



NIVEL 2011

Trees Wiegers

Petra Hopman

Dionne Kringos

Dinny de Bakker

OVERZICHTSTUDIES

De eerste lijn

NIVEL OVERZICHTSTUDIES – DE EERSTE LIJN

ISBN 978 94 91155 01 7

www.nivel.nl

nivel@nivel.nl

Telefoon (030) 2 729 700

Fax (030) 2 729 729

© 2011 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht

Eerste druk

Vormgeving: Jan van Waarden/RAM vormgeving

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

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	17
2 Samenhang en ordening	22
2.1 Inleiding	22
2.2 <i>Beleid rond organisatie en samenhang in de eerste lijn</i>	23
2.2.1 Ordeningsniveaus	24
2.2.2 Schaalgrootte	26
2.2.3 Marktwerking en samenwerking	27
2.2.4 Beleidsoplossingen	28
2.3 <i>Onderzoek naar organisatie en samenhang in de eerste lijn</i>	28
2.3.1 Interne organisatie	30
2.3.2 Horizontale organisatie	34
2.3.3 Verticale organisatie	39
2.4 Conclusie	45
Literatuur	48
3 Kwaliteit en doelmatigheid	51
3.1 Inleiding	51
3.2 <i>Beleid rond kwaliteit en doelmatigheid in de eerste lijn</i>	52
3.2.1 Ordeningsschema	57
3.2.2 Beleidsoplossingen	58
3.3 <i>Onderzoek naar kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid in de eerste lijn</i>	59
3.3.1 Kwaliteit	59
3.3.2 Effectiviteit	65
3.3.3 Doelmatigheid	74
3.4 Conclusie	77
Literatuur	79

4 Toegankelijkheid 83

4.1	<i>Inleiding</i>	83
4.2	<i>Beleid</i>	84
4.2.1	<i>Beleidsproblemen</i>	84
4.2.2	<i>Oplossingen en maatregelen</i>	86
4.3	<i>Onderzoek naar toegankelijkheid</i>	89
4.3.1	<i>Ontwikkeling van de zorgvraag en het zorgaanbod</i>	89
4.3.2	<i>Verschillen in zorgvraag en -gebruik</i>	95
4.3.3	<i>De toegang tot de tweede lijn</i>	96
4.3.4	<i>Toegankelijkheidsproblemen</i>	99
4.4	<i>Onderzoek naar gevolgen van beleid</i>	101
4.4.1	<i>Invloed van zorgverleners op toegankelijkheid en zorgvraag</i>	101
4.4.2	<i>Landelijk beleid</i>	102
4.4.3	<i>Regionaal en lokaal beleid</i>	105
4.5	<i>Discussie</i>	107
	<i>Literatuur</i>	109

Voorwoord

Voor u ligt de overzichtstudie eerste lijn. Door het uitbrengen van overzichtstudies wil het NIVEL bijdragen aan het in samenhang toegankelijk maken van onderzoeksresultaten ten behoeve van beleidsmakers in de gezondheidszorg. De overzichtstudies beogen een synthese van kennis op een bepaald terrein te geven. Dat gekozen is voor de eerste lijn als onderwerp voor deze eerste overzichtstudie mag geen verrassing heten. Het NIVEL werd 25 jaar geleden opgericht als Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Bij de oprichting werd destijds ook een overzichtstudie uitgebracht van onderzoek in de eerste lijn, waarbij al het onderzoek dat er toen was kon worden samengevat in een encyclopedisch werk van 635 pagina's. Voor een dergelijke encyclopedische benadering is nu niet gekozen. De hoeveelheid onderzoek is in de tussentijd verveelvoudigd. Alleen al het NIVEL zelf heeft de afgelopen 10 jaar honderden publicaties op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg gerealiseerd. In plaats daarvan is gekozen voor een thematische aanpak, aan de hand van een drietal thema's die naar onze mening vitaal zijn voor een toekomstbestendige eerste lijn. Volledigheid is niet nagestreefd. Wel denken wij een goed beeld te hebben gegeven van wat bekend is op de gekozen thema's. Met deze benadering beogen wij in de eerste plaats een bijdrage te leveren aan een onderbouwde discussie over de toekomst van de eerste lijn. In de tweede plaats beogen wij bij te dragen aan een nog betere aansluiting van onderzoek aan het beleid.

Dank gaat uit naar onze collega's op het NIVEL voor hun bijdragen en reflecties.

Dank ook naar prof. dr. Jan de Maeseneer, huisarts en voorzitter van de vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent; drs. Frederik Vogelzang, senior-beleidsmedewerker van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en dr. Ted van Essen, huisarts en onderzoeker op het Juliuscentrum UMC Utrecht, voor het becommentariëren van eerdere versies van onderdelen van deze studie.

De auteurs

Samenvatting

Sterke eerste lijn als oplossing

Een sterke eerstelijnsgezondheidszorg wordt wereldwijd gezien als oplossing voor de maatschappelijke opgaven waar de gezondheidszorg zich voor ziet geplaatst (WHO 2008). Een groeiende en veranderende zorgvraag, meer chronisch zieken en meer technologische mogelijkheden drijven de kosten van de zorg op. Door zoveel mogelijk van de zorgvraag op te vangen voor die in de dure tweede lijn terecht komt, dus in de eerste lijn met een poortwachter, kunnen de stijgende kosten voor een deel in de hand gehouden worden. De eerste lijn is de zorg dichtbij huis zoals die wordt geleverd door huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, verloskundigen, oefentherapeuten, diëtisten, logopedisten, verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen. Onderscheidende kenmerken van de eerste lijn zijn:

- generalistische zorgverlening,
- laagdrempelige toegang, zowel financieel als geografisch,
- gericht op de mens in zijn omgeving,
- continuïteit van zorg,
- coördinatie van zorg rond patiënten.

Nederland heeft een sterke eerste lijn

Nederland wordt naast Denemarken en het Verenigd Koninkrijk gezien als een land met een sterke eerstelijnsgezondheidszorg. De sterke positie van huisartsen met inschrijving op naam en de getrapte toegankelijkheid van de tweede lijn zijn hierin belangrijke elementen. De gedachte daarachter is dat een goed functionerende eerste lijn voorkomt dat mensen een beroep doen op complexe en duurdere zorg. De cijfers laten dat ook zien: meer dan 90% van de zorgvragen wordt in de eerste lijn behandeld voor slechts 4% van het totale budget van de zorg. De sterke positie van de eerste lijn is niet vanzelf ontstaan en zal ook niet vanzelf blijven bestaan. Daarvoor is beleidsmatige inspanning nodig, niet alleen van de overheid, maar ook van beroepsorganisaties (bijvoorbeeld door de ontwikkeling van richtlijnen), koepelorganisaties, patiëntenorganisaties en financiers.

Samenhang, kwaliteit en toegankelijkheid kernthema's voor de toekomst

Wij zien die noodzaak van een beleidsmatige inspanning op een drietal thema's. Zo wordt op het terrein van zorgcoördinatie het gebrek aan interne samenhang van de eerste lijn vanouds gezien als een zwak punt. Patiënten krijgen steeds meer met verschillende zorgverleners te maken, die bovendien niet altijd van elkaars betrokkenheid op de hoogte zijn. Een georganiseerde aanpak van de zorg voor chronisch zieken of een op de wijk afgestemd preventieprogramma ontbreekt vaak. Een tweede thema betreft kwaliteit en doelmatigheid. Alleen een kwalitatief hoogwaardige eerste lijn kan voorkomen dat de tweede lijn dichtslibt met lange wachtlijsten als gevolg. Het bieden van een hoge kwaliteit in de eerste lijn wordt in het huidige beleid vaak gelijkgesteld aan een programmatische, ziektegerichte benadering. Daarbij doemt alweer snel een spanningsveld met het generalistische karakter en het centraal stellen van mensen (en niet hun ziekten) in hun omgeving. Goede toegankelijkheid is een wezenlijk kenmerk van een sterke eerste lijn en daarom een derde aandachtspunt. In zijn algemeenheid is de toegankelijkheid goed te noemen, maar er is een voortdurend spanningsveld met de groeiende zorgvraag. Daardoor zien zorgverleners zich genooddaakt om organisatorische maatregelen te nemen om hun werklast in de hand te houden en neemt de overheid maatregelen om de zorguitgaven binnen aanvaardbare proporties te houden.

Onderzoek draagt bij aan beleid op deze thema's

In het verleden heeft onderzoek al veel bijgedragen aan inzicht in deze thema's. Dat gebeurt door analyse en verheldering van de problemen waarvoor de eerste lijn zich gesteld ziet, ondersteuning van beleid en beleidsimplementatie, monitoring van ontwikkelingen en gerichte evaluatie van beleid. Deze studie brengt de betekenis van deze typen van onderzoek voor de drie thema's samenhang, kwaliteit en toegankelijkheid in beeld.

Samenhang en ordening

- ***De eerste lijn organiseert zich***

Op het thema samenhang en ordening zien wij een grote dynamiek. Het beeld van de eerste lijn als monodisciplinair kleinbedrijf moet worden bijgesteld. Steeds grotere monodisciplinaire samenwerkingsverbanden, meer multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, huisartsenposities voor de zorg buiten kantooruren en zorggroepen voor de program-

matische zorg voor chronisch zieken bieden een complex beeld van organisatievormen in de eerste lijn. Nieuwe organisatievormen zijn het gevolg van beleidsmatige ontwikkelingen (bijvoorbeeld de komst van keten DBC's). Daarnaast beïnvloeden demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt de verandering in organisatievormen. Zo heeft de toename van (vrouwelijke) part-time werkende huisartsen organisatievormen als groepspraktijken en huisartsenposten gestimuleerd.

- ***Voortdurende reflectie op samenwerkingsvormen geboden***

De interne organisatie van de eerste lijn is ingewikkelder geworden. Naast genoemde organisatievormen vindt in toenemende mate taakdifferentiatie plaats en hebben nieuwe beroepen als praktijkverpleegkundigen en nurse practitioners hun intrede gedaan. In de relatie met de tweede lijn ontspringen zich naast de bestaande verwijsrelaties ook meer en meer netwerkrelaties. Er is een steeds grotere variatie in samenwerkingsvormen, teamsamenstelling en schaalgrootte. In het verleden is veel onderzoek gedaan naar de meerwaarde van gezondheidscentra en samenwerking in het algemeen. Door organisatieveranderingen is onduidelijk of de indertijd aangetoonde meerwaarde van gezondheidscentra nog steeds en in dezelfde mate geldt voor de huidige samenwerkingsverbanden. Er is te weinig kennis over wat de optimale vorm van samenwerking is, op welke schaal en met welke mix aan competenties. Vraag is wat de 'werkzame stof' in samenwerking is die leidt tot betere en doelmatiger zorg. De optimale organisatievorm zal afhangen van de omstandigheden zoals kenmerken van de locale zorgvraag en het locale zorgaanbod, maar ook de beleidscontext op een bepaald moment. Omdat die sterk kunnen veranderen is voortdurende reflectie op de gewenste vormen van samenwerking en meerwaarde van samenwerking van groot belang.

- ***Verticale samenwerking dient vanuit generalistisch perspectief gezien***

Voorals bij chronisch zieken die zowel zorg van de eerste als de tweede lijn nodig hebben is een goede samenwerking tussen de lijnen geboden. Veel chronisch zieken hebben niet één maar meerdere aandoeningen. Zij raadplegen zorgverleners over hun problemen met hun gezondheid, hoe om te gaan met hun problemen, over onzekerheid en ongerustheid, ongeacht vanuit welke van hun aandoeningen die problemen nu precies voortkomen. Dat betekent dat de gezondheidszorg in staat moet zijn een optimale mix te vinden van samenwerking binnen de eerste lijn (horizontale samenwerking) en samenwerking met de tweede lijn (verticale samenwerking). Het is moeilijk die optimale mix te vinden door de verschillen in waarden die aan beide vormen van samenwerking ten grondslag liggen. Bij verticale samenwerking is de benadering patiënt-

en ziektegericht en daardoor vanuit een specialistische invalshoek. Bij horizontale samenwerking staat de populatie en de zieke met vaak meerdere aandoeningen en daardoor het generalistisch perspectief centraal. In een toekomstbestendige gezondheidszorg dient de zorg zoveel mogelijk in de directe omgeving van mensen en dus de eerste lijn georganiseerd.

- ***GGD en gemeente als nieuwe samenwerkingspartners***

Veranderingen in het beleid versterken het belang van een generalistische en populatiegericht werkende eerste lijn. Meer nadruk op preventie in de zorg brengt de GGD als samenwerkingspartner in beeld. De verschuiving tussen Zorgverzekeringswet, Wmo en AWBZ brengen de gemeente in beeld. Daarmee kunnen huisartsenzorg en thuiszorg die zich sinds de jaren '90 van de vorige eeuw gescheiden ontwikkelden weer met elkaar in verband worden gebracht. Dit is van groot belang vanwege de toename van het aantal kwetsbare ouderen. Buurt- of wijkgericht werken is hierbij het uitgangspunt. Dit is in het bijzonder van belang in achterstandswijken.

Kwaliteit en doelmatigheid

- ***Thema kwaliteit heeft zich verbreed***

Het thema kwaliteit in de eerstelijns heeft zich, net als in de rest van de gezondheidszorg, verbreed. Wat begon met aandacht voor de professionele kwaliteit is uitgebreid met het perspectief van patiënten aan de ene kant en het perspectief van organisaties aan de andere kant. Recent is daar ook een systeemperspectief bij gekomen: het streven om op basis van kwaliteitsindicatoren keuze- en sturings- en inkoopinformatie voor patiënten, de zorgverleners en de organisaties waarin zij werken, de Inspectie en verzekeraars te genereren.

- ***Patiënten beoordelen eerstelijnszorg positief***

Patiënten zijn over het algemeen positief over de zorg die in de eerste lijn wordt verleend. Een uitzondering is de telefonische bereikbaarheid van huisartsen die minder goed is en sterk varieert tussen praktijken. Patiënten lijken niet veel mondiger geworden te zijn, in ieder geval niet in de spreekkamer bij de huisarts. Deels lijkt dit verklaard te kunnen worden door de toename van aandacht voor richtlijnen die kennelijk minder ruimte aan eigen beslissingen door patiënten bieden. Er kan spanning bestaan tussen patiëntgerichtheid en het volgen van richtlijnen.

- ***Maar op het gebied van professionele kwaliteit is verbetering mogelijk***

De huisartsen behoorden tot de eerste beroepsgroepen in de Nederlandse gezondheidszorg met een uitgebreid pakket van professionele richtlijnen. Winst is echter nog te halen op het gebied van naleving van deze richtlijnen. Bij andere beroepsgroepen in de eerste lijn is nog een wereld te winnen op het gebied van zowel richtlijnontwikkeling als -naleving.

- ***Transparantie komt nauwelijks van de grond***

Transparantie over de prestaties van zorgaanbieders (prestatie-indicatoren en patiëntenoordelen) komt in de eerste lijn nog nauwelijks van de grond. De kleinschaligheid van de eerste lijn is hier een belemmering. Het komt dichtbij de persoon van de hulpverlener, is daardoor relevanter maar tegelijk ook bedreigender. In de thuiszorg wordt al met regelmaat informatie verzameld met behulp van patiëntenoordelen. Daar zijn de organisaties veel groter.

- ***Nieuwe kwaliteitsthema's door verschuiving in morbiditeitspatroon***

De verschuiving van het morbiditeitspatroon in de bevolking naar meer chronische aandoeningen begint langzaam door te dringen in het zorgbeleid. Nieuwe thema's zijn meer aandacht voor therapietrouw, (ondersteuning van) zelfmanagement en preventie in de zorg. De gemeenschappelijke noemer hierin is dat mensen zelf de verantwoordelijkheid voor hun gezondheid moeten kunnen nemen. Ook de vraag wat multimorbiditeit voor consequenties heeft voor de kwaliteit van de zorgverlening en relevantie van richtlijnen en standaarden is hier van belang.

- ***Therapietrouw en zelfmanagement staan soms op gespannen voet***

Therapietrouw is al decennia lang een probleem, ondanks even zovele decennia van onderzoek. Deels komt dit doordat hulpverleners te weinig aandacht hebben voor compliance, deels ook omdat bij het ontwerpen van een behandeling niet altijd gekozen wordt voor de voor patiënten meest uitvoerbare oplossing. Deels ook doordat patiënten meer verantwoordelijkheid nemen. Zelfmanagement houdt ook in dat mensen hun eigen keuzes maken. Dat is niet altijd de keuze van een arts.

- ***Preventie in de zorg: organisatieverandering schept nieuwe kansen***

Preventie in de zorg wordt door iedereen belangrijk gevonden. De eerste lijn biedt een uitstekende infrastructuur voor het aanbieden van preventie, doordat er wijk- en populatiegericht wordt gewerkt en doordat meer dan 70% van de bevolking jaarlijks bij de huisarts komt.

Niettemin is de daadwerkelijke aandacht voor preventie binnen consulten tot dusver beperkt. De ontwikkelingen op het gebied van organisatie in de eerste lijn, waaronder de opkomst van praktijkondersteuners, bieden nieuwe kansen.

Toegankelijkheid

- ***Toegankelijkheid eerste lijn gewaarborgd bij toenemende zorgvraag***

De toename in zorgvraag is het resultaat van twee ontwikkelingen. De eerste ontwikkeling ligt bij de bevolking, die ouder wordt, met meer chronisch zieken. De tweede ontwikkeling betreft betere opsporing en herkenning van gezondheidsproblemen in de eerste lijn. De zorgvraag is niet opgevangen door groei van het aantal huisartsen. Groei is er wel geweest bij andere beroepen zoals fysiotherapeuten en eerstelijnspsychologen. Ook hebben praktijkondersteuners op grote schaal hun intrede gedaan. Door efficiënter werken is de toegankelijkheid grotendeels gewaarborgd gebleven. Alleen de telefonische bereikbaarheid is een punt van zorg.

- ***Zorg in achterstandswijken blijvend aandachtspunt***

De zorgvraag en daardoor ook het zorggebruik van bewoners in achterstandswijken is groter dan die van bewoners in niet achterstandswijken. Het beleid om extra middelen in te zetten in deze achterstandswijken is gedeeltelijk succesvol in de zin dat de beschikbaarheid van huisartsenzorg in deze wijken tot nu toe gewaarborgd is. Een punt van aandacht blijft de beperkte vestigingsbereidheid van met name huisartsen maar ook ander gekwalificeerde gezondheidszorgwerkers in achterstandswijken.

- ***Eigen bijdragen: geen gewenst, maar ook geen ongewenst effect***

Vraagsturing door eigen bijdragen (no claim, eigen risico, pakketmaatregel) heeft tot nu toe weinig van zijn bedoelde effecten gehad (minder zorggebruik; het bedoelde effect financieringsverschuiving is wel opgetreden) maar ook niet geleid tot ongewenste effecten (uitstel van zorg, verminderde toegankelijkheid). Het feit dat huisartsenzorg buiten deze maatregelen is gebleven, heeft zowel bijgedragen aan het uitblijven van bedoelde als van onbedoelde effecten. Fysiotherapie is al enkele jaren voor een groot deel uit het basispakket. Dat heeft geen zichtbare effecten in de vorm van minder zorggebruik gehad. Fysiotherapie is opgenomen in het aanvullende pakket en veel Nederlanders zijn aanvullend verzekerd. Wel heeft een verschuiving van het volume plaatsgevonden naar chronisch zieke patiënten die wel een vergoeding krijgen.

- ***Toegankelijkheid tweede lijn afhankelijk van functioneren eerste lijn***

De gids- en filterfunctie van de eerste lijn moet een ongebreidelde instroom naar de tweede lijn beperken en zorgen dat indien patiënten worden verwezen zij op de juiste plek terecht komen. De toegankelijkheid van de tweede lijn is daarmee afhankelijk van het goed werken van het filter. Dat filter werkt in zijn algemeenheid goed. De stijgende verwijscijfers bij een aantal specialismen vormen een punt van aandacht.

Onderzoek voor beleid

- ***Beleidsvoorbereidend onderzoek meest ontwikkeld***

Onderzoek ten behoeve van probleemanalyse en dus voorbereiding van beleid is het verst ontwikkeld. Met onderzoek kunnen goed autonome ontwikkelingen op het gebied van samenhang en ordening in kaart worden gebracht. De groeiende zorgvraag kan er mee worden gedocumenteerd en gepreciseerd. Verschillen tussen bevolkingsgroepen en tussen regio's in zorgvraag en toegang tot de zorg worden in kaart gebracht. Veel onderzoek is ook gedaan naar kwaliteit van zorg, waarbij zowel wordt gekeken naar het volgen van richtlijnen als kwaliteit zoals ervaren door patiënten.

- ***Beleidsvaluerend onderzoek vindt ook veel plaats maar nog niet systematisch***

Beleidsvaluerend onderzoek vindt ook veel plaats. Van een systematische evaluatie van beleidsmaatregelen en belangrijke innovaties in de eerste lijn is echter geen sprake. De toenemende complexiteit van de eerste lijn met een steeds grotere diversiteit in samenwerkingsvormen, maakt het lastig om resultaten van evaluatie-onderzoek dat plaatsvindt naar de rest van de zorg te generaliseren. Dat bemoeilijkt de zoektocht naar optimale samenwerkingsvormen.

- ***Monitoring ook van belang na evaluatie***

In het geval van monitoring loopt beleidsvoorbereidend en evaluerend onderzoek naadloos in elkaar over. Ontwikkelingen in de zorgvraag kunnen immers het gevolg zijn van autonome ontwikkelingen in de zin van toename van bepaalde aandoeningen. Beleid heeft ook weer invloed op de zorgvraag. Daarbij kan het zowel gaan om beleid van zorgaanbieders die nieuwe organisatievormen opzetten die beter aansluiten bij de zorgvraag van hun patiënten, als om landelijk beleid gericht op beheersing van de vraag door bijvoorbeeld pakketmaatregelen. Monitoring is van belang omdat bij implementatie van beleidsmaatregelen op grote schaal andere effecten kunnen optreden dan tevoren is verwacht, zelfs als de maatregelen eerst experimenteel zijn uitgetoetst. Zo werd op

basis van experimenten aanvankelijk verwacht dat 10% van de patiënten zonder tussenkomst van de arts naar de fysiotherapeut zouden gaan. Dit percentage ligt inmiddels op bijna 40%.

- **Onderzoeksinstrumenten voor beleidsuitvoering in opkomst**

De laatste jaren zien we meer en meer dat onderzoek een directe rol gaat spelen in de beleidsuitvoering. Voorbeelden zijn de ontwikkeling van indicatoren, instrumenten voor systematische evaluatie van patiëntervaringen (de CQ index), instrumenten om de kwaliteit van patiëntendossiers te meten (de EPD-scan) en instrumenten om lokaal het aanbod van eerstelijnszorg op de vraag af te stemmen (de VAAM). Wij voorzien een verdere groei van het gebruik van onderzoeksinstrumenten in beleid door de steeds hogere transparantie-eisen in een ingewikkelder wordende organisatie van de eerste lijn.

- **Onderzoeksagenda**

Voor de komende jaren zien wij een aantal onderzoeksvragen die van belang zijn om in brede zin zicht te krijgen op de prestaties van de geïntegreerde eerste lijn. Die vragen ordenen wij per thema:

Samenhang en ordening:

- Onderzoek naar de meerwaarde van samenwerking zou meer gericht dienen te zijn op wat de ‘werkzame stof’ in samenwerking is;
- Naast beschrijvende monitoring zou er meer aandacht moeten zijn voor meer verklarend onderzoek naar condities waaronder samenwerking tot stand komt;
- Naast onderzoek naar de gewenste en bedoelde effecten van samenwerking zou ook onderzoek gedaan moeten worden naar onbedoelde gevolgen van organisatieverandering in de eerste lijn, wat betekent verdergaande verticale samenwerking bijvoorbeeld voor de generalistische zorg.

Kwaliteit en doelmatigheid:

- Toenemende samenwerking, met als mogelijk gevolg taakverschuivingen en taakdelegatie, is van invloed op de vraag naar specifieke beroepen. In het manpower-onderzoek zal de aandacht moeten verschuiven van het plannen van beroepsbeoefenaren naar het plannen van teams of voorzieningen met een bepaalde samenstelling;
- Rondom de introductie van preventie in de zorg zijn er nog veel vragen: gaat de integratie van preventie in de zorg beter werken als er flankerend beleid is in de vorm van lagere eigen bijdragen of premies bijvoorbeeld, maar ook: hoe verloopt de risicocommunicatie van eerstelijnszorgverleners bij het geven van leefstijladviezen;
- Onderzoek naar zelfmanagement en therapietrouw: veelbelovend is het onderzoek naar technische hulpmiddelen en E-health toepassingen om

zelfmanagement en therapietrouw te vergroten, maar enerzijds motivatie van de cliënt en anderzijds de ermee gemoeide kosten zijn minstens zo belangrijk;

Toegankelijkheid:

- Monitoring van de zorgvraag aan de poort van de gezondheidszorg niet meer alleen bij huisartsen maar ook bij andere direct toegankelijke eerstelijnsvoorzieningen als fysiotherapeuten en huisartsenposten;
- Onderzoek naar regionale verschillen in zorgvraag, het zorgaanbod en de toegankelijkheid: de eerstelijnszorg in achterstandswijken in grote steden is hierbij het meest in het oog springende punt van aandacht maar ook de aansluiting van zorgaanbod op zorgvraag in gebieden waar de vraag krimpt of zal gaan krimpen;
- Onderzoek naar innovatieve ontwikkelingen op het gebied van toegankelijkheid, bijvoorbeeld op het gebied van openingstijden, telefoon management, emailconsulten en inloopcentra;
- Onderzoek naar de filterfunctie van de eerste lijn: de ontwikkeling van de verwijscijfers is hierbij een aandachtspunt, maar ook substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn bijvoorbeeld als gevolg van integrale bekostiging in de zorg voor chronisch zieken.

1 Inleiding

Een sterke eerstelijnsgezondheidszorg wordt wereldwijd gezien als oplossing voor de maatschappelijke opgaven waar de gezondheidszorg zich voor ziet geplaatst (WHO 2008). Een groeiende en veranderende zorgvraag, meer chronisch zieken en meer technologische mogelijkheden drijven de kosten van de zorg op. Door zoveel mogelijk van de zorgvraag op te vangen voor die in de dure tweede lijn terecht komt, dus in de eerste lijn met een poortwachter, kunnen de stijgende kosten voor een deel in de hand gehouden worden. De eerste lijn is de zorg dichtbij huis zoals die wordt geleverd door huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, verloskundigen, oefentherapeuten, diëtisten, logopedisten, verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen. Onderscheidende kenmerken van de eerste lijn zijn:

- generalistische zorgverlening,
- laagdrempelige toegang, zowel financieel als geografisch,
- gericht op de mens in zijn omgeving,
- continuïteit van zorg, onder meer door inschrijving op naam bij een huisarts,
- coördinatie van zorg rond patiënten.

Nederland wordt naast Denemarken en het Verenigd Koninkrijk gezien als een land met een sterke eerstelijnsgezondheidszorg. De sterke positie van huisartsen met inschrijving op naam en de getrapte toegankelijkheid van de tweede lijn zijn hierin belangrijke elementen. De gedachte daarachter is dat een goed functionerende eerste lijn voorkomt dat mensen een beroep doen op complexe en duurdere zorg. De cijfers laten dat ook zien: meer dan 90% van de zorgvragen wordt in de eerste lijn behandeld voor slechts 4% van het totale budget van de zorg. De sterke positie van de eerste lijn is niet vanzelf ontstaan en zal ook niet vanzelf blijven bestaan. Daarvoor is beleidsmatige inspanning nodig, niet alleen van de overheid, maar ook van beroepsorganisaties (bijvoorbeeld door de ontwikkeling van richtlijnen), koepelorganisaties, patiëntenorganisaties en financiers.

Wij zien die noodzaak van een beleidsmatige inspanning op een drietal thema's. Zo wordt op het terrein van zorgcoördinatie het gebrek aan interne samenhang van de eerste lijn vanouds gezien als een zwak punt. Patiënten krijgen steeds meer met verschillende zorgverleners te maken, die bovendien niet altijd van elkaars betrokkenheid op de hoogte zijn. Een georganiseerde aanpak van de zorg voor chronisch zieken of een op de wijk afgestemd preventieprogramma ontbreekt vaak.

Europese Eerstelijns Zorg Monitor

In 2008/09 heeft een internationaal consortium van eerstelijnszorg experts en organisaties onder leiding van het NIVEL een eerstelijnszorg monitor voor Europa ontwikkeld, genaamd 'The European Primary Care Monitor'.

Het consortium screende meer dan 6000 wetenschappelijke artikelen over de functie van eerstelijnszorgsystemen, en analyseerde er uiteindelijk 85 (1). De helft daarvan betrof studies naar één onderdeel van de eerste lijn. In de wetenschappelijke literatuur is nog weinig aandacht voor de eerste lijn als samenhangend geheel. Net als de totale gezondheidszorg in een land, vormt de eerste lijn als onderdeel daarvan ook een systeem met een organisatorische structuur en zorgverleningprocessen, gericht op een betere gezondheid van de bevolking. Op basis van de bevindingen uit de literatuurstudie en een expert consensus procedure is het meetinstrument 'de eerstelijnszorg monitor' ontwikkeld. Het instrument stelt gebruikers in staat om op een vergelijkbare wijze de mate van ontwikkeling van de basisfuncties van eerstelijnszorgsystemen in Europese landen in kaart te brengen. Het instrument meet de structuur van de eerste lijn (met indicatoren voor beleid en regelgeving, financiering, en beroepsontwikkeling), de zorgverleningprocessen (met indicatoren voor toegang, breedte van het takenpakket, continuïteit en coördinatie van de zorg) en de uitkomsten van de eerste lijn (met indicatoren voor kwaliteit en efficiëntie van de zorg). Toepassing van dit meetinstrument stelt (inter)nationale beleidsmakers in staat om de prestatie van de eerste lijn in breder internationaal perspectief inzichtelijk te maken en te vergelijken, en strategieën tot verbeteringen van de eerste lijn in een land te identificeren. Het instrument is gepubliceerd in 2010 (2) en datzelfde jaar ook voor de eerste keer geïmplementeerd in 31 Europese landen. De resultaten worden nog gepubliceerd.

Referenties

- 1 Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Van der Zee J, Groenewegen PP. *The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions*. BMC HSR 2010, 10 (1):65.
- 2 D.S. Kringos, W.G.W. Boerma, Y. Bourgueil, T. Cartier, T. Hasvold, A. Hutchinson, M. Lember, M. Oleszczyk, D. Rotar Pavlic, I. Svab, P. Tedeschi, A. Wilson, A. Windak, T. Dedeu and S. Wilm. *The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators*. BMC Family Practice 2010,11:81.

Een tweede thema betreft kwaliteit en doelmatigheid. Alleen een kwalitatief hoogwaardige eerste lijn kan voorkomen dat de tweede lijn dichtslibt met lange wachtlijsten als gevolg. Het bieden van een hoge kwaliteit in de eerste lijn wordt in het huidige beleid vaak gelijkgesteld aan een programmatische, ziektegerichte benadering. Daarbij doemt alweer snel een spanningsveld op met het generalistische karakter en het centraal stellen van mensen (en niet hun ziekten) in hun omgeving. Goede toegankelijkheid is een wezenlijk kenmerk van een sterke eerste lijn en daarom een derde aandachtspunt. In zijn algemeenheid is de toegankelijkheid goed te noemen, maar er is een voortdurend span-

ningsveld met de groeiende zorgvraag. Daardoor zien zorgverleners zich genoodzaakt om organisatorische maatregelen te nemen om hun werklast in de hand te houden en neemt de overheid maatregelen om de zorguitgaven binnen aanvaardbare proporties te houden.

Kortom, de beleidsmatige inspanning die nodig is om de eerste lijn een oplossing te kunnen laten bieden voor de grote maatschappelijke vraagstukken van de toekomst is te rubriceren in een drietal thema's die kunnen worden gezien als voorwaarden voor het waarmaken van de ambitie om de sterke positie van de eerste lijn ook in de toekomst te handhaven. Deze zijn:

- 1 Het tot stand brengen van interne samenhang
- 2 Het waarborgen van hoge kwaliteit en doelmatigheid
- 3 Het waarborgen van de goede toegankelijkheid

Beleid ter versterking van de eerste lijn wordt op verschillende manieren ondersteund door onderzoek. Onderzoek speelt een rol in de voorbereiding van beleid. Het kan daarbij gaan om een probleemanalyse of het ontwikkelen van nieuwe inzichten. Onderzoek kan ook een rol spelen in de implementatie van beleid, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van concrete instrumenten om beleid te kunnen uitvoeren. Vervolgens kan onderzoek een rol spelen in de monitoring of beleidsdoelen worden gehaald. Tenslotte is er beleidsevaluerend onderzoek dat vaak gericht is op specifieke interventies en maatregelen.

Dit onderscheid tussen beleidsvoorbereidend onderzoek, onderzoek dat de implementatie van beleid ondersteunt, monitoring van het bereiken van beleidsdoelen en onderzoek waarin beleid wordt geëvalueerd is soms moeilijk te maken. In feite is sprake van een cyclisch proces. Zo kan beleidsevaluerend onderzoek weer een deel van de probleemanalyse ten behoeve van nieuw beleid opleveren. Bij monitoring is het vaak lastig om de autonome ontwikkeling te scheiden van de evaluatie van beleid, waarbij ook nog eens speelt dat er vaak sprake is van parallel lopende of elkaar snel opvolgende beleidsmaatregelen.

Figuur 1.1 op de volgende pagina illustreert deze cyclus.

Cyclus van onderzoek en beleid



- Bij de eerste vraag gaat het om vragen als: wat is uit onderzoek bekend over de mate van samenhang en samenwerking in de eerste lijn, hoe ontwikkelt deze zich in de tijd en welke variaties doen zich voor? Bij de beleidsuitvoering moet gedacht worden aan door het onderzoek verschaft instrumenten zoals de CQ-index die helpt om patiëntervaringen in kaart te brengen en daarmee bijdraagt aan het beleidsdoel om meer vraaggerichte zorg tot stand te brengen. Bij onderzoek naar de gekozen oplossingen kan het gaan om onderzoek naar maatregelen om de groeiende zorgvraag op te vangen (bijvoorbeeld door eigen bijdragen in te voeren of te verhogen).

Op basis van de beantwoording van deze vragen kunnen ten eerste inhoudelijke conclusies worden getrokken over de beschikbare kennis ter ondersteuning en evaluatie van beleid met betrekking tot de eerste lijn. Ten tweede laat de manier waarop we deze vragen beantwoorden zien hoe een beleidsgerichte synthese van kennis eruit kan zien.

Ten slotte kunnen conclusies worden getrokken over aansluiting tussen onderzoek en beleid en aanbevelingen worden gedaan hoe die aansluiting te verbeteren, dan wel nieuwe aandachtspunten voor beleidsgericht onderzoek te formuleren.

Deze studie heeft niet de pretentie van volledigheid. Alleen al het NIVEL heeft de afgelopen 10 jaar honderden publicaties over onderzoek in de eerste lijn gerealiseerd. De studie beoogt wel een redelijk goed beeld te geven van de belangrijkste thema's en het onderzoek daaromtrent.

2 Samenhang en ordening

Kernboodschap

- Samenwerking in de eerste lijn krijgt zijn vorm in steeds veranderende (beleids)contexten. Daarom is voortdurende reflexie op de gewenste vormen en de meerwaarde van samenwerking van groot belang.
- De schaalgrootte van de eerste lijn verandert. We weten nog te weinig over optimale schaalgrootte en teamsamenstelling.
- Samenwerking vindt zowel horizontaal (binnen de eerste lijn) als verticaal (tussen de lijnen) plaats, met verschillende consequenties voor belangrijke waarden in de gezondheidszorg: populatiegerichtheid versus patiëntgerichtheid, gerichtheid op ziekte of op de zieke (etc.).
- Veranderingen in het beleid zorgen voor verschuiving in gewenste samenwerkingspatronen: meer nadruk op preventie brengt de GGD in beeld, de verschuivingen tussen Zvw, Wmo en AWBZ brengen de gemeenten in beeld.

2.1 Inleiding

De vraag naar zorg verandert en wordt complexer. In het zorgproces is steeds meer mogelijk en zorgverleners en beroepsgroepen veranderen. Er komen nieuwe beroepen bij en taken verschuiven. Er is dan ook steeds meer samenhang en ordening nodig om er voor te zorgen dat de eerste lijn blijft functioneren als laagdrempelige, generalistische, kwalitatief op een hoog peil staande zorg, dicht bij huis. Aanzetten voor meer samenhang en ordening komen zowel van de zorgverleners zelf (bottom-up) als vanuit 'het beleid' (top-down). Dat wil zeggen: niet alleen de overheid maar ook andere beleidsmakers in de zorg, zoals zorgverzekeraars, beroepsorganisaties of cliëntenorganisaties, komen met plannen voor vergroting van de samenhang en ordening met als achterliggend doel de kwaliteit te verbeteren, de kosten te beheersen of de keuzemogelijkheden voor cliënten te vergroten. Daarnaast kunnen ontwikkelingen en beleid op andere terreinen onbedoeld leiden tot veranderingen in de samenhang en ordening in de zorg. Onderbouwing van beleid met resultaten van wetenschappelijk onderzoek is van groot belang om het een stevige basis te geven. Samenwerking tussen zorgverleners, zowel binnen de eerste lijn als tussen eerste lijn en tweede/derde lijn, neemt in het huidige beleid gericht op toenemende samenhang en ordening een belangrijke plaats in en er wordt veel waarde gehecht aan monitoring van de ontwikkelingen op dat gebied.

In dit hoofdstuk geven we een kort overzicht van de ontwikkelingen in beleid en onderzoek met betrekking tot samenhang en ordening, samenwerking en de daaruit voortvloeiende vernieuwing die in de afgelopen decennia bepalend zijn geweest voor het functioneren van de eerste lijn, aan de hand van drie hoofddimensies of niveaus waarop samenwerking gestalte kan krijgen (zie figuur 2.1). In paragraaf 2.2 worden de beleidsontwikkelingen beschreven, in paragraaf 2.3 wordt relevant onderzoek besproken. Het hoofdstuk sluit af met een conclusie in paragraaf 2.4.

