

De Transparantiemonitor

2021/2022: Huisartsenperspectief

Transparantie in de huisartsenzorg

Astrid Doorduijn
Linda Springvloet
Anne Zagt
Judith de Jong
Roland Friele
Dolf de Boer
Nanne Bos



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

November 2022

ISBN 978-94-6122-787-4

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2022 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	4
1 Achtergrond	6
1.1 Transparantie in de huisartsenzorg	6
2 Context van de huisartsenzorg	8
2.1 Organisatie van de huisartsenzorg	8
2.2 Rol van de huisarts	9
3 Transparantie in de huisartsenzorg	11
3.1 Wat valt volgens huisartsen onder transparantie van zorg?	11
3.2 Hoe denken huisartsen over transparantie?	11
4 De patient journey	13
4.1 Theoretische beleidscontext patient journey huisartsenzorg	13
4.2 De praktijk	14
5 De professional journey	17
5.1 Theoretische beleidscontext professional journey huisartsenzorg	17
5.2 De praktijk	18
6 Tot slot	26
6.1 Invulling van transparantie in de huisartsenzorg	26
6.2 Overeenkomsten en verschillen in de invulling van transparantie tussen huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg	28
6.3 Huisarts: unieke positie als spin in het web	29
6.4 Methodologische verantwoording	30
6.5 Conclusie	30
Literatuur	32
Bijlage A De Transparantiemonitor	35
Bijlage B Methode	37

Samenvatting

De Transparantiemonitor

Dit rapport is onderdeel van de Transparantiemonitor waarin jaarlijks wordt onderzocht hoe transparantie van zorg zich ontwikkelt en hoe dat bijdraagt aan de best passende zorg voor patiënten. Dit rapport brengt de rol en invulling van transparantie binnen de huisartsenzorg in kaart op basis van literatuur en interviews met koepelorganisaties en individuele huisartsen.

De context van de huisartsenzorg

De huisarts is vaak de eerste zorgverlener die patiënten met een (nieuwe) gezondheidsklacht raadplegen en de invulling van de huisartsenzorg is daardoor breed met een zeer diffuse patiëntenpopulatie. Huisartsen fungeren behalve als behandelaar ook als ‘poortwachter’ bij doorverwijzing naar andere zorgverleners. De huisartsenzorg wordt bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet.

Transparantie voornamelijk richting patiënten

Huisartsen hechten de meeste waarde aan transparantie over informatievoorziening richting hun patiënten. Het gaat daarbij zowel om informatie over aandoening, behandeling en zorg, als over de huisarts en praktijk. Openheid, duidelijkheid en inzicht geven zijn kernwaarden voor huisartsen. Dit illustreert ook het belang dat huisartsen hechten aan patiëntgerichte zorg en ruimte voor maatwerk. Het openbaar maken van kwaliteitsinformatie over door eigen verleende zorg staat voor huisartsen daarentegen niet bovenaan. Er is met name kritiek op de, voor het gevoel van huisartsen, opgelegde transparantie vanuit overheidsorganisaties of zorgverzekeraars.

Samen beslissen binnen de huisartsenzorg

Huisartsen zijn sterk voorstander van samen beslissen en omschrijven hun rol veelal als ‘adviserend’. Wel stellen huisartsen hier grenzen aan en geven ze aan dat zij de medisch expert blijven en de patiëntveiligheid voorop staat bij behandelkeuzes. Huisartsen merken dat veel patiënten dit ook zo zien en veelal hun advies volgen.

Externe motivatie kwaliteitsverbetering

Kwaliteitsregistraties is veelal niet direct een bekend begrip voor huisartsen. Toch gebeurt er binnen de huisartsenpraktijken veel op dit vlak, onder andere vanuit ketenzorg, of richting apothekers en zorgverzekeraars. De gegevens die worden geregistreerd zijn voornamelijk praktijk-organisatorisch van aard en niet medisch-inhoudelijk. Het verzamelen van kwaliteitsinformatie gebeurt weliswaar vanuit de doelstelling het interne kwaliteitsbeleid vorm te geven, maar dit lijkt meer een beleidsdoelstelling te zijn dan een intrinsieke motivatie vanuit de huisartsen zelf. Dat patiëntervaringen met name worden verzameld vanuit het oogpunt van accreditatie, illustreert de externe motivatie hierbij. De meningen over het nut van registraties lopen uiteen, al lijkt de algemene tendens dat registraties minder goed passen binnen de huisartsenzorg dan binnen de medisch-specialistische zorg. Dit zou onder andere komen door de diffuse patiëntpopulatie, breedte van de huisartsenzorg alsmede de ‘minder harde’ uitkomsten van consulten.

Ervaren administratielast is hoog

Huisartsen ervaren een hoge administratielast. Deze vloeit niet zozeer voort uit registraties, zoals vaak binnen de medisch-specialistische zorg het geval is, maar meer uit administratie rondom

doorverwijzing, terug verwijzing en het invullen en ondertekenen van formulieren. Ook het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) geeft administratielast, omdat huisartsen de informatie voorzichtiger opschrijven, of weglaten, omdat patiënten het ook kunnen inzien. Dit heeft mogelijk een negatief effect op transparantie als het gaat om overdracht naar een andere praktijk of de tweede lijn. Mede hierdoor zijn huisartsen dus niet altijd positief over de ontwikkelingen van inzage in het EPD.

Conclusie

Huisartsen hechten de meeste waarde aan transparantie over informatievoorziening richting hun patiënten, wat voor huisartsen een vanzelfsprekendheid lijkt te zijn en een belangrijke voorwaarde is voor de best passende zorg voor patiënten. Transparantie over kwaliteit van zorg is minder belangrijk en lijkt zich op een andere wijze te hebben ontwikkeld dan in de medisch-specialistische zorg. Het is belangrijk de toenemende beleidsaandacht voor transparantie in de huisartsenzorg goed te laten aansluiten bij de specifieke kenmerken van de huisartsenzorg.

1 Achtergrond

Nivel brengt sinds 2018, met financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), jaarlijks de Transparantiemonitor uit. De Transparantiemonitor beschrijft de stand van zaken op het gebied van transparantie van zorg in de medische specialistische zorg in Nederland. De centrale vraagstelling binnen de monitor is: hoe ontwikkelt transparantie van zorg zich en hoe draagt transparantie bij aan de best passende zorg voor patiënten? Onder transparantie van zorg wordt het volgende verstaan: de beschikbaarheid van informatie over (kwaliteit van) behandelingen en (kwaliteit van) zorgaanbieders en zorgverleners. Deze definitie is afgeleid uit diverse beleidstheorieën en inzichten uit eerdere jaren van de Transparantiemonitor. De best passende zorg binnen de Transparantiemonitor gaat over zorg die van kwalitatief hoog niveau is en aansluit bij individuele behoeften en voorkeuren van patiënten. De Transparantiemonitor bestaat uit diverse deelstudies per jaar en een jaarlijks overkoepelend rapport. In bijlage A is een uitgebreidere uiteenzetting van de Transparantiemonitor en een overzicht van alle rapportages binnen de Transparantiemonitor te vinden.

1.1 Transparantie in de huisartsenzorg

Op het gebied van transparantie ging er zowel binnen beleid, als in het zorgveld veel aandacht uit naar de medisch-specialistische zorg. Dit geldt ook voor de Transparantiemonitor (zie Bijlage A). De transparantie in de huisartsenzorg krijgt ook steeds meer aandacht. Het zwaartepunt van de Subsidieregeling Transparantie over zorg ligt, anders dan in de jaren 2016-2019, op de zorg in de eerste lijn, waaronder huisartsenzorg [1]. Ook gaat steeds meer aandacht uit naar behandelinhoudelijke keuzehulpen in de eerste lijn en loopt de huisartsenzorg voorop met patiëntinformatie in de vorm van Thuisarts.nl [2, 3]. Huisartsen zijn tevens een belangrijke en veelal eerste speler binnen het zorgnetwerk en krijgen een steeds centralere rol in overheidsbeleid [4-6].

1.1.1 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van voorliggende deelstudie is om de invulling van transparantie in de huisartsenzorg¹ in kaart te brengen en verschillen en overeenkomsten met de medisch-specialistische zorg te identificeren.

De onderzoeksvragen hierbij zijn:

- *Hoe wordt transparantie ingevuld binnen de huisartsenzorg?*
- *Welke overeenkomsten zijn er met de medisch-specialistische zorg?*
- *Waarin verschilt de invulling van transparantie tussen de twee sectoren?*
- *Welke verklaringen zijn er voor verschillen?*

1.1.2 Methodologische verantwoording

De gegevens in deze deelstudie zijn gebaseerd op verschillende bronnen, met name literatuur en interviews met koepelorganisaties (zie box 1.1) en individuele, praktiserend huisartsen. Daarnaast is

¹ Vanwege haalbaarheidsoverwegingen ligt de focus op de reguliere huisartsenzorg. Avond-, nacht- en weekenddiensten alsmede de huisartsenpost vallen daarmee buiten de scope van deze deelstudie.

informatie uit een vragenlijst onder 192 huisartsen uit februari/maart 2021 meegenomen. Meer informatie over de methode staat beschreven in Bijlage B.

Box 1.1. Ondersteunende koepelorganisaties binnen de huisartsenzorg

De huisartsenzorg kent een aantal koepelorganisaties. Onderstaand een korte beschrijving van de drie meest bekende organisaties:

- Het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) is de wetenschappelijke beroepsvereniging en biedt informatie voor onder andere huisartsen. Zo ontwikkelt het NHG standaarden behandelrichtlijnen, eerstelijns samenwerkingsafspraken, landelijke transmurale afspraken, en wordt informatie geboden over het opzetten van een kwaliteitssysteem. Daarnaast bieden zij praktische hulpmiddelen voor het werken aan kwaliteit, door het opzetten van een kwaliteitssysteem, maar ook ondersteuning bij ‘Samen leren en verbeteren’ en de ‘Kwaliteitsreis’, en ‘kwaliteitsindicatoren [7]. Het NHG is ook de organisatie achter [Thuisarts.nl](https://www.thuisarts.nl).
- De Landelijke Huisartsvereniging (LHV) biedt met informatie uitvoerende ondersteuning. Deze ondersteuning bestaat bijvoorbeeld uit praktische hulpmiddelen voor het werken aan kwaliteit en het voldoen aan eisen voor herregistratie.
- InEen is niet direct gericht op de huisartsen zelf, maar biedt ondersteuning aan gezondheidscentra, zorggroepen, huisartsenposten en regionale ondersteuningsstructuren in de eerste lijn. Deze ondersteuning bestaat bijvoorbeeld uit het ontwikkelen en helpen implementeren van zorgconcepten, het maken van samenwerkingsafspraken op landelijk niveau en het regelen van juiste financiering.

Alle drie de koepelorganisaties hebben een rol op het gebied van transparantie en kwaliteit van zorg.

2 Context van de huisartsenzorg

2.1 Organisatie van de huisartsenzorg

2.1.1 Praktijkvormen en aantallen huisartsen

In 2018 waren er in Nederland ongeveer vijfduizend huisartsenpraktijken. Ongeveer een derde (35%) van de praktijken is een solopraktijk, 42% een duo-praktijk en een kwart (23%) betreft een groepspraktijk van drie huisartsen of meer [8]. Op 1 januari 2019 werkten er in Nederland bijna 13 duizend huisartsen (Nivel huisartsenregistratie) [9]. Iets meer dan de helft van de huisartsen (2018: 58%) is vrouw [9]. Op 1 januari 2017 waren er in Nederland naar schatting 344 apotheekhoudende huisartsenpraktijken, met in totaal 486 huisartsen met een hoofd- of associatie apotheekvergunning² (6% van de zelfstandig gevestigde huisartsen) [10, 11].

2.1.2 Overige functies binnen de huisartsenpraktijk

Diverse behandelingen laat de huisarts onder zijn/haar verantwoordelijkheid uitvoeren door de praktijkassistente, praktijkverpleegkundige of praktijkondersteuner, bijvoorbeeld triage, kleine medische handelingen, alsmede controles bij bepaalde chronische ziektes, zoals hart- en vaatziekten en diabetes [12, 13]. Daarnaast kunnen huisartsen voor diverse onderdelen van hun praktijkvoering gebruik maken van ondersteuning door een van de koepelorganisaties (zie ook box 1.1).

2.1.3 Patiënten

Bijna alle Nederlanders staan ingeschreven bij een huisartsenpraktijk, waarbij de meeste mensen een vaste huisarts hebben [14]. Het aantal patiënten per praktijk varieert sterk, maar ligt gemiddeld rond de 2300 patiënten per FTE huisarts [15]. Enkele inzichten uit Nivel Zorgregistraties 2019³ [16, 17]:

- 78% van de ingeschreven patiënten had in 2019 een of meer contactmomenten met de huisarts.
- Deze patiënten hebben jaarlijks gemiddeld vijf contactmomenten.
- De huisarts wordt het meest gecontacteerd door ouders van jonge kinderen (0-5 jaar) of mensen vanaf 45 jaar.
- In de groep 85 jaar en ouder heeft vrijwel iedereen minimaal één keer per jaar contact met de huisartsenpraktijk, met een gemiddelde van 15 contactmomenten per jaar.

