

Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn

Linda Flinterman
Peter Groenewegen
Robert Verheij

Oktober 2018

ISBN/EAN 978-94-6122-527-6

<http://www.Nivel.nl>
Nivel@Nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700

© 2018 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.

Voorwoord

In de afgelopen decennia is er veel veranderd in de zorg. Veel van die veranderingen hebben direct of indirect gevolgen gehad voor de eerste lijn. In dit rapport brengen we die veranderingen in beeld, waarbij de nadruk ligt op de huisartsenzorg. Het onderzoek is uitgevoerd met subsidie van het Ministerie van VWS. Veel dank zijn wij verschuldigd aan onze collega Dinny de Bakker, die in december 2016 overleed, maar bij het schrijven van dit rapport voortdurend in onze gedachten was.

De auteurs
Oktober 2018

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
1 Inleiding	9
1.1 Inkadering van deze studie	9
1.2 Wat verstaan we onder het zorglandschap?	11
1.3 Afbakening van de eerste lijn	12
1.4 Vraagstellingen van de studie	12
1.5 Globale aanpak	14
1.6 Leeswijzer	15
2 De uitdagingen van de eerste lijn	16
2.1 Toenemende zorgvraag en zorggebruik	16
2.2 Veranderingen in zorggebruik in de huisartspraktijk	18
2.3 Beschouwing	36
3 Het zorglandschap van de eerste lijn	37
3.1 Het gezondheidszorgsysteem	38
3.2 Veranderingen in beleid over de langere termijn	38
3.3 De zorgverleners en instellingen in de omgeving van de eerste lijn	44
3.4 De eerste lijn	50
3.5 Beschouwing	64
4 De organisatie van huisartspraktijken	67
4.1 Hoe zien huisartspraktijken hun plaats in de gezondheidszorg?	67
4.2 De hulpbronnen van huisartspraktijken	71
4.3 Samenwerking	79
4.4 Beschouwing	83
5 Hoe goed doet de eerste lijn het?	86
5.1 De organisatie van huisartspraktijken en de kwaliteit van zorgprocessen	86
5.2 Effecten van substitutiebeleid	102
5.3 Verschillen tussen bevolkingscategorieën in zorggebruik	104
5.4 Regionale variatie in zorggebruik	107
5.5 Beschouwing	110
6 Kengetallen voor de toekomst	113
6.1 Algemeen	113
6.2 Informatiebehoefte	114
6.3 Kengetallen voor de toekomst	117
6.4 Beschouwing	123
7 Beschouwing	127
Referenties	136

Bijlage A Methoden	145
A.1 Methode vergelijking Nationale studies	145
A.2 De organisatie van huisartspraktijken	147
 Bijlage B Extra tabellen en figuren	 150

Samenvatting

In 2015 heeft er een grote hervorming plaatsgevonden in de Nederlandse gezondheidszorg. De langdurige zorg en de zorg en ondersteuning voor chronisch zieken en mensen met beperkingen zijn op de schop gegaan, er zijn nieuwe wetten ingevoerd en verantwoordelijkheden gedecentraliseerd. Van burgers wordt verwacht dat zij zich gezond gedragen, dat als zij toch te maken krijgen met ziekte of beperking dat zoveel mogelijk zelf managen, en dat zij bewuste keuzes maken als zij een beroep doen op zorg. Ouderen worden geacht langer zelfstandig te blijven wonen en willen dat ook zelf graag, mensen met psychiatrische problematiek worden minder snel in een instelling opgenomen, jeugd met ontwikkelings- of psychische problemen worden minder vaak specialistisch behandeld. Behandelingen die voorheen in ziekenhuizen plaatsvonden worden verschoven naar de eerste lijn.

De hervorming verandert het hele zorglandschap waarvan de eerste lijn een onderdeel is. In dat licht beantwoorden we in dit rapport vijf vragen.

1. *Wat zijn de uitdagingen waarvoor de eerste lijn zich gesteld ziet op grond van veranderingen in de leeftijdsopbouw van de bevolking en daarmee samenhangende verandering in morbiditeit, zorgbehoefte en zorggebruik?*

Het groeiende aantal ouderen zorgt voor meer chronische aandoeningen in de bevolking, en er zijn bovendien meer medische mogelijkheden om mensen te behandelen. De mogelijkheden van medicamenteuze behandeling namen enorm toe, wat bijdroeg aan een toename van het geneesmiddelengebruik. Het aantal contacten met de huisartspraktijk is sinds 2001 gestegen met ruim 10%. Die stijging heeft vooral betrekking op het aantal telefonische contacten en contacten met praktijkondersteuners (POH's). Het aantal consulten in de praktijk bleef nagenoeg gelijk. Het aantal lange consulten is de afgelopen jaren toegenomen. Ook het aantal verwijzingen naar tweedelijnszorg steeg, en dat geldt ook voor het gebruik van zorg op de huisartsenpost (huisartsenposten waren er in 2001 nog nauwelijks). Het aantal huisartsen steeg ook, maar het aantal inwoners per fulltime equivalent huisarts bleef nagenoeg gelijk.

2. *Hoe is het zorglandschap in termen van het beleid en van de positie van centrale actoren gedurende de afgelopen decennia veranderd?*

Sinds de jaren 1970 staat de eerste lijn centraal in het beleid. Het zorgsysteem veranderde van aanbodgestuurde planning naar gereguleerde competitie en de laatste jaren ook naar decentralisatie. Gereguleerde competitie op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars leverde niet het gewenste resultaat, waardoor er nu wordt teruggegrepen op een beproefd concept: het poldermodel, met de recent gesloten bestuurlijke akkoorden als mechanisme.

De eerste lijn is nog altijd versnipperd en kleinschalig. Dat veroorzaakt een asymmetrie in de relaties met ziekenhuizen, die steeds grootschaliger werden, en met zorgverzekeraars, waarvan er na vele fusies nu nog slechts een handvol over is. Voor patiënten en hun naasten is de zorg niet overzichtelijker geworden.

3. *Wat is de huidige stand van zaken wat betreft de organisatie van huisartspraktijken? Hoe zien huisartspraktijken hun positie in de gezondheidszorg, wat is de personele en materiële uitrusting van praktijken en hoe is de samenwerking binnen de eerste lijn, met het sociale domein en de openbare gezondheidszorg, en met de tweede lijn?*

Nog maar een kwart van de huisartspraktijken gaat ervan uit dat patiënten die geen zorg vragen klaarblijkelijk gezond zijn. De meeste praktijken stellen de patiënt centraal en niet de ziekte. Solopraktijken komen steeds minder voor. Ook praktijken met maar één praktijkhouder hebben meestal parttime een huisarts in dienst (HIDHA) of een vaste waarnemer en één of meer POH's. In een derde van de praktijken werkt ook minstens een andere eerstelijnsdiscipline (veelal een diëtist). Intern en extern overleg vindt regelmatig plaats. Extern overleg is er vooral met apothekers en met de wijkverpleging. Een derde van de praktijken voert overleg met een sociaal wijkteam, een kwart overlegt met enige regelmaat met de jeugdzorg. Een vijfde van de praktijken heeft structurele afspraken met het ziekenhuis. Met de GGD is nauwelijks overleg.

4. *In hoeverre hangen verschillen in de organisatie van huisartspraktijken samen met proces- en uitkomstindicatoren en in hoeverre bestaan er verschillen in (verandering in) zorggebruik tussen groepen burgers/patiënten en tussen regio's?*

Ondanks het toegenomen zorggebruik, kunnen mensen nog steeds snel bij hun huisarts terecht, zeker in vergelijking met andere sectoren in de zorg en in vergelijking met andere landen. Huisartsen zijn ook nog steeds het eerste aanspreekpunt in de gezondheidszorg. Dat is voor een belangrijk deel te danken aan de organisatorische veranderingen, zoals de inzet van POH's. Huisartsen zijn de afgelopen decennia meer aan preventie gaan doen.

In Nederlandse huisartspraktijken worden veel technische verrichtingen zelf gedaan die in andere landen door medisch specialisten worden gedaan. Op het gebied van ondersteuning van zelfmanagement zijn geen vergelijkingen over de tijd of tussen landen mogelijk. We mogen aannemen dat – mede met de komst van POH's en ketenzorgprogramma's – ook de nadruk op ondersteuning van zelfmanagement is toegenomen.

Huisartspraktijken met een meer innovatieve visie op hun positie bieden een breder dienstenaanbod aan. Praktijken die meer samenwerken binnen de eerste lijn en met adviesrelaties met de specialisten op het gebied van ouderen (geriaters en specialisten ouderengeneeskunde) hebben een breder dienstenaanbod.

Mensen met een lage sociaaleconomische status zijn ongezonder en dat vertaalt zich in hun zorggebruik in de huisartspraktijk. Zij hebben een hoger zorggebruik. De verschillen zijn het grootst in de lagere leeftijdsgroepen. Zelfs over een korte tijd gezien, 2013-2015, neemt het verschil vooral in de jongere leeftijdsgroepen toe. Ook mensen met psychische problemen gebruiken meer zorg. De wijziging van het verwijzingsmodel voor de GGZ vanaf 2014 gaat samen met meer contacten van mensen met psychische problemen met de huisartspraktijk.

In de periode 2013-2016 is er een toename in zorgzwaarte van ouderen: een verschuiving naar meer lange consulten en visites. Ook is er meer overleg rond oudere patiënten nodig.

Er zijn geografische verschillen in zorggebruik in Nederland met meer zorggebruik per inwoner in gemeenten in de krimpregio's in Oost-Groningen en Zuid-Limburg. In dezelfde gebieden is ook het zorggebruik van mensen met meerdere chronische aandoeningen hoger. Het zorggebruik van mensen met psychische aandoeningen laat geen duidelijk geografisch patroon zien.

In het beleid rond de eerste lijn zijn verschuivingen van de tweede naar de eerste lijn sinds jaar en dag een belangrijk aandachtspunt. Voor veel huisartspraktijken past dit in hun visie op hun positie in de gezondheidszorg. Het is echter moeilijk om substitutie aan te tonen. Er is een combinatie voor nodig van gegevens uit de eerste lijn over wat huisartsen doen en uit de tweede lijn over wat specialisten doen. De informatiesystemen zijn te weinig op elkaar afgestemd om dat in detail te kunnen en om

specifieke verschuivingen aan te tonen. We hebben daarom op een grovere manier gekeken en voor een aantal aandoeeningen vastgesteld wie bij de behandeling betrokken zijn: alleen huisartsen, zowel huisartsen als specialisten of alleen specialisten. We hebben dit nu voor twee jaar gedaan (2013 en 2014; een probleem met de tweedelijns cijfers is dat het lang duurt voor ze beschikbaar zijn), maar deze gegevens gaan pas iets zeggen over substitutie als ze over een langere periode beschikbaar zijn. Ze zijn op dit moment ook nog niet direct koppelbaar aan de enquêtegegevens over de praktijkorganisatie.

5. *Welke kengetallen met betrekking tot de uitdagingen, organisatie, zorgprocessen en uitkomsten kunnen worden gebruikt om de ontwikkelingen in de eerste lijn te monitoren in het licht van de doorwerking van beleidsmatige veranderingen.*

We verwachten ook in de toekomst veel van de eerste lijn. Het is daarom belangrijk zicht te houden op de ontwikkelingen binnen de eerste lijn, steeds meer *in relatie tot* de rest van het zorgstelsel. Beleidsnotities zoals 'Juiste zorg op de juiste plek', en 'Uitkomstgerichte zorg' richten zich steeds meer op het zorgstelsel als een samenhangend geheel. Het is daarom van belang dat de kengetallen van de toekomst over de grenzen van de eerste lijn heen kijken. We hebben daarom aanbevelingen gedaan om te komen tot een gegevensinfrastructuur waarbij gegevens over het zorggebruik in de huisartspraktijk, het sociaal domein, de wijkverpleging, de tweede lijn, de langdurige zorg en de spoedketen op individueel niveau aan elkaar gekoppeld kunnen worden, gericht op het meten van uitkomsten.

Conclusie

Door organisatorische aanpassingen is de huisartsenzorg er tot dusver in geslaagd de toegenomen zorgvraag op te vangen. De vraag is in hoeverre dat ook in de toekomst ook nog het geval zal zijn. Om die vraag te beantwoorden zijn kengetallen nodig die over de grenzen van de eerste lijn heen kijken.

1 Inleiding

In 2015 heeft een grote hervorming plaatsgevonden in de Nederlandse gezondheidszorg. De langdurige zorg en de zorg en ondersteuning voor chronisch zieken en mensen met beperkingen zijn op de schop gegaan, er zijn nieuwe wetten ingevoerd en verantwoordelijkheden gedecentraliseerd. Deze hervormingen raken ook de eerste lijn. Daarom kijken we in dit rapport hoe de eerste lijn ervoor staat, zo rond 2015. We kunnen de eerste lijn niet isoleren. De genoemde hervorming gaat voor het grootste deel niet over de eerste lijn, maar verandert het hele zorglandschap waarvan de eerste lijn een onderdeel is. In deze inleiding kaderen we het onderzoek in. We geven aan wat we onder zorglandschap verstaan. Verdere bakenen we af wat de eerste lijn is en waarop we de nadruk vooral gaan leggen. Tenslotte geven we een globaal overzicht van inhoud en aanpak van het rapport.

1.1 Inkadering van deze studie

Een sterke eerste lijn is sinds de Structuurnota Gezondheidszorg uit 1974 [Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1974] een constante in het Nederlandse zorgbeleid. Op dit moment staat de eerste lijn extra in de belangstelling van beleidsmakers door veranderingen in de aard en complexiteit van de gezondheidsproblemen die mensen hebben, tegelijk met grotere verwachtingen van de mogelijkheden van de gezondheidszorg. Het uitgesproken doel van het beleid op dit moment is om meer verantwoordelijkheid te geven aan burgers en patiënten en dure, specialistische zorg te verschuiven naar goedkopere, generalistische zorg in de buurt.

Het beleid is erop gericht twee grote bewegingen tot stand te brengen:

- Een verschuiving van zorg naar burgers/patiënten. Van burgers wordt verwacht dat zij zich gezond gedragen, dat als zij toch te maken krijgen met ziekte of beperking dat zoveel mogelijk zelf managen, en dat zij bewuste keuzes maken als zij een beroep doen op zorg. Dit alles om zo lang mogelijk te kunnen participeren in de samenleving binnen verschillende domeinen, waaronder betaald werk. Ook het ondersteunen van medeburgers in de buurt of het verlenen van mantelzorg aan familieleden hoort daarbij.
- De verschuiving van zorg op afstand in de tweede en derde lijn naar zorg dichtbij huis in de buurt. Ouderen worden geacht langer zelfstandig te blijven wonen en willen dat ook zelf graag, mensen met psychiatrische problematiek worden minder snel in een instelling opgenomen, jeugd met ontwikkelings- of psychische problemen wordt minder vaak specialistisch behandeld. Behandelingen die voorheen in ziekenhuizen plaatsvonden worden verschoven naar de eerste lijn.

In beide verschuivingen speelt de eerste lijn een cruciale rol. Van de eerste lijn wordt verwacht dat zij in het kader van de eerste verschuiving gezond gedrag van patiënten en burgers stimuleert, zelfmanagement ondersteunt en patiënten ondersteunt bij het maken van keuzes in de zorg. Door de tweede verschuiving krijgt de eerste lijn meer te maken met de zorg voor kwetsbare ouderen die voorheen in verzorgings- en verpleeghuizen verbleven en met mensen met psychiatrische problematiek die voorheen specialistisch behandeld werden of intramuraal verbleven. Bovendien wordt de eerste lijn geacht zorg over te nemen die voorheen in ziekenhuizen plaatsvond (substitutie). Daarbij gaat het zowel om het overnemen van diagnostiek, van relatief eenvoudige behandelingen, als ook om controles bijvoorbeeld in het kader van de nazorg voor kankerpatiënten.

Kan de eerste lijn de veranderingen aan?

Dit roept de vraag op of de eerste lijn de afgelopen jaren in staat is geweest en de komende jaren in staat zal zijn deze veranderingen op te vangen. Dit wordt het probleemoplossend vermogen van de eerste lijn genoemd. Deze vraag is de rode draad in het onderzoek dat we in dit rapport beschrijven. Het is enerzijds terugkijkend – in hoeverre is het tot nu toe gelukt – maar richt anderzijds de blik ook op de toekomst – wat is er nodig om de eerste lijn zo toe te rusten dat zij ook in de toekomst haar rol kan waarmaken. Het probleemoplossend vermogen van de eerste lijn zit in de organisatie en toerusting van de eerste lijn zelf en in de relaties van de eerste lijn met andere sectoren. Het gaat daarbij om de organisatie van eerstelijnspraktijken (bijvoorbeeld de beschikbare mix aan personeel), de onderlinge samenwerking tussen eerstelijnspraktijken van verschillende disciplines en de samenwerking met het sociale domein, de tweede lijn en de GGZ. Het probleemoplossend vermogen wordt vergroot door een persoonsgerichte en populatiegerichte manier van werken die zelfmanagement ondersteunt. Of het probleemoplossend vermogen van de eerste lijn voldoende is om de verwachte toename in de zorgvraag en de complexiteit van de zorgvragen op te vangen, is een toekomstgerichte vraag. Maar uit de variatie die er nu al is in de inrichting van de eerste lijn, kunnen we oplossingsrichtingen afleiden. Dat doen we door de inrichting van de eerste lijn in verband te brengen met een aantal opbrengsten. Dat beantwoordt de vraag welke aspecten van de inrichting van de eerste lijn bijdragen aan het probleemoplossend vermogen.

Waarom is het nu belangrijk om een overzicht te krijgen van de eerste lijn?

Kennis over de organisatie, inhoud en effecten van goede eerstelijnszorg moet voortdurend worden onderhouden en geactualiseerd. Immers, de maatschappelijke context waarin de eerste lijn werkt, verandert voortdurend. En de eerste lijn zelf verandert mee. Er hebben de afgelopen jaren grote veranderingen plaatsgevonden in ons gezondheidszorgsysteem. De belangrijkste betreffen de decentralisatie van taken naar de gemeente en de hervorming van de langdurige zorg. Deze veranderingen zijn per 1 januari 2015 ingevoerd. Om (bedoelde en onbedoelde) effecten te kunnen meten is het noodzakelijk om nu een balans op te maken, zodat de eerste effecten zichtbaar kunnen worden gemaakt en de uitgangssituatie is vastgelegd om later mee te kunnen vergelijken.

Regelmatige opname van de situatie van de eerste lijn in Nederland heeft in het verleden zijn vruchten afgeworpen. De eerste en tweede Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (1987 en 2001) zijn voor het zorgbeleid heel belangrijk geweest. De eerste Nationale Studie bracht de huisartsenzorg anno 1987 in beeld op het moment dat in het beleidsdenken de omslag plaatsvond van centrale planning naar gereguleerde markt. Ook besteedde de eerste Nationale Studie voor het eerst systematisch aandacht aan het perspectief van burgers en patiënten. Een voorbeeld van directe beleidsimpact was de differentiatie van het abonnementshonorarium van huisartsen (meer loon naar werken), en de invoering van een extra vergoeding voor achterstandswijken. Een uniform tarief voor ziekenfondspatiënten bleek namelijk geen recht te doen aan verschillen in zorgzwaarte binnen deze groep. De tweede Nationale Studie vond plaats in 2001 toen het denken over een gereguleerde markt en de omslag naar vraag gestuurde zorg geconcretiseerd werd in richtinggevende beleidsnota's zoals de nota Vraag aan bod, waarin patiënten meer keuzemogelijkheden en zorgverzekeraars meer verantwoordelijkheid in het vooruitzicht werden gesteld. De resultaten van de Tweede Nationale Studie hebben bijvoorbeeld bijgedragen aan de beleidsbeslissing om de huisartsenzorg buiten de eigenbijdrageregeling te houden.

De invoering van de plannen voor een hervorming van het zorgstelsel die aan het begin van deze eeuw werden ontwikkeld, heeft in 2006 plaats gevonden. Toen zijn de Zorgverzekeringswet en de Wet Marktordening Gezondheidszorg ingevoerd. In de eerste lijn heeft dat directe gevolgen gehad

voor de betalingswijze van met name huisartsen (afschaffing van het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten, mix van vaste bedragen per patiënt en vergoeding per consult) en voor de verhouding tussen zorgverleners in de eerste lijn en zorgverzekeraars. Deze veranderingen zijn beschreven en geëvalueerd in diverse publicaties, waaronder de eerste evaluatie van de Zorgverzekeringswet en de Wet Marktordening Gezondheidszorg [Van de Ven e.a. 2009; Friele 2009], analyses van de verandering van honorering van huisartsen [Van Dijk 2012] en van het gedrag van verzekerden [De Jong e.a. 2008; Brabers e.a. 2018].

Ook rond 2015 is er weer een belangrijk kantelpunt in de Nederlandse gezondheidszorg. Beleidsmaatregelen zullen zeker verwachte en onverwachte, bedoelde en onbedoelde, positieve en negatieve gevolgen hebben. In zo'n complexe situatie, waar effecten van verschillende maatregelen door elkaar heen spelen, is het belangrijk om informatie te hebben over wat goed gaat en wat minder goed. Daarnaast is het belangrijk om ook in de toekomst systematisch de ontwikkelingen in de eerste lijn te kunnen spiegelen aan het beleid. Het is geen nationale studie geworden zoals de eerste en tweede nationale studie in 1987 en 2001. De studie waarvan we hier verslag doen is veel minder omvangrijk. Zo zijn er bij voorbeeld geen enquêtes onder patiënten gehouden.

Dit rapport richt zich op de situatie in de jaren rond 2015, maar kijkt ook naar de ontwikkelingen in de in de afgelopen ongeveer 30 jaar, hoe dat past binnen het grotere geheel van het zorglandschap van de eerste lijn en hoe de eerste lijn zich heeft aangepast om de veranderende zorgvraag te beantwoorden.

1.2 Wat verstaan we onder het zorglandschap?

We gebruiken de term zorglandschap om aan te geven dat we naar het grotere geheel kijken en de plaats van de eerste lijn daarbinnen. De term zorgstelsel zou deze brede invalshoek ook weerspiegelen, maar legt teveel de nadruk op de structuur en regulering. Ofschoon structuur en regulering belangrijk zijn, willen we vooral de doorwerking ervan in wat we zien in de gezondheidszorg benadrukken: de organisaties en mensen die samen de zorg vormgeven. De term 'landschap' in het algemeen suggereert in verschillende definities die te vinden zijn onder dit lemma in Wikipedia, dat we niet naar één aspect kijken maar naar een totaalbeeld, een systeem, dat in de loop van de tijd door verschillende invloeden tot stand is gekomen. Het zorglandschap zouden we dan kunnen omschrijven als:

Een systeem met verschillende (groepen) personen en organisaties en relaties daartussen die gericht zijn op het verlenen van zorg voor (en deels met) een bepaalde populatie, zoals dat in de loop van de tijd tot stand is gekomen en zich voortdurend verder ontwikkelt.

Vanuit sommige vraagstellingen zouden we wellicht breder over een 'gezondheidslandschap' kunnen spreken door de nadruk meer op de doelen van gezondheidszorg te leggen: een systeem waarin mensen gezond kunnen zijn en blijven en in het geval van optredende gezondheidsproblemen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven met een optimale kwaliteit van leven. Vooralsnog leggen we de nadruk op het zorglandschap. Daarbij zal de focus liggen op personen en organisaties die eerstelijnszorg verlenen en daarbinnen vooral op huisartsen en hun praktijken.

De term wordt ook internationaal gebruikt, bij voorbeeld in Engelse onderzoek naar grootschalige huisartspraktijken [Rosen e.a. 2016] wordt de vraag naar de ontwikkeling van het 'primary care landscape' gesteld.

1.3 Afbakening van de eerste lijn

De term eerstelijnsgezondheidszorg komt in 1980 voor het eerst in de Nederlandse beleidscontext voor (in de Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg). Dat was kort nadat de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in Alma Ata de bekende declaratie had vastgesteld over primary health care [International conference on primary health care 1978]. Daarin werden alle landen van de WHO opgeroepen hun gezondheidszorg te organiseren volgens de principes van primary health care. Primary health care – en dus ook eerstelijnsgezondheidszorg – kan enerzijds worden opgevat als een beschrijvende categorie van het gezondheidszorgsysteem met een aantal kenmerken en anderzijds als een brede beweging om de samenleving als geheel te verbeteren, onderdeel van de sociale en economische ontwikkeling van landen.

Beide elementen vinden we ook nog wel terug in de Nederlandse gezondheidszorg. De normatieve kant van de eerstelijnsgezondheidszorg als beweging werd belichaamd in een aantal gezondheidscentra, die sinds de jaren 1970 werden opgericht. Sommigen daarvan werden opgericht uit normatief-politieke overwegingen en gelieerd aan politieke groeperingen. In dit rapport beschouwen we de eerstelijnsgezondheidszorg niet zozeer als een beweging als wel als een onderdeel van het gezondheidszorgsysteem. In de omschrijving van Van der Zee: 'Kort samengevat is eerstelijns(gezondheids)zorg direct toegankelijke, ambulante en generalistische zorg en staat ze tegenover op verwijzing toegankelijke residentiële en specialistische zorg' [Van der Zee 1978; Van der Zee 2003]. Daarnaast worden ook vaak andere kenmerken toegeschreven aan de eerste lijn: veel omvattende zorg (van preventie tot curatie en voor alle bevolkingsgroepen), continue zorg, coördinatie van zorg en oog voor de context van mensen [Starfield 1994; Boerma en Fleming 1998; Kringos e.a. 2010]. In welke mate de eerstelijnszorg deze kenmerken heeft, verschilt tussen landen en varieert in de tijd.

Een recente internationale definitie van eerstelijnszorg is die van het Expert Panel Health, ingesteld door de Europese Commissie:

“The Expert Panel considers that primary care is the provision of universally accessible, person-centered, comprehensive health and community services provided by a team of professionals accountable for addressing a large majority of personal health needs. These services are delivered in a sustained partnership with patients and informal caregivers, in the context of family and community, and play a central role in the overall coordination and continuity of people’s care.” [EXPH 2014]

In de eerste lijn zijn verschillende zorgverleners werkzaam, deels in afzonderlijke praktijken en deels in gezondheidscentra. Huisartsen vormen de kern discipline in de eerste lijn [Saltman e.a. 2006]. We richten ons in deze studie daarom voornamelijk op huisartsen en de zorg die zij leveren. Andere eerstelijnszorgverleners komen vooral aan de orde via de relaties die zij hebben met de huisartsenzorg.

1.4 Vraagstellingen van de studie

Tegen de hiervoor geschetste achtergrond beantwoorden we vier vragen. De eerste betreft de uitdagingen waar de eerste lijn zich voor gesteld ziet.

1. *Wat zijn de uitdagingen waarvoor de eerste lijn zich gesteld ziet op grond van veranderingen in de leeftijdsopbouw van de bevolking en daarmee samenhangende verandering in morbiditeit, zorgbehoefte en zorggebruik?*

De tweede vraag betreft de veranderingen in het zorglandschap waarvan de eerste lijn deel uitmaakt. We kijken naar de karakteristieken van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, het beleid gedurende de afgelopen decennia en naar de posities van de centrale actoren in de omgeving van de eerste lijn en binnen de eerste lijn.

- 2. Hoe is het zorglandschap in termen van het beleid en de positie van centrale actoren in de omgeving van de eerste lijn en binnen de eerste lijn gedurende de afgelopen decennia veranderd?*

Met de derde onderzoeksvraag richten we de aandacht op de organisatie van de kerndiscipline binnen de eerste lijn, de huisartsenzorg. We onderscheiden drie dimensies aan de organisatie van huisartspraktijken: de visie op de plaats in de gezondheidszorg, de personele en materiële hulpbronnen waarover ze kunnen beschikken en de interne en externe samenwerking.

- 3. Wat is de huidige stand van zaken wat betreft de organisatie van huisartspraktijken? Hoe zien huisartspraktijken hun positie in de gezondheidszorg, wat is de personele en materiële uitrusting van praktijken en hoe is de samenwerking binnen de eerste lijn, met het sociale domein en de openbare gezondheidszorg, en met de tweede lijn?*

Beantwoording van deze vraag laat zien in hoeverre de eerste lijn in organisatorisch opzicht berekend is op haar taak.

De vierde vraag betreft de relatie tussen organisatie van huisartspraktijken en kengetallen over de processen en uitkomsten in huisartspraktijken. Ook bekijken we hier verschillen tussen bevolkingscategorieën en ruimtelijke verschillen. Hierbij maken we onderscheid tussen groepen mensen waarop het recente beleid rond de transitie naar verwachting een grotere uitwerking heeft, zoals jeugd en ouderen. Bovendien maken we onderscheid naar sociaaleconomische status (SES) vanuit de gedachte dat bij lagere SES groepen de beweging naar bijvoorbeeld meer zelfmanagement lastiger te maken is.

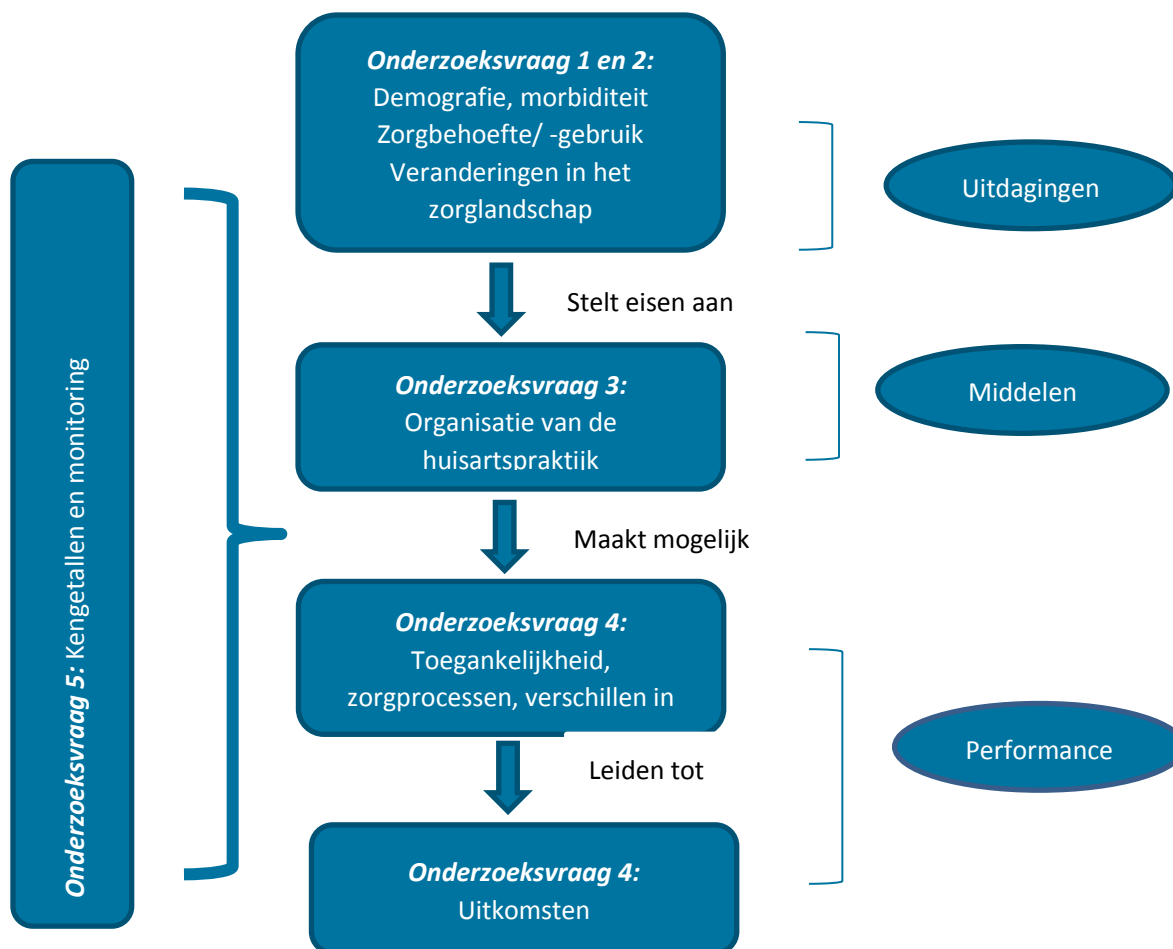
- 4. In hoeverre hangen verschillen in de organisatie van huisartspraktijken samen met proces- en uitkomstindicatoren en in hoeverre bestaan er verschillen in (verandering in) zorggebruik tussen groepen burgers/patiënten en tussen regio's?*

De laatste vraag is hoe belangrijke ontwikkelingen in de eerste lijn kunnen worden gemonitord. Kengetallen helpen om een eenduidig beeld te creëren en laten zien of ontwikkelen de kant op gaan van beoogde beleidseffecten. Deze kengetallen kunnen betrekking hebben op de kwaliteit van zorg, de toegankelijkheid, de kosten en de doelmatigheid. Zij moeten valide en betrouwbaar zijn en aansluiten bij de Staat van Volksgezondheid en Zorg. De Staat van Volksgezondheid en Zorg (www.staatvennz.nl) bevat kerncijfers voor het beleid van het Ministerie van VWS en het NIVEL is een van de organisaties die bijdragen aan de Staat van Volksgezondheid en Zorg.

- 5. Welke kengetallen met betrekking tot de uitdagingen, organisatie, zorgprocessen en uitkomsten kunnen worden gebruikt om de ontwikkelingen in de eerste lijn te monitoren in het licht van de doorwerking van beleidsmatig veranderingen?*

Deze vragen en hun onderlinge relaties zijn weergegeven in het onderstaande schema (figuur 1.1).

Figuur 1.1. Schematische weergave van de onderzoeksvragen en de rapportage



1.5 Globale aanpak

Over veel van de onderwerpen in deze studie is al eerder onderzoek gepubliceerd. We doen dat niet opnieuw. We maken daarom zoveel mogelijk gebruik van literatuuronderzoek en deskresearch. De vraag naar de uitdagingen van de eerste lijn brengt veranderingen in de vraag naar zorg in beeld op basis van bestaande gegevens over de verandering in de samenstelling van de bevolking en de daarmee gepaard gaande veranderingen in de gezondheidsproblemen die mensen presenteren in de eerste lijn. Het beleid met betrekking tot de eerste lijn wordt geanalyseerd op basis van documenten en van bestaande analyses van het beleid.

Rond de veranderingen in het zorglandschap gebruiken we ook bestaande gegevens maar zijn ook aanvullende gegevens verzameld over de organisatie van huisartspraktijken en de samenwerking binnen de eerste lijn en met andere sectoren op het gebied van gezondheid en welzijn.

In de beantwoording van de vragen naar zorggebruik en naar verschillen tussen patiëntencategorieën en regio's wordt gebruik gemaakt van gegevens uit Nivel Zorgregistraties eerste lijn. In voorkomende gevallen wordt gekoppeld met gegevens die via het CBS toegankelijk zijn. Gedetailleerde verantwoording van de aanpak is te vinden in de bijlage.

1.6 Leeswijzer

De hoofdstukken van het rapport volgen de vijf vragen die hierboven zijn gesteld. Hoofdstuk 2 behandelt de uitdagingen waar de eerste lijn zich voor gesteld ziet. Hoofdstuk 3 beschrijft het veranderende zorglandschap van de eerste lijn en hoofdstuk 4 gaat meer specifiek in op de organisatie van huisartspraktijken. In hoofdstuk 5 wordt de samenhang tussen de organisatie van praktijken en de processen en uitkomsten bekeken, alsmede de verschillen in zorggebruik tussen categorieën patiënten en tussen gebieden. Hoofdstuk 6 beschrijft welke kengetallen nodig zijn om de ontwikkelingen in de eerste lijn te blijven volgen en geeft dus antwoord op de laatste onderzoeksvraag. Hoofdstuk 7 bevat de beschouwing.

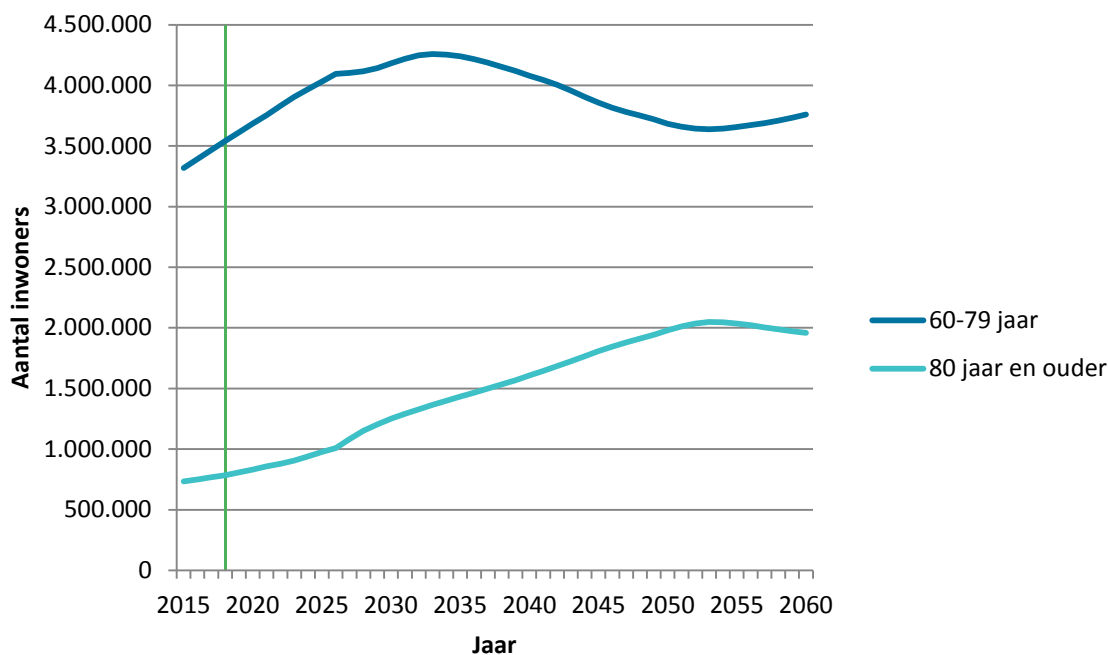
2 De uitdagingen van de eerste lijn

In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste ontwikkelingen in zorgvraag en zorggebruik die van invloed zijn op het werk van zorgverleners in de eerste lijn. De nadruk ligt hierbij op de zorg in huisartspraktijken. We beginnen met de vergrijzing van de bevolking en de veranderingen in de gezondheidsproblemen en het zorggebruik die daarmee samenhangen. De vergrijzing van de bevolking neemt de komende decennia alleen maar toe en de eerste lijn moet zich daarop voorbereiden. Er zijn echter nu al huisartspraktijken met een leeftijdsopbouw die we over het geheel genomen pas verwachten in 2040. We beschrijven kort het zorggebruik in die praktijken. Na zorgvraag en zorggebruik beschrijven we de ontwikkeling van het aantal huisartsen en de gemiddelde praktijkgrootte. We gaan als laatste in op de werkbelasting van huisartsen.

2.1 Toenemende zorgvraag en zorggebruik

De Nederlandse bevolking vergrijst en wordt gemiddeld steeds ouder. Figuur 2.1 laat zien dat het aantal ouderen in Nederland in de komende jaren fors zal toenemen. Naar verwachting kent Nederland in 2050 twee miljoen tachtigplussers. De toename in ouderen wordt niet alleen veroorzaakt door het feit dat de babyboom nu zeventig jaar geleden begon. De toenemende vergrijzing wordt ook veroorzaakt door het feit dat we in staat zijn om steeds meer aandoeningen te behandelen waardoor het overlijden aan deze aandoeningen wordt uitgesteld of zelfs voorkomt. Hierdoor leeft men langer maar ook langer met één of meerdere chronische aandoeningen waarvoor men zorg nodig heeft. Daarnaast wordt de zorg, naarmate men meer chronische aandoeningen krijgt, complexer.

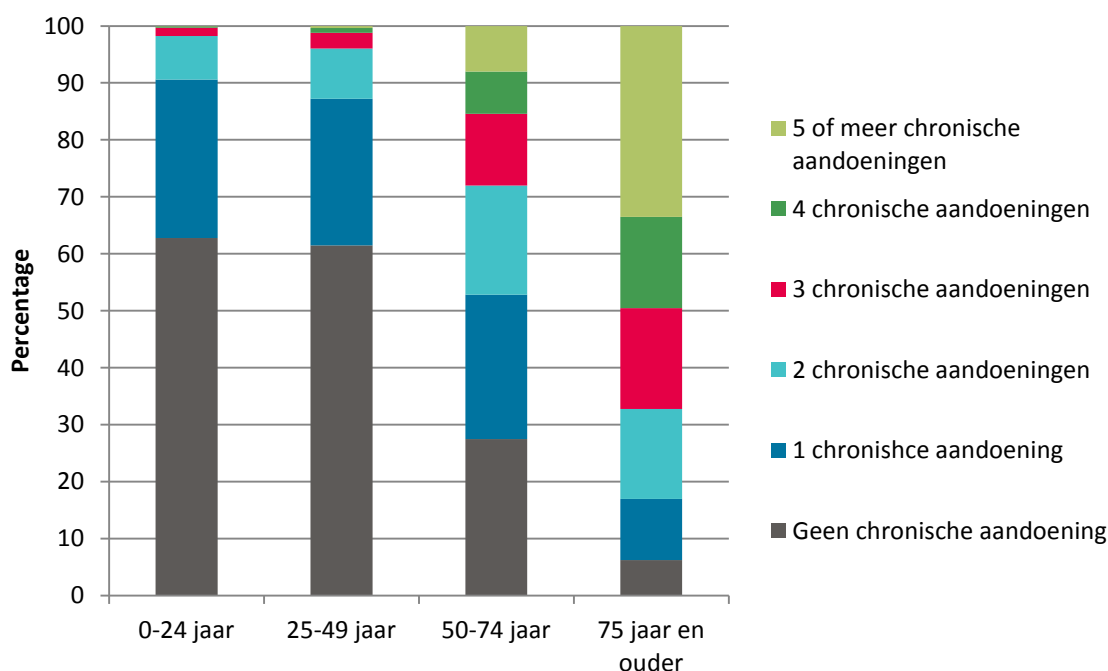
Figuur 2.1 Aantal ouderen in Nederland tussen 2015 en 2060 (prognose)



Bron: CBS statline

In 2015 had 95% van de 75-plussers minimaal één chronische aandoening, ruim tachtig procent had twee of meer chronische aandoeningen (figuur 2.2).

Figuur 2.2 Aantal chronische aandoeningen per leeftijdscategorie in 2015



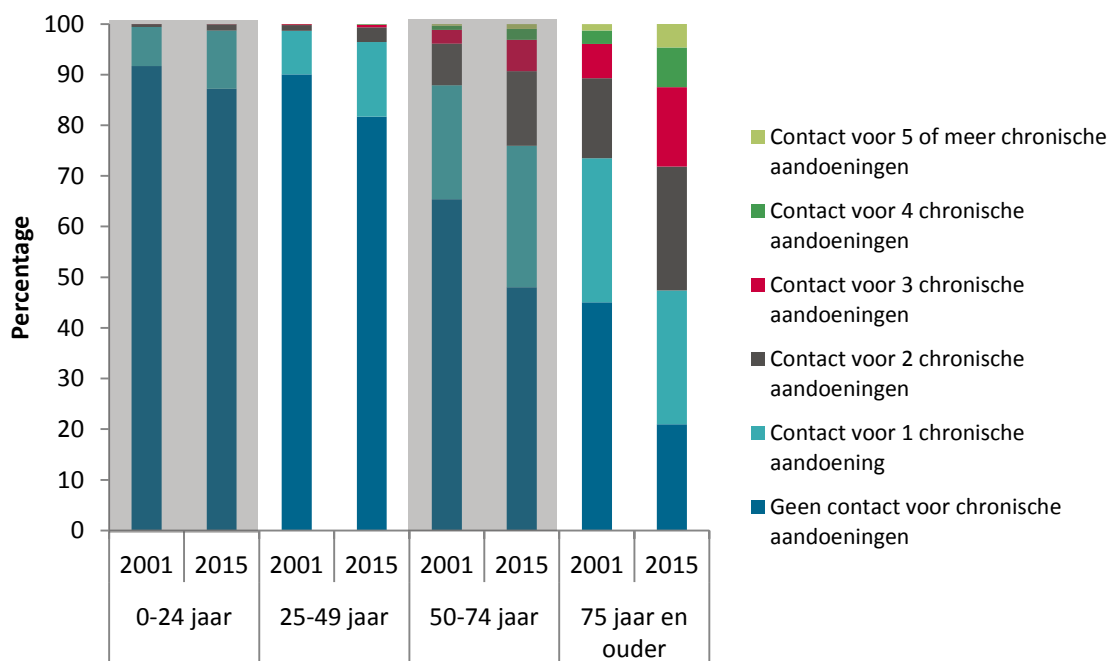
Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn

Bij een verder vergrijzende bevolking neemt de zorgvraag in de bevolking toe. Wanneer het aantal chronische aandoeningen in de bevolking gelijk blijft, zijn er in 2030 al meer dan drie miljoen mensen die twee of meer chronische aandoeningen hebben en hiervoor zorg nodig hebben en zullen gebruiken. Met de huidige trends in het beleid rondom de zorg is de verwachting dat een groot deel van de zorg voor deze ouderen opgevangen gaat worden in de eerste lijn, voornamelijk bij de huisarts. Dit maakt dat de zorgvraag en ook het zorggebruik verandert en in de toekomst verder gaat veranderen.

In de afgelopen 15 jaar is de zorgvraag voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen bij de huisarts gestegen. In figuur 2.3 is deze stijging inzichtelijk gemaakt. Hierin is te zien dat het aandeel patiënten dat contact heeft met de huisarts voor één of meer chronische aandoeningen toeneemt. Deze toename is te zien in alle leeftijdscategorieën maar is het sterkst voor personen van 50 jaar en ouder. Van de mensen van 75 jaar en ouder heeft 30% contact met de huisarts voor minimaal drie chronische aandoeningen. In 2001 was dit nog maar 10% van de 75-plussers. Deze stijging wordt verklaard door het feit dat meer patiënten chronische aandoeningen hebben, maar waarschijnlijk ook door het feit dat zorg voor patiënten met chronische aandoeningen, zoals diabetes en COPD, is verschoven van de tweede naar de eerste lijn. Een derde verklaring is de verbetering van de diagnostiek en integrale bekostiging, waardoor meer patiënten met een chronische ziekte gediagnostiseerd worden.

Naast een stijging van het percentage mensen dat voor een chronische aandoening contact zoekt met de huisarts binnen een leeftijdscategorie, is ook het absolute aantal ouderen gestegen, zoals hiervoor al duidelijk werd. Er komen meer ouderen, en die ouderen hebben vaker een chronische aandoening waarvoor de huisarts wordt bezocht.

Figuur 2.3 Percentage van het totaal aantal patiënten in de betreffende leeftijdscategorie, dat voor een of meer chronische aandoening contact had met de huisartsenpraktijk, in 2001 en 2015.



Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn

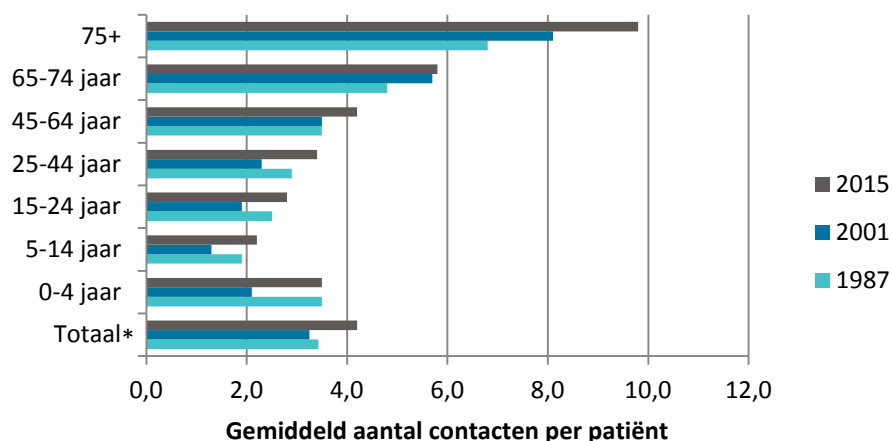
2.2 Veranderingen in zorggebruik in de huisartspraktijk

Om de veranderingen in het zorggebruik goed in kaart te brengen zijn gegevens nodig van het huidige zorggebruik en het zorggebruik in het verleden. Deze paragraaf geeft een overzicht van de veranderingen in het zorggebruik in de huisartspraktijk in de afgelopen dertig jaar, aan de hand van gegevens over zorggebruik uit 2015 en gegevens uit de eerste en tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk [Groenewegen e.a. 1992; Cardol e.a. 2004].

2.2.1 Contacten met de huisartspraktijk

In 2015 hebben patiënten gemiddeld vaker contact met de huisarts dan 15 en 30 jaar daarvoor (figuur 2.4). In bijna alle leeftijdscategorieën is er een toename te zien in het gemiddeld aantal contacten dat patiënten hebben met de huisarts. In geen enkele leeftijdscategorie is het aantal contacten lager dan in eerdere studies. Hierbij is alleen gekeken naar (telefonische) consulten en visites van de huisarts. Contacten met andere zorgverleners binnen de huisartsenpraktijk, zoals de assistente of de POH, of andere typen contacten, zoals bijzondere verrichtingen, zijn in deze figuur niet meegenomen om goed te kunnen vergelijken met de eerdere onderzoeken.

Figuur 2.4 Gemiddeld aantal (telefonische) consulten en visites met de huisarts per patiënt per leeftijdscategorie in 1987, 2001 en 2015



*Totaal is gecorrigeerd naar de leeftijdsverdeling van de bevolking in 2015

Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn

In de afgelopen dertig jaar is de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking mede door de vergrijzing veranderd. Er zijn nu in verhouding meer ouderen dan in 1987 en 2001. Om inzicht te krijgen in welk deel van de toename in zorggebruik wordt verklaard door de toename van de gemiddelde leeftijd in Nederland en welk deel van de toename veroorzaakt wordt door andere oorzaken is het totaal aantal contacten gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw. Het totaal aantal contacten in figuur 2.4 geeft daarmee het gemiddeld aantal contacten per patiënt per jaar in 1987, 2001 en 2015, waarbij de leeftijdsopbouw gestandaardiseerd is, met 2015 als standaard. Ook wanneer er gecorrigeerd wordt voor de mate van vergrijzing is er dus een toename in het aantal contacten met de huisarts te zien.

Percentage van de populatie dat contact heeft met de huisarts

Het percentage patiënten dat contact heeft met de huisarts voor een (telefonisch) consult of visite in een jaar is niet toegenomen. In 2015 had 80% van de ingeschreven patiënten minimaal één keer een contact met de huisarts in een jaar. In 2001 was dat 77% [Cardol e.a. 2004]. Ook vergeleken met 1987 is er geen toename in het percentage van de praktijkpopulatie dat contact zoekt met de huisarts. In 1987 had 53% van de ingeschreven patiënten in een kwartaal een contact met de huisarts in 2015 was dit 51% [Groenewegen e.a. 1992].

2.2.2 Zorggebruik in de huisartspraktijk

De huisartspraktijk bestaat al lang niet meer alleen uit een huisarts en een assistente en de huisarts doet meer dan alleen 'reguliere' contacten met patiënten. Om het zorggebruik in de huisartspraktijk en de veranderingen hierin goed in kaart te brengen is een overzicht nodig van het aantal andere contacten met de huisarts en het aantal contacten met andere zorgverleners binnen de huisartspraktijk zoals de POH-somatiek en de POH-GGZ.

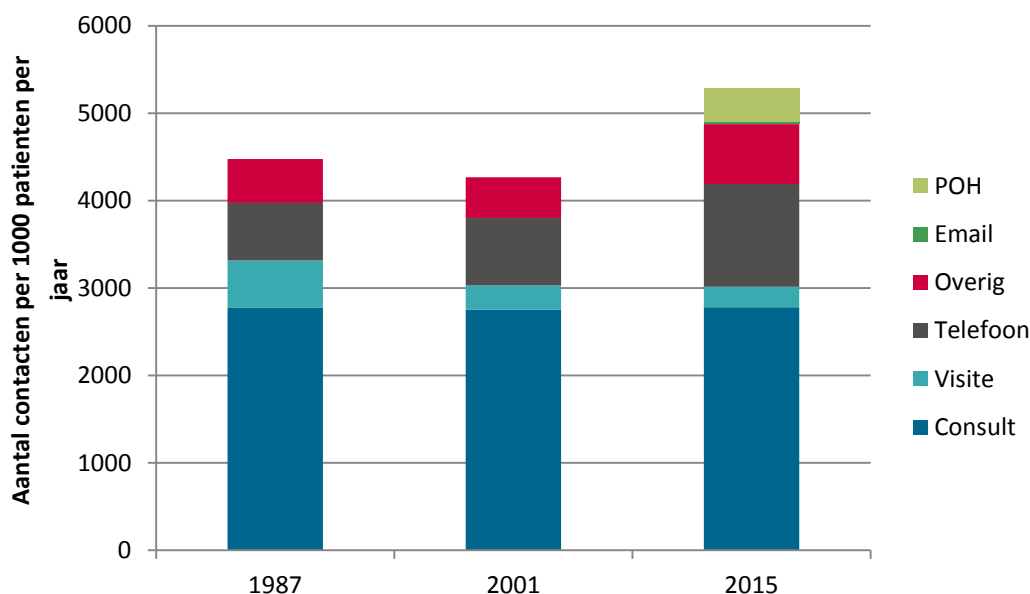
In de afgelopen dertig jaar is de verdeling van de tijdsbesteding in de huisartsenpraktijk verschoven naar in verhouding meer telefonische contacten (figuur 2.5). Daarnaast is het aantal visites dat wordt afgelegd sterk afgenomen. Huisartsen gaan alleen nog op visite bij patiënten die echt niet zelf naar de praktijk kunnen komen; een deel van de huisartsen hanteert hierbij ook een leeftijdsgrens [Flinterman e.a. 2017]. Een deel van de verschillen wordt verklaard door verschillen in registratie over de tijd.

Bijvoorbeeld bij het aantal telefonische contacten. In 1987 werden alleen telefonische contacten waarbij een recept of verwijzing werd uitgeschreven meegerekend als telefonisch consult. In 2001 was dit in principe ook zo maar konden er ook telefonische contacten voor advies of geruststelling tussen zitten. In 2015 worden alle gedeclareerde telefonische contacten meegenomen dit zijn daarmee ook alle telefonische contacten voor advies en geruststelling naast de contacten voor recepten en verwijzingen. Desondanks is er wel een duidelijke toename in het aantal telefonische contacten aangezien de verviervoudiging ten opzichte van 2001 niet alleen verklaard kan worden door telefonische contacten voor advies of geruststelling.

Daarnaast verschilt ook wat verstaan wordt onder “overige” contacten. In 1987 waren dit contacten voor ziekenhuisbezoek, het zwangerschapsspreekuur en contacten ‘tussendoor’, in 2001 waren dit onder andere administratieve contacten en vallen deze contacten dus deels onder de indirecte zorg, in 2015 zijn hiervoor de verrichtingen die vergoed worden in de module Modernisering en Innovatie (M&I verrichtingen) meegenomen aangezien deze duidelijk als aparte contacten worden gedeclareerd ten opzichte van de standaardcontacten. Deze drie jaren zijn daarom niet zonder meer vergelijkbaar.

In 2015 is er ook een begin te zien van een nieuw soort contact met de huisarts, het e-mailconsult, dat geïntroduceerd werd in 2006, en contacten met een andere ‘nieuwe’ zorgverlener binnen de praktijk: de POH. Het e-mail consult vertegenwoordigt nu nog een zeer klein deel van de contacten. De afgelopen 10 jaar is het aandeel e-mail consulten weinig gegroeid, maar de verwachting is nog steeds dat dit aandeel in de komende jaren zal stijgen [Wouters e.a. 2017].

Figuur 2.5 Aantal contacten met de huisartspraktijk per 1000 patiënten per jaar in 1987, 2001 en 2015.



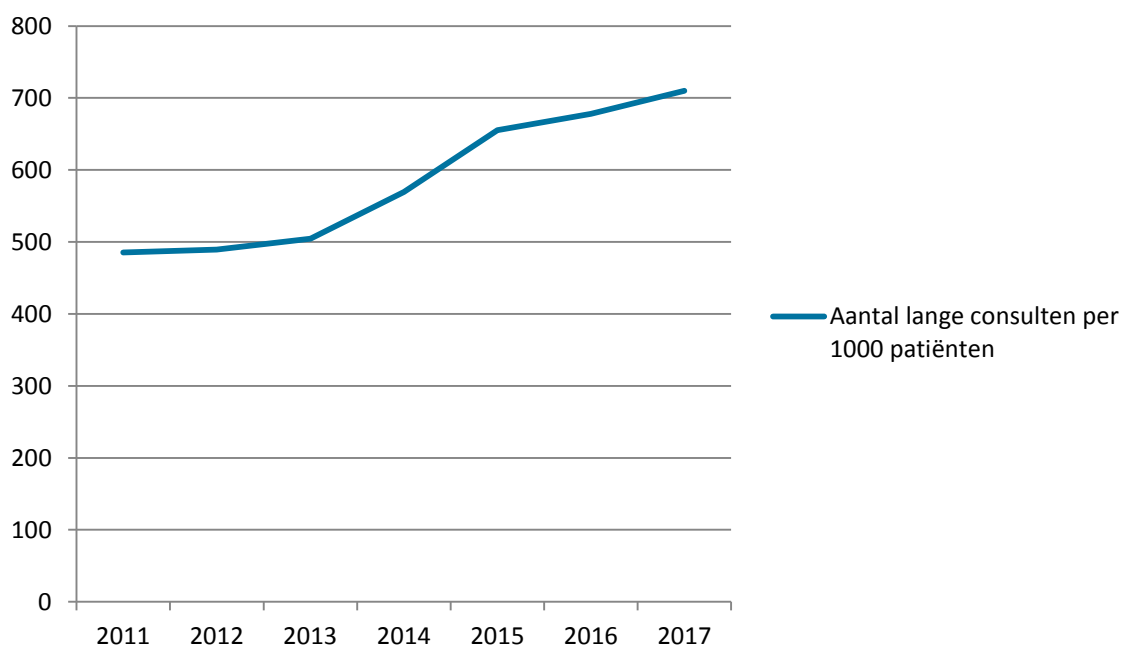
Bron: Eerste en tweede nationale studie, Nivel Zorgregistraties eerste lijn

Ondanks methodologische verschillen is het algehele beeld dat het aantal contacten met de huisartsenpraktijk toenam met ruim 10%. Deze toename zit deels bij de huisarts en deels bij de POH.

Naast een toename van het totale aantal contacten, is ook het aantal lange consulten toegenomen. Voor consulten (en visites) die langer duren dan 20 minuten mag een “lang consult” (c.q. “lange visite”) worden gedeclareerd. Het aantal lange consulten per 1000 patiënten is toegenomen van 485 in 2011 tot 709 in 2016 (zie figuur 2.6). In procenten van het totaal aantal consulten is dat een

toename van 17% naar 25% van het aantal consulten. Het aantal lange visites laat geen duidelijke trend zien.

Figuur 2.6 Aantal lange consulten per 1000 patiënten per jaar in de jaren 2011-2016



Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn

2.2.3 Reden voor contact met de huisarts

‘Reden voor contact’ is een min of meer technische term die wordt gebruikt voor wat in de huisartspraktijk door de zorgverlener wordt vastgelegd als diagnose of symptomen/klachten van de patiënt. Het is dus niet per definitie de reden zoals de patiënt die zelf zou formuleren, maar de interpretatie ervan door de zorgverlener. Wanneer we kijken naar de reden voor contact met de huisarts zijn er een aantal subtiele verschuivingen over de tijd (tabel 2.1). In 1987 kwamen de meeste patiënten naar de huisarts voor klachten aan de luchtwegen, het bewegingsapparaat of voor hart- en vaatziekten. In 2001 en 2015 is dit iets verschoven richting bewegingsapparaat, huid en luchtwegen. Wat opvalt in 2015 is dat er een hoger percentage contacten is voor algemene klachten en voor endocriene aandoeningen dan in de jaren daarvoor. Daarnaast is er een afname te zien in het aantal contacten voor hart- en vaatziekten, psychische problemen en zwangerschap. Het afnemen van het aantal contacten voor hart- en vaatziekten en psychische aandoeningen met de huisarts kan verklaard worden door de introductie van de POH-somatiek en POH-GGZ in de huisartspraktijk. Zij nemen een deel van de contacten voor deze aandoeningen over van de huisarts. De afname van het aantal contacten voor zwangerschap en bevalling wordt verklaard door een verschuiving van deze zorg van huisartsen naar verloskundigen (en de gestage daling van het kindertal). In 1987 zag een groot deel van de huisartsen het begeleiden van zwangerschap en bevalling nog als hun taak. In 2001 was dit al aan het schuiven en was het aantal huisartsen dat bevallingen begeleidde afgenomen [Coffie e.a. 2003]. Deze afname heeft zich daarna verder voortgezet. De verschuiving van taken naar verloskundigen werd mede veroorzaakt door beperkte ervaring met geboortezorg in vergelijking tot de verloskundigen en door de organisatie van de avond-, nacht- en weekenddiensten. Immers, een huisarts die zelf nog bevallingen begeleidde, moest ervan kunnen uitgaan dat de dienstdoende huisartsen dat ook konden en wilden doen.

Tabel 2.1 Procentuele verdeling van het aantal contacten met de huisarts over ICPC hoofdstukken in 1987, 2001 en 2015.

ICPC hoofdstuk	Aandeel van contacten in %		
	1987	2001	2015
A: Algemeen	6,5	4,9	9,8
B: Bloed	1,3	0,9	1,1
D: Spijsvertering	7,1	7,3	7,1
F: Oog	2,9	3,2	3,6
H: Oor	3,4	4,6	4,3
K: Hart- en vaatziekten	12,1	7,0	8,6
L: Bewegingsapparaat	13,2	16,2	14,6
N: Zenuwstelsel	3,1	3,0	2,9
P: Psychische problemen	9,6	5,1	5,7
R: Ademhalingsorganen	13,7	13,0	11,7
S: Huid en subcutis	10,5	14,7	13,0
T: Endocriene klieren/metabolisme/voeding	3,1	3,0	5,1
U: Urinewegen	2,4	2,7	3,6
W: Zwangerschap/bevalling/anticonceptie	5,3	4,0	2,2
X: Geslachtsorganen vrouw	3,1	7,3	3,9
Y: Geslachtsorganen man	0,6	2,2	1,3
Z: Sociale problemen	2,1	1,1	1,4

Bron: Eerste en tweede nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, Nivel Zorgregistraties eerste lijn

2.2.4 Voorgescreven medicatie

Ook bij het voorschrijven van medicatie zijn er veranderingen over de tijd (tabel 2.2). Er is een forse toename in het aantal voorschriften voor bijna alle aandoeningen over de tijd. Dit kan niet alleen verklaard worden door de vergrijzing van de populatie (tabel 2.3). Wanneer de resultaten voor 2001 en 2015 worden uitgesplitst naar leeftijd is er namelijk nog steeds een duidelijke toename in het aantal voorschriften te zien.

