en naar de tweedelijns. Wanneer we kijken naar alle eerstelijns verwijzingen, dan is het ook hier duidelijk dat dit cijfer voor het grootste deel samenvalt met verwijzingen naar de fysiotherapeut. Deze twee correleren maar liefst 0,96. Maar ook verwijzingen naar de psycholoog en het RIAGG hangen significant (maar lager) samen met het totaal aantal eerstelijns verwijzingen.

Ook het totaal aantal verwijzingen naar de tweede lijn blijkt sterk samen te hangen met de afzonderlijke soorten verwijzingen naar de tweede lijn: de correlatie met verwijzingen naar de oogarts, orthopeed, gynaecoloog en internist liggen rond de 0,60, naar de chirurg,

naar de KNO-arts en neuroloog rond de 0,50 en met verwijzingen naar de dermatoloog bedraagt de correlatie 0,37.

Opvallend zijn de hoge correlaties tussen de soorten verwijzingen onderling: in praktijken waar bijvoorbeeld relatief veel wordt verwezen naar de gynaecoloog, wordt ook significant vaker verwezen naar de oogarts of de kno-arts, en praktijken waar vaak naar de fysiotherapeut wordt verwezen, wordt ook vaker naar de internist verwezen. Met andere woorden: er is duidelijk sprake van algemeen meer of minder terughoudend verwijsbeleid binnen praktijken. Alleen de verwijzingen naar de oefentherapeut, psycholoog en RIAGG correleren weinig met andere typen verwijzingen.

Tabel 10.3: Correlaties tussen verwijzingen per duizend contacten naar eerstelijns en tweedelijns disciplines (Pearson correlaties)

	1 <sup>e</sup>	Fys	Oef	Psy	Ria	2 <sup>e</sup>	Chi	Kno	Der	Oog	Ort	Int	Gyn
1 <sup>e</sup>													
Fys	,96**												
Oef	,12	-,05											
Psy	,35**	,27*	-,03										
Ria	,22*	,08	,17	,09									
2 <sup>e</sup>	,52**	,49**	,04	,26*	,20								
Chi	,21	,23*	-,09	-,06	,07	,53**							
Kno	,48**	,48**	,06	,09	,20	,51**	,64**						
Der	,16	,19	-,01	-,03	,19	,37**	,35**	,48**					
Oog	,47**	,45**	,09	,12	,18	,62**	,61**	,73**	,49**				
Ort	,27*	,29*	,17	,08	,00	,60**	,45**	,55**	,30*	,48**			
Int	,35**	,38**	-,09	,09	,18	,58**	,63**	,59**	,42**	,51**	,46**		
Gyn	,35**	,32**	,09	,25*	,24*	,59**	,23*	,47**	,59**	,47**	,45**	,41**	
Neu	,30*	,32**	,09	,07	,13	,52**	,56**	,51**	,55**	,59**	,52**	,57**	,32**

\* p<,05.

\*\* p<,005.

In de volgende paragraaf wordt nagegaan of veel- en weinig verwijzende praktijken te onderscheiden zijn op grond van achtergrondkenmerken van huisartsen, praktijken en patiëntenpopulaties.

#### 10.4.4 Huisarts- en praktijkenkenmerken

In tabel 10.4 worden de achtergrondkenmerken weergegeven van praktijken waar respectievelijk weinig, veel en gemiddeld verwezen wordt binnen de eerste lijn. In de groep met de minste verwijzingen is het gemiddelde bijna vijftien per duizend contacten, in de middengroep is dat ruim 23 en in de categorie met de meeste verwijzingen bijna 37. De verschillen zijn aanzienlijk te noemen: de 'veel verwijzende praktijken' verwijzen bijna 2½ maal zo vaak als de minst verwijzende praktijken.

De praktijken met veel verwijzingen zijn relatief vaak in weinig of niet stedelijke gebieden gevestigd: 59% tegen respectievelijk 37% en 26% in de minst verwijzende groep en de middengroep. Het verschil is significant. Daarnaast blijkt slechts één ander factor significant te verschillen, namelijk het houden van een apotheek aan de praktijk. Van de

praktijken waar het meest verwezen wordt, heeft een derde een eigen apotheek. In de andere groepen zijn dit slechts enkele praktijken. Bekend is dat apotheekhoudende praktijken overwegend in weinig of niet stedelijke gebieden voorkomen, de twee gevonden significante effecten hangen dan ook ongetwijfeld met elkaar samen.

Tabel 10.4: Kenmerken van huisartsen, praktijken en patiëntpopulaties naar hoeveelheid verwijzingen per duizend contacten in de 1<sup>e</sup> lijn (drie groepen)

	Weinig verwijzingen 1 <sup>e</sup> lijn (n=27)	Middengroep (n=27)	Veel verwijzingen (n=27)	P
Gemiddeld aantal verwijzingen 1 <sup>e</sup> lijn	14,9	23,2	36,9	
<b>Stedelijkheid (%)</b>				,033*
(Zeer) sterk	37,0	63,0	33,3	
Matig	25,9	11,1	7,4	
Weinig / niet	37,0	25,9	59,3	
<b>Praktijkvorm (%)</b>				0,173
Solo	66,7	37,0	44,4	
Duo	18,5	40,7	25,9	
Groep	14,8	22,2	29,6	
<b>Achterstandswijk (%)</b>				0,855
Niet	88,9	92,6	92,6	
Wel	11,1	7,4	7,4	
<b>Apotheekhoudend (%)</b>				0,004**
Niet	96,3	92,6	66,7	
Wel	3,7	7,4	33,3	
Algemene praktijkgrootte	3.364	4.277	4.233	0,234
Aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts	2.723	2.587	2.418	0,154
Aantal huisartsen	1,5	2,1	2,1	0,170
Percentage ouderen (65 <sup>+</sup> ) in de praktijk	14,7	13,5	12,9	0,420
Percentage ziekenfondsverzekerden	67,5	68,3	67,4	0,933
Percentage hoog opgeleiden	21,0	22,3	21,8	0,909

\* p<,05.

\*\* p<,005.

In tabel 10.5 zijn dezelfde gegevens weergegeven, de praktijken zijn nu echter ingedeeld naar aantal verwijzingen naar de tweede lijn. Ook hier zijn er forse verschillen tussen de groepen qua aantallen verwijzingen: gemiddeld respectievelijk bijna 30, 46 en 69 verwijzingen per duizend patiënten. Ook hier springen de apotheekhoudende praktijken er uit: in de meest verwijzende groep is een derde van de praktijken apotheekhoudend tegen ongeveer 4% en 8% in respectievelijk de minst verwijzende groep en de middengroep. Ook hier blijken de frequente verwijzers relatief vaak in de weinig of niet stedelijke gebieden te zitten, maar het effect is (net) niet significant. Verder blijkt het percentage ziekenfondsverzekerden iets hoger te liggen naarmate er meer verwezen wordt in de praktijk.

Tabel 10.5: Kenmerken van huisartsen, praktijken en patiëntpopulaties naar hoeveelheid verwijzingen per duizend contacten naar de 2<sup>e</sup> lijn (drie groepen)

	Weinig verwijzingen 2 <sup>e</sup> lijn (n=26)	Middengroep (n=26)	Veel verwijzingen 2 <sup>e</sup> lijn (n=27)	P
Gemiddeld aantal verwijzingen 2 <sup>e</sup> lijn	29,6	46,1	68,7	
<b>Stedelijkheid (%)</b>				0,054
(Zeer) sterk	38,5	53,8	37,0	
Matig	30,8	7,7	7,4	
Weinig / niet	30,8	38,5	55,6	
<b>Praktijkvorm (%)</b>				0,337
Solo	57,7	46,2	44,4	
Duo	19,2	23,1	40,7	
Groep	23,1	30,8	14,8	
<b>Achterstandswijk (%)</b>				0,316
Niet	92,3	84,6	96,3	
Wel	7,7	15,4	3,7	
<b>Apotheekhoudend (%)</b>				0,005
Niet	96,2	92,3	66,7	
Wel	3,8	7,7	33,3	
Algemene praktijkgrootte	3.948	3.993	4.030	0,991
Aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts	2.648	2.662	2.434	0,286
Aantal huisartsen	1,9	2,0	1,9	0,850
Percentage ouderen (65+) in de praktijk	13,1	13,7	14,0	0,825
Percentage ziekenfondsverzekerden	63,5	68,8	70,2	0,029*
Percentage hoog opgeleiden	25,0	22,4	18,1	0,075

\* p<,05.

\*\* p<,005.

De bivariate analyses zijn ook uitgevoerd met een indeling naar aantallen contacten per duizend ingeschreven patiënten om na te gaan of dit andere resultaten opleverde. De resultaten weken echter niet noemenswaardig af van de bovenstaande tabellen. Het gegeven 'aantallen contacten per duizend ingeschreven patiënten' zal daarom alleen hieronder worden gerapporteerd als afhankelijke variabele in de multivariate analyses.

#### *Multivariate analyses*

In tabel 10.6 zijn de resultaten weergegeven van de multivariate analyses. Alle achtergrondkenmerken die in de bivariate analyses zijn gebruikt, zijn aanvankelijk in het model opgenomen plus het soort Huisarts Informatie Systeem (HIS). Alleen de kenmerken die van (significante) invloed zijn, zijn weergegeven. De effecten zijn voor zowel de eerste- als tweedelijnsverwijzingen weergegeven, per duizend contacten en per duizend ingeschreven patiënten.

Over het algemeen blijken zeer weinig kenmerken van invloed. Alleen het percentage ouderen in de praktijk heeft een negatief effect op het aantal verwijzingen per duizend contacten. Dit lijkt opmerkelijk, maar wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de algeheel hogere contactfrequentie in praktijken met veel ouderen waardoor de noemer groter is.

Verder blijken verschillen vooral te worden verklaard door de verschillende registratiesystemen. Met name praktijken met Promedico hebben relatief veel verwijzingen. Promedico is overigens het meest gebruikte systeem onder apotheekhoudende praktijken, hetgeen het eerder gevonden verband verklaart. Ook MacHis scoort hoog op het aantal verwijzingen naar de tweede lijn per duizend patiënten. De verschillen tussen de modellen 1 en 2 en de modellen 3 en 4 zijn beperkt. De proporties verklaarde variantie van de modellen 1 (41%), 3 en 4 (beide 35%) zijn, in aanmerking genomen dat deze vrijwel geheel zijn toe te schrijven aan de HISsen, vrij hoog.

Tabel 10.6: De effecten van huisarts-, praktijk- en patiëntpopulatiekenmerken op het aantal verwijzingen binnen de eerste- en naar de tweede lijn uitgedrukt per duizend contacten en per duizend ingeschreven patiënten (multipel regressie analyse)

	1 <sup>e</sup> lijn				2 <sup>e</sup> lijn			
	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	Aantal verwijzingen PDC		Aantal verwijzingen PDP		Aantal verwijzingen PDC		Aantal verwijzingen PDP	
	B	Bèta	B	Bèta	B	Bèta	B	Bèta
Constante	23,32		83,13		35,89			
% ouderen (65 <sup>+</sup> )	-,46*	-,20						
HIS (ref=microHIS)								
Promedico	16,97**	,64	37,91**	0,46	26,80**	,65	87,11**	,56
Elias	1,33	,05	-5,16	12,43	-,45	-,01	-4,76	-,03
Arcos	4,45	,12	1,25	0,01	2,21	,04	3,31	,02
MacHis	-2,61	-,08	1,75	0,02	8,59	,17	84,27**	,42
(Adj. R <sup>2</sup> )	0,41		0,18		0,35		0,35	

\* p<,05.