Figuur 2.1

De drie hoofddimensies ten aanzien van samenwerking binnen de eerste lijn



In aangepaste vorm overgenomen uit: Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. Achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingstudie (2010).

2.2 *Beleid rond organisatie en samenhang in de eerste lijn*

De eerste lijn is van oudsher een lappendeken van zorgprofessionals en zorginstellingen met elk hun eigen werkgebied, variërend van zeer lokaal en wijkgericht tot soms bovenregionaal en elk hun eigen werkwijze, variërend van individuele consulten tot thematische groepsbenederingen. Op verschillende manieren is door de jaren heen geprobeerd daar meer samenhang in aan te brengen, met het doel de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg te verbeteren en adequaat te kunnen reageren op de veranderende zorgvraag. Soms is de aandacht daarbij vooral gericht op de verschillende niveaus die te onderscheiden zijn in de zorgverlening, soms staat de schaalgrootte centraal en met name de laatste jaren is de marktwerking een belangrijk thema. Daarbij wordt marktwerking nogal eens tegenover samenwerking gezet, omdat marktwerking de onderlinge concurrentie beoogt te bevorderen, terwijl samenwerking die concurrentie juist zou uitsluiten. Het is de taak van beleidsmakers om daar een tussenweg in te vinden. Gezondheidszorgonderzoek is bedoeld om mogelijke beleidsoplossingen wetenschappelijk te onderbouwen of te weerleggen.

2.2.1 Ordeningsniveaus

¹Eigenlijk ligt hier nog een niveau voor: dat van de persoonlijke patiënt-hulpverlener relatie, met vragen als: krijgen patiënten ook de hulp waar behoefte aan is? Maar dat is niet zozeer een probleem van organisatie en samenhang als wel van kwaliteit en doelmatigheid en komt in dat betreffende hoofdstuk aan de orde.

Samenhang en ordening van de eerste lijn kan op verschillende niveaus worden bekeken (zie schema 2.1). Het eerste niveau op de organisatie-schaal is dat van de praktijken of individuele zorgverleners¹ binnen de eerste lijn, het tweede dat van de eerste lijn als geheel en het derde dat van samenwerking met tweede en derde lijn. Op elk niveau zijn beleidsproblemen en worden passende beleidsoplossingen aangedragen, maar in de uitvoering blijken oplossingen de neiging te hebben hun niveau te overstijgen omdat het principe erachter breder toepasbaar is. De toenemende en veranderende zorgvraag en een veranderend of achterblijvend zorgaanbod hebben er op het eerste niveau toe geleid dat de praktijkorganisatie een punt van aandacht is geworden. Voor huisartspraktijken is de belangrijkste beleidsoplossing op dit punt delegatie van taken naar in eerste instantie praktijkassistentes, later praktijkondersteuners en tegenwoordig ook nurse practitioners (NP) en physician assistants (PA). Ook bij praktijken voor fysiotherapie en verloskunde spelen zaken als taakverschuiving en taakdelegatie. Daarmee gepaard gaan oplossingen als schaalvergroting en het delegeren van managementtaken naar specialisten binnen of buiten de eigen praktijk. Steeds meer wordt het de vraag welke teamsamenstelling of praktijkorganisatie onder welke omstandigheden het meest geëigend is.

Schema 2.1
De beleidsproblemen en -oplossingen op het gebied van samenhang en ordening

	Interne organisatie van (huisarts)praktijken	Samenhang binnen eerste lijn/horizontale organisatie	Samenhang tussen lijnen/verticale organisatie
Beleidsproblemen	Hoe organiseer je (huisarts)praktijken intern met het oog op optimale skill mix en responsiviteit tegenover cliënten?	Hoe creëer je samenhang in de eerste lijn in wijken en afstemming op andere wijkgericht werkende voorzieningen?	Hoe creëer je goede samenhang in de zorg over de lijnen heen?
Beleidsoplossingen	Taakdelegatie (praktijkassistentie, praktijkverpleegkundige) Nieuwe beroepen (POH, POH-GGZ, NP, PA)	Gezondheidscentra Medische centra WMO/gemeente GGD	Ketenzorg voor chronisch zieken, Geboortezorg GGZ
Uitvoering	Schaalvergroting ➤	HAP ➤	Acute zorgketen (HAP/SEH)
	Management ➤	Facilitering ➤	Zorggroepen, vsv, echocentra

Het tweede niveau van organisatie is samenwerking binnen de eerste lijn op wijkniveau tussen de verschillende eerstelijnsdisciplines en andere wijkgericht werkende voorzieningen, zoals bijvoorbeeld de gemeente. Het totstandbrengen van horizontale samenwerking is en blijft een moeizame opgave en is daarmee het klassieke probleem van de eerste lijn. Al sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw is een subsidieregeling voor wijkgericht werkende gezondheidscentra van kracht, die momenteel overigens wordt afgebouwd. Het heeft niet geleid tot een sluitend netwerk van gezondheidscentra in heel Nederland. Ook beperktere vormen van horizontale samenwerking hebben het moeilijk. Met de schaalvergrotingen en de taakverschuivingen binnen de thuiszorg zijn de zogenaamde 'hometeams' dat wil zeggen: lokale samenwerking tussen huisartsen, de wijkverpleging/thuiszorg en het maatschappelijk werk, enigszins buiten beeld geraakt. Niettemin blijft het streven om wijkgericht meer samenhangende zorg tot stand te brengen vrij breed gedragen door aanbieders, overheid, financiers en patiënten (met name de NPCF), vanuit de overtuiging dat eerstelijnszorg bij uitstek generalistisch, goed toegankelijk en dicht bij huis moet zijn. De accenten in de gezochte oplossingen verschillen echter: huisartsen zien meer in een opgepluste huisartsenvoorziening met taakdelegatie naar bijvoorbeeld praktijkondersteuners, waarbij zij de spil in het zorgaanbod zijn en anderen zien meer in een echt geïntegreerde eerste lijn in wijkgericht werkende gezondheidscentra. Van recenter datum is het streven om eerste lijn en gemeente/GGD dicht bij elkaar te brengen, bijvoorbeeld in de vorm van een laagdrempelig inloopcentrum voor welzijn en zorg [1], vanuit het oogpunt dat binnen de eerste lijn meer aan populatiegerichte preventie zou moeten worden gedaan en een aansluiting met de Wmo tot stand gebracht zou moeten worden.

Al in het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw werd duidelijk dat alleen wijkgericht samenwerken binnen de eerste lijn niet voldoende was. Met name voor chronisch zieke patiënten die zowel zorg uit de eerste als tweede lijn nodig hebben kan de scheidslijn tussen eerste en tweede lijn een belemmering zijn. Wij komen hiermee bij het derde organisatieniveau, de verticale samenhang of ketenzorg. Het streven naar ketenzorg is voortgekomen uit de wens om de zorg in de eerste en tweede lijn rond patiënten met specifieke chronische aandoeningen beter op elkaar af te stemmen. Ketenzorg wordt met name voorgestaan door de overheid en door aandoeninggerichte fondsen (bijvoorbeeld de zorgstandaard Diabeteszorg van de Nederlandse Diabetes Federatie) en heeft voorlopig geleid tot het integraal bekostigen van het totaal van de zorg voor patiënten met diabetes, COPD, hartfalen en voor personen die risico lopen op hart- en vaatziekten, dus voor cardiovasculair risicomangement (CVRM). Qua organisatie leidt dit niet tot wijkgerichte vormen van samenwerking maar tot regionale netwerken of 'zorggroepen' van huisartsen en specialisten al dan niet aangevuld met partners als

fysiotherapeuten en diëtisten. Binnen de geboortezorg zijn de Verloskundige SamenwerkingsVerbanden (vsv's) en regionale echocentra voorbeelden van verticaal georganiseerde vormen van samenwerking. De overheid dringt er in de beleidsbrief 'Dynamische eerstelijnszorg' uit 2008 [2] en de beleidsagenda voor 2009 [3] op aan dat zorgaanbieders via samenwerkingsverbanden zorg kunnen bieden in de eigen omgeving van de patiënt, ook specialistische zorg. De huisartsen gaan in deze ontwikkeling mee, maar niet van harte. Zij wijzen op het gevaar van versnippering van de zorg juist voor mensen met meer dan één ziekte of aandoening en het verlies van het generalistische karakter van de zorg. Andere eerstelijnsdisciplines hebben andere zorgen: zij zijn vooral bang uitgebuit te worden als onderaannemers van de zorggroepen.

2.2.2 Schaalgrootte

Een ontwikkeling in de organisatie van de eerste lijn die niet direct het gevolg is van gericht overheidsbeleid is de schaalvergroting, met als in het oog springend voorbeeld de oprichting van huisartsenposten. Dit is een bottom-up ontwikkeling geweest van huisartsen die er naar streefden de werklust van diensten te verlichten en die later is gesanctioneerd door beroepsorganisaties en overheid². Het is een ontwikkeling die is begonnen op het eerste niveau, de individuele huisartsenpraktijk die een andere regeling zocht voor de ANW-diensten, die vervolgens heeft geleid tot een verdergaande samenwerking op het tweede niveau, van kleinschalige waarneemgroepen tot steeds grotere regionale huisartsenposten en die nu aansluiting zoekt bij het derde niveau in de vorm van het organiseren van een samenhangende acute zorgketen. Het samengaan van huisartsenposten en afdelingen spoedeisende hulp (SEH) in spoedposten is inmiddels ook overheidsstreven [3].

Bij andere beroepsgroepen is de schaalvergroting vaak eerder begonnen, maar minder snel verlopen. Bijvoorbeeld, bij eerstelijnsverloskundigen heeft de schaalvergroting op het niveau van de praktijken eerder plaatsgevonden dan bij huisartsen maar worden de diensten nog steeds binnen de eigen praktijk of met een enkele andere praktijk geregeld. Bij deze beroepsgroep wegen de inhoudelijke argumenten (vertrouwensband met de cliënt) tot nu toe blijkbaar zwaarder dan de arbeidstechnische argumenten (hoge werklust door frequente avond-, nacht- en weekenddiensten). Daarentegen is er in veel regio's wel al jaren een meer of minder geformaliseerde verticale samenwerking in de vorm van een vsv (verloskundig samenwerkingsverband) waarin eerste lijn (verloskundigen, verloskundig actieve huisartsen, kraamzorg) en tweede lijn (gynaecologen, kinderartsen, O&G verpleegkundigen) structureel overleggen over beleid en uitvoering van de verloskundige zorg.

Een andere ontwikkeling die zich parallel aan de eerdere organisatieveranderingen heeft afgespeeld is die op het gebied van het management.

² De (hoge) werklust van huisartsen is overigens wel indirect aan overheidsbeleid gerelateerd: namelijk aan het beleid om de toegang tot de geneeskundestudie en het aantal op te leiden huisartsen te beperken waardoor in Nederland een relatieve schaarste is aan huisartsen.

Door de schaalvergroting op het eerste niveau is een aparte managementfunctie noodzakelijk geworden, wat zeker bij de wijkgerichte, multidisciplinaire samenwerkingsvormen heeft geleid tot speciale managementfunctionarissen en zelfs tot faciliterende organisaties die het management hebben losgekoppeld van de zorgverlening. Ook bij de verticale organisatievormen kunnen in toenemende mate managementfuncties uitbesteed worden, een vorm van professionalisering van de organisatie waardoor de zorgverleners zich kunnen blijven bezighouden met de zorg en de organisatie toch goed kan functioneren. Schaalverkleining past (paradoxaal) ook binnen deze trends van samengang en ordening: op het gebied van de thuiszorg wordt juist gestreefd naar een kleinere schaal vanuit de verwachting dat medewerkers dan tevredener zijn, cliënten meer cliëntgericht worden verzorgd en samenwerking binnen de eerste lijn weer op voet van gelijkheid (althans qua organisatieschaal) met overige eerstelijnszorg komt. De buurtzorg dus.

2.2.3 Marktwerking en samenwerking

Bovenstaande ontwikkelingen moeten worden gezien tegen de achtergrond van een algemene beleidscontext die is verschoven van planning als middel om tot ordening te komen naar gereguleerde marktwerking. Gereguleerde marktwerking is niet direct gericht op de organisatie van de eerste lijn, maar heeft daar wel gevolgen voor. Dat is vooral zichtbaar op het gebied van de uitvoering, zoals bij de op verdere marktwerking anticiperende ontwikkelingen als zorggroepen, maar ook bij de toenemende verantwoordings- en andere administratieve lasten. Immers, omdat gereguleerde marktwerking inzicht vereist in de kwaliteit van zorg moeten zorgverleners informatie kunnen leveren aan de hand waarvan de kwaliteit te beoordelen is. Die toenemende lasten leiden er toe dat zorgverleners zich alleen nog willen richten op de zorg zelf en daarmee een voorkeur hebben voor werken in een groepspraktijk, waarin het management is geconcentreerd in één persoon of zelfs is uitbesteed. De demografische ontwikkeling naar steeds meer vrouwen in het artsensberoep met een voorkeur voor parttime werken draagt daar ook toe bij.

Marktwerking en versterking van de eerste lijn door verbetering van de samenwerking zijn beide overheidsbeleid, maar er is een spanningsveld tussen marktwerking en samenwerking in de eerste lijn. De eerder genoemde stimuleringsubsidies voor gezondheidscentra worden bijvoorbeeld afgebouwd omdat zij niet passen in een tijd van marktwerking. En de voorgenomen vrije prijsvorming, bedoeld om kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te verbeteren, staat bepaalde vormen van samenwerking in de weg, zoals het gezamenlijk exploiteren van een echocentrum voor verloskundige zorg omdat onderlinge prijsafspraken niet toegestaan zijn.

2.2.4 Beleidsoplossingen

In schema 2.1 is aangegeven wat het centrale beleidsprobleem is in elk van de drie niveaus van organisatie. Vervolgens is aangegeven welke oplossingen daarvoor worden aangedragen en hoe die oplossingen in de uitvoering met elkaar samenhangen. Een oplossing als taakdelegatie en het inzetten van nieuwe beroepen is vooral toepasbaar in grotere (huisarts)praktijken, die gericht zijn op het adequaat en efficiënt kunnen reageren op zorgvragen van een bekende, namelijk de ingeschreven populatie. Door schaalvergroting en het creëren van nieuwe functies ontstaat behoefte aan sturing in de vorm van praktijkmanagement, al dan niet uitgevoerd door een aparte functionaris, die overigens in de meeste gevallen wel zelf uit de zorg afkomstig is.

Verschuiving van de focus naar zorgvragen in de gemeente of wijk, in plaats van de ingeschreven populatie, leidt tot verbreding van de samenwerking naar meerdere eerstelijnszorgverleners in de vorm van een gezondheidscentrum of medisch centrum. Verbreding van de focus naar mogelijkheden voor preventie, naast het reageren op zorgvragen, leidt tot een mogelijke samenwerking met gemeentelijke instellingen of openbare gezondheidszorg bijvoorbeeld in de vorm van een inlooppcentrum of breed consultatiebureau.³ Deze vorm van organisatie stelt nog meer eisen aan het management, zelfs zodanig dat het verzelfstandigd kan worden en als facilitair bedrijf meerdere samenwerkingsverbanden kan managen, met professionele managers, die niet meer vanzelfsprekend uit de zorg afkomstig zijn.

Bij verticale samenwerking is de focus juist meer gericht op de individuele zorgvrager, waaromheen de zorg door verschillende zorgverleners georganiseerd moet worden. Dit vraagt weer een andere vorm van management, met meer nadruk op organisatie en waarborging van de overdracht van cliëntgegevens en van overleg tussen zorgverleners.

³ De rol van de Wmo (Wet op de maatschappelijke ondersteuning) en de recente uitbreiding daarvan zijn hierbij relevant, evenals de verhouding tussen de Zvw (Zorgverzekeringswet), de AWBZ (Algemene wet bijzondere ziektekosten) en de al genoemde Wmo.

2.3 Onderzoek naar organisatie en samenhang in de eerste lijn

Er wordt heel veel onderzoek verricht dat betrekking heeft op de eerste lijn, met zeer uiteenlopende onderzoeksvragen en doelen. Daarbij staan drie soorten doelstellingen centraal, die elkaar als het ware afwisselen in de cyclus van onderzoek en beleid. Ten eerste: hoe kan wetenschappelijk onderzoek bijdragen aan de onderbouwing van bestaand of nieuw beleid? Ten tweede: hoe kan beleid op een wetenschappelijk onderbouwde wijze worden geïmplementeerd? En ten derde: hoe kunnen veranderingen en beleidsimplementaties gemonitord en geëvalueerd worden zodat er lering uit getrokken kan worden? Bij de onderbouwing van beleid gaat het om onderzoek naar de achterliggende ‘werkzame bestanddelen’. Bij implementatie gaat het om het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren.

Nederlandse patiënt vindt samenwerking belangrijk

In 2004 is in een groot aantal Europese landen onderzoek gedaan naar het belang dat patiënten hechten aan bepaalde aspecten van kwaliteit van huisartsenzorg (1).

Onderstaande tabel toont het overzicht per land waarbij 1 staat voor het hoogste belang en 10 het laagste. Patiënten in Nederland vinden het aanzienlijk belangrijker dan patiënten in andere landen dat hun huisarts goed samenwerkt met andere zorgverleners over de zorg die de patiënt nodig heeft. Het allerbelangrijkste vinden Nederlandse patiënten het dat ze serieus genomen worden. Ook in Griekenland, Ierland, Israël, Italië en Noorwegen hechten patiënten er de meeste waarde aan dat de huisarts de patiënt serieus neemt. In Denemarken wordt het meest belang gehecht aan begrijpelijke informatie over medicatie en in het Verenigd Koninkrijk aan het tijdig na verwijzing terecht kunnen bij de specialist. Patiënten in Portugal vinden het het belangrijkste dat ze medicatie voorgeschreven krijgen waarvan de kosten vergoed worden. In alle onderzochte landen vinden patiënten het het minst belangrijk dat de huisarts de patiënt niet langer dan 15 minuten in de wachtkamer laat wachten.

Rangvolgorde van het belang dat patiënten hechten aan tien aspecten van de kwaliteit van huisartsenzorg per land

Het is belangrijk dat de huisarts...	NL	DK	GR	IE	ISR	I	NO	P	VK
– de problemen van de patiënt goed begrijpt	8	3	2	3	3	3	3	2	4
– de patiënt betreft bij behandelbeslissingen die genomen moeten worden	5	4	6	5	4	4	5	9	8
– de patiënt altijd serieus neemt	1	2	1	1	1	1	1	3	2
– zich altijd aan afspraken houdt	7	6	4	9	5	7	6	8	9
– de patiënt niet langer dan 15 minuten in de wachtkamer laat wachten	10	10	10	10	10	10	10	10	10
– de patiënt informeert in een begrijpelijke taal over de voorgeschreven medicatie	2	1	3	2	2	2	2	5	3
– medicatie voorschrijft waarvan de kosten volledig vergoed worden	9	9	7	6	7	5	7	1	6
– altijd makkelijk telefonisch te bereiken is	3	7	5	7	8	6	8	6	5
– ervoor zorgt dat de patiënt binnen 2 weken na verwijzing bij een specialist terecht kan	6	5	8	4	6	9	4	4	1
– goed samenwerkt met andere zorgverleners over de zorg die de patiënt nodig heeft	4	8	9	8	9	8	9	7	7

Referentie

- 1 Groenewegen PP, Kerssens JJ, Sixma HJ, van der Eijk I, Boerma GW. *What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views*. BMC Health Services Research 2005; 5(16).

Bij monitoring gaat het om vastleggen van de situatie en het signaleren van veranderingen en bij evaluatie gaat het om het achteraf beoordelen van de waarde of het belang van bepaalde ontwikkelingen. Aan de hand van de driedeling van schema 2.1 (interne organisatie, horizontale samenwerking en verticale samenwerking) wordt een overzicht gegeven van beleidsrelevant onderzoek dat de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden.

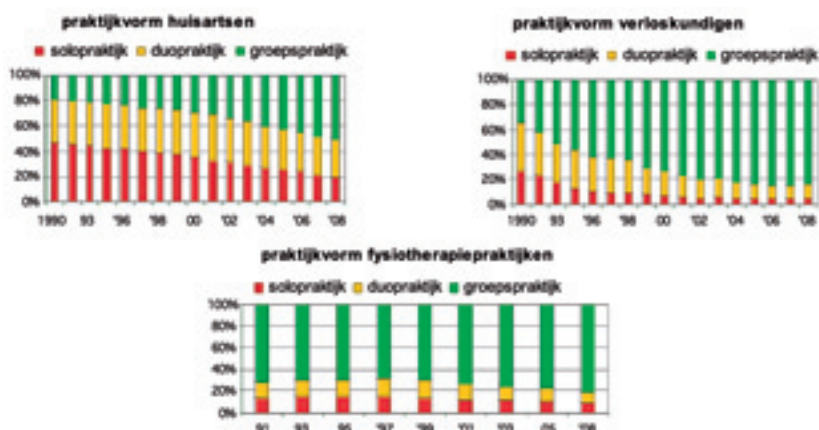
2.3.1 Interne organisatie

Een belangrijke functie van onderzoek naar samenhang in de eerste lijn is monitoring van de ontwikkelingen op het gebied van samenwerking en organisatie. Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat bij fysiotherapeuten groepspraktijken al heel lang de norm zijn, terwijl zowel bij huisartsen als bij verloskundigen echte schaalvergroting pas de laatste decennia heeft plaatsgevonden (figuur 2.2).

Verloskundigen zijn inmiddels veel verder met schaalvergroting van hun praktijken dan huisartsen. Terwijl in 1990 nog bijna 50% van alle huisartsen werkzaam was in een solopraktijk, gold dat nog voor minder dan 30% van de verloskundigen. En terwijl in 2008 nog 20 procent van de huisartsen als solist werkt en 51 procent in een groepspraktijk, werkt bij de verloskundigen in 2008 nog maar 5 procent als solist en werkt 83 procent in een groepspraktijk. Bij fysiotherapeuten is het aantal solisten in dezelfde periode gedaald van 14 naar 9 procent, terwijl het aantal werkzaam in een groepspraktijk is toegenomen van 72 tot 80 procent.

Figuur 2.2

Schaalvergroting praktijken van huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten



Bron: Cijfers uit de registratie van huisartsen, verloskundigen en eerstelijnsfysiotherapeuten; werkzame huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten naar praktijkvorm.

Deze schaalvergroting hangt met name bij de huisartsen samen met de toename van het aantal vrouwen in het beroep. Van alle werkzame huisartsen was in 2009 38 procent vrouw, terwijl dat in 2000 nog 26 procent was, in 1990 15 procent en in 1980 nog maar 7 procent. Bij (extramuraal werkende) fysiotherapeuten houdt het aantal mannen en vrouwen elkaar redelijk in evenwicht, maar sinds 2000 is het percentage vrouwen groter dan 50 en dat neemt langzaam verder toe, tot 53 procent in 2008. Bij de verloskundigen blijft het aandeel van mannen vrij constant staan op 2 procent.

De schaalvergroting leidt in veel gevallen tot taakdifferentiatie binnen de praktijk, in de zin dat één van de zorgverleners zelf (huisarts, verloskundige, fysiotherapeut) verantwoordelijk is voor de managementtaken. Voor huisartsenpraktijken is het tegenwoordig in een aantal gevallen ook mogelijk om externe ondersteuning in te kopen, maar dat is nog zeker niet aan de orde van de dag [4], terwijl dat bij apotheken juist heel gewoon is: 35 procent van alle openbare apotheken is onderdeel van een keten. Dat kan variëren van praktische ondersteuning in ruil voor het uitdragen van een bepaalde formule tot het overnemen van het eigen-
dom waarbij de zorgverlener, in dit geval de apotheker, in dienstverband komt te werken. Inhoudelijke taakdifferentiatie of specialisatie komt steeds vaker voor, overigens meer bij fysiotherapeuten dan bij huisartsen en meer bij huisartsen dan bij verloskundigen.

Fysiotherapeuten kunnen zich, naast scholing tot algemeen fysiotherapeut, bijscholen in acht specifieke richtingen, zoals arbeidsfysiotherapeut, manueel therapeut of sportfysiotherapeut (www.fysionet.nl). En huisartsen kunnen zich bij het CHBB (College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden) voor vijf verschillende registers kwalificeren, waaronder verloskunde en reizigersadvisering (<http://chbb.artsennet.nl>). Verloskundigen hebben twee kwaliteitsregisters, naast het algemene Kwaliteitsregister Verloskundigen, namelijk een versieregister en een echoregister (www.knov.nl).

- **Taakverschuiving**

In 1999 is de functie van praktijkondersteuner officieel geïntroduceerd in de huisartspraktijk en snel geaccepteerd: in 2008 beschikte 60% van alle huisartspraktijken over een praktijkondersteuner [5]. Ook professionalisering van praktijkassistenten heeft taakdelegatie mogelijk gemaakt [6;7], tot uiting komend in een betere opleidingsgraad en het vaker uitvoeren van (eenvoudige) medische handelingen, zoals hechtin-
gen verwijderen, bloeddruk meten, wratten aanstippen, oren uitspuiten en uitstrijkjes maken. Inmiddels zijn meerdere nieuwe beroepen tot de huisartspraktijk doorgedrongen, niet alleen de praktijkondersteuner op HBO-niveau (POH), maar ook de praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ), de nurse practitioner (NP) en de praktijkverpleegkundige en mogelijk zal in de toekomst ook de physician

assistent (PA) een plaats vinden in de huisartspraktijk. Hoewel taakdelegatie gezien wordt als een van de oplossingen van het beleidsprobleem van toenemende zorgvraag en achterblijvend zorgaanbod, is de wetenschappelijke onderbouwing ervan nog redelijk gebrekkig. Organisatieveranderingen binnen huisartspraktijken zijn vaak op relatief kleinschalig regionaal niveau onderzocht met behulp van evaluatieonderzoek. Zo is er op beperkte schaal onderzoek gedaan naar de introductie van praktijkondersteuners [8], nurse practitioners [9;10] en physician assistants [11]. Een onderzoek uit 2009 onder praktijkassistenten en praktijkondersteuners liet zien dat praktijkassistenten voornamelijk medisch-technische werkzaamheden van de huisarts overnemen, terwijl praktijkondersteuners vooral medisch-inhoudelijke werkzaamheden overnemen, zoals controles van en voorlichting aan specifieke groepen patiënten [12]. Nurse practitioners en praktijkverpleegkundigen hebben op dit moment een positie die vergelijkbaar is met die van praktijkondersteuners. Voor physician assistants is nog niet helemaal duidelijk wat voor rol ze kunnen gaan spelen in de huisartspraktijk. De essentie die uit deze onderzoeken komt is dat deze nieuwe functionarissen goed taken van huisartsen kunnen overnemen. Het leidt niet tot slechtere zorg en patiënten zijn tevreden. De effecten op de werklust van huisartsen zijn in zijn algemeenheid minder vaak onderzocht en als zij zijn onderzocht lijkt er nauwelijks een werklusteffect te zijn.

Van oudsher laten apothekers heel veel van de werkzaamheden in de apotheek over aan apothekersassistenten. Er zijn in openbare apotheken dan ook veel meer assistenten werkzaam dan apothekers: in 2008 waren in 1.948 openbare apotheken 2.912 apothekers werkzaam en 16.321 apothekersassistenten, omgerekend naar fulltime gemiddeld 5,91 apothekersassistenten per apotheek (www.sfk.nl/publicaties/2009denf.pdf). In 1998 is onderzocht of er plaats is voor een nieuwe functionaris, tussen de (wetenschappelijk opgeleide) apothekers en (MBO opgeleide) apothekersassistenten in, namelijk de HBO-opgeleide farmakundige [13], maar in de cijfers van de SFK (Stichting Farmaceutische Kengetallen) zijn farmakundigen niet terug te vinden. Er is wel in 2001 een opleiding voor gestart aan de Hogeschool Utrecht, die nog steeds wordt aangeboden, maar in de beschrijving van het werkveld wordt vooral de nadruk gelegd op de farmakundige als schakel in de keten van farmaceutische industrie, farmaceutische groothandel, apotheek, huisarts en specialist, zorgverzekeraar en patiënt (www.bachelors.hu.nl).

Binnen de thuiszorg, waar men veel eerder dan in andere sectoren te maken kreeg met de eisen van marktwerking, werd vooral op economische gronden een vorm van taakdelegatie doorgevoerd. Allereerst werd de indicatiestelling losgekoppeld van de zorgverlener⁴, met het doel de

⁴ Dit was overigens niet alleen een reactie op de eisen van marktwerking. Ook patiëntenorganisaties drongen hier op aan in de hoop daarmee een meer objectieve en gelijke indicatiestelling te krijgen.

transparantie en objectiviteit te vergroten. Vervolgens werd veel strikter dan voorheen een onderscheid gemaakt tussen verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp, met het doel de zorg doelmatiger te maken en kosten te beheersen. En met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 werd de huishoudelijke hulp feitelijk uit het bredere thuiszorgpakket gehaald, omdat gemeenten, die de wet uitvoeren, verplicht werden deze zorg openbaar aan te besteden, waardoor ook schoonmaakbedrijven daarop konden inschrijven.

- **Capaciteitsramingen**

In 2005 verscheen een rapport van het RIVM en het NIVEL waarin geconcludeerd werd dat de eerstelijnszorg in Nederland op dat moment goed presteerde, maar dat er toch zorgen voor de toekomst waren. Gesteld werd dat de vraag naar eerstelijnszorg sterk toeneemt, terwijl het aanbod van met name huisartsenzorg en mogelijk ook de thuiszorg daarbij achterblijft. Taakdelegatie heeft, volgens de auteurs, de beste papieren om capaciteitsproblemen het hoofd te bieden. Tegelijk waarschuwden de auteurs echter voor verlies aan samenhang in de eerstelijnszorg. Door taakdelegatie en herschikking krijgen patiënten immers met meerdere zorgverleners te maken. Bovendien werken steeds meer hulpverleners in deeltijd en zijn er nieuwe organisatievormen bijgekomen zoals huisartsenposten en diabetesdiensten. Met name voor chronisch zieken, die in getal sterk zullen toenemen, kan deze versnippering problemen veroorzaken. Samenwerking wordt daarom steeds belangrijker [14].

Veranderingen zoals nieuwe organisatievormen en taakverschuiving en -delegatie hebben daarmee ook gevolgen voor de benodigde capaciteit. Capaciteitsramingen dienen zich bijvoorbeeld meer te gaan richten op teams met hun gemengde samenstelling dan op individuele beroepsgroepen. Het type vraag dat daarbij centraal staat voor de eerste lijn is of door de introductie van praktijkondersteuners minder huisartsen hoeven te worden opgeleid, met andere woorden of er onderbouwing is voor de beleidsaannname dat de werkdruk van huisartsen vermindert door de inzet van praktijkondersteuners. Het Capaciteitsorgaan heeft bijvoorbeeld het voorspelde tekort aan huisartsen, mede naar aanleiding van gegevens over de introductie van praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken, naar beneden bijgesteld [15]. Een (zeer beperkte) proef met het inzetten van nurse practitioners (NP's) in drie verschillende huisartsenpraktijken en het doorrekenen van mogelijke effecten op de werkbelasting van huisartsen, gaf zeer positieve bevindingen, met een schatting dat de NP wel ruim 40 procent van de werktijd van een huisarts zou kunnen overnemen [15]. Grootschaliger onderzoek heeft die verwachtingen echter niet waargemaakt, maar op basis van gegevens uit de LINH-praktijken is in 2004 wel aangetoond dat huisartsen in praktijken met POH statistisch significant minder contacten met patiën-

ten hebben dan huisartsen in praktijken zonder POH [16]. Ook meer recent onderzoek laat zien dat praktijkondersteuners en praktijkassistenten de huisarts weliswaar werk uit handen nemen, maar dat die vrijgekomen tijd vervolgens vooral besteed wordt aan andere vormen van patiëntenzorg [12].

De conclusie uit nationaal en internationaal onderzoek is dat veranderingen in de interne organisatie van de eerstelijnszorg eerder uitbreiding van diensten en kwaliteitsverbetering tot resultaat heeft dan substitutie van taken.

2.3.2 Horizontale organisatie

Met horizontale organisatie wordt samenwerking binnen de eerste lijn bedoeld: gezamenlijke huisvesting van huisartspraktijken, zoals HOED (huisartsen onder één dak), samenwerking van huisartspraktijken in waarneemgroepen of HAP (huisartsenposten) of samenwerking tussen huisartsen en andere eerstelijnsdisciplines, zoals MOED (meer disciplines onder één dak), gezondheidscentra of medische centra. Het verschijnsel HOED is de afgelopen periode eigenlijk geruisloos overgegaan in MOED, door het opnemen van andere disciplines naast huisartsen in de gezamenlijke huisvesting en wordt daarom verderop besproken bij de multidisciplinaire samenwerking. Samenwerking met de openbare gezondheidszorg, de GGD, biedt mogelijkheden voor preventie. Nieuw zijn vormen van samenwerking met organisaties buiten de zorg, zoals gemeenten, die sinds invoering van de Wmo verantwoordelijk zijn voor het bieden van ondersteuning bij het deelnemen aan de maatschappij en het zelfstandig blijven wonen aan mensen die dat niet meer zonder hulp kunnen.

- **Huisartsenposten**

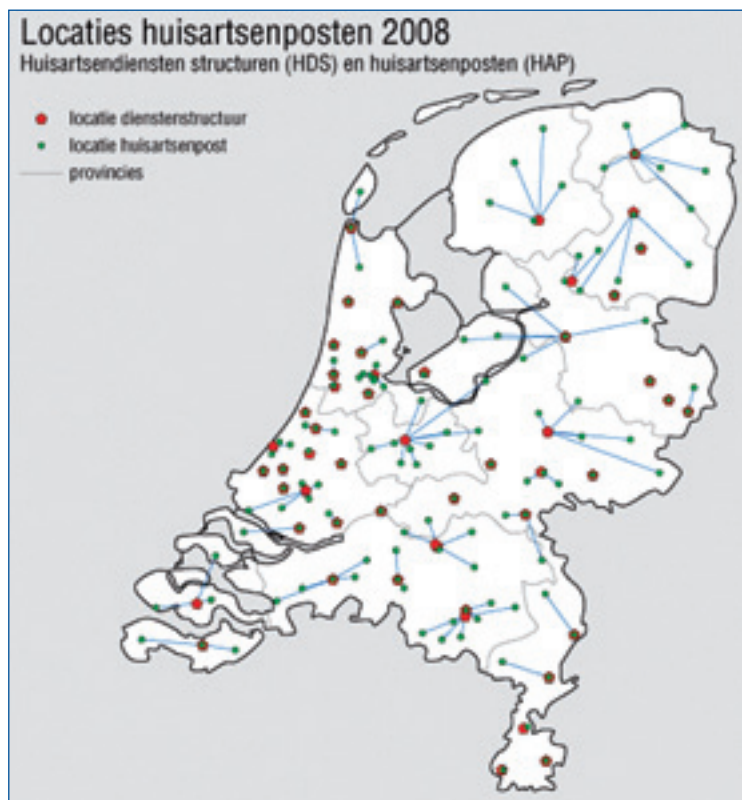
De monodisciplinaire samenwerking in de huisartsenzorg heeft zich via waarneemgroepen ontwikkeld tot grootschalige dienstenstructuren, die meerdere huisartsenposten (HAP) omvatten. Figuur 2.3 laat de spreiding van huisartsenposten in 2008 zien.

Deze ontwikkeling is heel snel gegaan. Een van de eerste huisartsenposten werd eind jaren negentig van de vorige eeuw (klinkt heel erg lang geleden, maar is maar net iets meer dan tien jaar) opgericht in Rotterdam. Tot die tijd was het gewoon dat de 24-uurs bereikbaarheid van de huisarts werd gegarandeerd door onderlinge waarneming van buurpraktijken, geformaliseerd in waarneemgroepen van twee tot hooguit 6 huisartsen(praktijken). De oprichting van huisartsenposten was het initiatief van de huisartsen zelf. Het verrichten van de diensten buiten kantooruren in de waarneemgroepen werd namelijk door huisartsen ervaren als een van de meest belastende aspecten van het huisartsenvak [17]. De bedoeling was om door grootschalige organisatie van het werk tijdens avond-, nacht- en weekenduren het huisartsenvak voor

de toekomst te behouden. Huisartsenposten zijn in korte tijd zorginstellingen geworden, met een bestuur, personeel, een eigen financieeringsstructuur en alle verdere spelregels die erbij horen [18]. Nu, in 2010, zijn er 131 lokale huisartsenposten, waar circa 7500 huisartsen (98%) bij zijn aangesloten [19] en waarvan 128 zijn georganiseerd in 52 huisartsendienstenstructuren (HDS) (zie Huisartsenposten in Cijfers op: www.vhned.nl). De introductie en het functioneren van huisartsenposten is in diverse onderzoeken en case studies onderzocht [17-25].

