

OP ÉÉN LIJN

Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020

D.H. de Bakker ¹

J.J. Polder ²

E.M. Sluijs ¹

H.F. Treurniet ²

N. Hoeymans ²

L. Hingstman ¹

M.J.J.C. Poos ²

R. Gijsen²

D.J. Griffioen ²

L.F.J. van der Velden ¹



1. NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.
Postbus 1568, 3500 BN Utrecht,
telefoon: (030) 272 97 00; fax: (030) 272 97 29



2. Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM.
Postbus 1, 3720 BA Bilthoven,
telefoon: (030) 274 91 11; fax: (030) 274 29 71

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden
© 2005 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Samen met:
NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
(030) 272 97 00

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270751009

ISBN: 9031346195

VOORWOORD

De eerstelijnszorg staat volop in de schijnwerpers. De zorgvraag neemt toe en het aanbod is sterk in ontwikkeling. Is de eerste lijn toekomstbestendig? Deze vraag staat al een aantal jaren centraal in het overheidsbeleid en bij de partijen in het veld. In een gezamenlijke intentieverklaring hebben het ministerie van VWS en de veldpartijen zich in het najaar van 2004 uitgesproken voor ‘versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg’ als een gezamenlijke ambitie.

Voor u ligt het rapport ‘Op één lijn’. Dit rapport schetst een toekomstbeeld van de eerstelijnszorg op langere termijn. Daarnaast is het een naslagwerk waarin gegevens uit tal van bronnen overzichtelijk bij elkaar zijn gezet. Het rapport biedt een samenhangend overzicht van de zorgvraag, het zorgaanbod en organisatieveranderingen in de eerste lijn. Op basis van demografische ontwikkelingen, epidemiologische veranderingen en trends in het aanbod en de organisatie van de eerstelijnszorg worden lijnen naar de toekomst getrokken. Centraal staat daarbij de afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag in de periode tot 2020.

In het rapport wordt vastgesteld dat de eerstelijnszorg in Nederland veel verworvenheden heeft die ook in de toekomst van groot belang zijn. Zorgvraag en zorgaanbod zullen in de komende vijftien jaar enigszins uit de pas gaan lopen, maar minder dan in het algemeen wordt gedacht. Met name bij de huisartsenzorg moeten tekorten onder ogen worden gezien, en naar alle waarschijnlijkheid ook in de thuiszorg. Door taakdelegatie, taakherschikking en mogelijk andere vormen van organisatie kan het aanbod beter op de vraag worden afgestemd, maar er dreigt een risico van een versnipperde eerste lijn. Het bevorderen van samenhang zal in de toekomst daarom een belangrijk beleidsthema zijn. De wijze van organiseren, de financiering en de informatievoorziening dienen deze samenhang te bevorderen en moeten tevens een gunstig klimaat scheppen voor het organiseren van preventie in de eerste lijn.

Deze studie is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS als onderdeel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM. Het onderzoek is uitgevoerd als samenwerkingsproject van het centrum VTV en het NIVEL. Door middel van een interviewronde en een werkconferentie zijn de koepelorganisaties en andere partijen bij het project betrokken. Vanuit het ministerie van VWS werd de studie begeleid door een Beleids Advies Groep.

Wij hopen dat dit rapport een bijdrage zal leveren aan de breed gedragen ambitie van versterking van de eerstelijnszorg in Nederland.



Prof. dr. Jouke van der Zee, Directeur NIVEL



Dr. Marc Sprenger, Directeur-Generaal RIVM

INHOUD

VOORWOORD 3

INHOUDSOPGAVE 5

SUMMARY 9

KERNBOODSCHAPPEN 13

1 INLEIDING 17

- 1.1 Thema, aanleiding en achtergrond 17
- 1.2 Inhoud en leeswijzer 18

2 CONTEXT, VRAAGSTELLING EN METHODE 21

E.M. Sluijs & D.H. de Bakker

- 2.1 Inleiding 21
- 2.2 Sterke eerste lijn 21
- 2.3 Afstemmingsproblemen tussen vraag en aanbod 23
- 2.4 Afbakening van het onderzoek 28
- 2.5 Vraagstelling en methode 30
- 2.6 Interpretatie van de gegevens 34

3 ZORGBEHOEFTE, ZORGVRAAG EN ZORGGEBRUIK 37

N. Hoeymans & R. Gijsen

- 3.1 Inleiding 37
- 3.2 Gezondheidsproblemen in de bevolking en in de eerste lijn 39
 - 3.2.1 Infectieziekten 40
 - 3.2.2 Chronische lichamelijke ziekten 42
 - 3.2.3 Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat 44
 - 3.2.4 Acute lichamelijke letsels 45
 - 3.2.5 Overige lichamelijke klachten en aandoeningen 48
 - 3.2.6 Psychische en sociale problemen 49
 - 3.2.7 Vruchtbaarheid, zwangerschap en geboorte 52
 - 3.2.8 Screening en preventie 54
 - 3.2.9 Samenvatting 56
- 3.3 Gezondheidsverschillen 57
- 3.4 Zorggebruik in de eerste lijn 63
- 3.5 Verschillen in zorggebruik tussen sociale klassen en etnische groepen 69
- 3.6 Comorbiditeit, ketenzorg en complexe zorg 71
- 3.7 Uitdagingen voor de eerste lijn 74

4	TOEKOMSTVERKENNING VAN DE ZORGVRAAG	77
	<i>H.F. Treurniet, M.J.J.C. Poos, D.J. Griffioen & J.J. Polder</i>	
4.1	Inleiding	77
4.2	Groei en samenstelling van de bevolking in de toekomst	77
4.3	Ontwikkelingen in de volksgezondheid	79
4.4	Effecten van demografische veranderingen op de zorgvraag	82
4.5	Effecten van epidemiologische veranderingen op de zorgvraag	84
4.6	Samengestelde effecten van demografische en epidemiologische veranderingen	85
4.7	Andere aspecten van de zorgvraag	88
5	TOEKOMSTVERKENNING VAN HET ZORGAANBOD EN AFSTEMMING MET DE ZORGVRAAG	91
	<i>L. Hingstman & L.F.J. van der Velden</i>	
5.1	Inleiding	91
5.2	Huisartsen	91
5.2.1	Ontwikkelingen in het zorgaanbod	91
5.2.2	Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken	99
5.3	Apothekers	101
5.3.1	Ontwikkelingen in het zorgaanbod	101
5.3.2	Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken	106
5.4	Verloskundigen	107
5.4.1	Ontwikkelingen in het zorgaanbod	107
5.4.2	Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken	112
5.5	Fysiotherapeuten	114
5.5.1	Ontwikkelingen in het zorgaanbod	114
5.5.2	Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken	120
5.6	Oefentherapeuten	121
5.6.1	Ontwikkelingen in het zorgaanbod	121
5.6.2	Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken	126
5.7	Verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg	126
5.7.1	Ontwikkelingen in het zorgaanbod	126
5.7.2	Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken	129
5.8	Algemeen maatschappelijk werkenden	130
5.8.1	Ontwikkelingen in het zorgaanbod	130
5.8.2	Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken	132
5.9	Eerstelijnspsychologen	132
5.9.1	Ontwikkelingen in het zorgaanbod	132
5.9.2	Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken	134
5.10	Conclusie	134

6	VERKENNING VAN VERNIEUWINGEN EN MOGELIJKE EFFECTEN	139
	<i>E.M. Sluijs, D.H. de Bakker & J.J. Polder</i>	
6.1	Inleiding	139
6.2	Overzicht van mogelijke vernieuwingen	140
6.3	Zorgbehoefte verminderen	142
6.3.1	Voorgestelde maatregelen	142
6.3.2	Mogelijke effecten van gezondheidsbevordering en preventie	143
6.4	Zorggebruik terugdringen	146
6.4.1	Voorgestelde maatregelen	146
6.4.2	Mogelijke effecten van het terugdringen van zorggebruik	148
6.5	Beïnvloeden van de in- en uitstroom van het beroep	153
6.5.1	Voorgestelde maatregelen	153
6.5.2	Mogelijke effecten van het beïnvloeden van in- en uitstroom	154
6.6	Praktijkondersteuning en taakdelegatie in de huisartsenzorg	155
6.6.1	Voorgestelde maatregelen	155
6.6.2	Mogelijke effecten van taakdelegatie en praktijkondersteuning	157
6.7	Taakherschikking	166
6.7.1	Voorgestelde maatregelen	166
6.7.2	Mogelijke effecten van taakherschikking	168
6.8	Samenwerking en samenhang	172
6.8.1	Voorgestelde maatregelen	172
6.8.2	Mogelijke effecten van samenwerking en samenhang	176
6.9	Sturing en financiering	183
6.9.1	Voorgestelde maatregelen	183
6.9.2	Mogelijke effecten van veranderingen in aansturing en financiering	186
6.10	Samenvatting	188
7	EEN LIJN NAAR DE TOEKOMST	197
	<i>D.H. de Bakker, J.J. Polder, E.M. Sluijs & H.F. Treurniet</i>	
7.1	Inleiding	197
7.2	Kader en vraagstelling	197
7.3	De ontwikkeling van de vraag	198
7.4	Is het aanbod toereikend?	201
7.5	Implicaties voor de organisatie van de zorg	204
7.6	Aanbevelingen	206
7.7	Kennislacunes en aanbevelingen voor monitoring en onderzoek	209

LITERATUUR	211
------------	-----

BIJLAGEN 223

- 1 Medewerkers aan dit rapport 223
- 2 Samenstelling Beleids Advies Groep 225
- 3 Geïnterviewde organisaties 226
- 4 Interviewchecklist 227
- 5 Lijst van afkortingen 230
- 6 Indeling van diagnoses in clusters 233
- 7 Overzicht van databronnen 237
- 8 Wat mensen verwachten van de eerstelijnszorg 240
- 9 Zorggebruik in de eerste lijn naar geslacht, leeftijd en andere sociaal-demografische kenmerken 244
- 10 Gegevens en methoden van demografische en epidemiologische verkenningen 250
- 11 Trendanalyse van ziekten en aandoeningen in de periode 1990-2000 255
- 12 Demografische groeicijfers naar ziektecluster en discipline, 2005-2010 en 2005-2020 257
- 13 Epidemiologische groeicijfers naar ziektecluster en discipline, 2005-2010 en 2005-2020 259

Summary

This report concerns the future of primary health care in the Netherlands. With the year 2020 as time horizon, we present perspectives on demand, supply and the organisation of primary care. How many caregivers will be needed, and what will the organisation look like?

The report offers a wealth of information about current and future primary care. Due to the many facts and figures, this report not only gives a forecast, it is also a useful reference work for everyone who is involved in primary health care.

In the autumn of 2004, the Ministry of Public Health, Welfare and Sports and the parties in the field declared themselves in favour of a 'reinforcement of primary health care' as a common ambition. This study intends to provide a contribution to this goal. The report is the result of a joint project of the Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) and the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), and it is part of the series of Public Health Status and Forecasting 2006.

Aim of the study

The basic research question can be worded as: What are the problems of adjusting supply to demand in primary care until 2020, and what measures are likely to succeed in coping with such problems?

Main findings

1. People do not call upon primary care for the greater part of their health problems. There is little unnecessary use of care. Even, during past years, this has diminished rather than increased.
2. Within primary care it is especially the general practitioner as the gatekeeper who plays an important role in the efficiency of Dutch health care.
3. Demographic projections indicate that we can expect a substantial increase of demand for general practice care, pharmaceutical services and home care. Epidemiological trends will increase the demand even further, at least in the areas of general practice, pharmaceutical services, and emergency help. This is caused by a rising trend in the prevalence of chronic disorders (including asthma and diabetes mellitus) and injuries. Due to prevention, there is a trend of decreasing incidence of back and neck problems, such that the demographic demand for physical therapy can be expected to abate.
4. An important issue is whether the demand for care can be curbed. For the short term, this could be achieved by preventing disease. For the longer term, prevention will contribute to population health, but not necessarily to a reduction of the health care demand. Primary care offers a good infrastructure for organising prevention. Choosing this road for the strengthening of prevention will result in a heavier workload in primary care.

5. Health care demand could also be curbed by financial contributions from the patients, but this mechanism only works when the contributions are large and cannot be re-insured. While package measures do influence the financial flow, the effect on the demand will be minimal due to the transfer of the excluded services to supplemental insurance.
6. Our inventory of the organisation of primary care reveals that there is a tendency toward an increase in scale. Nevertheless, for the most part, primary care (with the exception of home care) is still typified as monodisciplinary small business. The growing desire for normalisation of working hours and part-time work has consequences not only for the capacity required in primary care, but also for the organisation because part-timers prefer to work in larger-scale organisations.
7. According to the estimates, if policy remains unchanged, the supply of general practice care will not be able to keep up with the growth of the demand. In the period 2005 to 2020, the supply is expected to grow by 11.5%, while demand will increase by 13 to 20%. Because of the sharply increasing demand in home care, there is also cause for concern about the adequacy of the future supply of nurses and other caregivers in this area.
8. The expected shortage of general practitioners is less than calculated in previous estimates, especially if we keep in mind that increasing demand in the past has been offset by organisational changes and improved efficiency. Nonetheless, there will still be a shortage if no measures are taken. Although the future supply of nurses and other caregivers is difficult to predict, a shortage of home care looms due to the sharp increase of demand.
9. Possible measures to improve the match between supply and demand of general practice are: task delegation, task reshuffling, reduction of the rate of leaving the profession and the application of information and communication technology (ICT). Within general practice, the delegation of tasks to assistants contributes to a more efficient provision of care. Delegation of tasks to practice nurses has led to improvement of the quality of care for the chronically ill and additionally to a certain lightening of the general practitioner's workload. The strengthening of primary mental health care has reduced the pressure of work among general practitioners. There is no scientific evidence about the effects of other measures yet.
10. There is a looming prospect of fragmentation of primary care across several categories of caregivers, several disciplines, and several forms of organisation. This creates a risk of a lack of coordination and continuity in primary care provision.
11. Cooperation is becoming more and more important and has unmistakable qualitative advantages. This is evident from research on cooperation among general practice stations and first aid departments in hospitals, the chain of care for the chronically ill, and psychosocial care.
12. The combination of data from many sources in this study offers a new and integrated perspective on primary care. At the same time, this integrated view sheds light on the fact that the supply of data still has some prominent gaps.

The significance of the findings with respect to policy

1. Policy measures for resolving capacity shortages and lightening the general practitioner's workload should be evaluated with consideration of the contribution they make toward a better and more cohesive provision of primary care.
2. The system for financing primary care should discourage fragmentation of supply, for example, by contracting the entire primary care at the local level as a cohesive package.
3. Prevention should be forcefully promoted, especially in primary care, which has outstanding facilities for this purpose.
4. A registered population of patient list system is an important characteristic of general practice that emphasises the responsibility of the general practitioner toward the patient as a whole. Furthermore, it is a circumstance within which the delegation of tasks has been able to thrive during the last 15 years, and it offers the necessary environment for goal-oriented prevention.
5. The further development of the electronic patient file is indispensable, both technically and with regard to content, to maintain cohesion and the overall picture in primary care. Extension to a multidisciplinary file is desirable. Therewith it is logical to give the general practitioner as the gatekeeper and guide a central role, in consultation with the patient, of course.
6. To do justice to the importance of primary care to public health and to maintain it as a cohesive sector in relation to the rest of health care, the provision of information must be improved on the following points:
 - Existing general practice registers should be extended to include morbidity registration for all of primary care;
 - Gaps in the registrations of supply and use of care should be closed;
 - There should be a monitoring instrument for determining whether cohesion is being developed;
 - Data provision should acquire a continuous nature.

KERNBOODSCHAPPEN

Vraagstelling

Welke afstemmingsproblemen tussen de vraag naar zorg en de capaciteit van het zorgaanbod kunnen zich in 2020 voordoen in de eerstelijnszorg en wat zijn kansrijke maatregelen om die afstemmingsproblemen het hoofd te bieden?

Bevindingen

1. Voor het overgrote deel van hun gezondheidsklachten doen mensen geen beroep op de eerstelijnszorg. Onnodig zorggebruik is er weinig en in de loop der tijd eerder af- dan toegenomen.
2. De eerste lijn en met name de huisarts als poortwachter spelen een belangrijke rol voor de doelmatigheid van de Nederlandse gezondheidszorg.
3. Op grond van demografische ontwikkelingen is een sterke tot zeer sterke toename van de zorgvraag te verwachten naar huisartsenzorg, farmaceutische zorg en thuiszorg. Epidemiologische ontwikkelingen zullen de vraag verder laten stijgen voor in ieder geval huisartsenzorg, farmaceutische zorg en spoedeisende hulp. Dit wordt veroorzaakt door een stijgende trend in de prevalentie van chronische aandoeningen (waaronder astma en diabetes mellitus) en lichamelijke letsels. Door dalende trends in het voorkomen van rug- en nekklachten wordt naar verwachting de demografische vraagtoename naar fysiotherapie en oefentherapie afgezwakt.
4. Een belangrijk punt is of de zorgvraag kan worden afgeremd. Theoretisch zou dit kunnen door ziekten te voorkómen. Nu is preventie wel van groot belang voor de volksgezondheid, maar het zal niet zonder meer leiden tot een daling van de zorgvraag. Omdat de eerste lijn een goede infrastructuur biedt om preventie te organiseren ligt een toenemende rol van de eerste lijn bij de uitvoering van preventie voor de hand met als consequentie een toenemende werklast.
5. De zorgvraag zou ook kunnen worden afgeremd door eigen bijdragen, maar die werken alleen wanneer zij hoog en niet herverzekeraar zijn. Pakketmaatregelen beïnvloeden wel de financieringsstromen van de zorg maar door overheveling van geschrapte voorzieningen in aanvullende verzekeringen zal het effect op de vraag gering zijn.
6. Onze inventarisatie van het zorgaanbod wijst uit dat er tendensen naar schaalvergroting zijn. Toch kan het grootste deel van de eerste lijn (met uitzondering van de thuiszorg) nog steeds worden getypeerd als (monodisciplinair) kleinbedrijf. De toenemende wens tot normalisering van werktijden en part-time werken heeft niet alleen gevolgen voor de benodigde capaciteit in de eerste lijn, maar ook voor de organisatie omdat part-timers bij voorkeur in grootschaliger samenwerkingsverbanden werkzaam zijn.

7. Volgens beleidsarme ramingen zal het aanbod van huisartsenzorg de groei van de vraag niet kunnen bijbenen. Voor de periode 2005 tot 2020 wordt een groei van het aanbod van 11,5% verwacht terwijl de vraag met 13 tot 20% zal toenemen. Door de sterk stijgende zorgvraag is er ook voor de thuiszorg reden tot zorg over de toereikendheid van het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden in de toekomst.
8. Het verwachte huisartsentekort valt mee in vergelijking met eerdere ramingen. Zeker als we meerekenen dat in het verleden de toenemende vraag is opgevangen door organisatieverandering en een meer doelmatige praktijkvoering. Niettemin blijft er sprake van een tekort dat zonder maatregelen niet zal verdwijnen. Hoewel het toekomstige aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden moeilijk te voorspellen valt, dreigt door de sterke toename van de vraag een tekort aan personeel. Naast de kleiner wordende beroepsbevolking speelt ook een rol dat bij een groeiende economie het zorgpersoneel naar andere sectoren vertrekt.
9. Mogelijke maatregelen om het aanbod van huisartsenzorg beter aan te laten sluiten op de vraag zijn: taakdelegatie, taakherschikking, vermindering van de uitstroom uit het beroep en de inzet van ICT. Binnen de huisartspraktijk heeft taakdelegatie naar assistenten bijgedragen aan een efficiëntere praktijkvoering. Taakdelegatie naar praktijkondersteuners heeft geleid tot kwaliteitsverbetering van de zorg voor chronisch zieken en daarnaast ook tot enige verlichting van de werklast van huisartsen. Ook door de versterking van de eerstelijns-GGZ is de werkdruk onder huisartsen minder geworden. Over de effecten van de andere genoemde maatregelen bestaat nog geen wetenschappelijke evidentie.
10. Bij alle toekomstige ontwikkelingen in vraag en aanbod ligt versnippering van de eerstelijnszorg over meerdere hulpverleners, meerdere disciplines en meerdere organisatievormen in het verschiet. Het risico daarvan is gebrek aan samenhangende, continue zorg.
11. Samenwerking wordt steeds belangrijker en heeft onmiskenbaar kwalitatieve voordelen. Dit blijkt uit onderzoek onder andere op het gebied van samenwerking tussen huisartsenposten en afdelingen spoedeisende eerste hulp, de ketenzorg voor chronisch zieken en psychosociale hulpverlening.
12. De combinatie van gegevens uit vele bronnen in deze studie biedt een nieuw en integraal licht op de eerstelijnszorg. Dit neemt echter niet weg dat de gegevensvoorziening nog een aantal belangwekkende lacunes vertoont.

Betekenis van de bevindingen voor het beleid

1. Beleidsmaatregelen voor de oplossing van capaciteitstekorten en taakverlichting van huisartsen moeten ook worden beoordeeld vanuit de bijdrage die zij leveren aan een betere en samenhangende zorg.
2. Het bekostigingssysteem van de eerste lijn dient versplintering van het aanbod te ontmoedigen, bijvoorbeeld door de gehele eerstelijnszorg op lokaal niveau als samenhangend pakket te contracteren.

3. Preventie moet krachtig worden bevorderd, in het bijzonder in de eerstelijnszorg die daarvoor uitstekende faciliteiten biedt.
4. Inschrijving op naam is een belangrijk kenmerk van de huisartsenzorg dat de verantwoordelijkheid van de huisarts voor de patiënt als geheel benadrukt. Bovendien is het een gegeven waarbinnen taakdelegatie de afgelopen 15 jaar goed heeft kunnen gedijen en biedt het de noodzakelijke aangrijpingspunten voor doelgerichte preventie.
5. De verdere ontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier (EPD), zowel technisch als inhoudelijk, is onontbeerlijk om overzicht en samenhang in de eerste lijn te behouden. Verbreding tot een multidisciplinair dossier is gewenst. Daarbij ligt het voor de hand om de huisarts als poortwachter en gids een centrale rol te geven, uiteraard in samenspraak met de patiënt.
6. Om recht te doen aan het belang van de eerste lijn voor de volksgezondheid en als samenhangende sector voor de rest van de gezondheidszorg moet de informatievoorziening op de volgende punten worden verbeterd:
 - bestaande huisartsenregistraties dienen uitgebreid te worden naar een morbiditeitsregistratie voor de gehele eerste lijn;
 - lacunes in de registraties van het zorgaanbod en het zorggebruik moeten worden opgevuld;
 - er moet een monitoringsinstrument voor het meten van samenhang worden ontwikkeld;
 - de gegevensvoorziening moet een continu karakter krijgen.

1 INLEIDING

1.1 Thema, aanleiding en achtergrond

Thema

Het thema van dit rapport is de toekomstige afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod in de eerstelijnszorg in Nederland. Uitgaande van de huidige situatie beschrijft dit rapport hoe de vraag naar eerstelijnszorg er vermoedelijk uit zal zien in het jaar 2020, met als tussenstap de situatie in 2010. Aan de hand van de zorgvraag in 2020 wordt vervolgens nagegaan of het zorgaanbod tegen die tijd nog op de vraag zal zijn afgestemd. De confrontatie tussen vraag en aanbod laat zien op welke gebieden zich afstemmingsproblemen kunnen voordoen als geen beleidswijzigingen plaatsvinden. Als laatste onderdeel gaat dit rapport in op mogelijke organisatorische vernieuwingen in de eerste lijn om toekomstige afstemmingsproblemen tussen vraag en aanbod het hoofd te bieden.

Aanleiding en achtergrond

De aanleiding tot dit rapport is de vrees dat de afstemming tussen vraag en aanbod bij ongewijzigd beleid in gevaar kan komen door een dreigend tekort aan huisartsen. De huisartsenzorg staat dan ook centraal in dit rapport. Tegelijkertijd zijn ook de ontwikkelingen in vraag en aanbod bij overige eerstelijnsdisciplines in kaart gebracht, te weten:

- apothekers;
- verloskundigen;
- fysiotherapeuten en oefentherapeuten;
- verpleegkundigen en verzorgenden;
- algemeen maatschappelijk werkenden;
- eerstelijnspsychologen.

De ontwikkelingen bij de eerstelijnsdisciplines worden in dit rapport in samenhang gezien omdat organisatorische veranderingen binnen één beroepsgroep bijna altijd gevolgen hebben voor de andere disciplines.

Het rapport maakt als themarapport deel uit van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV). Het doel van deze studie is zoveel mogelijk kwantitatieve gegevens over vraag en aanbod in de eerste lijn aan te leveren. De onderzoeksopdracht is verstrekt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het ministerie wil meer zicht krijgen op toekomstige ontwikkelingen in vraag en aanbod van de eerstelijnszorg, zodat beleidsmaatregelen daar beter op kunnen worden afgestemd. Het overheidsbeleid is erop gericht het toekomstige zorgaanbod beter af te stemmen op de vraag naar zorg. Het ministerie heeft dan ook expliciet verzocht om de toekomstige vraag naar zorg in kaart te brengen via epidemiologische gegevens zoals die in het kader van de VTV worden verzameld, gecombineerd met gegevens over zorggebruik die zijn verzameld in de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.

1.2 Inhoud en leeswijzer

Toekomstverkenning van de zorgvraag in de eerste lijn in 2020 (hoofdstuk 3 en 4)

Hoe zal de vraag naar eerstelijnszorg er in 2020 uitzien? Dat is de belangrijkste vraag die in *hoofdstuk 4* wordt beantwoord, nadat in *hoofdstuk 3* de huidige situatie in kaart is gebracht. De zorgvraag zal toenemen door demografische veranderingen (de toename en vergrijzing van de bevolking) en de vraag zal tevens veranderen door epidemiologische ontwikkelingen: sommige aandoeningen zullen vaker vóórkomen, andere minder vaak. In dit rapport zijn demografische en epidemiologische ontwikkelingen cijfermatig met elkaar gecombineerd. De gegevens zijn ontleend aan bevolkingsprognoses en morbiditeitsregistraties waarbij de berekeningen zijn geënt op het huidige zorggebruik zoals vastgelegd in meer en minder omvangrijke zorgregistraties voor de verschillende terreinen van de eerste lijn. Het resultaat is een kwantitatief overzicht van de zorgvraag waarmee de eerste lijn in 2020 rekening moet houden.

Toekomstverkenning van de capaciteit van het zorgaanbod in de eerste lijn in 2020 (hoofdstuk 5)

In dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord of de capaciteit van het zorgaanbod in de eerste lijn gelijke tred houdt met (de toename van) de zorgvraag en op welke gebieden vermoedelijk afstemmingsproblemen zullen ontstaan. Daartoe is de capaciteit van de belangrijkste eerstelijnsdisciplines overzichtelijk bij elkaar gezet. Voor elke discipline is een schatting gemaakt van het aantal beroepsbeoefenaren dat in 2020 beschikbaar zal zijn indien wordt uitgegaan van de huidige instroom in de opleidingen. Het resultaat is een overzicht van het zorgaanbod dat in 2020 in de eerste lijn beschikbaar zal zijn bij ongewijzigde instroom en bij ongewijzigd beleid.

Vervolgens maakt de relatie tussen zorgvraag en zorgaanbod zichtbaar bij welke disciplines in 2020 vermoedelijk tekorten dan wel overschotten zullen ontstaan en op welke gebieden zich in de toekomst afstemmingsproblemen tussen vraag en aanbod kunnen voordoen.

Verkenning van mogelijke (organisatie)vernieuwingen om afstemmingsproblemen tussen vraag en aanbod in 2020 het hoofd te bieden (hoofdstuk 6)

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van mogelijke vernieuwingen die in de toekomst een bijdrage aan een goede afstemming tussen vraag en aanbod in de eerste lijn zouden kunnen leveren. Het gaat daarbij in de eerste plaats om de beschikbaarheid van voldoende zorgaanbod om aan de zorgvraag in 2020 te kunnen voldoen. Voldoende capaciteit is een voorwaarde om kwaliteit en samenhang in de zorg te kunnen realiseren. Voor zover capaciteitsmaatregelen neveneffecten hebben op de kwaliteit en samenhang in de zorg zijn deze aspecten meegewogen bij de evaluatie van mogelijke vernieuwingen.

Die evaluatie van vernieuwingen is verricht door na te gaan welke wetenschappelijke evidentie er bestaat voor de effectiviteit ervan. Het resultaat is een overzicht van vernieuwingen die waarschijnlijk wel en vernieuwingen die waarschijnlijk niet effectief zullen zijn (afgaande op de wetenschappelijke evidentie) alsmede een overzicht van vernieuwingen die in de toekomst nog op hun effectiviteit moeten worden onderzocht.

Deze drie onderdelen - vraag, aanbod en organisatie - vormen de kern van dit rapport. Daaraan voorafgaand bevat *hoofdstuk 2* de vraagstelling en methode van het onderzoek en de context waarin de resultaten moeten worden geplaatst. *Hoofdstuk 7* besluit het rapport met een integratie van de bevindingen en aanbevelingen voor de toekomst.

Behalve een toekomstverkenning biedt dit rapport ook een overzicht van de gegevens die anno 2004 beschikbaar zijn om zorgvraag en zorgaanbod in kaart te brengen. Dit rapport heeft daarmee tevens het karakter van een naslagwerk waarin de beschikbare gegevensbronnen overzichtelijk bijeen zijn gebracht.

2 CONTEXT, VRAAGSTELLING EN METHODE

E.M. Sluijs & D.H. de Bakker

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een korte schets van de huidige situatie in de eerstelijnszorg en de ontwikkelingen die zich daarin voordoen. Daarmee kunnen de toekomstverkenningen in dit rapport in het juiste perspectief worden geplaatst. De huidige situatie is namelijk het vertrekpunt van de studie. De gegevens die gebruikt zijn voor het verkennen van vraag en aanbod in de toekomst zijn afkomstig van bestaande gegevensbestanden en dus gebaseerd op het huidige zorggebruik als ook op de huidige (historisch gegroeide) taakverdeling tussen de beroepsgroepen.

Achtereenvolgens wordt kort ingegaan op de sterke kanten van de eerste lijn en worden enkele knelpunten geschetst als het gaat om een goede afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag in de toekomst. Daarna worden de vraagstelling en de gevolgde methode toegelicht.

2.2 Sterke eerste lijn

Nederland heeft een sterke eerstelijnszorg, zoals algemeen bekend mag worden verondersteld. Met het oog op de toekomst hebben patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid in september 2004 een gezamenlijke Intentieverklaring Versterking Eerstelijnszorg uitgebracht (VWS, 2004), waarin zij stellen dat Nederland van oudsher beschikt over een sterke eerstelijnszorg die zich kenmerkt door:

- generalistische zorgverlening;
- laagdrempelige toegang tot zorg;
- zorg in de buurt;
- gerichtheid op de mens in zijn omgeving;
- ambulant karakter;
- coördinatie en continuïteit van zorg.

De overheid benadrukt in diverse nota's dat een sterke eerste lijn een belangrijke pijler is van een doelmatig gezondheidszorgsysteem (VWS, 2003e). Het ministerie van VWS stelt dat het Nederlandse systeem internationaal wordt geprezen en als voorbeeld wordt gebruikt, vooral als het gaat om het voorkómen van onnodige medische zorg en het beheersen van de kosten (VWS, 2000, 2003e). De huisartsenzorg draagt bij aan een doelmatig geneesmiddelengebruik. Bovendien vormt de huisarts een belangrijk filter voor verwijzing naar de (duurdere) specialistische zorg (VWS, 2001, 2003b). Slechts 1,9% van de gezondheidsklachten waarvoor patiënten de huisarts bezoeken wordt doorverwezen naar de tweede lijn en 1,5% naar andere eerstelijnsvoorzieningen. Dat betekent dat het overgrote deel van de problemen - ruim 96% - door de huisarts zelf wordt afgehandeld, zo blijkt uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Cardol et al., 2004).

Zorgverzekeraars benadrukken dat de huidige huisartsenzorg adequaat en van goede kwaliteit is (ZN, 2002). In veel gevallen zal er dan ook geen behoefte zijn deze te veranderen. Echter, maatschappelijke ontwikkelingen zoals veranderende zorgvragen en capaciteitstekorten zijn aanleiding om alternatieve zorgvormen te ontwikkelen en hier in de praktijk ervaring mee op te doen, aldus Zorgverzekeraars Nederland (ZN, 2002).

Zorgaanbieders in de eerste lijn zijn veelal zeer betrokken bij hun werk en bij hun patiënten en cliënten. Hoewel zij niet altijd tevreden zijn over de arbeidsomstandigheden en de toenemende werkdruk ontlenuen zij doorgaans voldoening aan de inhoudelijke kanten van het werk. In toenemende mate wordt de kwaliteit van de eerste lijnszorg op professionele wijze verbeterd en bewaakt (Bennema-Broos et al., 2000). Op dat gebied zijn de afgelopen 10 jaar grote vorderingen gemaakt, mede dankzij gerichte stimuleringsubsidies van het ministerie van VWS. De (evidence based) standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap worden voor 75% nageleefd, zo blijkt uit de resultaten van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Braspenning et al., 2004). Maar ook de andere disciplines hebben een sterke professionele ontwikkeling doorgemaakt (Bennema-Broos et al., 2000). Fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben veel geïnvesteerd in het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid (Hofhuis et al., 2004). Apothekers hadden als eerste een landelijk erkend HKZ-certificatieschema en ontwikkelen zich als farmaceutische zorgverleners. De verloskundigen werken al jaren met een multidisciplinair protocol voor de verloskundige indicatiestelling. Nagenoeg alle thuiszorginstellingen hebben kwaliteitssystemen ingevoerd en inmiddels is een groot deel HKZ-gecertificeerd (Sluijs & Wagner, 2000; www.hkz.nl). Bovendien is in de thuiszorg als eerste in de Nederlandse gezondheidszorg sectorbreed een benchmarkonderzoek uitgevoerd (PWC/NIVEL, 2002) en is de tweede voor 2005 gepland. In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is de afgelopen jaren een - door VWS gefinancierd - programma uitgevoerd ter versterking van de eerstelijns-GGZ, met een sterk accent op kwaliteitsverbetering (Meijer & Verhaak, 2004).

Patiënten en cliënten zijn over het algemeen (zeer) tevreden over de huidige eerste lijnszorg met inbegrip van de thuiszorg. Dat blijkt uit diverse meningspeilingen die de laatste jaren onder cliënten en patiënten zijn gehouden (Mistiaen et al., 2003; Braspenning et al., 2004). Twee voorbeelden ter illustratie. In de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is het oordeel van 9.657 patiënten over de huisartsenzorg gevraagd. Meer dan 90% van de patiënten oordeelt positief over de effectiviteit van de behandeling, over de uitleg die gegeven is, over de mate waarin zij kunnen meebeslissen over de behandeling en over het begrip dat de huisarts heeft getoond. Wel is circa 10 tot 15% van de patiënten verontrust over de bereikbaarheid van de huisarts buiten kantooruren en oordeelt men wat minder positief over wachttijden en over de continuïteit van zorg (dat wil zeggen steeds de eigen huisarts kunnen zien) (Braspenning et al., 2004).

Ook over de thuiszorg zijn cliënten doorgaans tevreden, zoals blijkt uit de benchmarkstudie thuiszorg in 2002 onder cliënten van 112 thuiszorginstellingen. De 24.000

geënquêteerde cliënten gaven daarin bijvoorbeeld het rapportcijfer 9,1 voor de wijze waarop zij zijn bejegend, een 8,6 voor de deskundigheid van de medewerkers en een 8,2 voor de inhoud van de verleende zorg. Relatief minder positief was het oordeel over de organisatie van de zorg (7,0) en over de toegankelijkheid van zorg (6,8) (Mistiaen et al., 2003). De NPCF pleit dan ook voor voldoende aanbod aan eerstelijnszorg (NPCF, 2004).

Afgaande op de professionele kwaliteitsbewaking en de overwegend positieve oordelen van patiënten en cliënten mag worden aangenomen dat de huidige eerstelijnszorg in vele opzichten tegemoetkomt aan de wensen en verwachtingen van patiënten en cliënten en daarop ook is afgestemd. Dat er in een aantal opzichten ook verbeteringen in de toekomst wenselijk zijn, blijkt uit de hierna te noemen afstemmingsproblemen tussen vraag en aanbod. Deze zijn ontleend aan overheidsnota's, adviezen en (scenario)studies die recent over de eerste lijn zijn verschenen.

2.3 Afstemmingsproblemen tussen vraag en aanbod

De meest in het oog springende problemen ten aanzien van de eerstelijnszorg zijn inmiddels genoegzaam bekend. Op een viertal gebieden worden in de toekomst verbeteringen nodig of wenselijk geacht, namelijk ten aanzien van: a) vraaggerichtheid; b) capaciteit; c) samenhang; en d) de aansturing en financiering van de eerste lijn. Meer concreet geeft *tekstblok 2.1* een overzicht van de verbeterpunten die in vrijwel alle documenten over de eerste lijn worden genoemd. We lichten deze achtereenvolgens toe.

Tekstblok 2.1: Overzicht van gesignaleerde afstemmingsproblemen in de eerste lijn.

- | | |
|--|---|
| <p>a. Omslag naar een vraaggestuurd stelsel</p> <ul style="list-style-type: none"> - patiënten hebben te weinig keuze-informatie over het zorgaanbod en de zorgverzekeringen - patiënten en verzekeraars hebben weinig keuzemogelijkheden door schaarste <p>b. Capaciteitstekorten verwacht</p> <ul style="list-style-type: none"> - de vraag naar zorg neemt toe, daardoor ontstaat vermoedelijk schaarste in het aanbod, met name bij huisartsen, verpleging en verzorging en in de geestelijke gezondheidszorg - er heerst onvrede over werkdruk <p>c. Meer samenhang in de zorg is nodig</p> <ul style="list-style-type: none"> - bij chronisch zieken (ketenzorg) - in de acute zorg buiten kantooruren - in achterstandsgebieden in de grote steden | <ul style="list-style-type: none"> - bij gegevensuitwisseling via ICT en het elektronisch patiëntendossier (EPD) <p>d. Versnipperde aansturing en financiering</p> <ul style="list-style-type: none"> - veel partijen zijn verantwoordelijk voor (de organisatie van) de eerste lijn - zorgverzekeraars ervaren belemmeringen bij aansturing van de eerste lijn - gemeentelijke facilitering van de eerste lijn (nog) zeldzaam - financieringssystematiek is niet toegesneden op samenwerkingsverbanden - de financieringssystematiek verschilt voor de diverse zorgaanbieders in de eerste lijn - financiering huisartsenzorg is ingewikkeld en biedt geen loon naar werken |
|--|---|

a. Omslag naar een vraaggestuurd stelsel is nodig

Met de omslag naar een vraaggestuurd stelsel beoogt de overheid dat - binnen de structuur en de financiering van de gezondheidszorg - beter kan worden ingespeeld op wat patiënten willen en belangrijk vinden (VWS, 2001a). Sterk vereenvoudigd gezegd krijgen zorgverzekeraars en aanbieders van zorg in de toekomst meer vrijheid

om het zorgaanbod beter af te stemmen op de zorgvraag in de regio. De gedachte is dat zorgverzekeraars daardoor de belangen van verzekerden en patiënten (de vraagkant) beter kunnen behartigen door zorg in te kopen waaraan verzekerden behoefte hebben (VWS, 2003e).

Waarom patiënten behoefte hebben wordt in toenemende mate (via onderzoek) zichtbaar gemaakt. *Bijlage 8* geeft een overzicht van wat mensen het meest belangrijk vinden voor hun contact met huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, thuiszorg, kraamzorg en de eerstelijnszorg in zijn algemeenheid (Brouwer et al., 2002; Herschderfer et al., 2002; Van der Veer et al., 2003; Linschoten et al., 2004).

In grote lijnen komen uit deze top-tien drie kernpunten naar voren. Het eerste en meest genoemde aspect betreft de beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Of kort gezegd, er moet een hulpverlener zijn als men die nodig heeft. De twee andere kernpunten betreffen de bejegening en de informatieverstrekking. Patiënten willen vriendelijk en respectvol worden bejegend, zij verwachten begrip en vertrouwen en willen bovenal serieus worden genomen. Als derde kernpunt is de informatie en voorlichting voor patiënten van het grootste belang. Bijvoorbeeld over behandelmogelijkheden, zelfzorg, het vermoedelijke verloop van de ziekte, de medicatie, de bijwerkingen en (bewaking van) mogelijke interacties et cetera. Deze aspecten gelden min of meer universeel voor de hele eerstelijnszorg. Ook willen patiënten graag zelf hun huisarts of andere eerstelijnszorgverlener kunnen kiezen, zo blijkt uit onderzoek van de NPCF (Linschoten et al., 2004).

Dat is ook wat de overheid met vraagsturing beoogt. Patiënten en consumenten zouden meer keuzemogelijkheden moeten krijgen, zowel wat betreft het zorgaanbod als wat betreft de zorgverzekeringen. Zij hebben daartoe wel keuze-informatie nodig over de kwaliteit van het zorgaanbod en van de zorgverzekeringen (VWS, 2001a). Die informatie zal in toenemende mate beschikbaar komen omdat VWS recent aan het RIVM de opdracht heeft gegeven de beschikbare informatie de komende jaren overzichtelijk te ontsluiten via een Zorgportaal op internet (www.kiesbeter.nl).

De Wetenschappelijke Raad van het Regeringsbeleid (WRR) plaatst een kanttekening bij de keuzemogelijkheden van cliënten. De raad stelt dat cliënten lang niet altijd in de positie verkeren om vrijelijk te kiezen en het relationele karakter van veel diensten en zorg zich daar niet voor leent (WRR, 2004).

Vraagsturing betekent volgens VWS overigens niet dat altijd aan elke individuele wens van de consument tegemoet moet worden gekomen (VWS, 2001a). Therapieën en middelen die niet doelmatig of kosteneffectief zijn worden niet in het basispakket opgenomen. Daarnaast wordt de vraag van de consument begrensd door standaarden van professionals waarin is aangegeven wat gepaste zorg is (VWS, 2001a).

Uit het bovenstaande blijkt dat het begrip vraagsturing, meer dimensies heeft, zo constateert ook de WRR. De raad onderscheidt daarom sturing *op* de vraag - als anderen, bijvoorbeeld zorgverzekeraars, diensten voor cliënten inkopen - en sturing *door* de vraag, als cliënten zelf kunnen bepalen welke diensten zij waar inkopen (bijvoorbeeld via het persoonsgebonden budget). Bij vraagsturing gaat het er in essentie om *wie* stuurt, zo stelt de WRR (WRR, 2004).

b. Voldoende capaciteit is een voorwaarde voor vraaggerichtheid

Capaciteitstekorten kunnen de keuzemogelijkheden van patiënten, maar ook van zorgverzekeraars beperken (VWS, 2000). Volgens zorgverzekeraars is de capaciteit van met name de huisartsenzorg ontoereikend (ZN, 2002). In achterstandswijken in de grote steden zijn er onvervulbare vacatures (VWS, 2003b). Het aantal niet op naam ingeschreven patiënten (noni's) wordt in de grote steden geschat op 2,5% (VWS, 2003b). Er zijn ook signalen dat de zorg voor bepaalde groepen allochtonen niet optimaal is (Verkleij & Verheij, 2003).

De opleidingscapaciteit voor huisartsen (en voor verloskundigen) is inmiddels verhoogd, zoals *hoofdstuk 5* laat zien. De instroom in het beroep zal ook veel groter dan voorheen moeten zijn omdat meer vrouwen voor het beroep kiezen, die meer dan mannen in deeltijd willen werken. Daarbij komt dat ontwikkelingen in de vraag naar zorg voor de nodige verzwaring van de werklust zorgen. Los van de vergrijzing is al jaren een -beoogde- verschuiving van tweede naar eerstelijnszorg te zien (substitutie, extramuralisering), waardoor meer en complexere problemen in de eerste lijn worden behandeld. De organisatie van ketenzorg voor chronisch zieken zal in toenemende mate coördinatie en overleg vragen. De complexe problemen in de grote steden zullen eerder toe- dan afnemen, terwijl de werklust van huisartsen daar nu al bijna 8 tot 9% groter is vergeleken met de rest van Nederland (Verkleij & Verheij, 2003). Bij huisartsen heerst onvrede over werklust en honorering (VWS, 2001). Het imago van het beroep behoeft verbetering, willen voldoende huisartsen voor het beroep kiezen of daarvoor behouden blijven.

Capaciteitsproblemen bestaan ook in de poliklinische en klinische zorg, ondanks het feit dat al diverse overheidsmaatregelen zijn genomen om de wachtlijsten terug te dringen (VWS, 2000). Hoewel maatregelen zijn genomen ter versterking van de eerstelijns-GGZ zullen de wachtlijsten in de GGZ toenemen door de sterk gestegen vraag naar geestelijke gezondheidszorg (LCGV, 2002). Door de vergrijzing zal de vraag naar verpleging en vooral ook verzorging in de toekomst sterk toenemen. Hoe groot de vraag naar eerstelijnszorg in 2020 zal zijn wordt in de hierna volgende hoofdstukken verkend.

c. Meer samenhang in de eerstelijnszorg is nodig

Meer samenhang in de eerste lijn is nodig om een betere afstemming in de zorg te verkrijgen, zo is al jaren in overheidsnota's te lezen. Samenhang heeft twee betekenissen, waar we achtereenvolgens op ingaan. Samenhang staat ten eerste voor zorginhoudelijke afstemming rond het primaire proces (bijvoorbeeld ketenzorg) en ten tweede staat samenhang voor organisatorische samenwerking of schaalvergroting. Zorginhoudelijke afstemming is met name nodig bij chronisch zieken (RVZ, 1998; IGZ, 2003), in de acute zorg buiten kantooruren (RVZ, 2003; VWS, 2003e) alsmede bij (sociaal zwakke) patiënten in achterstandsgebieden in de grote steden, bijvoorbeeld allochtonen (VWS, 2001; Verkleij & Verheij, 2003).

Voor chronisch zieken komt de ketenzorg onvoldoende van de grond, constateert de inspectie (IGZ, 2003). Patiënten kunnen risico's lopen door onvoldoende afbakening van taken en toedeling van verantwoordelijkheden (IGZ, 2003). Dat geldt specifiek voor de circa 12% van de chronisch zieken die *complexe zorg* nodig hebben (RVZ,

1998). Complexe zorg betekent dat bij de patiënt meerdere zorgproblemen spelen en er verschillende zorgverleners bij de zorg betrokken zijn (RVZ, 1998).

In de acute zorg buiten kantooruren is eveneens meer afstemming nodig tussen de huisartsenposten (HAP), de afdelingen spoedeisende eerste hulp in ziekenhuizen (SEH) en regionale ambulancevoorzieningen (RVZ, 2003; VWS, 2004). In een aantal regio's zijn er klachten over de bereikbaarheid (VWS, 2000) en over de kwaliteit van de HAP (IGZ, 2004). De triage in de acute zorg (selectie van patiënten) gebeurt onvoldoende samenhangend (IGZ, 2004).

Een ander knelpunt bij zorginhoudelijke afstemming is het ontbreken van een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (EPD), waardoor de betrokken hulpverleners vaak niet beschikken over relevante medische gegevens van collega's (IGZ, 2003).

Tot slot is ook meer samenhang nodig in achterstandsgebieden in de grote steden. Daar is meer dan elders sprake van meervoudige problematiek. Lichamelijke gezondheidsproblemen zijn vaak verweven met sociale en/of psychische problemen (Verkleij & Verheij, 2003). Dat vereist afstemming tussen de gezondheidszorg en lokale voorzieningen op het gebied van welzijn, wonen, werken, leefomgeving et cetera. Een gezamenlijke aanpak is nodig (VWS, 2001, 2003c).

Samenhang wordt gefaciliteerd door schaalvergroting

Samenhang staat ook voor samenwerking in grotere organisaties. Die samenwerking kan zorginhoudelijke afstemming rond het primaire proces faciliteren. Gezondheidscentra zijn daar een goed voorbeeld van.

Er kunnen ook andere redenen zijn om tot schaalvergroting over te gaan, bijvoorbeeld uit strategische overwegingen (fusies) of vanuit overwegingen van doelmatigheid. Dat heeft bij de huisartsenposten tot schaalvergroting geleid. Schaalvergroting lijkt een autonome ontwikkeling, mede vanwege de behoefte aan part-time werken, de mogelijkheden voor specialisatie of differentiatie of om gezamenlijk ondersteunend personeel te kunnen aanstellen. Bovendien geven aankomende huisartsen in meerderheid de voorkeur aan samenwerking. Het lijkt dan ook waarschijnlijk dat in de toekomst grotere organisatorische samenwerkingsverbanden zullen ontstaan. Die intentie is er ook, zo stellen de gezamenlijke partijen, in hun recent uitgebrachte Intentieverklaring Versterking Eerstelijnszorg (VWS, 2004).

Er zijn ook belemmeringen voor samenwerking

Belemmeringen voor samenwerking worden ook gesignaleerd (RVZ, 2002; STG, 2003). Er bestaan restricties ten aanzien van samenwerking op grond van de Mededingingswet, indien samenwerking de mededinging op de Nederlandse markt verhindert, beperkt of vervalst (artikel 6). In de wet wordt erkend dat er een spanning tussen samenwerken en marktwerking bestaat. Een tweede belemmering voor samenhang kan ontstaan indien wordt overgegaan tot de voorgenomen functionele benadering in de zorg, omdat in dat geval meerdere disciplines eenzelfde soort zorg kunnen aanbieden. Dat kan leiden tot een versnippering van het zorgaanbod en goede samenwerking in de weg staan (ZN, 2002; VWS, 2003e). Een derde belemmering is het domeindenken bij zorgaanbieders zelf (RVZ, 2002; STG, 2003). Veel vrije beroepsbeoefenaren hechten aan hun zelfstandigheid en autonomie en ook tegengestelde

belangen kunnen samenwerking bemoeilijken. Het domeindenken is stevig verankerd in de medische en verpleegkundige beroepen (RVZ, 2002).

d. Aansturing en financiering is versnipperd

Veel partijen zijn bij de organisatie van de eerstelijnszorg betrokken, zoals *tekstblok 2.2* laat zien. Dat vormt een knelpunt bij de aansturing van de eerste lijn.

Tekstblok 2.2: Taken en verantwoordelijkheden van de partijen in de eerste lijn.

Op lokaal niveau zijn zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en lokale overheden gezamenlijk verantwoordelijk voor een goede organisatie van de eerstelijnszorg. De rol van de verschillende partijen is als volgt (VWS, 2003b):

- De patiënt moet op basis van betrouwbare informatie kunnen kiezen of en hoe hij gebruik van de zorg maakt;
- Patiënten/consumentenorganisaties moeten op lokaal niveau actief deelnemen aan de beleidsontwikkelingen binnen de (eerstelijns)zorg;
- Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van adequate zorg van goede kwaliteit;
- Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende en adequate zorg. Zij dienen het recht op zorg voor hun verzeker-

den lokaal in te vullen door in de eerste lijn het initiatief te nemen tot het maken van afspraken en door samenwerkingsverbanden te stimuleren;

- Gemeenten hebben de regie over de lokale infrastructuur en de algemene verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid. Op basis hiervan kunnen zij ondersteuning bieden bij de ruimtelijke inpassing van voorzieningen. Een goed samenwerkende eerstelijnszorg is een belangrijke kapstok voor preventieve activiteiten. Dit is des te belangrijker in die wijken waar het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen voorrang heeft;
- De rijksoverheid stelt de beleidskaders vast, waakt over de toegankelijkheid en spreiding van voorzieningen en zorgt voor een stelsel van wet- en regelgeving en financiering dat hieraan bijdraagt.

Het is niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor aansturing van de eerste lijn als er op lokaal niveau problemen ontstaan. Er is geen probleemeigenaar. De lokale aansturing van de eerstelijnszorg is in principe aan zorgverzekeraars toebedacht - in overleg en samenwerking met plaatselijke gemeenten - maar zij hebben te weinig bevoegdheden om in de organisatie van de eerstelijnszorg in te grijpen. Zij worden daarbij niet alleen gehinderd door wet- en regelgeving, maar ook door de financieringssystematiek (ZN, 2002).

De financieringssystematiek is een tweede probleem. Deze systematiek is niet toegesneden op samenwerkingsverbanden en bemoeilijkt daarmee de totstandkoming van een georganiseerde eerstelijnszorg (VWS, 2001; ZN, 2002; IGZ, 2003). De eerstelijnszorg wordt vanuit verschillende bronnen gefinancierd (eerste compartiment (AWBZ), tweede compartiment (ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeringen), derde compartiment (aanvullende verzekeringen), en gemeenten inclusief de voorgenomen Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Mede daardoor bestaan er grote verschillen tussen de eerstelijnsdisciplines in de wijze waarop zij worden gefinancierd. Dat bemoeilijkt het aangaan van samenwerkingsverbanden (RVZ, 1998; VWS, 2001).

Een derde knelpunt vormt de financieringssystematiek in de huisartsenzorg. Deze is te ingewikkeld en draagt bij aan hoge administratieve lasten (VWS, 2003a). De systematiek verschilt voor particulier- en ziekenfondsverzekerden. Binnen het ziekenfonds zijn er tal van aparte modules voor onder andere ICT-gebruik, ouderen of speciale ver-

richtingen. Dan is er nog een apart financieringssysteem voor avond-, nacht- en weekenddiensten (VWS, 2003a). Het systeem kent weinig mogelijkheden voor loon naar werken (VWS, 2003a).

De voorgenenomen invoering van een nieuw systeem zal deze problemen naar verwachting verlichten dan wel oplossen. Aan de hand van de praktijkplannen die huisartsen dan gaan opstellen zal de honorering beter kunnen worden afgestemd op verschillen in werkbelasting.

Ingrijpende veranderingen staan op stapel

Er zijn ingrijpende overheidsmaatregelen op veel gebieden aangekondigd. Zonder in details te treden gaat het onder meer om de invoering van een nieuwe Zorgverzekeringswet, waardoor het huidige onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering zal verdwijnen. Welke zorgvoorzieningen in het verplichte basispakket worden opgenomen is nog niet definitief vastgesteld. Als alles volgens plan verloopt zal in 2006 tevens de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) worden ingevoerd. Gemeenten worden daarmee verantwoordelijk voor een deel van de voorzieningen die nu nog vanuit de AWBZ worden vergoed. Verder krijgen zorgverzekeraars via veranderingen in wet- en regelgeving in toenemende mate meer bevoegdheden en meer contracteervrijheid. De effecten van deze veranderingen zijn vanzelfsprekend nog niet bekend. Dat geldt ook voor minder ingrijpende veranderingen, zoals de voorgenomen directe toegankelijkheid van de fysiotherapie en de ingevoerde verwijzfunctie van bedrijfsartsen. Al deze veranderingen kunnen een niet te voorspellen invloed hebben op de toekomstige organisatie van de eerste lijn. Met dit voorbehoud worden de toekomstverkenningen in dit rapport gepresenteerd.

2.4 Afbakening van het onderzoek

Centraal probleem in deze studie

Het centrale probleem waar deze studie zich op richt is een dreigend afstemmingsprobleem in de eerste lijn tussen zorgvraag en zorgaanbod, omdat capaciteitstekorten worden verwacht. Het is niet bekend hoe groot eventuele afstemmingsproblemen zullen zijn en op welke gebieden die zich zullen voordoen. Is het zorgaanbod in 2020 nog afgestemd op de zorgvraag? Het gaat daarbij in de eerste plaats om de capaciteit van het zorgaanbod. De vraag is of in de toekomst voldoende beroepsbeoefenaren beschikbaar zullen zijn. Capaciteitstekorten kunnen neveneffecten hebben op de kwaliteit van zorg. Kunnen zorgaanbieders in de toekomst bijvoorbeeld voorzien in een goed samenhangend zorgaanbod voor het toenemend aantal chronisch zieken dat, mede door de veroudering van de bevolking, wordt verwacht? En tot slot, zal die samenhang niet worden belemmerd door de versnipperde aansturing en financiering van de eerstelijnszorg? Dit zijn in grote lijnen de problemen die de aanleiding zijn tot deze toekomstverkenning.

Kenmerken van het onderzoek

Deze toekomstverkenning kenmerkt zich door een onderzoeksmatige benadering en

een sterk kwantitatief karakter. Daarmee onderscheidt deze studie zich van andere scenariostudies en toekomstverkenningen die doorgaans niet op kwantitatieve analyses zijn gebaseerd.

Het accent ligt in deze studie op trendanalyses waarmee ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod op kwantitatieve wijze in kaart zijn gebracht. De confrontatie tussen vraag en aanbod maakt de afstemmingsproblemen zichtbaar. Vervolgens is op kwalitatieve wijze verkend welke (organisatorische) vernieuwingen wenselijk zijn en welke effecten daarvan mogen worden verwacht.

Afbakening

De eerstelijnszorg is veelomvattend zodat afbakening van deze studie noodzakelijk was. Die afbakening betreft: a) het zorgaanbod; b) de toekomstige vraag; c) organisatorische vernieuwingen; en d) de effectiviteit daarvan.