2.1.4 Financiering

De huisartsenzorg wordt bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), valt onder het basispakket en maakt geen aanspraak op het eigen risico van patiënten⁴ [12, 18, 19]. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft regels voor het declareren vastgelegd in beleidsregels en tariefbeschikkingen voor de huisartsenzorg [20]. Een huisartsenpraktijk krijgt een vaste vergoeding voor elke ingeschreven patiënt, gebaseerd op de tariefbeschikking vanuit de NZa (ongeveer 40% van de inkomsten)^{IV} en per consult een vergoeding (ongeveer 30% van de inkomsten). Daarnaast ontvangen ze inkomsten uit ketenzorg (contractuele afspraken met zorgverzekeraars), declaratie van speciale verrichtingen (avond-, nacht- en weekenddiensturen) en zorgvernieuwing. Er is tevens aanvullend budget beschikbaar voor praktijken in achterstandsbuurten.

² Huisartsen die patiënten hebben in een gebied waar geen apotheek is gevestigd, kunnen een vergunning verkrijgen op grond van artikel 61, tiende lid van de Geneesmiddelenwet. Per praktijkadres kan een hoofdvergunning op naam worden afgegeven; overige huisartsen kunnen een associatievergunning krijgen. Er is geen aanvullende (na)scholing benodigd voor de apotheekfunctie.

³ 2019 is het laatste jaar voor de coronacrisis. Daarom is gekozen de cijfers uit 2019 weer te geven. Er zijn ook cijfers over 2020 en 2021 beschikbaar.

⁴ De kosten voor diagnostisch onderzoek, medicijnen of voor andere voorgeschreven zorg vallen niet onder huisartsenzorg en maken daarmee wel aanspraak op het eigen risico van patiënten.

2.2 Rol van de huisarts

De huisarts is vaak de eerste zorgverlener die patiënten met een (nieuwe) gezondheidsklacht raadplegen [15]. De LHV heeft vijf kerntaken van het huisartsenvak geformuleerd: medisch-generalistische zorg, spoedeisende huisartsenzorg, terminaal-palliatieve zorg, preventieve zorg en zorgcoördinatie [21]. De daarbij behorende kernwaarden zijn persoonsgericht, medisch generalistisch, continu en gezamenlijk. Huisartsen vervullen een dus wisselend scala aan taken. Dit hoorden we ook sterk terug in de interviews, waar onder andere als rol werd benoemd: geruiststellen en luisteren, beoordeling (diagnose) en behandeling van klachten, (laboratorium) diagnostiek aanvragen, of doorverwijzen. Huisartsen fungeren daarmee behalve als behandelaar ook als 'poortwachter' [15, 22, 23]. Het gaat daarnaast niet enkel om fysieke aandoeningen, maar ook om psychosociale klachten. Ook merken veel huisartsen dat ze ook zorg (moeten) leveren die (beter) past binnen andere sectoren, zoals de ouderenzorg of gehandicaptenzorg.

'Het is zo divers wat er op ons spreekuur komt. Het is puur somatisch, medisch, maar ook heel veel maatschappelijke vragen en het geestelijk welbevinden. Mensen die overbelast zijn, dat zijn ook heel veel mensen.'

(interview huisarts)

'Ik maak regelmatig mee dat mensen een afspraak maken om te bespreken wat er in het ziekenhuis is besproken.'

(interview huisarts)

'Die wachtlijsten (GGZ) zijn soms een half jaar, je verwijst iemand omdat er hulp nodig is, en in de tussentijd, wie is dan nog het aanspreekpunt als er dingen zijn? Dat zijn wij.'

(interview huisarts)

Tegenwoordig zijn er steeds meer grote huisartsenpraktijken of voorzieningen waar meerdere huisartsen werken, met een steeds grotere en meer diverse groep aan ondersteuners [15]. Veel huisartsen (veelal praktijkhouders) vervullen daarmee steeds meer managementtaken. Ook in de interviews komt duidelijk naar voren dat naast de primaire taak richting patiënten, een huisarts ook veel werk besteedt aan andere taken (hoofdstuk 5, professional journey).

2.2.1 Relatie huisarts patiënt: persoonsgerichte zorg als uitgangspunt

Zoals ook blijkt uit de kernwaarden en kerntaken van een huisarts is een vaak jarenlange, persoonlijke relatie met patiënten typerend voor de huisartsenzorg [6, 24-26]. Veel geïnterviewde huisartsen benadrukten dan ook dat patiëntencontact en persoonlijke zorg het belangrijkste uitgangspunt is binnen hun zorgverlening. Ze hebben daarbij niet enkel oog voor de aandoening waar de patiënt op dat moment voor op consult komt, maar ook voor het bredere plaatje rondom de patiënt met betrekking tot zowel eigen medische achtergrond, als gebeurtenissen in de omgeving van de patiënt. Ook wordt door meerdere huisartsen duidelijk benoemd dat 'de patiënt' niet bestaat en dat er ruimte moet zijn voor maatwerk, al lijkt deze ruimte de laatste jaren te zijn afgenomen door allerlei randvoorwaarden binnen de professional journey (hoofdstuk 5).

'Wij hebben het meest complete dossier van een patiënt. Een specialist heeft alleen maar een dossier op zijn of haar gebied. En wij zijn heel erg laagdrempelig bereikbaar voor patiënten.'

(interview huisarts)

‘Dat is het leuke aan het huisartsen vak vind ik, dat je ook wat meer van de achtergrond van de patiënt weet of weet wat er speelt in de omgeving.’
(interview huisarts)

3 Transparantie in de huisartsenzorg

In dit hoofdstuk wordt weergegeven hoe huisartsen transparantie invullen. Details over de verschillende elementen van transparantie staan beschreven in hoofdstuk 4 (patient journey) en hoofdstuk 5 (professional journey).

3.1 Wat valt volgens huisartsen onder transparantie van zorg?

Transparantie van zorg is volgens de meeste huisartsen een abstract en breed containerbegrip. Dit hoorden we terug in de interviews met zowel koepelorganisaties als huisartsen. Over het algemeen stond informatievoorziening aan patiënten hierbij voorop, bijvoorbeeld in de vorm van informatie op de website, tijdens het consult ('transparantie in de spreekkamer') of in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Openheid, duidelijkheid en inzicht geven, waren daarbij kenmerkende termen. Ook communicatie tussen de eerste en tweede lijn werd diverse keren benoemd. Daarnaast benoemden enkele huisartsen inzicht in kwaliteit en verantwoording naar zorgverzekeraars. Een enkele huisarts benoemde openheid over kosten van een behandeling en over de afweging tussen kosten en baten.

'Dat de patiënt weet wat we met elkaar bespreken, wat de bevindingen zijn, dat het ook duidelijk is en wat het vervolg is. Dat ze zich daar een voorstelling bij kunnen maken. Dat het niet abstract is maar een concreet iets wordt.'

(interview huisarts)

'Dat de patiënten de zorg beter kunnen vergelijken met andere praktijken. Dus beter inzicht hebben in hoe je kwalitatief bent.'

(interview huisarts)

'Je kunt transparant zijn over de manier waarop je kosten maakt. Hoelang duren je consulten, welke andere speciale verrichtingen zet je in? Daar kun je transparant over zijn naar bijvoorbeeld de zorgverzekeraar. (...) Je kunt transparant zijn over of er een calamiteit is geweest of een incident aan de Inspectie. En naar patiënten, deze beslissing of dit advies geven we je omdat, en dan komt daar een motivatie uit.'

(interview huisarts)

3.2 Hoe denken huisartsen over transparantie?

Bij het oordeel over transparantie is een duidelijke splitsing zichtbaar tussen transparantie richting patiënten en (externe) transparantie richting andere partijen.

3.2.1 Transparantie richting patiënten belangrijk

Over het algemeen gaven de huisartsen aan dat transparantie richting patiënten belangrijk is, zowel tijdens het consult als daarbuiten. De transparantie die de huisartsen hier bedoelen, heeft met name betrekking op inzicht geven over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de praktijk en

patiëntinformatie over aandoeningen en behandelingen, alsmede informatie over het handelen van de huisarts in de spreekkamer en het EPD.

‘Je moet gewoon duidelijk zijn in wat je doet, wat je bent, wat mensen kunnen verwachten en wat mensen vooral niet kunnen verwachten.’

(interview huisarts)

3.2.2 Diverse kritische geluiden bij transparantie naar externe partijen

Toch geven veel huisartsen aan dat transparantie een negatieve lading heeft en kwamen er in de interviews ook veel kritische geluiden naar voren. Termen als tijdrovend, wantrouwen en ‘levert niks op’ werden hierbij genoemd. Deze kritische noot heeft betrekking op transparantie die, voor het gevoel van huisartsen, wordt opgelegd vanuit bijvoorbeeld overheidsorganisaties of zorgverzekeraars. De weerstand heeft onder andere te maken met onduidelijkheid over wat er met de door huisartsen geregistreerde gegevens gebeurt.

‘Het patiëntbelang is indirect ook het huisartsenbelang, dus als het, het patiëntbelang dient, dan is dat prima. Tegelijkertijd constateren we wel dat er een ontzettende behoefte is aan gegevensverzameling bij verzekeraars die deze twee doelen niet altijd dienen, maar die veel meer financieel belang dienen. (...) Op die manier transparant moeten zijn, terwijl je niet weet wat er dan met je gegevens gebeurt of waarvoor het überhaupt nodig is, dat komt de term transparantie niet ten goede.’

(interview Landelijke Huisartsenvereniging)

‘Ik weet zeker dat ze veel meer inzicht hebben als dat wij met allen denken. (...) Ja, ze hebben veel meer data dan wij denken.’

(interview huisarts)

‘Het levert een marktwerking op. Daar ben ik niet zo fan van in de zorg. Ze moeten kijken naar doelmatigheid.’

(interview huisarts)

4 De patient journey

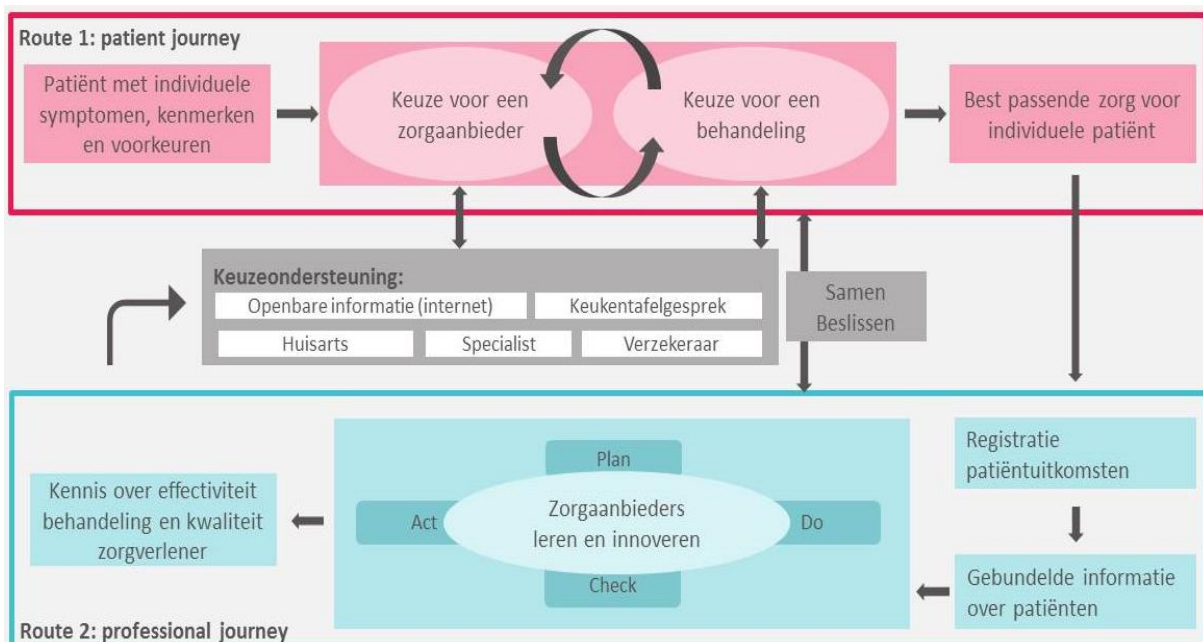
4.1 Theoretische beleidscontext patient journey huisartsenzorg

In de patient journey maakt een patiënt bewust of onbewust een keuze om naar een zorgaanbieder te gaan en welke behandeling men wil ontvangen. Informatievoorziening speelt hierbij een belangrijke rol en kan patiënten ondersteunen in het maken van keuzes. Binnen de huisartsenzorg wordt veel aandacht besteed aan informatievoorziening richting patiënten. Zo stelde het NHG een checklist op voor informatie die minimaal en op toegankelijke wijze beschikbaar moet zijn voor patiënten, waaronder bereikbaarheid, gegevens van medewerkers en het zorgaanbod [27, 28]. De meeste huisartsenpraktijken bieden deze informatie op hun website^{iv}. Patiënten hebben daarnaast recht op informatie over [29]:

- ziekte of aandoening;
- het onderzoek, de behandeling die de huisarts voorstelt of het advies om af te wachten;
- andere behandelingsmogelijkheden (alternatieve geneeswijzen vallen hier niet onder);
- de gevolgen en risico's van behandelingen, onderzoek en afwachten;
- de medicijnen en mogelijke bijwerkingen, en;
- de (eigen) kosten van de behandeling of het onderzoek.