Figuur 2.3

Locaties huisartsenposten



Bron: Vereniging Huisartsenposten Nederland (vhn), CBS, RIVM

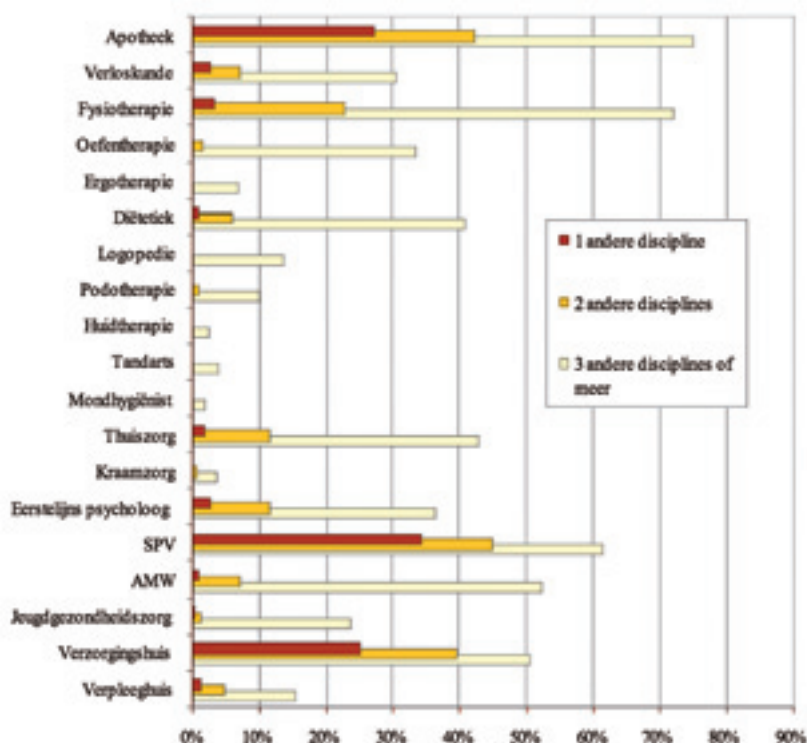
- **Gemeenschappelijke vestiging**

De samenwerking tussen huisartsen en andere eerstelijnsdisciplines heeft kleinschalige wortels in 'home-teams', lokale samenwerking in de vorm van gestructureerd overleg tussen tenminste een huisarts, een wijkverpleegkundige en een maatschappelijk werkende. Gezamenlijke huisvesting van meerdere zorgverleners in een gebouw heeft geleid tot de term MOED: meerdere disciplines onder één dak. De monitor multi-

disciplinaire samenwerking van het NIVEL [26;27] brengt de ontwikkeling van samenwerking tussen eerstelijnsdisciplines op wijkniveau in beeld. De monitor laat een (gestage) toename en een steeds grotere diversiteit in samenwerkingsvormen zien, namelijk met of zonder gezamenlijke huisvesting, met of zonder formele afspraken en met of zonder specifieke financiering voor het samenwerkingsverband. Dit soort onderzoek laat zien in hoeverre het beleid er in slaagt om meer samenwerking op wijkniveau tot stand te brengen. Figuur 2.4 laat zien dat in 2007 bij formele samenwerkingsverbanden van huisartspraktijken waarbij één of twee andere disciplines waren betrokken, dit het vaakst een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV'er), een verzorgingshuis en/of een apotheker waren. In samenwerkingsverbanden met drie of meer disciplines was hierbij relatief vaak een apotheker of fysiotherapeut betrokken [26].

Figuur 2.4

Percentage huisartspraktijken dat met een of meer andere discipline(s) deel uitmaakt van een formeel samenwerkingsverband, naar omvang, in 2007



Bron: Hansen et al 2007.

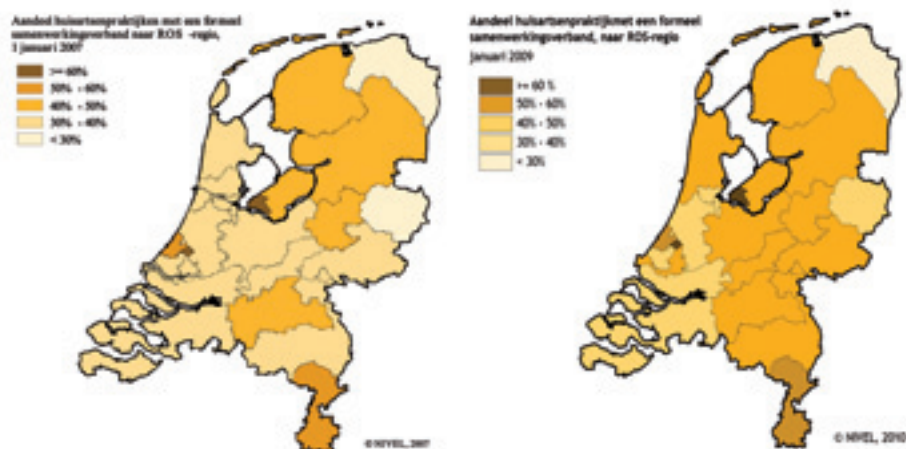
In 2007 gaf de helft (50%) van de huisartspraktijken aan met minimaal één andere discipline onder één dak gevestigd te zijn. Ruim twee jaar later is dat 58%, een stijging van 8%. Ook het hebben van een formeel samenwerkingscontract is toegenomen, van 38% in 2007 naar 43% in 2009. Twee andere aspecten van samenwerking (gezamenlijke presentatie naar buiten en financiële ondersteuning door zorgverzekeraars) namen tussen 2007 en 2009 slechts licht toe [27]. Ook in 2009 wordt door de huisartsen het vaakst (rond de 25%) aangegeven dat men op één locatie gevestigd is met een apotheek, gevolgd door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige en fysiotherapie. De gezamenlijke vestiging van een huisartspraktijk met een apotheek en een fysiotherapiepraktijk is bovendien in de twee jaar tussen beide onderzoeken met 5 procentpunten toegenomen. Gezien de fysieke/ ruimtelijke eisen die deze disciplines hebben, zal dit ook samen zijn gegaan met verhuizing of vestiging op een nieuwe locatie, bijvoorbeeld een gezondheidscentrum. Voor de meeste andere disciplines is er hooguit sprake van een geringe toename in gemeenschappelijke vestiging. Een uitzondering is de sterke groei die heeft plaatsgevonden bij de diëtetiek. Gaf in 2007 nog 16,6% van de huisartspraktijken aan samen met een diëtist op dezelfde locatie te werken, in 2009 is dit gestegen tot 25,4%, een toename van (afgerond) 9 procentpunten [27].

- **Gezondheidscentra**

Een tweede categorie van onderzoek naar samenwerking betreft onderzoek naar de meerwaarde van nieuwe organisatievormen. Klassiek hierin is NIVEL-onderzoek in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw waarin werd aangetoond dat huisartsen in gezondheidscentra minder verwijzen en doelmatiger voorschrijven [28]. Daarmee werd de subsidieregeling voor gezondheidscentra destijds onderbouwd. Met de dreigende opheffing van de subsidies en het verleggen van de regierol naar de zorgverzekeraar is het onderzoek naar meerwaarde van samenwerking naar het regionale niveau verplaatst. Regionale koepels van gezondheidscentra trachten hun zorgverzekeraar met wisselend succes van hun meerwaarde te overtuigen met behulp van onderzoek. Het NIVEL is betrokken bij (nog lopend) onderzoek in de regio Rotterdam, maar ook in Almere, Maarssenbroek, Amsterdam Zuidoost, Eindhoven en Zoetermeer lopen dergelijke onderzoeken of zijn in het verleden uitgevoerd [28;29]. In een recent onderzoek naar de ontwikkeling van multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn wordt de toename van formele samenwerkingsverbanden in kaart gebracht (zie figuur 2.5). Hier is te zien dat het aantal huisartsenpraktijken met een formeel samenwerkingsverband in korte tijd, tussen januari 2007 en januari 2009, flink is toegenomen.

Figuur 2.5

De aanwezigheid van formele samenwerkingsverbanden tussen huisartspraktijken en andere zorgaanbieders in de eerste lijn in 2007 en 2009



Overgenomen uit: Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. Achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingstudie (2010).

- **Samenwerking met GGD en gemeente**

Een derde categorie van onderzoek naar samenwerkingsvormen moet eigenlijk nog op gang komen omdat de beoogde samenwerking ook nog niet echt uit de verf is gekomen. Het betreft samenwerking tussen eerste lijn en GGD in het kader van preventie en samenwerking met de gemeente in het kader van de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning). Vanuit het zorgonderzoek is vooral aandacht voor ondersteuning en participatie van mensen die zijn aangewezen op de Wmo en nog niet zozeer voor de mogelijkheden van samenwerking. Wat betreft samenwerking tussen GGD en eerstelijnszorg zijn er de laatste jaren verschillende lokale projecten opgezet, maar (grootschalig) onderzoek naar het verloop van die samenwerking is nog niet verschenen. Op verzoek van het ministerie van VWS is in 2006 een inventarisatie gemaakt van bestaande samenwerkingprojecten tussen GGD'en en eerstelijnszorgverleners en van bevorderende en belemmerende factoren van deze samenwerking. Een verslag daarvan (een afstudeerscriptie van de universiteit Maastricht) is te vinden op de website van GGD Nederland: ggdkennissnet.nl [30]. Kort samengevat zijn gebrek aan financiële mogelijkheden, stroeve samenwerking met huisartsen en gebrek aan stimulans vanuit de overheid genoemd als belemmerende factoren, terwijl zaken als toewijding, een breed draagvlak en een gezamenlijke doelstelling genoemd zijn als factoren die de samenwerking bevorderen.

Bij invoering van de Wmo op 1 januari 2007 werden gemeenten er verantwoordelijk voor dat mensen met een beperking de voorzieningen,

hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben om te kunnen participeren in de maatschappij. Daarvoor contracteert de gemeente dienstverleners, in principe via openbare aanbesteding. Als het huishoudelijke hulp betreft, kan dat een thuiszorgorganisatie zijn, maar ook een schoonmaakbedrijf. De eerste ronde van aanbesteding van de huishoudelijke zorg heeft veel onrust veroorzaakt, niet alleen bij de thuiszorgorganisaties, die soms contracten afsloten onder de kostprijs, om die markt maar niet te verliezen, maar ook bij de zorgverleners, die hun baan verloren als de thuiszorgorganisatie er niet in slaagde de zorg te contracteren. Door strengere toelatingseisen voor de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) in 2009, zullen naar verwachting meer mensen een beroep doen op de Wmo.

- **Ondersteuning**

Wat bij apotheken is begonnen, is in de organisatie van de overige eerste lijnszorg een nieuwe ontwikkeling, namelijk de facilitering van samenwerking door derden. Sinds 1999 mogen ook anderen dan apothekers eigenaar zijn van een apotheek en met name farmaceutische groothandels hebben van die mogelijkheid gebruik gemaakt en eigen ketens gevormd (www.sfk.nl). In 2009 is door het NIVEL een verkennend onderzoek gedaan naar facilitering van samenwerking door derden in andere eerstelijnsvoorzieningen, waaruit is gebleken dat de wens om de administratieve werklast terug te dringen en de werktijd te beperken een belangrijke motor is om ondersteuning van buiten te introduceren. Voorbeelden hiervan zijn de vorming van een koepelorganisaties op commerciële basis, zoals Vitea en Symphony, die het management van individuele huisartspraktijken en gezondheidscentra overnemen [4], het opzetten van een stichting op initiatief van een beroepsgroep zelf zoals STBN, dat ondersteunt en faciliteert bij samenwerkingsprojecten, bedrijfsvoering en innovatie binnen de eerstelijnsverloskunde, of Buurtzorg, een landelijke organisatie die ondersteuning biedt aan lokale Buurtzorgteams met behulp van moderne ICT-toepassingen waardoor de administratieve kosten tot een minimum worden beperkt [31]. Ook verzekeraars zijn begonnen met het faciliteren van samenwerking in de eerste lijn, met name AGIS met het Programma Grote Steden en Menzis dat zelf gezondheidscentra heeft opgezet. Een daarvan is in 2007 geëvalueerd en de conclusie daarvan was dat het huisartsentekort, dat aanleiding was voor het opzetten van het centrum, was opgelost, terwijl de patiënten tevreden zijn, vooral ondersteunende medewerkers meer tijd voor hun patiënten hebben en huisartsen hun professionele autonomie behouden [32].

2.3.3 **Verticale organisatie**

De term 'ketenzorg' is in de jaren negentig van de vorige eeuw geleidelijk in gebruik genomen in de zorg om de noodzakelijke afstemming tussen zorgverleners mee aan te duiden en in de thesaurus Zorg en

Welzijn wordt ketenzorg omschreven als: ‘opeenvolging van verschillende soorten zorg die diverse zorgaanbieders aanbieden aan de patiënt/cliënt en waarbij die zorgaanbieders gezamenlijk zorgen voor een vloeiend verloop’ (www.thesauruszorgenwelzijn.nl).

Disease management overall een probleem, aanpak verschillend

In 2009 hebben experts uit het European Forum for Primary Care uit een achttal Europese landen het beleid aangaande disease management vergeleken (1). Hierin blijkt dat het gebrek aan disease management in alle landen als een probleem werd gezien. De oorzaak van het probleem verschilde tussen landen, maar in alle landen werd inadequate zorgcoördinatie tussen zorgvoorzieningen gezien als een primaire oorzaak. Qua oplossing van het probleem zoeken alle landen het in financiële incentives maar verder zijn er aanzienlijke verschillen in aanpak. Landen als Duitsland en Engeland hebben een top-down aanpak terwijl landen als Oostenrijk en Finland uitgaan van een bottom-up-aanpak. In Nederland is sprake van een combinatie waar lokale initiatieven gebruik kunnen maken van een regeling voor integrale bekostiging van de zorg voor een drietal aandoeningen. Interessant is het beleid in Duitsland. Hier ontvangen verzekeraars hogere uitkeringen uit het vereveningsfonds voor patiënten die opgenomen zijn in disease management-programma's. Zij bieden daardoor incentives aan dokters om patiënten te overtuigen deel te nemen.

Implementatie van disease management beleid in acht Europese landen

	BOTTOM-UP	TOP-DOWN	
Nederland	X	(X)	Financiële incentives voor eerstelijnszorgaanbieders (in ontwikkeling)
Duitsland		X	Financiële incentives voor dokters, patiënten en zorgverzekeraars
Oostenrijk	X		Financiële incentives voor dokters en patiënten
België		(X)	Financiële incentives voor dokters en patiënten (in ontwikkeling)
Catalonië	X		Indirecte financiële incentives voor dokters en verpleegkundigen. Patiënten krijgen certificaat
Engeland		X	Financiële incentives voor dokters (pay-for-performance)
Finland	X		Gezamenlijke deelname professionals in zorgplan ontwikkeling. Financiële incentives voor eerstelijns-zorgaanbieders
Wales	X	X	Financiële incentives voor lokale kwaliteitsverbetering binnen nationaal beleidskader met targets

X = in werking; (X) = in voorbereiding

Referentie

- 1 Gress, S., Baan, C.A., Calnan, M., Dedeu, T., Groenewegen, P., Howson, H., Maroy, L., Nolte, E., Redaelli, M., Saarelma, O., Schmacke, N., Schumacher, K., Lente, E.J. van, Vrijhoef, B. *Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care - position paper of the European Forum for Primary Care*. In: Quality in Primary Care, vol. 17, 2009, nr. 1, p. 75-86

Het ging bij ketenzorg in eerste instantie om verbetering van de transmurale zorg, dat wil zeggen: de samenwerking tussen intramurale zorg (ziekenhuizen, zorginstellingen) en extramurale zorg (huisartsen, thuiszorg). Onderzoek met betrekking tot ketenzorg varieert van zeer algemeen, zoals het onderzoek: Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening [33] tot zeer specifiek, zoals het onderzoek: Op de huid: inventarisatie zorgvraag en marktgebied huidtherapie [34].

- ***Integrale bekostiging***

Ketenzorg zou borg moeten staan voor continuïteit van zorg, maar een belangrijke hinderpaal is steeds geweest de gescheiden financiering van zorg verleend door verschillende zorgverleners of vanuit verschillende settings. Met de invoering van integrale bekostiging door middel van keten DBC's in 2010 is voor het eerst een manier geïntroduceerd om deze financiële schotten te omzeilen. Deze integrale bekostiging gaat om te beginnen in voor vier chronische aandoeningen, patiënten met diabetes mellitus, COPD en hartfalen en personen die risico lopen op hart- en vaatziekten, dus voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Bij de toepasbaarheid zijn echter wel kanttekeningen te plaatsen. Aan de ene kant wordt die beperkt door de kleine patiëntenaantallen per huisarts(praktijk) die in aanmerking komen voor deze ketenbenadering. Een fulltime huisarts met 2.322 patiënten heeft gemiddeld 42 COPD-patiënten in het patiëntenbestand ingeschreven staan [35]. Aan de andere kant bestaat het risico dat door variatie in zorggebruik en multimorbiditeit binnen bepaalde patiëntengroepen een groot aantal zorggebruikprofielen binnen één ziektegroep ontstaan [36]. Uit onderzoek van LINH-gegevens is bijvoorbeeld gebleken dat maar 18 procent van alle contacten van COPD-patiënten met de huisartspraktijk betrekking heeft op de specifieke aandoening [35]. Dit is omdat de zorgvraag van chronisch zieke patiënten in de huisartsenpraktijk niet ziektespecifiek is. Het gevaar bestaat dat door de integrale bekostiging van een specifiek zorgaanbod het integrale en persoonsgerichte karakter van de eerstelijnszorg onder druk komt te staan [36].

- ***Elektronisch patiëntendossier***

Een belangrijk element in multidisciplinaire samenwerking of ketenzorg is de overdracht van patiëntgegevens van de ene zorgverlener naar de andere. Daarom wordt er al jaren gesproken over een Landelijk Elektronisch Patiënten Dossier of EPD, waarmee zorgverleners elkaars patiëntendossiers kunnen inzien. Daarmee zouden met name medicatiefouten voorkomen kunnen worden. Toch is het niet de bedoeling dat iedere zorgverlener die gegevens over de patiënt nodig heeft, toegang heeft tot het hele dossier. In 2008 verscheen de derde versie van een NHG-richtlijn, waarin een minimale dataset of professionele samenvat-

ting (ps) wordt beschreven, inclusief waarneemretourbericht (WRB), die nodig is voor de gegevensuitwisseling tussen huisartsen en centrale huisartsenposten [37]. Deze minimale dataset kan de basis vormen voor een landelijk EPD. Omdat er verschillen zijn tussen de Hissen (huisartsen informatie systemen) in de manier waarop gegevens worden vastgelegd, is een EPD-scan ontwikkeld, een hulpmiddel om eenduidige registratieroutines op te zetten [38;39]. Elektronische gegevensuitwisseling tussen huisartsen en apotheken bestaat al langer en recent is onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om de medicatieveiligheid te bevorderen met behulp van het Programma Farmaco Keten Ontwikkeling [40]. Hoewel de overheid een groot voorstander is van een snelle invoering van een landelijk EPD, is de ontwikkeling daarvan opnieuw vertraagd door een motie in de eerste kamer om, in het licht van de hoge kosten en de onduidelijke wettelijke status van het EPD, alle voorbereidende activiteiten voor het EPD en specifiek de ontwikkeling van en investering in het LSP (het Landelijk Schakelpunt), op te schorten (Motie Tan CS, 1 juni 2010).

• GGZ

De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) verschilt enigszins van die in de somatische gezondheidszorg. De beroepsgroepen die het meest geassocieerd worden met geestelijke gezondheidszorg zijn psychiaters en psychologen en hun werkterrein is van oudsher de tweede lijn, van waaruit zowel klinische als ambulante zorg wordt aangeboden, terwijl het algemeen maatschappelijk werk (AMW) en de huisarts de eerste lijn vormen, deels als behandelaar, maar vooral als verwijzer. Het AMW biedt professionele hulp aan mensen met psychosociale problemen, vooral relatieproblemen, eenzaamheid, opvoedingsproblemen, zingeving/vrijtijdsbesteding en financiën. Dat wil zeggen, het AMW functioneert meer op het terrein van welzijn dan van gezondheidszorg. Bij andere (psychische of psychiatrische) problemen wordt doorverwezen naar de tweedelijns GGZ. Er was feitelijk sprake van een kloof tussen de eerste en tweede lijn in de GGZ omdat het zorgaanbod niet op elkaar aansloot terwijl de zorgvraag bleef toenemen. Het vrijwel ontbreken van een eerstelijnszorgaanbod heeft psychologen er toe gebracht om een eigen eerstelijnsdiscipline te ontwikkelen om in dat tekort te voorzien en eerstelijnspsychologie wordt sinds 1998 als zodanig erkend [41]. Sinds 2008 is kortdurende eerstelijnspsychologische zorg opgenomen in het basispakket van de ziektekostenverzekering. De toegenomen aandacht voor psychische zorg als eerstelijnsvoorziening heeft ook geleid tot een aantal projecten om de samenhang tussen eerste en tweede lijn te vergroten. Een voorbeeld is de ‘consultatieregeling’ die inhield dat hulpverleners van de eerstelijns GGZ de mogelijkheid kregen advies te vragen aan de tweedelijns GGZ om zo de deskundigheid op het gebied van GGZ-problematiek binnen de eerste lijn te vergroten.

Patiënten met deze problematiek konden dan binnen de eerste lijn behandeld worden. Als consultatiegever werd meestal een sociaal psychiatisch verpleegkundige (SPV) vanuit de ambulante zorg ingezet [42]. Inmiddels lijkt dat de POH-GGZ te worden: de praktijkondersteuner in de huisartspraktijk op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, niet meer gedelegeerd vanuit de GGZ zoals de SPV, maar onderdeel van de eerste lijn en aangestuurd vanuit de huisartspraktijk. Dit biedt huisartsen de mogelijkheid om taken op dit gebied te delegeren zonder patiënten te hoeven doorverwijzen naar de tweede lijn. De POH-GGZ heeft een specifiekere expertise dan de huisarts en kan ook meer tijd aan patiënten besteden [43]. Voor verwijzingen zijn goede contacten tussen eerstelijnszorgverleners onderling (huisarts/POH-GGZ, AMW, eerstelijnspsycholoog) en eerste en tweede lijn van groot belang, maar het formaliseren van de ketenzorg in de vorm van samenwerkingsverbanden is in de GGZ (nog) niet aan de orde.

- **Acute zorgketen**

De acute zorgketen bestaat uit huisartsen, voornamelijk via huisartsenposten (HAP's), ambulancezorg via de meldkamer en spoedeisende hulp-afdelingen (SEH) van ziekenhuizen. Over wat acute zorg precies is, verschillen de meningen maar als negatieve definitie geldt in ieder geval dat alle planbare zorg geen acute zorg is [44].

Wat betreft hun functie staan SEH en HAP dicht bij elkaar, omdat ze beide als 'spoedpost' een eerste aanspreekpunt zijn voor acute hulpvragen, dat wil zeggen: vragen die door de hulpvrager als acuut gezien worden (maar dat voor de hulpverlener niet hoeven te zijn). De SEH is in principe alleen voor acute vragen waar specialistische zorg of diagnostiek voor nodig is en de HAP voor hulpvragen waar dat niet voor nodig is, maar dat onderscheid is voor de hulpvrager niet altijd duidelijk of gewenst. Ook fysiek staan HAP en SEH soms dicht bij elkaar, bijvoorbeeld als een HAP gevestigd is op of direct naast het ziekenhuisterrein. Toch is er in veel gevallen nauwelijks sprake van samenwerking. Dit leidt tot onnodig gebruik van zorgvoorzieningen en dus tot onnodige kosten, capaciteitsproblemen en wachtlijsten. De afgelopen jaren zijn daarom verschillende samenwerkingsvormen tussen HAP en SEH ontstaan, waarbij twee vormen als spoedpost aangemerkt kunnen worden: (a) HAP fungeert als voorportaal van SEH en (b) HAP en SEH hebben één gezamenlijke triage waarna patiënten naar de HAP of SEH worden verwezen [45]. Inmiddels is in Nederland ervaring opgedaan met samenwerking in de vorm van spoedposten. Dit heeft een aantal evaluaties opgeleverd. Bij de evaluatie van spoedpost Nieuwegein is gebruik gemaakt van herhaalde metingen: voor en na introductie van de spoedpost. In de evaluatie van spoedposten Purmerend en Haarlem zijn beide spoedposten geëvalueerd met een pre-test post-test design én vergeleken met twee locaties die gescheiden werken. [46;47]. Ook is een zelf-

evaluatie instrument ontwikkeld, dat betrokken instellingen in staat stelt zelf aard, kwaliteit en omvang van de samenwerking binnen de acute zorg in beeld te brengen [48]. De eerste resultaten van de evaluaties laten zien dat patiënten op een spoedpost net zo tevreden zijn met de hulp die ze ontvangen als patiënten op een HAP of SEH, terwijl personeel nog erg moet wennen aan de nieuwe situatie en wat minder positief is over de spoedpost [46]. De kwaliteit en toegankelijkheid van de regionale acute (keten)zorg worden door de overheid dermate belangrijk geacht dat betrokkenen bij de acute zorg (sinds 2006) wettelijk verplicht worden deel te nemen aan een regionaal overleg over de acute zorgketen [44].

• **Zorggroepen**

De ontwikkeling van zorggroepen voor het aanbieden van ketenzorg als nieuwe organisatievorm is heel snel gegaan. De Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) houdt deze ontwikkeling bij en heeft laten zien dat in 2007 80% van de huisartsen deelneemt in een zorggroep. De definitie van zorggroepen van de LVG luidt:

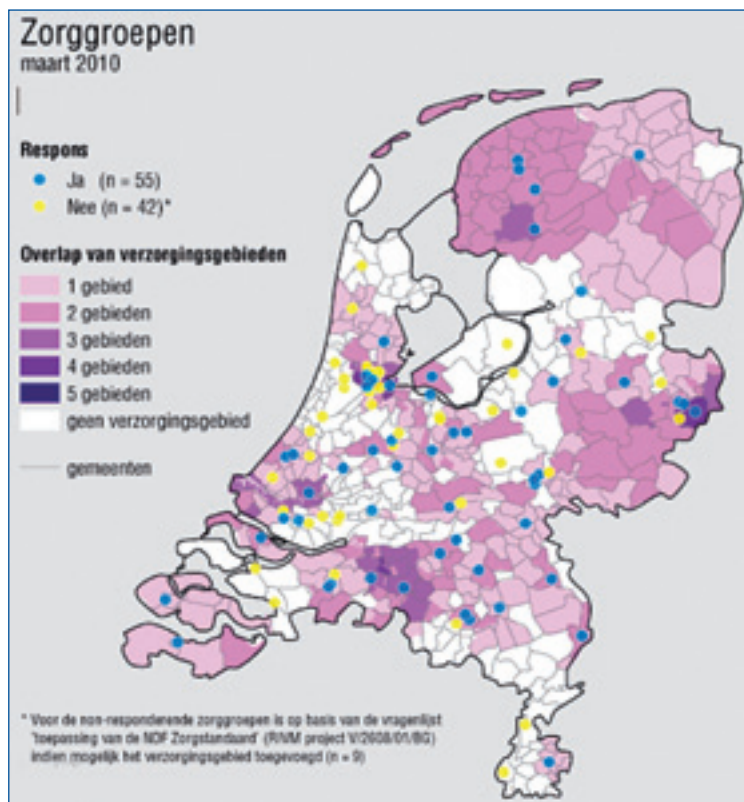
‘Zorggroepen zijn organisaties (van overwegend eerstelijnszorgaanbieders) die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren.’ (www.lvg.org).

Een kenmerk van ketenzorg is regelmatig overleg tussen zorgaanbieders met het doel de verschillende aspecten van zorg zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen en de organisatie van de zorg zo te laten functioneren dat patiënten daar geen hinder van ondervinden. In dat opzicht zijn verloskundige samenwerkingsverbanden (vsv's) in feite zorggroepen avant la lettre, maar dan zonder een daarop toegesneden financiële regeling. Al in 1987 werd door een Adviescommissie Verloskunde aangehouden op het opzetten van gestructureerd regionaal overleg tussen perinatale zorgverleners in eerste en tweede lijn, dat wil zeggen: in het verzorgingsgebied van een bepaald ziekenhuis, waaraan niet alleen verloskundigen en gynaecologen zouden moeten meedoen, maar ook O&G verpleegkundigen, neonatologen, verloskundig actieve huisartsen en de kraamzorg [34;49]. De KNOV omschrijft het doel van deze overleggroepen als volgt: het bij elkaar komen om afspraken te maken over bijvoorbeeld de overdracht van cliënten of het vertalen van richtlijnen naar de lokale situatie (www.knov.nl). Onderzoek naar het functioneren van deze multidisciplinaire samenwerkingsverbanden laat zien dat er nog al wat struikelblokken waren en nog steeds zijn [50;51]. Op dit moment is er in de meeste regio's wel een vorm van geregeld overleg in de verloskundige keten, maar het is nog steeds niet overal geformaliseerd [50].

Voor al op het gebied van diabeteszorg is inmiddels een groot aantal zorggroepen opgericht. Tot nu toe zijn het vooral de huisartsen die hier-

Figuur 2.6

Aantal en spreiding van zorggroepen in Nederland



Bron: RIVM

toe het initiatief nemen. Zij sluiten als zorggroep een overeenkomst met de zorgverzekeraars en contracteren vervolgens andere partners in de keten zoals internisten, diabetesverpleegkundigen, podotherapeuten en oogartsen. Op 1 januari 2009 telde Nederland een kleine honderd zorggroepen, met een redelijke spreiding over het land (zie figuur 2.6) en de meeste van deze zorggroepen zijn in 2006 en 2007 opgericht [4].

2.4 Conclusie

Tot voor kort kon de eerste lijn in Nederland worden gekenschetst als monodisciplinair kleinbedrijf. Dat is aan het veranderen. De eerste lijn in Nederland is zich aan het organiseren: grotere praktijken, meer disciplines per praktijk of met gezamenlijke huisvesting en regionale samenwerking in netwerken of zorggroepen. Op al die niveaus, praktijk, beroepsgroep en regio, is er een grote diversiteit in samenwerkingsvor-

men ontstaan. Een inventariserende studie van organisatievormen in de eerste lijn heeft daar bovenop nog extra diversiteit laten zien, zoals paramedische beroepsbeoefenaren die zich regionaal organiseren als antwoord op de zorggroepen. Management ondersteuning in de eerste lijn was al gemeengoed in de apothekerswereld en is inmiddels ook doorgedrongen in de wereld van huisartsen, gezondheidscentra en eerstelijnsverloskunde. Het algemene beeld is dat er steeds meer niet direct inhoudgebonden organisatiefuncties uitbesteed worden [4].

Deze ontwikkeling heeft ertoe geleid dat evaluatieonderzoek naar de meerwaarde van nieuwe organisatievormen sterk versnipperd is, vaak gericht op individuele situaties (case studies) en daardoor moeilijk generaliseerbaar. De meerwaarde voor de patiënt van samenwerking tussen zorgaanbieders op zich is op theoretische gronden wel te beredeneren, maar valt in de praktijk toch moeilijk aan te tonen. Duidelijke conclusies over de meerwaarde van specifieke samenwerkingsconcepten zijn door de versnippering ook nog eens moeilijk te trekken. Dat betekent dat er nog veel onderzoek nodig is om de gewenste samenhang en ordening in de eerste lijn te bevorderen en verankeren.

In de inleiding van dit hoofdstuk (§ 2.3) zijn enkele kernvragen geformuleerd, namelijk:

- wordt het voorgestelde beleid onderbouwd met onderzoeksresultaten? (wordt er beleidsvoorbereidend onderzoek verricht naar ontwikkelingen in de eerste lijn en wat zijn daarvan de resultaten?)
- Is er een wetenschappelijk onderbouwde methode om het voorgestelde beleid te implementeren? (wordt er onderzoek verricht naar beleidsinvoering of implementatie in de eerste lijn en wat zijn daarvan de resultaten?)
- Voldoet monitoring en evaluatie van ontwikkelingen aan de gestelde verwachtingen? (wordt er onderzoek gedaan naar beleidseffecten in de eerste lijn en wat zijn daarvan de resultaten?)

De antwoorden op deze vragen zijn niet altijd eenduidig. Op de vraag naar onderbouwing van het voorgestelde beleid kan over het geheel genomen positief geantwoord worden. De meerwaarde van samenwerking wordt gezien als een gegeven, er zijn visies en strategieën ontwikkeld en standaarden beschreven. Dat wil echter nog niet zeggen dat de meeste beleidsvoorstellen ook gebaseerd zijn op onderzoeksresultaten of dat bij de implementatie van beleid altijd rekening gehouden wordt met uitkomsten van onderzoek. Helaas start veel onderzoek pas als het beleid al in gang is gezet en moet de wetenschappelijke onderbouwing achteraf aantonen dat er terechte keuzes gemaakt zijn. Ook een wetenschappelijk onderbouwde methode om het voorgestelde beleid, zoals: meer samenwerking in de gezondheidszorg, te implementeren is niet direct voorhanden, terwijl daar in de maatschappelijke en zakelijke dienstverlening en in het bedrijfsleven toch al heel veel onderzoek naar gedaan is [52].

Op de vraag naar monitoring en evaluatie is het antwoord gematigd positief: zoals in dit hoofdstuk is laten zien, wordt er relatief veel onderzoek verricht naar effecten van (voorgestelde) beleidswijzigingen.

Vooraf in de vorm van monitoring: het in kaart brengen van veranderingen en het beschrijven van ontwikkelingen. De gedachte daarachter is dat door een zorgvuldige beschrijving meer zicht verkregen wordt op de elementen die een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling of verandering. Monitoring kan het resultaat van beleidsbeslissingen zichtbaar maken, zoals bijvoorbeeld de veranderingen die optreden in de samenstelling van een beroepsgroep, of de toename van het aantal samenwerkingsprojecten na een stimulans van buiten, maar kan niet verklaren waarom in de ene situatie de gewenste verandering wel optreedt en in de andere situatie niet. Monitoring op zich geeft ook onvoldoende inzicht in de achterliggende motieven van individuen of groepen om wel of niet deel te nemen aan voorgestelde samenwerkingsprojecten. Bij de vraag uit de inleiding of monitoring voldoet aan de gestelde verwachtingen, was niet gespecificeerd wat die verwachtingen waren. Dat is inherent aan de opdracht van veel monitoronderzoek: het in kaart brengen van ontwikkelingen zonder daar directe conclusies voor het beleid aan te verbinden. Als dus verwacht wordt dat monitoring een bijdrage levert aan het vergroten van inzicht in de werking van samenwerkingsmodellen, dan voldoet het daar niet aan.

Samenvattend is de conclusie van dit hoofdstuk dat er veel onderzoek plaatsvindt naar samenhang en ordening in de eerste lijn, maar dat er ook nog veel werk verzet kan worden. Dat samenwerking noodzakelijk is, dat er een meerwaarde is van samenwerking wordt impliciet aangenomen. Onderwerpen die nog op de agenda gezet moeten worden zijn:

- Wat is de kern van een goede samenwerking, wat werkt er nu echt? Met andere woorden: onderzoek naar de meerwaarde van samenwerking zou meer gericht dienen te zijn op wat de ‘werkzame stof’ in samenwerking is;
- Wat zijn de voorwaarden voor het tot stand komen van een vruchtbare samenwerking? Met andere woorden: naast beschrijvende monitoring zou er meer aandacht moeten zijn voor meer verklarend onderzoek naar condities waaronder samenwerking tot stand komt;
- Hebben bepaalde vormen van samenwerking ook ongewenste neveneffecten? Met andere woorden: naast onderzoek naar de gewenste en bedoelde effecten van samenwerking zou ook onderzoek gedaan moeten worden naar onbedoelde gevolgen van organisatieverandering in de eerste lijn, wat betekent de verdergaande samenwerking bijvoorbeeld voor de generalistische zorg;
- Wat betekent een toenemende samenwerking, met als mogelijk gevolg taakverschuivingen en taakdelegatie, voor de vraag naar specifieke beroepen? Met andere woorden: in het manpower-onderzoek zal de aandacht moeten verschuiven van het plannen van beroepspersonen naar het plannen van teamsamenstelling voor voorzieningen.

- [1] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. 2010. Den Haag, RVZ.
- [2] Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer: Visie op de eerstelijnszorg: 'Dynamische eerstelijnszorg' (CZ/EKZ/2825209. 2008. vws.
- [3] vws. Beleidsagenda 2009. 2008. Rijswijk, Ministerie van vws.
- [4] Hopman E.P.C., Batenburg R., Bakker DHd. Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn - een inventarisatie. 2009. Utrecht, NIVEL.
- [5] Praktijkondersteuning huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2008.
- [6] Berg M.J.van den, Nijland A., Bakker DHd, Kolthof E.D. De rijzende ster van een oude bekende: de doktersassistente wordt steeds belangrijker. Medisch Contact 2004; 59(15):588-591.
- [7] Berg M.J.van den, Kolthof E.D., Bakker DHd, Zee J.van der. Professionalisation of the practice assistant enables task delegation: 1987-2001. In: G.P.Westert, L.Jabaij, F.G.Schellevis., editors. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006.
- [8] Berg M.J.van den, Bakker DHd. Meta-analyse: introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. 2003. Utrecht, NIVEL.
- [9] Dierick-van Daele A.T.M. The introduction of the nurse practitioner in general practice. Universiteit Maastricht, 2010.
- [10] Dierick-van Daele A.T.M., Steuten L.M., Metsemakers J.F., Derckx E.W., Spreeuwenberg C., Vrijhoef H.J. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. Br J Gen Pract 2010; 570(60):e28-35.
- [11] Leeuw J.R.J.de, Simkens A.B.M., Baar M.E.van, Balen F.A.M.van, Verheij R.A., Bijlevend S.D. et al. Taakherschikking in de huisartsenpraktijk. Introductie van de Physician Assistant: gevolgen voor de kwaliteit, de capaciteit en de kosten van de zorg. 2009. Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde.
- [12] Noordman J., Verheij R, Verhaak P. Taakdelegatie aan doktersassistenten en praktijkondersteuners. Tijdschrift voor Praktijkondersteuning 2009;(4):107-112.
- [13] Wiegers T.A., Hingstman L. Arbeidsmarktverkenning Farmakundigen 1998. 1998. Utrecht, NIVEL.
- [14] Bakker D.de, Polder J.J., Sluijs E.M., Treurniet H.F., Hoeymans N., Hingstman L. et al. Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. Bilthoven: RIVM, 2005.
- [15] Bussemakers H., Ebbens E.H., Kwaak D.A.van der, Ijsackers R. Praktijk overtreft verwachtingen. Nurse practitioner dringt huisartsentekort drastisch terug. Medisch Contact 2005; 60(44):1763-1766.
- [16] Lamkaddem M., Bakker D.de, Nijland A., Haan J.de. De invloed van praktijkondersteuning op de werklast van huisartsen. 2004. Utrecht, NIVEL.
- [17] Grielen S.J., Beekhoven S., Bakker DHd. Een grootschaliger dienstenstructuur van huisartsenzorg in Rotterdam: de invoering van centrale huisartsenposten voor de nachtelijke waarneming. 1999. Utrecht, NIVEL.
- [18] Vereniging Huisartsenposten Nederland. Visie van de VHN op acute zorg en de rol van de huisartsenpost. 2006. Utrecht, VHN.
- [19] Vereniging Huisartsenposten Nederland. De Huisartsenpost. 2008. Utrecht, VHN.
- [20] Jabaij L, Lugtenberg M, Velden LFJvd, Hingstman L, Veld Cji, Schellevis FG et al. Diensten de deur uit: huisartsen verkopen meer ANW-diensten aan een waarnemer. Medisch Contact 2006; 61:1840-1842.

