

ONDERZOEK

Philip van der Wees

senior onderzoeker, IQ healthcare,
Radboudumc Nijmegen

Joost Wammes

onderzoeker, IQ healthcare,
Radboudumc Nijmegen

Jako Burgers

hoofd Richtlijnontwikkeling &
Wetenschap, Nederlands
Huisartsen Genootschap

Pim Assendelft

hoogleraar huisartsgeneeskunde,
Radboudumc Nijmegen

INTERNATIONAAL ONDERZOEK NAAR DE HUISARTSGENEESKUNDIGE PRAKTIJK:

Nederlandse arts druk met ggz, palliatie én bureaucratie

Uit een internationaal onderzoek blijkt dat Nederlandse huisartsen meer tijd steken in palliatieve zorg en geestelijke gezondheidszorg dan hun buitenlandse collega's. Helaas staan ze ook aan de top als het gaat om het verrichten van administratieve klussen.



HOLLANDSE HOOGTE

Nederlandse huisartsen oordelen positief over de gezondheidszorg in ons land. De helft van hen vindt dat het zorgsysteem goed functioneert en slechts enkele aanpassingen behoeft. Slechts 2 procent vindt dat er zoveel mis is met ons zorgsysteem dat we het helemaal opnieuw zouden moeten inrichten. Ongeveer één op de vijf huisartsen meent dat de zorg in de afgelopen drie jaar is verbeterd, terwijl een derde vindt dat de kwaliteit van medische zorg is verslechterd. 84 procent van de huisartsen is (erg) tevreden over het eigen beroep.

Dat zijn enkele conclusies van de International Health Policy (IHP) Survey 2015, waarvoor 1600 Nederlandse huisartsen in 2015 een uitnodiging ontvingen (zie kader). 618 Nederlandse huisartsen (40,6% respons) vulden de vragenlijst in. Van hen was 53 procent man, 33 procent jonger dan 45 jaar en 52 procent werkzaam in een kleine plaats of op het platteland.

Administratieve lasten

In vergelijking met de andere landen besteden Nederlandse huisartsen relatief weinig tijd aan direct patiëntencontact

De administratieve taken worden als problematisch ervaren

(zie *figuur 1*). Als hierbij het patiëntencontact via e-mail of telefoon wordt opgeteld, komt het percentage uit op 76 procent. De overige 24 procent betreft tijd voor administratie. Alleen Zweedse huisartsen besteden minder tijd aan direct patiëntencontact. Deze resultaten bevestigen eerder onderzoek naar patiëntgebonden tijd en laten zien dat de administratieve taken van Nederlandse huisartsen relatief veelomvattend zijn en als problematisch worden ervaren.^{1,2}

Met het manifest 'Het roer moet om' namen huisartsen collectief het initiatief tot ander beleid. Met als gevolg dat huisartsen, verzekeraars en patiënten in oktober 2015 op drie thema's een akkoord hebben gesloten, onder andere om de administratieve lasten te verminderen.³ Er zijn bijvoorbeeld afspraken gemaakt over minder formulieren bij het voorschrijven van genees- en hulpmiddelen. Daarnaast is een taskforce opgericht om

het kwaliteitsbeleid te moderniseren, zodat het minder belastend wordt voor de huisarts. De uitkomsten van de IHP Survey 2015 ondersteunen de noodzaak van deze hervormingen.

