

Samenwerking en substitutie in Gezondheidscentrum West

Evaluatie van de eerste ervaringen met geïntegreerde eerstelijnszorg volgens het Menzis-model

M.J. van den Berg
M.A. Koopmanschap
D.H. de Bakker
R.A. Verheij



ISBN 978-90-6905-874-0

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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.

Voorwoord

Het onderzoek waarvan we in dit rapport verslag doen, bestrijkt een periode van twee jaar. Hoewel bij de opzet van een nieuwe organisatie een goede evaluatie natuurlijk van groot belang is, zijn onderzoeksactiviteiten op de werkvloer soms ook een complicerende factor in de dagelijkse activiteiten. Dit onderzoek had dan ook nooit uitgevoerd kunnen worden zonder de hulp en inzet van de medewerkers van Gezondheidscentrum West, die bereid waren mee te werken aan de verzameling van gegevens.

Het economische deel van deze studie, waarbij vooral doelmatigheid centraal stond, is uitgevoerd door iMTA (institute for Medical Technology Assessment). Hiervan wordt verslag gedaan in hoofdstuk 5. Hoofdstuk 9, waarin de conclusies zijn beschreven, is gezamenlijk tot stand gekomen. De overige hoofdstukken zijn geproduceerd door het NIVEL.

Graag willen we ook de leden van de klankbordgroep bedanken voor hun nuttige en opbouwende kritiek op eerdere versies en tussenrapportages. Deze klankbordgroep bestond uit (in alfabetische volgorde):

Clary Bezemer	Thuiszorg Groningen
Gert-Jan ter Braak	Menzis
Rients Jorna	Menzis
Henriet Krooshof	Gezondheidscentrum West (manager 2006- heden)
Paul Salters	Gezondheidscentrum West (huisarts)
Henk Supheert	Gezondheidscentrum West (manager 2 ^e helft 2005)
Lex van Tuyll	Zorgbelang Groningen / NPCF
Herman Roepman	Gezondheidscentrum West (interim manager 2004-2005)
Jaqueline Zwaap	CVZ (subsidieverstrekker)

Tot slot bedanken we de medewerkers van LINH en WOK, Erny Wentink en Henk van den Hoogen voor de technische ondersteuning en extractie van HIS-gegevens.

De auteurs,

Utrecht, mei 2007

Inhoud

Voorwoord	3
1 Inleiding, doel en vraagstellingen	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Doel van het onderzoek	12
1.3 Vraagstellingen	12
1.4 Aanpak	15
1.5 Opbouw van het rapport	15
2 Het onderzoek; aanpak en gegevensbronnen	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Evaluatieonderzoek: resultaten, middelen en condities	17
2.3 Aanpak van het onderzoek in Gezondheidscentrum West	18
2.4 Gegevensbronnen	19
2.4.1 Diepte-interviews	19
2.4.2 Patiëntenquêtes	20
2.4.3 Tijdsbestedingonderzoek	22
2.4.4 Analyse HIS-gegevens en declaratiegegevens	22
3 Het gezondheidscentrum en de medewerkers	25
3.1 Inleiding	25
3.2 De organisatie	26
3.3 De medewerkers en hun functies	26
3.4 De verhouding patiënten – zorgverleners	31
4 Ontwikkelingen in zorggebruik, zorgaanbod en taaksubstitutie	35
4.1 Inleiding	35
4.2 Aanpak	35
4.3 Omvang en samenstelling van de patiëntenpopulatie	36
4.4 Aantallen en soorten contacten	39
4.5 Wie doet wat in Gezondheidscentrum West?	46
4.6 M & I verrichtingen	51
4.7 Verwijzingen naar de fysiotherapeut	53
4.8 Conclusie	54
5 Doelmatig van huisartsenpraktijk naar Gezondheidscentrum Groningen West?	57
5.1 Inleiding	57
5.2 Kosten en opbrengsten binnen de huisartszorg	57
5.3 Vervolgkosten van huisartszorg	60

6 Tijdsbesteding	71
6.1 Inleiding	71
6.2 Tijdsbesteding algemeen	71
6.3 Tijdsbesteding huisartsen	72
6.4 Tijdsbesteding doktersassistenten	74
6.5 Tijdsbesteding van overige disciplines	75
6.6 Conclusie	76
7 Hoe ervaren patiënten het gezondheidscentrum?	77
7.1 Inleiding	77
7.2 Methode en onderzoekspopulatie	77
7.3 Resultaten bellers	80
7.3.1 Dienstverlening van het gezondheidscentrum	80
7.3.2 De dienstverlening toen en nu	83
7.3.3 De dienstverlening vergeleken met het landelijke beeld	84
7.3.4 Hoe ervaren patiënten de triage?	84
7.4 Resultaten bezoekers	88
7.4.1 Dienstverlening van het gezondheidscentrum	88
7.4.2 De dienstverlening toen en nu	92
7.4.3 De dienstverlening vergeleken met het landelijke beeld	93
7.4.4 Hoe ervaren patiënten het handelen van de zorgverleners ?	94
7.5 Een ruime voldoende	96
7.6 Conclusie	99
8 Hoe ervaren zorgverleners het gezondheidscentrum?	101
8.1 Inleiding	101
8.2 Aanpak	101
8.3 Wat gaat goed, en wat niet?	102
8.4 De zorg voor patiënten	103
8.5 Werkbelasting	103
8.6 De sfeer binnen het team	105
8.7 Domeindenken?	105
8.8 Nieuwe functies	106
8.9 De telefonische triage	107
8.10 Verbeterpunten in 2006	108
8.11 Conclusie	109
9 Conclusie	111
9.1 Inleiding	111
9.2 Zijn de doelen bereikt?	111
9.3 En hoe staat het met de kwaliteit?	116
9.4 Kosten en financiering	117
9.5 Neveneffecten	118
9.6 Slotconclusie	119

Literatuur	121
Afkortingenlijst	123
Bijlage 1: Organogram van Gezondheidscentrum West	125
Bijlage 2: Responsgegevens patiëntenenquête bellers	127
Bijlage 3: Responsgegevens patiëntenenquête bezoekers	129
Bijlage 4: Achtergrondkenmerken van respondenten die het centrum bezochten en een enquête invulde in 2005 (n=315-343) en 2006 (n=222-238) (percentages per type zorgverlener die de patiënt bezocht in het laatste consult en totaal)	131

1 Inleiding, doel en vraagstellingen

1.1 Achtergrond

Enige jaren geleden had de Nederlandse huisartsenzorg te kampen met capaciteitsproblemen. Door onder andere een grote uitstroom van huisartsen en een groeiende zorgvraag onder de bevolking ontstonden tekorten. In 2004 schatte het Capaciteitsorgaan het huisartsentekort bij ongewijzigd beleid landelijk op 16% in 2012 (een tekort van 1.700 fte huisarts) (Capaciteitsorgaan, 2004).

Hoewel het ramen van tekorten doorgaans op landelijke schaal plaatsvindt, kan het tijdstip, plek en de wijze waarop capaciteitsproblemen zich manifesteren, lokaal sterk variëren (Kenens et al., 2003). Dit onderzoek is gesitueerd in de Groningse Schilders- en Zeeheldenwijk. Deze wijk is een voorbeeld van een gebied waar een grote spanning tussen vraag en aanbod was ontstaan en waar de betrokkenen besloten de handen ineen te slaan om tot een structurele oplossing te komen: de opzet van een gezondheidscentrum. Hieronder een korte uiteenzetting van het probleem en de mogelijke oplossing.

Het probleem

In de Groningse schilders- en zeeheldenwijk wonen ongeveer 19.000 mensen, hierbij zijn inbegrepen de buurten Kostverloren, Binnenstad-west en Oranjebuurt. In de wijk wonen vrij veel studenten en relatief weinig ouderen en kinderen. Het aantal éénpersoonshuishoudens is relatief hoog. Het gemiddelde besteedbare inkomen van de wijkbewoners is iets lager dan het stedelijke gemiddelde, wat vooral komt door het grote aantal studenten. Er is weinig werkloosheid, het woonklimaat is er goed en de huizen zijn er ruim en goed onderhouden. Een aanzienlijk deel wordt gebruikt voor kamerverhuur. Het percentage allochtonen is lager dan het stedelijke gemiddelde.

In de wijk waren vier solistisch werkende huisartsen gevestigd. Één van deze huisartsen vertrok in 2004 om zijn praktijk aan de andere kant van de stad te vestigen. De vertrekkende huisarts had een praktijk met circa 2.500 patiënten. De drie overgebleven huisartsen hadden samen ongeveer 9.000 patiënten. Niet alle bewoners van de wijk waren aangewezen op de zorg van deze praktijken, vooral aan de rand waren veel mensen ingeschreven bij praktijken in andere wijken. De druk op deze praktijken was echter groot. Veel mensen zochten een huisarts en de huisartsen kregen veel verzoeken van mensen die zich wilden inschrijven. Twee huisartsen namen alleen nog patiënten uit de wijk aan die van buiten de stad kwamen, de derde nam nog wel patiënten uit omringende buurten aan maar ook alleen als deze van buiten de stad kwamen. Het aantal afwijzingen van de drie huisartsen samen bedroeg ongeveer 600 tot 750 per jaar. Na vertrek van de vierde huisarts werd verwacht dat dit verder zou toenemen (Bedrijfsplan Gezondheidscentrum, 2004).

Deze situatie was problematisch voor zowel patiënten, huisartsen als voor de zorgverzekeraar (Menzis). Voor de patiënten omdat de kwaliteit van de zorg onder druk kwam te staan. Voor huisartsen omdat zij hun werkdruk als onaanvaardbaar hoog ervoeren en omdat zij niet het gevoel hadden voldoende zorg te kunnen leveren. Voor de zorgverzekeraar was de situatie eveneens problematisch omdat deze een wettelijke zorgplicht heeft, dat wil zeggen een zorggarantie voor alle verzekerden.

Figuur 1.1: Locatie Gezondheidscentrum West en verzorgingsgebied (postcodegebieden) binnen de stad Groningen



De oplossing

De huisartsen, Menzis en Thuiszorg Groningen besloten samen tot de oprichting van een gezondheidscentrum in de hoop hier mee tot een structurele oplossing te komen. De naam van dit gezondheidscentrum werd Gezondheidscentrum West en het werd geopend in juni 2004. In figuur 1.1 is de ligging van het gezondheidscentrum in de stad Groningen weergegeven met het verzorgingsgebied (de postcodegebieden waaruit het gezondheids-

centrum patiënten accepteert). Binnen het verzorgingsgebied woonden in 2006 volgens CBS-gegevens 34070 mensen (Statline, 2007).

Het concept van het gezondheidscentrum is ontwikkeld door Menzis. De gedachte achter dit concept is dat eerstelijnszorg in het algemeen en huisartsenzorg in het bijzonder, beter en efficiënter kan worden verleend door:

- het versterken van onderlinge samenwerking,
- aanpassen van de werkwijze binnen de praktijk (efficiënter werken),
- intensiever samen te werken met andere zorgverleners door o.a. substitutie van taken aan nurse practitioners (NP), doktersassistenten en praktijkverpleegkundigen (PV).

De concrete invulling hiervan wordt uitgebreid toegelicht in hoofdstuk 3. Ten aanzien van het derde punt moet worden opgemerkt dat er in de literatuur verschillende termen worden gebruikt die verwijzen naar het anders verdelen van taken tussen verschillende beroepen of functies. Voorbeelden zijn taakdelegatie, taakdifferentiatie, taakherschikking en substitutie. In navolging van het Capaciteitsorgaan is hier gekozen voor de term substitutie. Binnen substitutie onderscheiden we horizontale substitutie (verschuiving van taken tussen beroepen of functies van vergelijkbaar niveau) en verticale substitutie, dat wil zeggen delegatie naar een lager niveau). Omdat bij sommige vormen van substitutie moeilijk te zeggen is of er nu sprake is van horizontale of verticale substitutie (bijvoorbeeld tussen huisarts en fysiotherapeut) wordt er soms eenvoudig van 'substitutie' gesproken.

De achterliggende idee van het gezondheidscentrum sluit aan bij een bredere, landelijke ontwikkeling. Hoewel over de concrete invulling ervan nog veel verschil van inzicht bestaat, worden substitutie van taken, samenwerking en organisatorische vernieuwing door vele partijen als (deel)oplossingen gezien voor de capaciteitsproblemen in de eerste lijn (De Bakker et al., 2005). Dit komt onder meer tot uitdrukking in de brieven 'Bouwen zorg in de buurt' (Ministerie van VWS, 2003) en 'De toekomstbestendige eerstelijnszorg' (Ministerie van VWS, 2003) van de minister van VWS aan de Kamer en het rapport 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' van de RVZ (2002). Maar ook de huisartsen als beroepsgroep kiezen voor een ontwikkeling richting een "huisartsgeneeskundige voorziening". De veranderingen worden in de toekomstvisie van de LHV en het NHG omschreven als een verschuiving van 'zorg door de huisarts' naar de 'voorziening huisartsenzorg'. Deze voorziening zal vaak grootschaliger zijn en uit meer disciplines bestaan dan alleen huisartsen.

Het College voor Zorgverzekeringen onderkent ook het belang van innovatie in de eerstelijnszorg en heeft dan ook opdracht gegeven de ontwikkeling van het gezondheidscentrum te evalueren. Vastgestelde knelpunten en succesfactoren kunnen daarbij bruikbare informatie zijn voor nieuwe projecten.

1.2 Doel van het onderzoek

Doel van het onderzoek is inzicht verschaffen in de effecten van ‘samenwerking, substitutie en facilitering in de huisartsenzorg, zoals vormgegeven in het Gezondheidscentrum West’. Daarnaast geeft het onderzoek inzicht in de voorwaarden waaronder taaksubstitutie tot stand komt. Bij de evaluatie staan naast de beoogde effecten, (bedoelde en onbedoelde) ontwikkeling in werkbelasting, werkdruk, zorggebruik en kwaliteit van zorg centraal.

In het bedrijfsplan van het gezondheidscentrum wordt het uiteindelijk beoogde resultaat van het gezondheidscentrum als volgt beschreven:

“het behouden en verder ontwikkelen van een kwalitatief goed functionerend systeem van eerstelijnsgezondheidszorg voor de bewoners van de Schilderswijk door optimale en intensieve samenwerking van alle betrokkenen met gebruikmaking van ieders sterke kanten en kwaliteiten tegen een aanvaardbare prijs”

1.3 Vraagstellingen

Evaluatieonderzoek heeft veelal een proceskant en een effectkant. Het belang van de effectkant spreekt voor zich, hierbij staan de primaire beleidsdoelen centraal. Daarnaast is inzicht in de processen nodig om de omstandigheden in beeld te brengen en te kunnen verklaren waarom effecten optreden. In onderstaande vraagstellingen komen beide aan de orde. De vraagstellingen zijn uitgewerkt in onderzoeksvragen.

Vraag 1: In hoeverre worden de primaire doelen van het project bereikt?

Deze vraag is uiteengelegd in een tweetal onderzoeksvragen:

Ia: In hoeverre komt substitutie van taken daadwerkelijk tot stand?

Analyse van aantallen patiëntcontacten en (zo mogelijk) de betrokken morbiditeit resulteert in een kwantitatieve beschrijving van welke taken door wie worden vervuld en bij welke patiëntencategorieën. Ook de verdeling van managementtaken en overhead komt hier aan bod. Waar mogelijk wordt een vergelijking gemaakt met de ‘gemiddelde’ huisartspraktijk op basis van cijfers uit het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH¹) of met de rest van de stad Groningen (afkomstig uit gegevens van Menzis).

¹ LINH (Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg) omvat een landelijk representatieve groep van ongeveer 80 huisartspraktijken. Deze praktijken registreren in het HIS (huisarts informatiesysteem) gegevens over patiënten, morbiditeit en verrichtingen. Deze gegevens worden twee keer per jaar uit het HIS geëxtraheerd en voor onderzoek beschikbaar gemaakt.

Ib: In hoeverre komt er daadwerkelijk een toename van het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts tot stand?

Doel van het Gezondheidscentrum is om bij gelijkblijvende kwaliteit, met dezelfde personele inzet van huisartsen meer patiënten te kunnen bedienen dan het geval was toen de huisartsen nog aparte (solo)praktijken voerden. Het is dus van groot belang om na te gaan hoe het aantal ingeschreven patiënten zich ontwikkelt.

Vraag 2: Hoe ontwikkelt de kwaliteit van de geboden zorg zich?

Dit wordt vanuit twee perspectieven benaderd:

2a: Welke veranderingen treden op in de kwaliteit van de zorgverlening in de ogen van patiënten?

Patiënten van het Gezondheidscentrum worden geconfronteerd met een minder direct toegankelijke huisarts. Daartegenover staat dat er andere hulpverleners zijn bijgekomen om de toegankelijkheid tot de eerstelijnszorg te waarborgen. Het is van belang na te gaan hoe patiënten hier tegenaan kijken. Analyse van de ervaringen van patiënten op verschillende tijdstippen maakt duidelijk of –vanuit het patiënten perspectief – de kwaliteit van zorg beter of slechter is geworden. Omdat deels gebruik wordt gemaakt van bestaande vragenlijsten die zijn ontwikkeld in het kader van de Tweede Nationale Studie, is het mogelijk het patiëntenoordeel in de het Gezondheidscentrum te spiegelen aan de uitkomsten van de Tweede Nationale Studie (zie Sixma en Spreuwenberg, 2004).

2b: Welke veranderingen treden op in de kwaliteit van de zorgverlening vanuit professioneel perspectief?

Vanuit professioneel perspectief kunnen ook veranderingen in de kwaliteit van de zorgverlening optreden. Het meten van kwaliteit aan de hand van normen die hierover heersen binnen de medische wereld is een complexe aangelegenheid die dan ook te ver zou voeren binnen de context van deze studie. Wel mag worden aangenomen dat de betrokken zorgverleners zelf een beeld hebben van hoe de kwaliteit zich ontwikkelt. Dit komt uitvoerig aan de orde in een serie diepte-interviews.

Vraag 3: Welke invloed heeft de invoering van gedifferentieerde taakverschuiving in Gezondheidscentrum West Groningen op de zorgkosten, op de omvang van de medische dienstverlening en op de verhouding tussen inkomsten en kosten?

Deze vraagstelling vertaalt zich naar de volgende deelvragen:

*3a: Wat bedragen **binnen de huisartsenzorg** de totale kosten van de geleverde zorg en de kosten per verzekerde, voor en na introductie van het gezondheidscentrum?*

3b: Wat was de omvang van de dienstverlening binnen de huisartszorg voor en na introductie van het gezondheidscentrum, in termen van ingeschreven patiënten en aantallen contacten?

3c: Wat zijn de totale inkomsten van het gezondheidscentrum uit de zorgverlening en zijn deze inkomsten voldoende om de kosten van het gezondheidscentrum te dekken?

3d: *Wat zijn de **vervolgkosten** (voor verwijzingen, medicatie, ziekenhuisopnamen, paramedische zorg etc.) die worden gemaakt ten behoeve van de patiënten, voor en na introductie van het gezondheidscentrum? Hoe verhouden deze kosten zich tot de vervolgcosten voor vergelijkbare patiënten uit de stad Groningen als geheel?*

Vraag 4: In hoeverre treden neveneffecten op?

Het bereiken van de doelen kan worden beïnvloed door het optreden van neveneffecten. Deze effecten kunnen zich voordoen op verschillende niveaus zoals het patiëntniveau, het niveau van de zorgverlener en dat van de organisatie. Sommige neveneffecten worden niet voorzien, wat het moeilijk maakt om dit verder te expliciteren in onderzoeksvragen. Enkele mogelijke effecten zijn wel uitgewerkt in onderzoeksvragen.

4a: Hoe ontwikkelt de zorgconsumptie zich?

Beheersing van zorgconsumptie vormt een belangrijke doelstelling van het Gezondheidscentrum. Inzet van nieuwe hulpverleners kan echter ook nieuwe hulpvraag genereren en daarmee leiden tot een grotere zorgconsumptie. Analyse van veranderingen in aantallen contacten, verwijzingen en prescripties per 1000 ingeschreven patiënten, maakt duidelijk in hoeverre het Gezondheidscentrum er in slaagt om nieuwe beroepen te introduceren zonder extra zorg te indiceren. Cijfers uit het landelijk representatieve LINH (Verheij et al., 2007) worden hier als referentiegegevens gebruikt teneinde eventuele landelijke trends te kunnen onderscheiden van trends in het Gezondheidscentrum. Cijfers over de zorgconsumptie zullen tevens worden gebruikt voor de analyse van de financiële gevolgen van substitutie.

4b: In hoeverre nemen de objectieve en subjectieve werkbelasting van de betrokken huisartsen feitelijk af?

De gedachte achter het experiment is dat door het verschuiven van taken zoveel extra tijd vrij komt dat zij meer patiënten aankunnen dan een 'gewone' huisartspraktijk. Dit zou kunnen worden doorkruist als de inzet van nieuwe hulpverleners tot zoveel extra overlegtijd leidt dat er feitelijk geen tijd beschikbaar komt. Ook de *ervaren* werkdruk speelt een rol bij het aankunnen van meer patiënten. Analyse van aantallen contacten, de inhoud van de contacten, tijdschrijfformulieren en mondelinge interviews maakt duidelijk of er veranderingen zijn opgetreden in de werklast en werkdruk van de huisartsen. In deze analyses wordt uiteraard rekening gehouden met veranderingen in de aantallen ingeschreven patiënten.

4c: Welke andere omstandigheden zijn van invloed op de totstandkoming van de beoogde substitutie en de uitbreiding van het aantal ingeschreven patiënten?

Bij de analyse van de omstandigheden wordt vooral aandacht besteed aan de vraag in hoeverre er in de praktijk onderlinge overeenstemming is over ieders taken en competenties, in hoeverre die worden geaccepteerd ('domeindenken') en over de vraag wie er eindverantwoordelijk is voor het handelen van elk van de medewerkers. Bij de beantwoording van deze vraag komen dus ook de onderlinge verhoudingen aan de orde.

De beantwoording van de hierboven gestelde vragen geeft inzicht in de resultaten, de ingezette middelen en de omstandigheden die hieraan ten grondslag liggen, op verschillende tijdstippen. Hoe de verschillende ontwikkelingen causaal met elkaar samenhangen, zal soms moeten worden afgeleid uit interviews met de praktijkmedewerkers. In andere gevallen zal een vergelijking met externe gegevens (bijvoorbeeld uit LINH of de Nationale Studie) hierover aanwijzingen kunnen geven.

1.4 Aanpak

In de jaren 2005, 2006 en 2007 verzamelden we op diverse manieren gegevens die betrekking hebben op de zorgvraag, de zorgverlening, de werkprocessen en de visie van zowel zorgverleners als patiënten. De gegevens zijn zowel kwalitatief als kwantitatief van aard, al naar gelang de achterliggende onderzoeksvraag. We gebruikten verschillende meetinstrumenten zoals semi-gestructureerde diepte-interviews met zorgverleners, tijdschrijfgegevens, patiëntenenquêtes en gegevens uit het huisarts informatiesysteem (HIS). Omdat het nadrukkelijk de bedoeling is processen in de loop der tijd te volgen, werden op meerdere momenten metingen gedaan.

De meetinstrumenten en onderzoeksopzet zijn verder toegelicht in hoofdstuk 2.

1.5 Opbouw van het rapport

In het volgende hoofdstuk worden de methode van onderzoek, de gegevensverzameling en de meetinstrumenten beschreven. In hoofdstuk 3 zal de setting waar binnen het onderzoek plaatsvindt, Gezondheidscentrum West, worden beschreven. Hierbij gaat onder ander aandacht uit naar de organisatievorm, de disciplines die hierbinnen werkzaam zijn, hun taken en de werkprocessen. In hoofdstuk 4 gaan we in op ontwikkelingen in de zorgvraag en het zorgaanbod. In hoofdstuk 5 komen de economische aspecten aan bod en staat onderzoeksvraag 3 centraal. In hoofdstuk 6 doen we verslag van een tijdsbesteding-onderzoek in het gezondheidscentrum. In hoofdstuk 7 staat de mening van patiënten centraal en wordt verslag gedaan van enquêtes onder hen. Hoofdstuk 8 gaat over de ervaringen van de zorgverleners. In het negende en laatste hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies die uit de verschillende deelonderzoeken naar voren zijn gekomen op een rijtje gezet. Hoofdstuk 9 wordt afgesloten met enkele aanbevelingen.

2 Het onderzoek; aanpak en gegevensbronnen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de opzet en uitvoering van het evaluatieonderzoek in Gezondheidscentrum West. Eerst gaan we kort in op evaluatieonderzoek in het algemeen. Hierbij gebruiken we het model van Stake (1967), waarbij doelen, middelen en condities worden onderscheiden. Vervolgens leggen we uit hoe dit is toegepast op het onderzoek in Gezondheidscentrum West. Verder beschrijven we de gegevensbronnen en de gegevensverzameling.

2.2 Evaluatieonderzoek: resultaten, middelen en condities

Een evaluatieonderzoek behelst het vergelijken van een *gepland* programma met een *gerealiseerd* programma. Een programma bestaat daarbij uit drie elementen (Stake, 1967):

- het resultaat, ofwel de doelstellingen;
- de middelen die worden aangewend om dit resultaat te bereiken;
- de condities, oftewel de omstandigheden en voorwaarden die van invloed zijn op de middelen.

In dit geval zijn beoogde *resultaten* een toename van het aantal ingeschreven patiënten, bij een gelijkblijvende werkdruk van de huisartsen, terwijl de kwaliteit van zorg gehandhaafd blijft of zelfs verbetert en de kosten van de zorg op een aanvaardbaar niveau blijven. *Middelen* die hiertoe worden aangewend zijn de inzet van extra personeel en een omschrijving/definitie van de werkvelden van ieder. Daarbij wordt beoogd door de substitutie van taken en een intensieve samenwerking tot een effectieve en efficiënte werkwijze te komen. *Omstandigheden* die van invloed kunnen zijn op de ingezette middelen, zijn bijvoorbeeld de totstandkoming van een goede samenwerking of het ontbreken van persoonlijke conflicten. Ook het overheidsbeleid of het beleid van zorgverzekeraars kan hier een rol in spelen.

Het onderzoek heeft een proceskant en een effectkant. Het belang van de effectkant verwijst naar de mate waarin de primaire doelen worden gerealiseerd. Daarnaast is inzicht in de processen nodig om de omstandigheden in beeld te brengen en te kunnen verklaren waarom effecten optreden.

2.3 Aanpak van het onderzoek in Gezondheidscentrum West

In tabel 2.1 is weergegeven hoe de resultaten, middelen en omstandigheden in kaart worden gebracht in dit onderzoek. Het aantal ingeschreven patiënten, het eerste resultaat, wordt in het gezondheidscentrum bijgehouden. Door meerdere meetmomenten te vergelijken, kan worden achterhaald of er sprake is van een toename. Dit gegeven krijgt vooral betekenis als het gerelateerd wordt aan de ingezette capaciteit qua personeel en arbeid. Aan kwaliteit van zorg, ook een resultaat, zitten verschillende kanten. Verschillende partijen die bij de zorg betrokken zijn, kijken hier vaak anders tegenaan. Zo zijn voor patiënten bijvoorbeeld bereikbaarheid, continuïteit van de zorg en de deskundigheid van en bejegening door de zorgaanbieder belangrijke maatstaven voor kwaliteit (Sixma et al. 1998). Zorgaanbieders meten kwaliteit veelal af aan effectiviteit en veiligheid van zorgverlening terwijl zorgverzekeraars vooral ook oog hebben voor doelmatigheid (Sluijs & Wagner 2000; Lindert & Rijken, 2001). Alledrie deze perspectieven worden in het onderzoek betrokken.

De tevredenheid van patiënten meten we met behulp van enquêtes, de visie van zorgverleners wordt gevraagd in diepte-interviews en de doelmatigheid kan worden afgeleid uit analyses van HIS-gegevens en declaratiegegevens. Verder zal naast dit onderzoek een aparte studie door het iMTA worden gedaan naar de ontwikkeling van de kosten.

Om de resultaten te kunnen relateren aan de ingezette middelen, brengen we in kaart hoe groot de ingezette capaciteit is qua personeel, waaraan de gewerkte tijd wordt besteed en wie wat doet. Dat doen we aan de hand van beschikbare documentatie, analyse van HIS-gegevens, interviews en een tijdsbestedingonderzoek.

Omstandigheden die van invloed zijn, hebben betrekking op de werkdruk, onderlinge samenwerking, 'domeindenken' en overeenstemming over de taakverdeling. Op het niveau van patiënten kan de acceptatie van de nieuwe werksetting een rol spelen. Daarbij kunnen allerlei onvoorziene omstandigheden optreden. Bronnen om dit te achterhalen zijn het tijdsbestedingonderzoek (werkdruk), interviews en enquêtes onder patiënten.

Tabel 2.1: Uitwerking resultaten, middelen en omstandigheden in dit onderzoek

	Operationalisatie	Gegevensverzameling
Resultaten		
Aantal ingeschreven patiënten	Aantal ingeschreven patiënten om meerdere meetmomenten	Registratie gezondheidscentrum
Kwaliteit van zorg	Patiëntervaringen Visie van zorgverleners Doelmatigheid	Enquêtes onder patiënten Interviews met medewerkers Analyse financiële jaarverslagen, declaratie- en HIS-gegevens, studie iMTA
Middelen		
Ingezet personeel / arbeid	Formatie personeel in fte Tijdsbesteding medewerkers	Documentatie van gezondheidscentrum Tijdsbestedingonderzoek
Substitutie van taken	Taakverdeling (wie doet wat?)	Analyse van HIS-gegevens, interviews met medewerkers
Omstandigheden		
(ervaren) werkdruk	Tijdsbesteding, ervaren werkdruk	Tijdsbestedingonderzoek, interviews met medewerkers
Werkprocessen	Onderlinge overeenstemming, samenwerking, domeindenken	Interviews met medewerkers
Andere knelpunten / succesfactoren	Ervaringen medewerkers en patiënten	Interviews medewerkers en enquêtes onder patiënten

In de volgende paragraaf zullen de gegevensbronnen verder worden toegelicht.

2.4 Gegevensbronnen

De gegevens zijn deels kwalitatief en deels kwantitatief. Er is op verschillende tijdstippen gemeten zodat ontwikkelingen in de tijd konden worden gevolgd. Achtereenvolgens zullen hier de diepte-interviews onder medewerkers, enquêtes onder patiënten, het tijdsbestedingonderzoek, HIS-gegevens en declaratiegegevens worden beschreven.

2.4.1 Diepte-interviews

In de loop van het eerste jaar na de opening van het gezondheidscentrum voerden we tien gesprekken met medewerkers van het gezondheidscentrum. Hierbij is getracht een goede afspiegeling van de medewerkers in het onderzoek te betrekken. De groep geïnterviewden bestond uit:

- 3 huisartsen;
- 3 doktersassistenten;
- 2 nurse practitioners;
- 1 diagnostisch fysiotherapeut;
- 1 diabetesverpleegkundige.

De interviews hadden een semi-gestructureerd karakter. Dat wil zeggen dat van tevoren wel in grote lijnen vast stond welke thema's aan de orde zouden komen, maar geen vaste vragenlijst werd doorlopen. Thema's die besproken werden, zijn onder andere positieve en negatieve ervaringen met het werken in het centrum, werkbelasting, kwaliteit van zorg, samenwerking en sfeer op de werkvloer. Daarnaast stelden we een aantal informatieve

vragen om een beeld te krijgen van de werkwijze. Vooral bij de ‘nieuwe’ disciplines speelde dit een rol.

In 2006 is opnieuw een (kleinere) serie interviews gehouden, met:

- 1 huisarts;
- 1 eerste doktersassistente;
- 1 doktersassistente;
- 1 nurse practitioner;
- 1 diagnostisch fysiotherapeut.

De interviews werden afgenomen door een onderzoeker van het NIVEL die ook zelf de gegevens verwerkte. De interviews werden schriftelijk uitgewerkt en ter autorisatie naar de betrokkenen gestuurd.

2.4.2 *Patiëntenenquêtes*

Er zijn enquêtes gehouden onder patiënten die belden naar het gezondheidscentrum en die telefonisch werden geholpen en onder patiënten die een consult hadden in het gezondheidscentrum. Hieronder zal kort worden toegelicht hoe deze enquêtes plaatsvonden.

Enquête bellers

In de maand maart van 2005 en september 2006 hebben de doktersassistenten namen en nummers genoteerd van patiënten die naar de praktijk belden en waarmee zij het contact telefonisch afhandelden. Dit leverde respectievelijk 90 en 109 namen op. De geselecteerde patiënten kregen van het gezondheidscentrum een brief thuisgestuurd waarin stond dat ze benaderd konden worden voor een onderzoek. Door middel van een bezwaarstrookje konden patiënten bezwaar maken tegen het doorgeven van hun nummer aan het NIVEL, slechts enkele patiënten maakten daarvan gebruik.

Na een week werden patiënten gebeld door een interviewer van het NIVEL en werd de enquête afgenomen. Dit leverde 61 voltooide interviews op in 2005 en 63 in 2006. Dat brengt de nettorespons op 68% in 2005 en 58% in 2006. Verdere details over de respons zijn opgenomen in bijlage 2.

Enquête bezoekers

In de periode april tot en met augustus 2005 en september – november 2006 zijn schriftelijke enquêtes afgenomen onder bezoekers van het gezondheidscentrum. Patiënten die een afspraak hadden met een van de zorgverleners, kregen aan de balie een enquêteformulier uitgereikt door de assistente. Daarbij vroegen zij de patiënten om het formulier na afloop van het consult in te vullen en in een gereedstaande bus te doen.

In 2005 werden 373 formulieren uitgereikt, 343 daarvan werden ingevuld. Dit brengt de respons op 92%. Er is naar gestreefd patiënten van alle hierboven genoemde disciplines enquêtes te laten invullen. Omdat er echter grote verschillen zijn in aantallen patiënten per zorgverlener, was het bij sommigen eenvoudiger om voldoende patiënten te bereiken dan bij anderen. In de beschrijving van de resultaten zijn de patiënten van de NP, de fysiotherapeut, en de diabetesverpleegkundige, (respectievelijk 18, 27 en 10 patiënten)

samengenomen. Alleen daar waar relevante verschillen optreden, is dat in de tekst beschreven.

In 2006 werden 406 vragenlijsten uitgereikt waarvan er 311 werden ingevuld, een respons van 76%. In 2006 hadden de ondersteunende disciplines inmiddels meer patiënten en werkten sommigen meer uren per week. Het was bij de tweede enquête dan ook gemakkelijker om tot bevredigende aantallen respondenten te komen. Er is bewust voor gekozen in de tweede meting wat meer patiënten van de ondersteunende disciplines te enquêteren en iets minder patiënten van de huisarts.

De responsgegevens zijn opgenomen in bijlage 3.

Vragenlijsten

In de vragenlijsten is een aantal stellingen opgenomen die ontleend zijn aan de QUOTE (quality through the patients eyes) (Sixma et al., 1998; 2004). De stellingen hebben betrekking op organisatorische en zorginhoudelijke aspecten van het gezondheidscentrum en de medewerkers. De oorspronkelijke QUOTE-items zijn enigszins aangepast omdat deze over het algemeen betrekking hebben op een individuele huisarts. Een voorbeeld van een dergelijke stelling is:

“De medewerkers van het gezondheidscentrum komen afspraken stipt na”

- altijd
- meestal
- soms
- nooit
- weet niet

Sommige stellingen hebben ook de antwoordcategorieën mee eens, deels mee eens/deels mee oneens, oneens. Daarnaast is een aantal retrospectieve vragen gesteld waarbij men kon aangeven of bepaalde zaken beter, slechter of gelijk zijn aan de oude situatie. Een beperking van een dergelijke vraagstelling is dat patiënten een beroep moeten doen op hun geheugen, wat altijd in zekere mate onbetrouwbaar is. Daar staat tegenover dat de huidige patiëntenoordelen wel deels bepaald wordt door hoe de veranderingen in de beleving van de patiënt zijn. Verder is patiënten gevraagd het gezondheidscentrum te beoordelen met een algemeen rapportcijfer (schaal 1 t/m 10). Om na te gaan of er verschillen zijn tussen bepaalde categorieën patiënten, is verder een aantal achtergrondkenmerken gevraagd zoals leeftijd, geslacht, woonsituatie, hebben van kinderen, werk enz.

Vergelijking met landelijke cijfers

Een aantal resultaten van de enquête wordt vergeleken met resultaten uit de Tweede Nationale Studie. Een belangrijke opmerking die hierbij moet worden gemaakt is dat deze metingen niet geheel vergelijkbaar zijn en dat dus voorzichtig moet worden omgegaan met het trekken van conclusies. De gegevens van de NS2 zijn op een andere wijze verzameld, namelijk d.m.v. een face-to-face enquête. Daarbij wijken de antwoordcategorieën iets af en bestond de populatie uit een representatieve steekproef van de ingeschreven patiënten. De patiënten die hier zijn onderzocht zijn allen mensen die contact hebben

gehad met het gezondheidscentrum. Ervaring met dit soort enquêtes leert dat patiënten positiever oordelen naarmate ze vaker te maken hebben met zorg.

Er is een beperkt aantal open vragen gesteld. In een aantal gevallen waarin patiënten ontevreden waren, werd bij de bellers gevraagd om een toelichting. Verder kregen patiënten aan het einde van het interview de mogelijkheid iets toe te voegen.

2.4.3 Tijdsbestedingonderzoek

Zowel 2005 als in 2006 hielden we een tijdsbestedingonderzoek onder de medewerkers van het gezondheidscentrum. Hiervoor werd een formulier gebruikt waarop medewerkers gedurende 7 dagen 24 uur lang noteerden wat per kwartier hun belangrijkste activiteit was geweest, startende met maandag van 00.00 uur tot 00.15 uur en eindigend op zondag, van 23.45 uur tot 00.00 uur. Hierbij konden de zorgverleners gebruik maken van de volgende codes:

- C Consult (face-to-face in de praktijk of telefonisch)
- TR Telefonische triage (alleen doktersassistenten)
- V Visite
- A Andere patiëntgebonden activiteiten
- OP Overleg over individuele patiënten (supervisie)
- OA Overleg over andere zaken
- AD Administratie
- ST Scholing, congresbezoek, literatuur bijhouden e.d.
- P Privé/pauze
- OV Overige werkzaamheden

De zorgverleners werden geïnstrueerd per kwartier de code toe te kennen die het meest van toepassing was, dat wil zeggen van de activiteit waaraan dat kwartier de meeste tijd besteed was. Er diende op zeven achtereenvolgende dagen geregistreerd te worden. Tevens is gevraagd hiervoor een week te kiezen die representatief was voor een normale werkweek (bijvoorbeeld geen langdurige afwezigheid door vakantie of congresbezoek).

2.4.4 Analyse HIS-gegevens en declaratiegegevens

Tenslotte analyseerden we registratiegegevens uit het HIS en declaratiegegevens van de verzekeraar Menzis. De HIS-gegevens betreffen deels 'historische' gegevens van voor de opening van het gezondheidscentrum. Die gegevens zijn afkomstig uit de HISsen van de drie betrokken huisartspraktijken. Een medewerker van Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) maakte een halfjaarlijkse extractie van gegevens uit het HIS. In de oude situatie werden contacten op datum geregistreerd. Hieruit kunnen contacten en prescripties worden afgeleid. Van de patiënten is de leeftijd, het geslacht en verzekeringsvorm bekend.

Diagnoses werden in de periode voor het onderzoek niet geregistreerd. Voor het onderzoek is dit echter wel van belang om de substitutie tussen medewerkers inhoudelijk in kaart te kunnen brengen. De medewerkers hebben daarom in mei 2005 een cursus gekregen voor het registreren van morbiditeit aan de hand van ICPC-codes. Vanaf de tweede helft van 2005 worden diagnoses geregistreerd. In het HIS zijn extra modules

geïnstalleerd die de registratie van ICPC-codes mogelijk maken. Met deze modules bestaat al lange tijd ervaring binnen LINH. Ook wordt gebruik gemaakt van bestaande LINH-infrastructuur en -computerprogrammatuur om de HIS-gegevens beschikbaar te maken voor onderzoek.

De declaratiegegevens zijn verstrekt door Menzis. Het gaat hierbij om gegevens als gedeclareerde geneesmiddelen per ATC-code, verwijzingen naar de fysiotherapeut of specialist. De gegevens zijn aangeleverd op geaggregeerd niveau, uitgesplitst naar sekse en leeftijdscategorie. Deze gegevens hebben betrekking op Menzis -verzekerden.

3 Het gezondheidscentrum en de medewerkers

3.1 Inleiding

Het idee van een gezondheidscentrum is allerminst nieuw. Al in het begin van de jaren zeventig ontstonden de eerste gezondheidscentra. Destijds kwam de opkomst van gezondheidscentra voort uit twee belangrijke ontwikkelingen.

In de eerste plaats drong in de medische wereld steeds meer het besef door dat gezondheidsproblemen veelal niet op zich staan maar dat er vaak andere problematiek van maatschappelijke of psychosociale aard achter schuil gaat. Problemen in het gezin, op het werk of in de buurt hebben vaak een effect op de gezondheid. Deze visie maakte deel uit van een paradigmaverschuiving die in dit tijdsvak plaatsvond en die zich kenmerkt door een grote aandacht voor de invloed van de sociale omgeving. In de eerstelijnsgezondheidszorg vertaalde dit zich in een intensievere samenwerking die onder meer gestalte kreeg in gezondheidscentra. Teams van vooral huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en vaak een fysiotherapeut werkten samen aan de problemen van patiënten.

In de tweede plaats constateerde de overheid dat de ontwikkeling van de extramurale sector achterbleef bij die van de intramurale sector. Deze ontwikkeling werd als ongewenst en ondoelmatig beschouwd. Niet in de laatste plaats vanwege de hoge kosten. Door een versterking van de eerste lijn en het positioneren van de huisarts als poortwachter trachtte men tot een kwalitatief betere zorg te komen en de doorstroom naar de tweedelijns en de intramurale sector af te remmen. Kwaliteitsverbetering en efficiëntie waren ook toen al belangrijke drijfveren bij het ontwikkelen van beleid. De overheid beschouwde de opkomst van het gezondheidscentrum in dit kader als een positieve ontwikkeling en voerde in 1974 een financiële stimuleringsregeling in. In de jaren zeventig opende ongeveer 75 gezondheidscentra hun deuren in Nederland. In de jaren tachtig nam dit aantal verder toe tot ongeveer 160. In de loop van de jaren negentig stabiliseerde dit aantal zich om daarna iets af te nemen. Veranderende visies op samenwerking, drastische reorganisatie van de thuiszorg (voorheen kruiswerk) en de veranderde positie van het Algemeen Maatschappelijk Werk hebben er toe geleid dat het aantal gezondheidscentra niet verder is gegroeid. Huisartsen zijn zich meer gaan richten op onderlinge samenwerking in de vorm van groepspraktijken (Ros et al., 1996).