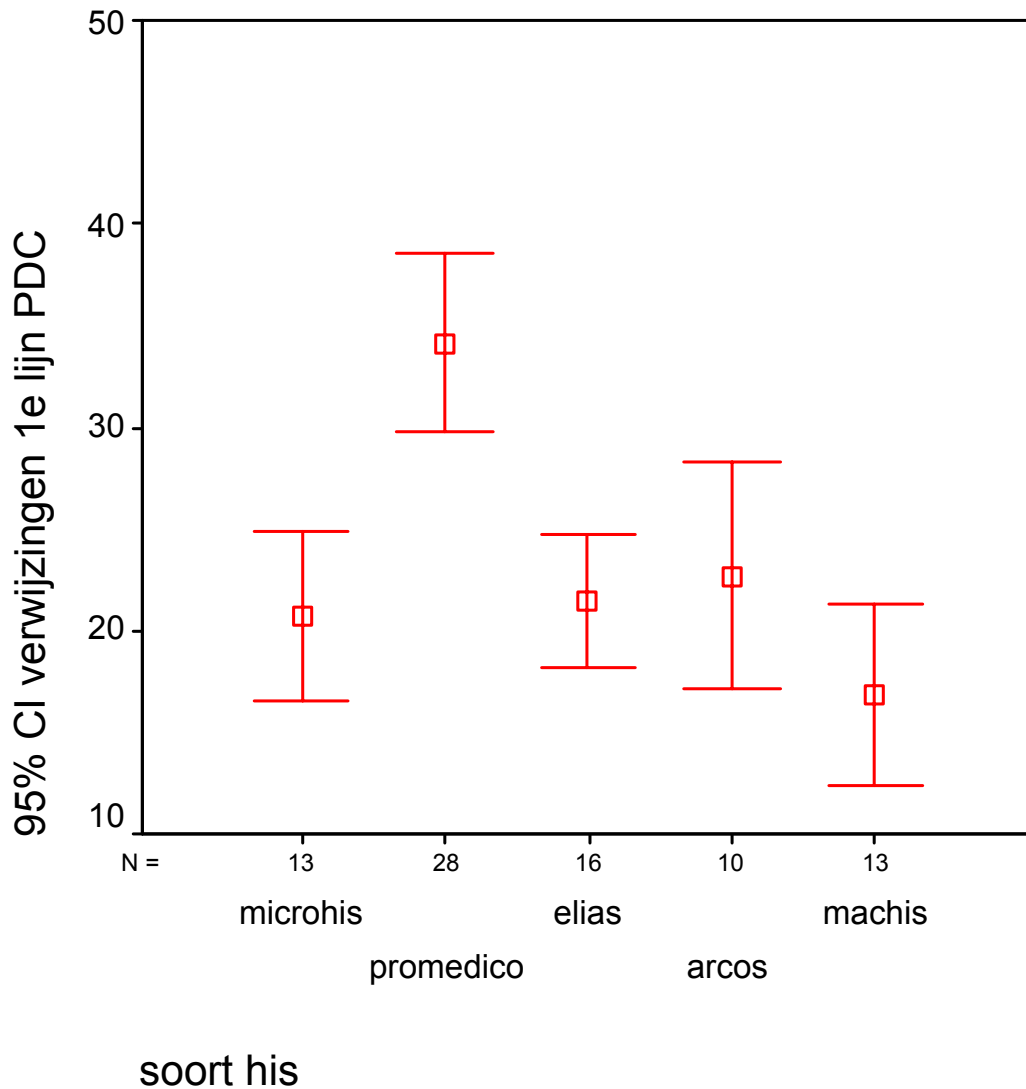
\*\* p<,005.

PDC: per duizend contacten.

PDP: per duizend ingeschreven patiënten.

Op basis van de hierboven gerapporteerde analyses kan worden gesteld dat het niet eenvoudig is een 'profiel' samen te stellen van veel dan wel weinig verwijzende huisartsen. Het belang van de verschillende registratiesystemen wordt geïllustreerd in figuur 10.1. Het is duidelijk dat deze verschillen leiden tot aanzienlijke vertekeningen in de uitkomsten.

Figuur 10.1: Aantallen geregistreerde verwijzingen in de eerste lijn naar type HIS



## 10.5 Conclusie

Van de 1.000 (face-to-face)contacten tussen huisarts en patiënt wordt er ongeveer 25 keer verwezen binnen de eerste lijn en 48 keer naar de tweede lijn. Bij eerstelijnsverwijzingen gaat het meestal (80%) om verwijzingen naar de fysiotherapeut. Veel voorkomende tweedelijnsverwijzingen zijn onder andere verwijzingen naar de chirurg, de KNO-arts, de dermatoloog en de oogarts.

Er zijn grote verschillen in verwijscijfers waarneembaar tussen praktijken. In praktijken waar veel verwezen wordt, vinden twee tot drie maal zoveel verwijzingen plaats per 1.000 contacten als in praktijken waar weinig verwezen wordt en wanneer echt de extremen worden vergeleken, zijn de verschillen nog veel groter. Ook wanneer de verwijscijfers worden uitgedrukt per 1.000 ingeschreven patiënten, blijken deze grote verschillen

er zijn. De hoeveelheid verwijzingen naar verschillende disciplines - ook die weinig met elkaar te maken hebben - blijkt sterk samen te hangen. Alleen oefentherapeut, psycholoog en RIAGG vormen hierop een uitzondering.

Deze samenhangen pleiten voor de stelling dat verwijsgedrag onderdeel uitmaakt van een bredere, algemene werkwijze. Met de kennis dat er een grote variatie bestaat tussen praktijken wat betreft verwijzen, is de vraag van belang of er bepaalde kenmerken zijn op grond waarvan 'veel-verwijzers' en 'weinig-verwijzers' zich van elkaar onderscheiden. Op basis van de verrichte analyses kan worden gesteld dat dit zeer lastig is. Verschillen die werden gevonden, bleken grotendeels toe te schrijven te zijn aan de verschillende HISsen die gebruikt worden. Dit impliceert dus dat gevonden verschillen lang niet altijd 'echte' verschillen in verwijsgedrag zijn, maar vaak ook registratieverschillen. Met name Promedico springt eruit met een hoog aantal verwijzingen. Deze bevinding wijst op een hindernis bij het vergelijken van gegevens tussen praktijken: doordat registreren niet uniform gebeurt kan dit de resultaten vertekenen. Omdat de registratieverschillen kenmerkend zo groot zijn, lijkt het weinig zinvol om met indicatoren voor verwijzen te werken voordat meer uniformiteit in de registratie is bereikt. De bevinding dat er in praktijken met Promedico beduidend meer verwijzingen worden geregistreerd, lijkt er op te wijzen dat in de andere systemen sprake is van onderregistratie.

Uit eerdere studies bleek dat de belangrijkste voorspellende factor voor verwijscijfers de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit is. Omdat het complex is om deze in detail te meten is er in deze studie voor gekozen enkele eenvoudig te verzamelen gegevens van de patiëntpopulatie in de analyse op te nemen waarvan bekend is dat ze sterk gerelateerd zijn aan aard en voorkomen van morbiditeit: leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Deze gegevens blijken op praktijkniveau echter geen voorspellende waarde te hebben.

### **Voorstel beperkte set indicatoren**

De volgende drie indicatoren worden voorgesteld om op te nemen in de definitieve set. Deze indicatoren zijn tevens opgenomen in de uitgewerkte lijst bij deel 1 van dit rapport. Het aantal verwijzingen binnen de eerste lijn is hierin niet opgenomen omdat deze grotendeels samenvalt met verwijzingen naar de fysiotherapeut. Hiertoe is besloten naar overleg met experts tijdens de invitationale conference (zie hoofdstuk 11)

---

1	Aantal verwijzingen naar de tweede lijn per 1.000 patiënten
2	Aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut per 1.000 patiënten
3	Aantal verwijzingen naar specifieke 2 <sup>e</sup> lijnsdiscipline (bijv. oogarts, chirurg) per 1.000 patiënten

---



# 11 Informatie en communicatie

## 11.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de communicatie tussen huisarts en patiënt centraal en met name het informeren van de patiënt door de huisarts. Binnen dit rapport draait het om kwaliteitsaspecten die verband houden met reële risico's. Het is daarom goed een meer specifieke afbakening te maken i.p.v. in te gaan op communicatie in het algemeen.

Het belang van een goede communicatie tussen huisarts en patiënt heeft zowel een medische als een juridische en ethische dimensie. Het verstrekken van goede informatie aan de patiënt is dan ook niet slechts een serviceaspect maar moet worden beschouwd als een wettelijke plicht en een essentieel onderdeel van de medische behandeling.

In dit hoofdstuk worden gegevens gerapporteerd over de mate waarin patiënten belang hechten aan informatie en patiëntgerichtheid en in welke mate er in hun visie aan de verwachtingen wordt voldaan in het huisartsenconsult. In de paragrafen 11.2 t/m 11.4 wordt wat dieper op deze thema's ingegaan. In 11.5 worden de gegevens en methode beschreven. Vervolgens zullen de meetinstrumenten en bevindingen apart worden beschreven voor de thema's informeren en patiëntgerichtheid in 11.5 en 11.6.

## 11.2 De arts-patiëntrelatie in maatschappelijke context

De veranderingen in de communicatie tussen huisarts en patiënt staan niet los van maatschappelijke ontwikkelingen die zich in een breder verband voltrokken. De jaren zestig en zeventig kenmerkten zich door een sterke democratiseringstendens die zich door alle geleidingen van de samenleving deed gelden. Gezagsverhoudingen werden steeds minder vanzelfsprekend en het idee van gelijkwaardigheid en democratische besluitvorming drongen steeds meer door tot het onderwijs, de werkvloer, het huishouden en ook de gezondheidszorg. Met de toegenomen welvaart ontstond er een tot op de dag van vandaag voortdurende opleidingsexpansie. Naast een toegenomen opleidingsniveau is in zijn algemeenheid (vaak specialistische) kennis over allerlei zaken steeds meer binnen ieders handbereik gekomen. De media en vooral de toegang tot het internet is hierin een belangrijke factor geweest. Veel meer dan vroeger zijn leken tegenwoordig ingevoerd in medische kennis en vakjargon, een ontwikkeling die wel wordt aangeduid met de term *professionalisering*. Patiënten zijn kritischer geworden, de arts-patiëntverhouding gelijkwaardiger en de dokter heeft een deel van zijn vanzelfsprekende status en autoriteit verloren. In de jaren zeventig, werd de emancipatie van patiënten bevestigd door het ontstaan van patiëntenorganisaties. Zowel in politiek als in de samenleving werd ook steeds meer belang gehecht aan de invloed van de sociale omgeving. In de geneeskunde verschoof de aandacht voor de ziekte naar de zieke in relatie tot zijn maatschappelijke context. Overigens moet worden opgemerkt dat juist huisartsen altijd een bijzonder positie innamen

binnen de medische wereld in de zin dat zij, als gezinsarts, altijd al relatief veel aandacht hadden voor sociale aspecten.

Tegen de achtergrond van deze maatschappelijke ontwikkelingen vond in de geneeskunde een paradigmaverschuiving plaats die kan worden samengevat als: van biomedisch naar biopsychosociaal, van paternalistisch naar gelijkwaardig en van aanbodgericht naar vraaggericht (Van den Brink-Muinen et al., 2004).