Tabel 2.2 Voorgescreven medicatie door huisartsen. Aantal voorschriften per 1000 ingeschreven patiënten

ATC hoofdgroep	1987	2001	2015
A: Spijsverteringsstelsel en metabolisme	353,2	556,5	1124,3
B: Bloed en bloedvormende organen	94	243,9	408,5
C: Cardiovasculair systeem	505,6	869,5	1542,2
D: Dermatologica	244,8	425,0	446,5
G: Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	234,4	379,8	279,5
H: Systemische hormoonpreparaten, excl. geslachtshormonen	37,2	103,5	182
J: Systemische antimicrobiële middelen	339,2	383,0	336,4
L: Oncolytica en immunosuppressiva	4,4	14,8	51,6
M: Bewegingsapparaat	232,4	354,9	304
N: Centraal zenuwstelsel	599,6	971,7	915,8
P: Antiparasitische middelen	22	14,2	22,7
R: Ademhalingsstelsel	509,6	564,9	653,9
S: Zintuigelijke organen	104,8	163,5	242,1
V: Diverse middelen	3,6	2,5	8,4

Bron: Eerste en tweede nationale studie van de eerste lijn, Nivel Zorgregistraties eerste lijn

Tabel 2.3 Voorgescreven medicatie door huisartsen. Aantal voorschriften per 1000 ingeschreven patiënten per leeftijdscategorie

ATC hoofdgroep	0-19 jaar		20-44 jaar		45-64 jaar		65-74 jaar		75 jaar en ouder	
	2001	2015	2001	2015	2001	2015	2001	2015	2001	2015
A: Spijsverteringsstelsel metabolisme	101,1	164,8	227,2	390,3	722,2	1227,7	1508,4	2552,8	2290,4	4325,6
B: Bloed en bloedvormende organen	14,6	13,2	55,1	69,7	252,5	367,7	863,6	1075,7	1545,8	2064,1
C: Cardiovasculair systeem	16,6	18,9	126,6	155,7	1194,0	1659,3	3168,9	4459,9	4520,0	6778,8
D: Dermatologica	342,6	391,2	338,3	354,5	406,3	405,8	585,8	576,3	891,0	926,4
G: Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	189,7	133,7	549,4	395,5	331,3	204,3	208,4	310,7	270,9	472,0
H: Systemische hormoonpreparaten, excl. geslachtshormonen	18,3	20,3	46,9	82,9	139,9	225,1	266,9	385,2	373,7	584,9
J: Systemische antimicrobiële middelen	269,0	195,4	272,3	276,4	366,7	341,5	749,9	481,8	923,6	745,8
L: Oncolytica en immunosuppressiva	1,1	5,3	6,9	23,9	21,2	38,5	38,8	116,8	55,0	138,9
M: Bewegingsapparaat	40,8	42,2	255,2	210,5	517,5	410,2	719,6	546,6	867,9	683,1
N: Centraal zenuwstelsel	106,0	205,1	580,1	596,9	1342,9	1182,8	2052,0	1449,7	3282,1	2433,6
P: Antiparasitische middelen	13,5	10,9	15,4	27,2	12,9	25,2	9,1	25,9	7,4	24,7
R: Ademhalingsstelsel	402,8	371,3	419,4	482,7	581,1	763,9	1004,2	1025,5	1209,2	1202,3
S: Zintuigelijke organen	101,9	104,9	99,3	109,4	158,3	219,9	319,6	483,6	525,7	890,8
V: Diverse middelen	1,3	2,8	2,4	3,8	2,8	8,4	2,5	16,4	3,6	30,6

Bron: Eerste en tweede nationale studie van de eerste lijn, Nivel Zorgregistraties eerste lijn

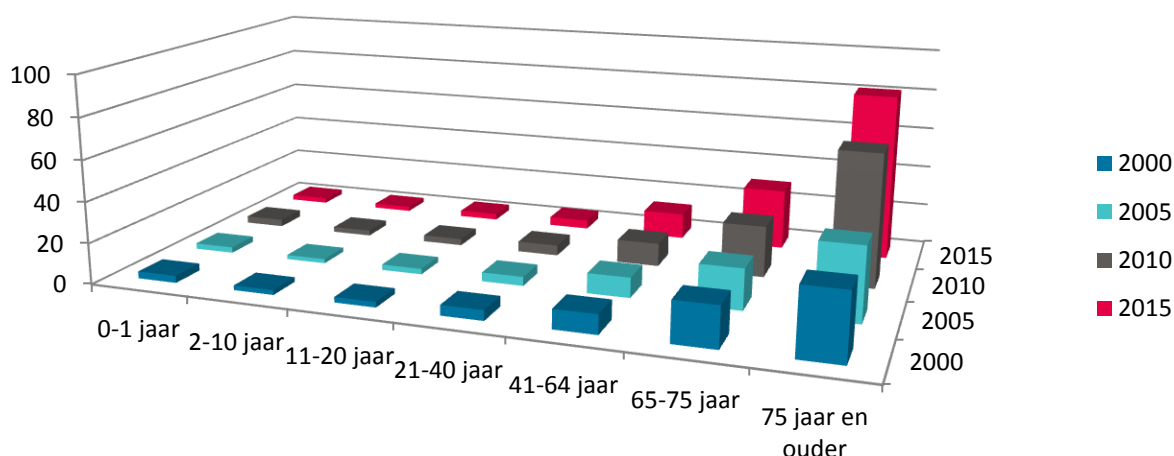
Deze toename in het aantal voorschriften kan op verschillende manieren worden verklaard. Ten eerste zijn er meer medicamenteuze opties voor behandeling beschikbaar. Ten tweede nam het aantal patiënten met een chronische aandoening dat onder behandeling is bij de huisarts (en niet bij een specialist) toe. Deze patiënten gebruiken doorgaans veel medicijnen. Ten derde worden tegenwoordig veel voorschriften die in eerste instantie voorgescreven zijn door een specialist herhaald in de eerste lijn bij de huisartspraktijk.

Het gebruik van geneesmiddelen (of althans het voorschrijven ervan) steeg over de hele linie, met als uitzondering antibiotica. Hier is het aantal voorschriften gelijk gebleven en bij sommige leeftijdscategorieën zelfs afgenomen.

Ook uit de literatuur en andere overzichten is bekend dat het medicijngebruik in Nederland toeneemt (figuur 2.7) [SFK 2001, 2006, 2011 2016]. In de laatste tien jaar is het gemiddeld aantal voorschriften voor geneesmiddelen per persoon gestegen van acht naar vijftien en daarmee bijna verdubbeld. Het aantal voorschriften per persoon neemt vooral toe in de leeftijdscategorieën vanaf 40 jaar. Het merendeel van de voorschriften wordt verstrekt aan patiënten van 75 jaar en ouder.

Deze gegevens laten zien dat de zorgvraag in de huisartspraktijk verandert en in veel gevallen ook toeneemt over de tijd. Gezien de te verwachtte verdere vergrijzing van de bevolking is ook de verwachting dat deze zorgvraag in de huisartspraktijk verder zal toenemen in de komende decennia.

Figuur 2.7 Gemiddeld aantal geneesmiddelenvoorschriften per Nederlander naar leeftijd van 2000 tot 2015



Bron: SFK Data en feiten 2001, 2006, 2011 en 2016.

2.2.5 Verwijzen naar de tweede lijn

Een deel van de contacten met de huisartspraktijk eindigt in een verwijzing naar een medisch specialist, deels voor nadere diagnostiek en deels voor behandeling. Verwijzingen vormen de toegang tot de tweede lijn en patiënten hebben een verwijzing nodig om zorg in de tweede lijn te krijgen (met uitzondering van spoedsituaties). Het aantal verwijzingen naar de tweede lijn geeft een indicatie van het probleemoplossend vermogen van huisartspraktijken [Wiegers e.a. 2011].

Het aantal verwijzingen naar de tweede lijn is in 2017 in totaal ruim 300 per 1000 ingeschreven patiënten (tabel 2.4). Omgerekend naar het totaal aantal contacten met de huisartspraktijk eindigt nog geen 7% van de contacten met een verwijzing. Veruit het grootste deel van de gepresenteerde gezondheidsproblemen wordt dus in de huisartspraktijk opgelost.

Vrouwen worden vaker verwezen dan mannen. Voor een deel wordt dat verklaard door problemen rond zwangerschap en bevalling. Het aantal verwijzingen onder de aller jongsten – de nul- tot

vierjarigen – is wat hoger (niet in tabel); dan daalt het eerst en gaat daarna stijgen met de leeftijd. Onder de alleroudsten vlakt de stijging weer af. Het verschil tussen mannen en vrouwen is het grootst in de leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen.

Tabel 2.4 Aantal verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten per 1000 ingeschreven patiënten* per jaar 2014-2016*

		2014	2015	2016	2017
Geslacht	Mannen	242,8	251,8	261,9	259,9
	Vrouwen	316,8	332,6	344,5	345,6
Leeftijd	0-17	150,8	163,7	167,5	152,1
	18-64	267,0	277,5	287,4	294,5
	65-74	432,8	437,0	447,3	453,2
	75+	492,0	518,1	524,5	533,4
Totaal		279,9	292,6	303,6	303,3

** Per 1000 ingeschreven patiënten in de betreffende categorie*

Bron: Nivel Zorgregistraties

Tabel 2.5 bevat het aantal verwijzingen per specialisme. De meeste verwijzingen vinden plaats naar oogheelkunde, orthopedie, KNO-heelkunde, dermatologie en heelkunde (zie tabel 2.5). Deze top 5 is redelijk stabiel. Ten tijde van de Tweede Nationale Studie in 2001 waren de vijf specialismen waarnaar het meest werd verwezen (in volgorde van meest naar minder) heelkunde, KNO-heelkunde, oogheelkunde, dermatologie en orthopedie. Vijftien jaar eerder, ten tijde van de Eerste Nationale Studie bestond de top vijf uit heelkunde, KNO-heelkunde, interne geneeskunde, oogheelkunde en orthopedie [Bongers 2009]. Het feit dat interne geneeskunde is verdwenen uit de top vijf en daar nu zelfs ver onder staat, is waarschijnlijk gerelateerd aan de subspecialisatie binnen de interne geneeskunde [Bongers 2009].

Tabel 2.5 Aantal verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten naar specialisme per 1000 ingeschreven patiënten per jaar 2014-2016

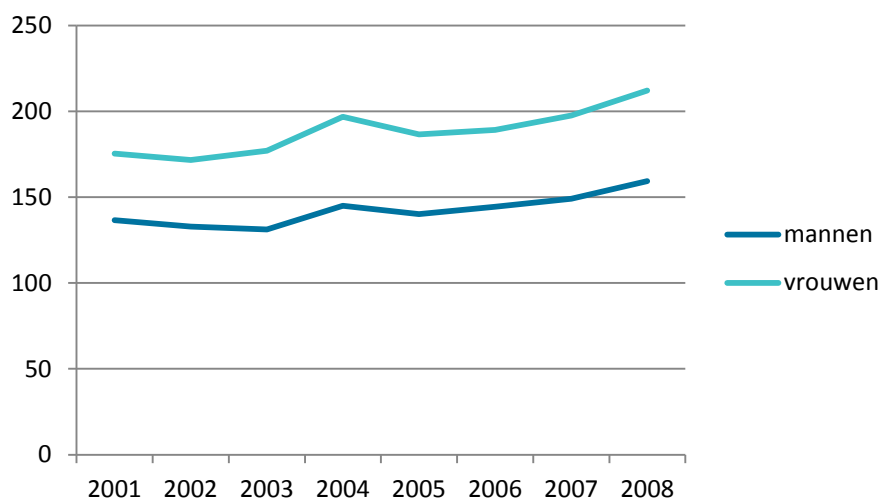
Specialisme	2014	2015	2016	2017
Oogheelkunde	33,3	33,0	33,0	31,8
Orthopedie	30,2	32,2	32,4	30,9
KNO-heelkunde	28,7	31,7	31,4	30,8
Dermatologie	27,2	30,2	31,3	30,2
Heelkunde	23,2	24,9	25,6	25,1
Neurologie	22,3	22,6	23,6	23,1
Gynaecologie/verloskunde	17,1	17,1	17,8	18,8
Psychiatrie	14,1	13,1	14,6	17,1
Interne geneeskunde	13,5	14,4	15,5	15,4
Cardiologie	12,8	13,7	14,6	15,0
Urologie	11,4	11,6	12,0	11,6
Plastische chirurgie	8,2	7,6	8,3	9,6
Maag-darm-leverziekten	8,6	8,5	8,4	9,3
Kindergeneeskunde	7,6	8,9	9,3	8,6
Longziekten	6,9	7,3	8,0	7,7
Reumatologie	4,7	5,0	5,4	5,2
Revalidatiegeneeskunde	2,3	2,2	2,3	2,8
Geriatric	2,2	2,5	2,7	2,7
Anesthesiologie	1,9	2,1	2,3	2,3
Mondziekten en kaakchirurgie	1,5	1,6	1,8	1,7
Sportgeneeskunde	0,9	0,9	1,5	1,6
Klinische genetica	0,8	0,7	0,8	0,9
Allergologie	0,4	0,7	0,8	0,9
Multidisciplinaire en speciale poli	0,1	0,2	0,1	0,1
Medische psychologie	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal	280,0	293,0	303,5	303,3

Bron: Nivel Zorgregistraties

Ontwikkeling in de tijd in het aantal verwijzingen zijn lastig te duiden door veranderingen in de manier waarop verwijzingen worden geregistreerd en veranderingen in de regelgeving. In 1987, tijdens de Eerste Nationale Studie, werden de verwijzingen op papier vastgelegd. Met de komst van LINH (Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg, een voorloper van Nivel Zorgregistraties) werden de verwijzingen vastgelegd in een speciale module die in het Huisarts Informatie systeem (HIS) werd ingebouwd. De kwaliteit van deze gegevens liet echter te wensen over, toen veel praktijken overschakelden op verwijzen via Zorgdomein. Er is daarom in het onderzoek naar verwijzen ook van andere bronnen gebruik gemaakt. In twee rapportages is gebruik gemaakt van de declaraties van de tweede lijn (via de Diagnose-behandelcombinaties (DBC's) die in het informatiesysteem van de zorgverzekeraars, Vektis, beschikbaar zijn) [van Dijk e.a. 2013; de Jong e.a.2016]. Een probleem met de declaratiegegevens uit de tweede lijn is dat een deel van de verwijzingen niet wordt 'geconsumeerd' [Van Esch e.a. 2017]. Sinds enkele jaren verkrijgt het Nivel de verwijsgegevens van deelnemende praktijken via Zorgdomein. In het verleden werd ook een onderscheid gemaakt tussen nieuwe en herhaalverwijzingen wat we nu niet meer kunnen maken. Door al deze problemen zijn ontwikkelingen in de tijd in het aantal verwijzingen moeilijk te duiden.

Over de periode waarin de cijfers wel goed te vergelijken zijn, zien we wel een stijging van het aantal verwijzingen. Dat betreft de periode 2001-2008 (zie figuur 2.8).

Figuur 2.8 Ontwikkeling van het aantal nieuwe verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten, 2001-2008



Bron: Jaarcijfers LINH, Verheij e.a. 2010

We zien in deze periode van bijna tien jaar een geleidelijke stijging van het aantal nieuwe verwijzingen. Het lijkt erop dat het verwijscijfer ten tijde van de Eerste Nationale Studie hoger lag, namelijk 176 nieuwe verwijzingen per 1000 mannelijke patiënten en 200 per 1000 vrouwen [Bongers 2009]. Bongers verklaart daling van het verwijscijfer tussen 1987 en 2001 uit een aantal ontwikkelingen:

- toegenomen bezoek aan de spoedeisende hulp (wat leidde tot een achterafverwijzing waar de huisarts geen invloed op had);
- het tot stand komen van NHG standaarden (de eerste werd in 1989 gepubliceerd) die vaak een terughoudend verwijsbeleid adviseren, meer verwijzingen naar andere eerstelijnszorgverleners (hij noemt het voorbeeld van verwijzingen van patiënten met diabetes naar podotherapeuten);
- betere diagnostische mogelijkheden in de eerste lijn;
- en meer huisartsen die kleine chirurgische ingrepen zelf doen (mede door betere ondersteuning en uitrusting).

De vraag is natuurlijk hoe het komt dat we ondanks deze ontwikkelingen toch weer een geleidelijke stijging zien vanaf 2001. De cijfers in de figuur zijn niet gestandaardiseerd naar leeftijd en daar zou een stukje van de verklaring kunnen zitten.

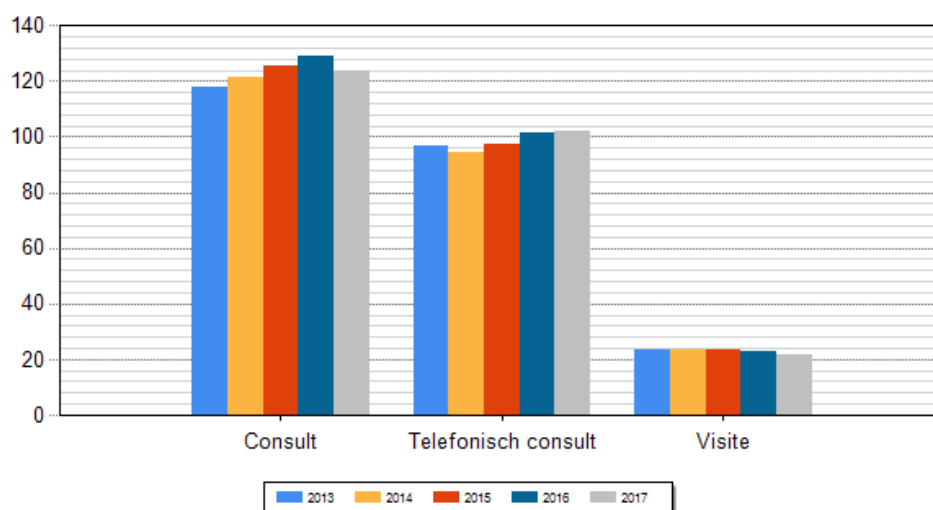
Een vergelijking van de ontwikkeling tot 2008 met die vanaf 2014 (uit tabel 2.4) kan niet worden gemaakt omdat het onderscheid tussen nieuwe en herhaalverwijzingen niet meer kan worden gemaakt. De gegevens over 2014-2017 lieten evenwel ook een stijging zien (tabel 2.4).

2.2.6 Zorggebruik gedurende avond, nacht en weekend

De voorgaande paragrafen gingen over het zorggebruik tijdens kantooruren. Ook in de huisartsenzorg tijdens de avond, nacht en het weekend (ANW) en dus buiten kantooruren is in de laatste dertig jaar veel veranderd. Verzorgden dertig jaar geleden de meeste huisartsen deze zorg vanuit de eigen praktijk in een kleine onderlinge waarneemgroep, tegenwoordig zijn deze zorg georganiseerd in huisartsen dienstenstructuren en verleend in huisartsenposten. Hierdoor werken huisartsen minder avonden, nachten en weekenden dan voorheen. De zorg buiten kantooruren valt in Nederland onder de verantwoordelijkheid van ongeveer 50 huisartsendienstenstructuren (HDSen). Deze HDSen kunnen een of meerdere huisartsenposten omvatten. In 2017 waren er 122 huisartsenposten.

Jaarlijks maakt ongeveer 16% van de bevolking tenminste eenmaal gebruik van een huisartsenpost. Ook op de huisartsenposten geldt dat de grootste zorgvraag komt van kleine kinderen en ouderen. In de periode tussen 2013 en 2016 was er een stijging in het aantal contacten met een huisartsenpost. In 2017 lijkt dit aantal weer te dalen (figuur 2.9). Of deze daling doorzet moet de komende jaren blijken [Jansen e.a. 2018]. Naast een toename in het aantal contacten met de huisartsenpost is er ook een toename van het aantal als urgent ingeschatte contacten. Waar deze toename aan toe is te schrijven is onbekend. Mogelijk gaat het om een verandering in de inschatting door de triagist en het triagesysteem, mogelijk gaat het om een echte toename van het aantal urgente gevallen. Er is geen duidelijke toename te zien van het aantal ouderen op de huisartsenpost. Dit wijst erop dat het toenemend aantal kwetsbare ouderen dat zelfstandig woont, (nog) niet tot een groter beroep op de huisartsenposten heeft geleid.

Figuur 2.9 Gemiddeld aantal contacten met de huisartsenpost per 1000 inwoners naar type contact in de periode 2013-2017.



Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn

2.2.7 Toekomstverwachting zorggebruik

Het huidige zorggebruik van patiënten is gemiddeld iets meer dan vier contacten met de huisarts per jaar. Met de toenemende vergrijzing en de daarbij horende toename van het aantal patiënten met (meerdere) chronische aandoeningen is het de verwachting dat het zorggebruik bij de huisarts verder zal toenemen. Om een inschatting te maken van de toename in de komende vijftien jaar is gekeken naar het zorggebruik in praktijken waarvan de ingeschreven patiënten een vergelijkbare leeftijdsopbouw hebben zoals die nu verwacht wordt voor de gehele Nederlandse populatie in 2030. Van de praktijken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties heeft zo'n 10% een patiëntenpopulatie die zo is samengesteld als de totale bevolking in 2030.

In deze praktijken hebben patiënten gemiddeld 4,4 contacten met de huisarts per jaar. Dit betekent dat in 2030 een gemiddelde huisarts bij een zelfde praktijkomvang gemiddeld 419 extra contacten per FTE heeft per jaar. Dit is gelijk aan het aantal contacten dat een huisarts nu heeft in drie weken. Hierbij is er nog geen rekening gehouden met extra contacten door bijvoorbeeld toegenomen verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn. En er is alleen rekening gehouden met een toename in de direct patiëntgebonden tijd, terwijl we kunnen verwachten dat ook de hoeveelheid indirect patiëntgebonden tijd en de niet-patiëntgebonden tijd zullen groeien.

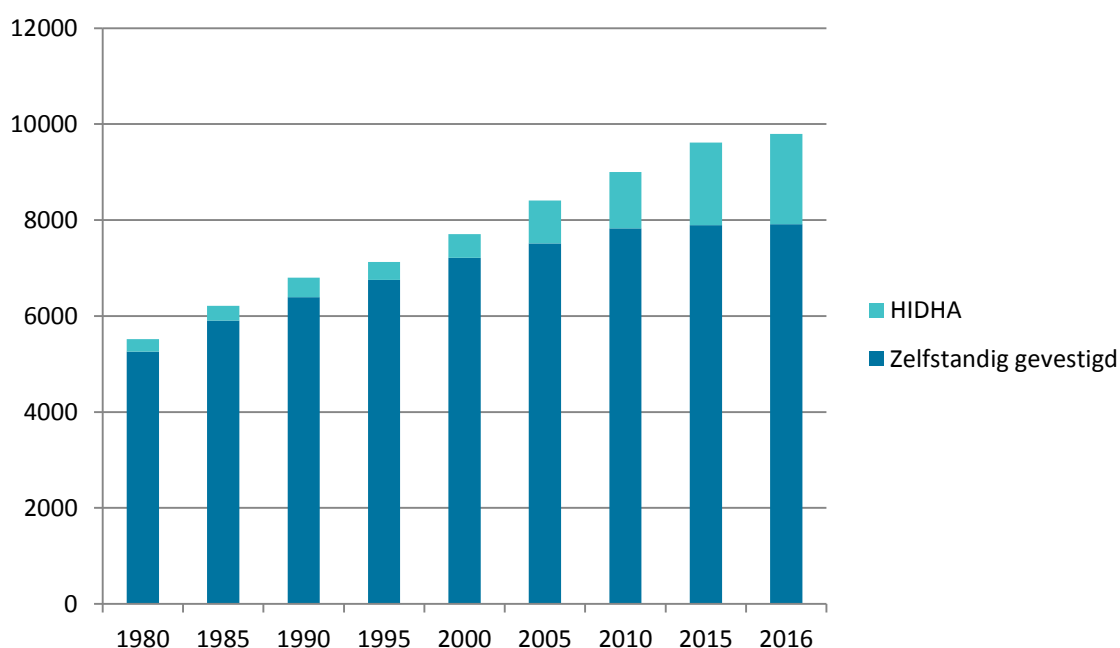
2.2.8 De ontwikkeling van het aantal huisartsen en de gemiddelde praktijkgrootte

In de voorgaande paragrafen hebben we gezien dat, afgemeten aan veranderingen in de leeftijdsopbouw, morbiditeit en zorggebruik, de hoeveelheid werk voor huisartsen is toegenomen. Zien we nu ook een navenante ontwikkeling van het zorgaanbod?

Aantal huisartsen

Het aantal huisartsen is in elk geval de afgelopen decennia sterk gestegen (figuur 2.10). De laatste jaren blijft het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen nagenoeg gelijk, maar neemt het aantal HIDHA's sterk toe. Dit weerspiegelt de vestigingsvoorkeuren van aankomende huisartsen.

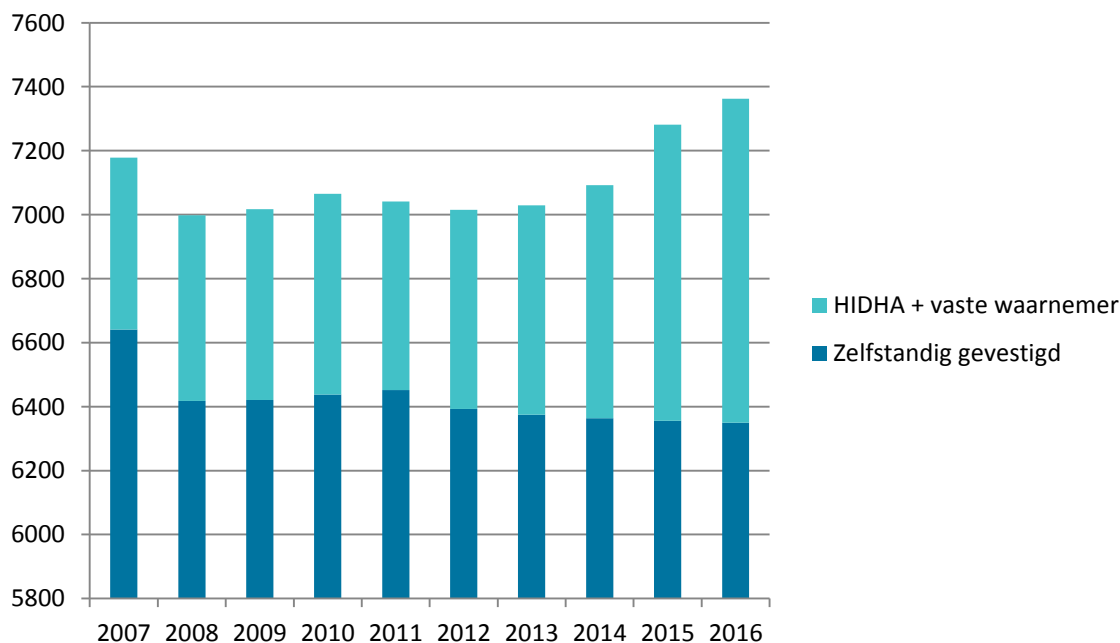
Figuur 2.10 Absoluut aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en 'huisartsen in dienst van een andere huisarts'(HIDHA's) 1980-2016



Bron: 1980-2005 Hingstman en Kenens 2007; 2010-2016 Van der Velden en Batenburg 2017; 2010-2016 HIDHA's inclusief vaste waarnemers

Niet alle huisartsen werken voltijds. Voor de bepaling van de (benodigde) capaciteit is het belangrijk daar rekening mee te houden. Immers, er is de afgelopen decennia ook een trend naar meer huisartsen die in deeltijd werken. We geven hier in de volgende figuur (figuur 2.11) de tijdreeks van de ontwikkeling van het aantal huisartsen in FTE's over de laatste tien jaar.

Figuur 2.11 Aantal FTE zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's plus vaste waarnemers 2007-2016



Bron: 2010-2016 Van der Velden en Batenburg 2017.

In termen van FTE's daalt het aantal zelfstandige huisartsen licht, terwijl het aantal HIDHA's en vaste waarnemers toeneemt. Het aantal praktijken blijft min of meer gelijk, maar het aantal huisartsen dat in deze praktijken werkt, neemt toe.

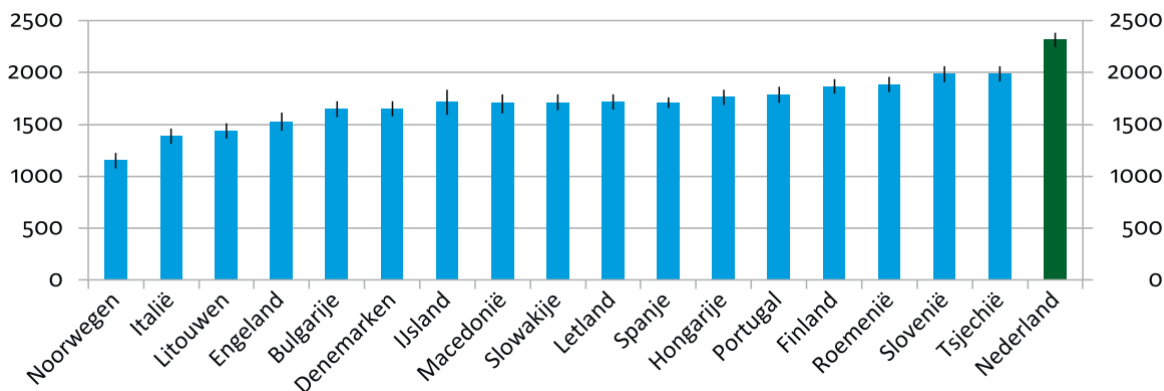
Praktijkomvang

Omdat nagenoeg alle Nederlanders ingeschreven staan bij een huisartsenpraktijk, is het aantal inwoners per FTE huisarts een goede benadering van de gemiddelde praktijkgrootte, het aantal mensen voor wie één FTE huisarts verantwoordelijk is. Dat is gedurende de afgelopen tien jaar nagenoeg hetzelfde gebleven. In 2007 was één FTE huisarts (zelfstandig gevestigd en HIDHA's en vaste waarnemers) gemiddeld voor 2344 mensen (vroeger werden ze door huisartsen 'zielen' genoemd) verantwoordelijk, terwijl dat in 2016 2320 mensen is (aantallen huisartsen uit Van der Velden en Batenburg 2017; bevolkingsomvang van het CBS). De gemiddelde praktijkgrootte is wat lager omdat sommige categorieën mensen niet zijn aangewezen op huisartsenzorg, zoals degenen die langdurig in een instelling zoals een verpleeghuis verblijven.

Het aantal inwoners per huisarts is hoger dan de omvang van de normpraktijk. De normpraktijk is het aantal patiënten per huisarts waarop de tarieven zijn gebaseerd en waarbij de kosten van de praktijkvoering worden gedekt en huisartsen verondersteld worden een redelijk inkomen te kunnen verwerven. De omvang van de normpraktijk was tot en met 2012 2350 patiënten. Vanaf 2013 was het 2168 en vanaf 2018 2095 patiënten per huisarts [Medisch Contact 2017]. Om deze verkleining van praktijken feitelijk te realiseren moet het aantal huisartsen dus toenemen.

Internationaal gezien hebben huisartsen in Nederland grote praktijken (figuur 2.12). Van de landen in de QUALICOPC studie met inschrijving op naam is de gemiddelde praktijkgrootte het hoogst in Nederland. In Engeland en Denemarken, twee andere West-Europese landen met een sterk ontwikkelde huisartsenzorg, ligt de gemiddelde praktijkgrootte per huisarts veel lager.

Figuur 2.12 Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per huisarts in 18 Europese landen



Bron: Qualicopc; Schäfer e.a. 2016

Praktijkvorm

Ten slotte gaan we nog kort in op de praktijkvorm; dat wil zeggen de ontwikkeling van het aantal solopraktijken, duopraktijken en groepspraktijken en daarnaast het aantal gezondheidscentra. Mono- en multidisciplinaire samenwerking kunnen het vermogen van huisartspraktijken vergroten om de veranderingen in zorgvraag en -gebruik op te vangen.

Het aantal huisartspraktijken is de laatste paar jaar nagenoeg gelijk gebleven met zo'n 5000 praktijken. Daarvan is 35% een solopraktijk, 43% een duopraktijk en 22% een groepspraktijk (2016). In 2000 was dat nog 56% solopraktijken, 31% duopraktijken en 13% groepspraktijken. De afname van het aantal solopraktijken laat zien dat monodisciplinaire samenwerking tussen huisartsen in een gezamenlijke praktijk fors is toegenomen in de loop van de tijd.

Multidisciplinaire samenwerking in de vorm van gezondheidscentra heeft zijn grootste vlucht in de jaren 1970 en 1980 gehad. In die jaren nam het aantal gezondheidscentra toe van bijna nul naar zo'n 150. In de jaren 1990 waren er naar schatting 200 gezondheidscentra en op dit moment tussen de 200 en 300.

De definitie van een gezondheidscentrum werd lange tijd bepaald door de regelingen op grond waarvan gezondheidscentra subsidie kregen. Daarbij ging het om samenwerking onder één dak tussen tenminste huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers. De subsidieregeling was aanvankelijk centraal en uniform geregeld, maar is na 2006 afgebouwd en vervangen door een regeling die via de zorgverzekeraars liep en afhankelijk was van de contractering van de module Geïntegreerde Eerstelijnszorg (GEZ). Deze was bedoeld om multidisciplinaire samenwerking te stimuleren, maar niet gebonden aan een specifieke definitie [Batenburg en Kalf 2010].

Al met al kunnen we zeggen dat de capaciteit aan huisartsen niet navenant is toegenomen met de uitbreiding van de zorgbehoefte door veroudering en verandering in morbiditeit en door toegenomen zorggebruik. In hoofdstuk 4 zullen we zien dat de discrepantie tussen vraag/gebruik en beschikbaar aanbod aan huisartsen in elk geval voor een deel is opgevangen door de inschakeling van meer ander personeel in huisartspraktijken.

2.2.9 Werkbelasting in de huisartspraktijk

Tijdsbesteding geeft een indruk van de werkbelasting van een huisartsenpraktijk. We onderscheiden drie soorten van tijdsbesteding in de praktijk: directe tijd, indirecte tijd en niet patiëntgebonden tijd.

Directe patiëntgebonden tijd staat voor de tijd besteed aan directe contacten met patiënten door huisartsen en andere zorgverleners in de praktijk. Indirecte patiëntgebonden tijd staat voor tijd besteed aan patiënten buiten de contacten om; dit is bijvoorbeeld de administratie van een consult of overleg over patiënten met andere zorgverleners binnen of buiten de praktijk. Niet-patiëntgebonden tijd bestaat onder andere uit administratie voor de praktijk, nascholing en overleg met andere zorgverleners en bijvoorbeeld zorgverzekeraars en gemeenten over samenwerking en afspraken met deze partijen.

Direct patiëntgebonden tijd

Figuur 2.4 en 2.5 beschreven de aantallen contacten met de huisarts. De ontwikkeling daarin weerspiegelt de directe tijd die daaraan besteed wordt door huisartsen in de afgelopen dertig jaar. Hierbij moet gezegd worden dat de vergelijking niet helemaal één op één gemaakt kan worden tussen de verschillende jaren daar de methode van meten en declareren over de tijd gewijzigd is.

Indirect patiëntgebonden tijd

Indirect patiëntgebonden tijd is tijd die besteed wordt aan zorg voor de patiënt zonder dat de patiënt fysiek aanwezig is. Dit kan het bijwerken van het dossier zijn maar ook overleg over een patiënt met andere zorgverleners. Eerder onderzoek laat zien dat huisartsen in ieder geval vanaf ongeveer 2007 zo'n tien uur per week besteden aan indirect patiëntgebonden activiteiten bij een werkweek van 45 uur [Braspenning e.a. 2012; Flinterman e.a. 2016]. In 2001 besteedde huisartsen nog gemiddeld ruim 6 uur aan indirect patiëntgebonden activiteiten [van den Berg e.a. 2004]. Voor 1987 zijn er geen gegevens bekend over de bestede indirect patiëntgebonden activiteiten van de huisarts (toen is alleen een onderscheid tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten gemaakt). De toename kan deels verklaard worden door een toenemend aantal medewerkers in de praktijk. Waar voorheen een huisartspraktijk bestond uit een huisarts en zijn assistente, zijn er tegenwoordig meerdere zorgverleners in dienst bij een huisartspraktijk. Om op de hoogte te blijven van wat er speelt bij individuele patiënten en om zo goed mogelijke zorg te kunnen leveren is overleg tussen deze verschillende zorgverleners over deze patiënten noodzakelijk. Als gevolg hiervan is dat het aantal uren dat besteed wordt aan indirect patiëntgebonden activiteiten toegenomen.

Niet-patiëntgebonden tijd

In 2015 besteedde huisartsen gemiddeld 10 uur per week aan niet patiëntgebonden activiteiten [Flinterman e.a. 2017], in 1987 was dit ruim 12 uur [Hutten 1998], in 2001 13 uur [Van den Berg e.a. 2004] en in 2008 was dit acht uur per week [Braspenning e.a. 2012]. Er is dus geen duidelijke trend in de tijd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten. De niet-patiëntgebonden tijd omvat allerlei algemeen overleg binnen en buiten de praktijk en de tijd die wordt besteed aan nascholing en dergelijke. Het gaat om activiteiten die min of meer onafhankelijk zijn van het aantal patiënten. De verwachting is dan ook dat bij een dalend aantal patiënten per huisarts de hoeveelheid niet-patiëntgebonden tijd ongeveer hetzelfde zal blijven (en dus verhoudingsgewijs zal toenemen). Overname van interne en externe managementtaken van huisartsen door speciaal daarvoor aangestelde functionarissen kan voorkomen dat het aandeel niet-patiëntgebonden tijd gaat toenemen.

Verandering werkbelasting huisartspraktijk totaal

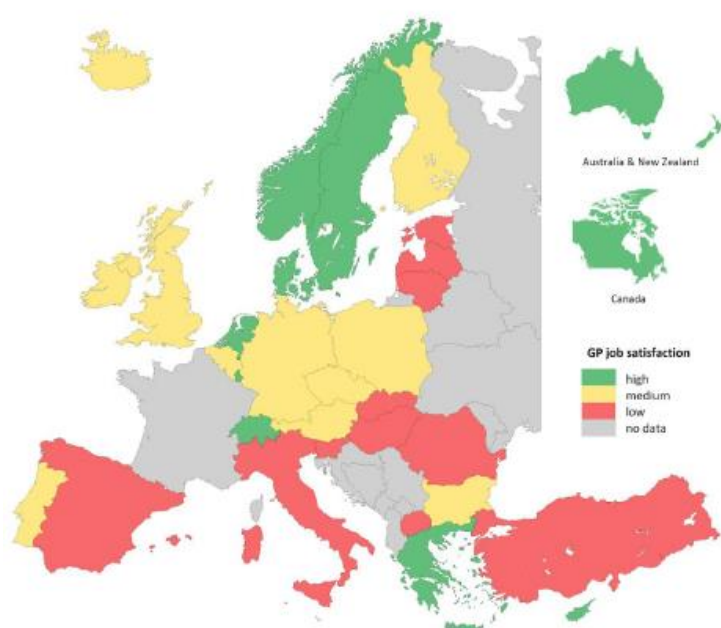
De werkbelasting van huisartsen is in de afgelopen dertig jaar op verschillende manieren veranderd. De contacten met patiënten zijn gemiddeld korter geworden, er zijn meer enkele contacten in plaats van dubbele contacten, waardoor huisartsen snel tot een oordeel moeten komen en minder aandacht kunnen geven aan mogelijke indirecte oorzaken van gezondheidsklachten [de Bakker e.a. 2008]. De hoeveelheid indirect patiëntgebonden tijd is toegenomen en gaat mogelijk in de toekomst verder toenemen wanneer meer zorg in de eerste lijn plaats gaat vinden waardoor huisartsen meer

personeel in dienst krijgen met wie zij overleggen over patiënten en ook meer overleggen met eerstelijnszorgverleners buiten de eigen praktijk. Door deze toename van het aantal zorgverleners dat betrokken is bij een patiënt, wordt het ook belangrijker om de zorg voor patiënten zodanig te registreren en documenteren dat de overdracht tussen de zorgverleners zo soepel mogelijk kan verlopen. De hoeveelheid tijd die huisartsen besteden aan niet-patiëntgebonden activiteiten lijkt redelijk stabiel of zelfs iets af te nemen. Dit kan mogelijk verklaard worden door het feit dat steeds meer huisartspraktijken een praktijkmanager in dienst hebben die een deel van de administratieve taken op zich neemt. In vergelijking met andere Europese landen zitten de huisartsen qua werkuren en tijdsbesteding in het hoogste kwartiel. In verhouding besteden Nederlandse huisartsen veel tijd aan indirecte- en niet-patiëntgebonden tijd [Schäfer e.a. 2016].

De werkbelasting in de huisartspraktijk is niet alleen veranderd voor huisartsen. In een huisartsenpraktijk wordt een deel van het werk van huisartsen uit handen genomen door de assistent(en) en daarnaast tegenwoordig ook in bijna alle huisartspraktijken door een POH-somatiek en/of een POH-GGZ. De activiteiten van de POH's zijn er bij gekomen deels door substitutie van de zorg voor patiënten met diabetes en COPD en deels door het veranderde verwijsmodel voor de geestelijke gezondheidszorg. Mede hierdoor is het lastig om een goede vergelijking te maken tussen de verschillende jaren.

Over de beleving van het werk – ook wel subjectieve werkbelasting of arbeidssatisfactie genoemd – zijn geen vergelijkbare gegevens over de jaren beschikbaar. Van den Berg liet wel zien dat de schaalvergroting van de avond-, nacht- en weekenddiensten tot meer tevredenheid met de belasting tijdens de diensten heeft geleid, maar dat werkte niet door op de totale arbeidssatisfactie [Van den Berg e.a. 2004]. Voor de huidige generatie huisartsen is de schaalvergroting van de diensten al weer zolang geleden dat deze verlaging van de belasting door de diensten niet meer wordt herkend. Op het moment zijn er weer meer berichten over een hoge ervaren werkbelasting tijdens de diensten. Er zijn internationaal vergelijkbare gegevens over de arbeidssatisfactie van huisartsen in 34 landen [Stobbe 2018]. Daarbij zitten Nederlandse huisartsen in de rangorde van meest naar minst tevreden op de tiende plaats.

Figuur 2.13 Arbeidssatisfactie van huisartsen in 34 landen



Bron: QUALICOPC; Stobbe 2018.

2.2.10 Discrepantie tussen zorgvraag en zorgaanbod?

Het is niet gemakkelijk om de vraag te beantwoorden of er een discrepantie is tussen de vraag naar huisartsenzorg en de beschikbare zorg. Aan het begin van deze eeuw werden problemen gemeld van patiënten die zich niet konden inschrijven bij een huisartspraktijk, omdat alle praktijken in hun omgeving waren gesloten voor nieuwe patiënten. Nader onderzoek wees uit dat dit probleem feitelijk veel kleiner was dan gedacht en dat wat genoemd werd het NONI-probleem (NONI staat voor Niet Op Naam Ingeschreven) verwaarloosbaar was [Poortvliet e.a. 2005]. In de laatste capaciteitsraming van 2016 wordt er door het Capaciteitsorgaan vanuit gegaan dat er geen ‘onvervulde vraag’ is, afgaande op vacatures en wachtlijsten [Capaciteitsorgaan 2016]. Er worden op dit moment wel problemen ervaren en verwacht met de invulling van vacatures voor huisartsen en ondersteunend personeel in sommige gebieden van ons land [Lambregtse 2018]. Er zijn signalen over problemen met praktijkovername door een groeiende mismatch tussen jonge huisartsen die zelfstandige vestiging steeds langer uitstellen en bij voorkeur in een duo-praktijk werken in een regio die ook voor hun partner aantrekkelijk is. De over te nemen praktijken die door een solist in een ‘buitengebied’ worden aangeboden, worden daarmee steeds minder populair [Batenburg, 2016].

In historisch perspectief kan gesteld worden dat met de instelling van het Capaciteitsorgaan in 2000 er een einde is gekomen aan al te grote fluctuaties in het aantal huisartsen [Zaat 1981; Van Greuningen 2016]. Het Capaciteitsorgaan adviseert het Ministerie van VWS – onder meer op basis van data en het ramingsmodel van het NIVEL – over de benodigde opleidingscapaciteit voor huisartsen om vraag en aanbod op nationaal niveau in evenwicht te houden.

Het ramingsmodel schat de ontwikkeling in de vraag naar huisartsenzorg in op basis van demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen en betreft daarbij ook de verandering in werkprocessen in de huisartspraktijk (taakherschikking naar POH's, substitutie van tweede naar eerste lijn). Deze schatting wordt afgezet tegen de verwachte beschikbaarheid van huisartsen die bepaald wordt door in- en uitstroom van huisartsen, hun werkzaamheid en samenstelling naar leeftijd en geslacht.

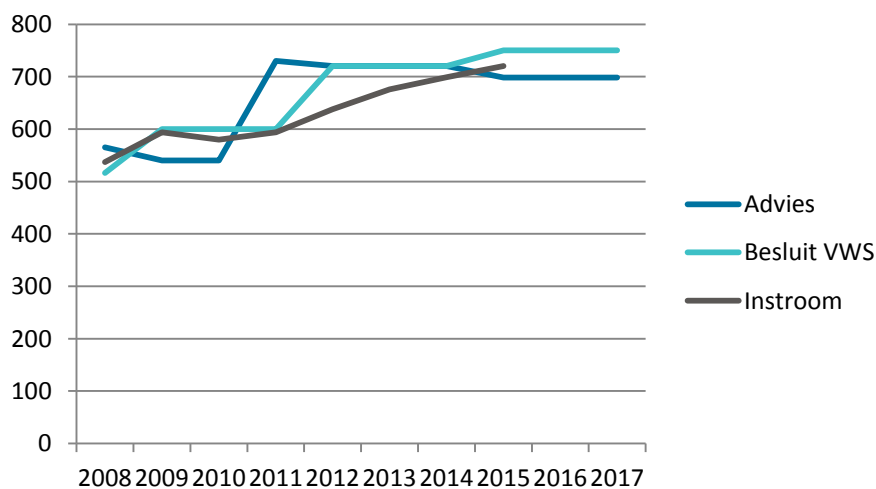
De ontwikkeling van de zorgvraag is het lastigste onderdeel van het ramingsmodel. De demografische ontwikkeling is makkelijk te voorspellen, de prevalentie en incidentie van ziekten is al lastiger, de zorgzwaarte die mede wordt beïnvloed door de tendens dat ouderen langer thuis wonen is nog lastiger. Ook spelen veranderingen in de neiging om hulp te zoeken voor gezondheidsproblemen een lastig te voorspellen en te kwantificeren rol. In het Capaciteitsplan huisartsgeneeskunde voor 2016 [Capaciteitsorgaan 2016] wordt uitgegaan van een groei van de zorgvraag als gevolg van demografische ontwikkelingen (bevolkingsgroei en vergrijzing) van totaal 9,4% tot 2026. Door de epidemiologische ontwikkelingen wordt een jaarlijkse groei van de zorgvraag tussen 0,4% en 0,8% geraamd en door sociaal-culturele ontwikkelingen komt daar 0,8% tot 1,4% per jaar bij. Deze ramingen zijn hoger dan ze in de voorgaande jaren, bij eerdere capaciteitsplannen, waren.

Een belangrijk punt bij het inschatten van ontwikkelingen in de *zorgprocessen* in huisartspraktijken betreft de vraag in hoeverre ondersteunende professionals, zoals POH's, daadwerkelijk werk uit handen nemen van huisartsen, huisartsen daardoor minder worden belast en er hierdoor netto minder huisartsen nodig zijn. De vraag is met andere woorden of er substitutie plaats vindt of dat de ondersteunende professionals eerder complementair zijn en zo het zorgaanbod en de kwaliteit van huisartsenzorg vergroten op punten waar huisartsen eerder niet aan toe kwamen. Beide lijkt het geval te zijn maar netto is tot nu toe steeds uitgegaan van 0,6% minder benodigde capaciteit aan huisartsen in de toekomst [Capaciteitsorgaan, 2016]. De ramingsmodellen werken met verschillende assumpties

op dit gebied die daardoor ook tot verschillende scenario's leiden voor het benodigde aantal huisartsen in de toekomst. Overigens zit er nog een 'addertje onder het gras' bij de ramingen die van substitutie naar ondersteunende professionals uitgaan: waar halen we de daarvoor benodigde ondersteunende professionals vandaan? De sector is zich hiervan bewust. Veel praktijken zijn betrokken bij de opleiding van praktijkassistenten, POH's en huisartsen (zie in hoofdstuk 4, paragraaf 4.2). Ook zal de toekomstige raming van huisartsen gekoppeld worden aan die van POH's, zodat de mogelijke effecten van taakherschikking ook worden doorvertaald in het aantal op te leiden ondersteunende professionals.

Wat betreft de aanbodkant op de arbeidsmarkt wordt de beschikbaarheid van huisartsenzorg voor een belangrijk deel bepaald door de uitstroom van huisartsen, veelal door pensionering: 20% van de huisartsen die in 2016 werkzaam waren stroomt naar verwachting tot 2016 uit, maar in sommige gebieden, zoals Zeeland, is dat meer dan 40%. De regionale spreidingsproblemen die hierdoor ontstaan hebben momenteel de volle aandacht van de arbeidsmarktagenda van VWS en de LHV. De combinatie van ontwikkelingen in de zorgvraag, de werkprocessen en het beschikbare aanbod leidt tot scenario's voor het aantal op te leiden huisartsen. Het Capaciteitsorgaan adviseert vervolgens over het aantal op te leiden huisartsen. Het Ministerie van VWS neemt een besluit over het aantal te financieren opleidingsplaatsen uit het Opleidingsfonds, de SBOH verdeelt deze zo goed mogelijk over de opleidingsinstellingen die ook de kandidaten werven en selecteren. Figuur 2.14 geeft deze drie grootheden weer voor de afgelopen jaren.

Figuur 2.14 Aantal huisartsen in opleiding; advies van het Capaciteitsorgaan, besluit van het Ministerie van VWS en feitelijke instroom



Bron: Capaciteitsorgaan 2016

Zoals eerder aangegeven, was tot nu toe een impliciet uitgangspunt van de ramingen dat er een evenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod. In het veld wordt echter oplopende werkdruk gevoeld, vooral onder praktijkhouders. Het is echter lastig te bepalen of er ook een aantoonbaar onvervulde vraag is aangezien vacatures ook door waarnemers worden vervuld, een snel groeiende groep onder de jonge huisartsen [Van der Velden en Batenburg, 2017]. De vraag of er op dit moment voldoende tijd per patiënt is, wordt in het model niet ter discussie gesteld maar is wel een factor om mee rekening te houden. De vraag of er een discrepantie is tussen zorgvraag en zorgaanbod is dus eigenlijk vervangen door de vraag: hoe voorkomen we dat de discrepantie (als die er al is) door allerlei ontwikkelingen niet groter wordt dan hij nu is?

2.3 Beschouwing

In dit hoofdstuk hebben we een beschrijving gegeven van het probleem waar de eerste lijn – en in dit hoofdstuk vooral de huisartsenzorg – zich geplaats ziet. De zorgvraag is toegenomen; het zorggebruik in huisartspraktijken is toegenomen, maar het aanbod van huisartsenzorg is maar beperkt toegenomen, met gevolgen voor de werkbelasting voor huisartsen.

De Nederlandse bevolking vergrijst en dat gaat nog wel even door. Vooral het aandeel mensen ouder dan 80 jaar neemt snel toe en blijft nog lang stijgen. Een groter aandeel van hun zal zelfstandig wonen in de toekomst en daarmee tot de zorgpopulatie van de eerste lijn horen. Met het stijgen van de leeftijd neemt ook de zorgvraag toe. Ouderen hebben vaker een chronische aandoening en het aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen – multimorbiditeit – stijgt snel met de leeftijd. Dit vertaalt zich in een stijging van het zorggebruik in de huisartspraktijk, maar daarbij spelen ook nog twee andere ontwikkelingen een rol, namelijk een lagere drempel om hulp te zoeken in de bevolking, mede ingegeven door meer medische mogelijkheden, en een verschuiving van zorg van institutioneel naar ambulante en van tweede naar eerste lijn. Zowel het gebruik van zorg van huisartsen zelf als van andere praktijkmedewerkers is toegenomen. De andere medewerkers in de praktijk, de praktijkondersteuners hebben vooral zorg op het gebied van chronische ziekten en psychische problemen overgenomen. Het voorschrijven van geneesmiddelen is de meest voorkomende interventie in huisartspraktijken. Het is voor verschillende middelen het dubbele van wat het aan het begin van deze eeuw was en vergeleken met dertig jaar geleden is de stijging helemaal groot. Dat komt door een combinatie van factoren; er zijn meer medicamenteuze behandelingen mogelijk, er zijn meer mensen met een chronische aandoening en meer van hen worden in de eerste lijn behandeld. Nog steeds staan Nederlandse huisartsen bekend om hun terughoudende beleid bij het voorschrijven van geneesmiddelen, daarbij gesteund door de standaarden die als het kan afwachtend beleid adviseren. Bijzonder is dat het voorschrijven van antibiotica – een punt van zorg vanwege het risico van resistentie – over de afgelopen dertig jaar is gedaald.

De zorgvraag en het zorggebruik zijn dus gestegen, maar is het zorgaanbod in huisartspraktijken ook navenant toegenomen? In dit hoofdstuk hebben we daar globaal naar gekeken. Het aantal huisartsen is in de afgelopen decennia fors toegenomen; een deel van de toename is alleen al nodig om de bevolkingsgroei op te vangen, nog naast de toename in zorgvraag. Door een afname van het aantal uren dat huisartsen werken is de toename in fulltime equivalenten echter veel minder sterk. Daardoor is het aantal inwoners per fulltime equivalent huisarts – dit is een benadering van de praktijkgrootte per huisarts – de afgelopen tien jaar nagenoeg hetzelfde gebleven.

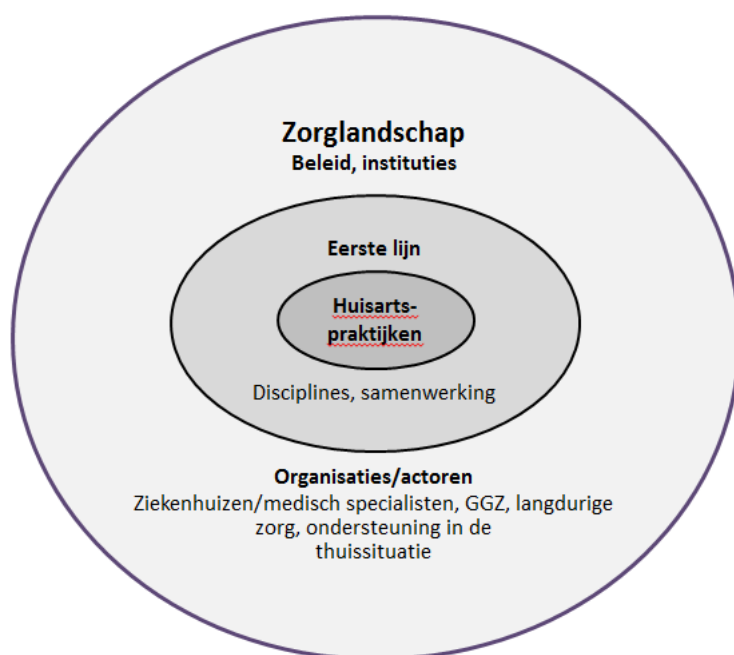
Tezamen definiëren deze ontwikkelingen het probleem waar de eerste lijn – en hier vooral de huisartsenzorg – zich geplaats ziet: een toenemende zorgvraag en slechts een beperkte uitbreiding van het zorgaanbod. Maar daarmee is niet het hele verhaal verteld. Huisartspraktijken bestaan niet meer alleen uit huisartsen, maar ook uit ander personeel. Ook andere zorgverleners in de eerste lijn behandelen en begeleiden patiënten. Het hele zorglandschap is veranderd. Daar gaan we in het volgende hoofdstuk op in.

3 Het zorglandschap van de eerste lijn

De eerste lijn is ingebed in het gezondheidszorgsysteem. Dat heeft zich langzaam maar zeker gevormd met het toenemen van de invloed van de overheid. Met de eerste lijn is de overheid zich gaan bemoeien vanaf de jaren 1970. Vanaf die tijd beschrijven we in dit hoofdstuk de grote lijnen van het gezondheidszorgbeleid. De grote lijnen van het beleid zijn versterking van de eerste lijn, vermindering van het aanbod aan ziekenhuisfaciliteiten en het beleid om zorg op de juiste plaats, zo dicht mogelijk bij de mensen te brengen. Daarnaast hebben recent grote veranderingen in het beleid en de organisatie van de zorg plaats gehad met gevolgen voor de eerste lijn. Dit waren in 2015 de transities die zijn ingezet met de nieuwe Wmo en de Hervorming Langdurige Zorg. We beginnen dit hoofdstuk met het gezondheidszorgsysteem en het beleid in de afgelopen decennia. Daarna gaan we specifiek in op actoren in de omgeving van de eerste lijn. Tot slot bespreken we de eerste lijn in brede zin, dus de verschillende disciplines die er actief zijn en hun onderlinge relaties en samenwerking.

Het zorglandschap van de eerste lijn kunnen we weergeven als een aantal concentrische cirkels. In de buitenste cirkel zit de omgeving van de eerste lijn; deze bespreken we in de eerste drie paragrafen van dit hoofdstuk. Paragraaf 3.1 is gewijd aan het gezondheidszorgsysteem als geheel en paragraaf 3.2 aan de veranderingen in het beleid over een langere periode. De derde paragraaf gaat over de belangrijkste zorgverleners en instellingen in de omgeving van de eerste lijn. In de volgende cirkel plaatsen we de eerste lijn zelf. Die bespreken we in paragraaf 3.4. We beginnen met het beleid rond de eerste lijn en recente veranderingen daarin en gaan vervolgens in op de zorgverleners in de eerste lijn en hun onderlinge relaties. In de figuur staat nog een cirkel, helemaal in het midden. Die betreft de kernvoorziening in de eerste lijn, de huisartspraktijken. Daaraan is hoofdstuk 4 gewijd.

Figuur 3.1: Het zorglandschap van de eerste lijn



3.1 Het gezondheidszorgsysteem

Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem als geheel is van oorsprong een sociaal verzekeringsstelsel, zoals dat sinds het einde van de 19^{de} eeuw voor veel meer gezondheidszorgsystemen in Europa het geval was [Kroneman e.a. 2016]. In West-Europa is daar direct na de Tweede Wereldoorlog de Engelse National Health Service bijgekomen. In de periode daarna heeft een aantal andere West-Europese landen zijn stelsel hervormd tot nationale gezondheidsstelsels. De institutionalisering van het sociaal verzekeringsstelsel in Nederland vond vrij laat plaats, namelijk via het Ziekenfondsbesluit in 1941 tijdens de Duitse bezetting. In de jaren voor de Tweede Wereldoorlog was de politiek er niet in geslaagd om het systeem van ziekenfondsen te reguleren [Companje 2008].

In sociale verzekeringsstelsels is de zeggenschap over de gezondheidszorg verdeeld tussen de overheid, de sociale partners (werkgevers en werknemers) en de zorgaanbieders. De financiering van de gezondheidszorg is in sociale verzekeringsstelsels uit de premies die worden opgebracht door werknemers en werkgevers. Kenmerkend voor premiefinanciering is dat de premieopbrengst geoormerkt is voor gebruik voor gezondheidszorg. Dit in tegenstelling tot nationale gezondheidsstelsels, waar de financiering via belastingen gaat. In die stelsels moet de gezondheidszorg altijd concurreren met andere overheidsbestedingen.

In het Nederlandse systeem was de rol van sociale partners minder sterk dan in andere landen met een sociaal verzekeringsstelsel, zoals Duitsland, en die rol is ook in de loop van de tijd verminderd. De rol van de overheid is vooral sinds de jaren 1970 versterkt. Daar stond tegenover dat de sociale partners en vooral de zorgsector zelf grote invloed hadden via adviesorganen waarin zij vertegenwoordigd waren en die in veel gevallen door de overheid moesten worden gehoord voor een besluit kon worden genomen. Het Nederlandse poldermodel dus [Visser en Hemerijck 1998]. Aan het eind van de vorige eeuw zijn de adviesorganen van de overheid drastisch gereorganiseerd en is hun aantal beperkt. De belangrijkste veranderingen waren dat afgestapt werd van vertegenwoordiging van alle belanghebbenden in adviesorganen en overgegaan werd op adviesraden die uit een beperkt aantal deskundigen bestonden die door de overheid werden benoemd. De verplichting om advies te vragen werd grotendeels afgeschaft.

Door de decentralisatie van zorg en opvang voor mensen met beperkingen naar de gemeenten is de rol van de decentrale overheid versterkt. Omdat de gemeentelijke taken uit de belastingopbrengsten worden gefinancierd, is ook het sociale verzekeringskarakter van het stelsel verminderd en wordt het Nederlandse systeem meer als een hybride systeem gezien met sociale verzekeringselementen en elementen van een nationaal gezondheidszorgsysteem [Kroneman e.a. 2016]. Zorgverzekeraars hebben sinds de verzekeringshervorming van 2006 een belangrijkere rol, deels ook doordat hun aantal sterk is verminderd.

Het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is voor een belangrijk deel privaat georganiseerd, maar met allerlei overheidsregulering er omheen. De zorgverzekering is privaat maar met publieke garanties. Zorgverleners zijn van oudsher zelfstandige ondernemers. De ziekenhuizen en de meeste andere instellingen zijn private ondernemingen, tot nu toe zonder winstoogmerk.

3.2 Veranderingen in beleid over de langere termijn

We beginnen dit overzicht bij het begin van de jaren 1970 toen de overheid zich voor het eerst ging bezighouden met de eerstelijnsgezondheidszorg. Hoe het beleid aankijkt tegen de gewenste ordening van de gezondheidszorg is de basis voor een indeling in een aantal perioden. In grote lijnen gaat het

over de verschuiving van ordening van de gezondheidszorg door planning naar ordening door gereguleerde competitie. De laatste jaren wordt, parallel aan gereguleerde competitie, decentralisatie naar gemeenten belangrijker. Deze grote lijnen van het beleid vormen de context waarin de eerste lijn opereert en de achtergrond bij meer specifieke uitdagingen voor de eerste lijn.

Naar een geplande gezondheidszorg (1970-1985)

Tijdens de wederopbouw van Nederland na de Tweede Wereldoorlog groeide het zorgaanbod en dan vooral de specialistische en ziekenhuiszorg. Rond 1970 werd de stijging van de kosten die daarmee gepaard ging als probleem benoemd. De oplossing werd gezocht in meer planning door de overheid als ordeningsprincipe van de gezondheidszorg. De overheidsplanning zou moeten leiden tot een sterkere eerste lijn om zo de kostenstijging in de tweede lijn tegen te gaan. Eenzelfde ontwikkeling naar meer planning en versterking van de eerste lijn zagen we in die tijd in andere West-Europese landen [Groenewegen en Sluijs 1988]. Het voorgenomen beleid werd vastgelegd in de Structuurnota gezondheidszorg uit 1974. Versterking van de eerste lijn en regionalisering van de gezondheidszorg waren de pijlers van dit beleid.