- a. Het zorgaanbod van de eerste lijn is in dit rapport afgebakend tot de zorg die wordt verleend door huisartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten en oefentherapeuten, verpleegkundigen en verzorgenden die in de thuiszorg werkzaam zijn en algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen voor zover zij in de eerste lijn werkzaam zijn. Andere eerstelijnsdisciplines zijn niet meegenomen, bijvoorbeeld ergotherapeuten, logopedisten of diëtisten. De reden is dat zij vooral (ook) in tweede of derde lijn werkzaam zijn en dat soms ook te weinig gegevens beschikbaar waren. Ook tandartsen blijven buiten beschouwing vanwege hun eigenstandige positie in de eerstelijnszorg.
- b. De toekomstige vraag naar zorg is afgebakend tot de eerste lijn. Ontwikkelingen in de tweede- en derdelijnszorg blijven buiten beschouwing. Wel is op kwalitatieve wijze rekening gehouden met ontwikkelingen als een verdere verkorting van de ligduur in ziekenhuizen en een voortgaande extramuralisering. Maar de invloed daarvan wordt niet gekwantificeerd.
- c. Bij de inventarisatie van mogelijke vernieuwingen ligt het accent op capaciteitsverruiming. Kwaliteit van zorg komt alleen aan de orde voor zover deze vernieuwingen als neveneffect invloed hebben op de kwaliteit van zorg.
- d. De effectiviteit van organisatorische vernieuwingen is onderzocht aan de hand van Nederlands onderzoek en zoveel mogelijk afgebakend tot overzichtstudies omdat daar de meeste evidentie aan te ontleen valt. Buitenlands onderzoek blijft buiten beschouwing omdat dit een vertaling zou vereisen naar het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Buitenlandse ervaringen werden bovendien (gelijktijdig) door de Gezondheidsraad bestudeerd.

De hier genoemde afbakeningen zijn derhalve tevens gekozen om overlap met parallel lopende studies te voorkómen. Het betreft eerstelijnszorg in Europees perspectief (Gezondheidsraad, 2004); financiële en verzekeringstechnische aspecten bij de modernisering van de eerstelijnszorg (KPMG/CVZ, 2004); en een inventarisatie van lokale en regionale zorgvernieuwingen die recent door de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg is verricht (STG, 2003). Gezamenlijk bieden de verschillende studies een integraal beeld van de eerste lijn in de toekomst.

2.5 Vraagstelling en methode

Aan dit onderzoek ligt de volgende algemene vraagstelling ten grondslag: *Welke afstemmingsproblemen tussen de vraag naar zorg en de capaciteit van het zorgaanbod in de eerste lijn kunnen zich in 2020 voordoen en wat zijn kansrijke maatregelen om die problemen het hoofd te bieden?* Deze vraag is geconcretiseerd in de volgende vier subvragen:

1. *Wat zijn de huidige gezondheidsproblemen in de bevolking en wat is de omvang van de zorgvraag en het zorggebruik in de eerste lijn?*
2. *Hoe zal de vraag naar eerstelijnszorg zich vermoedelijk tot aan 2020 ontwikkelen?*
3. *Hoe zal de capaciteit van het zorgaanbod zich in de toekomst ontwikkelen, en voor welke gebieden worden in 2020 afstemmingsproblemen met de zorgvraag verwacht?*
4. *Wat zijn kansrijke maatregelen om toekomstige afstemmingsproblemen het hoofd te bieden?*

In grote lijnen zijn voor de beantwoording van deze vragen kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Kwantitatieve trendanalyses zijn uitgevoerd om de toekomstige vraag naar en het aanbod aan eerstelijnszorg in kaart te brengen. Als tijdshorizon is daarbij de periode tot 2020 gekozen. In aanvulling hierop worden ook verkenningen voor 2010 gepresenteerd. Op kwalitatieve wijze zijn wenselijke vernieuwingen verkend. Dat is gebeurd via interviews met de betrokken partijen, gevolgd door een werkconferentie. Mogelijke effecten van deze vernieuwingen zijn in kaart gebracht via literatuuronderzoek.

De onderzoeksvragen en de gebruikte methoden worden hierna kort toegelicht. We beperken ons daarbij vooral tot een verantwoording van de gebruikte gegevensbestanden. Een gedetailleerde toelichting op de methode en de uitgevoerde berekeningen vindt men in de betreffende hoofdstukken.

1. Wat zijn de huidige gezondheidsproblemen in de bevolking en wat is de omvang van de zorgvraag en het zorggebruik in de eerste lijn?

Gezondheidsproblemen vormen een indicatie voor de vraag naar zorg. Als vertrekpunt van de studie wordt in *hoofdstuk 3* ingegaan op de belangrijkste gezondheidsproblemen in de bevolking. Beschreven wordt welke klachten, ziekten en aandoeningen veel voorkomen. Dat bepaalt voor een deel de vraag naar zorg. Voor een deel, omdat veel gezondheidsproblemen via zelfzorg worden opgelost. Voor een ander deel wordt wel professionele hulp ingeschakeld. Dat komt tot uiting in het zorggebruik. Het zorggebruik laat zien voor welke klachten, ziekten en aandoeningen mensen daadwerkelijk gebruik maken van de eerstelijnszorg. Bij het gebruik van eerstelijnszorg is in dit rapport het accent gelegd op de huisartsenzorg omdat het merendeel van de hulpvragen eerst bij de huisarts als generalist en poortwachter terecht komt. Daarnaast is ook het zorggebruik bij de andere eerstelijnsdisciplines in kaart gebracht.

Om het zorggebruik bij alle disciplines in de eerste lijn op een overzichtelijke wijze te kunnen beschrijven is een indeling in acht zorgclusters gemaakt, zoals *tekstblok 2.3* laat zien. De clusters zijn gebaseerd op International Classification of Primary Care (ICPC). In *bijlage 6* is te zien welke ICPC-codes bij elk cluster zijn ingedeeld.

Tekstblok 2.3: Indeling in acht zorgclusters.

- | | |
|--|--|
| - Infectieziekten | - Psychische en sociale problemen |
| - Chronische lichamelijke ziekten | - Zorg rond vruchtbaarheid, zwangerschap en geboorte |
| - Aandoeningen van het bewegingsapparaat | - Screening en preventie |
| - Acute lichamelijke letsels (spoedeisende hulp) | |
| - Overige lichamelijke klachten en aandoeningen | |

Bij elk zorgcluster kunnen verschillende (eerstelijns)disciplines betrokken zijn. Dit wordt toegelicht in *hoofdstuk 3*. Op die wijze kan worden nagegaan bij welke (clusters van) gezondheidsproblemen zich afstemmingsproblemen kunnen voordoen en bij welke (betrokken) disciplines eventueel taakverschuivingen mogelijk zijn.

2. Hoe zal de vraag naar eerstelijnszorg zich vermoedelijk tot aan 2020 ontwikkelen?

De zorgvraag in 2020 wordt beïnvloed door veranderingen in de gezondheidstoestand van de bevolking en - los daarvan - door veranderingen in de samenstelling van de bevolking. Daartoe zijn epidemiologische en demografische trendanalyses uitgevoerd. De epidemiologische trends laten zien welke ziekten in de toekomst vermoedelijk een toe- of een afname laten zien. Los daarvan laten de demografische trends zien welke veranderingen zich voordoen in de bevolkingsomvang, de leeftijdsopbouw en de samenstelling van de bevolking.

De epidemiologische trends en de demografische trends zijn vervolgens in *hoofdstuk 4* rekenkundig met elkaar gecombineerd en doorgetrokken naar het jaar 2020, met als tussenstap 2010. De combinatie van epidemiologie en demografie laat zien op welke gebieden een toename dan wel een afname in de vraag naar zorg te verwachten is.

Tekstblok 2.4: Enkele belangrijke gebruikte gegevensbestanden voor het verkennen van de toekomstige zorgvraag.

- | | |
|--|-------------------------------------|
| Gegevens over epidemiologische trends | Gegevens over prognoses |
| - Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen | - CBS Bevolkingsprognose 2002-2050 |
| - Nederlandse Kanker Registratie | - CBS Huishoudensprognose 2003-2050 |
| - Landelijke Medische Registratie van Prismant | - CBS Allochtonenprognose 2002-2050 |
| - Letsel Informatie Systeem van Stichting Consument en Veiligheid | |
| Gegevens over zorggebruik | |
| - Tweede Nationale Studie naar ziekten en veranderingen in de huisartspraktijk | |
| - Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg | |
| - Thuiszorggegevens van CAK-bz en GINO | |

De trends in de volksgezondheid zijn afgeleid van epidemiologische gegevens in de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM (Van Oers, 2002) en achterliggende bronnen (*tekstblok 2.4* en *bijlage 7*). De demografische trends zijn gebaseerd op de bevolkingsprognoses van het CBS (De Jong, 2003). De wijze waarop de trendanalyses zijn uitgevoerd wordt in detail toegelicht in *hoofdstuk 4* en *bijlage 11*.

3. Hoe zal de capaciteit van het zorgaanbod zich in de toekomst ontwikkelen en voor welke gebieden worden in 2020 afstemmingsproblemen met de zorgvraag verwacht?

Om te zien hoe de capaciteit van het zorgaanbod zich tot 2020 vermoedelijk zal ontwikkelen is ten eerste de huidige capaciteit in *hoofdstuk 5* in kaart gebracht, alsmede de trends die zich daarin voordoen. Concreet gaat het om de volgende beroepsgroepen: huisartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten en oefentherapeuten, verplegende en verzorgende beroepen, algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen. De demografische kenmerken (leeftijdsofbouw, man-vrouw verdeling et cetera) worden beschreven alsmede de regionale spreiding van beroepsbeoefenaren, voorzover daarover gegevens beschikbaar zijn.

Uitgaande van de huidige trends wat betreft instroom en uitstroom van beroepsbeoefenaren is verkend hoe de capaciteit van het zorgaanbod er vermoedelijk in 2020 uit zal zien als geen beleidswijzigingen plaatsvinden.

De trendanalyses zijn gebaseerd op bestaande registratiesystemen en bestaande gegevensbestanden, die in *tekstblok 2.5* worden opgesomd. Van een aantal beroepen zijn betrouwbare longitudinale gegevensbestanden beschikbaar, namelijk van huisartsen, verloskundigen, apothekers, fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Er zijn geen longitudinale gegevens beschikbaar van algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen. Over de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden bestaan wel longitudinale gegevens over omvang en samenstelling van de totale beroepsgroep, maar die gegevens zijn niet op alle gebieden uitgesplitst voor verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg.

Tekstblok 2.5: Gebruikte registratiesystemen en gegevensbestanden voor het verkennen van het toekomstige zorgaanbod.

- | | |
|--|---|
| - Huisartsen: registratie NIVEL en gegevens HVRC | - Verpleegkundigen en verzorgenden: gegevens CBS |
| - Apothekers: registratie KNMP en SFK en gegevens CBS | - Algemeen maatschappelijk werkenden: gegevens MOgroep en CBS |
| - Verloskundigen: registratie NIVEL en gegevens RAZW/CBS | - Eerstelijnspsychologen: gegevens LVE |
| - Fysiotherapeuten en oefentherapeuten: registratie NIVEL en gegevens RAZW/CBS | |

De verwachte capaciteit van het zorgaanbod wordt - eveneens in *hoofdstuk 5* - gerelateerd aan de toekomstige vraag naar zorg. Deze confrontatie tussen vraag en aanbod laat zien op welke gebieden zich in 2020 vermoedelijk tekorten dan wel overschotten in de capaciteit van het zorgaanbod zullen voordoen als er geen beleidswijzigingen plaatsvinden. Kijkend naar de toekomst worden vervolgens (op kwalitatieve wijze)

enkele ontwikkelingen geschetst die zich binnen beroepsgroepen zouden kunnen voordoen, zoals veranderingen in de beroepsinhoud of uitbreiding van taken en functies ten gevolge van bijvoorbeeld taakverschuivingen. De verwachte afstemmingsproblemen tussen vraag en aanbod worden daarmee in een toekomstperspectief van de beroepsgroepen geplaatst.

Wij benadrukken dat de toekomstverkenningen gebaseerd zijn op de huidige situatie bij ongewijzigd beleid. De gegevens laten zien wat er gebeurt als er niets verandert. Het is onwaarschijnlijk dat die situatie zich zal voordoen. Deze studie is juist bedoeld om gegevens aan te leveren op basis waarvan de overheid - met beleidsmaatregelen - kan anticiperen op toekomstige ontwikkelingen. Ongewijzigd beleid ligt dus niet voor de hand.

4. Wat zijn kansrijke maatregelen om toekomstige afstemmingsproblemen het hoofd te bieden?

Om toekomstige afstemmingsproblemen het hoofd te bieden is in *hoofdstuk 6* een inventarisatie gemaakt van mogelijke maatregelen en taakverschuivingen. Via een interviewronde onder de betrokken partijen - patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars - is op kwalitatieve wijze geïnventariseerd welke maatregelen zij kansrijk achten om toekomstige afstemmingsproblemen het hoofd te bieden. De interviews vonden plaats aan de hand van een checklist (*hoofdstuk 6* en *bijlage 4*) maar hadden een open karakter. De geautoriseerde interviewverslagen zijn gebruikt om de maatregelen toe te lichten. De door betrokken partijen voorgestelde maatregelen zijn aangevuld met maatregelen die in recente scenariostudies en adviezen worden aanbevolen. Het hoofdstuk is gestructureerd rond maatregelen op een zestal gebieden waarvan *tekstblok 2.6* een overzicht geeft.

Tekstblok 2.6: Overzicht van maatregelen op zes gebieden om toekomstige afstemmingsproblemen tussen vraag en aanbod het hoofd te bieden.

- | | |
|---|--|
| - zorgbehoefte verminderen via verbeteringen in de volksgezondheid | - structurele herverdeling van taken naar andere beroepen (taakherschikking) |
| - zorggebruik terugdringen via zelfzorg, eigen bijdragen en pakketmaatregelen | - verbetering van de samenhang, samenwerking en organisatie van de eerste lijn |
| - beïnvloeden van de instroom en uitstroom van het beroep | |
| - praktijkondersteuning en taakdelegatie | |

Van elke maatregel is onderzocht welke effecten daarvan mogen worden verwacht als het gaat om de capaciteit van het zorgaanbod en de neveneffecten op de kwaliteit van zorg.

De voorlopige bevindingen van de studie zijn op 2 november 2004 met de betrokken partijen besproken op een besloten werkconferentie. Een overzicht van de geïnterviewde partijen die tevens voor de werkconferentie waren uitgenodigd geeft *tekstblok 2.7*.

Tekstblok 2.7: Overzicht geïnterviewde instanties.

AGIS	AGIS Zorgverzekeringen
AVVV	Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVE	Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MOgroep	Maatschappelijk Ondernemers Groep
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVT	Nederlandse Vereniging voor Traumatologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
VGZ	Zorgverzekeraar VGZ
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Synthese

In *hoofdstuk 7* worden de bevindingen uit alle hoofdstukken met elkaar in verband gebracht. Dit hoofdstuk bevat de synthese tussen ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod en mogelijke vernieuwingen om dreigende afstemmingsproblemen het hoofd te bieden. In de beschouwing wordt eveneens bezien of mogelijke vernieuwingen sporen met de uitgangspunten van het overheidsbeleid en een oplossing bieden voor de verwachte problemen ten aanzien van capaciteit en de versnipperde aansturing en financiering van de zorg en het streven naar meer vraagsturing en meer samenhang in de eerstelijnszorg.

In de beschouwing wordt tot slot ingegaan op de kansrijkheid van mogelijke maatregelen. De effectiviteit van veel maatregelen en vernieuwingen staat nog niet vast. Daarom bevat dit slothoofdstuk, naast aanbevelingen, ook een agenda voor toekomstig onderzoek naar vernieuwingen in de eerstelijnszorg.

2.6 Interpretatie van de gegevens

Bij de interpretatie van de gegevens in deze studie moet de primaire redeneerlijn voor ogen worden gehouden. Deze is als volgt: zijn er afstemmingsproblemen tussen vraag en aanbod? Welke maatregelen dragen bij aan de oplossing daarvan? Wat zijn neven-effecten van deze maatregelen op de kwaliteit en samenhang van de zorg?

Voor de juiste interpretatie van deze studie zijn de volgende overwegingen van belang: a) capaciteitsproblemen zijn niet absoluut; b) de zorgverlening en de zorgvragen kunnen veranderen; c) de toekomstverkenningen zijn beleidsarm; d) toekomstverkenningen zijn geen prognoses.

a. Capaciteitsproblemen zijn niet absoluut

Er zijn geen universele normen op grond waarvan gezegd kan worden dat er te veel of juist te weinig zorgverleners zijn. Een land als België heeft bijvoorbeeld in verhouding veel meer huisartsen en apotheken dan Nederland. Er is geen gouden standaard voor het optimaal aantal zorgverleners voor de verschillende disciplines in de eerstelijnszorg. Historisch gegroeide kaders en taakverdeling en het gekozen serviceniveau bepalen in hoge mate of iets als een capaciteitsprobleem wordt ervaren of niet.

Deze toekomstverkenning is gebaseerd op de actuele en feitelijke situatie van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, dat wil zeggen op de huidige zorgvraag en het huidige zorgaanbod, terwijl de studie tevens is beperkt tot organisatieveranderingen die in de context van het huidige zorgsysteem naar voren zijn gebracht.

b. De zorgverlening en de zorgvragen kunnen veranderen

De verkenningen van de vraag naar zorg zijn gebaseerd op demografische en epidemiologische veranderingen, gecombineerd met het huidige zorggebruik. Concreet betekent dit dat we de omvang van het zorggebruik constant veronderstellen per ziektegeval met een bepaalde leeftijd en geslacht. Hoewel deze aanpak vrij nieuw is, en een duidelijke meerwaarde inhoudt ten opzichte van andere toekomstverkenningen, betekent dit niet dat daarmee alle relevante ontwikkelingen worden meegenomen. De zorgverlening kan veranderen, bijvoorbeeld door medische innovaties en technologische ontwikkelingen. Ook zorgvragers kunnen veranderen wat betreft hun voorkeuren of hulpzoekgedrag. Deze moeilijk te voorspellen veranderingen worden in deze studie niet gekwantificeerd.

c. De toekomstverkenningen zijn beleidsarm

De verkenningen van het zorgaanbod zijn in deze studie beleidsarm. Dat wil zeggen dat aangesloten wordt bij de huidige situatie wat betreft het huidig aantal werkzame beroepsbeoefenaren en de huidige opleidingscapaciteit. In deze studie is afgezien van beleidsrijke ramingen om de ontwikkelingen bij ongewijzigd beleid scherp in beeld te krijgen: wat gebeurt er als er niets verandert? Voor de interpretatie is het beleidsarme karakter van de aanbodverkenningen van belang. Doordat de huidige opleidingscapaciteit voor de komende jaren constant wordt verondersteld kunnen bij bepaalde beroepen forse overschotten ontstaan. Dit geldt met name voor de beroepen waar recent het aantal opleidingsplaatsen is vergroot om tekorten weg te werken. Het ligt voor de hand, dat als er in de toekomst overschotten ontstaan, de opleidingscapaciteit zal worden verminderd. In de praktijk zal daardoor de afstemming tussen vraag en aanbod beter zijn dan in deze verkenningen wordt voorgesteld.

d. Verkenningen zijn geen prognoses

Met nadruk spreken wij in deze studie dan ook over verkenningen. Op basis van de best beschikbare gegevens presenteren wij mogelijke ontwikkelingen in vraag, aanbod en organisatie. Dit zijn geen prognoses. Prognoses wekken de indruk van zekerheid, alsof de getallen die genoemd worden puntschattingen zouden weergeven. Dit is niet het geval. In onze verkenningen gaat het om tendensen en hoofdrichtingen,

waarbij er soms aanzienlijke marges zijn. Deze studie biedt dus geen scenario's of blauwdrukken voor de toekomstige eerste lijn. Het thema is veeleer de vervolmaking van de eerste lijn dan het ontwerpen van een geheel nieuwe organisatie van de zorg. Voor die vervolmaking beoogt deze studie een samenhangend beeld te schetsen.

3 ZORGBEHOEFTE, ZORGVRAAG EN ZORGGEBRUIK

N. Hoeymans & R. Gijsen

3.1 Inleiding

In de *hoofdstukken 4, 5 en 6* van dit rapport worden toekomstverkenningen voor de eerste lijn gepresenteerd. Daarbij zullen we ondermeer ingaan op de ervaren capaciteitsproblemen en afstemmingsproblemen tussen zorgvraag en zorgaanbod, en op diverse kansrijke vernieuwingen in de zorg om deze problemen het hoofd te bieden. Omdat we daarbij *de zieke patiënt*¹ een centrale plaats willen geven, beschrijven we in dit hoofdstuk welke gezondheidsproblemen patiënten hebben en waarvoor zij zorg vragen. We zullen een poging doen om vanuit de gezondheidstoestand van de bevolking iets te zeggen over de zorgvraag die de eerste lijn in de toekomst kan verwachten. Van daaruit hopen we dan enig zicht te krijgen op het gewenste zorgaanbod. Omdat veel initiatieven in de zorg zijn gericht op bepaalde ziektebeelden of zorgtypen, zal deze beschrijving van de gezondheidstoestand met name plaatsvinden aan de hand van een aantal ziekteclusters, zoals infectieziekten, chronische ziekten en psychische en sociale problemen (zie *hoofdstuk 2* en *bijlage 6* voor een overzicht van de indeling in ziekteclusters).

Paragraaf 3.2 begint met een beschrijving van het vóórkomen van belangrijke gezondheidsproblemen in de bevolking. Tevens beschrijven we welk deel van deze problematiek bekend is bij zorgverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg. Niet alle gezondheidsproblemen leiden immers tot zorgvraag en daadwerkelijk zorggebruik. In de eerste lijn worden minder gezondheidsproblemen gesignaleerd dan er in de bevolking voorkomen, en in de tweede en derde lijn is dit aantal nog weer kleiner. In *tekstblok 3.1* is de relatie tussen zorgbehoefte, zorgvraag en zorggebruik nader uitgewerkt. Bij de beschrijving van het vóórkomen van gezondheidsproblemen in de eerste lijn gaan we grotendeels uit van de informatie die bij de huisarts bekend is. De huisarts heeft in Nederland de rol van poortwachter en is over het algemeen op de hoogte van alle specialistische en paramedische zorg die een patiënt ontvangt, bijvoorbeeld door zelf te verwijzen of van informatie uit brieven die hij of zij van andere hulpverleners ontvangt.

Bij de beschrijving van het zorggebruik in de eerste lijn gaan we in op het gebruik van huisartsenzorg inclusief medicatie, fysiotherapie, oefentherapie Cesar en Mensendieck, eerstelijns psychologische zorg, algemeen maatschappelijk werk, verpleging en verzorging in de thuiszorg, verloskundige zorg en spoedeisende zorg.

Verschillen in het voorkomen van gezondheidsproblemen tussen regio's, autochtonen en allochtonen en sociale klassen komen aan de orde in *paragraaf 3.3*. *Paragraaf 3.4*

¹ Of in sommige gevallen een cliënt die een preventieve interventie krijgt aangeboden.

geeft een samenvattend overzicht van het zorggebruik aan de hand van het aantal contacten per ziektecluster voor de genoemde eerstelijnsdisciplines. In *paragraaf 3.5* bespreken we verschillen in zorggebruik tussen sociale klassen en etnische groepen. *Paragraaf 3.6* gaat in op een aantal aspecten die van belang zijn voor de relatie tussen gezondheidsproblemen en zorggebruik, zoals comorbiditeit, ketenzorg en complexe zorg. *Paragraaf 3.7* besluit het hoofdstuk met een aantal uitdagingen voor de eerste lijn in de toekomst.

Tekstblok 3.1: De ijsberg en het topje: zorgbehoefte, zorgvraag en zorggebruik.

De gezondheidsproblemen in de bevolking kunnen worden voorgesteld als een ijsberg. De meeste gezondheidsproblemen worden pas zichtbaar als ze leiden tot zorggebruik. Zorggebruik kan dan ook voorgesteld worden als dat deel van de ijsberg dat boven het water uitsteekt. De gezondheidsproblematiek in de bevolking wordt al dan niet vertaald in een behoefte aan zorg.

Zorgbehoefte kent twee vormen: ervaren zorgbehoefte (gebaseerd op het oordeel van de persoon zelf), en objectieve zorgbehoefte (gebaseerd op maatstaven van een deskundige). Het oordeel van patiënten en deskundigen over zorgbehoefte wil nogal eens verschillen. Patiënten benoemen bijvoorbeeld zorgbehoeften op het gebied van pijnverlichting of dagbesteding, terwijl artsen problemen signaleren op het gebied van littekenweefsel rond het kniegewricht of psychotische episoden.

Zorgvraag duidt op een gezondheidsprobleem waarvoor patiënten om hulp vragen. Niet elke zorgbehoefte wordt omgezet in een zorgvraag. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de patiënt het gezondheidsprobleem niet ernstig genoeg vindt, hij de indruk heeft dat er toch niets aan gedaan kan worden of hij het niet durft voor te leggen aan een zorgverlener (zich schaamt). Behalve dat de zorgbehoefte groter kan zijn dan de zorgvraag, kan de zorgvraag ook groter zijn dan de objectieve zorgbehoefte. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer mensen te hoge verwachtingen hebben van de zorg of ziektewinst trachten te behalen (bijvoorbeeld excuus voor ziekteverzuim).

Zorggebruik geeft aan dat mensen daadwerkelijk van een gezondheidszorgvoorziening gebruik maken. Niet elke zorgvraag leidt tot verder zorggebruik. Rantsoeneringen in de zorg (wachtlijsten) spelen hierbij een rol. Ook kan het om verschillende redenen zijn dat het

gezondheidsprobleem niet verder aangepakt wordt, bijvoorbeeld omdat de zorgverlener het niet ernstig genoeg vindt, omdat de zorgverlener inschat dat het probleem vanzelf overgaat, of omdat er geen geschikte interventie beschikbaar is. De zorgvraag leidt in dat geval tot een zeer beperkt zorggebruik, namelijk een enkel contact met de huisarts.

Zorgbehoefte, zorgvraag en zorggebruik zijn theoretische begrippen die in de meeste registraties niet goed te onderscheiden zijn. In dit rapport beschrijven we allereerst het voorkomen van gezondheidsproblemen in de bevolking. Dit zou beschouwd kunnen worden als een maat voor de maximale zorgbehoefte. Vervolgens beschrijven we welke gezondheidsproblemen bekend zijn bij de huisarts en enkele andere eerstelijnsdisciplines. Omdat dit de problemen zijn waarvoor mensen daadwerkelijk naar een hulpverlener zijn gegaan zou dit als een maat voor zorgvraag kunnen worden gezien. Ten slotte gaan we in op het zorggebruik, onder andere omschreven als het aantal contacten tussen patiënten en zorgverleners.

Voor de meeste gezondheidsproblemen zal blijken dat slechts een deel bekend is in de eerste lijn. Dit fenomeen wordt wel aangeduid met filtering. In de gang door de gezondheidszorg komen patiënten als het ware filters tegen die slechts een deel van hen doorlaten. Zo moet een persoon met een gezondheidsklacht eerst het filter dat voor de eerste lijn zit passeren en vervolgens het filter tussen eerste en tweede lijn. Na minimaal nog twee filters is de patiënt pas aanbeland op een intensieve behandelafdeling in een topklinisch ziekenhuis. In de huisartsgeneeskunde wordt dit fenomeen vaak aangeduid met het ijsbergfenomeen. Hierbij wil men verduidelijken dat huisartsen maar het topje van de ijsberg zien. Specialisten zien daarvan dan weer het uiterste puntje.

3.2 Gezondheidsproblemen in de bevolking en in de eerste lijn

We leven in Nederland steeds langer. Tussen 1980 en 2002 is de levensverwachting voor mannen met 3,5 levensjaar toegenomen en voor vrouwen met 1,5 jaar. Bij de geboorte mogen we in 2002 rekenen op een gemiddelde levensduur van respectievelijk 76,0 en 80,7 jaar. De stijgende levensverwachting danken we vooral aan de afgenomen sterfte ten gevolge van coronaire hartziekten en beroerte. Bovendien is bij mannen de sterfte aan longkanker sterk afgenomen. Overigens zijn coronaire hartziekten en beroerte nog steeds de belangrijkste doodsoorzaken. In 2002 overleden er in totaal ruim 28.000 mensen aan deze aandoeningen (bijna 20% van alle sterfgevallen). Ook aan longkanker en chronische obstructieve longziekten (COPD) overlijden elk jaar veel mensen (ruim 15.000).

Hoewel we steeds langer leven, neemt het aantal ziekten niet af. Wel is het zo dat de jaren die in het laatste decennium aan de levensverwachting zijn toegevoegd, hoofdzakelijk zonder lichamelijke beperkingen worden doorgebracht. Kennelijk zijn we er in geslaagd om met bepaalde geneesmiddelen en hulpmiddelen het functioneren van zieken daadwerkelijk te verbeteren. Mannen en vrouwen brengen ongeveer een even lange periode van hun leven door in goede gezondheid. Zo leven mannen 70 jaar zonder beperkingen en vrouwen 71 jaar. Omdat vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen, betekent dit dus wel dat vrouwen meer jaren in ongezondheid doorbrengen.

Informatie over ziekten en aandoeningen in Nederland komt uit verschillende bronnen. Daarbij is zowel gebruik gemaakt van zelfrapportage en epidemiologische bevolkingsonderzoeken, als van informatie uit verschillende zorgregistraties. De meest gebruikte gegevensbronnen staan in *tekstblok 3.2*.

Tekstblok 3.2: Gegevensbronnen gezondheid en ziekte.

Zelfgerapporteerde gegevens over gezondheidsproblemen in de algemene bevolking zijn grotendeels gebaseerd op het Permanent Onderzoek Leef Situatie van het CBS (CBS-POLS) en de patiëntenenquête van de Tweede Nationale Studie. Indien relevant zijn deze aangevuld met gegevens uit epidemiologische bevolkingsonderzoeken, zoals NEMESIS, ERGO, LASA. De gegevens over het voorkomen van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk komen primair uit de contactregistratie van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huis-

artspraktijk en worden aangevuld met andere huisartsenregistraties. We gaan uit van de diagnoses zoals die door de huisarts zijn vastgelegd. De huisarts baseert zijn diagnose op de door de patiënt gerapporteerde klachten, op bevindingen bij onderzoek, uitkomsten van nadere diagnostiek of op bevindingen van andere hulpverleners (zoals medisch specialisten). Soms kan de huisarts geen ziektediagnose stellen, en zal hij een symptoomdiagnose stellen. Zie verder *bijlage 7* voor een volledig overzicht van de bronnen.

3.2.1 Infectieziekten

Infectieziekten in de bevolking

De meeste infectieziekten komen vaak voor, zijn kortdurend en over het algemeen niet ernstig. Zo rapporteert ruim 40% van de ondervraagden aan de POLS-enquête een infectie van de bovenste luchtwegen te hebben gehad in de afgelopen 2 maanden en ruim 10% diarree (*tabel 3.1*).

Infectieziekten in de eerste lijn

In *tabel 3.2* zijn de infectieziekten weergegeven zoals vastgelegd in de contactregistratie van de huisartsen die deelnamen aan de Tweede Nationale Studie. Het meest frequent worden infecties van de bovenste luchtwegen geregistreerd. Twee infectieziekten worden in de Nationale Studie weinig geregistreerd, maar in andere huisartsenregistraties (CMR-Nijmegen, RNUH-LEO, Transitieproject) nog relatief vaak (tussen de 1 en 2 per 100 personen per jaar). Dat zijn candida-infectie van de vagina en acute infectie van het strottenhoofd of luchtpijp. Het is niet bekend waarom deze infecties in de Nationale Studie minder vaak worden geregistreerd. Verder hebben registraties die de medische geschiedenis van patiënten over langere tijd bijhouden (RNUH-LEO en RNH-Limburg) van ongeveer 4% van de bevolking vastgelegd dat zij een acute appendicitis hebben gehad.

Tabel 3.1: Prevalentie van zelfgerapporteerde infectieziekten in de afgelopen 2 maanden in de algemene bevolking van 12 jaar en ouder in 2002 (Bron: CBS-POLS, 2002).

Infectieziekten	2-maandsprevalentie (%)
Verkoudheid, griep, keelontsteking of voorhoofdsholteontsteking	41,6
Diarree	11,5
Braken	3,6
Urineweginfecties	3,5
Oorontsteking	2,1
Acute bronchitis of longontsteking	1,5

Tabel 3.2: Incidentie (per 100 personen per jaar) van infectieziekten in de huisartspraktijk in 2001 (Bron: Van der Linden et al., 2004).

Infectieziekten	Incidentie
Verkoudheid, griep, keelontsteking, voorhoofdsholteontsteking, neusbijholteontsteking	9,3
Oorontsteking	4,0
Schimmelinfectie van de huid	3,6
Acute urineweginfectie	3,4
Acute bronchitis of longontsteking	2,8
Ooginfecties	2,1
Wratten	1,7
Lokale infectie van de huid (o.a. cellulitis, abces)	1,5
Overige infecties van de huid (o.a. herpes zoster, impetigo)	1,4
Infecties maagdarmkanaal ^a	1,1

a bovendien 0,23 gevallen van diarree en 0,67 gevallen van braken per 100 personen

Het voorkomen van infectieziekten in de huisartspraktijk is beduidend lager dan in de algemene bevolking. Uit een vergelijking van *tabel 3.1* met *tabel 3.2* valt dat overigens niet zonder meer op te maken vanwege verschillen in de tijdsperiode (2 maanden versus 12 maanden) en de leeftijdsgroep (vanaf 12 jaar versus alle leeftijden) waarin is gemeten. Daarom hebben we 2-maandsincidenties voor personen vanaf 12 jaar berekend op basis van de Tweede Nationale Studie. Deze zijn goed vergelijkbaar met de cijfers uit de CBS-POLS-enquête. Uit *tabel 3.3* blijkt dat van de mensen die een acute bronchitis of longontsteking, oorontsteking of urineweginfectie hebben gehad, de infectieziekte relatief vaak door de huisarts is geregistreerd (grofweg 20-30%). Bij mensen met een infectie van de bovenste luchtwegen of van het maagdarmkanaal hebben gehad, is dat relatief minder vaak het geval (grofweg 2-3%).

Per griepseizoen registreren alle Nederlandse huisartsen naar schatting 320.000 gevallen van een influenza-achtig ziektebeeld. Dit is gemiddeld 2,0 gevallen per 100 personen per jaar. Tijdens epidemieën bedraagt de incidentie 0,2-0,6 per 100 personen per week (Van Gageldonk-Lafeber & Wilbrink, 2003).

Een deel van de patiënten met klachten die wijzen op een seksueel overdraagbare aandoening (soa) gaat met die klachten niet naar de huisarts, maar laat zich anoniem testen bij GGD-en en zogenoemde soa-poliklinieken. De contacten met deze instellingen worden geregistreerd in de soa-registratie. Volgens deze registratie zijn in 2003 chlamydia, genitale wratten en gonorroe de meest gediagnosticeerde soa's (Van de Laar & Op de Coul, 2004).

Ernstige infectieziekten zoals tuberculose, hepatitis, hersenvliesontsteking, aids en sepsis komen veel minder vaak voor. De afgelopen jaren waren er bijvoorbeeld 1.535 nieuwe gevallen van tuberculose (0,01 per 100 in 1999), 943 gevallen van bacteriële hersenvliesontsteking (0,01 per 100 in 2001), 234 nieuwe gevallen van aids (0,0015 per 100 in 2003), en 2.493 ziekenhuisopnamen voor sepsis (0,77 per 100 in 2000) (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2004; Van de Laar & Op de Coul, 2004).

Tabel 3.3: Het vóórkomen van infectieziekten in de algemene bevolking van 12 jaar en ouder in 2002 (CBS-POLS) en in de huisartspraktijk in 2001 (Tweede Nationale Studie) per twee maanden (Bron: zie tabel 3.1 en 3.2).

Infectieziekten	CBS-POLS 2-maandsprevalentie (%)	Tweede Nationale Studie 2-maandsincidentie (%)
Verkoudheid, griep, keelontsteking of voorhoofdsholteontsteking	41,6	1,4
Infecties maagdarmkanaal	-	0,2
diarree	11,5	-
braken	3,6	-
Urineweginfecties	3,5	0,7
Oorontsteking	2,1	0,5
Acute bronchitis of longontsteking	1,5	0,4

3.2.2 Chronische lichamelijke ziekten

Chronische ziekten in de bevolking

Van alle zelfgerapporteerde langdurige ziekten, komt migraine het meest voor. Maar liefst 15% van de mensen heeft naar eigen zeggen in het afgelopen jaar migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn gehad (*tabel 3.4*). Hoge bloeddruk, astma en COPD komen ook veel voor. De meeste van de chronische ziekten in *tabel 3.4* komen bij vrouwen vaker voor dan bij mannen. Ouderen hebben meer, maar vooral ook andere chronische aandoeningen dan jongeren en volwassenen. Voorbeelden van ziekten die niet vaker voorkomen bij ouderen zijn: astma (komt vooral bij kinderen voor), migraine (vooral bij volwassenen) en eczeem (komt op alle leeftijden ongeveer even vaak voor).

Voor een beperkt aantal ziekten is een epidemiologisch bevolkingsonderzoek verricht (*tabel 3.5*). In deze onderzoeken is op gestandaardiseerde wijze het voorkomen van ziekten gemeten. Naast aandoeningen die ook in *tabel 3.4* worden vermeld, blijken gehoor- en gezichtsstoornissen vaak voor te komen in de bevolking. Ook drie belangrijke risicofactoren voor ziekte (overgewicht, verhoogd serum cholesterol en verhoogde bloeddruk) komen frequent voor.

Tabel 3.4: Prevalentie van zelfgerapporteerde chronische ziekten in de algemene bevolking in 2002 (Bron: CBS-POLS, 2002).

Chronische ziekten	Jaarprevalentie (%)
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn	15,0
Hoge bloeddruk	9,7
Astma en COPD	7,4
Chronisch eczeem	4,9
Onvrijwillig urineverlies	3,6
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen	2,7
Diabetes mellitus	2,5

Tabel 3.5: Prevalentie van chronische ziekten in de algemene bevolking op basis van epidemiologische bevolkingsonderzoeken (Bron: Van Oers, 2002; Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2004; Brancherapport Preventie 2004).

Chronische ziekten	Prevalentie (%)
(Ernstig) overgewicht ^a	50,0
Verhoogd serum cholesterol ^b	11 à 14
Verhoogde bloeddruk ^c	12 à 13
Lawaai- en ouderdomsslechthorendheid	9,4
Contact-eczeem ^b	8,2
Diabetes mellitus ^d	4,0
Gezichtsstoornissen ^e	3,1

a voor personen van 20-70 jaar

b voor personen van 20-59 jaar

c voor volwassenen

d voor personen van 20 jaar en ouder

e alleen de subcategorieën maculadegeneratie, retinopathie en glaucoom zijn meegerekend

Tabel 3.6: Prevalentie van chronische ziekten in de huisartspraktijk in 2001 (Bron: Van der Linden et al., 2004).

Chronische ziekten	Jaarprevalentie (%)
Verhoogde bloeddruk	6,4
Contact-eczeem	4,5
Hooikoorts/ allergische rhinitis	2,8
Diabetes mellitus	2,6
Astma	2,6
Vetstofwisselingsstoornis (o.a. ongunstig cholesterolgehalte)	1,8
Coronaire hartziekten	1,6
Constitutioneel eczeem	1,6
COPD	1,4
Spastisch colon/ prikkelbaredarmsyndroom	1,1
Migraine/ cluster hoofdpijn	1,1

Chronische ziekten in de eerste lijn

Voor de meeste, minder ernstige chronische ziekten is er een verschil tussen de prevalentie in de bevolking en in de huisartspraktijk (*tekstblok 3.3*). Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn, bijvoorbeeld, komt volgens zelfrapportage bij 15% van de mensen voor, maar is door de huisarts maar bij 1% van de personen in de praktijk vastgelegd in de medische registratie (*tabel 3.6*). Voor verhoogde bloeddruk en chronische luchtwegaandoeningen is het verschil in prevalentie tussen de algemene bevolking en de huisartspraktijk klein, voor eczeem en diabetes mellitus is er zelfs geen verschil. Dit zou kunnen betekenen dat de meeste mensen met deze ziekten bij de huisarts bekend zijn. In andere huisartsenregistraties (CMR-Nijmegen, RNH-Limburg en RNUH-LEO) worden (ernstig) overgewicht, spataderen van de benen/veneuze insufficiëntie en ouderdoms- en lawaaislechthorendheid nog frequent geregistreerd, elk van de aandoeningen volgens minimaal één van de registraties bij ongeveer 4% van de populatie. Hartfalen en beroerte hebben in genoemde registraties een prevalentie van ongeveer 0,8 tot 1,5%. In de Tweede Nationale Studie zijn deze aandoeningen veel zeldzamer, maar het is niet bekend wat daarvan de oorzaak is.

Tekstblok 3.3: Verhouding van zelfgerapporteerde en aan de huisarts gepresenteerde chronische ziekten (inclusief klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat).

(Bron: Van der Linden et al., 2004)

De frequentie van zelfgerapporteerde aandoeningen is in het algemeen hoger dan de frequentie van aandoeningen die door de huisarts zijn geregistreerd. Het verschil is kleiner naarmate het om een welomschreven aandoening gaat, zoals diabetes mellitus, verhoogde bloeddruk en eczeem. Maar juist bij de klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat is de discrepantie groot. Deels ontstaat deze discrepantie tussen zelfrapportage en huisartsenregistratie omdat niet alle mensen met klachten daarvoor hun huisarts bezoeken. Dit geldt behalve voor klachten van het bewegingsapparaat ook voor bijvoorbeeld migraine. Tevens speelt een rol dat patiënten hun klach-

ten wel presenteren aan de huisarts, maar deze de klachten niet registreert. De Tweede Nationale Studie heeft daarbij het nadeel dat de huisartsen maar één jaar geregistreerd hebben, waardoor de registratie geen volledige medische geschiedenis laat zien. Er zijn echter ook aandoeningen die wél bij de huisarts bekend zijn, maar niet door de patiënt worden gerapporteerd, zoals bijvoorbeeld eczeem en hartaandoening. Mogelijk zijn dit aandoeningen waarvan mensen op het moment dat ze een vragenlijst invullen geen last hebben en vervolgens 'vergeten' te rapporteren, terwijl de huisarts wel op de hoogte is van het bestaan van de aandoening.

Het is van belang om te beseffen dat een aantal ziekten die ook chronisch kunnen verlopen, voor dit rapport in andere ziekteclusters is ondergebracht. Dit geldt bijvoorbeeld voor lichamelijke klachten, aandoeningen van het bewegingsapparaat en chronische psychische en sociale problemen.

3.2.3 Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat

Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in de bevolking

Klachten van het bewegingsapparaat komen veel voor. Maar liefst 37% van de deelnemers aan de CBS-POLS-enquête rapporteerde in de afgelopen twee weken pijn in spieren of gewrichten te hebben gehad. Daarnaast had nog 27% in deze periode rugpijn. Vrouwen rapporteren meer pijn in de rug, spieren en gewrichten dan mannen, en de klachten nemen toe met de leeftijd. (CBS-POLS, 2002).

Van de meer chronische vormen van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat komt artrose of gewrichtsslijtage het meest voor, direct gevolgd door rugaandoeningen en nekaandoeningen (*tabel 3.7*). Een deel van de nekkklachten, evenals een deel van de aandoeningen van elleboog, pols of hand betreft RSI. De zelfgerapporteerde prevalentie van RSI bedraagt ongeveer 2% (Picavet & Schouten, 2003). Volgens zelfrapportage komen aandoeningen van het bewegingsapparaat bij vrouwen meer voor dan bij mannen.

Voor reumatoïde artritis (RA), artrose en osteoporose is het voorkomen in de bevolking systematisch onderzocht (RA in de periode 1975-1978; artrose en osteoporose in de periode 1990-1993). De prevalentie voor reumatoïde artritis was 1,0%, voor artrose van heup en/of knie 3,7% en voor osteoporose 2,7%. Een deel van de patiënten die bij deze onderzoeken werden opgespoord, had (nog) geen klachten.

Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in de eerste lijn

Ook in de huisartspraktijk behoren klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat tot de meest voorkomende diagnoses. In *tabel 3.8* zijn de aandoeningen en klachten van het bewegingsapparaat weergegeven die huisartsen frequent registreren. Behalve artrose en schoudersyndroom, zijn dit allemaal symptoom- of klachtdiagnosen. De prevalentie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat is in

Tabel 3.7: Prevalentie van zelfgerapporteerde klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in de algemene bevolking in 2002 (Bron: CBS-POLS, 2002).

Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat	Jaarprevalentie (%)
Artrose	8,8
Rugaandoening	8,0
Nekaandoening	7,8
Aandoening elleboog, pols of hand	5,8
Gewrichtsontsteking	3,0

Tabel 3.8: Prevalentie van klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in de huisartspraktijk in 2001 (Bron: Van der Linden et al., 2004).

Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat	Jaarprevalentie (%)
Nek- en rugklachten	10,0
Kniesymptomen/-klachten	1,9
Borstkassymptomen/-klachten	1,8
Schouder syndroom/PHS ^a	1,8
Voet- en teensymptomen/-klachten	1,8
Schouder symptomen/-klachten	1,7
Spierpijn	1,5
Perifere artrose	1,3

a periartitis humeroscapularis

de huisartspraktijk lager dan in de algemene bevolking, onder meer omdat slechts een deel van de mensen met deze klachten hiervoor de huisarts consulteert (*tekstblok 3.3*).

Een deel van de klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat wordt behandeld door fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. Deze patiënten zijn echter over het algemeen ook bekend bij de huisarts (en staan dus ook in de huisartsenregistratie). Mochten deze disciplines direct toegankelijk worden, dan is het in de toekomst mogelijk dat huisartsen deze patiënten ‘missen’ en huisartsenregistraties de werkelijke prevalentie onderschatten.

3.2.4 Acute lichamelijke letsels

Acute lichamelijke letsels in de bevolking

Per 100 personen worden in Nederland jaarlijks meer dan 18 acute lichamelijke letsels opgelopen (*tabel 3.9*). Daarbij zijn de niet-medisch behandelde letsels door privé-ongevallen niet meegeteld, noch een deel van de letsels als gevolg van suïcide pogingen en geweld. Zeker het aantal niet-behandelde letsels als gevolg van privé-ongevallen zou groot kunnen zijn. Van genoemde 18 letsels, worden er 12 medisch behandeld, terwijl er 6 niet in het medische circuit komen.

Acute lichamelijke letsels in de eerste lijn

Uit een nadere beschouwing van de medisch behandelde ongevalsletsels en blessures blijkt dat huisartsen de meeste acute lichamelijke letsels (mede) behandelen (*tabel 3.10*). Een groot deel van de letsels en blessures die de huisarts behandelt (45%) is ontstaan in de privé-sfeer (‘in en om het huis’), een kleiner deel door sport (32%), de rest door verkeer en arbeid. Voor fysiotherapie liggen de verhoudingen net andersom: 22% door privé-ongevallen en 62% door sport. Deze cijfers zijn gebaseerd op metingen in 2000, 2001 en 2002. Met de opkomst van huisartsenposten kunnen hierin verschuivingen zijn opgetreden, bijvoorbeeld meer behandelingen door huisartsen en minder door ziekenhuisafdelingen voor spoedeisende eerste hulp (SEH).

Tabel 3.9: Incidentie (per 100 personen per jaar) van acute lichamelijke letsels (per 100 personen per jaar) naar oorzaak; elk slachtoffer is slechts eenmaal geteld; volgens zelfrapportage, zorgregistraties en sterftestatistiek^a (Bron: SCV, 2003c, 2004b).

Acute lichamelijke letstels	Niet behandeld	Behandeling door huisarts, fysiotherapeut, specialist ^b	SEH-behandeling, ziekenhuisopname of overlijden	Totaal
Verkeersongevallen	0,8	0,6	0,9	2,3
Privé-, sport- en arbeidsongevallen	5,3 ^c	5	5,3	15,6 ^c
Suicide(poging)	?	?	0,1	> 0,1
Geweld	?	?	0,2	> 0,2
Overige oorzaken	?	?	0,5	> 0,5
Totaal	> 6,0	> 5,5	6,9	> 18,5 ^c

a cijfers verschillen van die in het Nationaal Kompas Volksgezondheid doordat de uitkomsten van het recente zelfrapportage-onderzoek afwijken van een eerdere meting

b aantallen door RIVM bewerkt

c exclusief niet medisch behandelde privé-ongevallen

Tabel 3.10: Type behandeling na ongevalsletsels of blessures; volgens zelfrapportage in 2000-2002 (Bron: SCV, 2003c).

Behandeling	% ^a
Huisartsenzorg	58
Fysiotherapie	26
Medische zorg, poliklinisch	21
Sportzorg	3
SEH-behandeling	30
Klinische ziekenhuiszorg	4

a optelling levert meer dan 100%, doordat per ongevalsletsel meerdere behandelaars mogelijk zijn

De top-5 van de zelfgerapporteerde medisch behandelde ongevalsletsels en blessures komt sterk overeen met de top-5 uit de huisartsenregistratie (tabel 3.11). Veel van de frequent optredende letsels, zoals kneuzingen, bloeduitstortingen, verzwikkingen en verstuikingen, lijken niet zo ernstig te zijn. Een deel van verwondingen is dat mogelijk ook niet. Letsels die op het eerste gezicht ernstiger lijken, zoals botbreuken en spier- of peesletsel, komen echter ook veelvuldig voor. De huisarts registreert overigens niet of lichamelijk letsel spoedeisend is.

In de top-20 van incidenties uit de contactregistratie van de Tweede Nationale Studie komen geen afzonderlijke acute lichamelijke letsels voor. Maar als we alle acute lichamelijke letsels bij elkaar optellen, bedraagt de incidentie 8,4 per 100 personen per jaar, bijna evenveel als de acute infecties van de bovenste luchtwegen, nummer één in de incidentie toplist. In de CMR-Nijmegen, een andere huisartsenregistratie, hebben fractures, verstuikingen/verzwikkingen van de enkel, kleine open verwondingen en

Tabel 3.11: Incidentie (per 100 personen per jaar) van de top-5 van medisch behandelde ongevalsletsel en blessures naar type letsel; volgens zelfrapportage in 2000-2002 (Bron: SCV, 2003c) en zoals geregistreerd door de huisarts in 2001 (Bron: Van der Linden et al., 2004).

Top-5 zelfrapportage	Incidentie	Top-5 huisartsenregistratie	Incidentie
Kneuzing/ bloeditstorting	2,3	Scheurwond/ snijwond	1,3
Botbreuk/ scheurtje in bot	1,9	Ander letsel bewegingsapparaat	1,2
Verstuiking/ verdraaiing	1,6	Verstuiking/ verzwikking enkel	0,8
Spier- of peesletsel	1,6	Fracturen	0,6
Open wond	0,9	Buil/ kneuzing intacte huid	0,6
Overige ongevalsletsel	3,6	Overige ongevalsletsel	3,4
Totaal	11,9	Totaal	8,4

kneuzingen/bloeditstortingen duidelijk hogere incidenties. Deze variëren van 1,4 tot 5 per 100 personen per jaar (Van de Lisdonk et al., 2003). Mogelijk heeft dat er mee te maken dat in de CMR-Nijmegen nauwgezet berichten uit de tweede lijn, inclusief spoedeisende hulp, opgenomen wordt in de registratie. Ook in het RNUH-LEO en het Transitieproject vinden we letsel van het bewegingsapparaat en scheur- en snijwonden in de top-10 van alle nieuwe diagnoses (Ong et al., 2003; Okkes et al., 1998).

Van alle contacten bij de afdelingen spoedeisende eerste hulp in ziekenhuizen heeft tweederde te maken met acute lichamelijke letsel. De verdeling over de verschillende oorzaken van het letsel staat in *tabel 3.12*. Opvallend is dat op de SEH verhoudingsgewijs minder sportongevallen voorkomen dan bij de huisarts en meer privé- en verkeersongevallen.

Uit een onderzoek naar de verschillen tussen klachten die buiten kantooruren worden gepresenteerd aan de huisarts en aan de SEH blijkt dat er weinig overlap is in de aard van de klachten (IJzermans et al., 2002). Bij de huisarts komt men vooral met acute klachten van het maagdarmkanaal, hartvaatstelsel en de luchtwegen, op de SEH betreft het vooral acute lichamelijke letsel.

Tabel 3.12: Verdeling van de SEH-behandelingen naar oorzaak van het letsel en naar locatie in de periode 1998-2002 (Bron: SCV, 2004a).

Oorzaak ongeval	%	Locatie letsel	%
Privé-ongeval	53	Hoofd	19
Sportblessure	17	Romp	7
Verkeersongeval	14	Schouder/ arm/ hand	40
Arbeidsongeval	10	Heup/ been/ voet	29
Geweldpleging	4	Overig (o.a. vergiftiging)	5
Zelfmutilatie	1		

3.2.5 Overige lichamelijke klachten en aandoeningen

Overige lichamelijke klachten en aandoeningen in de bevolking

Vrouwen hebben vaker last van zogenoemde malaiseklachten dan mannen. Maar liefst de helft van de vrouwen en eenderde van de mannen klaagt over moeheid in de afgelopen twee weken. Bovendien rapporteert ook nog eens 39% van de vrouwen en 26% van de mannen last te hebben gehad van hoofdpijn. Het zijn vooral jonge vrouwen die vaak last hebben van deze lichamelijke klachten.

Deze gegevens zijn afkomstig uit de CBS-POLS-enquête. De patiëntenenquête van het NIVEL geeft vergelijkbare prevalenties van deze klachten. Bovendien blijkt dat ook een verstopte neus en hoestklachten zeer frequent voorkomen (respectievelijk 21% en 18% in de afgelopen 2 weken).

Overige lichamelijke klachten en aandoeningen in de eerste lijn

Verreweg de meeste lichamelijke klachten betreffen niet-acute alledaagse klachten, waarvoor mensen niet naar de huisarts gaan. De prevalenties van deze klachten zijn in de huisartspraktijk dan ook veel lager dan volgens zelfrapportage in de bevolking. De meest voorkomende klachten in de huisartspraktijk zijn hoesten en moeheid (*tabel 3.13*). De meeste klachten komen ook in de huisartspraktijk meer bij vrouwen dan bij mannen voor. De overige lichamelijke aandoeningen die veel voorkomen in de huisartspraktijk lijken niet al te ernstig te zijn. Opvallend is dat de prevalentie van zweren van maag of twaalfvingerige darm niet boven de 1% komt, niet alleen in de Tweede Nationale Studie maar ook niet in andere huisartsenregistraties. Een alternatieve diagnose voor hardnekkige maagproblemen, namelijk stoornis van de maagfunctie,

Tabel 3.13: Prevalentie van overige lichamelijke klachten en aandoeningen in de huisartspraktijk in 2001 (Bron: Van der Linden et al., 2004).

Overige lichamelijke klachten en aandoeningen	Jaarprevalentie (%)
Klachten	
Hoesten	4,7
Moeheid/ zwakte	2,5
Overgangsklachten/ symptomen	2,3
Lokale buikpijn (niet: krampen, gegeneraliseerd, maag)	1,8
Obstipatie	1,7
Hoofdpijn	1,5
Symptomen/ klachten keel	1,4
Duizeligheid (met neiging tot vallen)	1,2
Vaginale afscheiding	1,2
Maagpijn	1,1
Aandoeningen	
Overmatig oorsmeer	3,2
Geneesmiddelenbijwerking	1,2
Stoornis maagfunctie	1,2
Seborroïsch eczeem/ roos	1,1
Goedaardige tumor huid	1,0

wordt vaker gesteld. Om deze diagnose te stellen is geen röntgen- of endoscopisch onderzoek vereist.

Naast de aandoeningen die in *tabel 3.13* worden genoemd hebben registraties die de medische geschiedenis van patiënten over langere tijd bijhouden (RNH-Limburg en RNUH-LEO) van ongeveer 1,5 tot 4% van de bevolking vastgelegd dat zij een goed-aardige nieuwvorming van de baarmoeder of baarmoederhals (in de volksmond vaak vleesboom genoemd), mastopathie of een cyste in de borst, liesbreuk, staar, galblaas-ontsteking/galstenen en kwaadaardige nieuwvormingen van de huid of subcutis (huidkanker) hebben gehad.

3.2.6 Psychische en sociale problemen

In het cluster psychische en sociale problemen zijn verschillende typen problemen samengevoegd: emotionele problemen, gedragsproblemen, problemen in het gebruik van verslavende middelen, leerproblemen, verstandelijke handicap en problemen die mensen ervaren met hun omgeving, andere personen, werk of financiën. Omdat psychische problemen en sociale problemen vaak samengaan, zijn deze in hetzelfde cluster gebracht. Zo zullen mensen die een partner hebben verloren of een relatieprobleem hebben, veelal ook concentratieproblemen, verminderd plezier of een depressieve stemming hebben. Daarmee is nog niet gezegd dat zij een psychische stoornis hebben volgens de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Aan de andere kant kan er volgens de DSM voor veel psychische stoornissen pas worden gesproken van een psychische stoornis als de patiënt beperkingen ondervindt in het sociaal, beroepsmatig functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen. Uiteraard kunnen lichamelijke ziekten ook gepaard gaan met sociale problemen maar die verwevenheid ligt voor veel ziekten niet altijd zo voor de hand.

Psychische problemen in de bevolking

In 2002 rapporteerde 16,7% van de vrouwen angstklachten en 13,4% depressieve klachten (omdat angst en depressie vaak samengaan, zijn dit voor een deel dezelfde mensen). Voor mannen zijn deze percentages ongeveer de helft lager: respectievelijk 8,9 en 6,9% (CBS-POLS, 2002). Slapeloosheid komt nog vaker voor: 27% van de vrouwen en 15% van de mannen heeft hier naar eigen zeggen de afgelopen twee weken last van gehad.

