

De Tweede Nationale Studie
naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2004. De gegevens mogen met bronvermelding (JCC Braspenning, FG Schellevis, RPTM Grol (redactie). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004) worden gebruikt.

Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Kijk voor actuele informatie op de website van de Tweede Nationale Studie:

<http://www.nivel.nl/nationalestudie>

TWEEDE NATIONALE STUDIE NAAR ZIEKTEN EN VERRICHTINGEN
IN DE HUISARTSPRAKTIJK

KWALITEIT HUISARTSENZORG BELICHT

J.C.C. Braspenning¹

F.G. Schellevis²

R.P.T.M. Grof¹

(redactie)

¹ Centre for Quality of Care Research (WOK)

² Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)



**KWALITEIT HUISARTSENZORG
BELICHT**

ISBN 90-6905-652-6

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

© 2004 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT / Centre for Quality of Care Research (wOK), HSV code 229,
Postbus 9101, 6500 HB NIJMEGEN

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

Inhoud

Voorwoord	7
Samenvatting	9
1. Introductie <i>Jozé Braspenning</i>	20
Kwaliteit huisartsenzorg: overzicht vóór de Tweede Nationale Studie	24
2. De kwaliteit van het medisch handelen in de huisartspraktijk <i>Jozé Braspenning, Anne Marieke Schiere, Mariëlle van Roosmalen, Henk Mokkink, Richard Grol</i>	25
3. Praktijkvoering: werkbelasting en delegeren <i>Yvonne Engels Henk Mokkink, Pieter van den Hombergh, Wil van den Bosch, Henk van den Hoogen, Richard Grol</i>	38
4. Patiëntenoordelen: meetinstrumenten en resultaten <i>Herman Sixma</i>	48
Kwaliteit huisartsenzorg: anno 2001	60
5. Huisartsgeneeskundig handelen volgens richtlijnen <i>Jozé Braspenning, Anne Marieke Schiere, Henk Mokkink, Henk van den Hoogen, Richard Grol</i>	61
6. De praktijkvoering (VIP) <i>Mariëlle van Roosmalen, Yvonne Engels, Jozé Braspenning, Pieter van den Hombergh, Henk van den Hoogen, Richard Grol</i>	74
7. Patiëntenoordelen over de huisartsenzorg <i>Herman Sixma</i>	84

Kwaliteit huisartsenzorg: enkele thema's uitgelicht	102
8. Voorschrijven van antibiotica <i>Liset van Dijk, Anne Marieke Schiere, Jozé Braspenning</i>	103
9. Geestelijke gezondheidszorg <i>Nieke van Lin, Miranda Laurant, Jozé Braspenning, Richard Grol</i>	116
10. Preventie: Influenzavaccinatie en Bevolkingsonderzoekbaarmoederhalskanker <i>Margot Tacken, Henk van den Hoogen, Jozé Braspenning</i>	128
11. Cardiovasculair risicomangement: praktijkvoering en medisch handelen <i>Mariëlle van Roosmalen, Jozé Braspenning, Richard Grol</i>	142
12. Patiëntoordelen over medisch handelen en voorschrijfbeleid in de huisartspraktijk <i>Michel Wensing, Hans Peter Jung</i>	154
13. Het verband tussen de oordelen van patiënten over de kwaliteit van de huisartsenzorg, patiëntkenmerken en huisartskenmerken <i>Herman Sixma, Peter Spreuuenberg</i>	162
Kwaliteit huisartsenzorg: referentiegegevens	1
14. Indicatoren voor medisch technisch handelen <i>Jozé Braspenning, Anne Marieke Schiere, Jan Mulder</i>	2
15. Indicatoren voor praktijkvoering <i>Mariëlle van Roosmalen, Jan van Doremalen</i>	62

Voorwoord

Eind 1999 werd aan het NIVEL subsidie verleend om de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk te gaan uitvoeren. De plannen hiervoor waren neergelegd in een projectplan, ontwikkeld in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), dat in december 1998 is aangeboden aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het grootste deel van de financiering van de Tweede Nationale Studie is direct of indirect afkomstig van het Ministerie van VWS. Daarnaast droeg de Stichting Centraal Fonds Reserves Voormalige Vrijwillige Ziektekostenverzekering financieel bij.

Het voorliggende rapport is een van de kernrapporten van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk en in tegenstelling tot de andere rapporten zijn de auteurs vooral werkzaam bij het Centre for Quality of Care Research, WOK, verbonden aan het UMC St Radboud. Dit rapport is tot stand gekomen dankzij de bijdrage van velen; wij willen hen op deze plaats danken voor hun medewerking. Een aantal personen willen we in het bijzonder noemen. Als eerste uiteraard de huisartsen en hun patiënten, zonder wiens gegevens de studie niet uitgevoerd had kunnen worden. De huisartsen hebben deels op routine gegevens kunnen verzamelen, maar hebben ook veel extra werk moeten doen. Ook dienen hier andere partijen genoemd te worden: INTOMART GfK, Survey Data, IVA Tilburg, en de firma's die de verschillende Huisarts Informatie Systemen beheren.