Nu capaciteitsproblemen een steeds belangrijkere rol zijn gaan spelen in het beleid, lijkt het gezondheidscentrum in hernieuwde vorm een nieuwe toekomst te hebben. Het concept van Gezondheidscentrum West lijkt deels op de 'bekende' gezondheidscentra. In die zin dat er meerdere disciplines onder een dak werken. Nieuw is echter dat hierbij naast samenwerking een sterke nadruk ligt op substitutie van taken binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en er nieuwe taken zijn weggelegd voor bijvoorbeeld NP-ers en assistentes.

In de volgende paragrafen zal het Gezondheidscentrum West, het gezondheidscentrum waar het in dit onderzoek om draait, worden beschreven en toegelicht.

3.2 De organisatie

De organisatieopbouw van Gezondheidscentrum West is weergegeven in bijlage 1, het organogram. Menzis heeft voor de oprichting van dit en verwante initiatieven een stichting in het leven geroepen, genaamd SMEZ. SMEZ heeft een BV opgericht genaamd BV Gezondheidscentrum West, welke als rechtspersoon en werkgever fungeert. De stichting SMEZ is in 2005 opgeheven, haar taken zijn voortgezet door Menzis eerste-lijnszorg.

Bij BV Gezondheidscentrum West zijn vier huisartsen, een diagnostisch fysiotherapeut en zes doktersassistenten in loondienst getreden, samen vormen zij de discipline huisartsenzorg. Daarnaast bestaat er de discipline Nursing Practice waaronder twee nurse practitioners vallen. Verder is er een kleine ondersteunende staf waar onder een administratief medewerker en medewerkers voor de ontvangstbalie. Tussen 2004 en 2007 hebben zich wat personele wijzigingen voorgedaan. Zo is een van de NP's vertrokken in 2005 en is de aanstelling van de overblijvende NP uitgebreid naar 1 fte. Ook is er vrij frequent gewisseld van manager, in 2006 trad de vijfde manager aan.

Verschillende organisaties participeren in het gezondheidscentrum en vervullen als zodanig een rol als werkgever. Zo zijn de twee NP's, een diabetesverpleegkundige en een coördinerend wijkverpleegkundige in dienst bij de thuiszorg Groningen. In het centrum is een apotheek aanwezig die valt onder apotheek Beheer BV, een BV die tevens is opgericht door de stichting SMEZ in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Groningen. Bij de ingang van het centrum is een centrale ontvangst- en infobalie ingericht. Deze balie wordt bemand door een medewerker van Thuiszorg Groningen en een medewerker van Menzis.

In dit rapport zullen vooral de huisartsendiscipline en de Nursing Practice discipline centraal staan. Ook aan andere onderdelen wordt aandacht besteed voor zover er sprake is van een relatie met de eerder genoemde disciplines in de vorm van substitutie van taken.

3.3 De medewerkers en hun functies

In deze paragraaf zal kort worden ingegaan op een aantal medewerkers en hun functie binnen het gezondheidscentrum. De beschrijving is niet geheel uitputtend. In de loop van het onderzoek zijn er verschillende functies bijgekomen die hier buiten beschouwing worden gelaten. Voorbeelden daarvan zijn een diëtiste en de sociaal pedagogisch verpleegkundige.

Doktersassistenten

De doktersassistenten vervullen een centrale rol binnen de huisartsendiscipline. Zij verzorgen de triage van de zorgvraag. Dit betekent dat patiënten die contact opnemen met het gezondheidscentrum in eerste instantie in contact komen met een doktersassistente. Een uitzondering hierop zijn de patiënten die bellen voor herhaalrecepten, waarover later meer. De doktersassistente inventariseert de zorgvraag en bepaalt in overleg met de patiënt welke volgende stap er wordt gezet. In een deel van de gevallen handelt zij de vraag zelf af, bijvoorbeeld in de vorm van een advies. In andere gevallen bepaalt zij, al naar gelang de aard en ernst van de klacht, bij welke zorgverlener de patiënt het beste terecht kan. Dit resulteert in een consult met (of visite door) de huisarts, de NP, de diabetesverpleegkundige of bij de doktersassistente. Het voeren van de triage vormt de hoofdmoot van het werk van de assistente.

Daarnaast voeren de assistenten zelfstandig spreekuren voor relatief eenvoudige klachten en verrichten zij medisch-technische handelingen zoals zwachtelen, hechten, oren uitspuiten, wratten aanstippen, cervixuitstrijkjes ed. Tevens beheren de assistenten de agenda's van de medewerkers in het gezondheidscentrum. Zij plannen afspraken en consulten in.

Begin 2005 waren er zes doktersassistenten in dienst, samen is dit een formatie van 4,1 fte. Eind 2006 was de formatie uitgebreid naar 5,1 fte, verdeeld over zes doktersassistenten, inclusief een 'eerste assistente'. Deze eerste assistente houdt zich voor de helft van haar tijd bezig met management- en beleidstaken.

Nurse practitioners

Nurse practitioners vormen een relatief nieuwe discipline in de Nederlandse medische wereld en in de huisartspraktijk in het bijzonder. Het zijn tot masterniveau opgeleide verpleegkundigen die zijn opgeleid om, onder supervisie van een arts, met een grote mate van zelfstandigheid te werken. Zowel in de eerste als in de tweede lijn zijn NP's werkzaam. Dit beroep is ontstaan in de VS in de jaren '60. Nurse practitioners werkten in de VS aanvankelijk vooral in gebieden met een tekort aan huisartsen (Welling et al. 1997). Inmiddels is dit beroep daar een bekend verschijnsel. In alle medische sectoren samen zijn er in de VS ongeveer 103.000 NP's werkzaam. In Engeland deed de NP halverwege de jaren '90 zijn intrede, inmiddels werken er daar ongeveer 3000 waarvan het merendeel in de eerste lijn (RVZ, 2002). Uit Engels onderzoek is gebleken dat NP's minstens dezelfde kwaliteit van zorg leveren als huisartsen, de patiënttevredenheid blijkt daar bij door NP's verleende zorg zelfs iets hoger dan bij huisartsen (RVZ, 2002).

Ook in Gezondheidscentrum West komen patiënten rechtstreeks bij de NP terecht, zonder tussenkomst van een huisarts. De NP's die in het gezondheidscentrum werkzaam zijn, hebben eerder gewerkt in de tweede lijn. Zij hadden dus enige tijd nodig om zich in te werken, hiervoor is een aanvullende cursus aangeboden. Welke patiënten terecht komen bij de NP, wordt tijdens de triage bepaald door de doktersassistente. Richtinggevend hierbij is het soort klacht waar de patiënt mee komt. Er is een lijst met klachten opgesteld die in principe worden behandeld door de NP, deze is weergegeven in box 3.1. Het gaat vooral om klachten waarvoor duidelijke richtlijnen bestaan in de vorm van NHG-stan-

daarden. Een consult van NP duurde aanvankelijk dertig minuten. Later, in 2006, is dit teruggebracht tot 20 minuten. De reden voor de lange contactduur in het begin was dat na afloop van ieder consult supervisie plaats vond met een huisarts.

Box 3.1: Taken van nurse practitioner

- Oorklachten
- Oogklachten
- Fluor
- Soa
- Anticonceptie
- Diarree
- Hoesten
- Keelpijn
- Verkoudheid
- Vrouwen met plasproblemen
- Koorts bij kinderen >1 jaar
- Kraambezoek
- Bezoek na ontslag ziekenhuis

Naast deze consulten legt de NP een groot aantal visites af. Vaak zijn dit ouderen (al dan niet woonachtig in een verzorgingstehuis), patiënten die ontslagen zijn uit het ziekenhuis of kraamvisites. In het laatste geval gaat het vaak om gezondheidsproblemen bij de kraamvrouw, tevens geeft de NP voorlichting over anticonceptie. Vanaf het begin is er 1 fte NP in het centrum geweest, aanvankelijk verdeeld over twee, en later over één NP. De NP is in dienst van de Thuiszorg Groningen.

Diagnostisch fysiotherapeut

De werkwijze van de diagnostisch fysiotherapeut is anders dan die van een ‘gewone’ fysiotherapeut. Even als bij de andere disciplines, kan de diagnostisch fysiotherapeut, na contact met de doktersassistente, rechtstreeks worden geconsulteerd. De meeste nieuwe klachten die betrekking hebben op het bewegingsapparaat worden direct verwezen naar de diagnostisch fysiotherapeut. Deze doet in het eerste contact het werk dat anders een huisarts doet; de anamnese en het stellen van een diagnose. Vervolgens bepaalt de diagnostisch fysiotherapeut hoe gehandeld moet worden. Wanneer verdere behandeling door een fysiotherapeut noodzakelijk is, verwijst hij naar een behandelend fysiotherapeut. Is dit niet nodig, dan kan hij een advies geven, bijvoorbeeld in de vorm van oefeningen. Behalve dat de diagnostisch fysiotherapeut werk uit handen neemt van de huisarts, verruimt zijn specifieke expertise ook de mogelijkheden in de sfeer van directe adviezen. Wanneer tijdens een contact blijkt dat er alsnog een huisarts moet worden betrokken bij het probleem dan gebeurt dat direct.

Uitgaande van het aandeel klachten m.b.t. tot het bewegingsapparaat in de huisarts-praktijk, kan worden verwacht dat de diagnostisch fysiotherapeut huisartsen een substantiële hoeveelheid werk uit handen kan nemen. Uit landelijke cijfers van de

Tweede Nationale Studie bleek bijvoorbeeld dat van de zeventien ICPC-clusters het cluster ‘bewegingsapparaat’ de hoogste jaarincidenties en jaarprevalenties laat zien. In 2001 was de jaarincidentie van dit cluster in zijn geheel 267 per 1000 ingeschreven patiënten. Van nek- en rugklachten bijvoorbeeld, bedroeg in 2001 de jaarincidentie 69,4 per 1000 ingeschreven patiënten. Daarmee staat dit type klachten op de tweede plaats in de ‘klachten top-20’, alleen verkoudheidsklachten komen vaker voor (jaarincidentie 92,9).²

Praktijkverpleegkundige / diabetesverpleegkundige

De introductie van praktijkverpleegkundigen, ook wel praktijkondersteuners op Hbo-niveau genoemd, is op gang gekomen in 1999. In dat jaar tekenden de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het convenant ‘Huisartsenzorg’. In dit convenant werd besloten tot invoering van praktijkondersteuning op Hbo-niveau (POH). De behoefte aan praktijkondersteuning kwam voort uit een aantal ontwikkelingen die een intensivering van de huisartsenzorg wenselijk maakten. Het ging daarbij vooral om de stijgende en complexere zorgvraag van chronisch zieken. De invulling van het takenpakket en de patiëntcategorieën waarmee praktijkverpleegkundigen werken verschilt per praktijk. Veel voorkomende zijn Astma/ COPD en diabetes mellitus.

In Gezondheidscentrum West richt de praktijkverpleegkundige zich specifiek op patiënten met diabetes en wordt daarom ook diabetesverpleegkundige genoemd. De zorg voor diabetespatiënten bestaat uit het houden van categorale spreekuren en het uitvoeren van periodieke controles. Begin 2005 is een diabetesverpleegkundige gestart, voor 12 uur per week. In de NHG-Standaard diabetes mellitus is omschreven wat er tijdens deze controles minimaal moet gebeuren en hoe vaak ze moeten plaats vinden. Daarnaast is er nog een wijkverpleegkundige die een stoppen-met-roken-spreekuur verzorgt.

De coördinerend wijkverpleegkundige

De coördinerend wijkverpleegkundige is in dienst van Thuiszorg Groningen. Deze richt zich vooral op de coördinatie van zorg rond een patiënt, het maken van zorgplannen, het coachen van verpleegkundigen en verzorgenden in het team, etc.

De coördinerend wijkverpleegkundige voert overleg met alle disciplines, begeleidt patiënten voor opname en na ontslag uit het ziekenhuis, begeleidt patiënten bij het omgaan met hun ziekte of familieleden bij het verzorgen van hun zieke partner of ouder. Vooral de coördinatie van zorg is een belangrijke taak van de coördinerend wijkverpleegkundige. Hierdoor worden de huisarts en de mantelzorg ontlast. Ook in verzorgingshuizen met patiënten met vaak complexe problematiek kan de coördinerend wijkverpleegkundige een toegevoegde waarde hebben.

² Het gaat hierbij om clusters van gepresenteerde klachten, onder nek en rugklachten zijn gerekend de icpc-codes A77, R72, R74, R75, R76, R80.

De coördinerend wijkverpleegkundige is niet werkzaam binnen het gezondheidscentrum maar zal waarschijnlijk wel een effect hebben hierop omdat taken van de huisarts worden overgenomen.

Huisartsen

Binnen de Nederlandse gezondheidszorg nemen huisartsen een bijzondere positie in; zij onderscheiden zich vooral door hun positie als poortwachter van het systeem, een generalistische deskundigheid en een inschrijving van patiënten op naam. De poortwachterfunctie houdt in dat de huisarts bij vrijwel alle gezondheidsklachten de eerste arts is die wordt geraadpleegd. Eventueel verwijst de huisarts naar de tweede lijn of naar andere zorgverleners binnen de eerste lijn. Bovenal is de huisarts echter zelf behandelaar: 96% van de klachten die in de huisartspraktijk worden gepresenteerd, wordt daar ook afgehandeld. Deze inschrijving op naam is niet slechts een logistieke of administratieve aanpak, maar wordt veelal beschouwd als een essentieel onderdeel van huisartsenzorg. Tussen de huisarts en de patiënt kan hierdoor een vertrouwensrelatie ontstaan en de huisarts kan een patiënt beter beschouwen in relatie tot zijn of haar sociale omgeving. Men spreekt dan ook wel van de huisarts als familie- of gezinsarts.

Met de samenleving verandert echter ook de huisarts. In 2002 brachten de LHV en het NHG gezamenlijk een nota uit genaamd 'Toekomstvisie huisartsenzorg; Huisartsenzorg in 2012: Medische zorg in de buurt'. (LHV/NHG, 2002). Hierin formuleerden de LHV en het NHG gezamenlijk een toekomstvisie op de huisartsenzorg. De beroepsgroep stelt hierin dat een aantal belangrijke veranderingen moeten worden doorgevoerd, wil men ook in de toekomst op een wenselijke manier invulling kunnen blijven geven aan het vak van huisarts. Vooral de organisatie van de zorg zal veranderen. De veranderingen worden in de toekomstvisie omschreven als een verschuiving van 'zorg door de huisarts' naar de 'voorziening huisartsenzorg'. Deze voorziening zal vaak grootschaliger zijn en uit meer disciplines bestaan dan alleen huisartsen. Deze ontwikkelingen zijn een reactie op veranderingen in de dagelijkse praktijk waarmee men zich geconfronteerd ziet, veranderingen die vaak verder reiken dan de huisartspraktijk of de gezondheidszorg.

Het spreekt voor zich dat de oprichting van Gezondheidscentrum West past in de hierboven geschetste ontwikkeling. Van belang is ook dat de rol van huisarts in het gezondheidscentrum anders is dan 'traditioneel'. De huisarts geeft meer medische taken uit handen, in dit geval aan NP's, praktijkverpleegkundige en fysiotherapeut. Deze delegatie vindt plaats volgens de zogenaamde 'verlengde arm constructie'; de huisarts blijft eindverantwoordelijk en delegeert taken naar andere zorgverleners. Deze constructie komt mede voort uit de wettelijke bepaling dat alleen artsen diagnoses mogen stellen, of daar althans formeel verantwoordelijk voor zijn. (wet BIG). Deze zorgverleners kunnen op hun beurt bij de huisarts terecht voor supervisie, vragen e.d. De huisarts wordt daarmee naast arts, een soort 'medische manager'.

In het gezondheidscentrum werken vier huisartsen, waarvan er drie een aanstelling hebben van 1 fte en één 0,5 fte werkt, totaal is er dus 3,5 fte huisarts werkzaam.

Apotheek

Tot slot is er in het gezondheidscentrum een apotheek gehuisvest. De apotheek is zelfstandig, er is dus geen sprake van een apotheekhoudende praktijk. Wel werken de huisartsen intensief samen met de apotheek. Patiënten die een herhaalrecept willen, kunnen dat op drie manieren aanvragen: via de receptenlijn waar zij hun gegevens kunnen inspreken, via internet of via een gesprek met de apothekersassistente.

In de volgende paragraaf zal worden nagegaan hoe de formatie qua personeel zich verhoudt tot de omvang van de patiëntenpopulatie.

3.4 De verhouding patiënten – zorgverleners

Een belangrijk doel van het gezondheidscentrum is het toegankelijk maken van eerstelijnszorg voor een groter aantal patiënten. Daarmee is de vraag van belang hoe de formatie aan zorgverleners zich verhoudt tot het aantal ingeschreven patiënten. Op 1 januari 2005 waren er 9208 patiënten ingeschreven, in december 2006 waren dat er 9521.

De formatie huisartsen

Op 1 januari 2005 (een halfjaar na de opening) werkten in Gezondheidscentrum West vier huisartsen, in totaal een formatie van 3,5 fte. Op 1-1-2005 waren er dus 2631 ingeschreven patiënten per fulltime huisarts (9208/3,5). Op 1-12-2006 waren dat er 2720. De zogenaamde rekennormpraktijk, de praktijkomvang waar vanuit wordt gegaan bij het vaststellen van de tarieven en die ook is vastgelegd in de CAO-gezondheidscentra (2004-2005) bedraagt 2000 patiënten per fulltime huisarts. Deze ligt wat lager dan voor de normpraktijk voor 'gewone' huisartspraktijken (2350) omdat uitgegaan wordt van een extra tijdsinvestering in de samenwerking binnen het gezondheidscentrum. De ratio patiënten/huisartsen ligt binnen Gezondheidscentrum West dus ruim boven de norm.

De formatie doktersassistenten

Op 1 januari 2005 waren er zes doktersassistenten werkzaam, samen vormden zij een formatie van 4,1 fte. Op dat moment waren er per fulltime assistente dus 2246 patiënten. In 2006 is de formatie doktersassistenten uitgebreid naar 4,6 fte, waarvan 0,5 fte eerste assistente. Er zijn geen normen voor de ratio patiënten/assistente maar uit eerdere studies is gebleken dat aan één fte huisarts ongeveer één fte assistente is gekoppeld. Volgens cijfers van de Tweede Nationale Studie waren er ongeveer 2439 ingeschreven patiënten per fte assistente. In Gezondheidscentrum West was en is de bezetting aan assistentes dus ruimer dan in een gewone huisartspraktijk, ongeveer 1 fte per 2246 patiënten in 2005 en 1 fte per 2070 patiënten in 2006.

De formatie praktijkverpleegkundige

Op 1 januari 2005 was er een praktijkverpleegkundige in Gezondheidscentrum West werkzaam voor twaalf uur per week. Deze verpleegkundige richt zich alleen op zorg voor diabetespatiënten. Over de formatie aan praktijkverpleegkundige in andere praktijken of gezondheidscentra is weinig bekend. Wel bleek in 2001 uit cijfers van de Tweede Nationale Studie dat praktijken met een praktijkverpleegkundige deze meestal voor

enkele uren in dienst hadden. Gemiddeld ongeveer 3,2 uur per 1.000 ingeschreven patiënten. In Gezondheidscentrum West valt dit beduidend lager uit: omgerekend naar 1.000 patiënten was dat ongeveer 1,3 uur op 1-1-2005. In 2006 was dat ongeveer 1,25 uur. In Gezondheidscentrum West is deze formatie uitsluitend gebaseerd op het aantal diabetespatiënten terwijl praktijkverpleegkundigen elders ook vaak voor andere patiënten werken..

Overige zorgverleners

Op 1 januari 2005 waren er twee NP's (samen 1 fte) en een diagnostisch fysiotherapeut (0,5 fte) in dienst. In 2006 is de aanstelling van de fysiotherapeut uitgebreid naar 0,8 fte. Vergelijkingen zijn hier moeilijk te maken omdat deze functies betrekkelijk nieuw zijn.

Ondersteunende staf

Er is een ondersteunende staf in het gezondheidscentrum aanwezig, bestaande uit een centrummanager (0,8 fte), een administratieve kracht (0,5 fte). In 2006 was de formatie administratieve kracht uitgebreid naar 0,83 fte. Verder werkt de 1^e assistente voor de helft van haar aanstelling (0,5) aan beleids- en managementtaken.

Personele bezetting ruim of krap?

Is het gezondheidscentrum nu ruim of krap bemeten qua personele bezetting vergeleken met andere huisartspraktijken? Het maken van deze vergelijking is lastig omdat de werksomstandigheden op essentiële punten afwijkt van andere praktijken. Daarom zullen we behalve een vergelijking met een gewone huisartspraktijk ook een vergelijking maken met andere gezondheidscentra.

Omdat mag worden verwacht dat een nieuwe organisatie een zekere aanlooptijd nodig heeft, waarin meer moet worden overlegd, allerlei zaken moeten worden opgestart en mensen worden opgeleid, is de situatie van eind 2006 (2,5 jaar na de opening van Gezondheidscentrum West) als uitgangspunt genomen.

Hoeveel capaciteit zou er nodig zijn om deze populatie van 'reguliere' huisartsenzorg te voorzien? In tabel 3.1 wordt de situatie in Gezondheidscentrum West vergeleken met die van de gebruikelijke huisartsenzorg. De cijfers voor wat gebruikelijk is zijn geschat op basis van verschillende bronnen die onder aan de tabel zijn vermeld. Om in een reguliere huisartspraktijk deze patiëntenpopulatie te kunnen bedienen zou ongeveer 4 fte huisarts, 4 fte assistente en 0,8 fte praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige toereikend zijn.

Tabel 3.1: Personele bezetting van Gezondheidscentrum West, vergeleken met normpraktijk, geëxtrapoleerd naar de populatiegrootte van Gezondheidscentrum West in december 2006 (9521 patiënten)

	Gezondheidscentrum West	Norm ³ gezondheidscentrum	Norm 'gewone' praktijk
Huisarts	3,5 fte	4,8	4,05 fte
Assistente ¹	4,6 fte	4,8	4,05 fte ⁴
Praktijkondersteuner / verpleegkundige Management ²	0,3 fte	Onbekend	0,8 fte ⁵
Administratieve ondersteuning	1,3 fte	Onbekend	
Nurse practitioner	0,8 fte	Onbekend	
Diagnostisch fysiotherapeut	1,0 fte		
	0,8 fte		

¹ Waarbij inbegrepen 0,5 fte 1^e assistente.

² Waarbij inbegrepen 0,8 fte manager en 0,5 fte 1^e assistente.

³ Bron: CAO gezondheidscentra.

⁴ Uitgaande van 1 fte per fte huisarts (van den Berg et al., 2004).

⁵ Uitgaande van circa 0,08 fte per 1000 patiënten (van den Berg et al., 2004).

Vergeleken met de norm voor een gewone praktijk heeft Gezondheidscentrum West 0,55 fte huisarts en 0,5 fte praktijkondersteuner minder. Daar staat tegenover dat er 1,3 fte management, 1 fte NP en 0,8 fte diagnostisch fysiotherapeut, 0,55 fte doktersassistente en 0,8 fte administratieve ondersteuning extra in dienst is. Zaken als management en administratie worden in een 'traditionele' setting door de huisarts zelf of door de assistente gedaan.

De normpraktijk voor gezondheidscentra komt voor een huisarts overeen met die van gewone praktijk (2350 per fte), in het kader van de samenwerkingstijd mag echter een aantal van 350 'rekenpatiënten' worden afgetrokken. Met andere woorden, de huisartsen in Gezondheidscentrum West zouden met hun takenpakket dus een normpraktijk van 2.000 hebben. Dat zou betekenen dat in een 'gewoon' gezondheidscentrum volgens deze norm ongeveer 1,3 fte huisarts meer werkzaam zou zijn om deze populatie te bedienen. In gezondheidscentra zijn wel vaker managers, administratieve ondersteuners en andere zorgverleners actief. Goede referentiecijfers hiervoor ontbreken echter.

Wanneer we de bezetting van Gezondheidscentrum West vergelijken met die van een gewone huisartspraktijk, is deze dus behoorlijk ruim te noemen. Zeker wanneer men er rekening mee houdt dat de feitelijke praktijkgrootte in gewone huisartspraktijken vaak ook hoger is dan de norm. Een kanttekening die hierbij kan worden geplaatst, is dat mogelijk deze extra investering qua personeel leidt tot kwaliteitswinst. En dus ook meer 'oplevert' voor patiënten.

Overigens is bekend dat gezondheidscentra over het algemeen een grotere personele bezetting hebben. Wanneer we de formatie huisarts van Gezondheidscentrum West vergelijken met de norm voor gezondheidscentra, zien we dat deze fors lager ligt. Hoewel referentiecijfers ontbreken voor ondersteunend personeel, is bekend dat in een gewoon gezondheidscentra de werkgever ook maatregelen zou moeten treffen in de vorm van het aantrekken van extra personeel bij zo'n structurele overschrijding van de normpraktijk. (CAO gezondheidscentra 2006-2007).

4 Ontwikkelingen in zorggebruik, zorgaanbod en taaksubstitutie

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de vraagstellingen 1a, 1b en 3a centraal, achtereenvolgens: In hoeverre komt substitutie van taken daadwerkelijk tot stand? In hoeverre komt er een toename van het aantal ingeschreven patiënten tot stand? En: hoe ontwikkelt zich de zorgconsumptie?

Op basis van HIS-gegevens en declaratiegegevens van Menzis kan dit in beeld worden gebracht. In dit hoofdstuk wordt de situatie voor- en na de opening van Gezondheidscentrum West beschreven.

De beschrijving van de situatie voor de opening kan worden beschouwd als een ‘retrospectieve’ nulmeting, in die zin dat bij de registratie en verzameling van de gegevens, nog geen rekening is gehouden met het gebruik voor onderzoeksdoelen. Omdat met de opening van het gezondheidscentrum ook het registratiegedrag deels is veranderd, moeten er bij de interpretatie hier en daar de nodige kanttekeningen worden geplaatst. Desondanks is het ook juist van belang om veranderingen in registratiegedrag in kaart te brengen om in de toekomst meer ‘zuivere’ vergelijkingen te kunnen maken.

Na een korte toelichting over de aanpak zullen achtereenvolgens de samenstelling van de patiëntenpopulatie, contactfrequenties en gegevens over taakverdeling aan bod.

4.2 Aanpak

De gegevens die in dit hoofdstuk worden gerapporteerd, zijn gebaseerd op gegevens uit het Huisarts Informatie Systeem. Hierin registreren medewerkers gegevens over contacten, prescripties, patiënten e.d. Daarnaast is om verwijscijfers in kaart te brengen, gebruik gemaakt van declaratiegegevens van Menzis. De HISsen van de drie solopraktijken zijn samengevoegd om een beeld te krijgen van de contacten voor de opening van Gezondheidscentrum West.

Na opening van Gezondheidscentrum West zijn er belangrijke veranderingen in registratiegedrag opgetreden. Voorheen registreerden assistenten in ongeveer 15 tot 20% van de contacten geen contactsoort, na de opening was dat in ongeveer 70% tot 75%. Bij de huisartsen deed zich precies het omgekeerde fenomeen voor: zij registreerden voorheen in ongeveer 80% geen contactsoort en in nog maar circa 20% van de contacten na de opening. Wanneer contacten worden gerapporteerd naar contactsoort is er dus een structurele onderrapportage bij assistenten na de opening en onder huisartsen voor de opening. In bijlage 4.1 zijn deze missende waarden weergegeven in een grafiek. Voor de overige disciplines speelt dit niet zo zeer een rol, deze zijn pas begonnen na opening van Gezondheidscentrum West en registreerden over het algemeen wel de contactsoort. Wanneer het

totale aantal contacten wordt gerapporteerd, speelt dit probleem geen rol omdat daarbij ook de contacten zijn meegeteld waarvan de contactsoort onbekend was.

Bij de bespreking van de aantallen en soorten contacten maken we een onderscheid tussen ‘dossiercontacten’ en gedeclareerde contacten. Een dossiercontact ontstaat elke keer als een zorgverlener gegevens over de patiënt noteert in het dossier. Dat kan ook een kleine handeling zijn. Gedeclareerde contacten zijn alle contacten met patiënten die worden gedeclareerd bij de verzekeraar. Niet alle contacten ‘wegen’ even zwaar qua tijdsinvestering, daarom is aan alle soorten contacten een aantal ‘consulteenheden’ toegekend. Deze zijn vastgelegd in de tariefbeschikking van het CTG/Zorgautoriteit en bepalen ook het tarief dat vergoed wordt. Zo telt een spreekuurconsult van minder dan 20 minuten voor 1 consulteenheid, een consult langer dan 20 minuten als 2 consulteenheden, een visite van minder dan 20 minuten als 1,5 consulteenheden en een herhaalrecept of telefonisch consult als 0,5 eenheden. Verder is er een beperkt aantal specifieke verrichtingen waarvoor huisarts en verzekeraar zelf tarieven kunnen afspreken. Dit zijn de zogenaamde modernisering & innovatie (M&I) verrichtingen. Het gaat hierbij om verrichtingen die ‘substitutiegevoelig’ zijn, in die zin dat ze zowel in de tweede lijn als in de (goedkopere) eerste lijn.

Om een indruk te geven van de ontwikkeling in het aantal contacten na de komst van het centrum geven we de dossiercontacten weer. Voor een analyse van de soorten contacten en hoe deze zich tot elkaar verhouden, maken we gebruik van gedeclareerde contacten. De reden hiervoor is dat de gedeclareerde contacten een veel betrouwbaarder beeld hiervan geven. Omdat de contactsoort naar de verzekeraar toe moet worden verantwoord, is dit in 100% geregistreerd. Dat maakt een goede vergelijking met landelijke cijfers mogelijk. Nadeel is dat deze nieuwe betalingssystematiek pas sinds 1 januari 2006 van kracht is, en dus pas vanaf dat moment een volledig overzicht beschikbaar is.

In paragraaf 4.7 tenslotte, worden enkele verwijscijfers gerapporteerd uit gegevens van Menzis, deze worden vergeleken met een representatieve steeproef uit de stad Groningen, die eveneens is getrokken uit de declaratiegegevens van Menzis.

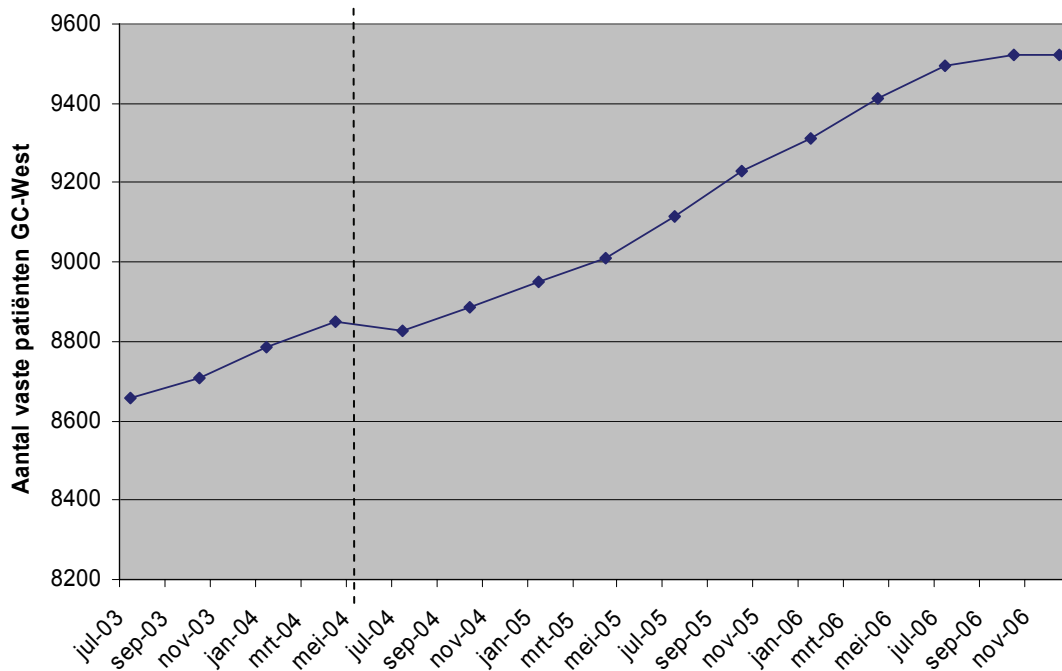
4.3 Omvang en samenstelling van de patiëntenpopulatie

Het aantal ingeschreven patiënten neemt toe

Het aantal ‘vaste’ patiënten van Gezondheidscentrum West is sinds de opening toegenomen (zie figuur 4.1).

Op het moment van de opening, in juni 2004, stonden 8872 patiënten ingeschreven, een jaar later was dat toegenomen tot 9082. Sinds juli 2006 heeft de patiëntenpopulatie zich gestabiliseerd rond de 9500 patiënten. Sinds de opening is de patiëntenpopulatie met ongeveer 7,3 % toegenomen, ongeveer 185 patiënten per fte huisarts.

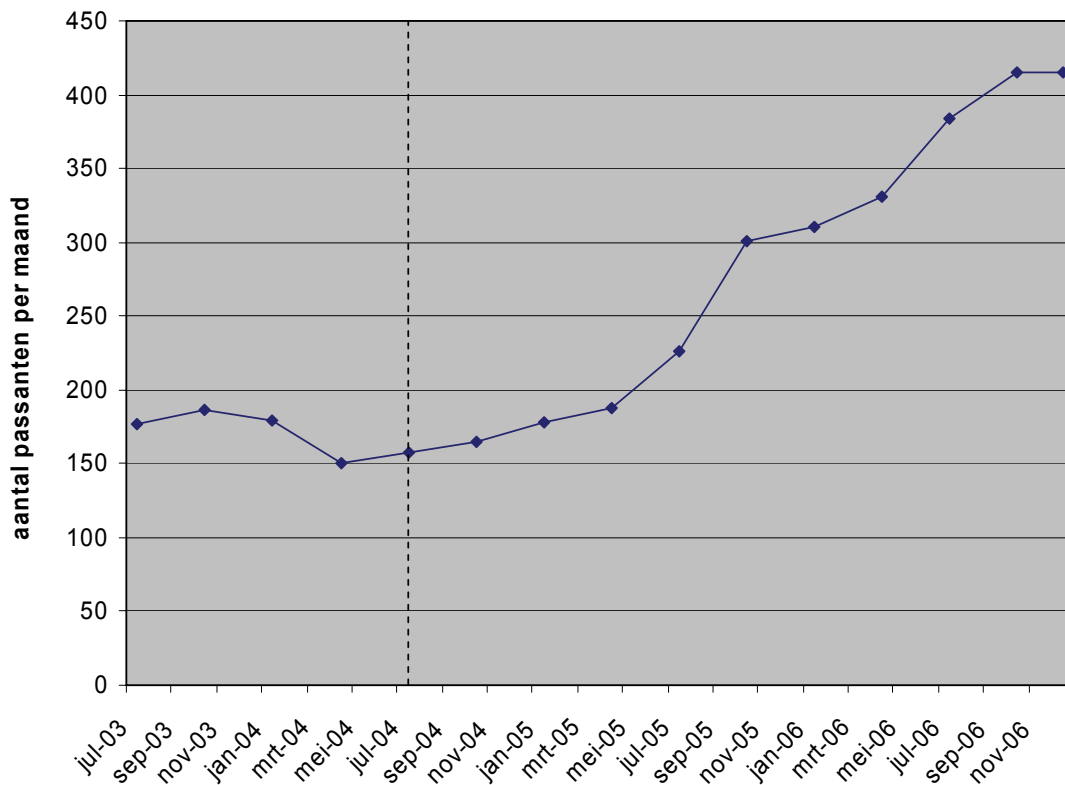
Figuur 4.1: Aantal vaste patiënten in Gezondheidscentrum West in de periode juli 2003 t/m december 2006



Steeds meer passanten

Naast 'vaste', ingeschreven patiënten van het gezondheidscentrum, worden er soms mensen geholpen die niet ingeschreven staan bij het gezondheidscentrum, de zogenaamde 'passanten'. Sinds de opening van Gezondheidscentrum West is ook hier een duidelijke toename in te zien (zie figuur 4.2). Ten tijde van de opening, in juni 2004, waren er maandelijks zo'n 150 passanten, ongeveer anderhalf jaar later (november 2005) was dit aantal verdubbeld. Het aantal passanten lag eind 2006 rond de 400 per maand.

Figuur 4.2: Aantal passanten in Gezondheidscentrum West in de periode juli 2003 t/m december 2006



Samenstelling van de patiëntenpopulatie

In tabel 4.1 is de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie van Gezondheidscentrum West weergegeven zoals deze er 1 december 2006 uit zag. Ter vergelijkingen zijn de gegevens van alle verzekerden in Nederland er naast gezet. De populatie wijkt af van de landelijke cijfers. Er zijn relatief weinig kinderen (tot en met 14 jaar) en mensen boven de 45 jaar ingeschreven bij Gezondheidscentrum West, terwijl de middengroep (van 15 tot en met 44) sterker is vertegenwoordigd. Omdat Groningen een studentenstad is, zijn er veel twintigers (CBS, 2002). In die zin wijkt de patiëntenpopulatie wat af van het landelijke beeld, maar is ze ‘gewoon’ voor de stad Groningen. Er is dus sprake van vrij grote vertegenwoordiging van jonge mensen.

Een ander punt waarop deze patiëntenpopulatie sterk afwijkt van het landelijke beeld is het percentage patiënten dat voor ingang van de nieuwe zorgverzekeringswet particulier was verzekerd tegen ziektekosten. Dit bedraagt ruim 56% terwijl dat landelijk ongeveer 36% bedraagt. Over het algemeen was het zorggebruik onder particulier verzekerden lager dan onder ziekenfondsverzekerden. Ook hier is een duidelijke invloed van de studenten waarneembaar: onder de twintigers was maar liefst 63% particulier verzekerd.

Ongeveer 51% van de populatie is van het vrouwelijk geslacht, wat overeen komt met het landelijke beeld.

Tabel 4.1: Leeftijdsopbouw patiëntenpopulatie Gezondheidscentrum West (2006)
(percentages)

	Gezondheidscentrum West	Nederland ¹
0-4 jaar	5,3	6,1
5-14 jaar	6,8	12,4
15-24 jaar	17,3	11,6
25-44 jaar	39,7	29,3
45-64 jaar	20,2	26,3
65-74 jaar	5,5	7,8
75 jaar e.o.	5,2	6,4
Totaal	100,0	100,0

¹ Bron: CVZ, 2005 (Verheij et al., 2007).

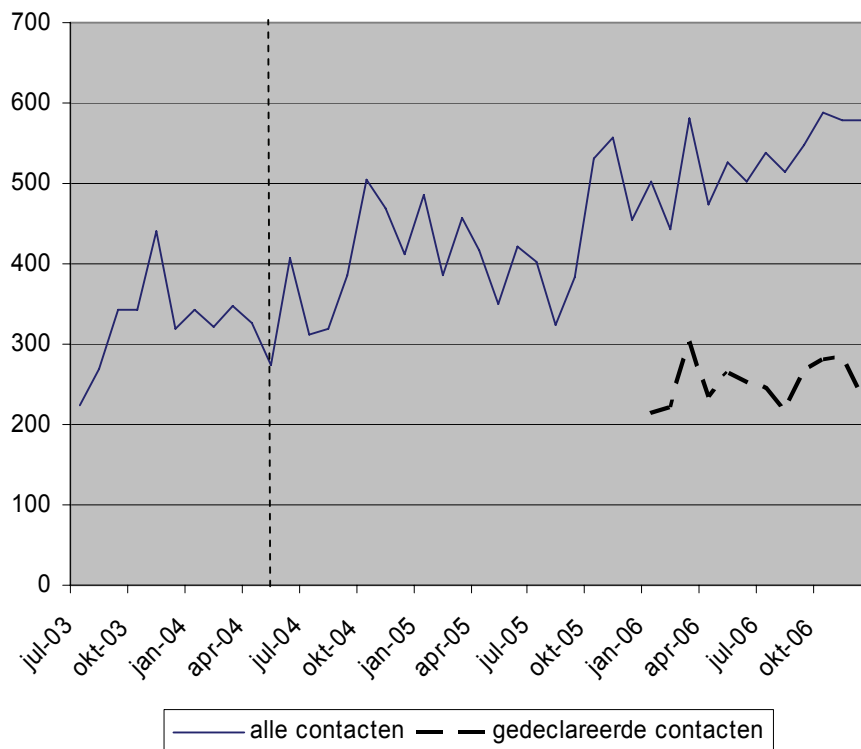
4.4 Aantallen en soorten contacten

Dossiercontacten

In figuur 4.3 is het aantal contacten weergegeven per maand, per 1000 ingeschreven patiënten over de periode juli 2003 t/m december 2006. De stippellijn onderscheidt de periodes voor en na de opening van het gezondheidscentrum. Het gaat hier om alle contacten behalve herhaalrecepten. Direct na de opening is een sterke piek te zien, voorafgegaan door een daling. Dit heeft mogelijk te maken met de voorbereidingen in de periode voorafgaand aan de opening en mogelijk wat vooruitgeschoven contacten direct daarna. Vervolgens is er een sterke toename te zien in de rest van 2004. In 2005 is het patroon wat grilliger maar vindt er globaal een afname plaats. Vanaf oktober 2005 ligt het aantal contacten structureel hoger dan voorheen. Rond oktober is er altijd een piek te zien in verband met de griepprikken.

Niet alle ‘dossiercontacten’ worden gedeclareerd. De onderste lijn in de grafiek geeft de ontwikkeling in het aantal gedeclareerde contacten weer. In het algemeen is duidelijk dat de aantallen contacten na de opening beduidend hoger liggen dan voor de opening. Ook hier is niet uitgesloten dat er sprake is van een registratie-effect.