De publiekswaarde Thuisarts.nl vormt hierbij een belangrijke bron voor patiëntinformatie over aandoeningen en behandelingen op basis van richtlijnen in de eerste lijn en in toenemende mate de tweede lijn [3]. ZorgkaartNederland is een andere belangrijke publiekswaarde, met informatie voor het kiezen van een zorgaanbieder [30]. Informatievoorziening is een belangrijke voorwaarde voor samen beslissen, een belangrijk element dat de patient journey verbindt met de professional journey.

Figuur 4.1 Raamwerk patient en professional journey medisch-specialistische zorg



4.2 De praktijk

4.2.1 Informatievoorziening aan patiënten

Uit de interviews komt naar voren dat huisartsen veel waarde hechten aan informatievoorziening richting patiënten. Huisartsen benoemen hierbij dat het belangrijk is om het patiëntbelang voorop te stellen en vooraf te bedenken wat het voor de patiënt betekent en welke conclusies er uit de geboden informatie getrokken kunnen worden. Huisartsen bedenken welke voordelen en nadelen het bieden van informatie heeft voor de patiënt en nemen dit mee in de afweging om informatie te verstrekken. Hoewel dit ingaat tegen het idee dat patiënten ‘recht’ hebben op informatie, maken huisartsen zelf de afweging of de patiënt daar bij gebaat is of niet. Wanneer patiënten voorafgaand aan het consult informatie opzoeken is dat volgens huisartsen nuttig, ook als dit onjuiste of verontrustende informatie is. Ook benoemden enkele huisartsen het vermoeden dat patiënten lang niet altijd weten welke werkzaamheden zij uitvoeren en dat meer informatie daarover nuttig zou kunnen zijn.

‘Ik vind het helemaal niet erg dat patiënten voordat ze bij mij komen googelen over wat ze hebben. Dat vind ik helemaal prima, want dan heb ik een idee waar ze bang voor zijn. Waar ze aan denken. Dan heb ik een aanknopingspunt om een gesprek te voeren.’
(interview huisarts)

‘Dat is een beetje afhankelijk van wat voor persoon er voor mijn neus zit. En dat kan heel goed zijn dat er iemand zit waarvan ik het idee heb, die snapt er de ballen van. Dus probeer ik het echt in leken taal uit te leggen, maar die moet je niet te veel vertellen. (...). En je hebt ook mensen voor je neus zitten, die zitten in hetzelfde vak bij wijze van spreken. En dan kun je heel uitgebreid alles uitleggen. Dus het is een beetje maatwerk.’
(interview huisarts)

4.2.2 Keuze voor een behandeling en samen beslissen

Met het proces samen beslissen wordt bedoeld dat patiënt en arts in samenspraak beslissen welke zorg het beste past bij de patiënt in situaties waar meerdere behandelopties mogelijk zijn. Bij de keuze voor de behandeling wordt rekening gehouden met de medische expertise van de arts en de ervaringskennis, waarden en wensen van de patiënt [31-34]. Samen beslissen kan bestaan uit de volgende stappen:

- Doelen stellen: bespreken wat de patiënt wil bereiken met de zorg;
- Keuze: bewustwording van de keuzemogelijkheid en dat de mening van zowel de zorgverlener als de patiënt belangrijk is bij de beslissing;
- Opties: bespreken van de verschillende behandelmogelijkheden en de voor- en nadelen ervan;
- Voorkeur: patiënt vertelt over specifieke voorkeuren, behoeften en omstandigheden;
- Besluit: nemen van de uiteindelijke beslissing.

Huisartsen zijn voorstander van samen beslissen

Alle huisartsen die we interviewden zijn (sterk) voorstander van samen beslissen. In een eerdere peiling zagen we dat huisartsen denken dat samen beslissen op verschillende manieren positief doorwerkt, bijvoorbeeld doordat patiënten zich beter geholpen voelen, of meer gemotiveerd zijn om het behandelplan te volgen [35]. In de interviews werd de rol van de huisarts meerdere keren omschreven als die van ‘adviseur’. Onder samen beslissen valt voor veel huisartsen ook het met de

patiënt bespreken van eventuele onmogelijkheden, zoals uitleggen waarom een bepaalde behandeloptie niet geschikt is voor de individuele patiënt.

'Ik vind altijd dat de patiënt moet beslissen. In een spreekkamer zit ik als een deskundige en de patiënt komt bij mij om raad vragen. En dan vind ik dat ik heel duidelijk moet zijn wat de mogelijkheden zijn, en de beslissing ligt altijd bij de patiënt.'

(interview huisarts)

'Vijftig jaar geleden zei de dokter 'dit moet je nemen'. Tien jaar later zei hij 'dit heb je, dit moet je nemen'. En tegenwoordig zeggen we 'ik denk dat je dit hebt, je zou dit kunnen doen of dat kunnen doen. Wat kies je?' We zijn wat mij betreft helemaal geleveld. De patiënt is degene met het probleem; ik ben degene met mogelijk een oplossing. Maar dat is een oplossing voor zijn of haar probleem, dus daar moeten ze zelf ook in mee kiezen.'

(interview huisarts)

Samen beslissen kan niet altijd en huisarts blijft medisch expert

Ondanks dat de meeste huisartsen hun rol als 'adviserend' omschrijven, geven ze duidelijk aan dat de huisarts de medisch expert blijft en sturend kan en mag zijn waar nodig. Dit geldt bijvoorbeeld bij sommige patiëntgroepen, of wanneer patiënten een keuze willen maken die medisch gezien zeer onverstandig is. Ook lenen niet alle zorgvragen zich voor samen beslissen en hangt de haalbaarheid van samen beslissen ook af van de tijd die er tijdens een consult (over) is. Daarnaast lukt het patiënten niet altijd goed om hun ervaringen en voorkeuren te omschrijven, waardoor huisartsen zich geneigd voelen de sturende rol meer op te pakken. Huisartsen geven daarbij aan de mate van en mogelijkheden binnen samen beslissen af te stemmen op de patiënt.

'Soms komen mensen al met een bepaald idee. Dat mogen ze prima ventileren, maar ik mag ook zeggen wat wel en wat niet kan. Ik denk ook dat patiënten daar recht op hebben. Om ook de beperkingen van de gezondheidszorg duidelijk te maken. Om maar geen valse verwachtingen te scheppen.'

(interview huisarts)

'Ik probeer het vaak wel, als er wat te kiezen valt.'

(interview huisarts)

Patiënten leunen sterk op advies van de huisarts

De geïnterviewde huisartsen geven aan dat, ook als er veel ruimte wordt geboden voor inbreng van de patiënt, de meeste patiënten sterk leunen op het advies van de huisarts. Dit zien we ook terug in eerder onderzoek onder patiënten zelf [14].

'In de huisartsenopleiding wordt heel veel gezegd 'de patiënt heeft de regie'. Maar er zijn hele bevolkingsgroepen die dat helemaal niet willen. Die zeggen "u bent de dokter".'

(interview huisarts)

4.2.3 Keuze voor een zorgaanbieder

In de interviews is ook gevraagd naar het proces van doorverwijzen van patiënten naar de tweede lijn. Huisartsen kiezen hierbij meestal voor het ziekenhuis dat dichtbij ligt en waar de huisarts zelf de meeste ervaring en contacten mee heeft, en kijken minder vaak naar kwaliteit van zorg (zie hoofdstuk 5). Dit is met name het geval in minder dichtbevolkte gebieden waar minder keuze voor

een ziekenhuis is. In bijvoorbeeld de Randstad zijn er meer keuzes en lijken huisartsen de vraag ook meer open aan de patiënt te stellen. De huisartsen die we interviewden spraken niet over het gebruik van kwaliteitsinformatie om de keuze voor een doorverwijzing op te baseren. Ook in eerder onderzoek zagen we dat kwaliteitsinformatie voor huisartsen een minimale rol lijkt te spelen bij het doorverwijzen van patiënten naar een zorgaanbieder en dat persoonlijk contact en ervaringen van de huisarts met de zorgaanbieder een belangrijkere rol spelen [14].

‘Dat (voorkeur patiënt) vind ik prima. Dat maakt mij niet uit. En ik snap vaak heel goed waarom mensen ergens niet naartoe willen. Het is vaak een bepaald gevoel. Daar valt niet over te twisten vind ik en gelukkig heb ik hier dan wel de mogelijkheid dat mensen een keuze uit wat meer ziekenhuizen hebben. (...) Je hebt tegenwoordig natuurlijk ook de ziekenhuizen met super specialismes. (...) Dan kijk je echt naar kwaliteit.’

(interview huisarts)

‘Mijn eerste vraag is, heb je een voorkeur voor een specialist of een ziekenhuis?’

(interview huisarts)

Ook bij keuze zorgaanbieder volgen patiënten meestal het advies van de huisarts

Huisartsen geven aan dat patiënten het meestal eens zijn met de voorgestelde zorgaanbieder en daarin vaak het advies volgen van de huisarts. Net als voor huisartsen zelf, is nabijheid ook voor patiënten veelal de belangrijkste keuzefactor. Dit zien we ook terugkomen in de literatuur [14]. Als de patiënt wel een andere voorkeur heeft, gaat de huisarts hier meestal in mee.

‘Nauwelijks (voorkeuren). Vroeger bepaalden de buslijnen waar de patiënt naartoe wilde, niet de kwaliteit van de specialist of het ziekenhuis. (...) Aan de andere kant ik denk ook dat een hele boel zorg in beide ziekenhuizen, de basale zorg echt wel op zijn niveau was. Echte specialistische zorg dan zeg ik altijd wel, ik denk nu dat u het beste in die regio of daar terecht kunt voor die specialist.’

(interview huisarts)

‘Ik denk dat tachtig procent naar (stad) gaat. En als ze naar andere ziekenhuizen gaan, is het omdat sommige mensen een wat mindere ervaring hebben met collega's.’

(interview huisarts)

5 De professional journey

5.1 Theoretische beleidscontext professional journey huisartsenzorg

Binnen de professional journey ligt de nadruk op kwaliteit van zorg, kwaliteitsverbetering en openbare informatie over kwaliteit. Deze informatie is bijvoorbeeld afkomstig uit kwaliteitsregistraties. In de professional journey binnen de huisartsenzorg speelt daarnaast accreditatie een rol. De kaders van de professional journey binnen de huisartsenzorg worden gevormd door de NHG-Standaarden voor de te verlenen zorg (diagnostiek en behandeling) bij veel aandoeningen die in de huisartsenpraktijk voorkomen [36]. De informatie die voortvloeit uit de professional journey kan naast input voor kwaliteitsverbetering ook worden gebruikt ter ondersteuning van de keuzeprocessen in de patient journey.

5.1.1 Kwaliteitsregistraties

Met registraties wordt informatie verzameld over onder andere de diagnose, de verleende zorg, het ziektebeloop en de ervaringen van de patiënt. Deze informatie wordt op verschillende manieren geregistreerd. Dit gebeurt onder andere in het EPD, waar zowel de arts als (sinds 2020) de patiënt toegang tot heeft [37]. Daarnaast heeft het NHG meerdere indicatorensets⁵ ontwikkeld met betrekking tot het medisch handelen rondom specifieke diagnoses (zie Box 5.1). Een deel van deze indicatoren heeft betrekking op ketenzorg, een vorm van zorg voor chronische aandoeningen waarbij de samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners, zoals een medisch specialist, diëtist of fysiotherapeut, nodig is [38]. Ook zijn er indicatoren met betrekking tot rationeel voorschrijven en veiligheid ontwikkeld, een belangrijk thema binnen huisartsenzorg [39].

Box 5.1. Kwaliteitsindicatoren binnen de huisartsenzorg

Bij een deel van de NHG-Standaarden en -behandelrichtlijnen zijn kwaliteitsindicatoren ontwikkeld, namelijk [38, 39]:

- Astma bij volwassenen en kinderen
- COPD
- CVRM bij patiënten met HVZ en bij patiënten met verhoogd risico (VVR)
- Diabetes mellitus type 2
- (mogelijk) Chronische Nierschade, CNS
- Hartfalen
- GGZ (depressie en angststoornissen)
- Preventie (influenza en screening op baarmoederhalskanker)
- Prescriptie
- Stoppen met Roken

Een deel van de indicatoren heeft betrekking op ketenzorg; Astma, COPD, CRVM en Diabetes [40].

⁵ Indicatoren geven een indruk van de mate waarin randvoorwaarden voor goede zorg aanwezig zijn (structuurindicator), in hoeverre aanbevelingen uit de richtlijnen worden nageleefd (procesindicator) en in hoeverre de beoogde zorguitkomsten worden behaald (uitkomstindicator).