Ten tijde van de productie van het rapport is een externe klankbordgroep ingesteld, bestaande uit verschillende experts, uit verschillende maatschappelijke geledingen, die beroepshalve bij of op het thema van het onderhavige kernrapport betrokken zijn. De leden waren Mw. dr. J. Dekker, huisarts, voorzitter (NHG), Mw. dr. K. Jansen, (ZonMw), Dr. A. van der Veen / Mw. dr. M. Kallewaard (RIVM), Mw. A. van der Spoel-Meijer (NPCF) en R. Drijver, huisarts, (NHG).

Tot slot bedanken we het team van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) en de Tweede Nationale Studie die met vereende krachten hun inzet hebben getoond voor de dataverzameling van deze studie. Het was altijd spannend of alles op tijd kon worden uitgevoerd, we waren met zijn allen van veel dingen en vooral elkaar afhankelijk, maar de klus is geklaard.

Nijmegen / Utrecht, januari 2004

Jozé Braspenning
François Schellevis
Richard Grol



Samenvatting en beschouwing

Jozé Braspenning (WOK), François Schellevis (NIVEL), Richard Grol (WOK)

De behoefte aan valide en betrouwbare informatie over de kwaliteit van geleverde zorg is groot. Het evalueren van de zorg gaat steeds meer tot de dagelijkse bezigheden in de huisartspraktijk horen. In dit rapport staan drie verschillende aspecten van de kwaliteit van de huisartsenzorg centraal, te weten de mate van overeenkomen met de NHG-Standaarden, de kwaliteit van de praktijkvoering en het oordeel van de patiënten. De kwaliteit van zorg wordt daarbij vooral uitgedrukt in zogenaamde structuur- en procesindicatoren. Het rapport geeft de situatie op deze drie terreinen aan vóór de start van de Tweede Nationale Studie en geeft vervolgens een overzicht van de uitkomsten van de Tweede Nationale Studie. De resultaten worden voor een aantal onderwerpen nader uitgewerkt. We hebben hierbij gekozen voor een typisch huisartsgeneeskundig terrein zoals het voorschrijven van antibiotica, de geestelijke gezondheidszorg, en voor de preventie-activiteiten influenzavaccinatie en het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Maar ook voor de relatie tussen praktijkvoering en het risicomanagement bij hart- en vaatziekten; en voor de relatie tussen de kwaliteit van het voorschrijfgedrag en het patiëntenoordeel. Het rapport voorziet in een grote hoeveelheid referentiegegevens en beoogt beleidsdiscussies te onderbouwen met objectieve gegevens.

10

1 Richtlijnen

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) publiceert vanaf 1989 richtlijnen voor de huisartsenzorg. Eind 2003 waren er 78 richtlijnen in gebruik. In de NHG-Standaarden worden op basis van beschikbare 'evidence', aangevuld met consensus, richtlijnen gegeven voor het medisch handelen in de huisartspraktijk. Het toetsen van het handelen aan de richtlijnen is een indicatie voor de geleverde kwaliteit.

1.1 Stand van zaken vóór de Tweede Nationale Studie

Het meten van het handelen van huisartsen door middel van toetsing aan richtlijnen begint in Nederland tot ontwikkeling te komen.

Vanaf het midden van de jaren negentig worden er in Nederland studies uitgevoerd waarin het handelen wordt afgezet tegen richtlijnen. Deze richtlijnen kunnen de NHG-Standaarden zijn, maar betreffen soms ook het resultaat van een consensusbespreking onder experts. Uit een systematisch literatuuroverzicht over de periode 1997-2001 is gebleken dat er voorafgaand aan de Tweede

Nationale Studie 22 Nederlandse studies zijn uitgevoerd over het volgen van richtlijnen in de huisartspraktijk. Net als uit vergelijkbare buitenlandse studies blijkt dat het voor driekwart de kwaliteit van de huisartsenzorg bij chronische aandoeningen betreft, zoals astma en COPD, risico's op cardiovasculaire aandoeningen en diabetes mellitus. Gemiddeld lag de feitelijke overeenstemming tussen het medisch handelen en de richtlijnen op 55%, maar de variatie was groot. Het meest opvallend was dat voor de evaluatie van het handelen geen systematische, valide en betrouwbare indicatoren zijn ontwikkeld. Om transparantie in de kwaliteit van de huisartsenzorg te realiseren zijn valide en betrouwbare kwaliteitsindicatoren een voorwaarde.