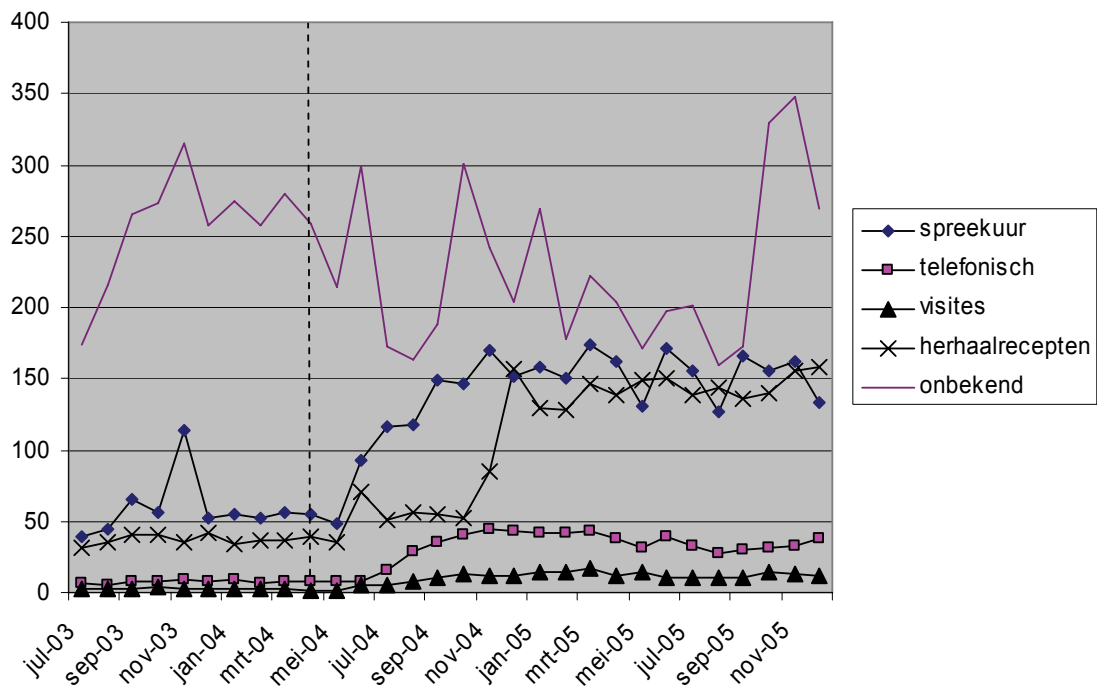
Figuur 4.3: Aantal geregistreerde contacten per maand, per 1000 ingeschreven patiënten (exclusief herhaalrecepten)



Soorten contacten

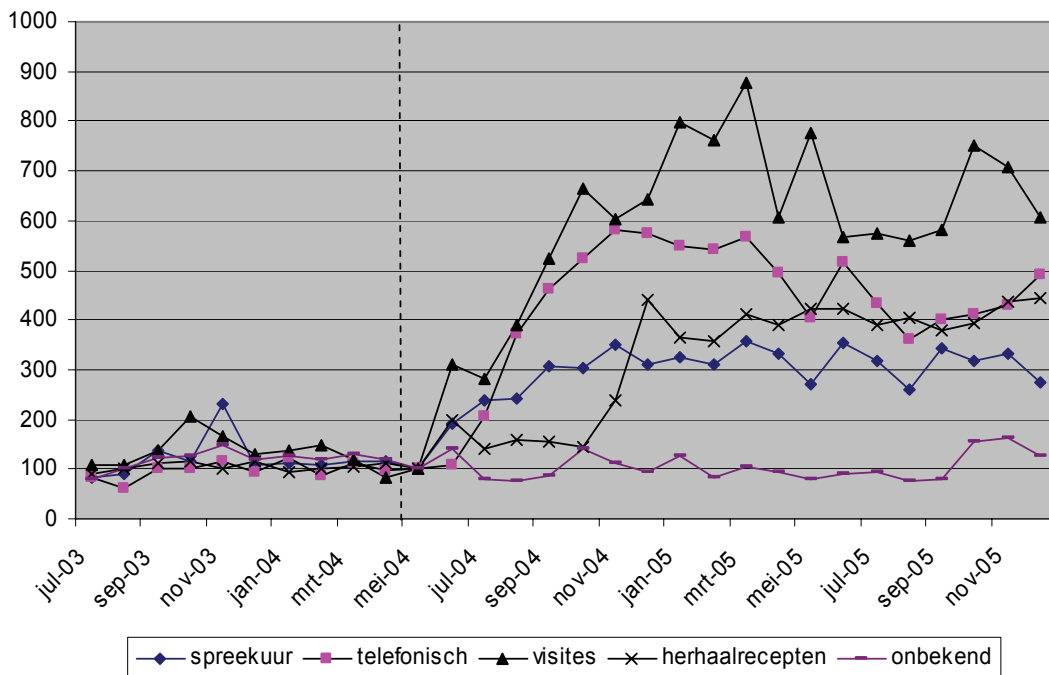
In figuur 4.4 zijn de contacten per maand weergegeven, uitgesplitst naar contactsoort. Na de opening van het centrum is er een groei geweest van het aantal *geregistreerde* telefonische contacten. Voor juni 2004 waren dat er nooit meer dan tien per maand, per 1000 patiënten, daarna liep het op tot rond de 35. Eind 2004 heeft dit zich gestabiliseerd. Ook het aantal geregistreerde spreekuurcontacten is toegenomen sinds de opening van het centrum. Het is echter aannemelijk dat deze toenames te maken hebben met verbeterd registratiegedrag. Hetzelfde geldt voor de herhaalrecepten. Het is immers niet aannemelijk dat dit aantal ineens zo drastisch is toegenomen. Verder lijkt het aantal visites te zijn toegenomen. Uiteraard is ook dit met dezelfde onzekerheid omgeven. Echter, deze toename is zeer aannemelijk door de komst van de NP.

Figuur 4.4: Aantal geregistreerde contacten per 1000 ingeschreven patiënten, uitgesplitst naar contactsoort



Omdat de verschillende soorten contacten in absolute zin sterk verschillen in de frequentie waarmee ze vóórkomen, zijn deze ontwikkelingen tevens als indexcijfers weergegeven (figuur 4.5). De relatieve toe- of afname is dan duidelijker zichtbaar.

Figuur 4.5: Aantal geregistreerde contacten per 1000 ingeschreven patiënten, uitgesplitst naar contactsoort: indexcijfers (mei 2004=100)

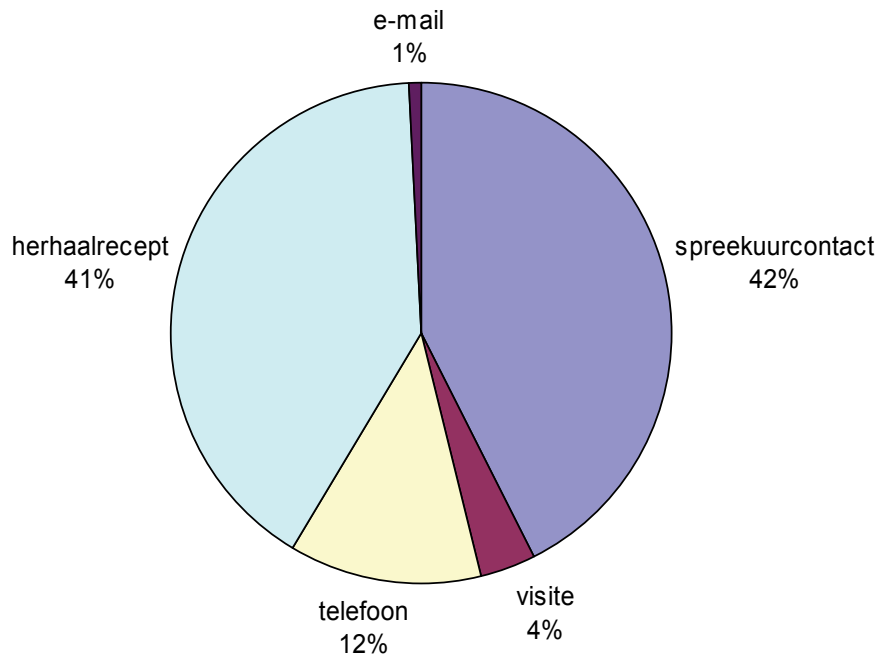


Gedeclareerde contacten en uitsplitsing naar contactsoort

Gemiddeld werden in 2006 4,8 contacten per ingeschreven patiënt gedeclareerd. Dat is iets minder dan de eerste landelijke cijfers laten zien, ongeveer 5,3 contacten per patiënt. Wanneer het aantal contacten wordt uitgedrukt in consulteenheden, komt gezondheidscentrum West op 3,9 contacten per patiënt tegen 4,2 landelijk. Modernisering & Innovatieverrichtingen zijn hierbij buiten beschouwing gelaten dit waren er ongeveer 0,08 per patiënt tegen 0,14 landelijk. (te Brake et al., 2007)

Door uit te splitsen naar contactsoort wordt een meer gedetailleerd beeld verkregen. In figuur 4.6 worden de contacten naar soort weergegeven, uitgedrukt als aandeel van het geheel van alle contacten.

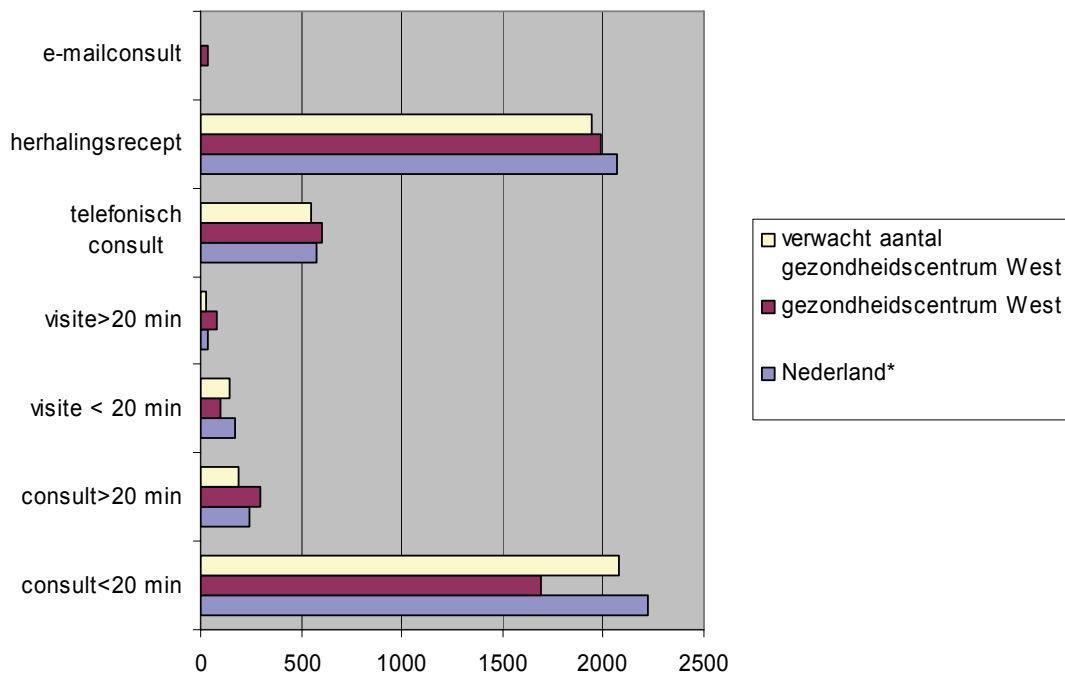
Figuur 4.6: Verdeling contactsoort in 2006 (gedeclareerde contacten)



Hoe verhoudt deze verdeling zich tot het landelijke beeld? Figuur 4.7 geeft hiervan een indruk. Hierin zijn de verschillende contactsoorten weergegeven per 1000 ingeschreven patiënten. Naast de landelijke gemiddelden zijn de verwachte frequenties weergegeven voor Gezondheidscentrum West. Dit zijn de aantallen contacten die we in Gezondheidscentrum West zouden verwachten als deze overeen zouden komen met het landelijk gemiddelde, maar dan gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie van Gezondheidscentrum West. Deze aantallen vallen wat lager uit dan het landelijk gemiddelde, omdat Gezondheidscentrum West relatief minder kinderen en ouderen heeft onder de patiëntenpopulatie. Hiervoor is een bewerking gebruikt van de cijfers van Te Brake et al. (2007).

Allereerst valt op dat het aantal spreekuurconsulten van minder dan 20 minuten (verreweg de meest voorkomende contactsoort) in gezondheidscentrum ongeveer 19% lager is dan verwacht. Ook visites onder de 20 minuten komen minder voor, maar visites boven de 20 minuten juist meer. Telefonische contacten en herhaalrecepten laten een normaal beeld zien. Hoewel e-mailconsulten niet zoveel voorkomen, is de frequentie daarvan in Gezondheidscentrum West relatief hoog, 38 per 1000 ingeschreven patiënten, terwijl dat landelijk 3,8 is. Dit valt vooral te verklaren doordat de meerderheid van de praktijken helemaal geen e-mailconsulten doet.

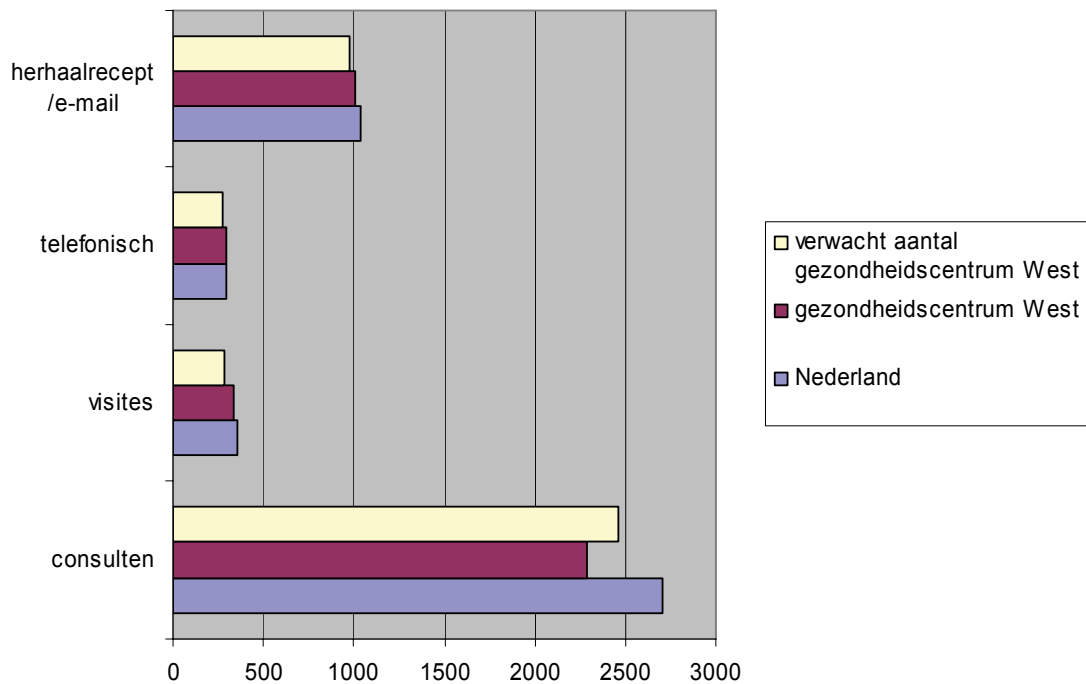
Figuur 4.7: Aantal contacten per 1000 ingeschreven patiënten, uitgesplitst naar contactsoort; Gezondheidscentrum West en Nederland



* Bron: te Brake et al., 2007.

Wanneer we de contacten uitdrukken in consulteenheden (figuur 4.8) zien we alleen een duidelijk verschil in het aantal spreekuurconsulten, dat ligt in Gezondheidscentrum West ongeveer 16% lager dan het landelijk gemiddelde. Ongeveer 9% is toe te schrijven aan de andere leeftijdsopbouw. Na correctie hiervoor is het aantal consulten (in consulteenheden uitgedrukt) nog altijd 7% minder. Het aantal visites overtreft de verwachte frequentie met ongeveer 21%. Het aantal telefonische contacten is ongeveer 9% meer dan verwacht. Alle consulteenheden bij elkaar opgeteld, komt Gezondheidscentrum West uit op 3.937 per 1.000 ingeschreven patiënten, ongeveer 1,5% onder het verwachte aantal.

Figuur 4.8: Aantal contacten per 1000 ingeschreven patiënten, gewogen naar consult-eenheid; Gezondheidscentrum West en Nederland



* Bron: te Brake et al., 2007.

De inhoud van de contacten

Gedurende het jaar 2006 werd aan 14522 dossiercontacten een diagnose- of symptoom-code gekoppeld (ICPC). Dat was bijna de helft van de contacten. In tabel 4.2 wordt een top-20 van de meest gecodeerde diagnoses en symptomen gegeven. Omdat ruim de helft van de contacten niet is gecodeerd, kan dit niet worden beschouwd als representatief voor alle gepresenteerde morbiditeit. Sommige medewerkers coderen vollediger dan andere. Bovendien worden sommige diagnoses beter geregistreerd. Wel kan op basis van deze registratie iets worden gezegd over de verdeling van type klachten tussen de verschillende zorgverleners. In de volgende paragraaf wordt hier dieper op ingegaan.

Tabel 4.2: Top-20 meest voorkomende diagnose /symptoomcodes (absolute aantallen in het jaar 2006, alle medewerkers samen)

	Diagnose / symptoom	N
1	Diabetes mellitus	1.589
2	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	628
3	Urineweginfectie	377
4	Lage rugpijn zonder uitstraling	284
5	Knie symptomen/klachten	232
6	Rug symptomen /klachten	222
7	Acute infectie bovenste luchtwegen	215
8	Wratten	210
9	Hoesten	202
10	Tabakmisbruik	188
11	Schouder syndroom	167
12	Borstkassymptomen/klachten	162
13	Maligniteit borst vrouw*	161
14	Voet/teen symptomen klachten	157
15	Emfyseem COPD	156
16	Andere gelokaliseerde buikpijn	153
17	Schouder symptomen/klachten	134
18	Neksymptomen/klachten	133
19	Moeheid/zwakte	122
20	Heupsymptomen/klachten	122

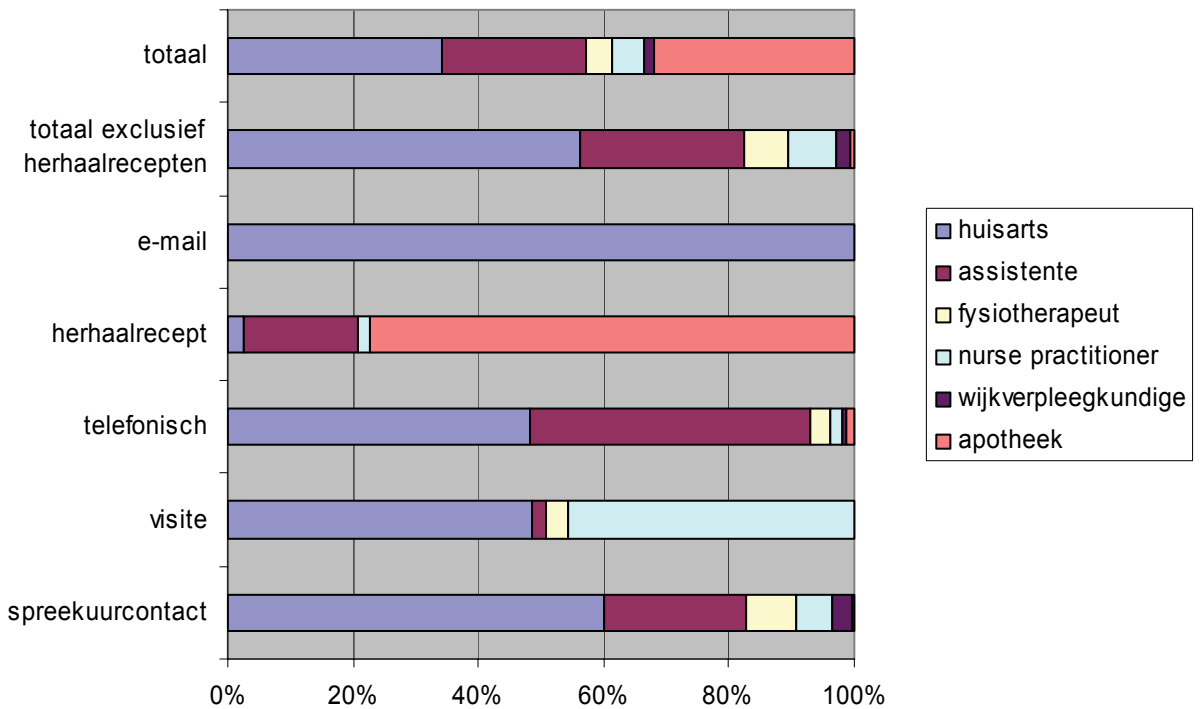
* Heeft meestal betrekking op screening op screening voor bevolkingsonderzoek.

4.5 Wie doet wat in Gezondheidscentrum West?

In hoeverre vindt de beoogde substitutie van werk plaats? Figuur 4.9 geeft een indruk van de verdeling van het werk over de verschillende zorgverleners. Omdat herhaalrecepten over het algemeen eerder administratieve handelingen zijn dan werkelijke contacten, is ook het totaal weergegeven zonder herhaalrecepten.

Wanneer de herhaalrecepten buiten beschouwing worden gelaten, nemen huisartsen nog altijd het grootste deel van de contacten voor hun rekening, ruim 56%. De rest wordt gedaan door andere disciplines. Doktersassistenten doen ruim 26 % van de contacten (zonder herhaalrecepten), de diagnostisch fysiotherapeut doet ongeveer 7% en de NP bijna 8%, de diabetesverpleegkundige doet minder dan een procent van de contacten.

Figuur 4.9: Aandeel van elk type medewerker per soort contact



Hieronder zal iets dieper worden ingegaan op de aard van de contacten van de verschillende zorgverleners.

Huisartsen

Zoals gezegd nemen de huisartsen het grootste deel van de contacten voor hun rekening. In 2006 waren dat 15520 contacten. Ruim 77% daarvan waren spreekuurcontacten, 17,5% zijn telefonische contacten en 5% zijn visites. Andere contacten worden nauwelijks gedaan door huisartsen. Over het algemeen worden voor de huisarts enkele consulten gedeclareerd, dat wil zeggen van tien minuten. Ongeveer 8% van de spreekuurconsulten duurt langer dan 20 minuten. Ongeveer 5% van de visites duurt langer dan 20 minuten, dit is op het totale aantal contacten van huisartsen verwaarloosbaar (in 2006 kwam het 37 keer voor). Huisartsen zijn de enige zorgverleners die wel eens e-mailconsulten doen. In 2006 gebeurde dat 363 keer

In tabel 4.3 wordt de top-15 weergegeven van meest geregistreerde diagnoses door de huisarts. In deze top-15 staan klachten die ook in eerdere studies (van der Linden et al., 2004) naar voren kwamen als veel voorkomend in de huisartspraktijk zoals diabetes, hypertensie, luchtweginfecties en hoesten.

Tabel 4.3: Top-15 meest voorkomende diagnose /symptoomcodes bij contacten met de huisarts (aantal contacten in 2006)

	Diagnose /symptoom	N
1	Diabetes mellitus	223
2	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	154
3	Acute infectie bovenste luchtwegen	82
4	Hoesten	78
5	Emfyseem COPD	71
6	Moeheid/zwakte	66
7	Borstkassymptomen/klachten	60
8	Contact eczeem/ander eczeem	54
9	Andere gelokaliseerde buikpijn	54
10	Wratten	53
11	Andere ziekte bewegingsapparaat	47
12	Acute bronchitis	42
13	Otitis externa	42
14	Dermatomycose	41
15	Lage rugpijn zonder uitstraling	41

Assistenten

In 2006 werden 10787 gedeclareerde contacten door doktersassistenten gedaan. Ook bij de doktersassistenten maken consulten in de praktijk het grootste deel hiervan uit, bijna 42%. Dit zijn vrijwel allemaal enkele consulten, slechts 2% van deze consulten was langer dan 20 minuten. De rest bestaat vooral uit herhaalrecepten (33%) en telefonische consulten (23%).

In tabel 4.4 is de top-15 van diagnoses weergegeven die op naam van een assistente zijn geregistreerd. Ook hier staan respectievelijk diabetes en hypertensie op 1 en 2. Uiteraard gaat het hier over het algemeen om de code van een ‘ziekte-episode’ en zal de rol van de assistente hierin wezenlijk anders zijn (alleen bloeddruk meten of bloed prikken) dan die van de huisarts. Ook bij de diagnose ‘acuut myocardinfarct’ gaat het om vervolgcontacten en niet om het eerste contact bij een dergelijke aandoening. Verder vinden we enkele bekende diagnoses die tot het werkerrein van assistentes behoren, zoals wratten (waarvoor een speciaal spreekuur is) en urineweginfecties.

Tabel 4.4: Top-15 meest voorkomende diagnose- /symptoomcodes bij contacten met de doktersassistente (aantal contacten in 2006)

	Diagnose /symptoom	N
1	Diabetes mellitus	594
2	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	355
3	Urinewegsinfectie	308
4	Maligniteit borst vrouw	136
5	Wratten	128
6	Andere ziekte spijsverteringsorganen	98
7	Zwangerschap bevestigd	87
8	Maligniteit colon/rectum*	68
9	Hoesten	66
10	Acuut myocardinfarct	64
11	Vitamine/voedingsdeficiëntie	64
12	Andere gelokaliseerde buikpijn	61
13	Decompensatio cordis	54
14	Emfyseem/COPD	51
15	Rug symptomen/klachten	50

* Vermoedelijk registratiefout.

Diagnostisch fysiotherapeut

In 2006 werden 1848 contacten gedeclareerd die door de diagnostisch fysiotherapeut werden verricht. Ruim 87% daarvan waren spreekuurcontacten. In negen van de tien gevallen betrof dat een contact van langer dan 20 minuten. De overige contacten waren voornamelijk telefonische contacten (ongeveer 9,5%) en enkele visites (ongeveer 3%) ook deze visites zijn vrijwel altijd langer dan 20 minuten (56 keer in 2006).

De meest voorkomende diagnoses die door de diagnostisch fysiotherapeut werden geregistreerd, zijn weergegeven in tabel 4.5. Uiteraard hebben al deze klachten te maken met het bewegingsapparaat. Meest voorkomend probleem is lage rugpijn zonder uitstraling. Een code die we ook bij de huisarts nog steeds veel tegenkomen, maar steeds vaker bij de diagnostisch fysiotherapeut. Verder komen vooral knie- en schouderklachten veel voor.

Tabel 4.5: Top-15 meest voorkomende diagnose /symptoomcodes bij contacten met de diagnostisch fysiotherapeut (aantal contacten in 2006)

	Diagnose /symptoom	N
1	Lage rugpijn zonder uitstraling	200
2	Knie symptomen/klachten	181
3	Schouder syndroom/PHS	151
4	Rug symptomen/klachten	146
5	Voet/teen symptomen/klachten	109
6	Schouder symptomen/klachten	82
7	Heupsymptomen/klachten	75
8	Nek symptomen/klachten	74
9	Hand/vinger symptomen/klachten	70
10	Been/dijbeen symptomen/klachten	67
11	Pols symptomen/klachten	55
12	Epycondylitis lateralis	55
13	Verstuiking / distorsie enkel	53
14	Borstkas symptomen klachten	51
15	Enkel symptomen / klachten	48

Nurse practitioner

In 2006 werden 2404 contacten gedeclareerd die door de NP werden verricht. Bijna de helft (48%) daarvan waren spreekuurcontacten. Een opvallend groot deel van de contacten van de NP waren huisvisites, ruim 30%. Daarmee doet zij ongeveer 46% van alle visites. De NP doet relatief weinig telefonische contacten, ongeveer 4%. De NP schreef ook regelmatig een herhaalrecept uit, 391 keer (ruim 16% van haar contacten). Van de spreekuurcontacten duurt bijna 28% langer dan 20 minuten. Visites duren in de meeste gevallen (85%) langer dan 20 minuten. Helaas is slechts aan een klein gedeelte van de contacten van de NP een ICPC-code toegekend. We volstaan daarom met een top-5 (tabel 4.6). Deze lijst wordt aangevoerd door luchtweginfectie en hoesten.

Tabel 4.6: Top-5 meest voorkomende diagnose /symptoomcodes bij contacten met de NP

	Diagnose /symptoom	N
1	Acute infectie bovenste luchtwegen	28
2	Hoesten	26
3	Decompensatio cordis	23
4	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	23
5	Otitis externa	22

Diabetesverpleegkundige

De diabetesverpleegkundige nam 671 contacten voor haar rekening in het jaar 2006. Het ging daarbij in drie kwart van de gevallen om controles van diabetespatiënten en in een kwart van de gevallen om consulten op het stoppen-met-roken- spreekuur. Deze worden vrijwel altijd als enkele consulten gedeclareerd.

Apotheek

Uiteraard bestaat het aandeel contacten dat op naam van de apotheek geregistreerd staat, uit vrijwel alleen herhaalrecepten (99%). Maar liefst 77% van alle herhaalrecepten werden in 2006 door de apotheek gedaan. Dat zijn 14418 recepten. Een enkele keer komt het voor dat vanuit de apotheek een telefonisch consult wordt gedaan, (dat kwam 81 keer voor) en soms een consult in de apotheek (57 keer).

4.6 M & I verrichtingen

Met ingang van 2006 is er een lijst met specifieke prestaties in het kader van modernisering en innovatie (M&I). Door speciale tarieven hieraan toe te kennen wordt getracht verrichtingen die ook door huisartsen kunnen worden gedaan, uit de tweede lijn te houden. Een M&I-verrichting kan alleen in rekening worden gebracht als de huisarts voor deze verrichting een overeenkomst heeft met de desbetreffende zorgverzekeraar.

Omdat bij de opzet van Gezondheidscentrum West een grote nadruk ligt op juist innovatie, zijn deze verrichting interessant om onder de loep te nemen en na te gaan hoe deze zich verhouden tot landelijke (gemiddelde) cijfers.

In tabel 4.7 worden alle gedeclareerde '1300-codes' (de declaratiecodes voor M&I-verrichtingen) weergegeven voor Gezondheidscentrum West en voor LINH. LINH kan worden beschouwd als representatief voor Nederland. De aantallen zijn uitgedrukt per 1000 ingeschreven patiënten, per jaar.

In het algemeen blijkt dat er in Gezondheidscentrum West ongeveer 40% minder M&I-verrichtingen worden gedeclareerd dan het landelijke gemiddelde; 87 per 1000 ingeschreven patiënten, tegen 146 landelijk. Aan de ene kant is er een aantal verrichtingen dat relatief vaak wordt gedeclareerd. Bijvoorbeeld verrichtingen ter vervanging van specialistenbezoek, reizigersadvisering en het inbrengen of verwijderen van IUD's. Daar tegenover staat een aantal verrichtingen die in veel praktijken wel plaatsvinden maar in Gezondheidscentrum West niet of veel minder zoals audiometrie en longfunctiemeting. Overigens weerspiegelt het declareren van M&I-verrichtingen niet geheel de zorg die wordt geleverd, het kan zijn dat de betreffende verrichtingen wel degelijk plaatsvinden maar niet worden gedeclareerd omdat daar geen contract met de zorgverzekeraar voor is. Zo wordt bijvoorbeeld begeleiding en structurele controle van diabetespatiënten wel degelijk gedaan door de diabetesverpleegkundige, maar dit wordt niet als M&I-verrichting gedeclareerd. Spirometrie vindt doorgaans plaats bij het huisartsenlab in de buurt. Van de M&I-verrichtingen die worden declareerd in Gezondheidscentrum West, is kleine chirurgie de meest voorkomende.

Verder is het van belang er op te wijzen dat het landelijk gemiddelde wordt vertekend doordat veel verrichtingen in praktijken of wel, of niet voorkomen. Een voorbeeld: in praktijken die niet over een audiometer beschikken, zal het aantal audiometrie-verrichtingen uiteraard nul zijn, terwijl het in de praktijken met een audiometer vaak hoger zal liggen dan het landelijk gemiddelde.

Tabel 4.7: Aantal gedeclareerde M&I-verrichtingen in 2006 per 1000 ingeschreven patiënten. Gezondheidscentrum West vergeleken met landelijke cijfers van LINH

	Code	Aantal NL*	Aantal Gezondheidscentrum West
Audiometrie	13000	3,66	0
Diagnostiek met behulp van Doppler	13001	2,04	0
Allergietest	13002	1,19	0
Tympanometrie	13003	0,85	0
Longfunctiemeting (= spirometrie)	13004	12,64	0
ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt)	13005	5,66	0
Spleetlamponderzoek	13006	1,83	0
Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting	13008	1,40	0
Teledermatologie	13009	0,21	0,11
Cognitieve functietest (MMSE)	13010	0,68	0
Hartritmestoornissen	13011	0,34	0
Chirurgie	13012	28,98	25,17
Chirurgie in geval van cosmetiek	13013	0,09	0
Tapen	13014	2,26	0,64
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015	2,26	0,11
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, in de praktijk	13016	6,94	8,49
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, thuis	13017	0,94	1,27
Verrichting ter vervanging specialistenbezoek	13018	12,47	21,03
Trombosebeen	13019	0,04	0,11
Varices sclerosering	13020	0,00	0
Varices sclerosering in geval van cosmetiek	13021	0,00	0
Desensibilisatiekuur	13022	0,89	0,64
Therapeutische injectie (Cyriax)	13023	16,60	6,16
Oogboring	13024	1,11	0,21
Aanmeten en plaatsen pessarium	13025	1,91	0,85
Urinekatheterisatie	13026	1,23	1,27
MRSA-screening	13027	0,21	0,10
Otitis externa	13028	0,68	0
Diabetes begeleiding per jaar	13029	15,36	0
Diabetes – instellen op insuline	13030	0,51	0
COPD-gestructureerde zorg per jaar	13031	1,06	0
Palliatieve consultatie, visite	13032	0,00	0
Palliatieve consultatie, telefonisch	13033	0,00	0
Intensieve zorg, visite, dag	13034	7,74	3,61
Intensieve zorg, visite langer dan 20 minuten, dag	13035	4,64	0,11
Intensieve zorg, ANW visite	13036	0,51	0
Intensieve zorg, ANW visite langer dan 20 minuten	13037	0,72	0
Euthanasie	13038	0,13	0,11
Reizigersadvisering	13039	4,13	10,62
Sterilisatie man	13040	0,04	0
Besnijden	13041	0,34	0
IUD inbrengen/ Implanteren c.q. verwijderen implanonstaafje	13042	3,53	6,69
Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis	13043	0,38	0
Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang	13044	0,21	0
Module Abdominale echografie	13045	0,00	0
Totaal per 1.000 ingeschreven patiënten		146,26	87,30

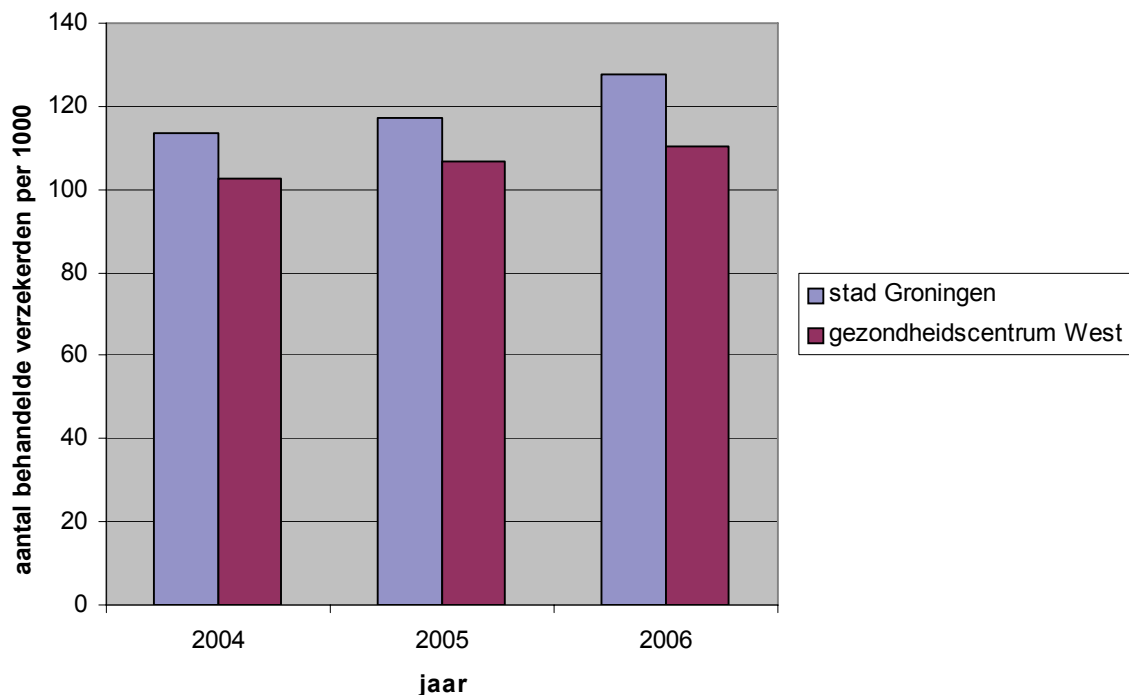
* Bron: Te Brake et al.(2006).

Code 13007 is buiten beschouwing gelaten, omdat deze alleen van toepassing is op de Waddeneilanden.

4.7 Verwijzingen naar de fysiotherapeut

Verreweg het grootste gedeelte van de verwijzingen dat landelijk plaatsvindt binnen de eerste lijn is naar fysiotherapeuten. Volgens cijfers van LINH verwezen huisartsen in 2005 gemiddeld 72 keer per 1000 ingeschreven patiënten naar de fysiotherapeut.

Figuur 4.10: Aantal patiënten dat werd behandeld door een fysiotherapeut buiten het gezondheidscentrum voor niet-chronische klachten per 1000 ingeschreven Menzis verzekerden per jaar, gezondheidscentrum West en stad Groningen



In Gezondheidscentrum West handelt de diagnostisch fysiotherapeut ongeveer 80% van alle contacten zelf af, in 20% wordt verwezen naar een behandelend fysiotherapeut. In figuur 4.10 is het aantal patiënten weergegeven dat werd behandeld door een fysiotherapeut buiten Gezondheidscentrum West in de stad Groningen en onder de populatie van Gezondheidscentrum West. We geven alleen de niet-chronische problemen weer omdat chronische problemen die al langer worden behandeld niet op korte termijn beïnvloedbaar zijn vanuit het gezondheidcentrum. Veel van deze mensen waren immers al onder behandeling van een fysiotherapeut voor de komst van de diagnostisch fysiotherapeut. Zowel voor- als na de komst van de diagnostisch fysiotherapeut was het aantal behandelde verzekerden onder de populatie van Gezondheidscentrum West lager dan gemiddeld in de stad. Het verschil is iets groter geworden; in 2004 was het verschil tussen Gezondheidscentrum West en de stad Groningen ongeveer 10%, in 2006 was dat 14%. In 2006 is er voor het eerst een statistisch significant verschil ($p < 0.005$) tussen Gezondheidscentrum West en de stad Groningen. De kosten per ingeschreven verzekerde waren in Gezondheidscentrum West 29 cent lager.

4.8 Conclusie

Sinds de opening van Gezondheidscentrum West is de omvang van de patiëntenpopulatie toegenomen. Vooral nog is deze groei bescheiden te noemen, ruim 7%. Zoals al in hoofdstuk 3 (3.4) werd aangegeven, lijkt er nog ruimte te zijn voor groei. Het is de vraag in hoeverre er voldoende vraag in de omgeving van Gezondheidscentrum West is om dit te realiseren. Zeker gezien het grote aandeel relatief jonge mensen onder de populatie zou met de capaciteit van Gezondheidscentrum West meer patiënten kunnen worden bediend.

Wanneer we kijken naar de aantallen en soorten contacten die in Gezondheidscentrum West plaatsvinden, zien we een 'normaal' beeld. De gemiddelde contactfrequentie ligt iets lager dan gemiddeld, na correctie voor de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie verdwijnt dit verschil grotendeels. De verdeling tussen de soorten contacten komt redelijk overeen met het landelijke beeld. Zeker als we dit uitdrukken in consulteenheden. Wel valt op dat waar substitutie van werk plaatsvindt, dit ook vaak tot relatief lange contacten leidt. Zo is praktisch ieder consult van de diagnostisch fysiotherapeut een dubbel consult.

Substitutie van taken is op verschillende plekken van de grond gekomen. Zo wordt respectievelijk 7% van de contacten door de diagnostisch fysiotherapeut en 8% van de contacten door de NP gedaan. De diabetesverpleegkundige neemt een groot deel van de contacten voor diabetes voor haar rekening, ruim 500. Dat is bijna net zo veel is als de huisartsen samen. Toch lijkt er nog ruimte te zijn om de mogelijkheden op het vlak van substitutie uit te breiden.

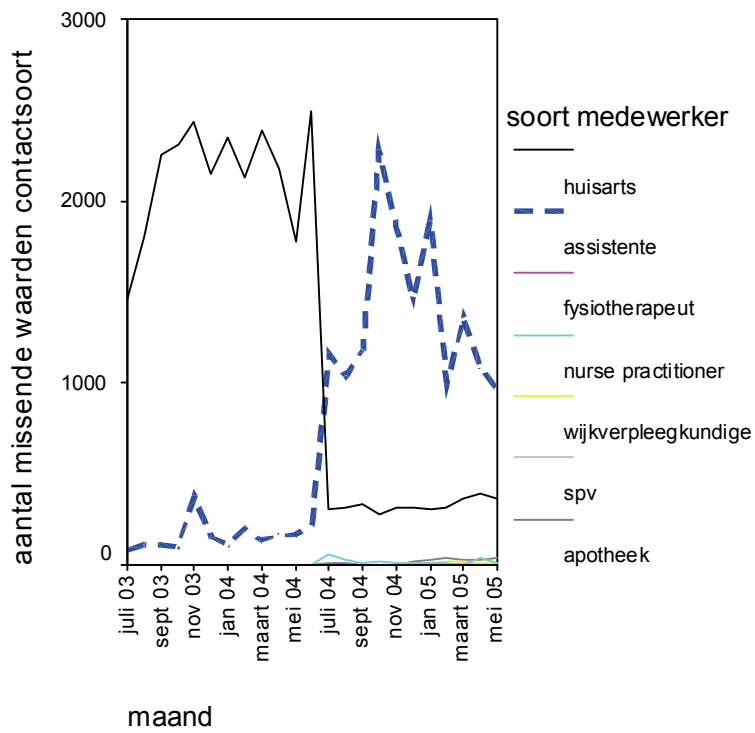
In de eerste plaats zien we op de lijst van meest voorkomende klachten die bij de huisarts terecht komen nog altijd zaken die in veel gevallen delegerbaar zijn; wratten, hoesten, hypertensie, lage rugpijn. In de tweede plaats zien we dat enkele mogelijkheden die in veel huisartspraktijken al sinds jaren worden toegepast, in Gezondheidscentrum West nog niet ten volle worden benut. Een voorbeeld daarvan is de inzet van praktijkondersteuners op HBO-niveau (POH), in het geval van Gezondheidscentrum West een diabetesverpleegkundige. Veel praktijken zetten deze POH's ook in voor spreekuren voor en controles van patiënten met astma / COPD of hart- en vaatziekten (Van den Berg & Simkens, 2006).

De diagnostisch fysiotherapeut houdt zich uitsluitend bezig met zaken die betrekking hebben op het houdings- en bewegingsapparaat. In 2006 nam hij 1848 contacten voor zijn rekening. Hoe groot het *aandeel* van alle klachten aan het bewegingsapparaat is dat de diagnostisch fysiotherapeut voor zijn rekening neemt, is lastig precies te bepalen omdat veel contacten van de huisartsen niet zijn gecodeerd. De diagnostisch fysiotherapeut verwijst 20% van de door hem geziene patiënten door naar een behandelend fysiotherapeut. Het aantal verwijzingen naar een behandelend fysiotherapeut van het centrum als geheel ligt de afgelopen jaren consequent beneden het stedelijk gemiddelde.