5.1.2 Kwaliteit van zorg en kwaliteitsverbetering

Het NHG, Ineen en de LHV hebben gezamenlijk een kwaliteitsbeleid opgesteld [40]. Box 5.2 schetst enkele kernpunten uit het kwaliteitsbeleid. Kwaliteitsverbetering is binnen dit kwaliteitsbeleid een belangrijk element. De indicatoren zoals hierboven beschreven, spelen daarbij een rol, bijvoorbeeld door de uitkomsten te gebruiken als stuurinformatie en spiegelinformatie (benchmarking) [41]. Binnen de huisartsenzorg speelt daarnaast accreditatie een rol en moet een huisarts zich elke vijf jaar herregistreren [42]. Aan deze accreditatie is een aantal eisen verbonden, zoals een minimum aantal uren werkzaam zijn als huisarts, nascholing volgen en een visitatie door zowel patiënten als collega's.

Box 5.2. Kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg zoals opgesteld door NHG, LHV en Ineen

In 2019 publiceerden de drie koepelorganisaties NHG, LHV en Ineen gezamenlijk een visie op kwaliteit van zorg [40, 43, 44]. 'Samen leren en verbeteren, werken aan kwaliteit voor zinvolle veranderingen, tevreden patiënten en meer werkplezier' zijn daarbij de centrale thema's. Als hulpmiddel verschijnt onder andere jaarlijks de 'Benchmark Transparantie Ketenzorg', gebaseerd op een aantal NHG-indicatoren rondom ketenzorg. Kwaliteitsverbetering is niet alleen gebaseerd op kwaliteitsindicatoren, maar op andere bronnen van kwantitatieve en kwalitatieve spiegelinformatie, zoals ervaringen en feedback van patiënten en collega's, zorggebruik, zorgverlenerstevredenheid, verhalen en casuïstiek. De verzamelde kennis en spiegelinformatie en gesprekken hierover, vormen input voor kortdurende trajecten volgens de stappen van de plan-do-check-act-kwaliteitscyclus, waarin huisartsen zichzelf en hun praktijk verder ontwikkelen. Er is daarbij ruimte voor eigen keuzes, passend bij de patiëntenpopulatie en praktijkorganisatie, en waarvan de huisarts zelf de meerwaarde inziet. Een belangrijke ontwikkeling in de visie is de verschuiving van 'verantwoording afleggen' naar 'verantwoordelijkheid nemen' voor kwaliteit en 'samen leren en verbeteren'. De focus ligt op intrinsieke motivatie en inspiratie – in plaats van regels en controle – waarbij huisartsen samen leren aan de hand van spiegelinformatie, en naar behoefte gebruikmaken van beschikbare (regionale) ondersteuning.

5.2 De praktijk

5.2.1 Verzamelen van gegevens

Binnen de professional journey wordt op diverse manieren informatie verzameld over de verleende zorg. Hieronder gaan we in op (kwaliteits)registraties, ketenzorg en het EPD.

Registraties

In de interviews is gevraagd naar (kwaliteits)registraties. Veel huisartsen gaven hierbij aan dat dit niet veel gebeurt en de term kwaliteitsregistraties zegt de meeste huisartsen niet direct iets. Bij concreter doorvragen, bleek echter dat toch veel gebeurt op het gebied van het verzamelen van gegevens. Dit betreft onder andere registraties vanuit ketenzorg (zie verderop), maar ook informatie die moet worden doorgegeven aan apothekers en zorgverzekeraars, zoals het registreren van het aantal verleende consulten of het toevoegen van diagnosecodes bij het uitschrijven van medicatie. De gegevens die worden geregistreerd zijn voornamelijk praktijk-organisatorisch van aard, zoals welke behandeling is gegeven of welke verrichtingen zijn gedaan, het aantal consulten en visites etc., en veelal niet op het niveau van uitkomsten van behandelingen. Ook spelen het melden en opvolgen

van (bijna-)incidenten (VIM-meldingen) een zeer belangrijke rol voor huisartsen. Apotheekhoudende huisartsen zijn daarnaast ook bezig met registraties rondom uitgifte van medicatie.

‘Dat (declareren) levert wel heel veel informatie op, want dat moet je declareren bij de zorgverzekeraar, dus dat registreer je sowieso allemaal.’
(interview Landelijke Huisartsenvereniging)

‘Wat ik wel deed als praktijkhouder, dat we elk jaar moesten bijhouden hoeveel patiënten wij met suikerziekte hadden, hoeveel patiënten we hadden met COPD. Maar dat is puur aantal. En er zijn natuurlijk wel dingen die wij moeten registreren op dat gebied. Dat heeft met de modules ketenzorg te maken. Dat is allemaal op praktijkniveau.’
(interview huisarts)

Ketenzorgregistraties

Huisartsen zijn goed op de hoogte van de gegevens die geregistreerd moeten worden voor ketenzorg, zoals het aantal patiënten met de betreffende aandoening, percentage patiënten dat bloedcontroles of bloeddrukmetingen krijgt of het percentage patiënten dat bepaalde medicatie krijgt. De meeste huisartsen zijn van mening dat het registreren van deze informatie voor aandoeningen die onder de ketenzorg vallen logisch is, mede omdat ze voor ketenzorg extra vergoeding vanuit zorgverzekeraars ontvangen. Als kanttekening wordt echter geplaatst dat het registreren wel gebeurt binnen de huisartsenzorg, maar in geringe mate bij andere partners in de keten en dat er geen link is tussen de verschillende registraties, waardoor het leereffect beperkt wordt.

‘Andere kant is het best lastig om die ketenpartners zover te krijgen dat zij transparant zijn over de zorg die zij leveren. (...) Waar het bij de huisartsenpraktijk bij wijze van spreken makkelijk uit het systeem te plukken is, zo lastig is dat bij bijvoorbeeld de diëtetiek.’
(interview Ineen)

Wisselende meningen over registraties en de opbrengsten ervan

Huisartsen verschillen van mening over de haalbaarheid en relevantie van kwaliteitsregistraties. Sommige huisartsen vinden het heel nuttig en logisch, bijvoorbeeld voor kwaliteitsverbetering of vanwege financiering en contractafspraken met zorgverzekeraars. Andere huisartsen ervaren het echter als een vorm van controle. Ook zijn er huisartsen die het ervaren als een last, waar andere huisartsen er weinig extra werk door ervaren. Veel huisartsen benoemden ook het gevoel van wantrouwen dat ontstaat door de verplichte registraties, met name vanuit zorgverzekeraars. Huisartsen hebben daarnaast vaak het idee dat er vanuit zorgverzekeraars weinig gebeurt met de gegevens die ze voor hen moeten registreren, waardoor ze het nut van registraties betwijfelen.

‘Maar ik merk dat er heel sneaky rechtstreeks meer wordt gevraagd, vooral via apotheken. Dan komt het direct bij een verzekering uit. Dat je heel veel medicatie moet voorschrijven en dan moet je er een diagnose bij stellen. En die diagnoses zijn gecodeerd, een verzekering kan heel goed zien wat er door wie wordt voorgeschreven (...). En ik heb er zelf geen zicht op wat er allemaal mee gebeurt, maar er staat een code bij en er wordt een vergoeding door de verzekering betaald, dus zij kunnen precies zien wat en op welke plek.’
(interview huisarts)

‘Op zich is het wel nuttig. (...) Alleen, als je dan bewust afwijkt, moeten we daar niet op afgerekend worden (...). Goed om te stimuleren zoveel mogelijk je richtlijnen (te volgen), want die zijn er ook niet voor niks. Er zijn ook wel gewoon mensen, die vallen net buiten alle richtlijnen, die hebben aandoeningen die buiten die richtlijnen vallen, dat je dan wat anders doet, dat daar ook de ruimte voor moet zijn.’
(interview huisarts)

Registreren lijkt minder te passen binnen huisartsenzorg dan medisch-specialistische zorg

Zowel huisartsen als koepelorganisaties gaven tijdens de interviews aan dat registreren binnen de huisartsenzorg een andere plek heeft dan binnen de medisch-specialistische zorg. Redenen die hiervoor werden benoemd, zijn onder andere de diffuse patiëntpopulatie en daardoor minder grote volumes per patiëntengroep, de breedte van de huisartsenzorg alsmede de vaak ‘minder harde’ uitkomsten van consulten. Veel huisartsenzorg is volgens de huisartsen niet of niet goed te vangen in protocollen, wat het minder geschikt maakt voor indicatorontwikkeling.

‘Je komt nooit aan de volumes voor een helder vergelijk, behalve voor de chronische huisartsenzorg, zoals diabetes mellitus. Daar waar specialisten in het ziekenhuis kunnen denken in ‘zorgpaden’ met een focus op één aandoening, presenteren patiënten van huisartsen zich met een veel grotere diversiteit aan nieuwe hulpvragen, zowel gericht op gezondheidsinformatie, psychosociale problematiek, klachten en aandoeningen, en combinaties daarvan. Dat maakt dat per klacht of aandoening in de tijd vaak onvoldoende aantal patiënten in de tijd te registreren zijn om tot een bruikbare indicator te komen. Dat is waar we in de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren tegenaan lopen.’
(interview Nederlands Huisartsengenootschap)

‘Ik denk dat je ook moet kijken naar de verhouding tussen inspanning en resultaat. Vaak is een huisartsensetting kleinschalig en een ziekenhuis heeft enorme hoeveelheden patiënten.’
(interview huisarts)

Accreditatie

Accreditatie speelt een belangrijke rol in de huisartsenzorg. De meeste huisartsen die we spraken benoemden dit ook. Enerzijds zien huisartsen accreditatie en bijbehorende vereisten als nuttig en logisch, anderzijds waren er ook veel kritische reacties.

‘Langzamerhand kwamen die eisen: zoveel uren nascholing, zoveel uren verplichte diensten enzovoorts. En nu zit dus ook dat visitatiedeel erin. Ik vind het goed, maar (...) het is heel moeilijk om echt een inkijk te krijgen in een huisarts functioneren of in een huisartspraktijk. Dan moet je eigenlijk een week lang gaan observeren.’
(interview huisarts)

‘Ja goed, je doet een bepaald vak, heb je ervaring of niet en ik vind het prima dat je laat zien dat je het ook volgt, dat je actueel bent, dat je, je zaakjes bijhoudt. En dat je dat ook eigenlijk aan moet tonen. Dat je dus op je kwaliteiten op peil blijft, maar dan moeten we dan ook vertrouwen in hebben en dat je steekproefsgewijs af en toe een keer of één keer in de zoveel jaar ook dat een keer aantoont en dat hoeft echt niet dat je opnieuw artsexamen doet, maar ik vind wel dat je moet kunnen aantonen dat je betrokken bent en ook je kwaliteit handhaaft.’
(interview huisarts)

Ophalen patiëntervaringen als onderdeel van accreditatie

Het verzamelen van patiëntervaringen heeft een vaste plek in de professional journey binnen de huisartsenzorg. Huisartsen benoemen hiervoor met name een externe motivatie, het 'afvinken van de accreditatie'. Met de uitkomsten van het patiënttevredenheidsonderzoek worden huisartsen geacht verbeterpunten in gang te zetten en te rapporteren op de voortgang hiervan, als voorwaarde voor het verlengen van de accreditatie [42]. De accreditatieinstelling stelt geen eisen aan de vorm van het patiënttevredenheidsonderzoek. Huisartsen zijn echter veelal van mening dat er geen nuttige informatie wordt verzameld en hebben de verwachting dat patiënten 'gewoon tevreden zijn'. Het daadwerkelijk leren van patiëntervaringen stond dan ook niet voorop bij de geïnterviewde huisartsen.

'We zijn een geaccrediteerde praktijk, dat moet ook als je met de huisartsenopleiding meedoet. Daar hoort een tevredenheidsonderzoek bij. Maar ik moet eerlijk zeggen dat stelt niet veel voor. Wij laten na het consult patiënten een vragenformulier invullen, maar als een consult heel slecht verlopen is dan zou je de patiënt daar niet op hoeven te wijzen of je geeft hem geen formulier mee. Dat is een enorme bias eigenlijk. Ik vind het een overbodig onderdeel.'

(interview huisarts)

5.2.2 Leren en verbeteren

De huisartsen die we hebben gesproken geven aan dat zij op verschillende manieren bezig zijn met leren en verbeteren. Vaak gaat het hierbij om gesprekken met collega's, zowel binnen de eigen praktijk als in regionaal verband, soms ondersteund door koepelorganisaties. Spiegelinformatie afkomstig van verschillende bronnen speelt hierbij een belangrijke rol [45]. Een voorbeeld dat hierbij werd genoemd, is het uitschrijven van opiaten, waarbij huisartsen met elkaar in gesprek gingen en zodoende tot een vermindering zijn gekomen. Ook benoemen de huisartsen dat VIM-meldingen een belangrijke rol spelen in de kwaliteitscyclus. Er zitten verschillen tussen huisartsenpraktijken in hoe de kwaliteitscyclus / PDCA-cyclus is opgezet. Bij grotere praktijken zit hier vaak meer sturing op, bijvoorbeeld vanuit praktijkmanagers.

'We hebben hier de VIM-meldingen. Eens in de maand hebben we een teambespreking. Dan worden alle VIM-meldingen besproken en doorgenomen. De meeste dingen worden al wel besproken als ze geconstateerd worden.'

(interview huisarts)

'En nu krijg je via DTO's (diagnostisch toets overleg), nascholing, krijg je ook spiegelinformatie over bijvoorbeeld aanvragen van laboratoriumuitslagen, (...) daar wordt gekeken hoeveel PSA vraagt deze dokter aan? Wat doet de regio? Dat soort dingen. En dat heeft ook wel zijn nut denk ik.'

