

Taakprofielen van huisartsen in Nederland en Europa

Samenvatting

Schäfer WLA, Van den Berg MJ, Boerma WG, Schellevis FG, Groenewegen PP. Taakprofielen van huisartsen in Nederland en Europa. *Huisarts Wet* 2016;59(7):286-91.

ACHTERGROND Wetenschappelijke evidentie wijst erop dat een sterke eerste lijn bijdraagt aan een oplossing voor de belangrijkste uitdagingen van de gezondheidszorg: het veranderende morbiditeitspatroon in combinatie met een stijgende zorgvraag en kosten. In de afgelopen decennia hebben beleidsmakers in Europese landen een sterke eerste lijn gestimuleerd. Een van de indicatoren van een sterke eerste lijn is de breedte van de taakprofielen van huisartsen. Onderdeel van de taakprofielen van huisartsen is het zorgaanbod van huisartsen waarvoor patiënten hen als eerste contactpunt met de gezondheidszorg consulteren, de mate waarin huisartsen betrokken zijn bij de behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten, de kleine technische en chirurgische verrichtingen, en preventie.

METHODE We keken naar de breedte van de taakprofielen van huisartsen in Nederland en 27 andere Europese landen, in 1993 en 2012. Dat deden we op basis van door huisartsen ingevulde vragenlijsten ($n = 6321$, respectievelijk 6004).

RESULTATEN In 1993 hadden Nederlandse huisartsen bredere taakprofielen dan huisartsen in veel andere Europese landen en in 2012 was dit nog meer het geval. De taakprofielen van Nederlandse huisartsen zijn verbreed op het gebied van de behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten. Deze trend is ook waarneembaar in de meeste andere Europese landen. In veel landen zagen we een afname in preventieve activiteiten, terwijl Nederlandse huisartsen op dit gebied juist actiever zijn geworden. In 1993 deden Nederlandse huisartsen wel veel minder aan preventie dan die in de meeste andere landen. Verder doen Nederlandse huisartsen meer kleine technische en chirurgische verrichtingen. In hun rol als eerste contactpunt met de gezondheidszorg zijn Nederlandse huisartsen iets minder actief geworden.

CONCLUSIE Tussen 1993 en 2012 zijn de taakprofielen van Nederlandse huisartsen breder geworden. Ook is hun relatieve positie ten opzichte van andere landen versterkt.

INLEIDING

Sinds 1993 is er veel veranderd in de context en organisatie van de huisartsenzorg in Nederland en andere Europese landen. Door demografische veranderingen is het morbiditeitspatroon in veel landen verschoven in de richting van chronische ziekten. In 1993 hadden Nederlandse huisartsen brede taakprofielen in vergelijking met huisartsen in andere Europese landen. Meer dan huisartsen in andere landen waren Nederlandse huisartsen voor patiënten het eerste contactpunt in de gezondheidszorg. Ook deden Nederlandse huisartsen, net als die in de Scandinavische landen, Groot-Brittannië en Zwitserland, veel aan kleine technische en chirurgische verrichtingen. Aan de andere kant waren Nederlandse huisartsen wat minder actief in de behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten dan huisartsen in andere Europese landen, al waren de verschillen tussen landen vrij klein. Ook hielden Nederlandse huisartsen in 1993 zich relatief weinig bezig met preventie, bijvoorbeeld in de vorm van gezondheidsvoorlichting en screening op hypertensie en hypercholesterolemie.¹

De veranderingen na 1993 en de stijgende zorgkosten hebben consequenties gehad voor de rol van huisartsen. Beleidsmakers gingen er op basis van de wetenschappelijke evidentie vanuit dat een versterking van de eerstelijnszorg deze veranderingen zonder grote kostenstijging zou kunnen opvangen.²⁻⁵ In Nederland kwam dit bijvoorbeeld tot uiting in een verschuiving van zorgtaken van de vaak duurder tweede lijn naar de eerste lijn. Dergelijke veranderingen zorgden ervoor dat men ook steeds meer van huisartsen ging verwachten.

De mate waarin een versterking van de eerste lijn is gerealiseerd is af te meten aan de breedte van de taakprofielen van huisartsen. Hoe breder de taakprofielen van huisartsen, des te sterker de positie binnen het gezondheidszorgsysteem. Onder taakprofielen van huisartsen verstaan we het zorgaanbod van huisartsen, waarin we vier aspecten onderscheiden:

Wat is bekend?