Veel mensen hebben dus psychische klachten. Bij velen van hen zijn die klachten zo ernstig, of ervaren zij zoveel beperkingen in hun functioneren, dat zij voldoen aan de criteria voor psychische stoornissen zoals vastgelegd in de internationale classificatie DSM. Van de adolescenten heeft 21,5% een psychische stoornis, van de volwassenen 16,5%. Onder ouderen is alleen het voorkomen van depressie en angststoornissen gemeten, maar ook deze hebben een tamelijk hoge prevalentie. Dit alles blijkt uit onderzoeken waarin gestandaardiseerde psychiatrische interviews zijn afgenomen: het adolescenten-onderzoek, het NEMESIS-onderzoek, de LASA-studie en het Regio

Tabel 3.14: Prevalentie van psychische stoornissen in de algemene bevolking (Bron: Verhulst et al., 1997; Bijl et al., 1997; Bremmer et al., 1997).

Psychische stoornissen	Totaal (%)	Mannen (%)	Vrouwen (%)
Adolescenten-onderzoek, 13-18 jaar (6-maandsprevalentie)			
Stemmingsstoornis ^a	4,6		
depressie in engere zin	2,8	1,4	4,1
dysthyme stoornis	1,5	0,9	2,1
Angststoornis ^b	10,5	6,3	14,3
Gedrags- of aandachtstekortstoornis	6,3		
ADHD	1,3	1,2	1,5
oppositieel-opstandige gedragsstoornis	0,7	1,2	0,3
gedragsstoornis	5,6	10,6	0,9
Stoornis in middelengebruik	3,3	6,2	0,6
Minstens 1 stoornis ^c	21,5	22,8	20,2
NEMESIS-studie, 18-64 jaar (1-maandsprevalentie)			
Stemmingsstoornis ^a	3,9	2,8	5,0
Angststoornis ^b	9,7	6,5	12,9
Stoornis in middelengebruik	5,8	9,2	2,4
Minstens 1 stoornis ^d	16,5	15,9	17,0
LASA-studie, 55-84 jaar			
Depressie in engere zin (1-maandsprevalentie)	2,0	1,4	2,6
Angststoornissen (6-maandsprevalentie)	10,2	7,0	13,0

a depressie in engere zin, dysthyme stoornis, bipolaire stoornis
b paniekstoornis, agorafobie, enkelvoudige fobie, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, obsessief-compulsieve stoornis
c inclusief ticstoornis, eetstoornis, bedplassen
d inclusief schizofrenie en eetstoornissen

project Nijmegen. Onder vrouwen is de prevalentie van met name depressie en angststoornissen hoog, onder mannen stoornissen door alcohol- en drugsgebruik (tabel 3.14). Deze geslachtsverschillen komen reeds voor op jeugdige leeftijd en blijven tot in de ouderdom bestaan. Onder adolescenten komen bovendien gedragsstoornissen veel vaker voor onder jongens dan onder meisjes.

Psychische en sociale problemen in de eerste lijn

Uit de Tweede Nationale Studie blijkt dat de huisarts bij 12,5% van de praktijkpopulatie heeft geregistreerd dat er een psychische probleem of een psychische stoornis aanwezig is. Bij 2,6% heeft de huisarts een sociaal probleem geregistreerd. De huisarts registreert vooral drie typen psychische klachten: depressie, slapeloosheid en angst (tabel 3.15). Dit komt overeen met wat we in de algemene bevolking zien. Het voorkomen in de huisartspraktijk is wel veel lager dan in de bevolking. Dat verschil is met name groot als het gaat om alcoholverslaving (2,7% in de volwassen bevolking, 0,2% in de huisartspraktijk). Het kan echter zijn dat onder andere gezondheidsproblemen nog psychische of sociale problematiek schuil gaat (bijvoorbeeld achter moeheid/zwakte). In de CMR-Nijmegen registreert men de diagnose functionele klachten. Dit is een ver-

Tabel 3.15: Prevalentie van psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk in 2001 (Bron: Van der Linden et al., 2004).

Psychische en sociale problemen	Jaarprevalentie (%)
Depressie, depressief gevoel	2,6
Slapeloosheid, andere slaapproblemen	2,4
Angststoornis, angstig/ nerveus/ gespannen gevoel	2,3
Overspannen, burn-out	0,8
Chronisch alcoholgebruik	0,2

zamelterm voor alle lichamelijke problemen waarbij sprake is van een psychosociale component. De prevalentie van deze diagnose is hoog met ongeveer 15% (Van de Lisdonk et al., 2003). In de registraties die de medische geschiedenis van patiënten over langere tijd bijhouden (RNH-Limburg en RNUH-LEO), is van 1,5 tot 2% van de praktijkpopulatie vastgelegd dat zij een relatieprobleem met de partner hadden of problemen met het verlies of overlijden van de partner.

In de eerste lijn kunnen mensen met een psychische stoornis of met psychosociale problemen zich tot de huisarts wenden, maar daarnaast ook tot andere hulpverleners zoals algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen. Het is de vraag in hoeverre de huisarts altijd op de hoogte zal zijn van dergelijke zorg, omdat mensen ook zonder tussenkomst van de huisarts bij deze hulpverleners terecht kunnen. Uit het NEMESIS-onderzoek, uitgevoerd in 1996, bleek dat van de patiënten die in een bepaald jaar een psychische stoornis (volgens DSM-criteria) hadden, 22% in het jaar daarvoor vanwege psychische problemen contact had gehad met de huisarts, 7,8% een vrijgevestigd psycholoog of psychiater had bezocht en 6% het algemeen maatschappelijk werk (tabel 3.16). Voor patiënten met een stemmingsstoornis of patiënten met meerdere psychische stoornissen lagen deze percentages hoger, voor personen met alcoholproblematiek juist lager. Lang niet alle mensen met een stoornis ontvangen daarvoor blijkbaar zorg, noch in de eerste lijn, noch in de tweedelijns-GGZ

Tabel 3.16: Percentage personen dat in de voorafgaande 12 maanden vanwege psychische problemen zorg heeft gebruikt, naar type stoornis en aantal stoornissen (Bron: Bijl & Ravelli, 1998).

Psychische stoornissen	Zorg ^a	Huisarts	Vrijgevestigd psycholoog of psychiater ^b	AMW	Fysiotherapeut	Thuiszorg
Stemmingsstoornissen	63,8	45,3	18,3	10,7	6,6	3,0
Angststoornissen	40,5	27,0	8,6	6,2	4,4	2,2
Alcoholafhankelijkheid of -misbruik	17,5	9,9	4,6	2,4	1,4	0,2
1 of meer stoornissen	33,9	22,4	7,8	5,7	3,3	1,4
2 of meer stoornissen	55,5	37,3	14,7	9,0	6,1	3,3

a informeel, alternatief, eerste lijn of tweede lijn

b in het onderzoek werd niet afzonderlijk gevraagd naar behandeling door een eerstelijnspsycholoog en werd geen onderscheid gemaakt tussen psycholoog en psychiater

(cijfers niet weergegeven in de tabel). Van alle zorgverleners is de rol van de huisarts het grootst, maar ook die van de vrijevestigde hulpverlener en het algemeen maatschappelijk werk is aanzienlijk.

3.2.7 Vruchtbaarheid, zwangerschap en geboorte

Orale anticonceptie meest gebruikte voorbehoedmiddel

In 2003 gebruikt tweederde van de vrouwen tussen de 18 en 45 jaar een methode om zwangerschap te voorkómen (tabel 3.17). De anticonceptiepil is de meest gebruikte methode (1,6 miljoen gebruiksters). Van de mannen is 8% gesteriliseerd, van de vrouwen 4%.

Huisarts nog steeds op de hoogte van pilgebruik

Voor zover de huisarts weet, start jaarlijks 2,2% van de vrouwen in zijn praktijk met orale anticonceptie. Dat wil zeggen dat men voor het eerst een recept krijgt voor de pil, of voor het eerst in een nieuwe periode. Van ongeveer 38% van vrouwen van 15-24 jaar is bij de huisarts bekend dat zij orale anticonceptie gebruiken. Voor vrouwen van 25-44 jaar is dat van 20%. Verder krijgt 0,4% van de vrouwen jaarlijks een recept voor de morning-after pil.

Sinds 1997 is een herhalingsrecept voor de pil en controle-onderzoek niet meer nodig (Kievits & Adriaanse, 2004). Toch wordt de huisarts blijkbaar jaarlijks op de hoogte gehouden of schrijft deze een recept uit voor de pil. Met ingang van januari 2004 wordt de pil voor vrouwen ouder dan 21 jaar niet meer door de ziekenfondsen vergoed. De morning-after pil is sinds medio januari 2005 zonder recept bij de drogist verkrijgbaar (Pronk, 2005) en zit voor vrouwen van boven de 21 jaar ook niet meer in het ziekenfondspakket. De verwachting is daarom dat de huisarts in de toekomst minder vaak bemoeienis zal hebben met deze vormen van geboorteregeling.

Verloskundige verleent meeste prenatale zorg, gynaecoloog doet meeste bevallingen

Gemiddeld genomen verzorgen verloskundigen in de eerste lijn 66% van de zorg rond de geboorte. De rol van de huisarts is met een aandeel van 7,5% relatief gering. Dit

Tabel 3.17: Zelfgerapporteerd anticonceptiegebruik onder vrouwen van 18-45 jaar in 2003 (Bron: De Graaf, 2004).

Anticonceptiemethode	%
Geen anticonceptie	33
Orale anticonceptie	41
Gesteriliseerd (zelf of partner)	12
Condoom	8
Spiraaltje	4
Overige methoden	2

Tabel 3.18: Verdeling van de verloskundige zorg naar verloskundigen en huisartsen in 2000 (Bron: Wiegers et al., 2002).

Verloskundige zorg	Verlos- kundigen (%)	Huis- artsen (%)
Aandeel in prenatale zorg	75,8	7,4
in volledige prenatale zorg (1 intake + gemiddeld 12 controles)	51,0	5,0
in gedeeltelijk prenatale zorg (1 intake + gemiddeld 6 controles)	24,8	2,4
Aandeel in natale zorg (incl. verwijzingen durante partu)	51,0	5,0
Aandeel in postnatale zorg (6 kraambezoeken + 1 afsluitende controle)	77,9	11,2
Aandeel in totale verloskundige zorg ^a	66,0	7,5

a weging van 5/15 voor prenatale zorg, 6/15 voor natale zorg en 4/15 voor postnatale zorg. Deze weging is gebaseerd op CTG-deeltarieven in 2000.

aandeel verschilt echter behoorlijk voor de verschillende fasen van de zwangerschap (tabel 3.18). De helft van de zwangere vrouwen ontvangt de gehele prenatale zorg van een eerstelijnsverloskundige, en bij een kwart neemt een gynaecoloog tijdens de zwangerschap de zorg van de verloskundige over. De eerstelijnsverloskundige is dus betrokken bij 75% van de prenatale zorg. Verloskundigen verzorgen eveneens driekwart van de postnatale zorg. Het aandeel van eerstelijnsverloskundigen tijdens de bevalling is iets kleiner. Bij ruim de helft van de bevallingen is een eerstelijnsverloskundige betrokken en bij 5% de huisarts. Ongeveer 40% van de bevallingen gebeurt geheel onder verantwoordelijkheid van de eerste lijn (vooral verloskundigen). Bij 17% van de vrouwen gaat tijdens de bevalling de zorg over naar een gynaecoloog. In totaal bevalt 60% van de vrouwen onder begeleiding van een gynaecoloog (Offerhaus et al., 2002).

Informatie over het vóórkomen van complicaties tijdens de zwangerschap, bevalling en kraamperiode is schaars. Wel is bekend dat 77% van alle bevallingen als een spontane vaginale bevalling plaatsvindt, 11% is een tang- of vacuümverlossing en 12% een keizersnede (Wildman et al., 2003). In een internationaal overzicht werden de volgende cijfers gegeven: eclampsie bij 0,03-0,3 per 100 geboorten, een episiotomie (knip) bij 12-50 van de 100 vaginale bevallingen, bloeding na de bevalling bij 0,004-0,44 per 100 geboorten en incontinentie voor ontlasting bij 1,8-6 per 100 geboorten (Alexander et al., 2003; Wildman et al., 2003). Hoewel de behandeling van ernstige en zeldzame complicaties als eclampsie en ernstige bloedingen vooral plaatsvindt in de tweede lijn, hebben de huisarts en verloskundige een taak bij het tijdig onderkennen.

Problemen rond bevalling in huisartspraktijk beperkt

Afgezien van vragen rond anticonceptie, lijken problemen rond de zwangerschap, bevalling en kraambed in de huisartspraktijk een geringe rol te spelen (tabel 3.19). Jaarlijks registreren huisartsen per 100 vrouwen 0,63 nieuwe gevallen van medische complicaties. In hoeverre huisartsen bij deze complicaties betrokken zijn, kan uit deze cijfers niet worden afgeleid. Waarschijnlijk zal een groot deel worden behandeld door verloskundigen of gynaecologen.

Tabel 3.19: Incidentie (per 100 vrouwen per jaar) van de meest frequente vragen, klachten of aandoeningen over vruchtbaarheid, zwangerschap of bevalling in de huisartspraktijk in 2001 (Bron: Van der Linden et al., 2004).

Anticonceptie, zwangerschap, bevalling	Incidentie
Anticonceptie (excl. sterilisatie)	2,9
Gecompleeerde zwangerschap, bevalling of kraambed ^a	0,6
Vraag over het bestaan van zwangerschap	0,5
Morning-after pil	0,4
Buitenbaarmoederlijke zwangerschap, spontane abortus, abortus provocatus	0,3
Sub-/infertiliteit	0,2
Sterilisatie ^b	0,1

a exclusief buitenbaarmoederlijke zwangerschap en abortus

b jaarlijks stelt de huisarts bij 0,36 per 100 mannen de diagnose sterilisatie

3.2.8 Screening en preventie

Het cluster screening en preventie omvat redenen voor zorggebruik waarbij veelal geen sprake is van klachten of gezondheidsproblemen. Het doel is immers om deze te voorkomen.

Huisarts heeft belangrijke rol in preventie

Preventie van ziekten en het voorkomen van verergering daarvan vormt een belangrijk onderdeel van het werk van de huisarts. De doelgroep van preventie wordt in het algemeen gevormd door mensen die de betreffende ziekte niet hebben maar wel een hoog risico lopen om deze te krijgen, bijvoorbeeld door hun leeftijd, hun gedrag of door de aanwezigheid van andere risicofactoren of ziekten. Systematische preventie vindt plaats in het kader van de influenzavaccinatie (griep prik) en het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Andere voorbeelden van preventie in de huisartspraktijk zijn: stoppen-met-roken interventies, vroegtijdige opsporing van verhoogde bloeddruk en verhoogd serum cholesterolgehalte, alsmede vroegtijdige onderkenning van zwangerschapsproblemen en gezondheidsproblemen bij pasgeborenen. Daarnaast kunnen veel andere activiteiten van de huisarts, assistent of praktijkondersteuner ook beschouwd worden als preventie van terugval of verergering. Dit geldt ook voor bijvoorbeeld fysiotherapeuten, oefentherapeuten en eerstelijnspsychologen. Bekende voorbeelden zijn: diabetescontroles, regelmatige controle van hartpatiënten, oefentherapie bij rugpatiënten en het voeren van gesprekken met personen met psychische of sociale problemen. Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker vindt in aparte (vaak mobiele) centra plaats. De eerstelijnszorg is bij de uitvoering hiervan niet betrokken.

Steeds meer mensen laten zich vaccineren tegen influenza

Een belangrijke preventiemaatregel die grotendeels via de huisarts loopt is de influenzavaccinatie. Jaarlijks worden mensen met een risico-indicatie (zoals longziekten, hart- of nieraandoeningen en diabetes mellitus) en mensen die 65 jaar of ouder

Tabel 3.20: Vaccinatiegraad voor influenza (%) naar leeftijd en geslacht, voor de algemene bevolking van 16 jaar en ouder (Bron: CBS-POLS, 1991-2001).

	Totaal	Geslacht		Leeftijd			
		Mannen	Vrouwen	16-44	45-64	65-74	75 +
1991	6,5	6,3	6,7	1,6	5,7	25,3	31,9
1995	11,1	11,0	11,2	3,3	10,9	38,8	47,7
2000	18,6	19,7	17,6	4,1	15,0	73,6	80,1
2001	20,1	20,7	19,6	5,1	15,5	71,9	84,2

zijn, uitgenodigd om zich gratis bij de huisarts te laten vaccineren tegen influenza. Volgens eigen zeggen liet één op de vijf van personen van 16 jaar en ouder zich in 2001 vaccineren. Van de alleroudsten kreeg zelfs bijna 85% een griep prik. Dit percentage is de periode 1991-2001 sterk toegenomen (tabel 3.20). Dit geldt voor alle leeftijdsklassen. Uit de huisartsenregistratie LINH blijkt dat 75% van de risicopopulatie is gevaccineerd (tabel 3.21). Dit is inclusief de jongeren met een risico-indicatie, maar exclusief degenen die zich via de werkgever laten vaccineren. Vrouwen laten zich vaker vaccineren dan mannen en ziekenfondspatiënten vaker dan particulier verzekerden (Tacken et al., 2004).

Ruim 60% van de vrouwen neemt deel aan screening baarmoederhalskanker

Alle vrouwen in de leeftijd van 30-60 jaar worden een keer per vijf jaar uitgenodigd om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. In 2001 is 62-64% van de uitgenodigden gescreeend (Van Ballegooijen et al., 2000). Bij nader onderzoek in het medisch dossier blijkt dat een deel van de vrouwen een medisch geëigende reden heeft om niet deel te nemen. Als hiervoor wordt gecorrigeerd, is het deelnemingspercentage 74% (tabel 3.21) (Tacken, 2002).

Naast uitstrijkjes in het kader van het bevolkingsonderzoek vindt op grote schaal ongeorganiseerde screening plaats. Eind 1997 had naar schatting 85% van de vrou-

Tabel 3.21: Grote van de doelgroep voor influenzavaccinatie en baarmoederhalskankerscreening en de mate waarin deze doelgroepen bereikt worden.

Preventieve maatregel	Doel	Doelgroep (% van totale praktijkpopulatie)	Bereikt (% van doelgroep)
Influenzavaccinatie	Preventie van influenza en complicaties	23,6 ^a	75,0 ^a
Uitstrijkje	Screening op baarmoederhalskanker	22,4 ^b	74,2 ^c

a in 2002; Bron: LINH (Tacken et al., 2004)
b in 2000, alle vrouwen van 30-60 jaar; Bron: CBS-bevolkingsstatistiek
c in 2000; Bron: LINH (Tacken, 2002)

wen tussen de 30 en 60 jaar (bij wie de baarmoeder(hals) niet operatief was verwijderd) in de vijf jaar ervoor een uitstrijkje gehad (Van Ballegooijen et al., 2000).

3.2.9 Samenvatting

In de vorige paragrafen zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen steeds beschreven per ziektecluster. Daardoor wordt niet meteen duidelijk wat over het geheel van alle aandoeningen de meest voorkomende gezondheidsproblemen zijn. Hier geven we daarom in twee tabellen de meest voorkomende problemen in de bevolking en in de huisartspraktijk.

Van de langdurige aandoeningen in de totale bevolking komt migraine het meeste voor (*tabel 3.22*). Daarnaast komen ook psychische klachten, hoge bloeddruk en gewrichtsslijtage (artrose) ook veelvuldig voor. Al deze aandoeningen komen bij vrouwen vaker voor dan bij mannen.

De belangrijkste gezondheidsproblemen van mensen die daarvoor bij de huisarts aankloppen staan in *tabel 3.23*. Deze laat een geheel ander beeld zien. Voor de meeste gezondheidsklachten raadplegen mensen namelijk geen hulpverlener. Huisartsen die deelnamen aan de Tweede Nationale Studie registreerden vooral nek- en rugklachten, verhoogde bloeddruk en een aantal infectieziekten. Sommige aandoeningen werden in de Tweede Nationale Studie niet zo heel vaak geregistreerd, terwijl ze in andere huisartsenregistraties wel de top-20 haalden. Waar deze verschillen vandaan komen, is meestal niet bekend. Het gaat om: candida-infectie van de vagina, acute infectie van het strottehoofd/ luchtpijp, bijwerkingen van geneesmiddelen, spierpijn, perifere artrose, (ernstig) overgewicht, spataderen van de benen/ veneuze insufficiëntie, lawaai- en ouderdomslechthorendheid, kneuzingen/ bloeditstoringen, kleine open verwondingen, overige traumata van het bewegingsapparaat (geen verzwikkingen, verstuikingen, luxaties en fracturen) en borstkas symptomen/ klachten.

Tabel 3.22: Prevalentie van de top-10 van zelfgerapporteerde langdurige aandoeningen in de algemene bevolking in 2002 (Bron: CBS-POLS, 2002).

Langdurige aandoeningen	Jaarprevalentie (%)
Migraine	15,0
Angstklachten ^a	12,9
Depressieve klachten ^a	10,3
Hoge bloeddruk	9,7
Gewrichtsslijtage	8,8
Rugaandoening	8,0
Nekaandoening	7,8
Astma en COPD	7,4
Aandoening elleboog, pols of hand	5,8
Eczeem	4,9

^a gedurende minstens 2 weken achter elkaar, bevolking van 12 jaar en ouder

Tabel 3.23: Prevalentie van de top-20 geregistreeerde gezondheidsproblemen^a in de huisartspraktijk in 2001 (Bron: Van der Linden et al., 2004).

Gezondheidsproblemen	Jaarprevalentie (%)
Nek- en rugklachten	10,0
Verhoogde bloeddruk	6,4
Acute infectie bovenste luchtwegen	5,6
Schimmelinfectie van de huid	5,4
Hoesten	4,7
Contact-eczeem	4,5
Oorinfectie	4,0
Urineweginfecties	4,0
Acute bronchitis of longontsteking	3,3
Overmatig oorsmeer	3,2
Hooikoorts/ allergische neusverkoudheid	2,8
Neusbijholteontsteking	2,7
Ooginfectie	2,7
Depressie/ depressief gevoel	2,6
Diabetes mellitus	2,6
Astma	2,6
Moeheid/ zwakte	2,5
Wratten	2,5
Slapeloosheid/ andere slaapstoornis	2,4
Angststoornis, angstig/ nerveus/ gespannen gevoel	2,3
Andere ziekte bewegingsapparaat	2,0

a niet opgenomen in de tabel: consulten vanwege orale anticonceptie en een uitstrijkje in het kader van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

3.3 Gezondheidsverschillen

De hiervoor beschreven gezondheidsproblemen geven een gemiddeld beeld voor heel Nederland. Er zijn echter binnen Nederland grote verschillen in gezondheid tussen sociale klassen en tussen autochtonen en verschillende groepen allochtonen. De laagst opgeleide mannen leven in Nederland 5 jaar korter dan de hoogst opgeleide mannen. Bij vrouwen is dat verschil 2,6 jaar. Bovendien zijn mannen en vrouwen met de hoogste opleiding gemiddeld bijna 10 jaar langer vrij van lichamelijke beperkingen. Er zijn geen aanwijzingen dat de gezondheidsverschillen tussen de sociale klassen afnemen. Ook zijn er verschillen in gezondheid tussen regio's en buurten. De slechtere gezondheid in achterstandswijken gaat vaak gepaard met een opeenstapeling van ongunstige sociale en fysieke omgevingsfactoren gecombineerd met een ongezonde leefstijl. Hieronder presenteren we per ziektecluster wat bekend is over verschillen in gezondheid tussen sociale klassen, etnische groepen en regio's. *Tekstblok 3.4* geeft een overzicht van de belangrijkste gegevensbronnen.

Tekstblok 3.4: Gegevensbronnen gezondheidsverschillen.

De kennis over verschillen in gezondheid tussen sociale klassen en etnische groepen is grotendeels gebaseerd op zelfgerapporteerde gegevens. In deze paragraaf wordt dan ook vooral van dit type gegevens gebruik gemaakt. De belangrijkste bronnen hiervoor zijn het Permanent Onderzoek Leefsituatie van het CBS (CBS-POLS) en de patiëntenenquête van de Tweede Nationale Studie. Verder zijn ook diverse andere, vaak regionale, onderzoeken gebruikt. Opgemerkt moet worden dat met name de gevonden verschillen naar etniciteit niet alleen berusten op werkelijke gezondheidsverschillen, maar ook het gevolg

kunnen zijn van verschillen in de mate waarin gezondheidsproblemen door de verschillende etnische groepen als ernstig worden ervaren, in de geneigdheid van het rapporteren van gezondheidsproblemen, in de mate waarin onwelbevinden op andere gebieden dan gezondheid als gezondheidsprobleem wordt gerapporteerd en in culturele en taalkundige verschillen. Dit speelt met name een rol bij psychische problemen. Zelfs met een uitgebreid psychiatrisch interview blijkt het bijvoorbeeld moeilijk te zijn bij Marokkanen een depressieve stemming vast te stellen (Tijdink & Van Es, 2003).

Infectieziekten

Verschillen tussen sociale klassen in het voorkomen van infectieziekten zijn volgens zelfrapportage nagenoeg afwezig (CBS-POLS, 2002; Van Lindert et al., 2004). Er zijn wel verschillen naar etniciteit. Allochtonen lijken vaker last te hebben van de meeste infectieziekten. Zo rapporteren personen van Marokkaanse afkomst vaker een ontsteking van de neusbijholte, voorhoofdsholte of kaakholte dan autochtonen, en personen van Turkse afkomst iets minder vaak (Bleeker, 1998; Reelick et al., 1998). De huisarts ziet meer infecties van de luchtwegen en het maagdarmkanaal bij personen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst dan bij autochtonen. Bij Marokkanen ziet hij ook vaak huidinfecties (Weide & Foets, 1998). Mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst worden ook vaker dan autochtonen opgenomen in het ziekenhuis voor infecties van het maagdarmkanaal. Alle groepen allochtonen hebben een verhoogde kans op opname vanwege longontsteking (Verweij et al., 2004). Tuberculose komt in Nederland vooral voor onder immigranten: in 1999 had 61% van de patiënten een buitenlandse nationaliteit (Veen, 2002). Ook aids wordt steeds meer een ziekte van buitenlanders. In 2000 was bijna de helft van de heteroseksuele aids-patiënten in Nederland afkomstig uit een HIV-endemisch gebied (sub-Sahararisch Afrika, Caraïbisch gebied en Latijns Amerika) (Haks et al., 2002). Van alle geregistreerde HIV-geïnfecteerden was 28% afkomstig uit een dergelijk gebied (Van de Laar & Op de Coul, 2004).

Chronische lichamelijke ziekten***Vrijwel alle chronische ziekten vaker bij lage SES***

Uit onder andere de CBS-POLS-enquête komt naar voren dat chronische lichamelijke ziekten vaker voorkomen in lagere sociaal-economische klassen dan in hogere sociaal-economische klassen (Van der Lucht & Picavet, 2003).

Onder allochtonen hoge prevalentie diabetes en overgewicht

Diabetes mellitus komt veel vaker voor bij allochtonen. Dit blijkt niet alleen uit zelfrapportage maar ook uit huisartsenregistraties. De prevalentie is het hoogst onder

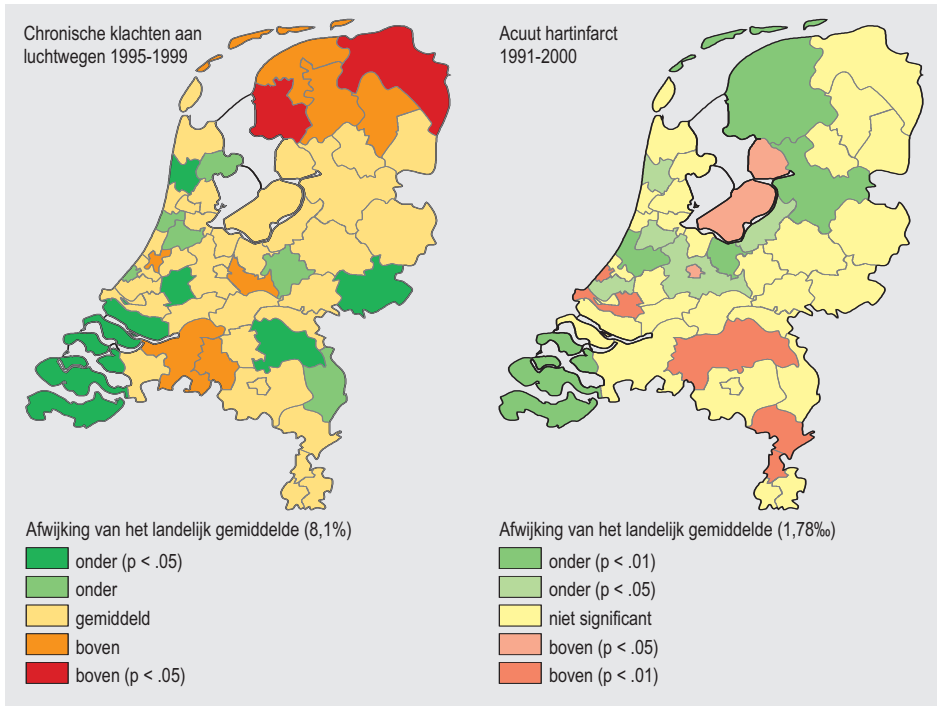
personen van Hindoestaans-Surinaamse afkomst (37% bij personen van 60 jaar en ouder). De prevalentie van diabetes mellitus bij personen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst is ongeveer gelijk en ligt rond de 3-6 keer hoger dan onder de autochtone bevolking (Baan, 2003). Onder mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst komt ook overgewicht vaak voor. Met name onder vrouwen en oudere mannen is de prevalentie hoog, tot 80-90% (autochtone Nederlanders ongeveer 50%) (Van Leest et al., 2002). Ook onder kinderen en jongeren van Turkse afkomst is de prevalentie van overgewicht al hoog (Eijdsen et al., 2004).

Ook andere chronische ziekten komen naar eigen zeggen vaker voor onder personen van Turkse en Marokkaanse afkomst dan onder autochtonen. Echter, niet voor alle ziekten hebben zij een verhoogde kans. Ziekten die in de meeste onderzoeken vaker door Turken en Marokkanen gerapporteerd worden, zijn migraine en ernstige of hardnekkige ziekten van de darmen. Ook huisartsen registreren bij personen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst vaker chronische ziekten van het maag-darmkanaal, en daarnaast eczeem. Ouderen van Turkse afkomst rapporteren bovendien vaker een hartvaatziekte en een chronische longziekte (astma of COPD) te hebben dan autochtone Nederlanders. Personen van Surinaamse afkomst hebben volgens zelfrapportage wat vaker verhoogde bloeddruk en volgens een huisartsenregistratie wat vaker astma (Reelick et al., 1998; CBS, 1991; Poort et al., 2001; Van Leest et al., 2002; Schellingerhout, 2004; Eijdsen et al., 2004; Weide & Foets, 1998; Van Lindert et al., 2004; Van der Burg & Schellevis, 2001). Op basis van huidtesten, blijkt dat Marokkaanse en Turkse schoolkinderen in Utrecht vaker een allergie hebben dan autochtone kinderen (respectievelijk 31, 24 en 19%) (Van Amsterdam et al., 2004). Er zijn echter ook ziekten die door allochtonen juist minder vaak worden gerapporteerd, bijvoorbeeld hartvaatziekten bij personen van Marokkaanse en Antilliaanse afkomst en astma bij Turkse kinderen (Van der Wal & Rijcken, 1995; Van der Wal et al., 2001).

Een recente studie waarin voor personen jonger dan 50 jaar het aantal ziekenhuisopnamen voor de verschillende etnische groepen is bestudeerd, leverde interessante resultaten op (Verweij et al., 2004). Turken en Surinamers blijken vaker opgenomen te worden voor een hartinfarct en andere coronaire hartziekten dan de andere groepen. Voor kanker hebben Marokkanen een opvallend laag opnamecijfer. Voor diabetes en chronische longziekten (astma en COPD) zijn de cijfers in alle allochtone groepen verhoogd. Het aantal opnamen voor beroerte is onder Marokkanen laag, onder Surinamers juist hoog.

Chronische ziekten komen niet overal even vaak voor

De meeste chronische ziekten kennen een regionale spreiding. Het is echter niet eenvoudig hier een duidelijk algemeen patroon in te ontdekken. Sommige ziekten, zoals chronische klachten aan de luchtwegen (astma en COPD) komen vooral in het noorden voor, terwijl andere ziekten juist meer in het zuiden voorkomen. Hartinfarcten komen bijvoorbeeld het vaakst voor in Midden-Limburg, de Westelijke Mijnstreek in Zuid-Limburg en enkele van de grote steden (*figuur 3.1*). Meer informatie over regionale spreiding van ziekten is te vinden in de Nationale Atlas Volksgezondheid (www.zorgatlas.nl).



Figuur 3.1: Regionale spreiding van chronische klachten aan luchtwegen 1995-1999 en ziekenhuisopnamen acuut hartinfarct 1991-2000 per GGD-regio gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht (Bron: Prismant-LMR, CBS-POLS).

Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat

Ziekten als artrose, reumatoïde artritis en rugklachten komen volgens zelfrapportage vaker voor onder mensen uit een lagere sociaal-economische klasse dan uit een hogere sociaal-economische klasse (Van der Lucht & Picavet, 2003). Voor pijnklachten van gewrichten zijn er echter geen sociaal-demografische risicogroepen aan te wijzen (Picavet & Schouten, 2003).

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat personen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst vaker aandoeningen van het bewegingsapparaat rapporteren dan autochtonen en Antillianen. Dat geldt voor rugaandoeningen en gewrichtsontsteking. De prevalenties zijn het hoogst onder Turken (CBS, 1991; Poort et al., 2001; Reelick et al., 1998; Dijkshoorn et al., 2000; Schellingerhout, 2004; Weide & Foets, 1998; Van Lindert et al., 2004).

Acute lichamelijke letsels

Mensen met een lage sociaal-economische positie hebben een verhoogd risico op letsel door ongevallen. Dit geldt in ieder geval voor letsel door privé-ongevallen, arbeidsongevallen, geweld en automutilatie. Sportblessures komen juist vaker voor in hogere klassen, en verkeersongevallen komen overal even vaak voor. Deze resultaten zijn

gebaseerd op het Letsel Informatie Systeem (LIS) in de jaren 1998-2000. In het LIS worden gegevens geregistreerd van letselpatiënten die op een spoedeisende eerste hulpafdeling van een ziekenhuis zijn behandeld. Literatuuronderzoek lijkt deze resultaten te bevestigen. Alleen blijkt uit de literatuur dat ook verkeersongevallen vaker voorkomen in de lagere sociale klassen (Kemmeren et al., 2003). Personen die uit lagere sociale klassen komen en/of geen werk hebben doen vaker een suïcidepoging (of liever: parasuïcide) (Arensman et al., 1995). Ook is de incidentie van parasuïcide verhoogd onder jonge Surinaamse vrouwen (Schudel et al., 1999).

Uit onderzoek onder kinderen in Amsterdam komt echter niet zo'n duidelijke relatie tussen sociaal-economische klasse en de frequentie van medisch behandelde ongevalsletsels naar voren (Van der Wal & Pauw-Plomp, 1994). Alleen de meer ernstige ongevalsletsels lijken vaker bij kinderen uit gezinnen met een lage sociaal-economische status voor te komen. Ook de relatie met etniciteit is niet eenduidig (Van der Wal & Pauw-Plomp, 1994). Volgens rapportage van kinderen en jongeren zelf (of hun ouders), bleek geen verschil tussen het aantal ongevalsletsels bij verschillende allochtone groepen (van Turkse, Marokkaanse en overige afkomst) en autochtonen (Eijdsen et al., 2004).

Overige lichamelijke ziekten en klachten

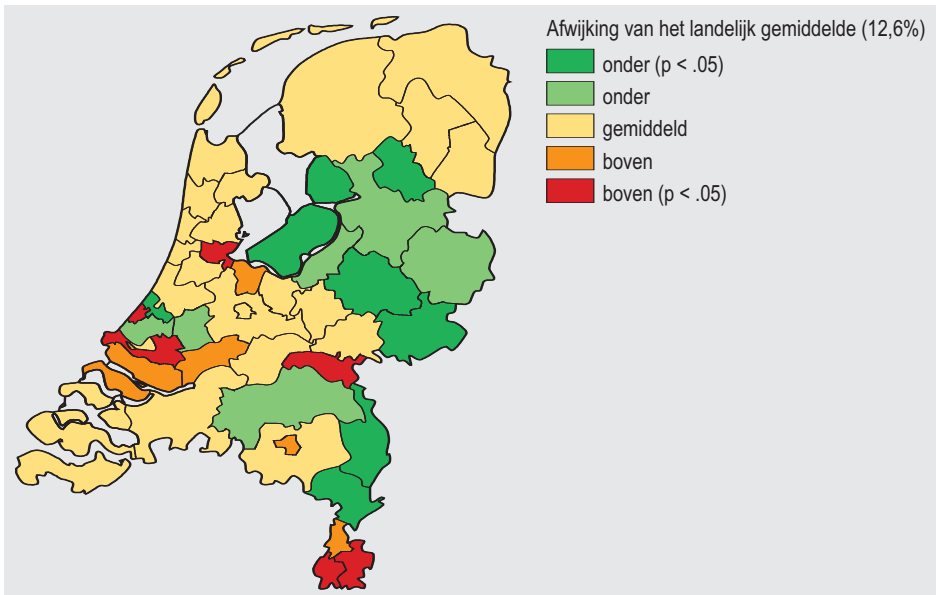
Opvallend is dat hoofdpijn en moeheid in alle sociale lagen van de bevolking ongeveer evenveel voorkomt (Van Lindert et al., 2004); mogelijk zelfs vaker bij hoogopgeleiden. Dit in tegenstelling tot vrijwel alle andere gezondheidsproblemen, die consequent vaker voorkomen onder lagere sociaal-economische groepen (Van der Lucht & Picavet, 2003).

Personen van Turkse afkomst rapporteren de meeste lichamelijke klachten, maar ook Marokkanen, Surinamers en overige allochtonen rapporteren meer lichamelijke klachten dan autochtonen. Alleen Antillianen verschillen niet van autochtone Nederlanders. De meest genoemde klachten zijn voor de verschillende groepen allochtonen en autochtonen gelijk: hoofdpijn en moeheid (Van Lindert et al., 2004; Reijneveld, 1998). Bij personen van Turkse en Surinaamse afkomst ziet de huisarts opvallend veel gevallen van afwijking maagfunctie/gastritis (Weide & Foets, 1998).

Psychische en sociale problemen

Zelfgerapporteerde psychische klachten komen bijna 3 keer zo vaak voor onder degenen met alleen basisonderwijs dan onder degenen met een HBO- of universitaire opleiding (Van der Lucht & Picavet, 2003). Bovendien komen psychische klachten vooral voor in grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Nijmegen, Eindhoven) en Zuid-Limburg (*figuur 3.2*). Mensen met psychische klachten zijn degenen die aangeven zich vaak of erg vaak eenzaam, rusteloos, vervuild, terneergeslagen of van streek te voelen.

Bevolkingsonderzoek laat zien dat ook psychische stoornissen in stedelijke regio's vaker voorkomen dan in landelijke (Bijl et al., 1997). Ook komen stemmingstoornissen



Figuur 3.2: Regionale spreiding van psychische klachten per GGD-regio gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht 1995-1999 (Bron: CBS-POLS).

en angststoornissen vaker voor onder personen met een lagere opleiding of lager inkomen (Bijl et al., 1997). Alleen depressie bij ouderen is niet gerelateerd aan sociaal-economische klasse (Bremmer et al., 1997; Beekman et al., 1997). Voor stoornissen in het gebruik van alcohol verschilt het verband met sociaal-economische status tussen mannen en vrouwen. Laagopgeleide vrouwen drinken het minst terwijl laagopgeleide mannen het meest drinken (Verdurmen et al., 2003).

De Nederlandse onderzoeken naar psychische problematiek onder etnische groepen leveren geen consistent beeld op. Sommige onderzoeken vinden hogere prevalenties onder allochtonen, andere lagere. Het overheersende beeld is dat ouderen van Turkse afkomst en volwassenen van Surinaamse afkomst wat vaker psychische problemen rapporteren dan autochtone Nederlanders (Poort et al., 2001; Reijneveld, 1998; Dijks-hoorn et al., 2000; Kamperman et al., 2002; Weide & Foets, 1998). Mogelijk is de aard van de problematiek verschillend onder allochtonen van de eerste en tweede generatie (Güzelcan et al., 2001). Onder kinderen en jongeren van Turkse, Surinaamse en Antilliaanse afkomst lijken emotionele problemen en suïcidale gedachten vaker voor te komen, en dan met name onder meisjes (Wersch et al., 1997; Bleeker et al., 2001; Van den Berg et al., zj; Murad et al., 2003; Stevens et al., 2003; Janssen et al., 2004; Kroesbergen et al., 1996; Bengi-Arslan et al., 1997; Eijdsen et al., 2004; Van der Wal et al., 2004).

Allochtonen niet vaker verslaafd aan alcohol, wel aan drugs

Het feit dat het percentage alcoholdrinkers onder mannelijke Turken (23-28%) en Marokkanen (6-12%) laag is in vergelijking met autochtone Nederlanders (82-88%) (Trimbos, 2004), betekent niet automatisch dat alcoholafhankelijkheid weinig voorkomt onder Turken en Marokkanen. Van de Turkse en Marokkaanse mannen in Amsterdam blijkt 2,7 en 7,8% ooit afhankelijk van alcohol te zijn geweest. Voor de Surinaamse mannen was dit 11,5% (Eland & Rigter, 2001). In Nederland als geheel is 9,0% van de mannen ooit in zijn leven afhankelijk geweest van alcohol (Bijl et al., 1997). Het percentage personen dat afhankelijk is van drugs is 0,7% onder Turken, 1,5% onder Marokkanen, 1,7% onder Antillianen, 2% onder Surinamers en 3% onder Molukkers (Van de Wijngaart, 1997). Voor autochtone Nederlanders is de prevalentie van drugafhankelijkheid 0,1 tot 0,7% (Van de Wijngaart, 1997; Bijl et al., 1997). Dat is dus lager dan voor enkele allochtone groepen.

Screening en preventie

Er zijn aanwijzingen dat de opkomst van Turkse en Marokkaanse vrouwen bij de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker relatief laag is (Weide, 1998). In de regio West-Nederland is de opkomst onder Marokkaanse en Turkse vrouwen met 42 en 50% lager dan die onder autochtone vrouwen (62%). Ook is de deelname aan het rijksvaccinatie programma (RVP) van allochtone kinderen, en dan met name Marokkaanse, lager dan die van autochtone kinderen (Van der Wal et al., 1996; Hirasings et al., 1995). Wel halen alle allochtonen groepen even vaak of vaker een griep prik dan autochtonen. Alleen ouderen (65-plus) van Turkse afkomst en uit de groep overige allochtonen zijn minder vaak gevaccineerd. Het zijn vooral de mensen uit deze groepen die geen medische indicatie hebben, die minder gevaccineerd zijn (Kulu-Glasgow et al., 2002).

3.4 Zorggebruik in de eerste lijn

Deze paragraaf geeft een samenvattend overzicht van het zorggebruik in de eerste lijn. Hier geven we antwoord op de volgende vragen: hoeveel procent van de mensen komt per jaar bij de huisarts? En hoe vaak komen ze dan? Voor welke aandoeningen hebben mensen contact met hun huisartspraktijk? Behalve voor de huisartsenzorg, beantwoorden we deze vragen ook voor de andere eerstelijnsdisciplines zoals de paramedische zorg, geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg, verloskundige zorg en spoedeisende zorg.

De volgende twee tabellen geven informatie over het totale zorggebruik in de eerste lijn (tabel 3.24) en over de ziekten en aandoeningen waarop dit zorggebruik betrekking heeft (tabel 3.25).

Huisartsenzorg

Per jaar heeft ongeveer driekwart van de mensen in Nederland contact met de huisartspraktijk (tabel 3.24). Deze patiënten hebben gemiddeld 8 contacten per jaar. Voor

Tabel 3.24: Gebruik van eerstelijnszorg per jaar (Bron: Tweede Nationale Studie 2001 (contact-registratie en patiëntenenquête), Plexus, LiPZ, GINO, NIVEL, LIS (zie bijlage 7 voor een volledig overzicht van de bronnen)).

Sector/ discipline	Aantal patiënten per 100 inwoners ^a	Gemiddeld aantal contacten per jaar ^b	Gemiddelde duur consult (minuten)	Totaal aantal contacten per jaar (*1000) ^c
Huisartsenzorg ^d	76,6	8,0	9,7	98.961
huisartsenposten ^e				3.067
Fysiotherapie	12,7	18,2		37.327
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	1,5	14,0		3.391
Eerstelijns psychische zorg ^f	1,4	12,9	49,1	
AMW	1,1			
Thuiszorg ^g	4,7			71.046 uren
Verloskundige zorg ^h	2,0			
Spoedeisende hulp in ziekenhuis ⁱ			71,9	1.620
Farmaceutische zorg (apotheek)	62,5			

a op basis van enquêtes onder patiënten (patiëntenenquête Tweede Nationale Studie)

b per patiënt die contact heeft

c totaal aantal contacten = aantal patiënten per 100*16,2 miljoen/100*gemiddeld aantal contacten, afgerond op 1.000-tallen

d inclusief contacten tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten

e vastgesteld in een recenter jaar (2003) dan het zorggebruik in de huisartspraktijk (2000-2002) zoals beschreven in voorgaande rij

f in de enquête van de Tweede Nationale Studie is niet gevraagd naar zorg door een eerstelijnspsycholoog, maar naar zorg door een vrijgevestigd psycholoog

g thuiszorg is onderverdeeld in verpleging (12,3%), verzorging (36,5%), huishoudelijke verzorging (33,0%) en alpha-hulp (18,2%)

h berekend uit het totaal aantal bevallingen (199.000 in 2002) en de gemiddelde duur van de verloskundige zorg: 32 weken (30 weken prenataal en 2 weken postnataal). In 2002 hebben dan 199.000 (de vrouwen die in 2002 ook bevallen) + $32/52 \cdot 199.000$ (de vrouwen die in het jaar erna of ervoor bevallen) = 322.000 vrouwen verloskundige zorg gehad. Dit is 2,0% van totale bevolking.

i het totaal aantal contacten is 1,62 miljoen, maar het is onbekend in hoeverre het dezelfde personen betreft, daarom is het aantal patiënten en het gemiddeld aantal contacten per patiënt onbekend. De gemiddelde duur van het consult betreft alleen de patiënten met acuut lichamelijk letsel.

alle ingeschreven patiënten is het gemiddelde dan 6,1 contacten met de huisartspraktijk per jaar (Cardol et al., 2004). Een deel van de contacten betreft recepten en verwijzingen. Van alle contacten met de praktijk is 72,6% een contact met de huisarts en 24,5% met de assistent (van 2,9% is het onbekend). Ruim de helft van alle contacten met de huisartspraktijk (57%) zijn spreekuurcontacten, 15% zijn telefonische contacten en 5% visites. De overige 24% is geregistreerd als 'overig contact', dit zijn dan bijvoorbeeld notities in het patiëntdossier naar aanleiding van een bericht van een andere hulpverlener of overleg over een patiënt. Met name contacten met de assistent worden vaak als overig geregistreerd (Cardol et al., 2004).

Bij iets meer dan de helft van de contacten met de huisartspraktijk is de patiënt een vrouw (54,6%), en eveneens bij iets meer dan de helft is de patiënt tussen de 25 en 64 jaar (54,2%). Ongeveer 20% van de contacten is met een kind of jongere (0-24 jaar) en ongeveer een kwart met een oudere (65+). Zie verder *bijlage 9* voor de verdeling van

Tabel 3.25: Gebruik van eerstelijnszorg per ziektecluster (Bron: Tweede Nationale Studie 2001 (contactregistratie), LIPZ, GINO, NIVEL, LIS (zie bijlage 7 voor een volledig overzicht van de bronnen)).

Sector/ discipline	Ziektecluster									
	Infectie- ziekten	Chronische lichamelijke ziekten	Klachten en ziekten bewegings- stelsel	Letsels	Overige lichamelijke klachten	Overige lichamelijke ziekten	Psychische en sociale problemen	Zwanger- schap en geboorte	Screening en preventie	Onbekend
Huisartsenzorg ^a										
<i>Deelcontacten</i>										
totaal	16,1	19,2	12,8	3,6	17,3	10,4	7,3	3,3	2,1	8,0
huisarts	17,4	18,3	14,7	3,7	18,7	10,6	7,5	2,8	1,0	5,4
assistent/verpleegkundige	12,8	21,9	7,5	3,2	13,7	10,2	6,7	4,7	3,7	15,7
onbekend	12,4	18,9	8,8	2,5	14,2	8,7	6,4	4,9	14,5	8,7
<i>Prescripties ^b</i>										
totaal	7,6	17,9	4,8	0,6	8,0	3,9	6,1	2,1	0,3	48,7
1 ^e recept	13,8	11,7	5,2	0,8	9,5	4,2	2,8	1,8	0,7	49,6
herhaalrecept	4,4	23,2	4,9	0,3	7,7	4,0	8,8	2,5	0,1	44,0
<i>Verwijzingen</i>										
1 ^e lijn	0,8	3,2	70,4	3,8	6,4	2,5	7,1	0,6	0	5,2
2 ^e lijn ^c	7,1	16,2	17,2	3,4	26,8	15,7	2,3	3,4	0,1	7,9
Paramedische zorg										
Fysiotherapie	0,2	4,5	77,0	8,4	5,9	2,5	1,0	0,6	0	0
Oefentherapie Cesar	0	1,3	74,2	0,5	6,7	6,9	8,3	2,0	0	0
Oefentherapie Mensendieck	0	3,1	75,2	0,9	4,9	5,6	6,1	4,2	0	0
Psychosociale hulpverlening										
Eerstelijns psychologische zorg	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0
AMW	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0
Thuiszorg										
Totaal	0,8	44,2	15,1	3,3	11,2	10,4	8,3	0,4	0	6,4
Verpleging	1,3	51,6	8,0	2,7	11,3	10,5	7,5	0,1	0	7,0
Verzorging	0,9	41,7	12,1	3,7	11,2	12,0	12,5	0,6	0	5,3
Huishoudelijke verzorging	0,8	44,7	16,3	3,5	10,5	9,3	6,5	0,6	0	7,8
Alpha-hulp	0,5	43,0	23,4	2,4	8,1	13,7	3,4	0,1	0	5,5
Verloskundige zorg	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0
Spoeisende hulp ^d	0	0	0	61,7	0	0	0	0	0	38,3

a inclusief contacten tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten

b het NIVEL heeft achteraf een deel van deze onbekende diagnoses bij prescripties alsnog voorzien van een ICPD-code. Hierdoor neemt het aandeel onbekende verwijzingen af naar 38%.

c verwijzing naar RIAGG is geteld als verwijzing naar eerste lijn

d het gaat hier om de afdelingen SEH van ziekenhuizen. Er is alleen informatie beschikbaar over acute lichamelijke letsels; niet over acute ziekten en aandoeningen.

de contacten, prescripties en verwijzingen naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, etnische herkomst en burgerlijke staat.

In de huisartspraktijk komt het hele scala aan gezondheidsproblemen voorbij (*tabel 3.25*). De meeste deelcontacten² hebben te maken met chronische ziekten (19%). Ook patiënten met overige lichamelijke klachten en aandoeningen, infectieziekten of ziekten van het bewegingsstelsel maken een belangrijk deel uit van de werkbelasting in de huisartspraktijk. Klachten en vragen in verband met acuut lichamelijk letsel en vruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling maken een relatief klein deel uit van de deelcontacten. Consulten in verband met preventie (bijvoorbeeld griep prik) en screening (bijvoorbeeld uitstrijkjes) komen met 2% van de consulten het minst voor. Hierbij moet opgemerkt worden dat veel preventie-activiteiten niet als zodanig worden geregistreerd. Bloeddrukmetingen, bijvoorbeeld, komen heel vaak voor, maar worden niet als preventieve handeling vastgelegd. De diagnose verhoogde bloeddruk is ingedeeld in het cluster chronische ziekten.

Van bijna de helft van alle prescripties heeft de huisarts of assistent niet geregistreerd voor welke klacht of aandoening het geneesmiddel is voorgeschreven. Van de overige helft is het grootste gedeelte voorgeschreven voor een chronische ziekte en voor overige lichamelijke klachten en ziekten (*tabel 3.25*).

Bij 1,5% van alle deelcontacten verwijst de huisarts de patiënt door naar andere eerstelijnsvoorzieningen, en bij 1,9% naar de tweede lijn. Van alle verwijzingen binnen de eerste lijn betreft 70% ziekten van het bewegingsapparaat (paramedische zorg) en 7% psychische of sociale klachten. Van alle verwijzingen naar de tweede lijn, de polikliniek, hebben de meeste betrekking op lichamelijke klachten, chronische ziekten en ziekten van het bewegingsapparaat (*tabel 3.25*).

Huisartsenposten

Buiten kantooruren (avond-, nacht- en weekenduren) kunnen patiënten terecht bij de huisartsenpost voor acute medische zorg. Op 1 oktober 2003 waren in Nederland 105 huisartsenposten operationeel (IGZ, 2004), daarna zijn er nog twee bijgekomen. Van alle huisartsen is ruim 90% aangesloten bij een huisartsendienstenstructuur, de organisatie-eenheden waaronder de huisartsenposten vallen (Plexus, 2004). Op basis van een meting onder 23 huisartsenposten in 2003 (Plexus, 2004), en uitgaande van een dekking van 90% van de Nederlandse bevolking, berekenen we dat huisartsenposten jaarlijks ruim 3 miljoen contacten met patiënten hebben. Bij deze aantallen gaat het zowel om telefonische consulten als om face-to-face consulten en spoedvisites. De verhouding hiertussen, zoals bepaald in 72 huisartsenposten, is 42, 46 en 12%. Op basis van de Eerste Nationale Studie in de jaren 1987/1988 (De Bakker et al., 1999) kan geschat worden dat huisartsen jaarlijks 670.000 spoedvisites afleggen. De helft hier-

² Een contact met de huisartspraktijk kan uit meerdere deelcontacten bestaan. Als de huisarts gedurende één contact meerdere diagnoses stelt, is elke diagnose geregistreerd als een deelcontact.

van vindt plaats binnen kantooruren (door de week overdag). Ten tijde van dat onderzoek bestonden er nog geen huisartsenposten.

De klachten die voor veel patiënten reden zijn om contact te hebben met de huisartsenpost, zijn koorts, buikpijn, benauwdheid, braken en verwondingen en trauma's van het bewegingsapparaat (Van Uden et al., 2003; IJzermans et al., 2002; Giesen & Braspenning, 2004). Echt urgente ziektebeelden komen weinig voor: 3,8% van alle gevallen krijgt urgentieklasse 1 of 2, 12,5% krijgt urgentieklasse 3 en 83,7% urgentieklasse 4. De urgente gevallen die voorkomen, zijn hartproblemen, bewustzijnsverlies, luchtwegobstructie, beroerte, heftige kortademigheid, acute buikklachten en diabetische ontregeling (Giesen et al., 2004). De klachten van patiënten bij spoedvisites van huisartsen zijn met name benauwdheid, acute buikpijn, koorts, een ongeval, flauwvallen en borstkassymptomen. Diagnosen die de huisartsen uiteindelijk stellen zijn hartziekte en beroerte, hyperventilatie, astma en acute bronchitis en maagdarm-infectie (De Bakker et al., 1999).

Paramedische zorg

Het grootste deel van de paramedische zorg wordt verleend door fysiotherapeuten. Per jaar heeft ongeveer 13% van de bevolking contact met deze hulpverlener (*tabel 3.24*). Gemiddeld worden patiënten 12,6 keer per episode door de fysiotherapeut behandeld. Per jaar komt dat neer op 18 zittingen per patiënt. Anderhalf procent van de mensen in Nederland heeft contact met een oefentherapeut Cesar of Mensendieck. De meeste patiënten bij de fysiotherapie en oefentherapie zijn vrouwen (60% bij fysiotherapie en 70% bij oefentherapie). Ongeveer 65 tot 70% is tussen de 25 en 64 jaar. Patiënten bij de fysiotherapeut zijn gemiddeld ouder dan die van oefentherapie Cesar en Mensendieck. Zie *bijlage 9* voor de verdeling naar leeftijd en geslacht per discipline.

Zoals verwacht, zien fysiotherapeuten en oefentherapeuten vooral mensen met klachten en aandoeningen aan het bewegingsstelsel: zo'n driekwart van hun consulten heeft hierop betrekking (*tabel 3.25*). De overige kwart betreft voor een belangrijk deel patiënten met (chronische) lichamelijke klachten en aandoeningen. Dat is niet verbaazingwekkend want oefentherapie is bijvoorbeeld ook geïndiceerd voor patiënten met cystic fibrosis, COPD en een beroerte.

Psychosociale hulpverlening

Eén tot anderhalf procent van de Nederlandse bevolking had in 2001 contact met een eerstelijnspsycholoog (zie *tabel 3.24*). Tweederde van deze patiënten was vrouw en ruim de helft was tussen de 25 en 44 jaar oud (zie *bijlage 9*). Jaarlijks heeft ruim 1% van de Nederlanders contact met het algemeen maatschappelijk werk (AMW).