Het beleid van versterking van de eerste lijn was nodig omdat huisartsen hun centrale positie in de gezondheidszorg dreigden te verliezen door de snelle opkomst van specialisatie, al vanaf het begin van de vorige eeuw, maar heel sterk in de jaren 1960 toen er voor het eerst meer specialisten dan huisartsen waren in ons land. Aan huisartsen ging het beeld kleven van een restcategorie van artsen die niet in staat waren om zich te specialiseren en aan het huisartsenvak het beeld van een tweede keus [Vroege 1968]. Vanaf het midden van de jaren 1950 kwam hierin een kentering door een emancipatiebeweging van huisartsen, met een eigen wetenschappelijke vereniging en een manifest dat hun positie omschreef [Van der Werf en Zaat 2001]. Een eigen opleiding kwam pas in de loop van de jaren 1970 tot stand. Met de uitbreiding van de opleidingsduur eerst tot twee en later tot drie jaar werd de huisartsgeneeskunde ook qua opleiding een specialisme.

Naast het beleid van versterking van de eerste lijn bevatte de Structuurnota beleidsvoornemens en aankondigingen van nieuwe wetten op het gebied van regionalisering en planning via wat later de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg werd, op het gebied van kostenbeheersing via wat later de Wet Tarieven Gezondheidszorg werd, en op het gebied van de verzekering en toegang tot zorg via wat een volksverzekering op het gebied van de curatieve zorg had moeten worden. De laatste zou de in 1968 ingevoerde Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) complementeren en een einde moeten maken aan het onderscheid tussen ziekenfondsverzekering (vooral voor de mensen met lagere inkomens) en de particuliere verzekering.

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg afgekort als WVG is in 1982 ingevoerd als raamwet waarin concrete invulling moest worden gegeven door specifieke uitwerkingen in algemene maatregelen van bestuur. Uiteindelijk is alleen het vestigingsbeleid voor huisartsen binnen de WVG geregeld [Nivel 1987]. Het onderdeel waarin de planning van de gezondheidszorg door gemeenten zou worden geregeld is wel voorbereid maar uiteindelijk nooit ingevoerd. De voorbereidingen, in het begin van de jaren 1980, heeft gemeenten aan het werk gezet om plannen te maken voor de zorgvoorzieningen die zij nodig achten [De Bakker en Wulms 1987].

Het beleid met betrekking tot planning en regionalisering van de gezondheidszorg heeft ook geleid tot een regionalisering van de ziekenfondsen. Door fusies tussen ziekenfondsen en beperking van hun werkgebieden kwam een landelijk dekkend systeem van regionale ziekenfondsen tot stand. Mensen die onder het ziekenfondssysteem vielen konden zich alleen verzekeren bij het ene ziekenfonds dat in hun regio actief was. Vrije keuze was er niet. De Wet Tarieven Gezondheidszorg (1980) regelde welke

tarieven gezondheidszorgverleners in rekening mochten brengen voor hun prestaties. Deze wet is tot 2006 van kracht geweest.

Geleidelijk loslaten van planning (1985-2000)

Halverwege de jaren 1980 werd het idee van de ordening van de gezondheidszorg door planning weer losgelaten. Dat liep parallel aan internationale ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg en daarbuiten. Binnen de gezondheidszorg was de gedachte dat de gezondheidszorg zo complex werd dat centrale planning niet meer goed uitvoerbaar was. Breder ontstonden discussies over privatisering en 'new public management', vooral in de Verenigde Staten onder president Reagan en het Verenigd Koninkrijk onder premier Thatcher.

In Nederland was de instelling van de Commissie Structuur en Functioneren Gezondheidszorg het keerpunt. Deze commissie was door de overheid ingesteld om advies te geven over de gewenste structuur van onze gezondheidszorg. Ze stond onder voorzitterschap van de bestuursvoorzitter van Philips, Wisse Dekker, en de commissie werd ook bekend als Commissie Dekker. Deze bracht in 1987 haar rapport uit. Daarin werd gepleit voor één zorgverzekering voor iedereen (de volksverzekering waarvoor al in de Structuurnota was gepleit) met een deels inkomensafhankelijke en deels nominale premie. Ziekenfondsen zouden zorgverzekeraars worden en moeten gaan concurreren om de gunst van verzekerden. Dat was natuurlijk niet meer verenigbaar met de regionalisatie van de ziekenfondsen die kort daarvoor tot stand was gekomen. Ziekenfondsen anticipeerden op de verwachte nieuwe situatie en gingen fusies aan om daarop voorbereid te zijn [Groenewegen 1992].

De adviezen van de Commissie Dekker werden vrij snel door de toenmalige coalitie van CDA en VVD overgenomen. Verkiezingen in 1989 leidden tot een nieuwe coalitie van CDA en PvdA met een staatssecretaris voor volksgezondheid van de PvdA. De nieuwe coalitie legde andere accenten, bij voorbeeld in de verhouding van de inkomensafhankelijke en de nominale premie. Het idee was ook dat de AWBZ het vehikel voor de nieuwe volksverzekering zou kunnen zijn door delen van de zorg die dan nog onder de Ziekenfondswet viel over te hevelen naar de AWBZ. Onder meer door verwachte inkomenseffecten (de 'koopkrachtplaatjes') en de lobby van de particuliere zorgverzekeraars die geen rol meer zouden hebben in het nieuwe verzekeringsstelsel, zijn de plannen niet uitgevoerd. Politiek werd de situatie als een impasse gezien. In het eerste Paarse kabinet van PvdA, VVD en D'66 was het standpunt van minister Borst om voorlopig niet naar hervorming van de zorg in lijn met het advies van de Commissie Dekker te streven, maar om alleen kleine en in principe omkeerbare maatregelen te nemen. Ze noemde dat het 'no regret-beleid' [Groenewegen 1999].

Wel is men onder minister Borst doorgegaan met het uitwerken hoe het zorgstelsel van de toekomst eruit zou moeten zien. Richtinggevend was de Nota Vraag aan bod – Hoofdpijnen van vernieuwing van het zorgstelsel. Centraal daarin stond de overgang van een stelsel dat werd gedomineerd door het zorgaanbod naar een stelsel waarin de vraag van zorggebruikers centraal zou staan. Daarin paste ook het opheffen van de schotten tussen verzekeringssegmenten, vanuit het idee dat zorggebruikers aan min of meer arbitraire schotten geen boodschap hebben en dat deze schotten barrières vormden voor samenwerking en afstemming tussen zorgverleners rond concrete zorggebruikers.

In de overgang van een aanbodgericht naar een vraaggericht stelsel paste ook de ondersteuning van de patiëntenorganisaties door de overheid. De patiëntenorganisaties moesten een tegenwicht gaan bieden tegen de dominantie van de zorgaanbieders [Trappenburg 2008].

De kleine stappen in het 'no regret-beleid' van minister Borst betroffen het opheffen van de regionale beperking van het werkgebied van ziekenfondsen en van de plicht van ziekenfondsen om met alle aanbieders een contract te sluiten, vrije keuze van ziekenfondsverzekerden voor het ziekenfonds

waarbij ze zich wilden verzekeren en het geleidelijk verhogen van de financiële verantwoordelijkheid van ziekenfondsen. Deze kleine stappen waren elk op zich niet genoeg om de hervorming van de zorgverzekering mogelijk te maken, maar hebben samen wel de weg geplaveid voor de hervorming van de zorgverzekering en de introductie van gereguleerde competitie in 2006.

Op weg naar gereguleerde competitie (2000-nu)

De Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zijn in de jaren na 2000 voorbereid en uiteindelijk in 2006 ingevoerd. Ofschoon deze wetten dus in 2006 zijn ingevoerd, geeft de toevoeging in de paragraaftitel '2000-nu' aan dat gereguleerde competitie nog steeds in ontwikkeling is. Dat slaat vooral op de rol van zorgverzekeraars die volgens de ideeën achter gereguleerde competitie selectief zouden moeten contracteren op basis van volume, prijs en kwaliteit. Selectieve contractering op basis van kwaliteit staat ook nu, meer dan tien jaar na de invoering van de wetgeving, nog in de kinderschoenen.

De Zvw is – zou men kunnen zeggen – de volksverzekering voor curatieve zorg die al in de Structuurnota in 1974 werd aangekondigd. Zvw en Wmg samen zorgen ervoor dat de Nederlandse gezondheidszorg wordt gebaseerd op gereguleerde competitie. Het gereguleerde zit hem in de regels die nodig zijn om ervoor te zorgen dat de markt op het gebied van gezondheidszorg kan werken zonder negatieve effecten als uitsluiting van mensen met gezondheidsproblemen en dat de competitie zich niet alleen op premie en prijs maar ook op kwaliteit van zorg gaat richten.

Met de Zvw is het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten opgeheven. Na vele jaren van plannen maken was er dan eindelijk een zorgverzekering voor de curatieve zorg voor iedereen, weliswaar geen (publieke) volksverzekering maar een private verzekering binnen publieke randvoorwaarden (zoals de plicht voor iedere ingezetene om een verzekering af te sluiten en de plicht van zorgverzekeraars om iedereen te accepteren). Voor delen van de eerstelijnszorg hebben deze wetten grote gevolgen gehad.

Met de invoering van gereguleerde competitie zijn achterliggende doelen van beheersing van de kosten en verhoging van de kwaliteit nog niet zomaar bereikt. Zorgverleners zijn terughoudend in het selectief contracteren op kosten en kwaliteit [Bes 2018]. De kostenbeheersing die de afgelopen jaren is gerealiseerd is wellicht niet zozeer het gevolg van gereguleerde competitie als wel van de akkoorden die zorgverleners, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en overheid hebben gesloten.

In het voorjaar en de zomer van 2018 zijn door de nieuwe regering akkoorden gesloten voor de medisch specialistische en ziekenhuiszorg, wijkverpleging, huisartsenzorg en GGZ. In de akkoorden zijn afspraken gemaakt over zorg op de juiste plaats (substitutie), innovatie en kwaliteit en het financiële kader. De akkoorden zijn een voortzetting van eerdere afspraken tussen de overheid, de zorgverleners, patiëntenorganisatie en zorgverzekeraars waarin inhoudelijk beleid en financiële kaders worden afgesproken; een beleid dat in gang is gezet omdat gereguleerde competitie niet tot de bedoelde kostenbeheersing leidde. Daarmee zijn we naast gereguleerde competitie toch ook weer in het poldermodel waarin onderling overleg tussen partijen leidt tot door iedereen gedragen en uitvoerbaar beleid. Maar uiteindelijk heeft de overheid het laatste woord: de afspraken moeten binnen het Budgettair Kader Zorg blijven.

Onder meer voor de informatie die moet worden vastgelegd om contracten te kunnen monitoren, maar ook door wensen van de beroepsgroepen zelf om informatie over kwaliteit zichtbaar te maken en het belang van de overheid om de zorg transparant te maken zijn de administratieve lasten toegenomen. Dat heeft tegenbewegingen opgeroepen zoals 'Het roer moet om' onder huisartsen, een beweging die is overgenomen door andere zorgprofessionals.

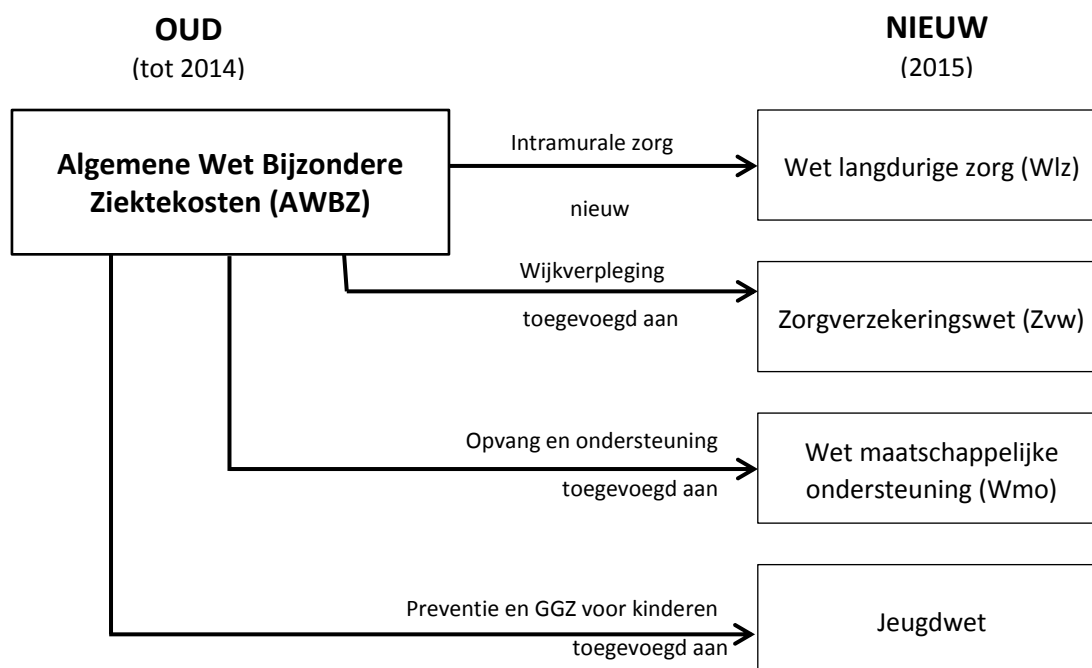
Belangrijke rol voor gemeenten (2007-nu)

Uit het voorgaande blijkt al dat gereguleerde competitie weliswaar het hoofdprincipe van ordening van de huidige gezondheidszorg is maar dat op de achtergrond ook andere ordeningsmechanismen een rol spelen: akkoorden tussen partijen en budgettaire kaders. Daarnaast heeft sinds 2007, met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ook een belangrijke verschuiving van verantwoordelijkheden naar gemeenten plaatsgevonden. In 2015 heeft dat geleid tot een stelselwijziging waarbij de AWBZ is verdwenen en deels opgegaan in de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) en de Jeugdwet, de Wmo van 2007 is aangepast in de Wmo 2015, en de Zvw is aangepast.

De gedachte in het beleid was dat taken op het gebied van maatschappelijke ondersteuning en het bevorderen van participatie beter door de gemeenten zouden kunnen worden uitgevoerd dan door of onder verantwoordelijkheid van de landelijke overheid. Gemeenten zouden beter in staat zijn om maatwerk te leveren doordat zij dichterbij de burgers staan. In een aantal stappen hebben gemeenten daarom taken gekregen op het gebied van ondersteuning van mensen met beperkingen. De eerste stap was de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG; dezelfde afkorting als eerder de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, zie paragraaf 3.2). Op grond van deze wet kregen gemeenten een taak op het gebied van woonvoorzieningen (aanpassingen), hulpmiddelen zoals rolstoelen en aangepast vervoer. De volgende stap was de Wmo, ingevoerd in 2007 en opvolger van de WVG. Onder de Wmo hadden gemeenten dezelfde taken als onder de WVG. Grote uitbreiding was dat hulp bij het huishouden een verantwoordelijkheid van de gemeenten werd. Tot 2007 was deze vorm van ondersteuning binnen de AWBZ geregeld. De AWBZ was een volksverzekering en mensen met een ondersteuningsbehoefte hadden recht op de aanspraken volgens deze wet als ze de juiste indicatie hadden. De Wmo gaat niet uit van het verzekeringsprincipe maar van het principe van compensatie van tekorten [Marangos 2008]. Dat is een belangrijk verschil omdat bij het vaststellen van tekorten rekening kan worden gehouden met wat mensen zelf of met hulp van hun sociale netwerk kunnen regelen. Met de verschuiving van taken uit de AWBZ naar de gemeenten kwamen thuiszorgorganisaties in een contractuele relatie met gemeenten. Net zo goed als dat contractering door zorgverzekeraars nog steeds in ontwikkeling is, hebben gemeenten ook tijd nodig gehad om de contractering goed te regelen. Ook hier speelt het probleem een rol dat het moeilijk is om op kwaliteit te contracteren [Van Eijkel e.a. 2017].

De derde stap was de invoering van de Wmo 2015 en de hervorming van de langdurige zorg. Hiermee is na een halve eeuw een einde gekomen aan de AWBZ. In figuur 3.2 geven we deze verandering weer. De gemeenten kregen naast de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Wmo ook de verantwoordelijkheid voor de Jeugdwet.

Figuur 3.2 De stelselwijziging van 2015



Bron: Van Ginneken en Kroneman 2015

In lijn met het compensatieprincipe van de Wmo wordt van mensen met beperkingen verwacht dat zij meer zelf regelen met behulp van hun sociale netwerk. De combinatie van de Wmo 2015 en de Wlz moeten ervoor zorgen dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Om hun verantwoordelijkheden te kunnen waarmaken wordt van gemeenten verwacht dat zij een proactief beleid voeren door (wijkgebonden) sociale teams in het leven te roepen.

De verschuiving van zorg naar burgers/patiënten wordt ook wel aangeduid als de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag [RVZ 2010]. Van burgers wordt verwacht dat zij zich gezond gedragen, dat als zij toch te maken krijgen met ziekte of beperking dat zoveel mogelijk zelf managen, en als zij een beroep doen op zorg bewuste keuzes maken. Hierdoor moeten mensen zo lang mogelijk kunnen participeren in de samenleving binnen verschillende domeinen, waaronder betaald werk. Ook het ondersteunen van medeburgers in de buurt of het verlenen van mantelzorg aan familieleden hoort daarbij.

Al met al is het verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerste lijn en van de eerste lijn naar de nulde lijn, de mensen zelf, al ruim dertig jaar een belangrijk thema in de gezondheidszorg [De Jong e.a. 2016]. We zagen dat in 1974 al voorstellen werden gedaan om te voorkomen dat patiënten (onnodig) in de tweede lijn belanden en om voorzieningen zo dicht mogelijk bij de patiënt te houden [Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 1974]. De achterliggende gedachten zijn nog steeds dezelfde. Ten eerste is het voor patiënten prettiger om zoveel mogelijk zorg dicht bij huis te kunnen krijgen als ze eenmaal zorg nodig hebben. Ten tweede zijn zelfzorg en mantelzorg en zorg in de eerste lijn goedkoper dan de zorg in de tweede lijn, een verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn en naar de nulde lijn zou daarom ook kosten in de zorg kunnen besparen.

3.3 De zorgverleners en instellingen in de omgeving van de eerste lijn

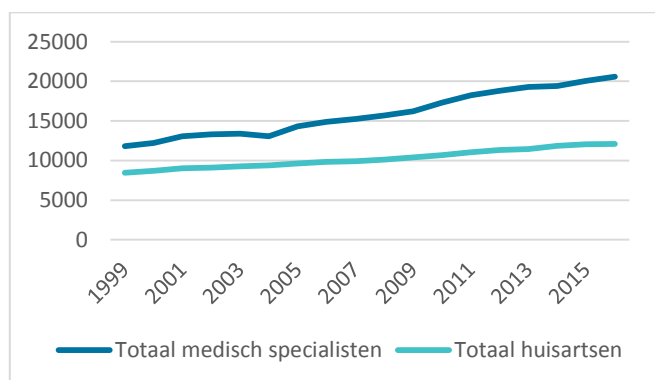
In deze paragraaf bespreken we enkele belangrijke actoren in de omgeving van de eerste lijn. Deze actoren – individuele zorgverleners en instellingen – zijn belangrijk voor de eerste lijn omdat zij het deel van de zorg verlenen dat de eerste lijn niet zelf of alleen kan bieden. Het is zorg die in principe niet rechtstreeks toegankelijk is en waarvoor eerstelijnszorgverleners, meestal huisartsen, een verwijzing moeten geven.

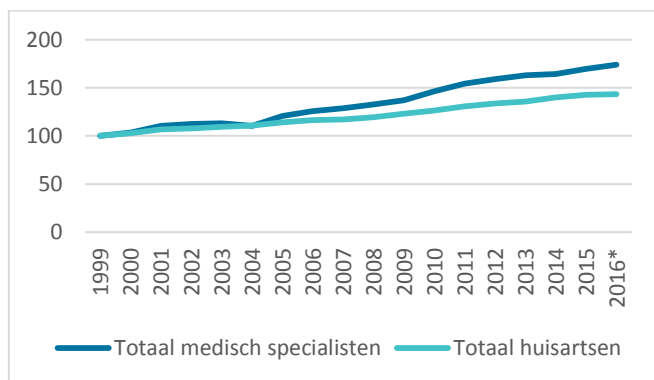
Specialistische en ziekenhuiszorg

Specialistische zorg kwam op vanaf het begin van de 20^{ste} eeuw [Juch 1997]. Door een groeiend aantal artsen, toename van kennis en medische technologie gingen artsen zich specialiseren. Binnen de brede beroepsgroep van artsen ontstonden belangentegenstellingen tussen huisartsen en specialisten die enerzijds over de inhoud van het vak gingen – de uitholling van het huisartsenvak door bijvoorbeeld de opkomst van kinderartsen en internisten – en anderzijds financiële gevolgen – de beschikbare hoeveelheid geld op basis van ziekenfondscontributies moest gedeeld worden. Er ontstond een *modus vivendi* doordat ziekenfondsen een verwijzing voor een bezoek aan specialistische (poli) kliniek gingen vragen. Met de verdergaande specialisatie werden ook specifieke opleidingen na het artsexamen nodig. Specialisatie en specialismen werden geïnstitutionaliseerd in specifieke beroepsverenigingen en kregen maatschappelijke erkenning. De Specialisten Registratie Commissie werd in 1931 ingesteld. Net na de Tweede Wereldoorlog werden de Landelijke Specialisten Vereniging – nu de Federatie Medisch Specialisten – en de Landelijke Huisartsen Vereniging opgericht.

Het aantal werkzame medisch specialisten was in 2016 bijna 20.600; in 1999 was het 11.830 (bron: CBS Statline). In figuur 3.3 laten we de ontwikkeling zien. Als vergelijking laten we ook de ontwikkeling van het aantal werkzame huisartsen (ook volgens de CBS-cijfers) zien en de toename ten opzichte van het basisjaar 1999. De figuur laat zien dat het aantal medisch specialisten hoger is dan het aantal huisartsen. De lijn van het aantal medisch specialisten en het aantal huisartsen kruisten elkaar overigens al in 1965, het jaar waarin de voorloper van het NIVEL, het Nederlands Huisartsen Instituut, werd opgericht. Relatief gezien ten opzichte van 1999 is de groei van het aantal medisch specialisten 74% en van het aantal huisartsen 43%.

Figuur 3.3: Ontwikkeling van het aantal werkzame medisch specialisten en huisartsen 1999-2016 absoluut (boven) en procentueel sinds 1999 (onder)





Bron: CBS Statline

Artsen konden zich lange tijd als huisarts vestigen na hun artsexamen zonder specifieke vervolgopleiding. Met de toename van het aantal medisch specialisten en hun maatschappelijke erkenning werd huisarts een restcategorie van artsen die zich klaarblijkelijk niet hadden kunnen of willen specialiseren. Het huisartsenberoep had daarmee vooral een negatieve identiteit, gedefinieerd door wat ze niet waren. In de tweede helft van de jaren 1950 is een beweging ontstaan onder huisartsen die erop was gericht de specifieke identiteit van huisartsen te benoemen. Hieruit is een eigen wetenschappelijke beroepsvereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap, voortgekomen met een eigen wetenschappelijk tijdschrift. De beroepsopleiding tot huisarts is in 1974 verplicht gesteld. Vanaf dat moment moesten nieuwe huisartsen de beroepsopleiding hebben gevolgd om zich als huisarts te kunnen vestigen.

Het moderne ziekenhuis is aan het eind van de 19^{de} en het begin van de 20^{ste} eeuw ontstaan uit de gasthuizen en pest- en dolhuizen die uit de Middeleeuwen stammen [Meloën 2000]. Ziekenhuizen veranderden van plaatsen waar behoeftige zieken enige verzorging kregen en gevaarlijk geachte zieken werden geïsoleerd in plaatsen waar zieken genezen konden worden. Zowel specialisten als niet-gespecialiseerde artsen (onder wie huisartsen) konden hun patiënten laten opnemen in een ziekenhuis en zelf behandelen. Specialisten hadden daarnaast vaak nog hun praktijk aan huis. De poliklinische behandeling was nog niet aan het ziekenhuis verbonden. In de loop van de tijd zijn medisch specialisten meer in en vanuit het ziekenhuis gaan werken en hebben huisartsen zich uit het ziekenhuis teruggetrokken.

Het aantal ziekenhuizen is sterk afgenomen, vooral vanaf circa 1970. Toen waren er nog zo'n 200 algemene ziekenhuizen. Dat zijn er ultimo 2014 nog 83 [DHD 2016]; het aantal locaties waarop ziekenhuizen zorg verlenen is groter. Het gemiddeld aantal bedden per algemeen ziekenhuis is in dezelfde tijd gestegen van 289 per algemeen ziekenhuis in 1970 tot zo'n 500 eind 2014. Het totaal aantal ziekenhuisbedden is wel gedaald. De gemiddelde ligduur is spectaculair gedaald: van gemiddeld bijna 19 dagen naar gemiddeld 5,3.

Er zijn diverse oorzaken voor de daling van het aantal ziekenhuizen. Aanvankelijk heeft de overheid gericht beleid gevoerd omdat de kwaliteit van erg kleine ziekenhuizen werd betwijfeld – er waren in de jaren 1970 nog ziekenhuizen met 50 bedden die qua technologie en beschikbare specialismen achterliepen. Belangrijk is ook dat de financiering van ziekenhuizen lange tijd een bonus op fusies inhield. Functiegerichte budgettering zorgde ervoor dat een fusieziekenhuis een breder functieaanbod kon hebben dan de deelnemers aan de fusie afzonderlijk en daarmee een hoger budget kon krijgen dan de som van de budgetten van de fusierende ziekenhuizen. Ook zijn ziekenhuizen om strategische redenen gaan fuseren in anticipatie van meer marktwerking in de gezondheidszorg aan het eind van de jaren 1980 en van invoering van de zorgverzekeringswet en wet marktordening gezondheidszorg in de eerste jaren van de 21^{ste} eeuw. Verder speelt het

kwaliteitsbeleid van medisch-specialistische verenigingen en van de inspectie een rol dat eisen stelt aan de beschikbare specialismen op basis van kwaliteitsoverwegingen [Zuiderent-Jerak e.a. 2012]. Wel laat de 21^{ste} eeuw een snelle groei zien van het aantal zelfstandige behandelcentra die verrichtingen doen in dagbehandeling. Zij doen dat vaak in samenwerking met een algemeen ziekenhuis.

Naast de concentratie van ziekenhuizen is er ook concentratie van behandelingen [Zuiderent-Jerak 2012]. Complexe medisch specialistische zorg, zoals de behandeling van zeldzame aandoeningen en de uitvoering van complexe verrichtingen, en de toepassing van verrichtingen die betere resultaten laten zien bij een hoger volume, worden geconcentreerd in een kleiner aantal ziekenhuizen.

De demografische veranderingen en de veranderingen in morbiditeit die in hoofdstuk 2 zijn besproken aan de hand van gegevens uit de huisartspraktijk, werken ook door in ziekenhuizen. De organisatie van ziekenhuizen probeert zich daaraan aan te passen. De organisatie die gebaseerd is op specialismen past niet goed bij patiënten met multiële chronische aandoeningen en vergevorderde leeftijd. Voor vaker voorkomende aandoeningen en combinaties zijn zorgpaden ontwikkeld om de gang van patiënten door het ziekenhuis beter te coördineren en te versnellen. Voor mensen met multimorbiditeit zou een meer generalistische coördinerend specialist of verpleegkundige als case manager de zorg van verschillende specialismen kunnen coördineren. Coördinatie is ook nodig op de overgangen tussen tweede en eerste lijn. Patiënten die worden ontslagen hebben nog nazorg en/of revalidatie en thuiszorg nodig (als het sociale netwerk ze niet kan helpen of als dat er onvoldoende is).

De ontwikkelingen in de medisch specialistische en ziekenhuissector hebben gevolgen voor patiënten en voor de eerste lijn. Mensen moeten verder reizen naar het ziekenhuis (maar beschikken vaker dan vroeger over eigen vervoer). Voor patiënten maar zeker ook voor huisartsen als de verwijzers zijn door de schaalvergroting de specialisten niet meer persoonlijk bekend. Dit betekent dat het voor huisartspraktijken belangrijker wordt om de relatie met specialisten actief te managen. De contacten komen niet meer vanzelf tot stand en blijven niet meer vanzelf in stand.

In hoofdstuk 4 waarin we inzoomen op de huisartspraktijk, bespreken we de huidige relatie tussen huisartsen en de tweede lijn.

Geestelijke gezondheidszorg

Van oudsher vangen de eerste lijn en dan vooral huisartspraktijken een groot deel van de psychische en psychiatrische problemen in de bevolking op. De omvang en organisatie van de meer gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zijn gedurende de afgelopen decennia sterk veranderd.

De instellingen voor geestelijke gezondheidszorg hebben hun oorsprong in de opvang van (veelal onvermogene) geesteszieken in dolhuizen. De nadruk lag op opbergen en niet op behandelen. Het behandelen kwam pas met de ontwikkeling van de moderne psychiatrie vanaf de negentiende eeuw [Vijselaar en Bolt 2012]. Nog lang bleef de nadruk liggen op het uit de samenleving halen van mensen met psychiatrische problemen. Ze werden geconcentreerd in instellingen bij voorkeur ver van de bewoonde wereld in bossen en duinen. In ons land werd dit beleid vanaf de jaren 1970 ter discussie gesteld als onderdeel van een beweging van emancipatie van mensen met psychiatrische aandoeningen en democratisering van de instellingen waarin zij verbleven. De oorsprong van de patiënten-/cliëntenbeweging lag in deze periode in de GGZ. Vandaar is het idee dat patiënten en cliënten in de zorg inspraak kunnen en moeten hebben in de organisatie en inhoud van de zorg ook verspreid naar andere delen van de zorg [Trappenburg 2008]. Een belangrijk ander uitvloeisel van de emancipatie- en democratiseringsbeweging en van inhoudelijke ontwikkelingen in de psychiatrie is

het beleid om instellingen meer in de samenleving te plaatsen en om verblijf in instellingen zo veel mogelijk te vervangen door extramurale behandeling [Blok 2006].

De extramurale zorg voor mensen met psychische en psychiatrische aandoeningen was tot begin jaren 1980 georganiseerd in een aantal afzonderlijke organisaties: Sociaal Psychiatrische Diensten, Medisch Opvoedkundige Bureaus, Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen en Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie. Begin jaren 1980 zijn door fusies hieruit de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, de RIAGGs, ontstaan [Van der Grinten 1987]. Zij bedienden een afgebakend geografisch gebied (aansluitend bij het idee van een geplande gezondheidszorg zoals beschreven in paragraaf 3.2). De zorg werd vanaf 1982 gefinancierd vanuit de AWBZ en was daarmee gelijkelijk toegankelijk voor iedereen. Het zorglandschap van de GGZ was er daarna een waarin de eerste lijn werd gevormd door huisartsen en het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), de tweede lijn door de RIAGGs en de derde lijn door de psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Helemaal perfect was de echelonnering niet. Er was geen duidelijke poortwachter voor de GGZ; zorg van RIAGGs was in beginsel ook vrij toegankelijk, zij het dat in de praktijk huisartsen en AMW belangrijke verwijzers waren. Naast de RIAGGs waren vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten actief en de poliklinieken van psychiatrische en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen leverden ook ambulante zorg. Ook de relatie tussen de problemen van patiënten/cliënten en de oplopende mate van specialisatie van de echelons was niet perfect en zoals bedoeld in het beleid [Friele en Verhaak 1991]. De meest recente poging om structuur te brengen in het verwijssysteem van de GGZ wordt verderop in deze paragraaf kort beschreven.

De organisatorische scheiding tussen RIAGGs voor de ambulante behandeling en algemene psychiatrische ziekenhuizen voor klinische en dagbehandeling zorgde voor veel overgangen voor patiënten en cliënten en daarmee voor coördinatieproblemen. Vanaf de jaren 1990 ontstonden daarom fusies die beide zorgvormen in één regionale organisatie onderbrachten; deze fusies worden wel aangeduid als verticale fusies. Daarnaast vonden ook fusies plaats tussen regionale organisaties plaats, horizontale fusies tussen gelijksoortige organisaties. De fusies werden ingegeven door inhoudelijke overwegingen van afstemming van het zorgaanbod en extramuralisering, maar ook als anticipatie op verwachte veranderingen met betrekking tot financiering en de rol van zorgverzekeraars [Trimbos Instituut 2012]. Het resultaat is een zorglandschap met een beperkt aantal grote instellingen met een breed aanbod aan zorg met daarnaast vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en later GGZ-psychologen.

De positie en financiering van de GGZ is de afgelopen tien jaar drie keer sterk gewijzigd. De eerste keer was in 2008 in vervolg op de wijziging in het verzekeringsstelsel en de introductie van gereguleerde concurrentie. Vanaf 2008 werd een groot deel van de zorg niet langer uit de AWBZ bekostigd maar overgeheveld naar de Zvw. De Zvw was voor de curatieve (gericht op behandeling) GGZ en de AWBZ voor ambulante begeleiding en langdurig verblijf.

De tweede grote verandering die tevens rechtstreeks raakte aan de rol van de eerste lijn op het gebied van de GGZ was de introductie van een nieuw verwijssmodel in 2014. Zoals gezegd speelt de eerste lijn een belangrijke rol in de zorg voor mensen met psychische problemen en psychiatrische aandoeningen. Huisartsen zijn veelal het eerste punt van contact voor deze mensen en zij worden zoveel mogelijk in de huisartspraktijk behandeld of verwezen naar andere eerstelijnszorgverleners of gespecialiseerde instellingen voor GGZ. Een toename van het aantal patiënten dat werd behandeld in de gespecialiseerde GGZ heeft in 2014 geleid tot een verandering van het verwijssmodel voor mensen met psychische problemen en psychiatrische aandoeningen. Tot 2014 verwezen huisartsen patiënten die zij niet zelf konden behandelen binnen de eerste lijn naar algemeen maatschappelijk werkers en

gezondheidspsychologen en naar gespecialiseerde instellingen voor GGZ. Het aantal patiënten dat werd behandeld in de gespecialiseerde instellingen voor GGZ bleef echter toenemen, ondanks eerder pogingen om de eerstelijns-GGZ te versterken. In het nieuwe verwijzstelsel worden drie niveaus onderscheiden: de geestelijke gezondheidszorg die in de huisartspraktijk wordt verleend door huisartsen en praktijkondersteuners op het gebied van de GGZ (POH-GGZ), de generalistische basis GGZ die door gezondheidspsychologen wordt verleend en de gespecialiseerde GGZ door GGZ instellingen. De behandeling op deze drie niveaus wordt bepaald door de complexiteit van de problematiek en de verdenking op of aanwezigheid van een psychiatrische diagnose. Vanuit de huisartspraktijk kunnen patiënten met complexere problemen en een psychiatrische diagnose die een kortdurende behandeling nodig hebben worden verwezen naar de basis GGZ en zij die een langdurige behandeling nodig hebben naar de gespecialiseerde GGZ [Magnée 2017]. Voor huisartspraktijken is de consequentie dat zij een belangrijkere rol op het gebied van geestelijke gezondheidszorg hebben gekregen. Huisartspraktijken vangen dat (voor een deel) op door de inzet van praktijkondersteuners die gespecialiseerd op het gebied van de GGZ (de POH's GGZ).

De derde grote verandering was in 2015 met de invoering van de Wmo 2015 en de hervorming van de langdurige zorg. Ambulante begeleiding en beschermd wonen gingen naar de Wmo en kwamen dus onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Langdurige zorg is naar de Wlz overgeheveld. Klinische behandeling (tot drie jaar) en ambulante GGZ blijven in Zvw. Zorg voor kinderen en adolescenten, de jeugd-GGZ, valt vanaf dat moment onder de Jeugdwet en de verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij de gemeenten.

Voor de relatie met de eerste lijn zijn (naast het nieuwe verwijzmodel voor de GGZ) ook de wachttijden voor behandeling in de GGZ van belang. Die zijn al jaren te lang vergeleken met de normen [NZA 2018a]. Dat wordt door huisartsen als probleem ervaren bij de verwijzing van patiënten. Dit blijkt uit een serie peilingen van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV; <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-problemen-de-ggz-groter-dan-ooit>).

Langdurige zorg

Vanaf 2015 vindt een hervorming van de langdurige zorg plaats die ook effecten heeft op de eerste lijn. Vooral wijkverpleegkundigen en huisartsen ondervinden de gevolgen van wat wordt genoemd de extramuralisering van de ouderenzorg, dat wil zeggen de beweging dat meer mensen langer zelfstandig blijven wonen.

Langdurige zorg vindt en vond altijd al voor een belangrijk deel thuis plaats. Het merendeel van de ouderen woont zelfstandig en wordt daarbij zo nodig ondersteund door het sociale netwerk van familie, vrienden en buren, door formele hulp in de huishouding en door thuisverpleging en persoonlijke verzorging. Dat is echter wel anders geweest. In de loop van de tijd kwam een toenemend deel van de ouderen in instellingen te wonen, aanvankelijk voor bejaardenouderen (die we later verzorgingshuizen zijn gaan noemen) en ook in verpleeghuizen. Het aantal bejaardenhuizen groeide sterk vanaf de jaren 1960, mede onder druk van de naoorlogse woningnood en afschaffing van het verhaalrecht van gemeenten als kinderen niet voor hun oude ouders zorgden.

Bejaardenhuizen waren in principe voor ouderen die nog relatief gezond waren; de verzorgingsfunctie was beperkt. Verpleeghuizen waren er voor mensen die verpleging en persoonlijke verzorging of revalidatie nodig hadden. Bejaardenhuizen werden verzorgingshuizen en in de loop van de tijd groeiden de populaties van verpleeghuizen en verzorgingshuizen naar elkaar toe. Voor beide was een indicatiestelling nodig op basis van de zorgzwaarte en voor de lichtere zorgzwaartepakketten werd geen indicatie voor opname in een verzorgingshuis meer gegeven sinds de jaren 2010. Daardoor verminderde de instroom in verzorgingshuizen. In dezelfde tijd is een scheiding tussen wonen en zorg

tot stand gebracht voor mensen die in een verzorgingshuis verblijven. De scheiding tussen wonen en zorg biedt de mogelijkheid voor onder meer woningcorporaties om nieuwe vormen van zelfstandig wonen te ontwikkelen waarbij ouderen de woning huren of kopen en de zorg wordt geleverd op grond van de Wmo of de Zvw.

Volgens de Wet langdurige zorg die in 2015 is ingevoerd is, kunnen mensen in een verpleeghuis wonen als zij 24 uur per dag zorg nodig hebben. Als dat mogelijk is en mensen het willen, kan deze zorg ook in de thuissituatie worden geleverd.

In bejaardenhuizen en later verzorgingshuizen bleven mensen hun eigen huisarts houden. In verpleeghuizen is een eigen verpleegkundige en medische staf met de specialist ouderengeneeskunde. De specialisten ouderengeneeskunde zijn nu ook steeds vaker betrokken bij de begeleiding van ouderen die nog zelfstandig wonen. Het is de bedoeling dat de extramurale zorg door specialisten ouderengeneeskunde in de toekomst onder de Zorgverzekeringswet gaat vallen.

De extramuralisering van de ouderenzorg heeft twee redenen. Een financiële reden is dat de ouderenzorg in Nederland erg duur is. Voor de toekomstbestendigheid van de gezondheidszorg is een groter aandeel ouderen dat zelfstandig woont, nodig. Een inhoudelijke reden is dat veel ouderen zo lang mogelijk zelfstandig willen wonen. Echter, niet alle ouderen zijn voldoende zelfredzaam om zelfstandig te blijven wonen. Een deel van de ouderen kan en wil dat niet [Doekhie e.a. 2014]. Op dit moment (2017) woont 94% van de mensen van 65 jaar en ouder thuis en 70% van de 85-plussers [NZa 2018b]. Het percentage zelfstandigwonende ouderen is al jaren aan het stijgen [Verbeek-Oudijk en Van Campen 2017].

Een ander zorgt ervoor dat het aantal zelfstandig wonende ouderen dat zorg verkrijgt in de eerste lijn, toeneemt. Deze ouderen hebben ook een grotere zorgbehoefte [Flinterman e.a. 2016].

Het sociaal domein

Na de bespreking van de medisch specialistische en ziekenhuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de langdurige zorg komen we steeds dichterbij het werkkterrein van de eerstelijnszorg dat in de volgende paragraaf uitgebreider aan de orde komt. Het werkkterrein van gemeenten dat zij hebben gekregen op grond van de Wmo2015, de Participatiewet en de Jeugdwet, wordt aangeduid als het sociaal domein. Door de verwevenheid van sociale en gezondheidsproblemen van mensen met chronische ziekten en beperkingen zijn er (als het goed is) veel relaties tussen het sociaal domein en de eerste lijn.

De meeste ondersteuning in de thuissituatie krijgen mensen met beperkingen uit hun eigen sociale omgeving; we gaven het hierboven al aan bij de bespreking van de langdurige zorg. Echter, door de vergrijzing en de daarmee gepaard gaande veranderingen in gezondheidsproblemen, en doordat mensen steeds langer zelfstandig wonen, ontstaat meer behoefte aan ondersteuning van zelfstandigwonende ouderen en hun mantelzorgers. De ondersteuning is gericht op zelfstandig wonen en op deelnemen aan de samenleving.

Een van de ideeën achter de decentralisatie van taken naar de gemeenten is dat zij in staat zijn de verschillende beleidsterreinen te integreren en zorg op maat te leveren aan mensen die behoefte hebben aan ondersteuning [Kromhout e.a. 2018]. Daartoe hebben gemeenten sociale wijkteams opgericht die de gemeentelijke taken op wijkniveau coördineren en uitvoeren. De meeste gemeenten hebben een of meer sociale wijkteams (ruim 80%) [Van Arum en Van den Enden 2018]. De sociale wijkteams voeren gesprekken met (potentiële) cliënten over hun ondersteuningsbehoefte (de zogenoemde keukentafelgesprekken), maken plannen met de cliënten en zorgen zo nodig voor

toegang tot meer gespecialiseerde ondersteuning, voeren de regie in specifieke gevallen waar meerdere instanties of zorgverleners bij betrokken zijn en leveren zo nodig kortdurende ondersteuning. Ook hebben zij een proactieve, signalerende functie; deze is nog het minst ontwikkeld [Van Arum en Van den Enden 2018; Kromhout e.a. 2018].

In de meeste gemeenten zijn de wijkteams onderdeel van de gemeentelijke organisatie en de medewerkers in dienst van de gemeente. Daarnaast zijn er ook andere modellen waarin het wijkteam wordt uitbesteed aan een of meer andere organisaties en wordt aangestuurd via de contractuele relatie met de gemeenten [CPB 2015].

3.4 De eerste lijn

In het eerste hoofdstuk is de afbakening van de eerste lijn aan de orde geweest. Het gaat in de eerste lijn om direct toegankelijke, ambulante en generalistische zorg. Deze omschrijving bakent de eerste lijn vooral af van de medisch specialistische en ziekenhuiszorg, de revalidatiezorg en de residentiële langdurige zorg. In de eerste lijn zijn verschillende disciplines werkzaam. Naast huisartsenzorg betreft dat apothekers, (wijk-)verpleegkundigen, verloskundigen, tandartsen en een deel van de paramedische beroepen, vooral fysiotherapeuten/oefentherapeuten en diëtisten. Het kenmerk van directe toegankelijkheid is relatief. Paramedici, zoals fysiotherapeuten, werden ook al als eerstelijnszorgverleners beschouwd toen ze formeel nog niet rechtstreeks toegankelijk waren. Eerstelijnspsychologen werden tot de invoering van het nieuwe verwijstelsel voor de GGZ in 2014 tot de eerste lijn gerekend. Nu is er voor hun zorg weer een verwijzing van een huisarts nodig en horen zij bij de Basis-GGZ.

3.4.1 Substitutie van tweede naar eerste lijn

De rode draad in het recente beleid is zorg in de buurt en substitutie. Er vindt een verschuiving plaats van zorg op afstand in de tweede en derde lijn naar zorg dicht bij huis in de buurt. De eerste lijn wordt geacht zorg over te nemen die voorheen in ziekenhuizen plaatsvond (substitutie). Daarbij gaat het zowel om het overnemen van diagnostiek en van relatief eenvoudige behandelingen, als ook om controles in het kader van nazorg voor bijvoorbeeld kankerpatiënten [Heins e.a. 2016]. Ouderen worden geacht langer zelfstandig te blijven wonen en willen dat ook zelf graag, mensen met psychiatrische problematiek worden op basis van strengere criteria in een instelling opgenomen, jeugd met ontwikkelings- of psychische problemen of mensen met een verstandelijke beperking worden minder vaak specialistisch behandeld. Hierdoor krijgt de eerste lijn meer te maken met de zorg voor kwetsbare ouderen die voorheen in verpleeg- en verzorgingshuizen verbleven en met mensen met psychiatrische problematiek die voorheen in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg verbleven.

Dit beleid is integraal beschreven in de beleidsnotities 'Zorg en ondersteuning in de buurt' (uit 2011) en 'Van systemen naar mensen' (2013) en komt in onderdelen terug in veel andere beleidsdocumenten en de hoofdlijnenakkoorden van VWS en de partijen in de gezondheidszorg. Recent zijn de urgentie van dit beleid en de stappen die moeten worden genomen om het te realiseren beschreven door een taskforce van deskundigen onder leiding van het Ministerie van VWS in het rapport 'De juiste zorg op de juiste plek'. Zorg in de buurt en substitutie komen bij elkaar in de titel van het rapport van de taskforce.

Ondanks al het ‘beleid op papier’ is het substitutiebeleid altijd tamelijk indirect gebleven. Er is geen beleid uitgevoerd met directe invloed op de activiteiten die in de tweede lijn worden uitgevoerd, de bijbehorende budgetten en verplaatsing van activiteiten inclusief budgetten naar de eerste lijn. Wel heeft de overheid vanaf begin jaren 1980 beleid gevoerd om de groei van specialistische en ziekenhuissector te beperken door normen voor het aantal ziekenhuisbedden te stellen en door de bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialistische zorg te beïnvloeden door budgettering. Aan de andere kant zijn er ook financieringsmogelijkheden gekomen voor specifieke zorg in de eerste lijn. Een directe verbinding tussen beide was er echter niet.

Meer recent zijn beslissingen genomen die in zekere mate de verhouding tussen eerste en tweede lijn beïnvloeden. Bij verzekeraars is dat de financiering van incidentele activiteiten en projecten met veelal een lokaal karakter. Het Ministerie van VWS heeft het tot stand komen van proeftuinen rond populatiebekostiging (zoals Vitaal Vechtdal) waar ook verschuivingen van tweede naar eerste lijn deel van uitmaken. Verder is substitutie van tweede naar eerste lijn gestimuleerd door de invoering van de integrale bekostiging van delen van de zorg voor mensen met een chronische aandoening en door tarieven voor bepaalde verrichtingen mogelijk te maken (M&I verrichtingen tot voor kort en nu afspraken in segment 3 van de honorering van huisartspraktijken). De hoofdlijnenakkoorden tussen ziekenhuizen en eerste lijn aan de ene kant en VWS, ZN en NPCF anderzijds spelen hierin ook een rol. Voor alle substitutie geldt dat dit niet noodzakelijk heeft geleid tot verlagingen van tweedelijnsbudgetten.

In hoofdstuk 5, paragraaf 5.2, gaan we in op de vraag of we de verschuiving van zorg van tweede naar eerste lijn terug kunnen vinden in gegevens over wat er in tweede en eerste lijn gebeurt.

3.4.2 Hoofdlijnenakkoorden 2018

Zoals gezegd wordt het beleid met betrekking tot de eerste lijn uitgewerkt in overeenkomsten tussen de betrokken partijen. Substitutie van zorg is één van de onderwerpen die aan de orde komen in deze akkoorden. Een van de afspraken is dat de toegestane groei van het zorgvolume in de eerste lijn hoger is dan in de tweede lijn.

In het akkoord voor de *huisartsenzorg* van juli 2018 is het uitgangspunt dat de juiste zorg op de juiste plek moet plaatsvinden. In het akkoord komen onder meer de volgende onderwerpen aan de orde: meer tijd voor de patiënt, de organisatie van de zorg buiten kantooruren, het versterken van de organisatie van de eerste lijn en de zorg voor kwetsbare groepen. De gedachte is dat deze onderwerpen nader worden uitgewerkt op decentraal niveau. De betrokken partijen gaan een beeld schetsen van de belangrijke uitdagingen voor de eerste lijn op het niveau van regio's, gemeenten of wijken door de sociale en gezondheidssituatie van de bevolking in kaart te brengen en die te vertalen naar de inhoud van de contracten tussen zorgverleners en zorgverzekeraars.

De tijd voor de patiënt is niet alleen de direct patiëntgebonden tijd, maar ook de tijd die nodig is voor overleg en samenwerking rond specifieke patiënten. Meer tijd is vooral nodig voor kwetsbare ouderen, mensen met sociaaleconomische en gezondheidsachterstand en mensen met psychische problemen. De organisatie van de zorg buiten kantooruren kan worden verbeterd door meer en betere samenwerking en afstemming met de eerstehulpafdeling van ziekenhuizen, met andere zorgverleners die een rol hebben bij crises, zoals de crisisdienst van de GGZ, en de beschikbaarheid van bedden voor eerstelijnsverblijf. De organisatie van de eerste lijn is (nog steeds) versnipperd (zie ook verderop in dit hoofdstuk). Het is daarom de bedoeling dat er op regionaal en lokaal niveau meer samenhang komt door bij voorbeeld netwerken van samenwerkende zorgverleners tot stand te

brengen. De financiële ondersteuning daarvan wordt nu al mogelijk door een speciale betaaltitel in segment 3 van de honorering van huisartsen (zie onder het kopje bekostiging verderop in dit hoofdstuk).

Ook in het hoofdlijnenakkoord voor de *wijkverpleging* is de juiste zorg op de juiste plek het leidende principe. Ook op andere punten zijn er verbindingen met het hoofdlijnenakkoord voor de huisartsenzorg. Zo is het ook aan de partijen die bij het akkoord voor de wijkverpleging zijn betrokken om bij te dragen aan een beeld van de gezondheidssituatie van de bevolking in hun werkgebied. Overigens zijn er bij het akkoord voor de wijkverpleging meer partijen betrokken dan bij de andere hoofdlijnenakkoorden. Er zijn in dit geval ook (twee) brancheorganisaties van werkgevers en ook de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) is betrokken.

Om de juiste zorg op de juiste plek te geven is samenwerking van cruciaal belang, zowel binnen het medische domein als met het sociaal domein. De centrale spelers daarin zijn wijkverpleegkundige, huisarts en Wmo-deskundige. Transparantie van de zorgverlening, voor patiënten/cliënten en zorgfinanciers, is ook een belangrijk punt in het akkoord. Patiënten/cliënten moeten informatie hebben over het zorgaanbod en de kwaliteit van zorg op grond waarvan ze beslissingen kunnen nemen over de zorgverleners die zij nodig hebben en transparantie draagt bij aan hun mogelijkheden om samen met zorgverleners tot beslissingen te komen. Wat betreft transparantie over kwaliteit is het onlangs verschenen kwaliteitskader Wijkverpleging behulpzaam. Dit is ontwikkeld onder regie van het Zorginstituut Nederland (ZiN). In het kwaliteitskader gaat het overigens (net als in het hoofdlijnenakkoord) over de zorg door het hele team van verpleegkundigen en verzorgenden en niet alleen over het werk van de wijkverpleegkundige als afzonderlijke professional [Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging 2018]. Het kwaliteitskader geeft aan wat cliënten mogen verwachten van wijkverpleegkundige zorg, aan welke kwaliteitseisen de zorg moet voldoen en wat de organisatorische randvoorwaarden zijn waaronder de zorg wordt geleverd. Het kwaliteitskader vormt ook het startpunt voor de ontwikkeling van manieren om de uitkomsten van de zorg te meten. De indicatiestelling in termen van een verpleegkundige diagnose en de zorg die een cliënt nodig heeft is een nieuwe taak voor wijkverpleegkundigen (zie hierover ook paragraaf 3.4.3). In relatie daarmee wordt in het hoofdlijnenakkoord aangegeven dat ongewenste praktijkvariatie in de indicatiestelling moet worden voorkomen danwel teruggedrongen waar die bestaat.

De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging is een aandachtspunt in het akkoord omdat wordt verwacht dat tekorten door ontwikkelingen op de arbeidsmarkt zullen toenemen. Daarom is het belangrijk dat er voldoende personeel instroomt en wordt vastgehouden. Autonomie in het werk, zoals de indicatiestelling bij voorbeeld geeft, draagt daaraan bij [Maurits e.a. 2017; de Groot e.a. 2018].

Doordat de wijkverpleegkundige zorg met de hervorming van de langdurige zorg overgegaan is van de AWBZ naar de Zvw is ook het proces van contractering veranderd. Dat vraagt een leerproces van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De contractering moet ervoor zorgen dat er voldoende zorg van de juiste kwaliteit beschikbaar is, dat de zorg doelmatig wordt geleverd en dat er ruimte is voor innovatie. Omdat de wijkverpleegkundige zorg op het snijpunt zit van verschillende sturingsregimes vraagt de contractering op decentraal niveau afstemming van de zorginkoop door zorgverzekeraars (Zvw), gemeenten (Wmo, jeugdwet) en zorgkantoren (Wlz).

In het akkoord over de *medisch-specialistische zorg* is, gezien vanuit de eerste lijn, vooral belangrijk dat de afspraken rond substitutie in de akkoorden voor huisartsenzorg en wijkverpleging hier terugkomen. Het uitgangspunt is hetzelfde: de juiste zorg op de juiste plek. Voor de tweede lijn is minder groei van volume en macrobudget overeengekomen. Een specifieke link naar het effect van

substitutie naar de eerste lijn op de activiteiten in de tweede lijn wordt gelegd. Er is voorzien in een overgangsregeling voor ziekenhuizen die initiatieven nemen voor de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek en daardoor minder zorgvolume realiseren. Voor deze ziekenhuizen zijn onder bepaalde voorwaarden transformatiegelden beschikbaar. Een belangrijke voorwaarde is: “de door de initiatieven bespaarde omzet bij de zorgaanbieder(s) wordt niet opgevuld”. Dit moet ervoor zorgen dat een klassiek wetmatigheid uit het gezondheidszorgonderzoek niet meer opgaat: de wet van Roemer – a bed built is a bed filled. Ofwel beschikbare of vrijkomende capaciteit in ziekenhuizen wordt altijd opgevuld [Roemer 1961].

Een ander voor de eerste lijn relevant punt uit het akkoord is dat er gewerkt wordt aan goede uitwisseling van gegevens van tweede naar eerste lijn, zowel op het gebied van voorgeschreven medicijnen als andere relevante patiëntengegevens.

Tenslotte kort over het hoofdlijnenakkoord met de GGZ. Daarin wordt het belang van adequate diagnose en triage in de eerste lijn benadrukt. Dat is de basis van het nieuwe verwijsmodel (zie paragraaf 3.3, de sectie over GGZ). Daarnaast wordt ook gewezen op de signaleringsfunctie van huisartsen, andere eerstelijnszorgverleners en wijkteams. Immers, niet iedereen met psychische problemen of psychiatrische aandoeningen zoekt hulp. Het probleem van de wachttijden in de GGZ wordt erkend en er wordt nogmaals aangegeven dat partijen zich committeren om de wachttijden te verkorten tot een acceptabel niveau (dat wil zeggen: volgens de Treeknormen). Voor de GGZ is meer volumegroei en groei van het macro-financieel kader toegestaan dan voor medisch-specialistische zorg, maar minder dan voor eerstelijnszorg.

3.4.3 Zorgverleners in de eerste lijn

De huisartsenzorg is in hoofdstuk 2 al aan de orde geweest en komt verder uitgebreid aan de orde in hoofdstuk 4 en 5. We zullen ons daarom hier richten op de andere eerstelijnszorgverleners. In deze paragraaf gaan we kort in op hun positie in de eerste lijn, het aantal beroepsbeoefenaren en waar mogelijk een korte aanduiding van de zorg die zij leveren.

Wijkverpleging

Met de hervorming van de langdurige zorg in 2015 is de positie van de wijkverpleging veranderd. De bekostiging van de wijkverpleging is van de AWBZ naar de zorgverzekering verschoven. Wijkverpleegkundigen hebben de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling teruggekregen die zij eind jaren 1990 verloren waren aan de Regionale Indicatie Organen (later overgenomen door het Centraal Indicatieorgaan Zorg, dat nu nog de indicatiestelling in het kader van de Wlz verzorgt). De regionale en later centrale indicatiestelling vloeide voort uit de behoefte aan bureaucratische sturing in de grote thuiszorgorganisaties en de wens van patiëntenorganisaties om ongelijkheid in toedeling van zorg te beperken (hier ligt een link met het punt in het hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging over het tegengaan van ongewenste praktijkvariatie, zie paragraaf 3.4.2). Er is van meet af aan twijfel geweest aan de werking van de scheiding tussen indicatiestelling en zorgverlening voor verpleegkundige zorg thuis [Algera e.a. 2003; Verheij e.a. 1993]. Kortgezegd de centrale indicatiestelling voor complexe gevallen was te langzaam en te veel op afstand, terwijl de indicatiestelling voor simpele gevallen vaak werd gemandateerd naar de thuiszorgorganisatie. De wijkverpleging is rechtstreeks toegankelijk en valt niet onder het verplichte eigen risico. In de praktijk neemt ongeveer de helft van de cliënten of familieleden contact op met de wijkverpleging. In de andere helft van de gevallen komt het contact tot stand via de huisarts of POH of via een verpleegkundige of specialist in het ziekenhuis. Francke e.a. [2017] geven hierbij aan dat de gemeente of het sociale wijkteam hierin nog nauwelijks een rol spelen.

Binnen de teams die wijkverpleegkundige zorg verlenen, zijn wijkverpleegkundigen werkzaam (zij hebben een Hbo-opleiding), verpleegkundigen in de wijk (Mbo-opleiding) en verzorgenden (Mbo-niveau 2 of 3). In 2015 waren er naar schatting 7560 wijkverpleegkundigen (ofwel één wijkverpleegkundige op 2240 Nederlanders), 10.900 verpleegkundigen in de wijk en 43.000 verzorgenden [Francke e.a. 2017]. We hebben geen informatie over het aantal fulltime equivalenten.

Wijkverpleegkundigen doen voor een deel patiëntgebonden verpleegkundige zorg (dat wordt toewijsbare zorg genoemd) en voor een deel populatiegerichte preventie en gezondheidsbevordering. Binnen de patiëntgebonden zorg kunnen cliënten persoonlijke verzorging, verpleegkundige verzorging of een combinatie krijgen. De helft van de cliënten krijgt alleen persoonlijke verzorging; ongeveer 10% alleen verpleegkundige verzorging en de rest een combinatie. De populatiegerichte zorg was aanvankelijk een aparte prestatie om wijkgericht werken te stimuleren. Deze aparte prestatie is na twee jaar weer vervallen en kan nu worden ondergebracht in een prestatie die 'beloning op maat' wordt genoemd. Daarover moeten dan afspraken worden gemaakt met de verzekeraars [Francke e.a. 2017]. Wijkverpleegkundigen moeten de verbinding vormen tussen de eerste lijn en breder het medische domein en het sociale domein. Zij zitten in de helft van de wijkteams [Francke e.a. 2017].

Apothekers

Apotheken hebben een monopoliepositie op het afleveren van geneesmiddelen die alleen verkrijgbaar zijn op recept van iemand die bevoegd is recepten uit te schrijven (artsen, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundig specialisten) en van geneesmiddelen die wettelijk alleen verkrijgbaar zijn in een apotheek. Apotheken leveren daarnaast geneesmiddelen die ook in een drogisterij of elders verkrijgbaar zijn. Het voordeel van het halen van vrij verkrijgbare geneesmiddelen bij een apotheek is dat dan eventuele interacties met receptgeneesmiddelen kunnen worden bekeken. Apotheken hebben geen vaste patiëntenpopulatie. Dat is lastig in verband met de medicatiebewaking en samenwerking met andere zorgverleners. In de praktijk halen mensen hun geneesmiddelen echter vrijwel altijd bij dezelfde apotheek [van Dijk e.a. 2018; SFK 2018]. Apothekers vallen sinds 2007 ook onder de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Dat is nogal een stap geweest omdat apothekers vanaf dat moment zorgverlener zijn in de zin van de WGBO en mede verantwoordelijk voor de behandeling. Dat kan ertoe hebben geleid dat apothekers meer dan voorheen ingrijpen in een behandeling bijvoorbeeld door een geneesmiddel niet af te leveren of een ander geneesmiddel voor te stellen.

Het aantal apotheekvestigingen is in Nederland (met Zweden) het laagst van Europa. In Nederland is er ongeveer één apotheek per 8.000 inwoners en in België één per 2250 inwoners [BENU 2017]. Per 1 januari 2018 waren er 1989 apotheken. Per apotheek is er altijd minimaal een apotheker en gemiddeld 0,5 tweede apotheker. Gemiddeld werken er apotheek 5,7 FTE apotheekassistenten [SFK 2018].

De zorgverlening van apothekers bestaat uit [Van Dijk e.a. 2018]:

- het verstrekken van geneesmiddelen; geneesmiddelen voor mensen die verschillende middelen gebruiken kunnen worden verstrekt in de vorm van een medicatierol die wekelijks wordt afgeleverd. Vaak kunnen de geneesmiddelen buiten kantooruren worden afgehaald bij een beveiligd kluisje.
- Informatieverstrekking bij de aflevering van geneesmiddelen. De eerste keer dat een patiënt een geneesmiddel krijgt, wordt informatie gegeven over het middel, de toedieningswijze, eventuele bijwerkingen etc. Dit staat bekend als de informatie bij eerste uitgifte. De tweede uitgifte wordt gezien als een moment om te informeren naar de ervaringen van patiënten. Dit laatste gebeurt nog weinig.

- Een jaarlijkse medicatiecheck, vooral belangrijk voor patiënten die langdurig verschillende geneesmiddelen gebruiken. Afhankelijk van plaatselijke afspraken kan dat door een apotheker worden gedaan al of niet samen met de huisarts van de patiënt.
- Gesprek met een apotheker. Apotheken beschikken over een aparte spreekkamer en patiënten kunnen een afspraak maken.
- Extra diensten voor mensen met chronische aandoeningen. Dat kan bij voorbeeld inhalatie-instructie zijn.

Fysiotherapeuten

Fysiotherapeuten zijn één van de paramedische beroepsbeoefenaren die zich bezig houden met problemen op het gebied van houding en bewegingsapparaat, naast oefentherapeuten. We gaan hier alleen in op fysiotherapeuten.

Ofschoon fysiotherapeuten sinds jaar en dag tot de eerste lijn worden gerekend, zijn ze pas sinds 2006 rechtstreeks toegankelijk, dus zonder verwijzing van een arts. Rechtstreekse toegankelijkheid van fysiotherapeuten heeft niet tot een merkbare vermindering van het aantal contacten bij huisartsen geleid (zie ook tabel 2.1. in hoofdstuk 2). Er is in de loop van de tijd een toename van het aantal zelfverwijzers, maar het is onduidelijk in hoeverre een toename van het beroep of fysiotherapeuten voortkomt uit rechtstreekse toegankelijkheid of eerder een gevolg is van een toename van het aantal problemen met het bewegingsapparaat als gevolg van vergrijzing van de bevolking [Swinkels e.a. 2014].