Het veranderende denken over de relatie arts-patiënt weerspiegelt zich ook in de verschillende functieomschrijvingen van de huisarts uit 1956 en 1981. De primaire verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de patiënt werd in de laatste niet langer gelegd bij de huisarts, maar bij de patiënt zelf. Een andere, meer symbolische verandering was het verdwijnen van de witte jas uit de huisartspraktijk.

Deze ontwikkelingen hebben er toe geleid dat er andere eisen worden gesteld aan de communicatie en de informatievoorziening. Hoewel het alom bekende beeld van ‘de mondige patiënt’ nauwelijks empirisch is onderbouwd, wordt over het algemeen aangenomen dat patiënten minder geneigd zijn er blindelings vanuit te gaan dat hun arts weet wat het beste is. Meer en meer worden zij gestimuleerd zich als kritische consumenten op te stellen. In hoeverre patiënten zich daadwerkelijk als zodanig gedragen is moeilijk te zeggen.

### 11.3 Recht op informatie

Patiënten hebben recht op informatie aangaande de aard en het doel van een behandeling. Sinds 1995 is dit recht vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). In artikel 448 (lid 1) van de WGBO staat de informatieverplichting als volgt omschreven:

*“De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk in over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt.”*

In lid 2 worden de gebieden waarop deze informatie betrekking moet hebben specifiek omschreven:

*“Bij het uitvoeren van de in lid 1 neergelegde verplichting laat de hulpverlener zich leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten ten aanzien van:*

- a: de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen;*
- b: de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt;*
- c: andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen;*
- d: de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling.”*

Voor een medische behandeling is wettelijk gezien altijd toestemming van de patiënt vereist. Door de zorgverlener verstrekte informatie met betrekking tot de bovenstaande punten moet de patiënt in staat stellen deze toestemming weloverwogen te geven. Geen behandeling zonder toestemming, geen toestemming zonder informatie (Roscam Abbing, 1995). Deze normen worden in de WGBO nog eens bevestigd maar bestonden ook daarvoor al. Ze vloeien rechtstreeks voort uit onder meer het zelfbeschikkingsrecht en het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en op lichamelijke integriteit zoals die in de Grondwet zijn vastgelegd. Er kan vanuit worden gegaan dat de komst van de WGBO geen ingrijpende veranderingen tot gevolg heeft gehad in de medische praktijk. Het is eerder de bestending van normen die al langer algemeen aanvaard waren en ook tot uiting kwamen in tuchtrechtelijke jurisprudentie van voor 1995 (Legemaate, 1995).

Actieve participatie van de patiënt in het besluitvormingsproces vraagt om een patiëntgerichte houding van de arts. Deze moet zich open en ontvankelijk opstellen en wordt geacht de patiënt de ruimte te bieden om zijn of haar behoeften kenbaar te maken.

#### **11.4 Communicatie en informatie in medisch perspectief**

Behalve dat een patiëntgerichte manier van communiceren en het verschaffen van relevante informatie vanuit moreel oogpunt als wenselijk kan worden beschouwd zijn er ook redenen van medische aard om zorgvuldig met deze zaken om te gaan. Goede communicatie en informatieverstrekking komt het genezingsproces en de beleving van de patiënt ten goede. Van Dulmen en Bensing (2000) geven een overzicht van studies waaruit is gebleken dat er een relatie is tussen patiëntgerichtheid en informatieverstrekking door zorgverleners en bijvoorbeeld angst, depressieve gevoelens, herstel, pijn, algemene gezondheidstoestand en bloeddruk. De aard van deze relaties is divers. Het ervaren van steun en empathie kan op zich al een heilzame werking hebben maar ook kan door het verstrekken van de juiste informatie de patiënt gestimuleerd worden tot een gezondere levensstijl. Ook kan een beter inzicht in de werking van medicijnen leiden tot een betere therapietrouw.

#### **11.5 Gegevens en methode**

In dit hoofdstuk komt een aantal indicatoren aan de orde die betrekking hebben op een patiëntgerichte communicatie en op het verstrekken van informatie. Deze indicatoren bestaan uit vragen die zijn voorgelegd aan patiënten in het kader van de Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Deze patiëntenquête bestond uit twee gedeelten, het eerste deel is afgenomen voor een consult met de huisarts, het tweede deel erna. De enquête is afgenomen onder 2784 patiënten. Het consult zelf werd vastgelegd op video. Van een aantal zaken werd aan patiënten vooraf gevraagd hoe belangrijk ze een bepaald aspect vonden. Na het consult werd gevraagd in hoeverre het ook daadwerkelijk had plaatsgevonden. De vragen zijn ontleend aan de QUOTE.

De items hebben betrekking op het geven van informatie en besluitvorming en verwijzen rechtstreeks naar bepalingen in de WGBO. De indicatoren en de analyses worden uitgebreid omschreven in de volgende paragraaf.

## 11.6 Informatieverstrekking volgens patiënten, indicatoren

### Indicatoren informatieverstrekking volgens WGBO

Percentage patiënten dat na een consult aangeeft dat de huisarts, indien daar belang aan wordt gehecht:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• goed heeft uitgelegd wat er aan de hand is</li> <li>• goede informatie geeft over de behandeling</li> <li>• verschillende behandelmogelijkheden met de patiënt heeft besproken</li> <li>• informatie heeft gegeven over eventuele bijwerkingen</li> <li>• de patiënt heeft laten meebeslissen over de hulp of behandeling</li> </ul>	
Waarom wordt dit gemeten?	De noodzaak om informatie te verstrekken over de bovenstaande zaken is vastgelegd in de WGBO. De patiënt heeft recht op deze informatie en het recht om mee te beslissen over de behandeling.
Hoe wordt dit gemeten?	De vragen met betrekking tot het belang en de uitvoering van deze aspecten is opgenomen in de QUOTE. De vragen zijn in de NS2 opgenomen in een enquête die voor en na een consult werd afgenomen onder 2087 patiënten.
Norm	De huisarts is wettelijk verplicht altijd informatie te verstrekken over deze zaken en de patiënt te betrekken in het besluitvormingsproces als deze daar prijs op stelt. De norm is 100%.
Structuur/proces/uitkomst	Proces/uitkomst

### Meetinstrument

<b>Ik vind het belangrijk dat de dokter....</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Goed uitlegt wat er aan de hand is</li> <li>• Mij informatie geeft over de behandeling</li> <li>• Mij laat (mee)beslissen over de hulp of de behandeling die ik krijg</li> <li>• Mij informatie geeft over mogelijke bijwerkingen</li> <li>• Verschillende behandelmogelijkheden met mij bespreekt</li> </ul>			
Niet belangrijk	Eigenlijk wel belangrijk	Eigenlijk wel belangrijk	Van het aller-grootste belang
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weet niet/nvt			
<input type="checkbox"/>			
Wilt u voor elke uitspraak aangeven of de dokter die bepaalde handeling heeft verricht tijdens uw consult van vandaag?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De dokter heeft goed uitgelegd wat er aan de hand is</li> <li>• De dokter heeft mij goede informatie gegeven over de behandeling</li> <li>• De dokter heeft mij laten (mee)beslissen over de hulp of behandeling die ik krijg</li> <li>• De dokter heeft mij informatie gegeven over mogelijke bijwerkingen</li> <li>• De dokter heeft verschillende behandelmogelijkheden met mij besproken</li> </ul>			
Nee	Eigenlijk niet	Eigenlijk wel	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Respons

Het aantal respondenten dat de vragen ingevuld heeft varieert van 1.962 tot 2.098 van de 2.784. Alle respondenten waren 18 jaar of ouder.

## Analyse

De indicatoren zijn als volgt geoperationaliseerd. Voorafgaand aan het consult is de patiënten een lijst met items voorgelegd en is gevraagd aan te geven in hoeverre zij het betreffende aspect van belang vinden. Na het consult is van dezelfde handelingen gevraagd in hoeverre deze daadwerkelijk verricht zijn in het consult. Om de analyses en de interpretatie eenvoudig te houden is steeds uit de twee met elkaar corresponderende items samen één variabele geconstrueerd met twee categorieën. Deze variabele geeft aan of de huisarts al dan niet heeft gehandeld volgens de wens van de patiënt. Hierbij is in overweging genomen dat informatie en meebeslissen een recht is voor de patiënt en geen plicht, als de patiënt van tevoren heeft aangegeven dat deze geen belang hecht aan informatie over een bepaald aspect en de huisarts heeft dit ook niet gegeven wordt er vanuit gegaan dat dit conform de wens van de patiënt is. Wanneer bij de vraag naar het belang 'weet niet' is geantwoord, is er vanuit gegaan dat informatieverstrekking wel van belang is. In tabel 11.1 zijn de vier mogelijkheden weergegeven.

Bij de analyses is het belang en de uitvoering in relatie tot elkaar bekeken aan de hand van kruistabellen. Vervolgens is er een aantal logistische regressie-analyses uitgevoerd waarbij consult-, patiënt en huisartskenmerken als onafhankelijke variabelen zijn gebruikt. Omdat de kans dat een bepaald item in het contact aan de orde komt, ook afhankelijk is van het type klacht dat gepresenteerd wordt, zijn de consultkenmerken meegenomen als controlevariabelen.

Tabel 11.1

	Niet plaatsgevonden	Wel plaatsgevonden
Niet belangrijk	Conform WGBO	Conform WGBO
Wel belangrijk	Niet conform WGBO	Conform WGBO

Tot slot zijn er in de enquête die na het consult is afgenomen enkele aanvullende vragen gesteld. Deze luiden:

- "heeft u zojuist met uw eigen huisarts gesproken?"
- "heeft u aan de dokter alles gevraagd wat u wilde vragen?"
- "zo nee, waarom niet?"

Deze vragen leveren aanvullende informatie. Met de eerste kan nagegaan worden of de eigen huisarts vaker of juist minder vaak informatie verstrekt. De andere twee vragen dienen ter nuancering. Patiënten weten van tevoren niet altijd hoe het consult zal verlopen en kunnen van mening veranderen over of een bepaald aspect belangrijk is of niet. Wanneer er bijvoorbeeld niets wordt voorgeschreven kan het belang van het aspect 'informatie over bijwerkingen' veranderen. Er kan vanuit worden gegaan dat patiënten, indien ze

belang hechten aan bepaalde informatie, daar ook naar zullen vragen tenzij zij zich beperkt voelen om vragen te stellen.