- [21] Kenens R., Jong T.de, Bakker DHd. Huisartsenposten en spoedvisites in Holland Noord: een modelmatige analyse van aanrijdtijden. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2010; 84(3):168-173.
- [22] Verheij RA, Somai D., Tiersma W., Giesen P., Hoogen H.van den. Haalbaarheidsstudie Landelijk Informatienetwerk Huisartsenposten (LINHAP). 2005. Utrecht, NIVEL.
- [23] Giesen P., Mokkink H. BvdW, Bottema B., Grol R.P.T.M. Hoe functioneren de huisartsenposten in Nederland? Huisarts Wet 2008; 51(5):219-223.
- [24] Huibers A.M.J., Giesen P., Wensing M.J.P., Grol R.P.T.M. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. BMC Health Services Research 2009; 9:105.
- [25] Moll van Charante E.P., Den Broeder J.M., Klazinga N.S., Bindels PJE. Klachten over huisartsenposten: patiënten moeten een rol spelen bij de organisatie. Medisch Contact 2003;(52):2030-2032.
- [26] Hansen J., Nuijen T., Hingstman L. Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. 2007. Utrecht, NIVEL.
- [27] Hansen J., Greuning M.van, Batenburg R.S. Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. Achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingstudie. 2010. Utrecht, NIVEL.
- [28] Ros CC, Hutten JBF, Groenewegen P.P. Centra centraal: onderzoek naar kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen. 1996. Utrecht, NIVEL.
- [29] Veerman F, Bakker Dd, Broeren J, Rijdt-van de Ven Avd, Sande Jvd. Is meten weten:analyse en terugkoppeling van productiecijfers in 5 gezondheidscentra te Eindhoven. 1997. Utrecht; Eindhoven, NIVEL; Stichting Gezondheidscentra Eindhoven; Zorgverzekeraar VGZ.
- [30] Houben M.. Bevorderende en belemmerende factoren van samenwerking tussen GGD-en eerstelijnszorgverleners. 2006. Utrecht.
- [31] Veer A.J.E.de, Brandt H.E., Schellevis F.G., Francke A.L. Buurtzorg: nieuw maar toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen. 2008. Utrecht, NIVEL.
- [32] Berg M.J.van den, Koopmanschap M.A., Bakker DHd, Verheij RA. Samenwerking en substitutie in gezondheidscentrum West: evaluatie van de eerste ervaringen met geïntegreerde eerstelijnszorg volgens het MENZIS-model. 2007. Utrecht, NIVEL.
- [33] Baan C.A., Hutten JBF, Rijken PM. Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. 2003. Bilthoven, RIVM.
- [34] Hansen J., Schepman S. Op de huid: inventarisatie zorgvraag en marktgebied huidtherapie. 2009. Utrecht, NIVEL.
- [35] Dijk C.van, Verheij R. Integrale bekostiging dekt fractie zorg. Huisarts en Wetenschap 2010; 53(6):299.
- [36] Dijk Cv, Rijken M, Bakker Dd, Verheij R, Groenewegen P, Schellevis F. Anders is niet per se beter: kanttekeningen bij functionele bekostiging. Medisch Contact 2009; 64:973-976.
- [37] Nederlands Huisartsen Genootschap. Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP). 2008. Utrecht, NHG.
- [38] Jabaaij L, Njoo K., Visscher S., Hoogen H.van den, Tiersma W., Leverink H et al. Verbeter uw verslaglegging, gebruik de EPD-scan-h. Huisarts en Wetenschap 2009;(5):240-246.
- [39] Jabaaij L., Verheij R, Njoo K., Hoogen H.van den. Inzicht in registratieroutines: ontwikkeling van de EPD-scan. SynthesHis: Tijdschrift voor Huisarts en Automatisering 2007;(2).
- [40] Zuidgeest M., Ooms L., Boheemen C.van, Vervloet M., Dijk L.van. Evaluatie van het programma Farmaco Keten Ontwikkeling. 2009. Utrecht, NIVEL.
- [41] Emmen M.J., Meijer S.A., Verhaak P.F.M. Positie van de eerstelijnspsycholoog in de geestelijke gezondheidszorg. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 2008; 86(3):142-149.
- [42] Noordman J., Verhaak P. 'Psychische gezondheid in de eerste lijn'. De inzet van consulenten geestelijke gezondheid in Gezondheidscentrum West, bij patiënten met psychische of sociale klachten. 2009. Utrecht, NIVEL.

- [43] Zwaanswijk M., Verhaak P.F.M. Effectieve kortdurende interventies voor psychische Problemen. Een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenvoorziening. 2009. Utrecht, NIVEL.
- [44] Raas G.P.M. Acute zorg. 2008. Den Haag, RVZ.
- [45] Vermue N., Giesen P., Huibers L. Samenwerking tussen huisartsenposten en spoedeisende hulp: huidige situatie en toekomstplannen van huisartsenposten in Nederland. 20. Nijmegen.
- [46] Kool R., Homberg D., Kamphuis H. Towards integration of general practitioner posts and accident and emergency departments: a case study of two integrated emergency posts in the Netherlands. BMC Health Services Research 2008; 8:225.
- [47] Sturms L., Hermesen L., Stel Hv, Schrijvers A. Tussenrapportage: een jaar acute zorgpost 's nachts in Nieuwegein. 2009. Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde.
- [48] Meiberg A.E., IJzermans C.J., Bakker DHd. Samenwerking in de keten van acute zorg: een zelfevaluatie-instrument. 2007. Utrecht, NIVEL.
- [49] Adviescommissie Verloskunde 1987. Verloskundige organisatie in Nederland: Uniek, bewonderd en verguisd. 1987. Rijswijk, Ministerie van wvc.
- [50] Boesveld-Haitjema I.C., Waelput A.J.M., Eskes M., Wiegers T.A. Verloskundige samenwerkingsverbanden in Nederland: stand van zaken. Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie 2008; 121(1):25-28.
- [51] Veer A.J.E.de, Meijer W.J. Multidisciplinaire samenwerking in de verloskunde. Een stapsgewijze opzet. Medisch Contact 1996; 51(44):1421-1424.
- [52] Verbout A., Travaille A. Succesvolle samenwerking is geen toeval. Overheidsmanagement 2008; (3):11-13.

- www.nivel.nl/beroepenindezorg/
- www.vhned.nl
- www.ggd Kennisnet.nl
- www.stbn.nl/
- www.buurtzorgnederland.com/
- www.agisweb.nl/Over_Agis/Agis_De_Zorgverbeteraar/Programma_GroteSteden
- www.menzis.nl/web/Corporate/Pers/opinie/MenzisInvesteertInGezondheidscentra.htm
- www.knov.nl/voor-andereen/samenwerking-in-de-verloskunde/verloskundige-samenwerkingsverbanden
- www.thesauruszorgenwelzijn.nl/zorgketens.htm
- www.lvg.org/vormen/zorggroepen.htm
- www.eerstekamer.nl/motie/motie_tan_pvda_c_s_over_het_nemen/document/f=/vifphskxyji.pdf
- www.fysionet.nl/centraal-kwaliteitsregister/geaccrediteerde-scholingen/scholingsaanbod-vakinhoudelijk-deel.html
- www.knov.nl/voor-verloskundigen/kwaliteitsverbetering-in-de-verloskundige-praktijk/
- chbb.artsennet.nl/home.htm
- www.sfk.nl/publicaties/2009denf.pdf
- www.bachelors.hu.nl/Alle%20bacheloropleidingen/Farmakunde.aspx

3 Kwaliteit en doelmatigheid

Kernboodschap

- Als we alleen vanuit patiëntenoordelen naar de eerste lijn zouden kijken, kunnen we tevreden zijn. Hulpverleners worden zeer positief beoordeeld.
- Tegelijk weten we dat er nog een wereld te winnen is op het gebied van richtlijn-ontwikkeling en -naleving bij andere eerstelijnszorgverleners dan huisartsen.
- Op het gebied van transparantie (prestatie-indicatoren en patiëntenoordelen) is de kleinschaligheid van de eerste lijn een belemmering. Het komt erg dicht bij de persoon van de hulpverlener, is daardoor relevanter maar tegelijk ook bedreigender.
- De verschuivingen in het morbiditeitspatroon van de bevolking naar meer chronische aandoeningen begint nu pas goed door te dringen in het zorgbeleid. Dit leidt tot meer aandacht voor therapietrouw, (ondersteuning van) zelfmanagement en preventie in de zorg.

3.1 Inleiding

Kwaliteit van zorg is van het allergrootste belang, maar tegelijkertijd mogen de zorguitgaven niet uit de hand lopen. Daarom worden zaken als kwaliteit, effectiviteit, doelmatigheid en patiëntgerichtheid bij uitstek gezien als criteria op grond waarvan beoordeeld wordt of en in welke mate een bepaald zorgaanbod voor vergoeding in aanmerking komt. De overheid stelt een (inhoudelijk en financieel) kader vast waarbinnen het kwaliteits- en doelmatigheidsbeleid verder door ‘veldpartijen’ kan worden uitgewerkt. Centraal in dat beleidskader staat het begrip ‘verantwoorde zorg’ waaronder de zorg verstaan wordt die beantwoordt aan de reële behoefte van de patiënt, van inhoudelijk goed niveau is, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend. In deze omschrijving zijn drie centrale begrippen in het zorgdebat van de laatste jaren verwoord, namelijk kwaliteit, doelmatigheid en patiëntgerichtheid. Patiëntgerichtheid, patiëntveiligheid en keuzevrijheid maken deel uit van het kwaliteitsbeleid. Effectiviteit en betaalbaarheid zijn elementen van het doelmatigheidsbeleid. Kwaliteit en doelmatigheid zijn twee kanten van dezelfde zorgmedaille en kunnen niet los van elkaar gezien worden. Het een beïnvloedt het ander. Transparantie is de noodzakelijke voorwaarde om de kwaliteit en doelmatigheid zichtbaar en vergelijkbaar te maken. De gevleugelde uitdrukking hierbij is: meten is weten. Of wel: om te kunnen vaststellen wat ‘goede kwaliteit’ of ‘doelmatigheid’ is, zijn maatstaven nodig, indicatoren waarmee eerlijke, objectieve vergelijkingen mogelijk zijn.

In dit hoofdstuk geven we een kort overzicht van de ontwikkelingen in beleid en onderzoek met betrekking tot kwaliteit en doelmatigheid.

In paragraaf 3.2 worden de beleidsontwikkelingen beschreven, in paragraaf 3.3 wordt relevant onderzoek besproken. Het hoofdstuk sluit af met een conclusie in paragraaf 3.4.

3.2 *Beleid rond kwaliteit en doelmatigheid in de eerste lijn*

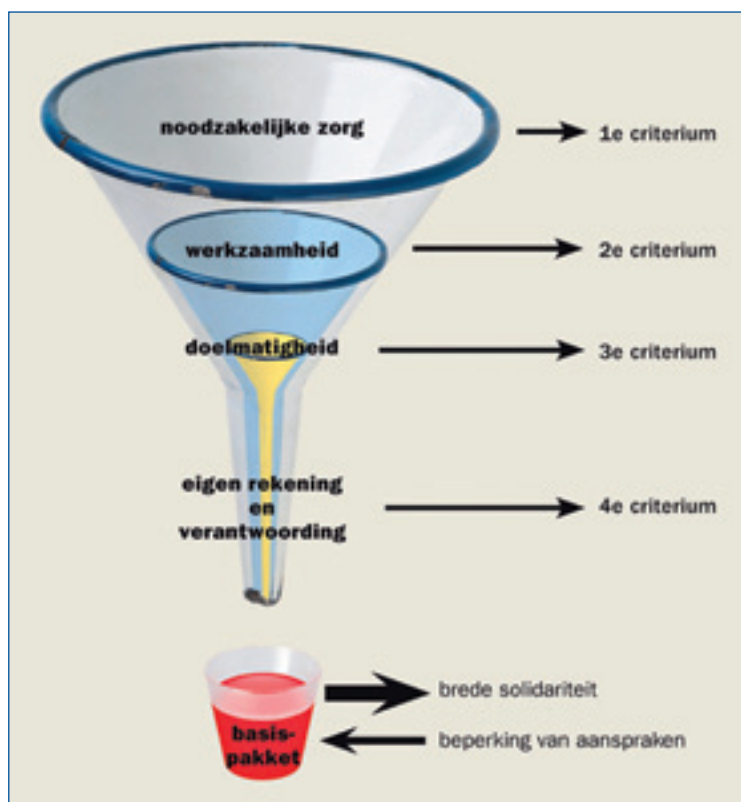
Dat zorgverlening van goede kwaliteit moet zijn is een vanzelfsprekendheid die aan alle beleidsvoornemens ten grondslag ligt. Maar dat goede kwaliteit van zorg niet een automatisch gevolg is van goed opgeleide zorgverleners is pas een issue geworden toen er grote plannen gemaakt werden voor hervorming van de gezondheidszorg vanaf eind jaren tachtig van de vorige eeuw. Om de oplopende kosten te beheersen, het verzekeringstelsel te herzien en de bureaucratie te verminderen, kortom: om de doelmatigheid te vergroten, werd in 1986 een commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg (Commissie Dekker) ingesteld. Deze commissie adviseerde in 1987 over een nieuwe basisverzekering, met beperking van regelgeving door de overheid en invoering van marktwerking bij aanbieders en verzekeraars [1]. In 1991 verscheen het rapport van de commissie Dunning, die duidelijk maakte dat er keuzes gemaakt moesten worden om de sterk stijgende kosten te beheersen [2]. Sturende begrippen daarbij waren 'noodzakelijk', 'werkzaam', 'doelmatig' en 'eigen rekening en verantwoording' [3]. Kwaliteit van zorg kwam als criterium hierin niet aan de orde, maar was een impliciete veronderstelling: als bepaalde zorg werkzaam en doelmatig is, dan is het (per definitie) ook kwalitatief goed.

In 1994 constateerde een Kamercommissie dat het debat in die tijd vooral ging over kostenbeheersing en niet over de inhoud van de zorg [4]. Toch werd er sinds eind jaren tachtig door veldpartijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties) veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld op zogenaamde Leidschendamconferenties. De eerste hiervan vond plaats in 1989 en werd door de KNMG georganiseerd om verschillende initiatieven om de kwaliteit van zorg te verbeteren bij elkaar te brengen. In de nota Kwaliteit van zorg (1991) sloot de overheid zich daarbij aan door het vaststellen van het kader waarbinnen het veld het kwaliteitsbeleid verder zou uitwerken [5]. In 1996 is de Kwaliteitswet zorginstellingen in werking getreden, waarmee zorginstellingen onder andere verplicht werden tot het invoeren van een kwaliteitssysteem en het opstellen van een kwaliteitsjaarverslag. Deze wet geldt voor elk organisatorisch verband 'dat strekt tot het verlenen van zorg'. Hieronder vallen dus ook groepspraktijken en gezondheidscentra in de eerste lijn. Alleen solistisch werkende beroepsbeoefenaren, zoals een huisarts met een assistente, vallen niet onder de reikwijdte van de wet. In 1997 volgde de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (de Wet BIG) met het

doel burgers te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen en het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Met de nota 'Vraag aan bod' in 2001 heeft de overheid een aanzet gegeven tot vernieuwing van het zorgstelsel, inclusief meer marktwerking in de zorg, door in te zetten op het vergroten van de vraaggerichtheid van het zorgaanbod, het vergroten van de ruimte voor ondernemerschap en het vergroten van doelmatigheid en transparantie [6]. In de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) die in 2006 in werking is getreden, wordt niet alleen het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekering opgeheven, maar wordt ook de marktwerking verder gestimuleerd door concurrentie tussen zorgverzekeraars te bevorderen. Bovendien wordt de te verzekeren zorg verdeeld in noodzakelijke zorg, die opgenomen is in het basispakket van alle zorgverzekeraars, en wenselijke zorg, die ondergebracht kan worden in aanvullende verzekeringspakketten. In het kader van de recente discussies over de bezuinigingen stellen Dutrée en Plagge [3] dat, bij de heroverweging van wat noodzakelijke en wat wenselijke zorg is, de trechter van Dunning nog heel actueel is. Hun weergave van die trechter is te zien in figuur 3.1.

Figuur 3.1

De trechter van Dunning



Overgenomen uit:
 Dutrée M.A., Plagge
 H.W.M. Haal de trechter
 van Dunning uit de la.
 Medisch Contact 2010;
 65(2):60-63.

In 2007 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in opdracht van het Ministerie van VWS het programma Zichtbare Zorg (ZiZo) gestart om de zorgsectoren te ondersteunen bij het zichtbaar te maken van de kwaliteit van zorg (www.zichtbarezorg.nl). In oktober 2008, bij de aankondiging van de instelling van een Regieraad Kwaliteit van Zorg, schreven de minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer dat hun kwaliteitsbeleid drie speerpunten kent: transparantie van kwaliteit, veiligheid van zorg en vergroting van de cliëntgerichtheid [7]. Op elk van die drie speerpunten is specifiek beleid ontwikkeld, dat niet alleen gericht is op de kwaliteit van zorg, maar ook op de doelmatigheid ervan.

- **Transparantie**

Transparantie heeft tot doel het inzichtelijk maken van verbeteringen in kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid. De bevordering van marktwerking, al voorgesteld door de commissie Dekker in 1987, is de laatste jaren de belangrijkste strategie van de overheid geweest om invloed uit te oefenen op vergroting van de transparantie. De achterliggende gedachte bij marktwerking is dat aanbieders van zorg worden gestimuleerd om betere prestaties te leveren omdat verzekeraars zorg inkopen op basis van prijs en kwaliteit. Die verzekeraars worden op hun beurt daartoe gestimuleerd omdat zij onderling concurreren om de klant, de verzekerde. Een belangrijke voorwaarde voor het functioneren van een dergelijk systeem is dat er niet alleen transparante informatie is over de prijs maar ook over de kwaliteit van zorg. Daarom wordt veel energie gestoken in het opzetten van een systeem van prestatie-indicatoren. Het gaat zowel om professionele indicatoren en indicatoren voor patiëntervaringen als om zogenoemde etalage-informatie. Professionele indicatoren richten zich op structuur-, proces- en uitkomstmaten van zorginhoudelijke aspecten. Patiënt- of cliëntervaringsindicatoren sluiten daarbij aan, maar dan gezien vanuit het cliëntenperspectief. Etalage-informatie is informatie waarmee zorgaanbieders zich kunnen profileren ten opzichte van hun collega-zorgverleners c.q. concurrenten. Het beleid gericht op transparantie en marktwerking geldt voor de hele gezondheidszorg en dus ook voor de eerste lijn. Maar specifiek ten aanzien van de eerste lijn lijkt er een spanningsveld te zijn tussen het streven naar goede samenwerking en afstemming op wijkniveau en marktwerking inclusief onderlinge concurrentie. Bovendien is het de vraag of het systeem van prestatie-indicatoren niet te zwaar is voor de relatief kleine organisaties in de eerste lijn. Bij een beperkt aantal observaties is de kans van sterke schommelingen in de uitkomsten immers erg groot en zullen zeldzame gebeurtenissen een enorme impact hebben op het totaalbeeld.

- ***Veiligheid***

Het tweede genoemde speerpunt betreft de patiëntveiligheid. Gerichte aandacht voor het verbeteren van de patiëntveiligheid is feitelijk begonnen met het advies uit 2004 'Hier werk je veilig of je werkt hier niet' [8]. Dat advies is het resultaat van het verzoek van minister Hoogervorst van vws aan de president-directeur van Shell Nederland om als gezant voor het programma Sneller Beter onderzoek te doen hoe de veiligheid in de zorg te vergroten. Sindsdien heeft het begrip patiëntveiligheid in de tweede lijn een hoge vlucht genomen. Oog voor de patiëntveiligheid in de eerste lijn is nog redelijk nieuw, waarbij de aandacht vooralsnog is gericht op experimenten met Veilig Incidenten Melden. Het overheidsbeleid gericht op de introductie van een landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD) is mede ingegeven door de gedachte dat een betere uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners de patiëntveiligheid ten goede komt. De introductie van het EPD met een landelijk schakelpunt stuit overigens op veel weerstand van aanbieders, met name uit de eerste lijn, die meer zien in regionale netwerken waarbinnen gegevens worden uitgewisseld. De achterliggende gedachte daarbij is dat er al regionale netwerken zijn, die naar tevredenheid functioneren en die verdere ondersteuning goed kunnen gebruiken, terwijl de kans dat zorgverleners in een ander deel van het land dan waar de patiënt/cliënt woont en zorg ontvangt, behoefte hebben aan toegang tot de medische gegevens van die patiënt uiterst klein is.

- ***Clïëntgerichtheid***

Het derde speerpunt dat direct op de voorgaande twee aansluit betreft de versterking van de positie van patiënten en de cliëntgerichtheid van de zorg. In alle recente beleidsvoornemens en rapporten staat de positie van patiënten/cliënten centraal. Niet alleen heeft een patiënt/cliënt als consument van de gezondheidszorg recht op goede kwaliteit, hij/zij moet ook kunnen kiezen voor een zorgaanbieder die het beste past bij zijn of haar wensen en omstandigheden. De positie van patiënten wordt versterkt door middel van wetgeving en het ondersteunen van patiëntenorganisaties. In 1995 werd de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) ingevoerd met het doel om cliënten de mogelijkheid te geven hun onvrede over geleverde zorg door een onafhankelijke institutie te laten toetsen [5]. Andere wetten zoals de Wet medezeggenschap cliënten zorgsector (WMCZ) en de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) volgden snel daarna, beide in 1996 [5]. Op dit moment is de Wet Cliëntenrechten Zorg (wcZ) in voorbereiding. Deze wet moet de WGBO, de Wet klachtrecht en de Kwaliteitswet zorginstellingen gaan vervangen.

- **Doelmatigheid**

Doelmatigheid, of efficiëntie, wordt veelal omschreven als de relatie tussen ingezette middelen en opbrengsten die daarmee worden behaald. Het geeft de relatie weer tussen wat de zorg kost en wat het opbrengt. Daarmee onderscheidt het concept zich van kostenbeheersing, wat louter gericht is op het reduceren van de middelen, ook al leidt dit tot een slechtere verhouding tussen middelen en opbrengsten (www.rivm.nl). Protocollen en richtlijnen kunnen gezien worden als instrumenten voor het vergroten van doelmatigheid. Op 14 mei 2009 is de Regieraad Kwaliteit van Zorg geïnstalleerd met als taak kwalitatief goede zorg te stimuleren, dat wil zeggen: goede zorg die cliëntgericht is, veilig, effectief, op tijd, transparant en doelmatig. De Regieraad richt zich op het bundelen van kennis over en het adviseren ten aanzien van richtlijnontwikkeling en -implementatie met specifieke aandacht voor het cliënten/patiëntenperspectief, veiligheid en doelmatigheid. De daadwerkelijke ontwikkeling en implementatie van richtlijnen blijft een taak van de betrokken veldpartijen. De vele activiteiten op het gebied van verbetering van kwaliteit en doelmatigheid hebben echter wel geleid tot fragmentatie, met als gevolg dat op nationaal niveau er onvoldoende zicht is op de effectiviteit ervan. Daarom heeft de minister van vws in mei 2010 de oprichting van een 'Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg' aangekondigd waarin alle expertise over veilige en doelmatige zorg moet samenkomen [9].

Naast wetgeving en flankerend beleid wordt ook direct met de geldkraan gestuurd door het nemen van honoreringsmaatregelen. Denk aan de veranderde honorering van huisartsen in het kader van het Vogelaarakkoord (die overigens een direct gevolg was van de invoering van de zorgverzekeringswet waardoor het onderscheid ziekenfonds/particulier verdween). Concreet zijn op het gebied van marktwerking in de eerste lijn al verschillende ervaringen opgedaan. Allereerst in de thuiszorg, waar halverwege de jaren negentig van de vorige eeuw al een begin gemaakt werd met het invoeren van marktwerking. Sinds 2005 is ervaring opgedaan met vrije prijzen in de fysiotherapie en sinds dit jaar met integrale bekostiging voor zorg aan chronisch zieken.

Op het professionele vlak is voor dit hoofdstuk het kwaliteitsbeleid van de verschillende beroepsgroepen in de eerste lijn relevant. Alle beroepsgroepen hebben kwaliteitsbeleid ontwikkeld met bijvoorbeeld klachtregelingen, systemen voor accreditatie en de ontwikkeling van richtlijnen. De huisartsen met de bekende NHG-standaarden liepen hierin voorop. Hoewel de richtlijnen in zijn algemeenheid worden geapprecieerd door beroepsbeoefenaren is het implementeren ervan geen sinecure. Op het punt van de cliëntgerichtheid komt er meer en meer aandacht voor de patiënt als gebruiker van geneesmiddelen (therapietrouw) of meer algemeen voor (ondersteuning van) zelfmanagement en preventie.

3.2.1 Ordeningsschema

Hoewel kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid in het beleid sterk met elkaar zijn verweven, is het toch zinvol om de begrippen los van elkaar te zien, omdat verbetering op elk van die terreinen verschillende soort maatregelen vraagt. Maatregelen om de doelmatigheid te verhogen kunnen bijvoorbeeld kwaliteitsverbetering in de weg staan, en andersom. Schema 3.1 geeft een korte weergave van de beleidsproblemen en beleidsoplossingen ten aanzien van kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid van de eerstelijnszorg.

Ten aanzien van het bevorderen en vaststellen van de kwaliteit van zorg is een ontwikkeling doorgemaakt van aandacht voor kwaliteitssystemen met de kwaliteit zelf als bijproduct (als de systemen in orde waren dan zou de kwaliteit vanzelf volgen), via ongedifferentieerd vertrouwen in marktwerking met kwaliteit als resultaat (kwaliteit komt vanzelf boven drijven als de markt via vraag en aanbod zijn werk doet) naar het bevorderen van transparantie en het ontwikkelen van prestatie-indicatoren (waardoor kwaliteit eerst zichtbaar en vervolgens meetbaar wordt) met kwaliteit uiteindelijk als selectiecriteria.

Het precies definiëren van wat onder kwaliteit verstaan moet worden blijkt moeilijk.

Schema 3.1

Beleidsproblemen en -oplossingen ten aanzien van kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid

	Kwaliteit	Effectiviteit	Doelmatigheid
Beleidsproblemen	Hoe meet je kwaliteit en hoe bevorder je dat er kwaliteit geleverd wordt?	Hoe bevorder je de effectiviteit van de geleverde zorg?	Hoe vergroot je de doelmatigheid van de geleverde zorg?
Beleidsoplossingen	– Marktwerking (contractering) – Vergroten transparantie – Wetgeving – Kwaliteitsbeleid beroepsgroepen – Veiligheidsbeleid	– Marktwerking (selectie) – Ontwikkelen en implementeren van evidence based richtlijnen – Bevorderen therapietrouw en zelfmanagement – Bevordering preventie in de zorg	– Marktwerking (incentives) – Regierol verzekeraars – Bekostigingssysteem gericht op substitutie – Preventie als onderdeel van de zorgketen – Innovatie
Uitvoering	Kwaliteitsregisters Prestatie-indicatoren CQ-index Veilig Incidenten Melden	Beslissingsondersteunende systemen	Integrale bekostiging ICT-ondersteuning Elektronische gegevensuitwisseling (EMD, EPD, EKD, PWD)

De thesaurus Zorg en Welzijn komt voor de term Zorgkwaliteit niet verder dan de uitleg: 'Kwaliteit van de geleverde zorg in de zin van tijdig beschikbaar en voor de cliënt passende zorg' (www.thesauruszorgenwelzijn.nl). Termen als structuur-, proces en uitkomstmaten zijn genoegzaam bekend, maar begrippen als patiëntgerichtheid, patiëntveiligheid en keuzevrijheid zijn relatief nieuwe elementen van het begrip kwaliteit. De definitie van effectiviteit is minder ingewikkeld: volgens de Thesaurus Zorg en Welzijn betekent effectiviteit: het bereiken van het gewenste resultaat, bijvoorbeeld van een bepaalde vorm van hulpverlening. Doelmatigheid wordt in de Thesaurus Zorg en Welzijn eerst vertaald in efficiency en de definitie daarvan is: het verkrijgen van het grootst mogelijke effect of resultaat in verhouding tot de middelen.

3.2.2 *Beleidsoplossingen*

Bij de invoering van marktwerking in de zorg was de achterliggende gedachte dat enerzijds zorgverzekeraars de schifting tussen betere en mindere kwaliteit zouden kunnen maken door bij hun contracteerbeleid de kwaliteit van de zorg een rol te laten spelen, terwijl anderzijds de cliënten/patiënten die schifting wel zouden bewerkstellingen, omdat ze massaal zouden kiezen voor aanbieders die de beste kwaliteit leveren. Maar het onderscheid tussen goede en minder goede kwaliteit van zorg blijkt niet zomaar zichtbaar te maken. Daarom wordt nu vooral veel aandacht besteed aan vergroten van de transparantie, door het ontwikkelen van prestatie-indicatoren. Kwaliteit vanuit het patiënten/cliëntenperspectief is niet hetzelfde als kwaliteit vanuit het perspectief van de zorgverlener. Daarom wordt ook de ontwikkeling van een standaard voor het meten van cliëntervaringen, namelijk de CQ-index, gestimuleerd. Sinds invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen werken alle beroepsgroepen aan het vormgeven van het eigen kwaliteitsbeleid, zoals het ontwikkelen van richtlijnen, het openstellen van kwaliteitsregisters en het uitvoeren van praktijkaccreditatie.

Om de effectiviteit te vergroten kan marktwerking een middel zijn als die er toe leidt dat de meeste geschikte persoon ook in staat gesteld wordt om de gevraagde zorg te leveren. Het ontwikkelen van richtlijnen is al genoemd bij het verbeteren van de kwaliteit, maar richtlijnen kunnen ook de effectiviteit vergroten als ze tenminste geïmplementeerd en gevolgd worden. Dat geldt voor professionele richtlijnen maar ook voor richtlijnen voor cliënten, bijvoorbeeld met betrekking tot therapietrouw en zelfmanagement. Technische hulpmiddelen in de vorm van beslissingsondersteunende systemen kunnen daar steeds vaker een rol bij spelen. Een voorbeeld daarvan is het NHG-formularium, een farmacotherapeutisch vademecum voor de huisarts dat jaarlijks geactualiseerd wordt op basis van de standaarden en farmacotherapeutische richtlijnen en dat digitaal, via de Hissen (huisarts Informatie Systemen) geraadpleegd kan worden.

Ook voor het vergroten van de doelmatigheid is marktwerking een van de beleidsoplossingen, bijvoorbeeld door zorgaanbieders (extra) te belonen voor zuinig werken. Omdat doelmatigheid vooral gaat over kosten in verhouding tot prestaties liggen de beleidsoplossingen ook voornamelijk in de financiële sfeer: het stimuleren van substitutie van dure zorg(verleners) naar goedkopere zorg(verleners), het stimuleren van preventie om duurdere behandeling te voorkomen en het stimuleren van innovatie, vooral als die kostenbesparend kan werken. Verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid gaan overigens vaak hand in hand, zoals bij het bevorderen van volgens richtlijnen voorschrijven van medicatie via het NHG-formularium. Tot slot wordt in het kader van zowel kwaliteitsverbetering als vergroting van de doelmatigheid veel belang gehecht aan de mogelijkheden die ICT kan bieden voor het opzetten van elektronische gegevensuitwisseling in de vorm van elektronische patiëntendossiers (EPD), zoals het elektronisch medicatiedossier (EMD), het elektronisch kinddossier (EKD), het waarneemdossier huisartsen (WDH) en in de verloskunde het Perinataal Webbased Dossier (PWD).

3.3 Onderzoek naar kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid in de eerste lijn

Bij beleidsgericht onderzoek staan, zoals eerder vermeld, drie soorten doelstellingen centraal, die elkaar aanvullen in de cyclus van onderzoek en beleid. Ten eerste: hoe kan wetenschappelijk onderzoek bijdragen aan de onderbouwing van bestaand of nieuw beleid? Ten tweede: hoe kan beleid op een wetenschappelijk onderbouwde wijze worden geïmplementeerd? En ten derde: hoe kunnen veranderingen en beleidsimplementaties gemonitord en geëvalueerd worden zodat er lering uit getrokken kan worden? Bij de onderbouwing van beleid gaat het om onderzoek naar de achterliggende 'werkzame bestanddelen'. Bij implementatie gaat het om het identificeren van bevorderende en belemmerende factoren. Bij monitoring gaat het om vastleggen van de situatie en het signaleren van veranderingen en bij evaluatie gaat het om het achteraf beoordelen van de waarde of het belang van bepaalde ontwikkelingen. Aan de hand van de driedeling van schema 3.1 (kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid) wordt een overzicht gegeven van beleidsrelevant onderzoek naar kwaliteit en doelmatigheid in de eerste lijn dat de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden.

3.3.1 Kwaliteit

Het ontwikkelen van prestatie-indicatoren ter vergroting van de transparantie, het ontwikkelen van vragenlijsten om cliëntervaringen te meten, het ontwikkelen van methodieken om de cliëntveiligheid te

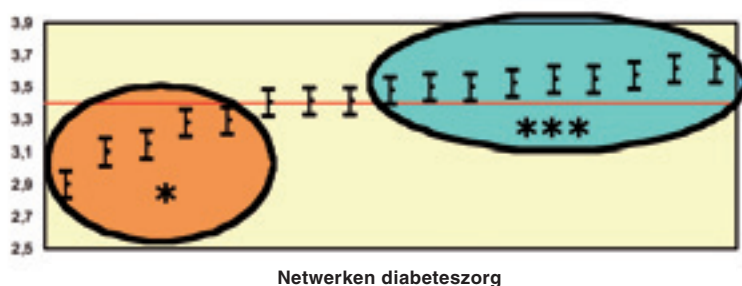
vergroten, kortom al het onderzoek dat gericht is op het ontwikkelen van instrumenten om kwaliteit van zorg te meten en te bevorderen draagt bij aan de onderbouwing van het kwaliteitsbeleid. Het toetsen van de bruikbaarheid van die instrumenten en de invloed daarvan op de kwaliteit van zorg maakt deel uit van implementatieonderzoek. Om te onderzoeken of nieuw beleid verankerd raakt in de zorgpraktijk en daar het gewenste effect heeft op de kwaliteit van zorg is monitor- en evaluatieonderzoek nodig.

- **Transparantie**

Verreweg het meeste onderzoek op het gebied van transparantie is onder te brengen in de categorie beleidsvoorbereidend onderzoek. Het ontwikkelen van meetinstrumenten en het uittesten daarvan, het vaststellen van de reikwijdte en de waarde ervan, is vooral gericht op het onderbouwen van beleid. Het bevorderen van transparantie gebeurt ondermeer door de ontwikkeling van prestatie-indicatoren. IQ Healthcare heeft in het kader van het ZonMw programma Kiezen in Zorg een reeks publieke indicatoren voor eerstelijnszorg ontwikkeld, waaronder over de kwaliteit van huisartsenzorg [10] en de zorg rondom zwangerschap en bevalling in de eerste lijn [11]. In het kader van het programma Zichtbare Zorg (ZiZo) van de Inspectie worden of zijn prestatie-indicatoren ontwikkeld voor specifieke zorgsectoren, niet alleen in de eerste, maar ook in de tweede lijn (www.zichtbarezorg.nl). Meetinstrumenten, meestal een CQ-index of CQI (zie kader op pag. 61), om patiëntervaring in die specifieke zorgsector in beeld te brengen maken daar vaak deel van uit. Met de CQI is al veel onderzoek gedaan naar de kwaliteit van zorg vanuit het patiënten-/cliënten- of consumentenperspectief en de resultaten kunnen gebruikt worden om een algemeen beeld te presenteren van de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief, maar ze kunnen ook gebruikt worden om verschillen tussen zorgaanbieders zichtbaar te maken, zoals in figuur 3.2.

Figuur 3.2

Voorbeeld van een manier om een CQI- resultaat te presenteren: score op de schaal 'bejegening' in 17 huisartsenpraktijken, uit de CQI diabeteszorg netwerken



Bron: Rupp e.a.,
Afdeling Sociale
Geneeskunde AMC, 2006

cq-index

De afkorting CQI of CQ-index staat voor *Consumer Quality Index*. Dit is een gestandaardiseerde methodiek om klantervaringen in de zorg te meten, te analyseren en te rapporteren. Meestal wordt aan patiënten en cliënten een schriftelijke vragenlijst voorgelegd. Daarnaast wordt gewerkt met online vragenlijsten en met interviews. Op deze manier kan men achterhalen wat patiënten en cliënten belangrijk vinden in de zorg én wat hun concrete ervaringen zijn. De vragen kunnen gaan over de zorg door beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld huisartsen of fysiotherapeuten) of over de zorg die instellingen verlenen (bijvoorbeeld ziekenhuizen of verpleeghuizen). Er zijn ook vragenlijsten die betrekking hebben op de zorg rond bepaalde aandoeningen (bijvoorbeeld diabetes of reuma).