(interview huisarts)

Meer aandacht voor sturen op kwaliteitsverbetering

Er lijkt steeds meer aandacht te zijn voor het gebruiken van gegevens (registraties) om het gesprek aan te gaan over kwaliteit en te sturen op kwaliteitsverbetering waar nodig. Al geven zowel de koepelorganisaties als de meeste huisartsen aan dat veel bestaande data nog niet wordt benut voor kwaliteitsdoeleinden. Huisartsen geven daarnaast aan dat kwaliteit zich vaak lastig laat meten binnen de huisartsenzorg en dat op abstractere uitkomsten minder kwaliteitscontrole kan zijn.

'(huisartsen) gaan pas leren als het duidelijk een doel dient. Betekent extra werktijd; als dat nodig is om accreditatie rond te krijgen of richting zorgverzekeraars, doe je dat. Maar je bent ook druk met

patiëntcontact. Het is goed dat artsen data hebben waar ze zelf bij kunnen om van te leren. Maar vaak dragen data niet bij aan patiëntenzorg. Dossier invullen na consult is niet erg, daar heb je wat aan bij vervolgsconsult. Het gaat juist om zaken eromheen die door externen gevraagd worden, waarvan je je afvraagt of het bijdraagt.'

(interview Landelijke Huisartsenvereniging)

5.2.3 Openbaar maken van informatie

Het openbaar maken van kwaliteitsinformatie, breder dan de terugkoppeling naar zorgverzekeraars, werd door de geïnterviewde huisartsen niet direct benoemd als onderdeel van transparantie. Een enkeling benoemde de jaarverslagen die openbaar zijn. Ook de koepelorganisaties geven aan dat het openbaar maken van kwaliteitsinformatie niet een doelstelling op zich is. De belangrijkste doelstellingen van het verzamelen van kwaliteitsinformatie zijn interne kwaliteitsverbetering of voldoen aan externe criteria.

'We hebben een jaarverslag, dat zetten we ook op onze website. Daarin staan (...) het aantal consulten, het aantal visites, verrichtingen en dergelijke dingen. Het is natuurlijk ook het leuke van een jaarverslag, dat je kan zien wat er aan het verschuiven is. (...) dat je dat kan gaan vergelijken met landelijke cijfers en dan de trends kan zien, die per jaar verschillen.'

(interview huisarts)

'Als je kwaliteit wilt meten, dan zou je eigenlijk de rapporten van accreditatie audits moeten publiceren. Dan heb je een idee over kwaliteit.'

(interview huisarts)

5.2.4 Het elektronisch patiëntendossier

Sinds juli 2020 hebben patiënten recht op online inzage in hun EPD [37]. Het EPD kent vier invulvelden (Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan). De invulvelden 'evaluatie' en 'plan' zijn inzichtelijk voor patiënten. Over het algemeen geven de huisartsen aan dat weinig patiënten gebruik maken van inzage in het dossier. De belangrijkste reden voor patiënten die hier wel gebruik van maken lijkt 'inzage in labuitslagen' te zijn.

'Ik vind het een relatief kleine groep. Wordt wel groter. Er zijn ook wel steeds meer mensen die nu weten dat ze het ook kunnen doen. En zodra ze het weten, gaan ze er gebruik van maken. Maar het zijn over het algemeen wel wat hoger opgeleide mensen of mensen die sowieso al best veel bij de dokter komen en daar wat meer bovenop zitten.'

(interview huisarts)

'Maar laat ik zeggen, ik heb het idee dat het begrip transparantie in de zorg een paar stations heeft overgeslagen. Namelijk aan patiënten vertellen dat ze het in kunnen zien en in mogen zien. Wij weten als zorgverleners allemaal hoe dat werkt, maar degene waar het om gaat heeft geen flauw idee.'

(interview huisarts)

'Tot nog toe bij mij niet zo. En ik moet eerlijk zeggen, dat ik het ook niet vertel. Ze kunnen het op de site zien.'

(interview huisarts)

Huisartsen vinden inzage wenselijk, maar zien ook risico's

Aan de ene kant geven de huisartsen aan dat ze (de mogelijkheid tot) inzage in het EPD een wenselijke ontwikkeling vinden. Dit is met name vanuit het perspectief van de patiënt, bijvoorbeeld zodat de patiënt uitslagen kan inzien of nog kan nalezen wat is afgesproken. Ook in ander onderzoek komen positieve geluiden naar voren [46]. Een kritische kanttekening hierbij is dat veel huisartsen zich wel afvragen in hoeverre patiënten de informatie voldoende kunnen duiden en toepassen.

'Ja, ik vind het goed als het mogelijk is want je bent als patiënt toch de beste hoeder van je eigen gegevens. Maar je bent een niet zo goede interpretator van die gegevens. Kale labuitslagen zitten altijd in een kader met een verleden, wat ook niet altijd zichtbaar is voor de patiënt, met een interpretatie. Dat leidt vaak tot computergeneeskunde of internetgeneeskunde zoals je dat kunt noemen. Dus ik vind eigenlijk dat dat een goede zaak is, maar eigenlijk wel toelichting behoeft.'

(interview huisarts)

'Ik vind het prima dat mensen hun gegevens in kunnen zien, maar wel de gegevens waar ze iets aan hebben.'

(interview huisarts)

Risico: minder transparantie

Een belangrijk nadeel dat huisartsen noemen met betrekking tot inzage in het EPD, is dat de manier van opschrijven verandert. Enerzijds gaat dit over dat huisartsen moeten wennen aan het 'opschrijven in leken taal' en dat dit extra tijd kost. Maar een belangrijkere zorg die wordt geuit, is dat huisartsen soms informatie weglaten, omdat ze niet willen dat patiënten dat (al) kunnen lezen.

'De vraag is, voor wie is dat dossier? Ik denk het dossier in eerste instantie is bedoeld voor continuïteit van zorg. Daar is een dossier voor uitgevonden, zodat jij weet wie dit is en wat er is gebeurd, en dat je daar je gegevens op kunt baseren. Het is niet geschreven voor patiënten om te begrijpen. Want als je dat zou doen, dan verander je eigenlijk de functie van het dossier, maar ook hoe je omgaat met dat dossier.'

(interview huisarts)

'En voor andere delen vind ik het ook wel een beetje lastig want ik merk dat ik nu heel erg moet opletten wat ik waar opschrijf. Zeker in de huisartsengeneeskunde heb je heel vaak te maken met onzekerheden, diagnoses die je in je achterhoofd hebt, die je wel wilt noteren maar die gewoon nog niet bewezen zijn. Dus ik vind dat wel een lastige eerlijk gezegd.'

(interview huisarts)

5.2.5 Samenwerking tweede lijn

Huisartsen hebben een belangrijke functie in het doorverwijzen van patiënten naar de tweede lijn. Vanwege de scope van de Transparantiemonitor, lag in de interviews de focus op doorverwijzen naar ziekenhuiszorg. Over het algemeen zijn de huisartsen die we spraken positief over de samenwerking met de ziekenhuizen in hun regio. De meeste huisartsen hebben korte lijntjes met de specialisten uit de ziekenhuizen. Dit is voor huisartsen ook van grote meerwaarde en draagt positief bij aan informatie-uitwisseling over patiënten. Er zijn echter ook zorgen dat de korte lijntjes steeds meer vervagen door veranderingen in de zorg. Ook benoemen enkele huisartsen dat het niet altijd mogelijk is om alle (gevoelige) informatie over een patiënt over te dragen aan de tweede lijn, onder andere omdat patiënten dit ook in kunnen zien. Een voorbeeld dat hierbij meerdere keren werd benoemd is vermoedens van een verstandelijke beperking.

'(informatievoorziening vanuit ziekenhuis naar huisarts) heel goed. Dat vind ik één van de voordelen van maar één ziekenhuis hebben en dat de lijntjes ook heel kort zijn.'

(interview huisarts)

'En ik vind in de eerste en tweede lijn, dat de transparantie steeds minder wordt omdat er steeds meer spelers op het veld zijn. En dat maakt het alleen maar meer mistig en onduidelijk (...) ik werk het liefste van mens tot mens en niet van instituut tot instituut.'

(interview huisarts)

(In het belang van de patiënt is het wel belangrijk dat je heel duidelijk bent naar specialisten toe, dat je niets moet achterhouden. Het kan soms wel eens moeilijk zijn om alle informatie te geven. Ik bedoel, als iemand een bepaalde karakterstructuur heeft die die klachten meebepaalt, is dat soms moeilijk om door te geven, want de patiënt kan dat ook inzien. Je wilt wel open zijn naar de patiënt, maar dat zijn situaties waarin dat toch moeilijk is.'

(interview huisarts)

Als we inzoomen op de (hoeveelheid) informatie die terugkomt vanuit de ziekenhuizen, bijvoorbeeld per brief, zijn huisartsen niet altijd positief.

'Wij krijgen alleen de informatie die de specialist ons geeft. Dus als de specialist in een brief allerlei lab waardes geeft, dan hebben wij ze ook, op papier en niet in ons HIS. Dus ik heb het niet in mijn rijtje staan. Ik heb het in een brief ergens weggestopt staan. Maar ik kan er wel over beschikken. Als die lab waarden er niet in staan, dan heb ik ze ook niet.'

(interview huisarts)

'Vervolgens als iemand wat vaker bij een specialist komt, moet je eens kijken wat je terugkrijgt. Zij moeten daar alles registreren. Dan krijg ik een brief terug die ik niet meer kan lezen, omdat het zes kantjes is, terwijl de uiteindelijke conclusie ergens staat, wilt u een keer de bloeddruk opmeten. Ja, ik ga die zes kantjes niet lezen. Daar heb ik echt geen tijd voor. Maar je ziet gewoon dat alles steeds overgenomen is. Dat is echt een soort misbaksel van gevolg van maatregelen of eisen die worden gesteld. En vervolgens krijg je een papiermolen waar je eng van wordt. Waar je eigenlijk door de bomen het bos niet meer ziet als je niet uitkijkt. Dat is wat ik nu heel veel zie gebeuren.'

(interview huisarts)

'Wat ik terug hoor uit de tweede lijn, is dat wij brieven schrijven of verwijzingen doen, waarvan zij zeggen: ja, maar wat wil je nou, ben je iemand aan het afschuiven of aan het overdragen? Je stuurt een brief waar eigenlijk helemaal geen achtergrond instaat, wat moet ik hiermee? Het ligt niet alleen aan de tweede lijn. Ik denk dat er in de huisartsenwereld ook een wereld te winnen is.'

(interview huisarts)

5.2.6 Administratielast

Administratielast is een veelgehoorde uitdaging bij kwaliteitsregistraties in de zorg en ook in de huisartsenzorg is er aandacht geweest voor het verminderen van de belasting rondom het kwaliteitsbeleid [47, 48]. Desondanks hoorden we dit niet duidelijk terug in de interviews met huisartsen. Mogelijk komt dit doordat veel registraties uit het EPD kunnen worden gehaald. Ook zijn veel huisartsen die wij spraken geen praktijkhouder en daardoor met name bezig met directe patiëntenzorg.

‘Er wordt heel veel geregistreerd in de eerste lijn. (...) Huisartsen zijn gewend om te registreren in hun HIS, maar gebruiken de informatie minder vaak t.b.v. hun praktijkvoering.’

(interview Ineen)

‘Ja het is wel veel meer administratief. Vroeger schreef je bij wijze van spreken een pilletje voor, maar nu onderbouw je dat ook omdat de patiënt is veel mondiger geworden en ook veel zelfstandiger.

Je krijgt ook sneller klachten en dan dek je je in.’

(interview huisarts)

Huisartsen ervaren overigens wel een hoge administratielast, maar dit concentreert zich meer rond doorverwijzing, terug verwijzing en het invullen en ondertekenen van formulieren, bijvoorbeeld voor declaraties, maar ook het begrijpelijk invullen van het EPD wordt benoemd als administratielast. Dit geven de huisartsen in ons onderzoek aan, maar ook in ander onderzoek zien we dit terug alsmede in de speerpunten binnen ‘het roer gaat om’ [46, 48].

‘Dat is een onderdeel van de transparantie, waar ik heel gefrustreerd over ben. (...) En ik denk dat het vooral soms goed is om even na te denken: waarom gebeurt iets, en waarom zijn deze regels er.

Bij heel veel regels krijg je dat antwoord niet goed naar boven. En dan denk ik: wat overbodig is moet gewoon weg. Het kost zo veel tijd.’

(interview huisarts)

‘Dat is de vele verzoeken om medische informatie door allerlei partijen. Dat zijn alle onnodige formuliertjes die maar ingevuld moeten worden omdat er weer één of andere instantie een vinkje

ergens achter wil zetten. De onnodige verklaringen om bepaalde medicatie te kunnen voorschrijven. Of allerlei hulpmiddelen voor patiënten. Dat maakt de administratieve last behoorlijk.’

(interview huisarts)

6 Tot slot

Het doel van deze deelstudie van de Transparantiemonitor was om inzicht te bieden in de invulling van en het werken aan transparantie binnen de huisartsenzorg. In dit hoofdstuk reflecteren we op de belangrijkste bevindingen.