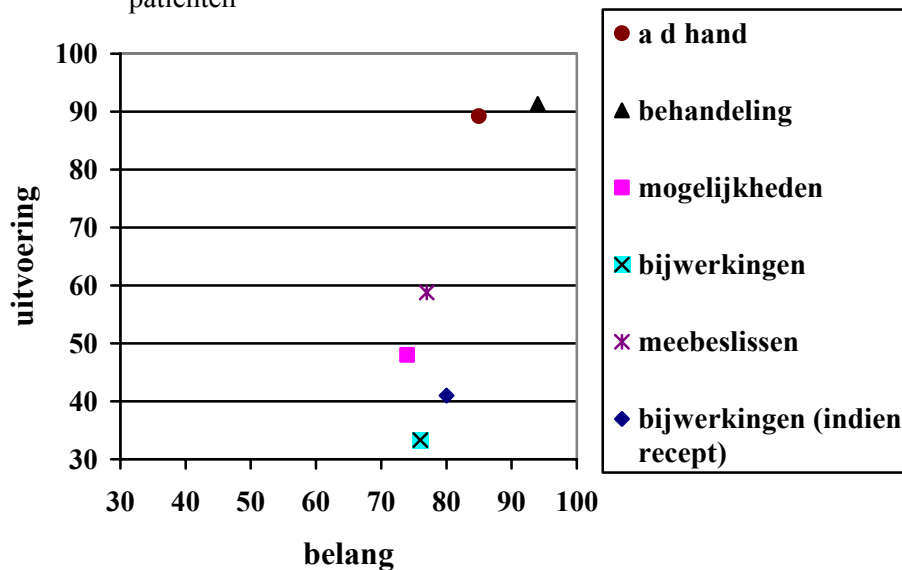
## 11.7 Resultaten

In figuur 11.1 is de mate waarin de verschillende aspecten worden uitgevoerd getoond in relatie tot het belang dat hier aan wordt gehecht. De horizontale as geeft het percentage weer dat het betreffende aspect belangrijk of van het allergrootste belang vindt, de verticale as geeft het percentage weer dat eigenlijk wel of ja antwoordde op de vraag of het betreffende handeling ook had plaatsgevonden. Alle aspecten worden door een ruime meerderheid, tenminste drie kwart, als belangrijk beschouwd. In de uitvoering van de aspecten zijn beduidend meer verschillen.

De aspecten “uitleg wat er aan de hand is” en “informatie over de behandeling” bevinden zich in de rechterbovenhoek van het diagram. Wat betekent dat deze zaken belangrijk worden gevonden en ook daadwerkelijk worden verricht. De positie van een bepaald aspect is meer alarmerend naarmate deze meer naar de hoek rechtsonder neigt. Het bespreken van meerdere behandelmogelijkheden en het verschaffen van informatie over bijwerkingen gebeurt relatief weinig: respectievelijk in 48% en 33% van de gevallen. Ook het laten meebeslissen van de patiënt gebeurt lang niet altijd: in iets minder dan 60% van de gevallen. De gegevens zijn ook opgenomen in bijlage 11.1.

De bovenstaande beschrijving laat vrij grote verschillen zien tussen de verschillende items. Zoals al eerder werd aangegeven, dient hierbij echter te worden opgemerkt dat of sommige items al dan niet aan de orde komen, afhankelijk kan zijn van de klacht die in het betreffende consult gepresenteerd wordt. Zo blijkt bijvoorbeeld dat informatie over bijwerkingen vaker wordt gegeven wanneer er iets wordt voorgeschreven. Desondanks blijft dit verschil vrij beperkt: 41% versus 33%.

Figuur 11.1: Mate waarin patiënten belang hechten aan aspecten van de WGBO en de mate waarin deze ook door de huisarts worden gerealiseerd volgens patiënten



A d hand:	huisarts legt uit wat er aan de hand is
Behandeling:	huisarts geeft uitleg over behandeling
Uiteind. beslissing:	huisarts neemt uiteindelijke beslissing
Mogelijkheden:	huisarts bespreekt verschillende behandelmogelijkheden
Bijwerkingen:	huisarts geeft informatie over mogelijke bijwerkingen
Meebeslissen:	huisarts laat patiënt meebeslissen
Bijwerkingen (alleen recept)	huisarts geeft informatie over mogelijke bijwerkingen, alleen respondenten die een recept hebben gekregen

### 11.7.1 Consult-, patiënt-, huisarts- en praktijkkenmerken

Omdat ieder item apart in stappen is geanalyseerd met een logistische regressieanalyse levert dit een groot aantal tabellen op. De tabellen zijn opgenomen in bijlage 11.2. De belangrijkste (d.w.z. significante) resultaten uit deze analyses zijn op vereenvoudigde wijze samengevat in tabel 11.2

Negen van de tien keer leggen huisartsen goed uit wat er aan de hand is. Huisartsen verschillen hierin vrij weinig. Geen enkel huisarts- of praktijkkenmerk heeft hier een voorspellende waarde. Wanneer er een verwijzing plaats vindt in het consult is de kans beduidend kleiner dat de huisarts uitlegt wat er aan de hand is. Mogelijk kan de huisarts in veel van deze consulten deze vraag eenvoudig niet beantwoorden en is dat juist een reden voor de verwijzing. Niet-westers alloctonen hebben een wat kleinere kans om een goede uitleg te krijgen over wat er aan de hand is. Middelbaar en hoger opgeleiden krijgen ook iets minder vaak een goede uitleg dan lager opgeleiden. Mogelijk hebben huisarts bij laag opgeleiden meer het gevoel dat er behoefte aan uitleg is, anderzijds kan het ook zo zijn dat de wat hoger opgeleiden kritischer oordelen over de uitleg.

In contacten waar een verrichting plaats vindt laten huisartsen de patiënt minder vaak meebeslissen terwijl die kans bij een verwijzing juist aanzienlijk groter is. Patiënten laten meebeslissen kost wat meer tijd, de contacten waarin dit gebeurt duren iets langer. Opvallend is dat geen enkel patiëntkenmerk van invloed is. Wel speelt de leeftijd van de huis-

arts een rol: de oudere huisartsen zijn iets minder geneigd de patiënt te laten meebeslissen. Een moeilijk te duiden verband is dat tussen het percentage ziekenfondsverzekerden en de kans dat de huisarts de patiënt laat meebeslissen. Deze kans is iets groter naarmate dit percentage hoger is. Hoewel het effect zeer gering is, is het statistisch significant.

Tabel 11.2: De invloed van consult-, patiënt-, huisarts-, en praktijkkenmerken op de mate waarin de huisarts patiënten informeert

	Huisarts legt uit wat er aan de hand is	Huisarts laat patiënt meebeslissen	Huisarts geeft uitleg over behandeling	Huisarts bespreekt verschillende behandel-mogelijkheden	Huisarts geeft informatie over mogelijke bijwerkingen
<b>Consult kenmerken</b>					
Prescriptie			++		++
Verrichting		-			
Verwijzing	--	++			
Duur contact		++		++	
<b>Patiënt kenmerken</b>					
Leeftijd					
Geslacht (vrouw)					
NW-allochtoon		-			
Opleiding	MH<L		M<L		
<b>Huisarts kenmerken</b>					
Leeftijd		-			-
Fte werkzaam					
Geslacht (vrouw)					
Individuele praktijkgrootte			-		
<b>Praktijk kenmerken</b>					
Praktijkvorm					
Achterstandsgebied			-		
% 65 <sup>+</sup>					
% ziekenfondspatiënten		+			+

+: positief verband  $p < ,05$ ; ++positief verband,  $p < ,005$ .

- : negatief verband,  $p < ,05$ ; -- negatief verband,  $p < ,005$ .

Huisartsen geven vaker uitleg over de behandeling wanneer ze iets voorschrijven. Lager opgeleiden krijgen deze uitleg vaker dan middelbaar opgeleiden (het verschil met hoog opgeleiden is niet significant). Verder is de kans dat de patiënt uitleg over de behandeling krijgt kleiner naarmate de huisarts een grotere praktijk bedient en tevens kleiner in achterstandsgebieden.

Het bespreken van verschillende behandel-mogelijkheden kost wat meer tijd, de contacten waarin dit gebeurt zijn gemiddeld iets langer. Verder is er geen enkel significant effect gevonden.

Huisartsen geven vaker informatie over bijwerkingen wanneer ze iets voorschrijven. Naarmate huisartsen ouder zijn, zijn ze iets minder geneigd informatie over bijwerkingen



te verschaffen. Ook het percentage ingeschreven ziekenfondspatiënten heeft een (gering) positief effect.

### 11.7.2 *Vragen patiënten wat ze willen vragen?*

De vraag of patiënten in het consult alles hadden gevraagd wat hij of zij wilden vragen blijkt samen te hangen met twee van die hierboven beschreven aspecten. Dit zijn ‘de huisarts legt uit wat er aan de hand is’ en ‘huisarts geeft uitleg over behandeling’.

In tabel 11.3 is het aspect ‘vertellen wat aan de hand is’ afgezet tegen de vraag of de patiënt alles heeft gevraagd aan de huisarts wat hij/zij wilde. Op deze vraag antwoordt een ruime meerderheid van 96% bevestigend. Het percentage patiënten dat aangeeft dat de huisarts niet goed heeft uitgelegd wat er aan de hand is, bedraagt 7%. Van deze 7% geeft echter maar liefst 89% aan wel alles gevraagd te hebben wat men wilde vragen. Bij de overige respondenten is dit meer: 97%. Dit verschil van 8% is significant ( $p < ,001$ ).

Tabel 11.3: Aantal patiënten dat al dan niet alles heeft gevraagd wat hij/zij wilde vragen afgezet tegen de vraag of de huisarts alles heeft verteld wat er aan de hand is

		Huisarts heeft verteld wat aan de hand is?			
		Nee	Ja	Nee	Ja
Patiënt alles gevraagd wat hij/zij wilde vragen?	Nee	15	10,9%	62	3,4%
	Ja	123	89,1%	1.747	96,6%
Totaal		138	100,0%	1.809	100,0%

Hoewel er sprake is van een significant verschil, blijft dit verschil gering, er is slechts een te verwaarlozen minderheid van patiënten (in dit geval 15 van 1947 patiënten) die het van belang vindt een goede uitleg te krijgen maar deze niet krijgt, en bovendien niet alles vraagt wat men wil vragen.

In tabel 11.4 is het aspect ‘informatie over de behandeling’ afgezet tegen de vraag of de patiënt alles heeft gevraagd aan de huisarts wat hij/zij wilde. Ruim 7% geeft aan onvoldoende uitleg te hebben gekregen over de behandeling terwijl men dit wel belangrijk vindt. Van deze 7% geeft 91% aan wel alles te hebben gevraagd wat zij wilden, bij de andere patiënten is dit ruim 5% meer. Het verschil is significant. Ook hier is er slechts een zeer beperkte minderheid die geen informatie krijgt en ook niet alles heeft gevraagd wat men wilde vragen.

Tabel 11.4: Aantal patiënten dat al dan niet alles heeft gevraagd wat hij/zij wilde vragen afgezet tegen de vraag of de huisarts informatie heeft gegeven over de behandeling

		Huisarts informatie gegeven over de behandeling?			
		Nee	Ja	Nee	Ja
Patiënt alles gevraagd wat hij/zij wilde vragen?	Nee	13	8,8%	62	3,4%
	Ja	134	91,2%	1761	96,6%
Totaal		147	100,0%	1823	100,0%

Ruim 96% van de patiënten gaf aan het contact met de eigen huisarts te hebben gehad, dit blijkt geen relatie te hebben met het stellen van vragen of met enig ander aspect.

## 11.8 Conclusie

In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat de WGBO vrij goed wordt nageleefd. Over het algemeen geven huisartsen hun patiënten informatie en beantwoordt dit aan de verwachtingen die de patiënt voor het consult had. Algemene informatie over de klacht en de behandeling wordt in ongeveer negen van de tien gevallen gegeven. Het gebeurt zelden dat de patiënt in het ongewisse wordt gelaten. Als er niet wordt uitgelegd wat er aan de hand is, blijkt vaak te worden doorverwezen. Dit kan er op duiden dat aanvullend onderzoek nodig is voor dat bekend is wat er precies aan de hand is. Meer specifieke informatie, bijvoorbeeld over bijwerkingen, wordt minder gegeven. Hierbij moet echter worden aangemerkt dat dit soort informatie niet in ieder contact nodig en zinvol is. In contacten waarin een middel wordt voorgeschreven wordt bijvoorbeeld beduidend vaker informatie over bijwerkingen verschaft. Wanneer er geen sprake is van een bepaalde behandeling die mogelijk bijwerkingen kan hebben, kan hierover ook geen informatie worden gegeven.