1.2 Resultaten Tweede Nationale Studie

11

Op systematische wijze (iteratieve consensusprocedure) zijn door het Centre for Quality of Care Research (WOK) verbonden aan het UMC St Radboud vanuit 70 NHG-Standaarden indicatoren ontwikkeld om het handelen te toetsen aan richtlijnen. In de Tweede Nationale Studie zijn hier gegevens voor verzameld en de resultaten van 106 indicatoren voor 59 NHG-Standaarden berekend. De indicatoren zijn thematisch gerangschikt naar type verrichting en aandoening.

De overeenstemming tussen het handelen van de huisarts en de richtlijnen bedroeg voor de gezamenlijke procesindicatoren (gemiddelde cijfers voor diagnostiek, voorschrijven en verwijzen) 74% (variërend van 10% tot bijna 100%), waarbij de variatie tussen huisartspraktijken groot is. De informatie over de specifieke aandoeningen laat zien waar verbeteringen mogelijk zijn.

Diagnostiek

(Vroege) opsporing van chronische aandoeningen kent variatie tussen praktijken, hetgeen duidt op mogelijkheden tot verbetering. Onderzocht zijn de prevalentie-indicatoren diabetes mellitus, hypertensie, verhoogde cholesterolwaarde, hartfalen, problematisch alcoholgebruik, dementie, depressie, angststoornissen, urine-incontinentie, slechthorendheid, astma bij kinderen en osteoporose. De variatie tussen praktijken was sterk voor hypertensie, dat een gemeten jaarprevalentie kent van 57,1 per 1000, maar bijvoorbeeld ook voor osteoporose met een jaarprevalentie van 4,2 per 1000.

Voor de onderstaande beschrijvingen geldt dat de indicatoren zo zijn geformuleerd, dat een hoger percentage staat voor het meer volgen van de richtlijnen. De inhoud van richtlijnen geven echter doorgaans niet aan dat een bepaalde handeling voor 100% moet worden gevolgd. Naast het percentage is daarom de variatie tussen de praktijken net zo informatief voor de kwaliteit van de verleende zorg.

Beeldvormende aanvullende diagnostiek wordt grotendeels volgens richtlijnen uitgevoerd, bij het aanvragen van laboratoriumonderzoek is verbetering mogelijk.

Aanvragen voor beeldvormende diagnostiek worden grotendeels (76%) volgens richtlijnen uitgevoerd. Richtlijnen over laboratoriumbepalingen worden voor 53% gevolgd; richtlijnen waarin wordt aangegeven een bepaalde test uit te voeren worden beter gevolgd dan wanneer een bepaling juist niet nodig wordt geacht. In totaal worden de richtlijnen voor diagnostiek voor 65% gevolgd.

Voorschrijven van geneesmiddelen

Als de richtlijnen aangeven, dat bepaalde medicatie niet hoeft of dient te worden verstrekt dan wordt dit advies redelijk goed gevolgd (78%). Maar als de richtlijnen met een voorstel komen voor specifieke medicatie dan wordt hier relatief minder naar gehandeld (62%). In totaal worden de prescriptierichtlijnen voor 68% gevolgd.

Verwijzen

De verwijzingen worden bijna altijd conform de richtlijnen uitgevoerd (89%), verbetering is mogelijk voor de verwijzing naar de fysiotherapie. Ook wordt er relatief veel verwezen naar de gynaecoloog, waar dit strikt medisch genomen niet nodig is maar voor de patiënt vermoedelijk wel geruststellend. De variatie tussen de praktijken is klein en neemt af naarmate de maat van overeenstemming dichter de 100% benadert.

Antibioticabeleid

Ongeveer 80% van alle antibiotica wordt voorgeschreven in de huisartspraktijk. In de NHG-Standaarden wordt, vanwege de resistentieproblematiek, geadviseerd het voorschrijven van antibiotica te beperken; en indien er toch antibiotica moet worden voorgeschreven wordt vaak een eerstekeuzemiddel voorgesteld. In negen richtlijnen wordt ingegaan op het voorschrijven van antibiotica, waaruit 13 indicatoren zijn opgesteld.

Het voorschrijven van antibiotica in de huisartspraktijk gebeurt in 62% van de episodes volgens de NHG-Standaarden. Het advies om geen antibioticum voor te schrijven wordt beter gevolgd dan het advies om een eerstekeuzemiddel voor te schrijven. De mate waarin huisartspraktijken handelen volgens de richtlijnen varieert sterk per indicator en tussen de verschillende indicatoren. De variatie is groter als de richtlijn een bepaald antibioticum adviseert dan wanneer geen antibioticum wordt geadviseerd. Vooral bij een ontsteking van de bijholte worden nogal eens antibiotica voorgeschreven (67% van de episodes), bij kinderen met astma wordt de richtlijn zeer goed gevolgd (in 6% van de episodes wordt een antibioticum voorgeschreven). In huisartspraktijken waarin de richtlijnen vaak gevolgd worden als het gaat om het al dan niet voorschrijven van antibiotica, worden niet automatisch ook de richtlijnen beter gevolgd als het gaat om het voorschrijven van een eerstekeuzemiddel. Er is zowel sprake van teveel als te weinig voorschrijven.