6.1 Invulling van transparantie in de huisartsenzorg

Voor huisartsen zit transparantie met name op het vlak van brede informatievoorziening richting patiënten. Hier zijn ze sterk voorstander van. Huisartsen lopen bijvoorbeeld voorop als het gaat om het bieden van toegankelijke, betrouwbare patiëntinformatie via de website Thuisarts.nl [3]. Patiënten volgen ook vrijwel altijd het advies van een huisarts als het gaat om doorverwijzing naar de tweede lijn, en kijken daarbij minder naar kwaliteit van zorg tussen zorgaanbieders. De meer oorspronkelijke invulling van transparantie, namelijk informatie over kwaliteit van geleverde zorg, kent minder draagvlak. Naast dat deze invulling van transparantie zijn huisartsen veelal wantrouwend en hebben ze het gevoel dat het wordt opgelegd door partijen buiten de huisartsenzorg om, kennen huisartsen ook een diffuse patiëntpopulatie waardoor de volumes van veel kwaliteitsindicatoren te laag zijn om daadwerkelijk van te kunnen leren en verbeteren.

6.1.1 Persoonsgerichte zorg als uitgangspunt

Persoonsgerichte zorg is een belangrijke kernwaarde binnen de huisartsenzorg en sluit aan op de langdurige zorgrelatie die huisartsen veelal hebben met hun patiënt [26, 49, 50]. Dit zien we ook sterk terug binnen het denken over transparantie, waarbij huisarts steevast eerst patiënteninformatie, het EPD en 'openheid tijdens het consult' naar voren brengen. Ook de toenemende aandacht voor samen beslissen binnen de huisartsenzorg past hierbij [51-54]. Samen beslissen voelt voor veel huisartsen als een vanzelfsprekendheid, mits de situatie passend is. De manier waarop huisartsen samen beslissen vormgeven kwam niet in detail naar voren tijdens de interviews, al gaven de meeste huisartsen aan dat zij verschillende behandelopties voorleggen en patiënten voorlichting geven over de voordelen en nadelen van de behandelopties of waarom een optie het beste past. In eerdere peilingen onder huisartsen en burgers zagen we echter dat diverse stappen binnen het proces van samen beslissen niet altijd worden doorlopen [35, 55]. De vraag is overigens hoe belangrijk het is om de focus te leggen op de verschillende stappen in het proces van samen beslissen. In een andere deelstudie van de Transparantiemonitor gaven patiënten bijvoorbeeld aan over het algemeen tevreden te zijn over de mate van betrokkenheid bij besluitvorming [56, 57]. Resultaten van een ander onderzoek uit 2017 laat daarentegen zien dat patiënten niet altijd het idee hebben dat ze kunnen meebeslissen [58].

Persoonsgerichte zorg en relatie met de patiënt is uniek en kenmerkend van de eerste lijn. Dit heeft ook gevolgen voor de invulling van transparantie. Zo lijken huisartsen vaak zelf een inschatting te maken welke informatie een patiënt nodig heeft en hoe de patiënt betrokken kan worden bij besluitvorming, gebaseerd op voorkennis die de huisarts over de patiënt heeft. In de ziekenhuiszorg is de voorkennis over de patiënt er vaak niet, of in mindere mate dan in de huisartsenzorg. Dat kan een reden zijn waarom persoonsgerichte zorg de tweede lijn meer moet leunen op keuzehulp en samen beslissen. Huisartsen geven daarnaast ook duidelijk aan dat 'de patiënt' niet bestaat en er ruimte moet zijn voor maatwerk. Dit sluit ook aan bij patiënten, die aangeven vaak de informatie te

missen die op hen van toepassing is en hiervoor de huisarts nodig hebben (kwalitatieve raadpleging, volgt).

6.1.2 Inzage in medische gegevens door patiënten

Sinds juli 2020 zijn huisartsen verplicht om patiënten elektronisch inzage in het medisch dossier te bieden [37]. Het gaat daarbij om inzage in een samenvatting van de persoonlijke medische gegevens, zoals de lab-uitslagen, diagnose van de huisarts, allergieën en medicatie [46]. De meeste huisartsen bieden deze online inzage ondertussen aan, waaronder ook alle huisartsen die wij spraken [46]. Enerzijds vinden huisartsen online inzage een goede ontwikkeling en zijn ze van mening dat patiënten eigenaar zijn van hun dossier en hun gegevens te allen tijde moeten kunnen inzien, al geven ze ook aan dat patiënten hier vooralsnog beperkt gebruik van maken, zoals we ook terugzien in de peiling onder burgers [59]. Anderzijds zien huisartsen verschillende uitdagingen en zorgen. Een belangrijk risico dat huisartsen terugkoppelen is dat zij minder informatie opschrijven, waardoor transparantie afneemt. Dit is een zorgelijke ontwikkeling met oog op continuïteit van zorg, zowel binnen de praktijk als voor overdracht naar andere zorgverleners. In ander onderzoek is 37% 'overwegend positief' over online inzage door patiënten, met name wanneer huisartsen al langere tijd online inzage bieden [46]. Het is dan ook belangrijk om deze openheid binnen de EPDs te blijven monitoren. Hoewel we de resultaten in voorliggend kwalitatief onderzoek niet in percentages kunnen uitdrukken, lijken de huisartsen die wij spraken kritischer te zijn, mogelijk omdat ze nog zoekende zijn naar een goede werkvorm.

6.1.3 Kwaliteit van zorg en kwaliteitsverbetering

Vanuit de koepelorganisaties is er veel aandacht voor kwaliteit van zorg. In 'Kwaliteitsbeleid op maat', het nieuwe kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep, staat de intrinsieke motivatie en het lerend vermogen van professionals centraal [44]. De intrinsieke motivatie voor het leveren van goede (persoonsgerichte) zorg zien we sterk terug in de interviews. Echter, als het gaat om het inzichtelijk maken van de kwaliteit van geleverde zorg lijken externe motivaties, zoals accreditatie en contractuele afspraken, een belangrijker rol te spelen dan eigen inzicht in kwaliteit ten behoeve van kwaliteitsverbetering. Een illustratief voorbeeld hierbij is het verzamelen van patiëntervaringen, wat door koepelorganisaties als een belangrijke bron voor leren en verbeteren wordt benoemd in het kwaliteitsbeleid [44], maar huisartsen aangeven dit voornamelijk te doen voor het 'afvinken van de accreditatie'. Het daadwerkelijk leren van patiëntervaringen stond niet voorop bij de geïnterviewde huisartsen. Dit komt onder andere doordat huisartsen veelal van mening zijn dat er geen nuttige informatie wordt verzameld. Dit is opvallend gezien de centrale positie van patiëntgerichte zorg, maar ook omdat de accreditatieinstelling geen eisen stelt aan de manier waarop patiëntervaringen worden uitgevraagd, waardoor huisartsen dit zelf naar wens kunnen invullen [41]. Deze resultaten suggereren dat patiëntervaringen op dit moment geen centrale plek hebben in de kwaliteitscyclus van huisartsen. Daarnaast merkten verschillende huisartsen op dat patiënten 'wel weg zouden lopen als de zorg niet goed was'. Het overstappen naar een praktijk in de buurt blijkt vaak erg lastig [60].

Toch heeft kwaliteitsverbetering wel een duidelijk plek in de kwaliteitscyclus binnen huisartsenpraktijken. Binnen de huisartsenzorg is er met betrekking tot kwaliteit van zorg bijvoorbeeld veel aandacht voor richtlijnen en standaarden, alsmede voor (bijna-)incidenten, visitaties en spiegelgesprekken met collega's [41]. Eigen ervaringen en narratieve informatie spelen hierbij een belangrijke rol. Het kijken naar kwaliteit van zorg en kwaliteitsverbetering hangt waarschijnlijk ook samen met de focus op patiëntgerichte zorg [40]. Huisartsen vinden dat kwaliteit meer betekent dan alleen richtlijnen toepassen en focussen op metingen en uitkomsten en willen de best passende zorg verlenen, die inspeelt op de behoeften van patiënten. Wat daarnaast ook een rol

speelt, is dat huisartsen te maken hebben met diffuse patiëntpopulaties met weinig volume voor de meeste aandoeningen. Dit geeft mogelijk minder ruimte voor indicatoren zoals binnen de medisch-specialistische zorg gebeurt. Voor de aandoeningen die veel voorkomen, zoals omschreven in box 5.1 is het vergelijken van kwaliteitsindicatoren wel gebruikelijk. Het verzamelen van kwaliteitsinformatie ten behoeve van kwaliteitsverbetering lijkt daarmee meer een beleidsdoelstelling te zijn dan een intrinsieke motivatie vanuit huisartsen zelf.

6.1.4 Externe transparantie / verantwoording

Er zijn binnen de huisartsenzorg diverse informatiebronnen beschikbaar die in theorie kunnen worden gebruikt voor transparantie over de processen en uitkomsten van de zorg die een huisartsenpraktijk levert, zoals indicatoren of resultaten uit externe visitaties. Ook zijn er diverse gegevens die doorgegeven moeten worden aan zorgverzekeraars, ten behoeve van financiering en contractafspraken, onder andere met betrekking tot ketenzorg. Het NHG ontraadt om indicatoren die zijn ontwikkeld voor interne verbetering te gebruiken voor externe verantwoording, bijvoorbeeld voor vergelijking van zorgverleners [61, 62]. De voornaamste redenen hiervoor zijn dat de validiteit van de metingen niet altijd zeker is, waardoor het niet duidelijk is wat een indicator beoogt te meten. Daarnaast is het niet mogelijk is om de context, zoals verschillen in patiëntpopulaties, mee te geven bij de externe verantwoording, waardoor er onjuiste conclusies kunnen worden getrokken. Als het gaat om het openbaar maken of doorgeven van informatie over huisartsenzorg, lijken ook apothekers een belangrijke rol te spelen, omdat zij informatie die ze vanuit huisartsen ontvangen doorgeven aan zorgverzekeraars [63]. Dit betreft bijvoorbeeld informatie over diagnoses gelinkt aan voorgeschreven medicatie. Huisartsen geven echter aan niet goed te weten wat er met deze informatie gebeurt. De rol van apotheker is niet verder belicht binnen de Transparantiemonitor en volgt een mogelijk relevante focus voor het vervolg van de monitor.

6.2 Overeenkomsten en verschillen in de invulling van transparantie tussen huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg

Vanuit eerdere deelstudies binnen de Transparantiemonitor hebben we reeds veel inzicht in de invulling van transparantie in de medisch-specialistische zorg. Op basis van deze inzichten is voor de medisch-specialistische zorg een raamwerk samengesteld bestaande uit een patient en professional journey (zie figuur 4.1).

In de huidige deelstudie naar de invulling van transparantie in de huisartsenzorg, kwamen diverse overeenkomsten naar voren. Zo komen alle aspecten van transparantie die we onderscheiden in de medisch-specialistische zorg ook terug in de huisartsenzorg. Dit geldt met name voor de patient journey. Denk bijvoorbeeld aan (het (h)erkennen van het belang van) informatievoorziening richting patiënten en samen beslissen als belangrijke pijlers binnen beide sectoren. In de professional journey zien we binnen beide sectoren een belangrijke plek voor kwaliteit van zorg en kwaliteitsverbetering, inclusief een vergelijkbare ontwikkeling van het enkel inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg naar samen werken aan kwaliteitsverbetering.

Er kwamen ook diverse verschillen tussen de huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg naar voren, met name in de professional journey, waaronder:

- Kwaliteitsindicatoren hebben een minder prominente plek binnen de huisartsenzorg dan binnen de medisch-specialistische zorg. Binnen de ketenzorg spelen indicatoren weliswaar een

belangrijkere rol dan in de overige huisartsenzorg, maar hier hebben ze meer betrekking op het proces dan op uitkomsten van zorg, in tegenstelling tot in de medisch-specialistische zorg.

- Er wordt op een andere manier gewerkt aan kwaliteitsverbetering. In de huisartsenzorg is dit meer gericht op collegiaal overleg en bespreken van incidenten, waar in de medisch-specialistische zorg kwaliteitsindicatoren een grotere rol lijken te spelen.
- Huisartsen lijken daarentegen verder te zijn als het gaat om het registreren van patiëntgegevens in hun eigen registratiesystemen, zoals het EPD en HIS.
- De patient journey kan in de huisartsenzorg ergens anders stoppen omdat er niet altijd sprake is van een behandeling, maar klachten soms even worden aangekeken. De cirkel voor de patient journey hoeft dus niet altijd rond te zijn.

Deze verschillen worden waarschijnlijk deels verklaard door verschillen in de context van de huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg. Zo is de patiëntpopulatie binnen een huisartsenpraktijk veel meer diffuus met lagere volumes per aandoening dan binnen een specialisme in het ziekenhuis waar een clustering is van patiënten met dezelfde type aandoening. Een groot deel van het patiëntcontact bestaat daarnaast uit 'geruststellen en aankijken', in tegenstelling tot consulten binnen het ziekenhuis die vaker gericht zijn op behandeling. Het merendeel van de patiëntcontacten in de huisartsenzorg leent zich daarmee minder voor de heersende opvattingen van transparantie. Ook zijn huisartsenpraktijken veel kleinschaliger dan ziekenhuizen en is er minder capaciteit buiten directe patiëntenzorg om.