Slechts in enkele gevallen is gebleken dat de verstrekking van informatie is gerelateerd aan bepaalde kenmerken van de patiënt, de huisarts of de praktijk. De consultkenmerken hebben de grootste invloed. Met andere woorden: of er al dan niet informatie wordt verstrekt en of de patiënt al dan niet wordt betrokken bij de besluitvorming lijkt vooral af te hangen van het specifieke probleem dat in het consult aan de orde komt. In de wat langere contacten wordt de patiënt meer bij de besluitvorming betrokken en worden vaker verschillende behandelmogelijkheden besproken. Aannemelijk is, dat in deze langere contacten wat complexere problemen aan de orde komen.

Toch zijn er ook enkele andere kenmerken van invloed gebleken. Dat niet-westers allochtonen volgens eigen zeggen minder vaak uitleg krijgen over wat er aan de hand is duidt op communicatieproblemen. Mogelijk slagen huisartsen er niet altijd in om wanneer er sprake is van een taalprobleem uitleg te geven of zien zij daar, om het probleem te omzeilen, vanaf. Het is echter ook denkbaar dat de gegeven informatie niet begrepen wordt. De bevinding dat lager opgeleiden wat vaker zeggen uitleg te hebben gekregen over wat er aan de hand is en over de behandeling kan er op wijzen dat huisartsen zich er van bewust zijn dat deze groepen mogelijk wat vaker uitleg nodig hebben. Anderzijds is het denkbaar dat hoger opgeleiden kritischer oordelen over de uitleg die hen is gegeven.

Naarmate huisartsen ouder zijn, zij ze iets minder geneigd om informatie over bijwerkingen te geven en laten zij de patiënt ook minder meebeslissen. Het is moeilijk te zeggen of hier sprake is van een “generatie-effect”, met andere woorden, dat de oudere generaties wat traditioneler handelen en vaker beslissingen voor hun patiënt nemen, of dat huisartsen hierin veranderen naarmate ze ouder worden. Één maal werd er een effect gevonden van individuele praktijkgrootte, naarmate deze groter is, wordt er minder informatie over de behandeling gegeven. Dit was echter het enige item waar een effect waarneembaar was,

het lijkt er dus niet op dat dit een groot effect op de informatieverstrekking in het algemeen heeft.

Het percentage ziekenfondspatiënten dat bij de praktijk is ingeschreven had tweemaal een positief effect. Van een direct verband lijkt hier echter geen sprake aangezien verzekeringsvorm op het individuele niveau nergens een effect heeft. Mogelijk wordt er met het percentage ziekenfondsverzekerden indirect tevens iets anders gemeten. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de sociaal-economische status van de populatie.

De bevindingen uit dit hoofdstuk m.b.t tot informeren liggen redelijk in lijn met de evaluatie van de WGBO die in 2000 heeft plaatsgevonden. Huisartsen lijken hun patiënten redelijk goed te informeren en in die zin is er dan ook weinig verontrustends naar voren gekomen. Desondanks is het ideaalbeeld van de patiënt die op grond van alle relevante informatie zelf een weloverwogen beslissing neemt nog lang niet altijd realiteit. De bevinding dat ruim 30% van de patiënten zegt niet bij de besluitvorming te zijn betrokken terwijl ze dat wel belangrijk vinden illustreert dit wellicht nog het meest treffend.

#### **Voorstel beperkte set indicatoren**

De volgende indicatoren worden voorgesteld om op te nemen in de definitieve set. Deze indicatoren zijn tevens opgenomen in de uitgewerkte lijst bij deel 1 van dit rapport. De indicatoren 5,6 en 7 zijn toegevoegd op aanraden van experts tijdens de invitational conference (zie hoofdstuk 11) en worden uitgebreider omschreven in de lijst bij deel 1. De hoeveelheid tijd per patiënt op het afspraakspreekuur is een indirecte maat, in die zin dat tijd een voorwaarde is voor communicatie.

---

Percentage patiënten dat na een consult aangeeft dat de huisarts, indien daar belang aan wordt gehecht...	
1	Goed heeft uitgelegd wat er aan de hand is
2	Goede informatie geeft over de behandeling
3	Verschillende behandelmogelijkheden met de patiënt heeft besproken
4	Informatie heeft gegeven over eventuele bijwerkingen
5	De patiënt heeft laten meebeslissen over de hulp of behandeling
6	De aanwezigheid van informatieve folders voor patiënten. Bijvoorbeeld de NHG-patiëntenfolders
7	De hoeveelheid gereserveerde tijd per patiënt op het afsprakenspreekuur (boekingsinterval)
8	Inhoud en vorm van verwijsbrieven

---

## Bijlage 11.1

Tabel 11.4: Belang en uitvoering van WGBO-aspecten

	A d hand	Behandeling	Mogelijk- heden	Bij- werkingen	Mee- beslissen
Niet belangrijk, niet plaatsgevonden	3,3	1,3	11,4	10,7	9,3
Net belangrijk wel plaatsgevonden	11,8	4,5	5,9	3,1	8,2
Wel belangrijk, niet plaatsgevonden	7,1	7,5	41,0	56,0	31,6
Wel belangrijk, wel plaatsgevonden	77,9	86,7	41,7	30,2	50,9
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

## Bijlage 11.2

Tabellen 11.5 t/m 11.9: Logistische regressieanalyses

Tabel 11.5: Info over behandeling

	OR	95%BI	OR	95%BI	OR	95%BI	OR	95%BI
<b>Consultkenmerken</b>								
Prescriptie	0,36**	0,22-0,59	0,40**	0,23-0,70	0,42**	0,24-0,73	0,39**	0,23-0,66
<b>Patiëntkenmerken</b>								
<b>Opleidingsniveau</b>								
Laag							1	
Middelbaar							2,07*	1,04-4,10
Hoog							1,90	0,87-4,13
<b>Huisartskenmerken</b>								
Individuele praktijk-grootte/1.000					2,10*	1,1-3,9	3,15*	1,42-6,98
<b>Praktijkenmerken</b>								
Achterstandwijk							2,63*	1,03-6,70

Tabel 11.6: Vertellen wat aan de hand is

	OR	95%BI	OR	95%BI	OR	95%BI	OR	95%BI
<b>Consultkenmerken</b>								
Verwijzing	2,30**	1,33-3,98	2,87**	1,56-5,25	2,98**	1,65-5,39	3,05**	1,66-5,61
<b>Patiëntkenmerken</b>								
NW-allochtoon			2,71*	1,13-6,50	2,67*	1,13-6,27	2,63*	1,03-6,68
<b>Opleidingsniveau</b>								
Laag			1		1		1	
Middelbaar			2,16*	1,06-4,40	2,12*	1,04-4,30	2,23*	1,14-4,37
Hoog			2,30	0,96-5,49	2,42*	1,01-5,80	2,47*	1,05-5,79
Huisartskenmerken					NS		NS	
Praktijkenmerken							NS	

Tabel 11.7: Bijwerkingen

	OR	95%BI	OR	95%BI	OR	95%BI	OR	95%BI
<b>Consultkenmerken</b>								
Prescriptie	0,59**	0,46-0,75	0,59**	0,45-0,78	0,61**	0,46-0,81	0,61**	0,46-0,80
Verrichting	0,60*	0,38-0,95						
Patiëntkenmerken			Ns		ns		Ns	
Huisartskenmerken								
Leeftijd huisarts					1,02*	1,00-1,05	1,02*	1,00-1,05
<b>Praktijkenmerken</b>								
% ziekenfondsverzekerden							0,98*	0,96-0,99

Tabel 11.8: Meebeslissen

	OR	95%BI	OR	95%BI	OR	95%BI	OR	95%BI
<b>Consultkenmerken</b>								
Verrichting	1,90*	1,13-3,19	2,10*	1,15-3,84	2,17*	1,18-4,0	2,15*	1,17-3,95
Verwijzing	0,43**	0,28-0,66	0,38**	0,23-0,66	0,40**	0,23-0,68	0,39**	0,22-0,67
Duur in minuten	0,94**	0,91-0,96	0,93**	0,91-0,96	0,93**	0,91-0,96	0,94**	0,91-0,96
Patiëntkenmerken			Ns					
<b>Huisartskenmerken</b>								
Leeftijd huisarts					1,03*	1,00-1,05	1,02*	1,002-1,05
<b>Praktijkenkenmerken</b>								
% ziekenfondsverzekerden							0,98*	0,96-0,99
N	1.423		1.104		1.091		1.091	

Tabel 11.9: Alternatieve behandelingsmogelijkheden

	OR	95%BI	OR	95%BI	OR	95%BI	OR	95%BI
<b>Consultkenmerken</b>								
Prescriptie	0,74**	0,61-0,91						
Duur in minuten	0,96**	0,94-0,98	0,95**	0,92-0,98	0,95**	0,92-0,98	0,95**	0,92-0,98
Patiëntkenmerken			Ns					
Huisartskenmerken					Ns			
Praktijkenkenmerken							ns	
N	1.425		1.106		1.094		1.094	

## **12 Indicatoren in de toezichtpraktijk: aanvullingen, kanttekeningen, de mening van experts**

### **12.1 Inleiding**

Of een bepaalde indicator bruikbaar is voor het toezichtbeleid van de inspectie hangt af van veel factoren: niet alleen moet de indicator inhoudelijk valide en betrouwbaar zijn, men moet er in de praktijk ook mee kunnen werken. Tot nu toe heeft in dit rapport de nadruk vooral gelegen op de inhoudelijke kant van de indicatoren. In dit hoofdstuk ligt de nadruk juist op de uitvoeringskant. Door de tot nu toe beschreven indicatoren kritisch te bekijken en te beoordelen op uitvoerbaarheid kan daarmee een eventuele grote kloof tussen theorie en praktijk worden overbrugd. Hiervoor zijn we te raden gegaan bij verschillende deskundigen die op uiteenlopende wijzen betrokken zijn bij de huisartsenzorg.

Allereerst zal in dit hoofdstuk dieper worden ingegaan op hoe een dergelijke kloof tussen theoretische concepten en de praktijk van alledag eruit ziet en hoe die kan worden overbrugd. Vervolgens worden per thema haken en ogen, aanvullingen, kanttekeningen en wijzigingen beschreven die naar voren zijn gekomen uit bijeenkomsten van deskundigen. Aan het einde van dit hoofdstuk zal een uiteindelijke lijst worden gepresenteerd die aan de IGZ wordt voorgelegd als *input* voor het nieuwe toezichtbeleid.

### **12.2 Kloof tussen theorie en praktijk**

In de voorgaande hoofdstukken is een serie indicatoren beschreven binnen een viertal Themagebieden. In hoofdstuk 4 werden criteria beschreven waaraan goede toezicht-indicatoren moeten voldoen. Deze criteria vallen grofweg uiteen in twee soorten: enerzijds zijn er de criteria die gelden voor (wetenschappelijk) te meten concepten in het algemeen. Voorbeelden hiervan zijn wetenschappelijke criteria als validiteit en betrouwbaarheid. Anderzijds zijn er criteria die verwijzen naar het werken met indicatoren in de praktijk, in dit geval de toezichtpraktijk van de IGZ. Voorbeelden hiervan zijn dat indicatoren de interne kwaliteitsverbetering niet mogen frustreren, dat er enig draagvlak moet zijn bij betrokkenen en dat de gegevens betrekkelijk eenvoudig te verzamelen zijn in de praktijk.