De helft van de patiënten komt op eigen initiatief bij een fysiotherapeut. De meeste patiënten die via een verwijzing komen, worden door hun huisarts verwezen (ruim twee derde); een deel ook door een orthopedisch chirurg [van den Dool 2017].

Volgens een schatting van Batenburg e.a. [Batenburg e.a. 2018] werken er in 2017 circa 30.500 fysiotherapeuten in de zorg. Dat is in absolute aantallen en inclusief de fysiotherapeuten in de tweede en derde lijn. Omgerekend naar FTE's zijn het er circa 25.900. In de eerste lijn werkt naar schatting ruim 80% van de fysiotherapeuten en in FTE's zijn dat er circa 21.300. Dat komt neer op één fysiotherapeut in de eerste lijn per 800 inwoners.

De zorgverlening van fysiotherapeuten vindt grotendeels plaats in zittingen met individuele patiënten. Daarnaast is er een klein aandeel groepsbehandelingen (circa 3% van de behandelingen in 2016), bij voorbeeld in de vorm van 'rugklasjes' [van den Dool 2017]. Sinds de tijd dat rechtstreekse toegang tot fysiotherapeuten mogelijk is, is de fysiotherapeutische diagnosestelling (de zorgprestatie screening) belangrijk geworden. Door veranderingen in de prestatiecodes is niet goed te zeggen hoe vaak dit voorkomt; in 2015 maakte dit 3% van de behandelingen uit [van den Dool 2017]. De behandeling bestaat voornamelijk uit oefentherapie, mobilisatie van gewrichten, massagetherapie en fysische therapie.

Diëtisten

Diëtiek is een paramedisch beroep dat gericht is op voeding en gedrag in relatie tot gezondheid en ziekte. In tegenstelling tot fysiotherapeuten zijn diëtisten niet opgenomen in het BIG-register en niet aan tuchtrecht onderhevig. Ze hebben wel op grond van de Wet BIG een wettelijk beschermde opleidingstitel. Diëtisten zijn sinds 2011 rechtstreeks toegankelijk, net als fysiotherapeuten dat al langer zijn. In de praktijk komen patiënten meestal (negen van de tien) via een verwijzing, vooral van hun huisarts [Verberne en Verheij 2017]. De zorg van diëtisten is vaak onderdeel van de ketenzorg voor chronisch zieken en wordt dus door zorggroepen ingekocht bij diëtisten.

In Nederland werken naar schatting 1840 diëtisten in een vrijgevestigde praktijk (75%) dan wel in dienst van een thuiszorginstelling (25%). Dit is de situatie in 2015 en de schatting is gebaseerd op het aantal leden van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten en van de Diëtisten Coöperatie Nederland. Daarmee is het waarschijnlijk een onderschatting van het feitelijk aantal werkzame diëtisten [Verberne en Verheij 2017].

Volgens het beroepsprofiel van diëtisten (www.nvdietist.nl/ik-ben-professional/de-dietist/beroepsprofiel-dietist) richten diëtisten zich op met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Doel van de behandeling is het voorkomen, opheffen, verminderen en/of compenseren van deze stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Diëtisten bieden ondersteuning bij zelfmanagement.

Verloskundigen

Op het gebied van de verloskunde zijn er de afgelopen decennia nog al wat veranderingen geweest. De meest in het oog springende is wel de daling van het aantal thuisbevallingen. In het begin van deze eeuw was dat nog zo'n 30% van de bevallingen. In 2016 is het 13 %. Een toegenomen deel van de bevallingen zijn zogenoemde verplaatste thuisbevallingen. Dat zijn bevallingen onder begeleiding van een eerstelijnsverloskundige die poliklinisch in een ziekenhuis plaats vinden of in een geboortecentrum. Het totaal van de eerstelijnsbevallingen, dus thuisbevallingen plus verplaatste thuisbevallingen was in 2016 30%. Discussie over de kwaliteit en veiligheid van het Nederlandse systeem van geboortezorg heeft waarschijnlijk bijgedragen aan deze verschuiving, naast vermindering van het kindertal, een hogere leeftijd bij bevalling en behoefte aan een plaats om te bevallen met zeer korte lijnen naar de klinische verloskunde [Stuurgroep zwangerschap en geboorte 2009]. Een andere verandering is een verschuiving van solo-praktijken naar groepspraktijken van verloskundigen. In 2016 werkte 80% van de verloskundigen in een groepspraktijk [Kenens e.a. 2017]. De verschuiving naar groepspraktijken vond vooral plaats in de laatste decennia van de vorige eeuw: van 9% van de eerstelijnsverloskundigen in een groepspraktijk in 1980 naar 73% in 2000 [Hingstman en Kenens 2011].

Op 1 januari 2016 waren er ruim 3.200 verloskundigen werkzaam. Meer dan de helft van hen werkt in de eerste lijn. Bijna 30% werkt als klinisch verloskundige in de tweede lijn. Verder werkt een vijfde als waarnemer. Er is één eerstelijnsverloskundige op elke 1470 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15 t/m 39 jaar) [Kenens e.a. 2017].

Ruim vier vijfde van de zwangeren komt in eerste instantie bij een verloskundige terecht; bij de overige zwangeren is al op voorhand duidelijk dat tweede- of derdelijnszorg nodig is. Een belangrijke taak van eerstelijnsverloskundigen is de risicoselectie die er voor moet zorgen dat iedere zwangere de juiste zorg op de juiste plaats krijgt. Uitgangspunt van de geboortezorg in Nederland is dat zwangerschap en bevalling fysiologische processen zijn en dat bij normaal verloop de controles gedurende de zwangerschap, de bevalling en de nazorg plaats kunnen vinden in de eerste lijn [KNOV 2014].

Tandartsen

Tandartsen vormen een buitenbeentje in de eerste lijn. Ze zijn nauwelijks geïntegreerd in de rest van de (eerstelijns)gezondheidszorg. Tandartsenzorg voor volwassenen zit niet in het basispakket van de zorgverzekering; alleen de zorg voor kinderen en adolescenten tot 18 jaar. Er zijn wel tandartspraktijken die in gezondheidscentra zijn gevestigd of anderszins in hetzelfde gebouw met andere eerstelijnszorgverleners, maar voor zover bekend is er weinig samenwerking. Volwassenen die geen gezondheidsklachten hebben of die niet presenteren in de huisartspraktijk, komen veelal wel minstens eenmaal per jaar bij een tandarts. Het bereik van tandartsen onder de gezonde volwassenen

populatie is groot. Dat biedt op zich kansen voor preventie en signalering op andere terreinen dan de mondgezondheid.

Cijfers over het aantal werkzame tandartsen verschillen enigszins tussen verschillende bronnen. Volgens Volksgezondheidszorg.info werken er in 2016 8.210 tandartsen. Volgens Bruers [2017] zijn er in 2017 ruim 8.700 tandartsen actief. Dat komt neer op ongeveer één tandarts per 2000 inwoners. In tandartspraktijken zijn naast tandartsen preventie-assistenten en mondhygiënisten werkzaam. Laatstgenoemden werken voor een deel ook in eigen (rechtstreeks toegankelijke) praktijken [Capaciteitsorgaan 2013].

Tandartsen leveren veelal in teamverband mondzorg. Deze zorg bestaat uit het vaststellen, behandelen en voorkomen van ziekten van het gebit en de weefsels er omheen.

Algemeen maatschappelijk werk

Het algemeen maatschappelijk werk (AMW) werd sinds de jaren 1970 als een van de kerndisciplines van de eerste lijn beschouwd, naast huisartsen en wijkverpleegkundigen. Het AMW stond aanvankelijk onder regie van de centrale overheid die de financiering van de instellingen voor maatschappelijk werk financierde. In 1989 is de financiering gedecentraliseerd naar de gemeenten. De vrees was dat het AMW daardoor meer zou gaan aansluiten op problemen die gemeenten centraal stellen en minder op de hulpverlening die is gerelateerd aan de eerstelijnsgezondheidszorg. Dat is in de eerste jaren na de decentralisatie niet het geval geweest doordat de landelijke overheid inzet van het AMW nog (financieel) stimuleerde [Verhaak e.a. 1997]. In de jaren daarna is het AMW weg gegroeid van de gezondheidszorg. Het maatschappelijk werk is zich meer gaan richten op specifieke groepen, zoals mensen met een sociaaleconomische achterstand en op de taken van gemeenten, minder op gezondheidszorg.

Met de komst van de sociale wijkteams is het AMW weer een belangrijke partner voor de eerste lijn geworden. Ook de veranderingen in het verwijfmodel voor de GGZ dragen hieraan bij. Patiënten met bij voorbeeld psychische en sociale problemen als gevolg van schulden worden niet door een POH GGZ behandeld maar verwezen naar het AMW.

3.4.4 Bekostiging van de eerste lijn

De bekostiging van de eerste lijn is in drie opzichten versnipperd. Ten eerste wordt een deel van de zorg bekostigd in het basispakket dat in de Zvw is verzekerd. Ten tweede verschilt de vergoeding aan patiënten voor de zorg die in het basispakket valt. En ten slotte verschilt de vergoeding die zorgverleners in de eerste lijn krijgen voor hun diensten. We gaan in deze paragraaf globaal in op alle drie deze punten. Daarna zoomen we in op de vergoeding die huisartspraktijken krijgen voor de zorg die zij verlenen.

Deels in basispakket deels daarbuiten

De meeste eerstelijnszorg wordt vergoed op basis van het basispakket van de Zvw. De belangrijkste uitzonderingen zijn fysiotherapie dat voor een groot deel niet wordt vergoed, tandheelkunde die alleen voor jongeren wordt vergoed, en algemeen maatschappelijk werk dat niet onder de Zvw valt maar onder de Wmo (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1 Eerstelijnszorg in het basispakket van de Zvw

Soort zorg	In basispakket of niet
Huisartsenzorg	Basispakket
Wijkverpleging	Basispakket
Geneesmiddelen/apotheken	Deel van de geneesmiddelen, bv. paracetamol wordt niet vergoed; maagzuurremmers onder voorwaarden
Fysiotherapie	Behandeling van een aantal chronische ziekten vanaf de 21 ^{ste} behandeling
Diëtetiek	Basispakket
Verloskunde	Basispakket
Generalistische basis-GGZ	Basispakket, met uitzondering van enkele categorieën problemen, zoals relatieproblemen
Maatschappelijk werk	Niet in Zvw; valt onder de Wmo, geen verzekerde aanspraak
Tandheelkunde	Tot 18 jaar in basispakket; daarboven niet

Omvang van de vergoeding

Voor een deel van de eerstelijns zorg geldt het verplichte eigen risico niet, namelijk voor huisartsenzorg, wijkverpleging en verloskundige zorg en voor de ketenzorg voor een aantal chronische aandoeningen. Andere eerstelijnszorg valt wel onder het eigen risico; pas wanneer dat is opgebruikt, vindt vergoeding plaats. Als zorg in het basispakket van de Zvw valt (en het maximum van het eigen risico is bereikt), wordt die ook meestal volledig vergoed. Daar zijn wel een paar uitzonderingen op (zie tabel 3.2). Bij geneesmiddelen is de vergoeding maximaal de prijs van het goedkoopste middel in een groep van vergelijkbare geneesmiddelen. Hierdoor moet voor een duurder geneesmiddel worden bijbetaald. Verder hebben zorgverzekeraars voor bepaalde middelen afspraken met apothekers over de volledige vergoeding van voorkeursmiddelen en gedeeltelijke vergoeding (tot de prijs van het voorkeursmiddel) voor andere middelen die als equivalent worden beschouwd. Zorg van een diëtist die wordt verleend in het kader van de ketenzorg voor mensen met een chronische aandoening wordt volledig vergoed. Voor de overige zorg geldt een maximum van drie uur per kalenderjaar.

Tabel 3.2 Omvang van de vergoeding in het basispakket van de Zvw

Soort zorg	Omvang vergoeding in basispakket
Huisartsenzorg	Volledig
Wijkverpleging	Volledig
Geneesmiddelen/apotheken	Vergoeding afhankelijk van de ijkprijs binnen de geneesmiddelengroep; preferentiebeleid (afpraak met zorgverzekeraar)
Fysiotherapie	Volledig
Diëtetiek	Binnen ketenzorg volledig; anders 3 uur per jaar
Verloskunde	Volledig
Generalistische basis-GGZ	Volledig
Maatschappelijk werk	Niet van toepassing
Tandheelkunde	Tot 18 jaar – meeste tandheelkundige zorg (bv. orthodontie niet)

In sommige gevallen is de vergoeding afhankelijk van een recept of verwijzing. Voor de geneesmiddelen die worden vergoed, geldt dat hiervoor een recept nodig is. Voor generalistische basis-GGZ (bijvoorbeeld door een gezondheidspsycholoog) is een verwijzing nodig.

De hoogte van de vergoeding hangt in een aantal gevallen ook af van of de betreffende zorgverlener een contract heeft met de zorgverzekeraar van de patiënt.

Met de aanbieders van eerstelijnszorg die onder de Zvw vallen sluiten zorgverzekeraars contracten af waarin nadere afspraken kunnen worden gemaakt over de hoeveelheid te leveren zorg, de prijs en de kwaliteit. Dit soort afspraken is voor huisartsenzorg vooral gemaakt in het kader van de ketenzorg voor een aantal chronische ziekten. Voor de ketenzorg hebben huisartsen zich verenigd in zorggroepen, coöperaties van huisartspraktijken die als contractpartij voor de zorgverzekeraars fungeren en die zelf op hun beurt zorg inkopen bij andere eerstelijnszorgverleners, zoals diëtisten en fysiotherapeuten, en bij ziekenhuizen of medisch specialisten, bij voorbeeld voor regelmatig oogonderzoek bij mensen met diabetes. In hoofdstuk 5 gebruiken we onder meer indicatoren die in het kader van de integrale bekostiging worden vastgelegd om iets te kunnen zeggen over de 'performance' van de eerste lijn, ofwel hoe goed de eerste lijn het doet.

Voor openbare apotheken is in de periode na invoering van de Wzv het preferentiebeleid voor geneesmiddelen van belang. In het preferentiebeleid maken zorgverzekeraars afspraken over de inkoop en vergoeding van bepaalde geneesmiddelen. Bij geneesmiddelen waarvan het octrooi verlopen is, kunnen zorgverzekeraars een middel aanwijzen met dezelfde werkzame stof van één bepaalde fabrikant. Verzekerden kunnen dan alleen aanspraak maken op vergoeding van dit middel, tenzij de voorschrijvende arts aangeeft dat er een medische noodzaak is om een ander middel dan het preferente middel te gebruiken [Zwicker e.a. 2015]. Het preferentiebeleid heeft tot kostenbesparing geleid, maar heeft ook (onbedoelde) effecten gehad voor patiënten. Dit wordt geïllustreerd in onderzoek naar de door patiënten ervaren gevolgen van het wisselen van longmedicatie door het preferentiebeleid, zoals praktische problemen bij het inhaleren van de nieuwe medicatie en bijwerkingen [Zwicker e.a. 2015].

De contracten met fysiotherapeuten worden door een aantal verzekeraars in toenemende mate gebaseerd op hun behandelpatronen. Afhankelijk van het behandelpatroon – dat wordt gezien als een indicator voor de kwaliteit van de geleverde zorg – wordt het te vergoeden tarief bepaald [Visser e.a. 2017].

Vergoeding aan de zorgverleners

Het derde onderscheiden aspect is de vergoeding die de zorgverleners krijgen. Dit wordt vastgelegd in beschikkingen van de Nza waarin de basis voor de vergoeding wordt beschreven – meestal een serie prestaties – en de bijbehorende tarieven (vaak de maximumtarieven). Een deel van de prestaties en/of tarieven wordt verder in de contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders uitgewerkt. Tabel 3.3 vat een en ander samen.

Tabel 3.3 Vergoeding aan de zorgverleners voor hun diensten

Soort zorg	Honorering voor de geleverde zorg
Huisartsenzorg	Vast bedrag per patiënt, vergoeding per consult, vergoeding voor een aantal verrichtingen
Wijkverpleging	Afzonderlijke prestaties; op experimentele basis een vast bedrag per patiënt
Apotheken	Afzonderlijke prestaties, vooral gekoppeld aan de levering van een geneesmiddel, maar ook medicatiebeoordeling
Fysiotherapie	Bedrag voor intake en screening, bedrag per behandelzitting, bedrag voor groepszittingen
Diëtetiek	Bedrag voor intake en screening, bedrag per behandelzitting, bedrag voor groepszittingen
Verloskunde	Bedrag voor volledige verloskundige zorg, deelprestaties (mede i.v.m. overdracht naar andere zorgverlener, aparte modules)
Generalistische basis-GGZ	Per prestatie, vier groepen prestaties (met een onderscheiden profiel van de patiënten)
Maatschappelijk werk	In loondienst
Tandheelkunde	Vergoeding per verrichting

Huisartsenzorg is de enige vorm van zorg die een vorm van populatiebesteding kent in de zin dat er een vast bedrag is per ingeschreven patiënt, ongeacht of die de zorg van de huisartspraktijk inroept of niet. Hieronder zoomen we in op de manier waarop huisartsenpraktijken worden betaald.

Bekostiging van de huisartsenzorg

De honorering van huisartsen veranderde van twee naast elkaar bestaande systemen naar één systeem. Voor de invoering van de Zvw kregen huisartsen voor ziekenfondspatiënten een abonnementstarief. Sinds de jaren 1990 was het abonnementstarief hoger voor oudere patiënten en voor patiënten die in achterstandsgebieden wonen. Een vlak abonnementstarief was weliswaar administratief heel eenvoudig, maar deed geen recht aan verschillen tussen categorieën patiënten in de hoeveelheid zorg die ze gebruikten [Verheij e.a. 2001]. Voor particuliere patiënten kregen huisartsen een vergoeding per consult of visite. Na de invoering van de Zvw kwam er één betalingssysteem voor iedereen dat een mix van beide eerdere systemen was: een deel abonnementstarief en een deel betaling per consult of visite. Waar er voor de verzekeringshervorming nog particuliere patiënten waren zonder verzekering voor huisartsenzorg of met een eigen risico voor huisartsenzorg, was daarna iedereen verzekerd zonder eigen bijdrage [Van Dijk e.a. 2014].

De opbouw van de honorering van huisartsen is in 2015 aangepast. Het honoreringssysteem bestaat nu uit drie segmenten [NZa 2018c]. Segment 1 bestaat uit basiszorg met deels een abonnementstarief per ingeschreven patiënt (gedifferentieerd naar leeftijd en achterstandsgebied) en deels een vergoeding per consult of visite. Consulten kunnen ook telefonisch of per email zijn. Onder basiszorg vallen ook de vergoedingen voor de consulten met de POH GGZ, de vergoeding voor zorg die huisartsen leveren aan patiënten die in een eerstelijnszorgverblijf zijn opgenomen en aan patiënten die intensieve zorg behoeven (bv. palliatieve zorg), en vergoeding voor een aantal technische verrichtingen die voor 2015 apart werden vergoed als M&I (modernisering & innovatie) verrichtingen. In het onderhandelaarsakkoord 2019-2022 is onder meer afgesproken dat achterstandsgebieden breder zullen worden gedefinieerd waardoor voor meer patiënten uit sociaaleconomisch zwakkere gebieden het hogere inschrijftarief beschikbaar is.

Segment 2 bestaat uit de programmatische multidisciplinaire zorg voor mensen met diabetes type 2, COPD, astma en een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. De zorg in dit segment wordt geleverd op basis van de contracten tussen zorggroepen en zorgverzekeraars. Consulten met patiënten met de genoemde chronische ziekten die geen betrekking hebben op hun chronische ziekte, worden binnen segment 1 vergoed. De vergoeding voor de praktijkondersteuners die een deel van deze zorg uitvoeren, (POH Somatiek) wordt in dit segment geregeld.

Segment 3 gaat over resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Dit wordt uitgewerkt in contracten tussen huisartspraktijken en zorgverzekeraars. Een voorbeeld van een vernieuwing in de zorg is het 'meekijkconsult' waarbij een medisch specialist meekijkt met de huisarts. Resultaatbeloning kan onder meer betrekking hebben op adequaat verwijzen, doelmatig voorschrijven en service en bereikbaarheid (bv. vergoeding voor het houden van avondsprekuren). In dit segment is vanaf 2018 een nieuw onderdeel opgenomen, 'organisatie en infrastructuur'. Hierin wordt de managementondersteuning van huisartspraktijken geregeld. Waarschijnlijk zullen de zorggroepen hierbij een rol spelen (zie ook de volgende paragraaf). De bedoeling is dat huisartsen zodanig ondersteund worden dat administratief werk – niet-patiëntgebonden activiteiten – worden overgenomen, waardoor zij meer tijd aan zorgverlening kunnen besteden en daarmee plezier in het werk kunnen houden. In dit segment zitten dus enkele elementen die aansluiten bij de uitdagingen waar de eerste lijn voor staat.

3.4.5 Schaalvergroting

Een belangrijke trend in de afgelopen decennia is schaalvergroting op nagenoeg alle maatschappelijke en economische terreinen. Ook in het zorglandschap van de eerste lijn vinden we dat terug. Het meest spectaculair wellicht was de schaalvergroting van de thuiszorg inclusief de wijkverpleging sinds de jaren 1980. Oorspronkelijk werd wijkverpleging verzorgd vanuit Kruisverenigingen, kleinschalige verenigingen van burgers die georganiseerd waren op verzuilde grondslag. Met het verdwijnen van de verzuiling en veranderingen in de financiering (het kruiswerk werd sinds 1979 betaald uit de AWBZ), kwam een schaalvergroting tot stand. Het feit dat de kruisverenigingen verenigingen van burgers waren, gaf op zijn minst in theorie de mogelijkheid van invloed van burgers/leden op het beleid. In de praktijk was de invloed van leden in de jaren 1980 al vergaand verdwenen. Mensen waren lid omdat dit een reductie op de kosten van het gebruik van wijkverpleegkundige zorg gaf [Sluijs e.a. 1985].

Ondanks de inhoudelijke verschillen, werden in 1991 kruiswerk en gezinsverzorging samen gevoegd [Verheij e.a. 1993]. De gezinsverzorging werd gefinancierd op basis van subsidieregelingen en pas in 1989 opgenomen in de AWBZ. In de loop van de tijd werden de subsidies voor gezinsverzorging steeds omvangrijker. De overheid nam de zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten steeds meer over van de sociale netwerken van mensen die zorg nodig hadden en van het particulier initiatief. Illustratief hiervoor is dat de verantwoordelijkheid van kinderen voor hun oude ouders verschoof naar de overheid. De plicht van Nederlanders om voor hun hulpbehoevende ouders te zorgen is afgeschaft door een wet van de toenmalige minister Klompé. Dat was in 1961 via de Wet Bepanking Verhaalrecht [Van Bergen 2014]. Daardoor konden gemeenten de kosten niet meer op de kinderen verhalen. Via de Algemene Bijstandswet (ingevoerd in 1963) en de AWBZ (1968) nam de verzorgingsstaat deze plicht grotendeels over.

Doordat er meer subsidie naar de gezinsverzorging ging, kon de overheid ook meer eisen stellen aan de organisaties die de zorg leverden. Schaalvergroting werd als oplossing gezien om aan die eisen te

voldoen [Sluijs e.a. 1985]. De belangen van de thuiszorgorganisatie werden behartigd door de landelijke vereniging voor Thuiszorg, LVT. De integratie van de wijkverpleging en gezinsverzorging ging ten koste van de autonome positie van wijkverpleegkundigen in de lokale gezondheidszorg en ten koste van de traditionele link tussen wijkverpleging en huisartsenzorg van de periode voor 1991. De link tussen wijkverpleging en huisartsenzorg werd ook verzwakt door het verdwijnen van de zogenoemde 'home teams'. Dat waren plaatselijke overleggen tussen eerstelijnszorgverleners, soms uitgebreid met andere zorgverleners uit wat we nu het sociale domein noemen. De informele contacten die hieruit voortkwamen, zorgden voor korte lijnen [Groenewegen e.a. 1993].

De schaalvergroting van de praktijken van individuele zorgverleners, zoals apothekers en huisartsen, is veel minder spectaculair. Het waren hele kleine organisaties en zijn nog steeds relatief kleine organisaties. De schaalvergroting van praktijken van individuele zorgverleners heeft op twee niveaus plaatsgevonden. Ten eerste zijn afzonderlijke praktijken groter geworden; er zijn meer zorgverleners en er is meer ondersteunend personeel. Ten tweede zijn praktijken deel gaan uitmaken van grotere organisaties. We geven hier een paar voorbeelden ter illustratie van beide processen, met huisartspraktijken als voorbeeld voor een nadruk op het eerste proces, apotheken als voorbeeld van het tweede en tandartspraktijken als voorbeeld van de combinatie van beide.

In de huisartsenzorg verdwijnen solopraktijken langzaam maar zeker en er zijn meer en diverse soorten personeel in de praktijken werkzaam (hierop gaan we in het volgende hoofdstuk uitgebreider in). Daarnaast zijn huisartspraktijken deel gaan uitmaken van grotere organisaties. Deze grotere organisaties richten zich op specifieke onderdelen van de zorg (de zorggroepen voor de ketenzorg, de huisartsendienstenstructuur voor de ANW-diensten) of voor de reguliere zorg (bij voorbeeld een organisatie die een aantal gezondheidscentra exploiteert). Zorggroepen worden naar verwachting belangrijker door verbreding van de ketenzorgprogramma's voor mensen met een chronische aandoening en door de contractering door zorgverzekeraars van de nieuwe module 'organisatie en infrastructuur'. Verwacht wordt dat de zorgverzekeraars voor deze module contracten op het niveau van de zorggroepen willen sluiten om regionale samenwerkingsverbanden en netwerken te stimuleren.

Bij apotheken is vooral de tweede vorm van schaalvergroting (onderdeel worden van grotere organisaties) dominant. Veel apotheken hebben zich aangesloten bij een 'formule' of zijn eigendom van een keten. Het aandeel zelfstandige apotheken – geen onderdeel van formule of eigendom van een keten – is afgenomen van circa drie kwart tot een tiende van de apotheken [BENU 2017; SFK 2018].

Tandartspraktijken laten enerzijds de schaalvergroting zien op praktijkniveau die we ook bij huisartspraktijken zien. Het aantal solopraktijken daalt gestaag van 75% aan het eind van de vorige eeuw tot ruim 55% in 2014. Er komt ook meer ondersteunend en complementair personeel in tandartspraktijken (vooral mondhygiënist). Daarnaast zijn ketens van tandartspraktijken (met de praktijkvestigingen in eigendom van de keten) in opkomst [Bruers 2017].

De ketenvorming bij apotheken en tandartsen lijkt vooral een economische achtergrond te hebben terwijl de opkomst van zorggroepen in de huisartsenzorg (op z'n minst ook) voortkomt uit de wens om de zorg voor mensen met een chronische aandoening te verbeteren. De economische voordelen van ketenvorming kunnen ook zitten in het overnemen van beheers- en managementtaken van zorgprofessionals (contractering, ICT, vastgoed, personeel) en in combinatie met kwaliteitsbevordering eerstelijnspraktijken aantrekkelijk houden voor een veranderende beroepsgroep die meer waarde hecht aan de werk-privébalans en waarin het zelfstandig ondernemerschap minder prioriteit heeft.

3.4.6 Samenwerking

Door de veranderingen in de behoefte aan zorg en het gebruik van zorg die in hoofdstuk 2 zijn beschreven zijn samenwerking en coördinatie rond de zorg van patiënten en afstemming van het algemeen beleid tussen zorgverleners belangrijker geworden.

Samenwerking binnen de eerste lijn

De eerste lijn bestaat voornamelijk uit losstaande praktijken van verschillende eerstelijnszorgverleners. Geïntegreerde centra waarin zorg wordt verleend vanuit verschillende zorgdisciplines zijn nog steeds in de meerderheid. Het aantal gezondheidscentra liet aanvankelijk een snelle groei zien in de jaren 1970 en begin van de jaren 1980. Sinds de jaren 1990 is hun aantal min of meer constant gebleven. Overigens is de definitie van een gezondheidscentrum minder duidelijk geworden door verandering dan wel afschaffing van subsidie- en financieringsregelingen die door hun voorwaarden feitelijk bepaalden wat onder een gezondheidscentrum werd verstaan. Naast gezondheidscentra wordt ook op andere manieren samengewerkt. Eerstelijnszorgverleners maken afspraken in netwerken van zelfstandige praktijken. Die afspraken verschillen in de mate waarin ze zijn geformaliseerd. Daarnaast zijn zelfstandige praktijken tegenwoordig vaker gevestigd in een gezamenlijk gebouw. Dat gaat niet van zelf samen met meer samenwerking maar scheidt wel de gelegenheid voor samenwerking [Hansen e.a. 2010].

Huisartsen werken het meest samen met wijkverpleegkundigen en apothekers. Recent onderzoek laat zien dat wijkverpleegkundigen veel samenwerken met huisartsen en praktijkondersteuners en met apothekers [Francke e.a. 2017]. Hun ervaringen met de afstemming van zorg voor cliënten/patiënten en de overdracht van cliënten/patiënten met huisartsen zijn overwegend positief. Vooral met professionals in de GGZ zijn de ervaringen slechter. De schaalvergroting in de thuiszorg in de laatste decennia van de vorige eeuw heeft invloed gehad op de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen [de Putter e.a. 2014].

Apothekers en huisartsen hebben een geïnstitutionaliseerde samenwerking in het Farmacotherapeutisch overleg of FTO. Volgens Van Dijk e.a. [2016] zijn nagenoeg alle huisartsen en apothekers aangesloten bij zo'n overleg. Van de FTO-groepen maakt 60% concrete afspraken en 40% toetst die afspraken ook op naleving [Van Dijk e.a. 2016]. Ook buiten het FTO om worden afspraken gemaakt, bij voorbeeld over de procedures voor de uitvoering van medicatiebeoordeling. Apothekers en huisartsen hebben wel verschillende opvattingen over de ideale taakverdeling. Volgens het onderzoek van Van Dijk e.a. [2016] zien apothekers een grotere rol voor zichzelf weggelegd bij de begeleiding de begeleiding van patiënten bij hun geneesmiddelengebruik.

Samenwerking met tweede lijn

De samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn ligt vooral bij huisartsen en verloskundigen. In het volgende hoofdstuk gaan we nader in op de samenwerking tussen huisartspraktijken en de tweede lijn.

Verloskundigen hebben door hun taak op het gebied van risicoselectie en door de noodzaak om patiënten soms op een laat moment over te dragen, afhankelijk van bij voorbeeld het verloop van de baring, veel contact met de tweede lijn. De samenwerking met de tweede lijn gebeurt in verloskundige samenwerkingsverbanden. Die bestaan al langer maar het lidmaatschap van een verloskundige samenwerkingsverband is sinds 2012 verplicht en de samenwerkingsverbanden hebben in deze jaren als vervolg op het advies van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte een nieuwe impuls gekregen. Integratie van eerste en tweedelijnsgeboortezorg wordt ook gestimuleerd door het tot stand komen van een zorgstandaard integrale geboortezorg en door een NZa-beleidsregel met

dezelfde naam die de financiering van de zorg in eerste en tweede lijn regelt.

Fysiotherapeuten en ergotherapeuten zijn belangrijk in de revalidatiefase na een ziekenhuisopname. Het is niet bekend in hoeverre deze eerstelijnszorgverleners samenwerken met zorgverleners in de tweede lijn.

Samenwerking met gemeenten

De eerste lijn werkt in toenemende mate samen met gemeenten door uitbreiding van taken van gemeenten. Zoals eerder aangegeven, hebben de meeste gemeenten sociale wijkteams. De meest voorkomende professionals in wijkteams zijn maatschappelijk werkers. Daarmee komt het maatschappelijk werk weer dicht bij de eerstelijnsgezondheidszorg, waar in de loop van de afgelopen decennia meer verwijdering was ontstaan door gerichtheid op andere taken. Huisartsen worden door de wijkteams gezien als belangrijke samenwerkingspartners. (Wijk)verpleegkundigen maken vaak deel uit van de sociale wijkteams en kunnen zo een verbinding vormen tussen de wijkverpleging en de gemeentelijke voorzieningen [Francke e.a. 2017]. Uit de evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg van het SCP [Kromhout e.a. 2018] blijkt dat huisartsen en POH's nog moeite hebben om de juiste instanties of personen te vinden wanneer zij willen overleggen of informatie nodig hebben.

Een gevolg van de eerder besproken schaalvergroting in de gezondheidszorg is dat samenwerken lastiger is geworden, men kent elkaar niet meer. Home teams – netwerken van lokale zorgverleners – waren daarvoor nog een middel in de jaren 1970 en 1980.

3.5 Beschouwing

In het vorige hoofdstuk zagen we dat de zorgvraag en het zorggebruik zijn veranderd. Dat is niet het enige dat is veranderd; ook de omgeving waarin zorgvraag en zorgaanbod bij elkaar komen is veranderd. Kortom, het Nederlandse zorglandschap is veranderd. De eerste lijn functioneert in een andere beleidsomgeving en zorgomgeving dan enkele decennia geleden. Voor het begrip van de huidige positie van de eerste lijn is het goed om kennis te hebben van deze ontwikkelingen.

Wat de beleidsomgeving aangaat, is een constante factor dat de eerste lijn centraal staat. Dat is al het geval sinds de jaren 1970, maar er is ook veel veranderd. Het ordeningsprincipe van de gezondheidszorg is veranderd van ordening gebaseerd op planning naar ordening gebaseerd op gereguleerde competitie. Daar is met de recente hervorming van de langdurige zorg en de decentralisatie naar de gemeenten een ander ordeningsprincipe naast komen te staan; dat van de ordening door lokale regeling en uitvoering van een deel van de zorg en ondersteuning. Naast de constante factor van de eerste lijn en het idee dat zorg zoveel mogelijk in de buurt, dicht bij mensen thuis moet plaats vinden, zijn er ook elementen uit eerder beleid die terugkomen. In het beleid om te komen tot een geplande gezondheidszorg paste het opheffen van het onderscheid tussen ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten. Dat is indertijd niet gerealiseerd, maar kwam terug in de plannen voor sturing door gereguleerde competitie en is uiteindelijk gerealiseerd met de hervorming van de zorgverzekering in 2006. Met de transformatie van de langdurige zorg en de decentralisatie van taken naar gemeenten hebben gemeenten taken gekregen die ook in de jaren 1970 aan hen waren toegedacht, zij het dat de taken nu minder op het gebied van de eerste lijn liggen, maar ze hebben er zeker verband mee en gevolgen voor. Een ander terugkerend element is sturing via landelijke afspraken. In het stelsel van gereguleerde competitie staat sturing door contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders centraal. Omdat die contracten niet de gewenste resultaten hebben op het gebied van kosten en kwaliteit wordt teruggegrepen op een beproefd element van beleid in Nederland, het landelijk overleg tussen overheid en veldpartijen ofwel

het poldermodel. De onderhandelaarsakkoorden tussen overheid, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties bieden op dit moment de vertaling van abstract beleid naar uitgangspunten voor concrete afspraken. Die moeten dan verder op regionaal niveau tot stand komen.

Naast de beleidsomgeving is ook de zorgomgeving van de eerste lijn veranderd. Binnen de geneeskunde heeft een sterke specialisatie plaats gevonden. Het aantal ziekenhuizen en het aantal ziekenhuisbedden zijn verminderd. Mensen liggen korter in het ziekenhuis en specialistische zorg vindt vaker plaats in dagbehandeling en ambulante behandeling die vaak nog forse nazorg vereisen. Voor een deel komt die nazorg bij zorgverleners in de eerste lijn. Er is een sterkere toename van het aantal specialisten dan van het aantal huisartsen.

De schaal waarop organisaties in de omgeving van de eerste lijn zijn georganiseerd, is over het algemeen vele malen groter dan de schaal van de meeste eerstelijnsvoorzieningen. Dat veroorzaakt een asymmetrie in de relaties. Het persoonlijk contact tussen huisartsen en specialisten – om maar een voorbeeld te noemen - is veel minder dan in het verleden, waardoor een simpel telefoontje om even een probleem op te lossen of een advies te vragen vaak niet lukt of veel tijd kost.

De eerste lijn zelf is nog steeds versnipperd. Het aantal geïntegreerde eerstelijnsvoorzieningen waarin zorg wordt verleend voor dezelfde patiëntenpopulatie door verschillende zorgaanbieders, is nog altijd gering. De belangrijkste eerstelijnsvoorzieningen zijn afzonderlijke praktijken die met elkaar in verbinding staan via uitwisseling van gegevens (bv. huisartsen en apothekers via de elektronische recepten), onderlinge verwijzingen in min of meer vaste netwerken (mede afhankelijk van de geografische omstandigheden) en via min of meer regelmatig overleg. Naarmate patiënten meer of vaker zorg nodig hebben van verschillende eerstelijnszorgverleners, wordt coördinatie belangrijker.

Het zorglandschap overziend, is het stelsel als totaal misschien niet eens zoveel complexer geworden; het is in elk geval wel fors veranderd. Zorgverleners in de eerste lijn zijn veel tijd kwijt 'met het systeem' in de vorm van verantwoordingsinformatie, zorg regelen voor hun patiënten enzovoorts. Bij het zorg regelen voor patiënten spelen schaalvergroting en onpersoonlijker relaties een rol. Daarnaast hebben de patiënten en hun naasten die met het systeem moeten omgaan, niet altijd de mogelijkheden om het geheel goed te overzien, de regie te houden. Centraal stellen van de persoon van de patiënt vraagt veel coördinatie binnen de eerste lijn en tussen de eerste lijn en andere voorzieningen. Waar dingen in de coördinatie mis gaan die patiënten en hun naasten niet zelf kunnen oplossen, kunnen crisissituaties optreden. Die werken vaak door op de eerste lijn, bij huisartsen, wijkverpleegkundigen en op huisartsenposten.

Om de coördinatie binnen de eerste lijn te verbeteren, zou die zich meer moeten organiseren. Het probleem van huisartsen is dat zij, als kerndiscipline in de eerste lijn en veelal eerste aanspreekpunt voor patiënten, relaties hebben met veel van de andere disciplines in de eerste lijn. Daarbij moeten zij haast wel prioriteiten stellen. Ze kunnen niet met alle disciplines even intensief samenwerken. Vanuit de andere disciplines gezien, zijn huisartsen de meest voor de hand liggende samenwerkingspartner, meer dan de andere eerstelijnszorgverleners. Hierdoor hebben andere eerstelijnszorgverleners elk voor zich veel minder andere samenwerkingspartners. Gevolg is dat de andere disciplines allemaal willen samenwerken met huisartsen, terwijl de laatstgenoemden prioriteiten moeten stellen. Het ligt daarom niet voor de hand dat huisartsen veel meer afstemmingstaken binnen de eerste lijn op zich kunnen nemen.

Een sterkere organisatie van de eerste lijn kan op verschillende manieren tot stand komen, mede afhankelijk van de lokale context en voorkeuren. Een eerste mogelijkheid is een regierol voor praktijkondersteuners of praktijkverpleegkundigen. Er is de afgelopen decennia een schaalvergroting

van huisartspraktijken geweest. Daarin weken nu al op grote schaal praktijkondersteuners. Een tweede mogelijkheid is dat de grotere huisartspraktijken uitgroeien tot multidisciplinaire praktijken als ook andere eerstelijnszorgverleners in deze praktijken komen werken. De integratie van de eerste lijn loopt dan via grotere organisaties. Ten derde kunnen de al bestaande en vaak informele netwerken van eerstelijnszorgverleners verder geformaliseerd worden via afspraken en onderlinge contracten en ondersteund worden door medewerkers die tot taak hebben het netwerk als geheel te coördineren. In alle drie de gevallen komt meer coördinatie tot stand.

4 De organisatie van huisartspraktijken

In dit hoofdstuk gaan we in op de manier waarop de eerste lijn de veranderingen uit het vorig hoofdstuk heeft opgevangen. De nadruk ligt op huisartspraktijken – als de centrale zorgverleners in de eerste lijn – maar bekeken in relatie met andere zorgverleners. We bespreken eerst hoe huisartspraktijken aankijken tegen hun rol in de gezondheidszorg, hun visie. Vervolgens bespreken we de middelen die zij tot hun beschikking hebben om hun visie te realiseren. Daarna gaan we in op de samenwerking binnen de eerste lijn en de samenwerking met het sociale domein, de publieke gezondheidszorg en de tweede lijn.

Huisartsen zijn de centrale zorgverleners binnen de eerste lijn. Zij zijn in het algemeen het eerste aanspreekpunt voor mensen met problemen op het gebied van de gezondheid. Omdat nagenoeg alle Nederlanders ingeschreven zijn bij een huisartspraktijk en voor veel zorg een verwijzing van een huisarts nodig is, hebben huisartsen bij uitstek zicht op de gezondheidsproblemen van hun patiënten en de populatie die zij verzorgen. De organisatie van huisartspraktijken is de afgelopen decennia veranderd van zeer kleinschalige organisaties – een huisarts en een assistente werkend vanuit een praktijk aan huis – naar grotere organisaties met meerdere huisartsen, assistentes, praktijkondersteuners en soms ook andere eerstelijnszorgverleners werkend vanuit een praktijkgebouw. Over hoe huisartspraktijken op dit moment zijn georganiseerd is niet zoveel bekend. Over het algemeen wordt alleen het globale onderscheid tussen solopraktijken, duopraktijken en groepspraktijken gehanteerd. We hebben daarom in december 2017 een enquête gehouden onder de huisartspraktijken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties eerste lijn (zie Bijlage A2 voor nadere verantwoording). De enquête is door 202 praktijken (nagenoeg geheel) ingevuld. Dat is ook het aantal waarop de gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd (met een geringe variatie in het aantal doordat niet alle praktijken alle vragen hebben beantwoord). In de enquête wordt in navolging van Pineault e.a. [2008] en Borgès da Silva e.a. [2013] een onderscheid gemaakt in de volgende dimensies van de organisatie van huisartspraktijken:

- De visie van praktijken (missie, doelen, oriëntatie),
- De hulpbronnen waarover ze kunnen beschikken (personeel, uitrusting),
- De samenwerking binnen praktijken en de externe relaties (binnen de eerste lijn, met de tweede lijn, de GGZ en het sociaal domein),
- En tenslotte de gangbare werkwijzen in het zorgproces (openingstijden, spreekuren, dienstenprofiel).

In dit hoofdstuk bespreken we de eerste drie aspecten van de praktijkorganisatie. In hoofdstuk 5 gaan we in op de zorgprocessen – als een eerste uitkomst van hoe praktijken zijn georganiseerd – en op andere aspecten van de uitkomsten. Het achterliggende idee is dat door het meten van verschillende aspecten van de praktijkorganisatie we beter in staat zullen zijn om na te gaan waaraan verschillen tussen praktijken in zorgproces en uitkomsten kunnen worden toegeschreven.

4.1 Hoe zien huisartspraktijken hun plaats in de gezondheidszorg?

Breed geformuleerd is de missie van huisartspraktijken om de gezondheid van hun patiëntenpopulatie te verbeteren. Ze doen dat door zorg te verlenen die aansluit bij de behoeften en voorkeuren van de patiënten, door hun zorg toegankelijk te maken voor iedereen, door continue zorg te verlenen, door een breed pallet aan zorg te verlenen, door de zorg die door anderen wordt gegeven te coördineren en door bij te dragen aan een efficiënte en betaalbare gezondheidszorg. Deze

missie wordt door praktijken impliciet of expliciet vertaald in een visie op hun positie in de gezondheidszorg en een strategie om die positie te realiseren. Die strategie vindt zijn neerslag in de middelen of hulpbronnen (in termen van personeel en materiële uitrusting) die worden ingezet en de structuur waarbinnen dat gebeurt. Wat betreft de structuur van de praktijken zijn vooral de relaties binnen de eerste lijn en daarbuiten van belang. In deze paragraaf gaan we in op de visie van huisartspraktijken als organisaties.

Ofschoon in de retoriek van beroepsomschrijvingen huisartsen hun patiënten plaatsten in de context van hun sociale omgeving (vergelijk de term 'gezinsgeneeskunde'), was de traditionele visie van huisartspraktijken er een waarin de praktijkpopulatie werd verondersteld gezond te zijn, tenzij iemand zich bij de praktijk meldde met een gezondheidsprobleem. De rol van de geneeskunde was zieke mensen beter maken. Dat paste in het epidemiologische beeld van infectieziekten en het acute (en levensbedreigende) karakter van chronische ziekten, zoals hart- en vaatziekten.

In de huidige visie van huisartspraktijken is ruimte voor een brede visie op gezondheid die gericht is op de persoon van de patiënt en op de populatie waarvoor de praktijk verantwoordelijk is, en voor innovatieve opvatting over de eigen rol in de gezondheidszorg (vergelijk de Toekomstvisie Huisartsenzorg [LHV e.a. 2012]). De visie van huisartspraktijken op hun rol in de gezondheidszorg is belangrijk bij de verschuivingen in het beleid naar zorg dicht bij mensen thuis. Volgens de Taskforce De juiste zorg op de juiste plek vereisen deze verschuivingen een cultuurverandering in de gezondheidszorg [Taskforce 2018]. Onze meting van de visie van huisartspraktijken via een aantal uitspraken laat zien hoever huisartspraktijken eind 2017 – begin 2018 zijn in deze cultuurverandering.

Tabel 4.1 De visie van huisartspraktijken op hun rol in de gezondheidszorg

Uitspraak	Percentage			
	Zeer mee eens	Mee eens	niet eens/ niet oneens	(zeer) mee oneens
Klassieke visie				
Als mensen uit onze praktijkpopulatie geen contact met de praktijk opnemen, gaan wij er vanuit dat ze gezond zijn	1%	23%	37%	37%
Brede visie op gezondheid				
De huisarts is de bewaker van de integrale gezondheid en behandelt niet alleen ziek(t)en	21%	63%	12%	4%
Wij houden bij onze behandelkeuzes rekening met sociale problemen van patiënten	32%	65%	1%	3%
Onze praktijk voelt zich verantwoordelijk voor de gezondheid van de mensen in de buurt of plaats waar we gevestigd zijn	15%	60%	20%	5%
Wij houden rekening met omgevingsgerelateerde factoren bij het vaststellen van de gezondheidsproblemen van onze patiënten	18%	71%	9%	2%
Innovatieve visie				
Wij zijn er als eerste bij om nieuwe ontwikkelingen toe te passen in de praktijk	9%	39%	35%	17%
Wij zijn bereid om tijd en geld te steken in nieuwe ontwikkelingen	15%	62%	19%	4%
In onze praktijk anticiperen we op nieuwe ontwikkelingen	20%	60%	17%	2%
Wij betrekken de patiënten bij het reilen en zeilen van de praktijk	4%	39%	32%	25%
De mensen die in deze praktijk werken delen de missie, waarden en doelen van de praktijk	20%	72%	8%	1%
We vinden transparantie over de resultaten van onze zorg belangrijk	21%	63%	13%	3%
Onze praktijk wil zorg overnemen van de tweede lijn	19%	63%	15%	4%
Als ouderen een langere periode geen contact met de praktijk hebben gehad, nemen we zelf contact met hen op	9%	44%	23%	23%
Praktijk als bedrijf				
Onze praktijk is een onderneming waarvan het financiële resultaat belangrijk is	9%	52%	30%	11%

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

Ongeveer een kwart van de praktijken herkent zich in de stelling die de klassieke opvatting weergeeft dat patiënten die geen contact opnemen met de praktijk, wel gezond zullen zijn. De overgrote meerderheid van de praktijken verwoordt een brede visie op gezondheid, waarin de ziekte niet centraal staat, maar gezondheid en waarin ook sociale problemen en de omgeving belangrijk zijn. Daarnaast past anticiperen op nieuwe ontwikkelingen in de visie van veel praktijken en is er veel draagvlak voor de verschuiving van zorg van tweede naar eerste lijn. Tegelijk is de huisartspraktijk ook

een bedrijf dat volgens een meerderheid van de praktijken financieel gezond moet zijn om de ambities te kunnen realiseren.

We kunnen deze aspecten van de visie van praktijken niet vergelijken over de tijd. Dit is de eerste keer dat de visie van praktijken op deze manier is gemeten. Van één aspect, namelijk de externe oriëntatie van huisartsen kunnen we wel een korte-termijn vergelijking en een internationale vergelijking maken. De externe oriëntatie was gemeten door de antwoorden van huisartsen op de vraag of ze actie zouden ondernemen als ze worden geconfronteerd met herhaalde ongevallen in een bedrijf, veel patiënten met luchtwegaandoeningen hebben in de buurt van een bepaalde fabriek en herhaalde gevallen van voedselvergiftiging in een bepaalde buurt constateren. De internationale gegevens, inclusief 238 huisartspraktijken in Nederland, zijn tussen oktober 2011 en december 2013 verzameld. Dat is zo'n vijf jaar vóór onze enquête onder huisartspraktijken [Vermeulen e.a. 2018].

Tabel 4.2 Externe oriëntatie van huisartsen in 2012 en 2017 (vraagstelling: zou u actie ondernemen in geval van herhaalde ongevallen in een bedrijf, ademhalingsklachten in de buurt van een fabriek of voedselvergiftiging in een bepaalde buurt?)

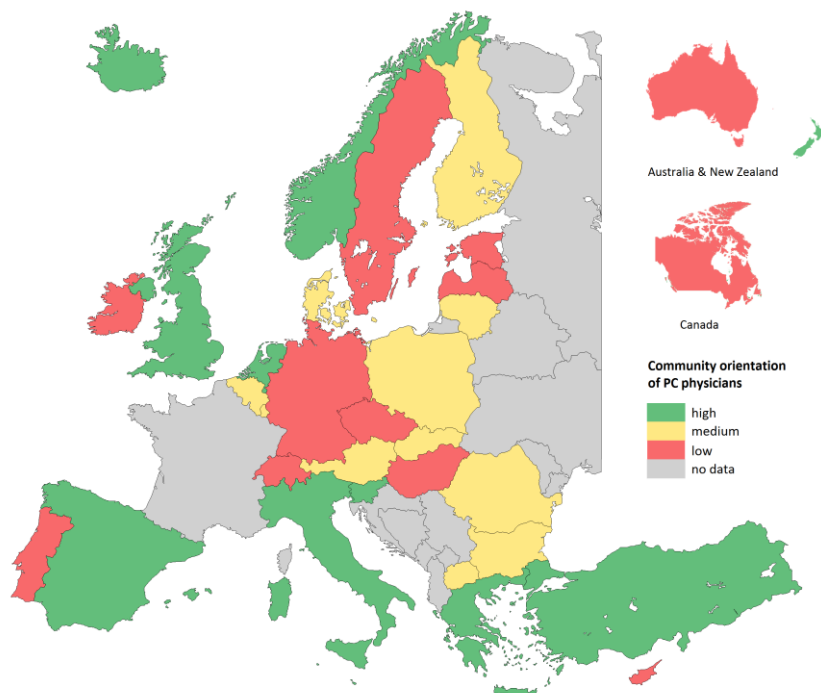
Onderwerp		Ja	Waarschijnlijk wel	(Waarschijnlijk) niet
Herhaalde ongevallen	2012	43%	47%	9%
	2017	32	56	13
Ademhalingsklachten	2012	44	45	10
	2017	46	46	10
Voedselvergiftigingen	2012	56	34	9
	2017	53	41	6

Bron: 2012 – Qualicopc; 2017 en enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

Ongeveer 90% van de huisartsen zegt dat in hun praktijk actie zou worden ondernomen, bv. naar de gemeente, in dit soort situaties. Er zijn geen systematische verschillen tussen 2012 en 2017.

Internationaal gezien zit Nederland bij de landen waarin huisartsen hebben aangegeven het meest proactief te zijn op dit gebied (vierde van de 34 landen) (figuur 4.1).

Figuur 4.1 Externe oriëntatie van huisartsen in 31 Europese landen en Australië, Nieuw-Zeeland en Canada.



Bron: Qualicopc; Vermeulen e.a., 2018

4.2 De hulpbronnen van huisartspraktijken

We bespreken in deze paragraaf het personeel in huisartspraktijken en de uitrusting van de praktijken.

Huisartsen

Van de huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn die onze enquête hebben ingevuld heeft 11% één huisarts, ruim een derde (36%) twee huisartsen, 21% drie huisartsen en 32% vier of meer huisartsen. Het aantal huisartsen betreft zowel zelfstandig gevestigde huisartsen (ook wel praktijkhouders genoemd) als vaste waarnemers en HIDHA's (een huisarts in dienst van een andere huisarts). In ruim de helft van de praktijken is een van de andere huisartsen een vaste waarnemer, in een kwart van de praktijken een HIDHA. De 'klassieke' solopraktijk met alleen een zelfstandig gevestigde huisarts komt bijna niet meer voor. Veertig procent van de praktijken geeft aan één zelfstandige huisarts oftewel praktijkhouder te hebben. Dit zijn de praktijken die veelal worden aangeduid als solopraktijken. Echter, solopraktijken in de zin dat er maar één huisarts in de praktijk werkt zijn de meeste niet: driekwart van deze praktijken heeft een HIDHA of vaste waarnemer. De meeste praktijken (52%) hebben twee of meer praktijkhouders die in maatschapsverband samenwerken en 8% is eigendom van een stichting. Deze laatste categorie zijn de gezondheidscentra waar alle huisartsen in dienstverband werken.

In FTE's zijn er gemiddeld 2,2 huisartsen werkzaam in de praktijken; de helft van de praktijken heeft meer dan 1,6 FTE. Hiernaast zijn er in de helft van de praktijken ook een of meer huisartsen in opleiding. Zij zijn in dienst van de SBOH (Stichting Beroepsopleiding Huisartsen). De huisarts-opleider krijgt een vergoeding voor het opleiden van huisartsen en de consulten en verrichtingen die huisartsen in opleiding doen, worden door de zorgverzekeraar aan de praktijk vergoed. De huisartsen in opleiding dragen dus in zekere mate bij aan de 'productie' van de praktijken maar tegelijk kost hun opleiding ook tijd van de opleider. We rekenen de huisartsen in opleiding daarom niet mee in de capaciteit van de praktijken.

Praktijkassistentie, POH's

Alle praktijken hebben ondersteuning door een of meer praktijkassistenten en bijna alle van een of meer praktijkondersteuners (POH's). Grofweg de helft van de praktijken heeft 4 of meer assistentes, 2 POH's Somatiek en 1 POH GGZ. In FTE's is de verhouding nu 1,2 FTE assistentie per FTE huisarts en 0,7 FTE POH per FTE huisarts. Praktijken met een meer innovatieve visie (zie de indeling van de items over de visie van praktijken in tabel 4.1) beschikken over meer FTE POH. De ondersteuning door assistenten en POH's is de afgelopen decennia toegenomen. Ten tijde van de eerste Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk in 1987 was de verhouding 0,8 FTE assistentie per FTE huisarts; ten tijde van de tweede Nationale Studie in 2001 was dat 1,1 FTE assistentie per FTE huisarts. In 1987 bestond de functie van praktijkondersteuner nog helemaal niet en in 2001 waren er nog maar enkele praktijken met een POH [Van den Berg e.a. 2004].

Ook voor POH's en praktijkassistenten hebben veel van de praktijken een opleidingsfunctie. Ruim 70% van de praktijken geeft aan een opleidingsfunctie voor praktijkassistenten te hebben en bijna 40% voor POH's. Praktijken met een meer innovatieve visie hebben vaker een opleidingsfunctie voor POH's en praktijkassistenten. Net als bij het opleiden van huisartsen kost opleiden tijd, maar daar staat een zekere bijdrage aan de 'productie' tegenover. Stageplaatsen in huisartsenpraktijken zijn noodzakelijk onderdeel van de opleiding van praktijkassistenten en POH's. Een actieve rol op dit gebied kan (toekomstige) tekorten aan ondersteunend personeel voorkomen.

Naast de vakinhoudelijke ondersteuning heeft 44% van de praktijken een manager, niet zijnde een van de huisartsen. De helft van deze managers werkt een dag per week of minder in een huisartspraktijk/gezondheidscentrum.

Andere disciplines in de eigen praktijk

Naast praktijkassistenten en POH's zijn er in een aantal praktijken ook andere eerstelijnszorgverleners werkzaam. Zij kunnen in dienst zijn van de praktijk/gezondheidscentrum, gedetacheerd zijn vanuit een andere organisatie of op basis van een contract in de praktijk/gezondheidscentrum werken. Het criterium in onze vraagstelling was of deze zorgverleners tot de eigen praktijk worden gerekend of niet.

Tabel 4.3: Aanwezigheid van andere eerstelijnszorgverleners in huisartspraktijken/gezondheidscentra

Eerstelijnsdiscipline	Percentage van de praktijken
Diëtetiek	18%
Fysiotherapie	14%
Gezondheidspsycholoog	11%
Apothekersassistent	8%
Wijkverpleging/thuiszorgverpleging	6%
Apotheker	5%
Maatschappelijk werk	4%
Verloskunde	4%
Tandheelkunde	1%

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

Diëtenisten zijn op dit moment de grootste andere eerstelijnsprofessie (tabel 4.3). Twee derde van de praktijken heeft naast huisartsen, praktijkassistenten en POH's geen andere eerstelijnszorgverleners in de praktijk. Achttien procent heeft één andere eerstelijnsdiscipline, 5% heeft twee andere disciplines, 4% drie en 7% heeft vier of meer andere disciplines in de praktijk.

Nagenoeg alle praktijken zijn multidisciplinair door de aanwezigheid van POH's in nagenoeg alle praktijken. Kijken we daarnaast naar de andere eerstelijnsdisciplines, dan zijn die nog relatief weinig vertegenwoordigd. De aanwezigheid van andere disciplines is niet gerelateerd aan de visie van praktijken.

Praktijkvorm

Vanouds deelden we huisartspraktijken in in solopraktijken, duopraktijken, groepspraktijken en gezondheidscentra. Impliciet werd er vanuit gegaan dat de duopraktijken en groepspraktijken monodisciplinaire samenwerking hadden en de gezondheidscentra ook multidisciplinaire samenwerking. Om verschillende redenen geeft deze indeling geen adequaat beeld meer. Ten eerste zagen we al dat er naast solopraktijken in de betekenis van praktijken met één huisarts/praktijkhouder ook praktijken zijn met één praktijkhouder plus een HIDHA of vaste waarnemer. Echt solo is dat dus niet. Ten tweede, even afgezien van de praktijkondersteuners die in nagenoeg alle praktijken werkzaam zijn, zijn in een derde van de praktijken een of meer andere disciplines werkzaam. Dat is weliswaar vaker het geval bij de praktijken met een groter aantal huisartsen, maar een kwart van de praktijken met één of twee huisartsen rekent ook andere disciplines tot de praktijk. Ten derde was de definitie van gezondheidscentra in het verleden gekoppeld aan de subsidieregeling voor multidisciplinaire samenwerking die alleen beschikbaar was voor praktijken met een of meer huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden die samenwerkten onder één dak.

De combinatie van de twee dimensies mono- en multidisciplinaire samenstelling van de praktijk is in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 4.4 Mono- en multidisciplinaire samenstelling van de praktijk

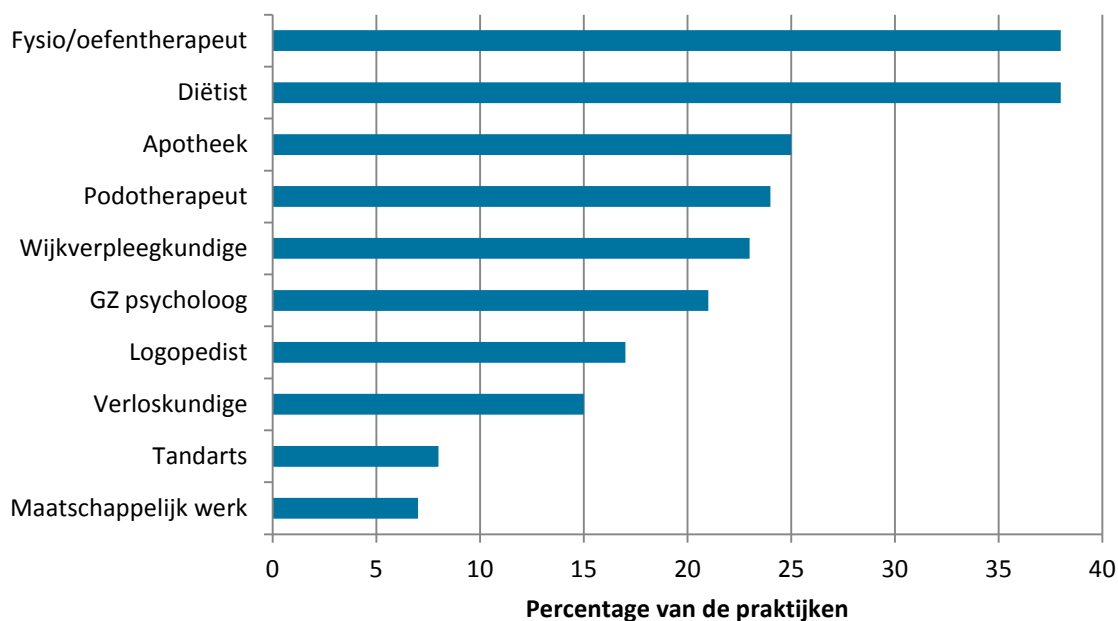
Aantal huisartsen	Geen andere disciplines	Een of meer andere disciplines	Totaal
1	14 (67%)	7 (33%)	21 (100%)
2	55 (77%)	16 (23%)	71 (100%)
3	27 (64%)	15 (36%)	42 (100%)
4	13 (59%)	9 (41%)	22 (100%)
≥5	20 (50%)	20 (50%)	40 (100%)
Totaal	129 (66%)	67 (34%)	196 (100%)

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

Gezamenlijke huisvesting

Naast de praktijken die andere eerstelijnszorgverleners in de eigen praktijk hebben, zijn er ook veel praktijken die een gezamenlijke huisvesting hebben (zie verder bij huisvestingssituatie) met andere eerstelijnsdisciplines. Dat kan ervoor zorgen dat er korte lijnen zijn met die disciplines. Gezamenlijke huisvesting met andere eerstelijnsdisciplines is voor de helft van de praktijken het geval.

Figuur 4.2 Aanwezigheid van andere eerstelijnszorgverleners in hetzelfde pand maar geen onderdeel van de eigen praktijk



Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

Tien jaar geleden schreven we dat de eerste lijn in Nederland steeds versnipperd was [De Bakker en Groenewegen 2009]. Op grond van hoofdstuk 3 lijkt dat ook nu nog het geval te zijn. Wel zijn de lijnen door gezamenlijke huisvesting wellicht korter geworden.