- Een breed takenpakket van huisartsen wordt in de literatuur gezien als een indicator voor een sterke eerste lijn.
- In 1993 hadden Nederlandse huisartsen bredere taakprofielen dan huisartsen in andere Europese landen, vooral in hun rol als eerste contactpunt en wat betreft verrichtingen van kleine technische en chirurgische procedures.

Wat is nieuw?

- In 2012 zijn de taakprofielen van huisartsen in veel Europese landen nog breder geworden, vooral op het gebied van de behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten.
- De taakprofielen van Nederlandse huisartsen zijn tussen 1993 en 2012 ook breder geworden. Ook is hun relatieve positie ten opzichte van andere landen versterkt.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: W.L.A. Schäfer, onderzoeker; W.G.W. Boerma, senior onderzoeker; F.G. Schellevis, hoofd onderzoeksafdeling; P.P. Groenewegen, senior onderzoeker. RIVM, Bilthoven: M.J. van den Berg, onderzoeker. Academisch Medisch Centrum, Amsterdam: M.J. van den Berg, onderzoeker. VUmc, Afdeling Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde/EMGO Institute for Health and Care Research: F.G. Schellevis, bijzonder hoogleraar. Universiteit van Utrecht, Departement Sociale Geografie en Capaciteitsgroep Sociologie, Utrecht: P.P. Groenewegen, bijzonder hoogleraar • Correspondentie: w.schafer@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het QUALICOPC-onderzoek is mede gefinancierd door de Europese Commissie binnen het Zevende Kader Programma (FP7/2007-2013; contract nr. 242141). Het huisartsentaakprofielenonderzoek uit 1993 is gefinancierd uit het EC BIOMED 1-programma (contract nr. BMH1-CT92-1636). De analyse van de data over werkbelasting is gefinancierd door de Landelijke Huisarts Vereniging (LHV). Het NIVEL is een onafhankelijk instituut dat statutair verplicht is tot openbare publicatie.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Schäfer WLA, Van den Berg MJ, Boerma WG, Schellevis FG, Groenewegen PP. Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scand J Prim Health Care* 2016;34(1):97-110. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

- de huisarts als eerste contactpunt met de gezondheidszorg;
- betrokkenheid van de huisarts bij de behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten;
- de uitvoering van kleine technische en chirurgische verrichtingen;
- preventieve activiteiten.^{1,5,6}

Op basis van onze verwachtingen hebben we de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Op welke punten verschillen de taakprofielen van Nederlandse huisartsen van die van huisartsen in andere Europese landen?
- Op welke punten zijn de taakprofielen van Nederlandse huisartsen sinds 1993 veranderd, vergeleken met de taakprofielen van huisartsen in andere Europese landen?

METHODE

We verzamelden gegevens via vragenlijsten die huisartsen in 28 landen hebben ingevuld. Dat deden we in 1993 in het kader van het Europese taakprofielenonderzoek (n = 6321 huisartsen)¹ en in 2012 in het kader van het QUALICOPC-onderzoek (Quality and Costs of Primary Care in Europe; n = 6044 huisartsen).^{7,8} In elk land was het doel een representatieve steekproef van 200 huisartsen te ondervragen. Zowel in 1993 als 2012 kwamen de kenmerken van de deelnemende huisartsen grotendeels overeen wat betreft leeftijd en geslacht, en waren ze representatief voor de hele huisartsenpopulatie van elk land.^{9,10} Van de Nederlandse steekproef uit 1993 was 93% praktijkhouder; in 2012 lag dit op 95%. Het gemiddelde responspercentage voor het taakprofielenonderzoek van 1993 was 51% voor alle landen en 53% voor Nederland. Het gemiddelde responspercentage voor het QUALICOPC-onderzoek van 2012 was 38% voor alle landen en 17% voor Nederland. Details van de steekproeftrekking voor 1993 en 2012 hebben we elders beschreven.^{7,9,10}

De breedte van de taakprofielen

De vragenlijsten uit 1993 en 2012 bevatten dezelfde vragen over de taakprofielen van huisartsen gerelateerd aan hun rol als eerste contactpunt met de gezondheidszorg, de behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten, kleine technische en chirurgische verrichtingen, en preventie.