Samengevat kan worden gesteld dat het raamwerk uit figuur 4.1 voor een groot deel ook van toepassing is op de huisartsenzorg, maar dat er enkele nuanceverschillen zitten in onderliggende factoren met betrekking tot de invulling van transparantie en (werken aan) kwaliteit van zorg. De nadruk op andere accenten in de invulling van transparantie lijkt sterk gerelateerd te zijn aan de unieke positie van huisartsen in het zorgsysteem.

6.3 Huisarts: unieke positie als spin in het web

Binnen het Nederlandse zorgstelsel staat de huisarts in de meeste situaties aan het begin van de zorgvraag. De huisarts heeft een unieke en veelal langdurige relatie met een patiënt en kent een diffuse patiëntpopulatie. Naast behandelaar, vervult de huisarts ook een functie als poortwachter richting de tweede lijn. Daarnaast worden patiënten vanuit de tweede lijn weer terugverwezen naar de huisarts en is er daarmee ook sprake van 'nazorg' door de huisarts [15, 22, 23]. Dit maakt dat de huisarts een centrale positie heeft in het zorgveld en te maken heeft met veel verschillende type zorgverleners. Dit benadrukt het belang van goede samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners en informatie-uitwisseling die het best ontwikkeld kan worden met lokale partners waar frequent contact mee is. Dit komt ook naar voren in de gesprekken met de huisartsen, die bij doorverwijzing sterk leunen op hun eigen ervaring en contacten. Het belang van ketenzorg en de keuze voor de 'best passende zorgverlener' kan een spanningsveld opleveren, omdat ketenzorg deels leunt op onderling contact tussen lokale partners, waarbij kwaliteit van de geleverde zorg geen primaire keuzefactor lijkt te zijn.

6.3.1 Toekomstperspectief

De unieke positie van de huisarts en hun relatie met patiënten, bieden kansen voor persoonsgerichte zorg en samen beslissen. De verwachting is dat die kansen onder druk komen te staan de komende jaren als gevolg van de verschuiving van zorg van de tweede lijn en het sociaal domein naar de eerste

lijn [15]. Deze verschuiving is reeds gaande en zal ook verder doorzetten, gelet op het coalitieakkoord 2021-2025 [4]. Hierdoor wordt steeds meer zorg belegd bij de huisarts, zonder dat de capaciteit daarvoor toeneemt, wat naar verwachting tot tekorten leidt binnen de huisartsenzorg door enerzijds de toenemende en complexere zorg voor patiënten en anderzijds minder capaciteit [64]. Deze afname van capaciteit komt onder andere door een uitstroom van oudere huisartsen, die niet volledig wordt gecompenseerd door de instroom van jongere huisartsen. Daarnaast zijn veel nieuwe huisartsen werkzaam als vaste waarnemers en niet als praktijkhouders, onder andere omdat de bijkomende administratieve taken bij het praktijkhouderschap niet aantrekkelijk worden gevonden [65]. Deze ontwikkelingen hebben mogelijk gevolgen voor de invulling van transparantie in de huisartsenzorg, met name voor (het inzichtelijk maken van) kwaliteit van zorg en kwaliteitsverbetering, omdat niet-gevestigde huisartsen een andere rol hebben in het kwaliteitssysteem dan regulier gevestigde huisartsen. Wat betreft kwaliteitsbeleid lijkt de benadering die huisartsen hebben gekozen – met indicatoren voor grote patiëntengroepen en accreditatie, richtlijnen en visitatie voor het bredere beleid – te passen bij de dynamiek van hun werk en positie. Daarmee is de verwachting dat dit voorlopig toekomstbestendig is. Wel roept het de vraag op hoe eventueel toekomstig beleid rondom transparantie in de huisartsenzorg hier goed op kan aansluiten en kan bijdragen aan de best passende zorg voor patiënten.

6.4 Methodologische verantwoording

De bevindingen in dit deelrapport zijn gebaseerd op een combinatie van beschikbare literatuur, interviews met koepelorganisaties en individuele huisartsen (zie ook Bijlage B). Hiermee zijn de belangrijkste doelgroepen betrokken, waarmee we een goed beeld kunnen schetsen omtrent het werken aan transparantie in de huisartsenzorg. Binnen de interviews merkten we daarnaast een vorm van saturatie op de meeste thema's. In de dagelijkse praktijk hebben praktijkassistenten en praktijkondersteuners ook een belangrijke rol; zij zijn echter niet meegenomen in de interviews. Dit geeft als risico dat het geschetste beeld iets beperkt is, al kwam hun rol wel aan bod tijdens de interviews met koepelorganisaties en individuele huisartsen. Uit haalbaarheidsoverwegingen lag de focus op de reguliere huisartsenzorg. Avond-, Nacht- en Weekendzorg alsmede zorg op de huisartsenpost vielen buiten de scope van de deelstudie. Een andere beperking van dit onderzoek is dat niet is gesproken met patiënten. Deze beperkingen vormen een mogelijke focus binnen het vervolg van de Transparantiemonitor.

6.5 Conclusie

Samenvattend kan worden gesteld dat er binnen de huisartsenzorg veel gebeurt op het gebied van transparantie. Een van de belangrijkste aspecten is informatievoorziening richting patiënten, wat voor huisartsen een vanzelfsprekendheid lijkt te zijn en een belangrijke voorwaarde is voor de best passende zorg voor patiënten. Een belangrijke kanttekening daarbij is wel dat huisartsen aangeven niet meer alles in het EPD vast te leggen, omdat patiënten dit kunnen inzien. Hoewel tot nog toe weinig patiënten gebruik maken van inzicht in hun eigen dossier, vormt dit wel een potentieel risico omdat het de overdracht van informatie naar andere huisartsen of zorgverleners in de tweede lijn kan belemmeren. Transparantie over kwaliteit van zorg is daarentegen geen doel op zich en lijkt zich op een andere wijze te hebben ontwikkeld dan in de medisch-specialistische zorg, passend bij de unieke positie van huisartsen. Nu er vanuit beleid meer aandacht ontstaat voor transparantie in de

huisartsenzorg, ligt er een belangrijke uitdaging om deze transparantie zo in te vullen dat het voor zowel huisartsen als patiënten bijdraagt aan hun zoektocht naar de best passende zorg, bijvoorbeeld door in voldoende mate aan te sluiten bij de aard van de huisartsenzorg en de diversiteit aan patiënten en daarbij voort te bouwen op de unieke positie die huisartsen hebben ten opzichte van hun patiënten en (keten-)partners.

Literatuur

1. Zorginstituut Nederland. *Subsidieregeling: Leren gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen beslissen*. [cited 2021 05-04]; Available from: <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/subsidieregelingen/subsidieregeling-leren-gebruiken-van-uitkomstinformatie-voor-samen-beslissen>.
2. Springvloet, L., et al., *De Transparantiemonitor 2020/2021. Verschillende invullingen van transparantie, maar ook gezamenlijk richting de toekomst: een overkoepelend rapport*. 2021, Nivel: Utrecht.
3. Springvloet, L., et al., *Thuisarts.nl. Hoe draagt Thuisarts.nl bij aan transparantie en de best passende zorg?* 2019, Nivel: Utrecht.
4. Kabinetsformatie, *Coalitieakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst'*. 2021: Den Haag.
5. Landelijke Huisartsen Vereniging. *Kabinet: versterking rol en capaciteit in de huisartsenzorg*. 2021 [cited 2022 07-02].
6. Landelijke Huisartsen Vereniging. *Hoe zit de huisartsenzorg in elkaar?* [cited 2022 07-02]; Available from: <https://www.lhv.nl/thema/hoe-wilt-u-werken/een-eigen-praktijk-starten/hoe-zit-de-huisartsenzorg-in-elkaar/>
7. NHG. <https://www.nhg.org/themas/publicaties/informatie-over-indicatoren-inhoudelijk>.
8. Vis, E., et al., *Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2018*. 2019, Nivel: Utrecht.
9. Batenburg, R., et al., *Cijfers uit de registratie van huisartsen – een update van de werkzaamheidscijfers voor 2018 en 2019*. 2019, Nivel: Utrecht.
10. Versteeg, S. and R. Batenburg, *Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2017*. 2018, Nivel: Utrecht.
11. Landelijke Huisartsen Vereniging. *Apotheekhoudende praktijk*. [cited 2022 08-02]; Available from: <https://www.lhv.nl/thema/praktijkzaken/apotheekhoudende-praktijk/>.
12. Zorginstituut Nederland. *Huisarts (Zvw)*. [cited 2022 08-02]; Available from: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/h/huisarts-zvw>.
13. Thuisarts.nl. *Met wie krijgt u te maken bij uw huisartsenpraktijk? | Thuisarts.nl* [cited 2022 08-02]; Available from: <https://www.thuisarts.nl/met-wie-krijgt-u-te-maken-bij-uw-huisartsenpraktijk>.
14. Springvloet, L., et al., *Het keuzeproces van patiënten: een inventarisatie van de literatuur*. 2022, Nivel: Utrecht.
15. Schäfer W, Groenewegen P, and van den Berg M, *De werkbelasting van huisartsen. Nederland in internationaal perspectief*. 2016, Nivel: Utrecht.
16. Nielen, M., et al., *Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2016-2020*. 2021, Nivel: Utrecht.
17. VZinfo. *Eerstelijnszorg | Gebruik | Huisartsenzorg*. [cited 2022 22-02]; Available from: <https://www.vzinfo.nl/eerstelijnszorg/gebruik/huisartsenzorg>.
18. Nederlandse Zorgautoriteit. *Registreren en declareren*. [cited 2022 08-02]; Available from: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/huisartsenzorg/registreren-en-declareren>.
19. Nederlandse Zorgautoriteit. *Hoe wordt de huisartsenzorg bekostigd?* [cited 2022 08-02]; Available from: <https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/hoe-wordt-de-huisartsenzorg-bekostigd>.
20. Nederlandse Zorgautoriteit, *Beleidsregel huisartsendienstenstructuur*. 2022, NZA: Utrecht.
21. <https://www.lhv.nl/thema/kernwaarden-en-toekomstvisie/>. 27-07-2022].
22. Kroneman M, B.W., van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E, *The Netherlands: health system review*. Health Systems in Transition, 2016. **18**(2): p. 1–239.

23. B, S., *Primary Care. Balancing Health Needs, Services, and Technology*. 1998, Oxford: Oxford University Press. 438.
24. Freeman, G., *Persoonlijke continuïteit in de huisartsenpraktijk in de context van de 21ste eeuw*. Huisarts & Wetenschap, 2005. **48**(3): p. 127-131.
25. Starfield, B., *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. 1998, New York: Oxford University Press.
26. Groenewegen P, et al., *Kernwaarden van Nederlandse huisartsen in internationaal perspectief*. Huisarts & Wetenschap, 2020.
27. Nederlands Huisartsen Genootschap. *Checklist praktijkfolder + -website over praktijkorganisatie*. 2016; Available from: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/patientenvoorlichting_-_mbt_bereikbaarheid_-_checklist_nhg.pdf.
28. thuisarts.nl. *Kennismakingsgesprek met de huisarts*. [cited 2022 13-02].
29. Thuisarts.nl. *Rechten en plichten van patiënten*. [cited 2022 08-02]; Available from: <https://www.thuisarts.nl/rechten-en-plichten-van-pati%C3%ABnten>.
30. De Boer, D., et al., *ZorgkaartNederland. De betekenis van ZorgkaartNederland voor transparantie*. 2019, Nivel: Utrecht.
31. Elwyn, G., Durand, M.A., Song, J., Aarts, J., Barr, P.J., Berger, Z., et al., *A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process*. . BMJ, 2017. **359**.
32. Elwyn, G. and N. Vermunt, *Goal-Based Shared Decision-Making: Developing an Integrated Model*. Journal of Patient Experience, 2019: p. 1-9.
33. Lenzen S, et al., *Development of a conversation approach for practice nurses aimed at making shared decisions on goals and action plans with primary care patients*. BMC Health Services Research, 2018. **18**.
34. Stiggelbout, A., A. Pieterse, and D.H. J, *Shared decision making: Concepts, evidence, and practice*. Patient education and counseling, 2015. **98**.
35. Springvloet, L., et al., *De Transparantiemonitor 2020/2010: Het artsenperspectief op transparantie in de zorg. Enkele kernbevindingen onder huisartsen en medisch specialisten*. 2021, Nivel: Utrecht.
36. Nederlands Huisartsen Genootschap. *Over NHG-Richtlijnen*. [cited 2022 21-02]; Available from: <https://richtlijnen.nhg.org/over-nhg-richtlijnen#:~:text=De%20NHG%2Dstandaarden%20geven%20richtlijnen,het%20medisch%20handelen%20te%20verbeteren>.
37. Landelijke Huisartsen Vereniging. *Online inzage in het patiëntendossier*. [cited 2020 08-001]; Available from: <https://www.lhv.nl/uw-praktijk/ict/online-inzage-het-patientendossier>.
38. Zorginstituut Nederland. *Ketenzorg (Zvw)*. [cited 2022 08-02]; Available from: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/ketenzorg-zvw>.
39. Erasmus MC, et al., *Eindrapport: Vervolgonderzoek medicatieveiligheid*. 2017, Erasmus MC: Rotterdam.
40. Ineen, NHG, and LHV, *Kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg*. 2019, Ineen NHG & LHV: Utrecht.
41. van Groningen, J., et al., *Effectief spiegelen in de praktijk, wat werkt?* Huisarts & Wetenschap, 2021.
42. Thuisarts.nl. *Hoe is in Nederland de opleiding en kwaliteit van huisartsen geregeld?* [cited 2022 22-02]; Available from: <https://www.thuisarts.nl/hoe-is-in-nederland-opleiding-en-kwaliteit-van-huisartsen-geregeld#:~:text=De%20huisarts%20in%20opleiding%20werkt,derde%20jaar%20van%20de%20opleiding>.
43. Nederlands Huisartsen Genootschap, *Samenvatting Ontwikkeling indicatoren bij de NHG-Standaarden en NHGBehandelrichtlijnen*. 2017, NHG: Utrecht.
44. Ineen, *Transparante ketenzorg 2020*. 2021, Ineen: Utrecht.