De NP legt vooral veel visites af. Omdat deze visites in de meeste gevallen lang duren, heeft Gezondheidscentrum West voor de aard van de patiëntenpopulatie een groot aantal visites. Uitgedrukt in consulteenheden ligt het aantal visites weliswaar iets onder het landelijk gemiddelde (ongeveer 0,34 per patiënt, per jaar tegen 0,35 landelijk). Daarbij moet echter rekening worden gehouden met dat huisvisites vrijwel exclusief worden afgelegd bij patiënten die 65 jaar of ouder zijn en in de meeste gevallen zelfs 75 jaar of ouder. Juist deze oudere patiënten zijn in de populatie van Gezondheidscentrum West ondervetegenwoordigd. Op basis van de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie zouden we ongeveer 80% van het landelijk gemiddelde verwachten (ongeveer 0,28 visites per patiënt, per jaar). Gezondheidscentrum West is dus zonder meer ruimhartig in het afleggen van visites.

Wanneer we tot slot kijken naar het aantal behandelingen die patiënten ondergaan bij medisch specialisten, zien we dat ook hier weinig grote verschillen zijn met cijfers van de rest van de stad Groningen. Wanneer we wel verschillen vonden, waren de cijfers van Gezondheidscentrum West lager dan in de rest van de stad Groningen.

Bijlage 4.1: Missende waarden op de variabele ‘contactsoort’ naar soort medewerker



5 Doelmatig van huisartsenpraktijk naar Gezondheidscentrum Groningen West?

M A. Koopmanschap, iMTA

5.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn zorggebruik, zorgaanbod en substitutie uitgebreid aan bod gekomen. In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van een deelonderzoek dat zich vooral richt op de economische implicaties van deze organisatorische veranderingen die plaatsvonden bij de overgang van huisartsenpraktijk naar Gezondheidscentrum West.

De centrale vraagstelling binnen dit deelonderzoek is de volgende:

Welke invloed heeft de invoering van gedifferentieerde taakverschuiving in Gezondheidscentrum West Groningen op de zorgkosten, op de omvang van de medische dienstverlening en op de verhouding tussen inkomsten en kosten?

Deze vraag is verder toegelicht in hoofdstuk 2. De deelstudie waarvan in dit hoofdstuk verslag wordt gedaan is uitgevoerd door het Institute for Medical Technology Assessment, Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Hierbij is gebruik gemaakt van financiële jaarverslagen, declaratiegegevens van Menzis en gegevens die zijn geëxtraheerd uit het HIS.

De omvang van de dienstverlening en kosten en opbrengsten binnen de huisartszorg komen aan de orde in paragraaf 5.2. In paragraaf 5.3 worden de vervolgstapen berekend.

5.2 Kosten en opbrengsten binnen de huisartszorg

Kosten van de drie praktijken 2001-2003

Op grond van de inventarisatie van de financiële jaarverslagen van de 3 huisartsenpraktijken (1) bedroegen de totale kosten van de 3 praktijken samen gemiddeld 647.000 euro per jaar in de periode 2001-2003 (zie ook tabel 5.1). Het totale aantal verzekerden bedroeg in juli 2001 6820 en in juli 2003 8659. Gemiddeld over de periode 2001-2003 waren er 7790 verzekerden. De kosten binnen de huisartszorg bedroegen per verzekerde gemiddeld **83 euro** over de periode 2001-2003. Voor Nederland (2002) raamde het CBS de gemiddelde kosten op **101 euro** per inwoner. Deze totale kosten betreffen alle kosten die voor de praktijkvoering gemaakt worden, plus een resterend winstinkomen voor de huisartsen.

Kosten van het gezondheidscentrum 2005-2006

Voor het jaar 2005 en 2006 bedroegen de totale kosten van het Gezondheidscentrum West volgens de financiële jaarverslagen (2) 1,1 miljoen euro per jaar, zie tabel 5.1. In het jaar 2005 stonden ongeveer 9100 verzekerden ingeschreven; de kosten per verzekerde bedroegen daarmee gemiddeld **123 euro**. In 2006 waren ongeveer 9500 verzekerden ingeschreven en bedroegen de kosten per verzekerde gemiddeld **125 euro**. Landelijk

bedroegen de kosten per inwoner **105 euro** in 2005 en **124 euro** in 2006. (CBS Statline, 2007).

Vergelijking praktijken met het gezondheidscentrum

In tabel 5.1 worden de kosten en opbrengsten binnen de huisartszorg in meer detail vergeleken: de oude situatie (periode 2001-2003) met drie aparte huisartspraktijken versus het gezondheidscentrum (periode 2005-2006). De kosten voor beide perioden zijn onderverdeeld in vergelijkbare categorieën. De huisartsen zijn in 2005 en 2006 in loondienst bij het gezondheidscentrum, net als de rest van het personeel.

Bij deze vergelijking valt op dat de totale kosten van het gezondheidscentrum in 2005-2006 een stuk hoger liggen dan de kosten van de drie huisartsenpraktijken samen over de jaren 2001-2003. De toename bedraagt ongeveer 75%, gecorrigeerd voor inflatie is de toename iets lager: 67%.

Deze sterke toename is terug te vinden bij de meeste kostenposten, maar geldt met name voor (niet arts-) personeelskosten, huisvestingskosten, algemene kosten (zoals ICT, accountant, kosten van waarneming en dokterstelefoon) en afschrijvingen. De personeelskosten van de huisartsen zelf zijn licht gedaald, maar zijn enigszins hoger (ruim 100.000 euro) dan gebruikelijk volgens de CAO voor huisartsen in loondienst.

De huisvestingskosten van het gezondheidscentrum zijn relatief hoog, omdat op dit moment de gebruikte oppervlakte een stuk groter is dan de landelijke norm. De 230 vierkante meter extra oppervlakte (dat wil zeggen boven de norm) vergt naar schatting van Menzis jaarlijks 40.000 euro extra huisvestingskosten. Ook de personeelskosten zijn relatief hoog bij het gezondheidscentrum, als gevolg van een relatief ruime personeelsformatie van 8,8 fte voor niet-huisartsen in 2006 (zie ook tabel 3.1).

Een deel van de hogere kosten in 2005 en 2006 heeft waarschijnlijk te maken met de start en de ontwikkeling van het centrum en zou in een stabielere situatie (vanaf 2007) lager kunnen uitvallen. Wat betreft ICT is in 2005 naar schatting 16.000 euro aan extra kosten gemaakt, die niet structureel doorwerken. Tevens geldt dat voor 2005 en 2006 de extra inrichtingskosten voor administratie en overige overhead kunnen worden geraamd op € 40.000 per jaar. De extra zorginhoudelijke ontwikkelingskosten kunnen worden geraamd op € 47.000 per jaar. Dit is gebaseerd op de extra huisarts die ten behoeve van dit doel is ingezet.

Tevens geldt dat een deel van de hogere kosten het gevolg is van het feit dat het gezondheidscentrum 5 dagen per week en 52 weken per jaar bereikbaar is. Deze bereikbaarheid en de daarmee gepaard gaande kosten zou kunnen zorgen voor een hogere kwaliteit van de dienstverlening en een hogere tevredenheid van de patiënten, zie hoofdstuk 7.

Tabel 5.1: Kosten binnen de huisartszorg voor de periode 2001-2003 en 2005

	Huisartsen totaal 2001-03	% van totaal	Gezondheids- centrum 2005	% van totaal	Gezondheids- centrum 2006	% van totaal
Kosten						
Personeelskosten (excl huisartsen)	100.868	16%	302.002	27%	415.494	35%
Autokosten	7.405	1%	7.429	1%	2193	0%
Huisvestingskosten*	30.470	5%	97.013	9%	121.783	10%
<i>Algemene kosten</i>						
Telefoon, kantoorbenod, porti, overig	18.137	3%	34.256	3%	35.946	3%
ICT	10.314	2%	48.244	4%	31.531	3%
Verzekeringen	1.939	0%	13.106	1%	6.495	1%
Accountant en advies	15.616	2%	32.616	3%	38.412	3%
Vergaderkosten/advertenties	4.371	1%	4.510	0%	10.310	1%
Scholing, contributie, vakliteratuur	10.481	2%	5.864	1%	13.366	1%
Waarneming en dokterstelefoon	6.454	1%	46.887	4%	24.554	2%
instrumenten en medicamenten	4.515	1%	1.014	0%	10.610	1%
Inrichting en onderhoud inventaris	4.087	1%	16.202	1%	2.217	0%
Wasserij, huishoudelijk	604	0%	3.571	0%	1.355	0%
Bijdrage Fa-med		0%	13.921	1%	0	0%
Totaal algemene kosten	76.519	12%	220.191	20%	174.796	15%
Interest	11.188	2%	41.816	4%	53.166	4%
Afschrijvingen	10.580	2%	94.524	9%	85.762	7%
Privégebruiken	-1.304	0%		0%	0	0%
Premie pensioenfonds huisartsen	51.244	8%	0	0%	0	0%
Premie arbeidsongeschiktheidsverzekering	27.713	4%				
Personeelskosten huisartsen	333.272	51%	339.715	31%	338.322	28%
Totale kosten incl huisartsinkomen	647360	100%	1.102.690	100%	1.191.246	100%
Totale kosten prijs peil 2006	688.791		1.117.024		1.191.246	
<i>Opbrengsten</i>						
Honoraria e.d.	647.360		1.042.381		1.122.083	
RIZ-gelden	0		699.748		976.724	
			340.000		185.000	
Winst	0		-60.309		-69.163	

* Een deel van de huisvestingskosten van het gezondheidscentrum is doorberekend naar de apotheek.

** Nog voorlopige cijfers, aan discussie onderhevig.

Bron: financiële jaarverslagen 2001-2003, 2005 en 2006.

Opbrengsten en kosten

De opbrengsten van de huisartsactiviteiten bestaan vooral uit honoraria van ziektekostenverzekeraars en cliënten. In 2005 kon 63% van de totale kosten van het gezondheidscentrum worden gedekt uit de opbrengsten van honoraria. Het gezondheidscentrum heeft in 2005 een substantieel bedrag (340.000 euro) aan RIZ-gelden (Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondsverzekering) ontvangen van zorgverzekeraar Menzis. In 2006 bedroegen de inkomsten uit honoraria 82% van de totale kosten. Het ontvangen bedrag uit RIZ-gelden was in 2006 substantieel lager dan in 2005 (185.000 euro). Voor het jaar 2005 en 2006 resteert een verlies van respectievelijk 60.000 en 70.000 euro.

Omvang van de dienstverlening en de kosten per contact

De omvang van de dienstverlening binnen de huisartszorg is gebaseerd op het aantal geregistreerde contacten, uit de retrospectieve uitdraai van Promedico, zie tabel 5.2.

Twee zaken vallen op in tabel 5.2: een stijging van het aantal contacten in de tijd en een groot aandeel van de categorie 'onbekend' in het totaal aantal contacten in de periode 2003-2005. Omdat de categorie 'reden onbekend' in de meeste jaren zo omvangrijk is, is het zeer lastig om een relatie te leggen tussen de ontwikkeling van de omvang en samenstelling van de productie enerzijds en de kosten anderzijds.

Tabel 5.2: Omvang en samenstelling van de contacten voor de periode 2003-2006

	Consulten	Herhaal- recept	Telefoon	Visite	Onbekend	Overig	Totaal
2 ^e helft 2003	3.307	2.009	375	143	13.419	0	19.253
1 ^e helft 2004	3.256	2.275	429	152	14.405	0	19.703
2 ^e helft 2004	7.758	4.158	1.890	532	11.704	0	26.042
2005 t/m mei	7.191	6.423	1.805	664	9.753	0	25.836
1 ^e helft 2006	9.313	9.398	2.797	869	0	430	22.829

Voor het schatten van de kosten per contact in 2005 maken we gebruik van het aantal contacten in de 1^e helft van 2006, omdat het aantal contacten in 2006 veel vollediger is geregistreerd (waarschijnlijk vanwege de nieuwe zorgverzekeringswet). Het aantal contacten in het 1^e halfjaar van 2006 bedroeg 22.829. Als we (conservatief) het aantal contacten voor 2005 ramen als 44.000, dan bedroegen de **kosten per contact ruwweg 26,50 euro in 2005**. De kosten per contact in 2006 zullen ongeveer gelijk zijn aan de raming voor 2005, aangezien de totale kosten van het gezondheidscentrum nauwelijks zijn gewijzigd tussen 2005 en 2006.

5.3 Vervolgkosten van huisartszorg

Als gevolg van het handelen van de huisartsen worden er medische vervolgkosten gemaakt. In tabel 5.3 en 5.4 worden volumina en kosten van deze vervolgacties getoond voor de ziekenfondsverzekerden (2003-2005) respectievelijk alle verzekerden (1^e helft 2006) van Menzis.

Tabel 5.3: Gemiddelde zorgvolumina en kosten **per ziekenfondsverzekerde** voor 2003-2004; praktijken/gezondheidscentrum versus de stad Groningen.

Type zorg	2003		2004	
	praktijken	Stad	Praktijken	stad
Kosten medicatie huisarts	263	283	247	278
Kosten medicatie alle voorschrijvers	304	334	290	341
Kosten fysiotherapie 2 ^e hr	25	21	25	24
Kosten oefen therapie	1	1	1	0
Kosten laboratorium	38	41	37	44
Aantal verwijzingen	0.54	0.59	0.54	0.6
Kosten polikliniekbezoeken	168	184	168	187
Aantal opnamen per 100 vz	9,4	10.2	9.2	10.8
Gemiddelde verpleegduur	7.7	7.8	6.9	7.5
Kosten ziekenhuisopnamen	293	324	257	330
Totale vervolggkosten per verzekerde per jaar	854	926	803	925

Het aantal verwijzingen per verzekerde naar de medisch specialist is vrij stabiel in de tijd, zowel bij het centrum als in de stad Groningen (zie tabel 5.3 en 5.4). Het aantal ziekenhuisopnamen per 100 verzekerden is in 2006/2006 beduidend lager dan voorheen. Dit geldt voor het gezondheidscentrum en voor de stad Groningen.

Tabel 5.4: Gemiddelde zorgvolumina en kosten per ziekenfondsverzekerde (2005) en per verzekerde (1^e helft 2006); praktijken/gezondheidscentrum versus de stad Groningen.

Type zorg	2005		2006 1e halfjaar	
	centrum	Stad	Centrum	stad
Kosten medicatie huisarts	249	278	119	117
Kosten medicatie alle voorschrijvers	297	341	148	146
Kosten fysiotherapie	51	49	28	28
Kosten oefen therapie	1	1	0	0
Aantal verwijzingen	0.57	0.59	0.21	0.23
Kosten verwijzingen	980	962	374	399
Aantal Opnamen per 100 verzekerden	7.2	7.2	2.7	2.8
Kosten ziekenhuisopnamen	605	610	248	253
Totale vervolggkosten per verzekerde per jaar	2183	2241	917	943

De belangrijkste vervolggkosten bestaan uit medicatiekosten, kosten van ziekenhuisopnamen en kosten van poliklinische zorg. In de jaren 2003-2004 waren de vervolggkosten per verzekerde bij de praktijken lager dan gemiddeld in de stad Groningen. Hierbij moet bedacht worden dat de leeftijdsopbouw van de ziekenfondsverzekerden verschilt tussen de populatie van de praktijken/gezondheidscentrum en de stad Groningen en daarom deze cijfers niet geheel vergelijkbaar zijn (want oudere patiënten gebruiken in het algemeen meer zorg). Gegevens van Menzis voor 2005 geven aan dat binnen de stad Groningen 48% van de ziekenfondspopulatie ouder was dan 60 jaar, terwijl binnen het gezondheidscentrum slechts 26% van de ziekenfondsverzekerden ouder was dan 60 jaar.

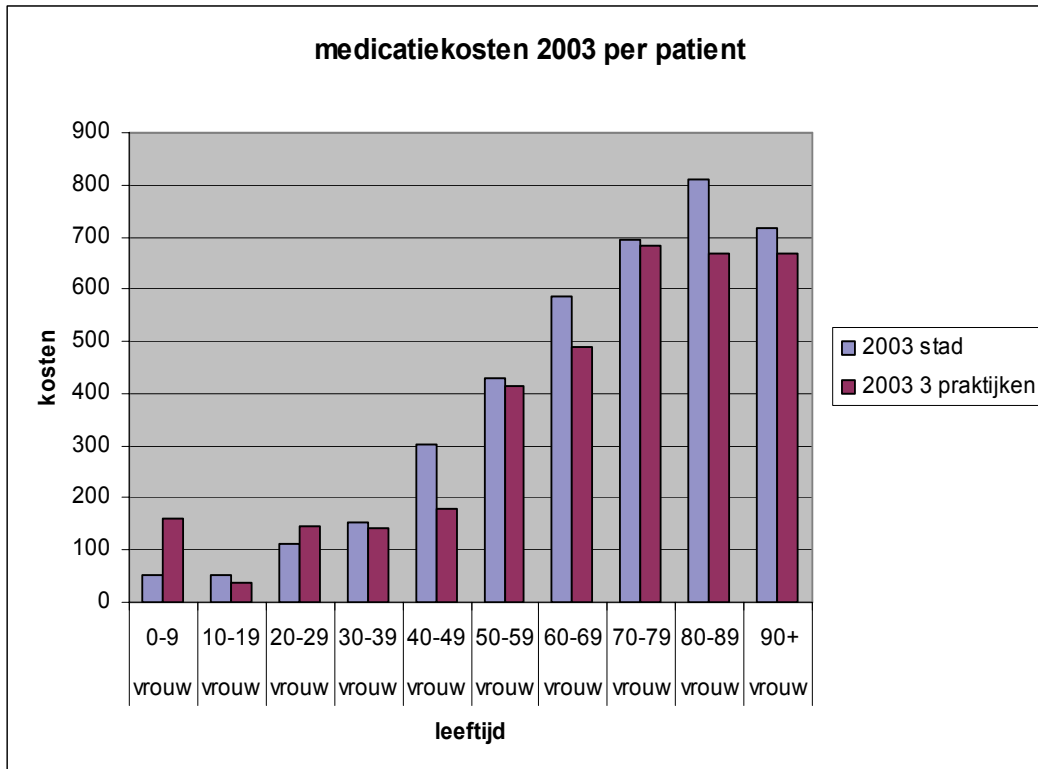
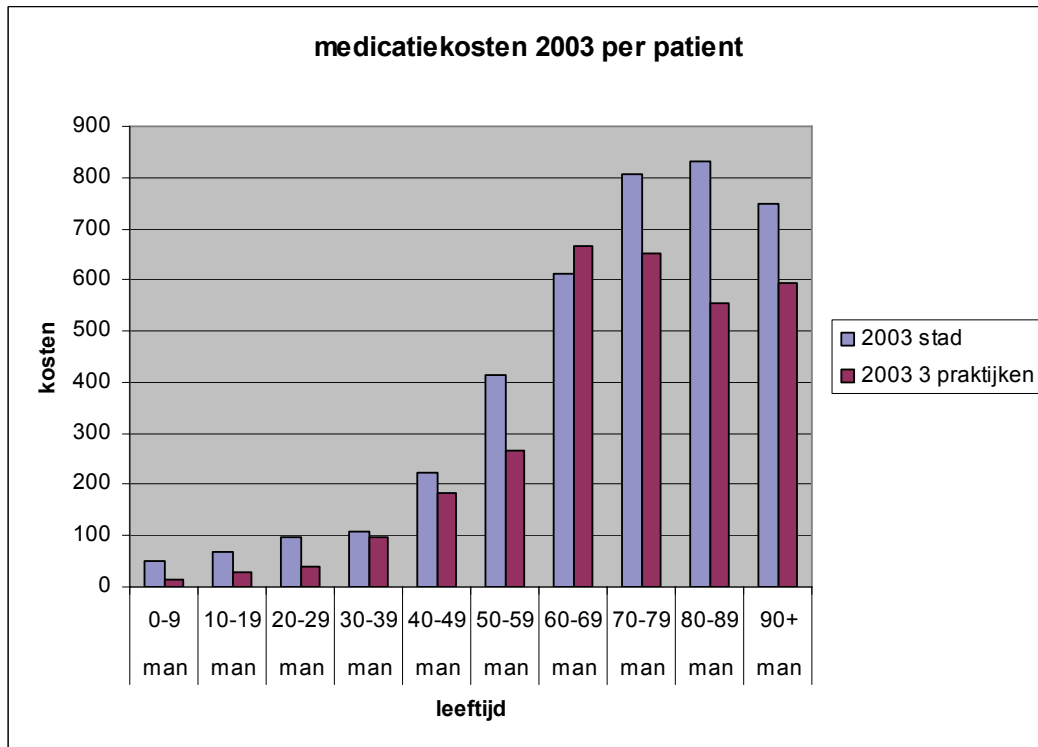
De gemiddelde kosten van fysiotherapie per verzekerde zijn in Gezondheidscentrum West en in Groningen stad in 2005 en 2006 even hoog. Hier worden echter ook alle ‘chronische patiënten’ meegerekend. In het vorige hoofdstuk zagen we dat er wel een klein verschil is ten gunste van Gezondheidscentrum West wanneer we ons beperken tot de niet-chronische klachten.

Medicatiekosten

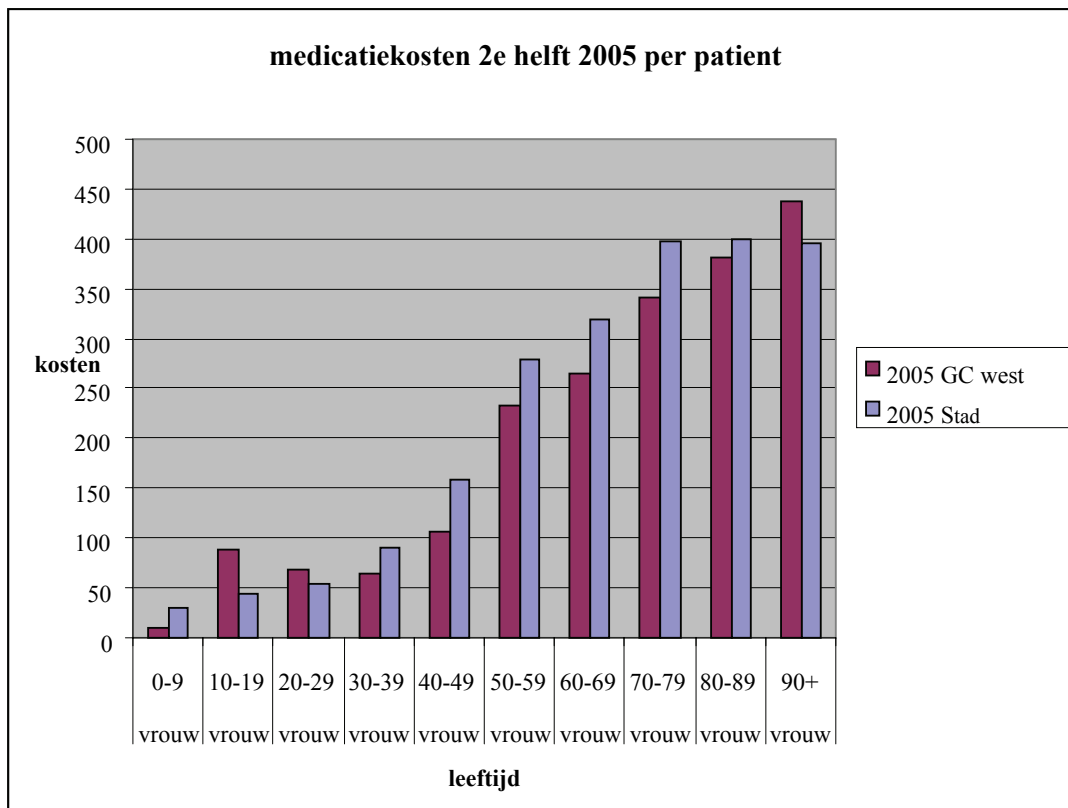
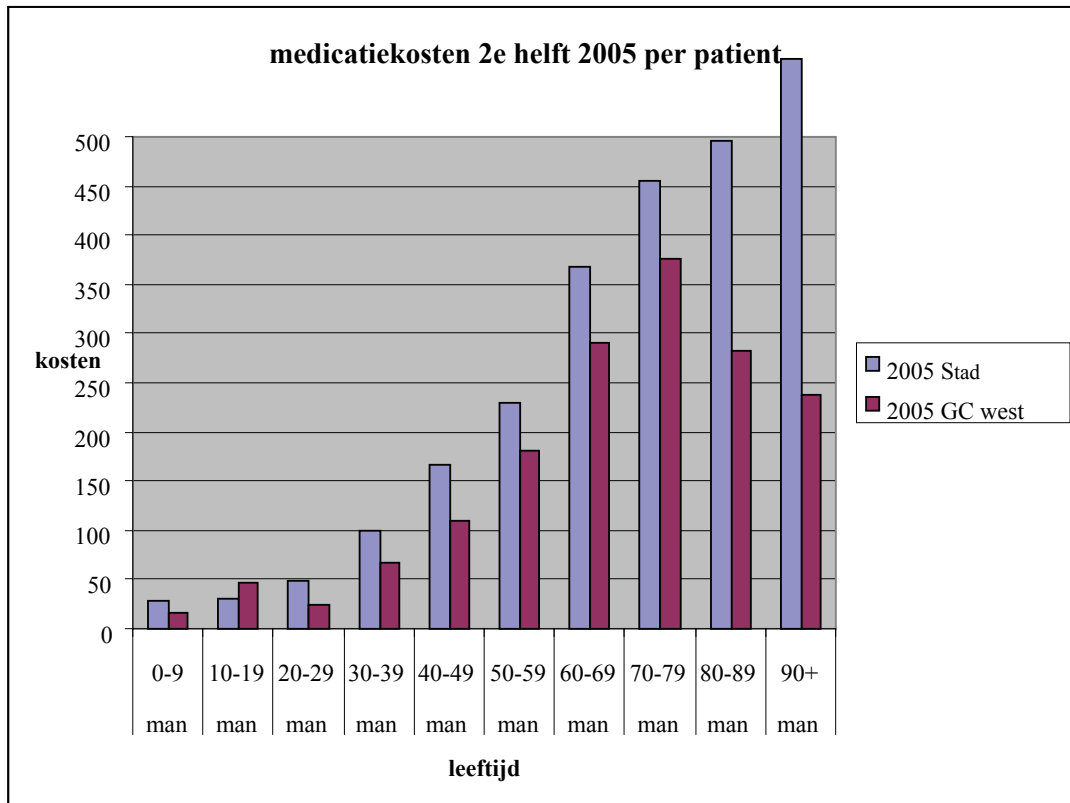
Bij vergelijking van de medicatiekosten per verzekerde naar leeftijd en geslacht blijkt dat in 2003 (2004) en ook in de 2^e helft van 2005 de kosten per verzekerde voor zowel mannen als vrouwen in vrijwel alle leeftijdsgroepen lager zijn in de stad Groningen, zie figuur 5.5 – 5.8. De lagere kosten per verzekerde in de praktijken/gezondheidscentrum over de periode 2003-2005 waren dus niet het gevolg van een gunstiger samenstelling van de patiëntenpopulatie.

Figuur 5.5 t/m 5.8 Medicatiekosten per Menzis-verzekerde, naar leeftijd en geslacht voor 2003, 2005 (2^e helft) praktijken/gezondheidscentrum versus de stad Groningen.

Figuur 5.5 en 5.6



Figuur 5.7 en 5.8



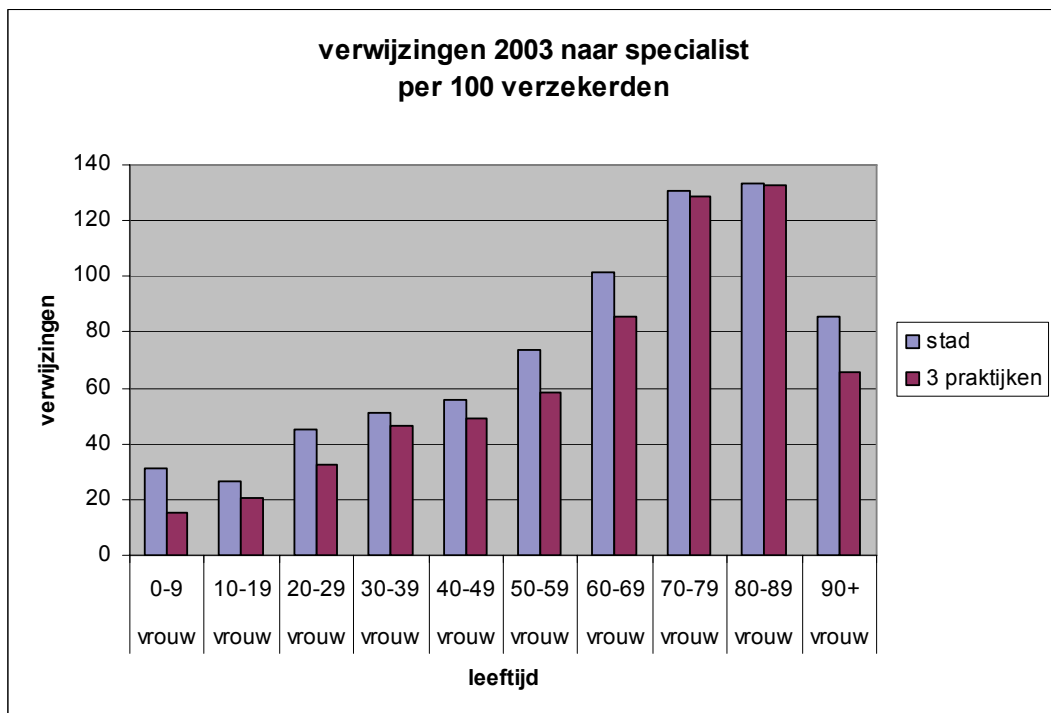
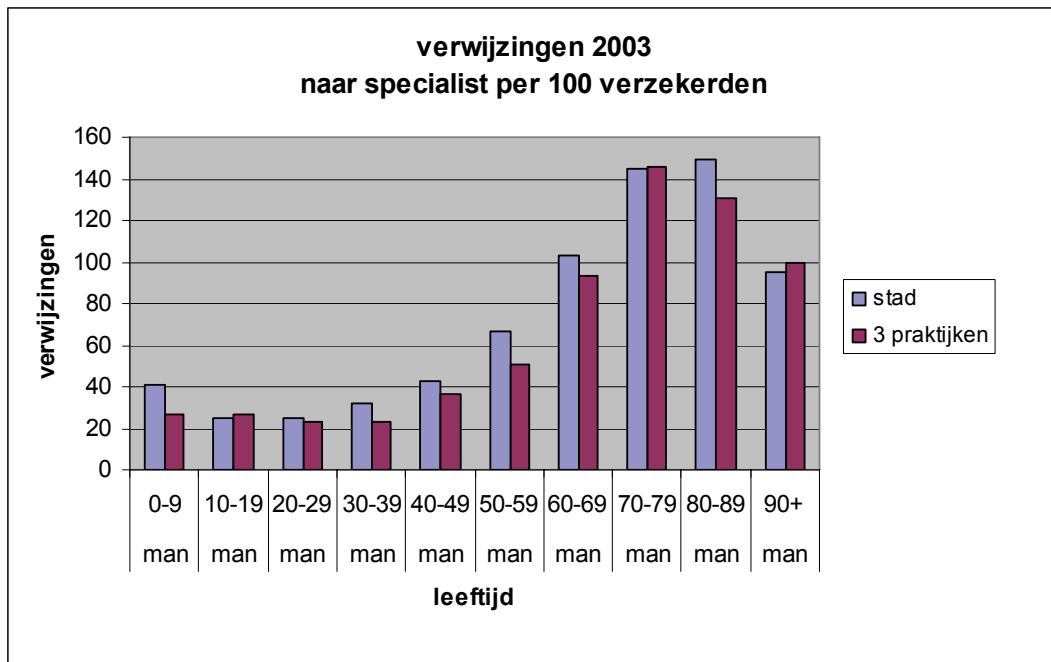
Ziekenhuiskosten

De kosten van polikliniekbezoeken en ziekenhuisopnamen (alleen de kosten van de verpleegdagen) zijn voor 2003 en 2004 berekend aan de hand van de handleiding voor kostenonderzoek bij economische evaluaties in de gezondheidszorg (Oostenbrink et al. 2004, zie ook www.cvz.nl). Hierbij is aangenomen dat 50% van de polikliniekbezoeken bij de specialist en ziekenhuisopnamen plaatsvindt in algemene ziekenhuizen en 50% bij academische ziekenhuizen, op grond van informatie van huisarts Paul Salters. Verder is aangenomen dat de korte kaarten en jaar kaarten bij verwijzingen gemiddeld leiden tot vier polikliniekbezoeken per patiënt per jaar. (het Vademecum Gezondheidsstatistiek van het CBS geeft aan dat 25% van de polikliniekbezoeken een eerste polikliniekbezoek betreft).

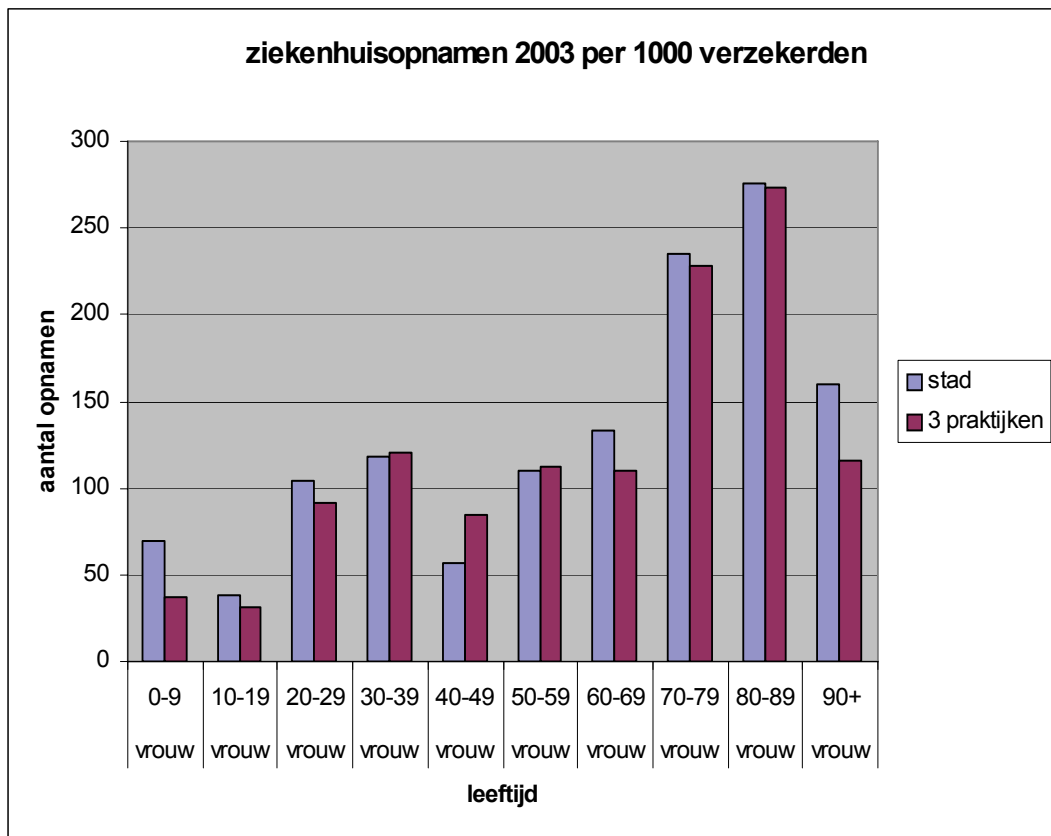
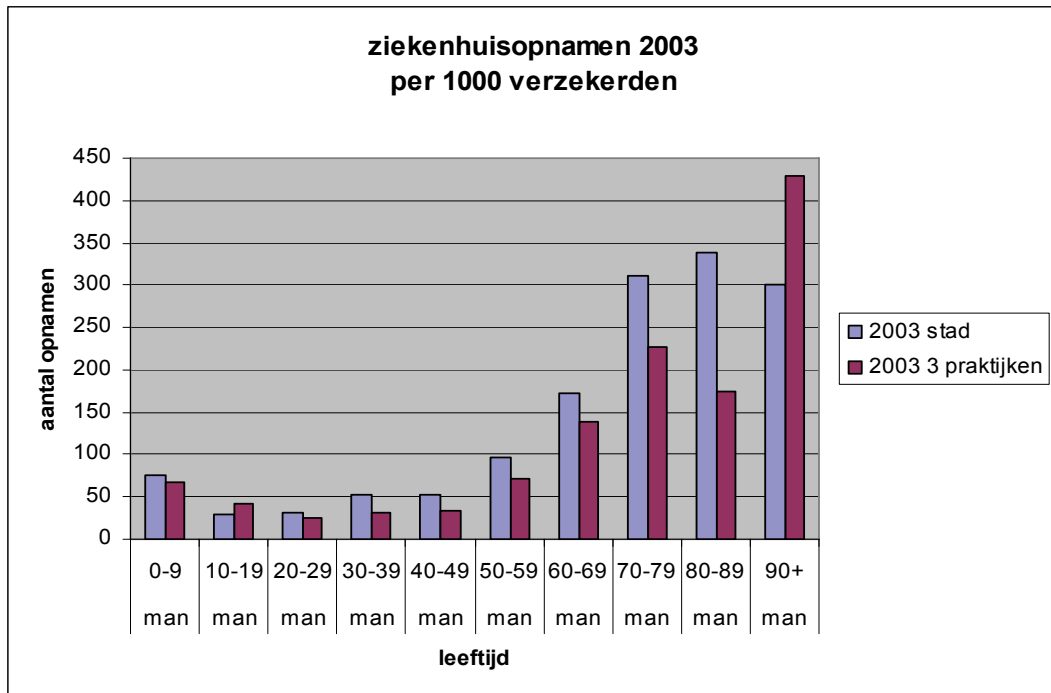
De kosten van polikliniekbezoek per Menzis-verzekerde zijn in 2003-2004 ongeveer 10% lager in de drie praktijken dan in de stad Groningen als geheel. Bij ziekenhuisopnamen zijn de kosten per verzekerde 10-20% lager (zie tabel 5.3). Dit verschil in kosten blijft overeind wanneer gekeken wordt naar de kosten per verzekerde, naar leeftijd en geslacht. In figuur 5.9 en 5.10 is zichtbaar dat het aantal verwijzingen naar de specialist en het aantal ziekenhuisopnamen per 100 verzekerden in 2003 voor bijna alle leeftijdscategorieën hoger is in de stad Groningen als geheel.

Voor 2005 en 2006 zijn de gedeclareerde DBC-bedragen gebruikt als indicatie van de kosten van ziekenhuiszorg (zie figuur 5.8). De kosten volgens de DBC-systematiek zijn veel hoger dan voor de periode 2003-2004. Bij de verwijzing geldt dat in de DBC kosten niet alleen kosten van de polikliniekbezoeken zijn begrepen, maar ook kosten van bijbehorende diagnostiek en poliklinische ingrepen. Bij de ziekenhuisopnamen geldt dat ook de kosten van klinische diagnostiek en klinische ingrepen zoals operaties en eventuele nacontroles in de kosten zijn meegenomen. Voor 2005 en de eerste helft van 2006 blijkt dat de kosten van ziekenhuiszorg (en ook voor medicatie) per verzekerde voor het gezondheidscentrum en de stad Groningen maar weinig verschillen.