Voor de eerste drie onderdelen hebben we de huisartsen gevraagd om op een lijst van patiënten met klachten of ziekten aan te geven in hoeverre zij bij de behandeling hiervan betrokken zijn (op een schaal van 1 (nooit) tot 4 ((bijna) altijd)).^{1,8} Bijvoorbeeld voor de behandeling van en zorg voor patiënten met een depressie (zie **figuur 1** voor een compleet overzicht). Voor preventieve activiteiten hebben we aan huisartsen gevraagd in hoeverre zij systematisch de bloeddruk en het cholesterol meten, en in hoeverre zij gezondheidsvoorlichting geven.

De schaalscores hebben we berekend met multilevel latente klasse-analyses. In de schalen hebben we gecorrigeerd voor een aantal kenmerken: het geslacht en de leeftijd van huisartsen, de stedelijkheid van de praktijklocatie en de praktijkvorm



Foto: Charlotte Bogaert/Hollandse Hoogte

(solo-, duo- of groepspraktijk). We hebben de variantie die toe te kennen is aan verschillen tussen huisartsen en hun praktijken uit de scores gehaald, om tot een goede schatting voor het betreffende land te komen. De details van de procedures om de schaalscores te berekenen hebben we elders beschreven.¹¹ Veranderingen tussen 1993 en 2012 hebben we weergegeven als proportionele verandering (in percentages) in de breedte van taakprofielen tussen de twee meetmomenten.

RESULTATEN

De taakprofielen van Nederlandse huisartsen

In 2012 hebben Nederlandse huisartsen een sterkere positie als *eerste contactpunt met de gezondheidszorg*. Samen met Deense en Zweedse artsen zijn Nederlandse huisartsen bij de meeste klachten en ziektebeelden als eerste contactpunt betrokken bij de zorg. Nederlandse huisartsen zijn vooral meer betrokken bij problemen van kinderen en vrouwen. In een aantal, voornamelijk Oost-Europese landen behoren deze taken toe aan de gynaecoloog en kinderarts. Nederlandse huisartsen zijn iets meer dan gemiddeld betrokken bij *de behandeling van en*

Figuur 1 Vragen uit de vragenlijst over de taakprofielen van huisartsen

Eerste contact	(Bijna) altijd	Gewoonlijk	Nu en dan	Zelden/nooit
In hoeverre wenden patiënten in uw praktijk zich bij de volgende gezondheidsproblemen tot u als de eerste verlener van gezondheidszorg? (Het gaat hier dus alleen om het eerste contact, niet om nader onderzoek of behandeling).				
1. Kind met ernstige hoest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind van 8 met gehoorproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vrouw van 18 die om orale contraceptie vraagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Man van 24 met maagpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Man van 45 met pijn op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vrouw van 50 met een knobbel in haar borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vrouw van 60 met verminderde visus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vrouw van 60 met polyurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vrouw van 60 met acute symptomen van paralyse/parese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Man van 70 met gewrichtspijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vrouw van 75 met matige geheugenstoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Man van 35 met een verstuikte enkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Man van 28 met een eerste convulsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Angstige man van 45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Lichamelijk mishandeld kind van 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Paar met relatieproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Vrouw van 50 met psychosociale problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Man van 32 met seksuele problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Man van 52 met een alcoholprobleem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandeling en nazorg van ziekten	(Bijna) altijd	Gewoonlijk	Nu en dan	Zelden/nooit
In hoeverre bent u betrokken bij de behandeling en nazorg van patiënten in uw praktijk bij de volgende diagnoses?				
1. Chronische bronchitis/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hordeolum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Peptische ulcer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hernia nucleus pulposus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Decompensatio cordis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Peritonsillair abces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. M. Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ongecompliceerde diabetes mellitus (type II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Reumatoïde artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Myocardinfarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

zorg voor patiënten met chronische ziekten. Op dit punt zijn zij vergelijkbaar met huisartsen in Hongarije en Italië. Huisartsen in Slovenië zijn het meest actief op dit gebied en huisartsen in Slowakije het minst. Ten opzichte van andere Europese landen zijn Nederlandse huisartsen relatief vaak betrokken bij de behandeling van en zorg voor patiënten met diabetes en relatief weinig bij patiënten met reuma. Op het gebied van de uitvoering van *kleine technische en chirurgische verrichtingen* zijn er grote verschillen tussen huisartsen in Europa. Vergeleken met Nederland doen alleen Finse huisartsen meer aan dergelijke verrichtingen. In Litouwen doen huisartsen het minst aan deze verrichtingen. Veel Nederlandse huisartsen plaatsen bijvoorbeeld spiraaltjes en verwijderen wratten. Wat betreft *preventieve activiteiten* zitten Nederlandse huisartsen net iets onder het gemiddelde van alle 28 landen. Nederlandse huisartsen doen veel aan gezondheidsvoorlichting, maar minder dan in andere landen aan het systematisch meten van de bloeddruk en het cholesterolgehalte.