De CQ-index is gebaseerd op de Amerikaanse CAHPS-systematiek en op de QUOTE-vragenlijsten die het NIVEL heeft ontwikkeld. CAHPS staat voor *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*. QUOTE betekent *Quality Of care Through the patient's Eyes*. Beide instrumenten meten ervaringen van zorgconsumenten. Dat is een belangrijk verschil met andere vragenlijsten, waarin naar de tevredenheid van consumenten wordt gevraagd. Vragen naar concrete ervaringen leveren meer bruikbare informatie op voor de borging en verbetering van kwaliteit dan meer subjectieve vragen naar tevredenheid. De CQ-index meet concrete zaken, geen (subjectieve) verwachtingen. De CQ-index omvat naast een set gestandaardiseerde vragenlijsten ook protocollen en handleidingen voor steekproeftrekking, dataverzameling, analyse en de rapportage.

Voor meer informatie: zie: www.centrumklantervaringzorg.nl

De eerste resultaten met een CQI Huisartsenzorg Overdag lieten zien dat mensen over het algemeen erg positief waren over de aan hen geleverde huisartsenzorg: het algemene gemiddelde cijfer bedroeg een 8,1 (op een schaal van 0 tot 10). Een zogenaamd 'verbeterpunt' bleek de telefonische bereikbaarheid overdag [12]. In een latere meting was het algemeen oordeel lager, namelijk 7,4. Er bleken bij deze meting echter ook duidelijke verschillen tussen huisartspraktijken te bestaan, met name op de aspecten 'assistenten in de huisartspraktijk', 'toegankelijkheid van de huisarts' en 'zorg op maat' [13].

Onderzoek naar de kwaliteit van fysiotherapeutische zorg met behulp van een pilotversie van de CQI Fysiotherapeutische zorg in 2005 liet zien dat mensen over het algemeen positieve ervaringen hadden met de fysiotherapeutische zorg [14]. Fysiotherapeuten kregen gemiddeld een 8,6 als waarderingscijfer (op een schaal van 0-10). Patiënten waren daarbij het meest tevreden over de manier waarop zij door hun fysiotherapeut bejegend werden, en over de accommodatie van de fysiotherapiepraktijk. Minder positieve ervaringen hadden mensen met de mate waarin zij door hun fysiotherapeut bij de behandeling werden betrokken (zelfstandigheid). Bepaalde aspecten van de communicatie en informatie

werden ook als minder goed beoordeeld, zoals informatie over het vermoedelijke verloop van de klacht, over verschillende behandelingsmogelijkheden en de vermoedelijke duur van de behandeling.

In 2007 is een eerste versie van de CQI-index Farmaceutische zorg ontwikkeld en uitgetest [15] en in 2008 is het discriminerend vermogen van deze CQI vastgesteld [16]. De resultaten lieten zien dat patiënten over het algemeen een positief beeld hebben van de zorg die apothekers verlenen. Op een schaal van 0 tot 10 kregen apotheken gemiddeld een 8,3 als waarderingscijfer; de laagste score was 7,0 en de hoogste 8,8.

Patiënten bleken het meest tevreden over de manier waarop zij door hun apotheek bejegend worden. De mate waarin de patiënten door de apotheek worden begeleid bij hun medicatiegebruik scoorde het laagst. Een CQI-index voor Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (CQI-vv&t) heeft de ontwikkelfase inmiddels volledig doorlopen. Eens in de twee jaar wordt een landelijke meting uitgevoerd en de resultaten worden openbaar gemaakt op de website www.kiesbeter.nl.

Voor de ontwikkeling van een CQI Geboortezorg, dat wil zeggen: alle zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraambed, werd in 2007 een pilot uitgevoerd bij een steekproef van klanten van vier zorgverzekeraars [17]. De conclusie was echter dat geboortezorg een te groot gebied bestrijkt, met te veel verschillende zorgpaden die cliënten kunnen volgen, om in één meetinstrument te kunnen vatten. Daarom werd de aanbeveling gedaan om afzonderlijke vragenlijsten te ontwikkelen voor deelaspecten van de geboortezorg, zoals eerstelijnsverloskundige zorg, tweedelijnsverloskundige zorg en kraamzorg. De ontwikkeling van een CQI Kraamzorg is inmiddels afgerond [18] en er wordt gewerkt aan een vragenlijst voor het meten van cliëntervaringen met eerstelijnsverloskundige zorg.

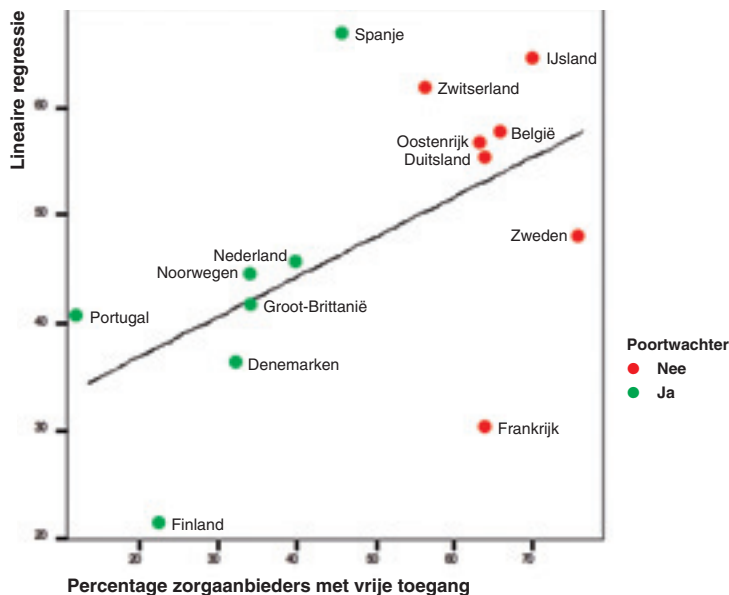
- ***Versterken van de positie van de patiënt/cliënt***

Onderzoek op het gebied van het versterken van de positie van de patiënt of cliënt valt ook grotendeels onder de noemer van beleidsvoorbereidend onderzoek, omdat het gaat over het onderbouwen van bestaand of nieuw beleid. Hoewel de overheid via wetgeving een bijdrage heeft willen leveren aan het mondig maken van patiënten en er algemeen van uitgegaan wordt dat patiënten steeds mondig zijn geworden, wordt dat door onderzoek niet direct bevestigd. Video-onderzoek naar hetgeen zich in de spreekkamer afspeelt brengt zeer concreet in beeld in hoeverre wetgeving gericht op mondig maken van de patiënt doorwerkt. In zijn algemeenheid is dat minder dan verwacht. Zo blijkt bijvoorbeeld uit observatieonderzoek, waarbij de mate van mondigheid van hypertensiepatiënten in 2002 werd vergeleken met 1986, dat patiënten in 2002 minder actief waren dan zestien jaar eerder: zij praatten minder, namen minder initiatieven, stelden minder vragen

Patiënt minder tevreden over poortwachter

In 2006 is (op basis van cijfers uit 2000) onderzoek gedaan naar de tevredenheid van patiënten over de huisartsenzorg (1). Uit onderstaande figuur blijkt dat patiënten in landen waar meerdere zorgverleners direct toegankelijk zijn een hogere tevredenheid tonen met de huisartsenzorg dan patiënten in landen waar een verwijzing nodig is om toegang te krijgen tot de meeste zorgverleners.

Proportie inwoners die huisartsenzorg als uitstekend beoordelen (%)



Met andere woorden: in landen met een poortwachtersysteem zijn patiënten minder tevreden over de huisartsenzorg dan in landen zonder poortwachtersysteem. Bij nadere beschouwing blijkt deze grotere tevredenheid alleen samen te hangen met de organisatorische aspecten van de huisartsenzorg en niet met de arts-patiënt-communicatie of de medisch-technische inhoud van de huisartsenzorg.

Referentie

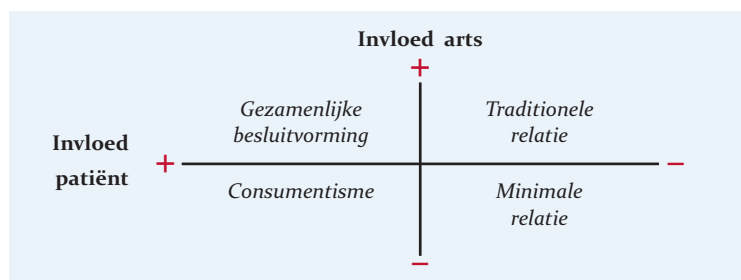
- 1 Kroneman MW, Maarse H, van der Zee J. *Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study*. Health Policy 2006; 76(1):72-79.

en uitten minder zorgen [19;20]. Het aantal vragen dat een patiënt tijdens een regulier consult aan de huisarts stelt is gemiddeld iets minder dan vier. Dat is slechts twee procent van alle verbale uitingen die in de spreekkamer door arts en patiënt worden gedaan [21]. Artsen stelden in 2002 bovendien, in vergelijking met zestien jaar eerder, meer biomedische vragen en gaven meer biomedische informatie, maar toonden min-

der compassie met de patiënt en zochten minder vaak de dialoog. De arts lijkt dus nog altijd degene te zijn die de regie voert in de spreekkamer. Volgens van Dulmen en Bensing [22] is het de vraag of veel patiënten dit ook wel anders zouden willen. Zij stellen dat de ‘macht’ niet zozeer is verschoven in de richting van de patiënt, maar dat er zich tegenwoordig tijdens medische consulten veel verschillende situaties voordoen. Als illustratie geldt het model voor de arts-patiëntrelatie van Roter en Hall [23] (zie figuur 3.3). Linksboven in het diagram staat de moderne opvatting van de arts-patiëntrelatie als een zakelijke onderhandelingsrelatie die is gebaseerd op een grote mate van gelijkwaardigheid, het prototype van het consult met een relatief jonge, goed opgeleide patiënt met een simpele acute klacht, of een niet-levensbedreigende chronische aandoening. Rechtsboven staat de traditionele, paternalistische arts, die nog steeds vaak de voorkeur krijgt van oudere, ernstig zieke en van onzekere patiënten. Andere prototypes komen ook voor: de zelfbewuste, goedgeïnformeerde consument, die van de arts een precies gespecificeerde behandeling wil (vaak gebaseerd op informatie van internet of bevriende deskundigen). Of consulten waarin noch arts, noch patiënt overwicht lijkt te hebben – vanwege onverenigbare behandeldoelen – of vanwege taal- en cultuurverschillen.

Figuur 3.3

Model voor de arts-patiëntrelatie (Roter & Hall)



Bron: Roter & Hall (2006).

Een goede communicatie tussen arts en patiënt is belangrijk omdat het op een positieve manier bijdraagt aan (de kwaliteit van) het zorgproces. Uit observatieonderzoek bleek dat patiënten tijdens meer dan de helft van de huisartsconsulten hun zorgen niet expliciet uitten [24]. Zelfs angstige patiënten deden dit weinig. Zorgen werden doorgaans op een meer indirecte manier gecommuniceerd – deels verbaal, deels non-verbaal. De onderzoekers stellen dat huisartsen de zorgen van hun patiënten kunnen signaleren, en patiënten kunnen helpen bij het uiten hiervan door de patiënt (zowel verbaal en non-verbaal) affectief en empathisch te benaderen. Sommige patiënten hebben duidelijk behoefte aan

een arts die zich warm en empathisch opstelt, en hem/haar meer als mens dan louter als ‘niet goed functionerend lichaamsdeel’ benadert. Zo bleek uit cijfers van de Tweede Nationale Studie dat veel mensen (zowel mannen als vrouwen) een voorkeur hebben voor een vrouwelijke huisarts, die zich doorgaans kenmerkt door een meer affectieve houding en het verstrekken van meer (biomedische) informatie [25]. Tegelijkertijd zijn er ook patiënten die vooral behoefte hebben aan een meer zakelijke, probleemgeoriënteerde arts; weer andere patiënten hechten belang aan zowel affect- als taakgerichte communicatie [26;27]. Dit stemt overeen met het idee dat ‘de patiënt’ niet bestaat. Zo bestaan er onderscheidbare groepen patiënten die op verschillende manieren met zorginformatie omgaan [28], en verschillen patiënt(groep)en überhaupt in de mate waarin ze belang hechten aan bepaalde zorgaspecten (zoals benadering door de zorgverlener [29]). Dit maakt het moeilijk om algemeen geldende richtlijnen voor goede arts-patiëntcommunicatie te definiëren [30]. Patiëntgerichte communicatie lijkt in ieder geval te betekenen dat artsen een inschatting maken van de patiënt die zij tegenover zich hebben zitten, en met deze patiënt tot een goede dialoog komen [31]. Ook bij het adequaat behandelen van alledaagse (niet-chronische) ziekten en aandoeningen is de communicatiestijl van de arts van belang. Door tijdens het consult positief te communiceren (d.w.z., geruststellen, duidelijk uitleg geven en het stellen van een gunstige prognose) en actief te luisteren voelen patiënten zich gemiddeld beter en/of verbeterd hun daadwerkelijke gezondheidstoestand [32].

3.3.2 *Effectiviteit*

Effectiviteitsonderzoek speelt zich af op de grens van beleidsvoorbereidend en implementatie onderzoek. De vraag daarbij is of en in hoeverre een maatregel in de praktijk, met alle storende en beperkende factoren die daarbij horen, het effect heeft dat op de tekentafel bedoeld is. Om de effectiviteit van een bepaalde maatregel te kunnen onderzoeken moet er een infrastructuur zijn om die maatregel ten minste op beperkte schaal in te voeren. Idealiter wordt implementatie onderzoek pas uitgevoerd als de effectiviteit van een bepaalde maatregel is aangetoond.

De ontwikkeling en evaluatie van indicatoren voor de kwaliteit van het professioneel handelen is met name gericht op richtlijnadherentie waarbij ook bevorderende en belemmerende factoren geanalyseerd worden. Het maakt daarmee meer deel uit van beleidsimplementatie dan van beleidsontwikkeling. Het onderwerp therapietrouw is mede op de beleidsagenda gezet op basis van onderzoek waaruit bleek dat patiënten voorgeschreven medicijnen lang niet altijd afhalen en onderzoek dat liet zien dat therapietrouw in de spreekkamer van de arts nauwelijks onderwerp van gesprek was. Onderzoek naar nieuwe methoden om de therapietrouw te verbeteren ondersteunt beleidsontwikkeling op dit punt.

- **Medisch-technisch handelen**

Onderzoek naar effecten van verschillende behandelvormen valt ook grotendeels in de categorie beleidsvoorbereidend onderzoek. Een voorbeeld hiervan is een onderzoek waarin gekeken is naar het effect van griepinenting bij hoogrisicopatiënten op het aantal contacten dat huisartsen vervolgens hadden tijdens een griep epidemie [33]. Het idee hierachter was dat griepinenting de werklast van huisartsen mogelijk iets doet afnemen. Het onderzoek werd uitgevoerd onder huisartsen uit het LINH-netwerk. Er bleek geen effect van inenting op het aantal contacten te zijn gedurende een lichte griep epidemie, maar wel gedurende een 'normale' griep epidemie. Volgens de onderzoekers vindt er ongeveer om het jaar een griep epidemie plaats die dusdanig zwaar is dat voor de huisarts de 'opbrengst' van de inenting (i.e., tijdswinst door het uitblijven van contacten) zwaarder weegt dan de 'kosten' (i.e., de tijdsinvestering van het inenten). Een ander onderzoek toonde bovendien aan dat hoogrisico patiënten van alle leeftijden tijdens een griep epidemie baat hebben bij een griep prik; inenting leidde tot minder ziekenhuisopnames en sterfte [34].

Recent is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van cognitieve gedragsinterventie, aangeboden via een palmtopcomputer, bij patiënten met het prikkelbare darm syndroom (PDS; [35]). Gedurende vier weken hield een groep PDS-patiënten middels een palmtop een dagboekje bij; deze palmtop voorzag hen (eenmaal per dag) tevens van feedback. Direct na de interventie bleek deze groep patiënten minder last te hebben van onder meer buikpijn, constipatie, hulpeloosheid en een terneergeslagen stemming, en bleken zij pijn als minder dreigend te ervaren dan een controlegroep PDS-patiënten die geen cognitieve gedragsinterventie via een palmtop hadden ontvangen. Gunstige effecten waren drie maanden na de interventie nog steeds waarneembaar.

Een ander voorbeeld van effectiviteitsonderzoek is het onderzoek dat zich richt op de effectiviteit van gedragsmatige oefentherapie (ook wel 'behavioral graded activity', of BGA) bij patiënten met osteoartritis van de heup en/of knie [36]. Patiënten die gedragsmatige oefentherapie ontvingen werden op verschillende uitkomstmaten (zoals pijn en fysiek functioneren) en op verschillende momenten in de tijd vergeleken met patiënten die een reguliere interventie ondergingen (i.e., oefentherapie en advies). Op de lange termijn bleken beide interventies (even) geslaagd. In een vervolg op dezelfde trial werd onder meer het effect van verschillende vormen van werving (i.e., via een fysiotherapeut of via een krantenadvertentie) van patiënten met osteoartritis van de heup en/of knie op de effectiviteit van de betreffende beweegprogramma's onderzocht [37]. Nadat er was gecontroleerd voor baseline-verschillen bleken de twee groepen, in termen van effectiviteit van het beweegprogramma, op geen van de uitkomstmaten van elkaar te verschillen. Gedragsmatige oefentherapie kan daarmee een acceptabele interventie voor patiënten

met osteoartritis van de heup en/of knie worden geacht. Uit een review uit naar het lange termijn effect van oefentherapie bij patiënten met osteoartritis van de heup en/of knie kwamen geen overtuigende lange termijn effecten naar voren op de uitkomstmaten pijn en zelfgerapporteerd lichamelijk functioneren [38]. Een evaluatie van BGA na vijf jaar liet zien dat er nog steeds geen verschillen waren tussen de twee patiëntengroepen op primaire uitkomstmaten, maar er waren wel aanwijzingen dat BGA het risico verkleint op een gewrichtsvervangende heupoperatie [39].

Een ander voorbeeld betreft onderzoek op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg naar de effectiviteit van een experimentele interventie in de huisartsenpraktijk die erop gericht was ziekteverzuim terug te brengen onder patiënten met emotionele stress of een lichte psychische aandoening [40]. Patiënten met een lichte psychische aandoening ondergingen een reguliere interventie of een experimentele interventie waarbij specifieke aandacht was voor activering en ondersteuning. De twee groepen bleken gelijk te scoren op de uitkomstmaten 'ziekteverzuim', 'geestelijke gezondheid' en 'fysieke gezondheid'. Echter, de patiënten die de experimentele interventie hadden ondergaan bleken meer tevreden te zijn met de behandeling dan patiënten die de reguliere interventie hadden ondergaan.

- ***Therapietrouw***

Het gebruiken van geneesmiddelen is niet altijd eenvoudig. Het gebeurt dan ook regelmatig dat mensen hun medicijnen niet op tijd nemen of helemaal vergeten te nemen. Ook kan het zijn dat mensen hun medicijnen met opzet niet nemen, omdat ze de bijwerkingen vervelend vinden of juist omdat ze zich al beter voelen. Duidelijk is dat een deel van de geneesmiddelengebruikers niet altijd terapietrouw is, waardoor patiënten niet het maximale resultaat uit de therapie halen [41;42]. Dit kan tot gevolg hebben dat ze onnodig lang met hun klachten blijven rondlopen of dat ze zich minder goed voelen. Ook kunnen ze eerder medische complicaties krijgen, wat kosten voor de gezondheidszorg met zich meebrengt [43].

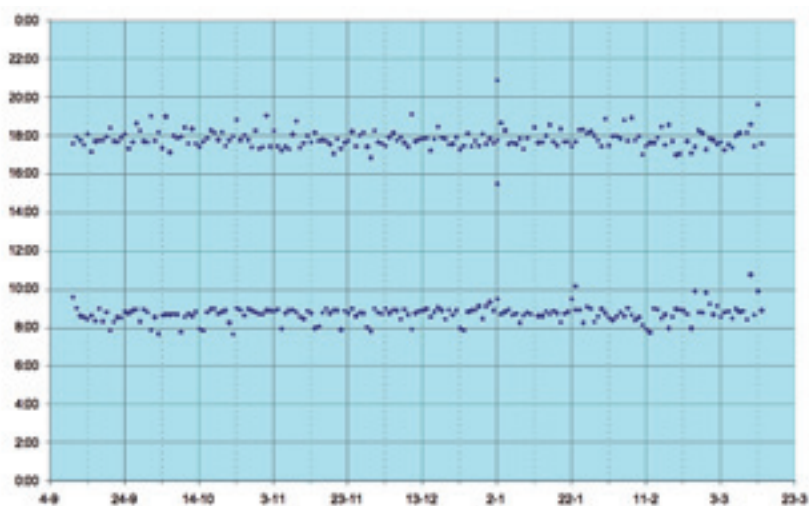
Veel onderzoek op het gebied van terapietrouw is te classificeren als beleidsvoorbereidend onderzoek, omdat het gaat om het ontwikkelen of uittesten van nieuwe methoden, die (nog) niet op grote schaal zijn ingevoerd. Onderzoekers en professionals houden zich al lange tijd bezig met de vraag hoe terapietrouw verbeterd kan worden. Simpele oplossingen, die zowel door patiënt als voorschrijver eenvoudig zijn uit te voeren, lijken perspectief te bieden [41]. Een voorbeeld is het verminderen van het aantal doseringen per dag of het veranderen van de vorm van het geneesmiddel. Ook is het mogelijk om patiënten te herinneren dat ze hun geneesmiddel moeten nemen, bijvoorbeeld via sms-berich-

ten. Zo is er in 2008/2009 een onderzoek uitgevoerd, geïnitieerd door Zilveren Kruis Achmea, Mediq Apotheken, Evalan en het NIVEL, naar het gebruik van een geavanceerde pillendoos (Simpill®) bij 300 patiënten met diabetes type 2 (zie [44] voor het studieprotocol). Omdat de pillendoos in contact stond met een centrale server was het mogelijk om de patiënt, wanneer hij/zij de medicatie niet op tijd innam, een automatische reminder te versturen. Daarnaast kon het medicijngebruik worden geregistreerd, en voor patiënt en zorgverlener inzichtelijk worden gemaakt (zie figuur 3.4). Uit dit onderzoek is gebleken dat gebruik van dit systeem er toe leidt dat patiënten hun medicatie beter volgens voorschrift innemen. De veronderstelling is dat de kans op complicaties bij patiënten hiermee afneemt en dat zorgverleners beter in staat zijn om patiënten gericht te begeleiden. Daarnaast zou deze methode zorgkosten besparen.

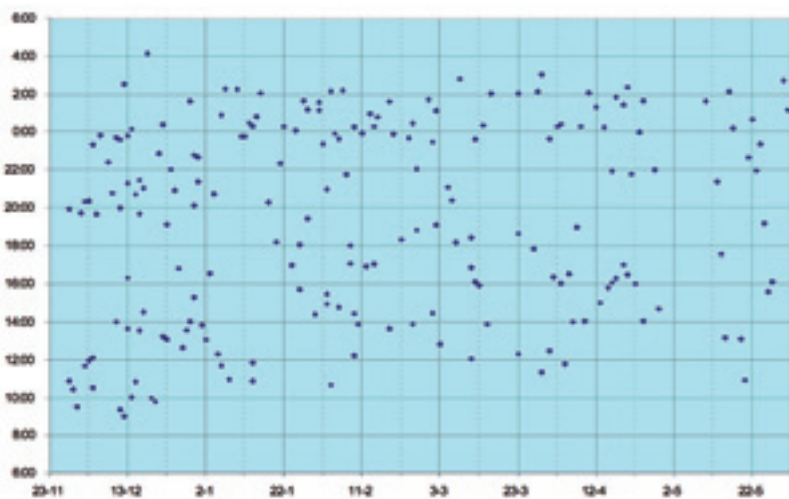
Voor het vergroten van de therapietrouw is het ook belangrijk dat inzichten uit de verschillende disciplines worden gecombineerd. Medici, farmaceuten, sociologen en technici werken vooralsnog vaak apart aan strategieën om de therapietrouw te verbeteren, terwijl ze met elkaanders bevindingen hun voordeel kunnen doen [45]. Daarnaast kan betere communicatie tussen voorschrijver en patiënt een bijdrage leveren aan de therapietrouw. Resultaten uit het video-observatieonderzoek van de Tweede Nationale Studie laten zien dat patiënten in het algemeen weliswaar goed geïnformeerd worden over een (medicamenteuze) behandeling, maar dat het praten over bijwerkingen en alternatieven onvoldoende gebeurt (slechts in 34% van de consulten; [46]). Over therapietrouw en het belang ervan wordt nog minder gesproken; dit bleek recent nog uit observatieonderzoek van het NIVEL naar communicatie over medicijngebruik en therapietrouw in 22 consulten waarin de huisarts een cholesterolverlager voorschreef [47]. De noodzaak van inname en de te verwachten bijwerkingen kwamen slechts in een minderheid van de consulten ter sprake. Ook een juist gebruik van het medicijn en het belang van therapietrouw werden nauwelijks genoemd.

Figuur 3.4

Tijdstip waarop het medicijndoosje is geopend (verticale as)
gedurende 6 maanden (horizontale as)



Agreed time periods: 8:00-9:00 AM, 17:00-19:00 PM
Proportion of doses taken within these time periods: 87%
Number of SMS reminders sent during six months: 33
Number of days without dosing: 0



Agreed time periods: 8:00-10:00 AM, 19:00-21:00 PM
Proportion of doses taken within these time periods: 7%
Number of SMS reminders sent during six months: 195
Number of days without dosing: 53

Overgenomen uit: Vervloet e.a. Tailored SMS reminders improve patterns of adherence to oral antidiabetics in patients who are electronically monitored (submitted, July 2010).

Uit onderzoek naar therapietrouw vanuit het perspectief van de huisarts blijkt dat er verschillende determinanten zijn die verklaren waarom hiervoor relatief weinig aandacht is [48]. Zo zien sommige huisartsen het onderwerp niet als prioriteit, wordt eraan voorbijgegaan vanwege ervaren tijdsdruk, of zijn huisartsen van mening dat zij hun patiënten (en de mate waarin zij therapietrouw zijn) voldoende kunnen inschatten. Het is duidelijk dat de communicatie tussen arts en patiënt over het belang van goed medicijngebruik een stuk kan verbeteren. Artsen en patiënten moeten tijdens het consult nadrukkelijker bespreken of de therapie die ze zijn overeengekomen ook wordt nageleefd, waarom dit eventueel niet is gebeurd en hoe het verbeterd kan worden.

- **Zelfmanagement**

Chronisch zieken vormen een bijzondere groep patiënten omdat ze in principe continu zorg nodig hebben. Een essentieel onderdeel van hun zorg is daarom hun zelfmanagement. Dit houdt in dat mensen met een chronische aandoening, ondersteund door hun omgeving, in staat worden gesteld zelf besluiten ten aanzien van hun zorg te nemen en uit te voeren. Ze zijn in feite hun eigen zorgverlener. De ondersteuning is gericht op het versterken van het vertrouwen in eigen kunnen en op het aanreiken van een methodische aanpak om persoonlijke doelen te kunnen realiseren (bron: www.npcf.nl). In de brief van minister Klink aan de Tweede Kamer over de organisatie van de zorg voor chronisch zieken [49] wordt zelfmanagement beschouwd als een belangrijk onderdeel van een programmatische aanpak van de zorg rond een chronische ziekte ('disease management'), waarin de patiënt centraal staat en de gehele zorgketen in samenhang wordt georganiseerd. In een overzichtsartikel [50], waarin internationaal beschikbare interventies ter ondersteuning van zelfmanagement worden beschreven, blijkt dat bij bovengenoemde visie twee zaken van belang zijn. Ten eerste dient er van uitgegaan te worden dat de patiënt niet alleen zelfmanagementtaken uitvoert die zorgverleners hem/haar geadviseerd hebben, maar ook zelf verantwoordelijkheid draagt en eigen doelen stelt. Daarnaast dient erkend te worden dat zelfmanagement daadwerkelijk in de chronische zorg geïntegreerd moet worden. Rijken stelt dat deze visie vanuit diverse hoeken weliswaar op bijval kan rekenen, maar anno 2009 nog altijd meer een ideaal dan werkelijkheid is [50].

Zelfmanagement is een omvangrijke opgave, zeker wanneer het gaat om aandoeningen waarbij de ernst of aanwezigheid van symptomen samenhangen met de zelfzorgmaatregelen die een patiënt in acht dient te nemen, zoals bijvoorbeeld bij diabetes type 2 of astma. Veel patiënten met aandoeningen waarin zelfmanagement een grote rol speelt, hebben dan ook moeite met de dagelijkse verantwoordelijkheid van zelfmanagement, hetgeen uiteindelijk leidt tot meer klachten, een slechter

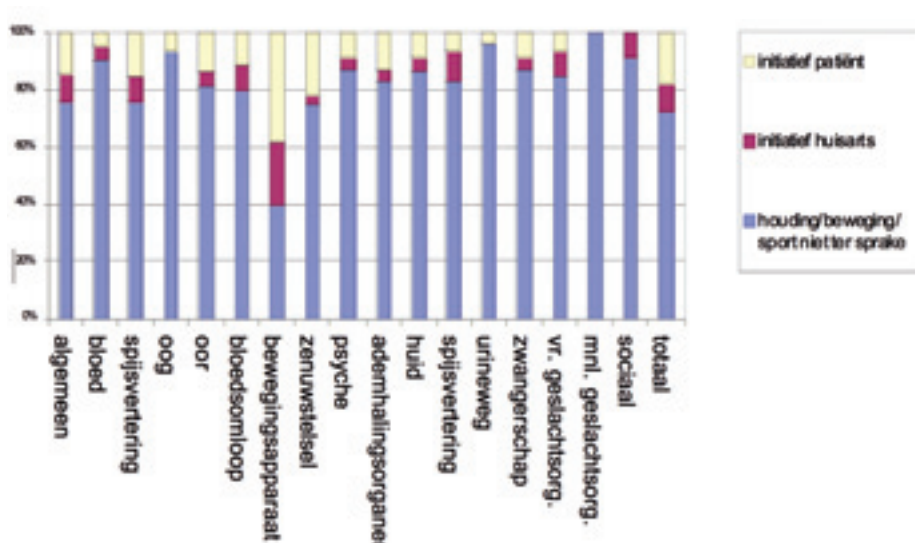
ziektebeloop en een slechtere kwaliteit van leven in zijn geheel en een toename van de medische zorgconsumptie [51]. Het hebben van een partner die doordrongen is van het belang van, en actief bijdraagt aan, een gezonde leefstijl blijkt overigens op een positieve manier bij te dragen aan het zelfmanagement van een chronisch zieke [52].

- **Bevorderen van preventie in de zorg**

Een van de manieren om preventie en zorg beter op elkaar aan te laten sluiten is het bespreken van de leefstijl tijdens het huisartsconsult. Maar leefstijl is vooralsnog weinig onderwerp van gesprek bij de huisarts, en ook frequentie en kwaliteit van de leefstijladviezen kunnen beter [53]. Uit dit onderzoek, waarbij video-opnames van huisartsconsulten werden geanalyseerd, bleek onder meer dat onderwerpen als gewicht, voeding, bewegen of roken slechts in veertig procent van de consulten over hoge bloeddruk ter sprake komen. Aangezien een hoge bloeddruk in Nederland de meest voorkomende reden is om de huisarts te bezoeken, lijkt de huisarts de aangewezen persoon om een gezonde leefstijl te 'promoten'. Juist voor mensen met een hoge bloeddruk zijn gezonde voeding, een normaal gewicht, voldoende lichaamsbeweging en niet-roken belangrijk om de kans op hart- en vaatziekten te verminderen. Onderzoek uit 2006 op basis van videoregistratie van huisartsconsulten laat zien dat lichaamsbeweging nog het meeste aan de orde komt bij aandoeningen van de bewegingsapparaat (zie figuur 3.5) [54].

Figuur 3.5

Percentage consulten waarbij houding/beweging/sport aan de orde kwamen, naar ICPC-hoofdstuk (N=2074)



In de spreekkamer wordt dus nog te weinig gecommuniceerd over leefstijl. In 36% van de consulten komt de huidige leefstijl ter sprake – meestal blijft dat beperkt tot gewicht en voeding. In 17% van de consulten geeft de huisarts een leefstijladvies, maar in slechts één op de vijf van deze consulten vraagt hij/zij naar de motivatie of barrières van de patiënt om zijn/haar gedrag te veranderen. Bevorderende factoren worden al helemaal niet besproken. Er zijn duidelijk nog veel verbeteringen mogelijk op dit vlak [53]. Onderzoek naar een mogelijke verbetering toonde aan dat het volgen van een relatief korte communicatietraining door de huisarts de arts-patiëntcommunicatie al ten goede kan komen [55].

- ***Ontwikkelen en implementeren van richtlijnen***

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) stelt al sinds jaren richtlijnen op voor het medisch handelen in de huisartspraktijk, op basis van beschikbare wetenschappelijke inzichten en algemene consensus. De eerste zogenaamde NHG-standaard verscheen in 1989; eind 2003 waren er 78 en inmiddels zijn het er meer dan 100. Voorbeelden van aandoeningen waarvoor NHG-standaarden voor de behandeling zijn opgesteld, zijn: hoge bloeddruk, diabetes type 2, influenza en reumatoïde artritis. Het opstellen van een richtlijn is een ding, ervoor zorgen dat artsen de richtlijn ook gaan gebruiken (de implementatie) is wat anders. Met het implementeren van richtlijnen is inmiddels wel veel ervaring opgedaan. In 2008 zijn hierover wetenschappelijke publicaties verzameld en systematisch beoordeeld [56]. Uit deze meta-review bleek dat enkel publicatie van de richtlijn niet genoeg is, en dat het van groot belang is hoe de richtlijn wordt ingevoerd. Een richtlijn dient bijvoorbeeld altijd te worden ondersteund met een combinatie van bijscholing, instructies en feedback aan zorgverleners. Karakteristieken van de richtlijn zelf bepalen voor een groot deel of deze wordt gebruikt. Relatief eenvoudige richtlijnen die makkelijk zijn toe te passen en waarvoor geen nieuwe middelen of apparatuur nodig zijn hebben een grotere kans te worden gevolgd dan richtlijnen waarvoor dit niet geldt. Na het opstellen en invoeren van richtlijnen is vervolgens inzicht nodig in de invloed ervan op de kwaliteit en effectiviteit van de geboden zorg. Om dat effect op de kwaliteit van (huisartsen)zorg te kunnen vaststellen dient het feitelijk handelen te worden doorgelicht aan de hand van betrouwbare en valide indicatoren. Ongeveer tien jaar geleden heeft het huidige IQ healthcare, samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), op systematische wijze vanuit 70 NHG-Standaarden indicatoren ontwikkeld om het huisartsgeneeskundig handelen te toetsen aan richtlijnen. Uit cijfers van de Tweede Nationale Studie bleek dat de professionele richtlijnen toentertijd goed werden gevolgd; de overeenstemming tussen het handelen van de huisarts en de richtlijnen bedroeg voor de gezamenlijke procesindicatoren (gemid-

delde cijfers voor diagnostiek, voorschrijven en verwijzen) 74%⁵, waarbij de variatie tussen huisartspraktijken overigens groot bleek [57;58]. Ongeveer vijf jaar geleden heeft het NIVEL – wederom in samenwerking met IQ Healthcare, en in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) – een checklist met kwaliteitsindicatoren ontwikkeld en deze vervolgens gebruikt om de praktijken te beoordelen van huisartsen die eerder meededen aan de Tweede Nationale Studie [59]. Uit dat onderzoek bleek dat de meeste Nederlandse huisartsen telefonisch goed bereikbaar⁶ zijn, terughoudend zijn met het voorschrijven van antibiotica en met verwijzen, goed scoren op preventie (i.e., griepvaccinatie en screening op baarmoederhalskanker) en dat zij de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) goed naleven. Er bleken echter ook nu (soms aanzienlijke) verschillen te bestaan tussen huisartsen onderling. De verschillen tussen huisartsen werden deels verklaard door verschillen in hun patiëntpopulaties. Uit een recent onderzoek onder deelnemers van het LINH-netwerk bleek dat huisartsen richtlijnen die meer tijd kosten minder frequent volgen dan richtlijnen die geen extra tijdsinvestering met zich meebrengen. Richtlijnen waarmee juist tijd bespaard kan worden, bijvoorbeeld door dat een follow-upconsult wordt voorkomen, bleken het beste te worden nageleefd [60].

Tussen 2001 en 2005 is onderzoek verricht naar de mate waarin Nederlandse fysiotherapeuten (N = 90) in particuliere praktijken (N = 40) handelen conform de specifieke KNGF-richtlijn 'Lage-rugpijn', bij behandeling van patiënten met aspecifieke rugklachten [61;62]. De behandeldoelen en de verrichtingen bleken bij een kleine meerderheid van de patiënten met lage-rugpijn zonder uitstraling in overeenstemming te zijn met de KNGF-richtlijn 'Lage-rugpijn'. Bij slechts enkele patiënten kwam de behandeling in het geheel niet overeen met de aanbevelingen in de richtlijn. Er werd een aanzienlijke variatie gevonden in de mate waarin fysiotherapeuten volgens de richtlijnen handelen. De onderzoekers stelden dan ook dat er binnen de fysiotherapeutische zorg ruimte lijkt te zijn voor meer uniformiteit. Een onderzoek in 2006 [63] liet een soortgelijk beeld zien: fysiotherapeuten gaven aan positief te staan tegenover het gebruik van meetinstrumenten in de praktijk, en het ruime merendeel maakte er ook wel eens gebruik van. Toch kon worden gesteld dat het daadwerkelijk gebruik van de aanbevolen meetinstrumenten uit de KNGF-richtlijnen relatief laag is.

Ander onderzoek in de fysiotherapie richtte zich op de bekendheid met, en het gebruik van richtlijnen betreffende de behandeling van een enkeldistorsie [64]. Uit dit onderzoek bleek dat de meerderheid van de 400 bevroagde fysiotherapeuten in zekere mate bekend was met de richtlijnen, en dat 66% van de fysiotherapeuten de richtlijnen in meer dan de helft van de gevallen van een enkeldistorsie toepaste. Hoewel het volgen van richtlijnen rondom enkeldistorsies redelijk kon worden

⁵ In totaal worden de richtlijnen voor diagnostiek voor 65% gevolgd en de prescriptie-richtlijnen voor 68%. De verwijzingen worden bijna altijd conform de richtlijnen uitgevoerd, namelijk voor 89%.