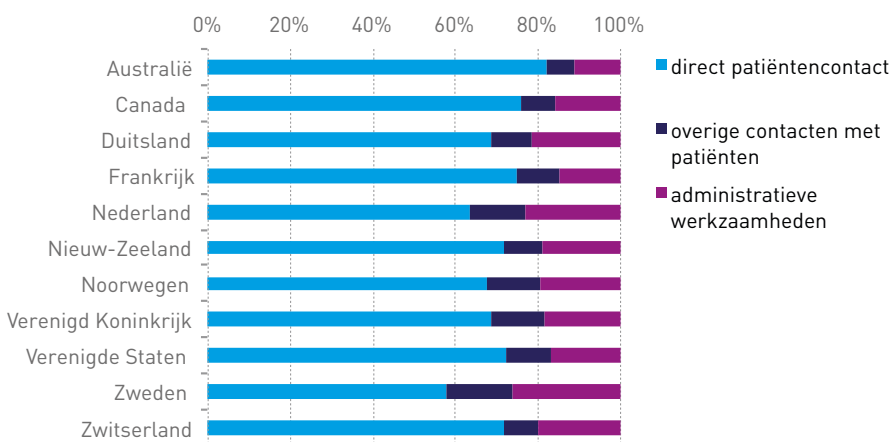
Palliatieve zorg

De Nederlandse huisarts ziet relatief vaak patiënten met een palliatieve zorgvraag. 66 procent ziet vaak patiënten die palliatief behandeld moeten worden, alleen huisartsen uit het Verenigd Koninkrijk scoorden hoger (71%). Opvallend was dat 92 procent van de Nederlandse huisartsen aangaf dat zijn of haar praktijk 'goed' voorbereid was om deze patiënten optimale zorg te leveren. Geen enkel land scoort zo hoog op dit vlak.

In 2015 zijn voor het eerst twee vragen opgenomen over gesprekken omtrent het levenseinde en anticiperend beleid. 59 procent van de Nederlandse huisartsen bespreekt met oudere of zieke patiënten welke medische behandeling ze willen ondergaan indien ze zeer ziek worden, ernstig letsel oplopen, of zelf geen beslissing meer kunnen nemen (zie *figuur 2*). Alleen in het Verenigd Koninkrijk bespreken de huisartsen dit vaker routinematig. In Nederland wordt veel belang gehecht aan het thuis kunnen sterven. Het unieke karakter van onze gezondheidszorg legt een grote verantwoordelijkheid bij de huisarts om de patiënt te begeleiden en de zorg te coördineren. Verschillende (beroeps-)organisaties, waaronder het NHG, de LHV en de KNMG, hebben actief beleid ontwikkeld voor palliatieve zorg. Mogelijk weerspiegelen onze data de effecten van dit beleid.

Een van de initiatieven om de zorg voor palliatieve patiënten in Nederland te optimaliseren is de oprichting van PaTz-groepen (palliatieve thuiszorg). Huisartsen en wijkverpleegkundigen bespreken in PaTz-groepen de problemen en zorgbehoeften van patiënten.⁴ Om een extra

1. Tijdsbesteding van huisartsen



Tijdsbesteding van huisartsen in elf landen, ingedeeld in direct patiëntencontact, overig patiëntencontact (e-mail, telefoon) en administratief werk.

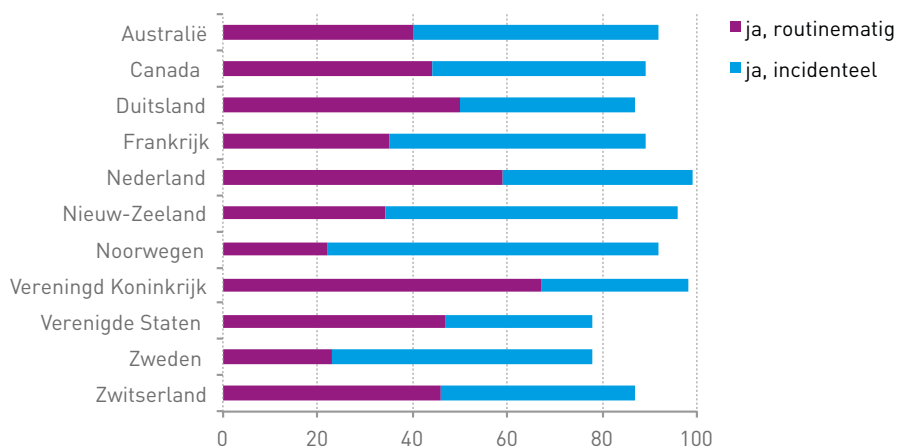
impuls te geven aan de zorg voor palliatieve patiënten is in 2014 het Nationaal Programma Palliatieve Zorg ingericht. De basisvisie hierbij is dat palliatieve zorg uitgaat van de wensen en behoeften van de patiënt en zijn naasten, deel uitmaakt van de reguliere zorgverlening en zo dicht mogelijk bij huis wordt georganiseerd. Het programma beoogt de specifieke rol van de huisarts bij palliatieve zorg te versterken.

Geestelijke gezondheidszorg

De reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in 2014 heeft ertoe geleid dat meer ggz binnen de huisartsvoorziening wordt geleverd.⁵ De huisarts krijgt hierdoor meer op zijn bord, zowel qua management als qua problematiek. De IHP Survey 2015 laat zien dat de Nederlandse huisarts veel patiënten ziet met ernstige psychische problemen. Slechts de helft van de Nederlandse huisartsen zegt voldoende voorbereid te zijn om optimale zorg te leveren voor patiënten met ernstige psychische problematiek. De rest vindt dat de zorg voor deze patiënten onder druk staat, maar oorzaken hiervoor zijn in deze IHP niet onderzocht.