Veranderingen in de taakprofielen

[Figuur 2 tot en met 5] geven de breedte van de taakprofielen in 1993 en 2012 weer. Gedetailleerde cijfers en relatieve veranderingen staan in [tabel 1] (zie www.henw.org, rubriek Onderzoek). Vergeleken met 1993 zijn Nederlandse huisartsen in 2012 als *eerste contactpunt in de gezondheidszorg* bij minder problemen betrokken. De grootste afname voor betrokkenheid zien we bij sociale problemen, zoals alcoholproblemen en kindermishandeling. Deze afname vinden we ook terug in veel andere landen.

De betrokkenheid van Nederlandse huisartsen bij de *behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten* is tussen 1993 en 2012 sterk toegenomen. De toename betreft het hele spectrum van ziekten. Ook in de meeste andere Europese landen zijn huisartsen meer betrokken bij de behandeling en nazorg van chronische ziekten.

Nederlandse huisartsen voeren in 2012 meer kleine technische en chirurgische verrichtingen uit dan in 1993. De

Technische procedures	(Bijna) altijd	Gewoonlijk	Nu en dan	Zelden/nooit
In hoeverre worden de volgende verrichtingen door u (of uw medewerkers) uitgevoerd en niet door een medisch specialist, als uw patiënten deze nodig hebben? (Bijvoorbeeld als patiënten voor fundoscopie bijna altijd bij u komen, kruist u het betreffende vakje aan).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Wigexcisie van een ingegroeide teennagel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verwijdering van atheroomcyste van de behaarde hoofdhuid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wondhechting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Excisie van wratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Plaatsen van een spiraaltje/IUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fundoscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Injectie in gewricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tapen van een enkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cryotherapie (wratten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Infuus aanleggen (veneus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preventieve activiteiten				
Wanneer meet u (of een medewerker) de bloeddruk? (Meer dan een antwoord mogelijk.)	<input type="checkbox"/> N.a.v. klinische bevindingen <input type="checkbox"/> Op verzoek <input type="checkbox"/> Als routine bij spreekkamerconsulten met volwassenen (ongeacht de reden van de komst) <input type="checkbox"/> Bij volwassenen op uitnodiging			
Wanneer meet u, of een medewerker, het bloedcholesterolniveau? (Meer dan een antwoord mogelijk.)	<input type="checkbox"/> N.a.v. klinische bevindingen <input type="checkbox"/> Op verzoek <input type="checkbox"/> Als routine bij spreekkamerconsulten met volwassenen (ongeacht de reden van de komst) <input type="checkbox"/> Bij volwassenen op uitnodiging <input type="checkbox"/> Wij doen zulke metingen niet			
In hoeverre geeft u gezondheidsvoorlichting betreffende de volgende onderwerpen (meer dan een antwoord mogelijk):	Niet	Naar aanleiding van normale patiënten-contacten	Groepsgewijs of in speciale programma's	
1. Roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Voeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Problematisch alcoholgebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

grootste toename betreft het aanleggen van een infuus en de toediening van een intra-articulaire injectie. Fundoscopie voeren huisartsen minder vaak uit dan in 1993. Het beeld in de andere landen is wisselend: in een aantal landen zien we een toename van de betrokkenheid bij deze verrichtingen, maar in veel landen is ook sprake van een afname.

In de meeste landen doen huisartsen minder aan *preventieve activiteiten*, terwijl we in Nederland een sterke toename zien. Nederland scoorde in 1993 echter erg laag. De sterkste toename in preventieve activiteiten betreft de meer systematische voorlichting over roken.