Betrekken van patiënten

Een van de manieren waarop huisartspraktijken de uitdagingen waarmee zij te maken hebben, kunnen aangaan is door patiënten actief bij de praktijk te betrekken. Dat is belangrijker geworden door veranderingen in de aard van gezondheidsproblemen (complexere problematiek, verweven met sociale problemen, leefstijl gerelateerde problemen, hulp van mantelzorgers en buurtbewoners). Uit eerder onderzoek blijkt dat zowel zorgverleners als patiënten gemotiveerd zijn om patiëntenparticipatie te realiseren, maar dat het in de praktijk nog lastig is [Groenewegen e.a. 2016]. Twee vijfde van de praktijken heeft als visie dat ze patiënten bij het reilen en zeilen van de praktijk willen betrekken. Bij een op de zes praktijken worden patiënten daadwerkelijk bij de praktijk betrokken via een patiëntenraad of klankbordgroep (bij 6% op het niveau van de praktijk en bij 11% op het niveau van een groep praktijken of overkoepelende stichting). Vrijwilligers worden (nog) weinig ingezet bij de praktijk. Dat gebeurt slechts in 5% van de praktijken. Dat zijn vaker praktijken waarin meer verschillende eerstelijnsdisciplines werken (veelal gezondheidscentra). Bijna driekwart van de praktijken geeft aan tevredenheidsonderzoek onder patiënten uit te voeren. Huisartspraktijken die de visie over het betrekken van patiënten meer onderschrijven en breder, de praktijken die een meer innovatieve visie hebben, geven vaker aan dat zij een klankbordgroep hebben of vrijwilligers in de praktijk hebben.

Uitrusting van praktijken

Aan de praktijken is gevraagd welke uitrusting zij in de praktijk hebben voor diagnostiek, functieonderzoek en dergelijke.

Tabel 4.5 Percentage praktijken met specifieke uitrusting

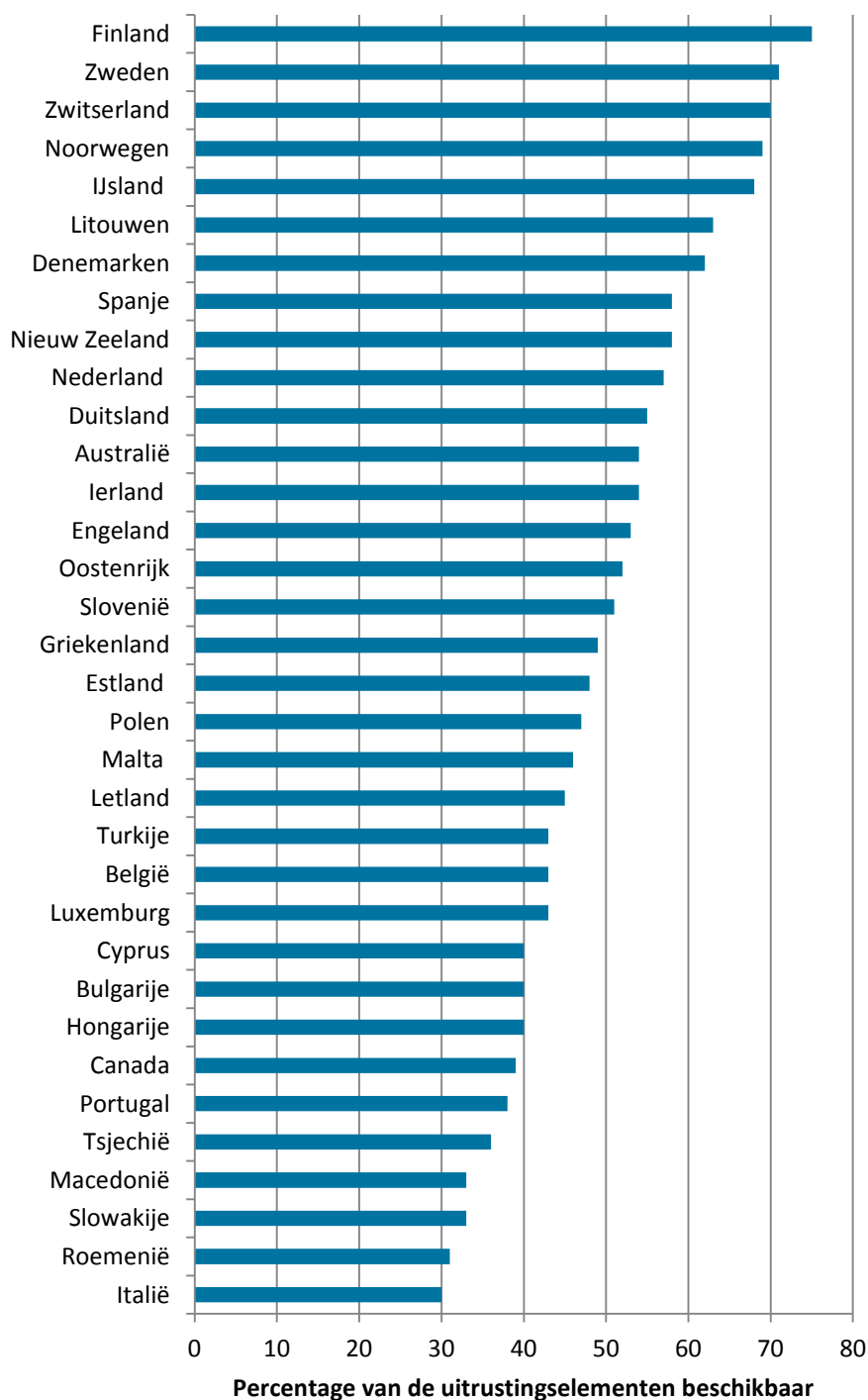
	Percentage
Laboratorium	
Hemoglobinemeter	55
CRP-test	88
Saturatiemeter	99
Beeldvorming	
Ophthalmoscoop	83
Proctoscoop	20
Microscoop	59
Dermatoscoop	66
Functies	
Audiometer	45
Oogboldrukmeter	17
Peak flow meter / PEF	63
Spirometer	92
ECG	74
Infusieset	69
Andere	
Defibrillator	89
Reanimatie apparatuur (zuurstof + beademingsballon)	42
Sterilisator/autoclaaf	93

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

De helft van de praktijken heeft bijna twee derde van deze lijst van uitrustingselementen; 23% van de praktijken heeft minder dan de helft en een kwart heeft meer dan vier vijfde van de uitrustingselementen. De praktijken met een meer innovatieve visie (zie de indeling in tabel 4.1) hebben meer uitrustingselementen. Hetzelfde geldt voor praktijken met een meer externe oriëntatie (zie tabel 4.2). Grotere praktijken in termen van het aantal zorgverleners (huisartsen, POH's en andere eerstelijnszorgverleners) hebben een ruimere uitrusting.

Vergelijking in de tijd is niet goed mogelijk en niet erg zinvol omdat de lijst van relevante uitrustingselementen voortdurend verandert met veranderingen in de technologie. Wel kunnen we Nederlandse huisartsen plaatsen in internationaal verband. Dan blijkt dat Nederlandse huisartsen op de tiende plaats staan wat betreft het gemiddelde aantal uitrustingselementen, onder bij voorbeeld de Scandinavische landen, maar boven landen als Duitsland, Engeland en België. In de QUALICOPC-studie waar deze internationale gegevens uit afkomstig zijn, is vanwege de internationale vergelijkbaarheid een andere lijst van uitrustingselementen gebruikt. Hierdoor is het percentage voor Nederland in de QUALICOPC-studie uit 2012 niet vergelijkbaar met het percentage uit onze enquête in 2017.

Figuur 4.3 Percentage van de uitrustingselementen beschikbaar in 34 landen



Bron: QUALICOPC

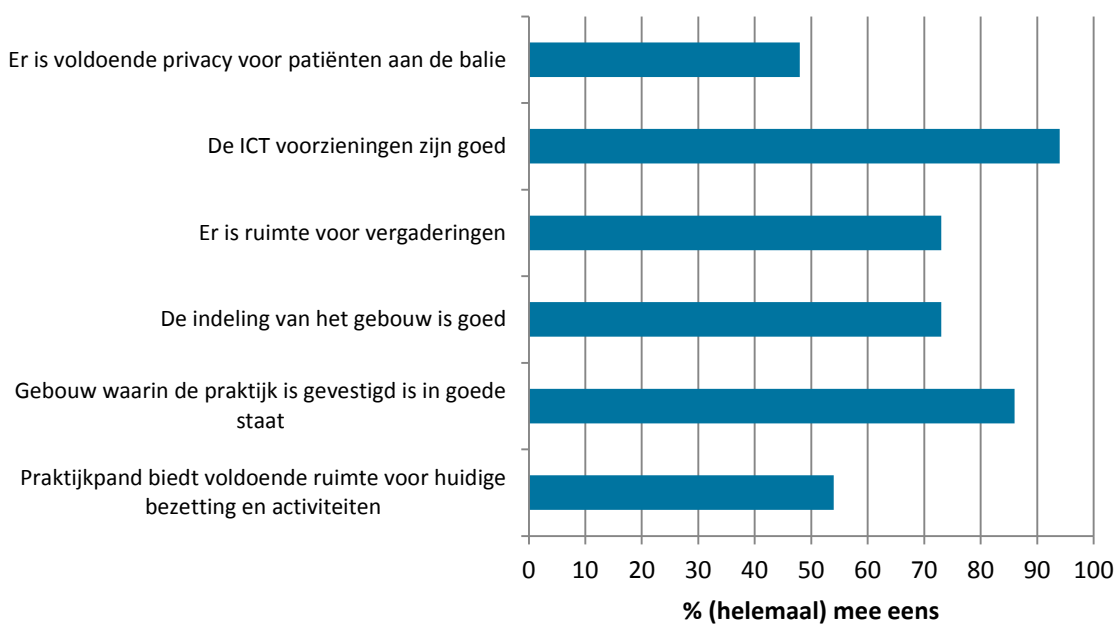
De huisvestingssituatie en ICT

Een derde van de huisartspraktijken heeft een apart praktijkgebouw alleen voor deze praktijk; nog eens een derde zit in een gebouw met andere eerstelijnszorgverleners die niet tot de praktijk horen; een op de zes praktijken zit in één pand met andere huisartspraktijken; en tenslotte ook nog eens een op de zes in een pand met zowel andere huisartspraktijken als andere eerstelijnszorgverleners. Gedeelde huisvesting is dus de normale situatie voor de meeste praktijken.

Huisartsen beoordelen de huisvestingssituatie van hun praktijk over het algemeen als goed. Vooral over de staat van het gebouw en de ICT voorzieningen is men positief. Minder positief is men over de vraag of het praktijkpand voldoende ruimte biedt voor de huidige bezetting en activiteiten. Aannemelijk is dat dit is gerelateerd aan de uitbreiding van personeel van huisartspraktijken die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden. Het minst positief is men over de privacy van patiënten aan de balie. Praktijken met meer klassieke visie (zie tabel 4.1) beoordelen de huisvestingssituatie als gunstiger.

Door patiënten is de privacy aan de balie in eerder onderzoek ook als een probleem benoemd. De CQ-index huisartsenzorg bevat een vraag over de ervaringen van patiënten met privacy aan de balie en over het belang dat patiënten daaraan hechten. Bij de gegevensverzameling in 2006 meldde 27% van de patiënten een negatieve ervaring, terwijl het belang dat men eraan hecht relatief groot is. Dit leidde tot een verbeterscore die nog net in de top tien van verbeterpunten stond [Meuwissen en De Bakker 2008]. Ook bleek uit die studie dat er grote verschillen tussen praktijken waren in de ervaringen van patiënten op dit gebied. In 2001 is in het kader van de Tweede Nationale Studie ook aan patiënten gevraagd wat zij vonden van de privacy. De vraagstelling was iets anders; het ging toen niet alleen over de privacy aan de balie maar ook in de spreekkamer en de systematiek van de vragen was anders (benoeming van de antwoordcategorieën en manier van afnemen van de vragenlijst). Het percentage patiënten met een negatieve ervaring was 53% en de waarde die men aan privacy hechtte was iets lager. Ofschoon goed vergelijkbare cijfers ontbreken, lijkt het er op dat in de ogen van patiënten een verbetering heeft plaatsgevonden in een periode van zo'n vijf jaar.

Figuur 4.4 Oordeel over de huisvestingssituatie van huisartspraktijken



Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

De ICT voorzieningen werden als meest positieve punt beoordeeld.

Steeds meer wordt ICT ingezet om huisartsen te ondersteunen bij het nemen van beslissingen over de zorg voor individuele patiënten. Twee derde van de praktijken beschikt over software voor beslissingsondersteuning, naast het Elektronisch Voorschrift Systeem (EVS) dat in bijna alle huisartsinformatiesystemen is geïntegreerd. Meestal is dat het door het NHG ondersteunde NHG-doc [<https://www.nhg.org/themas/publicaties/nhgdoc-beslissondersteuning-het-his-gebaseerd-op-nhg->

standaarden]. Uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners is een andere manier waarop ICT huisartsen helpt bij het nemen van de juiste beslissing. Bijna alle praktijken zijn aangesloten op het Landelijk Schakelpunt (LSP), dat het mogelijk maakt om op patiëntniveau gegevens tussen zorgverleners uit te wisselen. Dat wil overigens nog niet zeggen dat ze deze voorziening ook kunnen gebruiken. Op landelijk niveau heeft ongeveer 70% (11,7 miljoen) van de Nederlanders bij één of meer zorgverleners toestemming gegeven voor gegevensuitwisseling. Dit percentage geeft wellicht een wat geflatteerd beeld. Een belangrijk deel van die 70% heeft namelijk (nog) geen toestemming gegeven aan de huisarts. Aan de huisarts gaven 6,1 miljoen patiënten toestemming voor het uitwisselen van gegevens [VZVZ, 2017].

Al dan niet in combinatie met het landelijk schakelpunt, is er steeds meer sprake van integratie van ICT systemen. Zo is er in veel huisartsenpraktijken een koppeling tussen het huisartsinformatiesysteem en het apotheek informatiesysteem. Ook beschikken veel praktijken over een keteninformatiesysteem. Met revalidatie-instellingen en VV&T-instellingen is dat in minder dan de helft van de praktijken het geval. Overigens is de integratie van verschillende systemen nog niet optimaal. Niet voor niets is het uitwisselen van gegevens één van de speerpunten van het informatieberaad van VWS, waarin onder meer de koepels van zorgverleners zijn betrokken.

Tabel 4.6 Beschikking over beslissingsondersteunende software en mogelijkheid tot elektronische gegevensuitwisseling

	Percentage ja
Beschikt over software voor beslissingsondersteuning	66%
Aangesloten op Landelijk Schakelpunt	90%
Elektronische informatie-uitwisseling mogelijk met	
Apotheken	98%
Zorggroep	89%
Huisartsenpost	95%
VV&T instellingen	33%
Ziekenhuis	89%
Revalidatie-instelling	44%

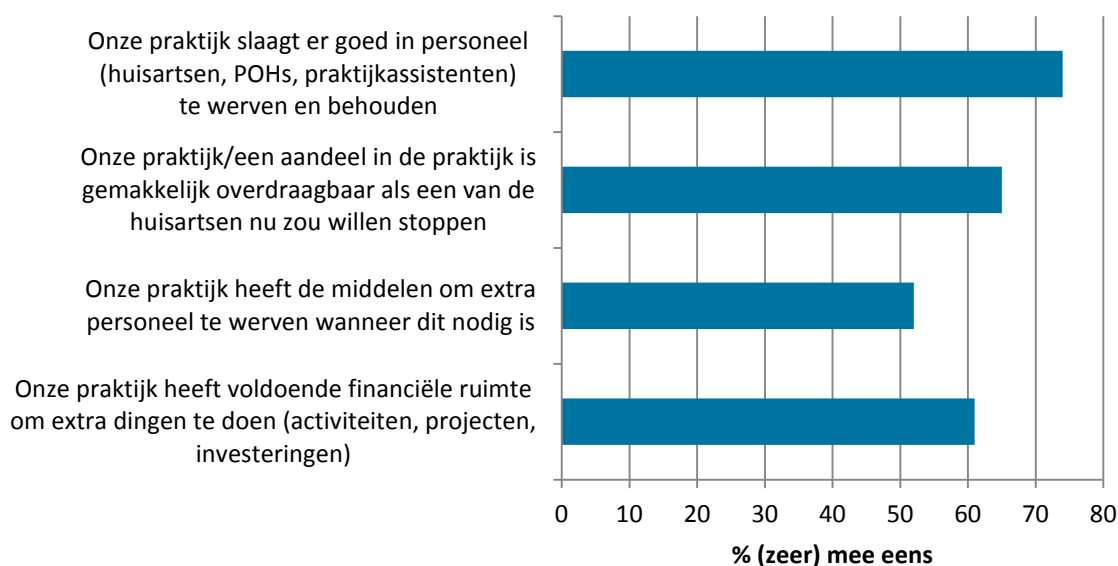
Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

Economische situatie

Meer dan 70% van de praktijken geeft aan dat men er goed in slaagt om personeel te werven en te behouden. Slechts de helft van de praktijken zegt over de middelen te beschikken om extra personeel te werven als dit nodig is; meer dan een vijfde van de praktijken is het (zeer) oneens met deze uitspraak en geeft dus aan niet over middelen te beschikken om extra personeel aan te trekken. De praktijken met een meer klassieke visie zijn positiever over de economische situatie van hun praktijk. Ook de grotere praktijken in termen van het aantal huisartsen dat er werkt, zijn positiever.

Bijna twee vijfde van de praktijken heeft taken uitbesteed. In volgorde van frequentie betreft dat financiële zaken als vaakst uitbesteede taak, gevolgd door ICT, personeelszaken, vastgoed- en gebouwbeheer en ten slotte het minst frequent zorgcontractering. Uitbesteding van dergelijke taken levert potentieel meer efficiëntie in bedrijfsvoering op en minder administratief werk.

Figuur 4.5 Oordeel over de economische situatie van huisartspraktijken



Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

4.3 Samenwerking

Het goed functioneren van huisartspraktijken vergt coördinatie en overleg, zowel binnen de praktijk als extern. In deze paragraaf beschrijven we het interne (binnen de eigen praktijk) en externe overleg in de eerste lijn, de deelname aan zorggroepen, het overleg met het sociaal domein en met de tweede lijn en de GGZ.

Intern overleg binnen de praktijk

Drie kwart van de praktijken heeft meerdere interne overleggen. Het percentage met meerdere interne overleggen loopt op met het aantal huisartsen dat werkzaam is in de praktijk en (in mindere mate) met het aantal andere disciplines (naast praktijkassistenten en POH's) dat tot de praktijk wordt gerekend. De frequentie van overleg is bij 20% van de praktijken die één intern overleg hebben eenmaal per week of vaker. Wat betreft onderwerpen ligt het accent in de praktijken met één intern overleg vooral op organisatorische zaken en algemene beleidszaken. De deelnemers zijn in dat geval vooral de huisartsen en praktijkassistenten. Het overleg is veelal gestructureerd door een agenda of onderwerpenlijst, er worden afspraken gemaakt en in bijna 90% van de gevallen wordt de cirkel rondgemaakt door de afspraken te toetsen. Als er meerdere interne overleggen zijn, is het eerste overleg wat vaker eenmaal per week of frequenter. Ook is er dan één overleg met vooral de huisartsen en praktijkassistenten en met accent op organisatorische zaken en algemene beleidszaken.

Overleg met andere disciplines in de eerste lijn

We hebben de huisartspraktijken gevraagd of regelmatig overleg plaatsvindt met eerstelijnszorgverleners buiten hun eigen praktijk, hoe vaak dat plaatsvindt, wat het meest besproken onderwerp is en in hoeverre het overleg gestructureerd is.

Tabel 4.7 Extern overleg van huisartspraktijken binnen de eerste lijn

Discipline	Percentage met overleg	Percentage met 1 x per maand of vaker overleg*	Meest besproken onderwerp *	Percentage met toetsing van afspraken*
Andere huisartsen	55%	46%	Organisatie – 75%	68%
Wijkverpleegkundige	74%	36%	Patiëntenbespreking – 96%	43%
Apotheker	64%	27%	Voorkeurstherapieën – 69%	78%
Fysiotherapeut	48%	23%	Patiëntenbespreking – 90%	27%
GZ-psycholoog	23%	25%	Patiëntenbespreking – 89%	27%
Diëtist	22%	29%	Patiëntenbespreking – 87%	29%

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

* percentage van de praktijken dat overleg heeft.

Regelmatig overleg komt het vaakst voor met wijkverpleegkundigen, bij bijna drie kwart van de praktijken, gevolgd door apothekers (64%) en andere huisartsen (55%). Minder dan de helft van de praktijken heeft regelmatig overleg met de andere eerstelijnsdisciplines buiten de eigen praktijk. Er is weinig overleg met de disciplines die niet zijn opgenomen in de tabel. Een voorbeeld is verloskunde met regelmatig overleg in 5% van de gevallen. Geen van de praktijken heeft overleg met tandartsen (al zijn die soms wel in hetzelfde gebouw gevestigd). Huisartspraktijken geven ook vaak (64% van de praktijken) aan terugkoppeling te krijgen van andere huisartsen in de vorm van onderlinge toetsing of praktijkvisitatie.

Uiteraard is de frequentie van het overleg lager dan bij het interne overleg. Met andere huisartsen heeft iets minder dan de helft van de praktijken eens per maand of vaker overleg. Het overleg met andere disciplines is minder frequent. In het overleg met andere huisartsen zijn organisatorische zaken het vaakst het gespreksonderwerp. In het overleg met apothekers gaat het het vaakst over voorkeurstherapieën en in het overleg met andere disciplines gaat het vooral om patiëntenbesprekingen.

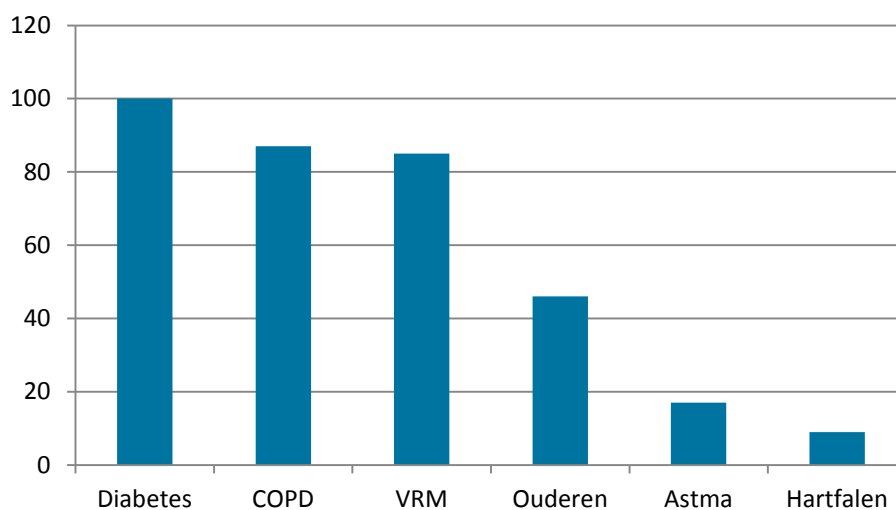
Het overleg met apothekers (dat zal veelal in het kader van het Farmacotherapeutisch Overleg zijn) is sterk gestructureerd; in 78% wordt de cirkel rondgemaakt door afspraken te toetsen. In het regelmatige overleg met andere disciplines gebeurt dat veel minder. Mogelijk is structurering minder belangrijk waar patiëntenbespreking voorop staat, maar ook daar geldt dat juist van toetsing van afspraken geleerd kan worden.

Het externe overleg in de eerste lijn komt wat minder voor bij praktijken met een klassieke visie op hun rol in de gezondheidszorg en wat vaker bij praktijken die meer extern gericht zijn (zie Tabel 4.1 en 4.2).

Deelname aan zorggroep

Nagenoeg alle praktijken nemen deel aan een zorggroep voor de uitvoering van ketenzorg. Er is wel variatie in de programma's waaraan de praktijken deelnemen (zie figuur 4.6). Voor alle praktijken die deelnemen aan een zorggroep is een programma op het gebied van de diabeteszorg gecontracteerd. Programma's op het gebied van hartfalen zijn nog het minst vaak gecontracteerd. Negen van de tien praktijken krijgt terugkoppeling over de uitvoering van de ketenzorgprogramma's van de zorggroep.

Figuur 4.6 Percentage praktijken dat deelneemt aan ketenzorgprogramma's voor verschillende aandoeningen



VRM = vasculair risico management

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

Overleg met het sociaal domein en de GGD

Met de verschuiving van zorg en opvang naar de gemeenten zijn de gemeenten een belangrijkere overlegpartner voor huisartsen, en breder de eerste lijn, geworden. Veel gemeenten hebben sociale wijkteams ingesteld om de zorg en opvang in het kader van de Wmo te coördineren en uit te voeren. Voor de sociale wijkteams zijn huisartsen de belangrijkste samenwerkingspartner [Van Arum 2018]. Eind 2017 toen de enquête onder huisartspraktijken werd gehouden – dat is bijna drie jaar na de invoering van de Wmo 2015 – had 36% van de praktijken regelmatig overleg met het sociale wijkteam, in 21% van de gevallen eens per maand of vaker. De onderwerpen van het overleg waren meestal patiënten-/cliëntenbesprekingen en organisatorische zaken. Toetsing van gemaakte afspraken vindt plaats in 36% van de gevallen. Praktijken die in sterkere mate de ‘klassieke visie’ onderschrijven - “als mensen uit onze praktijkpopulatie geen contact met de praktijk opnemen, gaan wij er vanuit dat ze gezond zijn” -, hebben wat minder vaak regelmatig overleg met het sociale wijkteam. Praktijken die meer extern gericht zijn (zie tabel 4.2), hebben wat vaker overleg met het sociale domein.

Ook de jeugdzorg, zorg voor kinderen en adolescenten met problemen variërend van opvoedingsproblemen tot ernstige psychische problemen, is de verantwoordelijkheid van gemeenten geworden. Met de jeugdzorg heeft 26% van de praktijken regelmatig overleg, in 20% van de gevallen eens per maand of vaker. De onderwerpen van het overleg waren net als bij het overleg met het sociale wijkteam meestal patiënten-/cliëntenbesprekingen en organisatorische zaken. Toetsing van gemaakte afspraken vindt plaats in 44% van de gevallen.

Huisartspraktijken hebben nauwelijks overleg met de GGD-en, de uitvoerders van het grootste deel van de openbare gezondheidszorg. Slechts 2% van de praktijken zegt regelmatig overleg met de GGD te hebben.

Externe samenwerking met de tweede lijn

We hebben de praktijken gevraagd om hun relatie met de specialisten/ziekenhuizen in hun regio te typeren. Iets meer dan de helft van de praktijken (53%) geeft aan geen specifieke relaties te hebben, behalve de verwijzingen, specialistenbrieven etc. Bij bijna een vijfde van de praktijken zijn individuele specialisten op consultatieve basis betrokken bij de zorg voor patiënten uit de praktijk en iets meer

dan een vijfde van de praktijken heeft een gestructureerde samenwerking met vastgelegde afspraken. In hoofdstuk 3 hebben we er op gewezen dat het als gevolg van de schaalvergroting en concentratie in de ziekenhuiswereld voor huisartspraktijken belangrijker wordt om de relatie met specialisten actief te managen. Uit de hierboven weergegeven situatie op het gebied van de relaties tussen huisartspraktijken en medisch specialisten en ziekenhuizen blijkt dat er van actief relatiemanagement niet veel sprake is. Dat kan gevolgen hebben voor de snelheid en het gemak waarmee contacten met individuele specialisten tot stand komen als die rond een bepaalde patiënt nodig zijn.

Er is wel regelmatig contact tussen huisartspraktijken en medisch specialisten in de vorm van het vragen van advies over een patiënt (zie tabel 4.8).

Tabel 4.8 Frequentie van adviesvragen aan medisch specialisten

	Zelden of nooit	Elke 1-3 maanden	Eenmaal per maand of vaker
Internist	11%	52%	37%
Oncoloog	25%	53%	22%
Neuroloog	23%	50%	26%
Chirurg	27%	48%	24%
Kinderarts	32%	46%	22%
Dermatoloog	39%	42%	20%
Gynaecoloog	40%	46%	14%
Radioloog	42%	43%	15%
reumatoloog	54%	40%	6%

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

Adviescontact is er het vaakst met internisten en het minst vaak met reumatologen.

Naast de adviesvragen aan deze medisch specialisten hebben we ook gevraagd naar adviesvragen aan geriateren en specialisten ouderenzorg. Specialisten ouderenzorg zijn tegenwoordig vaker betrokken bij patiënten in de eerste lijn bv. via een multidisciplinair overleg. Van de huisartspraktijken heeft 40% zelden of nooit adviesvragen aan een geriater, 47% elke 1-3 maanden en 14% eenmaal per maand of vaker. Voor specialisten ouderenzorg zijn deze percentages respectievelijk 33%, 47% en 21%.

Externe samenwerking met de GGZ

Vergelijkbare vragen zijn ook gesteld over drie GGZ-specialismen (zie tabel 4.9). Zoals eerder besproken (hoofdstuk 3), is in 2015 een nieuw model ingevoerd voor de verwijzrelaties rond patiënten met psychische problematiek en psychiatrische aandoeningen. Daarin is het onderscheid tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ gemaakt.

Tabel 4.9 Frequentie van adviesvragen aan GGZ specialisten

	Zelden of nooit	Elke 1-3 maanden	Eenmaal per maand of vaker
Psychiater	49%	41%	11%
GZ-psycholoog in de basis GGZ	50%	34%	16%
GZ-psycholoog in de specialistische GGZ	61%	29%	10%

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

Het blijkt dat er weinig adviesrelaties met GGZ-specialismen zijn. Het minst met gezondheidspsychologen die in de specialistische GGZ werkzaam zijn. Praktijken met een klassieke visie of een bedrijfsmatige visie vragen minder vaak advies aan GGZ professionals en praktijken met een meer innovatieve visie zeggen dit vaker te doen.

Overigens hangen de antwoorden op de vragen over advies vragen aan medisch specialisten, GGZ professionals en specialisten op het gebied van de ouderenzorg onderling samen. In praktijken waar vaker aan de ene categorie zorgverleners advies gevraagd wordt, gebeurt dat ook bij de andere.

Zorgverzekeraar

Veel van het overleg met zorgverzekeraars verloopt niet met afzonderlijke praktijken maar op het niveau van de zorggroepen (waar nagenoeg alle praktijken deel van uitmaken). Dat betreft evenwel slechts een deel van het huisartsenwerk. Elf procent van de praktijken geeft aan dat er één-op-één overleg is met de zorgverzekeraar. In 14% van de gevallen zijn het groepsbijeenkomsten met andere huisartspraktijken of andere zorgverleners. Wel krijgen veel praktijken – 60% – terugkoppeling van de zorgverzekeraar. Praktijken met een klassieke visie op hun rol in de gezondheidszorg hebben vaker overleg met een zorgverzekeraar.

4.4 Beschouwing

Om het hoofd te bieden aan de uitdagingen die in hoofdstuk 2 zijn beschreven en de veranderingen in het zorglandschap die in hoofdstuk 3 zijn beschreven, moeten huisartspraktijken hun positie in de gezondheidszorg patiëntgericht en populatiegericht opvatten. Ze moeten goed toegerust zijn op hun taken door de beschikking over personeel en over materiële toerusting en ze moeten relaties onderhouden en samenwerken binnen de eerste lijn en met andere sectoren van de gezondheidszorg en het sociale domein. In dit hoofdstuk hebben we op basis van een enquête onder huisartspraktijken bekeken in hoeverre aan deze drie vereisten is voldaan.

We weten niet of de visie van huisartspraktijken op hun positie in de gezondheidszorg verschoven is in de loop van de tijd. De klassieke visie op die rol, namelijk dat mensen die geen contact met de praktijk opnemen, klaarblijkelijk gezond zijn, wordt maar door een kwart van de huisartsen onderschreven. We denken dat dit percentage enkele decennia geleden veel hoger zal zijn geweest. Qua visie op hun positie zijn huisartspraktijken op de toekomst voorbereid. Ze hebben in meerderheid een brede visie op gezondheid, die patiënten centraal stelt en niet hun ziekte, die ook rekening houdt met sociale problemen en die verantwoordelijkheid voor de populatie neemt. Ze hebben ook in meerderheid een innovatieve visie op hun rol; toepassen van nieuwe ontwikkelingen, transparant zijn, zorg overnemen van de tweede lijn, patiënten betrekken bij de praktijk. Wat dat laatste betreft loopt de visie duidelijk vooruit op de praktijk. Nog slechts een klein deel van de praktijken heeft een patiëntenraad of klankbordgroep van patiënten (maar er zijn meer manieren om patiënten bij de praktijk te betrekken). Tegelijk is de huisartspraktijk nog steeds (en door de veranderende omgeving van de eerste lijn misschien wel meer dan vroeger) een onderneming die financieel goed moet kunnen draaien. Nederlandse huisartspraktijken zitten in de top tien van landen wat betreft hun sensitiviteit voor bedreigingen uit de omgeving. Ze zitten vergeleken met huisartsen in andere landen in een positie waarin ze dat kunnen waarmaken doordat patiënten zijn ingeschreven bij een vaste huisartspraktijk en doordat ze beschikken over goede en volledige elektronische medische dossiers. Hierdoor kunnen ze relatief gemakkelijk een overzicht krijgen van hun hele praktijkpopulatie.

Het aantal solopraktijken is de afgelopen decennia afgenomen en waar praktijken nog één praktijkhouder hebben, werkt er vaak een HIDHA of vaste waarnemer in de praktijk waardoor er in elk geval monodisciplinaire consultatie en samenwerking mogelijk is. Nagenoeg alle praktijken in onze

steekproef hebben, naast praktijkassistenten, een of meer praktijkondersteuners in dienst. Daardoor hebben huisartspraktijken meer dan vroeger capaciteit om chronisch zieken en mensen met psychische problemen te begeleiden en behandelen. Huisartspraktijken dragen bij aan de toekomstige personele uitrusting op collectief niveau door hun opleidingsfunctie voor nieuwe huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkassistenten. Ruim twee vijfde van de praktijken heeft ook een vorm van managementondersteuning (voor een deel van de tijd). Het aantal praktijken waarin ook andere eerstelijnszorgverleners werken is beperkt. In een derde van de praktijken zijn een of meer vertegenwoordigers van andere eerstelijnsdisciplines werkzaam, het vaakst zijn dat diëtisten. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de rol die diëtisten spelen in de ketenzorg voor chronisch zieken voor wie voeding en lichaamsgewicht een belangrijk aandachtspunt zijn. De materiële uitrusting van Nederlandse huisartspraktijken is goed te noemen. Hun medisch-technische uitrusting verhoudt zich positief ten opzichte van huisartsen in andere landen. Nederland zit hierbij in de top tien van Europese landen. Nederlandse huisartspraktijken zijn betrekkelijk positief over hun huisvestingssituatie. Het meest positief zijn ze over de ICT-voorzieningen en het minst over de privacy van patiënten aan de balie. Om dat laatste goed te regelen zijn veel ruimte en bouwtechnische aanpassingen nodig. Ook de economische situatie van de praktijk wordt over het algemeen positief ingeschat.

In de meeste huisartspraktijken vindt regelmatig intern overleg plaats. Doordat er meer personeel werkt in de praktijken, moet dat ook wel. Het interne overleg is goed gestructureerd en leidt tot afspraken die ook weer getoetst worden. Dit laatste is veel minder het geval in het externe overleg binnen de eerste lijn, met uitzondering van het farmacotherapeutisch overleg met apothekers, dat al een langere geschiedenis heeft, meer geïstitutioniseerd is en veelal wordt voorbereid door een apotheker. Het externe overleg met andere eerstelijnszorgverleners is vooral met wijkverpleegkundigen en apothekers. Wijkverpleegkundigen hebben weer een belangrijke positie in de eerste lijn gekregen, nu hun werk onder de zorgverzekeringswet valt en hun takenpakket bij de hervorming van de langdurige zorg is uitgebreid met de indicatiestelling.

De sociale wijkteams die in de meeste gemeenten zijn ingesteld om de taken van gemeenten op het gebied van opvang en begeleiding van mensen met beperkingen uit te kunnen voeren zijn een belangrijke samenwerkingspartner voor huisartspraktijken. Ten tijde van de enquête – eind 2017 – had ruim een derde van de praktijken regelmatig overleg met het sociale wijkteam. Dit hangt samen met de visie van praktijken op hun rol; de klassieke visie op de rol van de huisartspraktijk gaat samen met minder overleg met het sociale wijkteam en een meer extern gerichte oriëntatie gaat samen met meer overleg. De sociale wijkteams zijn nog maar sinds enkele jaren actief. Dat kan een reden zijn waarom er nog relatief weinig overleg is tussen deze teams en huisartspraktijken. Met de jeugdzorg (ook sinds 2015 een taak van de gemeenten) heeft een kwart van de praktijken geregeld overleg. Met de GGD, de uitvoerder van de publieke gezondheidszorg, is nauwelijks overleg.

De relaties met de tweede lijn zijn bij ruim een vijfde van de praktijken gestructureerd door vastgelegde afspraken. In de overige gevallen zijn er wel afspraken met individuele specialisten of alleen verwijs- en adviesrelaties. Internisten zijn de meest voorkomende vraagbaak voor huisartsen.

Onze conclusie is dat de meeste Nederlandse huisartspraktijken een visie op hun positie in de gezondheidszorg hebben die aansluit bij de ontwikkelingen in zorgvraag en beleid en dat ze relatief goed zijn toegerust om die visie vorm te geven. Wat betreft de externe samenwerking en relaties binnen de eerste lijn en daarbuiten, lijkt versterking nodig te zijn, maar de vraag is hoe en op welk niveau dat moet worden georganiseerd. In de beschouwing aan het eind van hoofdstuk 3 zijn we daar al even op in gegaan. Voor de ondersteuning van praktijken hierbij en bij hun populatiegerichte verantwoordelijkheid is nu een betaaltitel. De afspraken tussen huisartsen, zorggroepen en

zorgverzekeraars zullen laten zien hoe dit wordt ingevuld en de toekomst zal leren of dit leidt tot meer gestructureerde samenwerking en betere coördinatie van zorg.

5 Hoe goed doet de eerste lijn het?

Het is mooi als de eerste lijn de veranderingen die in hoofdstuk 2 zijn beschreven weet op te vangen door de aanpassingen van de organisatie die in hoofdstuk 4 zijn beschreven. Maar uiteindelijk is de vraag of dat niet ten koste is gegaan van de kwaliteit en/of toegankelijkheid van de zorg. In dit hoofdstuk kijken we daarom naar de processen en uitkomsten in huisartspraktijken. Hangt de kwaliteit van de verleende zorg samen met de organisatie van de praktijken? Met andere woorden: zijn er verschillen tussen praktijken op dit gebied. Een belangrijke uitdaging voor de eerste lijn is de verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn. We doen daarom in dit hoofdstuk een poging om de verschuiving in zorg in beeld te brengen. Daarna kijken we ook naar verschillen tussen bevolkingscategorieën, met nadruk op categorieën die naar verwachting het meest te maken hebben gehad met de recente beleidsveranderingen: ouderen, jeugd en mensen met psychische problemen.

5.1 De organisatie van huisartspraktijken en de kwaliteit van zorgprocessen

De (zorg)processen in huisartspraktijken

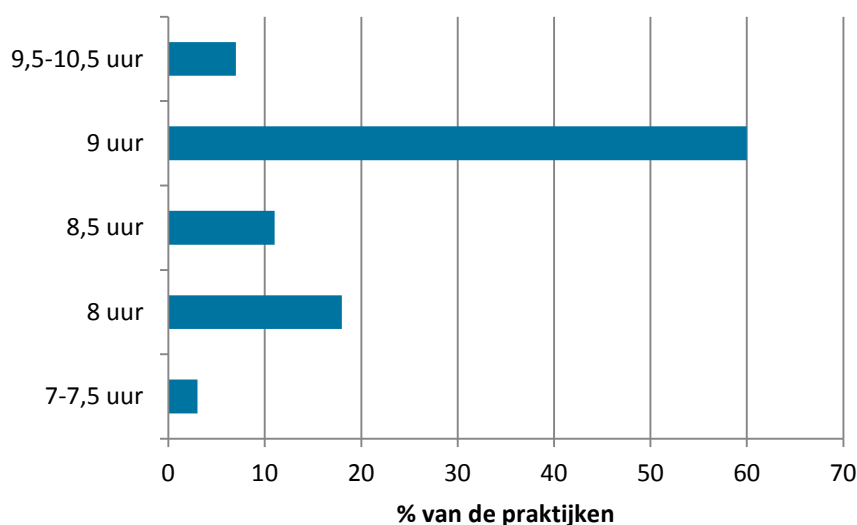
In deze paragraaf bespreken we een aantal aspecten van de toegankelijkheid van de praktijken (zoals de openingstijden en de snelheid waarmee patiënten terecht kunnen, de consultduur en de 'internet-toegankelijkheid') en het dienstenprofiel. Onder dit laatste rekenen we het zorgaanbod op het gebied van systematische preventie, 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 de ondersteuning vanuit de huisartspraktijk van zelfmanagement door patiënten. Daarna kijken we naar proces- en uitkomstindicatoren op het gebied van de ketenzorg voor vier chronische aandoeningen. Net als in hoofdstuk 4 zijn deze gegevens afkomstig uit de enquête onder huisartspraktijken die door 202 praktijken (nagenoeg geheel) is ingevuld. Per tabel/figuur kan het aantal praktijken wat variëren doordat niet alle praktijken de enquête volledig hebben ingevuld. We voeren statistische analyses uit om de samenhangen tussen aspecten van de organisatie van praktijken (visie, hulpbronnen, samenwerking) enerzijds en de toegankelijkheid, het dienstenprofiel en indicatoren voor de ketenzorg te onderzoeken. We beschouwen deze analyses als exploratief. We hebben een significantieniveau van 0.05 gehanteerd.

We zijn ons ervan bewust dat er veel analyses zijn gedaan door het grote aantal afhankelijke variabelen. Dit betekent dat er door toevalsprocessen significante samenhangen kunnen worden gevonden die dat in feite niet zijn.

Openingstijden

Een kwart van de Nederlandse praktijken is minstens één avond per week open voor patiënten. Dat lijkt snel te zijn toegenomen; in het QUALICOPC onderzoek met gegevensverzameling in 2012 gaf nog geen 10% van de praktijken aan een avond open te zijn. Praktijken in de Scandinavische landen hebben ook weinig avondopenstelling, terwijl dat in bijvoorbeeld België en Italië heel gebruikelijk is.

Figuur 5.1 Aantal uren dat een praktijk op weekdays open is



Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

Hoe snel een afspraak

Patiënten kunnen volgens de praktijken die aan onze enquête hebben deelgenomen nog steeds snel terecht bij hun eigen huisarts en nog sneller bij een willekeurige huisarts in de praktijk. De helft van de patiënten kan al dezelfde dag bij de eigen huisarts terecht voor een niet-acuut probleem en bijna drie kwart bij een willekeurige huisarts in de praktijk. Klaarblijkelijk zijn huisartspraktijken in staat geweest om bij toenemend zorggebruik toch dit aspect van de toegankelijkheid overeind te houden.

Tabel 5.1 Snelheid waarmee patiënten een afspraak kunnen maken voor een niet-acuut probleem

Snelheid afspraak voor niet-acuut probleem	Met eigen huisarts	Met willekeurige huisarts
Op dezelfde dag	49%	73%
Op de volgende dag	31%	22%
Na twee dagen	13%	5%
Na meer dan twee dagen	6%	1%

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

De ervaringen van patiënten zijn hiermee aardig in overeenstemming. In de enquête onder patiënten in de QUALICOPC studie is aan patiënten direct na hun bezoek aan de huisarts gevraagd wanneer zij de afspraak hadden gemaakt. Voor 30% van de Nederlandse patiënten was dat diezelfde dag geweest, voor 37% de dag ervoor en voor 25% langer geleden. Internationaal gezien staat Nederland op een tiende plaats, achter landen als België, Macedonië en Slowakije, maar ver voor de Scandinavische landen. In IJsland, Noorwegen, Zweden, Finland en Denemarken zegt minder dan 35% van de patiënten dezelfde dag of de dag ervoor de afspraak te hebben gemaakt.

Inloospreekuur

Ruim 10% van de praktijken heeft een inloospreekuur. Dat is aan het eind van de vorige eeuw snel gedaald, van bijna de helft van de huisartsen ten tijde van de Eerste Nationale Studie in 1987 tot 13%

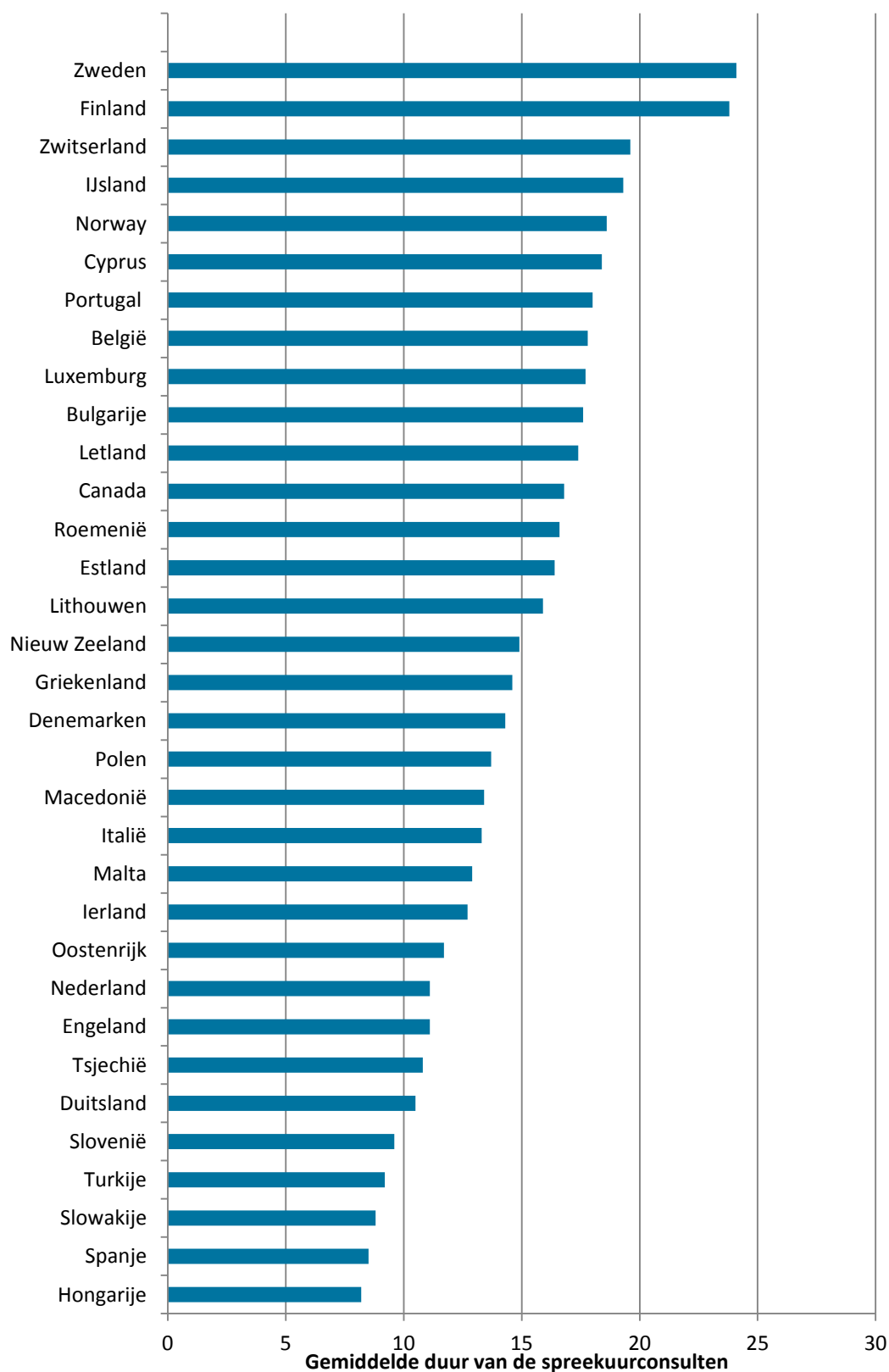
in 2001 ten tijde van de Tweede Nationale Studie [Van den Berg e.a. 2004]. In andere landen is een inloopspreekuur veel gebruikelijker.

Duur consulten

Een normaal spreekkamerconsult is nog steeds kort; in de helft van de praktijken is dat tien minuten. Bij een vijfde van de praktijken is de duur tussen 11 en 14 minuten en ook bij een vijfde 15 minuten. Op basis van cijfers uit Nivel Zorgregistraties weten we dat het aantal lange consulten de afgelopen jaren is toegenomen (zie figuur 2.6 in hoofdstuk 2). Dat nuanceert de relatief korte consulten in Nederland. De consulten worden nog steeds vaak ingepland per tien minuten, maar afhankelijk van de klachten van een patiënt kunnen er ook twee tijdsintervallen worden ingepland.

Internationaal gezien staat Nederland van 34 landen op de 25^{ste} plaats, bij Engeland en Oostenrijk. Lange consulten vinden we in de Scandinavische landen, met uitzondering van Denemarken. Zoals we eerder lieten zien, zijn dit ook landen waar patiënten erg lang moeten wachten voor ze een afspraak met een huisarts kunnen krijgen.

Figuur 5.2 Duur van een normaal spreekuurconsult in 34 landen



Bron: Qualicopc [Schäfer e.a. 2016]

Huisartspraktijken zijn ondanks de veranderde zorgvraag nog steeds snel en goed toegankelijk voor patiënten, maar trekken nog steeds relatief weinig tijd per patiënt uit.

Internet toegankelijkheid

De verwachting is dat zeker in de toekomst internet een rol kan spelen bij het in stand houden (of verbeteren) van de toegankelijkheid van huisartspraktijken. Op dit moment is dat nog beperkt. Het aantal emailconsulten dat wordt gedeclareerd is nog heel klein (zie paragraaf 2.2.2). Een heel deel van de praktijken biedt al de mogelijkheid om via internet contact met de praktijk te hebben.

Tabel 5.2 Contactmogelijkheden met de praktijk via internet

	Dit is mogelijk voor onze praktijk	Er zijn plannen om dit binnen 1 jaar mogelijk te maken	Er zijn geen plannen, maar in onze praktijk zouden we dit wel willen	Er zijn geen plannen en wij weten niet of we dit zouden willen	Er zijn geen plannen en wij zouden dit ook niet willen
..via internet een afspraak met de huisarts maken	66%	13%	7%	11%	5%
..via e-mail of sms een herinnering voor een afspraak ontvangen	19%	8%	39%	21%	12%
..via internet een herhaalrecept aanvragen	90%	5%	3%	1%	0%
..via internet een verwijzing aanvragen	53%	4%	2%	18%	23%
..via e-mail of een website een vraag aan de huisarts stellen	76%	7%	5%	11%	3%
..via internet een gesprek met de huisarts voeren, waarbij zij elkaar kunnen zien	1%	7%	17%	50%	24%

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

De eerste drie mogelijkheden in de tabel dragen bij aan de efficiëntie van de praktijkvoering. Ze kunnen de belasting van de praktijkassistenten verminderen. Het aanvragen van herhaalrecepten is in 90% van de praktijken mogelijk. Een herinnering versturen voor een afspraak is nog in weinig praktijken mogelijk. Dit zal vooral handig zijn voor de afspraken met patiënten met een chronische ziekte met wie regelmatig afspraken voor controles worden gemaakt. De andere drie mogelijkheden gaan meer naar de inhoud van het werk. Een vraag aan de huisarts stellen is al in driekwart van de praktijken mogelijk en in de helft van de praktijken kan via internet een verwijzing worden aangevraagd. Gesprekken tussen huisartsen en patiënten via skype-achtige verbindingen worden nog nauwelijks aangeboden en daar is ook de minste interesse voor.

Via de eHealth monitor van het Nivel en Nictiz weten we dat er een discrepantie is tussen de mogelijkheden die huisartspraktijken nu al bieden en het gebruik dat ervan wordt gemaakt door patiënten [Wouters e.a. 2017].

Toegankelijkheid en de organisatie van huisartspraktijken

We hebben in de vorige paragraaf diverse aspecten van de toegankelijkheid van huisartspraktijken besproken. In deze paragraaf laten we zien in hoeverre die aspecten van toegankelijkheid samenhangen met de drie dimensies van de organisatie van praktijken, namelijk de visie van de praktijk op zijn rol in de gezondheidszorg, de hulpbronnen van de praktijken en de samenwerking van de praktijk met anderen binnen en buiten de eerste lijn. De analyses waarop deze samenhangen zijn gebaseerd, zijn kort beschreven in bijlage A2. De analyses zeggen niets over oorzaak-gevolg relaties; ze laten alleen zien of een aspect van de organisatie van praktijken significant vaker samengaat met een van de aspecten van toegankelijkheid. We hebben de resultaten samengevat in tabel 5.3.

Tabel 5.3 Samenvatting van de resultaten van de regressieanalyses van de toegankelijkheid van praktijken op aspecten van de organisatie van praktijken; significante samenhangen ($p < .05$)

	Visie van de praktijk	Hulpbronnen	Samenwerking
Duur van consulten	Korter bij meer klassieke visie		
Openingsuren praktijk		Langer open bij meer uitrustingselementen Langer open bij geaccrediteerde praktijken	
Minstens eenmaal per week na 18 uur open	Vaker bij meer innovatieve visie		Vaker bij terugkoppeling door collega's
Toegankelijkheid via internet	Ruimer bij meer innovatieve visie	Ruimer bij meer uitrustingselementen Beperkt bij meer POH's in de praktijk	
Snelheid afspraak eigen huisarts		Minder snel bij meer POH's in de praktijk	
Snelheid afspraak willekeurige huisarts		Minder snel bij praktijken met meer huisartsen Minder snel in geaccrediteerde praktijken	
Inloopsprekuren			Minder vaak bij extern overleg met diëtisten Minder vaak bij terugkoppeling door zorgverzekeraar

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

De visie van huisartspraktijken op hun positie in de gezondheidszorg hangt samen met drie aspecten van de toegankelijkheid, namelijk de consultduur, openstelling na 18 uur en internet toegankelijkheid. Praktijken met een meer klassieke visie op hun positie hebben kortere consultduur; praktijken met een meer innovatieve visie zijn vaker minstens eenmaal per week ook na 18 uur open en zijn ruimer toegankelijk via internet.

De hulpbronnen van de praktijken hangen samen met de openingsuren van de praktijken, de internettoegankelijkheid en de snelheid waarmee een afspraak kan worden gemaakt. Praktijken die beschikken over meer elementen uit een reeks van uitrustingselementen en geaccrediteerde praktijken zijn meer uren open. Ook de internettoegankelijkheid is ruimer als praktijken over meer uitrusting beschikken. De internettoegankelijkheid is beperkter als er meer POH's in de praktijk werken. De snelheid waarmee een afspraak kan worden gemaakt door patiënten is onderverdeeld in een afspraak met de eigen huisarts of met een willekeurige huisarts in de praktijk. Patiënten kunnen sneller een afspraak met hun eigen huisarts krijgen in praktijken met minder POH's. Ze kunnen sneller een afspraak met een willekeurige huisarts krijgen in praktijken met minder huisartsen en in niet-geaccrediteerde praktijken.

De samenwerking van praktijken binnen de eerste lijn en daarbuiten hangt samen met openstelling na 18 uur en het hebben van een inlooppreekuur. Praktijken zijn vaker minstens eenmaal per week na 18 uur open als er terugkoppeling door collega huisartsen (toetsing of praktijkvisitatie) is. Een inlooppreekuur wordt minder vaak gehouden door praktijken die minder extern overleg met diëtisten hebben en die minder vaak terugkoppeling van een zorgverzekeraar krijgen.

5.1.2 Dienstenprofielen

In eerder internationaal vergelijkend onderzoek is aan huisartspraktijken gevraagd wat hun dienstenprofiel is [Boerma e.a. 1997; Schäfer e.a. 2016]. Dat is gevraagd op vier terreinen, namelijk (secundaire) preventie en gezondheidsvoorlichting, de mate waarin de huisartsen het eerste contact met patiënten hebben bij een aantal situaties, de mate waarin zij de behandeling en follow-up doen voor een aantal (veelal chronische) aandoeningen en de mate waarin zij kleine ingrepen doen.

Preventie

Op het gebied van preventie is gevraagd naar het beleid met betrekking tot het meten van bloeddruk en bloedcholesterolniveau. De helft van de praktijken heeft aangegeven dat dit bij volwassenen op uitnodiging gedaan wordt. Als routine bij spreekkamerconsulten worden dit soort metingen betrekkelijk weinig gedaan. Ook in vergelijking met andere landen; in de meeste landen wordt het vaker gedaan.

Tabel 5.4 Beleid met betrekking tot meting van bloeddruk en bloedcholesterolniveau

	Bloeddruk	Bloedcholesterol
Naar aanleiding van klinische bevindingen	99%	99%
Op verzoek van de patiënt	94%	80%
Als routine bij spreekkamerconsulten met volwassenen (ongeacht de reden van de komst)	13%	5%
Bij volwassenen op uitnodiging	51%	49%

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

Daarnaast zijn vragen gesteld over gezondheidsvoorlichting op het gebied van roken, voeding en lichaamsbeweging. Naar aanleiding van de normale patiëntencontacten komen deze aspecten van de leefstijl veel aan de orde, maar ook bij 14 tot 21% in speciale programma's. In Nederland gebeurt dit vaker dan in andere landen.

Tabel 5.5 Gezondheidsvoorlichting

	Roken	Voeding	Lichaamsbeweging
Naar aanleiding van normale patiëntencontacten	94%	95%	95%
Groepsgewijs of in speciale programma's	21%	14%	17%

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

Het beeld met betrekking tot (secundaire) preventie en gezondheidsvoorlichting is dus wat wisselend. In de loop van de tijd is er echter een duidelijke toename van de activiteiten van Nederlandse huisartsen op deze gebieden. In een internationale studie in 1993 bleek dat Nederlandse huisartsen weinig aan preventie en gezondheidsvoorlichting deden, maar uit de studie van 2012 bleek dat zij op deze gebieden actiever waren geworden. In de meeste andere landen zijn huisartsen juist minder aan preventie gaan doen [Schäfer e.a. 2016].

Eerste contact

De mate waarin Nederlandse huisartspraktijken als eerste contact fungeren bij gezondheidsproblemen of gezondheidgerelateerde problemen is gemeten door 18 patiëntsituaties voor te leggen met de vraag of patiënten in zo'n situatie zich (bijna) altijd tot hun huisarts wenden als eerste zorgverlener. De antwoorden zijn gescoord op een schaal van 1 (zelden of nooit) tot 4 (bijna) altijd). Gemiddeld over de 18 situaties scoren de huisartspraktijken in onze studie 3,4. Dat betekent dat ze voor de meeste situaties het eerste punt van contact zijn voor hun patiënten. Dat is het minst het geval (minder dan 55% van de praktijken ziet zichzelf (bijna) altijd als eerste punt van contact) voor de volgende patiëntsituaties: vrouw van 60 met verminderde visus, man van 35 met een verstuikte enkel, lichamelijk mishandeld kind van 13, paar met relatieproblemen, vrouw van 50 met psychosociale problemen, man van 32 met seksuele problemen, man 52 met een alcoholprobleem.

In vergelijking met andere landen hebben Nederlandse huisartspraktijken een breed dienstenprofiel als punt van eerste contact voor hun patiënten. Wel is dit bij vergelijking van de situatie in 1993 en 2012 iets smaller geworden. Dat is bij de meeste landen het geval, met uitzondering van enkele Centraal en Oost-Europese landen. Nederlandse huisartspraktijken zien zichzelf vooral bij sociale problemen minder als eerste punt van contact [Schäfer e.a. 2016]. Dit kwam ook al naar voren uit de vergelijking van eerste en tweede nationale studie [Van den Berg e.a. 2004]. Men zou kunnen zeggen dat dit niet goed past in een brede patiëntgerichte opvatting van de rol van huisartspraktijken in de gezondheidszorg. Tegelijk is het denkbaar dat dit soort problemen nu meer worden opgelost door andere zorgverleners in de eerste lijn en in het sociale domein.

Chronische ziekte

Een derde aspect van het dienstenprofiel van huisartspraktijken betreft de behandeling en follow-up van (vooral) patiënten met een chronische ziekte. Dit is gemeten door te vragen naar de betrokkenheid van de huisartspraktijk bij de behandeling en nazorg van patiënten bij elf diagnoses. De antwoorden zijn ook hier gescoord op een schaal van 1 (zelden of nooit) tot 4 (bijna) altijd). Gemiddeld over de 11 situaties scoren de huisartspraktijken in onze studie 3,4; net als bij het dienstenprofiel op het gebied van het eerste contact.

Er zijn nog wel verschillen in betrokkenheid bij behandeling en follow-up tussen de verschillende diagnoses. Bij de behandeling en follow-up van patiënten met chronische bronchitis of longontsteking zijn huisartsen meestal betrokken, terwijl dat bij patiënten met de ziekte van Parkinson of met reumatoïde artritis veel minder vaak het geval is.

In internationaal perspectief bezien valt op dat in bijna alle landen waarvoor we een vergelijkbare meting hebben de betrokkenheid van huisartsen bij de behandeling en follow-up van (vooral)

chronische aandoeningen is toegenomen [Schäfer e.a. 2016]. Zo ook in Nederland. Dit reflecteert de verandering in morbiditeitspatroon in westerse landen, waarin chronische ziekten veel belangrijker zijn geworden. In een aantal situaties zal deze verandering in dienstenprofiel ook samenhangen met veranderingen in organisatie en beloning, zoals in Nederland de opkomst van de ketenzorg.

Technische verrichtingen

Het vierde aspect van het dienstenprofiel van huisartspraktijken betreft het uitvoeren van technische verrichtingen, voornamelijk kleine chirurgie. Dit is gemeten door te vragen of negen verrichtingen in de huisartspraktijk worden uitgevoerd en niet door een specialist. De antwoorden zijn ook hier gescoord op een schaal van 1 (zelden of nooit) tot 4 (bijna) altijd). Gemiddeld over de 10 verrichtingen scoren de huisartspraktijken in onze studie 3,2; net iets lager dan bij de dienstenprofielen op het gebied van het eerste contact en de behandeling en follow-up van chronische ziekten.

Vier van de verrichting worden in meer dan 80% van de praktijken (bijna) altijd gedaan: wigexcisie, atheroomcyste verwijderen, wond hechten en spiraaltje plaatsen. Fundusscopie wordt maar in bijna 12% van de praktijken (bijna) altijd in de praktijk gedaan.

Vergeleken met andere Europese landen doen Nederlandse huisartspraktijken veel van deze verrichtingen zelf en bij de vergelijking van 1993 en 2012 zijn ze ook meer zelf gaan doen [Schäfer e.a. 2016].

Ondersteuning van zelfmanagement

Een onderdeel van het zorgproces dat steeds belangrijker wordt, is de ondersteuning van zelfmanagement door patiënten. Huisartspraktijken staan daar positief tegenover en beschouwen het als onderdeel van hun werkwijze (tabel 4.5).