De praktijkondersteuner speelt een

2. Bespreken van de zorgbehoefte van zeer zieke patiënten



Percentage huisartsen dat routinematig of incidenteel met oudere of zieke patiënten bespreekt welke medische behandeling ze willen ondergaan indien ze zeer ziek worden, ernstig letsel oplopen, of zelf geen beslissing meer kunnen nemen.

belangrijke rol bij de uitvoering van de geestelijke gezondheidszorg. De Monitor Generalistische Basis GGZ laat zien dat het aantal praktijkondersteuners en het aantal nieuwe patiënten bij de POH-ggz fors is toegenomen sinds de invoering van de generalistische basis-ggz.⁶ Naar ver-

wachting zal de toestroom van patiënten in de basis-ggz de komende jaren verder toenemen. Dat vraagt veel van de samenwerking tussen huisarts en POH-ggz, waarbij de rol en functie van de POH-ggz zich verder zal ontwikkelen. In het landelijke beleid zullen hiervoor voldoende aandacht en middelen moeten zijn.

Kostenbewustzijn

Van de huisarts als poortwachter wordt kostenbewustzijn verwacht; hij moet bij behandelbeslissingen de kosten in overweging nemen. Na de IHP 2012 wezen wij er al op dat huisartsen in potentie de gezondheidszorg goedkoper kunnen maken.⁷ In de IHP 2012 gaf bijna 60 procent van de ondervraagde huisartsen aan dat Nederlanders te veel zorg krijgen. In 2015 is het daadwerkelijke kostenbewustzijn voor het eerst onderzocht. *Figuur 3* toont welk deel van de huisartsen zich 'vaak' bewust is van de kosten, of 'vaak' rekening houdt met kosten bij behandelbeslissingen. Landen verschillen sterk op beide indicatoren. Duitse en Franse huisartsen zijn zich het sterkst bewust van de kosten en houden het vaakst rekening met kosten in hun behandelbeslissingen.

IHP SURVEY

De International Health Policy (IHP) Survey van het Commonwealth Fund is een internationaal onderzoek naar ervaringen van huisartsen, burgers en patiënten. Jaarlijks is er in de deelnemende landen een enquête onder één van de drie doelgroepen, met grote steekproeven en uniforme methodologie. Daardoor kunnen de prestaties van gezondheidszorgsystemen worden vergeleken. Sinds 2006 participeert Nederland in de IHP Survey, samen met Duitsland, Frankrijk, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk, Zweden, Zwitserland, de Verenigde Staten, Canada, Australië en Nieuw-Zeeland. IQ Healthcare van het Radboudumc is verantwoordelijk voor de Nederlandse deelname. De resultaten worden gerapporteerd aan het ministerie van VWS en voeden ook de Zorgbalans (gezondheidszorgbalans.nl).

Dit jaar richtte de survey zich op huisartsen.

Bron: Osborn R, Moulds D, Schneider EC, Doty MM, Squires D, Sarnak DO. Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs. Health Aff (Millwood). Dec 1 2015; 34(12): 2104-12.