BESCHOUWING

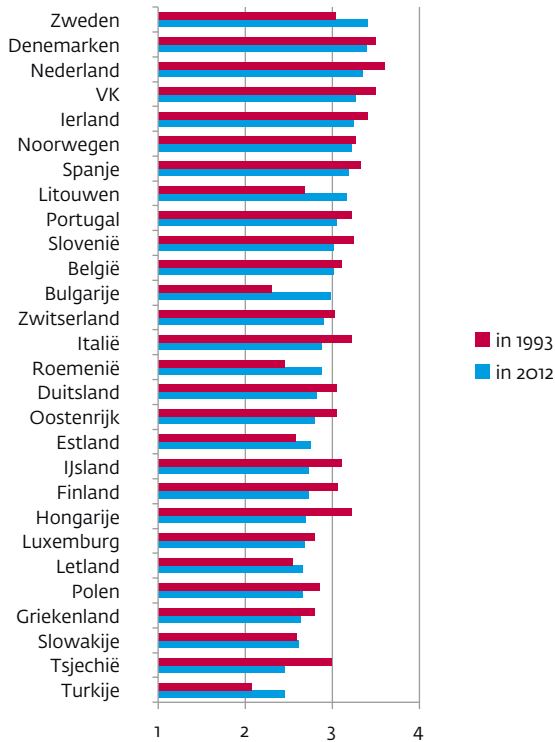
In 1993 hadden Nederlandse huisartsen al brede taakprofielen vergeleken met huisartsen in andere Europese landen. Sindsdien zijn hun taakprofielen over het algemeen nog breder geworden. De taakprofielen van Nederlandse huisartsen zijn bovendien breder geworden dan die van huisartsen in 27 andere Europese landen. In Europese landen is er sprake van een toename in de betrokkenheid bij de behandeling van en zorg voor patiënten met acute en chronische ziekten. Deze trend zien we ook terug bij Nederlandse huisartsen. Op dit gebied hebben Nederlandse huisartsen hun positie ten opzichte van

die in andere landen versterkt. In veel landen is men minder aan preventieve activiteiten gaan doen, terwijl Nederlandse huisartsen juist veel actiever zijn geworden op het gebied van preventie en gezondheidsvoorlichting. Deze toename heeft waarschijnlijk te maken met de inzet van de POH, die een belangrijke rol speelt bij leefstijlprogramma's. Op dit moment hebben Nederlandse huisartsen op dit punt echter nog steeds minder brede taakprofielen dan huisartsen in veel andere landen. De toekomstambities van de LHV, NHG en het IOH richten zich op een inzet van huisartsen op verschillende vormen van preventie. Op dit gebied zijn dan ook nog redelijk grote stappen nodig.¹²

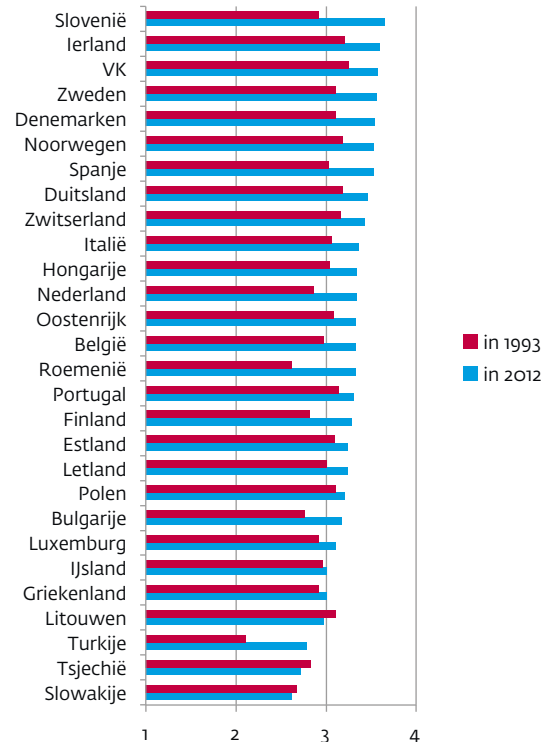
Niet als in 1993 zijn Nederlandse huisartsen ook in 2012 nog steeds erg actief op het gebied van kleine technische en chirurgische verrichtingen. Hun betrokkenheid is bovendien verder toegenomen. Mogelijk speelt hierin mee dat huisartsenpraktijken sinds 1993 steeds meer ondersteunend personeel hebben, dat ook bepaalde technische procedures kan uitvoeren.