Redenen voor contact met eerstelijnspsychologen en het AMW zijn psychische en sociale problemen (waaronder financiële) al dan niet in samenhang met (chronische) lichamelijke problemen. Alle contacten met deze hulpverleners vallen (per definitie) in het cluster psychische en sociale problemen (*tabel 3.25*), ook als een van de onder-

liggende problemen een chronische lichamelijke ziekte is. Dit heeft te maken met de wijze van registreren. Als een patiënt een eerstelijnspsycholoog bezoekt vanwege ernstige angstklachten die ontstonden na het krijgen van een hartinfarct, dan wordt de aanleiding tot dit contact geregistreerd als angstklachten of een angststoornis. Eigenlijk is hier dus sprake van comorbiditeit. Daaraan zal in *paragraaf 3.6* afzonderlijk aandacht worden besteed.

Het bieden van hulp bij sociale problemen behoort vooral tot het terrein van het algemeen maatschappelijk werk. In de praktijk is er echter sprake van een glijdende schaal in de richting van psychosociale problemen en psychische stoornissen. Voor een deel vertoont het werkterrein van het AMW daardoor overlap met dat van de eerstelijnspsychologen. Daarbij blijkt dat lager opgeleiden vaker bij het AMW aankloppen en hoger opgeleiden eerder een beroep doen op de eerstelijnspsycholoog (zie *paragraaf 3.5*).

Thuiszorg

Van alle Nederlanders maakt een kleine vijf procent gebruik van de thuiszorg (in 2001) (*tabel 3.24*). Ongeveer de helft hiervan is huishoudelijke verzorging en alpha-hulp. De andere helft is persoonlijke verzorging en verpleging (zie noot g onder *tabel 3.24*). Het zijn voornamelijk oudere vrouwen die gebruik maken van de thuiszorg: driekwart van de gebruikers is vrouw, en 80% is ouder dan 65 jaar (*bijlage 9*). Naast leeftijd en geslacht zijn woonvorm en inkomen belangrijke determinanten van het gebruik van thuiszorg. Mensen in een tweepersoonshuishouden hebben vaker iemand die mantelzorg kan geven en maken dan ook minder vaak gebruik van thuiszorg dan mensen die alleen wonen. Mensen met een hoger inkomen hebben vaker particuliere hulp en maken daarom minder vaak gebruik van thuiszorg voor zover het hulp in de huishouding betreft (De Klerk, 2002).

Verder zijn het vooral de chronisch zieken die thuiszorg ontvangen: 44% van de ontvangers van thuiszorg heeft een chronische ziekte en 15% een (chronische) ziekte van het bewegingsapparaat (*tabel 3.25*). Dit geldt grosso modo voor alle vormen van thuiszorg. Er zijn een paar relatief kleine verschillen. Zo wordt de alpha-hulp verhoudingsgewijs wat vaker ingezet bij mensen met een ziekte van het bewegingsapparaat. Overigens zijn niet de ziekten zelf maar de daarmee samenhangende beperkingen essentieel voor het verkrijgen van toegang tot de thuiszorg. Er is dan ook een zeer sterk verband tussen de ernst van beperkingen en het gebruik van thuiszorg. Van degenen met geen, lichte of matige beperkingen heeft 2-15% thuiszorg, terwijl de helft van de mensen met ernstige beperkingen thuiszorg heeft (De Klerk, 2002).

Verloskundige zorg

Per jaar worden in Nederland ruim 200.000 baby's geboren (in 2002 waren het bijna 205.000 levendgeborenen). In verband met meerlinggeboorten zijn dit iets minder zwangerschappen (in 2002 namelijk 199.205). Als alle zwangere vrouwen verloskundige zorg hebben ontvangen gedurende gemiddeld 32 weken (30 weken prenatale en 2 weken natale zorg), komt dit komt neer op zorggebruik door 2,0% van de totale

bevolking per jaar (*tabel 3.24*).

Deze zorg wordt verleend door de verloskundige, de huisarts en/of de gynaecoloog. Verloskundigen nemen het leeuwendeel van de pre- en postnatale zorg voor hun rekening. Ongeveer driekwart van de bevallingen vindt plaats in het ziekenhuis (CBS-Statline, 2004). Echter, ook van alle vrouwen die onder begeleiding van een gynaecoloog zijn bevallen, is een belangrijk deel tijdens de zwangerschap begeleid door een verloskundige in de eerste lijn. Alle verloskundige zorg valt per definitie in het cluster vruchtbaarheid, zwangerschap, bevalling en geboorte (*tabel 3.25*).

Spoedeisende hulp

Op afdelingen spoedeisende eerste hulp (SEH) van ziekenhuizen vinden jaarlijks gemiddeld 1,6 miljoen behandelingen plaats (Stam, 2004). Van de 100 mensen die de SEH bezoeken in verband met acute problematiek komen er 54 op eigen initiatief, 28 zijn doorverwezen door de huisarts, 4 komen met de ambulance, 8 komen van elders (bijvoorbeeld van een verpleegafdeling van hetzelfde of een ander ziekenhuis, politie, bedrijfsarts) en 4 komen van andere of onbekende plaatsen (Van Oort et al., 2001). In 61,7% van de behandelingen bij de SEH gaat het om letsel door een ongeval, geweld of zelfmutilatie en in de overige gevallen om een acute ziekte of aandoening of er is sprake van een controle (Stam, 2004). Veelvoorkomende acute klachten, ziekten of aandoeningen zijn: pijn op de borst, benauwdheid/kortademigheid, buikpijn, maag-darminfecties en maagzweren, urineweginfecties, (alcohol)intoxicaties, hoofdpijn, onwelwording en gynaecologische problemen (Van Geloven et al., 1998; Netten et al., 2002). Van de patiënten met acuut letsel is het grootste gedeelte man (59%). Ongeveer de helft is jonger dan 30 jaar (zie *bijlage 9*).

3.5 Verschillen in zorggebruik tussen sociale klassen en etnische groepen

Verschillen tussen sociale klassen

Gemiddeld genomen lijken gezondheidsproblemen vaker voor te komen in de lagere sociale klassen. Dit betekent in het algemeen dat deze groep ook meer gebruik maakt van de gezondheidszorg. Gegevens uit de patiëntenenquête van de Tweede Nationale Studie laten zien dat meer laagopgeleiden contact hadden met de huisarts dan hoogopgeleiden (51 versus 36% had contact in de twee maanden voorafgaand aan het interview). Ook gebruiken laagopgeleiden vaker medicijnen en hebben ze vaker thuiszorg. Het gebruik van fysiotherapie verschilt echter nauwelijks tussen de sociale klassen. En contact met psychosociale hulpverleners in de eerste of de tweede lijn is juist meer iets voor hoogopgeleiden: 30% van de hoogopgeleide en 15% van de laagopgeleide 25-plussers heeft volgens eigen zeggen ooit psychische of psychosociale hulp gehad (Van Lindert et al., 2004). Uitgesplitst naar de verschillende typen hulpverleners blijkt dat hoogopgeleiden vaker hulp hebben gehad van een vrijgevestigd psycholoog (eerstelijnspsycholoog of psychotherapeut) dan laagopgeleiden. Omgekeerd doen laagopgeleiden vaker een beroep op het algemeen maatschappelijk werk. Ook

de deelname aan screening voor baarmoederhalskanker is hoger onder vrouwen uit hogere sociaal-economische klassen (Bos et al., 1998).

Verschillen tussen etnische groepen

Huisartsenzorg

Allochtonen hebben over het algemeen meer gezondheidsklachten dan autochtonen (paragraaf 3.3). Dit vertaalt zich ook in meer contacten met de huisarts. Heeft 42% van de autochtone bevolking de afgelopen twee maanden contact gehad met de huisarts, van de allochtonen is dit 51%. Van de vier grootste allochtone groepen hebben Surinamers het vaakst contact met de huisarts (54%) en Marokkanen het minst (48%) (Van Lindert et al., 2004). Ook uit ander onderzoek blijkt dat de huisarts een laagdrempelige voorziening is voor mensen van allochtone afkomst. Zelfs als rekening wordt gehouden met hun relatief slechtere gezondheid, bezoeken Turken, Marokkanen en Surinamers vaker de huisarts (Weide & Foets, 1997; Bruijnzeels, 2001). Ook krijgen deze allochtone groepen vaker medicijnen voorgeschreven door de huisarts (Reijneveld, 1998; Bergen et al., 2003; Weide, 1998). Ook volgens gegevens van de Tweede Nationale Studie krijgen allochtonen vaker medicijnen voorgeschreven, maar opvallend is dat ze deze minder vaak gebruiken.

Paramedische zorg

Verschillen tussen allochtonen en autochtonen in contact met de fysiotherapeut zijn niet eenduidig. De Tweede Nationale Studie en de Utrechtse gezondheidspeiling vinden geen verschillen tussen allochtonen en autochtonen (Van Lindert et al., 2004; Bergen et al., 2003). Amsterdams onderzoek laat echter zien dat Turken en Marokkanen minder vaak de weg naar de fysiotherapeut en andere paramedici weten te vinden (Van der Meer, 2001).

Psychosociale hulpverlening

Meer allochtonen dan autochtonen lijken contact te hebben met psychische en psychosociale hulpverleners in de eerste of tweede lijn (inclusief ambulante verslavingszorg). Van de onderzochte volwassen allochtonen die deelnamen aan de enquête van de Tweede Nationale Studie zegt 11% het afgelopen jaar psychosociale hulp te hebben gehad, van de autochtonen was dit 6% (Van Lindert et al., 2004). Antillianen hebben het vaakst contact en Marokkanen het minst. Uit ander onderzoek blijkt echter dat allochtonen gemiddeld minder contacten hebben dan autochtonen, wat waarschijnlijk te maken heeft met een relatief hoge drop-out van allochtone groepen (RVZ, 2000). Allochtonen voelen zich in contacten met zorgverleners vaak onbegrepen of niet serieus genomen (Weide, 1998; Bruijnzeels, 2001). Dit aspect geldt overigens niet alleen voor de psychosociale hulpverleners, maar ook voor huisartsen en andere zorgverleners.

Thuiszorg

Veel onderzoek wijst erop dat allochtonen de weg naar de thuiszorg veel minder vaak weten te vinden. Het gebruik van thuiszorg onder allochtone groepen is dan ook laag.

Dit blijkt bijvoorbeeld uit cijfers over het lenen van hulpmiddelen en het gebruik maken van maaltijdvoorziening, gezinsverzorging en wijkverpleging (Weide, 1998; Van der Meer, 2001). De lagere consumptie van thuiszorg onder allochtonen heeft ook te maken met de beschikbaarheid van mantelzorg. Veel Marokkaanse, Turkse, Antilliaanse en Surinaamse ouderen ontvangen hulp van hun kinderen. (Weide, 1998, Poort et al., 2001). De patiëntenenquête van de Tweede Nationale Studie laat overigens geen verschil tussen allochtonen en autochtonen zien in het gebruik van thuiszorg. Wel zijn er verschillen binnen de groep allochtonen: Marokkanen maken het minst gebruik van thuiszorg, Antillianen het meest (Van Lindert et al., 2004).

Verloskundige zorg en kraamzorg

Turkse en Marokkaanse vrouwen bevallen veelal in het ziekenhuis (Korfker et al., 2002). Daarna doen zij minder vaak een beroep op kraamzorg dan autochtone moeders (Weide, 1998; Korfker et al., 2002). Zij blijken ook minder goed op de hoogte van de mogelijkheden en inhoud van kraamzorg.

3.6 Comorbiditeit, ketenzorg en complexe zorg

In dit hoofdstuk is de zorgbehoefte, zorgvraag en het zorggebruik beschreven voor clusters van ziekten. Hiervoor is gekozen om de ziektelast in de bevolking en de werklust voor de verschillende zorgaanbieders in de eerste lijn inzichtelijk te maken. Er is een matrix opgesteld waarbij per ziektecluster een beperkt aantal zorgverleners betrokken zijn. Er zijn echter ook zorgvragen die zich moeilijk laten vangen in deze matrix. Zo is er, zeker bij ouderen, vaak sprake van het gelijktijdig voorkomen van meerdere ziekten (comorbiditeit). Mensen met meerdere ziekten hebben dan ook meestal te maken met meerdere zorgverleners. Maar ook mensen met 'maar' één ziekte kunnen te maken hebben met meerdere zorgverleners. In een ideale situatie is er dan sprake van ketenzorg: de zorginspanningen van de verschillende zorgaanbieders vormen een samenhangend geheel. In de praktijk is echter vaker sprake van een versnipperd zorgaanbod. Complexe zorg, waarbij patiënten dusdanig gecompliceerde zorg nodig hebben dat hiervoor een multidisciplinair team nodig is, komt ook aan bod in deze slotparagraaf. Comorbiditeit, ketenzorg en complexe zorg hebben met elkaar gemeen dat verschillende zorgverleners met elkaar moeten samenwerken om optimale zorg te kunnen bieden.

Comorbiditeit

Comorbiditeit, het gelijktijdig voorkomen van verschillende ziekten bij dezelfde persoon, is bepaald geen zeldzaamheid. Afhankelijk van hoeveel ziekten in beschouwing worden genomen, heeft een bepaald deel van de bevolking comorbiditeit. In een onderzoek in een huisartsenpopulatie had maar liefst 79% van de ouderen met een chronische ziekte, een of meer comorbide aandoeningen (Van den Akker et al., 1999). Uit de gegevens van de Tweede Nationale Studie blijkt dat ongeveer 1 van de 5 geregistreerde patiënten in de huisartspraktijk te maken heeft met één gezondheidsprobleem (binnen één jaar), en dat ongeveer 55% van de patiënten te maken heeft met

Tabel 3.26: Aantal ziekten per persoon per jaar (Bron: Tweede Nationale Studie 2001 (contactregistratie en patiëntenenquête), Van Lindert et al., 2004).

Aantal diagnoses	Contactregistratie: aantal gezondheidsproblemen per patiënt in 1 jaar	Zelfrapportage van chronische aandoeningen
0	23,4	43,1
1	20,7	26,4
2	16,5	14,2
3	12,3	7,6
4	8,7	4,0
> 4	18,3	4,6

comorbiditeit (tabel 3.26). Hierbij moeten nog wel twee opmerkingen worden gemaakt. Ten eerste kunnen sommige combinaties van gezondheidsproblemen op den duur wijzen op één ziektebeeld. Ten tweede komen sommige diagnoses niet op hetzelfde moment binnen het registratiejaar voor. Strikt genomen is in deze situaties dan geen sprake van comorbiditeit. Zelfrapportage van chronische ziekten, een mogelijk betere manier van meten, geeft aan dat 30% van de mensen meerdere ziekten heeft (tabel 3.26).

De kwaliteit van leven van mensen met comorbiditeit is sterk verminderd. Dat geldt zowel voor mensen met meerdere lichamelijke ziekten of met meerdere psychische stoornissen als voor mensen met een combinatie van lichamelijke en psychische ziekten (Gijsen et al., 2001; Bijl & Ravelli, 2000).

Mensen met comorbiditeit gebruiken meer zorg. Dit komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in de kosten van zorg, ligduur in het ziekenhuis en bezoeken aan de (huis)arts (Gijsen et al., 2001). De gezondheidszorg in Nederland is echter slecht ingesteld op mensen met meer dan één chronische ziekte. Doordat de zorg overwegend gericht is op specifieke ziektebeelden, moet de patiënt met comorbiditeit noodgedwongen vaak zelf de zorg coördineren. De huisarts kan hierbij wel een belangrijke rol spelen. Hij of zij is de zorgverlener die van de meeste gezondheidsproblemen van de patiënt op de hoogte kan zijn.

Ketenzorg en complexe zorg

Veel patiënten hebben te maken met verschillende zorgaanbieders. Dit geldt zowel voor patiënten met meerdere aandoeningen als voor patiënten met één ziekte. Zo kan een patiënt die een beroerte heeft doorgemaakt te maken hebben met de huisarts, een neuroloog, revalidatie, thuiszorg, een verpleeghuis, een logopodist, een fysiotherapeut en een ergotherapeut. Anders dan bij comorbiditeit, zijn er voor ketenzorg inmiddels vele, meestal regionale, initiatieven om de route van de patiënt door de keten te verbeteren. Voorbeelden zijn er voor beroerte, hartfalen, borstkanker, COPD en diabetes (www.cbo.nl, doorbraakprojecten). Voor diabetes staat een voorbeeld uitgewerkt in tekstblok 3.5.

Tekstblok 3.5: Voorbeeld ketenzorg: diabetesprogramma Midden-Brabant.*(Bron: <http://www.snellerbeter.nl>)*

Midden-Brabant kent een structureel zorgprogramma voor diabetes, met als doel meer samenhang in de zorg voor personen met diabetes. Dit is niet alleen van belang in het kader van multidisciplinaire behandeling en begeleiding, maar ook bij optredende comorbiditeit en complicaties. Het diabetesprogramma omvat een samenwerking tussen zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Monitoring van zorg is een structureel onderdeel. Het programma houdt in dat zowel hulpverleners in de eerste als in de tweede lijn gestructureerd en multidisciplinair aandacht besteden aan diabetes mellitus type 2.

Huisartsen (85% van de huisartsen in de regio participeren in het programma), internisten uit drie ziekenhuizen en diabetesverpleegkundigen en diëtisten uit eerste en tweede lijn werken samen op basis van een regionaal overeengekomen behandelstandaard en werkprotocollen. De diabeteszorg wordt dicht bij huis geboden en wordt in beginsel als huisartsentaak beschouwd. De huisarts wordt hierbij ondersteund door een praktijkassistente, een diabetesverpleegkundige

en waar nodig door een diëtist. Verder kan de huisarts een internist consulteren. Er bestaat een regionale richtlijn met concrete verwijscriteria richting tweede lijn. In de drie ziekenhuislocaties worden de verwezen diabetespatiënten behandeld door diabetesteams onder verantwoordelijkheid van diabetologen/ internisten.

Het diabetessteunpunt stuurt het diabetesprogramma transmuraal aan. Dit steunpunt omvat een management- en een expertisegroep, afkomstig uit de deelnemende organisaties, en wordt ondersteund door twee internisten. Het steunpunt ontwikkelt en bewaakt samenwerkingsafspraken, implementeert richtlijnen en protocollen, en zorgt voor kwaliteitsmanagement, nascholing, kennisuitwisseling, en coaching van huisartsen en diabetesverpleegkundigen.

Er bestaat een monitoringssysteem om de programmadoelstellingen en behaalde resultaten te kwantificeren. Hiervoor zijn indicatoren ontwikkeld. Alle zorgaanbieders ontvangen een benchmark op proces- en uitkomstindicatoren.

Complexe zorg betekent zorg voor patiënten met gecompliceerde problematiek die vraagt om een *multidisciplinaire* aanpak door een *multidisciplinair* team waarbij er sprake is van een zorgtraject over een langere termijn. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft becijferd dat van de 2,8 miljoen chronisch zieken in Nederland er 322.000 personen zijn die tot de groep van patiënten met complexe zorgvragen behoren (RVZ, 1998). Deze zorg vindt voor het grootste gedeelte extramuraal plaats. Bij deze extramurale, complexe zorgverlening moeten verschillende hulpverleners, zowel in de eerste als tweede lijn, samenwerken om de patiënt continue en integrale zorg te kunnen leveren. Wie met wie moet samenwerken is afhankelijk van de zorgvraag. Een voorbeeld is de thuisdialyse bij patiënten met nierfalen. Hierbij werken bijvoorbeeld de nefroloog, het regionale dialysecentrum en de huisarts samen. Het regionale dialysecentrum verzorgt de logistiek. De nefroloog is verantwoordelijk voor de medische begeleiding, en de huisarts wordt geraadpleegd als er thuis problemen optreden die geen verband lijken te houden met dialyse.

3.7 Uitdagingen voor de eerste lijn

In dit hoofdstuk hebben we de keten van gezondheidsproblemen in de bevolking, via zorgbehoefte en zorgvraag naar zorggebruik beschreven. Duidelijk is dat lang niet alle gezondheidsklachten in de bevolking tot zorggebruik leiden. Het eerste belangrijke filter in deze keten, het gezondheidsprobleem al dan niet omzetten in een zorgvraag, ligt voornamelijk bij de burger zelf, al is een kleinere rol weggelegd voor externe factoren zoals de organisatie van de zorg, reistijd, media-aandacht voor bepaalde ziekten en sociaal-culturele en financiële aspecten (RVZ, 2004). Uit de hier gepresenteerde gegevens blijkt dat mensen voor een groot deel van hun gezondheidsklachten geen hulp zoeken. Dit geldt bijvoorbeeld voor bijna alle malaiseklachten, maar bijvoorbeeld ook voor veel infecties, klachten van het bewegingsapparaat en psychische problematiek. Zelfs voor veel chronische lichamelijke ziekten bezoeken patiënten lang niet altijd de huisarts (Van der Linden et al., 2004). Van de patiënten die aangeven last te hebben van migraine of regelmatige ernstige hoofdpijn, artrose, urine-incontinentie, vernauwing van de bloedvaten in de buik of benen of psoriasis, is slechts 20% met die ziekte bekend bij de huisarts. Een aandoening als diabetes of hartziekte is wel meestal bij de huisarts bekend omdat de patiënt daarvoor contact heeft gehad met huisarts of specialist (Van der Linden et al., 2004).

Het eerste filter houdt dus een deel van de zorgvraag tegen. Maar de vraag is vervolgens of dit wenselijk is: houdt het filter niet te veel tegen? Of houdt het juist te weinig tegen? Ofwel, aarzelen mensen te lang om zorg te vragen waardoor zijzelf of hun systeem (partner, gezin, familie, werk, burens, vrienden) onnodige gezondheidsschade oploopt of overbelast raakt, of doen mensen te snel en onnodig een beroep op de zorg? Een duidelijk antwoord op deze vragen valt op basis van de beschikbare gegevens niet te geven. Hoogstens kunnen we enkele bevindingen uit de literatuur noemen. Een aanwijzing voor een te weinig doorlaatbaar filter wordt gevonden in het verschil tussen de hoge prevalentiecijfers van ziekten zoals gevonden in epidemiologisch bevolkingsonderzoek en de lagere prevalentiecijfers zoals gevonden in zorgregistraties (Van Oers, 2002). Blijkbaar zijn veel patiënten met dusdanige ziektekenmerken dat zij als ziek kunnen worden gediagnosticeerd, (nog) niet in behandeling. In hoeverre dit ongewenst is, is daarmee echter nog niet zo duidelijk. Voor sommige aandoeningen lijkt het wel gewenst dat patiënten vroeg opgespoord en behandeld worden, voor andere is er mogelijk geen adequate behandeling beschikbaar en is het maar de vraag of de zorg veel kan bijdragen aan de vermindering van de ziektelast. Een aanwijzing voor een te sterk doorlatend filter is dat huisartsen schatten dat in 26% van alle consulten patiënten met klachten komen die de patiënten zelf hadden kunnen oplossen of die vanzelf overgaan. Een panelonderzoek onder 157 huisartsen wees uit dat 14% van de patiënten echt onnodig komt (RVZ, 2004). Er is aan de huisartsen niet gevraagd of zij een schatting konden geven van het percentage patiënten dat te laat hulp zoekt. Van de patiënten zelf vindt 4% dat ze wel eens te snel (en daardoor vaker dan nodig) naar de huisarts gaan (onderzoek onder ± 1.000 consumenten; TNS-NIPO, 2004). De perceptie van mensen is dat de dokter veel kan genezen. Zo denkt 32% van de mensen dat de huisarts een diarree sneller kan doen overgaan dan zichzelf.

Wel is het zo dat mensen bij alledaagse kwalen minder verwachten dan 15 jaar geleden dat de huisarts er wat aan kan doen (Schellevis & Westert, 2004). In een onderzoek op een huisartsenpost werd door huisartsen 14% van de contacten onterecht genoemd en 46% onterecht maar invoelbaar (de angst van de patiënt was begrijpelijk) (IJzermans et al., 2002). Blijkbaar zijn er toch nog behoorlijk wat mensen die het zorgsysteem belasten met kwalen die zij met meer kennis en zelfvertrouwen zelf hadden kunnen oplossen.

Samenvattend lijkt het erop dat het filter tussen gezondheidsklachten in de bevolking en de zorgvraag bij de huisarts voor sommige, soms ernstige ziekten te weinig doorlaat, en voor veel alledaagse klachten juist te veel.

De gezondheidsklachten waarvoor mensen wel bij de huisarts komen, worden voor het allergrootste gedeelte door de huisarts zelf gediagnosticeerd en behandeld. Daarnaast verwijst de huisarts in zo'n anderhalf procent van de deelcontacten naar andere eerstelijnsvoorzieningen. Dit geldt met name voor klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat, waarvoor patiënten doorverwezen worden naar fysiotherapeuten en oefentherapeuten. In slechts 1,9% van alle deelcontacten met de huisarts wordt de patiënt doorverwezen naar de tweede lijn (Cardol et al., 2004). Patiënten die doorverwezen worden zijn vaak patiënten met chronische ziekten, ziekten en aandoeningen van het bewegingsapparaat of overige lichamelijke klachten en aandoeningen. Als we de cijfers over verwijzingen naar de tweede lijn afmeten aan het aantal ingeschreven personen in de huisartspraktijk, wordt 15% jaarlijks verwezen naar de tweede lijn. Voor 25 ziekten kon nagegaan worden of het verwijzen van de huisarts naar de fysiotherapeut en tweede lijn conform de NHG-Standaarden was uitgevoerd. In 89% van de zorgepisoden was dit het geval (Braspenning et al., 2004).

Concluderend kunnen we stellen dat bijna iedereen in Nederland regelmatig gezondheidsklachten ervaart (al was het maar een verkoudheid of hoofdpijn), een groot aantal mensen ernstiger, veelal chronische aandoeningen rapporteert (zoals migraine, COPD of artrose), velen een acuut lichamelijk letsel oplopen en eveneens een grote groep een psychisch probleem heeft. Verder blijkt dat de spreiding van ongezondheid over de bevolking ongelijk is: sommige individuen, met name ouderen, hebben meerdere ziekten tegelijk (comorbiditeit), en in sommige regio's en onder sommige bevolkingsgroepen komen bepaalde ziekten vaker voor dan in andere regio's en onder andere bevolkingsgroepen. Deze gezondheidsverschillen bestaan vaak in combinatie met sociale en financiële problemen. Slechts een klein deel van dit brede scala aan gezondheidsproblemen wordt gepresenteerd aan de gezondheidszorg. Hiervan wordt het grootste deel binnen de eerstelijnszorg opgevangen. Het gaat dan om de zorgtypen (in volgorde van het percentage Nederlanders dat er gebruik van maakt) huisartsenzorg, farmaceutische zorg, fysiotherapie, thuiszorg, verloskundige zorg, oefentherapie Cesar/Mensendieck, eerstelijns psychische zorg en algemeen maatschappelijk werk.

Redenerend vanuit de gezondheidstoestand staat de eerste lijn voor de taak: a) het aanbod van de vele relatief milde ziektegevallen (inclusief normale zwangerschap en

bevalling) in goede banen te leiden, zowel tijdens kantooruren als 's avonds, 's nachts en in het weekend (zonder daarbij de 'niet pluis' gevallen te missen); b) de zorg voor chronisch zieken te organiseren; c) acute problematiek efficiënt af te handelen of te verwijzen; d) veel voorkomende psychische problematiek op te sporen en efficiënt te behandelen; e) complexe problematiek te managen; en f) aan bepaalde gezondheidsrisico's bij specifieke bevolkingsgroepen extra aandacht te schenken.

De eerste lijn zal niet alleen deze taken moeten (blijven) uitvoeren, maar staat ook voor de uitdaging de eerder besproken knelpunten aan te pakken. Daarbij zal rekening gehouden moeten worden met toekomstige ontwikkelingen. Wat zijn de effecten van bevolkingsgroei en vergrijzing? En zijn er veranderingen in het voorkomen van ziekten te verwachten? En hoe beïnvloeden deze vervolgens het zorggebruik in de eerste lijn? Deze en andere vragen komen aan de orde in het volgende hoofdstuk.

4 TOEKOMSTVERKENNING VAN DE ZORGVRAAG

H.F. Treurniet, M.J.J.C. Poos, D.J. Griffioen & J.J. Polder

4.1 Inleiding

Dit rapport gaat over de toekomst van de eerstelijnszorg in Nederland. In het vorige hoofdstuk stond de actuele situatie centraal, waarbij specifiek werd ingegaan op zorgbehoefte, zorgvraag en zorggebruik. Op basis van die gegevens wordt in dit hoofdstuk een verkenning gemaakt van de zorgvraag in 2010 en 2020. Daarbij komen naast kwantitatieve gegevens ook kwalitatieve overwegingen aan de orde. Allereerst wordt ingegaan op demografische ontwikkelingen: de toekomstige groei en samenstelling van de bevolking (*paragraaf 4.2*). Aansluitend beschrijven we enkele markante epidemiologische ontwikkelingen (*paragraaf 4.3*). De consequenties hiervan voor de zorgvraag worden doorgerekend in respectievelijk *paragraaf 4.4* en *paragraaf 4.5*. In *paragraaf 4.6* worden de bevindingen samengevat en besproken. *Paragraaf 4.7*, ten slotte, gaat in op factoren die naast demografische en epidemiologische veranderingen de zorgvraag beïnvloeden. De methodologische verantwoording is te vinden in *bijlage 10*.

4.2 Groei en samenstelling van de bevolking in de toekomst

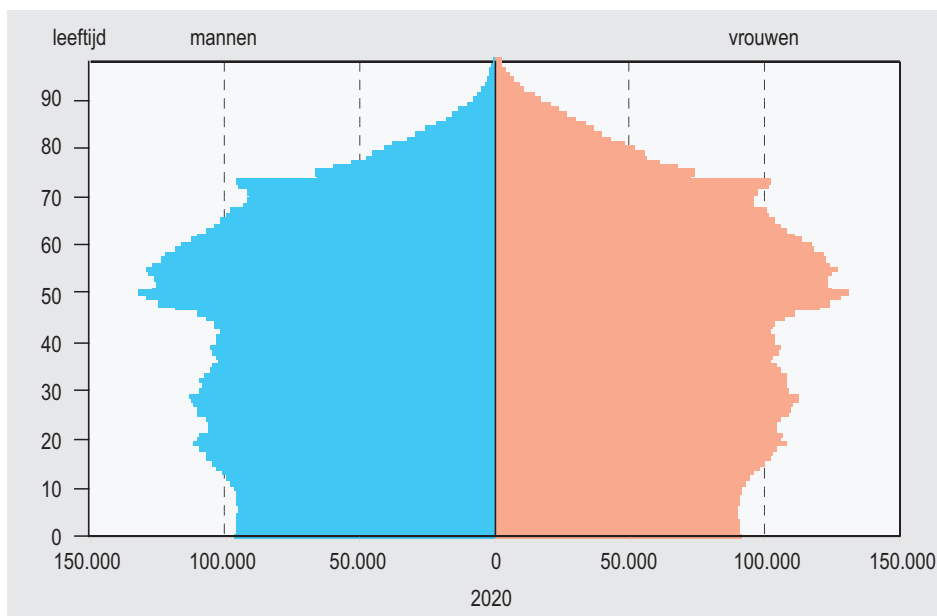
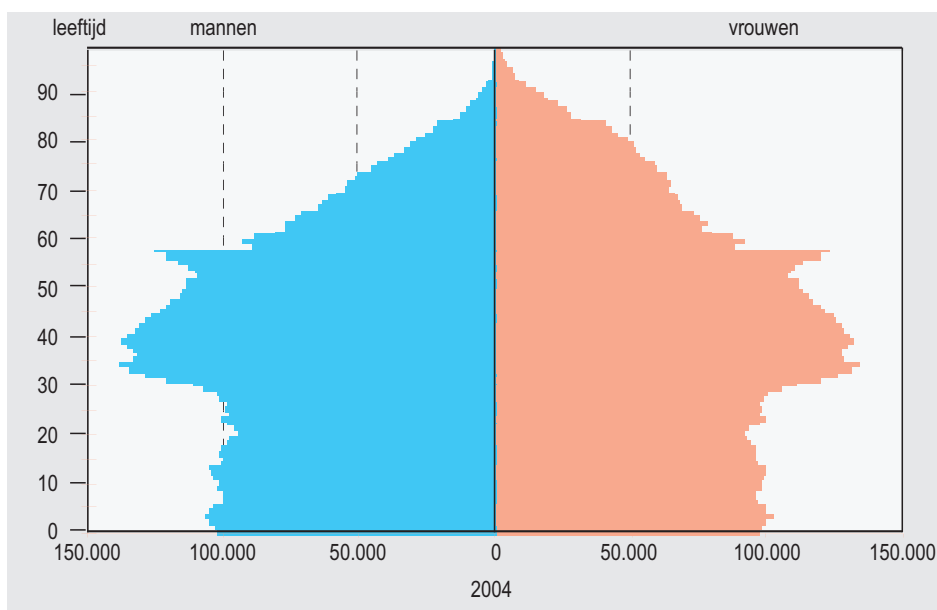
Aandeel oudere Nederlanders stijgt

Het aantal inwoners van Nederland neemt volgens de bevolkingsprognose van het CBS uit 2002 in de periode 2004-2020 toe met 5,6% (De Jong, 2003). Absoluut gaat het om een toename van ongeveer 916.000 personen. Het aandeel 65-plussers in de bevolking neemt in dezelfde periode naar verwachting toe met 46% (van 13,9% in 2004 naar 18,7% in 2020). Het aantal 85-plussers, de bevolkingsgroep waarin personen de grootste claim leggen op met name de huisartsenzorg (*hoofdstuk 3*), zal tussen 2004 en 2020 toenemen met 36% (*tabel 4.1*). De grootste stijging in deze groep komt overigens pas na 2020: in de periode 2020-2049 verdubbelt het aantal 85-plussers bijna.

Tabel 4.1: Omvang van de bevolking, aantal levendgeborenen en aantal overledenen in 2004, 2010 en 2020 (Bron: De Jong, 2003).

	2004	2010	2020
Totale bevolkingsomvang	16.320.000	16.700.000	17.240.000
Aantal levend geboren	197.500	181.900	189.400
Aantal 65-plussers	2.211.000	2.508.000	3.220.000
Aantal 85-plussers	239.000	287.000	325.000
Aantal overledenen	144.200	155.600	175.500

In *figuur 4.1* is goed te zien hoe de geboortegolf van na de Tweede Wereldoorlog steeds ouder wordt. Het aantal levendgeborenen, dat in 2002 nog op ruim 200.000 lag, zal in de komende periode dalen tot 181.100 en daarna weer geleidelijk toenemen.



Figuur 4.1: De bevolking in Nederland naar leeftijd en geslacht in 2004 en 2020 (Bron: De Jong, 2003).

Tabel 4.2: Huishoudenssamenstelling van de Nederlandse bevolking in 2004, 2010 en 2020 (De Jong & Van Huis, 2030a, 2030b).

	Aantal éénpersoons- huishoudens (%)	Aantal éénouder- huishoudens (%)	Totaal aantal huishoudens
2004	2.469.000 (34,8%)	431.000 (6,1%)	7.089.000
2010	2.727.000 (36,7%)	469.000 (6,3%)	7.427.000
2020	3.117.000 (39,2%)	511.000 (6,4%)	7.953.000

De bevolkingsprognoses zijn uiteraard omgeven met onzekerheid, en daarom presenteert het CBS bij de prognoses ook betrouwbaarheidsintervallen. Die betrouwbaarheidsintervallen worden in deze paragraaf niet beschreven, maar we gebruiken ze wel bij onze demografische verkenningen (*paragraaf 4.4*).

De samenstelling van huishoudens verandert

Het aantal huishoudens zal in de periode 2004-2020 toenemen met 12,2% van bijna 7,1 naar bijna 8,0 miljoen. De gemiddelde huishoudensgrootte neemt af, het aantal éénpersoonshuishoudens neemt in de genoemde periode toe met 26,2% en het aantal éénouderhuishoudens neemt toe met 18,5%. De verwachting is dat de institutionele bevolking (personen die langer dan een jaar in een instelling verblijven, zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen, kindertehuizen, opvoedingsinternaten, revalidatiecentra en gevangenis) in de periode tot ongeveer 2020 daalt van 202.000 naar 154.000 en daarna weer toeneemt. De afname in de eerste periode komt omdat steeds meer ouderen in zogenaamde serviceflats wonen die door het CBS niet als instituten worden beschouwd. De toename die er op volgt komt doordat het aantal oude ouderen in die periode sterk gaat toenemen (De Jong & Van Huis, 2003a, 2003b).

Percentage allochtonen zal toenemen

In 2004 is 19% van de bevolking in Nederland allochtoon. Dit percentage zal in de periode 2004-2020 toenemen tot 24%. Van de allochtonen is 52% van de eerste generatie en 48% van de tweede generatie. Het aandeel tweede generatie allochtonen zal tot 2050 langzaam stijgen tot 52%. De groep van allochtonen bestaat voor 46% uit westerse allochtonen en voor 54% uit niet-westerse. In 2050 zal naar verwachting nog 39% van de allochtonen westerse zijn (Alders, 2003).

4.3 Ontwikkelingen in de volksgezondheid

Behalve demografische ontwikkelingen, zijn er epidemiologische ontwikkelingen die de toekomstige volksgezondheid (en dus ook de zorgvraag) bepalen. Als we terugkijken over een periode van tien jaar is goed zichtbaar dat de dynamiek van de volksgezondheid niet alleen wordt bepaald door demografie. In deze paragraaf geven we een overzicht van epidemiologische ontwikkelingen in het verleden. In *paragraaf 4.5* zullen we gebruik maken van deze ontwikkelingen uit het verleden om toekomstige ontwikkelingen te verkennen.

Tabel 4.3: Rangordening van ziekten en aandoeningen op basis van grootste veranderingen in de periode 1990-2000^a.

	Prevalentie	Incidentie
Sterkste stijgers	Astma Staar Diabetes mellitus (mannen) COPD (vrouwen) Osteoporose (vrouwen)	Blaasontsteking (vrouwen) Privé-ongevallen Depressieve stoornissen (vrouwen) Diabetes mellitus (vrouwen) Angststoornissen
Sterkste dalers	Nek- en rugklachten (mannen) Aangeboren afwijkingen hartvaatstelsel Ziekte van Parkinson (vrouwen) Maagzweer (vrouwen)	Bovenste luchtweginfecties Infecties maagdarmkanaal (mannen) Sportblessures Longkanker (mannen) Maagkanker

a de resultaten zijn verkregen door een lineaire regressie-analyse uit te voeren op gegevens over incidentie en prevalentie voor de 53, voor VTV geselecteerde, ziekte(groepen). Er is gecorrigeerd voor veranderingen in de omvang en samenstelling van de bevolking naar leeftijd. Welke bronnen per ziekte gebruikt zijn, is te vinden in Van Oers (2002). Ziekten met de sterkste stijging/ daling staan steeds bovenaan. Alle veranderingen zijn statistisch significant.

Tabel 4.3 bevat de ziekten en aandoeningen die volgens de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 de grootste veranderingen laten zien in de afgelopen tien jaar (Van Oers, 2002; www.nationaalkompas.nl) (voor een overzicht van trends in 53 ziekten zie *bijlage 11*). Met groot wordt hier bedoeld dat de toe- of afname absoluut gezien groot is. Astma blijkt bijvoorbeeld steeds vaker voor te komen, evenals staar, diabetes mellitus bij mannen en privé-ongevallen. Nek- en rugklachten daarentegen laten een dalende trend zien en dit geldt ook voor aangeboren afwijkingen van het hartvaatstelsel en bovenste luchtweginfecties (waaronder verkoudheid). In het vervolg van deze paragraaf worden enkele markante trends en de achtergronden ervan beschreven, waarbij we de clusterindeling uit *hoofdstuk 2* aanhouden (*bijlage 6*). Het gaat hierbij nadrukkelijk om een globaal overzicht. We streven hier niet naar volledigheid.

Infectieziekten

De incidentie van bovenste luchtweginfecties in de huisartspraktijk is in de periode 1990-2000 bij mannen gedaald. Mogelijk weerspiegelt deze afname alleen een veranderde zorgvraag en niet een echte daling. Dit heeft te maken met het feit dat neusdruppels en hoestdranken sinds 1994 niet langer vergoed worden (Van de Lisdonk et al., 2003). In zijn algemeenheid geldt trouwens dat mensen minder nut verwachten van het consulteren van de huisarts bij minder ernstige aandoeningen zoals verkoudheid (Cardol, 2004). Ook de incidentie van maagdarminfecties bij mannen is afgenomen. Daartegenover staat een toename in de incidentie van blaasontsteking bij vrouwen. Mogelijk heeft dit laatste te maken met een stijging van het aantal mensen met diabetes mellitus. Deze patiënten hebben namelijk meer kans op een urineweginfectie.

Chronische lichamelijke ziekten

Diabetes, astma en COPD zijn volgens de CMR-Nijmegen tussen 1990 en 2000 toegenomen. De sterke toename van diabetes mellitus is mede een gevolg van de toegenomen alertheid op symptomen, door huisartsen en patiënten zelf. Ook de stijgende trend in overgewicht speelt een rol. Overigens is het aantal ziekenhuisopnamen voor diabetes gedaald. Kennelijk leidt diabetes minder vaak tot complicaties, mogelijk door een betere behandeling in de eerste lijn en polikliniek.

De toename van COPD zien we alleen bij vrouwen en kan voor het grootste deel toegeschreven worden aan het feit dat steeds meer vrouwen zijn gaan roken. Waarom het aantal mensen met astma is gestegen, is grotendeels onduidelijk. Onderzoek geeft aan dat een steeds groter deel van de kinderen en jongeren allergisch en astmatisch is. Men veronderstelt een relatie met ongunstige aspecten van de westerse leefstijl, zoals (passief) roken, sommige voedingsgewoonten en lichamelijke inactiviteit. Overigens lijkt de stijging van astma na 2000 te zijn afgevlakt.

Klachten en aandoeningen van het bewegingsapparaat

In de periode 1990-2000 is de prevalentie van nek- en rugklachten bij mannen in de huisartsenregistratie CMR-Nijmegen met 18% gedaald. Het kan dus zijn dat nek- en rugklachten in de algemene bevolking minder voorkomen dan voorheen, maar het is ook niet uit te sluiten dat mensen er minder snel mee naar de huisarts gaan. De prevalentie van andere aandoeningen van het bewegingsapparaat, zoals reumatoïde artritis in de CMR-Nijmegen is voor mannen juist gestegen met 70%, en de prevalentie van osteoporose voor vrouwen met 118%. De trends in het vóórkomen van perifere artrose laten geen opvallende veranderingen zien.

Acute lichamelijke letsels

Het aantal behandelingen voor privé-ongevallen bij de spoedeisende eerste hulp is in de periode 1990-2000 toegenomen met 17%. De toename is waarschijnlijk het gevolg van het feit dat mensen meer vrije tijd hebben en die ook steeds actiever besteden. Ook zijn ouderen steeds langer lichamelijk actief. Daartegenover staat echter een afname van het aantal sportblessures (met 16% in dezelfde periode). Mogelijke verklaringen zijn de afname in het percentage dat wekelijks sport en de groeiende populariteit van minder risicovolle sporten zoals zwemmen, fietsen en wandelen.

Overige lichamelijke ziekten en klachten

Vermoeidheid is een klacht die veel voorkomt binnen het cluster overige lichamelijke ziekten en klachten. De afgelopen vijftien jaar is het aantal moeheidsklachten sterk toegenomen. Deze toename geldt voor mannen en vrouwen, jongeren en ouderen, en mensen van alle opleidingsniveaus. Mogelijk hangt dit samen met veranderingen in onze samenleving, die steeds hogere eisen aan mensen stelt. Ook kan de toename van klachten te maken hebben met een veranderende cultuur: 'moe zijn mag' (Bensing & Van Lindert, 2003). Vermoeide mensen maken relatief veel gebruik van de gezondheidszorg.

Psychische en sociale problemen

De prevalentie van functionele klachten in de CMR-Nijmegen is in de periode 1990-2000 gedaald. Een groot deel van deze klachten wordt waarschijnlijk steeds vaker onder de noemer van angststoornissen en depressieve stoornissen gebracht. De prevalentie van deze psychische problemen is in de huisartspraktijk namelijk sterk gestegen (Van de Lisdonk et al., 2003; Van Oers, 2002). Of deze stijging ook een toegenomen prevalentie in de bevolking impliceert is niet duidelijk. De stijging in de huisartspraktijk weerspiegelt in elk geval (ook) een toegenomen tendens om met deze problemen naar de huisarts te gaan alsmede een toegenomen alertheid van de huisarts. Hier speelt zeker ook mee dat huisartsen de aandoeningen beter herkennen, dat de therapeutische mogelijkheden zijn verbeterd, onder andere door de beschikbaarheid van nieuwe geneesmiddelen, en dat er standaarden voor diagnostiek en behandeling zijn geïntroduceerd.

Vruchtbaarheid, zwangerschap, en geboorte

Het percentage vrouwen dat orale anticonceptie gebruikt is sinds begin jaren tachtig tot halverwege de jaren negentig sterk gestegen. In 1981 gebruikte 27% van de vrouwen tussen de 16 en 49 jaar de anticonceptiepil, in 1996 was het aandeel toegenomen tot 45%. Sindsdien is dit percentage niet of nauwelijks verder gestegen, en de laatste jaren is er zelfs een lichte daling te zien (De Graaf, 2004). De huisartsenregistratie CMR-Nijmegen laat zien dat het gebruik van de anticonceptiepil in de jaren negentig schommelde rond de 23% van alle vrouwen. Echter, vanaf 1999 is ook hierin een lichte daling waarneembaar, tot 21% (Van de Lisdonk et al., 2003).

4.4 Effecten van demografische veranderingen op de zorgvraag

De zorgvraag verandert als gevolg van demografische veranderingen (*tabel 4.4*; voor een uitsplitsing naar ziektecluster, zie *bijlage 12*). Hier is het effect van groei en vergrijzing van de bevolking doorgerekend.

Voor nagenoeg alle disciplines geldt dat de zorgvraag zal toenemen als gevolg van groei en vergrijzing van de bevolking. Deze toename is het grootst in de thuiszorg, met name voor verpleging, en verder met geringe verschillen tussen de andere thuiszorgproducten. Ook de vraag naar fysiotherapie en huisartsenzorg neemt relatief sterk toe. De huisarts gaat beduidend meer recepten uitschrijven (ruim 5% meer in 2010 en ruim 16% meer in 2020), en daardoor zal ook de vraag naar de diensten van de apothekers toenemen. Binnen de huisartsenzorg neemt de zorg voor chronisch ziekten het sterkst toe. Voor oefentherapie Mensendieck en Cesar alsmede voor spoedeisende eerste hulp (SEH) is de toename minder groot. De verloskundigen en eerstelijnspsychologen kunnen naar verwachting, alleen gelet op de bevolkingsontwikkeling, zelfs een afname van de zorgvraag tegemoet zien. Voor de verloskundigen treedt er na 2012 wel weer een toename op, omdat het aantal levendgeborenen dan naar verwachting zal stijgen (*paragraaf 4.1*).

Tabel 4.4: Demografische groeicijfers (%) voor de periode 2005-2010 en 2005-2020 naar discipline.

Sector/ discipline	2005-2010			2005-2020		
	%	95% interval ^a		%	95% interval ^a	
		onder-grens	boven-grens		onder-grens	boven-grens
Huisartsenzorg						
contacten	3,4	-0,8	7,2	10,6 ^b	0,2	20,8
recepten	5,3	1,0	9,2	16,4	5,6	27,2
Verloskundige zorg	-5,1	-19,8	8,8	-1,6	-24,7	20,3
Fysiotherapie	3,3	0,1	6,5	9,3	1,1	18,2
Oefentherapie Mensendieck	1,2	-2,0	4,9	4,5	-3,4	13,9
Oefentherapie Cesar	1,0	-2,1	4,5	2,3	-5,7	11,8
Thuiszorg	6,6	-0,6	13,2	24,1 ^c	6,2	41,8
verpleging	8,3	0,7	15,5	28,5	9,1	48,0
verzorging	6,6	-0,6	14,4	22,7	2,4	43,6
huishoudelijke verzorging	6,2	-0,1	12,0	23,9	8,0	39,1
alpha-hulp	5,9	-0,2	11,5	24,3	8,7	38,5
AMW	0,3	-3,0	3,9	0,8	-7,2	10,2
Eerstelijns psychologische zorg	-0,8	-4,0	2,9	-2,0	-9,5	7,3
SEH (alleen letsel)	0,9	-3,4	5,0	3,0	-7,6	13,6

a in dit betrouwbaarheidsinterval is alleen rekening gehouden met de onzekerheid in de bevolkingsprognose. Het is gebaseerd op het 95%- betrouwbaarheidsinterval dat het CBS presenteert bij de bevolkingsprognose.

b 12,8% wanneer de CBS-huishoudensprognose gebruikt wordt, 10,6% wanneer de CBS-alloctonenprognose gebruikt wordt

c 31,4% wanneer de CBS-huishoudensprognose gebruikt wordt

Groei en vergrijzing is één aspect van demografische ontwikkelingen, een ander aspect is de toename van het aantal alloctonen en het aantal éénpersoonshuishoudens (zie ook *paragraaf 4.2*). Ook deze trends zullen naar verwachting de toekomstige zorgvraag beïnvloeden. Helaas schieten de gegevens tekort om voor alle disciplines de effecten van deze trends door te rekenen. Wel konden we berekeningen maken voor de huisartsenzorg en de thuiszorg: voor de huisartsenzorg verkenden we de effecten van het toenemend aantal alloctonen en van de veranderende huishoudenssamenstelling. Beiden bleken ze relatief weinig effect te hebben op het zorggebruik, los van de effecten van vergrijzing en groei van de bevolking (zie de voetnoot bij *tabel 4.4*). Voor de thuiszorg konden we alleen de effecten van veranderingen in de huishoudenssamenstelling doorrekenen. Daaruit bleek dat het toenemend aantal éénpersoonshuishoudens leidt tot een extra toename van de vraag naar thuiszorg met ongeveer 7 procentpunten voor elk van de onderscheiden producten.

4.5 Effecten van epidemiologische veranderingen op de zorgvraag

Los van veranderingen in demografie zijn er veranderingen in het ziektepatroon die de zorgvraag beïnvloeden. We presenteren in de tabellen steeds twee varianten, waarvan de berekening kort is weergegeven in *tekstblok 4.1* en uitgebreid beschreven is in *bijlage 10* en *bijlage 11*. Kort gezegd komt het erop neer dat we twee verschillende aannames maken met betrekking tot de toekomstige trend in het zorggebruik. De resultaten van de analyse zijn weergegeven in *tabel 4.5* (voor een uitsplitsing naar ziektecluster, zie *bijlage 13*).

Tekstblok 4.1: Epidemiologische verkenningen.

In de epidemiologische verkenningen nemen we de resultaten van trendanalyses uit de VTV-2002 mee. Hierbij wordt verondersteld dat de zorgvraag in de toekomst ten gevolge van een ziekte volgens dezelfde lineaire trend verloopt als de trend in het voorkomen van die ziekte in de periode 1990-2000 (tenminste, als die trend significant was). Echter, aangezien binnen elk ziektecluster maar een gedeelte van alle ziekten beschreven is in VTV-2002, moet voor de overige ziekten een

aanname gemaakt worden. Daarbij zijn steeds 2 varianten doorgerekend. In variant 1 veronderstellen we dat de trend in de overige ziekten binnen het ziektecluster nul is (de zorg blijft constant). In variant 2 veronderstellen we dat de trend in de overige ziekten hetzelfde is als de totale trend van de wel bekende ziekten binnen een ziektecluster. Variant 1 is dus behoudender dan variant 2. Een groot verschil tussen beide varianten duidt op een grote onzekerheidsmarge.

Tussen 2005 en 2020 is een toename te verwachten van het gebruik van huisartsenzorg, eerstelijns psychologische zorg en spoedeisende eerste hulp voor acute lichamelijke letsels (SEH). Het zorggebruik voor fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck en Cesar neemt tussen 2005 en 2020 naar verwachting af. Voor het fysiotherapiegebruik is deze afname in variant 2 van bijna 7% (*tabel 4.5*).

Tabel 4.5: Epidemiologische groeicijfers (%) voor de periode 2005-2010 en 2005-2020 naar discipline.

Sector/ discipline	2005-2010		2005-2020	
	variant 1 (%)	variant 2 (%)	variant 1 (%)	variant 2 (%)
Huisartsenzorg				
contacten	0,7	2,9	2,1	8,6
recepten	1,0	2,5	3,0	7,4
Verloskundige zorg ^a	-	-	-	-
Fysiotherapie	-1,3	-2,3	-3,9	-6,8
Oefentherapie Mensendieck	-1,4	-0,9	-4,3	-2,6
Oefentherapie Cesar	-1,4	-0,5	-4,1	-1,6
Thuiszorg ^b	-	-	-	-
AMW ^b	-	-	-	-
Eerstelijns psychologische zorg ^c	3,9	-	11,7	-
SEH (alleen letsel)	2,6	3,1	7,9	9,2

a voor verloskundige zorg is een epidemiologische verkenning niet relevant

b epidemiologische verkenning was niet mogelijk omdat in deze sectoren met grovere diagnosegroepen wordt gewerkt

c berekening van variant 2 werd om redenen van methodologische aard niet verantwoord geacht

Soms wordt de toekomstige toename binnen een cluster vooral bepaald door één belangrijke ziektecategorie. *Paragraaf 4.3* gaf al een eerste inzicht in belangrijke trends die binnen bepaalde clusters relevant kunnen zijn. Het meest relevante cluster binnen de fysiotherapie bijvoorbeeld wordt gevormd door de ziekten van het bewegingsstelsel (77% van alle contacten met de fysiotherapeut). Binnen dit cluster hebben de nek- en rugklachten het grootste aandeel (48% van alle behandelingen binnen het cluster). Met name bij mannen nemen nek- en rugklachten af (met 18% tussen 1990 en 2000) en, gegeven de veronderstelling dat de waargenomen trends zich zullen voortzetten, verklaart dit ook de toekomstige afname in het zorggebruik.

De verkenningen voor de eerstelijnspsychologen zijn gebaseerd op het cluster psychische en sociale problemen. Binnen dit cluster wordt een toename van depressieve en dysthyme stoornissen en angststoornissen verwacht (*paragraaf 4.3*). Op grond daarvan zal de zorgvraag in de periode tot 2020 met ruim 11% toenemen. Hierbij is het voorkomen van andere psychische stoornissen constant verondersteld. Of dit werkelijk zo zal zijn valt met de huidige gegevens niet vast te stellen. In het rapport 'Zorg van velen' wordt gesteld dat op basis van de meest toonaangevende studies geen eenduidige conclusie mogelijk is (LCGV, 2002). Er zijn aanwijzingen voor een toename van psychische problematiek in de bevolking, maar er zijn ook cijfers die een min of meer constante prevalentie suggereren. Vanwege deze onduidelijkheid achten wij het niet zinvol om variant 2 te kwantificeren. Voor de volledigheid merken wij op dat het in onze epidemiologische verkenning gaat om de invloed van veranderingen in het vóórkomen van ziekten. Andere aspecten van de zorgvraag komen in *paragraaf 4.7* ter sprake.

De trends bij de SEH ten gevolge van acute lichamelijke letsels zijn een resultante van de daling van sportblessures en de toename van privé-ongevallen en zelf toegebracht letsel. De ontwikkelingen in het zorggebruik bij huisartsen, ten slotte, zijn gebaseerd op gegevens over meerdere relevante clusters. De clusters infectieziekten, chronische lichamelijke klachten en overige lichamelijke klachten zijn daarbij de grootste; ze zijn ieder verantwoordelijk voor rond de 18% van alle contacten met de huisarts.

4.6 Samengestelde effecten van demografische en epidemiologische veranderingen

Een sterke vraagtoename verwacht voor verpleegkundigen en verzorgenden, huisartsen en apothekers

De combinatie van demografische en epidemiologische ontwikkelingen geeft een indicatie van de totale vraagontwikkeling (*tabel 4.6*). Ook hier wordt onderscheid gemaakt tussen variant 1 en 2. Wij interpreteren deze varianten als een bandbreedte voor de vraagverkenning.

Bij de huisartsen wordt in de periode tot 2020 een aanzienlijke stijging voorzien, zowel met betrekking tot de contacten (13-20%) als voor de receptuur (20-25%). Op basis van de stijging van het aantal recepten zal ook de vraag naar de diensten van apothekers toenemen.

Gegeven de ontwikkeling van het geboortecijfer wordt een daling van de vraag naar verloskundige hulp voorzien (-2%). Deze daling is voor de eerstkomende periode tot 2010 zelfs nog wat groter (-5%). Epidemiologische veranderingen spelen in deze sector uiteraard geen rol.

De vraag naar fysiotherapie zal in variant 1 tot 2020 met ruim 5% toenemen. In variant 2 valt de vraagontwikkeling een paar procentpunten lager uit (2%) als gevolg van de dalende trend in het voorkomen van nek- en rugklachten. Een kanttekening is hierbij echter op zijn plaats. Ook in het achterliggende decennium is de prevalentie van nek- en rugklachten gedaald, maar desondanks is het aantal contacten met de fysiotherapeut toegenomen in plaats van afgenomen. Dit illustreert dat er naast demografische en epidemiologische veranderingen nog meer invloeden op de zorgvraag zijn. Dat geldt ook voor de toekomstige zorgvraag. In *paragraaf 4.7* komen we daar uitvoeriger op terug. Voor oefentherapeuten Cesar en Mensendieck zal de vraag nauwelijks toenemen, of mogelijk zelfs iets dalen.