Deze inhoudelijke, meer theoretische criteria aan de ene kant en de meer praktische criteria aan de andere kant staan vaak tamelijk los van elkaar. Een indicator kan inhoudelijk nog zo valide zijn, als er geen enkel draagvlak voor is binnen de beroepsgroep is de kans op succes klein. Ook bestaat er vaak een spanningsveld tussen de inhoudelijke waarde van een indicator en de 'verzamelbaarheid' van gegevens. Gegevens die alleen met veel kosten en inspanning zijn te verzamelen, bijvoorbeeld door uitvoerige patiëntenquêtes, kunnen waardevolle informatie opleveren. Deze gegevens zijn gedetailleerd en diepgaand, maar het hele proces van gegevensverzameling en analyse vragen veel van zowel beroepsbeoefenaren als inspecteurs. In de praktijk zal er steeds de vraag gesteld moeten worden of de kosten en inspanning opwegen tegen de gewonnen informatie.

Om een goed beeld te krijgen van zowel de mogelijkheden als alle haken en ogen die er kunnen zitten aan het werken van toezichtindicatoren in de praktijk is het van belang de visies van verschillende deskundigen en ‘spelers in het veld’ hierbij te betrekken. In de volgende paragraaf wordt verslag gedaan van de wijze waarop hieraan is vorm gegeven.

### 12.3 Aanpak

Globaal hanteren we drie methoden om feedback te verkrijgen op de ontwikkelde indicatoren.

- In de eerste plaats is er een klankbordgroep van vertegenwoordigers van verschillende bij de zorg betrokken partijen samengesteld.
- Tegen het einde van het project, voordat dit hoofdstuk en de conclusies van rapport werden geschreven is een invitational conference georganiseerd waarbij ruim 20 deskundigen gevraagd is om gerichte feedback op de indicatoren.
- Ten derde zal, als een start wordt gemaakt met het werken met deze indicatoren, vastgesteld kunnen worden op welke punten het nieuwe beleid wel en niet ‘werkt’. Door het proces kritisch te blijven volgen en te evalueren kunnen zaken worden aangepast en verbeterd.

Op alledrie zal hieronder wat dieper worden ingegaan.

Dit proces is uitgebreider beschreven in hoofdstuk 5. Hieronder zal de invitational conference kort worden toegelicht.

#### **Invitational conference**

Op 26 oktober 2004 werd in Utrecht een invitational conference georganiseerd. Exclusief de opdrachtgever (IGZ) en uitvoerders (NIVEL) van het project waren er 21 deskundigen uit diverse terreinen van de gezondheidszorg en huisartsenzorg aanwezig. Bij deze invitational conference waren de organisaties vertegenwoordigd die ook zitting hebben in de klankbordgroep, met uitzondering van de NPCF die geen vertegenwoordiger stuurde. Daarnaast waren enkele individuele huisartsen vertegenwoordigd, de landelijke vereniging georganiseerde eerste lijn, het college voor zorgverzekeringen, een gezondheidsjurist van de universiteit Maastricht, het instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO) en het NIVEL. Een lijst van aanwezigen is opgenomen in bijlage 12.3.

Ter inleiding van de invitational conference heeft de IGZ de achtergronden en doelstellingen van het project toegelicht. Het NIVEL gaf een toelichting op de inhoud van de studie. Na deze twee inleidingen was er ruimte voor vragen, reacties en een plenaire discussie. Vervolgens is de groep in vieren gesplitst en is iedere subgroep gevraagd sterke en zwakke punten te inventariseren van een lijst met indicatoren. Iedere groep kreeg daarbij één themagebied voorgelegd: toegankelijkheid, huisartsgeneeskundig handelen, informatie/communicatie en preventie en diseasemanagement. Niet alle indicatoren zijn voorgelegd, in sommige gevallen, waar indicatoren sterk op elkaar leken is een keuze gemaakt.



De invitational conference heeft veel nuttige ideeën opgeleverd die dan ook voor een groot deel verwerkt zijn. Naast zaken die specifiek betrekking hadden op een bepaalde indicator of themagebied kwamen er enkele aandachtspunten naar voren die meer betrekking hebben op de uitvoering van het beoogde toezichtbeleid in bredere zin. Deze punten zijn in het conclusies en aanbevelingen hoofdstuk beschreven (hoofdstuk 3).

#### *En dan de praktijk*

Op grond van inzichten die uit de literatuur naar voren komen en de inschatting van deskundigen kunnen we verwachtingen uitspreken over welke indicatoren in de praktijk bruikbaar zullen zijn voor toezichtbeleid. Zoals echter al eerder is opgemerkt, moet deze studie niet zozeer als eindpunt maar juist als begin worden beschouwd. De indicatoren moeten zich in de praktijk bewijzen. Ze moeten op gezette tijden worden geëvalueerd en eventueel worden bijgesteld: *'The proof of the pudding is in the eating'*.

## **12.4 Aanvullingen en kanttekeningen**

In deze paragraaf beschrijven we het commentaar van deskundigen op de indicatoren die we eerder hebben beschreven. Zowel sterke kanten als aandachtspunten komen hierbij aan de orde. Het commentaar wordt per thema beschreven.

### **12.4.1 Toegankelijkheid**

Indicatoren die tijdens de IC zijn voorgelegd zijn: consultatiesnelheid volgens de huisarts, het patiëntenoordeel over telefonische bereikbaarheid en het aantal visites per 1.000 ingeschreven patiënten.

In de analyses is gebleken dat de consultatiesnelheid volgens de huisarts sterk samenhangt met de toegankelijkheid volgens patiënten. Daarmee is het een wat ruwere, maar desalniettemin betrouwbare en eenvoudige wijze om een idee te krijgen van toegankelijkheid. Een aandachtspunt dat naar voren komt is dat een enquête die wordt gehouden in het kader van de Nationale Studie mogelijk tot andere resultaten kan leiden dan wanneer dezelfde vragen worden gesteld door de inspectie. Mogelijk bestaat er een neiging naar sociaal wenselijke antwoorden. De vraag is dus of de gevonden sterke correlatie ook in de toezichtpraktijk zal blijven bestaan. Dit probleem kan worden opgelost door dit gegeven op andere manieren te verifiëren. Een nieuwe indicator die wordt voorgesteld is de aanwezigheid van een praktijkfolder met daarin informatie over de toegankelijkheid. Bijvoorbeeld de tijd die er over het algemeen ligt tussen het moment van bellen en het moment van een consult. Wanneer de wachttijd in de praktijk langer is dan hierin staat aangegeven zal de huisarts hierop worden aangesproken door patiënten. Een ander aandachtspunt is dat bij het bepalen van toegankelijkheid een helder onderscheid moet worden gemaakt tussen toegang tot de *huisarts* en toegang tot *huisartsenzorg*. Het is immers mogelijk dat men in eerste instantie niet bij een huisarts terecht kan, maar wel bij een assistente of andere ondersteunende discipline.

De vragen die betrekking hebben op de toegankelijkheid volgens patiënten worden over het algemeen relevant gevonden, bovendien zijn de vragen afkomstig uit een gevalideerd instrument. Een nadeel van het werken met patiëntenquêtes is echter de bewerkelijkheid

ervan. Het verdient dan ook aanbeveling enquêtes onder patiënten te gebruiken voor meerdere doelen tegelijk, zoals de Benchmark huisartsenzorg.

Tenslotte het aantal visites per 1.000 patiënten: een voordeel dat wordt genoemd is dat deze maat eenvoudig uit het HIS is te halen. Over de inhoudelijke waarde van de indicator bestaat echter de nodige twijfel. Het is een ruwe maat en kritiek hierop luidt dat er veel andere redenen denkbaar zijn voor een lage visiteratio zoals bijvoorbeeld de attitude van de huisarts. Het is erg moeilijk om te bepalen wanneer een aantal visites ‘te laag’ is. Velen vinden deze indicator dan ook niet relevant. Overigens wordt wel opgemerkt dat ook informatie over de criteria voor het afleggen van een visite in een patiëntfolder kunnen worden vermeld.

#### **12.4.2 Preventie en disease management**

Onder dit themagebied vallen indicatoren die betrekking hebben op griepvaccinaties, cervixscreening en hart-en vaatziekten (HVZ).

Ten aanzien van griepvaccinaties zijn twee indicatoren geformuleerd: het percentage gevaccineerde hoogrisicopatiënten en het percentage gevaccineerde patiënten van 65 jaar en ouder. Beiden worden over het algemeen relevant gevonden. De eerste indicator heeft betrekking op de volledige groep patiënten die gevaccineerd zou moeten worden, ouderen boven de 65 jaar zijn hiervan een deelverzameling. Met andere woorden de eerste indicator is vollediger. Wat echter in het voordeel pleit van de tweede indicator is dat deze gemakkelijker te meten is. Leeftijd is een ‘hard’ en objectief gegeven dat bovendien van iedere patiënt in iedere praktijk bekend mag worden verondersteld.

Ten aanzien van de cervixscreening in het kader van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker zijn twee indicatoren geformuleerd: het percentage vrouwen in het doelcohort dat een uitstrijk heeft gehad (bruto opkomstpercentage) en hetzelfde cijfer maar dan voor het ‘gecorrigeerd doelcohort’ (netto opkomstpercentage). Dit laatste wil zeggen dat vrouwen met een uterus extirpatie, zwangerschap, borstvoeding, controle bij de gynaecoloog, recente uitstrijk en vrouwen die reeds in de *follow up* zitten in de noemer buiten beschouwing worden gelaten. Het spreekt voor zich dat het netto-opkomstpercentage een nauwkeuriger maat is dan het bruto-opkomstpercentage. De keuze draait hier echter ook weer om nauwkeurigheid versus eenvoud; het bruto-opkomstpercentage is beduidend gemakkelijker te meten. Bovendien zijn zwangere en borstvoedende moeders lang niet altijd bekend bij de huisarts. Als sterk punt van deze indicator komt naar voren dat het cijfer ook te verifiëren is bij een tweede bron, namelijk de laboratoria. Tevens wordt opgemerkt dat niet alleen de huisarts invloed heeft op dit cijfer, de patiënt moet ook willen, deels ligt dit buiten de macht van de huisarts. Een ander nadeel van deze indicator is dat het draagvlak ervoor wel eens zou kunnen afnemen, er is momenteel vrij veel wetenschappelijke discussie over het nut van cervixscreening.

Twee indicatoren hebben betrekking op het risicomanagement ten aanzien van HVZ. De eerste is het percentage HVZ hoogrisicopatiënten in de praktijk met een volledig ingevuld risicoprofiel (roken, BMI, familieanamnese voor HVZ, bloeddruk, cholesterol of cholesterol/HDL ratio en HVZ in anamnese). Deze indicator wordt zeer positief ontvangen. Behalve dat het relevant wordt geacht vanuit het oogpunt van HVZ is het ook goed mogelijk

dat deze indicator iets zegt over de mate van organisatie van gegevens in de praktijk maar ook van de attitude van de huisarts ten aanzien van dit soort problematiek. Hoewel men enthousiast is over deze indicator wordt wel opgemerkt dat dit niet in ieder registratiesysteem even goed uitvoerbaar is.

Een tweede indicator die betrekking heeft op HVZ is het percentage patiënten met bloeddruk binnen normaalwaarden. Met name de artsen zien de waarde van deze indicator niet. Het is een uitkomst waarvan het onduidelijk wordt geacht aan welke proceskenmerk het gekoppeld kan worden. Voor de huisarts kan dit een waardevol gegeven zijn maar voor het toezichtbeleid wordt het algemeen niet als een bruikbare indicator beschouwd.