45. <https://www.nhg.org/kwaliteit/spiegelinformatie-bronnen>. 27-07-2022].
46. Keuper, J., R. Batenburg, and R. Verheij, *Ervaringen van huisartsenpraktijken met online inzage. Resultaten tweede meting, najaar 2021*. 2022, Nivel: Utrecht.
47. Springvloet, L., et al., *Het artsenperspectief op transparantie in de zorg. Een verkenning middels twee focusgroepen met huisartsen en medisch specialisten*. 2019, Nivel: Utrecht.
48. Landelijke Huisartsen Vereniging. *Bureaucratie & administratieve lasten*. [cited 2022 05-04]; Available from: <https://hetroergaatom.lhv.nl/wat-verandert-er/bureaucratie-administratieve-lasten>.
49. Elwyn G, F.D., Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M, *A Model for Shared Decision Making*. *J Gen Intern Med*, 2012. **27**(10): p. 1361–7.
50. Hargraves I, L.A., Shah ND, Montori VM, *Shared Decision Making: The Need For Patient-Clinician Conversation, Not Just Information*. *HEALTH AFFAIRS*, 2016. **35**(4): p. 627-629.
51. Nederlands Huisartsen Genootschap. *Samen Beslissen; welke zorg past het beste bij de patiënt*. [cited 2022 17-03]; Available from: <https://www.nhg.org/samenbeslissen?tmp-no-mobile=1>.
52. Nederlands Huisartsen Genootschap. *Campagne geeft tips over hoe samen te beslissen*. [cited 2022 17-03]; Available from: <https://www.nhg.org/?redirect-to-mobile=1&q=actueel/nieuws/hallo-huisarts-beslis-jij-al-samen>.
53. Ineen. *Samen beslissen*. [cited 2022 17-03]; Available from: <https://ineen.nl/thema/persoonsgerichte-zorg/samen-beslissen/>
54. Thuisarts.nl. *Ik wil samen beslissen met mijn arts*. [cited 2022 17-03]; Available from: <https://www.thuisarts.nl/bezoek-aan-huisarts/ik-wil-samen-beslissen-met-mijn-arts>
55. Härter, M. *SDM-Q-Doc NL. Gezamenlijke Besluitvorming voor Artsen*. [cited 2019 12-12]; Available from: http://www.patient-als-partner.de/media/sdmqdoc_nl_231019.pdf.
56. Bos, N., et al., *De Transparantiemonitor 2019/2020: Het burgerperspectief op informatie over gezondheid*. 2020, Nivel: Utrecht.
57. Springvloet, L., et al., *De Transparantiemonitor 2019-2020. Patiënten en artsen ervaren niet dezelfde mate van samen beslissen*. 2020.
58. Patiëntenfederatie Nederland, *Samen Beslissen met de zorgverlener over welke zorg het beste past. Rapport meldactie*. 2017, Patiëntenfederatie Nederland: Utrecht.
59. Zagt, A., et al., *Zorggebruikers weten in toenemende mate dat ze toegang hebben tot eigen medische gegevens*. 2022, Nivel: Utrecht.
60. <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/4606061/huisarts-patienten-overstappen-onterecht-weiqeren-regels>. 03-05-2022].
61. Bouma M., van Althuis T., and Ong R., *Zijn de benchmark ketenindicatoren geschikt voor keuze-informatie en zorginkoop/prestatiebeloning?* 2017, NHG: Utrecht.
62. Nederlands Huisartsen Genootschap. *Bruikbaarheid feedbackgegevens voor intern kwaliteitsbeleid, publicatie, inkoop en toezicht*. [cited 2022 05-04]; Available from: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/bruikbaarheid_feedbackgegevens_voor_intern_kwaliteitsbeleid_publicatie_inkoop_en_toezicht.pdf.
63. van Dijk, L., A. Brabers, and M. Vervloet, *Farmaceutische zorg in de eerste lijn: ervaringen en meningen van burgers*. 2018.
64. Batenburg, R., et al., *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*. 2018, Nivel: Utrecht.
65. De Geit, E., Flinterman, L., Keuper, J., Van Schaaik, A., Vis, E., Batenburg, R., *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2020: toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets*. Nivel: Utrecht.

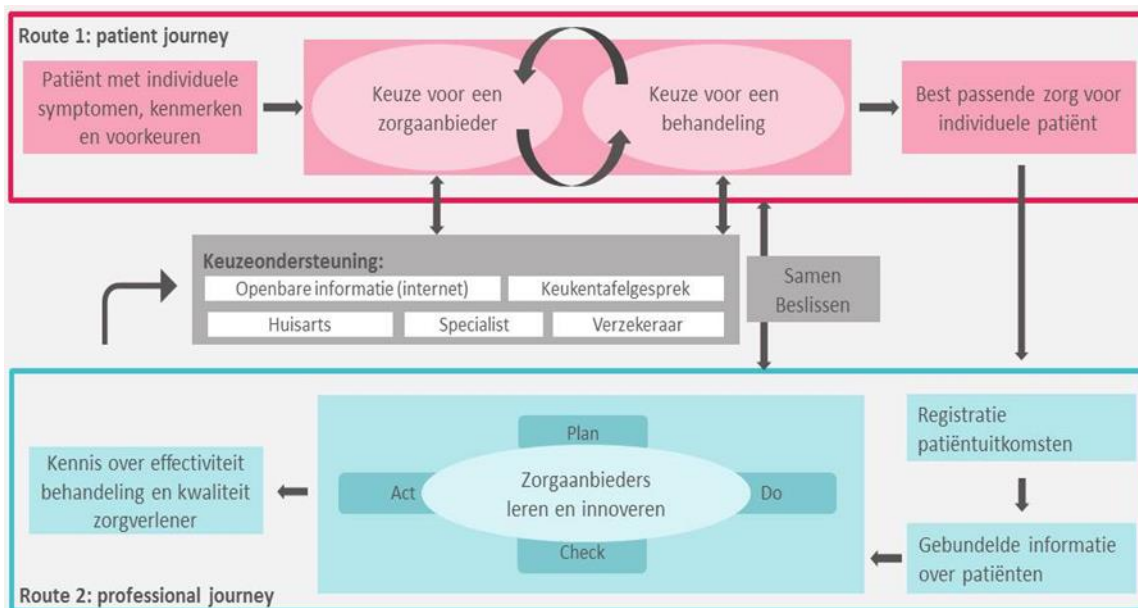
Bijlage A De Transparantiemonitor

In de inleiding werd al kort ingegaan op het project de Transparantiemonitor. In deze bijlage staat een uitgebreidere toelichting op de Transparantiemonitor weergegeven.

Binnen de Transparantiemonitor wordt transparantie in de zorg gedefinieerd als ‘beschikbaarheid en bruikbaarheid van informatie over (kwaliteit van) behandelingen en (kwaliteit van) zorgaanbieders en zorgverleners’. Deze transparantie moet bijdragen aan de best passende zorg voor patiënten. Maar hoe werkt dat? En wat levert dat op? Dat onderzoeken we jaarlijks in de Transparantiemonitor in de periode 2018 - 2022. De Transparantiemonitor wordt gefinancierd door het ministerie van VWS.

Figuur 1 integreert verschillende (beleids-)hypothesen, onderverdeeld naar een patient journey en een professional journey en fungeert als raamwerk voor de Transparantiemonitor en onderliggende deelrapporten. In de patient journey kiest een patiënt met zijn of haar individuele voorkeuren een zorgaanbieder. Na diagnose volgt de keuze om wel of niet een behandeling te ondergaan, vaak gevolgd door een keuze voor één van de behandelopties. Dit moet leiden tot de best passende zorg voor die patiënt. In de praktijk zijn patiënten zich echter lang niet altijd bewust van deze keuzes en worden zij hier niet altijd over geïnformeerd. Daarnaast vinden keuzes soms meerdere keren plaats binnen het zorgproces, bijvoorbeeld als iemand een zorgaanbieder kiest en bij doorverwijzing opnieuw een keuze moet maken voor een zorgaanbieder. Als een patiënt zorg ontvangt ontstaat er een schat aan informatie over zaken als de diagnose, de verleende zorg, het ziektebeloop, de ervaringen van de patiënt, etc. In de professional journey wordt de informatie van de individuele patiënt gebundeld met de informatie van andere patiënten om daarvan te kunnen leren. De informatie die daaruit voortvloeit kan worden gebruikt om de keuzeprocessen in de patient journey te ondersteunen, altijd in combinatie met het telkens weer achterhalen van wat voor de individuele patiënt belangrijk is in zijn leven.

Figuur 1 Raamwerk transparantie



De Transparantiemonitor belicht jaarlijks verschillende deelthema's die vallen binnen de bovenstaand beschreven patiënt en professional journey. Tabel A1 geeft een overzicht van de deelstudies die tot op heden zijn uitgevoerd.

Tabel A1. Overzicht van de deelstudies binnen de Transparantiemonitor

2018 / 2019	2019 / 2020	2020 / 2021	2021 / 2022
Peiling burgers	Peiling burgers	Peiling burgers	Peiling burgers
Focusgroepen huisartsen en medisch specialisten	Peiling huisartsen en medisch specialisten	Peiling huisartsen en medisch specialisten	Transparantie langdurige zorg
Thuisarts.nl	Verdiepende interviews burgers	PROMs	Verpleegkundig perspectief
ZorgkaartNederland	Behandelinhoudelijke keuzehulpen	Thuisarts.nl en ZorgkaartNederland in de ziekenhuiszorg	Kwalitatieve raadpleging burgers
Beslist samen!	Gezondheidsvaardigheden		PREMs
De 3 goede vragen			Transparantie in de huisartsenzorg
DICA			
Medisch-specialistische richtlijnen			

Bijlage B Methode

Interviews met betrokken organisaties en individuele huisarts

Er zijn verschillende interviews gehouden met individuele huisartsen en koepelorganisaties.

- Allereerst zijn 12 individuele, praktiserend huisartsen gesproken. Deze huisartsen zijn geworven via verschillende methoden. De belangrijkste wervingsstrategie bestond uit het benaderen van huisartsen die begin 2021 een vragenlijst over transparantie hebben ingevuld in het kader van de Transparantiemonitor. Deze vragenlijst is uitgezet in samenwerking met en onder leden van de VvAA. Een deel van de huisartsen gaf destijds akkoord om benaderd te worden voor eventueel aanvullend onderzoek. We hebben hen allen benaderd (n=30); in totaal hebben we uit deze selectie negen huisartsen gesproken. Daarnaast hebben we twee Nivel-medewerkers gesproken die tevens werkzaam zijn als huisarts. Als laatste is aanvullende werving uitgezet via de Nivel Huisartsenregistratie om specifiek te kunnen spreken met een apotheekhoudend huisarts.
- Er zijn drie koepelorganisaties binnen de huisartsenzorg gesproken; Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en Ineen. Via de interviews is verdiepende informatie opgehaald over onder andere ontwikkelingen, invullingen en uitdagingen binnen transparantie in de huisartsenzorg. De geïnterviewde betrokkenen hebben tevens de conceptversie van het rapport voorzien van aanvullingen waar nodig en de quotes geverifieerd.

Vragenlijstonderzoek onder huisartsen

Aanvullend op de interviews die centraal stonden in voorliggend rapport, is gebruik gemaakt van resultaten van vragenlijstonderzoek uitgevoerd begin 2021. Via VvAA ontvingen in februari/maart 2021 13.200 huisartsen (en 18.830 medisch specialisten) een flyer met daarin een e-mailadres waar ze zich konden aanmelden voor de vragenlijst; een steekproef van 10.000 huisartsen (en 10.000 medisch specialisten) ontving in aanvulling daarop via e-mail een uitnodiging met een link naar de vragenlijst. Er is na twee weken een online reminder gestuurd naar een selectie van de benaderde leden. In totaal bestond de onderzoekspopulatie uit 468 respondenten; 192 huisartsen (respons = 1,9%) en 276 medisch specialisten (respons = 2,8%). De vragenlijst ging in op verschillende onderdelen van de patient journey en professional journey, namelijk: de geïnformeerde patiënt, samen beslissen, toegang tot medische gegevens, kwaliteitsregistraties en transparantie in de zorg in het algemeen. Meer informatie over dit onderzoek is te vinden in de factsheet 'Het Artsenperspectief op Transparantie in de Zorg' [35].