Tabel 5.6 Mate waarin ondersteuning van zelfmanagement van patiënten de werkwijze van de praktijk is

	Helemaal onze werkwijze		(Helemaal) niet onze werkwijze	
Nagaan en vastleggen van de behoeften en activiteiten van de patiënt ten aanzien van zelfmanagement	17%	50%	25%	8%
Ondersteuning van zelfmanagement bij patiënten	24%	59%	13%	5%
Ingaan op vragen en zorgen van patiënten en familieleden	22%	56%	16%	6%

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

Dienstenprofielen en de organisatie van huisartspraktijken

We hebben in de vorige paragraaf de dienstenprofielen van huisartspraktijken op vijf terreinen besproken. In deze paragraaf laten we zien in hoeverre deze vijf terreinen van de dienstenprofielen samenhangen met de drie dimensies van de organisatie van praktijken, namelijk de visie van de praktijk op zijn rol in de gezondheidszorg, de hulpbronnen van de praktijken en de samenwerking van de praktijk met anderen binnen en buiten de eerste lijn. We voegen hier nog een groep onafhankelijke variabelen extra toe, namelijk de aspecten van toegankelijkheid die we in de vorige paragraaf hebben besproken. De reden daarvoor is dat de dienstenprofielen van huisartsen op de vijf terreinen ook weer kunnen samenhangen met de toegankelijkheid van de praktijk. Net als in de vorige paragraaf hebben we de resultaten samengevat in een tabel (zie tabel 5.7).

Tabel 5.7 Samenvatting van de resultaten van de regressieanalyses van vijf terreinen van de dienstenprofielen van praktijken op aspecten van de organisatie van praktijken; significante samenhangen ($p < .05$)

	Visie van de praktijk	Hulpbronnen	Samenwerking	Toegankelijkheid
Preventie	Actiever bij meer innovatieve visie		Actiever bij meer extern overleg met eerstelijnsdisciplines Minder actief bij overleg met preferente zorgverzekeraar	Minder actief bij sneller afspraak met eigen huisarts
Eerste contact	Actiever bij meer innovatieve visie	Minder actief bij huisvesting onder één dak met andere eerstelijnsdisciplines		
Chronische ziekten		Actiever bij gunstigere economische situatie van de praktijk	Actiever bij extern overleg met fysiotherapeuten Actiever bij vaker advies inroepen van specialisten op het gebied van ouderen	Minder actief bij aanwezigheid inloopspreekuur
Technische verrichtingen	Actiever bij meer innovatieve visie	Actiever bij beschikking over meer uitrusting		
Ondersteuning van zelfmanagement		Minder actief bij huisvesting onder één dak met andere eerstelijnsdisciplines	Minder actief bij extern overleg met fysiotherapeuten Actiever bij extern overleg met diëtisten Actiever bij vaker advies inroepen van specialisten op het gebied van ouderen	

Bron: enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

De visie van praktijken op hun plaats in de gezondheidszorg hangt samen met drie van de vijf terreinen van de dienstenprofielen. Praktijken met een meer innovatieve visie op hun plaats in de gezondheidszorg zijn actiever op het gebied van preventie, fungeren vaker als eerste contact voor patiënten met de gezondheidszorg en zijn actiever op het gebied van het uitvoeren van technische verrichtingen.

De hulpbronnen waarover praktijken beschikken hangen samen met vier van de vijf terreinen van de dienstenprofielen. Praktijken die de huisvesting delen met andere eerstelijnsdisciplines (zonder dat zij hun tot de eigen praktijk rekenen), zijn minder actief als eerste aanspreekpunt en op het gebied van de ondersteuning van zelfmanagement. Behandeling en follow-up van chronische ziekten gaat samen met een gunstigere inschatting van de economische situatie van de praktijk. Praktijken zijn actiever op

het gebied van technische verrichtingen, zoals kleine chirurgie, als ze beschikken over een ruimere uitrusting.

Samenwerking van praktijken hangt samen met drie van de vijf gebieden van de dienstenprofielen. Praktijken zijn actiever op het gebied van preventie als zij meer extern overleg hebben met eerstelijnsdisciplines en juist minder actief op dit terrein als de praktijk overleg heeft met de preferente verzekeraar. Praktijken die regelmatig extern overleg hebben met fysiotherapeuten en praktijken waar vaker advies wordt ingewonnen bij specialisten op het gebied van ouderen (geriaters en specialisten ouderengeneeskunde) zijn actiever op het terrein van de behandeling en follow-up van patiënten met (vooral) chronische ziekten. Ondersteuning van zelfmanagement krijgt minder nadruk in praktijken die regelmatig extern overleg hebben met fysiotherapeuten en juist meer nadruk in praktijken die regelmatig extern overleg hebben met diëtisten en praktijken waar vaker advies wordt ingewonnen bij specialisten op het gebied van ouderen.

5.1.1 Ketenzorg

Voor enkele chronische aandoeningen bestaat integrale bekostiging van de huisartsenzorg in de vorm van ketenzorgprogramma's. Deze ketenzorgprogramma's worden uitgevoerd op basis van contracten tussen zorgverzekeraars en zorggroepen (zie paragraaf 3.4.4). Binnen de ketenzorgprogramma's op het gebied van diabetes, COPD, astma en hartvaatziekten (HVZ) leggen huisartspraktijken een aantal proces en uitkomstindicatoren vast. Door Nivel Zorgregistraties worden die uit het huisartseninformatiesysteem (HIS) gehaald. Deze proces- en uitkomstindicatoren zijn niet voor alle praktijken beschikbaar. De beschikbaarheid hangt deels af van waar in het HIS de gegevens worden opgeslagen. Omdat niet alle praktijken aan alle ketenzorgprogramma's deelnemen (zie figuur 4.6 in hoofdstuk 4) ontbreken de indicatoren ook voor de niet-deelnemers. Het meest volledig zijn de gegevens over diabetes (beschikbaar voor 137 van de 200 praktijken waarvan we ook de enquêtegegevens over de praktijkorganisatie hebben). Voor COPD varieert de beschikbaarheid (afhankelijk van de indicator) tussen 106 en 125 praktijken, voor astma tussen 75 en 114 praktijken en voor HVZ tussen 127 en 129 praktijken. Binnen Nivel Zorgregistraties worden de indicatoren voornamelijk gebruikt voor feedback aan de praktijken. Ook de zorggroepen gebruiken de indicatoren voor interne terugkoppeling en voor verbeterprogramma's, zoals blijkt uit het jaarverslag van een van de zorggroepen [Zorggroep RCH 2018].

We hebben de beschikbare indicatoren gegroepeerd en er een beperkt aantal van geselecteerd. De groepering is in procesindicatoren, leefstijlindicatoren en uitkomstindicatoren.

De procesindicatoren geven aan of een bepaald aspect van het zorgproces is uitgevoerd. In het geval van diabetes gaat dat bijvoorbeeld om de vraag of de bloeddruk is gemeten of een voetonderzoek is gedaan. Voor diabetes en HVZ is een samengestelde indicator gedefinieerd die aangeeft of het volledige zorgproces in een jaar heeft plaatsgevonden. Voor COPD en astma is minder duidelijk welke procesonderdelen in een jaar zouden moeten zijn uitgevoerd. In dit geval gebruiken we het percentage patiënten per praktijk voor wie alle procesonderdelen zijn uitgevoerd waarvoor indicatoren zijn gedefinieerd, daarbij aantekendend dat die wellicht niet allemaal in een jaar hoeven te zijn uitgevoerd. De indicatoren voor de uitvoering van het volledig proces op het gebied van diabetes, astma en HVZ hangen met elkaar samen: praktijken die op de ene procesindicator hoog scoren, doen dat ook op de andere. De indicator voor de uitvoering van het volledig proces op het gebied van COPD hangt niet met de andere samen.

De leefstijlindicatoren betreffen voornamelijk het vastleggen van gewicht, voeding, bewegen, alcoholgebruik en roken; het proces dus. Er zijn ook enkele uitkomstvariabelen op het gebied van

leefstijl, namelijk het percentage rokers (bij alle vier de ketenzorgprogramma's) en het aantal patiënten met een BMI < 25 bij het HVZ-programma. De betrouwbaarheid van de extractie (maar ook van de vastlegging in het HIS) van het percentage rokers is beperkt. De meeste van de op het vastleggen van leefstijl gerichte indicatoren hangen met elkaar samen, ook over de verschillende programma's heen.

Wat betreft de uitkomstindicatoren hebben we hier voor elke aandoening twee indicatoren gekozen. We noemen ze hier en geven aan of ze staan voor een positieve of negatieve uitkomst.

Bij diabetes zijn het percentage patiënten met een HbA1c waarde ≤ 53 mmol/mol (positief) en het percentage patiënten met een systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg D13 (positief) gekozen. Bij Astma zijn dat het percentage patiënten zonder inhalatiecorticosteroïd (positief) en het percentage patiënten met een of meer exacerbaties (negatief). Gebruik van inhalatiecorticosteroïden kan wijzen op een ernstigere vorm van astma maar ook op onvoldoende controle van de aandoening [Lambooij e.a. 2016]. Bij COPD zijn het percentage met (slechts) een exacerbatie in de afgelopen 12 maanden (positief) en het percentage patiënten met een sterk beperkte longfunctie (patiënten met uitslag FEV1% < 50% in de afgelopen 36 maanden) (negatief) gekozen. Bij HVZ ten slotte zijn het percentage patiënten met een systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg (positief) en het percentage patiënten met een BMI onder 25 (positief) gekozen.

Tabel 5.8 Overzichtstabel van gebruikte proces en uitkomst indicatoren voor de ketenzorgprogramma's diabetes, astma, COPD en hartvaatziekten (HVZ)

	Gemiddelde	Spreiding *	Aantal praktijken
<i>Diabetes</i>			
Alle procesindicatoren uitgevoerd	23%	0 – 68%	137
Roken bepaald	89%	54 – 100%	137
Percentage rokers	15%	0 – 27%	137
BMI bepaald	91%	72 – 100%	137
Voedingspatroon bepaald	60%	0 – 100%	137
Alcoholgebruik bepaald	76%	17 – 100%	137
Lichaamsbeweging bepaald	80%	8 – 100%	137
HbA1c waarde ≤ 53	62%	45 – 100%	137
Bloeddruk ≤ 140	67%	35 – 100%	137
<i>Astma</i>			
Alle procesindicatoren uitgevoerd	6%	0 – 31%	114
Roken bepaald	73%	0 – 100%	114
Percentage rokers	14%	0 – 33%	108
Geen inhalatiecorticosteroid	25%	0 – 63%	114
Een of meer exacerbaties	10%	0 – 47%	75
<i>COPD</i>			
Alle procesindicatoren uitgevoerd	24%	0 – 83%	125
Roken bepaald	84%	43 – 100%	125
Percentage rokers	39%	0 – 67%	124
Lichaamsbeweging bepaald	74%	25 – 100%	125
Een exacerbatie	43%	0 – 98%	125
Sterk beperkte longfunctie	17%	0 – 50%	106
<i>HVZ</i>			
Alle procesindicatoren uitgevoerd	32%	0 – 83%	129
Roken bepaald	81%	34 – 100%	129
Percentage rokers	19%	0 – 38%	128
BMI bepaald	78%	34 – 100%	129
Voedingspatroon bepaald	49%	0 – 99%	129
Alcoholgebruik bepaald	65%	6 – 100%	129
Lichaamsbeweging bepaald	73%	20 – 100%	129
Bloeddruk ≤ 140	68%	41 – 100%	129
BMI < 25	31%	0 – 54%	127

Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn; cijfers 2017

* De spreiding is weergegeven door het vijfde en het 95^{ste} percentiel.

De procesindicatoren laten zien dat voor gemiddeld 23% van de diabetespatiënten het volledige proces is uitgevoerd; voor patiënten met verhoogd risico op hart- en vaatziekten is dat 32%; voor COPD patiënten 24% en voor astma patiënten 6%. In alle vier de gevallen is de variatie tussen praktijken groot. Het vastleggen van aspecten van de leefstijl van patiënten varieert ook tussen praktijken, maar is over het geheel genomen betrekkelijk volledig. De uitkomstindicatoren voor diabetes ketenzorg die hier zijn weergegeven laten minder spreiding zien en zijn betrekkelijk gunstig; respectievelijk 62% en 67% van de diabetespatiënten hebben een gunstig bloedsuikerniveau en

bloeddruk. Ook het percentage van de patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten dat een systolische bloeddruk beneden 140 heeft, is betrekkelijk hoog.

5.1.2 Proces- en uitkomstindicatoren van de ketenzorg en de organisatie van huisartspraktijken

Voor de procesaspecten van de ketenzorg hebben we twee samenvattende variabelen gemaakt. De eerste samenvattende variabele betreft de mate waarin het totaalproces is voltooid (voor patiënten met diabetes, astma en hartvaatziekten; zoals gezegd hangt de mate waarin het proces is voltooid voor COPD patiënten niet samen met de drie andere). De tweede samenvattende variabele betreft de mate waarin de leefstijlbepalingen zijn uitgevoerd. We hebben deze samenvattende variabelen in verband gebracht met de visie van praktijken op hun rol in de gezondheidszorg, de hulpbronnen waarover ze kunnen beschikken, de samenwerking binnen en buiten de eerste lijn, de toegankelijkheid van de praktijken en de dienstenprofielen. De laatste twee variabelen waren afhankelijke variabelen in de analyses in paragraaf 5.1.1.

De mate waarin het totaalproces is voltooid hangt samen met de visie van praktijken op hun rol in de gezondheidszorg. De praktijken die een brede visie op gezondheid onderschrijven, hebben minder vaak het totaalproces voltooid. Van de hulpbronnen van de praktijken is er een samenhang met huisvesting onder één dak met andere huisartspraktijken; in praktijken in deze huisvestingssituatie is het totaalproces minder vaak voltooid. Wat betreft samenwerking en overleg is er een samenhang met het krijgen van terugkoppeling van collega huisartsen; in praktijken waarin dat gebeurt, is het totaalproces vaker voltooid.

De mate waarin de leefstijlaspecten zijn bepaald hangt niet samen met de organisatie van huisartspraktijken.

In tabel 5.8 (hierboven) zijn voor elk van de ketenzorgprogramma's ook enkele uitkomstindicatoren opgenomen. De uitkomstindicatoren hangen niet zodanig met elkaar samen dat ze kunnen worden samengevoegd tot een samenvattende maat. We hebben daarom naar de afzonderlijke variabelen gekeken en dezelfde stappen ondernomen als bij de procesindicatoren met dien verstande dat nu ook de procesindicatoren (de mate waarin het volledige proces is uitgevoerd en de mate waarin aspecten van de leefstijl van patiënten zijn bepaald) als onafhankelijke variabelen zijn toegevoegd.

De onderstaande overzichtstabel laat zien dat de visie van praktijken op hun rol in de gezondheidszorg alleen samenhangt met het percentage van de patiënten met hartvaatziekten die een gunstige bloeddruk hebben. Dat percentage is lager in praktijken met een brede visie op gezondheid en hoger in praktijken met een meer innovatieve visie. Bij de analyse van de procesindicatoren zagen we al dat praktijken met een brede visie op gezondheid minder vaak het totale proces hebben voltooid.

De hulpbronnen waarover de praktijken kunnen beschikken hangen nauwelijks samen met de uitkomstindicatoren van de ketenzorg. Alleen de economische situatie van praktijken hangt samen met het percentage patiënten met COPD dat slechts een exacerbatie heeft gehad. Dat percentage is hoger in praktijken met een gunstigere economische situatie.

De samenwerking en externe relaties van praktijken hangen samen met drie van de uitkomstindicatoren. Het gaat hierbij om praktijken die terugkoppeling van de zorgverzekeraar hebben ontvangen en praktijken die onderzoek naar patiënttevredenheid hebben gedaan. De samenhang is niet steeds consistent. Het percentage patiënten met astma dat een of meer

exacerbaties heeft gehad (een ongunstige uitkomst), is lager als er terugkoppeling van de zorgverzekeraar is geweest of als er patiënttevredenheidsonderzoek is gedaan. Het percentage patiënten met astma dat geen inhalatiecorticosteroïden gebruikt en het percentage patiënten met hartvaatziekten dat een lage BMI heeft (gunstige uitkomsten), zijn ook lager als er terugkoppeling van de zorgverzekeraar is geweest of als er patiënttevredenheidsonderzoek is gedaan, maar in dit geval wijst dit dus op minder vaak gunstig uitkomsten.

Aspecten van de toegankelijkheid van praktijken hangen samen met drie van de uitkomstindicatoren. Het percentage van de COPD patiënten met slechts een exacerbatie is lager in praktijken met ruimere openingstijden. De beide indicatoren op het gebied van hartvaatziekten zijn lager (minder gunstig) als patiënten sneller terecht kunnen bij een willekeurige huisarts in de praktijk.

Van de dienstenprofielen van de praktijken hangt de ondersteuning van zelfmanagement samen met een lager percentage van de COPD patiënten dat een beperkte longfunctie heeft en met een hoger percentage patiënten met hartvaatziekten dat een relatief lage bloeddruk heeft. Verder gaat de mate waarin praktijken fungeren als eerste contactpunt samen met een lager percentage patiënten met hartvaatziekten dat een relatief lage bloeddruk heeft.

Tenslotte hangen de procesindicatoren slechts samen met een van de uitkomstindicatoren, namelijk met het percentage van de COPD patiënten dat een exacerbatie heeft gehad. Dat percentage is hoger als er meer aspecten van de leefstijl zijn bepaald.

Tabel 5.9 Samenvatting van de resultaten van de regressieanalyses van aspecten van uitkomstindicatoren van de ketenzorg op de organisatie van praktijken; significante samenhangen ($p < .05$)

Percentage patiënten met:	Visie van de praktijk	Hulpbronnen	Samenwerking	Toegankelijkheid	Dienstenprofielen	Procesindicatoren
Diabetes: HbA1c waarde ≤ 53						
Diabetes: Bloeddruk ≤ 140						
Astma: Geen inhalaticorticosteroïd			Lager in praktijken met onderzoek patiënttevredenheid			
Astma: Een of meer exacerbaties			Lager in praktijken met onderzoek patiënttevredenheid Lager in praktijken met terugkoppeling door zorgverzekeraar			
COPD: Een exacerbatie		Hoger in praktijken met gunstiger economische situatie		Lager in praktijken met ruimere openingstijden		Hoger in praktijken met meer leefstijlaspecten bepaald
COPD: Sterk beperkte longfunctie					Lager bij meer zelfmanagement ondersteuning	
HVZ: Bloeddruk ≤ 140	Lager bij brede visie op gezondheid Hoger bij meer innovatieve visie			Lager bij sneller afspraak met willekeurige huisarts	Lager bij actiever als eerste aanspreekpunt Hoger bij meer zelfmanagement ondersteuning	
HVZ: BMI < 25			Lager in praktijken met onderzoek patiënttevredenheid Lager in praktijken met terugkoppeling door zorgverzekeraar	Lager bij sneller afspraak met willekeurige huisarts		

Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn; cijfers 2017 en enquête onder huisartspraktijken in Nivel Zorgregistraties eerste lijn, december 2017

5.2 Effecten van substitutiebeleid

In deze paragraaf doen we een poging om effecten van het substitutiebeleid in beeld te brengen. We schrijven nadrukkelijk dat het een ‘poging’ is omdat er veel problemen zijn bij het vaststellen van substitutie. Deels ligt de oorzaak in de afspraken die vaak regionaal zijn en dus niet overal hetzelfde zijn; deels komt het ook doordat de registraties in de eerste en de tweede lijn niet op elkaar zijn afgestemd.

Regionale afspraken

In de hoofdlijnenakkoorden (zie hoofdstuk 3, paragraaf 3.4.1) zijn geen specifieke afspraken gemaakt over welke zorg nu precies verplaatst moet worden van de tweede naar de eerste lijn. Hiervoor is de verantwoordelijkheid gelegd bij het veld om initiatieven te ontplooiën en uit te voeren. Als gevolg hiervan zijn vele lokale initiatieven gestart met ieder hun eigen manier om vorm te geven aan de verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Binnen deze initiatieven zijn wel duidelijke afspraken over welke zorg verplaatst wordt en hoe deze zorg in de eerste en tweede lijn geregistreerd wordt. Voorbeelden van dit soort projecten zijn ‘Kwaliteit Als Medicijn (KAM)’ uit de regio Gorinchem en samenwerking tussen eerste en tweede lijn rond het ziekenhuis Bernhoven in de regio Oss, Uden en Veghel. Deze beide projecten hebben aangetoond dat er inderdaad geld bespaard kan worden als er specifieke afspraken gemaakt worden waar zowel de eerste als tweede lijn achter staan [Van Herpen 2018; Bukman 2018]. In de regio Gorinchem daalde de omzet van het ziekenhuis met ruim 8 procent. Deze daling wordt veroorzaakt door minder herhaalbezoeken op de poliklinieken, kortere opnameduur, minder operaties en door minder verwijzingen van de eerste naar de tweede lijn. De patiënten zijn in deze projecten tevreden met de geleverde zorg in de tweede en eerste lijn.

Kenmerk van deze en ook andere initiatieven is dat er per situatie gekeken is naar wat er mogelijk is om de zorg te verplaatsen van de tweede naar de eerste lijn en wat er nodig is om het leveren van onnodige zorg te voorkomen. Dit heeft als resultaat dat de afspraken die in de verschillende regio’s gemaakt zijn, verschillend zijn en daarmee niet per definitie toepasbaar zijn in andere regio’s. Daarnaast betreffen dit vooral regio’s waarin één ziekenhuis het centrum vormt voor een aantal huisartspraktijken. In meer stedelijke gebieden waar meer ziekenhuizen zijn waarheen huisartsen kunnen verwijzen, is het waarschijnlijk moeilijker om soortgelijke afspraken te maken.

Doordat in de landelijke akkoorden geen concrete afspraken staan en de lokale afspraken onderling verschillen is het in kaart brengen van de effecten van substitutie geen eenvoudige opgave. Landelijke rapportages laten wel zien dat er afspraken zijn gemaakt in het kader van substitutie, deze afspraken toetsen is echter nog niet mogelijk omdat het onduidelijk is of en welke afspraken zijn gemaakt voor de verschuivingen van budget van de tweede naar de eerste lijn [KPMG 2016; de Wildt 2016]. De monitor van substitutie die werd uitgevoerd door KPMG is mede daarom ook van naam veranderd van substitutiemonitor naar afsprakenmonitor.

Systemen niet op elkaar afgestemd

Als men met behulp van zorgdata de verschuivingen in de zorg wil aantonen, blijkt ook dat de landelijke systemen niet goed op elkaar zijn afgestemd. De eerste en de tweede lijn werken met verschillende coderingen voor de zorg die zij leveren en voor de daarbij behorende diagnoses. Daarnaast zijn de coderingen in de tweede lijn in de afgelopen jaren gewijzigd, met de overgang van DBC’s naar DOT’s als declaratieterm, waardoor handelingen die eerst voor aandoeningen afzonderlijk werden gecodeerd nu onder een groep van aandoeningen vallen. Hierdoor is het niet mogelijk om in de tweede lijn in de tijd vergelijkbare soorten zorg te identificeren, die potentieel ook voor rekening van de eerste lijn zou kunnen komen. Daarnaast verschillen de declaratiestructuur van de eerste lijn en die van de tweede lijn. Hierdoor is het lastig om zorg te identificeren die vergelijkbaar is in eerst

een tweede lijn. Hierdoor is het niet mogelijk om op het niveau van specifieke afspraken en specifieke typen zorg op landelijk niveau te onderzoeken of daadwerkelijk een verschuiving waarneembaar is over de tijd.

Toch zullen we hieronder trachten trends in substitutie zichtbaar te maken. We doen dat op basis van twee soorten indicatoren. We kijken ten eerste naar het gebruik van substitutie gerelateerde declaratiecodes in de huisartsenzorg. Dat kan een toename in de eerste lijn zichtbaar maken, maar we weten dan niet of er een gerelateerde daling in de tweede lijn is. Ten tweede kijken we naar ontwikkelingen in het aantal patiënten met een bepaalde aandoening dat daarvoor zorg krijgt van een huisarts, van een specialist of van allebei.

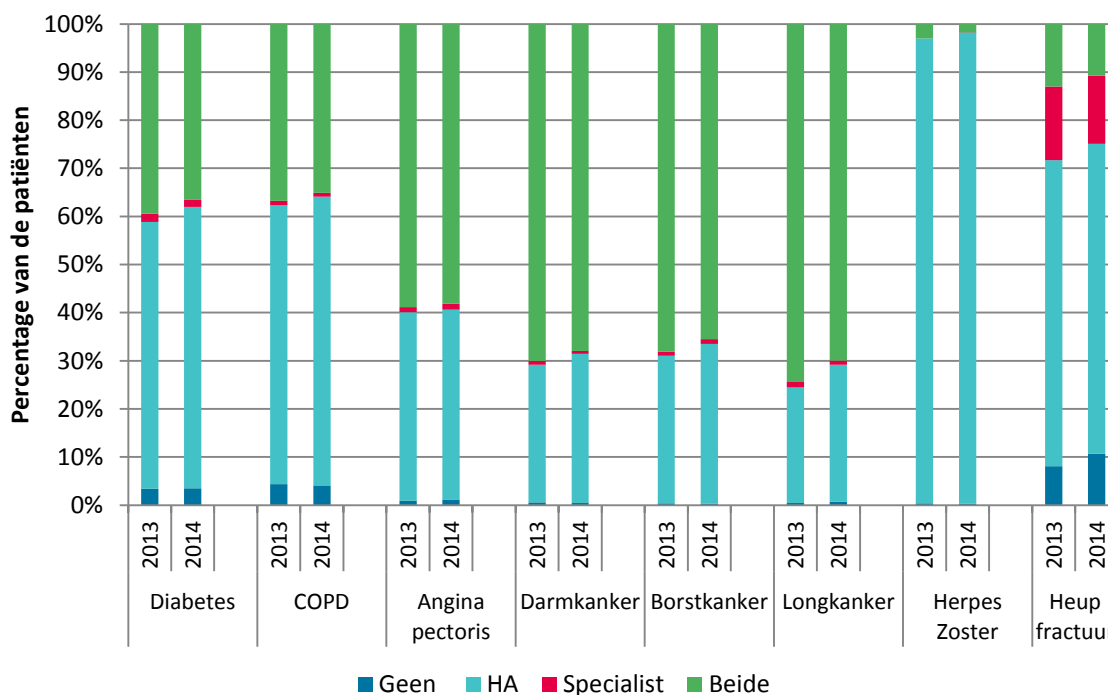
Weinig gebruik van beschikbare opties in de eerste lijn

Huisartsen hebben sinds 2015 de mogelijkheid om binnen segment 3 het meekijkconsult en/of substitutie te declareren (zie paragraaf 3.4.4). In analyses van Nivel Zorgregistraties eerste lijn bleek dat deze codes alleen gebruikt werden door praktijken die meededen aan het hierboven genoemde KAM project. In andere praktijken werden deze codes niet gebruikt. Dit kan twee dingen betekenen. Het kan zijn dat er ook geen meekijkconsulten of bewuste vormen van substitutie waarvoor deze codes gebruikt kunnen worden, plaats vinden in de huisartspraktijk. Het kan ook betekenen dat deze zorg wel plaats vindt in de huisartspraktijk, maar dat huisartsen niet bekend zijn met het feit dat zij hiervoor aparte declaratiecodes hebben en zij dus geld mislopen. Hierdoor zou ook het beeld kunnen ontstaan dat substitutie de eerste lijn geen extra tijd en geld kost.

Wat is wel meetbaar?

Substitutie meten op detailniveau is nu op landelijke basis nog niet mogelijk door de verschillende problemen die in de voorgaande paragrafen zijn besproken. Een grovere maat is wel mogelijk. We kijken dan per aandoening wie bij de behandeling betrokken is: gebruiken patiënten met een specifieke aandoening alleen zorg voor die aandoening in de eerste lijn en/of gebruiken ze zorg bij de specialisten die deze aandoening kunnen behandelen in de tweede lijn? Een voorbeeld hiervan staat in figuur 5.3.

Figuur 5.3 Percentage patiënten met aandoening x dat voor deze aandoening alleen de huisarts, de specialist of beide bezoekt



Bron: Combinatie van data Nivel Zorgregistraties eerste lijn en DBC informatie systeem (DIS)

Deze figuur laat het percentage patiënten dat alleen onder behandeling is bij de huisarts, de specialist of bij beiden voor acht verschillende aandoeningen. Hierbij is gekeken naar drie aandoeningen uit de ketenzorg, drie veel voorkomende vormen van kanker, een aandoening die vooral door huisartsen behandeld wordt (Herpes Zoster/gordelroos) en een aandoening die vooral in de tweede lijn wordt behandeld (heupfractuur). Er is voor deze aandoeningen gekozen om de bruikbaarheid als kengetal te testen. Diabetes, COPD en angina pectoris zijn aandoeningen die onder de ketenzorg vallen en in veel gevallen voornamelijk behandeld worden in de huisartspraktijk. Bij de verschillende vormen van kanker is er in de toekomst meer substitutie mogelijk wanneer bijvoorbeeld de nazorg voor deze patiënten meer door huisartsen wordt gedaan. Herpes Zoster is gekozen omdat deze aandoening in principe in de eerste lijn wordt behandeld. Heupfracturen worden juist voornamelijk in de tweede lijn behandeld.

De figuur laat zien dat huisartsen bijna altijd betrokken zijn bij de zorg voor deze aandoeningen. Alleen bij heupfracturen heeft zo'n 15% van de patiënten uitsluitend contact met een specialist en niet met de huisarts. Bij een groot deel van de patiënten met een heupfractuur staat echter ook alleen contact met de huisarts. Dit kan verklaard worden door het feit dat de heupfractuur van bijvoorbeeld een jaar eerder stamde waardoor de tweede lijn uit beeld is maar de patiënt bij de huisarts nog wel steeds bekend is met een heupfractuur en daarvoor contact heeft met de huisarts. Ditzelfde geldt voor de patiënten met kanker die alleen voor nazorg onder behandeling zijn bij de huisarts.

5.3 Verschillen tussen bevolkingscategorieën in zorggebruik

De beleidsveranderingen rond 2014 en 2015 hebben voornamelijk betrekking op ouderen, jeugd en mensen met beperkingen voor wie vooral de hervorming van de langdurige zorg en decentralisatie naar de gemeenten van belang zijn, en mensen met een psychische aandoening voor wie daarnaast de wijziging van het verwijzingsmodel van belang is. Het beleid zou voor deze categorieën mensen

bedoeld of onbedoeld gevolgen voor hun zorggebruik in de eerste lijn kunnen hebben. In dit hoofdstuk kijken we daarom naar verschillende leeftijdscategorieën, in combinatie met psychische aandoeningen. Daarnaast kijken we ook naar het zorggebruik in combinatie met sociaaleconomische status, omdat mensen met een lage sociaaleconomische status meer gezondheidsproblemen hebben en mogelijk meer problemen hebben met zelfredzaamheid.

Sociaal economische status

Het zorggebruik van mensen met een verschillende sociaaleconomische achtergrond verschilt sterk. Sociaaleconomische status (SES) is hier gedefinieerd als de hoogte van het huishoudinkomen in drie categorieën: lage SES, schulden tot inkomen van 30.000 euro; midden SES, inkomen van 30.000 tot 60.000 euro; hoge SES, inkomen hoger dan 60.000 euro per jaar. Deze indeling is een indeling grofweg in tertielen van huishoudinkomen. Wanneer we kijken naar het zorggebruik in deze drie SES categorieën in het algemeen in de periode 2013 tot 2015 vinden we de resultaten zoals in tabel 5.10. In deze tabel zijn alleen patiënten meegenomen van dertig jaar en ouder omdat van deze populatie de beste en meest betrouwbare gegevens beschikbaar zijn met betrekking tot inkomen.

Tabel 5.10 Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar uitgesplitst naar SES in de periode 2013-2015 (volwassenen 30 jaar en ouder)

SES	2013	2014	2015
Laag	5.5	5.7	6.6
Midden	3.9	4.1	4.7
Hoog	2.7	2.9	3.1

Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn en gegevens huishoudinkomen CBS

Te zien is dat het zorggebruik met het hoger worden van de SES afneemt. Daarnaast neemt het zorggebruik voor alle drie de SES groepen in de periode van 2013 tot 2015 toe. Wanneer we de relatie tussen SES en zorggebruik testen en corrigeren voor verschillen in leeftijd en geslacht tussen de groepen zien we dat patiënten met een lage SES gemiddeld 1.5 contact meer bij de huisarts hebben dan patiënten met een hogere SES, ongeacht hun leeftijd of geslacht (bijlage B tabel 1).

Wanneer we deze gegevens verder uitsplitsen naar verschillende leeftijdscategorieën worden de resultaten zoals in tabel 5.11.

Tabel 5.11 Gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar uitgesplitst naar SES en leeftijd in de periode 2013-2015

Leeftijd	2013 SES			2014 SES			2015 SES		
	laag	midden	hoog	laag	midden	hoog	Laag	midden	hoog
30-39	4.0	2.7	2.2	4.2	2.7	2.2	4.8	3.0	2.3
40-49	4.4	3.1	2.3	4.6	3.3	2.4	5.1	3.6	2.5
50-59	4.9	3.8	2.8	5.1	3.9	2.9	5.6	4.3	3.1
60-69	5.2	4.2	3.6	5.4	4.3	3.7	6.1	4.8	4.0
70-79	6.6	5.3	4.8	6.7	5.4	5.0	7.6	6.0	5.4
80-89	9.0	7.7	7.3	9.3	8.0	7.3	10.5	9.0	8.5
90-99	10.9	10.7	9.5	11.5	11.1	10.1	13.2	12.9	12.2

Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn en gegevens huishoudinkomen CBS

In deze tabel is te zien dat het zorggebruik bij de huisarts voor patiënten met een lage SES hoger is in alle leeftijdscategorieën in vergelijking met patiënten met een hogere SES. In deze tabel is ook duidelijk te zien dat patiënten met een lage SES al ruim voor de hogere SES categorieën een bovengemiddeld zorggebruik hebben bij de huisarts wanneer we uitgaan van een gemiddelde van iets

meer dan vier contacten met de huisarts per jaar. Daarnaast gebruiken patiënten met een lage SES vanaf hun 50^e levensjaar al net zoveel zorg als patiënten met een hogere SES vanaf hun 70^e jaar. Het zorggebruik neemt in deze groep dus al 20 jaar eerder toe dan bij patiënten met een hogere SES. De verschillen tussen de SES groepen worden niet kleiner maar eerder groter over de jaren, vooral voor de jongere leeftijdscategorieën. Zo nam het verschil tussen de hoogste en de laagste SES groepen in de leeftijdscategorie 30-39 toe met 15% tussen 2013 en 2015. Bij leeftijdscategorieën ouder dan 70 jaar blijft het SES verschil over de jaren min of meer gelijk.

Tabel 5.12 Percentuele toename in het aantal contacten tussen 2013 en 2015

Leeftijd	Percentuele toename in het aantal contacten tussen 2013 en 2015	
	Lage SES vs hoge SES	Midden SES vs hoge SES
30-39 jaar	15%	6%
40-49 jaar	7%	7%
50-59 jaar	3%	2%
60-69 jaar	6%	3%
70-79 jaar	2%	1%
80-89 jaar	0%	0%
90-99 jaar	-6%	-6%

Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn en gegevens huishoudinkomen CBS

Patiënten met een psychische aandoening

Patiënten met een psychische aandoening komen vaker bij de huisarts dan patiënten zonder psychische aandoening. Gemiddeld hebben zij jaarlijks 3.5 contacten meer met de huisarts dan patiënten zonder psychische aandoening met gelijke leeftijd en geslacht (tabel 4). Het aantal contacten is hoger vanaf 2014 toen het nieuwe verwijsmodel voor de GGZ is ingevoerd. Het voor leeftijd en geslacht gecorrigeerde aantal contacten lijkt na 2014 weer wat te dalen.

Tabel 5.13 Extra aantal contacten van patiënten met een psychische aandoening in vergelijking met patiënten zonder psychische aandoening in de periode 2013-2016.

Jaar	Ruw	Gecorrigeerd*
2013	3.5 (3.4-3.5)	3.1 (3.0-3.1)
2014	3.8 (3.7-3.8)	3.7 (3.6-3.7)
2015	4.0 (4.0-4.0)	3.6 (3.6-3.6)
2016	3.9 (3.9-4.0)	3.5 (3.5-3.6)

*Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht

Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn

Bij patiënten met een psychische aandoening en een lage SES is het zorggebruik nog hoger. Dit zorggebruik neemt ook bij patiënten met een psychische aandoening toe met de leeftijd.

Wanneer we naast psychische aandoeningen ook de SES van patiënten meenemen is te zien dat de twee factoren elkaar lijken te versterken (tabel 5.14). De toename in het aantal contacten voor patiënten met zowel een psychische aandoening als een lage SES is groter dan je zou verwachten van de som van de toename voor patiënten met alleen een psychische aandoening of een lage SES. Dit blijft ook na correctie voor leeftijd en geslacht.

Tabel 5.14 Interactie tussen het hebben van een psychische aandoening en een lage sociaal economische status in het jaar 2015.

Psychische aandoening	Lage SES	Ruw	Gecorrigeerd*
-	-	1 (referentie)	1 (referentie)
-	+	1.7 (1.7-1.7)	0.9 (0.8-0.9)
+	-	4.1 (4.0-4.1)	3.8 (3.7-3.8)
+	+	6.7 (6.6-6.7)	5.7 (5.6-5.7)

*Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht

- geen psychische aandoening/geen lage SES + wel psychische aandoening/wel lage SES

Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn en gegevens huishoudinkomen CBS

Contacten met jonge en oude patiënten met psychische aandoeningen

Wanneer we kijken naar de combinatie van contacten voor psychische aandoeningen en leeftijd zien we in alle leeftijdscategorieën een groter aantal contacten vanaf 2014 (tabel 5.15). Ook geldt voor zowel ouderen als jongeren met een psychische aandoening dat zij vaker contact hebben met de huisartsenpraktijk dan de gemiddelde populatie van dezelfde leeftijd.

Tabel 5.15 Gemiddeld aantal contacten met de huisarts en POH-GGZ per jaar voor patiënten met een psychische aandoening in de periode 2013-2016.

Leeftijd	2013	2014	2015	2016
0-4 jaar	4.7	4.9	5.1	5.0
5-9 jaar	3.3	3.4	3.6	3.6
10-14 jaar	3.0	3.3	3.4	3.4
15-19 jaar	4.3	4.7	4.9	4.9
65-69 jaar	8.2	8.6	9.2	9.2
70-74 jaar	9.4	9.7	10.3	10.1
75-79 jaar	10.7	11.0	11.8	11.8
80-84 jaar	12.0	12.3	13.4	13.0
85-89 jaar	13.4	13.8	14.6	14.2
90-94 jaar	13.8	14.4	15.3	15.1
95-99 jaar	13.5	14.3	14.8	14.5

Bron: Nivel Zorgregistraties eerste lijn en gegevens huishoudinkomen CBS

Ouderen

Recent onderzoek heeft laten zien dat de zorg voor ouderen bij de huisarts verandert. De contacten met ouderen zijn in de periode 2013-2016 langer geworden; er is een verschuiving van korte consulten naar meer lange consulten en visites. Daarnaast ervaren huisartsen de werkbelasting van de zorg voor ouderen als hoger sinds de veranderingen in het beleid. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door de langere contacten maar ook door meer (ad hoc en regulier) overleg over de ouderen met andere zorgverleners, zoals het sociaal wijkteam, de wijkverpleging en de apotheek [Flinterman e.a. 2016].

5.4 Regionale variatie in zorggebruik

Figuur 5.4 t/m 5.6 laat verschillen in zorggebruik en het voorkomen van aandoeningen zien in de verschillende gemeenten in 2016 in de huisartspraktijk. De contacten betreffen de reguliere contacten met de huisarts en dus niet met de POH-S of POH-GGZ. De cijfers zijn afkomstig uit de VAAM, de vraag en aanbod analyse monitor. Hierin wordt op basis van bekende gegevens uit Nivel

Zorgregistraties en van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) het zorggebruik en het voorkomen van aandoeningen in de verschillende gemeenten in Nederland geschat. De cijfers betreffen dus schattingen en zijn geen werkelijke aantallen.

Contacten met de huisarts

Figuur 5.4 laat het geschatte aantal contacten per patiënt in 2016 zien per gemeente. Het hoogste zorggebruik komt voor in de gemeenten in Oost-Groningen en in Zuid Limburg. Dit zijn de zogenaamde krimpgebieden waar de bevolkingsomvang terugloopt [Batenburg e.a. 2015]

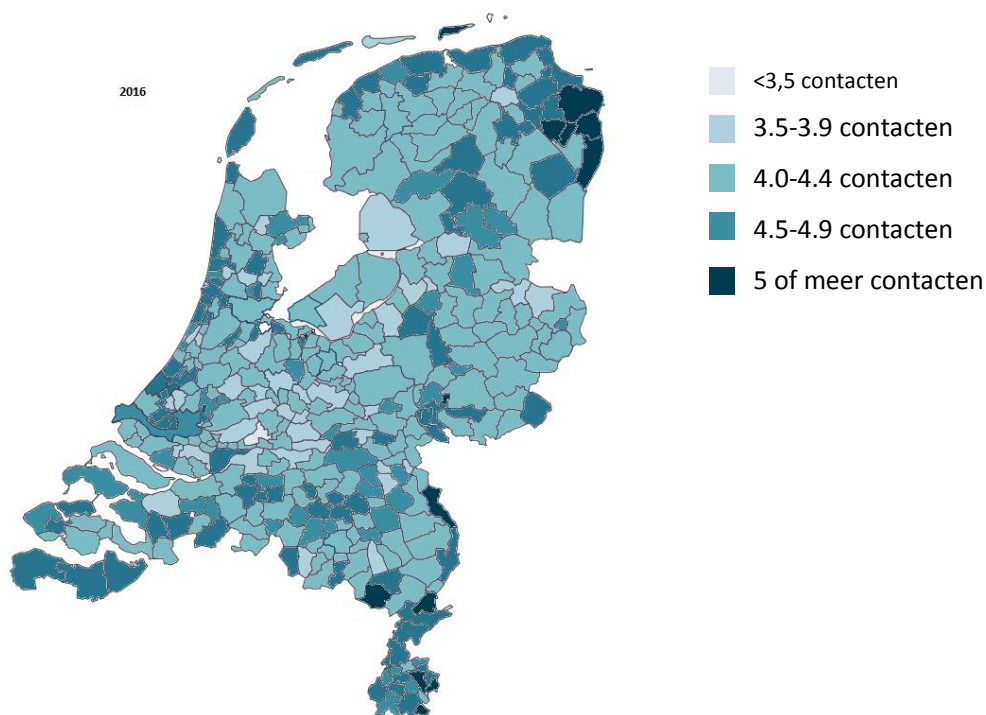
Contacten voor multimorbiditeit

Figuur 5.5 laat dezelfde gegevens zien voor patiënten met multimorbiditeit. Hierbij is multimorbiditeit gedefinieerd als contact voor twee of meer chronische aandoeningen. Hierbij is te zien dat dit zorggebruik het hoogst is in het oosten van Groningen en in Zuid Limburg. Daarnaast zijn er ook een aantal gemeenten in Noord Brabant en Zeeland waar meer zorggebruik is voor multimorbiditeit dan gemiddeld in Nederland. De Randstad lijkt het laagste zorggebruik voor multimorbiditeit te hebben bij de huisarts.

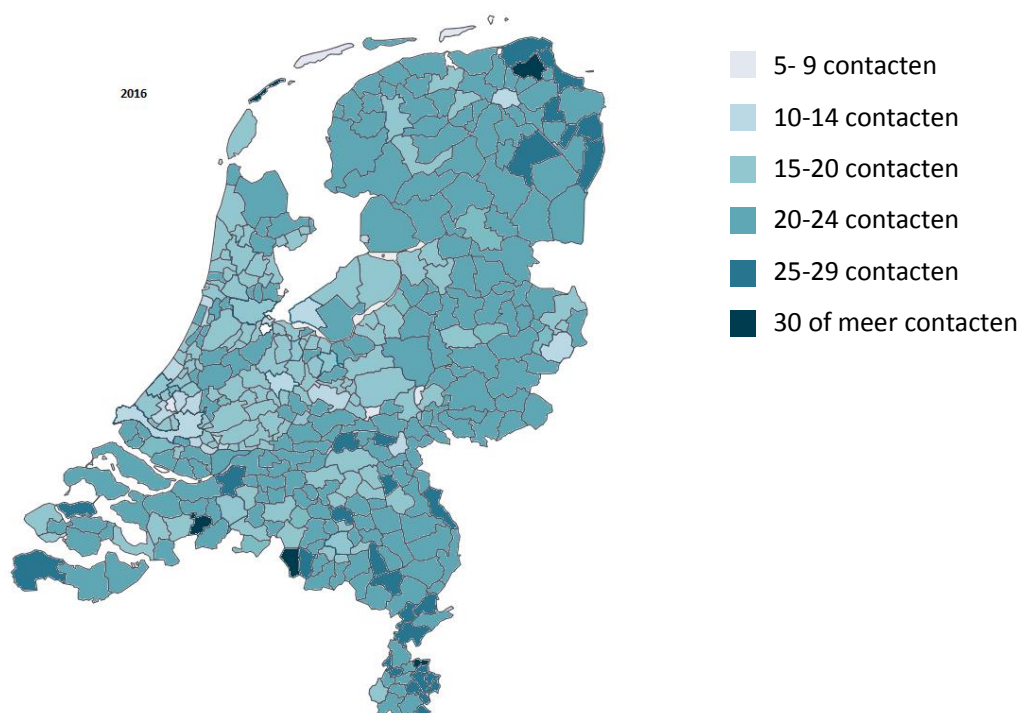
Contacten voor psychische en sociale klachten en aandoeningen

Figuur 5.6 laat hetzelfde zien voor contacten voor psychische en sociale klachten en aandoeningen. Hierbij moet worden opgemerkt dat de verschillen tussen de verschillende gemeenten groter zijn. Het aantal contacten varieert hier van nog geen 400 per 1000 inwoners tot ruim 900 per 1000 inwoners. In vergelijking tot het zorggebruik voor multimorbiditeit lijkt de variatie in het aantal contacten voor deze aandoeningen meer verspreid over het land.

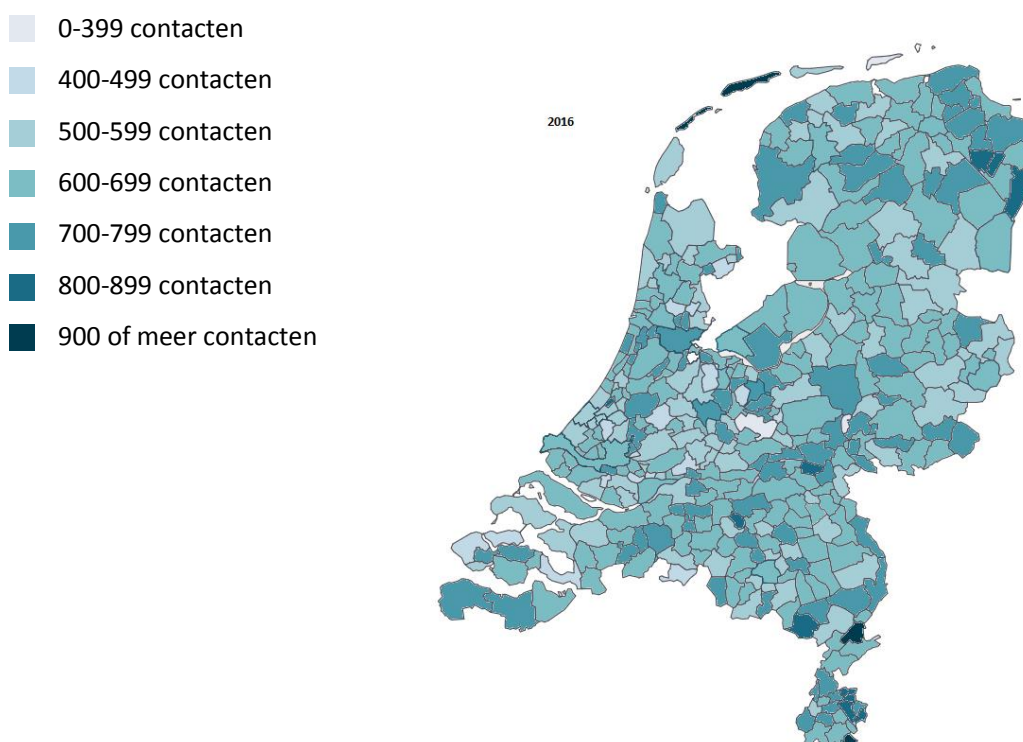
Figuur 5.4 Gemiddeld aantal contacten met de huisartsenpraktijk per patiënt per gemeente in 2016



Figuur 5.5 Gemiddeld aantal contacten voor multimorbiditeit per 1000 inwoners met een of meer chronische aandoeningen per gemeente in 2016



Figuur 5.6 Gemiddeld aantal contacten voor psychische en/of sociale aandoeningen en klachten per 1000 inwoners met per gemeente in 2016



5.5 Beschouwing

Ondanks de uitdagingen van toegenomen zorggebruik en complexere zorgproblemen (hoofdstuk 2) en van de noodzaak van coördinatie binnen de eerste lijn en met andere sectoren (hoofdstuk 3) is de toegankelijkheid van huisartsenzorg goed gebleven. Mensen kunnen snel bij hun eigen huisarts of een andere huisarts in de praktijk terecht, zeker ook in vergelijking tot de situatie elders in de gezondheidszorg (denk aan de GGZ en de tweede lijn) en in andere landen. Wel is de consultduur nog steeds kort. Voor een deel is de toegenomen en complexere zorgvraag opgevangen door meer vragen van patiënten telefonisch af te handelen en doordat praktijkassistentes patiënten adviseren over de noodzaak om bij minder complexe klachten of klachten die waarschijnlijk vanzelf over gaan, de huisarts zelf te spreken. In de toekomst zullen emailconsulten en andere vormen van internetcontact ook een belangrijkere rol spelen. Huisartspraktijken zijn vaak al toegankelijk via internet, maar patiënten weten dat vaak niet of hebben daar nog een zekere weerstand tegen.

De dimensies van de organisatie van huisartspraktijken die we in hoofdstuk 4 hebben besproken hangen tot op zekere hoogte samen met de toegankelijkheid van praktijken, maar het is niet zo dat daar een klip en klaar beeld uit naar voren komt. De toegankelijkheid lijkt wat groter bij praktijken met een meer innovatieve visie op hun rol in de gezondheidszorg en bij praktijken met een ruimere uitrusting. In grotere praktijken in termen van de hoeveelheid personeel (POH's en huisartsen) lijken patiënten minder snel een afspraak te kunnen krijgen.

Nederlandse huisartsen bieden een ruim scala aan diensten aan. We hebben in dit hoofdstuk het dienstenaanbod op vijf gebieden onderscheiden: preventie, het fungeren als eerste aanspreekpunt voor patiënten met gezondheids- en gezondheidgerelateerde problemen, de behandeling en follow-up van (vooral chronische) aandoeningen, het uitvoeren van technische verrichtingen en de ondersteuning van zelfmanagement. De eerste vier gebieden zijn gekozen omdat die eerder ook in internationaal vergelijkend onderzoek zijn gebruikt. Op het gebied van programmatische preventie en gezondheidsvoorlichting zijn Nederlandse huisartsen zeker geen koploper, maar ze zijn er de afgelopen decennia wel meer aan gaan doen.

Nederlandse huisartsen fungeren duidelijk als eerste aanspreekpunt in de gezondheidszorg. Wel zien zij zichzelf bij sociale problemen minder als eerstaangewezen zorgverlener dan in het verleden. Deze verschuiving past in een situatie waarin huisartspraktijken met een groeiende en meer complexere zorgvraag te maken hebben en dus prioriteiten stellen, maar het past minder bij een persoonsgerichte aanpak waarin het onderscheid tussen medische en sociale aspecten – althans vanuit het perspectief van de persoon – niet zo relevant is.

Huisartspraktijken zijn actiever geworden bij behandeling en follow-up van aandoeningen. Evenals bij de toegenomen aandacht voor preventie zou dit kunnen samenhangen met de opkomst van praktijkondersteuners in Nederlandse huisartspraktijken en de bekostiging van een deel van de zorg voor chronisch zieken in ketenzorgprogramma's. In huisartspraktijken worden veel technische verrichtingen zelf gedaan die in andere landen door medisch specialisten worden gedaan. Op het gebied van ondersteuning van zelfmanagement zijn geen vergelijkingen over de tijd of tussen landen mogelijk. We mogen aannemen dat – mede met de komst van praktijkondersteuners en ketenzorgprogramma's – ook de nadruk op ondersteuning van zelfmanagement is toegenomen.

Huisartspraktijken met een meer innovatieve visie op hun positie bieden een breder dienstenaanbod aan. De hulpbronnen waarover praktijken kunnen beschikken hebben bij het dienstenaanbod op het

gebied van technische verrichtingen een directe relatie; zonder ruime beschikbaarheid van medisch-technische uitrusting kunnen verrichtingen niet worden uitgevoerd. Huisartspraktijken met gezamenlijke huisvesting met andere eerstelijnsdisciplines zeggen minder te fungeren als eerste aanpreekpunt en leggen wat minder nadruk op zelfmanagementondersteuning. Dit zou kunnen wijzen op taaksubstitutie. Paramedische zorgverleners nemen door hun directe toegankelijkheid en door hun rol bij zelfmanagementondersteuning wellicht werk over van huisartspraktijken. Praktijken die meer samenwerken binnen de eerste lijn en met adviesrelaties met de specialisten op het gebied van ouderen (geriaters en specialisten ouderengeneeskunde) hebben een breder dienstenaanbod.

De contracten voor programma's voor ketenzorg vereisen het verzamelen van een aantal indicatoren op het gebied van zorgprocessen en uitkomsten. Deze indicatoren zijn beschikbaar op de website van Nivel Zorgregistraties eerste lijn en worden teruggekoppeld naar huisartspraktijken. Het is niet altijd zonder problemen om deze indicatoren uit de informatiesystemen van huisartspraktijken te destilleren. Daardoor zijn betrouwbare gegevens niet voor alle praktijken van Nivel Zorgregistraties en niet voor alle indicatoren beschikbaar. Voor een deel van de praktijken hebben we gekeken of er een samenhang is tussen proces- en uitkomstindicatoren van de ketenzorg en de dimensie van de organisatie van praktijken.

De proces- en uitkomstindicatoren hangen nauwelijks samen. Dit kan op twee manieren worden geïnterpreteerd. Ten eerste is het denkbaar dat het uitvoeren van alle processtappen en het vastleggen van allerlei aspecten van de leefstijl van patiënten er nog niet van zelf toe leidt dat de uitkomsten ook beter zijn. Ofwel: uitvoering van de processtappen hoeft nog niet te leiden tot betere resultaten. Om dat te bereiken moeten ook in het proces de juiste dingen worden gedaan. Ten tweede kan een verband ook afwezig zijn, omdat we niet in staat zijn de ernst van de chronische aandoeningen van patiënten in de ketenzorgprogramma's mee te nemen. In een momentopname zijn de uitkomsten namelijk ook indicatief voor de ernst van de aandoeningen die de patiënten in de ketenzorgprogramma's hebben. Deze gegevens vragen dus nadere analyse, bij voorkeur met ontwikkelingen in de tijd.

Het dienstenaanbod van praktijken in het algemeen – dus naast de specifieke activiteiten binnen de ketenzorgprogramma's – laat een interessante samenhang zien met de uitkomstindicatoren: het percentage COPD-patiënten met een sterk beperkte longfunctie is lager als praktijken zelfmanagementondersteuning meer als hun werkwijze beschouwen. Bij een aantal samenhangen met aspecten van de organisatie van praktijken als openingstijden of terugkoppeling door patiënten, is zo'n directe interpretatie niet mogelijk en zijn er nogal wat redeneerstappen tussen praktijkorganisatie en uitkomsten. Het is denkbaar dat huisartspraktijken met een bredere visie op de gezondheid van hun patiënten en praktijken die terugkoppeling van patiënten krijgen, de uitvoering van ketenzorgprogramma's meer laten afhangen van de individuele patiënten. Dat zou kunnen leiden tot andere scores op uitkomstindicatoren. Hoe dat ook zij, we hebben met de beschikbare gegevens niet de mogelijkheid om de paden die leiden tot betere uitkomsten met de beschikbare informatie te achterhalen.

De patiëntgebonden uitkomsten op het gebied van de ketenzorg zijn eigenlijk nog tussenuitkomsten. Er wordt vastgesteld of bijvoorbeeld patiënten met hartvaatziekten een goede bloeddruk hebben, maar of deze patiënten zich ook op langere termijn gezond voelen wordt (nog) niet vastgesteld. Populatiegebonden uitkomsten hebben we nog niet gebruikt, maar die zijn ook belangrijk, als van huisartspraktijken en de eerste lijn als geheel verwacht wordt de verantwoordelijkheid voor zorg en gezondheid voor de populatie in hun werkgebied te nemen. Er komen meer gegevens beschikbaar op het niveau van kleinere geografische gebieden, bijvoorbeeld over de prevalentie van chronische aandoeningen en over subjectieve gezondheid. Die kunnen in de toekomst verbonden worden met

gegevens over de organisatie van huisartspraktijken en de eerste lijn als geheel. Dat vergt nog wel wat stappen in het definiëren en vaststellen van de verzorgingsgebieden en het linken daarvan aan de uitkomsten.

Een van de bedoelde uitkomsten van een goedgeorganiseerde eerste lijn is dat de zorg toegankelijk is voor iedereen die het nodig heeft. Hiervoor hebben we gekeken naar toegankelijkheid vanuit het perspectief van de huisartspraktijken. In dit hoofdstuk is ook gekeken naar verschillen tussen bevolkingscategorieën in zorggebruik en geografische verschillen.

Mensen met een lage sociaaleconomische status zijn ongezonder en dat vertaalt zich in een hoger zorggebruik in de huisartspraktijk. De verschillen zijn het grootst in de lagere leeftijdsgroepen. Zelfs over een korte tijd gezien, 2013-2015, neemt het verschil vooral in de lagere leeftijdsgroepen toe. Mensen met psychische problemen gebruiken meer zorg. De wijziging van het verwijzingsmodel voor de GGZ vanaf 2014 gaat samen met meer contacten van mensen met psychische problemen met de huisartspraktijk. Mensen met psychische aandoeningen en een lage sociaaleconomische status hebben extra veel contacten met de huisartspraktijk. Oudere mensen gebruiken meer huisartsenzorg; dat hebben we al in hoofdstuk 2 laten zien. Belangrijk is dat er in de periode 2013-2016 een toename is in wat men zou kunnen noemen de zorgzwaarte van ouderen: een verschuiving naar meer lange consulten en visites. Ook is er meer overleg rond oudere patiënten nodig. Er zijn geografische verschillen in zorggebruik in Nederland met meer zorggebruik in gemeenten in de krimpregio's in Oost-Groningen en Zuid-Limburg. In dezelfde gebieden is ook het zorggebruik van mensen met meerdere chronische aandoeningen hoger. Het zorggebruik van mensen met psychische aandoeningen laat geen duidelijk geografisch patroon zien.

In het beleid rond de eerste lijn zijn verschuivingen van de tweede naar de eerste lijn sinds jaar en dag een belangrijk aandachtspunt. Voor veel huisartspraktijken past dit in hun visie op hun positie in de gezondheidszorg zoals we in hoofdstuk 4 zagen. In dit hoofdstuk bleek het moeilijk om substitutie aan te tonen. Er is een combinatie van nodig van gegevens uit de eerste lijn over wat huisartsen doen en de tweede lijn over wat specialisten doen. De informatiesystemen zijn te weinig op elkaar afgestemd om dat in detail te kunnen en om specifieke verschuivingen aan te tonen. We hebben daarom op een grovere manier gekeken en voor een aantal aandoeningen vastgesteld wie bij de behandeling betrokken zijn: alleen huisartsen, zowel huisartsen als specialisten of alleen specialisten. We hebben dit nu voor twee jaar gedaan (2013 en 2014); recentere data waren voor deze studie nog niet beschikbaar. Een probleem met de tweedelijncijfers is namelijk dat het lang duurt voor ze beschikbaar zijn, terwijl tegelijkertijd deze gegevens pas iets zeggen over substitutie als ze over een langere periode beschikbaar zijn. Ze zijn op dit moment ook nog niet direct koppelbaar aan de enquêtegegevens over de praktijkorganisatie waardoor een dwarsdoorsnede analyse niet mogelijk is.

We hebben in dit hoofdstuk laten zien dat zeker in internationale vergelijking Nederlandse huisartsen het goed doen. Dat kunnen we vooral zeggen op het gebied van de processen: toegankelijkheid en dienstenprofiel. Het is veel moeilijker te zeggen hoe goed ze het doen op het gebied van de uitkomsten. Op landniveau hebben we eerder laten zien dat landen met een sterkere eerste lijn, waar Nederland er duidelijk een van is, ook betere uitkomsten laten zien en minder ongelijkheid in de uitkomsten [Kringos e.a. 2013].

6 Kengetallen voor de toekomst

De eerste lijn staat niet stil. Het beleid van de juiste zorg op de juiste plek, substitutie, decentralisatie, samen beslissen en meer eigen verantwoordelijkheid voor burgers/patiënten wordt voortgezet. Tegen de achtergrond van dit beleid is het belangrijk om de ontwikkeling van de eerste lijn in de toekomst te blijven volgen. In dit hoofdstuk beschrijven we welke kengetallen daar voor nodig zijn, en hoe de gegevensinfrastructuur – het datalandschap – zich zou moeten ontwikkelen om die kengetallen te kunnen berekenen.

6.1 Algemeen

De toename van de zorgvraag zal voorlopig niet stoppen. In hoofdstuk 2 zagen we dat het aantal ouderen nog zeker 15 jaar doorgroeit. De groei van het aantal mensen ouder dan 80 loopt zelfs nog 30 jaar door. Het beleid zal dan ook gericht blijven op het handhaven of zelfs verbeteren van de kwaliteit van de zorg, op het in stand houden van de toegankelijkheid en het betaalbaar houden van zorg. De vraag is echter: hoe weten we of het beleid het gewenste resultaat heeft? Of, zoals vraagstelling vijf van deze studie luidt:

Welke kengetallen met betrekking tot de uitdagingen, organisatie, zorgprocessen en uitkomsten kunnen worden gebruikt om de ontwikkelingen in de eerst lijn te monitoren in het licht van de doorwerking van beleidsmatige veranderingen.