### **12.4.3 Huisartsgeneeskundig handelen**

Dit themagebied is verdeeld in twee subthema's: verwijzen en antibioticabeleid. Deze worden achtereenvolgens besproken.

Twee indicatoren hebben betrekking op verwijzen binnen de eerste lijn. De ene indicator betreft het aantal verwijzingen per 1.000 contacten naar de fysiotherapeut, de andere het totale aantal eerstelijns verwijzingen. Voorgesteld wordt om hierbij te kiezen voor één van beiden en wel voor de eerste. De reden hiervoor is dat de twee vrijwel samenvallen: bijna alle verwijzingen binnen de eerste lijn hebben betrekking op de fysiotherapeut. Wel moet hierbij in overweging worden genomen dat het systeem recent een verandering is ondergaan. De fysiotherapeut is tegenwoordig rechtstreeks toegankelijk.

Ook twee indicatoren hebben betrekking op verwijzen naar de tweede lijn: de ene betreft het totale aantal verwijzingen naar de tweede lijn, de andere het aantal verwijzingen naar specifieke tweedelijns disciplines zoals de chirurg of de oogarts. Hier wordt geadviseerd in eerste instantie te kiezen voor het totale aantal tweedelijns verwijzingen. Gebleken is immers dat verwijzingen naar verschillende disciplines sterk met elkaar samenhangen. Bovendien is er, veel meer dan in de eerste lijn een veelvoud aan mogelijke disciplines waarnaar verwezen wordt, het is dan ook lastig een keuze te maken voor een bepaalde discipline. Wel zou, indien ergens zeer hoge cijfers worden gesignaleerd, meer in detail nagegaan kunnen worden of naar bepaalde disciplines uitzonderlijk veel verwezen wordt. Verder wordt geadviseerd om het aantal ingeschreven patiënten als noemer te nemen in plaats van het aantal contacten. Het aantal patiënten is een veel harder gegeven wat gemakkelijk te bepalen is en men voorkomt discussie over welk typen contacten al dan niet moeten worden meegeteld.

Ook wat betreft de indicatoren voor antibiotica wordt aangeraden keuzes te maken. Er is aangetoond dat het voorschrijfvolume zeer sterk samenhangt met de veel complexere schaal voor terughoudendheid in voorschrijven. Het advies luidt dan ook om deze laatste indicator alleen te beschouwen als validering van de eerste en alleen het totale voorschrijfvolume te handhaven als toezichtindicator.

Naast de hoeveelheid antibiotica die wordt voorgeschreven is gekeken naar het soort antibiotica dat wordt voorgeschreven. Het idee wordt geopperd om een vergelijkbare werkwijze te volgen en na te gaan of er een samenhang bestaat met de totale hoeveelheid

van bepaalde antibiotica dat wordt voorgeschreven (bijvoorbeeld breedspectrum-penicillines). Dit zou ook een meer eenvoudige indicator opleveren.

#### **12.4.4 Communicatie/informatie**

De vijf vragen over informatieverstrekking door de huisarts worden over het algemeen beschouwd als relevant. De items zijn rechtstreeks afgeleid uit de WGBO, het zijn zaken die voor patiënten bekend en begrijpelijk zijn en die zij bovendien belangrijk vinden. Wel wordt ervoor gepleit de belangitems er bij te betrekken en de uitvoeringsitems hier dus niet los van te beschouwen.

De kritiek op het meten aan de hand van patiëntenquêtes geldt ook hier weer: het is een arbeidsintensieve manier van meten en is op landelijke schaal moeilijk te realiseren. Het is echter lastig om informatie verstrekking binnen een consult anders te meten. Het is immers een proces dat zich tussen huisarts en patiënt afspeelt en heeft over het algemeen geen neerslag in registraties. Ook het stellen van vragen over communicatiegedrag aan huisartsen is een twijfelachtige meetwijze.

Verder wordt opgemerkt dat de vragen slechts een beperkt deel afdekken van het concept informatieverstrekking. Er worden enkele suggesties gedaan voor andere indicatoren op dit terrein:

- Het boekingsinterval (de tijd die op het spreekuur wordt gereserveerd voor een patiënt) kan een indicatie geven van de ruimte die er is voor goede informatieverstrekking. Mogelijk kunnen huisartsen die relatief weinig tijd (bijvoorbeeld zeven of acht minuten) voor een consult uittrekken, minder communiceren. Dit is weliswaar een indirecte maat waar een vooralsnog niet getoetste hypothese aan ten grondslag ligt maar deze indicator kan mogelijk wel een signaal geven en is relatief eenvoudig te verzamelen. Dit gegeven zou bijvoorbeeld in de praktijkfolder vermeld kunnen worden.
- De aanwezigheid (en inhoud) van foldermateriaal in de praktijk.
- De inhoud en vorm van verwijsbrieven.

## **12.5 Conclusies en discussie**

Het commentaar en advies van deskundigen op de indicatoren waren vaak terug te voeren op de complexiteit ervan. Steeds moet bij het formuleren van indicatoren een balans worden gezocht tussen nauwkeurigheid aan de ene kant en praktische werkbaarheid en eenvoud aan de andere kant. Deze afweging moet steeds opnieuw gemaakt worden. In de praktijk betekent dat vaak dat er gekozen moet worden uit meerdere indicatoren die ongeveer hetzelfde meten maar die een verschillende mate van complexiteit hebben. Complexiteit kan betekenen dat het verzamelen van de benodigde gegevens veel geld, moeite en / of tijd kost van zowel de inspectie als de betrokken huisartspraktijken. Het spreekt voor zich dat het sterk verhogen van de administratieve werklast omwille van het verzamelen van indicatoren ongewenst is. Daarnaast zal de inzet van inspectiecapaciteit op moeten wegen tegen de waarde van de verzamelde gegevens. Daar staat tegenover dat indicatoren ook niet al te oppervlakkig mogen worden omdat ze dan nog nauwelijks informatieve waarde hebben. Overigens kunnen indicatoren ook een schijnnauwkeurigheid hebben, juist doordat ze moeilijk uitvoerbaar zijn en in de praktijk niet door ieder

huisarts hetzelfde worden gehanteerd. Wanneer bijvoorbeeld voor het netto-opkomstpercentage BVO-uitstrijken wordt gekozen in plaats van het bruto-opkomstpercentage is het de vraag in hoeverre huisartsen weten wie van hun patiënten zwanger is of borstvoeding geeft.

Wanneer verschillende indicatoren voor handen zijn om hetzelfde fenomeen te meten zijn er verschillende mogelijkheden om dit dilemma op te lossen. Men kan beide indicatoren handhaven, in de meeste gevallen zal echter de ene indicator dan de andere overbodig maken. Er moet dan gekozen worden voor één van beiden, steeds opnieuw moeten hierbij nauwkeurigheid en uitvoerbaarheid tegen elkaar worden afgewogen. Zeer waarschijnlijk zal dan vaak gekozen worden voor een relatief eenvoudige indicator. De meer complexe en nauwkeurige indicator kan dan geheel buiten beschouwing worden gelaten. Een andere – en wellicht betere- mogelijkheid is echter om een vorm van ‘gelaagdheid’ aan te brengen: in eerste instantie wordt met eenvoudige indicatoren gewerkt die op landelijke schaal worden verzameld, een tweede stap kan zijn om bij bepaalde praktijken met opvallende scores een van tweede fase meting te ondernemen. Deze kunnen dan aanvullende informatie opleveren. Voorbeelden zijn het houden van een enquête onder patiënten of het gedetailleerder kijken naar verwijscijfers.

Enkele indicatoren werden niet of nauwelijks als relevant beschouwd. Een voorbeeld hiervan is het aantal afgelegde visites per 1.000 ingeschreven patiënten. Dit is een zeer grove maat en staat vrij ver af van het inhoudelijke proces. In de analyses bleek deze indicator ook het minst sterk samen te hangen met andere maten voor toegankelijkheid.

Het hebben van een ingevuld risicoprofiel voor HVZ wordt beschouwd als een goede indicator maar blijkt niet in alle registratiesystemen even goed uitvoerbaar. Hier komt één van de knelpunten m.b.t de HISsen naar voren. Deze knelpunten zijn over het algemeen terug te voeren op een gebrek aan mogelijkheden en een gebrek aan uniformiteit. Het verdient aanbeveling deze indicator te handhaven en in te zetten op een aanpassing van de software. Het maatschappelijk belang is aanzienlijk: HVZ zijn de belangrijkste doodsoorzaak. Het niet handhaven van deze indicator vanwege software problemen ligt dan ook niet voor de hand.

Op grond van onze analyses en het advies van de diverse betrokken partijen is een uiteindelijke selectie van indicatoren gemaakt, aangevuld met enkele ‘nieuwe’ indicatoren. Deze nieuwe indicatoren zijn in deze studie niet empirisch onderbouwd maar zijn aanbevolen door deskundigen. Aanvullend onderzoek of ervaring in de praktijk moet uitwijzen hoe bruikbaar deze indicatoren zijn.

De lijst is opgenomen in de bijlage bij deel 1 van dit rapport.



# Literatuur

- Althuis T van. NUT 3. Verslag van enquête onder huisartsen naar praktijk automatisering (1997). Utrecht: NHG, 1999.
- Appelman CLM, Bruinsma M, Collette C, Weel C van, Geijer RMM. NHG-Standaard Cervixuitstrijken. Utrecht; NHG, 2002.
- Aulbers BJM. Factors influencing referrals by General Practitioners to consultants. In: Sheldon M, Brooke J, Rector A (red.) Decision-making in general practice, New York: Stockton Press, 1985.
- Bartelink ML, Stoffers HEJH, Boutens EJ, Hooi JD, Kaiser V, Boomsma LJ. NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden (eerste herziening). Huisarts Wet 2003; 46: 848-858.
- Bennema-Broos M, Sluijs EM, Wagner C. Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990 – 2000. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Berg M en WMLCM Schellekens. Paradigma's van kwaliteit. De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren. Medisch Contact 2002; 57 (34): 1203-1205.
- Berg M van den en Bakker D de. Meta-analyse introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2003.
- Berg M J van den, Kolthof ED, Bakker DH de. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Berg MJ van den, Nijland A, Bakker DH de, Kolthof ED. De rijzende ster van een oude bekende. De dokters-assistente wordt steeds belangrijker. Medisch contact 2004a; 59 (15) 588-591.
- Binsbergen JJ van, Gelpke JEH, Van Bentum STB, van der Meer K, Schuling J, Verhoeven S, Eizenga WH, Wiersma Tj. NHG-standaard TIA. Utrecht; NHG, 1996.
- Boerma WGW. Profiles of general practice in Europe. Utrecht; NIVEL 2003.
- Braspenning J, Tacken M, Penders A, van den Hoogen H, de Bakker D. Opkomst bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, 1997-1999. TSG 2001; 6: 341-345.
- Braspenning JCC, Drijver R, Schiere AM. Kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren voor het handelen in de huisartspraktijk. Handboek Kwaliteit van Zorg. Maarssen: Elsevier, 2003.
- Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Nijmegen/Utrecht, WOK/NIVEL 2004.
- Brink-Muinen A van den, Dulmen AM van, Schellevis FG, Bensing JM (redactie). Oog voor communicatie. Huisarts –patiënt communicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Cardol M, Dijk L van, Jong JD de, Bakker DH de, Westert GP. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht: NIVEL, 2004.
- Cardol M. LINH-cijfers: Verwachtingen van het nut van huisartsenzorg bij alledaagse klachten afgenomen. Huisarts en wetenschap 47 (2004) 5.
- Colsen PJA en Casparie AF. Indicatorenregistratie, Een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. Medisch Contact 1995; 50 (9): 297-299.
- Crommentuyn R. De physician assistant is geen loopjongen. Medisch Contact, 2002; 57 (18): 698-700.
- DGV, Nederlands instituut voor verantwoord medicijngebruik. FTO-peiling 2003. Utrecht: DGV, 2004.
- Dierendonck D van, Groenewegen PP, Sixma H. Opgebrand, een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht; NIVEL 1992.