Voor thuiszorg zijn geen epidemiologische verkenningen gemaakt omdat in deze sector met minder specifieke diagnoses wordt gewerkt. Maar op basis van alleen demografische ontwikkelingen wordt een aanzienlijke stijging van 24% verwacht in 2020. Wanneer tevens rekening wordt gehouden met een verwachte toename van het aantal eenpersoonshuishoudens zal de vraag nog sterker toenemen (31%). Hoewel voor de thuiszorg geen kwantificering van de epidemiologische verkenningen mogelijk was, is op basis van de toename van het aantal chronische aandoeningen en beperkingen wel een verdere stijging van de zorgvraag te verwachten.

In onze verkenning neemt de vraag naar algemeen maatschappelijk werk slechts beperkt toe (1%). Omdat voor deze sector geen epidemiologische trends konden worden berekend gaat het hier alleen om de invloed van de demografische ontwikkeling. De invloed daarvan is beperkt omdat de meeste cliënten van het AMW jonger zijn dan 65 jaar en vergrijzing dus nauwelijks een rol speelt. Er zijn overigens wel aanwijzingen dat het aantal aanmeldingen met psychosociale problematiek bij het AMW de afgelopen twee decennia fors is gestegen (LCGV, 2002). Wanneer deze stijging doorzet zal de vraag naar AMW sterker toenemen dan in *tabel 4.6* wordt voorgesteld.

Voor de eerstelijns psychologische zorg wordt een stijging van de zorgvraag met 9,4% verwacht. Trends in het voorkomen van depressie en angststoornissen vormen hier de belangrijkste verklaring. De invloed daarvan wordt door de demografische ontwikkeling iets afgeremd. Vanwege de beperkte gegevens en tegenstrijdige conclusies over epidemiologische trends bij psychische stoornissen (LCGV, 2002) was het niet zinvol om variant 2 te kwantificeren (*paragraaf 4.3*).

Voor de spoedeisende eerste hulp (SEH), ten slotte, wordt een toename van de vraag verwacht van 11-12%.

Tabel 4.6: Toekomstige veranderingen (%) in zorggebruik op basis van demografische en epidemiologische ontwikkelingen in de periode 2005-2010 en 2005-2020 naar discipline.

Sector/ discipline	2005-2010		2005-2020	
	variant 1 (%)	variant 2 (%)	variant 1 (%)	variant 2 (%)
Huisartsenzorg				
contacten	4,1	6,3	13,0	20,1
recepten	6,3	7,9	19,9	25,0
Verloskundige zorg ^a		-5,1		-1,6
Fysiotherapie	1,9	0,9	5,1	1,9
Oefentherapie Mensendieck	-0,2	0,4	0,0	1,8
Oefentherapie Cesar	-0,3	0,5	-1,9	0,7
Thuiszorg ^a		6,6		24,1 ^b
verpleging		8,3		28,5
verzorging		6,6		22,7
huishoudelijke verzorging		6,2		23,9
alpha-hulp		5,9		24,3
AMW ^a		0,3		0,8
Eerstelijns psychologische zorg ^c	3,1	-	9,4	-
SEH (alleen letsel)	3,5	4,0	11,1	12,4

a alleen demografische ontwikkelingen

b 31,4% wanneer de CBS-huishoudensprognose wordt gebruikt

c wegens ontoereikende gegevens was het niet zinvol om variant 2 te specificeren

Interpretatie en kanttekeningen

De toekomstverkenningen in dit hoofdstuk geven een eerste indruk van mogelijke ontwikkelingen in de zorgvraag. Enige (methodologische) relativering daarbij is op zijn plaats. Hieronder plaatsen we daarom enkele kanttekeningen bij de gebruikte gegevens en bij de extrapolatie van trends uit het verleden. In *bijlage 10* zijn deze kanttekeningen verder uitgewerkt.

1. De epidemiologische trends zijn gebaseerd op de CMR-Nijmegen. Dit is in Nederland de enige registratie die morbiditeit registreert over langere tijd, en voor een breed scala aan aandoeningen, maar tegelijkertijd is het wel een relatief kleine registratie met een regionale inslag.
2. De trendanalyse leunt op de veronderstelling dat epidemiologische trends uit het verleden, los van demografische ontwikkelingen, onverminderd zullen voortzetten in de toekomst. Voor de ene ziekte bestaan daarvoor meer aanwijzingen dan voor de andere. Maar voor het geheel genomen geldt de waarschuwing uit de beleggingswereld: resultaten uit het verleden bieden geen garantie voor de toekomst.
3. De trends zijn onvolledig. Dat komt onder andere doordat de trends zijn gebaseerd op de registratie van ziekten in de huisartspraktijk. Weliswaar is de huisarts poortwachter van de zorg, maar er zijn ook eerstelijnsvoorzieningen waarvoor mensen niet eerst naar de huisarts gaan voor een verwijsbriefje. Met name thuiszorg, eerstelijnspsychologen en algemeen maatschappelijk werk kunnen in dit verband worden genoemd. Tegelijkertijd is het zeer goed denkbaar dat ook in de

verwijspatronen trendmatige verschuivingen optreden die op deze wijze over het hoofd worden gezien (*paragraaf 4.7*).

4. De eerste en de tweede lijn zijn complementair omdat enkele beroepsgroepen in beide delen van de zorg werkzaam zijn. Fysiotherapeuten en oefentherapeuten zijn hier de belangrijkste voorbeelden. Maar ook verloskundigen en psychologen kunnen worden genoemd. Ergotherapeuten zijn zelfs voornamelijk werkzaam in de tweede lijn. Daarom zijn ze in deze studie buiten beschouwing gelaten, hoewel er ook een klein aantal ergotherapeuten in de eerstelijnszorg werkzaam is. Voor algemeen maatschappelijk werkenden geldt dat zij behalve in het AMW ook werkzaam zijn in intramurale zorgvoorzieningen, maatschappelijke opvang en welzijnswerk.

Vanuit deze beroepsgroepen gezien is er dus substitutie tussen de verschillende domeinen van de gezondheidszorg alsmede tussen zorg en welzijn. Voor de toekomstverkenningen heeft dit consequenties. De eerste betreft de relatief geringe vraagstijging bij fysiotherapie. Deze is onder meer het gevolg van het feit dat oudere mensen veelal intramurale fysiotherapie ontvangen, bijvoorbeeld in een ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatie-instelling. De effecten van vergrijzing voor de vraag naar fysiotherapie worden dan ook vooral zichtbaar bij deze intramurale voorzieningen. De tweede consequentie is dat aan de vraagverkenningen voor de beroepsgroepen die in meerdere delen van zorg en welzijn werkzaam zijn geen consequenties voor de opleidingscapaciteit worden verbonden.

4.7 Andere aspecten van de zorgvraag

In de vraagverkenningen wordt uitgegaan van de veronderstelling dat de vraag alleen verandert ten gevolge van demografische en epidemiologische veranderingen. Anders gezegd, gegeven deze veranderingen wordt de vraag voor de rest constant verondersteld. Er is dus geen rekening gehouden met invloeden die er wel degelijk kunnen zijn maar waarvan de invloed (nog) niet gekwantificeerd kan worden. Hieronder maken wij onderscheid tussen ontwikkelingen waarvan duidelijk is dat ze een vraagverhogend effect hebben en ontwikkelingen waarvoor dit niet duidelijk is.

Ontwikkelingen waardoor de zorgvraag in de eerste lijn toeneemt

Er zijn ontwikkelingen waardoor de zorgvraag in de eerste lijn verder toeneemt dan in de demografische en epidemiologische verkenningen werd geraamd. Ruwweg kunnen deze ontwikkelingen in vier groepen worden ingedeeld.

1. Extramuralisatie van de zorg. Vanuit de zorgvrager bezien gaat het hierbij om de wens van mensen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Daardoor neemt zowel het aantal zorgvragers dat thuis woont als de zorgbehoefte per zorgvrager toe. Dit heeft niet alleen te maken met de voorkeuren van de zorgvragers. Ook de ligduurverkorting in ziekenhuizen speelt een belangrijke rol, alsmede bezuinigingen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Technologische ontwikkelingen op het terrein van bijvoorbeeld ICT, telegzorg en domotica vormen daarbij een belangrijke drijvende kracht.

De extramuralisatie van de zorg speelt ook op andere manieren een rol van betekenis. Gewezen kan worden op de veranderende voorkeuren van mensen om thuis te bevallen of juist in het ziekenhuis, maar dan wel onder begeleiding van de 'eigen' extramuraal werkende verloskundige. Ook is bekend dat mensen met de wat lichtere psychische problemen liever in de eerste lijn geholpen worden dan in de specialistische tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Bij extramuralisatie gaat het dus om substitutie tussen de verschillende delen van de zorg, waardoor de vraag in de eerste lijn toeneemt en elders afneemt.

Overigens moet wel worden bedacht dat voor sommige beroepsgroepen het aanbod in de eerste lijn ook zal toenemen als gevolg van extramuralisatie. Dit geldt bijvoorbeeld voor verpleegkundigen en verzorgenden, verloskundigen en paramedici die zowel intramuraal als extramuraal werkzaam kunnen zijn.

2. Een toename van de vraag bij een gegeven zorgbehoefte. Het kan daarbij zowel gaan om het wegwerken van zorgrantsoenering als gevolg van schaarste in het verleden, als ook om de vraag naar nieuwe producten en diensten. Zo is er bijvoorbeeld een toenemende belangstelling voor preventie en zelfdiagnostiek. Ook de opkomst van bijvoorbeeld pre-conceptionele advisering kan in dit verband worden genoemd.
3. Een toename van de vraag door ontwikkelingen in het aanbod. Bij bovenstaande ontwikkelingen is het goed om te bedenken dat veelal sprake zal zijn van een samenwerking tussen vraag en aanbod. Het gaat immers ook om zorgaanbieders die nieuwe 'markten' opzoeken of om nieuwe medisch-technologische mogelijkheden. Dit laatste kan er ook de oorzaak van zijn dat het paradigma rond gezond en ziek, normaal en abnormaal verandert (denk aan gebitsregulering).
4. Een toename van de vraag door het overheidsbeleid. Bij bovengenoemde ontwikkelingen kan de overheid een belangrijke initiërende en faciliterende rol spelen. Gedacht kan worden aan de uitbreiding van het takenpakket van verloskundigen met onder meer prenatale screening. Ook de verruiming van de financieringsmogelijkheden, bijvoorbeeld door het opnemen van eerstelijns psychologische zorg in het basispakket van de voorgenomen zorgverzekering, kan in dit kader worden genoemd.

Ontwikkelingen waardoor de zorgvraag afneemt

De zorgvraag zal afnemen door ontwikkelingen die tegengesteld zijn aan de hierboven beschreven invloeden. Gegeven de nogal eigenstandige ontwikkelingen van extramuralisatie en uitbreiding van het zorgaanbod, zal het vooral gaan om ontwikkelingen die door de overheid worden gestimuleerd met het oog op het terugdringen van de vraag. In *hoofdstuk 6* wordt daar uitgebreid bij stilgestaan. Hier volstaan we met het voorbeeld van de extramurale fysiotherapie die met ingang van 2004 uit het ziekenfondspakket is gehaald. Dit leidde tot een daling van het gebruik. Het is echter te vroeg om te concluderen of het een structureel effect betreft en wat daarbij de rol van aanvullende verzekeringen is geweest. Algemeen geldt dat bij pakketmaatregelen moet worden gekeken of de betreffende zorg niet via een andere financieringsbron zal worden bekostigd, waardoor misschien wel de collectieve uitgaven minder worden maar de zorgvraag niet of nauwelijks wordt beïnvloed.

Ontwikkelingen met een onduidelijk effect op de zorgvraag

Er zijn ook ontwikkelingen waarvan het effect minder duidelijk is dan op het eerste gezicht wordt gedacht. Als eerste kunnen verschuivingen binnen de eerste lijn worden genoemd. Bijvoorbeeld een verschuiving van de huisarts naar de fysiotherapeut door de directe toegankelijkheid van laatstgenoemde. Ook verschuivingen naar andere terreinen als algemeen maatschappelijk werk, eerstelijns psychologische zorg en verloskundige zorg kunnen worden genoemd. Daarbij kan het zowel gaan om trendmatige ontwikkelingen als om een bewuste herschikking van taken. In *hoofdstuk 6* wordt daar uitvoerig op ingegaan.

Vervolgens kan ook een toename van complexe zorgvragen worden genoemd. Door de gekozen clusterindeling zijn deze wat op de achtergrond gebleven, maar de verwachting is wel dat ze in de toekomst een belangrijke rol gaan spelen. De vraag is of we hier te maken hebben met een uitvloeisel van extramuralisatie of van een zelfstandige ontwikkeling. En als er sprake is van een zelfstandige ontwikkeling is het allerminst zeker of de zorgvraag hierdoor zal toenemen. Het is namelijk evenzeer mogelijk dat de vraag niet toeneemt maar van karakter verandert in de richting van meer specialistische zorg.

Het is echter ook mogelijk dat het aantal complexe zorgvragen afneemt. Door preventie en gezondheidsbevordering zullen immers steeds meer mensen gezond ouder worden. Maar ook hieruit kan men allerminst concluderen dat de zorgvraag door preventie zal afnemen.

Immers ook voor de preventie-activiteiten zelf zal een beroep op de (eerstelijns-) gezondheidszorg worden gedaan. Bovendien zullen mensen in de gewonnen levensjaren te maken krijgen met zogeheten ‘vervangende’ ziekten waarvoor zij ook een beroep op de gezondheidszorg zullen doen. Wat per saldo het effect zal zijn is niet duidelijk.

Ook het mondiger worden van patiënten wordt vaak genoemd als oorzaak van een toenemend en onnodig zorggebruik. Gewezen wordt dan op een afnemende acceptatie van ziekte en lijden en een toename van klaaggeneigdheid. Toch wordt deze ‘common wisdom’ niet door feiten ondersteund. Uit een vergelijking van de bevindingen uit de Eerste en Tweede Nationale Studie is bijvoorbeeld gebleken dat het onnodig zorggebruik in het achterliggende decennium eerder is afgenomen dan toegenomen (Schellevis & Westert, 2004). Meer algemeen geldt dat sociaal-culturele veranderingen geen eenduidige consequenties voor de vraag naar en het gebruik van zorg hebben.

Tot slot

Hoe de feitelijke ontwikkelingen ook precies zullen zijn, de verkenningen die in dit hoofdstuk zijn beschreven bieden voldoende houvast voor de conclusie dat er in de komende decennia een toenemend beroep op de eerstelijnszorg zal worden gedaan. In het volgende hoofdstuk zal worden gezien of het verwachte zorgaanbod toereikend is om de verwachte ontwikkelingen in de vraag het hoofd te bieden.

5 TOEKOMSTVERKENNING VAN HET ZORGAANBOD EN AFSTEMMING MET DE ZORGVRAAG

L. Hingstman & L.F.J. van der Velden

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de ontwikkelingen in de capaciteit van het zorgaanbod in de eerste lijn. Wij beperken ons tot een aantal medische beroepen (huisartsen, apothekers en verloskundigen), paramedische beroepen (fysiotherapeuten en oefentherapeuten), verpleegkundige en verzorgende beroepen in de thuiszorg en een tweetal beroepen in de psychosociale hulpverlening (algemeen maatschappelijk werk en eerstelijns psychologische zorg).

Bij het opstellen van deze inventarisatie bleek dat de informatievoorziening over bovengenoemde beroepsgroepen erg onevenwichtig is. Voor de huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten en oefentherapeuten is de informatievoorziening redelijk volledig. Voor een deel heeft dit te maken met het feit dat het NIVEL voor deze beroepsgroepen een aanbodregistratie bijhoudt, waaruit tal van gegevens over aantallen, kenmerken en geografische spreiding van beroepen kunnen worden afgeleid. Voor de andere beroepsgroepen moet worden teruggegrepen op publicaties die veelal zijdelings beperkte aandacht besteden aan de capaciteit van het zorgaanbod.

In dit hoofdstuk zal per beroepsgroep een beschrijving worden gegeven waarin enerzijds aandacht wordt besteed aan ontwikkelingen in de aantallen en kenmerken van de werkzame beroepsbeoefenaren in de periode 1993-2003. Verder wordt ingegaan op de in- en uitstroom en op ontwikkelingen in de opleidingscapaciteit. Daarnaast zal ook enige aandacht besteed worden aan kenmerken die van belang zijn bij het beschrijven van eventuele veranderingen in de organisatie van de zorg. In dit verband zal bijvoorbeeld bij de huisartsen aandacht besteed worden aan schaalvergroting van de praktijken.

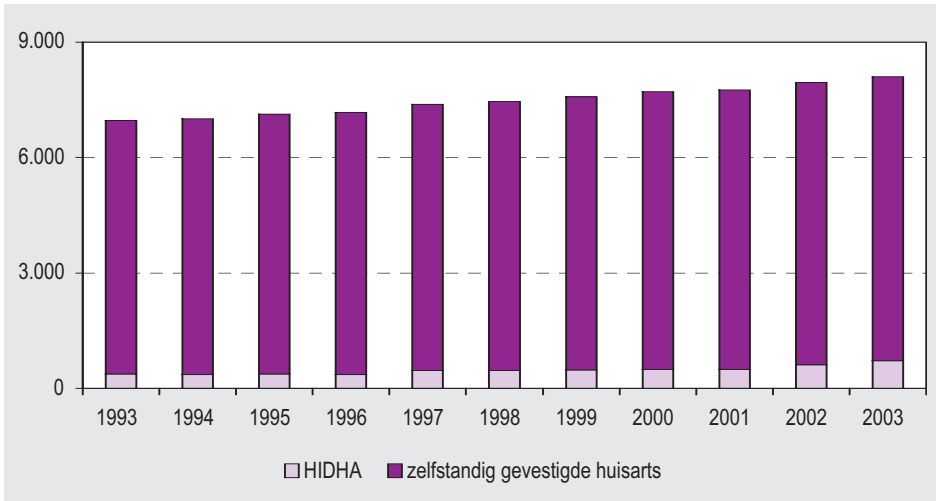
Tot slot zal worden ingegaan op te verwachten ontwikkelingen in het zorgaanbod op korte termijn (2010) en lange termijn (2020). Deze ontwikkelingen worden vervolgens afgezet tegen de vraagverkenningen die in *hoofdstuk 4* zijn beschreven. Daarbij zal tevens worden ingegaan op de uitkomsten van ramingstudies die in de afgelopen jaren zijn gepubliceerd, onder andere door het Capaciteitsorgaan.

5.2 Huisartsen

5.2.1 Ontwikkelingen in het zorgaanbod

Gestage groei

Per 1 januari 2003 zijn er in Nederland 8.107 huisartsen werkzaam (NIVEL, 2003a). Van hen hebben er 7.385 een eigen praktijk en 722 zijn als huisarts in dienst van een zelfstandige huisarts (HIDHA) werkzaam. Tien jaar geleden bedroeg het aantal werk-



Figuur 5.1: Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's, 1993-2003 (Bron: NIVEL, 2003a).

zame huisartsen 6.969. Dit betekent dat in het achterliggende decennium het totaal aantal werkzame huisartsen met 1.138 personen is toegenomen, ofwel een groei van 16,3% (*figuur 5.1*). De jaarlijkse groei schommelt rond de 2,5%. In de afgelopen tien jaar is het aandeel HIDHA's toegenomen van 5,3% in 1993 naar 8,9% in 2003.

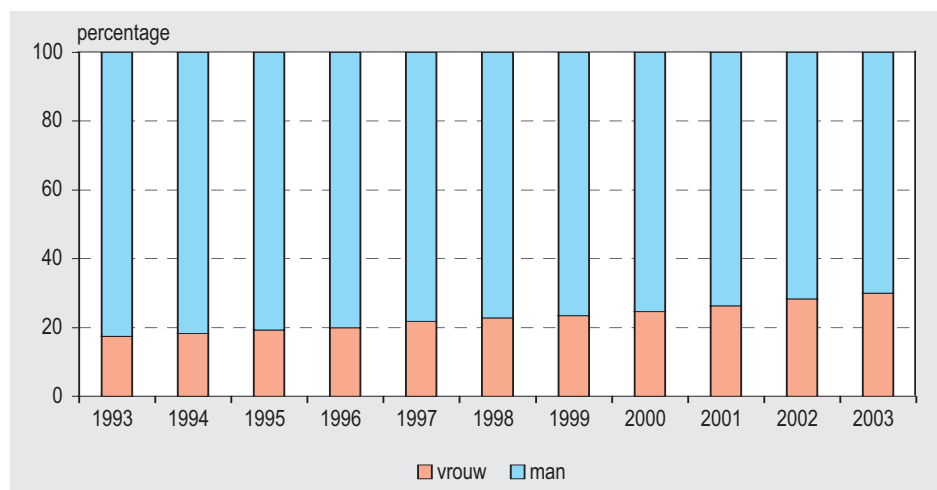
Bij bovengenoemde aantallen zijn de waarnemers en pas afgestudeerde huisartsen die nog op zoek zijn naar werk en niet als waarnemer werkzaam zijn buiten beschouwing gelaten. In 2003 zijn dat zo'n 400 personen, waarvan bijna 53% vrouwen.

Toenemend aantal vrouwelijke huisartsen

Het aandeel vrouwen neemt geleidelijk toe van 17,5% in 1993 tot 31,4% in 2003 (*figuur 5.2*). In de afgelopen tien jaar is het absoluut aantal mannelijke huisartsen nauwelijks veranderd. De groei van het aantal huisartsen komt voor een groot deel voor rekening van de vrouwen. Het absoluut aantal vrouwelijke huisartsen is in het achterliggende decennium dan ook meer dan verdubbeld.

Aantal fte

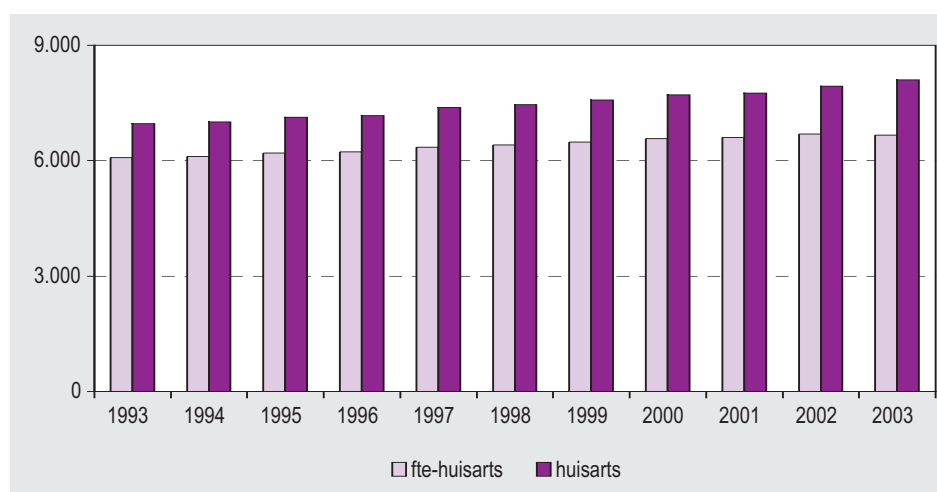
De geconstateerde toename van het aantal werkzame huisartsen wil nog niet zeggen dat ook de capaciteit aan huisartsenzorg is toegenomen. In de afgelopen jaren is in het algemeen sprake van een duidelijke omslag in de opvattingen over arbeid. In toenemende mate kiezen Nederlanders voor een deeltijdbaai. Dit geldt ook voor de huisartsen en dan met name voor de vrouwelijke huisartsen. In 2003 werkten de mannelijke huisartsen (inclusief HIDHA's) gemiddeld 0,91 fte en de vrouwen 0,63 fte (NIVEL, 2003a). Op basis hiervan kan worden afgeleid dat voor iedere twee fulltime werkende huisartsen (nu nog meestal mannen) die met pensioen gaan, er een vervanging nodig is van drie in deeltijd werkende vrouwelijke huisartsen.



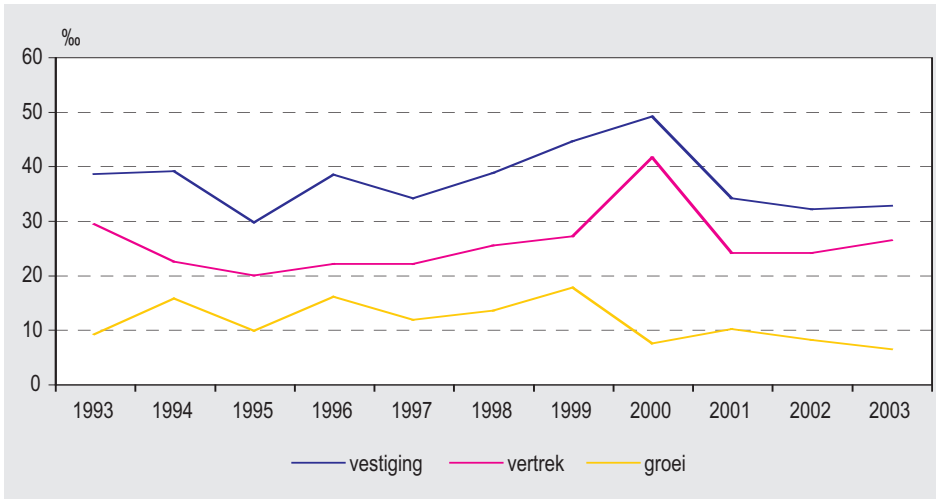
Figuur 5.2: Verdeling van het aantal werkzame huisartsen naar geslacht, 1993-2003 (Bron: NIVEL, 2003a).

Als wordt gekeken naar de ontwikkelingen van het totaal aantal fte's in de afgelopen tien jaar, dan blijkt dat het totaal aantal fte is toegenomen (11%), maar dat de groei veel lager is dan de groei van het aantal werkzame personen (16%). Het totaal aantal fte aan huisartsenzorg is toegenomen van 6.073 fte in 1993 tot 6.671 fte in 2003 (figuur 5.3).

Naast ontwikkelingen in het aantal fte is in dezelfde periode sprake van een afname van de gemiddelde duur van de werkweek. In 1987 bedroeg de gemiddelde werkweek van een fulltime werkende huisarts 58,6 uur. Dit is afgenomen tot 53,4 uur per week per fte in 2001 (Van den Berg et al., 2004). Dus naast een beperkte groei in het aantal fte is er ook nog sprake van minder uren per fte.



Figuur 5.3: Aantal werkzame huisartsen en aantal fte-huisartsen, 1993-2003 (Bron: NIVEL, 2003a).



Figuur 5.4: Vestiging-, vertrek- en groeicijfers (%) van het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen, 1993-2003 (Bron: NIVEL, 2003a).

In- en uitstroom

De capaciteit aan huisartsen is de resultante van de in- en uitstroom. Dat wil zeggen: het is afhankelijk van het aantal personen dat als huisarts aan de slag gaat (instroom) en afhankelijk van het aantal personen dat stopt met het uitoefenen van het beroep (uitstroom).

Na een daling van het uitstroomcijfer in het begin van de jaren negentig is er sinds 1995 sprake van een toenemende uitstroom, met als hoogtepunt het jaar 2000 (*figuur 5.4*). Dit blijkt overigens een uitschieter te zijn geweest. Na het jaar 2000 is het uitstroomcijfer weer gedaald tot het niveau van de jaren vlak voor 2000.

Het instroomcijfer is in jaren negentig toegenomen met eveneens als top het jaar 2000. Daarna is het instroomcijfer sterk gedaald en is in 2002 weer terug op het niveau van midden jaren negentig.

Overigens blijkt dat de uitstroom niet alleen betrekking heeft op huisartsen die vanwege leeftijd (pensioen) het beroep verlaten. Circa 32% van de huisartsen die in de afgelopen vijf jaar de werkzaamheden hebben neergelegd was jonger dan 50 jaar. Circa 16% was tussen de 50-55 jaar en 52% was ouder dan 55 jaar. De meeste huisartsen stoppen vanwege hun leeftijd, maar toch ook een groot deel stopt omdat men in een geheel ander beroep aan de slag gaat. Er zijn overigens aanzienlijke verschillen tussen mannen en vrouwen (*tabel 5.1*). Als rekening wordt gehouden met het feit dat er veel minder vrouwen in de hogere leeftijdsklassen zitten dan mannen, blijkt dat vrouwen in alle leeftijdscategorieën een twee keer zo hoge uitstroomkans hebben dan mannen.

Tabel 5.1: Leeftijdverdeling van huisartsen die in de periode 1998-2002 het beroep hebben verlaten, uitgesplitst naar geslacht (Bron: NIVEL, 2003a).

Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
< 50	185	19,4	226	74,8	411	32,8
50-54	167	17,6	33	10,9	200	16,0
55-59	199	20,9	23	7,6	222	17,7
≥ 60	400	42,1	20	6,6	420	33,5
Totaal	951	100,0	302	100,0	1.253	100,0

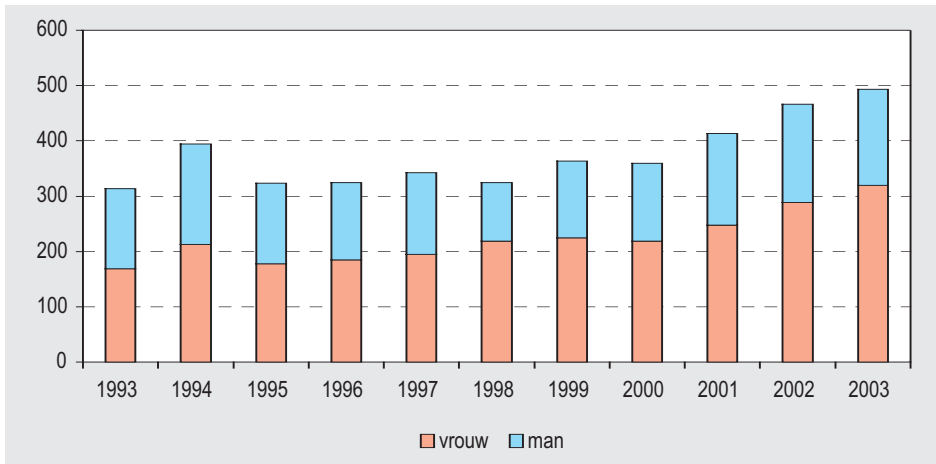
Als uitsluitend naar de pensioenleeftijd wordt gekeken, dan blijkt dat de pensioenleeftijd van mannen is gedaald van gemiddeld 64 jaar in 1993 naar gemiddeld 61 jaar in 2002. Bij de vrouwelijke huisartsen zijn dit soort ontwikkelingen minder duidelijk in beeld te brengen, omdat het in absolute zin om kleine getallen gaat waardoor er grote schommelingen optreden. Maar duidelijk is dat de gemiddelde leeftijd van pensionering vrijwel altijd beneden de zestig jaar ligt.

Hoe groot het vertrek in de komende jaren zal zijn hangt enerzijds samen met de huidige leeftijdsopbouw van huisartsen en anderzijds met ontwikkelingen in de leeftijd-specifieke uitstroomkansen. Uit tabel 5.2 blijkt dat 1.377 huisartsen (17% van het totaal) ouder zijn dan 55 jaar. Deze groep zal vanwege de leeftijd in de komende 10 jaar het beroep van huisarts neerleggen. Daarnaast is er ook nog een groep huisartsen die om wat voor redenen dan ook veel eerder met de werkzaamheden stopt.

Om een inschatting te kunnen maken over de omvang van de uitstroom in de komende jaren is rekening gehouden met enerzijds de huidige leeftijdsopbouw en anderzijds met de huidige leeftijd- en geslachtspecifieke uitstroomkansen. In de periode tot

Tabel 5.2: Leeftijdverdeling van werkzame huisartsen (zelfstandig gevestigden en HIDHA's) naar geslacht op 1 januari 2003 (Bron: NIVEL, 2003a).

Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
< 30	7	0,1	22	0,9	29	0,4
30-34	157	2,8	386	15,9	543	6,7
35-39	491	8,6	631	26,0	1.122	13,8
40-44	890	15,7	487	20,1	1.377	17,0
45-49	1.376	24,2	522	21,5	1.898	23,4
50-54	1.481	26,1	280	11,6	1.761	21,7
55-59	1.036	18,2	85	3,5	1.121	13,8
60-64	241	4,2	10	0,4	251	3,1
≥ 65	4	0,1	1	0,0	5	0,1
Totaal	5.683	100,0	2.424	100,0	8.107	100,0



Figuur 5.5: Aantal instromers in de opleiding huisartsgeneeskunde, 1993-2003 (Bron: HVRC).

2010 zal naar verwachting circa 29% van de huidige groep werkzame huisartsen uitstromen. In 2020 zal zelfs meer dan 70% niet meer als huisarts werkzaam zijn.

Opleiding

De instroom in het beroep is afhankelijk van het aantal personen dat jaarlijks de huisartsenopleiding voltooit en vervolgens ook van het aantal afgestudeerden dat daadwerkelijk als huisarts aan de slag gaat. De instroom in de huisartsenopleiding was in het begin van de jaren negentig kleiner dan 300 studenten per jaar. Sindsdien is er echter sprake van een jaarlijkse groei (HVRC, diverse jaren). Vanaf 2001 is de instroom met ongeveer 60 per jaar omhoog gegaan tot circa 500 in 2003 (figuur 5.5). Het aandeel vrouwen schommelt de laatste jaren rond de 62%. De instroom zal volgens plannen van VWS in 2006 rond de 525 moeten liggen (Capaciteitsorgaan, 2003).

Een deel van de huisartsen die de opleiding hebben afgerond, gaat uiteindelijk niet als huisarts aan de slag. Dit aandeel is overigens in de achterliggende jaren afgenomen van 10% in het begin van de jaren negentig tot ongeveer 5% in 2005.

Naast de instroom in het beroep vanuit de opleiding is er ook nog sprake van een instroom vanuit het buitenland. Dit aantal schommelt sinds enkele jaren rond de 30 per jaar (RAZW, diverse jaren).

Praktijken

Een groot deel van de huisartsen werkt in een solopraktijk (39%), maar dit aandeel is in de afgelopen tien jaar gestaag gedaald. In 1993 bedroeg het percentage solowerkende huisartsen nog 52%. Het aandeel huisartsen in een duopraktijk is in de afgelopen 10 jaar vrijwel constant gebleven (31%). Het percentage huisartsen dat in een groepspraktijk werkt neemt echter ieder jaar toe. Tien jaar geleden werkte 17% van de zelfstandig gevestigde huisartsen in een groepspraktijk. Dit is toegenomen tot 29% in 2003 (NIVEL, 2003a).

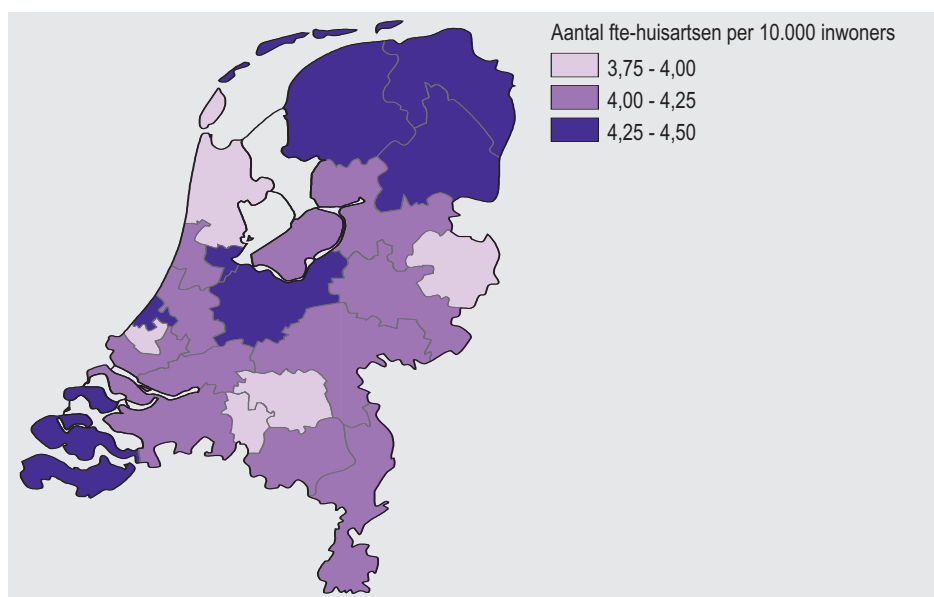
Tabel 5.3: Aantal praktijken en verdeling naar praktijkvorm, 1993 en 1998-2003 (Bron: NIVEL, 2003a).

Jaar	Aantal praktijken	Solopraktijk (%)	Duopraktijk (%)	Groepspraktijk (%)
1993	4.777	72,0	20,6	7,4
1998	4.810	68,0	24,0	8,0
1999	4.808	69,0	24,5	8,4
2000	4.801	65,8	24,9	9,2
2001	4.750	64,4	25,4	10,1
2002	4.681	63,3	25,5	11,2
2003	4.631	61,9	26,2	11,9

Per 1 januari 2003 zijn er in Nederland 4.631 huisartspraktijken (tabel 5.3). Tien jaar geleden lag dit aantal iets hoger (4.777). In die tussenliggende periode is het aantal huisartsen met 16% is gestegen. Dit betekent dat in de afgelopen jaren duidelijk sprake is van schaalvergroting in de huisartspraktijk. Het aandeel duo- en groepspraktijken is in tien jaar tijd toegenomen. Bijna 61% van alle huisartsen werkt momenteel in een duo- of groepspraktijk. Echter op praktijkniveau moet worden geconstateerd dat in 2003 bijna 62% van alle praktijken nog steeds een solopraktijk betreft. Dit betekent dat de huisartspraktijk nog steeds gekenmerkt wordt als een kleinschalig 'bedrijf'. Zeker als we dit vergelijken met bijvoorbeeld de huisartsenzorg in Engeland.

Geografische spreiding

Het gemiddelde aantal inwoners per fte-huisarts in 2003 bedraagt bijna 2.400. Alhoewel de verschillen tussen de onderscheiden typen gemeenten relatief klein zijn, blijkt



Figuur 5.6: Dichtheid fte-huisartsen per DHV-regio, 2003 (Bron: NIVEL, 2003a, 2003e).

dat de hoogste dichtheid wordt gemeten in de niet-stedelijke gemeenten (2.327) en de laagste dichtheden in de matig verstedelijkte gebieden (2.443).

In *figuur 5.6* zijn de regionale verschillen in de huisartsen in kaart gebracht. Hieruit kan worden afgeleid dat de regionale verschillen niet erg groot zijn. De hoogste dichtheden worden gemeten in de noordelijke regio's, Utrecht en Zeeland. De laagste dichtheden worden aangetroffen in de Kop van Noord-Holland, Twente en Midden-Brabant.

Te verwachten ontwikkelingen in het zorgaanbod

Hierboven hebben wij geconstateerd dat in de periode tot 2010 meer dan 29% van de huidige groep werkzame huisartsen het beroep zal verlaten. Voor de wat langere termijn (2020) wordt een uitstroom van circa 70% verwacht. Voor het grootste deel zullen dit huisartsen zijn die vanwege hun leeftijd het beroep vaarwel zeggen. De uitstroom zal deels opgevangen moeten worden door de nieuwe aanwas van de huisartsenopleidingen. In de afgelopen jaren is de instroom in de opleiding aanzienlijk verhoogd. In 1995 bedroeg de jaarlijkse instroom circa 325 personen. Deze is daarna verhoogd tot circa 500 in 2003.

Voor het berekenen van het toekomstige aanbod aan huisartsen wordt enerzijds rekening gehouden met bovengenoemde verwachtingen over de uitstroom en anderzijds met de veronderstelling dat de huidige instroom in de huisartsenopleiding (500) in de komende jaren niet zal veranderen.

Aangezien we niet alleen geïnteresseerd zijn in het toekomstige aantal huisartsen maar vooral ook in het aantal fte aan huisartsen, moet ook rekening worden gehouden met ontwikkelingen in het aantal huisartsen dat in deeltijd werkzaam is. Er is reeds geconstateerd dat vrouwelijke huisartsen meer in deeltijd werken dan de mannen. Daarnaast blijkt dat het aantal vrouwelijke huisartsen in de komende jaren verder zal toenemen. In 2010 zal naar verwachting 44% van de huisartsen vrouw zijn en in 2020 zal dat aandeel 59% bedragen. Bij de berekening van het aantal fte aan huisartsen in de twee prognosejaren zal dus ook rekening worden gehouden met veranderingen in de verdeling van het aantal mannelijke en vrouwelijke huisartsen.

Voor het berekenen van te verwachten ontwikkelingen in het zorgaanbod wordt in principe alleen een beleidsarme raming doorgerekend. Daarbij gelden de volgende veronderstellingen:

- De instroom in de opleiding bedraagt 500 per jaar;
- Het uitstroompatroon uit voorgaande jaren zal ook in de toekomst gelden;
- Het opleidingsrendement (hoeveel maken opleiding af) bedraagt 98% en zal in de komende jaren niet veranderen;
- Het beroepsrendement (hoeveel afgestudeerde huisartsen gaan als huisarts aan de slag) bedraagt 95% en zal in de komende jaren niet veranderen;
- Er wordt geen rekening gehouden met eventuele veranderingen in het gemiddeld aantal fte voor mannen (0,91 fte) en vrouwen (0,63 fte);
- Er wordt geen rekening gehouden met eventuele veranderingen in de werktijd (uren per fte);
- Er wordt geen rekening gehouden met eventuele veranderingen in de verdeling tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten.

Tabel 5.4: Verwachte toename (%) in het aanbod van huisartsen in de periode 2005-2010 en 2005-2020.

	2005-2010 (%)	2005-2020 (%)
Huisartsen	6,9	20,5
Fte-huisartsen	3,7	11,5

Als rekening wordt gehouden met bovenstaande veronderstellingen dan zal het aantal huisartsen in de periode 2005-2010 met 6,9% toenemen (tabel 5.4). Het aantal fte neemt eveneens toe maar naar verwachting minder snel (3,7%). Voor de periode 2005-2020 gelden groeipercentages van 20,5% voor het aantal huisartsen en 11,5% voor het aantal fte aan huisartsen.

5.2.2 Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken

In hoofdstuk 4 is gekeken naar de gevolgen van demografische en epidemiologische ontwikkelingen op de zorgvraag. Hieruit bleek dat in de periode 2005-2010 de zorgvraag tussen de 4,1 en 6,3% zal stijgen (tabel 5.5). Voor de wat langere termijn (2005-2020) gelden groeipercentages die tussen de 13 en 20,1% liggen. Als we deze cijfers vergelijken met groeipercentages van het aanbod dan kan worden geconcludeerd dat vraagontwikkeling wat sneller zal groeien dan het aanbod.

Met betrekking tot te verwachten vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de huisartsenzorg heeft het Capaciteitsorgaan in de afgelopen jaren diverse studies uitgebracht (Capaciteitsorgaan, 2000, 2001, 2002, 2003). Op basis hiervan is de opleidingscapaciteit van de huisartsenopleiding in de afgelopen jaren sterk verhoogd. De vraag is hoe de uitkomsten van het Capaciteitsorgaan zich verhouden tot de verkenningen in onderhavige studie.

In de eerste plaats moet worden opgemerkt dat voor wat betreft de vraagontwikkeling het groei percentage als gevolg van alleen demografische ontwikkelingen tussen beide studies geen noemenswaardig verschil vertoont. Het grote verschil is dat het Capaciteitsorgaan - door het ontbreken van empirische gegevens - tot nu toe geen rekening heeft kunnen houden met epidemiologische ontwikkelingen. Op basis van

Tabel 5.5: Verwachte toename (%) in het aanbod van en vraag naar huisartsenzorg in de periode 2005-2010 en 2005-2020.

	2005-2010 (%)	2005-2020 (%)
Aanbod (fte)	3,7	11,5
Vraag		
variant 1	4,1	13,0
variant 2	6,3	20,1

gegevens uit de VTV-2002 is dat nu wel mogelijk. Uit *hoofdstuk 4* blijkt dat op grond van de epidemiologische verkenningen rekening moet worden gehouden met enkele procentpunten extra groei van de zorgvraag. Dit betekent dat de groeicijfers voor de vraag nu wat hoger liggen dan die tot nu toe door het Capaciteitsorgaan werden aangehouden.

Aan de andere kant heeft het Capaciteitsorgaan in haar berekeningen factoren meegenomen die in onderhavige studie buiten beschouwing zijn gebleven. Voor wat betreft de vraagontwikkeling is het Capaciteitsorgaan uitgegaan van een 'onvervulde vraag' van circa 5%. Gezien het feit dat er onbemande praktijken waren en er sprake was van een sterke werkdruk onder huisartsen ging men er vanuit dat patiënten door niet ingevulde vacatures enige tijd geen huisarts hadden. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat onder andere door de nieuwe organisatie van avond-, nacht- en weekenddiensten en door meer praktijkondersteuning een deel van die onvervulde vraag in de afgelopen jaren is opgevuld.

Verder heeft het Capaciteitsorgaan in haar ramingen rekening gehouden met een toenemende vraag als gevolg van sociaal-culturele ontwikkelingen. In dit verband wordt gewezen op toenemende mondigheid van patiënten en daaruit voortvloeiend een verlenging van de consultduur. Hiervoor werden door het Capaciteitsorgaan groeipercentages voor de vraag ingeschat die lagen tussen de 5 en 30%. Ook houdt het Capaciteitsorgaan in haar ramingen rekening met te verwachten veranderingen in het werkproces. Zo wordt er vanuit gegaan dat in de komende jaren sprake zal zijn van arbeidstijdverkortung van 2,5 tot 5%.

Uit het bovenstaande blijkt dat het Capaciteitsorgaan in haar ramingen zowel ten aanzien van de vraagontwikkeling als ten aanzien van de aanbodontwikkelingen meer factoren en te verwachten trends heeft meegenomen dan in onderhavige studie.

Als we ons beperken tot de te verwachten demografische en epidemiologische ontwikkelingen (vraag) enerzijds en tot de te verwachten veranderingen in het aanbod (in- en uitstroom in het beroep) anderzijds (*tabel 5.5*), dan blijkt dat de vraag naar huisartsen sneller zal stijgen dan het aanbod. Dit verschil zal verder toenemen als ook rekening wordt gehouden met de factoren die door het Capaciteitsorgaan worden aangedragen. Dit betekent dat als er geen maatregelen worden getroffen het niet onwaarschijnlijk is dat er tekorten aan huisartsen blijven bestaan. De vraag is of deze tekorten opgelost moeten worden via uitbreiding van de opleidingscapaciteit of dat er andere oplossingen gezocht moeten worden, zoals bijvoorbeeld het afremmen van de zorgvraag en organisatorische veranderingen als taakherschikking en taakdelegatie. In het volgende hoofdstuk zal daar verder op worden ingegaan.

Bij bovengenoemde uitkomsten moet de kanttekening worden geplaatst dat dit gegevens op landelijke schaal zijn. Tussen regio's bestaan er verschillen in de aansluiting tussen vraag en aanbod (Van der Velden et al., 2003a). Zo zijn er District Huisartsen Verenigingen (DHV) waarin een groei van het aantal huisartsen met 23% noodzakelijk wordt geacht, maar ook DHV's waarin de benodigde groei rond de 10% ligt om vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten. Verder blijkt dat recent afgestudeerde

huisartsen zich liever niet in de grote steden vestigen. Het grootste deel kiest voor een praktijk op het platteland (Van der Velden et al., 2003b). Dit zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat de grote steden in de komende jaren met grotere tekorten worden geconfronteerd dan de andere gebieden in Nederland. Dit betekent dat eventuele discrepanties tussen vraag en aanbod zich vooral zullen manifesteren op regionaal niveau.

5.3 Apothekers

5.3.1 Ontwikkelingen in het zorgaanbod

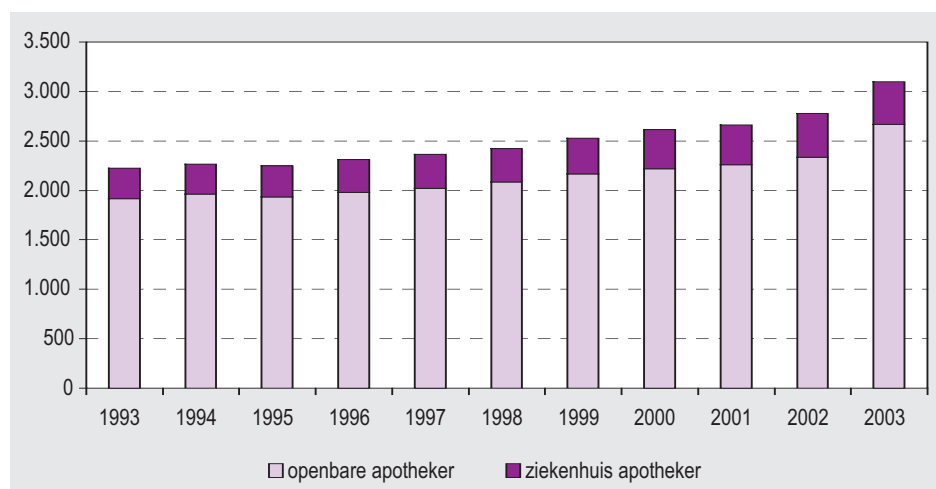
Groei in aantal openbare apothekers

Volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen en de KNMP zijn er per 1 januari 2003 in totaal 3.075 apothekers werkzaam (*figuur 5.7*). Onder hen bevinden zich 2.649 openbare apothekers (86%) en 426 (14%) ziekenhuisapothekers. Het aantal openbare apothekers is in de afgelopen tien jaar met 39% gestegen. Deze stijging heeft zich vooral in de meest recente jaren voorgedaan.

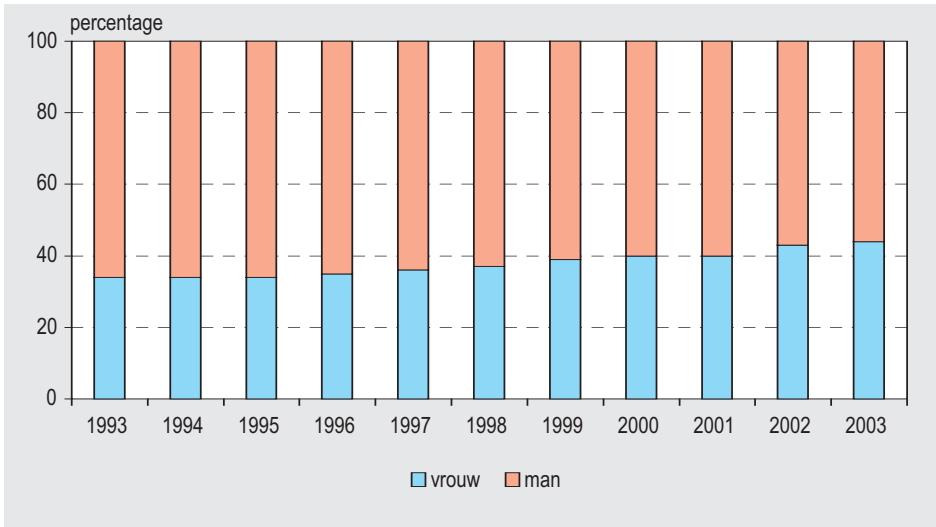
Naast de apothekers zijn er per 1 januari 2003 nog 593 apotheekhoudende huisartsen werkzaam (501 praktijken). In 1993 waren dit er nog 667 (NIVEL, diverse jaren). De meeste apotheekhoudende huisartsen zijn gevestigd op het platteland.

Toenemend aantal vrouwelijke apothekers

Het aandeel vrouwelijke openbare apothekers nam toe van 34% in 1993 tot 44% in 2003. In de afgelopen tien jaar is het absolute aantal mannelijke apothekers gestegen met 19% en het aantal vrouwelijke apothekers met 80%. De groei van het aantal vrouwelijke apothekers zal zich in de komende jaren ongetwijfeld voortzetten, aangezien



Figuur 5.7: Aantal openbare apothekers en ziekenhuisapothekers, 1993-2003 (Bron: SFK).



Figuur 5.8: Verdeling van het aantal openbare apothekers naar geslacht, 1993-2003 (Bron: SFK).

meer dan de helft (56%) van het aantal opleidingsplaatsen binnen de farmacie wordt bezet door vrouwen.

Aantal fte

Over het aantal fte zijn helaas geen gegevens beschikbaar.

In- en uitstroom

Volgens de SFK zou in 2001 sprake zijn geweest van een hoge uitstroom van circa 85 apothekers. Hiertoe behoorden veel apothekers die hun apotheek hebben verkocht aan een groothandel en dus de openbare farmacie vaarwel hebben gezegd. Ook voor 2002 wordt door de SFK een hoge uitstroom gemeld: circa 146 personen hebben in dat jaar hun werkzaamheden binnen de openbare apotheek neergelegd. Uit recent onderzoek van de SFK blijkt dat die toenemende uitstroom zich ook in 2003 heeft voorgedaan. In de eerste maanden van 2003 zijn 154 personen gestopt met hun functie als openbaar apotheker. Opvallend is dat een groot deel van deze groep relatief jong is (SFK, 2003).

Om inzicht te krijgen in de toekomstige uitstroom biedt de huidige leeftijdsverdeling het enige aanknopingspunt. Uit *tabel 5.6* blijkt dat 22% van de apothekers ouder is dan 50 jaar. Een groot deel van deze groep zal in het komende decennium het beroep verlaten. Verder blijkt dat de mannen een oudere leeftijdsopbouw hebben dan de vrouwen. Bijna een derde deel van alle mannelijke apothekers is ouder dan 50 jaar, tegenover 13,5% van de vrouwen.

Opleiding

Het ministerie van OC&W draagt verantwoordelijkheid voor de opleiding farmacie. Voor deze opleiding geldt geen numerus fixus. Uit *figuur 5.9* blijkt dat de instroom in

Tabel 5.6: Leeftijdverdeling van werkzame openbare apothekers naar geslacht op 1 januari 2003 (Bron: SFK).

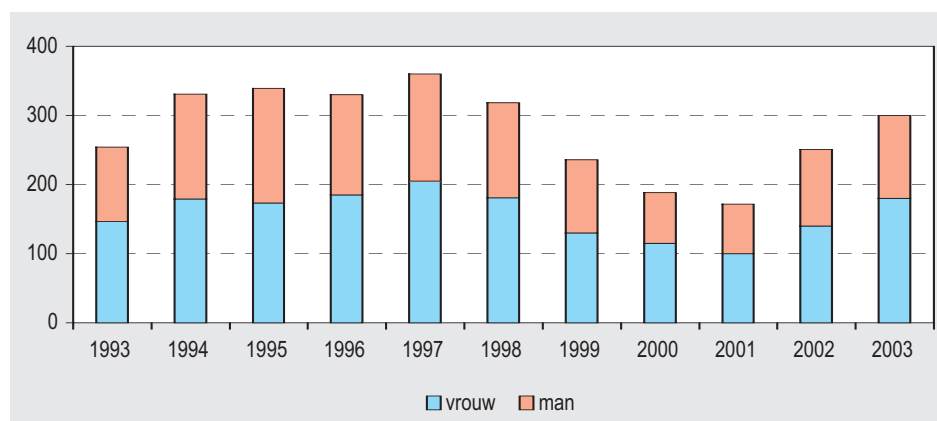
Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
< 31	143	9,6	307	26,1	450	16,9
31-40	347	23,2	443	37,6	790	29,6
41-50	565	37,8	268	22,8	833	31,2
51-65	418	28,0	152	12,9	570	21,3
≥ 65	20	1,3	7	0,6	27	1,0
Totaal	1.493	100,0	1.177	100,0	2.670	100,0

de studie farmacie in de laatste jaren is afgenomen. Indien deze ontwikkeling doorzet zullen er op den duur problemen ontstaan bij het vervullen van de vacatures voor de functie van tweede apotheker. In 2003 had één op de tien apotheken een vacature voor een tweede apotheker (SFK, 2003).

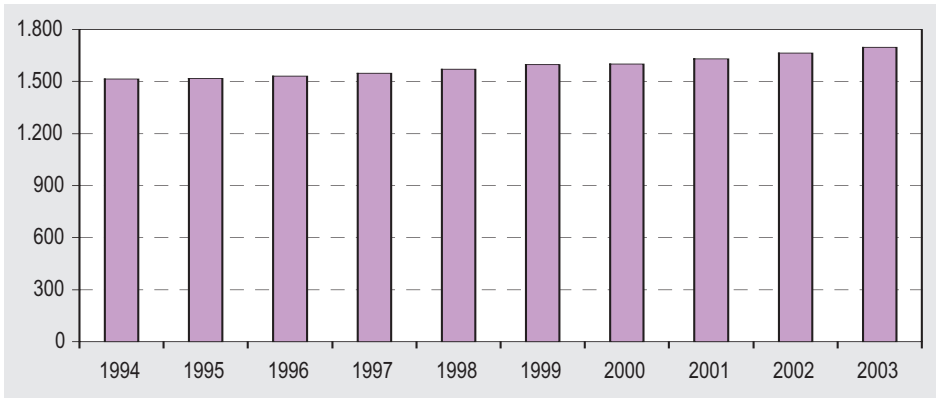
Apotheken

In totaal zijn er per 1 januari 2003 in Nederland 1.697 apotheken. In de periode 1994-2003 is het aantal apotheken met 12% gestegen (figuur 5.10). Vooral in de meest recente jaren is er sprake van een sterke stijging. De meeste van de nieuwe apotheken zijn gevestigd in de provincies Zuid-Holland en Noord-Brabant. Onder de nieuwe apotheken bevinden zich vijf zogeheten dienstapotheken: apotheken die gedurende de avonden en weekeinden geopend zijn. De aangesloten apotheken draaien de onrendabele diensten niet meer zelfstandig, maar bundelen deze in een gezamenlijke dienstverlening. Momenteel zijn er in Nederland circa 28 van deze dienstapotheken gevestigd.