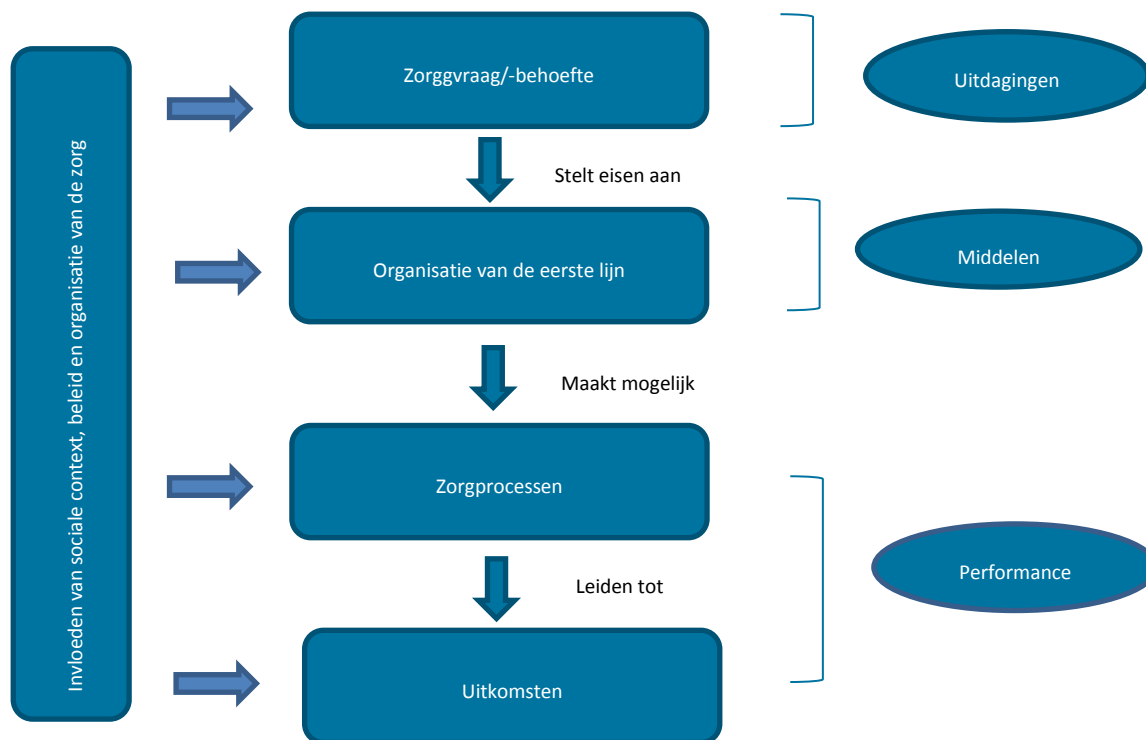
Dit hoofdstuk gaat dus om de informatiebehoefte voor beleid. We gaan na in hoeverre het huidige instrumentarium zou moeten worden uitgebreid en hoe dat zou kunnen. We gaan daarbij primair uit van het adagium ‘eenmalig vastleggen, meervoudig gebruik’, zoals ook staat verwoord in de ‘outcomedoelen’ van het Informatieberaad en in de notitie ‘uitkomstgerichte zorg’. Hergebruik van gegevens is niet alleen efficiënter, maar helpt ook om de registratiedruk te beteugelen.

We gaan in dit hoofdstuk dus primair uit van gegevens die voor de zorg en in de zorg worden vastgelegd, als basis van een duurzaam informatiesysteem. We volgen daarmee de principes van een lerend zorgsysteem zoals beschreven door Friedman [e.a. 2015]. De onderliggende gegevens moeten van voldoende kwaliteit en zo veel mogelijk up-to-date zijn. De kengetallen zelf moeten bij voorkeur door beleid beïnvloedbaar zijn (‘actionable’) en de data-infrastructuur waaruit ze voortkomen moet flexibel zijn. Dit laatste betekent dat de aard van de kengetallen aan te passen moet zijn aan nieuwe inzichten en ontwikkelingen in het beleid en de inhoud van de eerste lijn. Dat ze door beleid beïnvloedbaar moeten zijn, betekent dat ze een plaats moeten (kunnen) krijgen in beleidsprocessen. Ook is aansluiting bij internationale monitoringinstrumenten binnen de EU en de OECD van belang [OECD 2013]. Binnen deze organisaties is veel belangstelling voor het meten van de performance van de eerste lijn. Binnen de OECD wordt gewerkt aan de ontwikkeling van PREMs (Patiënt Reported Experience Measures ofwel de ervaringen met het zorgproces) en PROMs (Patiënt Reported Outcome Measures ofwel de door patiënten gepercipieerde resultaten van de zorg) die toepasbaar zijn voor mensen met chronische aandoeningen die in de eerste lijn worden behandeld [OECD 2017].

De focus van dit rapport, en dus ook van dit hoofdstuk, ligt bij de huisartsenzorg. Dat betekent niet dat er bij andere eerstelijnsdisciplines geen uitdagingen zijn, en ook niet dat deze voorzieningen niet belangrijk zijn. We hebben er echter voorlopig voor gekozen om ontwikkelingen bij andere eerstelijnsdisciplines te beschrijven vanuit het perspectief van de huisartsenvoorziening.

We houden dezelfde indeling aan als in de eerdere hoofdstukken van dit rapport en behandelen achtereenvolgens mogelijke kengetallen voor de uitdagingen, de middelen en de uitkomsten.

Figuur 6.1: Schematische weergave van de domeinen van de kengetallen voor de ontwikkeling van de eerste lijn



6.2 Informatiebehoefte

6.2.1 Uitdagingen

Zoals in hoofdstuk 2 beschreven, hebben de uitdagingen betrekking op een toenemende zorgvraag en zorggebruik, vooral als gevolg van demografische ontwikkelingen. De kengetallen die we gebruikten om hier zicht op te krijgen en te houden waren:

Kengetallen	Brongegevens
Demografie	
Demografische trends	CBS bevolkingsstatistieken.
Morbiditeit	
Aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen; verdeling van contacten met de huisarts over verschillende aandoeningen	Nivel Zorgregistraties huisartsen en huisartsenposten.
Zorggebruik	
Aantal mensen dat de huisartsenpraktijk bezoekt met meerdere chronische aandoeningen	Nivel Zorgregistraties huisartsen en huisartsenposten. Rapportage op www.Nivel.nl/zorgregistraties
Aantal contacten met huisartsen per type contact	
Aantal geneesmiddelenvoorschriften, naar middelengroep	
Aantal ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijk	
Aantal mensen dat de huisarts bezoekt	
Zorggebruik op de huisartsenpost	
Werkbelasting in de huisartsenpraktijk (tijdsbesteding (in)direct patiëntgebonden, niet patiëntgebonden)	Enmalige metingen in diverse onderzoeken.

Gegeven het huidige beleid is het relevant om over deze kengetallen te blijven rapporteren. En voor een belangrijk deel gebeurt dat ook. Het grootste deel van de hier vermelde indicatoren is immers gebaseerd op gegevens uit de elektronische patiëntendossiers van huisartsen, die worden verzameld in Nivel zorgregistraties. De inhoud daarvan worden ieder jaar bijgewerkt en de kengetallen komen op www.Nivel.nl/zorgregistraties. De demografische gegevens worden door het CBS jaarlijks bijgewerkt en zijn te vinden op de website van het CBS.

Er vindt echter geen regelmatige meting van de werkbelasting bij huisartsen plaats, althans niet in termen van tijdsbesteding. In dit rapport gebruikten we gegevens uit een eenmalig project, dat gericht was op de differentiatie van het inschrijftarief van huisartsenpraktijken [Flinterman e.a. 2017]. Ook voor het Capaciteitsorgaan zijn gegevens verzameld over de tijdsbesteding van huisartsen [Van Hassel e.a. 2016]. Te overwegen valt om gegevens over tijdsbesteding periodiek, bijvoorbeeld iedere 3 jaar, te verzamelen en te rapporteren, volgens een vaste methodiek. Deze methodieken zijn beschikbaar.

6.2.2 Organisatie van de huisartspraktijken

Ten aanzien van de organisatie van huisartspraktijken hebben we in hoofdstuk 4 aandacht besteed aan de volgende de aspecten; zie onderstaande overzicht:

Kengetallen in deze studie	Brongegevens
Visie van huisartsen op huisartsenzorg	Vragenlijst huisartspraktijken Nivel Zorgregistraties
Externe oriëntatie, actieve rol in de gemeenschap	Idem
Samenwerkingsverbanden	Idem
Praktijkuitrusting	Idem
Praktijk bemensing, multidisciplinairiteit	Idem
Afsprakenstelsel met zorgverzekeraars	Idem
Samenwerking met med specialisten, GGZ, Zorgverzekeraars	Idem
Overleg met zorgverzekeraar	Idem
Betrekken van patiënten	Idem
Deelname aan ketenzorgprogramma's	Idem
Extern overleg met andere disciplines in de eerste lijn.	Idem
Gegevensuitwisseling, toegang patiënt	Idem

De bron van informatie voor dit onderdeel was een vragenlijst die eenmalig is uitgezet onder huisartspraktijken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties eerste lijn.

Het beleid is er onder meer op gericht om de samenwerking en afstemming tussen disciplines en echelons te stimuleren. Dat betekent dat het nuttig is de bovenstaande kengetallen ook in de toekomst te rapporteren. De vragenlijst die we daarvoor hebben gebruikt om huisartspraktijken binnen Nivel Zorgregistraties te bevragen, kan daarvoor opnieuw worden ingezet. De vragenlijst kan aangepast worden en ook worden gebruikt bij andere eerstelijnszorgverleners die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties, zorggroepen en huisartsendienstenstructuren om zo een breder beeld van de organisatie van de eerste lijn te kunnen maken. In dit rapport kwam naar voren dat het combineren van gegevens over het zorggebruik en over de organisatie van de zorg, zoals binnen Nivel Zorgregistraties, meerwaarde heeft.

6.2.3 Processen en uitkomsten

In hoofdstuk 5 is op basis van een aantal indicatoren de vraag beantwoord 'hoe goed doet de eerste lijn het?'. De kengetallen die we daarvoor hebben gebruikt staan in onderstaand overzicht beschreven, met daarachter de herkomst van de betreffende getallen.

Naast de vragenlijst onder huisartspraktijken, is gebruik gemaakt van de geanonimiseerde gegevens uit de patiëntendossiers van huisartsenpraktijken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties.

Om de relatie tussen zorggebruik in de eerste lijn en in de tweede lijn te onderzoeken zijn gegevens van het DBC informatiesysteem (DIS) gekoppeld aan gegevens van de eerste lijn uit Nivel Zorgregistraties. Met behulp van deze gegevens is gekeken naar ontwikkelingen in het aantal mensen dat voor een bepaalde aandoening gebruik maakt van zorg in de tweede lijn, de eerste lijn, en beide. Trends daarin vertellen iets over de verschuiving van zorg in de tweede lijn naar zorg in de eerste lijn, en kunnen ook in de toekomst als kengetal dienen. Het zorggebruik van sociaal economisch zwakkere groepen is onderzocht door gegevens uit Nivel Zorgregistraties te koppelen aan gegevens uit het sociaal statistisch bestand van het CBS. Voor beide koppelingen (DIS en sociaal statistisch bestand) voorzag het CBS in een koppelplatform.

Kengetallen in deze studie	Brongegevens
Openingstijden	Vragenlijst onder huisartspraktijken Nivel Zorgregistraties
Afspraken maken	Idem
Duur van het consult	Idem
Toegankelijkheid internet	Idem
Dienstenprofielen	Idem
Preventie	Idem
Gezondheidsvoorlichting	Idem
Behandeling van chr. zieken	Idem
Technische verrichtingen	Idem
Zelfmanagementondersteuning	Idem
Proces- en uitkomstindicatoren ketenzorg	Nivel Zorgregistraties eerste lijn
Verschuiving van 2 ^e lijn naar 1 ^e lijn	Idem in combinatie met DIS (koppeling via CBS)
Zorggebruik uitgesplitst naar:	
Sociaal economische status	Idem in combinatie met CBS sociaal statistisch bestand
Leeftijd (ouderen/jongeren)	Idem
Psychische klachten	Idem
Regionale variatie	Vraag-aanbod-analyse monitor

6.3 Kengetallen voor de toekomst

In deze paragraaf kijken we naar de kengetallen voor de toekomst. Het instrumentarium dat gebruikt is in dit rapport, kan relatief eenvoudig ook in de toekomst worden gebruikt. Zorggegevens uit Nivel Zorgregistraties eerste lijn, vragenlijsten aan huisartspraktijken, koppelingen met DIS en met het sociaal statistisch bestand kunnen voorzien in de benodigde gegevens. Echter, geredeneerd vanuit beleidsnotities als Juiste zorg op de juiste plek, Langer thuis en Uitkomstgerichte zorg, is er behoefte aan aanvullende kengetallen en daarmee ook aan gegevens uit het sociaal domein, de wijkverpleging, de spoedeisende hulp, de integraal bekostigde zorg, verpleeghuiszorg en eerstelijnsverblijf. Het wordt steeds belangrijker om over de grenzen van een bepaalde discipline heen te kunnen kijken.

We gaan hieronder achtereenvolgens in op kengetallen voor zorggebruik op basis van routine zorgdata; het perspectief van de zorgaanbieders en het perspectief van de zorggebruikers.

6.3.1 Kengetallen voor zorggebruik: hergebruik van routine zorgdata als basis

Een belangrijke bron van gegevens voor deze studie was Nivel Zorgregistraties eerste lijn, een onderzoeksinfrastructuur op basis van gepseudonimiseerde gegevens uit elektronische patiëntendossiers van meer dan 500 huisartspraktijken (naast paramedici en huisartsenposten), met een gezamenlijke patiëntenpopulatie van ongeveer 1,7 miljoen Nederlanders. Op basis van deze gegevens wordt jaarlijks gerapporteerd over zorggebruik in de huisartsenzorg, waaronder ook het voorschrijven van medicijnen en kwaliteitsindicatoren voor de zorg aan chronisch zieken. Deze cijfers zijn ook in dit rapport gebruikt. Specifiek voor deze studie koppelden we deze gegevens op patiëntniveau aan data over het zorggebruik uit de tweede lijn, aan de hand van geregistreerde declaraties in het landelijke DBC informatiesysteem, DIS. Dit leverde een indicator op die iets zegt over verschuiving van zorg van tweede naar de eerste lijn. De DIS gegevens zijn voor onderzoek

beschikbaar via het CBS. Een belangrijke beperking is evenwel dat het lang duurt alvorens gegevens van DIS beschikbaar komen voor onderzoek. Het alternatief, om gebruik te maken van declaratiegegevens van zorgverzekeraars (via Vektis), bleek voor deze studie niet mogelijk, omdat de toeleveranciers van gegevens (de zorgverzekeraars) hiervoor geen toestemming gaven. Een derde alternatief is het gebruik van gegevens van Dutch Hospital Data (DHD).

Bovenstaande voorbeelden maken duidelijk dat het monitoren van de prestaties van de eerste lijn alleen goed mogelijk is door het combineren van gegevens uit verschillende bronnen. Het CBS speelt hierin een belangrijke rol, omdat het mag beschikken over burgerservicenummers (BSN's) ten behoeve van onderzoek. Geen enkele andere partij is het toegestaan om dit nummer voor onderzoek te gebruiken, maar het is wel mogelijk om gegevens op basis van gepseudonimiseerde BSN's bij het CBS op individueel niveau aan elkaar te koppelen.

Onder de huidige privacywetgeving is het goed mogelijk om zorggegevens voor onderzoek te gebruiken zonder expliciete toestemming van de individuen waarop de gegevens betrekking hebben. De regel is dat van ieder individu toestemming wordt verkregen, maar onder bepaalde voorwaarden is statistisch onderzoek in het algemeen belang toegestaan. De toegenomen aandacht voor privacy, leidt echter bij veel partijen toch tot grotere voorzichtigheid bij het beschikbaar stellen van gegevens. Het voorbeeld van Vektis hierboven, is in dat verband exemplarisch. Bovendien spelen in veel gevallen problemen met de eenheid van taal die het koppelen en combineren van gegevens bemoeilijken. Verschillende registraties gebruiken verschillende codeersystemen. Dit maakte het bijvoorbeeld lastig om de beoogde verschuivingen van tweede lijn naar eerste lijn zichtbaar te maken. De terminologie van het DBC informatiesysteem sluit namelijk niet aan op dat van de huisartsinformatiesystemen waar Nivel Zorgregistraties de gegevens uit betreft en is bovendien zeer gevoelig voor veranderingen in de betaaltitels. Het versnipperde datalandschap draagt er aan bij dat gegevens niet of slechts moeizaam met elkaar kunnen worden gecombineerd.

Beleid dat zich richt op samenwerking en afstemming tussen eerste lijn, tweede lijn en langdurige zorg, en op decentralisaties, kan alleen goed worden gemonitord door verschillende gegevensbronnen, met elkaar te combineren. Versnippering staat dat in de weg. Mede daarom is hergebruik van gegevens een van de vier "outcome-doelen" van het Informatieberaad, waarin het ministerie van VWS met de veldpartijen spreekt over een duurzaam informatiestelsel. Belangrijk motief voor zo veel mogelijk hergebruik van bestaande registraties is het beteugelen van de registratiedruk. Daarbij dient echter wel steeds rekening gehouden te worden met de informatiebehoefte. Het verminderen van de registratiedruk kan leiden tot ongewenst verlies aan informatie.

Geredeneerd vanuit beleidsnota's als 'Juiste zorg op de juiste plek', 'Ontwikkeling van uitkomstgerichte zorg' en 'Langer thuis', is er behoefte aan betrouwbare en koppelbare gegevens vanuit zorgvoorzieningen die grenzen aan de eerste lijn of daar onderdeel van zijn: huisartsenzorg, sociaal domein, paramedische zorg, verpleeghuiszorg, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, de spoedketen, de integraal bekostigde zorg en de farmaceutische zorg.

Huisartsenzorg

In dit rapport is veelvuldig gebruik gemaakt van gegevens die routinematig in huisartsenpraktijken worden vastgelegd in elektronische patiëntendossiers en die in het kader van Nivel Zorgregistraties eerste lijn worden verzameld.

Paramedische zorg

Naar de samenwerking tussen huisartspraktijken en fysio- en oefentherapie is in onze vragenlijst geïnformeerd. De mogelijkheid dat fysio- en oefentherapie weer deel gaan uitmaken van de basisverzekering, maakt het noodzakelijk om beter zicht te krijgen op de samenhang tussen gebruik van huisartsenzorg en paramedische zorg. Gegevens over het zorggebruik op het gebied van de paramedische zorg worden verzameld door de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (met het Nivel als uitvoerende organisatie), door het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en door Nivel Zorgregistraties eerste lijn (fysiotherapie, logopedie, oefentherapie en diëtetiek). Om effecten van de samenwerking tussen huisartsen en paramedici inzichtelijk te maken is koppeling van gegevens over het zorggebruik van individuen nodig. Dit is mogelijk via de infrastructuur van Nivel Zorgregistraties en gebeurt ook al.

Sociaal domein

Eerste lijn en sociaal domein raken steeds meer met elkaar verweven. Gebrekkige toegang tot zorg in de eerste lijn kan leiden tot een toename van gebruik van zorg in het sociaal domein en andersom. In deze studie hebben we gezien dat het aantal jeugdigen met psychische problemen was gegroeid in de periode waarin gemeenten verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg kregen. De kranten stonden vol met rampspoed over wachtlijsten voor kinderen met GGZ problemen. Het verband tussen het één en het ander is alleen goed te onderzoeken door gegevens uit de eerste lijn en het sociaal domein op individueel niveau met elkaar te combineren. Het CBS ontsluit deze gegevens nu, maar een gegevenskoppeling met eerstelijnsdata heeft voor zover bekend nog niet plaatsgevonden. Het is tijd om de meerwaarde van deze koppeling te gaan verkennen.

Verpleeghuiszorg

Het beleid is er op gericht dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en een verpleeghuisopname zo lang mogelijk uit te stellen. Dit heeft gevolgen voor het zorggebruik in de eerste lijn, die wederom alleen inzichtelijk kunnen worden gemaakt via gegevenskoppeling. Branchevereniging Verenso heeft onlangs een rapport uitgebracht waarin voorstellen worden gedaan voor een monitoring van de geneeskundige zorg die verleend wordt in verpleeghuizen [Verenso 2018], op basis van routine zorgdata van verpleeghuizen. Koppeling van deze gegevens aan Nivel Zorgregistraties maakt het bijvoorbeeld mogelijk om te onderzoeken welke eerstelijnsgerelateerde factoren bijdragen aan 'langer thuis'.

Wijkverpleging

Ook gegevens over het zorggebruik in de wijkverpleging (in relatie tot andere typen zorg) worden node gemist. Ook hier is in principe sprake van communicerende vaten. In de nota Juiste zorg op de juiste plek krijgt de wijkverpleging een belangrijke rol toebedeeld ten aanzien van samenwerking en coördinatie en vroegsignalering. De wijkverpleging moet in samenwerking met de huisartsenzorg weer een centrale rol gaan spelen in het eerstelijnszorgsysteem. Een studie van het Nivel [Van Rooden e.a. 2017] liet zien dat de gegevens die routinematig door wijkverpleegkundigen worden vastgelegd, een schat aan informatie bieden, maar dat er nog veel diversiteit is in de wijze van registreren. In samenwerking met onder andere Nictiz worden hierin nu wel stappen gezet, maar buiten enkele lokale initiatieven heeft dat er nog niet toe geleid dat het potentieel van deze gegevens ook daadwerkelijk wordt benut, laat staan dat sprake is van gegevenskoppelingen met de huisartsenzorg. De aanbeveling van het Nivel was in 2017 om op kleine schaal te beginnen, de meerwaarde van deze gegevens te laten zien en vervolgens zowel in de diepte (meer gegevens, betere kwaliteit gegevens) als in de breedte (meer organisaties, meer systemen) uit te breiden. Deze aanbeveling is nog steeds actueel.

Eerstelijnsverblijf

Eerstelijnsverblijf is een belangrijke voorziening die meermalen wordt genoemd in het rapport van de taskforce Juiste zorg op de juiste plek. Het gaat hier om bedden die beschikbaar zijn voor tijdelijk verblijf van patiënten die onder regie van de eerste lijn staan. Het moet een oplossing bieden voor mensen die tijdelijk niet thuis kunnen wonen. Op dit moment is onduidelijk waar gegevens over eerstelijnsverblijf worden vastgelegd en wat er wordt vastgelegd. Combinatie met gegevens over het zorggebruik in de eerste lijn voor en na een eerstelijnsverblijf kan inzicht geven in de bijdrage die het eerstelijnsverblijf levert aan het probleemoplossend vermogen van de eerste lijn.

Spoedketen

De werkdruk op de huisartsenpost is aanzienlijk toegenomen de laatste jaren. Om de oorzaken hiervan inzichtelijk te krijgen, en de mogelijke oplossingen, is het nodig om niet alleen gegevens van de huisartsenposten te betrekken, maar ook die van de spoedeisende hulp in ziekenhuizen en ambulances. Koppeling van gegevens over de zorg van huisartsen overdag en de zorg op huisartsenposten kan veel inzicht bieden in de mechanismen en is goed mogelijk binnen de infrastructuur van Nivel Zorgregistraties. Van deze mogelijkheid wordt echter nog weinig gebruik gemaakt. De mogelijkheden voor koppeling met ambulanceritgegevens worden door het Nivel momenteel onderzocht, met subsidie van Ambulancezorg Nederland. Koppeling met gegevens van SEH zijn wellicht mogelijk met data van het Letselinformatiesysteem LIS van VeiligheidNL.

Ketenzorgprogramma's, integraal bekostigde zorg

Ketenzorg, integraal bekostigde zorg, is multidisciplinaire zorg die voor huisartsen in segment 2 bekostigd wordt (zie paragraaf 3.4.4) en doorgaans georganiseerd via zorggroepen. Deze zorg bestaat natuurlijk al langer. Welke zorg er precies in dit segment wordt geleverd en hoe deze zorg samenhangt met zorg die in segment 1 bekostigd wordt, is echter nog niet goed onderzocht. De reden hiervan is dat deze zorg vaak in aparte systemen wordt geregistreerd en bijgehouden. Het is belangrijk om niet alleen de ketenzorg in beeld te krijgen die geleverd wordt door huisartspraktijken, maar ook door de paramedische beroepsgroepen, zoals diëtisten.

Farmaceutische zorg

Zorg die geleverd wordt door apotheken wordt vastgelegd in zogenaamde apotheek informatiesystemen. De gegevens daaruit worden verzameld door de Stichting Farmaceutische Kengetallen, die daarover ook rapporteert. Koppeling van gegevens tussen Nivel Zorgregistraties en die van SFK is mogelijk en in enkele onderzoeken ook gebruikt.

Bovenstaand overzicht laat zien dat hergebruik en koppeling van routine zorgdata uit verschillende sectoren mogelijk is. Ondanks versnippering en ondanks verschillen in eenheid van taal zijn deze bronnen met elkaar te combineren. Het is daarbij evenwel van het belang dat gebruikers van deze gegevens begrijpen in welke settings de gegevens zijn verzameld, met welk doel, en wat dat voor gevolgen heeft voor hun bruikbaarheid en betekenis [Verheij e.a. 2018]. Deze combinaties van gegevens kunnen worden gebruikt voor kengetallen om samenwerking tussen eerste lijn en de rest van het zorgstelsel zichtbaar te maken.

6.3.2 Het zorgaanbiedersperspectief: vragenlijsten

Nivel Zorgregistraties vormde het steekproefkader waarbinnen de vragenlijsten voor deze studie zijn uitgezet. Via die vragenlijsten (aan huisartspraktijken) zijn gegevens verzameld over de organisatie van de zorg in huisartspraktijken, de toegankelijkheid en het dienstenaanbod. Zo hebben we kunnen zien hoe die organisatie aansluit bij de huidige en toekomstige rol van de huisartsenzorg in het gezondheidszorgsysteem. Omdat de vragenlijst is uitgestuurd naar praktijken die aan Nivel

Zorgregistraties deelnamen, was het mogelijk om de link te leggen tussen organisatie van de praktijken enerzijds en de toegankelijkheid, het dienstenaanbod en kwaliteitsindicatoren anderzijds. Het verdient aanbeveling om dergelijke analyses in de toekomst periodiek te herhalen. Zo wordt zichtbaar in hoeverre organisatorische veranderingen gevolgen hebben voor het gebruik van zorg en de toegang tot zorg, ook voor kwetsbare groepen. Dit instrument kan worden ingezet om bijvoorbeeld na te gaan hoe zorgverleners staan tegenover het gebruik van eHealth, en met de combinatie van gegevens kan worden onderzocht hoe dat doorwerkt in het feitelijke zorggebruik. In deze studie hebben we ons beperkt tot vragenlijsten aan huisartspraktijken. Nivel Zorgregistraties omvat echter tevens paramedische praktijken omvat (oefentherapie, fysiotherapie, diëtetiek, logopedie) en de huisartsenposten. Dat betekent dat hier dezelfde strategie is toe te passen, waarbij gegevens over de organisatie van zorgaanbieders worden gecombineerd met gegevens over het zorggebruik. Dit is belangrijk omdat andere eerstelijnsdisciplines, naast huisartspraktijken een steeds belangrijker rol gaan spelen.

De relaties met zorgverzekeraars worden in dit rapport op een globale manier beschreven. Voor de toekomst zou het wenselijk zijn meer concreet te inventariseren welke afspraken huisartspraktijken maken met zorgverzekeraars in segment 2 en 3. Door dit te doen bij praktijken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties, wordt het mogelijk om de contracteringsafspraken te leggen naast het zorggebruik in die praktijken. Naast effecten op het zorggebruik, mag worden verwacht dat contracteringsafspraken hun weerslag hebben op de organisatie van de zorg. Of dat daadwerkelijk het geval is, kan worden onderzocht via een enquête onder praktijken.

In onze vragenlijst is niet geïnformeerd naar de ervaren registratiedruk en administratieve lasten. In toekomstige metingen kan dit wel worden meegenomen. Dit onderwerp komt regelmatig terug in diverse beleidsnotities.

Het ligt voor de hand om bij de analyse van het zorgverlenersperspectief en de organisatie van de eerste lijn gebruik te (blijven) maken van de beroepenregistraties van het Nivel [<https://www.nivel.nl/nl/beroepenregistraties>].

6.3.3 Ervaringen van patiënten

Vanuit het perspectief van uitkomstgerichte zorg is het interessant te kijken naar de koppeling tussen feitelijk verleende zorg en de ervaringen van patiënten. Binnen de scope van onze studie hebben we gegevens over patiëntervaringen niet kunnen gebruiken. Er zijn echter wel mogelijkheden.

Eerdere studies hebben laten zien dat het mogelijk is om gegevens uit de Nivel Patiëntenpanels te combineren met gegevens uit Nivel Zorgregistraties [Brabers e.a. 2018]. Patiëntenpanels maken het mogelijk om gegevens te verzamelen over ervaringen van patiënten over het zorgproces en de uitkomsten van de zorg, de eerder genoemde PREM's en PROM's. Door deze gegevens te combineren met gegevens uit het elektronisch patiëntendossier (van dezelfde patiënten) over hun zorggebruik, kan het verband worden onderzocht tussen enerzijds de feitelijk verleende zorg en anderzijds wat patiënten van die zorg vinden en welk nut zij er van ervaren. Een nieuwe ontwikkeling in dit perspectief is de mogelijkheid binnen Nivel Zorgregistraties om nagenoeg *real time*, gericht patiënten te benaderen die een bepaalde behandeling hebben ondergaan, om over die behandeling vragenlijsten in te vullen. Op dit moment loopt bij het Nivel met subsidie van ZonMw een onderzoek waarbij patiënten die een bepaald geneesmiddel voor het eerst krijgen voorgeschreven, worden gevraagd eventuele bijwerkingen periodiek via een vragenlijst te melden. De hiervoor gerealiseerde infrastructuur is echter veel breder inzetbaar.

Door het patiëntenperspectief te verbinden met het zorggebruik wordt het veel beter mogelijk om effecten van bijvoorbeeld eHealth in beeld te brengen. De eHealth monitor voorziet in belangrijke mate in de behoefte aan informatie over eHealth, maar de effecten van eHealth toepassingen kunnen veel beter worden onderzocht indien een koppeling met het zorggebruik kan worden bewerkstelligd [Wouters e.a. 2017].

Een andere mogelijkheid om op de lange termijn het patiëntenperspectief in het informatieplaatje te betrekken, is gebruik maken van gegevens die patiënten in persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO) vastleggen, volgens de standaarden die nu worden ontwikkeld in het kader van MedMij. Dit is voorlopig nog toekomstmuziek. Een belangrijk methodologisch probleem is de enorme selectie bias die zal optreden en waarvoor moeilijk te corrigeren is. Zeker in het begin zullen er nog weinig patiënten zijn die van zo'n PGO gebruik maken. Het zal een select gezelschap van voorlopers zijn.

Met het oog op de stimulering van persoonsgerichte zorg zijn de ervaringen van zorggebruikers van groot belang. Patiëntenfederatie Nederland staat voor het inbrengen van patiëntervaringen in de zorg, voor informatie en openheid, voor betere en betaalbare zorg en voor digitale zorg en eigen regie. Vanuit die achtergrond is het van belang dat patiëntervaringen expliciet in de kengetallen worden ingebracht en is ook het onderdeel eHealth een duidelijk patiëntbelang om in de studie te houden.

6.3.4 De rol van het CBS: koppelplatform en sociaaleconomische kenmerken

Naarmate er in de zorg meer samenwerking en afstemming is tussen de lijnen, zal het meer noodzakelijk worden om gegevensbronnen met elkaar te combineren. De Wet op het CBS zorgt er voor dat het CBS eigenlijk de enige partij is die dergelijke koppelingen kan realiseren. Zoals ook in dit onderzoek het geval was, zien we steeds vaker dat de microdata services van het CBS worden ingeschakeld om gegevensbronnen aan elkaar te koppelen, waarna de analyses op afstand kunnen plaatsvinden, binnen de beveiligde omgeving van het CBS. Het is belangrijk om deze werkwijze te optimaliseren en koppelingen in technische en juridische zin zo goed mogelijk te faciliteren.

Het sociaal statistisch bestand van het CBS maakt het daarnaast mogelijk om verschillen tussen bevolkingsgroepen te analyseren. Dit sociaal statistisch bestand omvat onder andere sociaal economische kenmerken en de migratieachtergrond van de hele Nederlandse bevolking. De koppeling met het sociaal statistisch bestand stelde ons in dit rapport in staat te kijken naar het zorggebruik van kwetsbare groepen. In verschillende beleidsnotities is aandacht voor kwetsbare groepen. Het lijkt ons daarom nuttig om aan te sturen op een permanente koppeling van gegevens tussen Nivel Zorgregistraties en het sociaal statistisch bestand en om analyse van deze groepen permanent op te nemen in de rapportages op de website van Nivel Zorgregistraties.

6.3.5 Het belang van regionale kengetallen

Het beleid van decentralisaties vereist steeds meer dat gegevens en de daaruit verkregen kengetallen op regioniveau beschikbaar komen. Om regionale verschillen inzichtelijk te krijgen hebben we in dit rapport gebruik gemaakt van ramingen op basis van Vraag aanbod monitor, de VAAM. Landelijke cijfers over gezondheid en zorggebruik, uitgesplitst naar demografische kenmerken, zijn doorvertaald naar de demografische situatie in de regio's. Het resultaat is een schatting van het zorggebruik en dus niet de feitelijke situatie in een regio. Er komen echter steeds meer landelijk dekkende gegevensbronnen beschikbaar, waarmee kan worden bekeken in hoeverre de feitelijke regionale situatie afwijkt van de geraamde situatie. Verschillen tussen de feitelijke en de geraamde situatie

geven handvatten voor het regionale beleid en een basis om op regionaal niveau met elkaar in gesprek te gaan over mogelijke oorzaken van die verschillen.

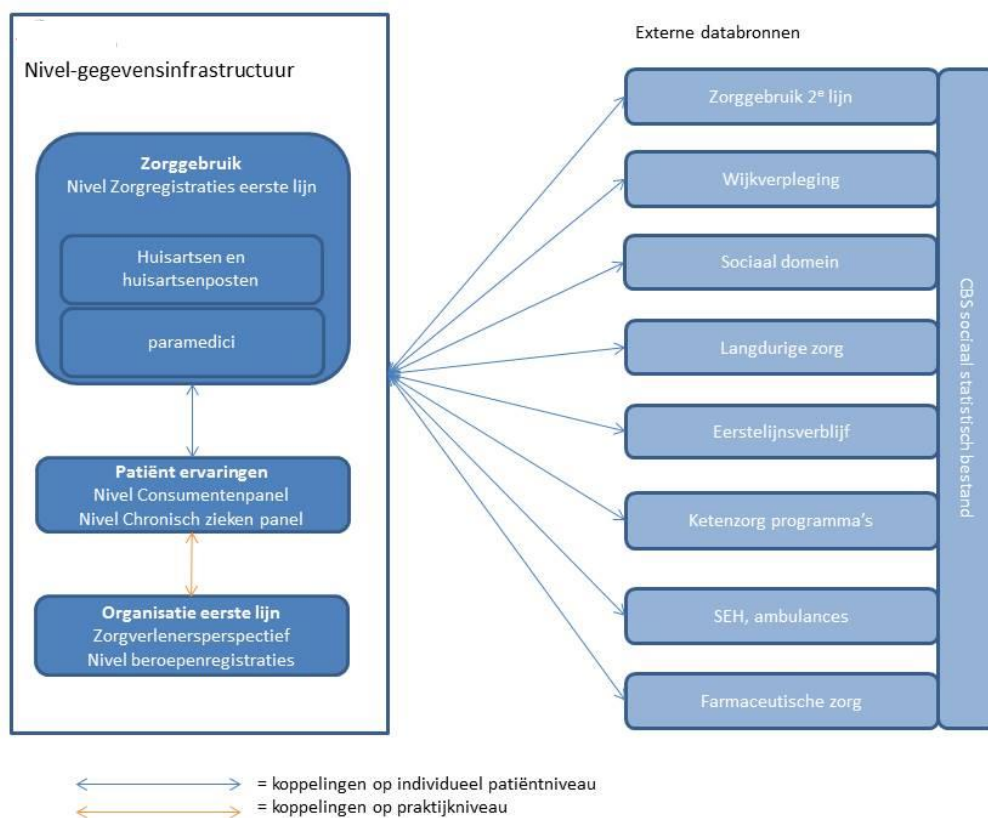
Het kan voordelen hebben om regionale kengetallen in de regio te laten genereren door partijen in de regio. Dat bevordert de kans dat er ook iets met die gegevens gedaan wordt. Het blijft daarbij echter wel van belang dat regionale cijfers repliceerbaar zijn en vergelijkbaar tussen regio's onderling en met landelijke cijfers.

6.4 Beschouwing

In deze paragraaf hebben we, redenerend vanuit het beleid, gekeken naar de behoefte aan kengetallen, om te kunnen blijven volgen of de eerste lijn voldoet aan de verwachtingen. De conclusie is dat het functioneren van de eerste lijn alleen goed kan worden gevolgd als er ook in de kengetallen relaties worden gelegd tussen verschillende sectoren in de zorg. Steeds vaker zal het nodig zijn om gegevens op individueel niveau aan elkaar te koppelen. Het combineren van gegevens op geaggregeerd niveau kan ook nieuwe inzichten geven, maar geeft onvoldoende mogelijkheden om de onderliggende mechanismen te laten zien. Bovendien kunnen dergelijke ecologische analyses gemakkelijk leiden tot onterechte veronderstellingen op individueel niveau. De privacywetgeving laat daar in principe ruimte om gegevens voor statistisch onderzoek op individueel niveau aan elkaar te koppelen.

Wat betreft de beschikbaarheid van gegevens is onze conclusie dat het datalandschap sterk versnipperd is, dat er weliswaar veel data beschikbaar is, maar dat we nog onvoldoende gebruik maken van de koppelingsmogelijkheden die er zijn. Slim gebruik van de datakoppelingsmogelijkheden voorkomt toename van de registratiedruk. Niet alle gegevensbronnen zijn echter al zover dat ze kunnen worden gekoppeld en dat gekoppelde gegevens feitelijk kunnen worden gebruikt voor beleidsonderzoek en de beoogde kengetallen. Er zal een afweging moeten worden gemaakt tussen de (extra) moeite die het kost om gegevens te kunnen gebruiken enerzijds, en het belang van de daarmee te verkrijgen kengetallen anderzijds. Figuur 6.1 laat zien hoe de toekomstige infrastructuur er uit kan zien.

Figuur 6.1 Gegevensinfrastructuur voor kengetallen eerstelijnszorg



Een deel van de kengetallen kan worden gegenereerd door gegevensbronnen binnen het Nivel beter op elkaar te laten aansluiten en bestaande combinaties uit te breiden (links in de figuur). Een ander deel kan worden gegenereerd door externe gegevensbronnen aan elkaar te koppelen (rechts in de figuur). Uiterst rechts in de figuur staat het sociaal statistisch bestand van het CBS, met sociaal economische kenmerken van de gehele bevolking, die koppelbaar is aan bijna alle andere databronnen.

Onderstaand overzicht legt de relatie tussen beoogde kengetallen, de implicaties voor de infrastructuur en de daarvoor relevante beleidsstukken.

	Kengetallen	Implicaties infrastructuur	Beleidsrelevantie
1	Organisatie van de eerste lijn	Vragenlijsten onder zorgverleners Nivel Zorgregistraties (huisartsenpraktijken/paramedische zorg)	Zorg op de juiste plek, Langer thuis.
2	Uitkomstinformatie patiëntenperspectief in relatie tot zorggebruik.	Uitbreiden koppeling Nivel panels aan huisartsendata Nivel Zorgregistraties.	Uitkomstgerichte zorg, samen beslissen
3	Verschuivingen tussen tweede en eerste lijn	Koppelen gegevens Nivel Zorgregistraties-Dutch Hospital Data/Vektis/DIS.	Zorg op de juiste plek, Langer thuis.
4	Verhouding wijkverpleging-huisartsenzorg.	Ontsluiten gegevens wijkverpleging, koppeling met huisartsendata Nivel Zorgregistraties.	Zorg op de juiste plek, Langer thuis.
5	Verhouding huisartsenzorg – sociaal domein.	Ontsluiten gegevens sociaal domein en koppelen met huisartsendata Nivel Zorgregistraties.	Zorg op de juiste plek, Langer thuis
6	Overgang huisartsenzorg – langdurige zorg	Ontsluiten gegevens verpleeghuizen en koppelen met huisartsendata Nivel Zorgregistraties.	Zorg op de juiste plek, Langer thuis
7	Gebruik eerstelijnsverblijf	Ontsluiten gegevens eerstelijnsverblijf en koppelen met huisartsendata Nivel Zorgregistraties.	Zorg op de juiste plek, Langer thuis.
8	Relatie WMO, jeugdzorg – huisartsenzorg	Ontsluiten gegevens sociaal domein en koppelen met huisartsendata Nivel Zorgregistraties.	Zorg op de juiste plek, Langer thuis
9	Gebruik ketenzorg in relatie tot huisartsenzorg segment 1, ziekenhuiszorg	Ontsluiten ketenzorginformatiesystemen en koppelen met huisartsendata Nivel Zorgregistraties	Zorg op de juiste plek, Langer thuis
10	Eerste lijn in relatie tot gebruik spoedzorg	Vragenlijst huisartsenposten, ontsluiten SEH gegevens en koppelen met huisarts en HAP gegevens Nivel Zorgregistraties	Zorg op de juiste plek, Langer thuis
11	Sociaal economische verschillen	Koppeling gegevens sociaal statistisch bestand CBS met data Nivel Zorgregistraties	Zorg op de juiste plek, Uitkomstgerichte zorg, Samen beslissen, Langer thuis.

Bovenstaand schema maakt duidelijk dat de veranderingen in het zorglandschap nieuwe eisen stellen aan het datalandschap. Zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven, zijn de mogelijkheden er om het datalandschap zo in te richten dat de beoogde kengetallen kunnen worden gegenereerd. Maar dat zal niet vanzelf gaan. Belangrijke vragen in dat verband zijn namelijk:

- In hoeverre zijn ‘eigenaren’ van data bereid om gegevens beschikbaar te stellen? Welke governance afspraken moeten we maken met deze ‘eigenaren’?

- Wat is de kwaliteit van de gegevens? Hoe bruikbaar zijn ze voor welk doel?
- Hoe zorgen we er voor dat die kwaliteit waar nodig wordt verbeterd?
- In hoeverre kunnen gegevens tijdig beschikbaar komen?
- In hoeverre zijn de doelen waarmee gegevens verzameld zijn compatibel met waarvoor ze worden hergebruikt?

Een recent artikel van Verheij e.a. (2018) omvat een overzicht van mogelijke 'sources of bias' bij het gebruik van routine zorgdata. Gegevens die voor één doel worden vastgelegd, kunnen vaak niet zonder aanvullende selecties of analyses ook voor een ander doel worden gebruikt. Op dit moment is bijvoorbeeld nog onduidelijk in hoeverre Wmo gegevens geschikt zijn voor het berekenen van kengetallen, of wat de kwaliteit van gegevens uit persoonlijke gezondheidsomgevingen is of zal zijn.

Duidelijk is dat niet alles tegelijk mogelijk is. Er zal een prioritering aangebracht moeten worden. Het is aan de betreffende beleidsmakers om daarover met de veldpartijen te beslissen.

7 Beschouwing

Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg verandert voortdurend. Om in te kunnen spelen op het toenemend aantal mensen met een chronische ziekte, stijgende zorgkosten, steeds meer beschikbare medische technologie en minder beschikbaar personeel, zijn nieuwe wettelijke kaders en maatregelen ontwikkeld, die de afgelopen jaren stapsgewijs zijn ingevoerd en wordt nieuw beleid ontwikkeld. Doel is te komen tot een verschuiving van de zorg naar het eigen oplossend vermogen van burgers en een verschuiving van specialistische zorg op afstand naar zorg dicht in de buurt van patiënten. Dit stelt toenemende eisen aan de eerstelijnsgezondheidszorg die zowel in de eerste als in de tweede verschuiving een cruciale plaats inneemt.

Waarom deze studie?

Deze studie beschrijft en analyseert hoe de eerste lijn zich ontwikkelt in het licht van deze veranderingsprocessen. Een overzicht van hoe de eerste lijn er nu voor staat en zich heeft ontwikkeld in de jaren voor en net na de belangrijke transities in de zorg, is nu nodig. Immers, de gezondheidsproblemen in de bevolking veranderen en nemen toe. Dat is enerzijds een gevolg van grote veranderingen in de aard van de zorgbehoefte door vergrijzing en multimorbiditeit. Anderzijds dragen ook de veranderingen in het beleid hieraan bij. Het gaat dan om decentralisatie van zorg en opvang naar de gemeenten, de veranderingen in de langdurige zorg, het beleid om te stimuleren dat ouderen en mensen met beperkingen langer zelfstandig thuis wonen, en de veranderingen in de GGZ. De veranderingen in beleid hebben bedoelde en onbedoelde effecten voor de eerste lijn.

Voor wie is deze studie?

De studie levert informatie en inzicht op. Op basis daarvan kunnen de betrokken partijen bij de eerste lijn zo nodig hun beleid bijsturen. We doen ook een voorstel voor kengetallen waarmee na afloop van de studie kan worden bijgehouden hoe de eerste lijn zich ontwikkelt. Voor de overheid levert het onderzoek kennis op om de systeemverantwoordelijkheid voor de zorg te kunnen realiseren: de ontwikkelingen te monitoren en waar nodig bij te sturen en de betrokkenen aan te spreken op resultaten. De organisaties van eerstelijnsprofessionals kunnen de resultaten van de studie gebruiken om hun beleid aan te scherpen. Informatie over de organisatie van eerstelijnspraktijken en hun onderlinge en externe samenwerking geeft inzicht in de omstandigheden waaronder eerstelijnszorgverleners werken, hun samenwerking, werkdruk en arbeidssatisfactie. De totstandkoming van verschuivingen in de zorg vraagt om vergroting van het probleemoplossend vermogen van de eerste lijn. Voor patiënten en hun organisaties staan de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg in de eerste lijn centraal. Voor zorgverzekeraars is belangrijk dat een goed functionerende eerste lijn kosten kan besparen en kwaliteit verhogen.

Probleemoplossend vermogen van de eerste lijn als centraal thema

De centrale vraag is of de eerste lijn de veranderingen aan kan. Is het probleemoplossend vermogen van de eerste lijn voldoende? Het probleemoplossend vermogen van de eerste lijn zit in de organisatie van de eerste lijn zelf en in de relaties van de eerste lijn met andere sectoren. Het gaat daarbij deels om de organisatie van eerstelijnspraktijken (bijvoorbeeld het beschikbare personeel), de onderlinge relaties tussen eerstelijnspraktijken van verschillende disciplines en de relaties met het sociale domein, de tweede lijn en de GGZ.

De specifieke vragen waarop dit onderzoek zich richt gaan over de uitdagingen waarvoor de eerste lijn zich geplaatst ziet (besproken in hoofdstuk 2), over de positie van de eerste lijn in het bredere

zorglandschap van de gezondheidszorg (in hoofdstuk 3), over de organisatie van de centrale discipline in de eerste lijn, de huisartsenzorg (in hoofdstuk 4), over de mate waarin de huisartsenzorg tegen het licht van de uitdagingen in staat is toegankelijke en kwalitatief goede zorg te leveren (in hoofdstuk 5) en tenslotte wat zinvolle kengetallen zijn om de toekomstige ontwikkeling van de eerste lijn te blijven monitoren (besproken in hoofdstuk 6).

Uitdagingen voor de eerste lijn (hoofdstuk 2)

De eerste onderzoeksvraag ging in op de uitdagingen voor de eerste lijn (hoofdstuk 2).

Wat zijn de uitdagingen waarvoor de eerste lijn zich gesteld ziet op grond van veranderingen in de leeftijdsopbouw van de bevolking en daarmee samenhangende verandering in morbiditeit, zorgbehoefte en zorggebruik?

De Nederlandse bevolking vergrijsst en dat gaat nog wel even door. Vooral het aandeel mensen ouder dan 80 jaar neemt snel toe en blijft nog lang stijgen. Een groter aandeel van hen zal zelfstandig wonen in de toekomst en daarmee tot de zorgpopulatie van de eerste lijn behoren. Met het stijgen van de leeftijd neemt ook de zorgvraag toe. Ouderen hebben vaker een of meer chronische aandoeningen dan jongeren en het aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen is in de loop van de tijd gestegen.

Dit vertaalt zich in een stijging van het zorggebruik in de huisartspraktijk, maar daarbij spelen ook nog twee andere ontwikkelingen een rol, namelijk een lagere drempel om hulp te zoeken in de bevolking, mede ingegeven door meer medische mogelijkheden, en een verschuiving van zorg van institutioneel naar ambulante en van tweede naar eerste lijn. Zowel het gebruik van zorg van huisartsen zelf als van andere praktijkmedewerkers is toegenomen. De andere medewerkers in huisartspraktijken, de praktijkondersteuners, hebben vooral zorg op het gebied van chronische ziekten en psychische problemen overgenomen.

Het voorschrijven van geneesmiddelen is de meest voorkomende interventie in huisartspraktijken. Het is voor verschillende middelen het dubbele van wat het aan het begin van deze eeuw was en vergeleken met dertig jaar geleden is de stijging helemaal groot. Dat komt door een combinatie van factoren; er zijn meer medicamenteuze behandelingen mogelijk, er zijn meer mensen met een chronische aandoening en meer van hen worden in de eerste lijn behandeld. Nederlandse huisartsen staan bekend om hun terughoudende beleid bij het voorschrijven van geneesmiddelen, daarbij gesteund door de standaarden van het NHG die als het kan afwachtend beleid adviseren. Bijzonder is dat het voorschrijven van antibiotica – een punt van zorg vanwege het risico van resistentie – over de afgelopen dertig jaar juist is gedaald.

De zorgvraag en het zorggebruik zijn dus gestegen, maar is het zorgaanbod in huisartspraktijken ook navenant toegenomen? Het aantal huisartsen is in de afgelopen decennia fors toegenomen; een deel van de toename is alleen al nodig om de bevolkingsgroei op te vangen, nog naast de vergrijzing. Door een afname van het aantal uren dat huisartsen werken is de toename in fulltime equivalenten veel minder sterk. Daardoor is het aantal inwoners per fulltime equivalent huisarts – dit is een benadering van de praktijkgrootte per huisarts – de afgelopen tien jaar nagenoeg hetzelfde gebleven.

Zorglandschap: beleidsomgeving en zorgomgeving (hoofdstuk 3)

Tezamen definiëren bovenstaande ontwikkelingen het probleem waar de eerste lijn – en in dit rapport vooral de huisartsenzorg – zich geplaatst ziet: een toenemende zorgvraag en slechts een beperkte uitbreiding van het zorgaanbod. Maar daarmee is niet het hele verhaal verteld. Ook de omgeving waarin de eerste lijn functioneert is veranderd. Ons gezondheidszorgsysteem heeft enkele grote

hervormingen ondergaan, de tweedelijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn veranderd en zorg en opvang van mensen met beperkingen is naar de gemeenten verschoven. De eerste lijn zelf is ook veranderd. Huisartspraktijken bestaan niet meer alleen uit huisartsen, maar ook uit ander personeel. Ook andere zorgverleners in de eerste lijn behandelen en begeleiden patiënten. Het hele zorglandschap is veranderd.

Hoe is het zorglandschap in termen van het beleid en van de positie van centrale actoren gedurende de afgelopen decennia veranderd?

Niet alleen de zorgvraag en het zorggebruik in de eerste lijn en met name in de huisartspraktijk zijn veranderd, ook de omgeving waarin zorgvraag en zorgaanbod bij elkaar komen is veranderd. De eerste lijn functioneert in een andere beleidsomgeving en zorgomgeving dan enkele decennia geleden.

Wat de beleidsomgeving aangaat, is al sinds de jaren 1970 een constante factor dat de eerste lijn centraal staat, maar er is ook veel veranderd. Het ordeningsprincipe van de gezondheidszorg is verschoven van ordening gebaseerd op planning naar ordening gebaseerd op gereguleerde competitie. Daar is met de recente hervorming van de langdurige zorg en de decentralisatie naar de gemeenten een ander ordeningsprincipe naast komen te staan: lokale regeling en uitvoering van een deel van de zorg en ondersteuning.

Naast de constante factor van de eerste lijn en het idee dat zorg zoveel mogelijk in de buurt, dicht bij mensen thuis moet plaats vinden, zijn er ook elementen uit eerder beleid die terugkomen. In het beleid om te komen tot een geplande gezondheidszorg in de jaren 1970 en de eerste helft van de jaren '80 paste het opheffen van het onderscheid tussen ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten. Dat is pas gerealiseerd met de hervorming van de zorgverzekering in 2006. Gemeenten zouden in de geplande gezondheidszorg die in de jaren 1970 en 1980 werd voorgestaan een belangrijke rol krijgen. Dat is toen nauwelijks ingevoerd, maar met de hervorming van de langdurige zorg en de decentralisatie van taken hebben gemeenten nu wel een belangrijke rol gekregen. Een ander terugkerend element is sturing via landelijke afspraken. In het stelsel van gereguleerde competitie staat sturing door contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders centraal. Omdat die contracten niet de gewenste resultaten hadden op het gebied van kosten en kwaliteit, wordt teruggerepen op een beproefd element van beleid in Nederland, het landelijk overleg tussen overheid en veldpartijen; ofwel het poldermodel.

Naast de beleidsomgeving is ook de zorgomgeving van de eerste lijn veranderd. Binnen de geneeskunde heeft een sterke specialisatie plaats gevonden en het aantal medisch-specialisten is sterk toegenomen; sterker dan het aantal huisartsen. Het aantal ziekenhuizen en ziekenhuisbedden is verminderd. Mensen liggen korter in het ziekenhuis en specialistische zorg vindt vaker plaats in dagbehandeling en ambulante behandeling die vaak nog forse nazorg vereisen. Voor een deel komt die nazorg bij zorgverleners in de eerste lijn.

De schaal waarop organisaties in de omgeving van de eerste lijn zijn georganiseerd, is over het algemeen vele malen groter dan de schaal van de meeste eerstelijnsvoorzieningen. Dat veroorzaakt een asymmetrie in de relaties. Het persoonlijk contact tussen huisartsen en specialisten – om maar een voorbeeld te noemen - is veel minder dan in het verleden, waardoor een simpel telefoontje om even een probleem op te lossen of een advies te vragen vaak niet lukt of veel tijd kost.

De eerste lijn zelf is nog steeds versnipperd. Het aantal geïntegreerde eerstelijnsvoorzieningen waarin zorg wordt verleend voor dezelfde patiëntenpopulatie door verschillende zorgaanbieders, is gering.

De belangrijkste eerstelijnsvoorzieningen zijn afzonderlijke praktijken die met elkaar in verbinding staan via uitwisseling van gegevens (bv. huisartsen en apothekers via de elektronische recepten), onderlinge verwijzingen in min of meer vaste netwerken (mede afhankelijk van de geografische omstandigheden) en via min of meer regelmatig overleg. Naarmate patiënten meer of vaker zorg nodig hebben van verschillende eerstelijnszorgverleners, wordt coördinatie belangrijker. Bij het regelen van zorg voor patiënten spelen schaalvergroting en onpersoonlijker relaties een rol.

Daarnaast hebben de patiënten en hun naasten die met het systeem moeten omgaan, niet altijd de mogelijkheden om het geheel goed te overzien, de regie te houden. Centraal stellen van de persoon van de patiënt vraagt veel coördinatie binnen de eerste lijn en tussen de eerste lijn en andere voorzieningen. Waar dingen in de coördinatie misgaan die patiënten en hun naasten niet zelf kunnen oplossen, kunnen crisissituaties optreden. Die werken vaak door op de eerste lijn, bij huisartsen, wijkverpleegkundigen en op huisartsenposten.

Organisatie van de huisartspraktijk (hoofdstuk 4)

De organisatie van de huisartspraktijken bepaalt in belangrijke mate in hoeverre de eerste lijn toegerust is de uitdagingen het hoofd te bieden. In dit onderzoek gaan we hier op in met de volgende vragen:

Wat is de huidige stand van zaken wat betreft de organisatie van huisartspraktijken? Hoe zien huisartspraktijken hun positie in de gezondheidszorg, wat is de personele en materiële uitrusting van praktijken en hoe is de samenwerking binnen de eerste lijn, met het sociale domein en de openbare gezondheidszorg, en met de tweede lijn?

Om het hoofd te bieden aan de uitdagingen van een grotere zorgvraag en aan de veranderingen in het zorglandschap moeten huisartspraktijken hun positie in de gezondheidszorg patiëntgericht en populatiegericht opvatten. Ze moeten goed toegerust zijn op hun taken door de beschikking over personeel en materiële toerusting en ze moeten relaties onderhouden en samenwerken binnen de eerste lijn en met andere sectoren van de gezondheidszorg en het sociale domein. We hebben op basis van een enquête onder huisartspraktijken bekeken in hoeverre aan deze drie vereisten is voldaan.

De klassieke visie van de huisarts op zijn rol in de gezondheidszorg, namelijk dat mensen die geen contact met de praktijk opnemen, klaarblijkelijk gezond zijn, wordt maar door een kwart van de huisartsen onderschreven. We denken dat dit percentage enkele decennia geleden veel hoger zal zijn geweest. Qua visie op hun positie zijn huisartspraktijken op de toekomst voorbereid. De meerderheid heeft een brede visie op gezondheid, die patiënten centraal stelt en niet hun ziekte, die ook rekening houdt met sociale problemen en die verantwoordelijkheid voor de populatie neemt. Ze hebben ook in meerderheid een innovatieve visie op hun rol; toepassen van nieuwe ontwikkelingen, transparant zijn, zorg overnemen van de tweede lijn, patiënten betrekken bij de praktijk.

Tegelijk is de huisartspraktijk ook nog steeds een onderneming die financieel goed moet kunnen draaien. Huisartspraktijken zijn gevoelig voor omgevingsbedreigingen voor de gezondheid van hun patiënten. Ze zitten vergeleken met huisartsen in andere landen in een positie waarin ze dat kunnen waarmaken doordat patiënten zijn ingeschreven bij een vaste huisartspraktijk en doordat ze beschikken over goede en volledige elektronische medische dossiers. Hierdoor kunnen ze relatief gemakkelijk een overzicht krijgen van hun hele praktijkpopulatie.

Het aantal solopraktijken is de afgelopen decennia afgenomen en waar praktijken nog één praktijkhouder hebben, werkt er vaak een HIDHA (een huisarts die in loondienst is van een

praktijkhouder) of vaste waarnemer in de praktijk waardoor in elk geval monodisciplinaire consultatie en samenwerking mogelijk is. Nagenoeg alle praktijken hebben, naast praktijkassistentes, een of meer praktijkondersteuners (POH's) in dienst. Daardoor hebben huisartspraktijken meer dan vroeger capaciteit om chronisch zieken en mensen met psychische problemen te begeleiden en behandelen. Huisartspraktijken dragen bij aan de toekomstige personeelsvoorziening door hun opleidingsfunctie voor nieuwe huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkassistentes. Ruim twee vijfde van de praktijken heeft ook een vorm van managementondersteuning (voor een deel van de tijd). Het aantal praktijken waarin ook andere eerstelijnszorgverleners werken is beperkt. In een derde van de praktijken zijn een of meer vertegenwoordigers van andere eerstelijnsdisciplines werkzaam, het vaakst zijn dat diëtisten. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de rol die diëtisten spelen in de ketenzorg voor chronisch zieken, voor wie voeding en lichaamsgewicht een belangrijk aandachtspunt zijn. De materiële uitrusting van Nederlandse huisartspraktijken is goed te noemen. Hun medisch-technische uitrusting verhoudt zich positief ten opzichte van huisartsen in andere landen. Nederland zit hierbij in de top tien van Europese landen. Nederlandse huisartspraktijken zijn betrekkelijk positief over hun huisvestingssituatie. Het meest positief zijn ze over de ICT-voorzieningen en het minst over de privacy van patiënten aan de balie. Om dat laatste goed te regelen zijn veel ruimte en bouwtechnische aanpassingen nodig. Ook de economische situatie van de praktijk wordt over het algemeen positief ingeschat.

In de meeste huisartspraktijken vindt regelmatig intern overleg plaats. Doordat er meer personeel werkt in de praktijken, moet dat ook wel. Het interne overleg is goed gestructureerd en leidt tot afspraken die ook weer getoetst worden. Dit laatste is veel minder het geval in het externe overleg binnen de eerste lijn, met uitzondering van het farmacotherapeutisch overleg met apothekers, dat al een langere geschiedenis heeft, meer geïnstitutionaliseerd is en veelal wordt voorbereid door een apotheker. Het externe overleg met andere eerstelijnszorgverleners is vooral met wijkverpleegkundigen en apothekers. Wijkverpleegkundigen hebben snel weer een belangrijke positie in de eerste lijn gekregen, nu hun takenpakket bij de hervorming van de langdurige zorg is uitgebreid met de indicatiestelling.

De sociale wijkteams die in de meeste gemeenten zijn ingesteld om de taken van gemeenten op het gebied van opvang en begeleiding van mensen met beperkingen uit te kunnen voeren zijn een belangrijke samenwerkingspartner voor huisartspraktijken. Ten tijde van de enquête – eind 2017 – had ruim een derde van de praktijken regelmatig overleg met het sociale wijkteam. Dit hangt samen met de visie van praktijken op hun rol; de klassieke visie op de rol van de huisartspraktijk gaat samen met minder overleg met het sociale wijkteam en een meer extern gerichte oriëntatie gaat samen met meer overleg. Met de jeugdzorg (ook sinds 2015 een taak van de gemeenten) heeft een kwart van de praktijken geregeld overleg. Met de GGD, de uitvoerder van de publieke gezondheidszorg, is nauwelijks overleg. De relaties met de tweede lijn zijn bij ruim een vijfde van de praktijken gestructureerd door vastgelegde afspraken. In de overige gevallen zijn er wel afspraken met individuele specialisten of alleen verwijs- en adviesrelaties. Internisten zijn de meest voorkomende vraagbaak voor huisartsen.

Onze conclusie is dat Nederlandse huisartspraktijken in meerderheid een visie op hun positie in de gezondheidszorg hebben die aansluit bij de ontwikkelingen in zorgvraag en beleid en dat ze relatief goed zijn toegerust om die visie vorm te geven. Wat betreft de externe samenwerking en relaties binnen de eerste lijn en daarbuiten, lijkt versterking nodig te zijn, maar de vraag is hoe en op welk niveau dat moet worden georganiseerd. Voor de ondersteuning van praktijken hierbij en bij hun populatiegerichte verantwoordelijkheid is nu een betaaltitel. De afspraken tussen huisartsen, zorggroepen en zorgverzekeraars zullen laten zien hoe dit wordt ingevuld en de toekomst zal leren of dit leidt tot meer gestructureerde samenwerking en betere coördinatie van zorg.

De prestaties van de eerste lijn (hoofdstuk 5)

Aan de hand van onderstaande vraag is nagegaan hoe goed de eerste lijn presteert, gegeven de veranderingen in het zorglandschap:

In hoeverre hangen verschillen in de organisatie van huisartspraktijken samen met proces- en uitkomstindicatoren en in hoeverre bestaan er verschillen in (verandering in) zorggebruik tussen groepen burgers/patiënten en tussen regio's?

Ondanks de uitdagingen van toegenomen zorggebruik en complexere zorgproblemen is de toegankelijkheid van huisartsenzorg goed gebleven. Mensen kunnen snel bij een huisarts terecht, zeker ook in vergelijking met de situatie elders in de gezondheidszorg (denk aan de GGZ en de tweede lijn) en in andere landen. Wel is de consultduur nog steeds kort. Voor een deel is de toegenomen en complexere zorgvraag opgevangen door meer vragen van patiënten telefonisch te behandelen en doordat praktijkassistentes patiënten adviseren over de noodzaak de huisarts zelf te spreken. In de toekomst zullen e-mailconsulten en andere vormen van internetcontact ook een belangrijkere rol spelen, dat is althans de inzet van het beleid. Huisartspraktijken zijn vaak al toegankelijk via internet, maar veel patiënten weten dat niet of hebben daar nog een zekere weerstand tegen.