Geestelijke gezondheidszorg

De WHO voorspelt dat in 2010 de grootste ziektelast wordt veroorzaakt door de geestelijke gezondheid. Slechts eenderde van de volwassenen zoekt hiervoor hulp. Maar van alle hulpvragen dient 80% zich aan in de eerstelijnszorg, waarbij in ieder geval het eerste contact doorgaans met de huisarts is. Het herkennen van een psychische stoornis en het vaststellen van de juiste diagnose zijn voorwaarden voor het kunnen inzetten van een adequate behandeling.

Het opsporen van dementie, depressie, angststoornissen en chronisch alcoholgebruik kan verbeterd worden gezien de variatie tussen de praktijken. Dementie wordt gezien bij 1,7 patiënten per 1000, depressie bij 21,2 per 1000; angststoornissen bij 7,1 per 1000; en chronisch alcoholgebruik bij 1,7 per 1000. De grote variatie tussen praktijken is een aanwijzing dat er verbetering in deze zorg mogelijk is. De richtlijn stelt voor om bij een matige of ernstige depressie een antidepressivum voor te schrijven. In totaal wordt in 68% van alle episodes met een depressie een antidepressivum voorgeschreven. Het merendeel (86%) van

deze voorgeschreven middelen behoort tot de groep van selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's). In de NHG-Standaard werd de voorkeur uitgesproken voor tricyclische antidepressiva (tca's) bij een depressie, maar in de herziene NHG-Standaard Depressie wordt niet langer een voorkeur uitgesproken voor een specifiek antidepressivum.

Preventie

Influenzavaccinatie: 75% van de patiënten uit de hoogrisicogroepen voor influenza wordt gevaccineerd. Vooral onder patiënten met cardiovasculaire aandoeningen en diabetes mellitus is de vaccinatiegraad hoog. De opkomst onder vijftenzestig plussers zonder medische indicatie en de opkomst onder longpatiënten kan hoger.

Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: het gemiddelde netto opkomstcijfer in het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is 74%. De opkomst is aanzienlijk groter, 10-15%, als de (herinnering)uitnodiging voor het maken van de uitstrijk afkomstig is van de huisartspraktijk.

13

Het bepalen van het risicoprofiel ten behoeve van het risicomanagement van hart- en vaatziekten wordt nog lang niet overal gedaan. Het medicatiebeleid wordt in verschillende mate volgens de richtlijnen uitgevoerd. Taken op het gebied van cardiovasculair risicomanagement worden nog weinig aan de praktijkassistenten gedelegeerd. Wat betreft de medicamenteuze behandeling van hart- en vaatziekten laat het handelen volgens richtlijnen veel verschillen zien (51%-96%). Bijvoorbeeld bij 96% van de patiënten met hypercholesterolemie en antilipaemica worden statines voorgeschreven; 21% van patiënten met hypertensie en astma of COPD krijgt tegen de richtlijnen in toch bètablokkers voorgeschreven; 59% van de patiënten met hartfalen krijgen de combinatie van ACE-remmers en diuretica; 51% van de patiënten met angina pectoris krijgt aspirine voorgeschreven en 72% van de patiënten met een TIA.

2 Praktijkvoering

Voor het in kaart brengen van de kwaliteit van de praktijkvoering in de huisartspraktijk kunnen we sinds het midden van de jaren negentig in Nederland gebruik maken van het door de WOK ontwikkelde Visitatie Instrument praktijkvoering (VIP). De stand van zaken voorafgaand aan de Tweede Nationale Studie is weergegeven voor de werkbelasting van huisartsen en de taakdelegatie binnen de huisartspraktijk.

2.1 Stand van zaken vóór de Tweede Nationale Studie: werkbelasting en delegatie

Werkbelasting: Rond 1998 was de zelfgerapporteerde werkbelasting van huisartsen een stuk hoger dan de gangbare werkweek in Nederland. Huisartsen bleken toen aanzienlijk minder te willen werken. De omvang van de zelfgerapporteerde werkweek van de huisartsen was in 1998 een stuk hoger dan de omvang van een gangbare werkweek in Nederland. De huisartsen zelf gaven hierbij aan dat zij minder uren wilden werken. Deze trend was extra duidelijk onder solisten en vrouwelijke huisartsen, die respectievelijk 8 en 9 uur in de week minder wilden werken.