⁶ Hoewel de telefonische bereikbaarheid van huisartsen in 2001 nog door 78% van de patiënten positief werd beoordeeld, kwam het bij recenter onderzoek (Meuwissen & de Bakker, 2008) juist als verbeterpunt uit de bus.

genoemd, achtten de onderzoekers het aanbevelenswaardig om de richtlijnen op specifieke punten helderder te omschrijven, en om de algemene houding van fysiotherapeuten ten aanzien van richtlijnen te verbeteren.

Sinds het begin van de jaren negentig zijn er ook verschillende richtlijnen ontwikkeld en gepubliceerd rondom oefentherapeutische zorg (verlening). In deze richtlijnen worden naast aanbevelingen ten aanzien van het diagnostisch proces en behandelproces ook aanbevelingen gedaan voor het gebruik van diagnostische tests en voor het gebruik van meetinstrumenten binnen het oefentherapeutisch zorgproces. Het gebruik van meetinstrumenten is een relatief nieuwe ontwikkeling binnen de oefentherapie Cesar/Mensendieck en uit recent onderzoek bleek dat de aanbevolen meetinstrumenten uit de verschillende richtlijnen nog weinig worden gebruikt in de dagelijkse handelingspraktijk [65].

Via het meten van patiëntervaringen kan overigens ook een indruk worden verkregen van de mate waarin zorgverleners hun eigen richtlijn volgen. Een recent voorbeeld van onderzoek waarbij het volgen van een zorgstandaard aan de hand van patiëntervaringen werd geëvalueerd, is onderzoek uit 2008, uitgevoerd in opdracht van de Diabetes Vereniging [66]. Via vragen over de behandeling die (goed geïnformeerde) patiënten aan zorggebruikers stellen, kan het gebruik van richtlijnen eveneens gestimuleerd worden.

3.3.3 Doelmatigheid

Onderzoek naar doelmatigheid van zorg is vooral evaluerend van karakter en minder beleidvoorbereidend. De doelmatigheid van een nieuwe behandeling of benadering kan immers pas vastgesteld worden als die ook in de praktijk wordt toegepast. Vaak gaat daar beschrijvend onderzoek of monitoring aan vooraf. Zo wordt beleid gericht op het meer incorporeren van preventie in de zorg ondersteund door beschrijvend onderzoek naar de stand van zaken, bijvoorbeeld op het terrein van cardiovasculair risico-management en toepassen van stoppen-met-roken-interventies. Interventies als het preventieconsult worden geëvalueerd en soms ook kritisch beschouwd. Zo laat onderzoek zien dat aandoeningen waarvoor de zorg integraal wordt bekostigd veelal voorkomen bij patiënten met een hoge mate van comorbiditeit, de vraag oproepend in hoeverre het per aandoening bekostigen niet ten koste gaat van het generalistische karakter van de zorg in de eerste lijn [67]. Toch kan ook bij doelmatigheidsvraagstukken onderzoek een bijdrage leveren in de beleidsvoorbereiding. Bijvoorbeeld de honoreringsmaatregelen als het Vogelaarakkoord worden door onderzoek ondersteund in de ontwikkel-fase voor de onderbouwing van de tarieven en vervolgens wordt de invoering door monitoring begeleid.

- **ICT-ondersteuning**

Tijdens de eerste Nationale Studie naar aandoeningen en verrichtingen in de huisartspraktijk (1987) werkten er nog nauwelijks huisartsen met een computer voor het vastleggen van cliëntengegevens. Ten tijde van de tweede Nationale Studie (2002) was dat aantal al zo sterk gegroeid, dat een groot deel van de dataverzameling via elektronische weg kon verlopen. Tegenwoordig is technologie niet meer weg te denken uit de huisartspraktijk, maar niet alleen daar. Ook in de sector van de verpleging en verzorging nemen de mogelijkheden van ICT-toepassingen toe, zoals videocommunicatie en telebegeleiding (zogenaamde ‘zorg op afstand’) en elektronische dossiers. Maar ook andere technologische toepassingen komen beschikbaar, zoals tilsystemen en doekjes om cliënten zonder water en zeep te wassen. In 2008 kregen zo’n 1.000 cliënten zorg op afstand via een ‘tele-’ of videoverbinding met de thuiszorgmedewerker, ongeveer evenveel als in eerdere peilingen. Het aanbod van producten en diensten binnen deze vorm van zorg blijkt echter inmiddels enorm uitgebreid, en toegesneden op meer doelgroepen. Omdat het trainen van verpleegkundigen erg tijdrovend blijkt, en door het wegvallen van een belangrijke zorgorganisatie in 2009, komt verspreiding toch langzamer van de grond dan in eerste instantie werd verwacht [68].

Een peiling in 2009 onder het NIVEL-panel Verpleging & Verzorging wees uit dat niet iedereen onverdeeld enthousiast is over technologische ontwikkelingen in de verpleging en verzorging [69]. Nieuwe technologieën zijn volgens verpleegkundigen en verzorgenden zeker een aanwinst als ze de kwaliteit van zorg verhogen. Maar bij de introductie ervan gaan regelmatig dingen mis: de techniek hapert of de technologie sluit niet aan bij de dagelijkse praktijk. De panelleden geven derhalve aan dat het belangrijk is om verpleegkundigen en verzorgenden te betrekken bij de keuze voor en introductie van een nieuwe technologie. De hoeveelheid medische kennis neemt nog altijd snel toe, en het is voor zorgverleners praktisch onmogelijk om continu op de hoogte te zijn van de meest actuele wetenschappelijke inzichten. Richtlijnen helpen daarbij. Het toepassen van richtlijnen kan worden vergemakkelijkt door zogenaamde Decision Support Systemen (DSS). Door richtlijnen in te bedden in het gebruikte informatiesysteem, kunnen ze makkelijker worden toegepast. Een voorbeeld hiervan zijn de elektronische formulieren, die de huisarts helpen de juiste medicijnen te kiezen volgens de heersende richtlijnen.

Nederlandse huisarts loopt voorop in automatisering

Survey onderzoek onder 6789 huisartsen in de 27 EU landen en Noorwegen en IJsland in 2007 toonde aan dat in 78% van de Europese huisartsen-praktijken een computer te vinden is (1). Naast Nederland, heeft bijna elke huisarts in Finland, Denemarken, Noorwegen, Estland, het Verenigd Koninkrijk en IJsland een computer in de consultatieruimte. Dit is in mindere mate het geval (minder dan de helft van de huisartsen) in Malta, Polen en Litouwen. Aanwezigheid van een computer betekent echter niet automatisch gebruik ervan tijdens een consult. Zesenzestig procent van de huisartsen met een computer maakt hiervan gebruik tijdens een consult. In de landen met de hoogste aanwezigheid van een computer wordt deze ook bijna altijd gebruikt tijdens een consult. In Malta gebruikt 27% van alle huisartsen een computer tijdens een consult, terwijl dit 11% in Polen en 8% in Litouwen is. Andere landen met laag gebruik zijn Griekenland (20%), Roemenië (21%) en Slovenië (18%).

In 62% van de EU27 huisartsenpraktijken is een Decision Support Systeem (DSS) aanwezig. Deze systemen worden vaker toegepast ter ondersteuning van diagnosticeren (59% gemiddeld in de EU27 landen, met 88% in Nederland) dan bij medicatie voorschrijven (32% gemiddeld in de EU27 landen, met 60% in Nederland). Verder worden DSS vaker toegepast voor het bieden van algemeen advies (42% gemiddeld in de EU27 landen, met 68% in Nederland) dan bij specifieke, op de patiënt gerichte adviezen (19% gemiddeld in de EU27 landen, met 53% in Nederland).

Referentie

- 1 Dobrev A., Haesner M., Hüsing T., Korte W.B., Meyer, I. *Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe* - Final Report. Bonn, 2008.

Het NHG-formularium is het meest gebruikte formularium van Nederland. Toch is tussen 2001 en 2006 het gebruik van elektronische formularia in de Nederlandse huisartspraktijk vrijwel constant gebleven (namelijk door ongeveer driekwart van de huisartsen). Onder de gebruikers bleek de waardering voor de formularia hoog, vooral voor wat betreft de inhoudelijke kwaliteit, de gebruikersvriendelijkheid en de patiëntbrieven. Dit laat zien dat huisartsen behoefte hebben aan goede, op de patiënt gerichte informatie [70].

Een ander voorbeeld van geautomatiseerde beslissingsondersteuning is die voor het aanvragen van laboratoriumtests binnen de eerste lijn. Uit onderzoek bleek dat gebruik van een dergelijke DSS niet zozeer leidde tot minder aanvragen, maar wel tot minder bloedtests per aanvraag, en zo leidt tot kostenbesparing [71]. Een hulpmiddel om de uitwisseling van elektronische informatie te vergemakkelijken is de EPD-scan [72;73], waarmee eenduidige registratieroutines kunnen worden opgezet, om informatie uit verschillende HISSen voor elkaar toegankelijk te maken.

3.4 Conclusie

Kwaliteit en doelmatigheid zijn in het centrum van het zorgdebat komen te staan als criteria om te komen tot kostenbeheersing. Niet alleen de toename maar ook de verschuiving van kosten maken een zorgvuldige afweging voor het verdelen van de beschikbare financiën noodzakelijk. Maar kwaliteit en doelmatigheid blijken ingewikkelde begrippen met vele verschillende dimensies. Er zijn geen simpele vuistregels voor het bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid die in elke setting en bij uiteenlopende zorgverleners kunnen worden toegepast. Niet voor niets heeft bijvoorbeeld ZonMw een apart programma voor doelmatigheidsonderzoek en steunt het ministerie van vws, via het bureau Zichtbare Zorg, het onderzoek naar meetbare kwaliteitsindicatoren. Ook het Centrum Klantervaring Zorg (ckz), dat de ontwikkeling en het gebruik van CQ-indexen voor het meten van cliëntervaringen coördineert en stimuleert, wordt door de overheid gesubsidieerd. Om de fragmentatie in de ondersteuning en uitvoering van het kwaliteitsbeleid tegen te gaan is in 2009 een Regieraad Kwaliteit van Zorg geïnstalleerd en zijn er vergevorderde plannen voor het instellen van een Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg waar alle expertise over veiligheid, doelmatigheid en transparantie van de zorg samen komen. Veel onderzoek is nog nodig om meer inzicht te krijgen in de elementen die in de dagelijkse praktijk bepalen of een zorgaanbod van goede kwaliteit, efficiënt en doelmatig is. In de inleiding van deze overzichtstudie zijn enkele kernvragen geformuleerd, namelijk, wat de rol is van onderzoek bij respectievelijk de beleidsvoorbereiding, de beleidsuitvoering en de beleidsevaluatie.

De antwoorden op deze vragen zijn opnieuw niet altijd eenduidig. Wetenschappelijke onderbouwing van het voorgestelde beleid op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid is wisselend. Een algemeen probleem met beleidsvoorbereidend onderzoek is dat het beleid vaak geen tijd heeft om te wachten op onderzoeksresultaten. Onderzoek naar kwaliteit is daarom vaak een combinatie van theorie-gedreven onderzoek naar de kern van een vraagstuk en praktijkgericht onderzoek naar het effect van invoering van een nieuwe maatregel. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren is daar een voorbeeld van: deels bestaat dat uit het ontwikkelen van een set van indicatoren op basis van wetenschappelijke kennis en inzichten en deels bestaat dat uit een effectmeting op basis van een, in eerste instantie beperkte, implementatie.

Op het gebied van kwaliteitsonderzoek wordt veel aandacht besteed aan instrumenten die uiteindelijk bedoeld zijn om ontwikkelingen te monitoren: kwaliteitsindicatoren en cliëntenvragenlijsten die niet voor eenmalig gebruik zijn, maar opgenomen worden in het kwaliteitsbeleid van de instelling of zorgaanbieder. Ten aanzien van doelmatigheidsonderzoek ligt dat anders, alhoewel ZonMw er in zijn programma alles aan

doet om doelmatigheid tot een standaardcriterium voor het beoordelen van zorgvernieuwingen te maken.

Door praktische problemen, zoals de kleinschaligheid van de eerste lijn, maar ook door dieper liggende oorzaken, zoals weerstand tegen pottenkijkers en tegen vermeende aantasting van de professionele autonomie, komen prestatie-indicatoren en metingen van patiëntervaringen in de eerste lijn nog maar langzaam van de grond. Ook is er een spanningsveld tussen professionele autonomie en geprotocolleerd werken, wat kan resulteren in het afwijken van richtlijnen. Ten derde blijkt de zo geprezen en gevreesde mondigheid van de patiënt vaak te verdwijnen in de spreekkamer, zonder dat er echt inzicht is in de oorzaak daarvan. Samenvattend is de conclusie van dit hoofdstuk dat onderzoek naar kwaliteit en doelmatigheid het spanningsveld tussen beleid en werkelijkheid illustreert. Dat kwaliteit en doelmatigheid centraal staan in het zorgbeleid is duidelijk, hoe ze beide een rol spelen in de besluitvorming over de financiering van de zorg is minder helder. Onderwerpen die nog op de agenda gezet zouden kunnen worden zijn:

- onderzoek naar de introductie van preventie in de zorg: beperkt zich dat tot het geven van adviezen of kan dat financiële consequenties gaan hebben voor de cliënt, bijvoorbeeld in de vorm van hogere eigen bijdragen of een hogere premie;
- onderzoek naar risicocommunicatie door praktijkondersteuners: praktijkondersteuners spelen steeds vaker een rol in preventieactiviteiten, zoals het uitvoeren van regelmatige controles en het geven van leefstijladviezen, maar hoe communiceren zij met de patiënten hierover;
- onderzoek naar zelfmanagement en therapietrouw: veelbelovend is het onderzoek naar technische snufjes om zelfmanagement en therapietrouw te vergroten, maar enerzijds motivatie van de cliënt en anderzijds de ermee gemoeide kosten zijn minstens zo belangrijk;
- onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren voor introductie van elektronische patiëntendossiers en e-health toepassingen; ook op dit onderdeel moet er voor opgepast worden dat de veelbelovende techniek niet de menselijke vragen daarbij en zorgen daarover volledig overschaduwet.

- [1] Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. 1987. 's Gravenhage, (rapport Commissie Dekker).
- [2] Commissie Keuzen in de zorg. Rapport Kiezen en Delen, advies in hoofdzaak. 1991. Zoetermeer, (rapport Commissie Dunning).
- [3] Dutrée M.A., Plagge H.W.M. Haal de trechter van Dunning uit de la. Medisch Contact 2010; 65(2):60-63.
- [4] Dunning A.J. De basisverzekering: voor elk wat wils? NRC Webpagina's 2001 Jan 25.
- [5] Coppen R., Wagner C., Friele R.D. Servicenormen voor de gezondheidszorg: weten waar je aan toe bent. 2007. Utrecht, NIVEL.
- [6] Vraag aan bod. Nota van het Ministerie van vws aan de Tweede Kamer. 2001. Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- [7] Brief van de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 31 oktober 2008: 'Kwaliteit van zorg' (31 765, nr. 1). 2008.
- [8] Willems R. Hier werk je veilig of je werkt hier niet. Sneller Beter - De veiligheid in de zorg. 2004. Den Haag, Shell Nederland.
- [9] Brief van de Minister van vws (2010) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 28 mei 2010: betreffende: oprichting van een nationaal kwaliteitsinstituut (CZ/3000257). 2010.
- [10] Doorn A.van, Bouma M., Braspenning J. Publieke indicatoren over de kwaliteit van de huisartsenzorg Eindrapport. 2009. Nijmegen, IQ Healthcare & NHG.
- [11] Voerman G., Maassen I., Braspenning J. Publieke indicatoren voor zorg rondom zwangerschap en bevalling in de eerste lijn. 2009. Nijmegen, IQ Healthcare.
- [12] Meuwissen L.E., Bakker DHD. 'Consumer Quality-index huisartsenzorg' meet patiëntervaringen en vergelijkt huisartspraktijken. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2009; 153(A 180).
- [13] Miletus. Toegankelijkheid huisarts en persoonlijke begeleiding in de huisartspraktijk kan beter volgens patiënt. Nieuwsbericht Miletus . 2009.
- [14] van Sonsbeeck DD, Delnoij DMJ, Triemstra MHM. Kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg volgens patiënten: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2006.
- [15] Vervloet M, van Linschoten CP, van Dijk L. CQ-index Farmaceutische Zorg. Kwaliteit vanuit het perspectief van patiënten: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2007.
- [16] van Greuningen M, Vervloet M, van der Hoek L, van Dijk L. Het discriminerend vermogen van de CQ-index Farmaceutische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009.
- [17] Wiegers TA. Kwaliteit van de zorg rond zwangerschap, bevalling en kraambed volgens cliënten: meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 2007.
- [18] Wagtendonk I.van, Hoek L.van der, Wiegers T.A. Ontwikkeling van een CQ-index voor de kraamzorg. Ervaringen van kraamvrouwen. 2010. Utrecht, NIVEL.
- [19] Bensing JM, Tromp F, van Dulmen AM, Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis FG. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. BMC Family Practice 2006; 7(62).
- [20] Bensing JM, Tromp F, van Dulmen S, Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis F. De zakelijke huisarts en de niet-mondige patiënten: veranderingen in communicatie. Een observatieonderzoek naar consulten met hypertensiepatiënten. Huisarts en Wetenschap 2008; 51(1):6-10.
- [21] van Dulmen AM, Brink-Muinen A, Bensing JM. Patiënt stelt maar vier vragen per consult. www.nivel.nl: Utrecht, 2005.

- [22] van Dulmen S, Bensing J. In en uit de witte jas: machtsverschuivingen in de spreekkamer. *Medisch Contact* 2002; 57(51/52):1900-1903.
- [23] Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients / patients talking with doctors: improving communication in medical visits. Westport: Praeger, 2006.
- [24] Bensing JM, Verheul W, van Dulmen AM. Patient anxiety in the medical encounter: a study of verbal and nonverbal communication in general practice. *Health Education* 2008; 108(5):373-383.
- [25] Brink-Muinen A, van Dulmen S, Bensing J. Have gender preference and communication patterns changed? 2006: 177-186.
- [26] Bensing J, van Dulmen S, de Haes H. Communicatie tussen patiënten en hun hulpverleners. In: Lechner L, Mesters I, Bolman C, editors. *Gezondheidspsychologie bij patiënten*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2010.
- [27] Brink-Muinen A, van Dulmen AM, Jung HP, Bensing JM. Do our talks with patients meet their expectations? Yes, for the most part they do. *Journal of Family Practice* 2007; 56(7):559-568.
- [28] Motivaction. Wat werkt bij wie? Een doelgroepbenadering bij innovaties in zorg en preventie. 2009. Utrecht. Ref Type: Generic
- [29] de Boer D, Delnoij DMJ, Rademakers J. Do patient experiences on priority aspects of health care predict their global rating of quality of care? A study in five patient groups. *Health Expectations*. 2010.
- [30] Bensing JM, Schipaanboord A, Geurts G, van Vliet L, Fletcher I, Moretti F et al. Met het oog op kwaliteit. Een internationaal observatieonderzoek naar de kwaliteit van communicatie vanuit het perspectief van de patiënt. 2009. Utrecht, NIVEL/NPCF.
- [31] Bensing JM, Verhaak PFM. Communication in medical encounters. 2004: 261-287.
- [32] Fassaert T, Dulmen Sv, Schellevis F., Jagt F.van der, Bensing J. Raising positive expectations helps patients with minor ailments: a cross-sectional study. *BMC Family Practice* 2008; 9(38).
- [33] Tacken MAJB, Braspenning JCC, Berende A, Hak E, de Bakker DH, Groenewegen PP et al. Vaccination of high-risk patients against influenza: impact on primary care contact rates during epidemics - analysis of routinely collected data. *Vaccine* 2004; 22:2985-2992.
- [34] Hak E, Buskens E, van Essen GA, de Bakker DH, Grobbee DE, Tacken MAJB et al. Clinical effectiveness of influenza vaccination in persons younger than 65 years with high-risk medical conditions: the PRISMA Study. *Archives of Internal Medicine* 2005; 165(3):274-280.
- [35] Oerlemans S, van Cranenburgh O, Herremans P-J, Spreeuwenberg P, van Dulmen S. Intervening on cognitions and behaviour in irritable bowel syndrome: an RCT using PDAs. 2010.
- [36] Veenhof C, Köke AJA, Dekker J, Oostendorp RA, Bijlsma JWJ, van Tulder MW et al. Effectiveness of behavioral graded activity in patients with osteoarthritis of hip and/or knee: a randomized clinical trial. *Arthritis Care and Research* 2006; 55(6):925-934.
- [37] Veenhof C, Dekker J, Bijlsma JWJ, van den Ende CHM. Influence of various recruitment strategies on the study population and outcome of a randomized controlled trial involving patients with osteoarthritis of hip or knee. *Arthritis and Rheumatism* 2005; 53(3):375-382.
- [38] Pisters MF, Veenhof C, van Meeteren NLU, Ostelo RW, de Bakker DH, Schellevis FG et al. Long-term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of hip or knee: a systematic review. *Arthritis and Rheumatism* 2007; 57(7):1245-1253.
- [39] Pisters M.F., Veenhof C., Schellevis F.G., Bakker DHd, Dekker J. Long-term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a randomized controlled trial comparing two different physical therapy interventions. *Osteoarthritis and Cartilage* 2010; 18(8):1019-1026.
- [40] Brouwers EPM, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PFM. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized control-

led effectiveness trial. *General Hospital Psychiatry* 2006; 28(3):223-229.

- [41] Sluijs E, van Dulmen S, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a meta review. Utrecht: NIVEL, 2006.
- [42] van Dijk L, Heerdink ER, Somai D, van Dulmen S, Sluijs EM, de Ridder DT et al. Patient risk profiles and practice variation in nonadherence to antidepressants, antihypertensives and oral hypoglycemics. *BMC Health Services Research* 2007; 7(51).
- [43] van Dijk L, van Dulmen S. Therapietrouw bevorderen: noodzakelijk maatwerk. *Astma & COPD nieuws* 2006; 9(5):24.
- [44] Vervloet M, van Dijk L, Santen-Reestman J, van Vlijmen B, Bouvy ML, de Bakker DH. Improving medication adherence in diabetes type 2 patients through Real Time Medication Monitoring: a Randomised Controlled Trial to evaluate the effect of monitoring patients' medication intake behaviour combined with short message service (SMS) reminders. 2010.
- [45] van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment. A review of reviews. *BMC Health Services Research* 2007; 7(55).
- [46] Brink-Muinen A, van Dulmen AM, Schellevis FG, Bensing JM. Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2004.
- [47] Vervloet M, van Dijk L, Schoen T, van Dulmen S. Het betrekken van perspectief van patiënt en voorschrijver bij het verbeteren van de communicatie over het (trouw) gebruik van cholesterolverlagers. Utrecht: NIVEL, 2009.
- [48] van Bijnen E, van Dulmen S. Een goed gesprek over geneesmiddelgebruik: determinanten vanuit het perspectief van de voorschrijver. Rapportage van een project uitgevoerd met subsidie van Platform Patiënt-Industrie. www.nivel.nl: NIVEL, 2010.
- [49] Ministerie van vws. Programmatische aanpak van chronische ziekten. 2008. Den Haag.
- [50] Rijken M. Een stevig fundament voor zelfmanagement. *HMf: Health Management Forum* 2009;(4):6-8.
- [51] Dorn T, Heijmans M, van Dijk L, Francke AF, Wolters I, de Leeuw JRJ. Knelpunten en hiaten bij interventies gericht op ondersteuning bij zelfmanagement, overgewicht, mantelzorg. Een quick scan. Utrecht: NIVEL, 2007.
- [52] Cardol M, Rijken M. Self-management in diabetes: the result of efforts of both patients and partners. *European Journal of Public Health* 2008; 18(suppl. 1):101.
- [53] Milder IEJ, Blokstra A, de Groot J, van Dulmen S, Bemelmans WJE. Lifestyle counseling in hypertension-related visits: analysis of video-taped general practice visits. *BMC Family Practice* 2008; 9(58).
- [54] Maas J., Verheij R.A. Bewegen, natuur en gezondheid: Wat doet de huisarts ermee? 2006. Utrecht, NIVEL.
- [55] de Ridder DTD, Theunissen NCM, van Dulmen AM. Does training general practitioner to elicit patients' illness representations and action plans influence their communication as a whole? *Patient Education and Counseling* 2007; 66(3):327-336.
- [56] Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2008; 8(38).
- [57] Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht: NIVEL, 2004.
- [58] Schellevis FG, Westert GP, de Bakker DH. The actual role of general practice in the Dutch health-care system: results of the Second Dutch National Survey of General Practice. *Journal of Public Health* 2005; 13(5):265-269.
- [59] Berg M.J.van den, Bakker D.H.de, Roosmalen M.van, Braspenning J.C.C. De staat van de huisartsenzorg: beschrijving van de stand van zaken in de huisartsenzorg en voorstel van een serie toezichtindicatoren voor de huisartsenzorg. 2005. Utrecht, NIVEL.
- [60] van den Berg MJ, de Bakker DH, Spreeuwenberg P, Westert GP, Braspenning J, van der Zee J et al. Labour intensity of guidelines may have a greater effect on adherence than GPs' workload. *BMC Family Practice* 2009; 10(74).

- [61] Groenendijk JJ, Swinkels ICS, de Bakker D, Dekker J, van den Ende CHM. Physical therapy management of low back pain has changed. *Health Policy* 2007; 80(3):492-499.
 - [62] Swinkels ICS, van den Ende CHM, van den Bosch WJH, Dekker J, Wimmers RH. Behandelen fysiotherapeuten lage-rugklachten conform de KNGF-richtlijn 'Lage-rugpijn'? *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 2005; 115(3):57-61.
 - [63] Pisters MF, Leemrijse C. Het gebruik van aanbevolen meetinstrumenten in de fysiotherapiepraktijk. Weten is nog geen meten! *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 2007; 117(5):176-181.
 - [64] Leemrijse CJ, Plas GM, Hofhuis H, van den Ende CHM. Compliance with the guidelines for acute ankle sprain for physiotherapists is moderate in the Netherlands: an observational study. *Australian Journal of Physiotherapy* 2006; 52(4):293-298.
 - [65] Pisters MF, Hooijman WMP, Leemrijse C. Oefentherapeuten hebben een positieve attitude ten aanzien van het gebruik van meetinstrumenten, maar het daadwerkelijk gebruik is laag. *Beweegreden* 2007; 3(3):22-27.
 - [66] Diabetes Vereniging Nederland, Vreelandgroep organisatieadviseurs. Resultaten DVN Diabeteszorg Monitor 2008. Resultaten van het onderzoek Ontvangen mensen met diabetes type 2 de juiste zorg. 2008. Baarn, Vreelandgroep organisatieadviseurs.
 - [67] Dijk C.van, Verheij R. Integrale bekostiging dekt fractie zorg. *Huisarts en Wetenschap* 2010; 53(6):299.
 - [68] Peeters JM, Francke AL. Monitor Zorg op afstand: verslaglegging van de peiling eind 2008/begin 2009. www.nivel.nl: NIVEL, 2009.
 - [69] de Veer AJE, Francke AL. Technologie moet kwaliteit van zorg dienen. *TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 2009; 119(10):34-36.
 - [70] Volkers A, van Dijk L, Wolters I, de Bakker D. Formulaires in de huisartspraktijk: gebruik en het opvolgen van adviezen. Utrecht: NIVEL, 2008.
 - [71] Poley MJ, Edelenbos KI, Mosseveld M, van Wijk MAM, de Bakker D, van der Lei J et al. Cost consequences of implementing an electronic decision support system for ordering laboratory tests in primary care: evidence from a controlled prospective study in the Netherlands. *Clinical Chemistry* 2007; 53(2):213-219.
 - [72] Jabaaij L, Njoo K., Visscher S., Hoogen H.van den, Tiersma W., Leverink H et al. Verbeter uw verslaglegging, gebruik de EPD-scan-h. *Huisarts en Wetenschap* 2009;(5):240-246.
 - [73] Jabaaij L., Verheij R, Njoo K., Hoogen H.van den. Inzicht in registratieroutines: ontwikkeling van de EPD-scan. *SynthesHis: Tijdschrift voor Huisarts en Automatisering* 2007;(2).
- www.thesauruszorgenwelzijn.nl/kwaliteit.htm
 - www.thesauruszorgenwelzijn.nl/effectiviteit.htm
 - www.thesauruszorgenwelzijn.nl/doelmatigheid.htm
 - www.npcf.nl/
 - www.zichtbarezorg.nl/page/Programma-Zichtbare-Zorg
 - www.regieraad.nl/
 - www.rivm.nl/vtv/object_document/07779n35621.html (zorgbalans)

4 Toegankelijkheid

Kernboodschap

- De zorgvraag in de eerste lijn is toegenomen door vergrijzing van de bevolking en toename van het aantal chronisch zieken, maar ook door betere opsporing en herkenning van gezondheidsproblemen in de eerste lijn.
- De zorgvraag neemt toe maar door efficiënter werken in de eerste lijn blijft de toegankelijkheid tot nu toe gewaarborgd.
- Vraagsturing door eigen bijdragen heeft, doordat de huisarts daarbuiten is gebleven, tot nu toe weinig van zijn bedoelde effecten gehad (minder zorggebruik), maar ook geen onbedoelde effecten (uitstel van zorg, verminderde toegankelijkheid).
- De zorg in achterstandswijken blijft een belangrijk aandachtspunt door de hogere zorgvraag en mogelijk in de toekomst problemen om voldoende gekwalificeerde gezondheidszorgwerkers aan te trekken.
- Specialistische zorg kan alleen goed toegankelijk blijven als de eerste lijn goed blijft functioneren.

4.1 Inleiding

Een goede toegankelijkheid is een belangrijk onderscheidend kenmerk van de eerste lijn. De eerste lijn is voor patiënten het eerste contactpunt met de gezondheidszorg in de wijk. Het systeem van getrapte toegang tot de tweede lijn staat of valt bij een goede toegankelijkheid van de eerste lijn. Een goed toegankelijke eerste lijn en de poortwachtersfunctie van de huisarts zijn de belangrijkste middelen om de toegang tot de dure tweede lijn te beperken.

Deze goede toegankelijkheid staat op gespannen voet met een toenemende zorgvraag en mogelijk ook met een veranderde houding van de bevolking ten opzichte van als paternalistisch ervaren beperking in toegang tot tweedelijnsvoorzieningen. Toegankelijkheid kan op twee manieren worden bekeken. Aan de ene kant moet er voldoende zorgaanbod en moet deze goed gespreid zijn zodat iedereen inderdaad in de buurt bij de eerste lijn terecht kan. Aan de andere kant kan vanuit de zorgvrager worden bezien in hoeverre er drempels zijn om de zorg te kunnen bereiken. Beide zijn natuurlijk nauw gerelateerd. Als er te weinig huisartsen zijn zullen er vanuit het perspectief van de zorgvrager al gauw toegankelijkheidsproblemen optreden. Toegankelijkheidsproblemen in de eerste lijn kunnen ertoe leiden dat de toestroom naar de tweede lijn groter wordt, zowel door 'zelfverwijzers' als door meer verwijzingen als gevolg van een toenemende werklust in de eerste lijn.

Naast goede toegankelijkheid in zijn algemeenheid is het ook van belang dat er gelijkheid van toegang bestaat, zowel in geografische zin als tussen

bevolkingsgroepen. Gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen en regio's kunnen leiden tot een grotere spanning tussen zorgaanbod en zorgvraag en daarmee leiden tot toegankelijkheidsproblemen. Wanneer zich toegankelijkheidsproblemen voordoen is het het meest waarschijnlijk dat die zich het eerst manifesteren in gebieden waar de spanning tussen zorgvraag en zorgaanbod het hoogst is.

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van beleid en onderzoek op het terrein van toegang tot de eerste lijn. In paragraaf 4.2 geven we een kort overzicht van beleid dat zich richt op de toegang tot de eerste lijn.

Daarna gaan we op het onderzoek in, ons richtend op de drie in de inleiding gestelde vragen nu uitgewerkt voor dit hoofdstuk:

- 1 Wat is bekend uit onderzoek over ontwikkeling van de zorgvraag in relatie tot het zorgaanbod, over verschillen daarin tussen bevolkingsgroepen en regio's en over daaruit resulterende toegankelijkheidsproblemen?
- 2 Welke instrumenten worden vanuit onderzoek aangereikt om beleid gericht op een betere afstemming van zorgaanbod op zorgvraag te bewerkstelligen?
- 3 Wat is bekend over de effecten van beleid gericht op een betere afstemming van zorgaanbod op zorgvraag?

In de conclusie van dit hoofdstuk komen wij op deze vragen terug.

4.2 Beleid

4.2.1 Beleidsproblemen

Op het gebied van toegankelijkheid zien wij drie typen beleidsproblemen (zie schema 4.1). Het algemene beleidsdoel om de eerste lijn goed toegankelijk te maken wordt breed gedragen. In de Intentieverklaring Eerstelijnszorg waarin patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid hun visie op de eerste lijn uiteen zetten worden laagdrempelige toegang tot zorg en 'zorg in de buurt' als belangrijke karakteristieken van de eerste lijn neergezet, die gekoesterd en versterkt moeten worden [1]. Specifieker nog is het beleidsdoel uit de intentieverklaring om tot een wijkgerichte eerstelijnsgezondheidszorg te komen in wijken van 10 tot 15.000 inwoners. Overigens wordt niet alleen uit het oogpunt van goede toegankelijkheid gestreefd naar zorg in de wijk. Wijkgericht werken vergroot ook de mogelijkheden beter samen te werken met andere wijkgericht werkende zorgverleners (zie hoofdstuk 2).

Vanuit het doel om de eerste lijn goed toegankelijk te houden is de groeiende zorgvraag een beleidsprobleem op nationaal niveau. Het beleid ziet zich daardoor voortdurend voor de keus geplaatst om of het zorgaanbod verder uit te breiden, of organisatorische maatregelen te nemen om de toegankelijkheid toch te waarborgen of op de rem te gaan staan door de zorgvraag via bijvoorbeeld eigen bijdragen te beperken. Vanuit het doel een gelijke toegang tot de zorg voor iedereen te bewerk-

stelligen is (dreigende) ongelijkheid in die toegang een beleidsprobleem. Indien zich toegankelijkheidsproblemen voordoen zullen die zich niet overal tegelijkertijd manifesteren, maar zich in eerste instantie concentreren in bepaalde gebieden, waar het vestigingsklimaat voor zorgverleners als minder goed wordt gepercipieerd. Voorbeelden zijn de achterstandswijken van grote steden of VINEX-locaties waar het zaak is een adequate gezondheidszorg op te bouwen bij een snel groeiend inwonertal. Overigens kan een krimpende zorgvraag ook tot toegankelijkheidsproblemen leiden. Die situatie doet zich voor op het platteland waar door de bevolkingskrimp het economisch draagvlak voor voorzieningen wordt uitgehold waardoor de laatste dokter uit het dorp verdwijnt. Vanuit het beleidsdoel de toegang tot de tweede lijn goed te houden is het beleidsprobleem een ongebreidelde toeloop naar die tweede lijn te beperken. Het handhaven van een goede toegankelijkheid van de eerste lijn is een belangrijk middel om op termijn een goede toegankelijkheid van de tweede lijn te kunnen garanderen. Het gegeven dat binnen de eerste lijn 95% van de zorgvragen wordt afgehandeld is de belangrijkste onderbouwing voor deze gedachte.

Schema 4.1

Beleidsproblemen en oplossingen ten aanzien van toegankelijkheid

	Toegang tot eerste lijn	Gelijkheid in toegang	Toegang tot tweede lijn
Beleidsprobleem	Groeiende zorgvraag	Ongelijkheid in toegang (geografisch en tussen bevolkingsgroepen)	Toegang tot 'dure' tweede lijn beperken
Beleidsoplossingen	Capaciteitsplanning	Achterstandsgebieden-beleid	Poortwachtersfunctie huisarts
	Organisatorische maatregelen (bv. taakherschikking, triage, rechtstreeks toegankelijke paramedici)	Beleid gericht op allochtonen (bv. migrantenvoorlichtingsfunctionarissen)	Sterke, goed toegankelijke eerste lijn
	Vraagremming door pakketmaatregelen/ eigen risico	Gezondheidscentra VINEX-locaties	Substitutie door ketenzorg voor chronisch zieken
Beleidsuitvoering	Manpowerplanning capaciteitsorgaan, opleidingen NP en physician assistants	Extra honorering huisartsen en verloskundigen in achterstandswijken	Tweede lijn alleen toegankelijk met verwijzing huisarts
	Verschillende pakketmaatregelen Eigen risico	Subsidieregeling gezondheidscentra in VINEX-locaties	Invoering verwijsfunctie bedrijfsarts Integrale bekostiging
	Invoering directe toegang paramedici	Vraag Aanbod Analyse Monitor	diseasemanagement chronisch zieken

4.2.2 *Oplossingen en maatregelen*

Er zijn verschillende typen oplossingen voor het probleem van de groeiende zorgvraag en (dreigende) verschillen in toegankelijkheid. Er zijn ook verschillende niveaus waarop oplossingen kunnen worden bedacht en ingevoerd. Zo nemen op het micro-niveau zorgverleners zelf, geconfronteerd met een hogere zorgvraag, maatregelen om hun werklust hanterbaar te houden. Triage door de doktersassistente, instellen van telefonische spreekuren en het substitueren van visites door spreekuurconsulten door huisartsen zijn voorbeelden van het type maatregelen die zorgverleners kunnen nemen. Ook op het meso-niveau kunnen maatregelen worden genomen bijvoorbeeld door regionale organisaties van huisartsen in samenspraak met verzekeraars. De initiële oprichting van huisartsenposten is hier een voorbeeld van. Zij werden opgericht door groepen huisartsen die de werklust van het draaien van diensten wilden verminderen.