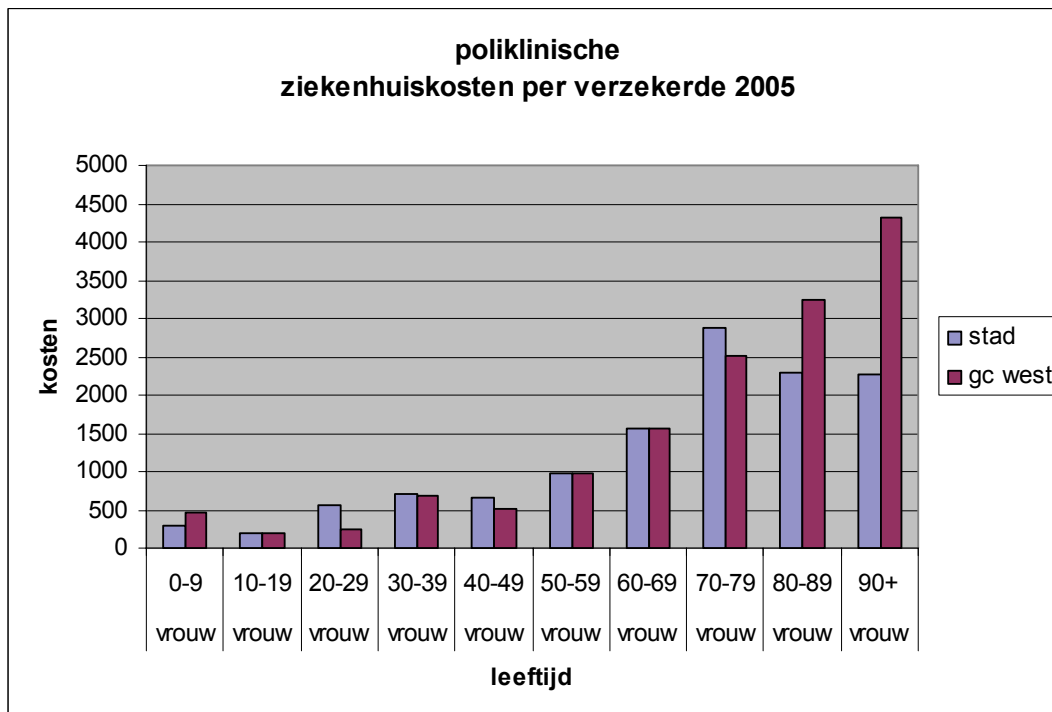
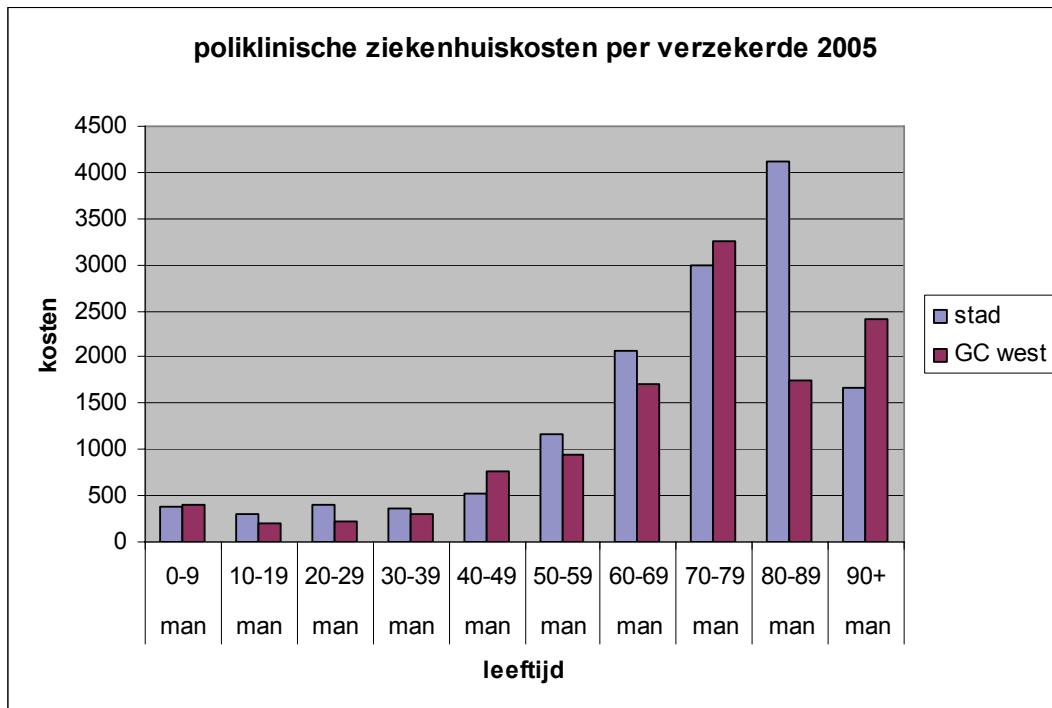
Figuur 5.9 en 5.10: Aantal verwijzingen naar de specialist per 100 Menzis-verzekerden in 2003, stad versus gezondheidscentrum, naar geslacht en leeftijd



Figuur 5.11 en 5.12: Aantal ziekenhuisopnamen per 1000 Menzis verzekerden in 2003, stad versus de 3 praktijken, naar leeftijd en geslacht



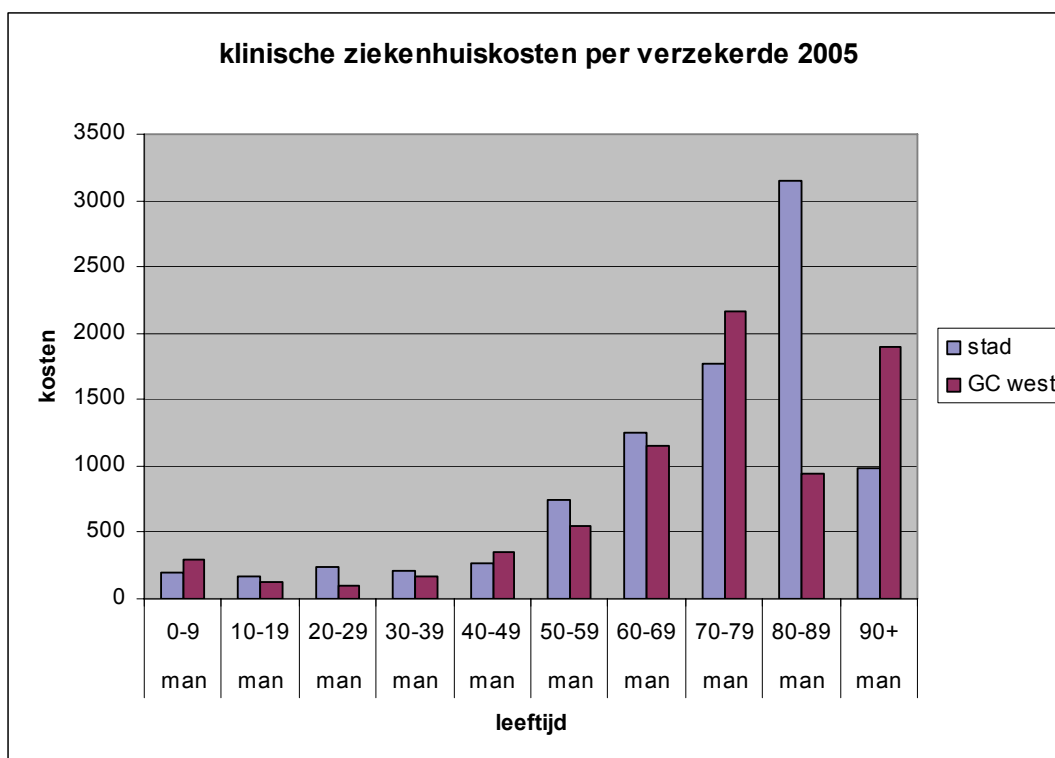
Figuur 5.13 en 5.14: Poliklinische ziekenhuiskosten per Menzis-verzekerde in 2005, stad versus gezondheidscentrum, naar leeftijd en geslacht



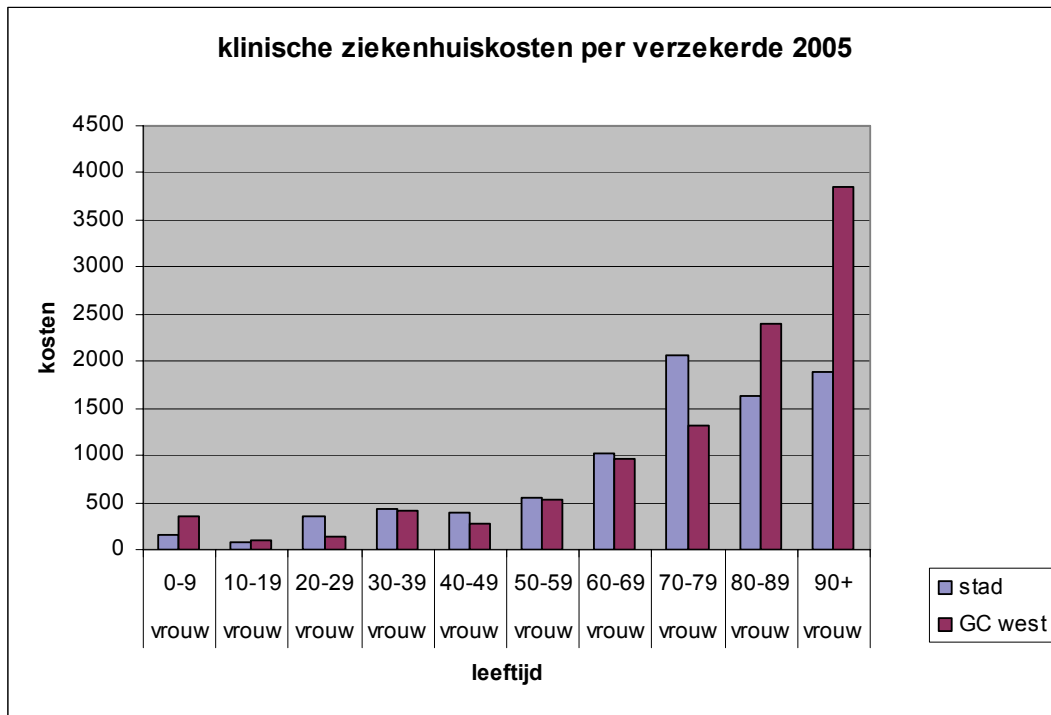
Figuur 5.13 en 5.14 geven aan dat wanneer de kosten van (poliklinische) ziekenhuiszorg per Menzis-verzekerde worden gesplitst naar leeftijd en geslacht de kosten per verzekerde soms hoger en soms lager zijn voor de patiënten van het gezondheidscentrum vergeleken met de stad.

Vergelijking van de gemiddelde klinische ziekenhuiskosten per Menzis verzekerde (zie figuur 5.15 en 5.16) naar leeftijd en geslacht geeft een wisselend beeld. In sommige categorieën zijn de kosten per verzekerde hoger in de stad, in andere juist lager. Met name in de oudere leeftijdsgroepen is het aantal personen per leeftijdscategorie beperkt en kunnen toevalsfluctuaties daardoor een grotere rol spelen.

Figuur 5.15: Klinische ziekenhuiskosten per Menzis-verzekerde in 2005, stad versus gezondheidscentrum, naar leeftijd (mannen)



Figuur 5.16: Klinische ziekenhuiskosten per Menzis-verzekerde in 2005, stad versus gezondheidscentrum, naar leeftijd (vrouwen)



Aangetekend moet worden dat vanwege het nieuwe zorgstelsel er behoorlijke verschillen kunnen zijn opgetreden in de patiëntenpopulaties waar onze gegevens betrekking op hebben. Voormalige particuliere patiënten kunnen vanaf 2006 ook voorkomen in het Menzis bestand, dat daarvoor uitsluitend ziekenfondsverzekerden bevatte. Tevens geldt dat per 1 januari 2006 verzekerden de mogelijkheid hadden om van zorgverzekeraar te wisselen, zodat het gebruikte gegevensbestand zowel voor het gezondheidscentrum als voor de stad Groningen een wezenlijk andere groep patiënten kan bevatten.

6 Tijdsbesteding

6.1 Inleiding

In maart 2005 en februari-maart 2007 is geïnventariseerd hoeveel tijd de werknemers in het gezondheidscentrum besteedden aan verschillende activiteiten. Het onderzoek werd uitgevoerd onder twaalf werknemers in 2005 en tien in 2007. Deze omvatten de disciplines huisartsenzorg (huisartsen, assistenten en diagnostisch fysiotherapeut) en nursing practice. De tijdsbesteding van de medewerkers van het gezondheidscentrum is van belang omdat het inzicht geeft in de inzet van middelen (arbeid) voor het bereiken van de uiteindelijke doelen. Binnen het STAKE-model neemt dit dus de plaats van ‘middelen’ in. In het derde hoofdstuk is de formele aanstelling van de medewerkers aan de orde gekomen en is deze vergeleken met de ‘gemiddelde huisartspraktijk’. In dit hoofdstuk zal tevens de feitelijk gewerkte tijd worden vergeleken met de gemiddelde huisartspraktijk. Niet alleen de hoeveelheid gewerkte uren is van belang, er zal ook worden beschreven waaraan deze uren worden besteed.

Eén van de NP's was ten tijde van het onderzoek in 2005 ziek. Eén van assistenten werkte in de week dat het onderzoek plaatsvond halve dagen in verband met ziekteherstel, in 2007 hebben twee assistenten niet gerepsondeerd.

6.2 Tijdsbesteding algemeen

In tabel 6.1 is het totale aantal uren dat er wordt gewerkt gedurende een week uiteengelegd in verschillende activiteiten. Het ging in 2005 om 382 uur in totaal. Ruim drie kwart van deze tijd werd gestoken in zaken die direct gerelateerd zijn aan patiënten, zoals consulten, visites en triage. De meeste tijd hiervan zit in consulten en visites (samen 55%) maar ook de telefonische triage neemt opvallend veel tijd in beslag. Voor de assistenten is dit de hoofdmoot van het werk.

Het resterende kwart van de tijd wordt besteed aan zaken die niet direct patiëntgerelateerd zijn zoals scholing en overleg / vergaderen. De helft van de niet-patiëntgerelateerde activiteiten werd in 2005 besteed aan scholing.

In 2007 werden 316 werkuren geregistreerd. Het totaal valt iets lager uit omdat twee doktersassistenten niet hebben gerepsondeerd. Ook in 2007 werd drie kwart van de tijd besteed aan patiëntgerelateerde zaken. De helft daarvan werd aan consulten besteed. Bij het niet-patiëntgerelateerde werk zien we ten opzichte van 2005 een flinke toename van de uren die aan administratie worden besteed en een afname van het aantal uren dat aan scholing werd besteed.

Tabel 6.1: Tijdsbesteding in uren en percentages totaal (huisartsen, assistenten, NP en diagnostisch fysiotherapeut) (2005:n=12; 8,3 fte)(2007: n=10; 8,0 fte)

	2005			2007		
	uren	% binnen patiënt-gebonden	% binnen totaal	uren	% binnen patiënt-gebonden	% binnen totaal
Patiëntgebonden						
Consult	120	41%	31%	122	51%	39%
Visite	37	13%	10%	29	12%	9%
Triage	83	28%	22%	47	20%	15%
Overleg	6	2%	2%	6	3%	2%
Overig patiëntgebonden	47	16%	12%	33	14%	10%
Subtotaal	293	100%	77%	237	100%	75%
Niet-patiëntgebonden						
	uren	% binnen niet-patiënt-gebonden	% binnen totaal	uren	% binnen niet-patiënt-gebonden	% binnen totaal
Overleg	11	12%	3 %	17	22%	5%
Administratie	17	19%	5%	37	47%	12%
Scholing	45	51%	12%	7	9%	2%
Overig	16	18%	4%	18	23%	6%
Subtotaal	89	100%	24%	79	100%	25%
Totaal	382		100%	316		100%

6.3 Tijdsbesteding huisartsen

In tabel 6.2 is de tijdsbesteding van alleen de huisartsen weergegeven. Het gaat om vier huisartsen, drie ‘voltijders’ en een huisarts die 0,5 fte werkt. In deze tabel zijn de uren omgerekend naar één fte. Het betreft dezelfde huisartsen in beide jaren.

Een fte huisarts stond in 2005 in het gezondheidscentrum voor ongeveer 51 uur werk in de week, in 2007 was dat veel minder: 42 uur. In beide jaren werd ongeveer drie kwart van de werktijd besteed aan direct patiëntgerelateerde zaken. Dit zijn vooral de consulten en visites. In 2005 werd vijf uur besteed aan overleg en andere zaken die met patiënten te maken hadden, in 2007 drie uur. De overige tijd (resp. 12 uur en 11 uur) werd in 2005 voor de helft besteed aan scholing (zes uur), in 2007 was dat redelijk gespreid over scholing, administratie, overleg en andere zaken.

Wanneer we deze cijfers naast het tijdsbestedingonderzoek zetten dat in 2001 werd uitgevoerd in het kader van de Tweede Nationale Studie (NS2) (van den Berg et al., 2004), zien we dat het patroon van de huisartsen in Gezondheidscentrum West lijkt op het landelijke beeld maar dat zij in 2005 relatief veel uren maakten en in 2007 wat minder. De cijfers uit de NS2 zijn weergegeven in tabel 6.3. In het tijdsbestedingonderzoek van de NS2 bedroeg het gemiddeld aantal uren dat een voltijd-werkende huisarts werkt ongeveer 47 uur.

Het percentage patiëntgerelateerde tijd komt vrijwel overeen: respectievelijk 72% in de ns2 en 76% en 74% in Gezondheidscentrum West. Ook de tijd die besteed wordt aan consulten en visites komt verhoudingsgewijs redelijk overeen. Aan scholing besteden de

huisartsen in Gezondheidscentrum West in 2005 wat meer tijd: zes uur per fte en in 2007 wat minder: twee uur tegen ruim vier uur in de NS2.

Tabel 6.2: Tijdsbesteding huisartsen in uren en percentages, 2005 en 2007 (n=4; 3,5 fte)

	2005		2007	
	uren per fte	%	uren per fte	%
Patiëntgebonden				
Consult	25	49%	24	57%
Visite	9	17%	4	10%
Overleg	1	2%	1	2%
Overig patiëntgebonden	4	7%	2	5%
Subtotaal	39	76%	31	74%
Niet-patiëntgebonden				
Scholing	6	12%	2	5%
Administratie	4	9%	4	10%
Overleg	1	2%	2	5%
Overig	1	2%	3	7%
Subtotaal	12	24%	11	26%
Totaal	51	100%	42	100%

Tabel 6.3: Tijdsbesteding voltijd werkende huisartsen in Tweede Nationale Studie (2001) (n=91)

Patiëntgebonden	Uren per fte	% Binnen patiëntgebonden	% Binnen totaal
Consult	19	56%	40%
Visite	8	24%	17%
Overig patiëntgebonden	7	20%	15%
Subtotaal	34	100%	72%
Niet-patiëntgebonden	Uren per fte	% Binnen niet-patiëntgebonden	% Binnen totaal
Overleg	2	15%	4%
Scholing	4	31%	9%
Fin.Administratie	1	8%	2%
Overig	6	46%	13%
Subtotaal	13	100%	28%
Totaal	47		100%

6.4 Tijdsbesteding doktersassistenten

De uren die doktersassistenten besteden aan verschillende activiteiten in 2005 en 2007 zijn weergegeven in tabel 6.4.

Assistenten werken per fte ongeveer 40 uur. Drie kwart van hun tijd zijn ze met patiënt-gerelateerde zaken bezig, in 2005 was dat zelfs iets meer. De hoofdmoot van het werk bestaat uit de triage, dit neemt meer dan de helft van de werktijd in beslag. De tijd die nog wordt besteed aan consulten is opvallend weinig: in 2007 was dat nog maar een uur per fte. Opvallend is ook dat de doktersassistenten in 2007 aanmerkelijk meer tijd kwijt waren aan administratieve zaken: maar liefst negen uur, wat bijna een kwart van de werktijd uitmaakt. In 2005 was dat nog drie uur.

Wanneer we dit beeld vergelijken met cijfers van de NS2, zien we dat de totale werktijd overeen komt, ongeveer 40 uur per fte. Het aandeel van de tijd die aan direct patiënt-gerelateerde zaken wordt besteed, is in Gezondheidscentrum West fors meer dan de cijfers van de NS2 laten zien, daar was dit ongeveer de helft van de werktijd. Dit verschil is vooral te verklaren door de vele uren die de assistenten bezig zijn met triage. Dit is moeilijk vergelijkbaar met cijfers van de nationale studie omdat daar weinig triage plaatsvond zoals dat in Gezondheidscentrum West gebeurt. Wel namen ‘telefonische werkzaamheden’ (d.w.z. intakefunctie, afspraken maken ed.) ook in de NS2 al gemiddeld 39% van de tijd van de assistente in beslag.

Tabel 6.4: Tijdsbesteding assistentes in uren en percentages (2005; n=6; 3,8 fte 2007; n=3; 1,7 fte)

	2005		2007	
	uren per fte	% binnen totaal	uren per fte	% binnen totaal
Patiëntgebonden				
Consult	2	6%	1	3%
Triage	22	54%	23	58%
Overleg	0	0%	0,5	1%
Overig patiëntgebonden	7	18%	5	13%
Subtotaal	31	78%	29,5	74%
Niet-patiëntgebonden				
Overleg	2	5%	1,5	4%
Scholing	4	10%	0	0%
Administratie + Overig	3	7%	9	23%
Subtotaal	9	22%	10,5	26%
Totaal	40	100%	40	100%

Hoewel dus het aandeel van de tijd dat aan patiënten wordt besteed in Gezondheidscentrum West hoger is, is het aandeel face-to-face-contact met patiënten veel lager. In de NS2 was dat vijf uur per fte. Hoewel de administratieve werklast lijkt te zijn toegenomen, was dat zelfs in 2007 nog laag vergeleken met het landelijke beeld. In de NS2 namen administratieve werkzaamheden nog een kwart van de tijd in beslag.

Tabel 6.5: Tijdsbesteding doktersassistenten in Tweede Nationale Studie (2001) omgerekend naar 1 fte. (n=209)*

Patiëntgebonden	Uren per fte	% Binnen patiëntgebonden	% Binnen totaal
Consult	5	24%	13%
Telefonisch contact	16	76%	40%
Subtotaal	21	100%	53%
Niet-patiëntgebonden	Uren per fte	% Binnen niet-patiëntgebonden	% Binnen totaal
Overleg	2	14%	5%
Labwerkzaamheden	2	14%	5%
Administratie	11	73%	28%
Subtotaal	15	100%	38%
Overig	4		10%
Totaal	40		100%

* Percentages tellen niet exact op tot 100 door afrondingen.
Bron: Tijdsbestedingonderzoek Tweede Nationale Studie NIVEL.

Verder was er in 2007 een eerste assistente werkzaam in Gezondheidscentrum West. Omdat haar functie gedeeltelijk afwijkt van die van de andere assistentes, is deze niet in de tabel opgenomen. De eerste assistente werkte 42 uur per week. Daarvan werd 60% besteed aan patiëntgerelateerde taken. Dat betrof vooral triage (acht uur) en 'andere patiëntgebonden activiteiten' (zeventien uur). Consulten kwamen in deze week niet voor. Ongeveer een derde van haar tijd besteedde zij aan managementtaken (twaalf uur) en overleg (twee uur).

6.5 Tijdsbesteding van overige disciplines

De gegevens van de diagnostisch fysiotherapeut en de NP worden niet apart in tabelvorm gepresenteerd, deze betreffen beiden slechts één persoon. De NP werkte in de week van 2005 31 uur en in de week van 2007 42 uur, de fysiotherapeut respectievelijk 16,5 uur en 26 uur. Zoals eerder is aangegeven, zijn deze aanstellingen in de loop der tijd uitgebreid. Ook deze medewerkers besteden het overgrote deel van hun tijd aan patiëntenzorg.

De NP besteedde in beide jaren ongeveer 80% van haar tijd aan consulten, visites, en overig patiëntgebonden zaken. Relatief veel tijd wordt besteed aan visites, ruim een vijfde van de totale werktijd in 2005 en 40% (16,5 uur) van de werktijd in 2007. De niet patiëntgerelateerde tijd werd in 2005 vooral besteed aan scholing (ruim 70% of vijf uur per

week) en voor een klein deel aan overleg en overige zaken. In de week van 2007 volgde de NP geen scholing, de niet-patientgerelateerde tijd ging toen vooral zitten in administratie: vijf uur en drie kwartier.

De fysiotherapeut besteedde in de week van 2005 ongeveer 70% van de tijd aan patiëntenzorg, in 2007 was dat 80%. Dit zijn vooral consulten (ruim tien uur per week in 2005 en 21 uur in 2007). De overige tijd (beide jaren ca. vijf uur) werd in 2005 vooral besteed aan scholing (drie uur), administratie (een uur) en overige zaken. In de week van 2007 volgde de fysiotherapeut geen scholing, ook hij besteedde de meeste niet patiëntgerelateerde tijd aan administratie: drie uur en een kwartier.

6.6 Conclusie

De aantallen werkzame uren van de medewerkers zijn over het algemeen vrij normaal, in die zin dat ze niet bijzonder afwijken van wat landelijk gangbaar is. De werkweken van de huisartsen waren in 2005 aan de lange kant, 51 uur, maar binnen deze beroepsgroep niet uitzonderlijk. In 2007 was dit aantal uren lager, 42 uur.

In Gezondheidscentrum West is, vergeleken met de meeste huisartsenpraktijken, veel arbeidsdeling. Er werken meer disciplines onder een dak die onderling moeten samenwerken. Dit vergt van de zorgverleners extra tijd voor afstemming. Daar staat tegenover dat veel administratieve taken en taken die gerelateerd zijn aan werkgeverschap uit handen kunnen worden gegeven aan respectievelijk een administratieve kracht en een manager.

Wel lijkt de administratieve werklast te zijn toegenomen, deze toename vinden we vooral terug bij de tijdsbesteding van de assistentes, bij de huisartsen is dit gelijk gebleven. Mogelijk heeft de verandering van het zorgstelsel een toegenomen administratieve belasting voor assistentes met zich meegebracht.

De telefonische triage is een belangrijke activiteit in het centrum die een belangrijk deel uitmaakt van de werklast van de assistenten. Overigens blijkt uit cijfers van de NS2 dat de telefoonfunctie van de assistente altijd al een belangrijk deel van het werk uitmaakte, maar dit is met de verbreding van deze taak nog groter geworden. De triage speelt een belangrijke rol in het stroomlijnen van de zorgvraag in het centrum. Duidelijk is echter ook dat dit ten koste gaat van het (fysiek) werken met patiënten door de assistenten. In dit opzicht wijkt het centrum af van de landelijke trend, waarin assistenten juist steeds meer consulten voor hun rekening nemen.

7 Hoe ervaren patiënten het gezondheidscentrum?

7.1 Inleiding

In de periode april – augustus 2005 onderzochten we hoe patiënten die zijn ingeschreven bij Gezondheidscentrum West denken over de zorgverlening en service. Dit deden we aan de hand van twee enquêtes: één onder bezoekers van het centrum en één onder patiënten die het centrum alleen hebben gebeld. In 2006 zijn deze enquêtes herhaald. In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de uitkomsten hiervan. Omdat de manier waarop de enquêtes zijn afgenomen maar ook de inhoud ervan deels verschilt, zijn de resultaten van de ‘bellers’ en de ‘bezoekers’ apart beschreven. Na een korte uitleg over de aanpak zullen eerst de resultaten van de bellers en daarna die van de bezoekers beschreven.

7.2 Methode en onderzoekspopulatie

Enquête bellers

In de maand maart van 2005 en september 2006 hebben de doktersassistenten namen en nummers genoteerd van patiënten die naar de praktijk belden en waarmee het contact telefonisch werd afgehandeld. Dit leverde respectievelijk 90 en 109 namen op. De geselecteerde patiënten kregen van het gezondheidscentrum een brief thuisgestuurd waarin stond dat ze benaderd konden worden voor een onderzoek. Door middel van een bezwaarstrookje konden patiënten bezwaar maken tegen het doorgeven van hun nummer aan het NIVEL, slechts enkele patiënten maakten daarvan gebruik.

Na een week werden patiënten gebeld door een interviewer van het NIVEL en werd de enquête afgenomen. Dit leverde in 61 voltooide interviews op in 2005 en 63 in 2006. Dat brengt de netto-respons op 68% in 2005 en 58% in 2006. Verdere details over de respons en redenen van non-respons zijn opgenomen in bijlage 2.

Enquête bezoekers

In de periode april tot en met augustus 2005 en september – november 2006 zijn schriftelijke enquêtes afgenomen onder bezoekers van het gezondheidscentrum. Patiënten die een afspraak hadden met de huisarts, de NP, de fysiotherapeut, een doktersassistente of met de diabetesverpleegkundige kregen aan de balie een enquêteformulier uitgereikt door de assistente. Daarbij werd de patiënten gevraagd het formulier na afloop van het consult in te vullen en in een gereedstaande, afgesloten bus te doen.

In 2005 werden 373 formulieren uitgereikt, 343 daarvan werden ingevuld door de patiënten. Dit brengt de respons op 92%. Er is naar gestreefd patiënten van alle hierboven genoemde disciplines enquêtes te laten invullen. Omdat er echter grote verschillen zijn in aantallen patiënten per zorgverlener, was het bij sommigen eenvoudiger om voldoende patiënten te bereiken dan bij anderen. In de beschrijving van de resultaten zijn de patiënten van de NP, de fysiotherapeut, en de diabetesverpleegkundige, (respectievelijk 18, 27

en 10 patiënten) samengenomen. Alleen daar waar relevante verschillen optreden, is dat in de tekst beschreven.

In 2006 werden 406 formulieren uitgereikt, waarvan er 311 werden ingevuld, een netto-respons van 76%. Er is bewust voor gekozen iets minder formulieren uit te reiken aan patiënten van de huisarts en meer aan patiënten van ondersteunende disciplines. Omdat een dergelijke enquête in de praktijk ook een extra belasting betekent voor de doktersassistenten moesten hierin keuzes worden gemaakt.

Onderzoekspopulatie

In tabel 7.1 wordt een beschrijving gegeven naar een aantal achtergrondkenmerken van de bellers. In tabel 7.2 wordt een beschrijving gegeven van de bezoekers, uitgesplitst naar type zorgverlener.

Tabel 7.1: Achtergrondkenmerken van respondenten die belden naar het gezondheidscentrum in 2005 (n=61) en 2006 (n=63) (percentages*)

	2005	2006
Sekse		
Vrouw	75	75
Man	25	25
Leeftijd		
18 –29 jr	13	36
30-49 jr	38	38
50-69 jr	20	13
70+	30	13
Verzekeringsvorm (alleen 2005)		
Ziekenfonds	63	
Particulier	38	
Geboorteland		
Nederland	97	94
Elders	3	6
Sociaal-economische positie		
Betaalde arbeid	44	41
Scholier/student	7	30
Gepensioneerd/AOW	33	18
Thuis (huisvrouw/man, werkloos, afgekeurd)	16	11

* Percentages tellen door afrondingen niet altijd precies op tot 100.

In het algemeen zijn verschillen in zorggebruik tussen verschillende sociale groepen ook tot op zekere hoogte terug te vinden in deze onderzoekspopulatie: meer vrouwen dan mannen, relatief veel ouderen (in 2005), meer ziekenfondsverzekerden dan particulier verzekerden en een vrij sterke vertegenwoordiging van mensen die geen betaalde baan hebben. Dat drie kwart van de bellers van het vrouwelijk geslacht is, heeft er vermoedelijk ook mee te maken dat zij vaker dan mannen bellen over zieke kinderen. In 2006

belden aanmerkelijk meer studenten naar de praktijk, deze groep is in die periode ook toegenomen onder de patiëntenpopulatie.

In 7.2 wordt een aantal achtergrondkenmerken weergegeven van de bezoekers in beide jaren. Zie voor een uitsplitsing naar type zorgverleners bijlage 4.

Tabel 7.2: Achtergrondkenmerken van respondenten die het centrum bezochten in 2005 (n=315-343) en in 2006 (n= 280-311) (percentages tellen binnen de kolommen per achtergrondkenmerk op tot 100)

	2005		2006	
	%	N	%	N
Sekse				
Vrouw	62	209	64	191
Man	38	126	36	108
Leeftijd				
15 -29jr	30	98	37	110
30-49 jr	34	114	33	99
50-69 jr	25	83	20	56
70+	11	36	10	31
Verzekeringsvorm (2005)				
Ziekenfonds	59	197		
Particulier	40	133		
Overig	1	4		
Geboorteland				
Nederland	94	313	93	276
Elders	6	20	7	22
Sociaal-economische positie				
Betaalde arbeid	51	176	49	153
Scholier/student	13	43	21	64
Gepensioneerd/AOW	13	46	12	38
Thuis (huisvrouw/man, werkloos, afgekeurd)	23	78	18	56
Kwam in Gezondheidscentrum West voor...				
Zichzelf	91	288	94	262
Kind	6	18	3	9
Partner	1	2	1	4
Anders	2	7	2	5

Vergelijken met landelijke cijfers

Een aantal resultaten van de enquête werd vergeleken met resultaten uit de Tweede Nationale Studie. Een belangrijke opmerking die hierbij moet worden gemaakt is dat deze metingen niet geheel vergelijkbaar zijn en dat dus voorzichtig moet worden omgegaan met het trekken van conclusies. De gegevens van de NS2 zijn op een andere wijze verzameld, namelijk d.m.v. een face-to-face enquête. Daarbij wijken de antwoordcategorieën iets af en bestond de populatie uit een representatieve steekproef van de ingeschreven patiënten. De patiënten die hier zijn onderzocht zijn allen mensen die contact hebben

gehad met het gezondheidscentrum. Ervaring met dit soort enquêtes leert dat patiënten positiever oordelen naarmate ze vaker te maken hebben met zorg.

Er is een beperkt aantal open vragen gesteld. Dat was vooral in een aantal gevallen waarin patiënten ontevreden waren, dan werd bij de bellers gevraagd om een toelichting. Verder kregen patiënten aan het einde van het interview de mogelijkheid om iets toe te voegen.

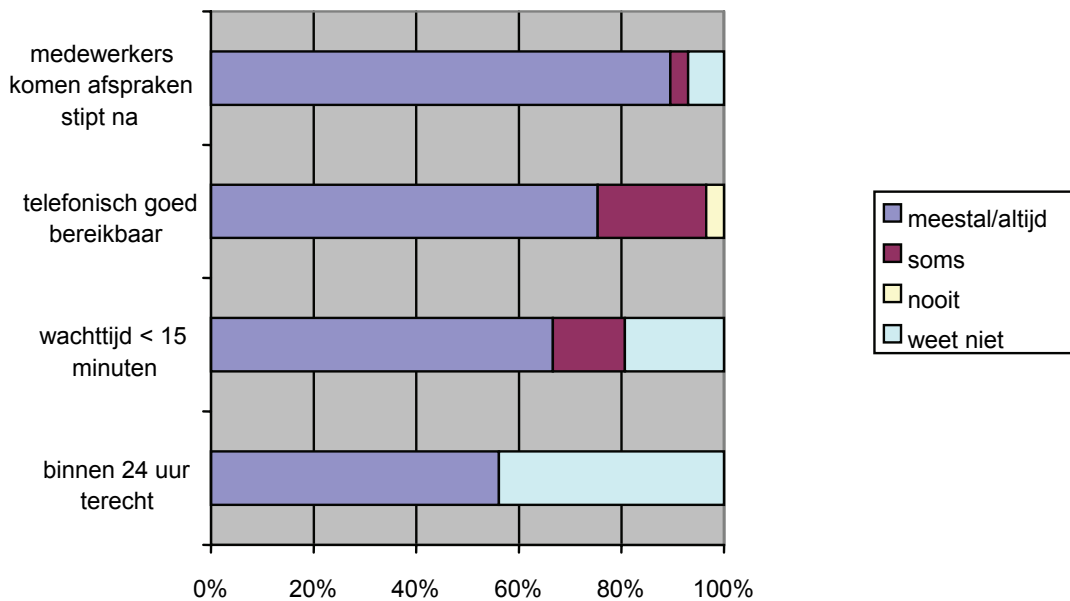
7.3 Resultaten bellers

7.3.1 Dienstverlening van het gezondheidscentrum

Bereikbaarheid en wachttijd

In figuur 7.1 worden de antwoorden op vier vragen weergegeven die te maken hebben met bereikbaarheid in meerdere opzichten en het nakomen van afspraken. Het gaat hier om de resultaten van 2005. Negen van de tien respondenten zijn van mening dat de medewerkers van het centrum hun afspraken altijd of meestal nakomen.

Figuur 7.1: Oordeel van bellers over het nakomen van afspraken, bereikbaarheid en wachttijd (2005, bellers, n=61)

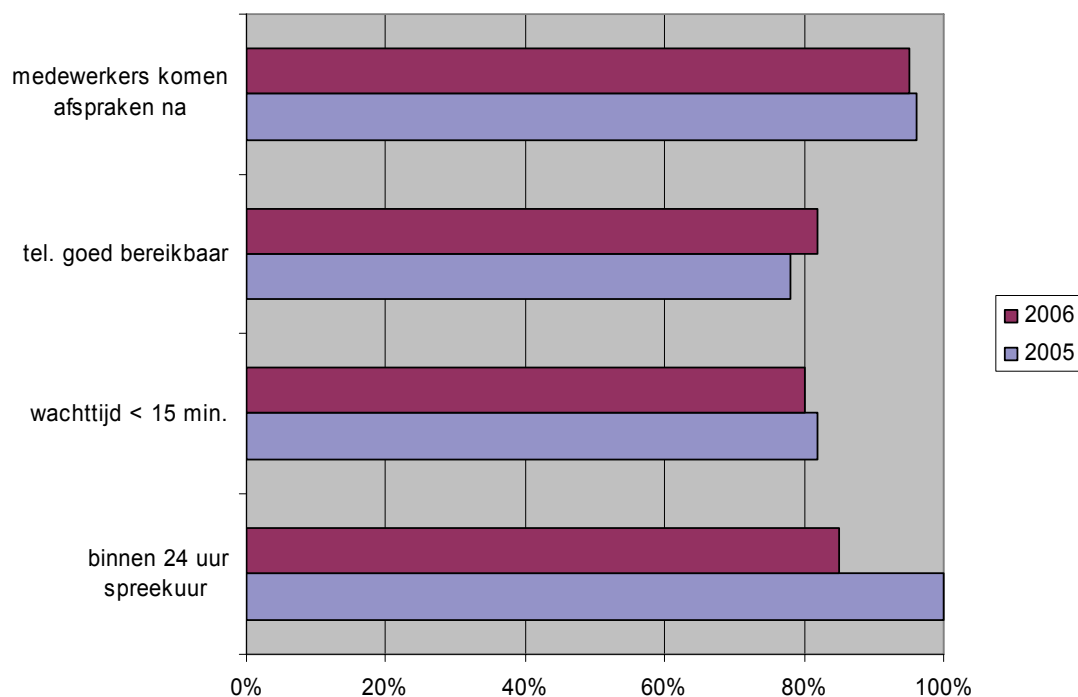


De telefonische bereikbaarheid wordt ook door een ruime meerderheid goed beoordeeld. Een kwart is hier echter niet geheel positief over en twee respondenten zeggen zelfs dat het centrum nooit goed telefonisch bereikbaar is. Twee derde zegt dat de wachttijd in de wachtkamer altijd of meestal korter is dan 15 minuten, slechts 14% zegt dat dit soms het geval is, bijna een vijfde kan hierover niet oordelen. Op de vraag of men, als daar aanleiding toe is, binnen 24 uur terecht kan, antwoordt 56%. De mensen die oordelen, zijn

zeer positief, allemaal zeggen ze dat dit altijd (47%) of meestal (9%) kan. De overigen hebben waarschijnlijk nog niet met een dergelijke situatie te maken gehad.

In figuur 7.2 zijn de percentages positieve antwoorden (altijd of meestal) van 2005 en 2006 naast elkaar weergegeven. De resultaten komen sterk overeen. Alleen het percentage mensen dat zegt binnen 24 uur op het spreekuur terecht te kunnen, is afgenomen. In 2005 antwoordde nog niemand ‘soms’ of ‘nooit’, in 2006 waren dat er 7 van de 49 ($\pm 15\%$).

Figuur 7.2: Percentages positieve antwoorden over het nakomen van afspraken, bereikbaarheid en wachttijd in 2005 en 2006 (bellers) (categorie weet niet is buiten beschouwing gelaten in de noemer)

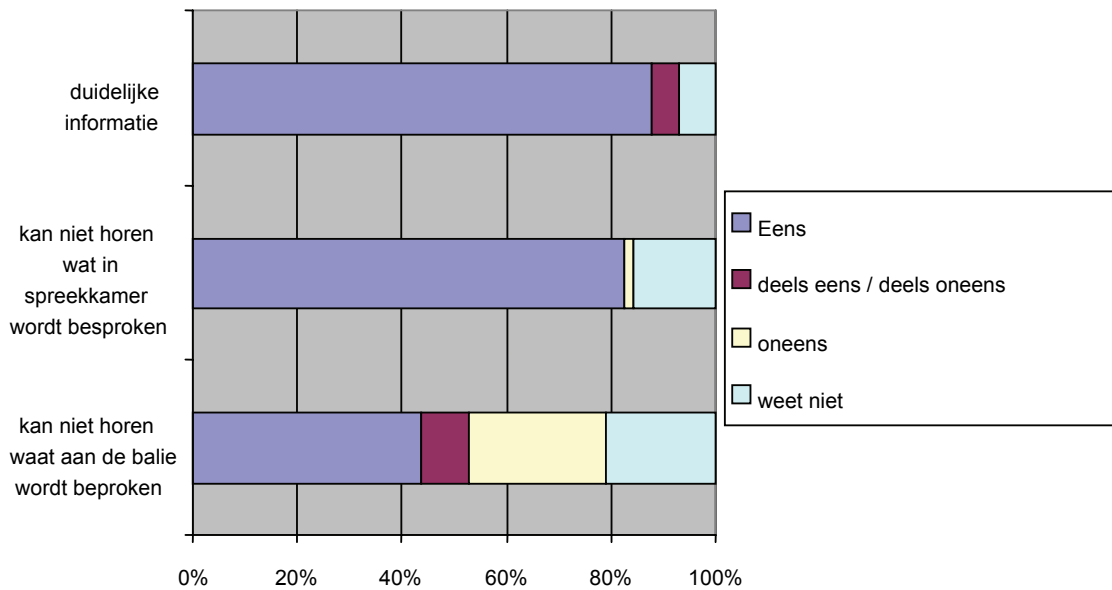


Privacy en informatieverstrekking

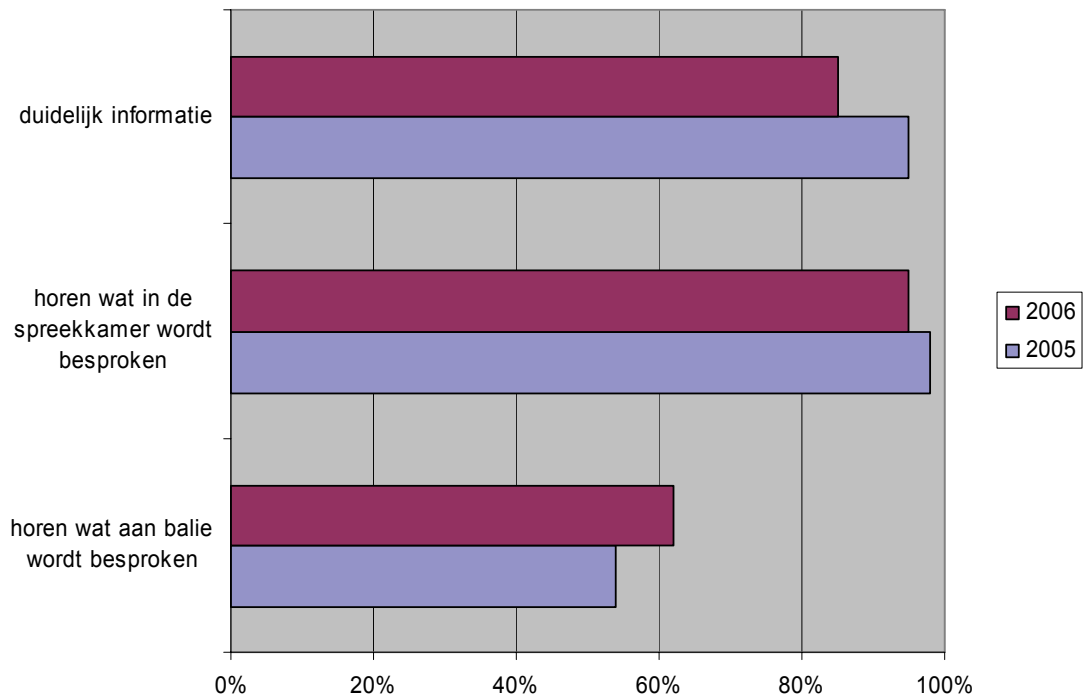
In figuur 7.3 zijn enkele vragen weergegeven over privacy en informatieverstrekking. Over de informatieverstrekking door het centrum is men overwegend tevreden: 88% vindt dat er duidelijke informatie wordt verstrekt. Over de privacy in de spreekkamer (anderen kunnen niet horen wat er besproken wordt) is men op één respondent na ook positief, 16% oordeelt hier niet over. Heel anders is dat bij de balie: slechts 44% zegt niet te kunnen horen wat er aan de balie wordt besproken, ruim een derde geeft aan het deels (9%) of geheel (26%) oneens te zijn met deze stelling.

Ook op het terrein van informatieverstrekking en privacy zijn geen noemenswaardige veranderingen opgetreden (figuur 7.4).