Taakdelegatie: Rond 1998 werden in beperkte mate medisch technische taken gedelegeerd. Taakdelegatie naar de praktijkassistente vond in 1998 plaats, maar er was zeker nog ruimte om dit uit te breiden. Van de medisch technische taken werd 48% gedelegeerd naar de praktijkassistente of een praktijkondersteuner. Taken die verder gedelegeerd kunnen worden, waren het tapen van een enkeldistorsie, lijmen van wondjes, compressieverband aanbrengen bij open been, bepalen van risicoprofiel hart- en vaatziekte of controle van astma- en COPD-patiënten.

2.2 Resultaten Tweede Nationale Studie

Praktijkvoering kent veel variatie tussen praktijken. Het toetsen van het eigen handelen van huisarts wordt nog niet routine ingebouwd.

Uitrusting van de praktijk

Wat betreft het kritisch bijhouden van de EHBO-voorzieningen in de behandelkamer zijn de verschillen tussen de praktijken groot. Het blijkt uit de cijfers dat het noodzakelijk blijft om de inhoud van de dokterstas regelmatig te controleren op de houdbaarheidsdatum van het materiaal.

Delegatie en samenwerking

De taken die door de huisarts gedelegeerd worden aan de praktijkassistente zijn vooral medisch-administratieve (68%) en organisatorische taken (60%). Een aantal medisch technische taken (55%) zoals hechtingen verwijderen, injecties geven, wratten behandelen en oren uitspuiten en voorlichtingstaken (48%) wordt gedelegeerd. Op het gebied van voorlichting en preventie kan nog meer worden gedelegeerd (40%).

Dienstverlening en organisatie

Patiënten wachten gemiddeld 5 minuten voordat zij telefonisch te woord worden gestaan en de patiënten wachten gemiddeld 11 minuten in de wachtkamer, voordat het consult begint. Binnen de eerstelijnszorg wordt vooral overleg gevoerd met de apothekers (gemiddeld 19 minuten per week). Overleg met de medische specialisten vindt ook met regelmaat plaats (86% van de huisartsen doet dit gemiddeld meer dan twee maal per week), maar structureel overleg over transmurale afspraken komt minder vaak voor (41%). Aangegeven wordt dat aan de samenwerking binnen de eerste lijn 40 minuten per week wordt besteed.

De verslaglegging

De verslaglegging is prima, maar dit kan enigszins vertekend zijn, omdat de praktijken deelnemen aan het project Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH), waarvoor een goede verslaglegging noodzakelijk is.

Werken aan kwaliteit binnen de praktijk

Het toetsen van de kwaliteit van het eigen handelen op het gebied van diagnostiek, voorschrijven en verwijzen binnen de praktijk of de huisartsgroep wordt gedaan, maar de mate waarin verschilt tussen praktijken en ook naar onderwerp. De minste aandacht krijgt de verwijsbrief (6%) en de meeste aandacht gaat naar het bespreken van het voorschrijven (68%).

3 Patiëntoordelen

Het oordeel van de patiënt over de geleverde zorg heeft te maken met een oordeel over het feitelijk handelen van de huisarts, allerlei praktijkvoeringsaspecten, maar ook de communicatie en bejegening. Het is een mengeling van indrukken. In een literatuuroverzicht wordt ingegaan op de recente stand van zaken. In de Tweede Nationale Studie is gebruik gemaakt van twee verschillende instrumenten, te weten de QUOTE ontwikkeld door het NIVEL en de CEP ontwikkeld door de WOK.

3.1 Stand van zaken vóór de Tweede Nationale Studie

De uitkomsten van onderzoek naar de kwaliteit van de huisartsenzorg vanuit het perspectief van de patiënt geven aan dat de mensen in het algemeen zeer tevreden zijn (85% of hoger). Oudere mensen en mensen met minder gezondheidsproblemen zijn meer tevreden over de huisartsenzorg. De uitkomsten van de studies laten zien dat patiënten in de regel zeer positief zijn in hun oordeel over de kwaliteit van de huisartsenzorg in Nederland, met name over aspecten gericht op de bejegening van patiënten en aspecten gerelateerd aan de professionele deskundigheid van huisartsen. Het lijkt er op dat oudere, gezonde patiënten positiever oordelen over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Uit de studies blijkt dat patiënten van huisartsen meer dan in het verleden het geval was worden betrokken bij de ontwikkeling van meetinstrumenten voor de kwaliteit van de huisartsenzorg die in de onderzoeksperiode zijn ontwikkeld of gebruikt.