De organisatie van huisartspraktijken hangt tot op zekere hoogte samen met de toegankelijkheid van praktijken, maar het is niet zo dat daar een klip en klaar beeld uit naar voren komt. De toegankelijkheid lijkt wat groter bij praktijken met een meer innovatieve visie op hun rol in de gezondheidszorg en bij praktijken met een ruimere uitrusting. In grotere praktijken in termen van de hoeveelheid personeel (POH's en huisartsen) lijken patiënten minder snel een afspraak te kunnen krijgen.

Nederlandse huisartsen bieden een ruim scala aan diensten aan. We hebben het dienstenaanbod op vijf gebieden bekeken: preventie, het fungeren als eerste aanspreekpunt voor patiënten, de behandeling en follow-up van (vooral chronische) aandoeningen, het uitvoeren van technische verrichtingen en de ondersteuning van zelfmanagement. Op het gebied van programmatische preventie en gezondheidsvoorlichting zijn Nederlandse huisartsen zeker geen koploper, maar ze zijn de afgelopen decennia wel meer aan preventie gaan doen.

Nederlandse huisartsen fungeren duidelijk als eerste aanspreekpunt in de gezondheidszorg. Wel zien zij zichzelf bij sociale problemen minder als eerstaangewezen zorgverlener dan in het verleden. Deze verschuiving past in een situatie waarin huisartspraktijken met een groeiende en meer complexere zorgvraag te maken hebben en dus prioriteiten moeten stellen, maar het past minder bij een persoonsgerichte aanpak waarin het onderscheid tussen medische en sociale aspecten – althans vanuit het perspectief van de persoon – niet zo relevant is.

Huisartsen zijn actiever geworden bij behandeling en follow-up van aandoeningen. Evenals bij de toegenomen aandacht voor preventie zou dit kunnen samenhangen met de opkomst van praktijkondersteuners in Nederlandse huisartspraktijken en de bekostiging van een deel van de zorg voor chronisch zieken in ketenzorgprogramma's. In huisartspraktijken worden veel technische verrichtingen zelf gedaan die in andere landen door medisch specialisten worden gedaan. Op het gebied van ondersteuning van zelfmanagement zijn geen vergelijkingen over de tijd of tussen landen mogelijk. We mogen aannemen dat – mede met de komst van praktijkondersteuners en ketenzorgprogramma's – ook de nadruk op ondersteuning van zelfmanagement is toegenomen.

Huisartspraktijken met een meer innovatieve visie op hun positie bieden een breder dienstenaanbod aan. De hulpbronnen waarover praktijken kunnen beschikken hebben bij het dienstenaanbod op het

gebied van technische verrichtingen een directe relatie; zonder ruime beschikbaarheid van medisch-technische uitrusting kunnen verrichtingen niet worden uitgevoerd. Huisartspraktijken met gezamenlijke huisvesting met andere eerstelijnsdisciplines zeggen minder te fungeren als eerste aanpreekpunt en leggen wat minder nadruk op zelfmanagementondersteuning. Dit zou kunnen wijzen op taaksubstitutie. Paramedische zorgverleners nemen door hun directe toegankelijkheid en door hun rol bij zelfmanagementondersteuning wellicht werk over van huisartspraktijken. Praktijken die meer samenwerken binnen de eerste lijn en met adviesrelaties met de specialisten op het gebied van ouderen (geriaters en specialisten ouderengeneeskunde) hebben een breder dienstenaanbod.

De contracten voor ketenzorg rond chronische aandoeningen vereisen het verzamelen van een aantal indicatoren op het gebied van zorgprocessen en uitkomsten. De proces- en uitkomstindicatoren hangen nauwelijks met elkaar samen. Dit kan op twee manieren worden geïnterpreteerd. Ten eerste is het denkbaar dat het uitvoeren van alle processtappen en het vastleggen van allerlei aspecten van de leefstijl van patiënten er nog niet van zelf toe leidt dat de uitkomsten ook beter zijn. Ofwel: uitvoering van de processtappen hoeft nog niet te leiden tot betere resultaten. Om dat te bereiken moeten ook in het proces de juiste dingen worden gedaan. Ten tweede kan een verband ook afwezig zijn, omdat we niet in staat zijn de ernst van de chronische aandoeningen van patiënten in de ketenzorgprogramma's mee te nemen. In een momentopname zijn de uitkomsten namelijk ook indicatief voor de ernst van de aandoeningen die de patiënten in de ketenzorgprogramma's hebben. Deze gegevens vragen dus nadere analyse, bij voorkeur met ontwikkelingen in de tijd.

Het dienstenaanbod van praktijken in het algemeen – dus naast de specifieke activiteiten binnen de ketenzorgprogramma's – laten een interessante samenhang zien met de uitkomstindicatoren: het percentage COPD-patiënten met een sterk beperkte longfunctie is lager als praktijken zelfmanagementondersteuning meer als hun werkwijze beschouwen. Bij een aantal samenhangen die we vonden met aspecten van de organisatie van praktijken, zoals openingstijden of terugkoppeling door patiënten, is zo'n directe interpretatie niet mogelijk en zijn er nogal wat redeneerstappen tussen praktijkorganisatie en uitkomsten. Het is denkbaar dat huisartspraktijken met een bredere visie op de gezondheid van hun patiënten en praktijken die terugkoppeling van patiënten krijgen, de uitvoering van ketenzorgprogramma's meer laten afhangen van de individuele patiënten. Dat zou kunnen leiden tot andere scores op uitkomstindicatoren. Hoe dat ook zij, we hebben niet de mogelijkheid om de paden die leiden tot betere uitkomsten met de beschikbare informatie te achterhalen. De patiëntgebonden uitkomsten op het gebied van de ketenzorg zijn eigenlijk nog tussenuitkomsten. Er wordt vastgesteld of bijvoorbeeld patiënten met hartvaatziekten een goede bloeddruk hebben, maar of deze patiënten zich ook op langere termijn gezond voelen wordt (nog) niet vastgesteld.

Zorggebruik en kwetsbare groepen

Een van de bedoelde uitkomsten van een goedgeorganiseerde eerste lijn is dat de zorg toegankelijk is voor iedereen die het nodig heeft. Hiervoor hebben we gekeken naar toegankelijkheid vanuit het perspectief van de huisartspraktijken. We hebben daarnaast ook gekeken naar verschillen tussen bevolkingscategorieën in zorggebruik en naar geografische verschillen.

Mensen met een lage sociaaleconomische status zijn ongezonder en dat vertaalt zich in hun zorggebruik in de huisartspraktijk. Zij hebben een hoger zorggebruik. De verschillen zijn het grootst in de lagere leeftijdsgroepen. Zelfs over een korte tijd gezien, 2013-2015, neemt het verschil vooral in de lagere leeftijdsgroepen toe. Mensen met psychische problemen gebruiken meer zorg. De wijziging van het verwijzingsmodel voor de GGZ vanaf 2014 gaat samen met meer contacten van mensen met psychische problemen met de huisartspraktijk. Mensen met psychische aandoeningen en een lage sociaaleconomische status hebben extra veel contacten met de huisartspraktijk. Oudere mensen gebruiken ook meer huisartsenzorg. Belangrijk is dat er in de periode 2013-2016 een toename is in

wat men zou kunnen noemen de zorgzwaarte van ouderen: een verschuiving naar meer lange consulten en visites. Ook is er meer overleg rond oudere patiënten nodig. Er zijn geografische verschillen in zorggebruik in Nederland met meer zorggebruik in gemeenten in de krimpregio's in Oost-Groningen en Zuid-Limburg. In dezelfde gebieden is ook het zorggebruik van mensen met meerdere chronische aandoeningen hoger. Het zorggebruik van mensen met psychische aandoeningen laat geen duidelijk geografisch patroon zien.

In het beleid rond de eerste lijn zijn verschuivingen van de tweede naar de eerste lijn sinds jaar en dag een belangrijk aandachtspunt. Voor veel huisartspraktijken passen deze verschuivingen in hun visie op hun positie in de gezondheidszorg. Het is echter heel moeilijk om substitutie aan te tonen. Er is een combinatie van gegevens uit de eerste lijn over wat huisartsen doen en de tweede lijn over wat specialisten doen, voor nodig. De informatiesystemen zijn te weinig op elkaar afgestemd om dat in detail te kunnen en om specifieke verschuivingen aan te tonen. We hebben daarom op een grovere manier gekeken en voor een aantal aandoeningen vastgesteld wie bij de behandeling betrokken zijn: alleen huisartsen, zowel huisartsen als specialisten of alleen specialisten. We hebben dit nu voor twee jaar gedaan (2013 en 2014; een probleem met de tweedelijns cijfers is dat het lang duurt voor ze beschikbaar zijn), maar deze gegevens gaan pas iets zeggen over substitutie als ze over een langere periode beschikbaar zijn. Ze zijn op dit moment ook nog niet direct koppelbaar aan de enquêtegegevens over de praktijkorganisatie waardoor een dwarsdoorsnede analyse niet mogelijk is.

Kengetallen voor de toekomst (hoofdstuk 6)

Het einde van de uitdagingen waar de eerste lijn voor staat is nog lang niet in zicht. Het aantal ouderen en daarmee de zorgbehoefte stijgt door de komende jaren zal het beleid erop gericht blijven om de zorg betaalbaar te houden en van goede kwaliteit. De eerste lijn blijft daarin een belangrijke rol spelen. Dit komt onder meer tot uitdrukking in beleidsnotities als Juiste zorg op de juiste plek, Langer thuis en Uitkomstgerichte zorg. Tegen de achtergrond van het beleid is het van belang om ook in de toekomst de eerste lijn te blijven volgen. Onze laatste onderzoeksvraag gaat hierover:

Welke kengetallen met betrekking tot de uitdagingen, organisatie, zorgprocessen en uitkomsten kunnen worden gebruikt om de ontwikkelingen in de eerste lijn te monitoren in het licht van de doorwerking van beleidsmatige veranderingen?

In deze studie hebben we in belangrijke mate gebruik kunnen gemaakt van gegevens die worden verzameld in het kader van Nivel Zorgregistraties eerste lijn. Het gaat hier om gegevens afkomstig uit elektronische patiëntendossiers van eerstelijnszorgverleners. We hebben voornamelijk gegevens uit de patiëntendossiers van huisartsen gebruikt. Aanvullend hebben we een vragenlijst uitgezet onder huisartspraktijken om informatie te verzamelen over de organisatie van praktijken, hun toegankelijkheid en hun dienstenaanbod. Om verschillen tussen sociaaleconomische categorieën in kaart te brengen, is een gegevenskoppeling tot stand gebracht met het sociaal statistisch bestand van het CBS. En tenslotte is er een koppeling tot stand gebracht tussen gegevens over zorggebruik in de tweede lijn, met zorggebruik in de eerste lijn. Dit om verschuivingen in de zorg te kunnen nagaan. Dit instrumentarium kan ook in de toekomst worden ingezet. Kengetallen voor de toekomst zullen zich echter nog meer over de grenzen van de eerste lijn moeten uitstrekken en dat heeft implicaties voor de gegevensinfrastructuur. Onderstaand overzicht toont een aantal suggesties voor kengetallen voor de toekomst, de infrastructurele implicaties en de relevantie voor het beleid.

Kengetallen	Implicaties infrastructuur	Beleidsrelevantie	
1	Organisatie van de eerste lijn	Vragenlijsten onder zorgverleners Nivel Zorgregistraties (huisartsenpraktijken/paramedie)	Zorg op de juiste plek, Langer thuis.
2	Uitkomstinformatie patiëntenperspectief in relatie tot zorggebruik.	Uitbreiden koppeling Nivel panels aan huisartsendata Nivel Zorgregistraties.	Uitkomstgerichte zorg, samen beslissen
3	Verschuivingen tussen tweede en eerste lijn	Koppelen gegevens Nivel Zorgregistraties-Dutch Hospital Data/Vektis/DIS.	Zorg op de juiste plek, Langer thuis.
4	Verhouding wijkverpleging- huisartsenzorg.	Ontsluiten gegevens wijkverpleging, koppeling met huisartsendata Nivel Zorgregistraties.	Zorg op de juiste plek, Langer thuis.
5	Verhouding huisartsenzorg –sociaal domein.	Ontsluiten gegevens sociaal domein en koppelen met huisartsendata Nivel Zorgregistraties.	Zorg op de juiste plek, Langer thuis
6	Overgang huisartsenzorg – langdurige zorg	Ontsluiten gegevens verpleeghuizen en koppelen met huisartsendata Nivel Zorgregistraties.	Zorg op de juiste plek, Langer thuis
7	Gebruik eerstelijnsverblijf	Ontsluiten gegevens eerstelijnsverblijf en koppelen met huisartsendata Nivel Zorgregistraties.	Zorg op de juiste plek, Langer thuis.
8	Relatie WMO, jeugdzorg – huisartsenzorg	Ontsluiten gegevens sociaal domein en koppelen met huisartsendata Nivel Zorgregistraties.	Zorg op de juiste plek, Langer thuis
9	Gebruik ketenzorg in relatie tot huisartsenzorg segment 1, ziekenhuiszorg	Ontsluiten ketenzorginformatiesystemen en koppelen met huisartsendata Nivel Zorgregistraties	Zorg op de juiste plek, Langer thuis
10	Eerste lijn in relatie tot gebruik spoedzorg	Vragenlijsten huisartsenpost, ontsluiten SEH gegevens en koppelen met huisarts en HAP gegevens Nivel Zorgregistraties	Zorg op de juiste plek, Langer thuis
11	Sociaal economische verschillen	Koppeling gegevens sociaal statistisch bestand CBS met data Nivel Zorgregistraties	Zorg op de juiste plek, Uitkomstgerichte zorg, Samen beslissen, Langer thuis.

Duidelijk is dat niet alles tegelijk mogelijk is. Er is nog veel werk te verzetten om de versnippering van gegevens het hoofd te bieden, en om problemen met de kwaliteit van data en data-governance op te lossen. Er zal een prioritering aangebracht moeten worden. Het is aan de betreffende beleidsmakers en de veldpartijen om daarover te beslissen

Referenties

- Algera M, Francke AL, Kerkstra A, Zee J van der. An evaluation of the new home-care needs assessment policy in the Netherlands. *Health and social care in the community* 2003;11:232-241.
- Arum S van, Enden T van den. Sociale wijkteams opnieuw uitgelicht. Derde landelijke peiling onder gemeenten (zomer 2017). Utrecht: Movisie, 2018.
- Bakker DH de, Wulms MJP. Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg. Utrecht: Nivel, 1987.
- Bakker DH de, Dijk C van, Verheij RA. Huisartsenzorg in cijfers: meer contacten, maar niet meer langdurige contacten in achterstandswijken. *Huisarts en Wetenschap* 2008;51:585.
- Bakker DH de, Groenewegen PP. Primary care in the Netherlands: current situation and trends. *Italian Journal of Public Health*. 2009;6:128-35.
- Batenburg R. Praktijkovername in de eerste lijn Huisartsen, tandartsen en apothekers over hun overnamewensen als praktijkhouder of praktijkzoeker. Utrecht: Nivel, 2016.
- Batenburg RS, Kalf RJJ. Zorgaanbod, organisatie en strategie van gezondheidscentra in Nederland: Verschillen, trends en bekostiging Utrecht: Nivel, 2010.
- Batenburg R, Wiegers T, Ruizendaal W, Verheij R, de Bakker D. De NIVEL Zorgmonitor Krimpgebieden: resultaten van een quick scan en conceptueel monitorontwerp. Utrecht: Nivel, 2015.
- Batenburg RS, Vis EBA, van der Velden LFJ. Capaciteitsraming Fysiotherapie: Een scenario-onderzoek naar de instroom in de bachelor-opleiding fysiotherapie in Nederland. Utrecht: Nivel, 2018.
- Berg MJ van den, Kolthof ED, Bakker DH de, Zee J van der. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van de huisarts. Utrecht: Nivel, 2004.
- Bergen A van. Gouden jaren: hoe ons leven in een halve eeuw onvoorstelbaar is veranderd. Atlas Contact, 2014.
- Bes R. Selective contracting by health insurers: the perspective of enrolees. Utrecht: Nivel, 2018. Proefschrift Maastricht University.
- BENU. De Nederlandse apotheek: efficiënt in hoogwaardige kwaliteit. Maarsen: BENU, 2017.
- Blok G. De vermaatschappelijking van de Nederlandse psychiatrie. *Historisch Nieuwsblad* 2006/3
- Boerma WG, Fleming DM. *The Role of General Practice in Primary Care*. Copenhagen: World Health Organisation; 1998.
- Boerma WG, Van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *British Journal of General Practice* 1997; 47:481-486.

Boersma-van Dam E, Weesie Y, Hek K, Davids R, Winckers M, Korteweg L, de Leeuw L, Urbanus T, Schermer T, Nielen M. Zorg door de huisarts - Nivel Zorgregistraties eerste lijn: Jaarcijfers 2017 en trendcijfers 2011-2017. Utrecht: Nivel, 2018.

Bongers FJM. General practice in 1987 and 2001: changes in morbidity and interventions. Proefschrift Radboud Universiteit, Nijmegen, 2009.

Borgès da Silva R, Pineault R, Hamel R, Levesque J-F, Roberge D, Lamarche P. Constructing taxonomies to identify distinct forms of primary health care organisations. ISRN Family Medicine. 2013 (Article ID 798347):11.

Brabers AEM, Van Esch TEM, Groenewegen PP, Hek K, Mullenders P, Van Dijk L, et al. Is there a conflict between general practitioners applying guidelines for antibiotic prescribing and including their patients' preferences? Patient Preference and Adherence. 2018;12:9-18.

Brabers AEM, Van der Schors W, De Jong JD. Barometer wisselen van zorgverzekeraar. Utrecht: Nivel, 2018 (<https://www.Nivel.nl/consumentenpanel>, geraadpleegd 30-08-2018).

Braspenning J, Doorn-Klomborg A van, Bouma M, Westert G. Tijdsbesteding in de huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap 2012;55;542-547.

Bruers JJM. Trends en ontwikkelingen in de beroepsgroep en de beroepsuitoefening. QP Tandheelkunde 2017; 12: 14-19.

Bukman B. Succesvolle substitutie: omzet Beatrix Ziekenhuis daalt 8,3 procent. Zorgvisie 2018. <https://www.zorgvisie.nl/uitwisselingsproject-beatrix-ziekenhuis-succesvol-omzet-daalt-met-83-procent/>

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2013; deelrapport 3: beroepen mondzorg – tandartsen, mondhygiënist, kaakchirurgen, orthodontisten. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2013.

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2016; deelrapport 2: huisartsgeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2016.

Cardol M, Dijk L van, Jong JD de, Bakker DH de, Westert GP. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht: Nivel, 2004.

Coffie DSV, Wieggers TA, Schellevis FG. Verloskunde uit de eerste lijn: verschuiving in taakopvatting huisartsen. Medisch contact 2003;58;803-804.

Companje KP (red). Tussen volksverzekering en vrije markt: Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880-2006. Amsterdam: Aksant, 2008.

CPB. Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein. Den Haag: Centraal Planbureau, 2015.

DHD. Kengetallen Nederlandse ziekenhuizen 2014. Utrecht: Dutch Hospital Data, 2016.

Dijk CE van. Changing the GP payment system: do financial incentives matter? Tilburg PhD thesis University of Tilburg. Utrecht: Nivel, 2012.

Dijk CE van, Korevaar JC, de Jong J, Koopmans B, van Dijk M, de Bakker DH. Ruimte voor substitutie: verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg. Utrecht: Nivel, 2013.

Dijk CE van, Verheij RA, Brake H te, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, Bakker DH de. Changes in het remuneration system for general practitioners: effects on contact type and consultation length. *European Journal of Health Economics* 2014;15:83-91.

Dijk L van, Bouvy M, De Bakker DH, Floor-Scheudering A. Samenwerking tussen huisarts en openbaar apotheker: stand van zaken en mogelijkheden voor de toekomst. Utrecht: Nivel, 2016.

Dijk L van, Brabers A, Vervloet M. Farmaceutische zorg in de eerste lijn: ervaringen en meningen van burgers. Utrecht: Nivel, 2018.

Doekhie K, De Veer AJE, Rademakers JDDJM, Schellevis FS, Francke AL. Ouderen van de toekomst: verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg. Utrecht: Nivel, 2014.

Dool J van den. NIVEL Zorgregistraties – Zorg door de fysiotherapeut; jaarcijfers 2016 en trendcijfers 2011 – 2016. Utrecht: Nivel, 2017.

Eijkel R van, Van der Torre A, Kattenberg M, Eggink E. De markt voor huishoudelijke hulp: gemeentelijk inkoopbeleid en gebruik door burgers onder de Wmo2007. Den Haag: SCP/CPB, 2017.

Esch TEM van, Brabers AEM, Van Dijk C, Gusdorf L, Groenewegen PP, De Jong JD. Increased cost sharing and changes in noncompliance with specialty referrals in The Netherlands. *Health Policy*. 2017;121:180-8.

EXPH. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. Brussels: Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health, 2014.

Flinterman LE, Hoon S de, Bakker DH de, Verheij RA. Scenario's voor de differentiatie van het inschrijftarief huisartsenzorg op basis van zorgzwaarte. Handvatten voor de beleidsdiscussie om de differentiatie van het inschrijftarief te wijzigen. Utrecht: Nivel, 2016.

Flinterman LE, Korevaar J, Bakker DH de. Monitor: zorggebruik in de huisartsenpraktijk. Impact van beleidsmaatregelen op het zorggebruik van oudere patiënten. Utrecht Nivel 2017.

Francke AL, Rijken PM, Groot K de, Veer AJE de, Verkleij KAM, Boeije HR. Evaluatie van de wijkverpleging: ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals. Utrecht: Nivel, 2017.

Friedman C, Rubin J, Brown J, Buntin M, Corn M, Etheredge L, Gunter C, Musen M, Platt R, Stead W, Sullivan K, van Houweling D. Toward a science of learning systems: a research agenda for the high-functioning Learning Health System. *J Am Med Inform Assoc*. 2015;22(1):43–50.

Friele RD (red). Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg. Den Haag: ZonMw, 2009.

Friele R, Verhaak P. Vragen om problemen: een onderzoek onder de volwassen cliënten van RIAGG en AMW. Utrecht: Nivel, 1991.

Ginneken E van, Kroneman M. Long-term care reform in the Netherlands: too large to handle? *Eurohealth*, 2015; 21(3):47–50.

Greuningen M van. Health workforce planning in the Netherlands: How a projection model informs policy regarding the general practitioner and oral health care workforces. Proefschrift Tilburg University; Utrecht: Nivel, 2016.

Grinten T van der. De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een historisch beleidsonderzoek. Rotterdam: proefschrift Erasmus Universiteit, 1987.

Groenewegen PP, Sluijs EM. Naar een sterkere eerste lijn? Eindrapport. Utrecht: Nivel, 1988.

Groenewegen PP. Herstructurering van de gezondheidszorg van imperfecte planning naar een imperfecte markt? Utrecht: Nivel, 1992.

Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.

Groenewegen PP, Kerkstra A, Jansen GA. Wachtlijsten in de thuiszorg. Utrecht: Nivel, 1993.

Groenewegen PP. 'No regret'-beleid. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 1999;77:303-4.

Groenewegen PP, Kroneman MW, van Erp K, Broeren R, van Birgelen C. Kennissynthese: Patiëntenparticipatie in de eerste lijn. Utrecht: Nivel, 2016.

Groot K de, Maurits E, Francke A. Aantrekkelijkheid van het werken in de wijkverpleging: een online focusgroepstudie onder verpleegkundigen Verpleegkunde: 2018(2), 14-18.

Hansen J, Van Greuningen M, Batenburg RS. Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn: Achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie. Utrecht: Nivel, 2010.

Hassel D van, Velden L van der, Batenburg R. Diversiteit in de tijdsbesteding van huisartsen. Huisarts en Wetenschap: 2016; 59(4): 150-154.

Heins M, Kloek C, Francke A, Sinnige J, Swinkels I, Korevaar J, de Jong J. Naar een toekomstbestendige nazorg bij kanker: is er ruimte voor een grotere rol van de eerste lijn? Utrecht: Nivel, 2016

Herpen W van. Veel zorg kan ook buiten het ziekenhuis. <https://www.ed.nl/mening/veel-zorg-kan-ook-buiten-het-ziekenhuis~adfa1a7f/>. Eindhovens Dagblad 18 januari 2018.

Hutten JBF. Workload and provision of care in general practice. Proefschrift Universiteit Utrecht. Utrecht: Nivel, 1998.

International conference on primary health care. Declaration of Alma Ata. Alma Ata: WHO; 1978.

Informatieberaad. Outcomedoelen Informatieberaad. 2017.
<https://www.informatieberaadzorg.nl/publicaties/publicaties/2017/3/24/generieke-outcome-doelen-informatieberaad>

Jansen T, Hek K, Schermer T. Zorg op de huisartsenpost. Nivel Zorgregistraties eerste lijn: jaarcijfers 2017 en trendcijfers 2013-2017. Utrecht: Nivel, 2018.

Jong JD de, Van den Brink-Muinen A, Groenewegen PP. The Dutch health insurance reform: switching between insurers, a comparison between the general population and the chronically ill and disabled.

BMC Health Services Research. 2008;8:58.

Jong J de, Korevaar J, Kroneman M, van Dijk C, Bouwhuis S, de Bakker DH. Substitutiepotentieel tussen eerste- en tweedelijns zorg: communicerende vaten of gescheiden circuits? Utrecht: Nivel, 2016.

Juch A. De medisch specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg: hun manifestatie en consolidatie, 1890-1940. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 1997.

Kenens RJ, Batenburg R, Kasteleijn A. Cijfers uit de registratie van verloskundigen; Peiling 2016. Utrecht: Nivel, 2017.

Kenens R, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van verloskundigen; Peiling 2011. Utrecht: Nivel, 2011.

KNOV. Beroepsprofiel verloskundige. Utrecht: KNOV, 2014.

KPMG. Rapportage afsprakenmonitor 2016. KPMG Plexus 2016.

Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Van der Zee J, Groenewegen PP. The breath of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research 2010;10:65.

Kringos DS, Boerma WGW, J. Van der Zee, Groenewegen PP. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. Health Affairs 2013;32:686-94.

Kromhout M, Kornalijnslijper N, De Klerk M. Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking: landelijke evaluatie van de hervorming langdurige zorg. Den Haag: SCP, 2018.

Kroneman M, Boerma WGW, Van den Berg M, Groenewegen PP, De Jong JD, Van Ginneken E. Netherlands Health System Review. Health Systems in Transition 2016;18(2):1-239.

Langer thuis. Den Haag: Ministerie van VWS, 2018.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/15/programma-langer-thuis>.

Lambregtse C. LHV anticipeert op dreigend huisartsentekort: waar blijven de opvolgers. De Dokter, maart 2018.

LHV, NHG, IOH. Toekomstvisie huisartsenzorg: modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Utrecht, 2012.

Magnée T. Mental health care in general practice in the context of a system reform. Utrecht: Nivel, 2017.

Marangos AM, Cardol M, Klerk M de. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking: een jaar na de invoering van de Wmo. Wmo evaluatie. Den Haag: SCP, 2008.

Maurits E, De Veer A, Groenewegen PP, Francke AL. Home-care nursing staff in self-directed teams are more satisfied with their job and feel they have more autonomy over patient care: a nationwide survey. Journal of Advanced Nursing 2017;73(10):2430-40.

- Medisch Contact. Normpraktijk huisarts zakt naar 2095. [<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/-normpraktijk-huisarts-zakt-naar-2095.htm>], geraadpleegd juli 2017.
- Meloen JD, Groenewegen PP, Hingstman L. De toekomst van het algemene ziekenhuis: een achtergrondstudie naar de criteria voor spreiding van het ziekenhuisaanbod. Utrecht: Nivel, 2000.
- Meuwissen L, De Bakker DH. CQ-index huisartsenzorg: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: 2008.
- Nivel. Naar een sterkere eerste lijn? Deel 1: het overheidsbeleid. Utrecht: Nivel, 1987.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Structuurnota gezondheidszorg 1974.
- NZa. Eindrapportage landelijke afspraken wachttijden in de GGZ. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2018a.
- NZa. Minitor zorg voor ouderen 2018b. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2018.
- NZa. Beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2018c.
- OECD. Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges. OECD Health Policy Studies. Parijs: OECD, 2013.
- OECD. Recommendations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics: Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators. Parijs: OECD, 2017.
- Ontwikkeling uitkomstgerichte zorg 2018-2022. Ministerie van VWS, 2018. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/02/ontwikkeling-uitkomstgerichte-zorg-2018-2022>
- Pineault R, Levesque J-F, Roberge D, Hamel R, Couture A. Primary Care Services Organisational Models and the Population's Care Experience. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2008.
- Poortvliet MC, Lamkaddem M, Devillé W. Niet op naam ingeschreven (NONI) bij de huisarts: inventarisatie en gevolgen voor de ziekenfondsverzekerden. Utrecht: Nivel, 2005.
- Putter I de, Francke AL, de Veer AJE, Rademakers J. De wijkverpleegkundige van vandaag en morgen: rollen, samenwerking en deskundigheid van wijkverpleegkundigen. Utrecht: Nivel, 2014.
- Rooden SM van, Groot K de, Francke A, de Bakker DH, Schoenmakers TM, Verheij RA. Routine zorggegevens uit de wijkverpleging in NIVEL Zorgregistraties: Een haalbaarheidsstudie. Utrecht: Nivel, 2017.
- Roemer M. Bed supply and hospital utilization: a natural experiment. *Hospitals* 1961;35:209-16.
- Rosen R, Kumpunen S, Curry N, Davies A, Pettigrew L, Kossarova L. Is bigger better? Lessons for large-scale general practice. London: Nuffield Trust, 2016.

RVZ. Zorg voor je gezondheid! Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2010.

Saltman R, Rico A, Boerma WGW, editors. Primary care in the driver's seat: organisational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press; 2006.

Schäfer WLA, Berg MJ van den, Groenewegen PP. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. Huisarts en Wetenschap 2016;59:94-101.

Schäfer WLA, Berg MJ van den, Boerma WGW, Schellevis F, Groenewegen PP. Taakprofielen van huisartsen in Nederland en Europa. Huisarts en Wetenschap 2016;59:286-291.

Schellevis FG, Westert GP, de Bakker DH, Groenewegen PP. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Vraagstellingen en methoden. Utrecht: Nivel, 2004.

SFK Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten 2001. Den Haag: SFK, 2001.

SFK Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten 2006. Den Haag: SFK, 2006.

SFK Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten 2011. Het jaar 2010 in cijfers. Den Haag: SFK, 2011.

SFK Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten 2016. Het jaar 2015 in cijfers. Den Haag: SFK, 2016.

Sluijs EM, Dopheide JP, Zee J van der (red). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns: stand van het wetenschappelijk onderzoek in en over de eerstelijnsgezondheidszorg en haar raakvlakken. Utrecht: Nivel, 1985.

Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994;344:1129-1133.

Stobbe E. Job satisfaction of general practitioners: an international comparison. Masterscriptie, Nivel en UU, Utrecht, 2018.

Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin: veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Z.p., 2009.

Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging. Kwaliteitskader Wijkverpleging. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2018.

Swinkels ICS, Kooijman MK, Spreeuwenberg PM, Bossen D, Leemrijse CJ, Dijk CE van, Verheij R, Bakker DH de, Veenhof C. An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands. Physical Therapy: 2014; 94:1785-95.

Taskforce De juiste zorg op de juiste plek. Den Haag: Ministerie van VWS, 2018.
<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/04/06/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek.pdf>

Trappenburg M. Genoeg is genoeg. Over gezondheidszorg en democratie. Amsterdam University Press, 2008.

Trimbosinstituut. Trendrapportage GGZ 2012. Deel 1: Organisatie, structuur en financiering. Utrecht: Trimbosinstituut, 2012.

Velden LFJ van der, Batenburg RS. Aantal huisartsen en aantal FTE van huisartsen vanaf 2007 tot en met 2016: werken er nu meer of minder huisartsen dan 10 jaar geleden en werken zij nu meer of minder FTE? Utrecht: Nivel, 2017.

Verbeek-Oudijk D, Van Campen C. Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/'16. Den Haag: SCP, 2017.

Verberne L, Verheij R. NIVEL Zorgregistraties – zorg door de diëtist; jaarcijfers 2016 en trendcijfers 2012-2016. Utrecht: Nivel, 2017.

Verenso. Peilstations: registratie aan de bron voor de ouderengeneeskunde.
<https://www.verenso.nl/kwaliteit-en-richtlijnen/zorginhoudelijke-registratie/peilstations>
[geraadpleegd september 2018]

Verhaak P, De Bruin A, Bakker R, Marrée J. Het algemeen maatschappelijk werk in de 1e-lijns GGZ: een onderzoek naar de bijdrage van het AMW aan de GGZ-poortwachtersfunctie sinds de decentralisatie. Utrecht: Nivel, 1997.

Verheij RA, Caris-Verhallen WMCM, Kerkstra A. Integratie kruiswerk en gezinsverzorging: ervaringen van hulpverleners en cliënten. Utrecht: Nivel, 1993.

Verheij RA, Bakker DH de, Reijneveld SA. GP income in relation to workload in deprived urban areas in The Netherlands. Before and after the 1996 pay review. *European Journal of Public Health* 2001;11:264-266.

Verheij RA, van Dijk CE, Abrahamse H, Davids R, Wennekes L, van den Hoogen H, Visscher S, Braspenning J, van Althuis T. Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH): kerncijfers 2008. Utrecht: Nivel, 2010.

Verheij RA, Curcin V, Delaney BC, McGilchrist MM. Possible Sources of Bias in Primary Care Electronic Health Record Data Use and Reuse. *J Med Internet Res* 2018;20(5):e185

Vermeulen L, Schäfer W, Rotar-Pavlic D, Groenewegen PP. Community orientation of general practitioners in 34 countries. *Health Policy* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.06.012>

Visser J, Hemerijck A. Een Nederlands mirakel: beleidsleren in de verzorgingsstaat. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998.

Visser J, de Bekker P, Koolman X, van Drunen P, Stam P. Validatieonderzoek van de behandelindex. Den Haag: Equalis Strategy & Modeling, 2017.

Vroege NH. Sociologie van de arts. Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht, 1968.

VZVZ. Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie. <https://www.vzvz.nl/>. Geraadpleegd op 23 juni 2017.

Weide M, Velden L van der, Bakker DH de, Welling N. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk: verwachtingen ten aanzien van het aantal controle-consulten bij diabetes en astma/COPD-patiënten. Utrecht: Nivel, 1999.

Werf GTh van der, Zaat JOM. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 2001;44(10):428-35.

Wiegers T, Hopman P, Kringos D, de Bakker, D. Overzichtsstudie de eerste lijn. Utrecht: Nivel, 2011.

Wildt J de. Van substitutie- naar afsprakenmonitor. De eerstelijns oktober 2016.

Wouters M, Swinkels I, Sinnige J, Jong J de, Brabers, A, Lettow B van, Friele R, Gennip Lies van. Kies bewust voor eHealth. *eHealth monitor 2017*. Den Haag, Utrecht: Nictiz en Nivel, 2017.

Zaat J. Terug naar af: artikelen in *Medisch Contact* over artsentekorten en –overschotten. In Groenewegen PP (red). *Vestigingsbeleid voor huisartsen*. Utrecht: NHI, 1981.

Zee J van der. Over de grenzen van de eerste lijn: vergelijkend onderzoek in een Europese regio. Utrecht en Maastricht: Nivel en Rijksuniversiteit Limburg, 1989

Zee J van der. Eerste lijn, thuiszorg of primary health care. In: Aakster CW, Groothoff JW (eds). *Medische sociologie: sociologische perspectieven op ziekte en zorg*. Groningen: Wolters-Noordhoff; 2003.

Zorggroep RCH. Jaarverslag Zorggroep RCH Midden-Brabant 2017. <https://www.rchmbr.nl/over-ons/resultaten/jaarverslag-2017>, geraadpleegd augustus 2018.

Zuiderent-Jerak T, Kool T, Rademakers JDDJM. De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg: Tijd voor een brede benadering. Utrecht/Nijmegen/Rotterdam: Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg, 2012.

Zwikker HE, Vervloet M, Koster E, Philbert D, Damen N, van Dijk L. Gevolgen van preferentiebeleid en farmaceutische zorginkoop: eErvaringen van gebruikers van longmedicatie. Utrecht: Nivel, 2015.

Bijlage A Methoden

A.1 Methode vergelijking Nationale studies

Gebruikte bronnen

Voor het vergelijken van de nationale studie met de huidige situatie is gebruik gemaakt van de resultaten zoals gepubliceerd in de verschillende rapporten van de eerste en tweede nationale studie van de eerste lijn, van de data die nog beschikbaar is van de tweede nationale studie en van gegevens van Nivel Zorgregistraties eerste lijn voor het jaar 2015.

Zorggebruik per jaar

Voor het zorggebruik per jaar werd per ingeschreven patiënt het aantal contacten met de huisartspraktijk berekend in het jaar 2015. Voor deze berekening werden de volgende CTG-codes meegenomen voor de algemene contacten met de huisarts: 12000, 12001, 12002, 12003, 12004 en 12007. Dit zijn de codes voor consulten, visites, telefonische consulten en het e-mailconsult met de huisarts. Daarnaast werden de CTG-codes 12701, 12904 en 12905 voor het zorggebruik bij de assistente. Deze codes betreffen het maken van uitstrijkjes en het behandelen van wratten. Tenslotte werden de bijzondere verrichtingen meegenomen als zorggebruik dit zijn alle CTG-codes in de 13000 reeks. Deze contacten zijn vergelijkbaar met de codes die gebruikt zijn voor de eerste en tweede nationale studie van de eerste lijn. Het gemiddeld aantal contacten per ingeschreven patiënt werd berekend voor alle patiënten in totaal en voor 7 leeftijdscategorieën: 0-4 jaar, 5-14 jaar, 15-24 jaar, 25-44 jaar, 45-64 jaar, 65-74 jaar en 75 jaar en ouder. Deze leeftijdscategorieën zijn gelijk aan de categorieën die gebruikt werden in de eerdere nationale studies.

Het gebruik van de afzonderlijke contacten met de huisarts en de POH's werd berekend als prevalentie per 1000 ingeschreven patiënten. Hiervoor werden bij de huisarts de codes gebruikt zoals hierboven beschreven. Voor de POH-GGZ werden de CTG-codes: 12110, 12111, 12112, 12113, 12114, 12115 en 12116 gebruikt. Voor de contacten in het kader van ketenzorg werden de contacten geschat. Deze contacten worden niet als losse contacten gedeclareerd aangezien zorggroepen hiervoor per patiënt een vast bedrag per patiënt ontvangen ongeacht het daadwerkelijke zorggebruik. Om dit zorggebruik te schatten werd voor de patiënten waarbij de huisarts aangemerkt stond als hoofdbehandelaar voor diabetes, COPD of CVRM het aantal contacten volgens de richtlijnen van de ketenzorg bij geschat.

Het percentage patiënten dat de huisarts bezoekt per jaar werd berekend als het deel van de ingeschreven patiënten dat minimaal 1 keer contact had met de huisartsenpraktijk in het jaar.

Contacten voor chronische aandoeningen

Het aantal chronische aandoeningen waarmee patiënten bekend zijn werd ingedeeld in 0, 1, 2, 3, 4 en 5 of meer chronische aandoeningen. De volgende ICPC codes werden gezien als chronische aandoeningen:

A28 A79 A90 B28 B72-B74 B78 B79 B83 B90 D28 D74-D77 D81 D92 D94 D97 F28 F81 F83 F84 F91 F93 F94
H28 H80 H83-H86 K28 K73 K74 K76 K77 K82 K86 K87 K90-K92 L28 L82 L84 L85 L88-L91 L95 L98 N28 N70
N74 N85-N88 P28 P70 P72 P80 P85 R28 R84 R85 R89 R91 R95 R96 S28 S77 S81 S83 S87 S91 T28 T71 T78
T80 T81 T86 T90 T92 T93 U28 U75-U77 U85 U88 W28 W72 W76 X28 X75-X77 X83 X88 Y28 Y77 Y78 Y82 Y84
Z28

Van deze patiënten met verschillende aantallen chronische aandoeningen werd bepaald hoe vaak zij gemiddeld de huisarts bezochten voor deze aandoeningen. Zorggebruik per jaar werd op een zelfde manier berekend als het algemene zorggebruik. Dit werd berekend voor 2015 en voor 2001.

Reden voor contact met de huisarts

Voor de reden voor contact met de huisarts werd berekend welk deel van de contacten voor een bepaald ICPC hoofdstuk waren. Dit is dezelfde methode die gebruikt is in de eerste en tweede nationale studie. Voor de top-5 van aandoeningsgroepen werden de gegevens opgesplitst voor patiënten jonger dan 75 jaar en voor 75 jaar en ouder.

Voorschriften bij de huisarts

Voor voorschriften bij de huisarts werd het aantal voorschriften per 1000 ingeschreven patiënten berekend per ATC-hoofdstuk. Deze analyse werd ook apart gedaan voor de leeftijdsgroepen 0-19 jaar, 20-44 jaar, 45-64 jaar, 65-74 jaar en 75 jaar en ouder.

Toekomstverwachting zorggebruik

Voor de toekomstverwachting van het zorggebruik zijn de praktijken uit Nivel Zorgregistraties ingedeeld in 3 groepen. Praktijken met een percentage 80 plussers dat overeen komt met het percentage 85 plussers in Nederland volgens het CBS in 2015, praktijken met een percentage 80 plussers dat overeenkomt met het verwachte aantal 80 plussers in Nederland in 2030 volgens het CBS en praktijken met een waarde hiertussen. Voor deze drie groepen van praktijken is het gemiddelde zorggebruik per patiënt per jaar berekend.

Verdeling zorggebruik tussen eerste en tweede lijn

De verdeling van het zorggebruik voor de aandoeningen: diabetes (T90), COPD (R95), Angina (K74), darmkanker (D75), borstkanker (X76), longkanker (R85), herpes zoster (S70) en een heupfractuur (L75) werden bepaald met behulp van gegevens van Nivel Zorgregistraties eerste lijn in combinatie met gegevens van het DBC Informatie Systeem (DIS) zoals beschikbaar via microdata bij het CBS.

A.2 De organisatie van huisartspraktijken

Inleiding

In deze bijlage beschrijven we de opzet van een enquête onder huisartspraktijken met vragen over de organisatie van de praktijk. De enquête is uitgezet onder de huisartsen die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties eerste lijn. Dat is gedaan om een verbinding te kunnen leggen met zorggegevens van deze praktijken. De enquête was nodig omdat binnen Nivel Zorgregistraties slechts een beperkte hoeveelheid achtergrondgegevens beschikbaar is over de deelnemende praktijken.

Het doel van de enquête was om een beeld te schetsen van de huidige organisatie van huisartspraktijken in Nederland en om te analyseren in hoeverre de organisatie van praktijken samenhangt met aspecten van het zorgproces en de uitkomsten van zorg.

De enquête

De enquête is qua opzet gebaseerd op eerder onderzoek in Canada [Pineault e.a. 2008 en Borgès da Silva e.a. 2013]. In dat onderzoek is een vragenlijst ontwikkeld om de organisatie van huisartspraktijken te meten die uitgaat van vier dimensies van de organisatie. In de door ons ontwikkelde vragenlijst hebben we deze dimensies ook gebruikt. De dimensies zijn:

- De visie van praktijken (missie, doelen, oriëntatie),
- De hulpbronnen waarover ze kunnen beschikken (personeel, uitrusting),
- De structuur van de organisatie (eigendomsverhoudingen, samenwerking),
- En tenslotte de gangbare werkwijzen in het zorgproces (openingstijden, spreekuren, dienstenprofiel).

Het achterliggende idee was dat door het meten van verschillende aspecten van de praktijkorganisatie we beter in staat zullen zijn om na te gaan waardoor verschillen tussen praktijken in zorgproces en uitkomsten kunnen worden toegeschreven. Het globale onderscheid tussen solopraktijken, duopraktijken en groepspraktijken geeft daarvoor onvoldoende inzicht.

Voor de formulering van de verschillende vragen met betrekking tot elk van de dimensies is gebruik gemaakt van bestaande vragenlijsten en zijn nieuwe vragen geformuleerd. De bestaande vragenlijsten zijn:

- De Canadese vragenlijst, vooral voor vragen met betrekking tot de visie van praktijken;
- De QUALICOPC-vragenlijst voor huisartsen (Schäfer e.a., 2013), belangrijk voor internationale inkadering;
- De vragenlijst van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk [Schellevis e.a. 2004];
- Diverse vragenlijsten die in de loop van de tijd zijn gebruikt binnen LINH en de NIVEL Zorgregistraties.

Het geheel is daarmee een nieuwe vragenlijst die niet als zodanig is gevalideerd maar bestaat uit elementen die eerder in onderzoek zijn gebruikt. De vragenlijst is getest door hem voor te leggen aan vijf praktiserende huisartsen. Op grond van hun commentaar zijn wijzigingen aangebracht om de vragenlijst te verbeteren. Een belangrijk punt was dat de vragenlijst erg lang is. Dat is nodig om alle aspecten van de organisatie van praktijken te dekken. Daar konden we niet veel aan doen omdat we nu juist verschillende aspecten van de organisatie van de praktijk wilden weten om de bezwaren die kleven aan een simpele typologie van praktijken te overwinnen.

De vragenlijst is opgezet als een elektronische vragenlijst die beschikbaar is gemaakt voor daartoe uitgenodigde huisartspraktijken via een link in een email.

Respons

De vragenlijst is op 6 november 2017 online gezet. De huisarts die als contactpersoon fungeert voor Nivel Zorgregistraties heeft een email gekregen met uitleg over doel en opzet van de studie en de structuur van de vragenlijst. Er zijn herinneringen gestuurd op 20 november en 22 december. Het aantal praktijken bedroeg 457.

Als incentive is in de email beloofd dat onder de invullers vier Staatsloten zouden worden verloot. De Staatsloten zijn via het trekken van vier randomnummers verloot en via de administratieve staf van Nivel Zorgregistraties (die over de verbinding tussen een willekeurig responsnummer en de identiteit van de praktijken beschikken) verzonden aan de betreffende praktijken.

De respons in de vorm van (nagenoeg) volledig ingevulde vragenlijsten bedroeg 202 praktijken. Dat levert een responspercentage van 44%. Uit reacties van huisartspraktijken die de vragenlijst niet of slechts gedeeltelijk hebben ingevuld kwam de lengte van de vragenlijst (niet geheel onverwacht gezien de reacties op de proefenquête) als belangrijkste knelpunt naar voren.

Afwijking tussen de responderende praktijken en alle NIVEL Zorgregistratie praktijken is nagegaan voor de soort praktijk (solo, duo, groep) en voor de stedelijkheid van de vestigingsplaats. In beide gevallen waren er geen significante verschillen. De praktijken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties eerste lijn wijken enigszins af van alle huisartspraktijken in Nederland [Boersma-van Dam e.a., 2018]. Qua vestigingsplaats zijn in Nivel Zorgregistraties de praktijken in niet-stedelijke gebieden iets oververtegenwoordigd; in de respons op de enquête is dat minder het geval. In Nivel Zorgregistraties zijn de praktijken in matig stedelijke gebieden ook iets oververtegenwoordigd; in de respons op de enquête is dat nog iets meer het geval. Praktijken in sterk stedelijke gebieden zijn iets ondervertegenwoordigd in Nivel Zorgregistraties en ook in de respons op de enquête (Tabel A2.1).

Tabel A2.1: Verdeling naar stedelijkheid van de vestigingsplaats van alle huisartspraktijken in Nederland, in Nivel Zorgregistraties en onder de respondenten op de enquête

	Nederland totaal	NIVEL Zorgregistraties	Respondenten
Zeer sterk stedelijk	24%	22%	22%
Sterk stedelijk	30	26	25
Matig stedelijk	16	21	25
Weinig stedelijk	21	18	18
Niet stedelijk	9	13	11

Bron: Boersma-van Dam e.a., 2018

Qua soort praktijk zijn solopraktijken onder de praktijken in Nivel Zorgregistraties ondervertegenwoordigd ten opzichte van alle huisartspraktijken in Nederland; onder de responderende praktijken is de ondervertegenwoordiging minder sterk. Onder de praktijken in Nivel Zorgregistraties zijn groepspraktijken oververtegenwoordigd ten opzichte van alle huisartspraktijken in Nederland; onder de responderende praktijken is de oververtegenwoordiging ook duidelijk aanwezig maar iets minder sterk.

Tabel A2.2: Verdeling naar soort praktijk van alle huisartspraktijken in Nederland, in Nivel Zorgregistraties en onder de respondenten op de enquête

	Nederland totaal	NIVEL Zorgregistraties	Respondenten
Solopraktijk	34	24	28
Duopraktijk	43	38	37
Groepspraktijk	23	38	35

Bron: Boersma-van Dam e.a., 2018

Data analyse

De afwijkingen tussen de responsgroep en alle huisartspraktijken in Nederland zijn niet bijzonder groot. Daarom zijn geen wegingen uitgevoerd. De antwoorden op een aantal vragen zijn samengevoegd tot schalen. Dat is gedaan op basis van factoranalyse en/of betrouwbaarheidsanalyse. De uitkomsten zijn gepresenteerd in de vorm van rechte tellingen en kruistabellen. Verbanden zijn verder onderzocht door correlatie- en regressieanalyse. In hoofdstuk vier is correlatieanalyse gebruikt om de samenhang aan te geven tussen aspecten van de visie van praktijken en aspecten van de beschikking over hulpbronnen en de samenwerking van praktijken. Allen correlaties die significant zijn bij een p-waarde kleiner dan 0.05 zijn in de tekst genoemd.

In de regressieanalyses zijn drie groepen afhankelijke variabelen gebruikt en zijn aspecten van de organisatie van praktijken als onafhankelijke variabelen gebruikt. De groepen afhankelijke variabelen zijn de toegankelijkheid van de praktijk, de dienstenprofielen van de praktijken en de indicatoren voor proces en uitkomst op het gebied van ketenzorg. De aspecten van de organisatie van praktijken zijn ingedeeld in drie groepen: de visie van de praktijk op zijn rol in de gezondheidszorg, de hulpbronnen van de praktijken en de samenwerking van de praktijk met anderen binnen en buiten de eerste lijn. Aangezien er een groot aantal aspecten van de organisatie van praktijken is gemeten, hebben we de analyses stapsgewijs uitgevoerd.

Bij de afhankelijke variabelen op het gebied van toegankelijk zijn de volgende stappen genomen:

- Stap 1: per afhankelijke variabele is een regressieanalyse gedaan met de onafhankelijke variabelen per groep. In deze stap zijn de onafhankelijke variabelen hetzelfde voor elke afhankelijke variabele.
- Stap 2: per afhankelijke variabele is een regressieanalyse gedaan met de onafhankelijke variabelen uit alle drie de groepen die bij stap 1 een p-waarde van 0.10 of kleiner hadden. In deze stap kunnen de onafhankelijke variabelen dus verschillen per afhankelijke variabele, afhankelijk van de uitkomsten bij de eerste stap.
- Stap 3: de onafhankelijke variabelen die in de analyse van stap 2 een p-waarde van 0.05 of kleiner hadden zijn gerapporteerd in de tekst.

Bij de afhankelijke variabelen op het gebied van de dienstenprofielen zijn de aspecten van toegankelijkheid als vierde groep onafhankelijke variabelen meegenomen in deze stappen.

Bij de afhankelijke variabelen op het gebied van proces en uitkomsten van ketenzorg zijn deze zelfde stappen genomen.

We beschouwen deze regressieanalyses als exploratief. We hebben een significantieniveau van 0.05 gehanteerd. We zijn ons ervan bewust dat er veel analyses zijn gedaan door het grote aantal afhankelijke variabelen. Dit betekent dat er door toevalsprocessen significante samenhangen kunnen worden gevonden die dat in feite niet zijn.

Bijlage B Extra tabellen en figuren

Tabel regressie coëfficiënten SES (algemeen en psychisch)

Tabel cijfers achter kaartjes

Gemeentecode	Gemeente	Zorggebruik algemeen		Zorggebruik psychische aandoeningen	
		2013	2016	2013	2016
0518	's-Gravenhage	4,1	4,8	7,1	8,1
0796	's-Hertogenbosch	5,3	3,9	6,6	7,8
1680	Aa en Hunze	3,3	3,7	6,1	6,2
0738	Aalburg	4,3	4,3	8,1	7,9
0197	Aalten	4,4	4,9	9,0	9,8
0059	Achtkarspelen	3,6	3,7	6,4	6,9
0613	Albrandswaard	4,8			
0361	Alkmaar	3,6	3,6	6,3	6,2
0141	Almelo	3,6	4,2	6,4	7,0
0484	Alphen aan den Rijn	3,9	4,1	6,8	6,9
0307	Amersfoort	4,0	4,7	7,1	8,2
0362	Amstelveen	3,6	3,9	6,7	7,0
0363	Amsterdam	3,1	4,0	5,8	7,4
0200	Apeldoorn	3,6	4,0	6,4	6,8
0202	Arnhem	3,5	4,2	6,0	8,0
0743	Asten	3,5	3,9	6,6	7,5
0489	Barendrecht	4,6	4,2	7,1	6,8
0007	Bellingwedde	3,2	4,2	6,0	8,8
0893	Bergen (L.)	6,2	5,5	9,7	9,5
1859	Berkelland	3,3	3,8	6,5	7,1
1721	Bernheze	3,6	4,0	6,7	7,8
0209	Beuningen	3,4	3,5	6,4	6,3
0375	Beverwijk	4,0	4,7	7,4	7,3
1901	Bodegraven-Reeuwijk		3,9		7,9
0756	Boxmeer	3,9	4,4	7,3	8,8
0757	Boxtel	4,4	4,9	8,1	9,1
0758	Breda	4,5	4,3	7,7	7,4
1876	Bronckhorst	3,8	4,2	7,1	
0899	Brunssum	3,7	4,2		6,9
0313	Bunschoten	3,6		6,5	
0383	Castricum	5,5	5,4	9,7	10,3
0109	Coevorden	4,9			
1706	Cranendonck	4,1	4,5	7,6	8,2
0148	Dalfsen	3,5	4,1	6,7	8,7
1940	De Fryske Marren	3,4	3,6	6,3	6,9
1663	De Marne	4,9	2,7	6,6	6,1
0762	Deurne	3,7	3,8	7,2	7,1
0150	Deventer	3,5	3,6	6,6	7,0
0221	Doesburg	4,0	4,9	7,3	9,9
0222	Doetinchem	3,9	4,5	6,7	7,6
0058	Dongeradeel	3,9	4,2	7,9	7,7
0226	Duiven	3,4	4,1	6,0	7,1
1711	Echt-Susteren	5,1	6,2	8,8	10,8
0228	Ede	5,0	4,7	8,8	8,7
1651	Eemswind	3,8	4,5	7,8	8,1

Gemeentecode	Gemeente	Zorggebruik algemeen		Zorggebruik psychische aandoeningen	
		2013	2016	2013	2016
0772	Eindhoven	4,2	4,4	7,6	7,5
0114	Emmen	2,8	3,5	5,7	6,0
0388	Enkhuizen	3,2	3,4	5,4	6,0
0153	Enschede	3,4	3,6	5,8	6,1
0232	Epe		4,9		8,0
0070	Franekeradeel	4,1	4,5	7,7	8,0
1652	Gemert-Bakel	3,6	4,6	7,0	8,6
1924	Goeree-Overflakkee	3,4	3,8	6,6	6,4
0785	Goirle	3,8	4,0	6,0	7,1
1942	Gooise Meren	4,3	4,3	7,9	6,7
0512	Gorinchem	3,2	3,0	5,7	5,2
0786	Grave	3,2		6,1	
0014	Groningen	3,1	3,6	5,8	6,9
0015	Grootegast	5,7			
0158	Haaksbergen		3,9		7,6
0392	Haarlem	4,1	4,5	7,3	7,9
0393	Haarlemmerliede en Spaarnwoude	5,6	4,9	9,4	8,7
0394	Haarlemmermeer	3,8	4,1	6,9	7,2
1655	Halderberge	3,3	3,4	5,6	5,2
0160	Hardenberg	3,7		8,2	
0523	Hardinxveld-Giessendam	3,2	3,7	6,2	6,6
0072	Harlingen	4,0	4,1	7,1	7,1
0396	Heemskerk	4,0	4,2	7,1	7,2
0074	Heerenveen	3,6	3,6	6,5	6,6
0917	Heerlen	5,1	5,7	6,0	8,9
1658	Heeze-Leende	3,4	3,6		6,7
0164	Hengelo	3,9	4,3	6,5	8,0
0252	Heumen	3,6	4,1		7,5
0402	Hilversum	3,2		7,8	
1735	Hof van Twente	4,3		7,6	
0118	Hoogeveen	4,4	4,6	8,3	8,1
0018	Hoogezand-Sappemeer	4,2		7,8	
0321	Houten	3,4	3,7	6,4	6,7
0406	Huizen	3,6	4,2	6,3	7,2
0353	IJsselstein	4,6	5,0	8,6	9,3
1884	Kaag en Braassem	3,6	4,8	7,2	9,6
0537	Katwijk	3,4	3,7	5,9	6,0
0928	Kerkrade	4,9	5,1	5,7	8,2
0079	Kollumerland en Nieuwkruisland	3,2	3,4	5,4	5,9
1931	Krimpenerwaard	2,9	3,3	5,3	6,0
0882	Landgraaf	4,4	5,0	4,5	8,5
0415	Landsmeer	4,3		6,7	
1621	Lansingerland	3,5	3,7	5,8	6,2
0417	Laren	3,6		7,1	
0545	Leerdam	3,5	4,0	5,4	7,6
0080	Leeuwarden	3,6	4,0	6,4	6,7
0081	Leeuwarderadeel	4,1		7,0	
0547	Leiderdorp	4,6	4,9	8,9	8,7
1916	Leidschendam-Voorburg	3,8	4,3	6,9	7,5
0995	Lelystad	3,6	4,0		6,8
1640	Leudal	4,1		7,4	
0733	Lingewaal	3,0			

Gemeentecode	Gemeente	Zorggebruik algemeen		Zorggebruik psychische aandoeningen	
		2013	2016	2013	2016
1705	Lingewaard	3,9			
0024	Loppersum	3,0	3,5	5,6	6,1
0168	Losser	3,2	4,4		7,2
1641	Maasgouw	4,9	4,7	6,0	8,4
0935	Maastricht	3,7	4,4	7,0	8,9
0420	Medemblik	6,3	7,7	12,4	15,3
0687	Middelburg	4,8	5,6	8,5	10,6
1709	Moerdijk	4,5	5,1		8,9
1927	Molenwaard	2,8	3,5	2,6	7,0
1955	Montferland	3,4	3,4	6,2	6,3
0944	Mook en Middelaar	4,2	6,5	8,1	11,7
1740	Neder-Betuwe	4,6	4,9	8,3	8,8
0356	Nieuwegein	3,7	4,3	6,2	7,3
0569	Nieuwkoop	3,4	3,2		6,3
0267	Nijkerk	3,3	4,0		6,8
0268	Nijmegen	4,0	4,7	6,8	8,0
1699	Noordenveld	2,3	3,2	4,1	6,1
0171	Noordoostpolder	3,0	3,3	5,4	6,2
0576	Noordwijkerhout	3,3	3,5	5,7	6,0
0820	Nuenen, Gerwen en Nederwetten	3,0	3,4	5,7	5,9
0951	Nuth	3,8	4,2	6,3	8,1
0173	Oldenzaal	3,3	4,0	5,6	7,6
1586	Oost Gelre	3,4	3,1	5,7	5,9
0826	Oosterhout	3,5	3,8	6,3	6,3
0085	Ooststellingwerf	4,9	5,6	10,4	10,5
0828	Oss	4,0	4,4	6,8	7,6
0584	Oud-Beijerland	3,9	3,9	6,9	6,5
1509	Oude IJsselstreek	3,3	3,6	5,3	6,9
0589	Oudewater	3,1	3,7	6,1	7,0
1734	Overbetuwe	3,8	4,4	6,7	8,4
0765	Pekela	3,9	5,3	7,0	10,7
0439	Purmerend	4,2	4,2	7,5	7,1
0177	Raalte	3,2	3,3	6,1	6,3
0703	Reimerswaal		4,6		7,7
0340	Rhenen	3,6			
0597	Ridderkerk	4,5		8,1	
0196	Rijnwaarden		3,2		5,8
1742	Rijssen-Holten	4,1	4,1	6,2	7,8
0603	Rijswijk		3,6		7,0
0599	Rotterdam	3,8	4,7	7,1	7,9
0277	Rozendaal	4,3	4,1	7,4	7,5
0441	Schagen	3,4	3,9	7,2	7,6
0606	Schiedam	4,0	4,6	7,2	8,1
0962	Schinnen	3,4			
0965	Simpelveld	4,4	5,0	4,6	8,3
1702	Sint Anthonis	3,5	4,0	6,8	7,6
1883	Sittard-Geleen	4,5	5,4	7,3	9,2
0040	Slochteren	4,8		12,6	
0090	Smallingerland	3,6	3,8	6,1	6,5
0847	Someren	3,4	3,5	6,4	6,1
0037	Stadskanaal	3,3	3,9	6,5	7,7
1708	Steenwijkerland	3,8			

Gemeentecode	Gemeente	Zorggebruik algemeen		Zorggebruik psychische aandoeningen	
		2013	2016	2013	2016
1904	Stichtse Vecht		3,7		6,6
0715	Terneuzen		4,4		7,4
0448	Texel	4,1	4,2	8,2	8,1
1525	Teylingen	4,6	4,9	7,9	8,5
0281	Tiel	2,6	4,0	5,6	6,8
0855	Tilburg	3,3	3,6	5,5	6,3
0183	Tubbergen	4,3	6,9	9,6	12,5
1700	Twenterand	3,9	3,7	7,1	6,6
1730	Tynaarlo	4,7		8,7	
0737	Tytsjerksteradiel	2,8			
0450	Utgeest	3,2	4,0	6,0	7,5
0451	Uithoorn	3,3		2,6	
0184	Urk	3,8	4,3	7,7	9,8
0344	Utrecht	3,8	4,7	7,0	7,9
0345	Veenendaal	3,4	3,7	6,0	6,4
0453	Velsen	3,9	4,2	6,8	7,3
0620	Vianen	4,4	4,8	8,5	9,0
0622	Vlaardingen	3,7	4,0	6,3	6,7
0718	Vlissingen	4,0	4,5	7,2	8,1
0986	Voerendaal	3,9	4,2	3,4	8,2
0852	Waterland	4,2	4,3	8,6	7,3
0988	Weert	4,3	4,9	9,1	9,8
0098	Weststellingwerf	3,7		6,5	
0352	Wijk bij Duurstede	2,9		5,6	
0632	Woerden	3,2	3,7	6,3	7,0
0479	Zaanstad	3,6	4,0	6,4	7,1
0473	Zandvoort	4,8	5,0	8,5	8,5
0707	Zederik	6,1	4,1	13,1	7,9
0355	Zeist	3,0	3,4	5,6	6,3
0299	Zevenaar	3,9	4,8		8,6
0637	Zoetermeer	3,7	4,0	6,2	6,1
1892	Zuidplas	4,1	4,5	7,8	8,1
0301	Zutphen	3,2	3,6	5,6	5,9
0642	Zwijndrecht	3,1		5,7	
0193	Zwolle	3,1	3,5	5,6	6,2