Figuur 7.3: Instemming met stelling over informatieverstrekking en privacy (2005, bellers)



Figuur 7.4: Percentage 'eens' met stellingen over informatieverstrekking en privacy in 2005 en 2006 (bellers) (categorie weet niet is buiten beschouwing gelaten in de noemer)



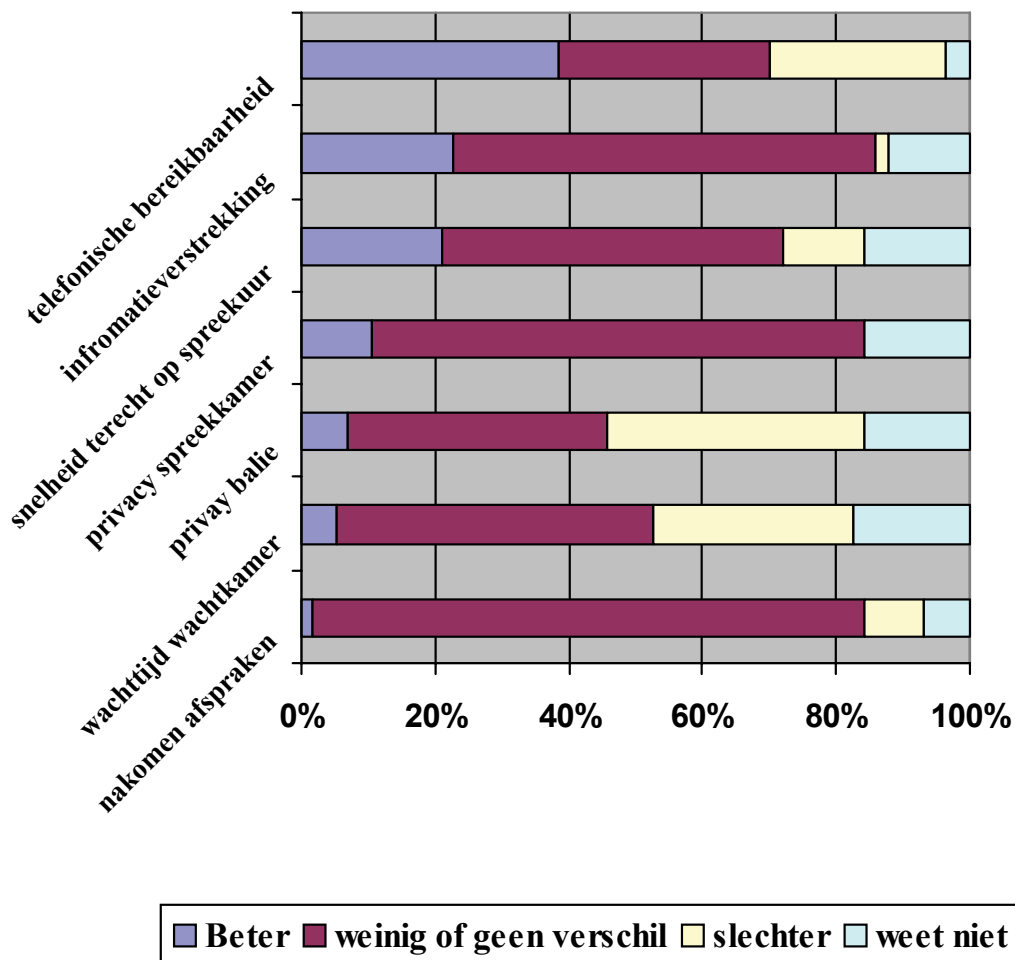
7.3.2 De dienstverlening toen en nu

Over het algemeen is men dus positief over de dienstverlening van het centrum. Maar hoe beoordelen de bellers de situatie in Gezondheidscentrum West wanneer ze die vergelijken met de oude situatie, toen ze nog gewoon naar hun eigen huisarts gingen? Deze vragen zijn alleen in 2005 aan respondenten gesteld.

In figuur 7.5 zijn de zeven vragen weergegeven die de respondenten hierover beantwoordden.

De meeste zaken worden als verbeterd of in ieder geval gelijk gebleven beoordeeld. Ten aanzien van de telefonische bereikbaarheid wordt het vaakst verbetering waargenomen. De meningen zijn echter zeer verdeeld: 39% vindt dat dit beter is dan in de oude situatie, maar er is ook ruim een kwart dat een verslechtering constateert. Ook ten aanzien van informatieverstrekking en de snelheid waarmee men op het spreekuur terecht kan, oordeelt ruim een vijfde dat deze zaken zijn verbeterd. Zaken waarin de meeste achteruitgang wordt waargenomen zijn de privacy aan de balie (39%), wachttijd in de wachtkamer (30%) en de eerder genoemde telefonische bereikbaarheid (26%).

Figuur 7.5: Verandering in de situatie voor en na de start van het gezondheidscentrum m.b.t. verschillende aspecten van de zorg (2005).

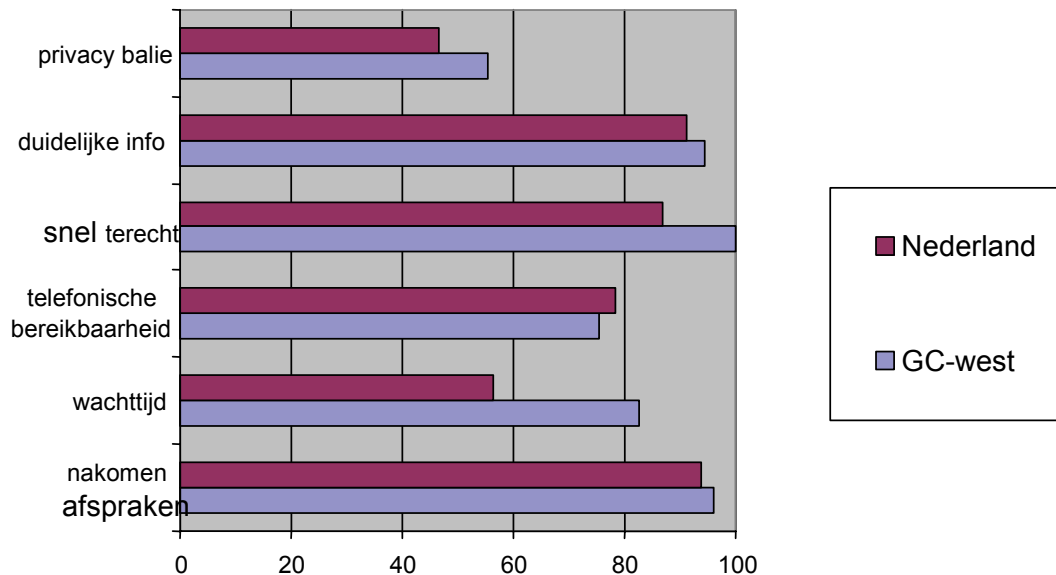


7.3.3 De dienstverlening vergeleken met het landelijke beeld

In figuur 7.6 worden de cijfers van 2005 vergeleken met het landelijk gemiddelde dat werd gevonden in de Tweede Nationale Studie.

Op de meeste punten komt de score van Gezondheidscentrum West redelijk overeen met de landelijke cijfers. Op enkele punten scoort Gezondheidscentrum West relatief goed zoals de wachttijd in de wachtkamer en de snelheid waarmee men terecht kan op het spreekuur (binnen 24 uur). Het probleem dat er meegeluisterd kan worden bij de balie blijkt niet uniek te zijn voor Gezondheidscentrum West: het landelijke cijfer ligt hier nog lager. In de Nationale studie kwam dit ook naar voren als een aandachtspunt. De overige verschillen zijn verwaarloosbaar.

Figuur 7.6: Percentages positieve oordelen over aspecten van de dienstverlening in Gezondheidscentrum West (bellers) vergeleken met Nederland (Tweede Nationale Studie, cijfers van 2001)



7.3.4 Hoe ervaren patiënten de triage?

Iedere patiënt die belt naar het gezondheidscentrum krijgt te maken met het triage-systeem. De assistente kan een advies geven, een afspraak maken of een andere actie overwegen. Het doel waarmee mensen naar de praktijk bellen varieert. In beide metingen bleek ongeveer 40% van de patiënten te bellen om een afspraak te maken, ongeveer een kwart belt voor informatie of advies over een gezondheidsprobleem. Ook bellen mensen regelmatig voor testuitslagen (in 2005 was dat 7%, in 2006 13%), vaak gebeurt dat in combinatie met het maken van een afspraak. Andere voorkomende redenen om te bellen waren onder andere doktersverklaringen voor een parkeervergunning of 'het aanvragen van een bloedonderzoek'. Ondanks de receptenlijn komt het nog regelmatig voor dat

mensen naar de assistente bellen voor een herhaalrecept (in 2005 negen maal, in 2006 twee maal).

In 2005 kreeg ruim de helft (54%) van de bellers volgens eigen zeggen een advies van de assistente, in 2006 was dat twee derde. Respectievelijk vier en acht bellers waren (deels) ontevreden. De meeste ontevreden bellers gaven aan dat ze liever de huisarts hadden willen spreken, en dat ze de assistente niet bekwaam achtten om zelf te beslissen over hun klacht. Sommigen voelen zich afgescheept:

“Ik had het gevoel dat ik een beetje werd afgescheept, zo van we proberen maar wat en dan zien we wel weer verder. Dat is het nadeel van dit centrum, er wordt minder snel overlegd met de huisarts en je krijgt de huisarts zelf niet snel meer aan de telefoon”.

(2005)

Deze patiënt bleek een kaakontsteking te hebben en heeft volgens eigen zeggen twee dagen met veel pijn rondgelopen. Een andere patiënt meent dat de assistente buiten haar bevoegdheden treedt: *“Soms doen ze net of ze zelf de dokter zijn”.* (2005) Een ander ontevreden patiënt meldt dat de assistente had beloofd een recept te faxen voor een hoestmedicijn, wat echter nooit is aangekomen.

In 2006 uitten verschillende respondenten hun twijfel over de kwaliteit van het advies:

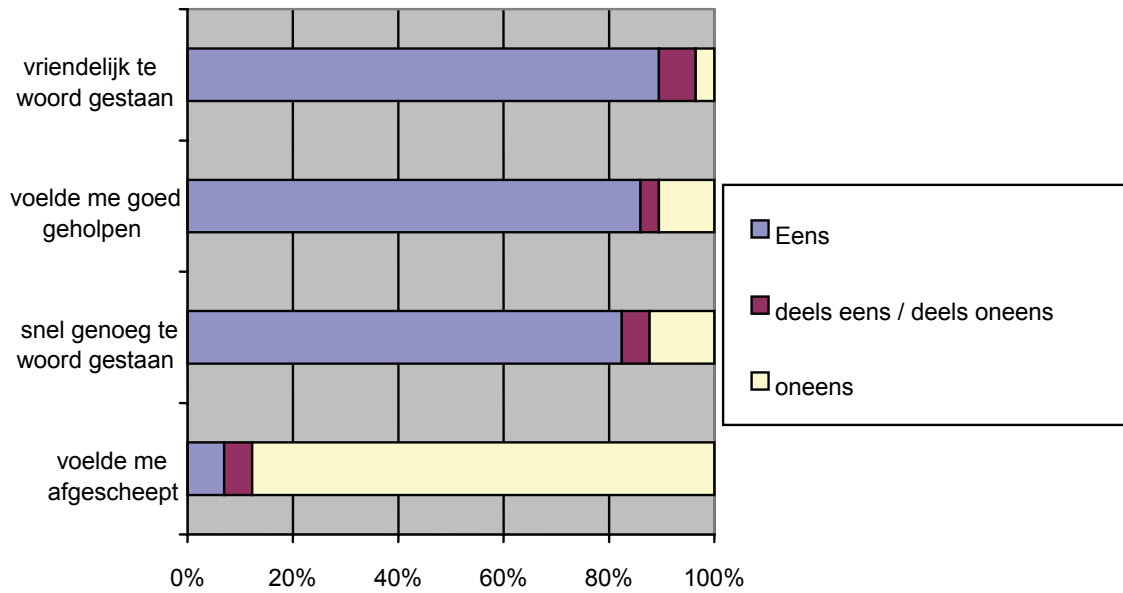
“Ze gaf een advies zonder het probleem gezien te hebben, erg gemakkelijk om er zo vanaf te komen” (2006).

Hoewel een niet te veronachtzamen minderheid dus zeer kritisch is over de triage, verloopt de triage naar tevredenheid van de meeste patiënten. In beide jaren was ongeveer drie kwart tevreden of zeer tevreden.

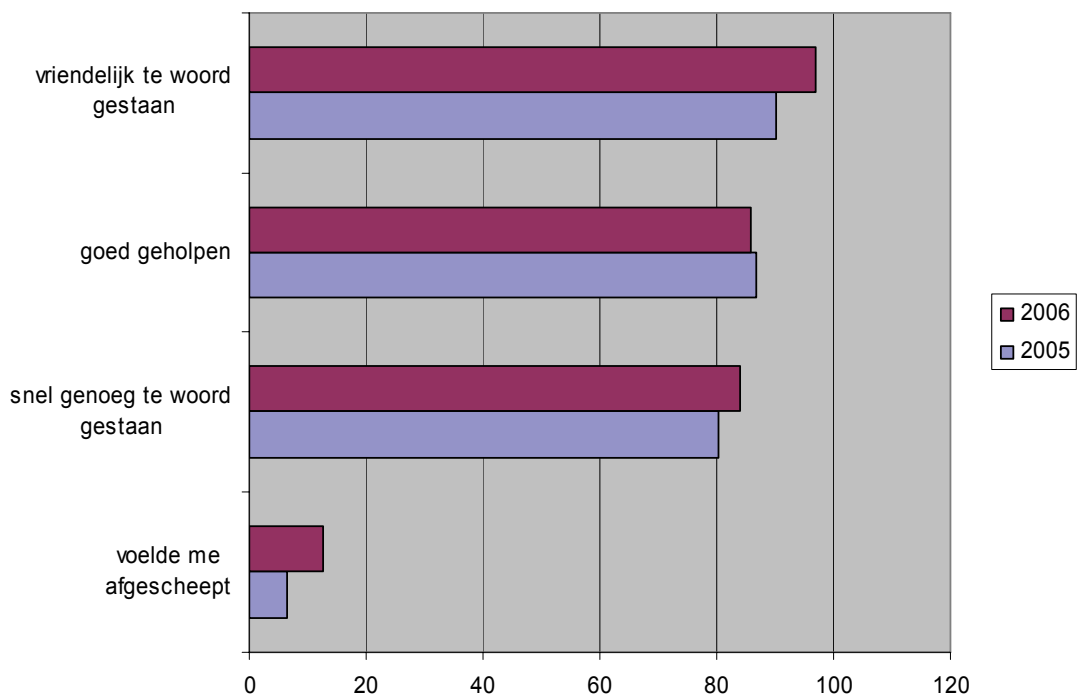
Alle bellers hebben tevens hun mening gegeven over een aantal aspecten van het telefonische contact met de assistente. De oordelen zijn over het algemeen zeer positief (figuur 7.7). Negen van de tien bellers is volgens eigen zeggen vriendelijk te woord gestaan, vier mensen zijn het deels eens met deze stelling en twee vinden dat ze onvriendelijk te woord werden gestaan. Een ruime meerderheid voelt zich goed geholpen door de assistente, toch is dat in beide jaren bij ongeveer 14% (respectievelijk 8 en 9) niet (geheel) het geval, zes respondenten waren het met deze stelling oneens in 2005 en twee in 2006. Zeven mensen vonden dat ze niet snel genoeg te woord werden gestaan, drie waren het deels eens met deze stelling en 47 (83%) vonden het snel genoeg. Enkele mensen voelden zich ‘afgescheept’ door de assistente, in 2005 vier mensen en drie ‘deels’. In 2006 antwoordde 8 van de 63 mensen bevestigend op deze stelling en nog eens twee ‘deels’. De vergelijking tussen 2005 en 2006 is weergegeven in figuur 7.8, er zijn geen significante verschillen.

Sommige respondenten hebben aan het einde nog een toelichting gegeven op het interview. Opvallend was dat hier meerdere opmerkingen over de triage naar voren kwamen. Drie respondenten die in hun antwoorden verder positief waren gaven aan de triage ook soms als hinderlijk te ervaren.

Figuur 7.7: Mening van bellers over laatste telefonisch contact met de assistente (2005)

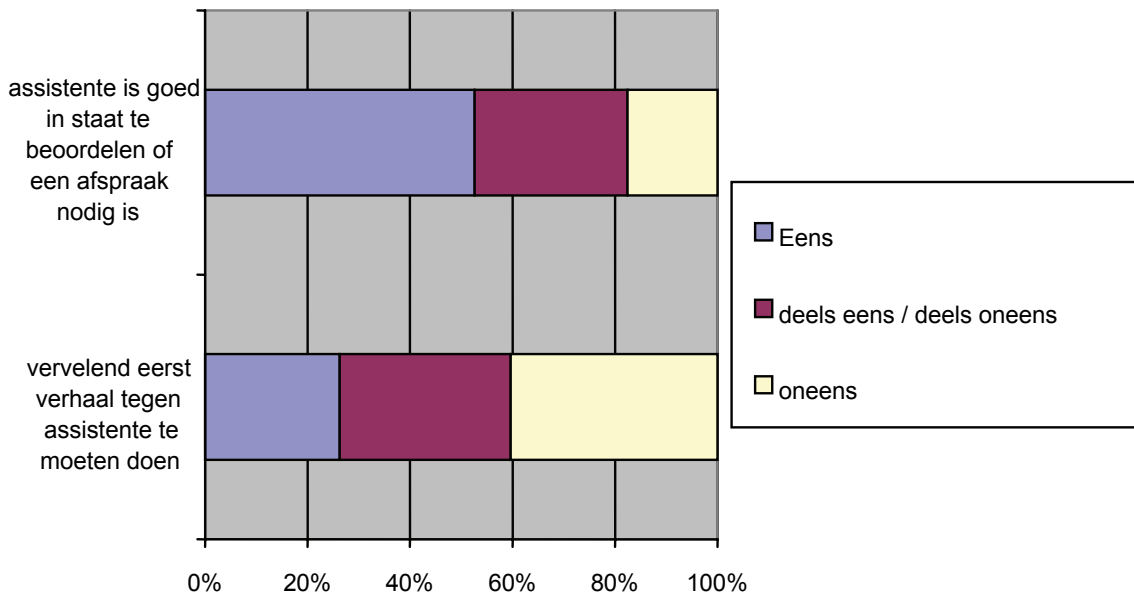


Figuur 7.8: Percentage instemming met stellingen over laatste telefonisch contact met de assistente in 2005 en in 2006

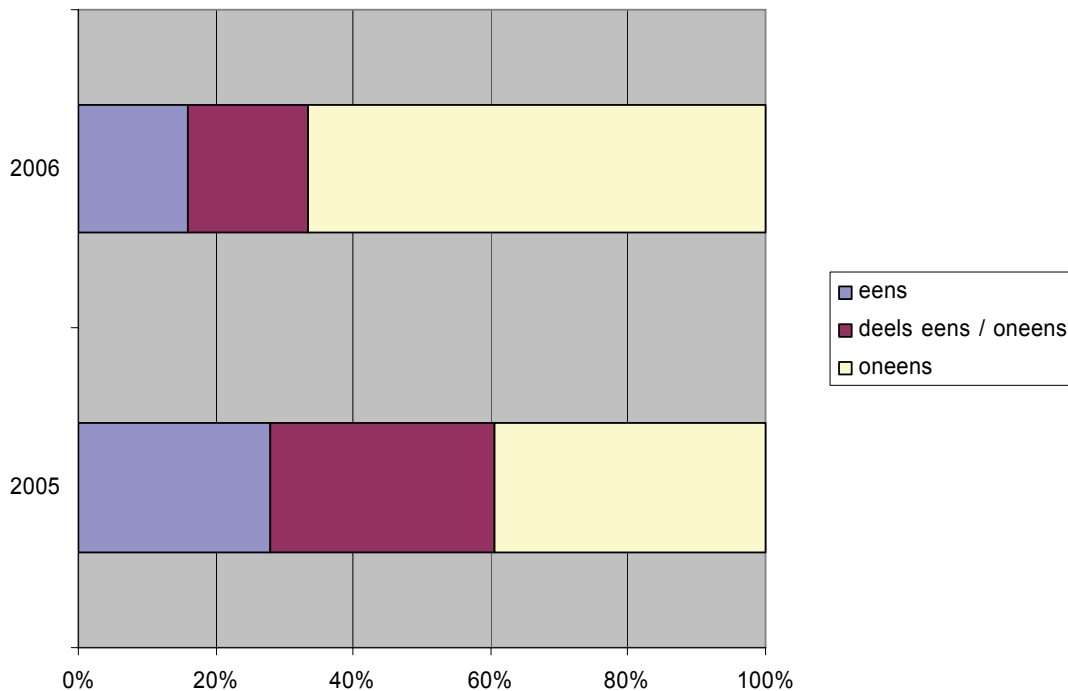


Hoe staan patiënten tegenover de triage door de assistente in het algemeen en achten zij assistentes capabel genoeg om hun klacht te beoordelen? Iets meer dan de helft acht de assistente in staat te beoordelen of een afspraak nodig is (figuur 7.9). Zeventien (30%) zijn het deels met deze stelling eens en tien (18%) zijn het oneens. We legden de patiënten de stelling voor: “ik vind het vervelend dat ik eerst mijn verhaal tegen een assistente moet doen” ruim een kwart onderschrijft deze stelling in 2005 en nog eens een kwart is het er deels mee eens, bij elkaar bijna 60%. Opvallend is dat dit aantal in 2006 beduidend lager is, precies een derde (zie figuur 7.10). Een nadere analyse wijst uit dat dit niet te wijten is aan het grotere aantal jonge mensen in de onderzoekspopulatie, jongeren zijn namelijk niet minder kritisch hierover dan ouderen.

Figuur 7.9: Meninge van bellers met betrekking tot triage, 2005



Figuur 7.10: Antwoorden op de stelling: “Ik vind het vervelend eerst mijn verhaal tegen de assistente te moeten doen” 2005 en 2006.



Overigens zijn er ook patiënten die juist een groot vertrouwen hebben in de deskundigheid van de assistente: *“ik neem eerder een advies aan van de assistente dan van mijn eigen huisarts”* (2005).

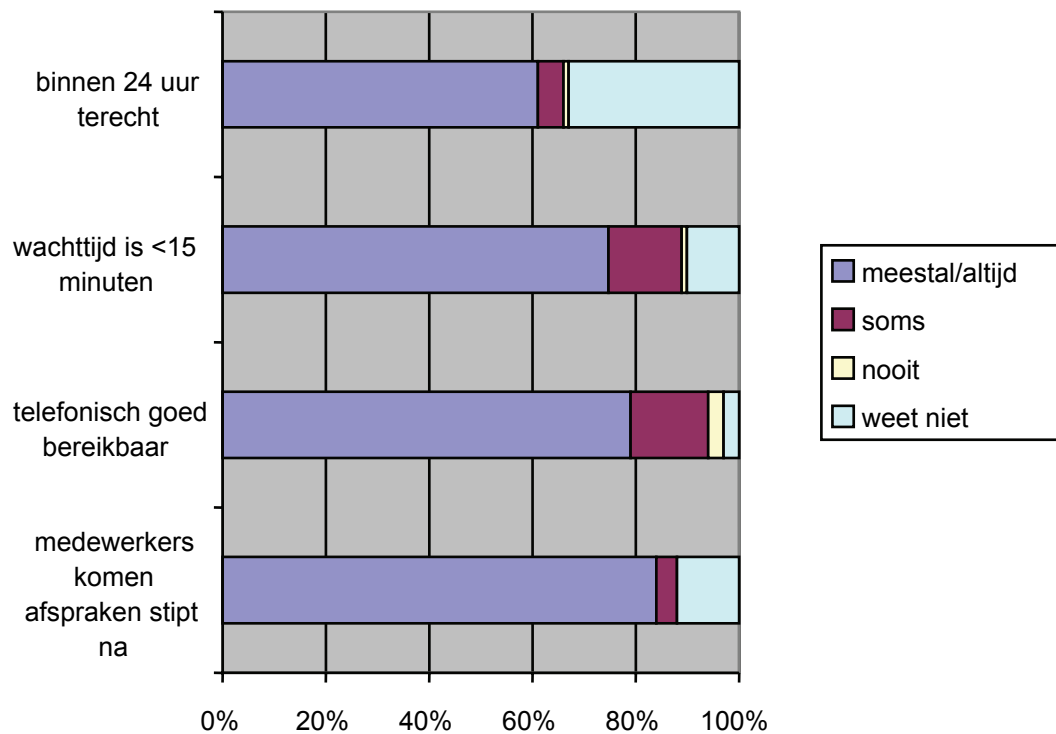
7.4 Resultaten bezoekers

Hieronder zullen de uitkomsten van de enquêtes onder bezoekers van het centrum worden gerapporteerd.

7.4.1 Dienstverlening van het gezondheidscentrum

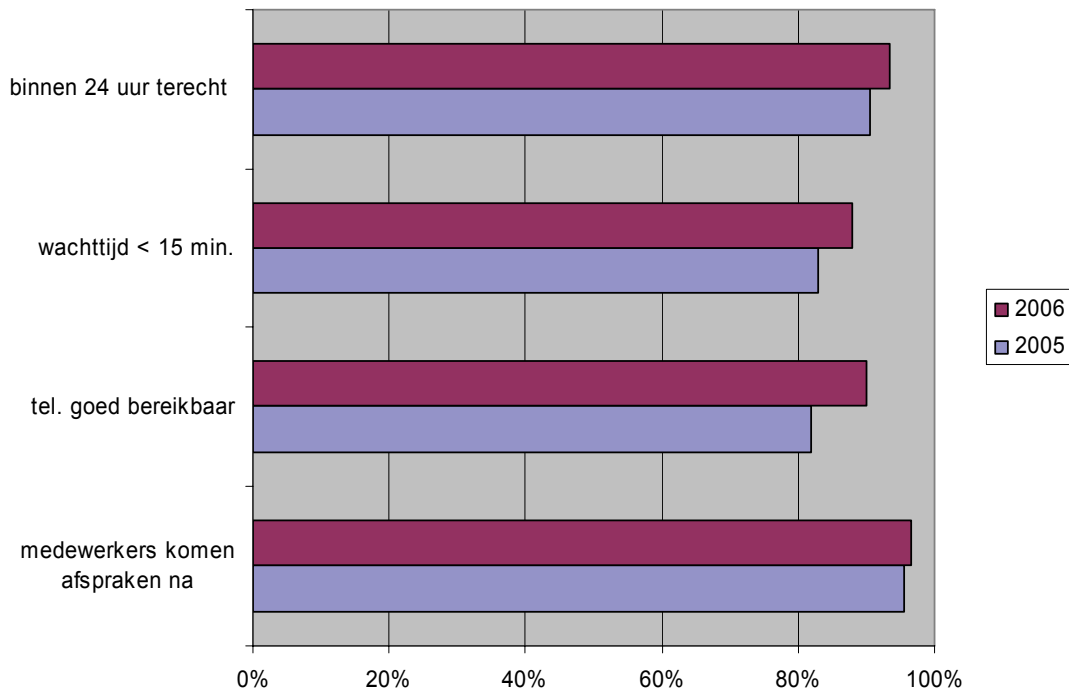
In figuur 7.11 worden de antwoorden weergegeven op de vragen over het nakomen van afspraken, telefonische bereikbaarheid, wachttijd en snel terecht kunnen. De antwoorden wijken weinig af van die van de bellers. Ook hier zien we een algemeen positieve beoordeling van deze aspecten. Een ruime meerderheid vindt dat de medewerkers hun afspraken stipt nakomen en dat het centrum goed telefonisch bereikbaar is. Hoewel men overwegend positief is, zien we ook hier dat ruim 17% het gezondheidscentrum telefonisch niet goed bereikbaar vindt. Voor zover mensen daar over oordelen (twee derde), meent men ook binnen 24 uur terecht te kunnen als dat nodig is.

Figuur 7.11: Oordeel van bezoekers over het nakomen van afspraken, bereikbaarheid en wachttijd (bezoekers; 2005)



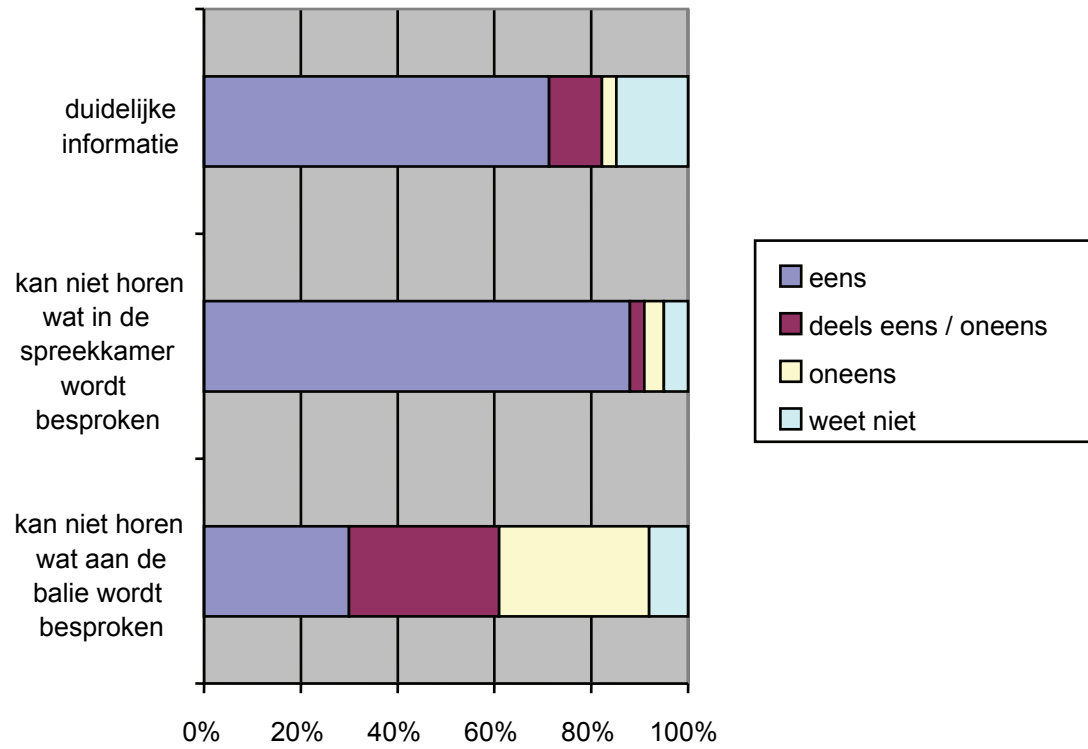
In 2006 gaven patiënten vergelijkbare oordelen over deze zaken. In figuur 7.12 zijn de percentages positieve antwoorden in beide jaren weergegeven. Er zijn wat kleine verschillen die positiever uitvallen in 2006. Alleen het percentage dat positief oordeelt over de telefonische bereikbaarheid is significant toegenomen, van 82% naar 90%.

Figuur 7.12: Oordeel van bezoekers over het nakomen van afspraken, bereikbaarheid en wachttijd in 2005 en in 2006



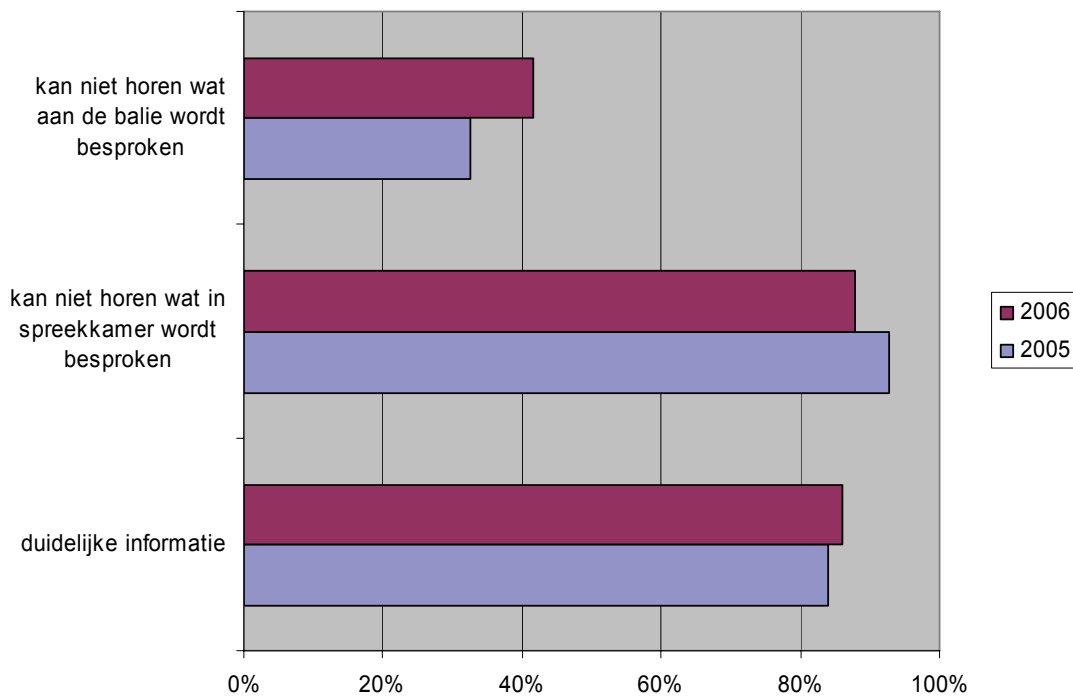
In figuur 7.13 zijn drie vragen over informatieverstrekking en privacy in de praktijk weergegeven. Over de privacy aan de balie (*het centrum is zo ingericht, dat ik niet kan horen wat er met anderen wordt besproken*) wordt door de bezoekers van het centrum nog kritischer geoordeeld dan door de bellers. Slechts 30% is het eens met deze stelling. Vrijwel al deze respondenten waren kort voor het invullen van de antwoorden bij de balie geweest, dus konden zij daar goed over oordelen. Slechts enkelen menen te kunnen horen wat er in de spreekkamers wordt besproken (minder dan 4%). Over de informatieverstrekking is men, net als de bellers over het algemeen positief.

Figuur 7.13: Instemming met stelling over informatieverstrekking en privacy (bezoekers)



Ook deze cijfers laten weer een vergelijkbaar patroon zien in beide metingen. Dit is weergegeven in figuur 7.14

Figuur 7.14: Instemming met stelling over informatieverstrekking en privacy in 2005 en in 2006 (bezoekers)

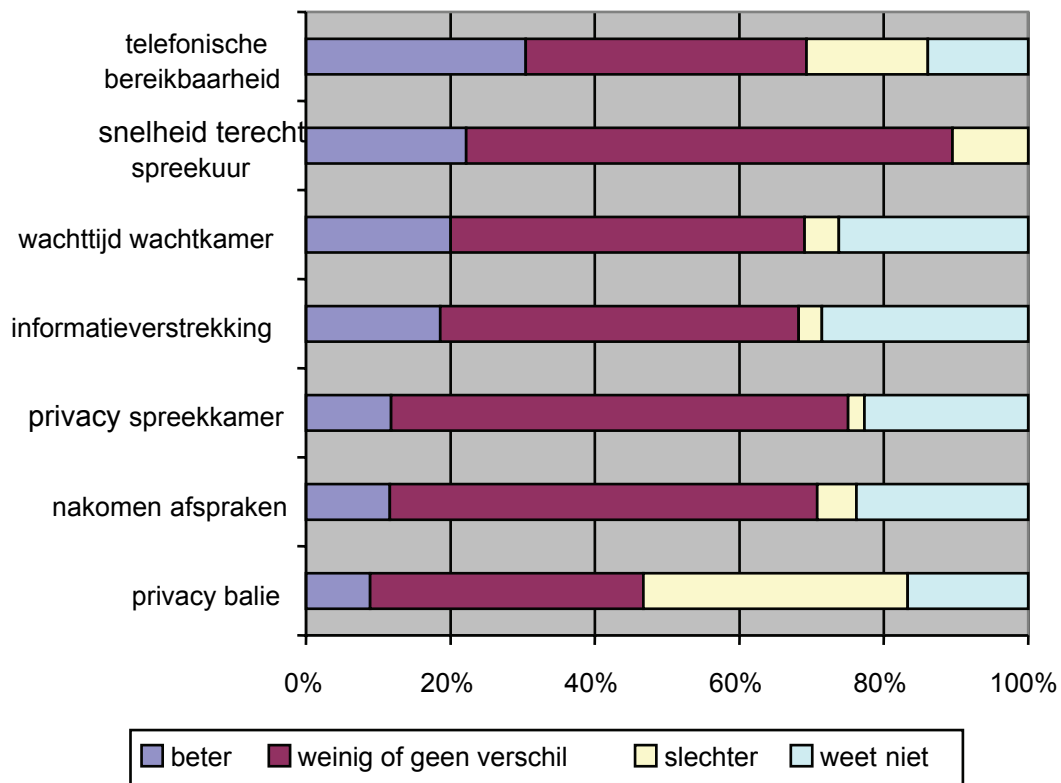


7.4.2 De dienstverlening toen en nu

Wanneer patiënten verschillende aspecten van de dienstverlening in Gezondheidscentrum West vergelijken met de oude situatie, toen zij nog gewoon in een huisartspraktijk waren ingeschreven, blijkt dat zij de meeste zaken over het algemeen verbeterd of in ieder geval van gelijk niveau vinden, zie figuur 7.15. Ook hier zien we dat de meningen ten aanzien van de telefonische bereikbaarheid verdeeld zijn. 17% vindt dat die slechter is geworden, daar staat echter tegenover dat ruim 30% de telefonische bereikbaarheid als beter beoordeelt. De privacy aan de balie wordt het vaakst als slechter ervaren dan voorheen: door 37%.

Opvallend is dat slechts 5% van de bezoekers zegt dat de wachttijd in de wachtkamer langer is dan voorheen, terwijl dat door 30% van de bellers als langer werd beschouwd. Ongeveer 22% van de bezoekers meent zelfs dat de wachttijd korter is geworden.

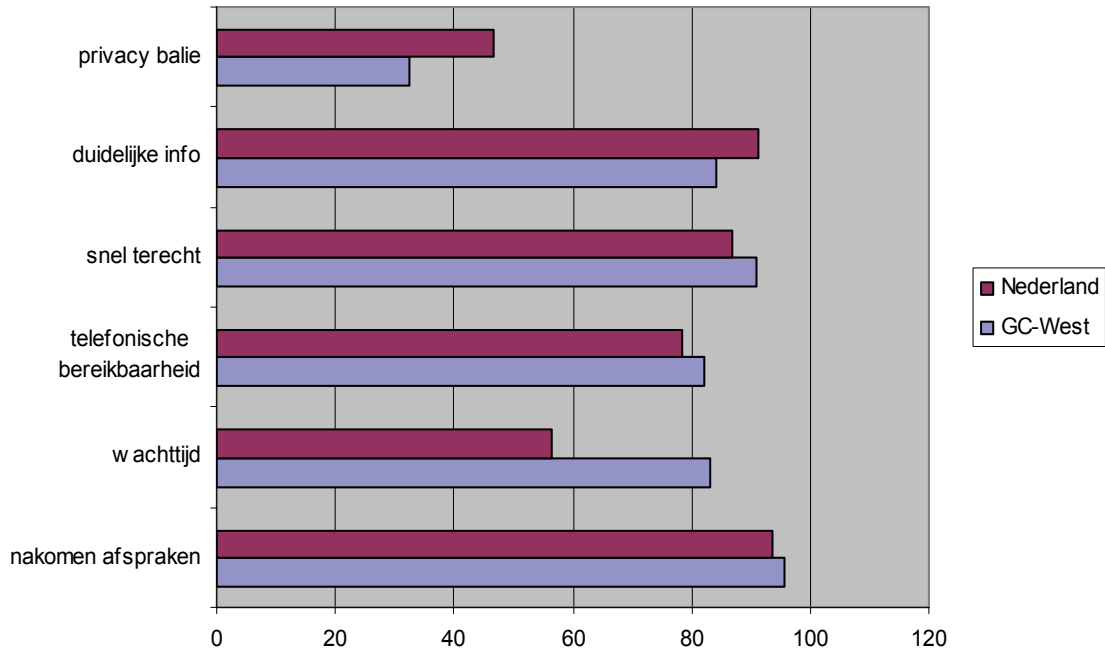
Figuur 7.15: Verandering in de situatie voor en na de start van het gezondheidscentrum m.b.t. verschillende aspecten van de zorg (bezoekers)



7.4.3 De dienstverlening vergeleken met het landelijke beeld

In figuur 7.16 wordt een zestal aspecten vergeleken met het landelijk gemiddelde dat werd gevonden in de Tweede Nationale Studie. De staafjes representeren de percentages positieve antwoorden. Op de meeste aspecten scoort Gezondheidscentrum West vergelijkbaar met het landelijke beeld. Op twee aspecten wijkt het daarvan af. Het percentage patiënten dat positief oordeelt over de privacy aan de balie ligt wat lager, terwijl dat bij de bellers iets hoger lag. Op de wachttijd in de wachtkamer scoort Gezondheidscentrum West, evenals onder de bellers, beter: 83% tegen 56% landelijk.

Figuur 7.16: Percentages positieve oordelen over aspecten van de dienstverlening in Gezondheidscentrum West (bezoekers, 2005) vergeleken met Nederland (Tweede Nationale Studie, cijfers van 2001)



7.4.4 Hoe ervaren patiënten het handelen van de zorgverleners ?

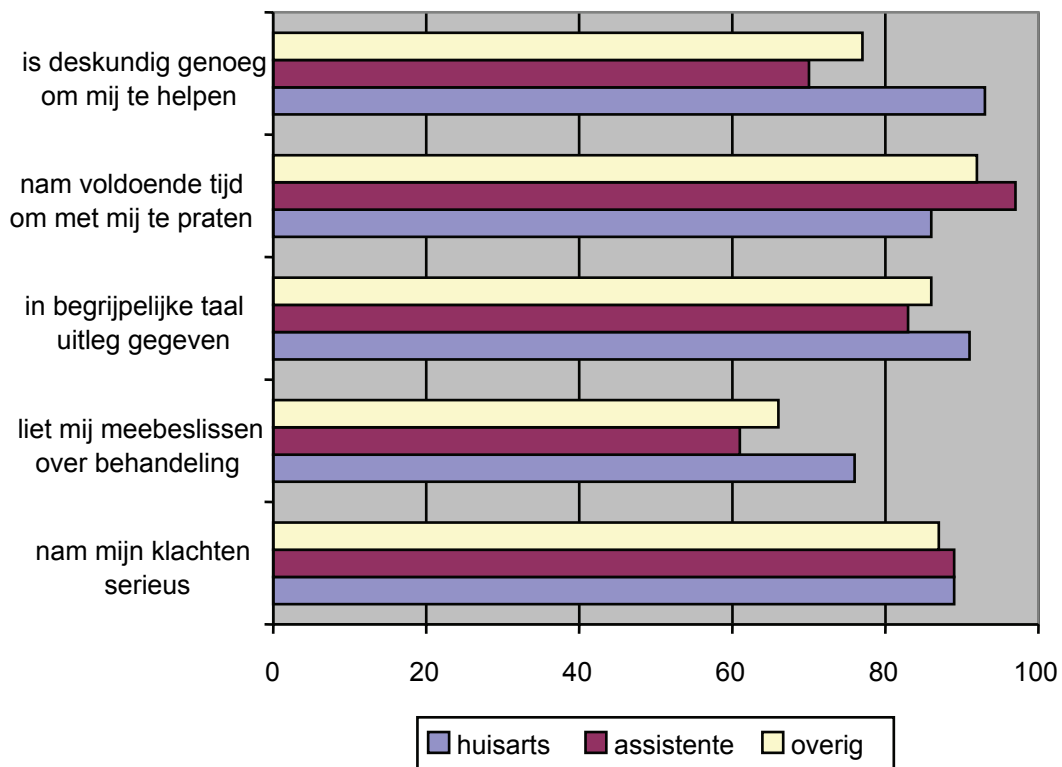
Aan de bezoekers is een aantal vragen gesteld over het laatste consult, dat voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst had plaats gevonden. Omdat de vragen veelal betrekking hebben op de zorgverlener, wordt hier een onderscheid gemaakt naar type zorgverlener. In figuur 7.17 worden percentages positieve antwoorden, dat wil zeggen instemming met de stelling, weergegeven.