Op het macroniveau worden maatregelen genomen die de context voor het lokale en regionale niveau bepalen. Het eerste sturingsinstrument op nationaal niveau betreft de opleidingscapaciteit. Via het Capaciteitsorgaan wordt al meer dan 10 jaar door middel van ramingen gestuurd op de opleidingscapaciteit van medische beroepen. Hoewel de opleidingscapaciteit voor huisartsen is gegroeid is de beleidsmatig gekozen oplossingsrichting om de groeiende zorgvraag het hoofd te bieden eerder gelegen in organisatorische maatregelen op het gebied van taakdelegatie, taakherschikking en het direct toegankelijk maken van paramedische beroepen [2]. Voorbeeld van taakdelegatie is de invoering van praktijkondersteuners op HBO-niveau (de POH) voor de controles van chronisch zieken en recenter de POH-GGZ. Voorbeelden van taakherschikking betreffen het opzetten van opleidingen voor nurse practitioners en physician assistants en het financieren van experimenten met deze beroepen. Van de paramedische beroepen is de fysiotherapeut sinds 2006 en de oefentherapeut sinds 2008 direct toegankelijk. Verbreding van de toegankelijkheid van de eerste lijn en daarmee vermindering van de werklust van de huisarts was het beleidsdoel van deze maatregel.

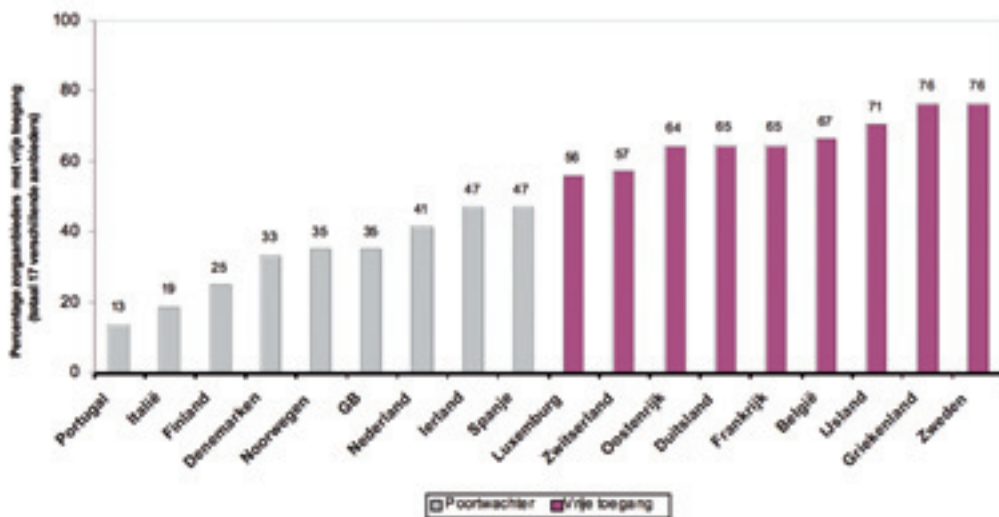
Beperking van de (groei van) de zorgvraag is de achterliggende gedachte bij veel maatregelen gericht op het verzekerde pakket. Zo werd in 2004 de aanspraak op fysio- en oefentherapie voor toenmalig ziekenfondsverzekerden van 18 jaar en ouder beperkt tot mensen met een chronische ziekte en wel pas na negen zittingen. Overheveling van diëtetiek van de AWBZ naar de ziektekostenverzekering was ook mede ingegeven door de toenemende vraag naar diëtetiek en de stijgende kosten van de AWBZ. Dat was ook de reden dat de aanspraak werd gemaximeerd op 4 uur per patiënt.

Naast deze disciplinespecifieke maatregelen zijn er ook algemene maatregelen die erop zijn gericht de consument te prikkelen tot minder zorg-

gebruik. Sinds 2008 geldt er een verplicht eigen risico in de zin dat de eerst € 165 aan zorgkosten door de patiënt zelf moeten worden betaald. Dit kwam in de plaats van een noclaim-regeling, die erop neer kwam dat de consument achteraf een bedrag terugkreeg bij geen of weinig zorggebruik. Illustratief voor het grote belang dat wordt gehecht aan de toegankelijkheid van de eerste lijn is dat huisarts en verloskundige van deze maatregelen uitgezonderd bleef.

Toegang tot zorg varieert sterk

Eerstelijns zorg is gedefinieerd als direct toegankelijke zorg. In 2006 is (op basis van cijfers uit 2000) in 18 Europese landen de toegankelijkheid van 17 verschillende gezondheidsvoorzieningen, zoals de huisarts, de fysiotherapeut, de verloskundige, de tandarts, de eerste hulp, de kinderarts, de gynaecoloog, de medisch specialist in het ziekenhuis en de revalidatiekliniek onderzocht (1). Landen waarbij minder dan de helft van de onderzochte voorzieningen direct toegankelijk waren voor patiënten, zijn aangeduid als landen met een poortwachtersysteem. Is meer dan de helft van de voorzieningen zonder verwijzing toegankelijk dan is sprake van een vrije toegang systeem. Onderstaande figuur laat zien wat de toegankelijkheid is in de onderzochte Europese landen.



Referentie

- 1 Kroneman MW, Maarse H, van der Zee J. *Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study*. Health Policy 2006; 76(1):72-79.

Beleid om ongelijkheid in toegang te voorkomen zien we op een aantal terreinen. Het oudst is het beleid ten aanzien van huisartsenzorg in achterstandswijken in grote steden. Dat werd in de jaren negentig van de vorige eeuw geïntroduceerd naar aanleiding van problemen als een hoge en complexe hulpvraag, een grote doorstroming in praktijken, communicatieproblemen en een voor huisartsen in die wijken ongunstig uitpakkende honorering. Dit leidde tot een relatief hoge werklust en een geringe bereidheid van huisartsen om zich in die wijken te vestigen. Om de beschikbaarheid van huisartsenzorg te garanderen is achterstandsgebiedenbeleid ingezet, waarbij huisartsen extra honorering kregen voor patiënten uit achterstandswijken en fondsen werden gesticht waaruit maatregelen konden worden gefinancierd gericht op betere toegankelijkheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg in die gebieden. Een vergelijkbare maatregel is er ook getroffen voor verloskundigen, die een opslag op het tarief krijgen voor patiënten uit achterstandswijken sinds 2009. Specifiek op allochtone groepen gericht zijn vaak lokaal (bijvoorbeeld ondersteund door de GGD) maatregelen genomen zoals het inzetten van migrantenvoorlichtingsfunctionarissen. De Vraag Aanbod Analyse Monitor is een instrument om discussie over een optimale afstemming van zorgaanbod van eerstelijnszorg op de lokale zorgvraag te stimuleren.

De poortwachtersfunctie van de huisarts is in de Nederlandse zorg al sinds lang de belangrijkste oplossing om de toegang tot de tweede lijn te beperken en de verplichte verwijzing voor toegang tot de specialist is daarbij het belangrijkste instrument. Tegenwoordig hebben overigens ook bedrijfsartsen de bevoegdheid om naar de specialist te verwijzen. De verwijfsfunctie van de huisarts werkt goed als filter bij nieuwe gezondheidsproblemen. Bij chronisch zieken, die wisselend zorg nodig hebben van huisarts en specialist, werkt de sterke scheiding tussen eerste en tweede lijn belemmerend. In dat geval is juist samenwerking nodig en gebrek eraan kan ertoe leiden dat patiënten onnodig lang in de tweede lijn blijven 'hangen'. Keten zorg, het organiseren van samenhangende zorg voor een specifieke patiëntencategorie wordt gezien als de oplossing voor dit probleem. Sinds 1 januari 2010 is integrale bekostiging ingevoerd voor diabetes, COPD, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement [2,3]. Door de zorg voor deze groepen integraal te bekostigen en daarmee onder een verantwoordelijkheid te brengen (in de regel de huisarts) wordt verwacht dat beter samenhangende zorg tot stand wordt gebracht en verschuiving van tweedelijns- naar eerstelijnszorg bewerkstelligd.

4.3 *Onderzoek naar toegankelijkheid*

Ook in dit hoofdstuk kijken we naar de rol van onderzoek bij beleidsvoorbereiding, beleidsuitvoering en beleidsevaluatie. In paragraaf 4.3 richten we ons daarbij op onderzoek ten behoeve van de beleidsvoorbereiding. De vraag staat centraal wat uit onderzoek bekend is over de ontwikkeling van het zorgaanbod in relatie tot de zorgvraag, over verschillen daarin tussen bevolkingsgroepen en regio's en over daaruit eventueel resulterende toegankelijkheidsproblemen. Wij richten ons dus op de autonome ontwikkeling, die belangrijk is voor de probleemanalyse en dus de beleidsvoorbereiding. De vraag in hoeverre de zorgvraag toeneemt in relatie tot het aanbod en zo ja bij welke disciplines en aandoeningen staat centraal in paragraaf 4.3.1. Vervolgens vragen we ons af in hoeverre er in de zorgvraag verschillen tussen bevolkingsgroepen en regio's bestaan, die mogelijk leiden tot ongelijkheid in toegang (paragraaf 4.3.2). Ten derde wordt de toegang tot de tweede lijn gemonitord in paragraaf 4.3.3. Het aantal verwijzingen naar de tweede lijn kan mede als gevolg van toenemende zorgvraag, maar ook door veranderingen in het presteren van de eerste lijn en ontwikkelingen in de tweede lijn toe- of afnemen. De ontwikkelingen op dit gebied zeggen iets over de poortwachtersfunctie van de huisarts. Tenslotte wordt de vraag beantwoord in hoeverre toegankelijkheidsproblemen optreden (in paragraaf 4.3.4).

4.3.1 *Ontwikkeling van de zorgvraag en het zorgaanbod*

De toename van de zorgvraag wordt gezien als het beleidsprobleem dat moet opgelost om de eerste lijn goed toegankelijk te houden. Het analyseren en documenteren van ontwikkelingen in die zorgvraag is daarom belangrijk om het beleidsprobleem te preciseren. Als eerste contactpunt met de gezondheidszorg krijgt de eerste lijn en dan met name huisartsen (maar sinds 2006 ook direct toegankelijke fysiotherapeuten) te maken met veranderingen in de vraag naar zorg. Bestudering van de ontwikkelingen in de vraag naar zorg in de eerste lijn en de factoren die daarop van invloed zijn is dus van belang voor de gezondheidszorg in zijn totaliteit.

Het algemene beeld is dat de zorgvraag per patiënt toeneemt.

Onderzoek nuanceert en preciseert dat beeld. Van den Berg et al [4] laten zien dat tussen 1987 en 2001 het aantal contacten met de huisarts is toegenomen van 3,6 naar 3,9 per ingeschreven patiënt per jaar, een toename van 8%. Die toename is het sterkst in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder. Het aantal contacten met kinderen jonger dan 5 jaar nam zelfs af. Tegelijkertijd vond een verschuiving plaats naar minder bewerkelijke contactsoorten. Het aandeel visites halveerde bijna. Ook de laatste jaren neemt de zorgvraag verder toe. De contactfrequentie in de huisartsenpraktijk is sinds de stelselwijziging in 2006 toen een consult-

tarief voor iedereen (ook de voorheen ziekenfondsverzekerden) werd ingevoerd gedetailleerd te monitoren met LINH. Tabel 4.1 laat een toename zien die vooral zit in de langer durende contacten en de telefonische consulten.

Tabel 4.1

Ontwikkeling in aantal gedeclareerde huisartscontacten per 100 ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk, 2006-2009

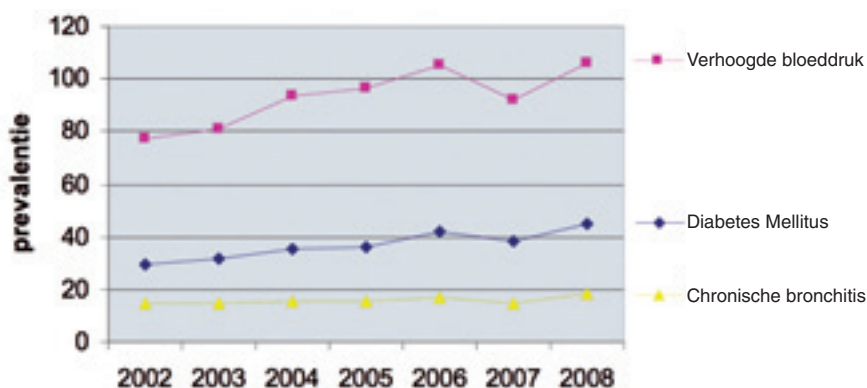
	2006	2007	2008	2009
Consult huisarts	204	198	207	203
Consult huisarts langer dan 20 minuten	19	22	27	29
Visite huisarts	14	13	13	13
Visite huisarts langer dan 20 minuten	3	4	5	5
Telefonisch consult huisarts	50	50	57	70
Totaal	290	287	309	319

Bron: LINH [5].

LINH rapporteert vanaf 2001 jaarlijks over ontwikkeling in incidentie en prevalentie van ruim 150 aandoeningen in de huisartsenpraktijk. Daaruit worden verschillende trends zichtbaar (figuur 4.1). Toename zien we vooral bij een aantal chronische aandoeningen, zoals diabetes en chronische bronchitis/COPD en hypertensie (laatstgenoemde is strikt genomen geen chronische aandoening). Waarschijnlijk is hier geen of niet alleen sprake van toename van deze aandoeningen in de huisartsenpraktijk, maar ook van toegenomen aandacht voor deze aandoening resulterend in betere opsporing. Dat laat zien dat autonome ontwikkeling van de vraag lastig te onderscheiden is van beleidsmatig ingezette ontwikkelingen.

Figuur 4.1

Ontwikkeling in de prevalentie in de huisartsenpraktijk per 1.000 ingeschreven patiënten per jaar, 2002-2008 (Bron: LINH [5])



Dit soort verschuivingen zien we terug als we de top-10 van aandoeningen gepresenteerd in de huisartsenpraktijk van 2008 vergelijken met die van 2001 (tabel 4.2). Verhoogde bloeddruk heeft hier de pilcontrole van de eerste plaats verdrongen en ook diabetes heeft een opmars gemaakt van de 13e naar de 6e plaats. Opmerkelijk is ook het verdwijnen van lage rugpijn zonder uitstraling uit de top-10. Nadere inspectie leert dat deze daling heeft ingezet in 2006, het jaar waarin de fysiotherapeut direct toegankelijk werd. Wij komen daarop terug. Overigens omvat de top-10 van aandoeningen in de huisartsenpraktijk nog maar een klein deel (minder dan 20%) van het totale aanbod aan klachten en aandoeningen. Kenmerk van de huisartsenpraktijk is juist het brede spectrum aan klachten en aandoeningen. Surveillance richt zich op onderdelen daarin met risico's voor de volksgezondheid, zoals influenza en seksueel overdraagbare aandoeningen [7].

Tabel 4.2

Top-10 prevalentie van aan de huisarts gepresenteerde klachten en aandoeningen naar geslacht, per 1.000 ingeschreven patiënten per jaar (2001 en 2008)

Rangorde 2008	Klacht/aandoening	Aantal per 1.000 2008	Aantal per 1.000 2001 (rangorde)
1	Verhoogde bloeddruk	105,7	57,1 (2)
2	Acute infectie bovenste luchtwegen	58,4	56,4 (3)
3	Cystitis / urineweginfectie	49,7	38,5 (8)
4	Anticonceptie (vrouw)	47,5	59,9 (1)
5	Hoesten	45,1	46,6 (5)
6	Diabetes Mellitus	44,9	26,3 (13)
7	Contacteczeem/ander eczeem	43,8	45,1 (6)
8	Dermatomycose	39,0	46,9 (4)
9	Overmatig cerumen	38,4	32,3 (9)
10	Hooikoorts/allergisch rhinitis	37,0	27,8 (10)
	Lage rugpijn zonder uitstraling	32,4	39,7 (7)

Bron: LINH [5], van der Linden et al, 2004 [6]

Groei zien we ook in de vraag naar fysiotherapie. Wij zien dat met name in het percentage van de bevolking dat in een jaar gebruik maakt van fysiotherapie. Dat is toegenomen van 10% in 1985 naar 16% in 2000 tot meer dan 20% in 2009 [8]. Sinds 2003 verschaft LIPZ jaarlijks cijfers over patiënten van en behandeling bij de fysiotherapeut. Het gemiddeld aantal zittingen per patiënt blijft constant rond de 12 liggen [9]. De groei zit dus vooral in een toename van het aantal patiënten en niet in het aantal zittingen per patiënt. Het direct toegankelijk worden van de fysiotherapeut in 2006 zal bijgedragen hebben aan de groei in die peri-

ode, maar in feite is de toename van het gebruik van fysiotherapie een constante trend over de laatste 30 jaar.

De vraag kan gesteld worden in hoeverre het aanbod gelijke tred heeft gehouden met de groei van de zorgvraag. Wij richten ons eerst op het landelijk beeld. Wij zien door de jaren heen weinig verandering in het aantal patiënten per full time werkende huisarts. Dat aantal bedroeg 2351 op 1 januari 2009, in 1987 was dat 2297 [10]. Het aantal huisartsen was wel toegenomen in die periode (van 6500 in 1987 naar 8800 per 1 januari 2009), maar door de bevolkingsgroei en de trend naar meer parttime werken is het aantal FTE beschikbare huisartsen per inwoner nauwelijks veranderd. Daar komt bij dat tijdsbestedingsonderzoek heeft laten zien dat het aantal uren dat een huisarts per FTE werkt is afgenomen (van 58 in 1987 naar 53 in 2001 [6]). Er is dus minder tijd per patiënt beschikbaar.

Wel is de omvang van de ondersteuning in huisartsenpraktijken toegenomen. Zo becijferde het CBS het aantal banen in huisartsenpraktijken en huisartsendienstenstructuren op 31-12-2003 op 22.566, een toename van 16% ten opzichte van twee jaar daarvoor (banen in gezondheidscentra zijn hierbij niet meegerekend omdat het CBS die tot een andere categorie bedrijven rekent) [11]. Recentere cijfers over banen en FTE ontbreken. Aangenomen mag worden dat de groei zich heeft voortgezet.

Gegevens uit LINH laten zien dat het aantal gedeclareerde verrichtingen van POH-consulten tussen 2006 en 2008 met 15% toenam, terwijl de toename bij praktijken die al een POH hadden slechts met 5% groeide. Het grootste deel van de toename komt dus door uitbreiding van het aantal praktijken met een POH [5].

Ook bij andere eerstelijnsdisciplines zien we groei. Het aantal fysiotherapeuten groeide tussen 2003 en 2008 van 14.246 naar 14.841, een toename van 12%. De toename in FTE was met 16% nog sterker. Het aantal oefentherapeuten Cesar/Mensendieck is in dezelfde periode echter (licht) afgenomen. Ook het aantal in de eerste lijn werkzame verloskundigen is tussen 2003 en 2009 toegenomen met zo'n 15% [9].

Het Capaciteitsorgaan houdt zich bezig met de vraag in hoeverre de opleidingscapaciteit dient te worden uitgebreid om de toekomstige zorgvraag te kunnen bedienen. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een door het NIVEL ontwikkeld ramingmodel. De laatste berekening voor de huisartsen vond plaats in 2008. Daaruit bleek dat om voldoende huisartsen in 2019 te hebben de huidige opleidingscapaciteit iets (zodat er in 2019 circa 100 huisartsen meer zijn) moet worden uitgebreid onder het basisscenario. Daarin is alleen rekening gehouden met demografische ontwikkelingen in de beroepsgroep huisartsen (gelijkblijvende leeftijd waarop men in respectievelijk uitstroomt) en de zorgvraag (gelijkblijvende zorgvraag per leeftijdscategorie). Onder alle andere sce-

nario's, zoals toename van de vraag binnen leeftijdscategorieën, korter gaan werken van huisartsen, de zo gewenste substitutie van tweede naar eerste lijn is nog meer capaciteit nodig. Afhankelijk van het gekozen scenario zijn er dan 800 tot 1500 extra huisartsen nodig.

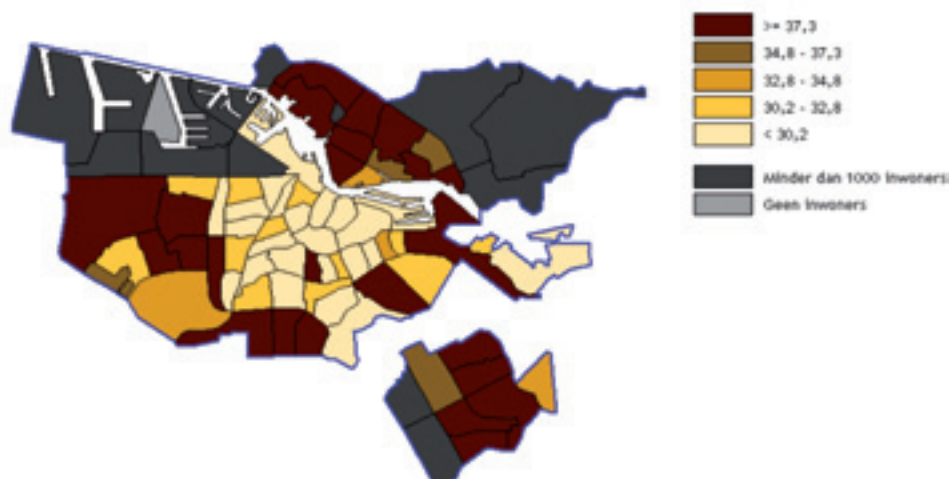
Ramingmodel capaciteit beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg

Centraal in het ramingmodel staan ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod. Met betrekking tot de zorgvraag gaat het om onderwerpen zoals demografische ontwikkelingen (bijvoorbeeld vergrijzing), de onvervulde vraag (wachlijsten), sociaal culturele ontwikkelingen (toenemende mondigheid) en substitutie/efficiency (werkproces). Bij het zorgaanbod komen zaken aan de orde als het huidige aantal werkzame artsen, het aandeel vrouwen, de te verwachte uitstroom (pensionering), het aantal artsen in opleiding en het zogeheten interne en externe rendement van de opleiding. [12]

Dergelijke analyses zijn in vereenvoudigde vorm ook op regionaal niveau gedaan. Zo bleek in 2003 dat het aantal contacten (als indicatie voor de vraag) per FTE huisarts in de vier grote steden 9% hoger was dan in de rest van Nederland [13]. Dit had vooral te maken met een hogere gemiddelde contactfrequentie per patiënt, want per inwoner gerekend waren in de grote steden niet meer huisartsen gevestigd dan elders [14]. De Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) stelt ons in staat dergelijke analyses op lokaal niveau te verrichten [15]. Zo laat de VAAM zien dat de vraag naar huisartsenzorg uitgedrukt in het contactminuten per FTE door verschillen tussen buurten in bevolkingssamenstelling sterk varieert (figuur 4.2a). De mate van afstemming, het aantal contactminuten per beschikbare FTE huisartsen in de buurt, verschilt ook (figuur 4.2b). Zo zijn er in de Rijnbuurt bijna zeven huisartsen 'teveel' terwijl er in Slotervaart een 'mogelijk tekort' van drie huisartsen is.

Figuur 4.2a

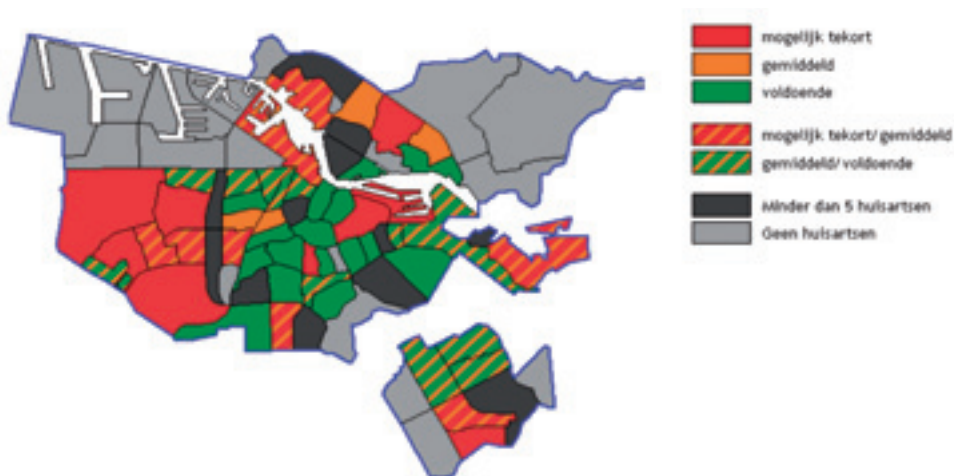
Vraag naar huisartsenzorg uitgedrukt in contactminuten per inwoner per jaar voor postcodegebieden in Amsterdam



Bron: www.nivel.nl/vaam

Figuur 4.2b

Afstemming van aanbod op vraag in contactminuten per FTE huisarts voor postcodegebieden in Amsterdam



Bron: www.nivel.nl/vaam

Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM)

De Vraag Aanbod Analyse Monitor is een internetinstrument waarmee op eenvoudige wijze de mate van afstemming van het zorgaanbod op de lokale zorgvraag kan worden berekend voor alle gemeenten in Nederland en postcodegebieden binnen die gemeenten. De VAAM schat de lokale vraag (nu en in de toekomst) op basis van de bevolkingssamenstelling en brengt die in verband met het aantal beroepsbeoefenaren in het gebied en de directe omgeving. De VAAM is bedoeld om de discussie over de optimale afstemming op lokaal niveau te stimuleren. De VAAM is een samenwerkingsproject van het NIVEL en de NPCF.

4.3.2 Verschillen in zorgvraag en -gebruik

Naast een sterke groei van de vraag krijgt de eerste lijn ook in sterke mate te maken met gezondheidsverschillen tussen groepen in de samenleving. Zo is veel onderzoek gedaan naar het verband tussen ethniciteit en gezondheid. De vier meest voorkomende niet-Westerse migrantengroepen Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen hebben over het algemeen een slechtere gezondheidstoestand dan autochtonen [16]. Niet-Westerse allochtonen beoordelen de eigen gezondheid als slechter en hebben gemiddeld meer klachten [17]. Turken zijn het minst positief over hun eigen gezondheid, en rapporteren vaker gezondheidsklachten en chronische aandoeningen dan de overige drie allochtonengroepen [18]. Ten aanzien van de geestelijke gezondheid is de situatie voor Turken overigens niet slechter dan voor de overige drie allochtonengroepen [19]. Er zijn ook verschillen per aandoening. Zo kampen Surinamers bijvoorbeeld relatief vaak met een hoge bloeddruk of een beroerte [19] en is de prevalentie van COPD bij Turken (vooral bij 40-65 jarigen) hoger dan bij Nederlanders [20]. Niet-Westerse allochtonen rapporteren niet alleen meer klachten en aandoeningen, zij hebben ook vaker contact met huisartsen en GGZ-hulpverleners dan autochtonen [17,21,22]. De totale ziektelast van allochtone groepen is groter dan die van de autochtone bevolking, wat voor een groot deel te verklaren valt door de bijdrage van diabetes [23].

- **Grote steden en achterstandswijken**

Het hogere zorggebruik van allochtonen heeft vooral gevolgen voor de eerste lijn omdat dit zich geografisch concentreert in achterstandswijken in de grote steden. In deze wijken ligt het zorggebruik toch al hoger doordat mensen met een lage sociaal-economische status zijn oververtegenwoordigd. Ook marginale groepen zoals dak- en thuislozen, drugsverslaafden en illegalen concentreren zich hier doorgaans. Achterstandswijken worden doorgaans gekenmerkt door een ongunstig leefklimaat, wat de gezondheid negatief kan beïnvloeden [17]. Ook het zorggebruik onder de autochtone bevolking is vaak hoger in

verstedelijke gebieden dan elders, met name voor wat betreft de huisarts, de medische specialist, psychosociale hulpverleners en de thuiszorg. Als rekening wordt gehouden met verschillen in gezondheidstoestand en sociaal-demografische samenstelling van de bevolking, blijkt dat men in stedelijke gebieden vaker contact heeft met de huisarts en de psychosociale hulpverlening vaker gebruikt dan in minder verstedelijke gebieden [24]. Dit verschil blijkt bovendien stabiel over tijd [25]. De eerste lijn in achterstandswijken heeft niet alleen met meer, maar ook met andere aandoeningen te maken. Onderzoek laat zien dat vooral infecties van de bovenste luchtwegen, bezoeken voor orale anticonceptie en maagpijn in achterstandsgebieden vaker aan de huisarts worden gepresenteerd in vergelijking met de rest van de stad [26].

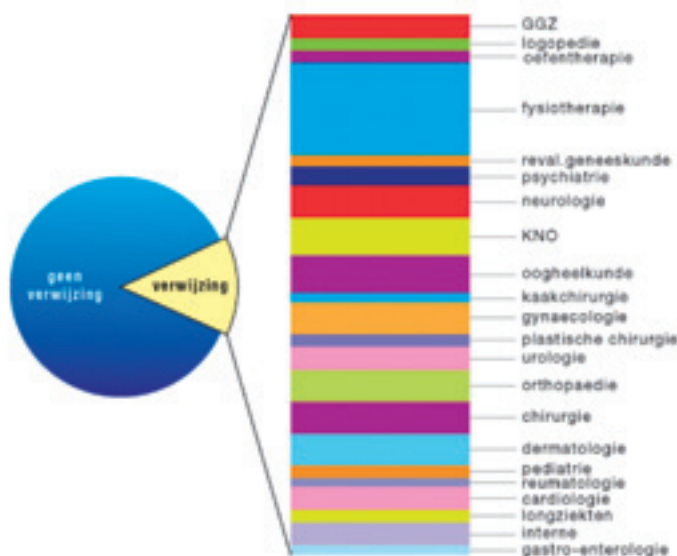
4.3.3 De toegang tot de tweede lijn

Het beperken van een ongebreidelde toeloop tot de tweede lijn is het beleidsprobleem waarvoor een sterke eerste lijn als oplossing wordt gezien. De getrapte toegankelijkheid van de tweede lijn na verwijzing van de huisarts is een belangrijk kenmerk van de Nederlandse gezondheidszorg en een van de redenen waarom we in Nederland spreken van een sterke eerste lijn. De huisarts heeft een gidsfunctie voor de patiënt in de veelheid aan zorgdisciplines en specialismen. Tegelijk is hij ook poortwachter en daarom vitaal in het handhaven van een efficiënte gezondheidszorg. Vraag is daarom ook hoe die poortwachtersfunctie zich ontwikkelt bij een groeiende zorgvraag.

Figuur 4.3 brengt de positie van gids en poortwachter in beeld. Slechts een klein deel (10%) van de consulten van de huisarts mondt uit in een verwijzing. Die verwijzing waaiert uit in een grote reeks aan disciplines binnen de tweede en de eerste lijn. Het kenmerkt de asymmetrie in de samenwerkingsrelatie tussen de huisarts en andere disciplines. Voor die andere disciplines is de huisarts in de meeste gevallen de grootste toeleverancier van patiënten terwijl de afzonderlijke andere disciplines voor de huisarts een van de velen zijn. Dit is een van de redenen waarom structurele samenwerking tussen disciplines in de eerste lijn zo traag op gang kwam (zie hoofdstuk 2).

Figuur 4.3

Verwijzing van de huisarts als percentage van het totaal aantal contacten, vervolgens uitgesplitst naar discipline in de eerste en de tweede lijn waar naar wordt verwezen [27]



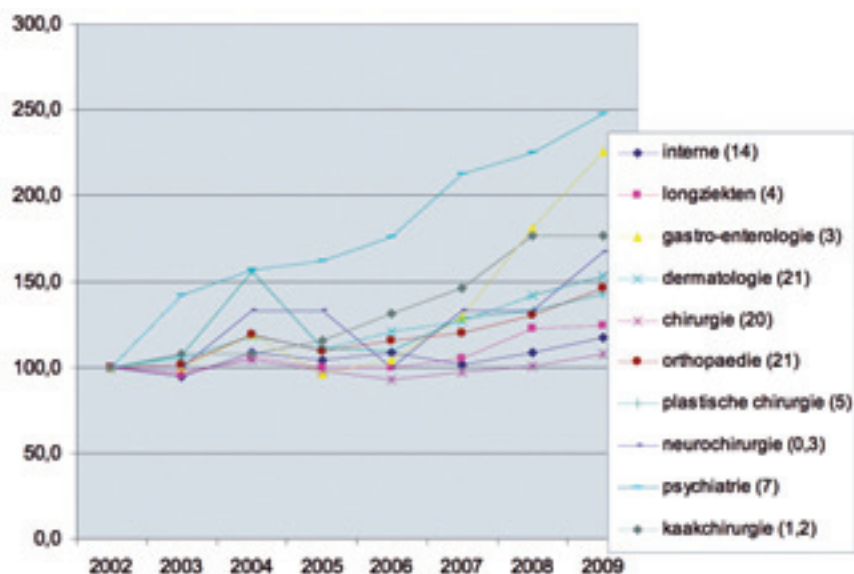
Bron: LINH 2007

Het verwijscijfer van huisartsen naar de tweede lijn wordt wel gezien als een indicator voor het 'oplossend vermogen' van de eerste lijn. De vraag is of door de toename van de zorgvraag in de eerste lijn het oplossend vermogen wordt aangetast. Wij moeten daarvoor kijken naar de ontwikkeling van de verwijscijfers die LINH ons verschaft.

Die laten een groei van het aantal nieuwe verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten zien van 4% per jaar in de periode 2002 tot en met 2009 [5]. De groei verschilt aanzienlijk per specialisme. Figuur 4.4 brengt dit voor een aantal specialismen in beeld. Voor specialismen als interne geneeskunde, chirurgie en longziekten is de groei betrekkelijk gering. Bij dermatologie, orthopaedie en neurochirurgie ligt de stijging rond de 50%. Kaakchirurgie en neurochirurgie zagen het verwijscijfer over de periode 2002 tot 2008 met meer dan 50% toenemen. Bij psychiatrie en gastro-enterologie is zelfs sprake van meer dan een verdubbeling.

Figuur 4.4

Ontwikkeling van het verwijscijfer naar een aantal geselecteerde specialisten, 2002-2009, indexcijfers 2002=100 (verwijscijfer per 1.000 patiënten in 2009 tussen haakjes achter legenda)



Bron: LINH [5]

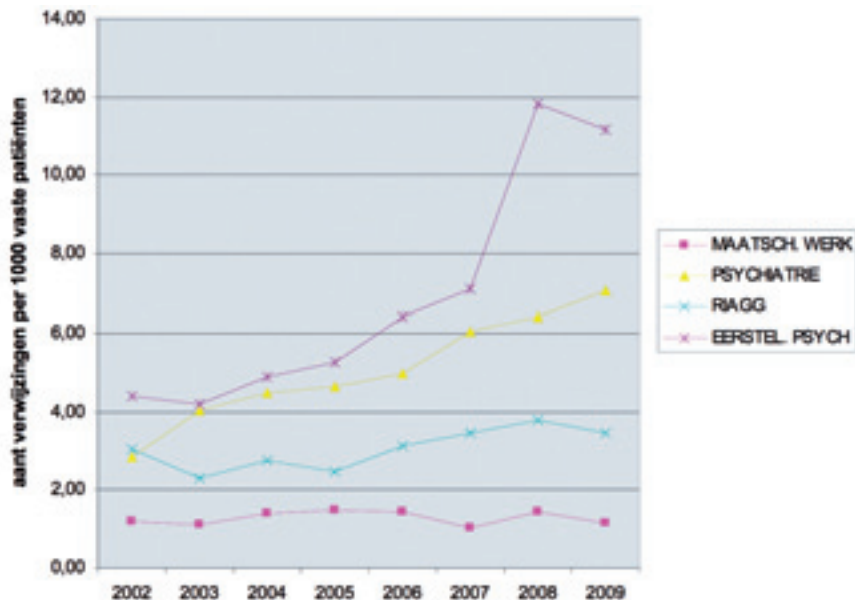
Het sterkst toegenomen is het verwijscijfer naar psychiatrie. Wij analyseren dat verder door de ontwikkeling te bezien in relatie tot verwijzingen naar andere GGZ-voorzieningen (figuur 4.5). De figuur laat zien dat het aantal verwijzingen naar het maatschappelijk werk en het RIAGG op een betrekkelijk constant niveau ligt, maar het aantal verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog is zelfs nog sterker toegenomen, hetgeen ongetwijfeld te maken heeft met de opkomst van deze discipline in de eerste lijn de afgelopen jaren. Nader onderzoek moet uitwijzen welke mechanismes achter deze trend schuilgaan. Bekend is dat een groot deel van de psychische problemen in de bevolking niet door de eerste lijn wordt gediagnosticeerd [28]. De prevalentiecijfers van psychische problemen zijn in deze periode wel iets gestegen, maar lang niet zoveel [5]. Bij dit soort problemen wordt dus kennelijk meer verwezen. Mogelijk speelt de opkomst van SPV-ers en later POH-GGZ een rol bij het toenemend verwijscijfer. Ook het voorschrijfgedrag (therapie als alternatief voor medicijnen) zou in een dergelijke analyse moeten worden betrokken.

Met het toenemen van de zorgvraag lijkt dus ook het doorverwijzen naar de tweede lijn te zijn toegenomen. Of het één het gevolg is van het ander is de vraag. De groei van de verwijscijfers is sterker gestegen dan de zorgvraag in de eerste lijn en opvallend zijn ook de grote verschillen

tussen specialismes. Ontwikkelingen in de tweede lijn (bijvoorbeeld ook meer (sub)specialisatie) kunnen hier ook aan ten grondslag liggen.