In veel West-Europese landen fungeren huisartsen steeds minder als eerste contactpunt in de gezondheidszorg. Dit geldt ook voor Nederland, vooral wat betreft sociale problemen. De taakopvatting met betrekking tot dit soort problemen is ver-

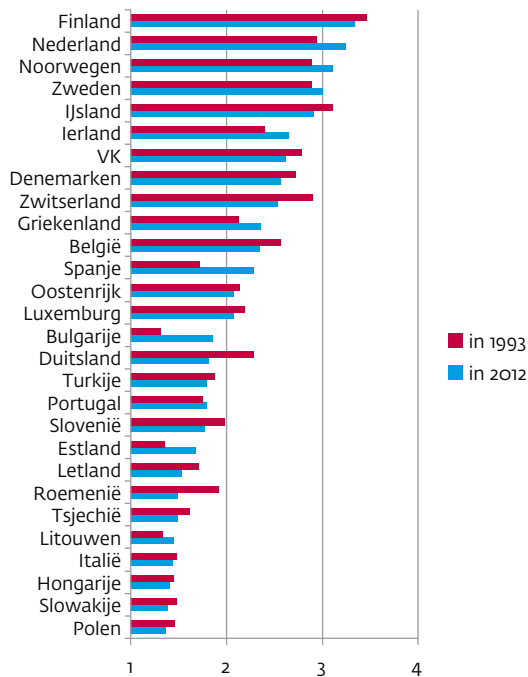
Figuur 2 Taakprofielen van huisartsen in 1993 en 2012 (een hogere score geeft een breder taakprofiel weer): als eerste contactpunt



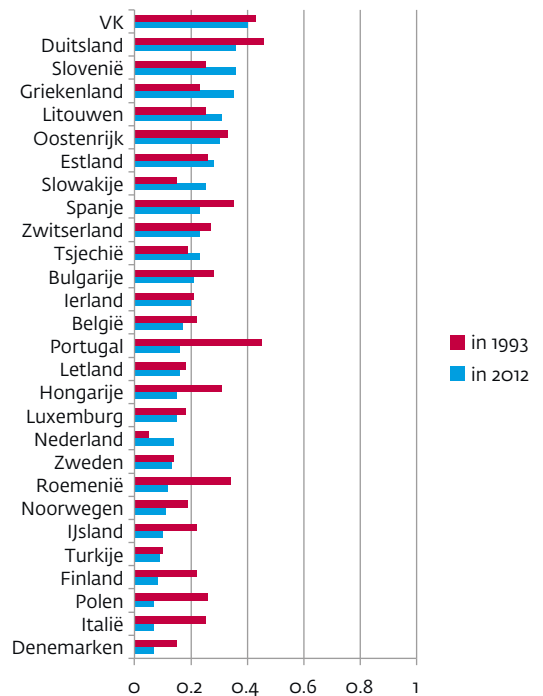
Figuur 3 Behandeling en zorg van chronische ziekten



Figuur 4 Kleine technische verrichtingen



Figuur 5 Preventie



anderd, zoals ook al naar voren kwam uit een onderzoek dat de taakopvattingen tussen 1987 en 2001 vergeleek.¹³ Daarnaast bleek uit een onderzoek op basis van video-opnamen van consulten dat huisartsen in de periode van 1995-2008 ten opzichte van 1977-1989 even vaak over psychosociale problemen spraken, maar dan wel vaker over psychische symptomen en minder vaak over sociale problemen.¹⁴ Dit onderzoek constateerde ook dat sociale factoren in 1987 volgens de beroepsgroep expliciet tot de verantwoordelijkheden van Nederlandse huisartsen behoorden.¹⁵ In 2012 was dit niet meer het geval.¹⁶ Na de recente transitie in het gezondheidszorgsysteem mogen we echter verwachten dat de rol van huisartsen bij sociale problemen weer is toegenomen.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat we gebruik hebben gemaakt van gegevens van een grote hoeveelheid huisartsen in een groot aantal Europese landen, die we op systematische wijze hebben verzameld. Deze gegevens maken het mogelijk om de betrokkenheid van Europese huisartsen te vergelijken over een periode waarin zich wat betreft de eerste lijn belangrijke beleidswijzigingen hebben voltrokken. De methode van steekproeftrekking maakt het mogelijk om de scores per land in een multiniveaumodel te construeren.