3.2 Resultaten Tweede Nationale Studie

Patiëntoordelen

In hun contacten met de huisarts ervaren gemiddeld negen van de tien patiënten dat zij op inhoudelijk gebied ook daadwerkelijk de zorg van de huisarts krijgen die zij verwachten. De verschillen tussen patiënten en tussen huisartsen (praktijken) zijn groot. Patiënten vinden aspecten die te maken hebben met de daadwerkelijke zorgverlening van de huisarts in de spreekkamer erg belangrijk. Zij willen graag serieus genomen worden, begrijpelijke uitleg krijgen over hun klachten, maar ook een goede uitleg over het doel en de aard van de voorgestelde behandeling. In hun contacten met de huisarts ervaren gemiddeld negen van de tien patiënten dat zij op inhoudelijk gebied ook daadwerkelijk de zorg van de huisarts krijgen die zij verwachten. Circa 10% van de patiënten geeft aan dat de huisarts wat hen betreft op inhoudelijk terrein 'onvoldoende kwaliteit' levert.

Het oordeel van de patiënten over kwaliteit van de huisartsenzorg kent een grote variatie, maar mannen zijn positiever dan vrouwen; ouderen zijn positiever dan jongeren en relatief meer gezonde mensen beoordelen de zorg ook positiever dan de andere gebruikers. Het oordeel van de patiënten verschilt sterk tussen huisartsen en huisartspraktijken. Op een schaal van 1 tot 10 scoort de minste gewaardeerde huisarts (praktijk) een 6,7 en de meest gewaardeerde huisarts (praktijk) een 9,0.

Patiënten vinden huisartsen soms te snel met het vertalen van lichamelijke klachten in psychische problemen. Patiënten geven aan lang te moeten wachten op een verwijzing naar de medisch specialist. Patiënten vragen meer aandacht voor het bespreken van niet medische problemen. Op drie deeltherreinen geven patiënten aan dat de kwaliteit verbeterd kan worden. Naar de mening van de patiënten worden lichamelijke klachten soms onterecht vertaald in psychische problemen. Ook wordt benadrukt dat een snelle verwijzing naar een medisch specialist niet eenvoudig te verkrijgen is. Op het eerste gezicht in tegenspraak

met de eerste bewering geven patiënten ook aan, dat de bereidheid van de huisarts om ook over niet medische problemen te praten kan worden vergroot. Kennelijk willen mensen dat de huisarts meer open staat voor hun niet medische problemen, maar als zij een lichamelijk probleem aangeven dan willen zij dit ook als zodanig behandeld zien.

Patiënten vragen aandacht voor hun privacy bij de inrichting van de praktijk en geven aan dat de bereikbaarheid verbeterd kan worden. Wat betreft de organisatie van de zorgverlening van huisartsen hechten patiënten belang aan een goede telefonische bereikbaarheid van de praktijk, de mogelijkheid om snel op het spreekuur terecht te kunnen en aan voldoende privacy bij het bezoek aan de huisarts en de huisartspraktijk. Ruim 22% van de patiënten geeft aan dat de organisatie en de bereikbaarheid van de huisartspraktijk verbeterd kunnen worden. Concrete punten zijn de inrichting van de praktijk waarbij meer rekening gehouden kan worden met de privacy van de patiënt en kortere wachttijden in de wachtkamer bij spreekuurbezoek.

16

Hoewel een vergelijking tussen de Eerste en de Tweede Nationale Studie niet helemaal mogelijk is gezien de verschillende vragen die aan de patiënten zijn gesteld, lijkt het erop dat de waardering over de feitelijke zorgverlening is gestegen (van 85% naar 90%), maar de waardering voor de bereikbaarheid (van 89% naar 86%) en de bereidheid om visites af te leggen is verslechterd. 84% van de patiënten geeft aan dat de huisarts eigenlijk wel direct bereid is om een visite te maken; 15 jaar geleden lag dit percentage op 93%.

Kenmerken van de huisarts in relatie tot patiëntoordelen

De waardering van de patiënten voor de feitelijke zorgverlening is hoger als de huisarts meer tevreden is over zijn of haar werkzaamheden en niet aangeeft zich 'opgebrand te voelen'. De praktijkvoering wordt meer gewaardeerd als de patiënt dezelfde dag terecht kan voor een consult. Het oordeel van de patiënt over de geleverde zorg en de praktijkvoering zal mede afhangen van de huisarts die tegenover hem of haar zit. Als de patiëntoordelen in relatie worden gebracht met huisartskenmerken dan blijkt dat patiënten positiever oordelen over huisartsen die meer tevreden zijn met hun eigen werkzaamheden. Het oordeel van de patiënt is positiever als de patiënt nog dezelfde dag voor een consult terecht kan. Ook blijkt dat een huisarts die wat minder dagdelen werkt een hogere waardering krijgt over de kwaliteit van de praktijkvoering. Naarmate een huisarts meer van zichzelf aan geeft dat hij of zij zich 'opgebrand voelt' neemt de waardering voor de feitelijk geleverde zorg af.