Figuur 4.5

Ontwikkeling van het verwijscijfer naar GGZ-disciplines



Bron: LINH [5]

4.3.4 Toegankelijkheidsproblemen

De vraag is in hoeverre de toegenomen zorgvraag heeft geleid tot toegankelijkheidsproblemen in de eerste lijn. In zijn algemeenheid wordt de aanwezigheid dichtbij in de wijk van eerstelijnsvoorzieningen hoog gewaardeerd. De geografische toegankelijkheid is goed. Slechts minder dan 1% van de bevolking moet met de auto langer dan 10 minuten rijden naar de dichtstbijzijnde huisarts, fysiotherapeut of apotheek (cijfers NIVEL, bewerkt door RIVM). In 2008 heeft de IGZ in samenwerking met de NPCF de telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken tijdens kantooruren onderzocht. In dit onderzoek is voor gewone oproepen de norm gehanteerd dat de telefoon binnen twee minuten door een persoon beantwoord moet zijn. Bij 48% van de oproepen bleek deze norm van twee minuten niet te worden gehaald. Op maandagochtend is tegen de verwachting in de bereikbaarheid het best. De telefonische bereikbaarheid van huisartsenpraktijken in de minder stedelijke gebieden is beter dan de in de stedelijke gebieden [29]. Ook uit onderzoek met de CQ-index huisartsenzorg [30] bleek de telefonische bereikbaarheid het meest kritisch. Praktijken bleken op dit punt sterk van elkaar te verschillen.

Onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen [19] laat zien dat de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg voor lagere sociaal-economische klassen in zijn algemeenheid niet minder is dan voor de rest van de bevolking. Daarnaast is onderzoek gedaan naar de toegankelijkheid van zorg voor specifieke groepen als allochtonen, asielzoekers, vluchtelingen, illegalen en niet verzekerden. Uiters [22] concludeert dat het feitelijk toegang krijgen tot huisartsenzorg voor allochtone groepen niet problematisch is. Overigens vond zij in haar proefschrift ook geen aanwijzingen voor ‘overconsumptie’ door allochtone groepen.

Nederlandse huisarts in avonduren het minst toegankelijk

In 2007 is een internationaal vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar ervaringen van patiënten/consumenten met de gezondheidszorg (1). Door middel van vragenlijsten zijn volwassenen in Australië, Canada, Duitsland, Nederland, Nieuw Zeeland, Groot Brittannië en de Verenigde Staten van Amerika gevraagd naar hun opvattingen over de gezondheidszorg in hun land, zoals de toegankelijkheid, de kosten en complexiteit. In de Verenigde Staten blijkt men het meest negatief over de gezondheidszorg te denken en maakt men zich de meeste zorgen over de betaalbaarheid, terwijl het Nederlandse publiek het meest positief van allemaal is, met een grote mate van vertrouwen in de kwaliteit en toegankelijkheid ervan en weinig zorgen om de kosten.

De meeste volwassenen in alle zeven landen – met het maximum van 100% in Nederland en het minimum van 80% in de Verenigde Staten – blijken een ‘eigen’ dokter, bijvoorbeeld een huisarts te hebben als eerste aanspreekpunt. De toegankelijkheid van die arts verschilt nogal per land: terwijl in Duitsland en Nederland, in tegenstelling tot de andere landen, de meerderheid zegt ‘s morgens vroeg bij de eigen arts terecht te kunnen, kunnen Nederlanders het minst van allemaal na zes uur ‘s avonds en in het weekend bij hun eigen arts terecht. Ze zijn dan aangewezen op de huisartsenpost. In Australië wordt het meest gemeld dat de dokter in het weekend ook bereikbaar is. In Canada, Groot Brittannië en de Verenigde Staten zegt meer dan een op de drie respondenten dat hun dokter alleen tijdens kantooruren bereikbaar is. Respondenten in Australië en Nieuw Zeeland geven het meest vaak en in Duitsland het minst vaak aan dat hun dokter telefonisch goed te bereiken is op tijdstippen dat de praktijk open is.

Referentie

- 1 Schoen C, Osborn O, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukuta N. *Toward Higher-Performance Health Systems: Adult's Health Care Experiences in Seven Countries, 2007*. Health Affairs 2007; 26:w717-w734.

Toegankelijkheidsproblemen kunnen wel optreden voor illegale vreemdelingen (personen die onrechtmatig, zonder toestemming van de Nederlandse overheid, in Nederland verblijven). Door de strengere wetgeving rond asielaanvragen van de laatste jaren zijn er meer illegale vreemdelingen in Nederland. Vreemdelingen zonder geldige verblijfsver-

gunning kunnen zich niet verzekeren maar hebben, net als ieder ander, wel recht op medisch noodzakelijke zorg. Onderzoek uit 2000 liet zien dat illegalen de poort van de gezondheidszorg toentertijd wel degelijk wisten te vinden en het met de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg voor illegalen redelijk was gesteld [31]. Eind 2008 lijkt de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg voor illegale vreemdelingen zelfs verbeterd; dit ondanks het veranderende politieke klimaat in de afgelopen jaren en de verscherpte regelgeving.

De huisartsenzorg voor illegale vreemdelingen lijkt zich wel te concentreren in een beperkt aantal praktijken [32]. In drukbezochte praktijken kan de toestroom van illegale vreemdelingen een belasting gaan vormen, omdat met de nieuwe bekostigingsregels nog maar 80% van de gemaakte kosten vergoed worden.

4.4 Onderzoek naar gevolgen van beleid

Met het hierboven beschreven onderzoek wordt bijgedragen aan de probleemanalyse en daarmee de voorbereiding van beleid. Daarnaast draagt onderzoek ook bij aan de evaluatie van beleid door te kijken naar de effecten. Monitoring draagt daar ook aan bij doordat zichtbaar wordt wat de effecten zijn van maatregelen op de zorgvraag. In de eerste plaats zijn het de zorgverleners zelf die allerlei maatregelen nemen om de groeiende zorgvraag het hoofd te bieden. Paragraaf 4.4.1 gaat daarop in. Overheidsmaatregelen gericht op beïnvloeding van de zorgvraag en de gevolgen daarvan komen aan de orde in paragraaf 4.4.2. Regionaal beleid gericht op beïnvloeding van de zorgvraag komt aan de orde in paragraaf 4.4.3. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een discussie.

4.4.1 Invloed van zorgverleners op toegankelijkheid en zorgvraag

In zijn algemeenheid en de telefonische bereikbaarheid van huisartsen daargelaten lijkt ondanks de toegenomen zorgvraag de toegankelijkheid van eerstelijnsvoorzieningen goed. Zelfs voor groepen met een hoog zorggebruik zoals allochtonen en mensen in achterstandswijken is de toegankelijkheid van de zorg niet aantoonbaar minder dan voor andere groepen. De vraag is in hoeverre 'beleid' daaraan heeft bijgedragen. Bij beleid moet niet alleen worden gedacht aan overheidsbeleid, maar ook aan beleid van zorgverleners in de eerste lijn die organisatorische maatregelen nemen om met de groeiende zorgvraag om te gaan. Daar gaan wij in deze paragraaf op in.

Huisartsen zijn in de periode 1987 tot 2001 ondanks een groeiende zorgvraag erin geslaagd om hun werktijden terug te brengen. Inlooppreekuren hebben plaatsgemaakt voor afspraakpreekuren,

de rol van de assistente met name bij triage is sterker geworden en er heeft een verschuiving naar minder bewerkelijke consulten plaatsgehad (van visite naar spreekuurconsult, van spreekuur- naar telefonisch consult). De consulttijd is overigens met gemiddeld 10 minuten hetzelfde gebleven [4].

De oprichting van huisartsenposten aan het eind van de jaren negentig kan ook worden gezien als een reactie van huisartsen op de toenemende zorgvraag in combinatie met de wens, tegen de achtergrond van een toenemend aantal part-time werkende vrouwelijke huisartsen, de arbeidstijden te normaliseren. Onderzoek liet zien dat bij de eerste huisartsenposten het aantal keer dat een huisarts diensten moest draaien met een factor zeven afnam [33]. Dit soort eerste voorbeelden heeft ertoe geleid dat het aantal initiatieven om huisartsenposten op te richten snel toenam. De overheid sanctioneerde deze ontwikkeling met een bekostigingssystematiek die het mogelijk maakte de hogere kosten van huisvesting, assistentie en auto met chauffeur te betalen. In enkele jaren werd daardoor een landelijk dekkend netwerk van huisartsenposten opgebouwd.

De introductie van praktijkondersteuners heeft bijgedragen aan de kwaliteit van zorg (zie ook hoofdstuk 2) maar de beoogde werklasterlichting voor huisartsen bleef uit [34]. Wel vonden Van Dijk et al (2010) aanwijzingen voor substitutiewinst in de zin dat in praktijken met praktijkondersteuners minder naar de tweede lijn wordt verwezen [35].

4.4.2 Landelijk beleid

We zien dus dat er een wisselwerking is tussen bottom-up ontwikkeld beleid en het overheidsbeleid. De overheid ondersteunt niet alleen bottom-up-ontwikkeld beleid, maar neemt los daarvan ook zelf maatregelen gericht op beperking van de vraag naar zorg. Dat kan door het heffen van eigen bijdragen of noclaimregelingen. Ook zien we dat sommige onderdelen van de zorg uit het basispakket van de zorgverzekering worden gehaald (zoals de fysiotherapie in 2005 en de benzodiazepines in 2009) met mogelijke gevolgen voor de vraag naar zorg.

Op 1 januari 2008 werd de op dat moment nog maar enkele jaren geldende no-claimteruggave vervangen door een verplicht eigen risico van € 150,- per jaar. Voor 2010 heeft de overheid het verplicht eigen risico vastgesteld op € 165,-. Dat houdt in dat mensen jaarlijks de eerste € 165,- aan zorgkosten zelf moeten betalen. Het verplichte eigen risico⁷ geldt voor de zorg uit het basispakket met uitzondering van huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg en tandheelkundige zorg voor jongeren tot 22 jaar. Kinderen tot 18 jaar vallen niet onder het verplichte eigen risico. Mensen die altijd hoge zorgkosten maken, door bijvoorbeeld een chronische ziekte of handicap, worden financieel gecompenseerd zodat ze niet meer aan eigen risico betalen dan de gemiddelde Nederlander [36].

⁷Naast het verplichte eigen risico kunnen mensen ervoor kiezen om het eigen risico te verhogen. Dit vrijwillige eigen risico kan variëren van 100 euro tot maximaal 500 euro per jaar en komt boven op het verplichte eigen risico. Als mensen kiezen voor een eigen risico krijgen ze een korting op de premie. Hoe hoger het eigen risico, hoe hoger de premiekorting.

Zowel de no-claim teruggaaf als het eigen risico hebben als doel de consument te prikkelen om minder zorg te gebruiken. In het geval van de no-claim korting ontving de consument achteraf een bedrag (maximaal € 250,-) wanneer hij/zij in een bepaald jaar geen of weinig zorg had gebruikt. Bij het huidige eigen risico loont het om geen of weinig zorg te gebruiken, omdat het bedrag dat voor eigen rekening komt hiermee beperkt blijft. Toch is het de vraag of (en in hoeverre) dergelijke beleidsmaatregelen om de zorgvraag in te perken, effectief zijn. Zo bleken begin 2005 maar weinig mensen (i.e., bijna een kwart van de ziekenfondsverzekerden) op de hoogte te zijn van de invoering van de no-claim regeling [37]. Ook ander onderzoek kan geen overtuigend bewijs leveren voor de werking van de no-claim regeling. Onderzoeksbureau APE constateerde in 2006 dat 70% van de huisartsen vond dat de no-claim de zorgkosten niet zou doen afnemen. Overigens gaf 30% aan er in de behandeling van patiënten wel rekening mee te houden. Ook zag APE een lichte neerwaartse ombuiging in de trend van het verwijscijfer [38]. De jaren daarop zagen we, zoals eerder in dit hoofdstuk vermeld, weer een duidelijke toename. Uit een peiling onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg in april-mei 2005 bleek dat mensen verwachtten dat anderen, maar niet zichzelf, door de regeling minder zorg zouden gaan gebruiken. Een groot deel van de bevolking (97%) gaf aan dat de mogelijkheid om geld terug te krijgen van hun zorgverzekeraar (de no-claim regeling) bij hen niet heeft geleid tot minder zorggebruik [39]. Ten aanzien van het eigen risico speelt onbekendheid met de regeling. Ruim tweederde van de algemene bevolking en de helft van de chronisch zieken en gehandicapten weet niet wat de regeling voor compensatie van het eigen risico aan zorgkosten inhoudt, en waar ze recht op heeft.

Een maatregel gericht op beperking van de vraag naar zorg trof ook de fysiotherapie en oefentherapie. In januari 2004 is de aanspraak op deze eerstelijnsvoorzieningen voor toenmalig ziekenfondsverzekerden van 18 jaar en ouder beperkt tot mensen met een chronische ziekte (voor zover voorkomend op een gespecificeerde lijst van aandoeningen, de zogenoemde 'lijstpatiënten') en wel pas na negen zittingen. De eerste negen zittingen werden in het geheel niet meer vergoed. Daarvoor was dat zowel voor lijst- als niet-lijstpatiënten wél het geval. Onderzoek van het NIVEL op basis van LIPZ liet zien dat het totale aantal zittingen fysiotherapie (voor zowel lijst- als niet-lijstpatiënten) in 2004 gemiddeld 6,1% lager lag dan in 2003 [40]. Daarnaast zagen we een verschuiving in de zin dat het totale volume van zittingen aan lijstpatiënten (aan wie fysiotherapie nog wel gedeeltelijk uit de ziekenfondsverzekering vergoed werd) gemiddeld met 29,7% toenam ten opzichte van 2003. Deze stijging werd vooral veroorzaakt door een stijging van het aantal lijstpatiënten binnen de fysiotherapiepraktijk en nauwelijks door een stijging

van het gemiddelde aantal zittingen per lijstpatiënt [41]. Overigens verzekerde meer dan 60% van de patiënten zich aanvullend bij voor fysiotherapie [42].

Zowel bij noclaim/eigen risico als de beperking van de aanspraak op fysio- en oefentherapie gaat het om algemene bezuinigingsmaatregelen die niet specifiek zijn gericht op de eerste lijn. Opvallend is dat de huisarts en de verloskundige zowel buiten de noclaim als het eigen risico zijn gebleven. Dat bevestigt het belang dat beleidsmatig wordt gehecht aan een goed toegankelijke eerste lijn. Verbetering van de toegankelijkheid van de eerste lijn was ook een van de doelen van het direct toegankelijk maken van paramedische zorgverleners. Wij gaan daar nu op in.

- ***Directe toegankelijkheid paramedische zorgverleners***

Per 1 januari 2006 kunnen patiënten zonder tussenkomst van een arts bij de fysiotherapeut terecht (directe toegang fysiotherapie; DTF) en sinds medio 2007 is ook de oefentherapeut direct toegankelijk. Middels de invoering van DTF beoogde het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te komen tot meer vraaggestuurde zorg en tot vermindering van de werkdruk van huisartsen. Directe toegang tot de fysiotherapeut verhoogt de keuzevrijheid van patiënten en leidt daarmee tot meer vraaggerichte zorg [43].

Een evaluatie van het gebruik van DTF in 2006 toonde aan dat 28% van de fysiotherapiepatiënten van deze mogelijkheid gebruik maakte; in het laatste kwartaal van 2007 is dit percentage toegenomen tot 35% [44]. Dit bleken voornamelijk jonge, hoog opgeleide patiënten te zijn met kortdurende of recidiverende klachten. Vaak genoemde redenen om gebruik te maken van DTF waren de bekendheid met de klacht, of eerdere ervaringen met de fysiotherapeut [45]. De invoering van DTF binnen de praktijken uit de LIPZ leidde aanvankelijk niet tot een grotere toeloop van patiënten naar de fysiotherapeut [46,47]. In de jaren daarna laten CBS-cijfers zien dat het gebruik van fysiotherapie wel toenam. Uit gegevens van LINH blijkt dat de invoering van DTF weliswaar voor een verlaging van het aantal verwijzingen van de huisarts naar de fysiotherapie heeft gezorgd, maar niet tot een verlaging van de werklust voor de huisarts [48]. Een meerderheid van de patiënten kiest er dus voor om in geval van klachten aan het bewegingsapparaat eerst een arts te raadplegen. Belangrijke motieven hiervoor zijn dat patiënten het prettig vinden als de huisarts de diagnose stelt - onder andere omdat de huisarts een goed overzicht heeft van de bestaande klachten en aandoeningen [49].

- ***Dieetadvisering in ziektekostenverzekering***

De opname van dieetadvisering in de ziektekostenverzekering per 1 januari 2005 bevestigt de positie van de diëteticus als eerstelijnsdisci-

pline. Hiervoor werd dit gefinancierd vanuit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), maar door de toenemende vraag naar dieetadvisering en de stijgende kosten van de AWBZ besloot de minister van vws om dieetadvisering per 1 januari 2005 op te nemen in de reguliere ziektekostenverzekering. De vergoeding van dieetadvisering is sindsdien beperkt tot vier behandeluren per kalenderjaar - dit ongeacht de verwijsdiagnose. Voor behandelingen van meer dan vier uur moeten mensen zich aanvullend verzekeren of de kosten zelf betalen [50]. Gegevens uit de LIPZ laten zien dat de diëtist bij 12% van de cliënten die in 2007 werden behandeld exact vier uur besteedde; 7% van de cliënten kreeg meer, en 81% kreeg minder dan vier uur. Niet iedere cliënt die meer dan vier uur zorg nodig heeft, is bereid of in staat deze extra zorg zelf te betalen. Vrijgevestigde diëtisten geven zelf aan dat zij de te vergoeden vier uur per kalenderjaar voor 28% van hun cliënten onvoldoende vinden [51].

4.4.3 Regionaal en lokaal beleid

Hierboven zagen we tal van voorbeelden van initiatieven van zorgverleners in de eerste lijn en beleid op nationaal niveau gericht op beïnvloeding van de zorgvraag. In het eerste geval gaat het om lokale en regionale initiatieven die, bij gebleken succes, opschalen naar het landelijk niveau. Specifiek regionaal of lokaal beleid om de zorgvraag te beïnvloeden is er nog niet veel dan wel is nog niet erg zichtbaar. Landelijk is een betere afstemming van de zorgvraag op het zorgaanbod in de eerste lijn een nadrukkelijk beleidsdoel [1,2]. De gedachte is dat lokale/regionale partijen van aanbieders, verzekeraars, patiëntenorganisaties en gemeenten in onderling overleg dat beleid gaan vormgeven. Inmiddels zijn er instrumenten beschikbaar om dat proces te ondersteunen zoals de eerder genoemde Vraag Aanbod Analyse Monitor.

Expliciet lokaal/regionaal beleid is er echter nog niet zoveel. Wat er wel is aan regionaal beleid is vooral gericht op stedelijke achterstandsgebieden. Huisartsen (sinds 1996) en verloskundigen (sinds 2009) in achterstandsgebieden krijgen een hoger tarief vanwege de veronderstelde hogere werklust in deze gebieden. Daarnaast zijn achterstandsfondsen gevormd van waaruit specifieke maatregelen worden gefinancierd, bijvoorbeeld op het gebied van praktijkondersteuning. Doel van dit type maatregelen is de toegankelijkheid van de zorg in deze wijken te waarborgen door verbetering van het vestigingsklimaat voor zorgverleners.

Onderzoek levert ook heel direct instrumenten aan het beleid. De afbakening van achterstandsgebieden waarbinnen huisartsen extra gehonoreerd krijgen in verband met de extra werklust in die gebieden is met onderzoek onderbouwd en wordt op grond van onderzoek periodiek bijgesteld. Ook is het beleid geëvalueerd [52]. Uit het onderzoek blijkt

echter ook dat de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de achterstandswijken niet is verbeterd ondanks de genomen maatregelen. De directe en de telefonische toegankelijkheid van huisartsenzorg in achterstandsbuurtten is nog steeds lager dan in de rest van Nederland. De beschikbaarheid van huisartsenzorg in achterstandsgebieden neemt zelfs af: hoewel er evenveel huisartsen werken als vijf jaar geleden, is het aantal uren huisartsenzorg toch verminderd omdat huisartsen in toenemende mate in deeltijd werken. Huisartsen in achterstandsbuurtten hebben gemiddeld genomen kleinere praktijken (per fte.) dan hun collega's elders. Bovendien is er onder nieuwe jonge huisartsen weinig interesse om in deze wijken een praktijk te openen of over te nemen.

Een nog specifiekere vorm van regionaal beleid betreft de eerstelijnszorg voor asielzoekers (zie kader).

Eerstelijnszorg in asielzoekerscentra

De gezondheidszorg in asielzoekerscentra in Nederland is in principe zoveel mogelijk in de eerste lijn georganiseerd. De huisartsen die in de buurt van de centra gevestigd zijn nemen voor een belangrijk deel de zorg voor hun rekening. Vanwege de veronderstelde hogere zorgvraag van deze groep en vanwege het feit dat deze huisartsen zich van het ene moment op het andere geconfronteerd zagen met de vraag om extra zorg voor deze voor hen onbekende groep te bieden kregen huisartsen voor deze patiënten extra gehonoreerd. Bovendien verliep het contact met de huisartsenpraktijk via zogenoemde toegeleidingsfunctionarissen, verpleegkundigen in dienst bij de Medische Opvang Asielzoekers (MOA). Onder die condities deed het NIVEL onderzoek naar de werklust. De gemiddelde contactfrequentie bleek 3,5 per persoon per jaar voor asielzoekers hoger dan bij Nederlanders en ongeveer vergelijkbaar met allochtone patiënten in de huisartsenpraktijk. De gemiddelde duur van de contacten die de huisarts in 2002 met asielzoekers gemiddeld had, was 20% langer dan in 'gewone' huisartsencontacten. Huisartsen kregen in die contacten drie keer zo vaak te maken met psychische problematiek dan bij Nederlanders. De beschikbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg was volgens bijna de helft van de door van Oort en collega's ondervraagde praktijkverpleegkundigen en huisartsen onvoldoende. De verdeelde verantwoordelijkheid tussen huisarts en MOA-verpleegkundige werd wel als zodanig problematisch ervaren dat inmiddels de gehele verantwoordelijkheid voor de toegang tot zorg bij de huisarts is komen te liggen, die hiervoor extra ondersteuning kan inhuren. Onderzoek naar de toegankelijkheid onder deze nieuwe condities heeft nog niet plaatsgehad. [53]

Dit hoofdstuk laat de rol van onderzoek zien ten aanzien van de ontwikkelingen in de vraag en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Een scheiding is getracht te maken tussen 'autonome' ontwikkelingen en ontwikkelingen als gevolg van beleid. Dit is een kunstmatige scheiding.

Zo blijkt bijvoorbeeld dat de belangrijkste toenames zitten in de prevalentie van chronisch zieken in de huisartsenpraktijk. Dat lijkt eerder een gevolg van beleid dat meer gericht is op opsporing van deze aandoeningen dan een toename in de 'echte' prevalentie.

Een aandachtspunt is hier overigens dat de huisarts niet meer de enige direct toegankelijke eerstelijnsvoorziening is. Huisartsenposten en paramedici zijn in toenemende mate direct toegankelijk. Daarom zal het noodzakelijk zijn dat de monitoring van de zorgvraag aan de poort van de gezondheidszorg wordt verbreed en tenminste ook de fysiotherapie en de huisartsenpost gaat omvatten.

Het in dit hoofdstuk beschreven onderzoek laat zien dat de zorgvraag in de eerste lijn inderdaad groeit. Of het toenemend aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn daar een gevolg van is, is moeilijk te zeggen. Dat laatste zien we vooral bij een aantal kleinere subspecialismen.

Nader onderzoek zou moeten uitwijzen wat de oorzaken zijn van het toenemend aantal verwijzingen. Meer complexe gevallen die zich in de eerste lijn presenteren? Meer aandacht voor opsporing (wat bijvoorbeeld het toenemend verwijscijfer naar psychiatrie kan verklaren) of ontwikkelingen binnen de tweede lijn (verdergaande specialisatie)?

Ook weten we niet of de gebrekkige telefonische bereikbaarheid van huisartsen een gevolg is van de groeiende zorgvraag. Wél weten we op basis van onderzoek dat huisartsen tal van praktijkorganisatorische maatregelen hebben genomen om bij een groeiende zorgvraag de werklast hanteerbaar te houden en hun werktijden verder te 'normaliseren'. Bij de duiding van de balans tussen zorgvraag en zorgaanbod moet verder voor ogen worden gehouden dat de Nederlandse huisartsen vergeleken met collega's in andere Europese landen waar de situatie qua systeem en ondersteuning vergelijkbaar is de meeste patiënten bedient.

Dit hoofdstuk illustreert ook het in elkaar grijpen van beleid van zorgverleners en de overheid. Dat geldt bijvoorbeeld voor de introductie van praktijkondersteuners en huisartsenposten. Van een rationele cyclus van beleidsanalyse, leidend tot goed opgezette experimenten die systematisch worden geëvalueerd en bij gebleken succes geïmplementeerd is echter geen sprake geweest. Onderzoek heeft wel een rol gespeeld door de evaluatie van lokale initiatieven. Die waren echter vaak te kleinschalig om generaliseerbare conclusies aan te verbinden en de vernieuwing was al verder ingevoerd voordat evaluatieresultaten beschikbaar waren. Een rationeler inzet van onderzoek bij beoogde vernieuwingen is aanbevelenswaardig.

In beleidsmaatregelen gericht op afremming van de zorgvraag zien we aan de ene kant dat de eerste lijn daar buiten wordt gehouden vanuit het oogpunt dat een goed toegankelijke eerste lijn beroep op duurdere zorg later afremt. Dit geldt voor de huisarts die buiten de no-claim is gehouden. Aan de andere kant zien we ook beperkende maatregelen bij fysiotherapie bijvoorbeeld, waarbij alleen de zorg voor chronische patiënten nog wordt vergoed. De effecten van dit soort maatregelen zijn vaak minder sterk dan beoogd. De no-claim had nauwelijks een remmend effect op het zorggebruik. Bij fysiotherapie zagen we aanvankelijk wel een daling, maar later steeg het gebruik weer en vond ook een verschuiving plaats naar het wel vergoede chronische deel. Het in dit hoofdstuk beschreven onderzoek betreft vooral monitoring die bijdraagt aan de probleemanalyse die vervolgens bijdraagt aan de beleidsvoorbereidingen en de analyse van de effecten van beleid die tot slot bijdraagt aan de evaluatie ervan. Het onderzoek reikt nog relatief weinig instrumenten aan die helpen bij de uitvoering van beleid. De Vraag Aanbod Analyse Monitor is een voorbeeld van een instrument dat door het beleid wordt gebruikt om de lokale afstemming van zorgaanbod op zorgvraag te stimuleren. Dit kan nog verder uitgebouwd. Er dient nadrukkelijker een link te worden gelegd met het lokaal niveau van de gemeente vanwege het feit dat preventie in de zorg meer aandacht dient te krijgen en de Wmo en de eerste lijn op elkaar aan dienen te sluiten. Andersom dient ook in de capaciteitsramingen op landelijk niveau meer aandacht te komen voor de regionale component.

Wij onderscheiden de volgende onderzoeksvragen die in de komende tijd op het thema toegankelijkheid van belang zijn:

- Verbreding van de monitoring van de zorgvraag aan de poort van de gezondheidszorg van de huisartsenzorg naar andere direct toegankelijke eerstelijnsvoorzieningen (fysiotherapeuten en huisartsenposten met name);
- Onderzoek naar de zorgvraag, het zorgaanbod en de toegankelijkheid van eerstelijnszorg in achterstandswijken in grote steden, de laatste evaluatie dateert van 2003 en sindsdien is veel gebeurd;
- Meer algemeen, onderzoek naar (toekomstige) aansluiting zorgaanbod aan zorgvraag in gebieden waar de zorgvraag krimpt of in de toekomst gaat krimpen;
- Onderzoek naar innovatieve ontwikkelingen op het gebied van toegankelijkheid, bijvoorbeeld op het gebied van openingstijden, telefoon management, emailconsulten en inloopcentra;
- Onderzoek naar de ontwikkeling van de verwijscijfers naar de tweede lijn en naar oorzaken van geconstateerde trends;
- Onderzoek naar substitutie van zorg van tweede en eerste lijn en effecten van beleidsmaatregelen op dit gebied zoals de invoering van integrale bekostiging in de zorg voor chronisch zieken.

- [1] Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004) aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 20 september 2004: 'Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg (CZ/EZ-2511922). 2004.
- [2] Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008) aan de voorzitter van de Tweede Kamer van de Staten Generaal dd 3 juli 2008: 'Doelstellingenbrief eerstelijnszorg' (CZ/EKZ-2862066). 2010.
- [3] Ministerie van vws scz. Integrale zorg in de eigen omgeving: de toekomst van de chronische zorg en de huidige eerste lijn. 2010.
- [4] Berg MJ van den, ED Kolthof, DH de Bakker, J van der Zee. De werkbelasting van huisartsen. 2004. NIVEL. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk..
- [5] www.nivel.nl/linh op 1 augustus 2010.
- [6] Linden MW van der, GP Westert, DH de Bakker, F.G.Schellevis. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartsenpraktijk. 2004. Utrecht, NIVEL. Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk.
- [7] Donker G. Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations 2009. 2009. Utrecht, NIVEL.
- [8] www.cbs.nl statline op 1 oktober 2010.
- [9] www.nivel.nl/lipz op 1 augustus 2010.
- [10] [www/nivel.nl/beroepenindezorg](http://www.nivel.nl/beroepenindezorg) op 1 augustus 2010.
- [11] CBS. Gezondheid en zorg in cijfers. 2005. Den Haag.
- [12] Velden LfJ van der, Hingstman L, Windt W van der, Arnold EJE. Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2009-2019/2025. 2008. Utrecht, NIVEL.
- [13] Verkleij H., Verheij R.A. Zorg in de grote steden. 2003. Bilthoven, NIVEL/RIVM.
- [14] Hingstman L, Kenens R. Pas afgestudeerde huisartsen niet graag naar een achterstandswijk. Huisarts en Wetenschap 2009; 52(11):521.
- [15] www.nivel.nl/vaam op 1 oktober 2010.
- [16] Volkers A, Bus A, Uiters E. Zorggebruik in de huisartspraktijk.I. In: R.P.W.Jennissen, J.Oudhof, editors. Ontwikkelingen in de maatschappelijke participatie van allochtonen: een theoretische verdieping en een thematische verbreding van de Integratiekaart 2006. Meppel: Boom Juridische Uitgevers, 2007: 115-145.
- [17] Uiters E, Devillé W, Foets M, Westert GP, Verheij RA, Groenewegen PP. Is er samenhang tussen stedelijkheid en etnische verschillen in zorggebruik? TSG 2005; 83(4):205-212.
- [18] Devillé W, Uiters E, Westert G, Groenewegen P. Perceived health and consultation of GPs among ethnic minorities compared to the general population in the Netherlands. In: G.P.Westert, L.Jabaaij, F.G.Schellevis, editors. Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on stage. Oxon: Radcliffe Publishing, 2006: 85-96.
- [19] Lindert H van, GP Westert, PP Groenewegen. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. 2004. Utrecht, NIVEL. Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.
- [20] Zantinge EM, Devillé WLJM, Heijmans M. Allochtonen met astma, COPD of hooikoorts in Nederland: wa Uiters AH. Primary health care use among ethnic minorities in the Netherlands: a comparative study. 2007. Utrecht, NIVEL. t is er bekend? 2006. Utrecht, NIVEL.

- [21] Uiters E, Devillé WLJM, Foets M, Groenewegen PP. Use of health care services by ethnic minorities in the Netherlands: do patterns differs? *European Journal of Public Health* 2006; 16(4):388-393.
- [22] Uiters AH. Primary health care use among ethnic minorities in the Netherlands: a comparative study. 2007. Utrecht, NIVEL,
- [23] Kunst AE, Mackenbach JP, Lamkaddem M, Rademakers J, Devillé W. Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland. 2008. Rotterdam/ Utrecht, Erasmus MC/NIVEL.
- [23] Uiters E, Westert GP, Devillé W, Verheij RA. Duiden gegevens over zorggebruik op een toegankelijkheidsprobleem in de grote steden? In: H.Verkleij, R.A.Verheij, editors. *Zorg in de grote steden*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2003., 2003, p.50-6. Bilthoven: RIVM, 2003.
- [25] Westert GP, Schellevis FG, Bakker DH de, Groenewegen PP, Bensing JM, Zee J van der. Monitoring health inequalities through general practice: the Second Dutch National Survey of General Practice. *European Journal of Public Health* 2005.
- [26] Nielen M, Verheij R, Bakker D de, Devillé W. Vooronderzoek verbetering kwaliteit huisartsenzorg in achterstandsgebieden grote steden. 2007. Utrecht, NIVEL.
- [27] Bakker D.de. Naar een sterke eerstelijns: specialisatie in generalistenland? 2009. Tilburg/Utrecht.
- [28] Verhaak PFM, Hoeymans N, Garssens AA, Westert GP. Mental health in the population and in general practice: 1987-2001. *British Journal of General Practice* 2005; 55(519):-770.
- [29] IGZ. Staat van de gezondheidszorg 2009. 2009. Den Haag, Inspectie voor de gezondheidszorg.
- [30] Meuwissen L.E., Bakker DH de. 'Consumer Quality-index huisartsenzorg' meet patiëntervaringen en vergelijkt huisartspraktijken. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2009; 153(A 180).
- [31] Kulu Glasgow I., Bakker DH de, Weide M., Arts S. Illegalen aan de 'poort' van de gezondheidszorg: toegankelijkheid en knelpunten in de zorg van huisartsen, verloskundigen en spoedeisende hulpafdelingen. 2000. Utrecht, NIVEL.
- [32] Veenema T., Wiegers T.A., Devillé W. Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor illegalen in Nederland: een update. 2009. Utrecht, NIVEL.
- [33] Grielen S.J., Beekhoven S., Bakker DH de. Een grootschaliger dienstenstructuur van huisartsenzorg in Rotterdam: de invoering van centrale huisartsenposten voor de nachtelijke waarneming. 1999. Utrecht, NIVEL.
- [34] Berg, M. van den, Bakker, D. De Meta-analyse: introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. NIVEL: Utrecht, 2003, 60p.
- [35] Christel E van Dijk, RA Verheij, J Hansen, L van der Velden, G Nijpels, PP Groenewegen, DH de Bakker. Primary care nurses: effects on secondary care referrals for diabetes. *BMC Health Services Research* 2010; 10(230).
- [36] Reitsma-van Rooijen M, Jong J de. Compensatie eigen risico is nog onbekend. NIVEL, 2009.
- [37] Schee E van der, Delnoij D. Door gebrekkige kennis over no-claim wellicht minder huisartsenbezoek. NIVEL, 2005.
- [38] Goudriaan R Bartelings H, Thio V, Snijders R. Evaluatie van de no-claimteruggaveregeling I. Kernrapport van de eerste fase. 2006. Den Haag, APE.
- [39] Jong J de, Verheij RA, Groenewegen PP. No-claimregeling werkt niet: vooral anderen zouden onnodige zorg gebruiken. *Medisch Contact* 2006; 61(29/30):1204-1205.
- [40] Swinkels, I., Sonsbeeck, D. van, Bakker, D. De, Daling in de vraag naar fysiotherapie en oefentherapie in het jaar 2004. www.nivel.nl: NIVEL, 2005.
- [41] Sonsbeeck, D.D. van, Swinkels, I.C.S., Bakker, D. De, De vraag naar fysiotherapie in 2004. In: *Fysiopraxis*, vol. 14, 2005, nr. 4, p.41-43.

- [42] Jong, J. de, Loermans, M., Maat, M. van der De aanvullende tandzorgverzekering. www.nivel.nl: NIVEL, 2008.
- [43] Bakker, D.H. de, Polder, J.J., Sluijs, E.M., Treurniet, H.F., Hoeymans, N., Hingstman, L., Poos, M.J.J.C., Gijsen, R., Griffioen, D.J., Velden, L.F.J. van der. Op één lijn: toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. Bilthoven; Utrecht: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2005, 260p.
- [44] Swinkels, I.C.S., Kooijman, M., Leemrijse, C.J. Steeds meer patiënten komen zonder verwijfsbrief bij de fysiotherapeut. www.nivel.nl: NIVEL, 2009.
- [45] Leemrijse, C.J., Swinkels, I.C.S., Pisters, M.F., Bakker, D. de, Veenhof, C. Directe toegang fysiotherapie: de keus is aan de patiënt. In: Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, vol. 118, 2008, nr. 3, p. 62-67.
- [46] Swinkels, I.C.S., Leemrijse, C.J., Veenhof, C. De verwachtingen van directe toegankelijkheid oefentherapie. In: DTO Special, vol. 1, 2008, nr. 1, p.10-12.
- [47] Leemrijse, C.J., Swinkels, I.C., Veenhof, C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. In: Physical Therapy, vol. 88, 2008, nr. 8, p.936-946.
- [48] Dijk, C. van, Verheij, R., Bakker, D. De. Huisartsenzorg in cijfers: directe toegankelijkheid fysiotherapie. In: Huisarts en Wetenschap, vol. 51, 2008, nr. 11, p.525.
- [49] Leemrijse, C.J., Swinkels, I.C.S., Pisters, M.F., Bakker, D. de, Veenhof, C. Directe toegang fysiotherapie: de keus is aan de patiënt. In: Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, vol. 118, 2008, nr. 3, p.62-67
- [50] Leemrijse, C., Bakker, D. De. Dieetadvies uit de AWBZ: aanloopproblemen de moeite waard? In: Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten, vol. 61, 2006, nr. 4, p.107-112.
- [51] Leemrijse, C.J., Swinkels, I.C.S., Veenhof, C., Bakker, D. De. Beroepsgroep diëtetiek: gegevensverzameling binnen vrijgevestigde praktijken voor diëtetiek (Jaarboek LiPZ 2006 & 2007). Utrecht: NIVEL, 2008, 78p.
- [52] Devillé, W., Habraken, J.M., Bakker, D.H. de. Huisartsenzorg in achterstandsgebieden: evaluatie van 5 jaar beleid: 1997 - 2002. Utrecht: NIVEL, 2003, 130p.
- [53] Oort, M. van, Devillé, W., Bakker, D. de. Monitoring huisartsenzorg aan asielzoekers. Utrecht: NIVEL, 2003, 183p.