Dirksen WJ, Geijer RMM, Haan M de, Koning G de, Flikweert S, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Astma bij kinderen. Utrecht; NHG, 1998.

Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

Donabedian A. The Criteria and standards of Quality. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982.

Donabedian A. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985.

Dopheide JP. Relatie tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg. In: Sluijs EM, Dopheide JP en Van der Zee J. Overzichtsstudie onderzoek eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 1985.

Dulmen AM van en Bensing JM. Contextwerking in de geneeskunde een programmeringsstudie. Utrecht: NIVEL, 2000.

Dijk L van, Barnhoorn H, Bakker D de. Het Farmaco Therapie Overleg in 1999: stand van zaken en effecten op voorschrijven. Utrecht: NIVEL, 2001.

Drenthen AJM. Programmatische preventie in de huisartspraktijk. *Bijblijven* 1999 (15), 1 Praktijkmanagement: 33-42.

Engels Y, Mokkink H, Hombergh P van den, Bosch W van den, Hoogen H van den, Grol R. Het aantal taken van de praktijkassistente in de huisartspraktijk is toegenomen. *Huisarts en Wetenschap* 2004 (7) 325-330.

Essen GA, Sorgedragter YCG, Salemink GW, Govaert Th ME, Hoogen JPH van den en Laan JR van der. NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie. Utrecht; NHG, 1996.

Geijer RMM, Thiadens HA, Smeele IJM, Sachs APE, Bottema BJAM, Hensbergen W van, Schayck CP van, Weel C van, Rosmalen C.F.H. NHG-Standaard COPD en astma bij volwassenen: diagnostiek. Utrecht; NHG, 2001.

Geijer RMM, Hensbergen W van, Bottema BJAM, Schayck CP van, Sachs APE, Smeele IJM, Thiadens HA, Weel C van, Rosmalen CFH. NHG-Standaard Astma bij volwassenen: behandeling. Utrecht; NHG, 2001a.

Geijer RMM, Schayck CP van, Weel C van, Sachs APE, Bottema BJAM, Smeele IJM, Thiadens HA, Hensbergen W van, Rosmalen CFH. NHG-Standaard COPD: behandeling. Utrecht; NHG, 2001b.

Giesen P, Hiemstra N, Mokkink H, Haan J de, Grol R, Tevreden over diensten. *Medisch Contact* 2002; (57): 1657-1660.

Giesen P. Goed bevonden. Patiënten geven huisartsenpost het rapportcijfer 8. *Medisch Contact* 2004 (59): 672-675.

Grielen SJ, Beekhoven S en Bakker DH de. Een grootschaliger dienstenstructuur van huisartsenzorg in Rotterdam: de invoering van centrale huisartsenposten voor de nachtelijke waarneming. Utrecht: NIVEL, 1999.

Groenewoud AS en Huijsman MBA. Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 2003.

Heineman MEF en Hubben JH. De huisarts in de medische tuchtrechtspraak 1982-1993. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1995.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapport 2001. Den Haag: IGZ, 2002.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Huisartsenposten in Nederland Nieuwe structuren met veel kinderziekten. Den Haag: IGZ, 2004.

Jansen J, Dijk L van, Wagner C, Bakker D de. Professionalisering van het FTO in Noord-Holland Noord. Utrecht: NIVEL, 2004.



- Kenens R en Hingstman L. Cijfers uit de registratie van huisartsen peiling 2001. Utrecht: NIVEL, 2001.
- Kenens R en Hingstman L. Cijfers uit de registratie van huisartsen peiling 2003. Utrecht: NIVEL, 2003.
- Kessel IPB van. Tuchtrecht en huisartsen. Gepubliceerde tuchtrechtspraak over huisartsen onderzocht op knelpunten en risicogebieden met behulp van een scoringsinstrument (doctoraalscriptie). Maastricht: Faculteit der Gezondheidswetenschappen Universiteit Maastricht, 2004.
- Kolthof E, Taakopvatting psychosociale zorgverlening versmald. Huisarts en Wetenschap 47 (2004), p. 441.
- Kolthof ED, Berg MJ van den, Bakker DH de, Zee J van der. Het reguleren van toegang tot de huisarts. In: Berg M J van den, Kolthof ED, Bakker DH de. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Lamkaddem M, de Bakker D, Nijland A, de Haan J. De invloed van praktijkondersteuning op de werklast van huisartsen. Een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. NIVEL, 2004.
- Linden MW van der, Westert GP, Bakker DH de, Schellevis, FG. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Lindert H van, Droomers M, Westert GP. Een kwestie van verschil. Verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Utrecht: NIVEL, 2004.
- LINH [www.linh.nl](http://www.linh.nl)
- Lawrence M en F Olesen. Indicators of quality in health care. European journal of General Practice 1997; 3 (3): 103-108.
- Lindert Hv, M.Rijken. Kwaliteit, continuïteit en klachten, Ervaringen van mensen met een chronische aandoening met de gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2001.
- Mokkink H. Over het voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen. Nijmegen: Nijmeegs universitair Huisartsen Instituut, 1983.
- Nijland A, Groenier KH, Meyboom – de Jong B, Haan J de, Velden J van der. Determinanten van delegeren van (medisch-technische) taken aan de praktijkassistente. Huisarts Wet 1991; 34 (11): 484-490.
- Oers JAM van (redactie). Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Bilthoven; Houten: RIVM; Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Plas WH van der en Höppener P. Bij nacht en ontij; Grootschalige waarneming werkt. Medisch Contact 2001; (56): 371-374.
- Querido JD. In een stadspraktijk. Utrecht: wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1988.
- Raad voor de volksgezondheid en zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg (Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2002.
- Roscam-Abbing HDC. Het recht op informatie en het toestemmingsvereiste. In: Legemaate J (red.) De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- Rutten GEHM, Verhoeven S, Heine RJ, Grauw WJC de, Cromme PVM, Reenders K, Ballegooie E van, Wiersma Tj. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Utrecht NHG, 1999.
- Rutten FH, Bohnen AM, Schreuder BP, Popping MDA, Bouma M. NHG-Standaard Stabiele angina pectoris (tweede herziening). Huisarts Wet 2004; 47: 83-95.
- Schee E van der, Delnoij D, Broerse A. Weinig reden tot klagen. Medisch contact 2003; 58 (50):1953-1956.
- Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Groenewegen PP, Zee J van der, Bensing JM. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden. Huisarts en Wetenschap 2003; 46: 7-12.

Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Groenewegen PP. Vraagstellingen en methoden. Utrecht: NIVEL, 2004.

Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen C van, Peters L. Quality of care from the patients perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. Health Expectations 1998: 82-95.

Sixma H, Spreeuwenberg P, Wensing M. Patiëntenoordelen over de huisartsenzorg In: JCC Braspenning, FG Schellevis, RPTM Grol (red.) Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004.

Sluijs EM, C.Wagner. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. Utrecht: NIVEL, 2000.

Stichting De Ombudsman. Klachteninventarisatie werkwijze huisartsenposten. 2003 <[www.stichtingdeombudsman.nl](http://www.stichtingdeombudsman.nl)>

Stichting De Ombudsman. Notitie huisartsenposten. 2004 <[www.stichtingdeombudsman.nl](http://www.stichtingdeombudsman.nl)>

Stokx LJ, Bakker DH de, Delnoy DMJ, Gloerich ABM, Groenewegen PP. Verwijscijfers belicht. Utrecht: NIVEL, 1992.

Tacken M, Hoogen H van den, Braspenning J.In: JCC Braspenning, FG Schellevis, RPTM Grol (red.) Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004.

Thomas S, van der Weijden T, van Drenth BB, Haverkort AFM, Hooi JD, van der Laan JR. NHG-standaard Cholesterol. Utrecht; NHG, 1999.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Zorg met toekomst: een verkenning op het terrein van de volksgezondheid en gezondheidszorg. Den Haag; Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2001.

Velden LFJ van der en Hingstman L.Vraag en aanbod huisartsen Bronnenoverzicht en raming 2000-2010. Utrecht: NIVEL, 2001.

Verheij R. Urban-rural variations in healthcare. Utrecht: NIVEL, 1999.

Verkleij H en Verheij RA. Zorg in de grote steden. Bilthoven: RIVM, 2003.

Wal G van der. Tuchtrechtspraak in Nederland; een 10-jaarsoverzicht. NTG 1996; 140 (52): 2640-2644.

Walma EP, Thomas S, Prins A, Grundmeyer HGLM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. NHG-Standaard Hypertensie (derde herziening). Huisarts Wet 2003; 46: 435-449.

Wijkel D. Samenwerken en verwijzen. Utrecht: NIVEL, 1986.

<http://nhg.artsennet.nl>

<http://www.cbs.nl>

## Bijlage 1: Samenstelling klankbordgroep

Tijdens het project is een klankbordgroep geformeerd die tijdens het onderzoek tussen-tijdse feedback heeft gegeven. De leden van de klankbordgroep vertegenwoordigen verschillende bij de huisartsenzorg betrokken partijen alsmede de opdrachtgever en experts. De leden zijn hieronder op alfabetische volgorde weergegeven.

<b>Naam</b>	<b>Organisatie</b>
Mw. dr. J. Braspenning	Centre for quality of care research (WOK)
Dhr. dr. P. van den Hombergh	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Dhr. dr. J.B.F. Hutten	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport
Dhr. drs. L. Kliphuis	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport
Dhr. drs. C. E. van der Post	Inspectie voor de Gezondheidszorg Regio Noord-West
Dhr. R.C. Sardeman	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Mw. A van der Spoel	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
Dhr. drs. A. van der Veen	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu (RIVM)
Dhr. drs. C.J. in 't Veld	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)



## **Bijlage 2: Deelnemers invitational conference**

Dhr. drs. F.Bongers	NIVEL
Mw.. dr. J. Braspenning	WOK
Mw. dr. D. Delnoij	NIVEL
Mw. drs. J. Dijkema	Gezondheidscentrum 'De Weide'
Dhr. dr. P. van den Hombergh	LHV
Mw. drs. H.E. van der Horst	EMGO-instituut, VUMC
Dhr drs. L. Kliphuis	Ministerie van VWS
Dhr. drs. C.E.J. van der Post	IGZ-NW cluster CSG
Dhr. drs. E.A. Reynders	VUMC
Dhr. drs. J.F. van Santen	LHV
Dhr. drs. R.C. Sardeman	IGZ
Dhr. dr. F. Schellevis	NIVEL
Mw. drs. M. van Rijen	LVG
Dhr. drs. A. van der Veen	RIVM
Dhr. drs. C. in 't Veld	NHG
Mw. dr. C. Wagner	NIVEL
Dhr. prof. dr. F.C.B. van Wijmen	Universiteit Maastricht