4 ONDERLINGE RELATIES

4.1 Relatie medisch handelen en praktijkvoering

Er is nauwelijks verband tussen de kwaliteit van het medisch handelen en van de praktijkvoering. Het volgen van richtlijnen over preventie van hart- en vaatziekten houdt geen verband met de kwaliteit van de praktijkvoering, zoals mate van delegatie, organisatie van de preventie en organisatie van de verslaglegging. Kennelijk worden met de kwaliteit van het medisch handelen en dat van de praktijkvoering verschillende aspecten belicht. Een uitzondering is dat het aantal opgespoorde patiënten met diabetes mellitus in een praktijk toeneemt als er meer wordt gedaan aan de organisatie van diabeteszorg.

4.2 Relatie medisch handelen en patiëntoordelen

Er lijkt geen verband tussen de kwaliteit van het medisch handelen en het oordeel van de patiënten over de huisartsenzorg. Patiënten vinden het belangrijk dat hun huisarts goede zorg levert. Betekent dit ook dat als in huisartspraktijken kwalitatief betere zorg wordt verleend getoetst aan de NHG-Standaarden het oordeel van de patiënten over deze huisartspraktijken positiever is? Deze vraag is onderzocht voor de kwaliteit van het voorschrijven van medicatie. In het algemeen bleek er geen verband te zijn tussen het volgen van deze richtlijnen en het oordeel van de patiënt.

5 Discussie

17

Het meten van kwaliteit van zorg is geen eenvoudige zaak. Duidelijk is geworden dat het meten van kwaliteit van zorg aan de hand van drie aspecten, medisch-technisch handelen, praktijkvoering en patiëntoordelen mogelijk is. De informatie over het medisch-technisch handelen is voornamelijk rechtstreeks uit het Huisartsen Informatie Systeem ontleend, aangevuld met een korte elektronische vragenlijst. Voor het meten van de kwaliteit van de praktijkvoering is gebruik gemaakt van een visitatie. De beschikbare vragenlijsten om de patiëntoordelen vast te leggen, waren beide eenvoudig af te nemen. Als de gegevens verzameld zijn treedt er een nieuwe uitdaging op. Hoe kan het materiaal zodanig onder de aandacht worden gebracht dat de cijfers recht wordt gedaan en dat de boodschap helder is. In 1995 zei O'Leary, de voorzitter van de 'Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations' hierover:

"... the problem with measurement is that it can be a loaded gun - dangerous if misused and at least threatening if pointed in the wrong position".

We kunnen een totaalscore berekenen die aangeeft in welke mate het handelen in de huisartspraktijk in overeenstemming is met de richtlijnen. Voor het huisartsgeneeskundig handelen ligt dit cijfer op 74%. Uit de literatuurstudie bleek dit cijfer in de periode voor de Tweede Nationale Studie te liggen op 55%. Hoewel de gemeten handelingen niet helemaal vergelijkbaar zijn, duidt dit cijfer op een grote stijging. Het cijfer is ook hoog te noemen in vergelijking met buitenlandse gegevens. De variatie was groot zowel tussen de diverse indicatoren als tussen praktijken. Het categoriseren van de indicatoren naar onderdelen van het handelen: diagnostiek, verwijzing, voorschrijven van geneesmiddelen, educatie en preventie gaf al iets meer houvast. Binnen deze categorieën werd op basis van de cijfers al gauw naar verfijning gezocht. Voor de diagnostiek is daarom bijvoorbeeld verder onderscheid gemaakt naar prevalentiecijfers, beeldvormende diagnostiek en laboratoriumbepalingen. Als we willen weten waar verbetering mogelijk is dan kunnen de scores op de afzonderlijke indicatoren worden bekeken. Voor de verwijzingen geldt dat de richtlijnen in het algemeen prima worden gevolgd. Echter, in verhouding wordt er nog regelmatig naar de fysiotherapie verwezen als dat niet nodig is (één op de vijf verwijzingen) en er wordt relatief veel verwezen naar de gynaecoloog. In de NHG-Standaard staat vermeld dat dit medisch gezien niet nodig is, maar kan worden voorgesteld ter geruststelling van de patiënt. Bij het voorschrijven van geneesmiddelen was er een duidelijk verschil tussen de 'do's and don'ts'. De terughoudendheid past kennelijk beter in de Nederlandse huisartspraktijk dan het gericht voorschrijven.