Per 1 januari 2003 waren er in de 1.697 apotheken (figuur 5.10), in totaal 13.563 personen werkzaam als apothekersassistente. In 1993 waren dat er 12.259. In tien jaar



Figuur 5.9: Aantal instromers in de opleiding farmacie naar geslacht, 1993-2003 (Bron: CBS).



Figuur 5.10: Aantal apotheken, 1994-2003 (Bron: SFK).

tijd is het aantal apothekersassistenten met 10,6% toegenomen. Deze stijging is overigens deels weer teniet gedaan doordat steeds meer assistenten part-time zijn gaan werken. Samen met de structurele stijging van het geneesmiddelengebruik en de toename van het aantal apotheekvestigingen is dit een belangrijke verklaring voor bestaande tekorten aan assistenten en de oplopende werkdruk in apotheken (SFK, 2003). Circa 35% van de apotheken had in 2002 een vacature voor een apothekersassistente. Eén op de vijf vacatures stond toen een jaar of langer open.

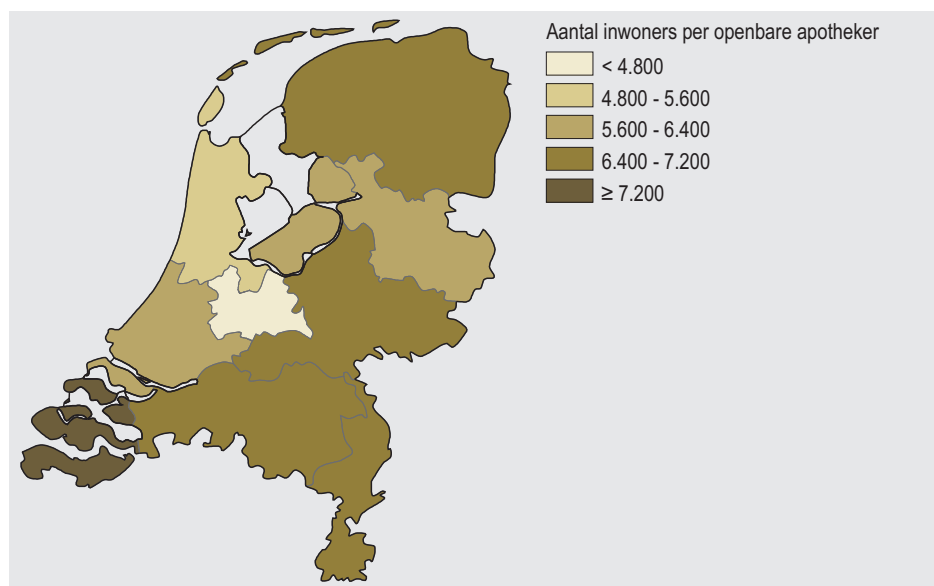
Geografische spreiding

Landelijk gezien zijn er circa 6.100 inwoners per openbare apotheker. Er zijn echter grote verschillen tussen de provincies (*figuur 5.11*). De provincie Utrecht kent de hoogste apothekersdichtheid, ofwel het kleinste aantal inwoners per openbare apotheker (4.300). Zeeland kent veruit de laagste dichtheid; 12.605 inwoners per openbare apotheker. In de meer landelijke gebieden zijn het vooral de apotheekhoudende huisartsen die verantwoordelijk zijn voor de geneesmiddelenvoorziening.

Te verwachten ontwikkelingen in het zorgaanbod

Uit bovengenoemde beschrijving kan worden afgeleid dat het aantal apotheken en de daarin werkzame apothekers in de afgelopen tien jaar sterk is toegenomen. Aan de andere kant is de belangstelling voor de opleiding farmacie in diezelfde periode sterk teruggelopen. Daarbij moet wel worden aangetekend dat er in 2003 weer sprake was van een lichte toename van de instroom in de opleiding farmacie. Als dit doorzet zullen op den duur de problemen die nu spelen bij het vervullen van vacatures voor de functie van tweede apotheker, wellicht minder worden.

Er zijn geen gegevens waaruit met enige betrouwbaarheid is af te leiden hoeveel apothekers in de komende jaren vanwege leeftijd of andere redenen de werkzaamheden zullen neerleggen. SFK merkt in het jaarverslag over 2004 op dat er jaarlijks rond de 100 personen de werkzaamheden neerleggen. Uit de leeftijdsopbouw blijkt dat circa 600 apothekers ouder dan 50 jaar zijn. Dit betekent dat alleen al vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd, in de komende 15 jaar circa 600 openbare



Figuur 5.11: Dichtheid openbare apothekers per landsdeel/provincie, 2002 (Bron: SFK; CBS).

apothekers het beroep zullen verlaten. De totale uitstroom zal ongetwijfeld nog hoger zijn aangezien een deel van de huidige groep werkzame apothekers voor hun 50^e levensjaar zal stoppen om geheel iets anders te gaan doen.

Om toch inzicht te krijgen in het aantal werkzame openbare apothekers in de prognosejaren 2010 en 2020 is gebruik gemaakt van gegevens uit het BIG-register in combinatie met de gegevens van de KNMP. Op basis hiervan is berekend dat in de periode tot 2010 circa 19% van de huidige groep apothekers het beroep zal verlaten. Voor de periode tot 2020 wordt een uitstroom voorspeld van 47%.

Voor het berekenen van de te verwachten ontwikkelingen in het zorgaanbod zijn in principe alleen beleidsarme ramingen uitgevoerd. Dit betekent dat enerzijds is gekeken naar de uitstroom en anderzijds naar de instroom in de opleiding. Voor het uitvoering van de beleidsarme raming worden de volgende veronderstellingen gehanteerd:

- Jaarlijks zullen 160 apothekers de opleiding voltooien en als apotheker aan de slag gaan;
- Door het ontbreken van gegevens is geen rekening gehouden met het beroepsrendement (hoeveel studenten gaan na het afronden van de opleiding aan de slag als apotheker);
- Door het ontbreken van gegevens is geschat dat de mannelijke apothekers gemiddeld 0,95 fte werken en de vrouwen 0,83 fte (te vergelijken met gegevens van medisch specialisten);
- Er worden voor de periode 2005-2020 geen veranderingen verondersteld in het gemiddeld aantal fte van mannen en vrouwen;
- Er wordt geen rekening gehouden met eventuele veranderingen in de werktijd (uren per fte).

Tabel 5.7: Verwachte toename (%) in het aanbod van openbare apothekers in de periode 2005-2010 en 2005-2020.

	2005-2010 (%)	2005-2020 (%)
Openbare apothekers	15,2	52,7
Fte-openbare apothekers	14,6	50,2

Uit tabel 5.7 blijkt dat gegeven bovenstaande veronderstellingen het aantal werkzame openbare apothekers in de periode 2005-2010 met 15,2% zal stijgen. Het aantal fte zal iets minder sterk toenemen (14,6%). Voor de periode 2005-2020 gelden groeipercentages van 52,7% voor het aantal openbare apothekers en 50,2% voor het aantal fte. Voor wat betreft het aantal fte geldt de kanttekening dat er geen exacte gegevens zijn over het gemiddelde aantal fte voor mannen en vrouwen. Dit betekent dat deze cijfers met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

5.3.2 Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken

De vraag is vervolgens of het te verwachten aanbod aan openbare apothekers aansluit bij de te verwachten vraag naar openbare apothekers. Voor wat betreft de vraagontwikkeling is in hoofdstuk 4 gekeken naar de gevolgen van demografische en epidemiologische ontwikkelingen. Gebleken is dat in de periode 2005-2010 de zorgvraag tussen de 6,3 en 7,9% zal toenemen. Voor de periode 2005-2020 worden groeicijfers genoteerd die tussen de 19,9 en 25% (tabel 5.8). Als we deze groeicijfers vergelijken met groeicijfers over het aanbod dan blijkt dat er in de komende jaren eerder sprake zal zijn van een overschot aan openbare apothekers dan een tekort. Helaas zijn er geen betrouwbare gegevens die uitsluitsel kunnen geven of er op dit moment reeds een tekort of een overschot is.

Helaas zijn er ook geen andere studies bekend waarin toekomstige vraag- en aanbodontwikkelingen over een wat langere periode worden vergeleken. Dit betekent dat voor de apothekers geen beleidsrijke ramingen gepresenteerd kunnen worden. In dit verband zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan de mogelijkheden om de geneesmiddelenvoorziening van de apotheekhoudende huisartsen over te dragen aan apothekers. In ieder geval lijkt het er op dat er voor de openbare apothekers in de

Tabel 5.8: Verwachte toename (%) in het aanbod van en vraag naar openbare apothekers in de periode 2005-2010 en 2005-2020.

	2005-2010 (%)	2005-2020 (%)
Aanbod (fte)	14,6	50,2
Vraag		
variant 1	6,3	7,9
variant 2	19,9	25,0

toekomst geen grote capaciteitsproblemen te verwachten zijn. Dit betekent niet dat er voor de apotheken geen capaciteitsproblemen zouden kunnen ontstaan. Immers een groot deel van het werk in de apotheken wordt uitgevoerd door de apothekers-assistenten. Of er voor deze ondersteunende beroepsgroep tekorten of overschotten dreigen is onbekend.

5.4 Verloskundigen

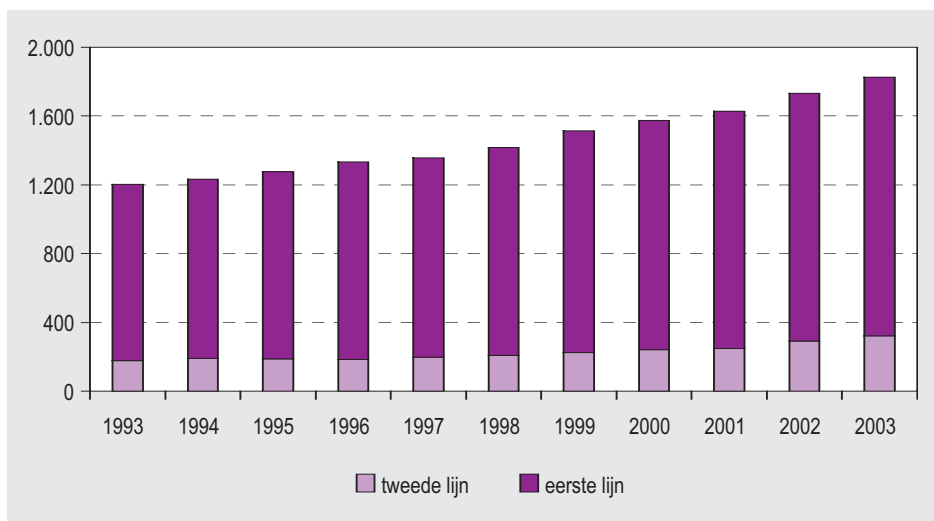
5.4.1 Ontwikkelingen in het zorgaanbod

Snelle groei aantal werkzame verloskundigen

Per 1 januari 2003 zijn er in Nederland 1.825 praktiserende verloskundigen (NIVEL, 2003b). Van hen is het grootste deel (82%) werkzaam in de eerste lijn. In de afgelopen tien jaar is het totale aantal werkzame verloskundigen met 52% toegenomen (figuur 5.12). Daarbij moet worden aangetekend dat de groei van het aantal verloskundigen in de tweede lijn hoger is (80%) dan in de eerste lijn (47%).

Van de 1.503 verloskundigen die per 1 januari 2003 in de eerste lijn werkzaam zijn heeft het grootste deel (76%) een eigen praktijk. Circa 4% is in loondienst van een gezondheidscentrum, 10% werkt in loondienst van een zelfstandig gevestigde verloskundige en 8% werkt als waarneemster. Het aandeel mannelijke verloskundigen schommelt al jaren rond de 3% (NIVEL, 2003b).

Naast de verloskundigen is ook een aantal huisartsen verloskundig actief in de eerste lijn. Dit aantal is in de afgelopen 10 jaar echter sterk gedaald. In 1993 deed nog 18% van huisartsen bevallingen, terwijl dit in 2003 nog maar voor 6% van de huisartsen



Figuur 5.12: Aantal werkzame verloskundigen in de eerste en tweede lijn, 1993-2003 (Bron: NIVEL, 2003b).

gold. De meeste verloskundig actieve huisartsen zijn gevestigd op het platteland en dan vooral in de provincies Zeeland en Groningen (Wiegers et al., 2002).

Aantal fte

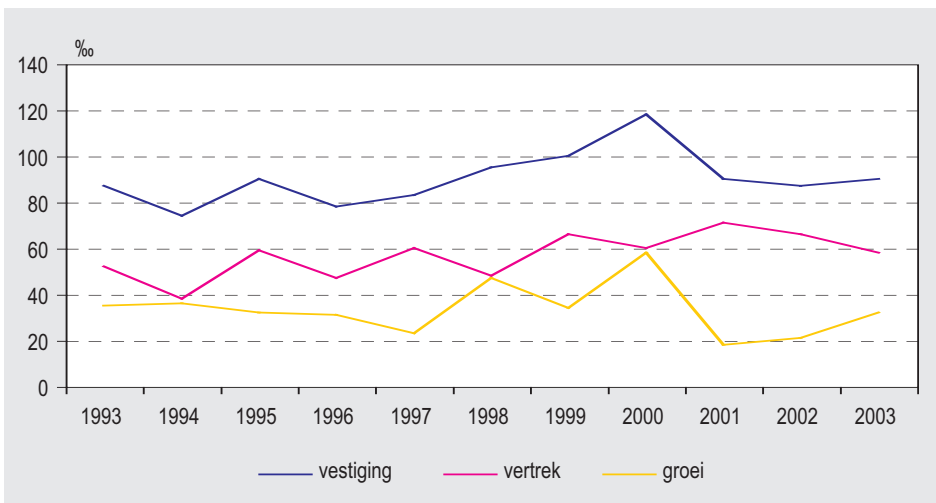
De vraag is of de groei van het aantal verloskundigen ook heeft geleid tot een toename van het aantal fte aan verloskundigen. Helaas zijn hierover geen gegevens voor het begin van de jaren negentig voorhanden. Pas vanaf 2000 worden in de registratie van verloskundigen van het NIVEL hierover gegevens verzameld. In dat jaar werkten zelfstandig gevestigde verloskundigen gemiddeld 0,87 fte en verloskundigen in de overige functies in de eerste lijn (waarnemers of in loondienst van zelfstandig gevestigde verloskundigen) gemiddeld 0,75 fte.

In- en uitstroom

In *figuur 5.13* wordt inzicht gegeven in de in- en uitstroom van zelfstandig gevestigde verloskundigen. Voor wat betreft de uitstroom is er vanaf 1994 sprake van een licht stijgende tendens. Van degenen die in 2002 hun praktijk hebben neergelegd heeft bijna een kwart als reden opgegeven dat men een andere functie binnen de verloskundige zorg heeft aanvaard. Zij zijn in een ziekenhuis gaan werken of zijn als waarnemer aan de slag gegaan. De rest is om leeftijdsredenen (59%), vanwege ziekte (8%) of vanwege gezinsomstandigheden (5%) gestopt.

Ten aanzien van de instroom in het beroep blijkt na jaren van toename dat er in de afgelopen twee jaar sprake is van een daling. Het instroomcijfer is weer op het niveau van het begin van de jaren negentig.

De omvang van de uitstroom in de komende jaren hangt grotendeels samen met de leeftijdsopbouw. De beroepsgroep verloskundigen wordt gekenmerkt door een vrij



Figuur 5.13: Vestiging-, vertrek- en groeicijfers (%) van het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen, 1993-2003 (Bron: NIVEL, 2003b).

Tabel 5.9: Leeftijdsverdeling van verloskundigen in de eerste en tweede lijn op 1 januari 2003 (Bron: NIVEL, 2003b).

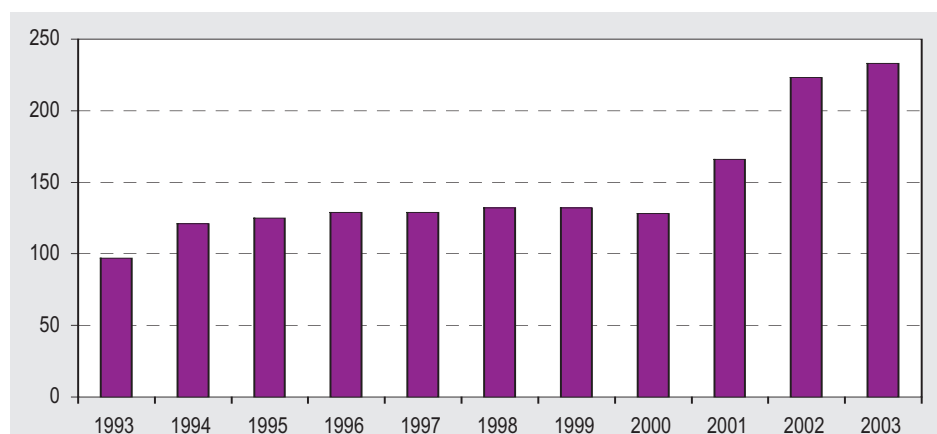
Leeftijd	Eerste lijn		Tweede lijn		Totaal	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
< 25	118	7,9	14	4,4	132	7,3
25-29	344	22,9	52	16,2	396	21,8
30-34	254	16,9	47	14,6	301	16,5
35-39	216	14,4	46	14,3	262	14,4
40-44	216	14,4	45	14	261	14,3
45-49	140	9,3	60	18,7	200	11
50-54	106	7,1	30	9,3	136	7,5
55-59	74	4,9	19	5,9	93	5,1
60-64	27	1,8	8	2,5	35	1,9
65-69	3	0,2	-	-	3	0,2
≥ 70	1	0,1	-	-	1	0,1
Totaal ^a	1.499	100	321	100	1.820	100

a van 5 verloskundigen is de leeftijd niet bekend

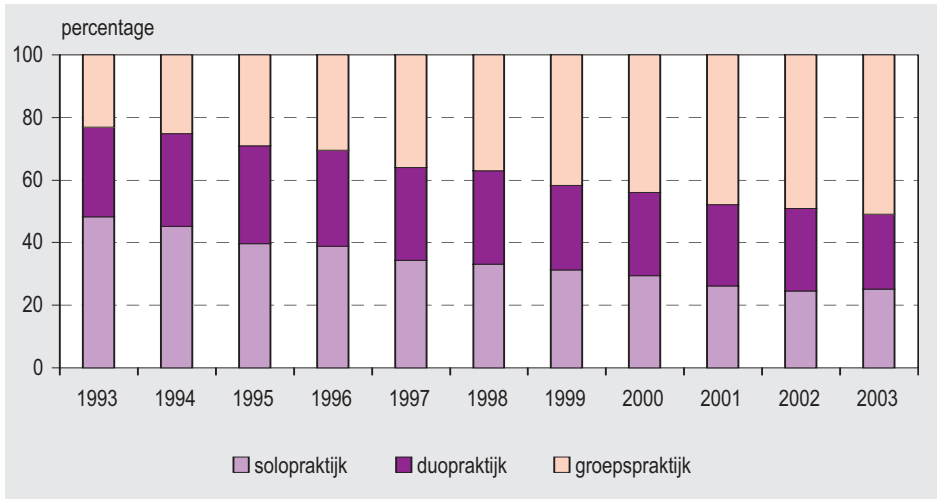
jonge leeftijdsopbouw: circa 60% is jonger dan 40 jaar. Dit geldt met name voor de verloskundigen in de eerste lijn, ongeveer 62% van hen is jonger dan 40 jaar.

Opleiding

De opleiding voor verloskundigen valt onder verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. Onder druk van dreigende tekorten aan verloskundigen is het aantal opleidingsplaatsen voor eerstejaarsstudenten verloskunde na 2000 drastisch verhoogd (figuur 5.14). Er is zelfs sprake van een verdubbeling van het aantal eerstejaarsstudenten. Dit betekent dat in de komende jaren veel verloskundigen op de arbeidsmarkt komen. Overigens is de instroom vanaf 2004 tot 2008 gepland op 220 per jaar.



Figuur 5.14: Aantal instromers in de opleiding verloskunde, 1993-2003 (Bron: RAZW; CBS).



Figuur 5.15: Verdeling verloskundige praktijken naar praktijkvorm, 1993-2003 (Bron: NIVEL, 2003b).

Naast de verloskundigen die van de opleiding komen is er ook nog een redelijk omvangrijke instroom vanuit het buitenland. In 2002 hebben bijvoorbeeld 98 verloskundigen de opleiding in Nederland voltooid, maar daarnaast hebben in dat zelfde jaar 29 verloskundigen uit het buitenland een gelijkstelling gekregen. In de afgelopen tien jaar ging het om gemiddeld 26 verloskundigen per jaar die een gelijkstelling kregen.

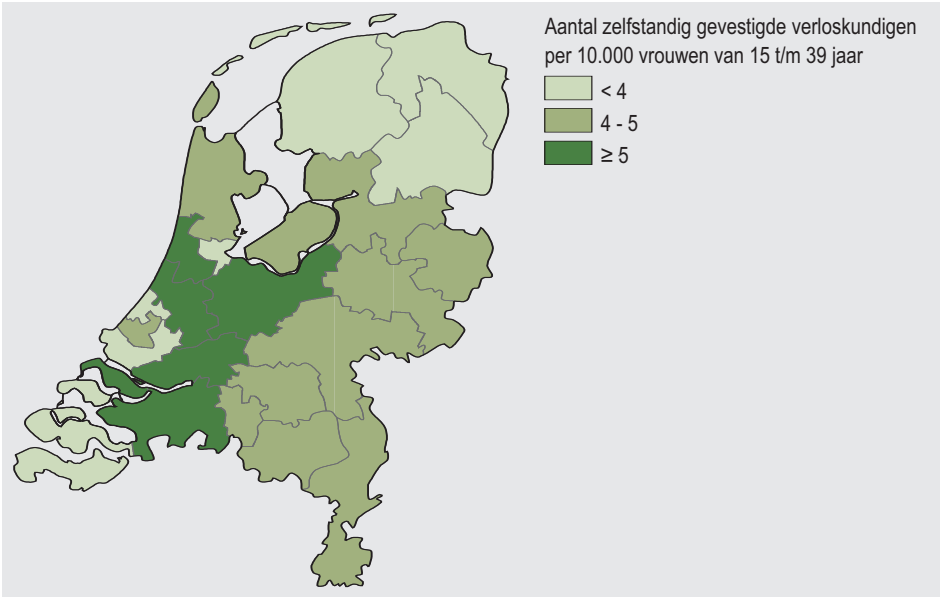
Praktijken

Per 1 januari 2003 zijn er 448 verloskundigen praktijken. De helft hiervan bestaat uit groepspraktijken (figuur 5.15). Dit aandeel blijkt ieder jaar verder toe te nemen. Dit gaat ten koste van het aandeel solopraktijken. In 1993 bedroeg het aandeel solopraktijken nog bijna 40%. Dit is afgenomen tot 25% in 2003.

Geografische spreiding

Op 1 januari 2003 bedroeg de verloskundigendichtheid gemiddeld 2.277 (aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd per verloskundige). Tien jaar daarvoor was dit nog 3.441. Er zijn echter aanzienlijke geografische verschillen (figuur 5.16).

Het zijn met name regio's met veel landelijke gebieden waar relatief minder verloskundigen werkzaam zijn. In het noorden van Nederland en in Zeeland is het aantal verloskundigen per 10.000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd het laagst. Dit zien we ook goed weergegeven als een onderscheid wordt gemaakt naar stedelijkheid (tabel 5.10). In de plattelandsgebieden is het voor verloskundigen moeilijker om een rendabele praktijk op te bouwen. In deze gebieden zijn het met name de huisartsen die de verloskundige zorg voor hun rekening nemen. Overigens blijkt dat ook enkele grote steden gekenmerkt worden door een lage dichtheid.



Figuur 5.16: Dichtheid verloskundigen per DHV-regio, 2003 (Bron: NIVEL, 2003b, 2003e).

Te verwachten ontwikkelingen in het zorgaanbod

Voor het berekenen van het toekomstige zorgaanbod zijn in principe alleen beleids-arme ramingen uitgevoerd. Dit betekent dat enerzijds is gekeken naar de uitstroom (pensionering) en anderzijds naar de instroom in de opleiding.

Op basis van de huidige leeftijdsopbouw en uitstroomp patronen in het verleden is berekend dat in de periode tot 2010 circa 17% van de huidige groep werkzame verloskundigen in de eerste lijn de werkzaamheden zal neerleggen. Voor de periode tot 2020 geldt een uitstroompercentage van 42%. In de afgelopen jaren is de instroom gestegen van 128 in 2000 naar 233 in 2003. Deze sterke stijging was nodig om op korte termijn een antwoord te kunnen vinden op de groeiende tekorten aan verloskundigen en de daarmee samenhangende hoge werkdruk. In 2004 is de instroom ove-

Tabel 5.10: Verhouding tussen het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-39 jaar) en het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen naar stedelijkheid op 1 januari 2003 (Bron: NIVEL, 2003b).

	Aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-39 jaar)	Aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen	Dichtheid verloskundigen
Zeer stedelijk	574.294	223	2.575
Sterk stedelijk	778.512	350	2.224
Matig stedelijk	530.020	294	1.803
Weinig stedelijk	541.441	247	2.192
Niet-stedelijk	324.184	93	3.486
Nederland	2.748.451	1.207	2.277

Tabel 5.11: Verwachte toename (%) in het aanbod van eerstelijnsverloskundigen in de periode 2005-2010 en 2005-2020.

	2005-2010 (%)	2005-2020 (%)
Verloskundigen	25,3	78,1
Fte-verloskundigen	25,3	78,1

rigens weer naar beneden bijgesteld (220). Dit aantal wordt door VWS als richtgetal tot het jaar 2008 aangehouden en wordt in deze studie als uitgangspunt gebruikt voor het berekenen van het aantal verloskundigen dat in de komende jaren op de arbeidsmarkt komt. Daarbij geldt nog de kanttekening dat rekening is gehouden met het feit dat circa 70% van de afgestudeerde verloskundigen in de eerste lijn aan de slag gaat.

Naast een prognose over het aantal personen is ook een prognose uitgevoerd over het te verwachten aantal fte aan verloskundigen in 2010 en 2020. Daarbij is het uitgangspunt dat het huidige gemiddelde aantal fte (0,83) in de komende jaren niet verandert.

Samenvattend gelden voor het berekenen van het toekomstig zorgaanbod de volgende veronderstellingen:

- Jaarlijks zullen er 220 verloskundigen met de opleiding starten;
- Het opleidingsrendement (hoeveel maken de opleiding af) bedraagt 80% en zal in de komende jaren niet veranderen;
- Het beroepsrendement (hoeveel verloskundigen gaan als verloskundige in de eerste lijn aan de slag) bedraagt 70% en zal in de komende jaren niet veranderen;
- Het huidige gemiddelde aantal fte (0,83) blijft ongewijzigd;
- Er wordt geen rekening gehouden met eventuele veranderingen in de werktijd (aantal uur per fte).

Als rekening wordt gehouden met bovengenoemde veronderstellingen dan blijkt uit tabel 5.11 dat het aantal werkzame verloskundigen in de eerste lijn in de periode 2005-2010 met 25,3% zal stijgen. Dit percentage geldt ook voor de groei in het aantal fte. Voor de periode 2005-2020 geldt een groeipercantage van 78,1%, voor zowel het aantal verloskundigen in de eerste lijn als het aantal fte. Deze hoge groeipercantages worden vooral veroorzaakt door de hoge instroom in de opleiding.

5.4.2 Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken

De vraag is vervolgens of het te verwachten aanbod aan verloskundigen aansluit bij de te verwachten vraag naar verloskundigen. Voor wat betreft de vraagontwikkeling zijn net als bij de aanbodsontwikkelingen alleen beleidsarme ramingen uitgevoerd (hoofdstuk 4). Dit betekent dat alleen is gekeken naar de gevolgen van demografische ontwikkelingen voor de toekomstige zorgvraag.

Op basis van het huidige zorggebruik en gecombineerd met de te verwachten

Tabel 5.12: Verwachte toe- of afname in het aanbod van en vraag naar eerstelijnsverloskundigen in de periode 2005-2010 en 2005-2020.

	2005-2010 (%)	2005-2020 (%)
Aanbod (fte)	+25,3	+78,1
Vraag	-5,1	-1,6

demografische ontwikkelingen is berekend dat in de periode 2005-2010 de zorgvraag met 5,3% zal afnemen. Voor de periode 2005-2020 wordt een iets geringere afname voorspeld (-1,6%). Als we deze groeicijfers vergelijken met groeicijfers over het aanbod dan blijkt het aanbod aanmerkelijk sneller toe te nemen dan de vraag. Op basis van deze beleidsarme ramingen dreigt er op termijn een overschot aan verloskundigen.

Hoe verhouden bovengenoemde uitkomsten zich tot de behoefteramingsstudie die het NIVEL in 2002 heeft uitgevoerd in het kader van het project Monitor van de verloskundige zorgverlening (Wiegers et al., 2002)? In deze behoefteramingsstudie worden zowel beleidsarme als beleidsrijke ramingen gepresenteerd.

In de eerste plaats moet worden opgemerkt dat in de NIVEL-studie ramingen zijn gepresenteerd die betrekking hebben op de totale beroepsgroep verloskundigen, dus ook op de verloskundige zorg in de tweede lijn. In de tweede plaats worden in die studie alleen ramingen gepresenteerd voor het prognosejaar 2010.

In de genoemde NIVEL-studie is voor wat betreft de vraagontwikkeling in de eerste plaats rekening gehouden met het aantal te verwachten levendgeborenen (demografische ontwikkeling). In de tweede plaats is rekening gehouden met de veronderstelling dat in het kader van het Basistakenpakket verloskunde er meer tijd per patiënt noodzakelijk is. In de derde plaats is rekening gehouden met de veronderstelling dat het aandeel huisartsen in de verloskundige zorg in de toekomst volledig wordt overgenomen door de verloskundigen. In de vierde plaats is op basis van de studie Normpraktijk Gynaecologie 2000 van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) verondersteld dat de vraag naar het aantal klinisch werkende verloskundigen sterk zou toenemen. Er is berekend dat een extra vraag van 400 fte aan klinisch werkende verloskundigen noodzakelijk is. Daarnaast wordt ook gewezen op ontwikkelingen als het toenemend aantal echo's en de toenemende tijd die nodig is voor de zorg aan allochtonen.

Met betrekking tot de aanbodontwikkeling is destijds geconstateerd dat de verloskundigen vooral veel behoefte hebben aan arbeidstijdnormalisatie. In 2002 werkte een fulltime werkenden verloskundige gemiddeld 52 uur per week. Er werd verondersteld dat op termijn een werkweek van 40 uur per fte wenselijk is.

Op basis van bovengenoemde, voor het merendeel beleidsrijke ramingen, wordt een veel grotere vraag naar verloskundigen verondersteld dan in *tabel 5.12* op basis van beleidsarme ramingen is berekend.

Echter als alleen rekening wordt gehouden met beleidsarme ramingen dan zal bij handhaving van de huidige instroom in de opleiding op termijn een overschot aan verloskundigen ontstaan. Als daarnaast ook rekening wordt gehouden met andere ontwikkelingen dan zullen vraag en aanbod beter op elkaar zijn afgestemd.

5.5 Fysiotherapeuten

5.5.1 Ontwikkelingen in het zorgaanbod

Fysiotherapeuten grootste paramedisch beroepsgroep

Alvorens we stil staan bij de fysiotherapeuten en oefentherapeuten zal eerst in het kort worden ingegaan op de ontwikkelingen in het totale aantal paramedische beroepsbeoefenaren. Uit *tabel 5.13* blijkt dat er naar schatting bijna 39.000 paramedici werkzaam zijn in de Nederlandse gezondheidszorg. In de afgelopen 10 jaar bedroeg de gemiddelde jaarlijkse groei van het aantal paramedici 2,4%. Beroepsgroepen die in die periode sterk zijn gegroeid zijn de huidtherapeuten en de podotherapeuten. Het aantal fysiotherapeuten, qua omvang verreweg de grootste paramedische beroepsgroep, groeit jaarlijks gemiddeld met 1,4%.

Circa 52% van de paramedische beroepsbeoefenaren is werkzaam in de eerste lijn (*tabel 5.14*). Daarbinnen vormen de fysiotherapeuten verreweg de grootste beroepsgroep (68%). Gevolgd door mondhygiënist (8,8%) en logopedisten (7,6%).

Aantal werkzame fysiotherapeuten

In de periode 1993-1997 schommelde het aantal werkzame fysiotherapeuten in de eerste lijn jaarlijks rond de 11.700 personen. Daarna nam dit aantal vrijwel ieder jaar toe tot in totaal circa 13.250 fysiotherapeuten in 2003. Sinds 1997 is dat een toename van 13%. Sinds jaar en dag zijn er ongeveer evenveel vrouwen en mannen werkzaam als fysiotherapeut (*figuur 5.17*).

Tabel 5.13: Aantal werkzame paramedici op 1 januari 1993 en 2003 en de gemiddelde jaarlijks groei^a (Bron: RAZW, 2004).

	1993	2003	Gemiddelde jaarlijkse groei 1993-2003 (%)
Fysiotherapeuten (extramuraal)	11.500	13.236	1,4
Fysiotherapeuten (intramuraal)	4.500	5.000	1,1
Ergotherapeuten	1.509	2.680	5,9
Logopedisten	3.472	4.625	2,9
Diëtisten	2.306	2.335	0,1
Mondhygiënist	1.278	2.225	5,7
Oefentherapeuten Cesar	795	935	1,6
Oefentherapeuten Mensendieck	860	950	1,0
Orthoptisten	269	293	0,9
Podotherapeuten	200	415	7,6
Radiologisch laboranten	4.000	5.900	4,0
Huidtherapeuten	65	250	14,4
Totaal	30.754	38.844	2,4

a deels gebaseerd op schattingen

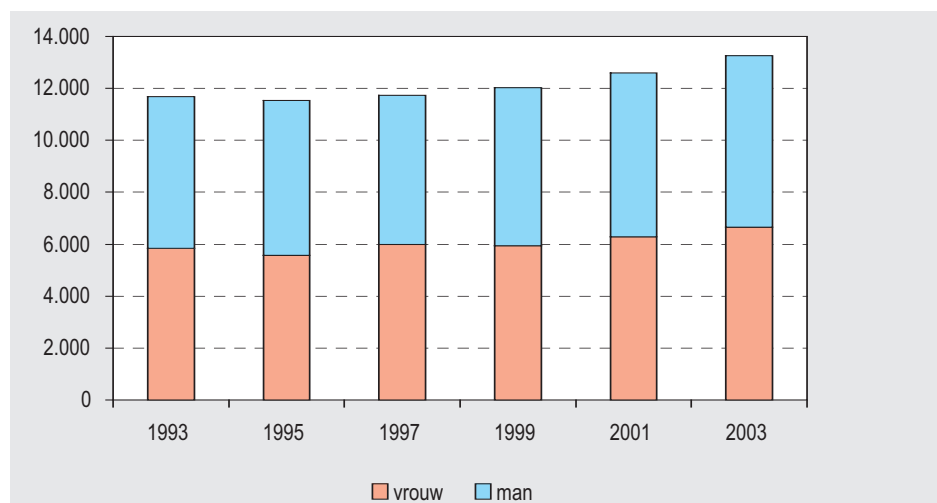
Tabel 5.14: Aantal werkzame paramedici in de eerste lijn op 1 januari 2003^a (Bron: RAZW, 2004).

	Aantal	%
Fysiotherapeuten (extramuraal)	13.236	68,4
Ergotherapeuten	130	0,7
Logopedisten	1.476	7,6
Diëtisten	600	3,1
Mondhygiënist	1.700	8,8
Oefentherapeuten Cesar	820	4,2
Oefentherapeuten Mensendieck	850	4,4
Orthoptisten	50	0,3
Podotherapeuten	300	1,6
Radiologisch laboranten	-	-
Huidtherapeuten	175	0,9
Totaal	19.337	100%

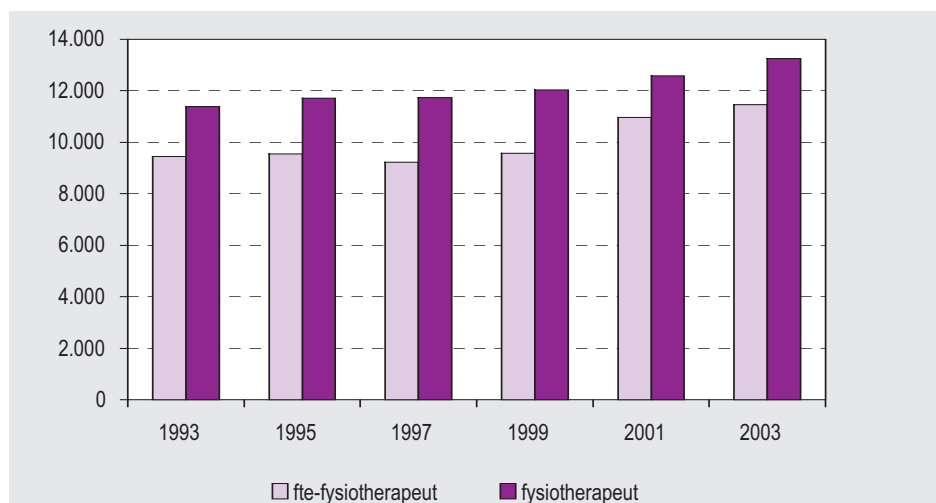
a deels gebaseerd op schattingen

Aantal fte

Per 1 januari 2003 werken de fysiotherapeuten in de eerste lijn voor in totaal 11.462 fte (figuur 5.18). De gemiddelde werkweek van fysiotherapeuten is 36,9 uur per week, waarbij mannen een hoger gemiddelde hebben (44,4 uur) dan vrouwen (29,6 uur). Over de periode 1993-2003 zien we dat het aantal werkzame fysiotherapeuten minder sterker is gegroeid (16%) dan het aantal fte (29%). De gemiddelde duur van de werkweek is in die periode dan ook toegenomen van 32,7 uur in 1993 tot 36,9 uur in 2003.



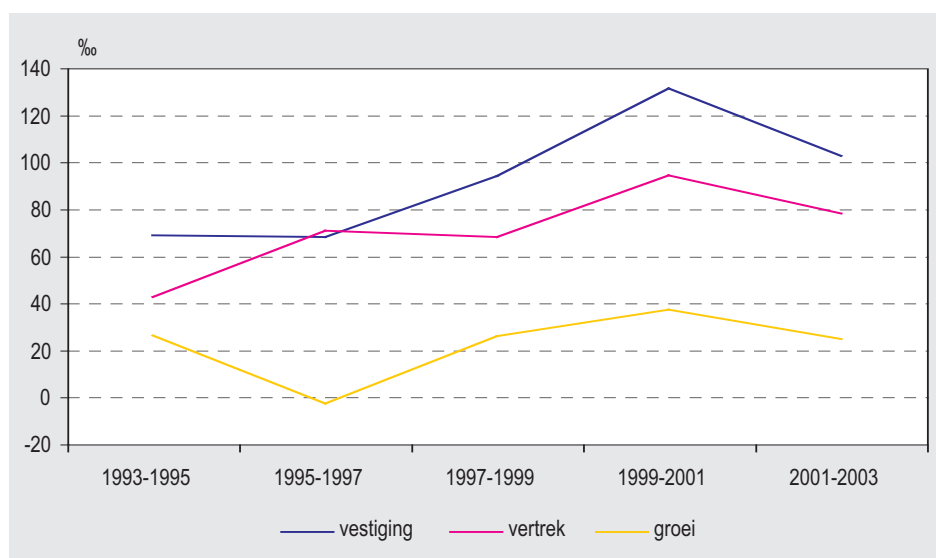
Figuur 5.17: Aantal werkzame fysiotherapeuten in de eerste lijn naar geslacht, 1993-2003 (Bron: RAZW, 2004).



Figuur 5.18: Aantal werkzame fysiotherapeuten en aantal fte-fysiotherapeuten, 1993-2003 (Bron: NIVEL, 2004).

In- en uitstroom

Het aantal fysiotherapeuten in de eerste lijn is vooral toegenomen in de periode 1997-2001 (*figuur 5.19*). In die periode is er sprake geweest van een sterke toename van de instroom, terwijl de uitstroom zich stabiliseerde. Na 2001 is zowel de instroom als de uitstroom gedaald. Als gevolg is de groei in de periode 2001-2003 vrijwel gelijk aan de groei in de periode 1997-2001.



Figuur 5.19: Vestiging-, vertrek- en groeicijfers (%) van het aantal fysiotherapeuten in de eerste lijn, 1993-2003 (tweejaarlijks) (Bron: NIVEL, 2004).

Tabel 5.15: Leeftijdsverdeling van fysiotherapeuten in de eerste lijn naar geslacht op 1 januari 2003 (Bron: NIVEL, 2004).

Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
< 30	565	8,6	980	14,7	1.545	11,7
30-34	532	8,1	857	12,9	1.389	10,5
35-39	800	12,1	1.092	16,4	1.892	14,3
40-44	1.209	18,3	1.159	17,4	2.368	17,9
45-49	1.466	22,2	1.222	18,4	2.688	20,3
50-54	1.104	16,7	715	10,7	1.819	13,7
55-59	595	9,0	349	5,2	944	7,1
60-64	161	2,4	120	1,8	281	2,1
65-69	17	0,3	13	0,2	30	0,2
≥ 69	14	0,2	20	0,3	34	0,3
Onbekend	135	2,0	129	1,9	264	2,0
Totaal	6.598	100,0	6.656	100,0	13.254	100,0

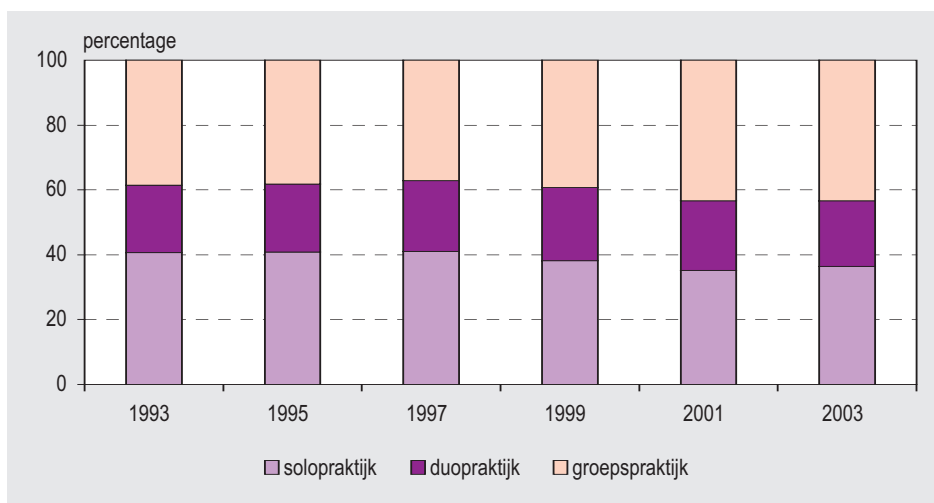
De gemiddelde leeftijd van de fysiotherapeut in de eerste lijn is 42 jaar (tabel 5.15). Ruim een derde is jonger dan 40 jaar. De vrouwelijke fysiotherapeuten hebben een jongere leeftijdsopbouw dan de mannen: 45% van de vrouwen is jonger dan 40 jaar tegenover 29% van de mannen. Circa 10% van alle fysiotherapeuten is ouder dan 50 jaar. Deze groep zal in de komende 10 tot 15 jaar met pensioen gaan. Echter voor het berekenen van de toekomstige uitstroom moet ook rekening worden gehouden met de groep fysiotherapeuten die om geheel andere redenen stopt met werken. In 2002 heeft het NIVEL een behoefteeringsstudie voor fysiotherapeuten uitgevoerd (Vugts et al., 2003). In deze studie is berekend dat in de periode 2002-2015 rond de 37% van de huidige groep werkzame fysiotherapeuten het beroep zal verlaten.

Praktijken

Per 1 januari 2003 zijn er 4.747 fysiotherapiepraktijken in Nederland. Het aantal praktijken is in de periode 1993-2003 met 8% toegenomen. Circa 36% daarvan betreft een solopraktijk. Het aandeel groepspraktijken neemt geleidelijk toe (figuur 5.20).

Opleiding

In de loop van de jaren tachtig en in het begin van de jaren negentig is de instroom in de opleiding fysiotherapie aanzienlijk gereduceerd. Deels is dit het gevolg van het in werking treden van de Machtigingswet in 1987/1988. Vanaf 1996/1997 is de zogenaamde capaciteitsfixus van kracht geworden. Dit heeft er echter niet toe geleid dat de instroom beperkt is gebleven. Integendeel de instroom is juist toegenomen (figuur 5.21). Voor een deel wordt dit veroorzaakt door de zogenaamde zij-instroom. Vanaf 2001 is de capaciteitsfixus weer afgeschaft, hetgeen een sterke instroom in de opleiding tot gevolg heeft gehad. Sindsdien is de instroom met bijna 56% gestegen. Momenteel is circa 67% van eerstejaarsstudenten fysiotherapie vrouw. Dit is circa 10% hoger dan in het begin van de jaren negentig.



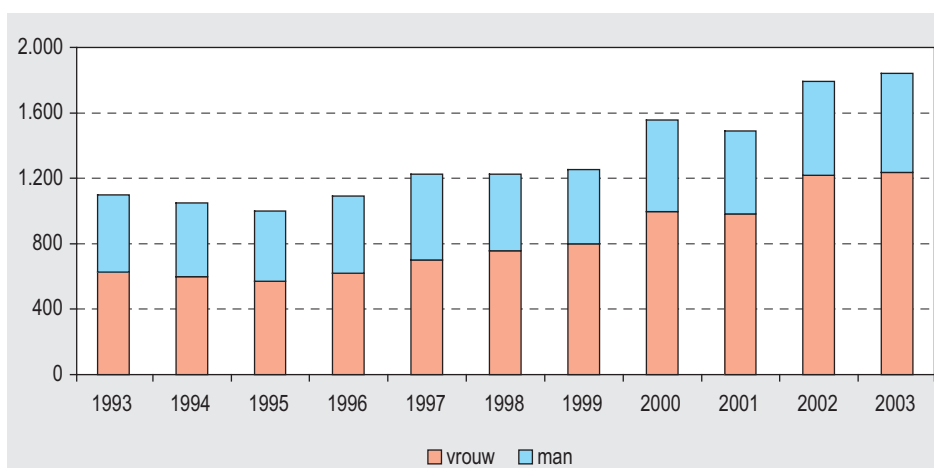
Figuur 5.20: Verdeling fysiotherapiepraktijken naar praktijkvorm, 1993-2003 (Bron: NIVEL, 2004).

Geografische spreiding

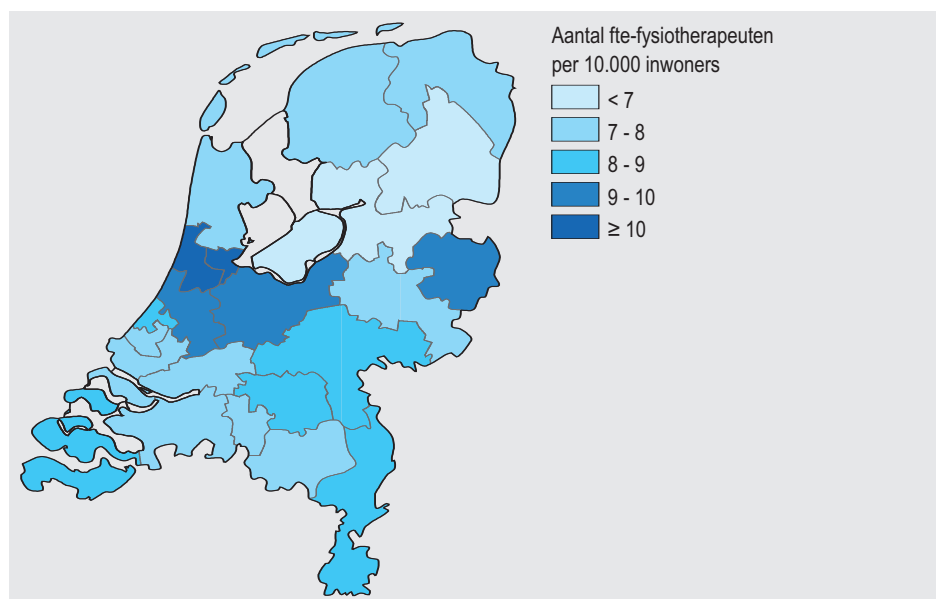
Op 1 januari 2003 telde Nederland gemiddeld 1.318 inwoners per fte-fysiotherapeut. Regionaal gezien zijn er verschillen (figuur 5.22). De hoogste dichtheden komen we tegen in Amsterdam en omstreken, regio Utrecht en Twente. De laagste dichtheden treffen we aan in Flevoland, delen van Overijssel en Drenthe.

Te verwachten ontwikkelingen in het zorgaanbod

Voor het berekenen van het toekomstige zorgaanbod zijn in principe alleen beleidsarme ramingen uitgevoerd. Dit betekent dat enerzijds is gekeken naar de uitstroom



Figuur 5.21: Aantal instromers in de opleiding fysiotherapie naar geslacht, 1993-2003 (Bron: RAZW/ CBS).



Figuur 5.22: Dichtheid fte-fysiotherapeuten in de eerste lijn per DHV-regio, 2003 (Bron: NIVEL, 2003e, 2004).

(pensionering) en anderzijds naar de instroom in de opleiding. Verder is de veronderstelling dat het huidige gemiddelde aantal fte voor mannen (0,92 fte) en vrouwen (0,81 fte) in de komende jaren niet zal veranderen.

Gezien de huidige leeftijdsopbouw van fysiotherapeuten en de uitstroompatronen in de afgelopen jaren is de verwachting dat bijna 21% van de huidige groep in de eerste lijn werkzame fysiotherapeuten in de periode tot 2010 het beroep zal verlaten. Voor de periode tot 2020 wordt een uitstroom van 50% verwacht.

De instroom is in de afgelopen jaren sterk gestegen van 1.550 in 2000 naar circa 1.800 in 2003 (*figuur 5.21*). Echter niet iedereen voltooid de opleiding en van degenen die de opleiding wel voltooien gaat ook een deel buiten de eerste lijn aan de slag.

Voor het berekenen van te verwachten ontwikkelingen in het zorgaanbod gelden de volgende veronderstellingen:

- De huidige instroom in de opleiding van 1.800 per jaar blijft in de komende jaren gehandhaafd;
- Circa 60% van de afgestudeerde fysiotherapeuten gaat in de eerste lijn aan de slag;
- Er zullen geen veranderingen optreden in het opleidingsrendement; blijft 70%;
- Er zullen geen veranderingen optreden in het beroepsrendement; blijft 60%;
- Het huidige gemiddelde aantal fte van mannen (0,92 fte) en vrouwen (0,81 fte) blijft in de komende jaren gehandhaafd;
- Er zal geen sprake zijn van arbeidstijdverkorting;
- Er zullen geen veranderingen optreden in de verdeling tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten.

Tabel 5.16: Verwachte toename (%) in het aanbod van eerstelijnsfysiotherapeuten in de periode 2005-2010 en 2005-2020.

	2005-2010 (%)	2005-2020 (%)
Fysiotherapeuten	14,7	41,0
Fte-fysiotherapeuten	14,2	39,5

Indien rekening wordt gehouden met bovengenoemde veronderstellingen, zal het aantal fysiotherapeuten dat werkzaam is in de eerste lijn in de periode 2005-2010 met 14,7% toenemen (tabel 5.16). Het aantal fte zal iets minder snel toenemen (14,2%). Voor de periode 2005-2020 gelden groeipercentages van 41% voor het aantal fysiotherapeuten en 39,5% voor het aantal fte aan fysiotherapeuten. Deze hoge groeipercentages worden vooral veroorzaakt door de huidige hoge instroom in de opleiding.

5.5.2 Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken

De vraag is of het te verwachten aanbod aan fysiotherapeuten in de eerste lijn aansluit bij de vraag. Daarbij moet worden aangetekend dat daarvoor alleen beleidsarme ramingen zijn uitgevoerd.

Voor wat betreft de zorgvraagontwikkelingen is alleen rekening gehouden met de gevolgen van demografische en epidemiologische ontwikkelingen op de zorgvraag. Hieruit bleek dat in de periode 2005-2010 de zorgvraag tussen de 0,9 en 1,9% zou stijgen (tabel 5.17). Voor wat betreft de periode 2005-2020 gelden groeipercentages die tussen de 1,9 en 5,1% liggen. Op basis van deze beleidsarme ramingen zal er in de komende jaren aanzienlijke discrepanties ontstaan tussen het zorgaanbod en de zorgvraag, waarbij de kans op een overschot aan fysiotherapeuten in de eerste lijn reëel is.

Hoe verhouden bovengenoemde resultaten zich tot de behoefteramingsstudie die het NIVEL in 2003 in opdracht van de KNGF heeft uitgevoerd?

In de eerste plaats moet worden opgemerkt dat in de NIVEL-studie ramingen zijn gepresenteerd die betrekking hebben op de totale beroepsgroep, dus ook op de fysiotherapeuten die in de tweede lijn werkzaam zijn en fysiotherapeuten die in geheel andere sectoren aan de slag zijn.

Wat betreft de vraagontwikkeling zijn er tussen beide studies geen grote verschillen

Tabel 5.17: Verwachte toename (%) in het aanbod van en vraag naar eerstelijnsfysiotherapeuten in de periode 2005-2010 en 2005-2020.

	2005-2010 (%)	2005-2020 (%)
Aanbod (fte)	14,2	39,5
Vraag		
variant 1	1,9	5,1
variant 2	0,9	1,9

ten aanzien van de gevolgen van de demografische ontwikkelingen. Een van de grote verschillen tussen beide studies is dat in de NIVEL-studie geen rekening is gehouden met epidemiologische ontwikkelingen. Uit *hoofdstuk 4* blijkt dat op basis van epidemiologische verkenningen een zekere reductie van de zorgvraag onder ogen moet worden gezien.

In de NIVEL-studie is naast de demografische ontwikkelingen rekening gehouden met meer beleidsrijke ontwikkelingen zoals de mogelijke invoering van het eenmalige consult en de rechtstreekse toegankelijkheid van de eerstelijnsfysiotherapeut. Zo is berekend dat door de rechtstreekse toegankelijkheid de vraag naar fysiotherapie in de periode tot 2015 met 5,5% zal toenemen.

Wat betreft zorgaanbodontwikkelingen is in de NIVEL-studie ook rekening gehouden met te verwachten veranderingen in het opleidings- en beroepsrendement. Verder zijn de toenemende mogelijkheden van het volgen van een masteropleiding doorgerekend.

Tot slot zijn in de NIVEL-raming veronderstellingen opgenomen rond veranderingen in de tijdbesteding van fysiotherapeuten, dat wil zeggen arbeidstijdverkortingen en een toenemend aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten.

Bovengenoemde opsomming van veronderstellingen maken duidelijk dat de NIVEL-ramingsstudie gekenmerkt wordt door meer beleidsrijke ramingen. Op basis hiervan ligt de te verwachten vraag naar fysiotherapeuten aanzienlijk hoger dan op basis van beleidsarme ramingen berekend is.

Als alleen gekeken wordt naar beleidsarme ramingen dan zal het aanbod van eerstelijnsfysiotherapeuten veel sneller groeien dan de vraag naar fysiotherapeuten. Op basis hiervan zou er een overschot aan fysiotherapeuten ontstaan.

Overigens moet nog worden opgemerkt dat sinds 1 januari 2004 de vergoeding voor fysiotherapie uit het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsen is geschrapt. Dit heeft tot gevolg gehad dat er een vrij sterke afname van de vraag heeft plaatsgevonden. De vraag is of dit ook geen gevolgen zal gaan hebben voor het aanbod.

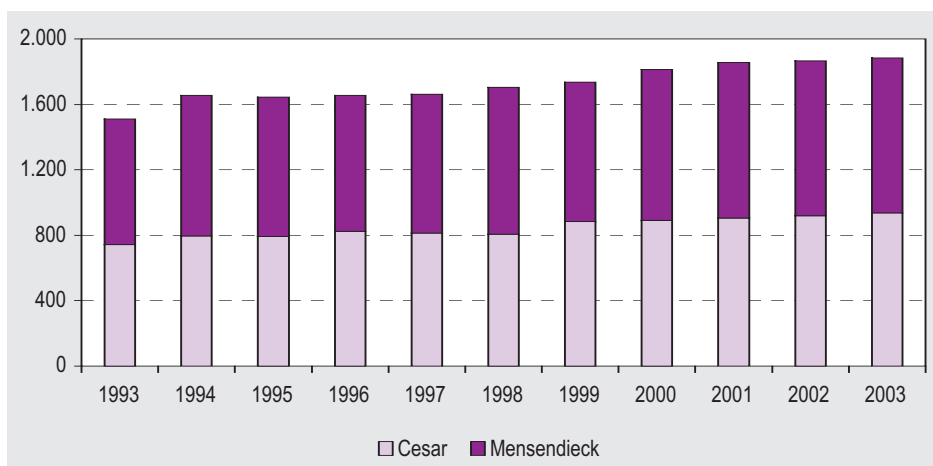
5.6 Oefentherapeuten

5.6.1 Ontwikkelingen in het zorgaanbod

Aantallen en kenmerken

Per 1 januari 2003 zijn er in Nederland 1.885 oefentherapeuten (*figuur 5.22*) werkzaam (NIVEL, 2003c, 2003d). De helft hiervan is oefentherapeut Cesar en de andere helft is oefentherapeut Mensendieck. In de afgelopen 10 jaar is het aantal werkzame oefentherapeuten met bijna 25% gestegen, waarbij er tussen de onderscheiden groepen oefentherapeuten nauwelijks verschillen bestaan in het groeitempo.