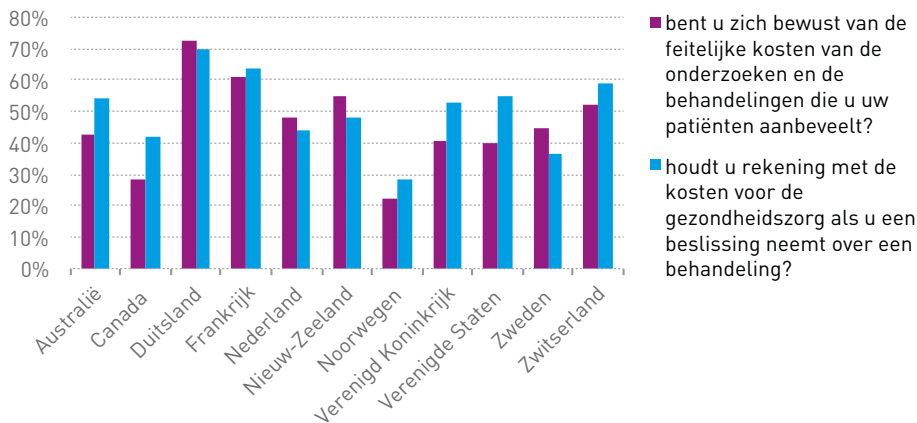
ERECTIESTOORNIS

Als ik via internet een surfplank wil kopen, krijg ik dagen daarna nog ongevraagd aanbiedingen voor surfplanken op mijn scherm. Het businessmodel van gratis internet-diensten is nu eenmaal zo dat ze met advertenties hun geld verdienen. De techniek die hiervoor wordt gebruikt noemen we 'cookies'. Ook websites van ziekenhuizen gebruiken cookies. Deze week kreeg ik (net als andere ziekenhuisbestuurders) een brief van de Autoriteit Persoonsgegevens met de opdracht om onverwijld drie cookies van onze website te halen. Eén cookie maakt het voor webbezoekers mogelijk om een onderwerp op onze pagina te 'liken'. Nu heb ik zelf nog nooit iets 'gelikt', maar ik geld als enigszins wereldvreemd. Een ander cookie helpt mensen om gemakkelijk gerelateerde informatie te vinden. Ook dat is op internet gans normaal.

Maar onze geliefde autoriteit vindt dat ziekenhuizen deze normale werkelijkheid moeten mijden. Want stel dat ik op onze website zit te surfen, op zoek naar erectiestoornissen of palliatieve zorg. En na afloop tevreden een 'like' uitdeel. Dan kunnen dankzij de cookies blijkbaar derden het surfgedrag analyseren en proberen de informatie te vermarkten aan uitgevers van vieze blaadjes of begrafenisondernemingen. Die zullen mij gretig hun producten aansmeren. Dat vindt de autoriteit niet goed. Dat snap ik – alleen vrees ik dat de autoriteit nog wereldvreemder is dan ik. Want als u deze column op de site van MC een 'like' geeft, of nieuwsgierig bent naar mijn andere columns, dan bent u (met dank aan de titel) net zo goed internethandel geworden. Maar waardevol? Ik vind de jacht op het digitale cookiemonster bijzonder vergezocht.

Hugo Keuzenkamp is bestuurder van het Westfriesgasthuis in Hoorn

3. Kostenbewustzijn van huisartsen bij behandelbeslissingen



Kostenbewustzijn en rekening houden met kosten bij behandelbeslissingen. 'Als u nadenkt over uw behandelbeslissingen, hoe vaak ...?' (het percentage staat voor 'hoe vaak').

Daarentegen tonen huisartsen uit Noorwegen relatief weinig kostenbewustzijn en houden zij niet vaak rekening met kosten bij hun behandelbeslissingen. Nederlandse huisartsen scoren gemiddeld. De Nederlandse huisarts is zich, net als veel buitenlandse collega's, niet erg bewust van de feitelijke kosten van de zorg en houdt er bij behandelbeslissingen in minder dan de helft van de gevallen rekening mee. Dit zogenoemde 'stewardship' kan een belangrijke bijdrage leveren aan het beheersbaar houden van de zorgkosten; gericht beleid om deze inbreng te verhogen lijkt noodzakelijk.⁸ Mogelijk verklaart de afwezigheid van concurrentie het gebrek aan kostenbewustzijn van de Nederlandse huisarts. Hij hoeft zelf niet op prijs te concurreren en heeft – anders dan veel buitenlandse collega's – geen directe concurrentiepositie ten opzichte van de tweede lijn. Ook worden voor hun patiënten, op het eigen risico na, de vervolgcosten in de dure specialistische zorg volledig vergoed. De kosten van de zorg vormen dus geen direct aandachtspunt voor de huisarts. Tegelijkertijd heeft de Nederlandse huisarts als poortwachter een rol in het

beheersen van kosten. Het is dus van belang om het stewardship van de Nederlandse huisarts te stimuleren. Beschikbaarheid van data over de kosten van de zorg en specifieke scholing zouden dit aspect meer onder de aandacht kunnen brengen. De onlangs gelanceerde 'Praktijkspiegel' van Vektis geeft huisartspraktijken een objectief beeld van het totale zorggebruik van hun patiënten en de kosten die hiermee samenhangen. Hiervoor worden de declaratiegegevens van alle zorgverzekeraars gebundeld en in heldere overzichten aangereikt.⁹ Mogelijk draagt dit bij aan de beschikbaarheid van data en de mogelijkheid van huisartsen om daarop te reflecteren. ■

contact

philip.vanderwees@radboudumc.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.