Dit onderzoek kent ook beperkingen. De Nederlandse steekproeven uit 1993 en 2012 bevatten voor een groot deel praktijkhouders; waarnemers en hidha's ontbreken. Mogelijk hebben de praktijkhouders een breder taakprofiel dan de andere twee groepen. Daarnaast berusten de cijfers over de breedte van de taakprofielen op een inschatting van huisartsen van de mate waarin hun patiënten hen voor bepaalde gezondheidsproblemen consulteren. Hoewel we mogen verwachten dat huisartsen hier een redelijke inschatting van kunnen geven, mogen we onder- of overschatting niet uitsluiten wanneer zij niet goed weten welke gezondheidsaandoeningen er in hun patiëntenpopulatie voorkomen.

Dit onderzoek laat zien hoe de taakprofielen van Nederlandse huisartsen zich hebben ontwikkeld ten opzichte van die in andere landen. We hadden verwacht dat de taakprofielen veelal verbreed zouden zijn, omdat het Nederlands beleid gericht is geweest op verschuivingen van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg. We vonden inderdaad dat Nederlandse huisartsen een breder taakprofiel hebben gekregen. In die zin is het dus gelukt om de sterke eerste lijn nog verder te versterken. Uit het QUALICOPC-onderzoek is bovendien gebleken dat in landen waar de uitgaven in de gezondheidszorg de afgelopen decennia sterker zijn gestegen, de taakprofielen van huisartsen ook breder zijn geworden. Dit kan erop wijzen dat er in die landen een grotere noodzaak was om de eerste lijn te versterken. Van de 28 onderzochte landen was deze stijging tussen 1993 en 2012 met 4,1% in Nederland het hoogst.¹¹

De vraag is wat deze verbreding van het taakprofiel voor huisartsen heeft betekend. We mogen verwachten dat een

breder takenpakket bijvoorbeeld ook een hogere werkdruk met zich mee heeft gebracht. In vervolgonderzoek zullen we op deze vraag ingaan.

CONCLUSIE

Nederlandse huisartsen hadden in 1993 een breder takenpakket dan huisartsen in andere landen en dat is de afgelopen decennia nog verder verbreed. De verbreding van het taakprofiel is in Nederland bovendien groter dan die in andere Europese landen.

DANKBETUIGING

Graag bedanken wij de begeleidingscommissie van dit project F. Dijkers, P. Lips, J. Metsemakers en K. Rosmalen. Verder danken wij P. Spreeuwenberg voor de statistische ondersteuning en alle coördinatoren van het QUALICOPC-onderzoek en de Taalprofielenstudie voor de dataverzameling in hun land. ■

LITERATUUR

- 1 Boerma WGW, Van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *Br J Gen Pract* 1997;47:481-6.
- 2 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
- 3 Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *J Health Serv Res Policy* 2000;5:22-6.
- 4 Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002;37:529-50.
- 5 Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.
- 6 Grielen SJ, Boerma WGW, Groenewegen PP. Unity or diversity? Task profiles of general practitioners in Central and Eastern Europe. *Eur J Public Health* 2000;10:249-54.
- 7 Schäfer WLA, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract* 2011;12:115.
- 8 Schäfer WLA, Boerma WGW, Kringos DS, De Ryck E, Gress S, Heinemann S, et al. Measures of quality, costs and equity in primary health care: instruments developed to analyse and compare primary health care in 35 countries. *Qual Prim Care* 2013;21:67-79.
- 9 Boerma WGW. Profiles of General Practice in Europe: an international study of variation in the tasks of general practitioners. Proefschrift. Utrecht: NIVEL, 2003.
- 10 Groenewegen PP, Gress S, Schäfer WLA. General practitioners' participation in a large, multi-country combined general practitioner - patient survey: recruitment procedures and participation rate. *Int J Fam Med* 2016;1-9.
- 11 Schäfer WLA, Boerma WGW, Spreeuwenberg P, Schellevis FG, Groenewegen PP. Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scand J Prim Health Care* 2016;34:97-110.
- 12 Van Hassel D, Korevaar J, Batenburg R, Schellevis F. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Utrecht: NIVEL, 2015.
- 13 Van den Berg MJ, Kolthof ED, De Bakker DH, Van der Zee J. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: de werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 14 Butalid L, Bensing JM, Verhaak PFM. Talking about psychosocial problems: an observational study on changes in doctor-patient communication in general practice between 1997 and 2008. *Patient Educ Couns* 2014;94:314-21.
- 15 Landelijke Huisartsen Vereniging. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: LHV, 1987.
- 16 NHG & LHV. Toekomstvisie huisartsenzorg: modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: NIVEL, 2012.