Verreweg het grootste deel van de oefentherapeuten is vrouw (93%). Dit geldt voor beide beroepsgroepen, en is de afgelopen tien jaar nauwelijks veranderd. Oefentherapeuten werken voor het grootste deel in een zelfstandige praktijk (93%). Ook dat is in de afgelopen tien jaar min of meer gelijk gebleven.



Figuur 5.23: Aantal oefentherapeuten, 1993-2003 (Bron: NIVEL, 2003c, 2003d).

Aantal fte

Over ontwikkelingen in het aantal fte kunnen geen eenduidige resultaten worden gepresenteerd. Pas vanaf 2002, met de start van de NIVEL-registratie van oefentherapeuten, kunnen hierover betrouwbare gegevens worden gegeven. Uit tabel 5.18 blijkt dat 77% van de oefentherapeuten een deeltijdbaan heeft. Dit geldt in iets grotere mate voor de oefentherapeuten Mensendieck (82%) dan voor de oefentherapeuten Cesar (73%). Gemiddeld werken de oefentherapeuten 0,65 fte. Overigens geldt voor beide groepen dat de mannen een hoger gemiddelde hebben (0,76 fte) dan de vrouwen (0,64 fte).

In- en uitstroom

Gezien het ontbreken van de benodigde informatie zijn er (nog) geen gegevens beschikbaar over de in- en uitstroom in de afgelopen jaren. Hoe dit in de komende jaren zal verlopen kan deels worden afgeleid uit de huidige leeftijdsopbouw. Uit tabel 5.19 blijkt

Tabel 5.18: Verdeling van het aantal fte per week van oefentherapeuten op 1 januari 2003 (Bron: NIVEL, 2003c, 2003d).

Fte	Cesar (%)	Mensendieck (%)	Totaal (%)
< 0,25	3,6	3,6	3,7
0,25-0,50	32,5	37,0	34,0
0,50-0,75	25,8	28,6	28,0
0,75-1,00	10,8	13,0	11,7
≥ 1	27,3	17,8	23,0
Gemiddeld (fte)	0,66	0,65	0,65
Totaal (absoluut)	935	950	1.885

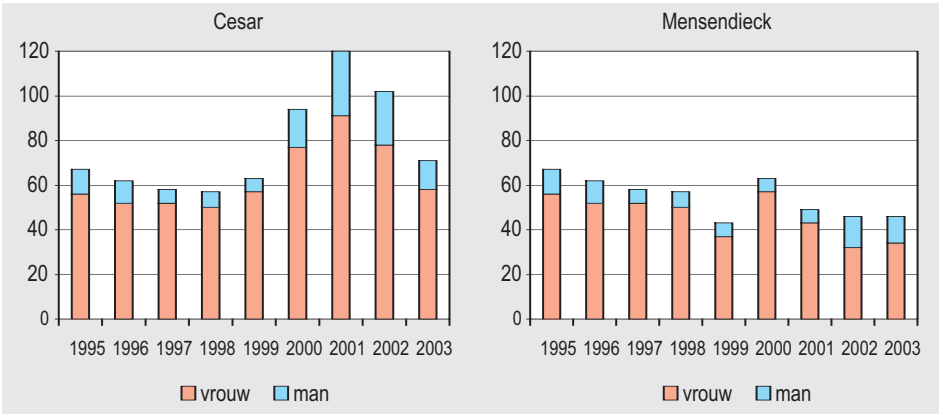
Tabel 5.19: Leeftijdverdeling van oefentherapeuten op 1 januari 2002 (Bron: NIVEL, 2003c, 2003d).

Leeftijd	Cesar		Mensendieck		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
< 25	58	6,3	21	2,2	79	4,2
25-29	117	12,7	133	14,1	250	13,4
30-34	153	16,6	152	16,1	305	16,3
35-39	195	21,2	191	20,2	386	20,7
40-44	176	19,1	166	17,6	342	18,3
45-49	120	13,0	119	12,6	239	12,8
50-54	55	6,0	72	7,6	127	6,8
55-59	29	3,2	53	5,6	82	4,3
≥ 60	17	1,9	38	4,0	55	2,9
Totaal	920	100,0	945	100,0	1.865	100,0
Gemiddelde leeftijd	38 jaar		40 jaar		39 jaar	

dat de gemiddelde leeftijd van werkzame oefentherapeuten 39 jaar bedraagt. Circa 14% van de oefentherapeuten is ouder dan 50 jaar. Deze groep van circa 261 personen zal in de komende 10-15 jaar vervangen moeten worden. Verder blijkt dat tussen de twee onderscheiden groepen geen grote verschillen bestaan in de leeftijdsopbouw. De oefentherapeuten Mensendieck zijn gemiddeld iets ouder (40 jaar) dan de oefentherapeuten Cesar (38 jaar)

Opleiding

Er is één HBO-opleiding voor oefentherapie Cesar en één voor oefentherapie Mensendieck (RAZW, 2004). De opleidingen vallen onder verantwoordelijkheid van het ministerie van OC&W. Echter vanaf 2001 bepalen de betrokken opleidingen zelf hun opleidingscapaciteit. Op basis hiervan kunnen zij individueel besluiten een numerus fixus in te stellen. Uit *figuur 5.24* blijkt dat de instroom in de opleiding oefentherapie Cesar



Figuur 5.24: Aantal instromers in de opleiding oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck naar geslacht, 1995-2003 (Bron: RAZW).

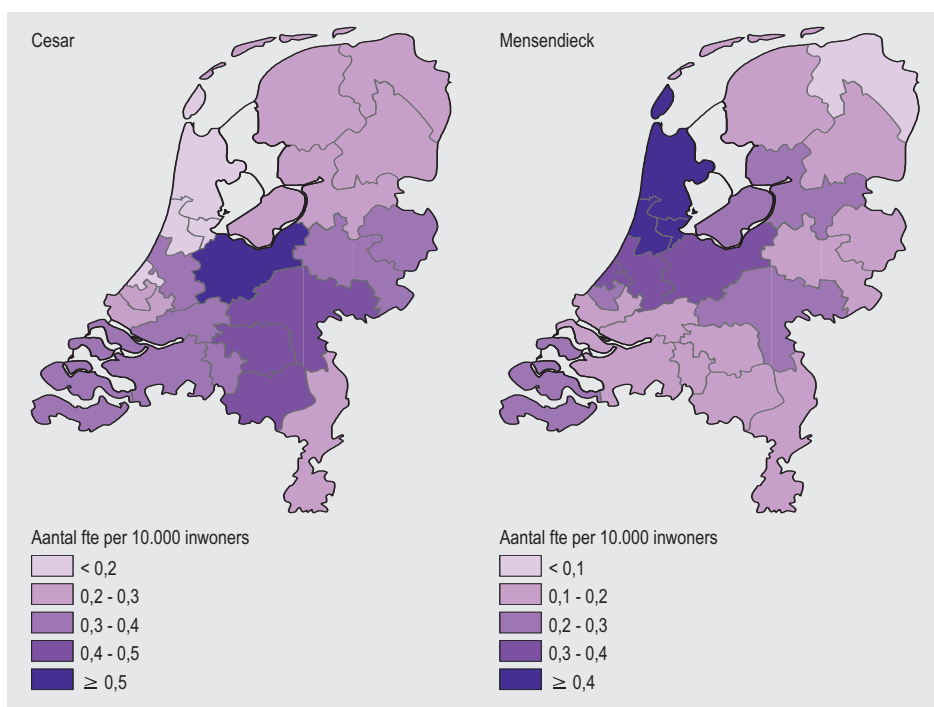
in de jaren 2000 en 2001 sterk toenam om daarna weer wat af te nemen. In 2003 is de instroom vrijwel gelijk aan die in het midden van de jaren negentig. De instroom in de opleiding oefentherapie Mensendieck laat een geheel ander patroon zien. Sinds 1995 is er sprake van een dalende tendens. Bedroeg in 1995 de instroom nog meer dan 60 per jaar, in de periode daarna is het afgenomen tot 46 in 2003.

Praktijken

Per 1 januari 2002 zijn er in Nederland 548 praktijken voor oefentherapie Cesar en 533 praktijken voor oefentherapie Mensendieck. Over de ontwikkelingen in het aantal praktijken zijn door het ontbreken van gegevens uit het verleden geen betrouwbare uitkomsten te geven. Het merendeel van de praktijken betreft een solopraktijk: respectievelijk 66% voor de praktijken oefentherapie Cesar en 72% voor de praktijken oefentherapie Mensendieck.

Geografische spreiding

Het gemiddeld aantal inwoners per fte-oefentherapeut Cesar bedraagt circa 26.980. Utrecht en Gelderland wordt gekenmerkt door de hoogste dichtheden. Waarschijnlijk komt dit doordat het enige opleidingsinstituut voor dit beroep in de stad Utrecht is gevestigd. Wat betreft de oefentherapeuten Mensendieck geldt een gemiddelde van 27.340 inwoners per fte. Noord-Holland is de regio met de hoogste dichtheid, hetgeen mogelijk verband houdt met de vestiging van het enige opleidingsinstituut voor de



Figuur 5.25: Dichtheid fte-oefentherapeuten Cesar en fte-oefentherapeuten Mensendieck per DHV-regio, 2002 (Bron: NIVEL, 2003c, 2003d, 2003e).

beroepsgroep in Amsterdam. Op basis van beide figuren kan met enige voorzichtigheid worden geconcludeerd dat beide beroepsgroepen elkaar redelijk aanvullen. Daar waar relatief minder oefentherapeuten Cesar werkzaam zijn, is het aantal oefentherapeuten Mensendieck relatief hoger (figuur 5.25).

Te verwachten ontwikkelingen in het zorgaanbod

Voor het berekenen van het toekomstige zorgaanbod zijn alleen beleidsarme ramingen uitgevoerd. Dit betekent dat enerzijds is gekeken naar de uitstroom (pensioenering) en anderzijds naar de instroom in de opleiding. Op basis van de huidige leeftijdsopbouw en deels gebaseerd op bestaande uitstroompatronen wordt geschat dat in de periode tot 2010 circa 19% van de huidige groep werkzame oefentherapeuten het werk zal neerleggen. Voor de periode tot 2020 wordt de uitstroom geschat op 46%. Van de therapeuten in opleiding zal 70% deze opleiding en daarvan zal naar verwachting 85% in de eerste lijn aan de slag gaan.

Naast een prognose van het aantal personen is ook een prognose uitgevoerd over het te verwachten aantal fte aan oefentherapeuten in 2010 en 2020. Daarbij geldt de veronderstelling dat het huidige gemiddelde aantal fte voor mannen (0,76) en vrouwen (0,64) in de komende jaren niet verandert.

Voor het berekenen van de te verwachten ontwikkelingen in het zorgaanbod gelden de volgende veronderstellingen:

- De huidige instroom in de opleiding van 100 per jaar blijft in de komende jaren gehandhaafd;
- Er zullen geen veranderingen optreden in het opleidingsrendement; blijft 70%;
- Er zullen geen veranderingen optreden in het beroepsrendement; circa 85% gaat na afstuderen als oefentherapeut in de eerste lijn aan de slag;
- Het huidige gemiddelde aantal fte van mannen (0,76) en vrouwen (0,64) blijft in de komende jaren gehandhaafd;
- Er zal geen sprake zijn van arbeidstijdverkorting;
- Er zullen geen veranderingen optreden in de verdeling tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten.

Indien rekening wordt gehouden met bovengenoemde veronderstellingen zal het aantal oefentherapeuten dat werkzaam is in de eerste lijn in de periode 2005-2010 met 1,1% toenemen (tabel 5.20). Het aantal fte aan oefentherapeuten zal toenemen met 1,3%. Voor de periode 2005-2020 gelden groeipercentages van 5,5% voor het aantal oefentherapeuten en 6,3% voor het aantal fte aan oefentherapeuten.

Tabel 5.20: Verwachte toename (%) in het aanbod van oefentherapeuten in de periode 2005-2010 en 2005-2020.

	2005-2010 (%)	2005-2020 (%)
Oefentherapeuten	1,1	5,5
Fte-oefentherapeuten	1,3	6,3

Tabel 5.21: Verwachte toe- of afname (%) in het aanbod van en vraag naar oefentherapeuten in de periode 2005-2010 en 2005-2020.

	2005-2010 (%)	2005-2020 (%)
Aanbod (fte)	+1,3	+6,3
Vraag		
variant 1	-0,2	-0,9
variant 2	-0,4	+1,2

5.6.2 Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken

Zal het te verwachten zorgaanbod aansluiten bij de zorgvraag? Om deze vraag te beantwoorden worden alleen beleidsarme ramingen uitgevoerd. Dit betekent dat alleen rekening is gehouden met de gevolgen van demografische en epidemiologische ontwikkelingen voor de zorgvraag (*hoofdstuk 4*). Uit *tabel 5.21* blijkt dat in de periode 2005-2010 de zorgvraag iets afneemt. Als een wat langere periode in ogenschouw wordt genomen (2005-2020) dan ligt de te verwachten zorgvraagontwikkeling tussen de -0,9 en +1,2%.

Als we deze cijfers vergelijken met de te verwachten ontwikkelingen in het zorgaanbod dan lijken er op basis van dit soort beleidsarme ramingen geen grote discrepanties op te treden in de ontwikkelingen in de zorgvraag en het zorgaanbod. Alleen op de wat langere termijn lijkt het aanbod wat sterker te groeien dan de vraag.

Net als bij de fysiotherapie zal het schrappen van de oefentherapie uit het verstrekkingspakket gevolgen kunnen hebben voor de zorgvraag. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat vraag naar oefentherapie zal afnemen. Aan de andere kant zou door de plannen voor een directe toegankelijkheid van de oefentherapeut het gebruik kunnen stijgen.

5.7 Verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg

5.7.1 Ontwikkelingen in het zorgaanbod

Aantallen en kenmerken

Naar schatting werken er in 2002 circa 440.000 personen in een verpleegkundig of verzorgend beroep, waarvan circa 150.000 personen in de thuiszorg (34%). Deze 150.000 personen bezetten ongeveer 55.000 volledig bezette arbeidsplaatsen (Van der Windt et al., 2004.). Verreweg het grootste deel van de verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg is vrouw (97%).

Het aantal verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg is in de periode 1998-2002 met 30% gestegen. Vooral de verpleegkundigen in de wijk en de thuishulpen A laten een sterke groei zien; respectievelijk 80 en 54%. Het aantal alpha-helpenden is in diezelfde periode met bijna 5% gedaald (*tabel 5.22*).

Tabel 5.22: Personeel op de loonlijst voor de thuiszorg en het aantal alpha-helpenden, 1998-2002 (Bron: CBS, 2004a).

	1998	1999	2000	2001	2002	Toe- of afname 1998-2002 (%)
Thuishulp A	23.740	24.400	25.620	30.970	36.580	54,1
Verzorgende hulp B	13.700	13.480	14.100	14.440	15.560	13,5
Verzorgende C	12.640	12.450	12.340	11.820	12.880	1,9
Verzorgende D	7.370	7.460	8.080	8.480	8.590	16,5
Verzorgende E	1.390	1.500	1.590	1.790	1.850	33,1
Wijkziekenverzorgende	4.960	5.560	5.970	6.310	7.240	45,9
Verpleegkundige in de wijk	3.130	3.890	4.280	4.140	5.620	79,6
Wijkverpleegkundige OKZ	1.930	2.070	2.240	2.290	2.290	18,6
Wijkverpleegkundige overig	4.300	4.000	3.800	4.100	4.640	7,9
Subtotaal verpleegkundigen/ verzorgenden	73.160	74.540	78.020	84.340	95.250	30,2
Overig uitvoerend personeel	11.240	11.850	12.610	12.800	13.910	23,7
Alpha-helpenden	55.870	56.140	55.180	51.620	53.290	-4,6

Aantal fte

De groei van het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg (in personen) is in de periode 1998-2002 vergelijkbaar met de groei in het aantal bezette arbeidsplaatsen (30%). De thuiszorg wordt gekenmerkt door relatief veel deeltijders. Circa 271 verpleegkundigen en verzorgenden bezetten 100 volledige arbeidsplaatsen. Ter vergelijking: voor de verpleegkundigen en verzorgenden in de ziekenhuizen geldt een verhouding van 145 verpleegkundigen en verzorgenden op

Tabel 5.23: Aantal fte van personeel op de loonlijst voor de thuiszorg en fte-alpha-helpenden, 1998-2002 (Bron: CBS, 2004a).

	1998	1999	2000	2001	2002	Toe- of afname 1998-2002 (%)
Thuishulp A	9.740	10.440	11.140	14.140	15.350	57,6
Verzorgende hulp B	6.670	6.740	7.110	6.680	7.610	14,0
Verzorgende C	6.890	6.900	6.760	7.470	6.910	0,3
Verzorgende D	3.450	3.540	3.920	3.140	4.130	19,7
Verzorgende E	930	1.010	1.060	1.280	1.230	31,0
Wijkziekenverzorgende	2.310	2.620	2.860	2.880	3.450	49,3
Verpleegkundige in de wijk	1.010	1.330	1.580	1.620	2.410	38,6
Wijkverpleegkundige OKZ	1.150	1.260	1.320	1.270	1.340	16,5
Wijkverpleegkundige overig	2.480	2.310	2.240	2.200	2.620	5,6
Subtotaal verpleegkundigen/ verzorgenden	34.630	36.150	37.990	40.680	45.040	30,0
Overig uitvoerend personeel	6.710	7.150	7.560	7.520	7.660	14,0
Alpha-helpenden	6.960	7.390	7.730	7.690	7.530	8,2

100 volledige arbeidsplaatsen. Bij de alpha-helpenden is het aantal werkzame personen afgenomen (-4,6%), terwijl het aantal bezette arbeidsplaatsen met 8% is gegroeid.

In- en uitstroom

De gemiddelde leeftijd van de verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg bedraagt 41,6 jaar. In 1995 lag de gemiddelde leeftijd wat lager (39,2 jaar). De gemiddelde leeftijd in de thuiszorg is wat hoger dan in de andere sectoren. In de algemene ziekenhuizen bijvoorbeeld bedraagt de gemiddelde leeftijd 37,7 jaar. Indien het huidige in- en uitstroomptraan in de komende jaren hetzelfde blijft dan zal de gemiddelde leeftijd van het verpleegkundig en verzorgend personeel in de thuiszorg toenemen tot 48,5 jaar in 2013 (Van der Windt et al., 2004). In 2013 zal bijna de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg ouder dan 50 jaar zijn.

Het netto verloop (vertrek uit de sector) bedraagt in de thuiszorg 6,3% en is daarmee het hoogst. Het netto verloop bedroeg in 2000 rond de 10,4% en daalde naar 9,4% in 2001 en 6,2% in 2002. In 2003 was sprake van een lichte stijging (6,3%). Het hoge netto verloop in de thuiszorg heeft grotendeels te maken met het relatief grote aandeel oudere werknemers in deze sector. In 2003 hebben naar schatting zo'n 6.000 personen die in de thuiszorg werkzaam waren, de sector verlaten. Circa de helft hiervan is ergens anders aan de slag gegaan en een kwart heeft de werkzaamheden neergelegd (Van der Windt et al., 2004).

Opleiding

Als gekeken wordt naar het kwalificatieniveau van de verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg dan blijkt dat 35% een opleiding heeft gevolgd die niet binnen een van de onderscheiden kwalificatieniveaus valt. Circa 23% heeft een kwalificatie op het niveau 1 en 18% een kwalificatie op het niveau 3. Verder heeft 8% een kwalificatieniveau 7 en 7% het niveau 5.

Om enige indicatie te krijgen over de potentiële instroom in de thuiszorg, is gekeken naar het aantal gediplomeerden naar kwalificatieniveau. Zo blijkt dat het aantal gediplomeerden op niveau 1 en 3 in de afgelopen jaren is gestegen. Dit zijn de niveaus waaruit een groot deel van verzorgenden geput moet worden. Als vervolgens gekeken wordt naar het verwachte aantal nieuwe gediplomeerden dan blijkt dat in de periode 2003-2007 het aantal gediplomeerden op niveau 3 met 15% zal toenemen (Van der Windt et al., 2004). Het aantal gediplomeerden op niveau 2 zal naar verwachting gelijk blijven. Dat geldt ook voor het aantal gediplomeerden op niveau 1.

Te verwachten ontwikkelingen in het zorgaanbod

Het is overigens moeilijk om op basis van de huidige in- en uitstroompatronen voor de verpleegkundigen en verzorgenden specifiek voor de thuiszorg voor de langere termijn ramingen op te stellen over het zorgaanbod. De instroom in het beroep is niet alleen afhankelijk van het aantal personen dat in opleiding is, maar ook van economische omstandigheden. Er is immers nog een groot aantal gediplomeerde verpleegkundigen en verzorgenden dat niet werkzaam is, maar eventueel nog wel in de markt is om als verpleegkundige of verzorgende aan de slag te gaan. Zo blijkt bijvoorbeeld dat van de verpleegkundigen die in het BIG-register staan ingeschreven circa 30% niet

als verpleegkundige werkzaam is. Uit onderzoek blijkt dat het netto verloop van verpleegkundigen en verzorgenden samenhangt met veranderingen in de nationale werkgelegenheid. In tijden van slechte economische omstandigheden zal een deel van de groep werkzame verpleegkundigen langer in het beroep blijven werken en zal een deel van de BIG-geregistreerden dat niet werkzaam is alsnog een baan binnen de gezondheidszorg zoeken.

5.7.2 Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken

In *hoofdstuk 4* is berekend dat de vraag naar verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg in de periode 2005-2010 met 6,6% zou toenemen. Voor de langere termijn (2005-2020) wordt een groei van 24% verwacht, of zelfs 31% wanneer rekening wordt gehouden met de toename van het aantal éénpersoonshuishoudens. Gelet op de verwachte inkrimping van de beroepsbevolking en gezien de verwachte vraagontwikkeling zouden er op termijn binnen de thuiszorg wel eens belangrijke knelpunten kunnen ontstaan.

Ook uit een andere studie op dit terrein blijkt dat de vraag in de thuiszorg in de periode 2004-2008 veel harder zal groeien dan in de rest van de eerstelijnszorg (Van der Windt et al., 2004). De vraag naar thuiszorg zou jaarlijks met 3,2% groeien, terwijl voor de andere sectoren een jaarlijkse groei van gemiddeld 1,9% wordt verwacht. Dit zou betekenen dat het aanbod jaarlijks met 3,2% zou moeten groeien om tekorten te voorkomen. Overigens wordt gesteld dat het netto verloop van het personeel nauw samenhangt met economische ontwikkelingen. De verwachting is gezien de huidige economische omstandigheden er op korte termijn geen tekorten op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden zullen ontstaan. Het aanbod van personeel is nog ruim genoeg om in de vraag te voorzien. Op de langere termijn wanneer de economie weer aantrekt zal het aanbod onvoldoende zijn om in de vraag te voorzien. De verwachting is dat de instroom in de verpleegkundige opleidingen in de periode 2002-2007 met 14% moet toenemen om tekorten te voorkomen (Van der Windt et al., 2004). Voor de verzorgenden op niveau 3 is een groei van de instroom in de opleiding van circa 9% nodig en voor de helpenden is een groei van 7% noodzakelijk.

Tot slot moet nog worden opgemerkt dat het nieuwe regeringsbeleid voorziet in een overheveling van delen van de thuiszorg vanuit de AWBZ naar de gemeenten via de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) (VWS, 2004a). In hoeverre dat gevolgen heeft voor de toekomstige aansluiting tussen vraag en aanbod kan op dit moment niet worden aangegeven.

5.8 Algemeen maatschappelijk werkenden

5.8.1 Ontwikkelingen in het zorgaanbod

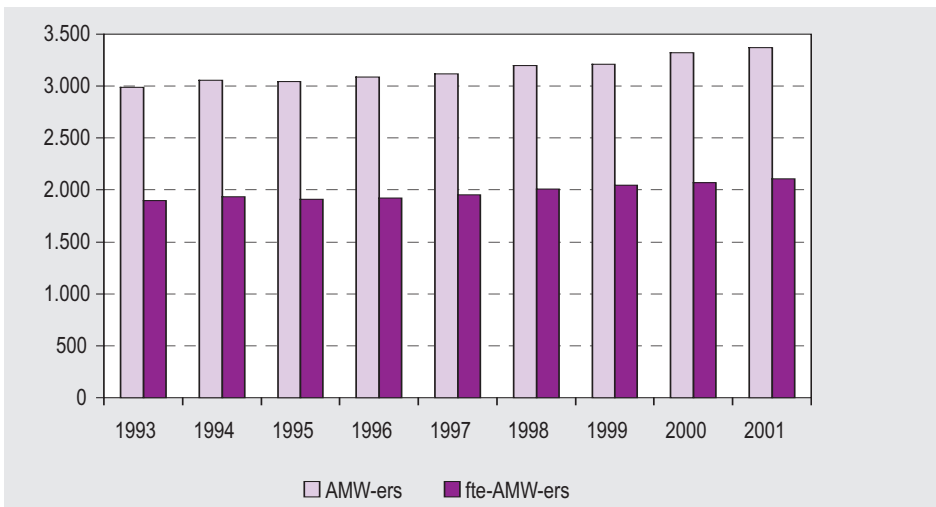
Aantal werkzame personen

Het algemeen maatschappelijk werk (AMW) is een eerstelijnsvoorziening op het gebied van de psychosociale hulpverlening die voor iedereen bereikbaar en betaalbaar is en die veelal hulp biedt in de thuissituatie. Kenmerkend voor het AMW is de scharnierfunctie tussen zorg en welzijn (Van de Berg et al., 2004). AMW-instellingen voeren verschillende aanvullende functies zoals crisisdiensten, bereikbaarheidsdiensten, groepswerk, participatie in gezondheidscentra en hometeams, schuldhulpverlening, raadsliedenwerk en echtscheidingsbureaus.

Per 1 januari 2002 waren er in Nederland 147 AMW-instellingen (MOgroep, 2004). Het aantal instellingen is sinds 1993 vrijwel ieder jaar afgenomen. Zo waren er in 1993 nog 170 instellingen. De 147 AMW-instellingen in 2002 beschikken naar schatting over 750 bureaus en ongeveer 400 spreekuuradressen. Dit betekent dat er per instelling gemiddeld 7,5 bereikbaarheidspunten zijn, ofwel één bereikbaarheidspunt per 14.000 inwoners. In 1993 bedroeg het gemiddelde nog 12.500 inwoners per bereikbaarheidspunt.

Er zijn naar schatting 3.370 personen werkzaam in het algemeen maatschappelijk werk (*figuur 5.26*). In de periode 1993-2001 is het aantal werkzame personen met circa 11% toegenomen. Het aantal fte is in die periode eveneens met 11% gegroeid.

Voor wat betreft de uitvoerenden in het AMW geldt dat er per 1 januari 2002 circa 3.165 hulpverleners werkzaam zijn.



Figuur 5.26: Aantal algemeen maatschappelijk werkenden en fte-algemeen maatschappelijk werkenden, 1993-2001 (Bron: MOgroep/ CBS, 2004).

Het merendeel van het uitvoerend personeel is vrouw. Hun aandeel is in de periode 1993-2001 toegenomen van 64 naar 72%. Het aantal vrouwen in leidinggevende functies blijft hierbij achter, maar is in de periode 1994-1999 wel toegenomen van 40 tot 60%.

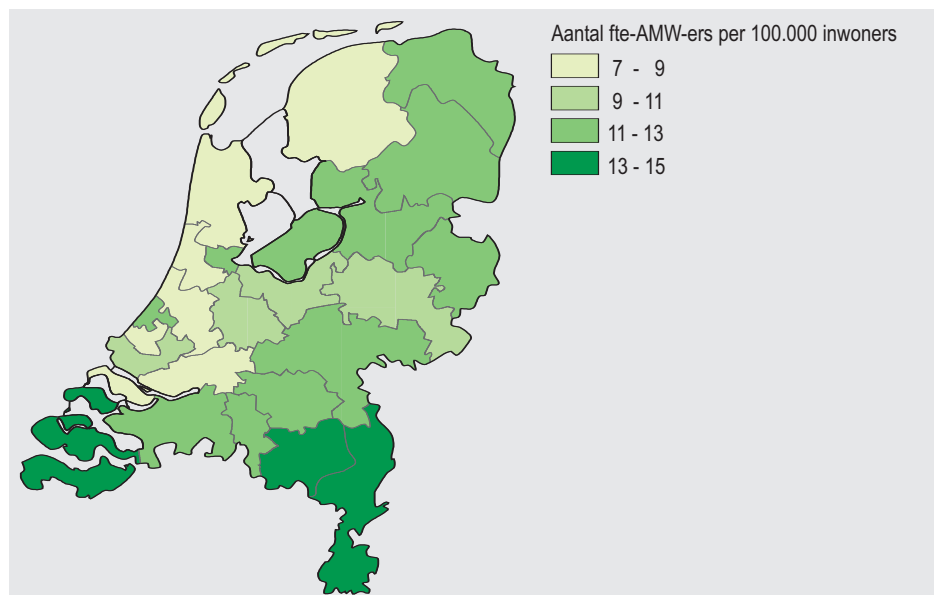
Overige kenmerken

Helaas zijn er geen gegevens beschikbaar over de leeftijdsopbouw van het personeel dat werkzaam is in het AMW. Dit betekent dat ook geen uitspraak gedaan kan worden over de te verwachten uitstroom uit het beroep.

In 2002 waren er gemiddeld 18,7 werknemers per instelling. Het gemiddelde aantal fte bedroeg 13,6 per instelling. Het aandeel allochtonen onder de uitvoerenden bedroeg in 2001 gemiddeld 8% per instelling.

Geografische spreiding

Om een indruk te krijgen van de geografische spreiding van het aantal fte (uitvoering) is in *figuur 5.27* per DHV-regio het aantal fte-AMW-ers per 100.000 inwoners in beeld gebracht. Gemiddeld waren er in 1998 in Nederland 10,8 fte uitvoerend AMW-ers per 100.000 inwoners, maar er zijn grote regionale verschillen. In de regio's Zeeland, Limburg en Zuidoost-Brabant is de capaciteit hoger dan gemiddeld. In de regio's Kennemerland/Haarlemmermeer, Noord-Holland Noord en Friesland is het aantal fte's uitvoerend personeel AMW per 100.000 inwoners juist lager dan het gemiddelde.



Figuur 5.27: Dichtheid fte-algemeen maatschappelijk werkenden per DHV-regio, 1998 (Bron: NIVEL/ Trimbos-instituut/ SGBO, 2003; NIVEL, 2003e).

5.8.2 Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken

Door het ontbreken van betrouwbare aanbodgegevens kunnen geen ramingen worden uitgevoerd over het te verwachten aanbod in 2010 en 2020. Wat we wel kunnen constateren is dat eind jaren negentig sprake was van grote capaciteitstekorten in het algemeen maatschappelijk werk (AMW). Om deze tekorten terug te dringen werd door de overheid een Tijdelijke Stimuleringsregeling AMW afgekondigd. Deze regeling had verder als doel om het functioneren van het AMW als onderdeel van de eerstelijns-GGZ te verbeteren. In de regeling is als streefgetal een aantal van 6.000 inwoners per uitvoerend AMW-er (fte) opgenomen. Bij deze verhouding is het AMW volgens de MOgroep en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) in staat om mensen snel te helpen, de hulpverlening te professionaliseren en te profileren, aandacht te schenken aan specifieke doelgroepen, en bij dat alles adequaat samen te werken met andere partijen (Meijer & Verhaak, 2004).

Op basis van deze stimuleringsregeling zijn er in korte tijd drie- tot vierhonderd AMW-ers bijgekomen. In 2003 waren er zo in totaal 3.165 algemeen maatschappelijk werkenden. Omgerekend gaat het om 2.500 fte (MOgroep, 2004). Ten opzichte van de norm van één uitvoerende op 6.000 inwoners zou er momenteel een tekort zijn van circa 150 fte aan uitvoerenden in het AMW.

Over de te verwachten vraagontwikkeling binnen het AMW zijn door het ontbreken van gegevens geen eenduidige ramingen op te stellen. Mogelijk neemt de vraag toe, maar daarover bestaat geen zekerheid. Bovendien staan met de voorgenomen Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) belangrijke veranderingen op stapel die zowel vraag als aanbod zullen beïnvloeden. Op welke wijze is echter nog niet uitgekristalliseerd.

5.9 Eerstelijnspsychologen

5.9.1 Ontwikkelingen in het zorgaanbod

Aantallen personen en fte

De eerstelijnspsycholoog is een psycholoog die zich heeft gevestigd in de eerstelijnsgezondheidszorg. De cliënten kunnen zich zonder verwijsbriefje van de huisarts bij een eerstelijnspsycholoog aanmelden. Bij de meeste verzekeraars zit de eerstelijnspsycholoog in het aanvullende pakket. In dat geval is verwijzing door de huisarts noodzakelijk om voor vergoeding in aanmerking te komen.

Over het aantal werkzame eerstelijnspsychologen en hun kenmerken zijn bijzonder weinig gegevens beschikbaar. Volgens een onderzoek uit 1995 zouden er 522 eerstelijnspsychologen werkzaam zijn geweest in 1994 (Bruneberg et al., 1995). Dit aantal zou vervolgens in de periode 1994-1998 met 30% zijn toegenomen. Volgens gegevens van de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE) zouden er namelijk in 2002 en 2004 respectievelijk 1.013 en 1.285 geregistreerde eerstelijnspsychologen zijn (LVE, 2004). Dit zou betekenen dat het aantal eerstelijnspsychologen in de periode 1994-2005 bijna verdubbeld is. De 1.285 eerstelijnspsychologen zouden in totaal voor

1.000 fte werkzaam zijn.

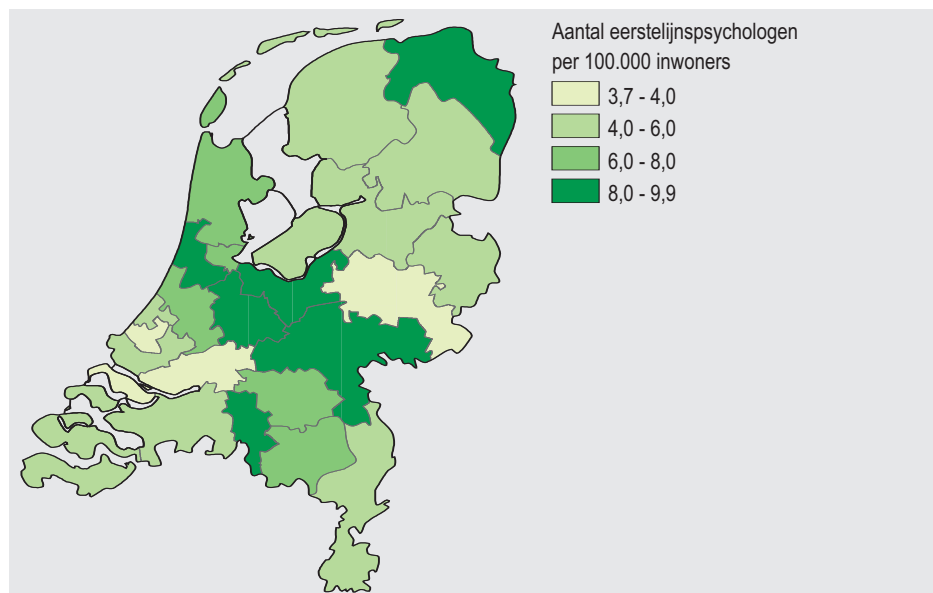
Voor enkele achtergrondgegevens moet worden teruggerepen op het onderzoek van het Trimbos-instituut uit 1998 (Wentink et al., 2003). Hieruit bleek dat 64% van de eerstelijnspsychologen vrouw is. De gemiddelde leeftijd bedroeg toen 43 jaar. Verder bleek dat 20% ouder was dan 50 jaar. Gemiddeld werken de eerstelijnspsychologen 0,7 fte.

Praktijken

In 2002 waren er in totaal 729 praktijken voor eerstelijns psychologische zorg, waarvan 561 solopraktijken en 168 groepspraktijken. Gemiddeld werken er volgens de NIP/LVE-registratie in een groepspraktijk 2,6 eerstelijnspsychologen.

Geografische spreiding

Nederland telde in 2002 gemiddeld 6,2 fte-eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners. De streefnorm van de LVE is 8 fte-eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners. De capaciteit van eerstelijnspsychologen is in de afgelopen jaren toegenomen. In 1998 waren er 4,8 fte-eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners. Uit *figuur 5.28* blijkt dat er aanzienlijke regionale verschillen zijn. In het Gooi/Eemland en Noord-West Veluwe ligt het aantal aanzienlijk hoger dan in het zuidwesten van Nederland en in de Achterhoek.



Figuur 5.28: Dichtheid eerstelijnspsychologen per DHV-regio, 2002 (Bron: NIVEL/ Trimbos-instituut/ SGBO, 2003; NIVEL, 2003e).

5.9.2 Vraag- en aanbodontwikkelingen vergeleken

Door het ontbreken van betrouwbare aanbodgegevens kunnen geen uitspraken worden gedaan over de te verwachten ontwikkelingen in het zorgaanbod. In ieder geval moet worden geconstateerd dat het aanbod van eerstelijnspsychologen in de afgelopen tien jaar meer dan verdubbeld is. Of deze groei zich zal doorzetten hangt deels af van de verwachte groei in de zorgvraag. Uit de verkenningen van *hoofdstuk 4* blijkt dat de vraag naar eerstelijnspsychologen in de komende jaren waarschijnlijk zal toenemen, als gevolg van trends die wijzen op een toename in het voorkomen van psychische stoornissen. Tegelijkertijd is deze verkenning met een aantal onzekerheden omgeven. Deze gelden voor zowel de epidemiologische trends als ook voor veranderingen in het beleid die de vraag zullen beïnvloeden. In dit verband kan gewezen worden op het voornemen om de eerstelijnspsycholoog op te nemen in het pakket van de basisverzekering die in 2006 wordt ingevoerd. Mogelijk doet ook de Wet Maatschappelijke Ondersteuning zijn invloed op dit terrein gelden. Al met al zijn er zoveel onzekerheden en veranderingen dat het mogelijk noch zinvol is om sterke verwachtingen over de toekomst uit te spreken.

5.10 Conclusie

Ontwikkelingen in het zorgaanbod

In dit hoofdstuk is in eerste instantie gekeken welke ontwikkelingen er verwacht worden ten aanzien van het zorgaanbod. We hebben ons daarbij beperkt tot beleidsarme ramingen. Dat wil zeggen dat alleen rekening is gehouden met de toekomstige uitstroom (pensionering) en de instroom in de beroepsgroep vanuit de opleidingen. Daarbij is de huidige situatie als uitgangspunt gekozen. Dit betekent dat er geen veranderingen worden verondersteld in de omvang van de instroom in de opleiding, het opleidingsrendement (hoeveel studenten maken de opleiding af), beroepsrendement (hoeveel afgestudeerden gaan in het beroep aan de slag), het percentage mannen en vrouwen dat in deeltijd werkt, de werktijd (aantal uren per fte) en de verdeling patiëntgebonden niet-patiëntgebonden activiteiten.

Bij het beschrijven van de aanbodverkenningen is het probleem dat de beschikbare informatie voor een aantal beroepsgroepen onvolledig is, zodat voor deze beroepsgroepen geen betrouwbare voorspellingen rond het zorgaanbod gemaakt kunnen worden. Zo ontbreken zowel voor de algemeen maatschappelijk werkenden als voor de eerstelijnspsychologen betrouwbare gegevens over de leeftijdsopbouw en de omvang van de in- en uitstroom. Dit maakt het vrijwel onmogelijk om iets te kunnen zeggen over het te verwachten zorgaanbod in 2010 en 2020. Over de verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg geldt dat er geen gegevens beschikbaar zijn over de in- en uitstroom, die een voorspelling voor de langere termijn mogelijk maken.

Afstemming vraag en aanbod

Om eventuele capaciteitsproblemen in de eerste lijn in kaart te brengen is naast ontwikkelingen in het zorgaanbod ook gekeken naar ontwikkelingen in de zorgvraag. In

Tabel 5.24: Verwachte tekorten of overschotten op basis van beleidsarme verkenningen.

	2005-2010	2005-2020
Huisartsen	-	-
Apothekers	+	+
Verloskundigen	+	+
Fysiotherapeuten	+	+
Oefentherapeuten	+/-	+/-
Verpleegkundigen en verzorgenden	?	?
Algemeen maatschappelijk werkenden	?	?
Eerstelijnspsychologen	?	?
- tekort		
+ overschot		
+/- geen tekort of overschot		
? onbekend		

hoofdstuk 4 is een uitgebreide verkenning gemaakt van ontwikkelingen in de vraag in de komende vijftien jaar. Daarbij zijn net als bij het zorgaanbod alleen beleidsarme verkenningen uitgevoerd. Dit betekent dat alleen is gekeken naar de gevolgen van demografische en epidemiologische ontwikkelingen.

Vervolgens zijn de verkenningen van vraag en aanbod met elkaar vergeleken. Op basis daarvan wordt in *tabel 5.24* een samenvattend overzicht gegeven van de onderzochte beroepsgroepen waarvoor in de komende jaren wel of geen capaciteitsproblemen te verwachten zijn.

Huisartsen

Uit *tabel 5.24* blijkt dat op basis van de beleidsarme verkenningen voor de meeste beroepsgroepen eerder overschotten dan tekorten worden verwacht. De kans op een tekort is het grootst voor de huisartsen. Hoewel de instroom in de opleiding voor huisartsen in de afgelopen jaren sterk is gestegen blijkt dat de huidige instroom (500 per jaar) niet voldoende is om de vraagontwikkeling en de aanbodontwikkeling (vervanging) volledig op te vangen.

Volgens het Capaciteitsorgaan zou niet alleen gekeken moeten worden naar de te verwachte tekorten maar zou ook rekening gehouden moeten worden met een 'onvervulde vraag'. Het is de vraag of door de nieuwe avond-, nacht- en weekenddiensten structuur en door meer praktijkondersteuning die onvervulde vraag in de afgelopen jaren deels is opgevuld.

Verder geldt de kanttekening dat in de hier gepresenteerde verkenningen geen rekening is gehouden met eventuele veranderingen in de vraag als sociaal-culturele ontwikkelingen en extramuralisering, noch met veranderingen in het werkproces (arbeidstijdverkorting) en het aanbod (veranderingen in pensioenleeftijd, opleidingsrendement en beroepsrendement). Indien dit soort factoren worden meegenomen zouden de tekorten wellicht hoger zijn dan op basis van de beleidsarme ramingen wordt voorspeld.

De vraag is of de tekorten aan huisartsen opgelost moeten worden via uitbreiding van de opleidingscapaciteit of dat er andere oplossingen gezocht moeten worden (afrem-

men zorggebruik, taakherschikking of taakdelegatie). In *hoofdstuk 6* wordt hier verder op ingegaan.

Apothekers en verloskundigen

Wat betreft de apothekers dreigt er eerder een overschot dan een tekort. Dit geldt vooral voor de langere termijn (2020). Het dreigende overschot aan verloskundigen in de eerste lijn heeft vooral te maken met het feit dat de instroom in de opleiding in de afgelopen jaren bijna is verdubbeld. Deze sterke groei van de instroom heeft vooral plaatsgevonden om op korte termijn tekorten op te lossen en daarmee samenhangend de hoge werkdruk onder verloskundigen te verlichten. Verder zou een deel van de toegenomen opleidingscapaciteit ingezet worden om een antwoord te kunnen geven op meer beleidsmatige ontwikkelingen. In dit verband wordt gewezen op de groei van het aantal klinisch werkende verloskundigen, overname verloskundige activiteiten van huisartsen en arbeidstijdnormalisering. Als met deze ontwikkelingen geen rekening wordt gehouden (beleidsarme raming) dan zal bij handhaving van de huidige instroom in de opleiding, op termijn een overschot aan eerstelijnsverloskundigen ontstaan.

Fysiotherapeuten en oefentherapeuten

Voor wat betreft de fysiotherapeuten geldt vrijwel dezelfde redenering als voor de verloskundigen. De instroom in de opleiding is in de afgelopen jaren vrij snel gestegen. Dat betekent dat er in de komende jaren veel fysiotherapeuten van de opleiding komen die te maken krijgen met een stagnerende zorgvraagontwikkeling, dat wil zeggen vraaguitval. Op basis van demografische en epidemiologische ontwikkelingen zal de zorgvraag binnen de eerstelijnsfysiotherapie nauwelijks toenemen. Op basis van deze beleidsarme verkenning dreigen er aanzienlijke overschotten aan fysiotherapeuten in de eerste lijn. Er zijn ontwikkelingen die dit wellicht nog zouden versterken, maar er kan ook gewezen worden op ontwikkelingen waardoor deze ontwikkeling wordt afgeremd. Met het schrappen van de fysiotherapie uit het verstrekkingenpakket zou de vraag wel eens verder kunnen afnemen en dus het overschot kunnen stijgen. Aan de andere kant zijn er ook ontwikkelingen waardoor de vraag naar fysiotherapie zou kunnen stijgen. In dit verband kan gewezen worden op de plannen voor de directe toegankelijkheid van fysiotherapeuten. Overigens moet ook gewezen worden op de ontwikkeling dat ouderen veelal intramurale fysiotherapie ontvangen. Dit betekent dat effecten van de vergrijzing voor de vraag naar fysiotherapie vooral zichtbaar worden in intramurale voorzieningen zoals verpleeghuizen en revalidatie-instellingen. Daarmee zou een deel van de vraag naar fysiotherapie verschuiven van de eerste lijn naar de intramurale voorzieningen. Er zullen waarschijnlijk meer fysiotherapeuten in de intramurale sector aan de slag gaan dan tot nu toe. Dit zou betekenen dat het te verwachten aanbod aan fysiotherapeuten in de eerste lijn naar beneden moet worden bijgesteld, tenzij de trend van extramuralisering zich versterkt doorzet.

Voor wat betreft de oefentherapeuten zijn vooralsnog op korte termijn geen grote capaciteitsproblemen te verwachten. Op lange termijn (2020) dreigt er wellicht een overschot, aangezien het aanbod wat sneller groeit dan de vraag. De kanttekeningen

die bij de fysiotherapeuten zijn geplaatst, gelden grotendeels ook voor de oefentherapeuten. Het schrappen van de oefentherapie uit het verstrekkingspakket zal de vraag wellicht doen verminderen terwijl de directe toegankelijkheid de vraag zal doen stijgen.

Verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg

Voor wat betreft de verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg geldt dat door de vergrijzing van de bevolking de vraag naar thuiszorg zal stijgen. Voor de periode 2005-2020 wordt een stijging verwacht van 24%, die verder oploopt wanneer ook rekening wordt gehouden met veranderingen in de huishoudenssamenstelling. De vraag is of er dan voldoende aanbod is om aan die vraag te kunnen voldoen. Op korte termijn is door de huidige economische situatie en het lage verloop van verpleegkundigen en verzorgenden het aanbod toereikend om aan de vraag te voldoen. Op langere termijn zijn er wellicht problemen te verwachten. Wil men deze problemen voorkomen dan zal de instroom in de verpleegkundige opleidingen vanaf 2007 circa 12% hoger moeten zijn dan in 2002. Voor de verzorgenden is een groei van 9% noodzakelijk en voor de helpenden een groei van 7%. Hierbij past wel de kanttekening dat veranderingen in de AWBZ en de introductie van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning belangrijke consequenties zullen hebben voor zowel de vraag naar thuiszorg als het aanbod.

Algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen

Voor wat betreft het algemeen maatschappelijk werk kunnen door het ontbreken van empirische gegevens geen eenduidige verkenningen worden gepresenteerd. Deels geldt dat ook voor de eerstelijnspsychologen. Voor deze laatste beroepsgroep wordt wel een toename van de vraag verwacht, maar er zijn zoveel onzekerheden dat het mogelijk noch zinvol is om eenduidige verwachtingen over de toekomst uit te spreken.

6 VERKENNING VAN VERNIEUWINGEN EN MOGELIJKE EFFECTEN

E.M. Sluijs, D.H. de Bakker & J.J. Polder

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat ten eerste in op mogelijke vernieuwingen in de eerstelijnszorg. Deze vernieuwingen zijn afgeleid van recente adviezen en scenariostudies over de eerste lijn, maar vooral ook gebaseerd op interviews die daartoe met de betrokken partijen zijn gehouden (patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zie *tekstblok 2.7* en *bijlage 3*). Aan de hand van een checklist (*bijlage 4*) is op een open manier aan de geïnterviewden gevraagd welke oplossingen zij zien voor toekomstige capaciteitsproblemen in de eerste lijn en de neveneffecten daarvan op de kwaliteit van zorg.

Ten tweede laat het hoofdstuk zien welke effecten van voorgestelde vernieuwingen mogen worden verwacht. Daartoe is een literatuuronderzoek uitgevoerd met de vraag óf en zo ja welke wetenschappelijke evidentie er bestaat voor de effectiviteit van elke vernieuwing als het gaat om de (objectieve) werkbelasting en (subjectieve) werkdruk in de eerste lijn. Deze twee begrippen waren leidend voor het literatuuronderzoek.

Voor een juiste interpretatie van de gegevens in dit hoofdstuk zijn twee opmerkingen vooraf van belang:

1. Bij elke maatregel wordt vermeld welke partij de betreffende suggestie heeft gedaan. Een jaartal bij de vermelding geeft aan dat er schriftelijke documentatie beschikbaar was die in de literatuurlijst wordt verantwoord. Niet iedereen heeft zich over elk onderwerp uitgelaten. Elke partij heeft eigen accenten gelegd, vanzelfsprekend vanuit de positie die zij in de eerstelijnszorg inneemt of in de toekomst in wil nemen.

Als bij een maatregel namen van partijen ontbreken betekent dat niet dat de ontbrekende partijen voor of tegen zijn; het betekent alleen dat deze partijen zich niet (spontaan) over het onderwerp hebben uitgelaten. De interviews waren niet bedoeld om de mate van consensus te onderzoeken. Het doel was een brede inventarisatie te maken van mogelijke vernieuwingen.

2. De gedane suggesties weerspiegelen met name de mening van landelijke koepelorganisaties omdat de interviews op dat niveau zijn gehouden. Lokale oplossingen of regionale experimenten vielen buiten het bestek van deze studie. Deze zijn recent door de STG beschreven in het rapport 'Duizend bloemen in een kleurrijk boeket' (STG, 2003).

6.2 Overzicht van mogelijke vernieuwingen

Het hoofdstuk is gestructureerd rond het overzicht op de volgende pagina in *tekstblok 6.1*. In dat overzicht zijn alle suggesties die tijdens de interviews zijn gedaan schematisch weergegeven en (door de onderzoekers) in drie kolommen ingedeeld. In de eerste kolom staan de thema's waarop de suggestie betrekking heeft; in de tweede kolom de gesuggereerde aangrijpingspunten, en in de derde kolom mogelijke maatregelen of concrete invullingen, zoals voorgesteld door één of meerdere partijen.

Aan elk thema is een paragraaf gewijd. Elke paragraaf is daarbij opgesplitst in twee delen: in het eerste deel staat welke suggesties de partijen hebben gedaan; in het tweede deel wordt beschreven wat uit de literatuur bekend is over de effectiviteit van de maatregel. Het hoofdstuk eindigt met een paragraaf over de voorwaarden die volgens de geïnterviewden moeten worden gecreëerd wat betreft de aansturing en financiering van de eerstelijnszorg.

Visie op een sterke eerste lijn is nodig

Los van concrete maatregelen hebben veel geïnterviewden benadrukt dat ook in de toekomst een sterke eerste lijn nodig is (AVVV, NPCF, NVZ; STG, 2003). Dat valt ook te lezen in de Intentieverklaring Versterking Eerstelijnsgezondheidszorg. De ondertekenaars stellen dat de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijke bijdrage levert aan het bewaken van de publieke belangen in het hele gezondheidszorgsysteem. Een sterke eerstelijnszorg moet voorkómen dat patiënten (medisch) onnodig gebruik maken van veelal duurdere specialistische of intramurale zorg, zodat die zorg beschikbaar blijft voor diegenen die dit echt nodig hebben (VWS, 2004). Daarmee draagt een sterke eerste lijn bij aan een doelmatige gezondheidszorg, zo blijkt ook uit een internationale vergelijking van gezondheidszorgsystemen (Gezondheidsraad, 2004).

De geïnterviewden pleiten met nadruk voor het ontwikkelen van een lange termijn visie op (de positie van) de eerste lijn om van daaruit de toekomstige eerste lijn in te richten (NPCF, NHG, LVG; STG, 2003). In die visie dient ook de gewenste mate van deregulering en marktwerking te worden meegenomen (KPMG/CVZ, 2004). Marktwerking kan de keuzemogelijkheden van patiënten vergroten (NPCF), maar volgens LVG en NHG kan marktwerking de totstandkoming van een geïntegreerde eerstelijnszorg belemmeren: hulpverleners zullen dan zelfstandig (in plaats van gezamenlijk) diensten gaan aanbieden en er zullen meer aanbieders op de markt komen. Dat leidt tot versnippering in plaats van tot een geïntegreerde eerste lijn (LVG). Een geïntegreerde eerstelijnszorg is wel het streven, zo wordt gesteld in de Intentieverklaring Versterking Eerstelijnszorg (2004).

Vraagsturing als uitgangspunt

De toekomstige eerstelijnszorg moet worden ingericht rond de (lokale) zorgbehoefte van de patiënt, zo staat in de Intentieverklaring en is door nagenoeg alle geïnterviewden vooropgesteld. Dat is ook al geruime tijd de leidraad voor het overheidsbeleid (VWS, 2001a). De vragen en behoeften van de zorggebruiker moeten zoveel mogelijk richtinggevend zijn voor het aanbod aan zorg (VWS, 2001a). De lokale zorgbehoefte

Tekstblok 6.1: Overzicht van mogelijke vernieuwingen om toekomstige capaciteitsproblemen het hoofd te bieden.

Thema	Aangrijpingspunten	Maatregelen / invullingen
a. Zorgbehoefte verminderen preventie	gezondheidsbevordering voorlichting	via: - informatie- en advieslijnen en websites - preventieve activiteiten van gemeenten, GGD-en en van eerstelijnszorgaanbieders en verzekeraars
b. Zorggebruik terugdringen	zelfzorg bevorderen zorggebruik sturen (triage) zorggebruik afremmen	via: - zorgadvieslijnen - pakketmaatregelen - eigen bijdragen/no-claim kortingen - polisdifferentiatie - evidence based werken - selectief contracteerbeleid
c. In- en uitstroom in het beroep beïnvloeden	vooral van huisartsen	via: - opleidingscapaciteit - vergroten instroom - verlagen uitstroom - seniorenbeleid - aantrekkelijk vestigingsklimaat
d. Praktijk-ondersteuning en taakdelegatie	inhoudelijke taakdelegatie facilitaire ondersteuning ICT-gebruik	via: - praktijkassistenten - praktijkondersteuners - wijkverpleegkundigen - praktijkautomatisering en elektronisch patiënten dossier - facilitaire bedrijven
e. Taak-herschikking	structurele herverdeling van taken naar andere beroepsgroepen	via: - call centra - walk-in centra - (wijk)verpleegkundigen en nurse practitioners - apothekers (herhaalreceptuur) - fysiotherapeuten (directe toegang) - verloskundigen (reproductive health taken)
f. Samenwerking en organisatie	preventie jeugdzorg acute zorg chronisch zieken en ouderen kwetsbare groepen/allochtonen psychische problemen arbeidsgerelateerde problemen	via (zorginhoudelijke) afstemming met: - GGD-en (preventie en jeugdzorg) - gemeenten (preventie, wonen, welzijn) - SEH en HAP (en andere spoeddiensten) - tweede lijn (transmurale) ketenzorg - verpleeghuizen (AWBZ-zorg) - AMW, eerstelijnspsycholoog en SPV-ers - bedrijfsartsen en arbodiensten via (organisatorische) schaalvergroting: - huisartsenvoorzieningen - multidisciplinaire (wijk)zorgcentra/zorg netwerken - regionale hoofdkantoren - regionale ondersteuningsstructuren

moet daartoe in kaart worden gebracht, onder andere via epidemiologische gegevens van GGD-en, zo meldden veel geïnterviewden. Ook moet de zorg worden ingericht vanuit het perspectief van de zorggebruiker (NPCF, 2002, 2004). Bovendien moeten er meer keuzemogelijkheden voor patiënten komen (NPCF, VGZ), ook als verzekeraars gaan werken met voorkeursaanbieders (preferred providers) (NPCF, 2002, 2004). Overigens wordt vanuit de NPCF gesteld dat de keuzevrijheid van patiënten per definitie al wordt vergroot via het Persoonsgebonden Budget (PGB) en via functionele aanspraken op zorg (NPCF, 2004).