Over het algemeen achten patiënten de zorgverlener waarmee zij te maken hebben gehad deskundig genoeg om hen te helpen. In 2005 was slechts één patiënt (van een assistente) het hier mee oneens, iets meer dan 6% was het deels (on)eens. Wel gaf 8% aan het antwoord niet te weten, opvallend in dit verband is dat van de 24 patiënten die bij de fysiotherapeut waren geweest 8 (1/3) 'weet niet' aangaven. 17% van de patiënten die bij de assistente waren geweest, gaven eveneens geen antwoord op deze vraag. De (weliswaar slechts tien) bezoekers van de diabetesverpleegkundige zijn het meest positief, zij antwoorden allen 'eens'. In 2006 zien we een vergelijkbaar beeld: 89% acht de huisarts voldoende deskundig, 76% de assistente, 85% de NP en 91% de fysiotherapeut deskundig genoeg. Het vertrouwen in de fysiotherapeut is iets groter geworden. Hoewel ook in 2006 hier een relatief groot deel (14/71) zegt het niet te weten.

Ook is een ruime meerderheid (89% in 2005 en 92% in 2006) van mening dat de zorgverlener voldoende tijd nam om met hen te praten. De mensen die het (gedeeltelijk) oneens zijn met deze stelling, zijn vooral te vinden bij de patiënten van de huisarts (12% van de patiënten in 2005 en 11% in 2006). Eveneens 95% zegt dat in duidelijke taal is uitgelegd wat er aan de hand is. Er zijn hierin weinig verschillen tussen de zorgverleners. In 2006 werd deze vraag door 96% positief beantwoord.

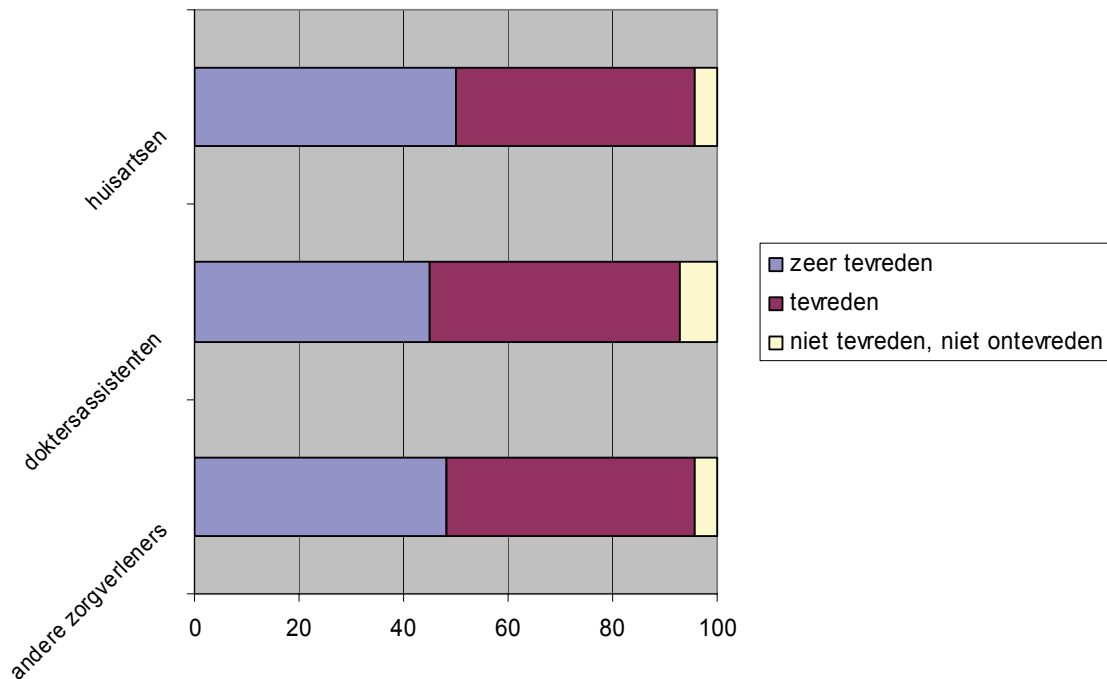
Van de patiënten van de huisarts zegt respectievelijk 76% (2005) en 68% (2006) dat de huisarts de patiënt liet meebeslissen over de behandeling die de patiënt krijgt. De assistentes scoren hier wat lager: 61% en 58% in 2005 en 2006. Het best scoren hier de ondersteunende disciplines (resp. 78% en 80%). Over het algemeen hebben patiënten het gevoel dat hun klachten serieus worden genomen: ongeveer 89% in 2005 en 90% in 2006.

Figuur 7.17: Percentages instemmende antwoorden op vijf stellingen over het laatste consult (bezoekers, 2005)



De 8% (beide jaren) die het hier (gedeeltelijk) mee oneens is, is gelijk verdeeld over de typen zorgverleners. 95% van de patiënten gaf in 2005 aan tevreden te zijn over het laatste contact. De helft antwoordt zelfs 'zeer tevreden' (zie figuur 7.18). In 2006 was dat 97% waarvan bijna de helft zeer tevreden was.

Figuur 7.18: Mate waarin patiënten tevreden zijn over het laatste contact dat zij hadden, uitgesplitst naar type zorgverlener waarbij dit consult plaatsvond (bezoekers, 2005)



In 2005 gaf niet één patiënt aan ontevreden te zijn, 5% is noch tevreden, noch ontevreden. De NP en de diabetesverpleegkundige hebben alleen tevreden patiënten gehad. Ook in 2006 springt de NP eruit met maar liefst 56% 'zeer tevreden'. Er was in 2006 één ontevreden patiënt, van de huisarts.

Tevens is gevraagd aan de patiënten die niet werden geholpen door de huisarts, of zij eigenlijk liever een consult hadden gehad met de huisarts. Hierover zijn de meningen verdeeld: onder patiënten die door een doktersassistente waren geholpen was 10% het eens met de stelling en nog eens 10% deels. In 2006 was dat hoger: respectievelijk 23% 'eens' en nog eens 17% deels. Bij de patiënten van ondersteunende disciplines was dat respectievelijk 8% en 16% in 2005 en 7% en 29% in 2006.

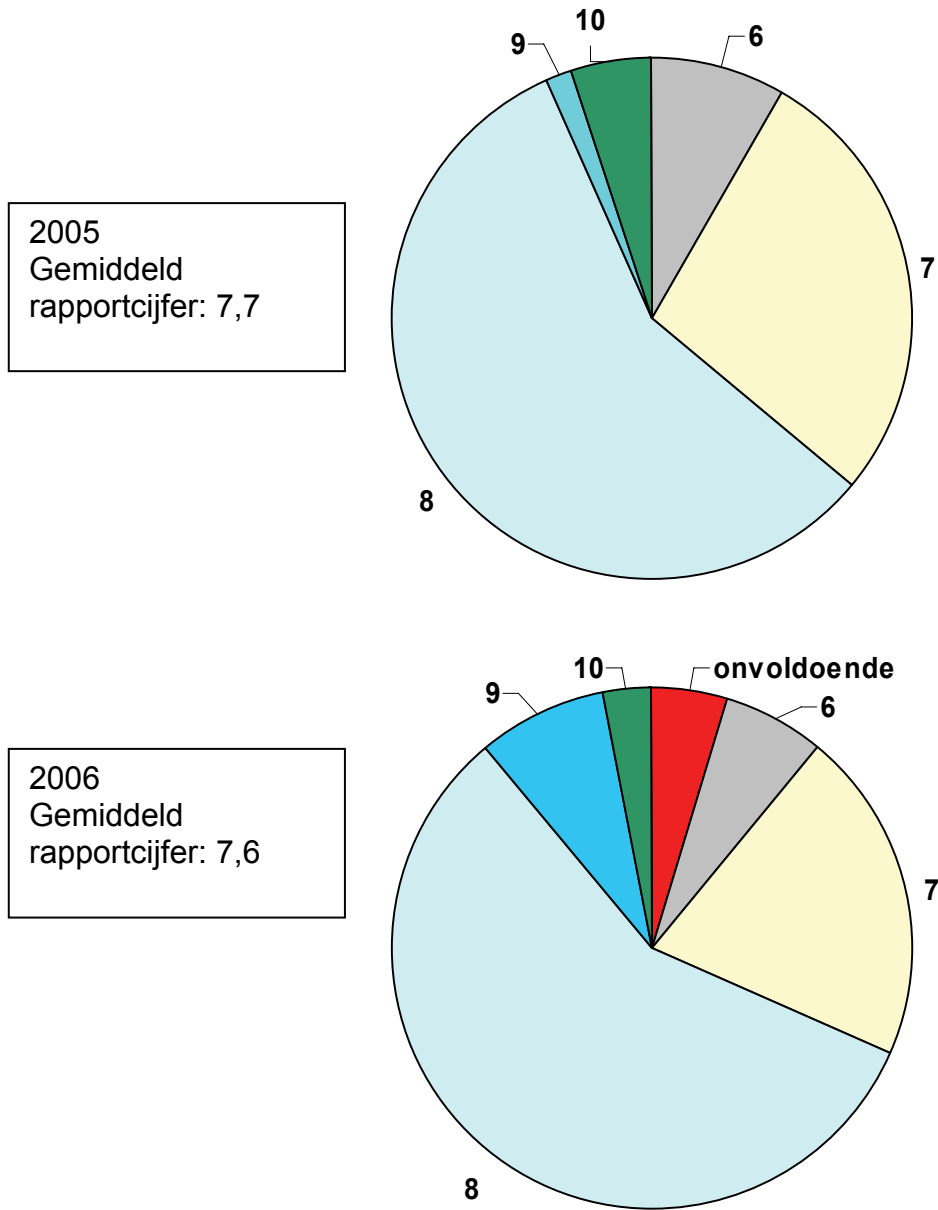
7.5 Een ruime voldoende

Alle respondenten werd gevraagd het centrum een rapportcijfer te geven waarbij een 1 staat voor het slechts denkbare gezondheidscentrum en een 10 voor het best denkbare.

Wanneer alles tegen elkaar wordt afgewogen, zijn de bellers overwegend positief. In 2005 krijgt Gezondheidscentrum West gemiddeld een 7,7. Een goede beoordeling dus. Geen enkele beller geeft een onvoldoende. Maar liefst 61% geeft een 8 of meer en drie maal wordt zelfs een 10 toegekend. Zie figuur 7.19. In 2006 worden wel enkele onvol-

doendes gegeven, maar ook vaker een hoog cijfer en komt het gemiddelde uit op 7,6 (zie figuur 7.20).

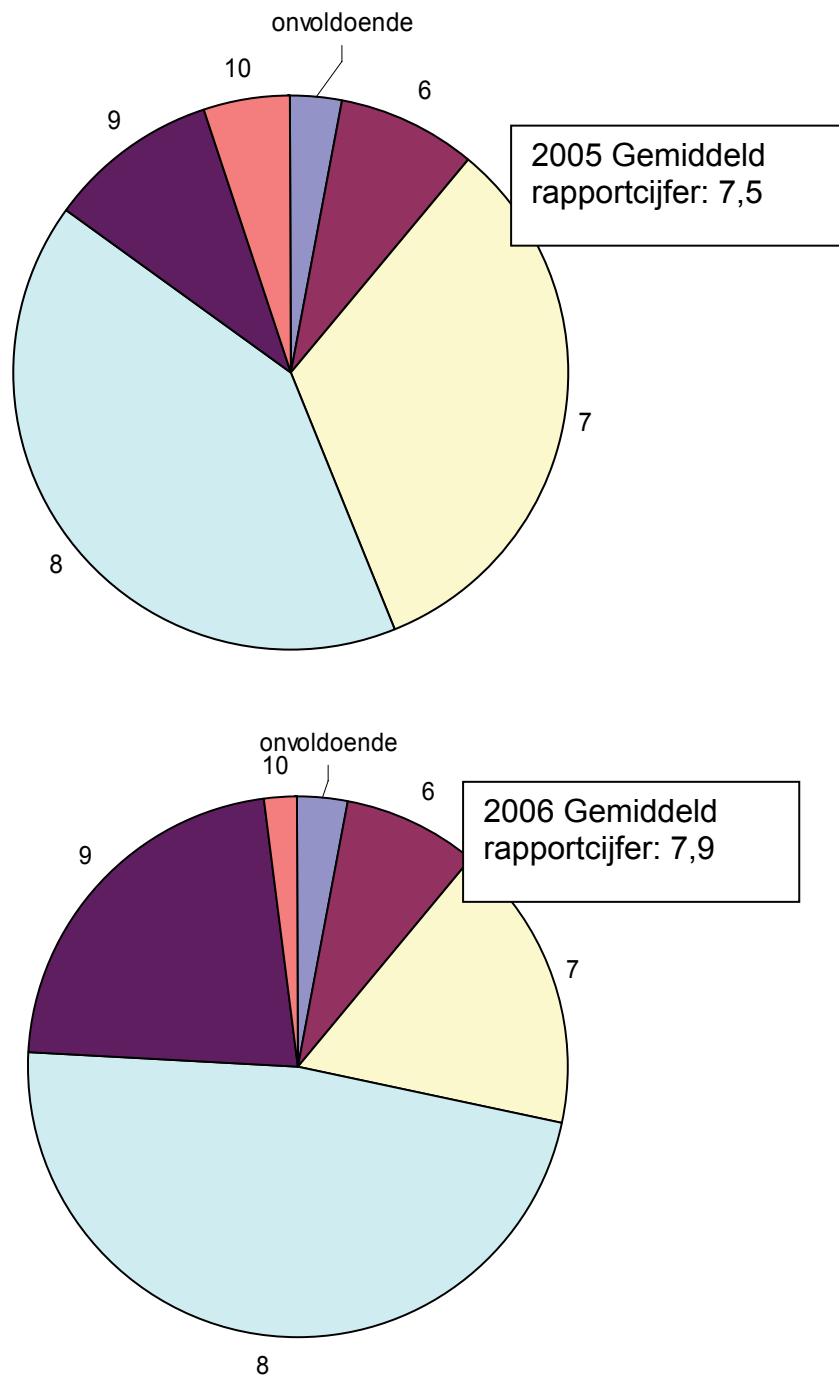
Figuur 7.19 en 7.20: Algemeen rapportcijfer Gezondheidscentrum West: oordeel bellers 2005 en 2006



De bezoekers waren in 2005 iets kritischer dan de bellers. Toen gaf 3% van hen een onvoldoende (figuur 7.21). Desalniettemin komt hier het gemiddelde rapportcijfer op 7,5. Zeven patiënten zijn bijzonder ontevreden, zij gaven een 1 of een 2. Over het algemeen geeft men een hoog cijfer: 57% geeft 8 of meer en 15 respondenten gaven zelfs een 10. In 2006 viel het gemiddelde rapportcijfer nog iets hoger uit: 7,9 (figuur 7.22), dit verschil

blijkt statistisch significant. Slechts vier patiënten gaven een onvoldoende, waarvan eenmaal een 3 en driemaal een 5, de rest gaf een voldoende. Ruim zeven op de tien patiënten gaven in 2006 een 8 of hoger.

Figuur 7.21 en 7.22: Algemeen rapportcijfer Gezondheidscentrum West: oordeel bezoekers 2005 en 2006



7.6 Conclusie

Over het algemeen oordelen patiënten positief, zowel over het gezondheidscentrum in zijn geheel als over de dienstverlening door de zorgverleners die er werken. Gezondheidscentrum West scoort, zoals gezegd, een ruime voldoende.

Patiënten zijn niet alleen positief over de vertrouwde huisarts maar ook over ondersteunende disciplines die voor hen meestal nieuw zijn, zoals de nurse practitioner, de diagnostisch fysiotherapeut en de diabetesverpleegkundige.

Desondanks zijn er ook enkele aandachtspunten. In de eerste plaats is dat de triage. Hoewel de meerderheid aangeeft vriendelijk en goed te worden geholpen, is er toch ook kritiek. Ondanks de betrekkelijk kleine groepen geïnterviewden kwamen er behoorlijk wat kritische opmerkingen. Sommigen voelen zich afgescheept, niet serieus genomen en ervaren de triage als een belemmering in de toegang.

Verder is de privacy bij de balie onvoldoende. Andere patiënten kunnen horen wat daar wordt besproken. Het gaat dan vooral om de balie waar de assistenten de patiënten ontvangen. Bij de informatiebalie lijkt het beter te zijn gesteld met de privacy, vermoedelijk omdat de ruimte daar beduidend groter is. Gebrek aan privacy aan de balie is een verschijnsel dat in veel huisartspraktijken bestaat, zo laten resultaten uit een landelijke studie zien.

Al met al scoort Gezondheidscentrum West goed, zowel als de patiënten de situatie vergelijken met voorheen als wanneer de antwoorden worden vergeleken met landelijke cijfers.

8 Hoe ervaren zorgverleners het gezondheidscentrum?

8.1 Inleiding

De informatie die met interviews onder medewerkers werd verzameld, heeft vooral betrekking op de proceskant van de evaluatie. De interviews leveren waardevolle informatie op die niet, zoals veel andere gegevens in deze studie, in cijfers is uit te drukken.

Reden om deze informatie een plek te geven binnen de studie is dat deze direct betrokkenen het meeste weten over de dagelijks gang van zaken. Zij kunnen vertellen welke zaken goed gaan en welke problemen zij signaleren, hoe volgens hen de kwaliteit van de zorgverlening is en wat beter zou kunnen. De informatie is per definitie subjectief, ervaringen verschillen immers per persoon. Persoonlijke ervaringen hebben dan ook een belangrijke plek omdat ze van belang zijn voor het functioneren op de werkvloer. Juist omdat deze ervaringen van persoon tot persoon sterk kunnen verschillen, zullen we ons bij de beschrijving van de belangrijkste bevindingen voornamelijk beperken tot die ervaringen die in zekere mate intersubjectief zijn, dat wil zeggen, door meerdere medewerkers op vergelijkbare manier worden ervaren.

De interviews hebben veel informatie opgeleverd, die lang niet allemaal in dit hoofdstuk wordt weergegeven. Bij de keuze om bepaalde informatie al dan niet weer te geven, hebben twee overwegingen een rol gespeeld. In de eerste plaats heeft een deel van de informatie betrekking op specifieke personen. Omwille van de privacy wordt deze informatie zoveel mogelijk vermeden. In enkele gevallen waar dat wel gebeurt, heeft vooraf overleg met de persoon in kwestie plaatsgevonden. We kiezen ervoor vooral die thema's te behandelen die 'organisatiebreed' spelen. In de tweede plaats beperken we ons zoveel mogelijk tot bevindingen die worden ondersteund door meerdere gesprekken, zodat de informatie weliswaar subjectief, maar ook intersubjectief is.

Na een korte toelichting van de aanpak van dit deel van het onderzoek, worden achtereenvolgens de belangrijkste positieve en negatieve ervaringen in het algemeen geschetst, wordt ingegaan op de telefonische triage, de werkbelasting, de sfeer en verhoudingen op de werkvloer, de inhoud van de zorg en de substitutie van taken.

8.2 Aanpak

In 2005 en 2006 is een aantal medewerkers van het gezondheidscentrum geïnterviewd. In totaal waren dat er 17, waarvan drie twee maal. Deze interviews waren semi-gestructureerd. De gesprekken werden opgenomen en later uitgetypt. De verslagen zijn door alle geïnterviewden schriftelijk geautoriseerd. Citaten zijn genummerd, zodat kan worden gezien welke citaten bij een zelfde persoon horen. Omwille van de privacy wordt de

achtergrond van de personen verder niet toegelicht. Verdere informatie is te vinden in hoofdstuk 2.

8.3 Wat gaat goed, en wat niet?

We vroegen de medewerkers in 2005 naar de belangrijkste positieve kanten van het centrum. Opvallend is dat enkele zaken door bijna iedereen spontaan werden genoemd. In de eerste plaats is dat de visie en de doelstelling achter het gezondheidscentrum. Hiermee bedoelden zij vooral het samenbrengen van verschillende disciplines onder één dak en substitutie van taken. Vrijwel iedereen gelooft dat dit een goed uitgangspunt is en dat het goed kan werken: *“ik geloof wel in de doelstelling van Menzis”*[6], een andere ondersteunende medewerker stelt: *“taak herschikking, daar sta ik 100% achter”*[5]. Als positief wordt ook genoemd dat patiënten nu één centrum hebben waar ze voor allerlei zaken terecht kunnen. Ook de huisartsen gaven aan volledig achter de doelstelling te staan. Ook uit de tweede ronde gesprekken spreekt een positieve attitude ten aanzien van het idee achter het gezondheidscentrum .

Over het algemeen gaf men ook aan met plezier in het gezondheidscentrum te werken. Vooral de mogelijkheid om samen te werken met anderen, ervaren velen als positief. Vooral de huisartsen waren enthousiast: *“Het is prettig om met mensen samen te werken, met collega’s ben je veel minder kwetsbaar als het gaat om spoedgevallen en vervanging in het algemeen”* [3], *“het is ontzettend prettig om collega’s te raadplegen, ad hoc of bij de koffie”*[3] en een andere huisarts: *“het is inspirerend om met elkaar onder één dak te zitten”* [2] Ook andere medewerkers geven aan dat er ‘korte lijnen’ zijn. De huisartsen worden over het algemeen als toegankelijk ervaren en kunnen gemakkelijk tussendoor even worden geraadpleegd.

Vooral in de aanloopfase waren er ook kritische punten. Hoewel het hier gaat om een aantal uiteenlopende zaken die voor een belangrijk deel hieronder zullen worden uitgediept, is er een rode draad waarneembaar die in bijna alle gesprekken in de eerste ronde (2005) naar voren kwam. Samengevat kom dit er op neer dat de wijze waarop het centrum is gestart, destijds door velen werd ervaren als *“ondoordacht”*, de complexiteit van de hele onderneming is volgens velen *“onderschat”* . Velen voelden zich *“in het diepe gegooid”* .

“We zijn hier een beetje met een valse start begonnen” [2]

“De organisatie heeft het denk ik een beetje onderschat, (...)die denken: ‘pand open, en het is klaar, iedereen is aan het werk’”[6]

“Er was gewoon helemaal niets, zo weinig, geregeld. Als je zelf gaat verhuizen dan organiseer je het beter”[3]

Het gebrek aan voorbereiding zoals velen dat ervoeren, komt enerzijds tot uiting in de meer logistieke, praktische kant en anderzijds in de procesmatige kant. Wat betreft de logistieke kant zijn vooral technische problemen in het begin een bron van ergernis geweest. Wel is hier in de loop der tijd veel in verbeterd. In de eerste ronde gesprekken werd aangegeven dat veel van deze zaken snel verbeterd waren ten opzichte van de

periode direct na de opening. In 2006 bleken deze problemen te zijn verdwenen. De computers functioneren goed, de praktijk is telefonisch goed te bereiken. Ook zijn de 'basisvoorzieningen' voldoende aanwezig.

De procesmatige kant heeft betrekking op de inhoud van het werk en de samenwerking. Zo was de wijze waarop de triage vorm moest worden gegeven niet uitgedacht of vastgelegd. Verschillende medewerkers kregen nieuwe taken waarvoor zij zich niet goed voorbereid voelden. Ten aanzien van de samenwerking hebben grote veranderingen plaatsgevonden voor betrokkenen: voorheen veelal solistisch werkende mensen met ieder hun eigen werkwijze en opvatting moesten ineens gaan samenwerken in een team. Dit heeft vooral in het team van assistentes, maar ook daar buiten, de nodige spanningen teweeg gebracht.

Op een aantal van deze thema's zal in de volgende paragrafen wat verder worden ingegaan.

8.4 De zorg voor patiënten

Ook voor patiënten is er met de komst van het gezondheidscentrum een en ander veranderd. Zij krijgen te maken met de triage en komen soms bij andere hulpverleners terecht. Wanneer de zorgverleners wordt gevraagd waar ze als patiënt liever ingeschreven zouden staan, in de oude, bekende huisartspraktijk of in Gezondheidscentrum West, kiest bijna iedereen voor het gezondheidscentrum. Het feit dat men voor heel veel zorgvragen op het zelfde adres terecht kan, dat bij bepaalde klachten meer tijd en een gespecialiseerde zorgverlener beschikbaar is (bijvoorbeeld de diabetesverpleegkundige, fysiotherapeut) dragen daaraan bij. Op meerdere terreinen stellen de medewerkers kwaliteitsverbetering vast, bijvoorbeeld doordat mensen eerder een visite krijgen, doordat de diabeteszorg meer gestructureerd wordt aangeboden, en doordat er meer deskundigheid in huis is.

De (aanloop)problemen zoals die in dit hoofdstuk worden beschreven, gingen volgens de medewerkers niet ten koste van patiëntenzorg. Negatieve veranderingen voor patiënten die medewerkers noemen, hebben doorgaans geen betrekking op de zorg. Maar bijvoorbeeld met de bereikbaarheid of het gebrek aan parkeerplaatsen.

8.5 Werkbelasting

Elders in dit rapport wordt de werkbelasting op een meer kwantitatieve, objectieve wijze in beeld gebracht. Het onderwerp werkbelasting is echter ook aan de orde geweest in de interviews. Het gaat er dan vooral om hoe de zorgverleners hun werkbelasting ervaren en welke veranderingen zij daarin hebben vastgesteld. Vaak is hierbij ook gevraagd naar een aantal specifieke taken zoals overleggen, werken met patiënten, aansturen van mensen e.d.

De huisartsen draaiden zowel voor als kort na de start van het centrum behoorlijk lange werkweken. Wel gaf één van de huisartsen in de eerste ronde gesprekken (2005) aan ongeveer tien uur minder te werken per week. De andere huisartsen zeiden niet minder te werken dan voorheen. De invulling van hun takenpakket is wel wat veranderd.

Overleggen en vergaderen werd in de ‘oude’ situatie door de meeste huisartsen nauwelijks formeel gedaan: *“je sprak dingen even snel door”* [1] *“er was nauwelijks gereguleerd overleg, je sprak de zaken even onder de koffie door”* [2]. Nu overleggen de huisartsen wekelijks meerdere uren. Voor de een is dit wat meer dan voor de ander (twee tot vijf uur, minimaal vijf uur). Ongeveer een jaar na de start geeft één van de huisartsen aan dat het aantal overleguren wel minder wordt.

Ook het aansturen en begeleiden van mensen kost meer tijd dan voorheen. Idealiter betaalt deze tijdsinvestering zich op termijn terug door het werk dat uit handen wordt genomen. Qua patiëntencontacten constateerde één van de huisartsen in 2005 een duidelijke verandering: *“vroeger zag ik zeker 40 patiënten per dag, nu hoogstens 25, maar wel veel meer ingewikkelde problemen”*. [1]

De administratieve werklast werd als aanzienlijk minder ervaren. De huisartsen ervoeren het als erg prettig dat ze sinds de opening van het gezondheidscentrum geen omkijken meer hebben naar de financiële administratie en zaken als in- en uitschrijven van patiënten.

Over het algemeen is volgens de huisartsen de werklastverlichting die het centrum zou moeten brengen in mindere mate gerealiseerd dan aanvankelijk werd verwacht: *“dat vind ik wel een van de meer teleurstellende dingen, ik had gedacht dat we veel meer ondersteuning kregen en veel meer dingen kwijt konden. Dat zet veel kwaad bloed, ook bij collega’s.”* [1]

Binnen het team van assistentes werd zeker in de aanloopfase en ook in 2005 een hoge werkdruk ervaren. Door uitval wegens ziekte liep in het eerste jaar de werkdruk regelmatig op tot een zeer hoog niveau. In het begin was de formatie wat krap bemeten. Huisartsen gaven aan dat er mogelijk nog winst was te boeken in de efficiëntie, bijvoorbeeld in de triage.

In 2006 ervaren alle benaderde zorgverleners hun werkbelasting als acceptabel. Wel komt het voor dat er ‘pieken’ zijn, maar daar staat tegenover dat het ook wel eens vrij rustig is. Volgens de geïnterviewden is er nog ruimte voor uitbreiding. Huisartsen hebben vrij grote visiteblokken die lang niet altijd vol staan en in de spreekuren van ondersteunende disciplines vallen nog regelmatig gaten. De indruk dat het gezondheidscentrum ruim in zijn personele bezetting zit, wordt bevestigd door de medewerkers.

8.6 De sfeer binnen het team

Samenwerken met ander zorgverleners is een van de aspecten die door de meeste medewerkers spontaan werd genoemd als één van de grootste veranderingen vergeleken met hun oude situatie. Overigens is deze verandering voor de ene discipline ingrijpender dan voor de andere. Voor huisartsen bijvoorbeeld, bestaat het belangrijkste deel van hun werkzaamheden uit het draaien van spreekuren. Zij hebben er wel veel organisatorische taken bij gekregen maar zij werken nog steeds in hoge mate zelfstandig, één-op-één. Zoals eerder werd aangegeven wordt door hen het samenwerken met andere huisartsen als waardevolle aanvulling beschouwd. De samenwerking wordt door hen dan ook als prettig omschreven.

De verandering is mogelijk het meest ingrijpend geweest voor de assistentes. Veel van hen zijn altijd gewend geweest zelfstandig te werken en alleen zaken af te stemmen met de huisarts. In de nieuwe situatie werken zij in een team van vijf en soms zes assistentes. De assistentes verschillen van elkaar in ervaring, achtergrond, opvattingen en werkwijze. Bovendien is de inhoud van hun werk voor een belangrijk deel veranderd en vormen zij logistiek gezien het ‘zenuwcentrum’ van het gezondheidscentrum. Dit alles vergt veel afstemming, coördinatie en overleg. In de eerste ronde gesprekken gaven meerdere medewerkers aan dat dit voor spanningen en soms een onprettige sfeer heeft gezorgd binnen het team van doktersassistenten.

Meerdere zorgverleners stelden in 2005 vast dat er regelmatig werd gemopperd en geklaagd. Een medewerker omschrijft de terugkerende ergernissen in gesprekken tijdens te pauzes als “geëmmmer” en “negatieve beïnvloeding” [10]. Tegelijkertijd is daar ook begrip voor: “ik kan het me ook wel voorstellen (...)je moet soms je hart wel eens luchten” [10] een andere medewerker vind de stemming ook vaak negatief: “ik mis het enthousiasme” [5].

Hoewel de meesten in 2006 wat positiever zijn, wordt nog steeds het ‘teamgevoel’ wel eens gemist “Je ervaart nog heel veel eilandjescultuur” [11]
“het teamgevoel wel beter zou kunnen (.....)iedereen werkt maar voor zich zelf” [6]

Desondanks gaf in beide gespreksrondes vrijwel iedereen aan met plezier te werken in Gezondheidscentrum West.

8.7 Domeindenken?

In het advies ‘taakherschikking in de gezondheidszorg’ (RVZ, 2002) van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg wordt ‘domeindenken’ gezien als een hardnekkige potentiële barrière bij het tot stand brengen van taakherschikking. Met domeindenken wordt bedoeld dat beroepsbeoefenaren het eigen terrein streng bewaken en daar niets van willen prijs geven aan andere disciplines. In zekere mate is deze manier van denken ook functioneel, bijvoorbeeld met het oog op veiligheid voor patiënten. Bepaalde vormen van zorg blijven zo voorbehouden aan deskundigen. De RVZ geeft echter aan dat ook minder nobele drijf-

veren een rol spelen: het handhaven van een machtspositie en inkomsten. Domeindenken is vooral een bekend verschijnsel binnen het medische terrein maar ook bijvoorbeeld over het domein van verpleegkundigen worden stevige discussies gevoerd. In Gezondheidscentrum West is gepeild in hoeverre dit probleem een rol speelt.

Wat betreft de huisartsen lijkt dit probleem nauwelijks een rol te spelen. In het algemeen staan zij zeer positief ten opzichte van het uitbesteden van taken. Hoewel andere zorgverleners wel duidelijke verschillen opmerken tussen huisartsen in de bereidheid tot delegeren. Daar waar ondersteunende disciplines goed zelfstandig kunnen functioneren besteden de huisartsen graag werk uit. Zij zouden zelfs graag zien dat de substitutie van taken verder uitgebreid wordt. De huisartsen zijn voorstander van een eigen BIG-registratie voor de NP en zijn van mening dat uiteindelijk de eindverantwoordelijkheid via de zogenaamde ‘verlengde armconstructie’ van huisartsen niet houdbaar is.

Hoewel enkele voorbeelden worden genoemd van taken die wellicht door iemand anders zouden kunnen worden vervuld, lijkt dit geen groot probleem te zijn dat speelt.

8.8 Nieuwe functies

In Gezondheidscentrum West is een aantal ‘nieuwe functies’ geïntroduceerd. Dat wil zeggen, functies die nog niet als zodanig werden ingevuld in de afzonderlijke praktijken voor de opening van het gezondheidscentrum, zoals de manager, de diabetesverpleegkundige en de eerste assistente. In sommige gevallen gaat het om functies die nog niet of nauwelijks voorkomen in Nederland, zoals de Nurse Practitioner(s), de diagnostisch fysiotherapeut en de infobaliemedewerkers. Wat betreft de eerste assistente moet worden opgemerkt dat deze slechts enkele maanden gestart was op het moment van de tweede ronde gesprekken. Over deze functie viel dus nog niet zoveel te zeggen.

In de tweede ronde gesprekken bleken al deze functies over het algemeen als nuttig worden ervaren en hun plek te hebben gevonden in het gezondheidscentrum. Huisartsen geven aan dat deze medewerkers hen veel werk uit handen nemen. Bij de NP betreft dat vooral visites. Veel visites worden vooral afgelegd bij oudere, chronische patiënten. Voor de huisarts scheelt dit tijd, voor patiënten is het bovendien prettig dat zij wat meer tijd en aandacht krijgen. Ook worden visites afgelegd in gevallen waar voorheen vaak geen tijd voor was, bijvoorbeeld bij geboorte van een kind of bij mensen die uit het ziekenhuis zijn ontslagen. Dit wordt door velen beschouwd als een stuk kwaliteitswinst.

De diagnostisch fysiotherapeut neemt –uiteraard- vooral veel klachten over die betrekking hebben op het bewegingsapparaat. Zowel van de kant van de huisartsen als de fysiotherapeut wordt aangegeven dat er ‘korte lijntjes’ zijn. Hoewel de fysiotherapeut in hoge mate zelfstandig werkt, vindt bij twijfel altijd overleg met een huisarts plaats. Volgens schatting van een huisarts werd in 2006 in ongeveer één op de vier contacten van de fysiotherapeut even ruggespraak gehouden met de huisarts.

Dankzij de inzet van de diabetesverpleegkundige vindt de zorg voor diabetespatiënten op een gestructureerde wijze plaats. De diabetesverpleegkundige zorgt voor de controles die volgens de NHG-standaarden vier keer per jaar moeten plaats vinden. Drie keer per jaar worden de controles gedaan door de diabetesverpleegkundige, één keer door de huisarts. Huisartsen zien ook ruimte voor uitbreiding van taken, bijvoorbeeld het doen van het onderzoek en categorale zorg voor andere categorieën zoals astma/copd en hart- en vaatziekten. Men is het er over eens dat de komst van de diabetesverpleegkundige uiteindelijk zorgt voor kwaliteitswinst. De huisartsen vinden dat de zorg nu beter is dan toen het huisartsenlab dit nog verzorgde. Bovendien worden deze taken nu meer volgens de standaarden uitgevoerd.

In de huidige situatie neemt de manager veel regelwerk op zich, waar de huisartsen vooral in de aanloopfase hun handen nog aan vol hadden. Dat geldt eveneens voor de infobalie, die vooral veel praktische zaken tussen patiënt en verzekeraar oppakken. Zaken die niet zozeer met medisch inhoudelijk zaken te maken hebben, maar die wel moeten worden geregeld en huisartsen en assistenten anders veel tijd zouden kosten.

Overigens is de introductie van deze nieuwe disciplines niet altijd vanzelf gegaan. Vaak was het zoeken naar hoe de functie het beste kon worden ingevuld en waar de grenzen van verantwoordelijkheidsgebieden lagen. Ook is er flink geïnvesteerd in scholing en supervisie. Bij de ene functie vergde dit wat meer tijd en energie dan bij de andere. Zo vormde het terrein van de fysiotherapeut een vaststaand en voor iedereen helder afgebakend terrein. Dit maakt ook bijvoorbeeld triage eenvoudiger. Bovendien zijn fysiotherapeuten gewend te werken in de eerste lijn. Bij de invulling van de functie van NP was dit wat meer zoeken, maar ook deze functioneert nu zelfstandig.

Ook heeft het enige tijd geduurd voordat duidelijk was hoe de functie van manager het beste kon worden ingevuld. Sinds de start van Gezondheidscentrum West zijn er vier managementwisselingen geweest. De wijze waarop deze functie nu wordt ingevuld, wordt door de medewerkers als prettig ervaren.

8.9 De telefonische triage

De assistentes hebben met de telefonische triage vanaf de start een zeer centrale rol gekregen in het centrum en die hebben ze nog steeds. Zij bepalen, in overleg met patiënten, wie er gezien worden en wie niet, en door *wie* patiënten gezien worden.

In de eerste ronde gesprekken gaven zowel enkele assistenten als andere medewerkers aan dat assistenten niet goed waren voorbereid op dit werk. Er bleek nauwelijks sprake van een afgesproken systematiek, en er was geen protocol voor handen. In het begin was er volgens deze medewerkers geen aanvullende scholing en waren er geen afspraken gemaakt over supervisie. Wel werd gebruik gemaakt van de NHG-telefoonwijzer. Uit de tweede ronde gesprekken kwam naar voren dat er in de loop van 2006 werk van is gemaakt om de kwaliteit van de triage te verbeteren. Waarover later in deze paragraaf meer.

Ook huisartsen gaven in de eerste ronde interviews aan dat de triage een aandachtspunt is. Een huisarts merkte in 2005 op dat met de triage een belangrijk deel van het werk van de huisarts uit handen wordt gegeven, terwijl daar eigenlijk te weinig zicht op was vanuit de huisarts: *“Eigenlijk zou je per dag of per uur alle adviezen van een assistente moeten controleren. Het wordt wel in de computer gezet als het goed is, maar je zou een uitdraai moeten krijgen om feedback te geven. Als iemand pijn op de borst heeft en de assistente zegt ‘u mag wel een aspirientje nemen’ en ik ontdek dat pas de volgende dag dan zou ik dat vervelend vinden”* [2] Ook de andere huisartsen geven aan dat de triage nog voor verbetering vatbaar is, zij gaven aan dat het voorkwam dat patiënten ofwel bij de verkeerde zorgverlener terecht kwamen ofwel eigenlijk eerder gezien hadden moeten worden. Een van de huisartsen omschreef de triage als ‘te defensief’ [2].

Triage was en is voor assistentes de hoofdmoot van het werk. Het is veel werk en kost veel tijd. De assistentes ervaren dit als zwaar en soms als vervelend: *“Ik heb soms het gevoel dat je een soort telefoonmiep wordt(...) je zit continu te triageren”* [9] (2005). Ook wordt aangegeven dat dit ten koste gaat van medisch-technisch werk en het persoonlijk contact met patiënten: *“Je hebt geen band meer met patiënten. Je bent vooral bezig met triage en administratie* [8] (2005)“
Over medisch-inhoudelijke taken: *“daar hebben we geen tijd voor, er gaat veel tijd zitten in de triage* [9]
“Die telefoon blijft een ontzettende vreter aan tijd en werkzaamheden. [11] (2006)

Uit de gespreksronde in 2006 kwam naar voren dat problemen met betrekking tot de kwaliteit van de triage zijn aangepakt. Zo worden alle adviezen genoteerd en twee maal per dag wordt de hele lijst gecontroleerd door een huisarts. Regelmatig komt het voor dat de huisarts een advies ‘overruled’ de patiënt wordt dan teruggebeld om bijvoorbeeld een ander advies te geven, of om alsnog een afspraak te maken. Zowel assistenten als huisartsen beschouwen dit als een belangrijke kwalitatieve verbetering.

Ook worden nieuwe medewerkers niet direct alleen aan de telefoon gezet, maar worden ze daarin begeleid door een ervaren assistente.

Verder is in oktober 2005 door een extern bureau een triagetraining gegeven. Na afloop hier van zou een aantal gesprekken geaudit worden. Tijdens de tweede interviewronde (september 2006) stond dat nog in de planning.

8.10 Verbeterpunten in 2006

De belangrijkste verbeterpunten die in 2006 worden aangegeven door medewerkers hebben vooral betrekking op de samenwerking en afstemming. Ook worden genoemd de triagekwaliteit en het houden van functioneringsgesprekken. Dit laatste gebeurt niet of te weinig. Een assistente noemt de ‘papierhandel’, door zaken te scannen zou volgens haar op administratief vlak veel verbeterd kunnen worden.

8.11 Conclusie

Al met al komt uit de gesprekken naar voren dat in het eerste jaar veel is bereikt in Gezondheidscentrum West. Het samenvoegen van drie solistische praktijken in een nieuwe organisatie met tegelijkertijd diverse innovatieve experimenten is gepaard gegaan met de nodige ‘kinderziektes’. Daar werd over gemopperd en geklaagd, maar men ging ook op zoek naar oplossingen. Het gehele project is in vele opzichten nieuw en praktische problemen zijn wellicht inherent aan een dergelijke nieuwe situatie. Hoe dan ook blijkt gezondheidscentrum uiteindelijk goed te draaien..

Ten aanzien van het laatste punt moet worden aangevuld dat vanzelfsprekend bepaalde functies moeten worden geschoold in de praktijk. Het is echter de vraag of een nieuwe organisatie met alle daar bij horende ontwikkelingen en kinderziektes de beste omgeving is om nieuwe functies in op te leiden.

De medewerkers zijn gemotiveerd en werken in het algemeen met plezier. Daarbij geloven zij doorgaans in het idee achter het gezondheidscentrum. Bovendien kwam ook uit de gesprekken naar voren dat er een soort ‘natuurlijke selectie’ plaatsvindt: mensen die echt structureel ontevreden zijn, vertrekken en nieuwe mensen kiezen vaak bewust voor deze setting.