De indicatoren konden maximaal 100% en minimaal 0% zijn. 100% werd niet verwacht, omdat er altijd situaties denkbaar zijn waarin het van wijsheid getuigt om van de richtlijn af te wijken. Voor sommige indicatoren geldt dat bijna 100% haalbaar zal zijn, maar voor andere indicatoren is de verwachting veel lager. Dit heeft enerzijds te maken met de richtlijnen zelf, dat wil zeggen sommige richtlijnen zijn veel scherper in hun advies dan andere. Anderzijds heeft het te maken met de formulering van de indicatoren. De indicatoren zijn veelal simpel gehouden dat wil zeggen dat niet alle uitsluitende condities in de indicator zijn opgenomen. Daarnaast zijn ook economische, sociale en maatschappelijke factoren bepalend voor de uitkomst van de indicator. Deze factoren zijn invloed op het gedrag van de patiënt. Het (kunnen) volgen van richtlijnen is niet alleen een zaak van de huisarts. Maximaal is 99,5% gescoord (niet verwijzen naar orthopeed bij niet-traumatische knieproblemen bij kinderen en adolescenten) en minimaal 10,5% (voorschrijven profylactische behandeling bij migraine). Dit laatste cijfer dient bijvoorbeeld gecorrigeerd te worden voor het aantal aanvallen van migraine in een week. De profylactische behandeling wordt aanbevolen bij twee of meer aanvallen per week. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat dit in 2/3 van deze gepresenteerde klachten in de huisartspraktijk het geval is, waarmee de score naar ongeveer 15% gaat. Het merendeel van de scores lag tussen de 30 en 80%.

Het beschrijven van alle “losse” indicatoren is niet eenvoudig. Categoriseren lijkt voor de hand te liggen, maar nader onderzoek is gewenst naar de mogelijkheid van het sommeren van groepen van de indicatoren. Welke indicatoren kunnen gesommeerd worden, omdat zij sterk samenhangen en welke absoluut niet? Als bepaalde groepen opgeteld mogen worden, omdat deze min of meer voor hetzelfde staan dan zouden we in de toekomst kunnen volstaan met minder indicatoren, hetgeen het bepalen van de kwaliteit van het handelen eenvoudiger uitvoerbaar maakt.

Voor een aantal indicatoren bleek het niet goed mogelijk om valide en betrouwbare gegevens te verzamelen op basis van de gegevens die in het Huisartsen Informatie Systeem worden geregistreerd. Het betreft gegevens over het geven van informatie en advies en gegevens over bepaalde metingen die verricht zijn en de uitkomst daarvan, zoals de bloeddruk, de cholesterolwaarde en de glucosewaarde. De Huisarts Informatie Systemen maken dat deze gegevens momenteel niet op een uniforme en toegankelijke wijze geregistreerd kunnen worden. We pleiten ervoor de HIS'en beter toe te rusten met ondersteunende software ten behoeve van “disease management” op het gebied van diabeteszorg, astma en COPD, en risicofactoren hart- en vaatziekten.

De onderzochte aspecten van de praktijkvoering geven aan waar verbetering mogelijk is en laten ook de stand van zaken zien op dit moment. Het delegeren van medisch technische taken aan de praktijkassistent of -ondersteuner laat een stijgende lijn zien van 48% naar 55%. Slechts een enkel aspect van de praktijkvoering lijkt samen te hangen met het volgen van richtlijnen. We hebben naar de samenhang gezocht in het kader van het beschrijven van risicomanagement van cardiovasculaire aandoeningen. Zo bleek een uitgebreide organisatie voor de preventie-activiteiten het opsporen van patiënten met diabetes mellitus ten goede te komen. Uit eerder onderzoek is ook bekend dat er weinig samenhang is tussen praktijkvoering en het medisch handelen. Het is ook mogelijk, dat de samenhang alleen geldt voor praktijkvoeringsaspecten met een directe relatie tot het onderzochte medisch handelen. Nader onderzoek is gewenst.

Het oordeel van de patiënten over de huisartsenzorg is zeer positief en zelfs positiever dan 15 jaar geleden. Wel worden punten genoemd ter verbetering ten aanzien van de privacy en de bereikbaarheid, maar ook een aantal concrete punten voor de consultvoering. Ook uit de beschrijving van de patiëntoordelen wordt duidelijk dat de oordelen slechts voor een deel aan de praktijkvoering en het

medisch handelen zijn gerelateerd. Het medisch handelen, de praktijkvoering en de patiëntoordelen zijn kennelijk verschillende aspecten van de zorg die elk voor zich getoetst zouden moeten worden als het gaat om het beschrijven van de kwaliteit van zorg.

Geconcludeerd kan worden dat de huisartsenzorg in Nederland van goede kwaliteit is. Ook blijkt dat de variatie tussen praktijken groot is en van de patiëntoordelen weten we dat ook de variatie tussen huisartsen groot is. Verbeteringsmogelijkheden lijken dan ook aanwezig. Het geboden overzicht betreft een enorme hoeveelheid referentiemateriaal, dat geplaatst in de juiste context de kwaliteit van zorg kan belichten en een stap voorwaarts helpen.