Het opzetten van een nieuwe organisatie als Gezondheidscentrum West, waarin in betrekkelijk korte tijd veel veranderingen worden doorgevoerd is een hele uitdaging, en zal waarschijnlijk altijd gepaard gaan met aanloopproblemen. Wel kunnen de ervaringen van medewerkers leerzaam zijn bij de voorbereiding van eventuele toekomstige initiatieven.

9 Conclusie

9.1 Inleiding

De totstandkoming van Gezondheidscentrum West was een groot, complex project dat voor de betrokkenen grote veranderingen met zich meebracht. Zowel praktisch als zorginhoudelijk is er in korte tijd een groot aantal veranderingen doorgevoerd. Inmiddels, drie jaar later kunnen we vast stellen dat er veel is bereikt. Er staat een gezondheidscentrum waar zowel patiënten als zorgverleners overwegend tevreden over zijn.

In dit hoofdstuk zullen de belangrijkste conclusies uit het rapport worden beschreven. Ook zal een antwoord worden geformuleerd op de onderzoeksvragen zoals die in hoofdstuk 1 zijn beschreven. Dit hoofdstuk zal worden afgesloten met een slotconclusie.

9.2 Zijn de doelen bereikt?

Een primaire doel achter de opzet van Gezondheidscentrum West was om het hoofd te bieden aan het dreigende capaciteitstekort van huisartsen. Hierdoor zouden meer patiënten moeten kunnen worden bediend per fte huisarts en goede eerstelijnszorg zou zo voor iedereen beschikbaar blijven. Een maatstaf daarvoor is de toename van het aantal patiënten, afgezet tegen het aantal fte huisarts.

Geen huisartsentekort meer

Voor de komst van Gezondheidscentrum West, was er een tekort aan huisartsenzorg in de wijk. Huisartsen waren genoodzaakt selectief te zijn bij het aannemen van nieuwe patiënten. Met de komst van het gezondheidscentrum is die situatie opgelost. Iedereen die zich vestigt in het verzorgingsgebied, kan zich inschrijven. Bovendien kunnen patiënten er vanuit gaan dat, wanneer ze een beroep doen op het gezondheidscentrum, ze meestal dezelfde dag nog worden geholpen. Het gezondheidscentrum is bovendien het gehele jaar geopend voor patiënten, ook in de vakantietijd. Voor mensen in de buurt die moeite hadden een huisarts te vinden is de toegankelijkheid van de huisartsenzorg verbeterd.

Bescheiden groei

Vanuit het perspectief van Menzis en de andere partijen die betrokken zijn bij de oprichting van het gezondheidscentrum was het echter noodzakelijk dat er een behoorlijke groei zou komen in de patiëntenpopulatie. Vanuit bedrijfseconomisch oogpunt is immers voldoende vraag een noodzakelijke voorwaarde om extra investeringen de moeite waard te maken. Vanuit dit oogpunt is de groei van de populatie zeer bescheiden te noemen. Sinds de opening groeide de populatie met ongeveer 7,3%. Eind 2006 waren er 9.500 patiënten ingeschreven.

Wanneer de betrokken huisartsen al deze patiënten in hun voormalige setting zouden moeten bedienen, zouden dat flinke patiëntenpopulaties zijn, ruim 2700 per fte. Echter,

met een uitbreiding van 0,5 fte huisarts zou deze normaal zijn, 2375 patiënten per fte. Met andere woorden, wanneer we ons beperken tot het capaciteitsprobleem, kunnen we vaststellen dat dit met 0,5 fte huisarts opgelost had kunnen worden. Deze was destijds echter niet voor handen en deze redenering gaat uiteraard uit van ‘traditionele’ huisartsenzorg.

Personele bezetting

Het voornaamste middel dat in Gezondheidscentrum West wordt ingezet om dreigend capaciteitstekort aan huisartsen het hoofd te bieden is extra personeel dat werk van de huisartsen kan overnemen. De huisartsen kunnen zich dan toeleggen op het complexe werk waar echt een arts voor nodig is. Vergeleken met een ‘gewone’ huisartsenpraktijk werkt in Gezondheidscentrum West 0,55 fte assistenten, 1,3 fte management, 0,8 fte administratieve ondersteuning en nog eens 1,8 fte hoog gekwalificeerd ondersteunend personeel (fysiotherapeut en NP) extra. Met deze extra inzet wordt een halve fte huisarts bespaard. Er bleek dus een stevige investering nodig te zijn om het dreigend capaciteitstekort het hoofd te bieden. Doel van het centrum was het ontwikkelen van een goed functionerend systeem van eerstelijnsgezondheidszorg tegen een aanvaardbare prijs. Of de prijs die is betaald ‘aanvaardbaar’ is, is ter beoordeling van de financiers. Mogelijk is het aantal patiënten nog verder uit te breiden (ervan uitgaande dat daar voldoende ‘markt’ voor is).

Verder is het ook van belang te kijken naar de inhoud van de zorg die wordt geleverd. Hier zien we dat in veel gevallen meer tijd aan patiënten wordt besteed, vaker visites worden afgelegd en een breder scala aan zorgverleners beschikbaar is dan in een doorsnee huisartspraktijk. Er wordt dus ook meer zorg geleverd dan in de reguliere huisartsenzorg’. Een vergelijking met andere gezondheidscentra ligt dan meer voor de hand. Wanneer we deze vergelijking maken, zien we dat de formatie huisarts een stuk kleiner is (1,3 fte minder). Dat wil zeggen dat een doorsnee gezondheidscentrum ook fors zou moeten investeren in extra personeel om een dergelijke patiëntenpopulatie te kunnen bedienen.

Vanuit dit perspectief is de relatief zware (en dure) bezetting dus de prijs voor een breder zorgaanbod. Er is een moderne, toekomstbestendige eerstelijnsvoorziening gerealiseerd.

Substitutie van taken

Om op een efficiënte en betere manier goede zorg te kunnen leveren, is in Gezondheidscentrum West een palet aan innovaties geïntroduceerd. Die bestonden voornamelijk uit het anders verdelen van taken, waarbij relatief eenvoudige taken worden toegewezen aan ondersteunende disciplines zodat de huisartsen zich kunnen richten op complexere zaken. Daarnaast gaat het om maatregelen die de zorgvraag beter *managen* zoals de triage aan de poort.

We zullen de belangrijkste middelen bespreken en enkele conclusies trekken over de mate waarin deze als succesvol beschouwd kunnen worden.

Triage aan de poort

Het idee achter triage aan de poort is eenvoudig: doordat de doktersassistente eerst de hulpvraag van de patiënt verheldert, kan zij in overleg met de patiënt beoordelen wat er het best gedaan kan worden. Voor een deel krijgen patiënten gewoon een afspraak bij de huisarts, een deel bij één van de ondersteunende disciplines en een deel krijgt een telefonisch advies. Zo kunnen de huisartsen overbodige contacten worden bespaard en komen patiënten direct op de juiste plek.

Assistenten blijken, na een goede inwerkprocedure, goed in staat te zijn om patiënten bij de juiste zorgverlener te laten komen. Het aantal gevallen waarin mensen ‘de verkeerde weg’ wordt gewezen is klein.

Wanneer we de triage bekijken vanuit het oogpunt van doelmatigheid, lijken de opbrengsten beperkt, zeker wanneer we dit afzetten tegen de kosten in de ruime zin van het woord. De triage slokt het leeuwendeel van de werktijd op van de doktersassistenten, meer dan de helft. Bovendien wordt dit werk als zwaar en inspannend ervaren. Veel assistenten vinden het jammer dat dit ten koste gaat van andere zaken, bijvoorbeeld het face-to-face-contact. Dit wordt bevestigd door het tijdsbestedingonderzoek. Bij triage is grote zorgvuldigheid geboden en er hebben dan ook behoorlijk inspanningen plaatsgevonden om de kwaliteit te verbeteren. Hoewel een meerderheid van de patiënten de triage accepteert, is er een aanzienlijke groep die zich er aan ergert en het als een belemmering in de toegang ervaart. Bovendien heeft bijna een kwart van de patiënten twijfels over de bekwaamheid van de assistente om de klacht telefonisch te beoordelen.

Wanneer de triage een substantieel deel ‘onnodige’ contacten zou voorkomen, zou dat zichtbaar moeten zijn in de contactfrequenties. Wanneer we echter rekening houden met de leeftijdsopbouw van patiëntenpopulatie, dan blijkt dat de contactfrequentie, uitgedrukt in consulteenheden een normaal beeld laat zien (ongeveer 1,5% onder het landelijke cijfer). Hoewel er ongetwijfeld ‘onnodige’ contacten zullen worden voorkomen door triage, roepen deze bevindingen tezamen de vraag op of dit wel in een reële verhouding staat tot de kosten in de ruime zin van het woord.

Binnen de huisartsenzorg is de discussie over triage door assistentes volop gaande. Meestal spitst deze zich toe op triage in huisartsenposten tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten en in callcentra. Onderwerp van discussie is doorgaans de vraag of het verantwoord is de triage uit handen te geven aan de assistente. De inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), bijvoorbeeld is hier kritisch over en stelt dat het in huisartsenposten vaak ontbreekt aan duidelijk opleidingseisen voor zowel de triagist als de huisarts die de triage moet beoordelen. (IGZ, 2006). Verschillende studies en beschouwingen die zijn verschenen noemen, naast positieve effecten, ook kritische aandachtspunten ten aanzien van veiligheid en patiëntsatisfactie (zie o.a.: Spelten en Gubbels, 2003; Visser, 2003; Lucassen, 2003).

Taakdelegatie naar de NP

De introductie van de NP in Gezondheidscentrum West heeft tijd nodig gehad. Doorgaans zijn NP's werkzaam in de tweede lijn, de inzet van deze functie in de eerste lijn is relatief nieuw. Het was dan ook zoeken naar hoe deze functie het best in te zetten. Een van de NP's die aanvankelijk in dienst was, is vertrokken bij Gezondheidscentrum West, met de overblijvende NP is een intensief opleidingstraject gestart. Dit heeft er uiteindelijk toe geleid dat de NP een duidelijke positie heeft gekregen in het gezondheidscentrum en er een wederzijds vertrouwen tussen NP en andere zorgverleners is gegroeid.

Vooraf het grote aantal visites dat de NP uit handen neemt, wordt door de huisartsen als een verlichting ervaren. Veel van dit soort visites worden vooral afgelegd vanwege mobiliteitsproblemen bij oudere mensen. De mening van patiënten over de NP is zonder meer positief te noemen. Ruim zes op de tien zeggen 'zeer tevreden' te zijn over het contact met de NP. We kunnen vaststellen dat zowel huisartsen, patiënten als de NP zelf content zijn met deze manier van werken.

Een andere vraag is of het werken met een NP ook bijdraagt aan de productiviteit en efficiëntie van de zorg. Dat lijkt niet het geval te zijn. Uit de analyse van de contacten blijkt dat Gezondheidscentrum West bijzonder royaal is in het afleggen van visites. Bijna de helft van de visites wordt afgelegd door de NP en daarvan duurt maar liefst 85% langer dan 20 minuten. Hierdoor declareert Gezondheidscentrum West een hoog aantal dubbele visites. Ter vergelijking: landelijk is ongeveer 18% van de visites een 'lange visite', in Gezondheidscentrum West is dat 45%. Ook de spreekuurcontacten duren vaak lang, 28% langer dan 20 minuten tegen 8% van de huisartsconsulten.

Het is overigens een bekend gegeven dat ondersteunende disciplines doorgaans meer tijd besteden per patiëntcontact dan huisartsen. Ook in andere praktijken is dat het geval. (zie o.a. van den Berg en de Bakker, 2003)

Taakdelegatie naar de diagnostisch fysiotherapeut

De introductie van de diagnostisch fysiotherapeut is vanaf het begin soepel verlopen. Zowel voor huisartsen als patiënten is helder wat een fysiotherapeut doet en kan. De huisartsen hebben hier ook meer de regie in eigen hand gehad en de aanloopproblemen die optraden bij de NP bleven hier dan ook achterwege. Vanaf het begin is de fysiotherapeut meteen een flink deel van de contacten gaan doen die betrekking hebben op het bewegingsapparaat. De fysiotherapeut neemt de huisartsen werk uit handen. Het gaat om klachten waarvan bekend is dat ze veel voorkomen in de huisartspraktijk. Ook de patiënten zijn doorgaans positief over hun contact met de fysiotherapeut, 99% is tevreden, waarvan bijna vier op de tien zeer tevreden.

De komst van de directe toegang fysiotherapie (DTF) heeft natuurlijk een wat ander licht geworpen op deze functie. Toch zijn er redenen om aan te nemen dat deze manier van werken in kwalitatief opzicht een meerwaarde heeft. In ongeveer een op de vier contacten houdt de fysiotherapeut even ruggespraak met een huisarts. Bij een zelfstandig gevestigde fysiotherapeut is dat moeilijker te realiseren. Bovendien komen veel mensen nu direct bij

de fysiotherapeut terecht die dat anders niet zouden doen. Uitbreiding met ook fysiotherapeutische behandeling lijkt een logische stap.

Vanuit het oogpunt van doelmatigheid zien we hier het zelfde verschijnsel als bij de NP. Negen van de tien contacten duren langer dan 20 minuten. Dat betekent dat deze contacten dubbel moeten worden geteld en dubbel worden gedeclareerd. Deze werkwijze kan alleen als doelmatig worden beschouwd als er bespaard wordt op kosten van behandelende fysiotherapeuten doordat minder verwezen wordt. Het blijkt inderdaad dat dat in Gezondheidscentrum West 14% lager ligt. Echter, ook voor de komst van de diagnostisch fysiotherapeut lag dat cijfer lager, maar het verschil bedroeg toen ongeveer 10%.

De diabetesverpleegkundige

De diabetesverpleegkundige kan worden geschaard onder wat landelijk bekend staat als praktijkondersteuners op Hbo-niveau (POH). Uit eerdere studies is bekend dat de inzet van een diabetesverpleegkundige niet of in beperkte mate leidt tot werklastverlichting of grotere doelmatigheid, maar wel tot kwaliteitswinst. De diabetesverpleegkundige draagt er zorg voor dat patiënten met diabetes worden gecontroleerd conform de NHG-Standaard. Kwantitatief is haar bijdrage bescheiden te noemen maar huisartsen geven wel aan het een erg prettig gevoel te vinden dat de zorg voor diabetes goed is geregeld.

Landelijk gezien is het werken met POH's in de huisartspraktijk een van de meest wijdverbreide vormen van taaksubstitutie. Het is dan ook opmerkelijk dat juist deze vorm in Gezondheidscentrum West relatief weinig wordt benut. Bijvoorbeeld voor andere ziektebeelden. Hier komen we op terug onder het kopje 'kansen'.

De apotheek

Een punt waarop de substitutie van taken al duidelijk succesvol is bewerkstelligd, is bij het verstrekken van herhaalrecepten. Patiënten kunnen hiervoor rechtstreeks bellen met de receptenlijn van de apotheek. Dit scheelt telefoontjes voor de assistente. In 2006 verliep de verstrekking van herhaalrecepten in maar liefst 77% van de gevallen via de apotheek. Wel blijkt dat vooral ouderen moeite hebben met het inspreken van een bandje. Een deel belt daarom alsnog de doktersassistente. Waarschijnlijk is hier dan ook een zeker plafond bereikt, een 100% afhandeling door de apotheek zal nooit haalbaar zijn.

Kansen

Bij de opzet van Gezondheidscentrum West lag een grote nadruk op procesinnovaties waarvan taaksubstitutie een belangrijk deel uitmaakt. Het is daarom opvallend dat innovaties die in veel andere praktijken al vrij gebruikelijk zijn, in Gezondheidscentrum West niet optimaal worden benut. Er zijn, met andere woorden, nog mogelijkheden en kansen om het innovatieve karakter van Gezondheidscentrum West te versterken.

We geven drie voorbeelden:

- De inzet van POH's is vooralsnog beperkt te noemen. Er wordt nu alleen een POH ingezet voor diabetespatiënten en het stoppen-met-roken-spreekuur. Elders worden ook controles van astma- en COPD-patiënten en bijvoorbeeld hart- en vaatziekten gedelegeerd naar een praktijkondersteuner. Daar staat tegenover dat een NP wordt ingezet voor acute klachten. POH's zouden vooral op het vlak van categorale zorg werk uit handen kunnen nemen.
- Ook blijken M&I-verrichtingen relatief weinig te worden gedeclareerd in Gezondheidscentrum West. Soms heeft dat ook te maken met de afwezigheid van een aantal instrumenten zoals een audiometer, spirometer, ECG enz. De aanschaf van dit soort voorzieningen schept nieuwe mogelijkheden.
- Doktersassistenten houden zich in Gezondheidscentrum West weinig bezig met face-to-face-patiëntencontact. Dat is opvallend, omdat landelijke cijfers juist een toename laten zien in medisch-technische handelingen door doktersassistenten. (van den Berg et al., 2004) Mogelijk zouden dokterassistenten voor meer medische taken kunnen worden ingezet.

9.3 En hoe staat het met de kwaliteit?

Deze vraag hebben we vanuit twee perspectieven benaderd: dat van de zorgverleners en dat van de patiënt. In het algemeen blijkt er weinig aanleiding te zijn om te twijfelen aan de in Gezondheidscentrum West geleverde zorg.

Ondanks de nodige kinderziektes en het groot aantal veranderingen dat in korte tijd is doorgevoerd, waren patiënten doorgaans zeer positief over Gezondheidscentrum West. Patiënten geven het gezondheidscentrum hoge rapportcijfers: in 2006 was dat gemiddeld een 7,6 onder de mensen die naar de praktijk belden en een 7,9 onder degenen die een consult hadden in de praktijk. Men is zowel tevreden over de dienstverlening van het centrum, de bereikbaarheid, wachttijd enz. als over de inhoud van de zorg. Over alle medewerkers bestaat grote tevredenheid. Als er wordt gemopperd, is dat vooral over de triage. Als patiënten gevraagd wordt om de kwaliteit te vergelijken met de oude situatie, voor de opening van Gezondheidscentrum West, blijken de meeste zaken gelijk te zijn gebleven of verbeterd. Slechts weinigen constateren een verslechtering.

Ook de zorgverleners zijn overtuigd van de kwaliteit van de zorg die wordt geleverd. Op de vraag of men, als men patiënt was, in dit gezondheidscentrum ingeschreven zou willen staan, antwoorden de medewerkers bevestigend. Iedereen is er van overtuigd dat er goede patiëntenzorg wordt geleverd en over het algemeen ziet men ook een meerwaarde in het concept in vergelijking met een 'gewone' huisartspraktijk. Huisartsen geven aan dat het zorgaanbod van Gezondheidscentrum West breder is en dat er meer tijd voor patiënten is dan in de oude situatie. De (stevige) investering in nieuwe functies in het centrum heeft dus behalve bijgedragen aan de oplossing van het capaciteitstekort ook geleid tot meer zorg voor patiënten.

Uiteraard is het verkrijgen van informatie over de kwaliteit van zorg via medewerkers voor discussie vatbaar. De vergelijking van de slager die zijn eigen vlees keurt, dringt zich op. We vroegen de medewerkers echter niet om te oordelen over hun eigen functioneren, maar over het gezondheidscentrum als geheel. In de interviews bleek dat medewerkers doorgaans niet schroomden om zich kritisch uit te laten over andere aspecten van Gezondheidscentrum West.

Het enige aspect van patiëntenzorg waar ook medewerkers zich kritisch over uit laten, is de triage. Zeker in de aanloopperiode was hier onzekerheid over en bleek dat assistenten hier niet of nauwelijks op voorbereid waren. Huisartsen zelf gaven aan veel te weinig zicht te hebben op wat er allemaal aan de telefoon besproken werd. Deze problemen werden ook onderkend en er is veel energie gestoken in het verbeteren van de triagekwaliteit. Waardoor assistenten beter voorbereid zijn op deze taak en huisartsen voortdurend en gedetailleerd op de hoogte worden gehouden. Assistenten leggen adviezen structureel schriftelijk vast en huisartsen kunnen een advies terugdraaien.

9.4 Kosten en financiering

De gemiddelde kosten van huisartsenzorg per verzekerde in 2006 (125 euro) zijn, na correctie voor inflatie, in het gezondheidscentrum duidelijk hoger vergeleken met de drie huisartspraktijken. Anderzijds geldt dat in 2006 de kosten van huisartszorg per verzekerde gelijk zijn aan het landelijk gemiddelde.

Hierbij dient te worden opgemerkt dat het gezondheidscentrum qua ruimte en qua personeelsbezetting ruim is opgezet. Men verwacht dat men met de huidige organisatie (en kosten) rond de 12.000 verzekerden per jaar zou kunnen bedienen, in plaats van de huidige 9500 verzekerden. In dat geval zouden de huisartszorgkosten per verzekerde een stuk lager uitvallen dan in 2005 en 2006 (99 euro per verzekerde in plaats van 125 euro). Tevens geldt dat een deel van de hogere kosten het gevolg is van het feit dat het gezondheidscentrum 5 dagen per week en 52 weken per jaar bereikbaar is. Deze bereikbaarheid en de daarmee gepaard gaande kosten kunnen zorgen voor een hogere kwaliteit van de dienstverlening en een hogere tevredenheid van de cliënten

In 2005 werd 60% van de kosten van het gezondheidscentrum gedekt uit honoraria, in 2006 82%; in beide jaren trad er een financieel verlies op. De RIZ bijdragen vormden in 2005 en 2006 een belangrijke aanvullende inkomstenbron, maar zullen worden afgebouwd in de komende jaren. Deze inkomsten zullen naar verwachting worden vervangen door modules die inkomsten kunnen genereren bij het behalen van afspraken op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening (de zogenaamde M&I-verrichtingen, die nu nog relatief weinig worden gedeclareerd).

Het aantal contacten met het gezondheidscentrum lijkt in de tijd te zijn toegenomen, maar dit kan deels een effect zijn van een andere financieringswijze binnen het nieuwe zorgstelsel.

De vervolgkosten per Menzis-verzekerde waren in de periode 2001-2003 lager in de drie praktijken vergeleken met de stad Groningen, ook na correctie voor verschillen in leeftijd en geslacht. In 2005-2006 waren de medicatiekosten per Menzis-verzekerde (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht) van het gezondheidscentrum lager dan in de stad. De ziekenhuiskosten per Menzis-verzekerde (2005-2006) zijn na correctie voor leeftijd en geslacht soms hoger en soms lager in het gezondheidscentrum vergeleken met de stad Groningen.

Het vergelijken van deze vervolggkosten van patiënten van het gezondheidscentrum met de situatie van de drie huisartspraktijken is problematisch. Dit heeft twee oorzaken: de nieuwe DBC systematiek (ingevoerd in 2005) voor berekening van de ziekenhuiskosten geeft kostenramingen die slecht vergelijkbaar zijn met ramingen van de periode 2001-2003. Daarnaast heeft het nieuwe zorgverzekeringsstelsel in 2006 tot gevolg gehad dat de verzekerdenpopulatie van Menzis (zowel bij het gezondheidcentrum als in de stad Groningen) aanzienlijk is gewijzigd.

9.5 Neveneffecten

Naast bedoelde effecten, kan een dergelijk ingrijpende organisatorische verandering onbedoelde effecten teweegbrengen. Een aantal daarvan, die we in hoofdstuk 1 hebben geformuleerd, worden hier besproken.

Veranderingen in de zorgconsumptie

Hoewel patiënten Gezondheidscentrum West als toegankelijk ervaren, is er geen aanleiding om te veronderstellen dat patiënten veel vaker komen dan elders. Lastig hierin is dat met de komst van Gezondheidscentrum West ook veranderingen (verbeteringen) zijn opgetreden in de registratie. Daardoor kan een vertekening optreden. Wanneer we echter naar de aantallen contacten kijken, laat dit over het algemeen een vrij normaal beeld zien. Wel blijkt dat, zoals hierboven uitvoerig beschreven, het aantal lange contacten opvallend hoog is.

Verder zien we een duidelijke toename in het aantal passanten. Mogelijk is Gezondheidscentrum West toegankelijker voor deze groep dan een 'gewone' praktijk. Landelijke of lokale referentiecijfers ontbreken echter.

Werkbelasting van huisartsen

Hoewel de huisartsen vooral in de beginperiode hun handen vol hadden aan het goed van de grond krijgen van het gezondheidscentrum, is in het algemeen hun werkbelasting beduidend afgenomen met de komst van Gezondheidscentrum West. Dit wordt door de huisartsen zelf zo ervaren, maar ook het aantal patiëntcontacten en het aantal gewerkte uren is lager. Vergeleken met de oude situatie gaat minder tijd zitten in patiëntenzorg en meer in het managen van het gezondheidscentrum, begeleiden en superviseren van andere medewerkers en het ontwikkelen van nieuwe projecten.

Samenwerking en onderlinge verhoudingen

Met de komst van Gezondheidscentrum West moesten vele partijen, organisaties en personen met elkaar samenwerken en zaken afstemmen. Voor alle betrokkenen is er veel veranderd. Het was een uitdaging om samen van Gezondheidscentrum West een goed lopende organisatie te maken. Zaken die in het begin minder goed liepen zijn in de loop der tijd door betrokkenen aangepakt en opgelost. Het samenvoegen van bestaande praktijken gaat gepaard met de nodige groepsdynamische processen. Inmiddels lijken de medewerkers hun plek te hebben gevonden in Gezondheidscentrum West en is ieders rol en taak duidelijker geworden. Van zogenaamd ‘domeindenken’ lijkt weinig sprake te zijn. De gebieden van de verschillende zorgverleners zijn tamelijk helder afgebakend en er bestaat een cultuur waarin men gemakkelijk elkaar om raad vraagt. Alleen dokters-assistenten gaven enkele keren aan nog wel medische taken te zien die zij zouden kunnen vervullen, die nu bij andere medewerkers terecht komen, deze zijn hierboven al besproken.

De samenwerking tussen Menzis en Gezondheidscentrum West

Een van de bijzonderheden van het experiment in Gezondheidscentrum West is de directe bemoeienis van een zorgverzekeraar (Menzis) met het zorgaanbod. Eind 2006 spraken de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en de Orde van Medisch Specialisten hun zorg uit over het opzetten van gezondheidscentra door Menzis (ZorgVisie, 2006). LHV wees op het gevaar dat de verzekeraar ‘op de stoel van de dokter gaat zitten’, financiële overwegingen zouden dan de overhand kunnen krijgen boven medisch inhoudelijke. De samenwerking tussen Menzis in de hoedanigheid van Menzis eerstelijnszorg en Gezondheidscentrum West verloopt vanuit het perspectief van de zorgverleners over het algemeen goed. Initiatieven voor nieuwe projecten en zorginhoudelijke veranderingen komen vaak vanuit de zorgverleners. Op basis van deze evaluatie kan daarom worden gesteld dat van inmenging door de verzekeraar in het zorgproces geen sprake is. Zorgverleners ervaren geen bemoeienis met de zorg die zij verlenen. De regie ligt wat dit betreft eerder bij de huisartsen.

9.6 Slotconclusie

Zoals in het eerste hoofdstuk werd aangegeven, staat de oprichting van Gezondheidscentrum West niet op zich. Deze maakt deel uit van een veel bredere, landelijke ontwikkeling. Die ontwikkeling bestaat uit een veranderende visie op hoe zorg en meer specifiek eerstelijns zorg er in de toekomst uit zou moeten zien. Hoewel hier natuurlijk verschillende visies op zijn, bestaat er een zekere consensus tussen de belangrijkste partijen (patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid) over de kenmerken waar de eerste lijn van de toekomst aan moet voldoen: toegankelijk, breed, geïntegreerd, en afgestemd op behoeften van de patiënt (vraaggestuurd) en doelmatig. Globaal is aan deze toekomstvisie een zorginhoudelijke en een meer economische component te onderscheiden. Het ideaalbeeld is zorg die én beter én doelmatiger is (Meuwissen et al., 2007). Het streven om tot een meer doelmatige zorg te komen, vloeit voort uit een aantal maatschappelijke uitdagingen waarvoor de gezondheidszorg zich ziet gesteld. Zowel aan de vraagkant (o.a. vergrijzing, toename van

chronisch zieken, hogere eisen van patiënten) als aan de aanbodkant (schaarste). Inmiddels is over deze thematiek een groot aantal nota's, visiedocumenten en rapporten gepubliceerd waar al in het eerste hoofdstuk naar verwezen is.

Menzis en de in Gezondheidscentrum West vertegenwoordigde zorgaanbieders hebben de daad bij het woord gevoegd. In korte tijd is er een gezondheidscentrum volgens een nieuwe formule opgezet waarbinnen in enkele jaren een groot aantal innovaties en een verregaande herverdeling van taken zijn doorgevoerd. Gezondheidscentrum West is in meerdere opzichten pionierswerk. Uit de ervaringen die met dit gezondheidscentrum zijn opgedaan kan veel worden geleerd voor de toekomst.

We kunnen nu een tussenbalans opmaken van de ervaringen tot nu toe en deze beschouwen in het licht van de eerdere gemaakte tweedeling tussen zorginhoudelijke en meer economische doelen. Wat betreft het eerste aspect zijn enkele zaken naar voren gekomen die nog kritische aandacht verdienen (zoals de triage) maar kan het gezondheidscentrum overwegend als een succes worden beschouwd: het is gelukt om tot een goede taakverdeling te komen, patiënten zijn zeer positief, zij worden snel en deskundig geholpen. De zorg is geïntegreerd in die zin dat zorgverleners frequent met elkaar afstemmen of even ruggespraak houden. Bijvoorbeeld in het geval van de fysiotherapeut heeft het samenwerken onder één dak met huisartsen onmiskenbaar voordelen en komt dit de kwaliteit ten goede. Ook is er meer tijd voor patiënten, bijvoorbeeld voor het afleggen van visites. Van inmenging in de inhoud van de zorg door de zorgverzekeraar, kritiek die aanvankelijk werd geuit, blijkt geen sprake.

Wat betreft het economische perspectief zien we dat vooralsnog geen doelmatigheidswinst waarneembaar is ten opzichte van de oude situatie, wel is de schaarste van het zorgaanbod opgelost. Met de uitbreiding van het zorgaanbod is het totaal aan geïnvesteerde mankracht, maar ook geld toegenomen. Dat kwaliteitsverbetering hand in hand gaat met kostenreductie is in Gezondheidscentrum West vooralsnog niet gebleken. De verruiming van het zorgaanbod is winst voor patiënten, maar financieel gezien draait Gezondheidscentrum West tot nu toe met verlies. De zorg dat in dit gezondheidscentrum financiële afwegingen prevaleren boven zorginhoudelijke (Zorgvisie, 2006) is daarmee onwaarschijnlijk. Overigens is gebleken dat met de huidige bezetting er potentiële ruimte is voor uitbreiding van het patiëntenbestand. Wanneer dit gebeurt, zal Gezondheidscentrum West wellicht ook in economische zin vooruitgang boeken.

Literatuur

Collectieve Arbeidsovereenkomst Gezondheidscentra, 2006 – 2007.

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2002 voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen en advies initiële opleiding geneeskunde. Utrecht, 2001.

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2003. Een tussenbalans. Utrecht, 2002.

Capaciteitsorgaan. Ontwikkeling capaciteit huisartsenzorg 2000-2004-2012. Een tussenrapportage met beleidsscenario's. Utrecht, 2004.

CBS Statline, <http://statline.cbs.nl/StatWeb/start.asp?lp=Selection%2FApplet%2FSelectPage>. Geraadpleegd op 15 maart 2007.

Centraal Bureau voor de Statistiek <http://www.cbs.nl>.

CTG / Zorgautoriteit i.o. Tariefbeschikking 5000-1900-06-1 volgnummer: 10.

De Bakker DH, Polder JJ, Sluijs EM, Treurniet HF, Hoeymans N, Hingstman L, Poos MJJC, Gijsen R, Griffioen DJ, van der Velden LFJ. Op één lijn, toekomstverkenningen eerstelijns zorg 2020. RIVM / NIVEL; Bilthoven /Utrecht; 2005.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteit huisartsenposten verbeterd sinds 2003. Den Haag; IGZ, 2006.

Kenens RJ, Van der Velden LFJ en Hingstman L. Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de 23 Districts Huisartsen Verenigingen. Utrecht; NIVEL, 2003.

Lindert Hv, M.Rijken. Kwaliteit, continuïteit en klachten, Ervaringen van mensen met een chronische aandoening met de gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2001.

Lucassen P. Medische callcenters zijn strijdig met goed huisartsgeneeskundig handelen. Huisarts en Wetenschap, 46 (2003) 538.

Meuwissen L, Hoeymans N, Schellevis F, Verheij R, de Bakker D. Nationale Studie naar ziekten en zorg in de eerste lijn, een eerste schets. Utrecht; Bilthoven: NIVEL; RIVM, 2007

Ministerie van VWS brief 'Bouwstenen Zorg in de buurt' van 31 maart 2003, CZ/EZ-2354435.

Ministerie van VWS brief 'De toekomstbestendige eerstelijnszorg' van 21 november 2003 CZ/EZ-2431353.

Ros CC, Hutten JBF, Groenwegen PP. Centra centraal; onderzoek naar kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1996.

Raad voor de volksgezondheid en zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg (Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2002.

Sixma HJ, Kerssens JJ, Van Campen C, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. Health Expectations 1998 1(2) 82-95.

Sixma H, Spreuwenberg P, Wensing M. Patiëntenoordelen over de huisartsenzorg In: JCC Braspenning, FG Schellevis, RPTM Grol (red.) Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004.

Sluijs EM, C.Wagner. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. Utrecht: NIVEL, 2000.

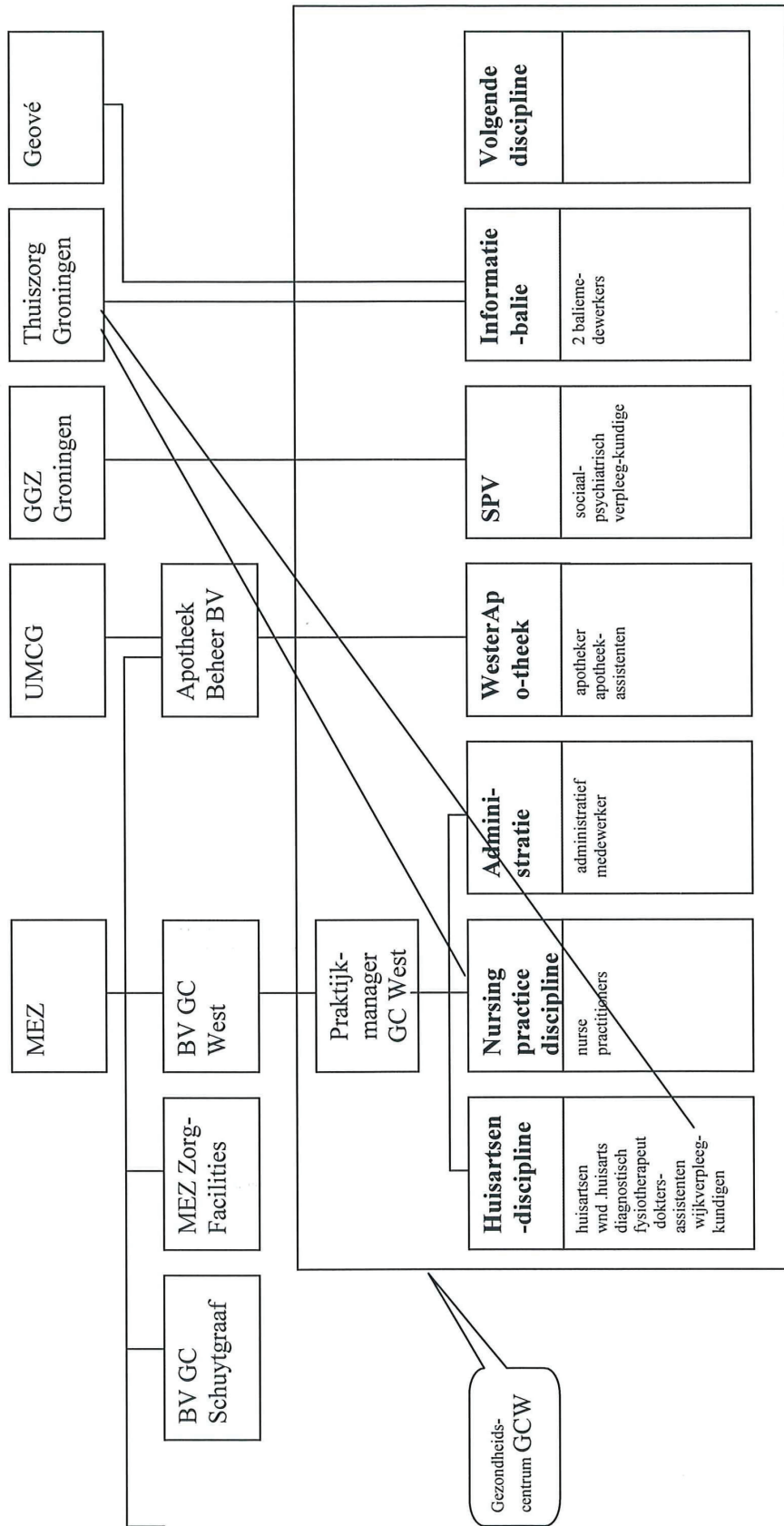
Spelten ER en Gubbels JW. Een medisch callcenter in de praktijk, onderzoek naar effect en ervaring. Huisarts en Wetenschap, 46 (2003) 543-546.

- Stake, R. E. (1967). The countenance of educational evaluation. In Ely, D. P. and Plomp, T. (Eds.) (1996). *Classic writings on instructional technology*. Englewood, CO: Libraries Unlimited.
- Te Brake H, Verheij R, Abrahamse H, de Bakker D. monitoring afspraken Vogelaar-akkoord Utrecht: NIVEL, 2007.
- Van den Berg M, de Bakker D. Meta-analyse: introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Utrecht; NIVEL 2003.
- Van den Berg MJ, de Bakker DH, Kolthof E, van der Zee J. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Van den Berg M en Simkens A. Praktijkondersteuner en assistente: wie doet wat? *Huisarts en Wetenschap* 2006 (49) 397.
- Van den Berg MJ, Nijland A, de Bakker DH, kolthof ED. De rijzende ster van een oude bekende. De dokters-assistente wordt steeds belangrijker. *Medisch contact* 2004 (15) 588-591.
- Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis F. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- Verheij RA, Te Brake JHM, Abrahamse H, Van den Hoogen H, Braspenning J, Jabaaij L, Van Althuis T. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, <http://www.LINH.nl>. Geraadpleegd in februari 2007.
- Visser JJ. Intake door praktijkassistente niet bewezen veilig. *Huisarts en Wetenschap*, 46 (2003) 70-71.
- Welling N, Delnoij D. De praktijkverpleegkundige in de Britse huisartspraktijk, Lessen voor Nederlandse experimenten. *Verpleegkunde*, 1997; 12 (3): 131-137.
- ZorgVisie (2006) 1-12 (36). Artsen huiverig over Menzis-centra.
- Kwartaalrapportage 3e kwartaal GCWest (niet openbaar).
- Financiële jaarverslagen huisartspraktijken 2001-2003 (niet openbaar).
- Financiële jaarverslagen gezondheidscentrum Groningen West 2005 en 2006 (niet openbaar).

Afkortingenlijst

ATC	Anatomic Therapeutic Chemical Classification
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstructieve longziekte)
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
DTF	Directe toegang fysiotherapie
HIS	Huisarts Informatie Systeem
ICPC	International Classification of Primary Care
IMTA	Institute for Medical Technology Assessment bv
LHV	Landelijke huisartsenvereniging
LINH	Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg
M&I	Modernisering en innovatie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NP	Nurse practitioner
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NS2	Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
POH	Praktijkondersteuner op HBO-niveau
PV	Praktijkverpleegkundige
SMEZ	Stichting Menzis eerstelijns zorg
SPC	Samenwerkende Patiënten/Consumenten organisaties
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
WOK	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 1: Organogram van Gezondheidscentrum West



Bijlage 2: Responsgegevens patiëntenenquête bellers

Periode april 2005

Totaal geselecteerde adressen	90
Geweigerd	19
Niet kloppend telefoonnummer	8
Onbereikbaar na tien keer of meer bellen	2
Succesvolle interviews	61
Netto respons	68%

Periode oktober 2006

Totaal geselecteerde adressen	109
Geweigerd	32
Niet kloppend telefoonnummer	6
Onbereikbaar na enkele keren bellen	8
Voltooide interviews	63
Netto respons	58%

Bijlage 3: Responsgegevens patiëntenenquête bezoekers

Periode 2005

	Uitgereikt	Ingevuld	Respons
- Aan patiënten van de huisarts	220	214	97%
- Aan patiënten van de assistente	85	74	87%
- Aan patiënten van overige zorgverleners	68	55	80%
Totaal	373	343	92%

Periode 2006

- Aan patiënten van de huisarts	100	86	86%
- Aan patiënten van de assistente	100	82	82%
- Aan patiënten van overige zorgverleners	206	143	71%
Totaal	406	311	76%

Bijlage 4: Achtergrondkenmerken van respondenten die het centrum bezochten en een enquête invulde in 2005 (n=315-343) en 2006 (n=222-238) (percentages per type zorgverlener die de patiënt bezocht in het laatste consult en totaal)

	Huisarts		Dokters- assistente		NP/DF/DV		Totaal %		N	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Sekse										
Vrouw	58	70	75	63	60	65	62	66	209	154
Man	42	30	25	37	40	35	38	34	126	78
Leeftijd										
15 -29jr	28	32	28	23	36	38	30	32	98	85
30-49 jr	36	35	35	30	27	33	34	33	114	76
50-69 jr	24	18	30	26	25	17	25	20	83	46
70+	12	8	7	20	11	5	11	10	36	24
Verzekeringsvorm*										
Ziekenfonds	60		51		64		59		197	
Particulier	39		46		35		40		133	
Overig	1		3		2		1		4	
Geboorteland										
Nederland	94	91	93	95	94	93	94	93	313	215
Elders	6	9	7	5	6	7	6	7	20	17
Sociaal-economische positie										
Betaalde arbeid	51	43	50	54	53	58	51	51	176	122
Scholier/student	14	24	10	10	13	23	13	20	43	47
Gepensioneerd/AOW	14	13	12	19	15	6	13	12	46	29
Thuis (huisvrouw/man, werkloos, afgekeurd)	22	20	28	17	20	13	23	17	78	40
Kwam in Gezondheidscentrum West voor...										
Zichzelf	90	93	96	94	91	93	91	93	288	206
Kind	6	4	3	3	9	4	6	4	18	8
Partner	1	1	1	2		1	1	1	2	3
Anders	3	2		2		3	2	2	7	5

* In 2006 niet meer van toepassing door de komst van de nieuwe zorgverzekeringswet.