Drie overwegingen moeten bij vraagsturing worden betrokken. Ten eerste kan de zorg niet in alle gevallen volledig aansluiten op de vraag van de patiënt (RVZ, 2004). Er moet zoveel mogelijk evidence based worden gewerkt (RVZ, 2004). De zorg is de resultante van wat vanuit medisch-professioneel opzicht verantwoord is en gegeven de maatschappelijke randvoorwaarden haalbaar en gewenst (NHG, 2002). Ten tweede moeten geen overspannen verwachtingen bij burgers worden gewekt: met de groei van de mogelijkheden in de zorg groeit ook de verwachting dat nagenoeg ieder gezondheidsprobleem verholpen kan worden, wat in de praktijk niet mogelijk is. Aandacht is nodig voor het management van verwachtingen (VWS, 2001a). Tot slot het kostenaspect: indien ernst wordt gemaakt met vraagsturing in de gezondheidszorg verwacht het RIVM dat het volume en de kosten van de cure-voorzieningen in de toekomst sneller zullen toenemen dan op grond van de vergrijzing kan worden verwacht (Van den Berg Jeths et al., 2004). Patiënten zullen de toenemende medisch technische mogelijkheden willen benutten. Ook bestaat de kans dat potentiële zorgvragen vaker tot zorggebruik leiden. Het grote aantal mensen dat eigen oplossingen voor verzorgingsproblemen heeft gevonden zou bijvoorbeeld vaker een beroep op AWBZ-voorzieningen kunnen gaan doen.

6.3 Zorgbehoefte verminderen

6.3.1 Voorgestelde maatregelen

Gezondheidsbevordering, voorlichting en preventie

Het eerste thema in *tekstblok 6.1* betreft gezondheidsbevordering en het terugdringen van ziekten. Dat is in de eerste plaats van belang voor de volksgezondheid, maar kan ook invloed hebben op het zorggebruik en de kosten daarvan. Gezond gedrag en gezonde leefgewoonten dienen te worden bevorderd zodat minder vaak een beroep op de zorg hoeft te worden gedaan (RVZ, 2004).

Veel geïnterviewden wijzen op het belang van voorlichting en preventie ter bevordering van een gezonde leefstijl (AVVV, GGD, KNGF, NPCF; RVZ, 2002a; LVT, 2003; VGZ, 2004). Preventie loont ook bij ouderen, onder andere wat betreft roken, overgewicht en valpreventie (Van den Berg Jeths et al., 2004). In achterstandsgebieden in de grote steden zijn samenhangende preventiemaatregelen nodig ter bevordering van gezond gedrag en een gezonde leefomgeving (Verkleij & Verheij, 2003). Ten behoeve van effectieve preventie bepleit de RVZ meer samenhang tussen (de beleidsterreinen) volksgezondheid en de individuele gezondheidszorg (RVZ, 2001).

Gemeenten zullen meer taken op het gebied van preventie moeten gaan uitvoeren (AGIS). GGD-en kunnen bij preventie worden ingeschakeld (NPCF), bijvoorbeeld via voorlichtingspunten van GGD-en in zorgcentra (GGD). Wijkverpleegkundigen kunnen een bijdrage aan preventie leveren (AVVV; LVT, 2003). Fysiotherapeuten gaan zich meer richten op preventie van te weinig bewegen en arbeidsgerelateerde problematiek (KNGF, 2002). Tot slot wordt opgemerkt dat preventie zich ook moet richten op gezonde verzekerden (VGZ).

Samenvattend wordt het belang van gezondheidsbevordering en preventie niet ter discussie gesteld. Welke effecten daarvan mogen worden verwacht kan worden afgeleid uit de evidentie die daarover in de literatuur bestaat.

6.3.2 Mogelijke effecten van gezondheidsbevordering en preventie

In zijn algemeenheid is met primaire preventie (het voorkómen van ziekten) in de laatste decennia veel gezondheidswinst geboekt, vooral door vaccinaties en wet- en regelgeving over bijvoorbeeld veiligheid van voedsel, arbeidsomstandigheden en verkeersveiligheid (Ruwaard & Kramers, 1997). Het is niet de bedoeling in deze paragraaf het gehele preventieveld te overzien. Daarvoor kan worden verwezen naar de overzichten van de RGO (Van der Maas et al., 1996) en van het NIGZ (Keijzers et al., 2000). In het kader van deze studie is het met name relevant om te kijken naar de effecten van gezondheidsbevordering bij toekomstige ouderen (de na-oorlogse geboortegolf) omdat zij in 2020 en daarna het grootste beslag op de (eerstelijns)gezondheidszorg zullen leggen. Onderzoek laat zien dat de meeste gezondheidswinst te behalen valt via leefstijlveranderingen, waar op dit moment dan ook de meeste aandacht naar uitgaat (Van Oers, 2002; Jansen et al., 2002; RVZ, 2000a, 2002a, 2004). Deze paragraaf gaat eerst in op preventie van roken en overgewicht. Daarna wordt gekeken naar gezondheidswinst die te behalen valt via valpreventie, (griep)vaccinatie en preventieve medicatie (Van den Berg Jeths et al., 2004). Vooraf merken wij op dat de effectiviteit van preventie vooral wordt afgemeten aan vermijdbare sterfte. Mede daardoor zijn weinig gegevens beschikbaar over de mate waarin preventie de zorgbehoefte in de eerste lijn kan terugdringen.

Preventie van roken en overgewicht: gezondheidswinst mogelijk

In *tabel 6.1* is een ideaal plaatje geschetst van theoretisch te behalen gezondheidswinst. Voor zeven frequent voorkomende aandoeningen is berekend hoeveel minder deze bij toekomstige 60-plussers zouden voorkomen als roken en inactiviteit geheel zouden zijn geëlimineerd.

Tabel 6.1: Risicoverlaging bij 60-plussers indien de risicofactor geheel wordt geëlimineerd, uitgedrukt in PAR (Populatie Attributieve Risico's, in procenten) (Bron: Ruwaard & Kramers, 1997).

Ziekten	Exogene risicofactor	PAR (%) mannen	PAR (%) vrouwen
Coronaire hartziekten ^a	roken	35	25
	lichamelijke inactiviteit	86	40
Longkanker	roken	86	65
Beroerte	roken	45	39
CARA	roken	72	61
Diabetes mellitus	lichamelijke inactiviteit	15-28	19-33
Dikke darmkanker	lichamelijke inactiviteit	26	3

a de percentages van de twee risicofactoren zijn niet optelbaar

Totale eliminatie van deze risicofactoren is uiteraard niet realistisch. Vermindering van roken en meer lichaamsbeweging kan misschien wel worden bereikt. De opbrengst daarvan in termen van gezondheidswinst zijn berekend voor toekomstige 65-plussers (Van den Berg Jeths et al., 2004). *Tabel 6.2* en *6.3* laten de reductie in het aantal patiënten in 2020 zien, indien het percentage rokers en het percentage mensen met overgewicht zouden dalen tot de huidige niveaus onder de hoogst opgeleiden.

Tabel 6.2: Roken: reductie in het aantal patiënten van 65 jaar en ouder in Nederland in 2020 voor vijf aan roken gerelateerde ziekten, indien het percentage rokers onder laagopgeleiden daalt tot het percentage rokers bij hoogopgeleiden (Bron: Van den Berg Jeths et al., 2004).

Ziekten	Totaal	Mannen	Vrouwen
COPD	16.460	9.310	7.150
Hartinfarct (levensprevalentie)	12.490	5.470	7.020
Angina pectoris	8.310	3.290	5.020
Beroerte	5.830	2.320	3.510
Longkanker	2.400	1.930	470

Tabel 6.3: Overgewicht: reductie in het aantal patiënten van 65 jaar en ouder in Nederland in 2020 voor zes aan overgewicht gerelateerde ziekten, indien het percentage mensen met overgewicht onder laagopgeleiden daalt tot het percentage bij hoogopgeleiden (Bron: Van den Berg Jeths et al., 2004).

Ziekten	Totaal	Mannen	Vrouwen
Diabetes mellitus	39.570	10.650	28.920
Artrose knie	25.180	4.310	20.870
Hartinfarct (levensprevalentie)	23.880	9.040	14.840
Angina pectoris	15.700	5.460	10.240
Artrose heup	10.320	1.870	8.450
Beroerte	3.260	1.000	2.260

De hier becijferde reductie in aantallen mensen met ziekten die mede worden veroorzaakt door roken en overgewicht heeft vooral invloed op de behoefte aan ziekenhuis- en verpleeghuiszorg en minder op de behoefte aan thuiszorg. Het beroep dat op de thuiszorg zal worden gedaan zou slechts met enkele procenten afnemen (een vermindering van ruim 2% bij reductie van roken en van nog geen 2% bij reductie van overgewicht). Wat de consequenties zijn voor het gebruik van huisartsenzorg en overige eerstelijnszorg is niet gekwantificeerd.

Valpreventie: reductie van heupfracturen

In 2020 kan het aantal heupfracturen bij ouderen zijn teruggedrongen. Het aantal heupfracturen in Nederland bij 65-plussers wordt geschat op 19.800 in 2020. Effectieve valpreventie kan dit aantal met circa 10% reduceren (Van den Berg Jeths et al., 2004). Heupfracturen leiden vaak tot opname in een verpleeghuis of verzorgingshuis of tot overlijden (Van den Berg Jeths et al., 2004). Een groot aantal organisaties houdt zich in Nederland met valpreventie bezig (www.kennisnetwerkvalpreventie.nl). Het aanpassen van de omgeving is volgens het NIGZ doorgaans zeer effectief (Keijsers et al., 2000). Ook preventie van osteoporose moet hierbij worden genoemd. Wat preventie van heupfracturen betekent voor het zorggebruik in de eerste lijn en de thuiszorg is niet gekwantificeerd.

Preventieve vaccinatie en medicatie

Verdere gezondheidswinst is te behalen via een groter bereik van 65-plussers en risicopopulaties bij griepvaccinatie (Van den Berg Jeths et al., 2004). Dit heeft echter nauwelijks invloed op het zorggebruik in de eerste lijn. Alleen tijdens een ernstige griep epidemie bleken gevaccineerde patiënten met hart- en vaatziekten en diabetes iets minder vaak de huisarts te bezoeken vergeleken met een (niet-gevaccineerde) controlegroep. Bij normale en lichte griep epidemieën was er geen verschil en was het effect op de werkdruk van de huisarts dus nihil (Tacken et al., 2004).

Volgens het RIVM valt nog verdere gezondheidswinst te halen door preventieve medicatie. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om middelen ter verlaging van bloeddruk en cholesterolniveau, middelen tegen osteoporose, en misschien in de toekomst de polypil waarmee vier risicofactoren tegelijk worden aangepakt (cholesterol, bloeddruk, stolingsfactor en serum homocysteïne). Het aanbod aan medicatie voor primaire preventie zal naar verwachting in de toekomst toenemen (Van den Berg Jeths et al., 2004).

Lokaal gezondheidsbeleid

Hoe belangrijk lokaal gezondheidsbeleid ook is (bijvoorbeeld in achterstandswijken), de effecten daarvan zijn moeilijk meetbaar (Keijsers et al., 2000). Bij lokaal gezondheidsbeleid gaat het niet alleen om het bevorderen van gezond gedrag maar ook om een gezonde leefomgeving en dus samenwerking tussen gemeentelijke voorzieningen (GGD, woningbouw, welzijn en cetera) en de gezondheidszorg (Verkleij & Verheij, 2003), zoals door diverse auteurs wordt aanbevolen (RVZ, 2000a; Jansen et al., 2002; Nijboer et al., 2003). De mate waarin gezondheidsverschillen en zorgbehoeften in de eerste lijn op deze manier kunnen worden teruggedrongen is moeilijk te voorspellen. In zijn algemeenheid is weinig bekend over de effectiviteit van gezondheidsbevorde-

ring en preventie (Van der Maas et al., 1996; Keijsers et al., 2000; RVZ, 2002a). In de VTV-2002, tenslotte, werd geconcludeerd dat het succes van preventie tot nu toe mager is geweest als afgegaan wordt op de ongunstige trends in risicogedrag (Van Oers, 2002).

Preventie in de huisartspraktijk

Los van de mogelijke gezondheidswinst in de toekomst is voor de werkbelasting in de eerstelijnszorg nog het volgende van belang. Preventieve interventies door huisartsen hebben meer kans aan te slaan dan algemene voorlichting, zo blijkt uit onderzoek (RVZ, 2001). In de toekomst zal de rol van de individuele gezondheidszorg in preventie belangrijker worden, zo stellen de Gezondheidsraad (2004) en de RVZ. Door toenemende kennis over oorzaak en beloop van aandoeningen en de toename van genetische kennis, neemt het belang van primaire en secundaire preventie (vroeg opsporing) in de spreekkamer toe (RVZ, 2001; CPB, 2005).

Samenvatting

Samenvattend behoort het tot de mogelijkheden dat de zorgbehoefte op termijn minder wordt als de gezondheidstoestand verbetert. Theoretisch valt namelijk nog veel gezondheidswinst te behalen via stoppen met roken, maar vooral ook via het terugdringen van overgewicht. Voor de eerste lijn zou dat met name een vermindering van het vóórkomen van diabetes mellitus, artrose en hartaandoeningen betekenen. Ook via valpreventie valt enige winst te behalen, met mogelijk een reductie in het gebruik van ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg. De mogelijkheden van preventieve vaccinatie en medicatie zullen waarschijnlijk toenemen, maar over de effecten daarvan zijn nog geen voorspellingen te doen. Het belang van preventie en lokaal gezondheidsbeleid in achterstandswijken staat niet ter discussie, maar over de effecten daarvan zijn evenmin veel gegevens bekend. Toekomstig onderzoek moet daar meer zicht op geven. De eerste lijn biedt een uitstekende infrastructuur om preventie te organiseren. In welke mate de (nieuwe) preventieve taken in de toekomst ter hand zullen worden genomen is sterk afhankelijk van het beleid en valt daarom moeilijk te overzien.

6.4 Zorggebruik terugdringen

6.4.1 Voorgestelde maatregelen

Het tweede thema in *tekstblok 6.1* betreft het afremmen van zorggebruik. Suggesties daarvoor zijn: een goede triage (selectie) bijvoorbeeld via call centra, het bevorderen van zelfzorg door goede informatie te verstrekken, het terugdringen van zorggebruik via pakketmaatregelen of eigen bijdragen, of het stimuleren van gepast gebruik door zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Zorggebruik afremmen via triage en het bevorderen van zelfzorg

Een goede triage kan onnodig huisartsbezoek verminderen, bijvoorbeeld door call centra in te schakelen, aldus enkele partijen (NVZ; ZN, 2004; VGZ, 2004; RVZ, 2004).

De essentie is dat een vorm van selectie plaatsvindt tussen patiënten die verantwoord en afdoende geholpen kunnen worden met telefonische (zelfzorg)adviezen en degenen van wie wordt ingeschat dat deze professionele hulp nodig hebben. Momenteel vindt al in enige mate triage plaats in de huisartspraktijk door de praktijkassistente. Benadrukt wordt dat triage door deskundige personen en aan de hand van protocollen dient plaats te vinden (Commissie Modernisering Eerste Lijn, 2002; ZN, 2004). De meningen zijn verdeeld over degenen die call centra zouden moeten beheren en de triage zouden moeten uitvoeren. Huisartsen zijn van mening dat dit onder hun verantwoordelijkheid moet gebeuren. Enkele andere partijen vinden dat ook nurse practitioners of wijkverpleegkundige de triage kunnen verrichten (LVT, GGD) of vermelden alleen dat de persoon in kwestie deskundig moet zijn (VGZ; Commissie Modernisering Eerste Lijn, 2002). Op dit moment ontstaan varianten van call centra. Zorgverzekeraar VGZ beheert bijvoorbeeld een informatielijn als back-office voor huisartspraktijken en voor het opvangen van noni's (VGZ).

Betere informatie kan zelfzorg bevorderen. Volgens de RVZ zou er een voorziening moeten zijn waar mensen dag en nacht terecht kunnen voor telefonische vragen over gezondheid en waar zij advies kunnen krijgen (RVZ, 2002; VGZ, 2004). De RVZ noemt dit zorgadvieslijnen of zorglijnen om deze voorziening te onderscheiden van call centra. Dergelijke advieslijnen zullen de toegankelijkheid van zorg vergroten, aldus de raad (RVZ, 2002; 2004). Bovendien leert men voor welke klachten het wel en niet nodig is de huisarts te bezoeken (RVZ, 2004). Ook via websites zal in de toekomst meer gezondheidsinformatie worden gegeven (VGZ, 2004).

Zorggebruik terugdringen en gepast gebruik stimuleren

Om het zorggebruik - en met name de kosten daarvan - terug te dringen is inmiddels een aantal zogenoemde pakketmaatregelen genomen (VWS, 2003c). In de eerste lijn betreft dit onder andere beperking van de vergoedingen voor fysiotherapie en oefen-therapie, zelfzorggeneesmiddelen en de anticonceptiepil uit het basis-ziekenfonds-pakket.

Ook zijn eigen bijdragen voor sommige geneesmiddelen ingevoerd en zijn bijdragen voor AWBZ-zorg verhoogd. Meer van dergelijke (pakket)maatregelen worden overwogen (bijvoorbeeld ten aanzien van de AWBZ-vergoeding voor enkelvoudige huishoudelijke hulp in de thuiszorg).

Eigen betalingen zouden volgens VWS in de toekomst tot een bewuster zorggebruik in de eerste lijn kunnen leiden (VWS, 2003e). Het ministerie overweegt ten aanzien van de huisartsenzorg eigen bijdragen (of no-claimkortingen) in te voeren om onnodig gebruik van (huisartsen)zorg af te remmen (VWS, 2003e). Een aantal geïnterviewde partijen heeft zich expliciet uitgesproken tegen de heffing van eigen bijdragen voor de huisartsenzorg (NCPF, LVE, NHG, LHV), onder andere omdat dit vooral chronisch zieken treft (NCPF, 2004) en het zorggebruik nauwelijks wordt afgeremd (NCPF; RVZ, 2004).

Het zijn volgens de RVZ vooral de zorgaanbieders en zorgverzekeraars die gepast gebruik kunnen beïnvloeden (RVZ, 2004). Zorgaanbieders kunnen dat via het naleven van richtlijnen en door evidence based te werken. Zorgverzekeraars kunnen gepast

gebruik beïnvloeden door zorgaanbieders die evidence based werken als voorkeursaanbieders te contracteren. Ook polisdifferentiatie is mogelijk, dat wil zeggen een hogere premie te heffen voor onnodig dure zorg (RVZ, 2004). Tot slot moeten zorgverzekeraars geen nutteloze zorg (bijvoorbeeld medische check-ups) in hun aanvullend pakket aanbieden, wat zij uit concurrentieoverwegingen zouden kunnen gaan doen (AGIS, NHG, LVG; RVZ, 2004).

6.4.2 Mogelijke effecten van het terugdringen van zorggebruik

Bij maatregelen om het zorggebruik terug te dringen moet voorop worden vastgesteld dat in Nederland nauwelijks sprake is van onnodig zorggebruik, zo concludeert de RVZ (2004) op basis van een aantal achtergrondstudies (Brouwer & Rutten, 2004; Nauta et al., 2004; Van Rijen & Ottes, 2004). Onnodig zorggebruik is het afgelopen decennium eerder af- dan toegenomen (Schellevis & Westert, 2004). Ook steekt het zorggebruik in Nederland relatief gunstig af vergeleken met andere westerse landen en dat komt mede doordat de huisarts als poortwachter optreedt (RVZ, 2004). Overconsumptie komt in beperkte mate voor (bijvoorbeeld het gebruik van benzodiazepines), maar ook onderconsumptie bijvoorbeeld bij diabetes mellitus en hartfalen (RVZ, 2004). Ook ervaart een deel van de chronische patiënten een tekort aan zorg (Van den Bos et al., 2004; Groenewegen et al., 2004).

Wat betreft het afremmen van zorggebruik zijn in Nederland inmiddels ervaringen opgedaan met pakketmaatregelen en eigen bijdragen. In veel mindere mate zijn effecten bekend van zorgadvieslijnen en informatieve websites. Toekomstig onderzoek moet daar meer zicht op geven.

Eigen bijdragen

Eigen bijdragen zijn bedoeld om onnodig gebruik van zorg tegen te gaan. In Nederland zijn eigen bijdragen voor particulier verzekerden heel gewoon; voor ziekenfondsverzekerden niet. Zij ontvangen vanouds de zorg in natura zonder eigen betalen. In de loop van de tijd zijn in Nederland enkele regelingen voor eigen bijdragen ingevoerd en vrij snel ook weer afgeschaft. Voorbeelden zijn de eigen bijdrage voor voorgeschreven geneesmiddelen (de medicijnknaak): een vast bedrag van 2,50 gulden per recept, direct af te rekenen in de apotheek. Het specialistengeeltje van 25 gulden voor verwijzing naar de specialist. Beide maatregelen werden weer snel afgeschaft, deels vanwege onbedoelde reacties van zorgaanbieders, bijvoorbeeld het voorschrijven van grotere hoeveelheden geneesmiddelen per recept (Starmans, 1998). De algemene eigen bijdrageregeling (AEB) was meeromvattend. De effecten daarvan zijn geëvalueerd (onder meer in een grootschalig onderzoek uit 1998) (Delnoij et al., 1998). *Tekstblok 6.2* beschrijft in grote lijnen hoe de AEB er bij de invoering in 1997 uitzag.

Tekstblok 6.2: De algemene eigen bijdrageregeling (AEB) in 1997-1998.

Het doel van de AEB was ten eerste, een deel van de (financiële) verantwoordelijkheid bij de burger zelf leggen; ten tweede, onnodig gebruik van zorg tegen te gaan.

Bedrag: ziekenfondsverzekerden betaalden een eigen bijdrage van 20% voor onder meer de kosten van medicijnen, poliklinisch specialistenbezoek en paramedische zorg. Voor verpleegdagen betaalde men 8 gulden per dag (is 3,6 euro).

Uitzondering: de regeling gold niet voor de huisarts, verloskundige en tandarts.

Maximum: de maximaal eigen bijdrage was 200 gulden (91 Euro) per jaar; uitkeringsgerechtigden en 65-plussers 100 gulden (45 euro).

Compensatie: ter compensatie werd de nominale premie voor alle verzekerden in principe verlaagd met 110 gulden per jaar (50 euro). Daarnaast kregen degenen die het maximum van 200 gulden aan eigen bijdragen hadden betaald 90 gulden (41 euro) van het ziekenfonds terug.

Op basis van het evaluatie-onderzoek was de belangrijkste conclusie van de Ziekenfondsraad dat de doelstellingen van de AEB wat betreft de consumptieremmende werking en de financieringsverschuiving niet zijn gehaald (Ziekenfondsraad, 1998). In de verschillende onderzoeken wordt geconstateerd dat de regeling nauwelijks effecten heeft gehad op het gebruik van zorg, en voorzover er al effecten waren opgetreden bleken deze zeer gering te zijn (Hutten et al., 1998). Onbedoelde neveneffecten zijn niet opgetreden. Mensen zijn niet meer zorg gaan gebruiken na het bereiken van het maximum, er heeft geen substitutie plaatsgevonden van poliklinische zorg naar dagbehandeling en het bezoek aan de huisarts is niet gedaald. De financiële opbrengst is lager geweest dan de kosten die gemoeid waren met het uitvoeren van de regeling en de kosten van verlaging van de nominale premie (Hutten et al., 1998). Bij deze tegenvallende resultaten moet het volgende in overweging worden genomen. Een eigen bijdrageregeling probeert de eigen afwegingen van zorggebruikers te beïnvloeden. Echter, van eigen afweging is het sterkst sprake bij de initiële beslissing om wel of niet naar de huisarts te gaan. De zorg die daarna wordt gebruikt vloeit in belangrijke mate uit dit bezoek voort: gebruik van medicatie, doorverwijzing et cetera (Bakker, 1997; RVZ, 2004). De AEB was alleen gericht op deze vervolgbehandelingen (Hutten et al., 1998).

Eigen bijdragen voor de huisarts

Nederland heeft nog nooit eigen bijdragen voor de huisarts gekend. Nederlandse onderzoekers hebben wel buitenlandse ervaringen in kaart gebracht (Bakker, 1997; Starmans, 1998; Delnoij et al., 1998). Op basis van hun onderzoek concluderen Delnoij et al. (1998) dat eigen bijdragen van invloed zijn op de beslissing van de patiënt al dan niet naar de huisarts te gaan. De invloed is kleiner naarmate de gezondheidstoestand van de patiënt slechter is. Vooral voor onschuldige aandoeningen zullen patiënten minder vaak de huisarts bezoeken. Wel bestaat de kans dat patiënten hun klachten meer gaan opsparen en/of dat zij eerder (onnodig) naar een specialist of de spoedeisende eerste hulp (SEH) gaan. Dat zou een ongewenst neveneffect van eigen bijdragen kunnen zijn (Delnoij et al., 1998).

Geconcludeerd wordt ook dat in het algemeen geen nadelige gevolgen van eigen bijdragen zijn gevonden op de gezondheidstoestand van patiënten (Bakker, 1997;

Starmans, 1998). Er zijn geen gegevens bekend over eventuele gevolgen van het uit- of afstellen van medische consumptie of gezondheidseffecten op de langere termijn (Delnoij et al., 1998).

Het grootste consumptieremmend effect kan worden verwacht indien een aanzienlijke eigen bijdrage wordt gevraagd van rond de 50% van de kosten met een inkomensafhankelijk maximum van 5-15% van het gezinsinkomen. Volgens Starmans zal dit effect alleen optreden als er geen mogelijkheden tot herverzekering zijn, en de eigen bijdragen in ieder geval gelden voor de ambulante zorg (Starmans, 1998). Bakker wijst op de afweging die moet worden gemaakt tussen de kosten die het gevolg zijn van het vermijden van noodzakelijke zorg en de kosten van niet-noodzakelijk zorggebruik tengevolge van het verzekerd zijn (moral hazard) (Bakker, 1997).

Een vergelijking van een procentuele eigen bijdrage (van IZA-verzekerden) en een eigen risico (bij particulier verzekerden) leerde dat een eigen risico tot minder zorgkosten leidde dan een procentuele bijdrage (Kool & Delnoij, 1999).

De conclusie is dat eigen bijdragen vooral consumptieremmend kunnen werken indien deze betrekking hebben op de initiële beslissing tot zorggebruik, maar dat alleen een substantieel consumptieremmend effect optreedt indien de eigen bijdrage zeer hoog is, hetgeen uit maatschappelijk en politiek oogpunt waarschijnlijk onaanvaardbaar is.

Eigen bijdragen in de thuiszorg

Per 1 januari 2004 zijn de eigen bijdragen voor de thuiszorg verhoogd. De mate waarin deze verhoging het gebruik van thuiszorg heeft verminderd is recent (in een verkennend onderzoek) onderzocht door Vernhout et al. (2004). Een aantal cliënten van de thuiszorg anticipeerde op de aangekondigde verhoging door de thuiszorg op te zeggen. Uit het onderzoek blijkt dat in de periode van 16 december 2003 tot en met 31 januari 2004 landelijk circa 8.500 cliënten de thuiszorg volledig hebben opgezegd. Dat is 2% van het totale aantal thuiszorgcliënten (430.000) (Vernhout et al., 2004). Het waren vooral degenen die enkelvoudige huishoudelijke verzorging ontvingen (gemiddeld 3 uur per week) en niet of nauwelijks degenen die (mede) persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding van de thuiszorg ontvingen.

Bruijnzeel berekende (modelmatig) de verschuivingen die in het gebruik van zorg zouden optreden indien de enkelvoudige huishoudelijke hulp geheel uit de AWBZ-financiering zou worden gehaald (Bruijnzeel & Sadiraj, 2003). Volgens hen heeft die maatregel grote financiële consequenties voor cliënten, met name voor de laagste inkomensgroepen. Bovendien zal de maatregel leiden tot veel extra kosten op macro-niveau. Zij gaan er in hun berekeningen vanuit dat door de maatregel relatief veel cliënten naar een verzorgings- of verpleeghuis zullen verhuizen omdat zij de thuiszorg dan niet meer kunnen betalen. De maatregel zou consequenties hebben voor de arbeidsmarkt: er zullen veel arbeidsplaatsen in de thuiszorg verdwijnen, terwijl het aantal arbeidsplaatsen in verzorgings- en verpleeghuizen drastisch toe zou moeten nemen (Bruijnzeel et al., 2003). Welke veranderingen (in de thuiszorg) zullen optreden ten gevolge van de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning zal in de toekomst moeten worden onderzocht.

Pakketmaatregelen ten aanzien van fysiotherapie

Ook ten aanzien van fysiotherapie zijn de afgelopen jaren pakketmaatregelen genomen. In 1996 zijn ingrijpende beperkende maatregelen in de fysiotherapie ingevoerd om de kosten te beteugelen. De vergoeding werd beperkt tot maximaal negen zittingen per indicatie per jaar (met uitzonderingen voor chronisch zieken). Uit het evaluatie-onderzoek bleken de gevolgen van de beperkende maatregelen minimaal te zijn. Dat werd verklaard door herverzekering. Fysiotherapie werd in het aanvullend pakket opgenomen en de ruime meerderheid van de bevolking (90%) had zich reeds aanvullend verzekerd (Ziekenfondsraad, 1998a). Daardoor is in het overgrote deel van de gevallen de fysiotherapeutische behandeling wel volledig vergoed (maar drukte niet meer op de collectieve lasten). Wel bleek dat de behandelduur enigszins daalde van gemiddeld 13,5 naar 12,5 fysiotherapiezittingen. Dat had ook consequenties voor de werkgelegenheid. Het aantal werkzame fysiotherapeuten daalde met 1,3% en in het aantal gewerkte uren trad een daling op van 3,2%. De conclusie van de onderzoekers is dat de gevolgen van de beperkende maatregel drastisch gemodificeerd zijn door het verschijnsel van de aanvullende verzekering (Dekker et al., 1998). Dat zou weer kunnen gebeuren bij de nieuwste pakketmaatregel die in januari 2004 is ingevoerd. Fysiotherapie valt per die datum niet langer onder de basisverzekering, met enkele uitzonderingen, bijvoorbeeld kinderen. In de eerste twee maanden van 2004 daalde het aantal fysiotherapiezittingen met 14,6% (vergeleken met dezelfde maanden in 2003). Lange termijn effecten zullen in vervolgonderzoek zichtbaar worden (Swinkels & Van den Ende, 2004).

Pakketmaatregelen geneesmiddelen

De afgelopen jaren zijn ook pakketmaatregelen op het gebied van geneesmiddelen genomen, bijvoorbeeld in 2000 uitsluiting van bepaalde zelfzorggeneesmiddelen bij kortdurend gebruik (de buiten WTG-middelen). Chronisch zieken werden ontzien. Ook deze maatregel was bedoeld om de kosten in toom te houden. Onderzoek liet zien dat de invloed op de totale prescriptie in de huisartspraktijk klein was omdat zelfzorgmiddelen een klein deel van de totale prescriptie uitmaken (Biermans et al., 2000). Wel bleek dat het aantal voorgeschreven zelfzorgmiddelen bij kortdurend gebruik (die geheel van vergoeding waren uitgesloten) bijna was gehalveerd. Dat gold met name voor paracetamol en ibuprofen met daaraan gerelateerde indicaties als hoofdpijn, neklachten, lage rugklachten en acute infecties van de bovenste luchtwegen. Er waren weinig aanwijzingen voor substitutie-effecten, die volgens de onderzoekers misschien wel op langere termijn zouden kunnen optreden (het onderzoek vond direct na invoering van de maatregel plaats). Het vermoeden bestaat dat uitsluiting van deze middelen heeft geleid tot minder doktersbezoek en meer zelfzorg (Cardol, 2004). De verwachtingen over het nut van huisartsenzorg bij alledaagse klachten (verkoudheid, maagklachten, diarree, keelpijn, hoofdpijn, moeheid et cetera) zijn afgenomen. Volgens Cardol kan dit te maken hebben met de toename van vrij verkrijgbare zelfzorggeneesmiddelen en de verwijdering van deze middelen uit het verstrekkingspakket, maar het kan ook te maken hebben met betere informatie (internet) of een gevolg zijn van het feit dat huisartsen al enige tijd een actief voorlichtingsbeleid voeren over zelfzorg bij alledaagse klachten (Cardol, 2004).

Rationele beperking geneesmiddelenpakket

In de Mild Diseases & Ailments Study (MiDas) is in opdracht van CVZ onderzocht of verdere rationele beperking van het geneesmiddelenpakket mogelijk is. Het gaat om geneesmiddelen bij ziekten met een 'lichte' ziektelast. Welke ziekten dat zijn is door het AMC onderzocht (Bonsel et al., 2003). Volgens de MiDas-auteurs is sprake van een zeer lichte ziektelast bij:

- gewone verkoudheid;
- eenmalige blaasontsteking;
- kalknagels;
- keelontsteking;
- conjunctivitis (oogbindvliesontsteking);
- aantal huidaandoeningen zoals voetschimmels.

Aandoeningen die een risicofactor inhouden zijn buiten beschouwing gelaten, bijvoorbeeld hypertensie. Het gaat in de MiDas-studie om ziektelast als genoemde ziekten geïsoleerd voorkomen. Co-morbiditeit en een cumulatie van ziekten en aandoeningen is buiten beschouwing gelaten. De auteurs wijzen er wel op dat er sprake lijkt te zijn van een betekenisvol niveau van co-morbiditeit (Bonsel et al., 2003).

Als beperkende maatregelen onvermijdelijk zijn, geeft circa de helft van het panel van zorggebruikers in het MiDas-onderzoek de voorkeur aan een uitdunning van het pakket boven een algehele premieverhoging (25%) of een eigen bijdrage (25%) (Bonsel et al., 2003). De auteurs concluderen dat metingen van de ziektelast mogelijk zijn, maar zij doen geen uitspraak over de politieke betekenis van de resultaten (Bonsel et al., 2003). Evenmin bespreken zij de mogelijke consequenties voor de frequentie van het huisartsenbezoek. Dat was niet de invalshoek van de studie.

Samenvatting

Samenvattend bestaan er mogelijkheden om het zorggebruik in de eerste lijn terug te dringen. Ten eerste blijkt dat zelfzorg voor lichte kwalen inmiddels is toegenomen. Vermoedelijk zal deze trend zich doorzetten door toenemende informatie en voorlichting op dit gebied (onder andere via internet). Het heffen van eigen bijdragen kan consumptieremmend werken, echter alleen als deze bijdragen zeer hoog zijn en niet herverzekerbare zijn. Maatschappelijk en politiek zal dit weerstand oproepen. Eigen bijdragen voor andere zorgaanbieders dan preferred providers is een mogelijkheid die in Nederland nog niet is onderzocht. Pakketmaatregelen blijken een effectief middel om het zorggebruik af te remmen, maar herverzekering kan deze effecten (gedeeltelijk) teniet doen. De maatschappelijke acceptatie zal per pakketmaatregel moeten worden gezien. Op andere gebieden is in Nederland nog te weinig ervaring opgedaan om harde uitspraken te kunnen doen. Dat geldt met name voor de mate waarin informatielijnen het zorggebruik afremmen en voor de mate waarin zorgaanbieders zelf gepast gebruik kunnen bevorderen, zoals door de RVZ is geadviseerd.

6.5 Beïnvloeden van de in- en uitstroom van het beroep

6.5.1 Voorgestelde maatregelen

Vrijwel unaniem zijn de geïnterviewden van mening dat meer huisartsen nodig zijn om dreigende capaciteitstekorten te verminderen dan wel op te lossen (AVVV, LHV, NHG, LVG, GGD, VGZ, ZN). De opleidingscapaciteit zou (verder) moeten worden vergroot, maar daarnaast moeten andere maatregelen worden genomen om te zorgen dat artsen voor het beroep van huisarts (blijven) kiezen en dat de uitstroom uit het beroep wordt teruggedrongen. Mogelijke maatregelen betreffen een seniorenbeleid (AGIS, LHV), imagoverbetering en een aantrekkelijker vestigingsklimaat (AGIS).

Praktijkondersteuning wordt door velen noodzakelijk gevonden (*paragraaf 6.6*). In dat geval behoort praktijkvergroting ook tot de mogelijkheden. Huisartsen delen de mening dat zij in dat geval meer ingeschreven patiënten kunnen hebben. De beroepsgroep raamt het aantal op 2.500-2.850 patiënten per fte-huisarts (LHV, NHG). Daarbij wordt - naast de nodige praktijkondersteuning - uitgegaan van een efficiënte praktijkorganisatie en in zijn algemeenheid een moderne, minder belastende praktijkvoering (LHV).

Huisartsen kunnen zich dan meer concentreren op medisch inhoudelijke taken (NHG, KPMG/CVZ, 2004). Huisartsen melden bijvoorbeeld dat zij minder geneigd zijn psychosociale problemen zelf te behandelen. Zij rekenen dit minder tot hun taak vergeleken met 1987 (Kolthof, 2004). Vakinhoudelijk kan het beroep ook aantrekkelijker worden door taakdifferentiatie en specialisatie. Dat wordt mogelijk nu in toenemende mate grotere samenwerkingsverbanden ontstaan (NPCE, LHV, NHG, LVG, LVT; VGZ, 2004). Daarop vooruitlopend wordt in het nieuwe takenpakket van de huisarts onderscheid gemaakt tussen het basisaanbod, het aanvullend aanbod, het bijzonder aanbod en transmurale zorg, zoals *tekstblok 6.3* laat zien (NHG/LHV, 2003).

Vakinhoudelijk zal in toenemende mate volgens (NHG) standaarden worden gewerkt.

Tekstblok 6.3: Basisaanbod, aanvullend aanbod, bijzonder aanbod en transmurale zorg door de huisartsenvoorziening.

(Bron: NHG/LHV, 2003)

Basisaanbod

Onder het basisaanbod wordt verstaan de huisartsgeneeskundige zorg die elke huisartsenvoorziening in Nederland biedt aan de bij haar ingeschreven patiënten. Ook de zorg voor spoedeisende problemen behoort tot de basiszorg (avond-, nacht- en weekendzorg).

Aanvullend aanbod

Aanvullende zorg wordt gegeven aan specifieke, omschreven groepen patiënten of betreft specifieke klachten, aandoeningen of verrichtingen.

Bijzonder aanbod

Bijzonder aanbod is medische zorg die grenst

aan het huisartsgeneeskundig domein, maar er niet exclusief toe behoort. Het is zorg die facultatief door een huisartsenvoorziening geleverd wordt. Deze zorg wordt ook door zorgverleners buiten de voorziening en door andere zorginstellingen geleverd.

Transmurale zorg

Dat is zorg die op geprotocolleerde wijze wordt geboden door de eerste en de tweede lijn. Dit type zorg wordt in het takenpakket apart beschreven, omdat deze taken berusten op afspraken met andere medische beroepsgroepen.

Dat komt de kwaliteit ten goede, maar leidt tot meer werk, bijvoorbeeld tot het vaker terug laten komen van de patiënt voor periodieke controles (NHG). Daarnaast zal de werkbelasting per patiënt vermoedelijk toenemen door een veranderende zorgvraag (NHG).

6.5.2 Mogelijke effecten van het beïnvloeden van in- en uitstroom

Trends in de in- en uitstroom van het beroep zijn in *hoofdstuk 5* beschreven. Daaruit blijkt dat veel huisartsen het beroep voortijdig verlaten, bijna eenderde (32%) van de huisartsen die de afgelopen vijf jaar het beroep hebben verlaten was jonger dan 50 jaar en nog eens 16% was tussen de 50 en 55 jaar. Wel is de opleidingscapaciteit voor huisartsen inmiddels uitgebreid zodat de instroom in de huisartsenopleiding sterk is gestegen: van minder dan 300 per jaar begin jaren negentig tot circa 500 in 2003. Voor de details verwijzen we naar *hoofdstuk 5*.

Beperkte winst te behalen via een seniorenbeleid

De mogelijkheid om de uitstroom te beperken via een algemeen seniorenbeleid voor huisartsen lijkt niet zonder meer haalbaar. In recent onderzoek is doorgerekend wat de hypothetische consequenties van een algemeen seniorenbeleid zijn, waarbij oudere huisartsen vrijgesteld worden van avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten). Die diensten zijn belastend volgens 38% van de huisartsen die in een HAP werken (dat geldt overigens voor zowel jonge als oudere huisartsen).

Twee varianten zijn onderzocht, namelijk oudere huisartsen (ouder dan 50 of 55 jaar) zonder verlies van inkomen: a) vrijstellen van avond-, nacht- en weekenddiensten; en b) vrijstellen van alleen nachtdiensten.

De belangrijkste uitkomst van het onderzoek is dat de effectiviteit van deze maatregelen beperkt blijkt te zijn en de kosten erg hoog (De Jong et al., 2004). Het probleem is namelijk dat bij vrijstelling voor alle oudere huisartsen veel waarnemers (en dus extra huisartsen) nodig zijn.

Concreet zou het vrijstellen van ANW-diensten voor huisartsen vanaf 50 of 55 jaar (variant a) pas capaciteitswinst opleveren als deze artsen 4 tot 5 jaar langer zouden blijven werken dan nu gangbaar is. De kosten die aan de waarnemingen verbonden zijn bedragen dan 25 tot 50 miljoen per jaar.

Bij vrijstelling van alleen nachtdiensten (variant b) bedragen de kosten voor waarnemingen 17 miljoen euro per jaar indien de regeling voor alle 50-plussers geldt en 9 miljoen per jaar als de regeling voor alle 55-plussers zou gelden (LHV, 2004).

De onderzoekers zetten vraagtekens bij de effectiviteit van de hier beschreven vrijstellingen. Het is namelijk niet bekend of huisartsen dan langer zouden blijven werken, laat staan hoeveel langer dat dan zou zijn (De Jong et al., 2004).

De LHV wil zich desalniettemin blijven inzetten voor een goed seniorenbeleid voor huisartsen. Inmiddels is in het voorjaar van 2004 een seniorenbeleid opgenomen in de modelovereenkomst voor huisartsen en zorgverzekeraars. Zij hebben daarmee de mogelijkheid afspraken over vrijstelling van diensten contractueel vast te leggen. Dat

biedt ook de mogelijkheid contractueel vast te leggen dat de huisarts daadwerkelijk langer blijft werken (LHV, 2004). Over enkele jaren zal blijken hoe vaak van deze mogelijkheid gebruik wordt gemaakt en wat dit eventueel aan extra capaciteit oplevert.

Samenvattend is de instroom in de huisartsenopleiding inmiddels vergroot om capaciteitstekorten te verminderen. Praktijkvergroting behoort tot de mogelijkheden, maar het is nog onduidelijk hoeveel ondersteuning nodig is om dat te realiseren. Ook is nog onzeker op welke wijze de uitstroom uit het beroep kan worden afgeremd. Een *algemeen* seniorenbeleid lijkt geen goede optie, maar voor *individuele* huisartsen is die mogelijkheid inmiddels wel gecreëerd.

Er zijn nog geen gegevens bekend over de effectiviteit van andere maatregelen om de uitstroom te beperken, zoals imagoverbetering, aantrekkelijker vestigingsmogelijkheden of taakdifferentiatie en specialisatie.

6.6 Praktijkondersteuning en taakdelegatie in de huisartsenzorg

6.6.1 Voorgestelde maatregelen

Bij inhoudelijke ondersteuning en taakdelegatie zijn in de interviews drie onderwerpen aan de orde gesteld waarop achtereenvolgens wordt ingegaan:

- inhoudelijke taakdelegatie en praktijkondersteuning;
- facilitaire ondersteuning;
- ICT en verdere automatisering.

Inhoudelijke taakdelegatie en praktijkondersteuning

Praktijkondersteuning wordt door veel geïnterviewden inmiddels als een gegeven beschouwd en noodzakelijk gevonden (AGIS, AVVV, LHV, NHG, GGD; LHV, 2003; KPMG/CVZ, 2004; NHG/LHV, 2003; VGZ, 2004; VWS, 2003b; ZN, 2004). De essentie is dat huisartsen taken aan ondersteunend personeel delegeren. Het gaat daarbij vooral om inhoudelijke ondersteuning, maar daarnaast wordt gewezen op de vele mogelijkheden van facilitaire ondersteuning.

Inhoudelijke ondersteuning kan diverse vormen aannemen. Naast de praktijkassistenten kunnen aanvullend ook praktijkondersteuners (POH) of praktijkverpleegkundigen, nurse practitioners en physician assistants (PA) taken van de huisarts overnemen (AVVV). Wel melden enkele geïnterviewden dat praktijkondersteuners met name ingezet kunnen worden bij de zorg voor chronisch zieken omdat die zorg gepland en geprotocolleerd kan worden (NHG; NHG, 2002; ZN, 2004).

Volgens de LVG moeten niet teveel verschillende typen ondersteunende functionarissen in de huisartspraktijk worden aangesteld. De samenstelling van het team moet simpel blijven om versnippering te voorkomen (LVG, 2003).

De afgelopen jaren zijn met huisartsen afspraken gemaakt over de inzet van POH-ers

(NHG). Het doel was drieledig, namelijk vermindering van de werkbelasting, verhoging van de kwaliteit en verbetering van de samenhang binnen de eerste lijn. Om voor vergoeding van een POH in aanmerking te komen moesten huisartsen dan ook in een samenwerkingsverband werken (of dat aangaan) van minimaal drie huisartsen. Ook was afgesproken dat POH-ers vooral werden ingezet voor de zorg aan chronische patiënten met astma/COPD of diabetes mellitus, type 2. Volgens het NHG kan in de toekomst worden gedacht aan de inzet van praktijkondersteuners bij hart- en vaatziekten, anticonceptie en psychosociale problemen (bijvoorbeeld door een SPV-er) (NHG). Daarover waren echter in het voorjaar van 2004 nog geen officiële afspraken gemaakt. Er is geen uniform model voor praktijkondersteuning gesuggereerd. De invulling is afhankelijk van de lokale situatie en van de wensen en capaciteiten van betrokkenen. Huisartsen merken wel op dat praktijkondersteuners voor dezelfde taken meer tijd nodig hebben dan de huisarts zelf (NHG). Het is onduidelijk of veel nieuwe POH-ers zullen worden aangesteld vanwege de afschaffing van de vergoedingsregeling voor nieuwe POH-ers.

Een punt van discussie bij taakdelegatie en praktijkondersteuning is de eindverantwoordelijkheid. Volgens huisartsen blijft de (eind)verantwoordelijkheid bij de huisarts liggen. Volgens de AVVV (en ZN) kunnen praktijkverpleegkundigen en POH-ers goed onder eigen verantwoordelijkheid werken.

Facilitaire ondersteuning

Facilitaire ondersteuning van de huisartspraktijk wordt door nagenoeg alle partijen bepleit (LHV, LVG, ZN, LVT, NVZ; KPMG/CVZ, 2004; NHG, 2002; LHV, 2003; LVT, 2003; LVG, 2003; VGZ, 2004; VWS, 2003b). Het gaat daarbij om niet-medische (of niet-patiëntgebonden) taken, die aan derden kunnen worden uitbesteed, zodat huisartsen meer tijd voor de patiëntenzorg hebben. Ook bij andere beroepsgroepen is deze ontwikkeling te zien, zoals bij verloskundigen en apothekers (KNMP; KNOV, 2000).

Bij facilitaire ondersteuning valt te denken aan:

- ICT;
- administratie;
- werkgeverschap;
- inkoop;
- beheer gebouwen;
- opzetten van nieuwe samenwerkingsverbanden.

Dergelijke taken kunnen onder andere worden uitbesteed aan - nieuw op te richten - ondersteuningsstructuren maar ook aan andere partijen al dan niet op commerciële basis. Ook ziekenhuizen en thuiszorginstellingen kunnen aan de eerste lijn facilitaire ondersteuning bieden (NVZ, LVT). Deels gebeurde dat reeds door de District Huisartsen Verenigingen (DHV's) die recent zijn opgeheven. Men wijst op de totstandkoming van geïntegreerde ondersteuningsstructuren op regionaal niveau (LVG; VWS, 2004; ZN, 2004), die stapsgewijs niet-patiëntgebonden taken van de hulpverleners in de eerste lijn kunnen overnemen (LVG).

ICT en automatisering

Het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën (ICT) en de toe-

passing van internettechnologie (e-health) kan een hulpmiddel zijn om tegemoet te komen aan de toenemende zorgvraag bij (toenemende) schaarste van zorgprofessionals (RVZ, 2002b). Internettechnologie kan worden ingezet voor zelfzorg, waardoor een deel van de (potentiële) zorgvraag niet bij de professional terecht komt. Daarbij wordt wel aangetekend dat e-health in veel gevallen een aanvulling zal betekenen op bestaande zorg of dat e-health een andere vorm van dezelfde zorg zal zijn.

In zijn algemeenheid wordt verdere automatisering en ICT-gebruik bepleit (VGZ, NVT; VWS, 2000). Daartoe zijn onder meer de volgende suggesties gedaan:

- gezondheidsinformatie via websites (VGZ, 2004);
- zelfdiagnosehulpmiddelen (NPCF, 2004);
- telemedicine, als aanvulling op het zorgaanbod (NPCF, 2004; VGZ, 2004) en het op afstand monitoren van patiënten (RVZ, 2002b);
- uitbreiding van consultatiemogelijkheden (VWS, 2003e);
- elektronisch voorschrijven van medicijnen en gecomputeriseerd aanvragen van bijvoorbeeld laboratoriumonderzoek (RVZ, 2002b);
- disease management met behulp van computerprogramma's (RVZ, 2002b);
- faciliteren van complexe zorg via bijvoorbeeld videonetwerken et cetera (LVT).

ICT kan ook bijdragen aan een efficiënte praktijkvoering. ICT-ontwikkelingen en innovaties in de eerste lijn dienen ondersteund en gefinancierd te worden (NHG, 2002; LVT, 2003; VWS, 2003b).

Op korte termijn wordt een elektronisch patiëntendossier (EPD) noodzakelijk geacht (AVVV, NPCF, ZN, LVT; KPMG/CVZ, 2004; RVZ, 2002b). Bij voorkeur bij de huisarts (KNGF; NHG, 2002), maar ook apothekers zouden dit eventueel kunnen beheren (KNMP).

Hoewel meer dan 90% van de huisartsen inmiddels een elektronisch medisch patiënten dossier (EMD) hanteert, is er nog nauwelijks sprake van elektronische gegevensuitwisseling tussen hulpverleners. Dat is een groot probleem (RVZ, 2002b; CVZ, 2004). Het probleem wordt veroorzaakt doordat de gebruikte (elektronische) systemen niet op elkaar zijn afgestemd en niet zijn gestandaardiseerd (RVZ, 2002b). Net als de RVZ vindt recent ook het CVZ dat het ministerie van VWS met wetgeving af moet dwingen dat de gezondheidszorg internationale standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling gaat gebruiken (CVZ, 2004). Patiëntenorganisaties achten dit van groot belang zodat daardoor (medische) fouten kunnen worden voorkómen (NPCF, 2004).

6.6.2 Mogelijke effecten van taakdelegatie en praktijkondersteuning

De belangrijkste vraag is wat de effecten van (praktijk)ondersteuning en taakdelegatie kunnen zijn op de werkbelasting van de huisarts en eventueel andere hulpverleners in de eerste lijn en op de kwaliteit van zorg. Achtereenvolgens bespreken we onderzoek naar:

- inhoudelijke taakdelegatie aan praktijkassistente en ondersteunend personeel;
- facilitaire ondersteuning (delegatie van niet-medische taken);

- efficiënte praktijkorganisatie;
- ICT en (verdere) automatisering.

Inhoudelijke taakdelegatie

Verdere taakdelegatie naar praktijkassistenten is mogelijk en gewenst

Traditioneel worden al veel taken door de huisarts aan de praktijkassistente gedelegeerd. Voor de toekomst in 2020 is van belang dat verdere taakdelegatie van huisartsen naar praktijkassistenten door beide partijen mogelijk en gewenst wordt geacht (Van den Berg & De Bakker, 2003).

We spreken van verdere delegatie omdat praktijkassistenten de afgelopen 15 jaar al veel meer taken zijn gaan uitvoeren. Het aantal assistenten-uren per praktijk is toegenomen en het beroep is geprofessionaliseerd waardoor er meer gediplomeerden zijn. Praktijkassistenten zijn vooral meer medisch-technische taken gaan uitvoeren. *Tekstblok 6.4* toont de grootste toename in taken vergeleken met 1987.

Tekstblok 6.4: Toename van medisch-technische taken door de praktijkassistente sinds 1987.

(Bron: Van den Berg et al., 2004)

cervixuitsrijkjes maken	begeleiden pilgebruikers
controle van de bloeddruk	hechtingen verwijderen
wratten aanstippen	lengte en gewicht meten
oren uitspuiten	gehoortest uitvoeren
longfunctieonderzoek met een peak-flow meter	vragen stellen voor anamnese

Positieve effecten op kwaliteit en vraaggerichtheid

Van den Hombergh et al. vonden dat meer assistentie (100% of meer assistentie per fte-huisarts) positieve invloed had op de dienstverlening in de praktijk en op de organisatie van preventie (Van den Hombergh et al., 1997). Het gaat om zaken als bereikbaarheid, spreekuurorganisatie, toegankelijkheid, beschikbaarheid en de organisatie van preventieve zorg zoals griepvaccinatie, uitstrijkjes, opsporing en monitoring bij diabetes mellitus en bijvoorbeeld de preventie van hart- en vaatziekten.

Het aantal uren assistentie heeft positieve invloed op ervaren werkdruk van huisartsen (subjectieve werkbelasting) maar niet op het absolute aantal werkzame uren (objectieve werkbelasting). Driekwart van de huisartsen vindt dat de werkbelasting afneemt, dat het tijd bespaart, en dat het leidt tot meer voldoening in het werk voor zowel de huisarts als de assistente (Van den Berg et al., 2004).

Uit alle onderzoeken blijkt dat huisartsen graag meer taken aan praktijkassistenten zouden willen delegeren (De Haan, 1997; Konings et al., 1998; Van den Berg et al., 2004). Dat stuit echter op praktische beperkingen (tijd, ruimte, geld). Op basis van de Tweede Nationale Studie wordt geconcludeerd dat de mogelijkheden van taakdelegatie naar praktijkassistenten nog lang niet ten volle worden benut (Van den Berg et al., 2004).

Taakdelegatie aan praktijkondersteuners

In circa 40% van de praktijken is inmiddels een POH werkzaam. Bij de gezondheids-

centra is dit aandeel met 80% beduidend hoger (LVG, 2004). *Tekstblok 6.5* geeft een korte typering van de POH. In 2003 en 2004 zijn de voorlopige effecten van de inzet van POH-ers in kaart gebracht (een aantal onderzoeksprojecten loopt nog).

In grote lijnen wordt in de onderzoeken geconstateerd dat POH-ers effect hebben op vermindering van de werkdruk, maar meer nog een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg en aan de tevredenheid van zowel huisartsen als patiënten (Van den Berg, 2003; Lamkaddem et al., 2004; Van Son et al., 2004). Effecten lijken deels afhankelijk te zijn van specifieke omstandigheden. Omdat veel werkdrukverlichting van de inzet van praktijkondersteuners wordt verwacht gaan we hier wat gedetailleerder op in.

Tekstblok 6.5: Typering van de praktijkondersteuner.

Een praktijkondersteuner werkt gemiddeld circa 8 uur per week per normpraktijk van 2.350 patiënten. Zij werken op HBO-niveau en hebben doorgaans een verpleegkundige achtergrond (tweederde) of die van praktijkassistente (eenderde).

Praktijkondersteuners houden zich tot nu toe vooral bezig met de zorg voor chronisch zieken en ouderen. Zij zijn met name ingezet voor (een betere) naleving van de NHG-standaarden voor astma/COPD en diabetes mellitus type 2. Van Son et al. (2004) geven een voorbeeld van de concrete taken die een POH zoal uitvoert bij astma/COPD en diabetes mellitus.

Astma/COPD

Patiënten met astma of COPD kregen twee tot vier controles per jaar van de praktijkondersteuner. De zorg bestond uit: het verrichten van spirometrie, monitoring, psychosociale ondersteuning, bevordering van therapietrouw, instructie bij het gebruik van medicatie, begeleiding bij het stop-

pen met roken en het aanleren van zelfmanagement.

Diabetes mellitus

Diabetespatiënten ontvingen driemaandelijke controles door de praktijkondersteuner. De zorg bestond uit: bloedsuikercontrole, voedingsadviezen, psychosociale ondersteuning, preventie van complicaties, instructie bij gebruik van medicatie en instructie bij zelfcontrole.

Overige taken

Soms houdt de praktijkondersteuner zich ook specifiek met ouderen bezig. Bijvoorbeeld bij dementieproblemen, beperkte mobiliteit of wachtlijsten voor het verzorgingshuis.

Andere patiënten die zorg ontvangen van een praktijkondersteuner zijn bijvoorbeeld: mantelzorgers, patiënten met hart- en vaatziekten, kankerpatiënten en soms patiënten met alledaagse klachten (Van den Berg, 2003). En patiënten met hoge bloeddruk (Lamkaddem et al., 2004).

Vermindering van werkbelasting door POH

In het Maastrichtse onderzoek nam de werklust van de huisarts af bij de diabeteszorg, maar juist toe bij astma- en COPD-patiënten (Van Son et al., 2004). Beide groepen patiënten brachten circa vier bezoeken per jaar aan de praktijkondersteuner (in de experimentele groep). Bij de diabetespatiënten leidde dat tot gemiddeld één consult minder per jaar bij de huisarts; de patiënten met Astma en COPD daarentegen bezochten de huisarts juist vaker (dat gold overigens ook voor de controlegroep) (Van Son et al., 2004). Volgens de auteurs komt deze toename doordat de NHG-standaarden voor Astma en COPD doorgaans nog niet werden nageleefd. De praktijkondersteuner ging dat wel doen. Er kwam zorg bij. Bij diabetes werden de standaarden al wel gevolgd, zodat direct een verschuiving van werk van huisarts naar de praktijkondersteuner op kon treden (Van Son et al., 2004). Ook anderen hebben opgemerkt dat de ondersteuner extra werk kan genereren door zaken die zijn blijven liggen op te pakken (Van den Berg et al., 2004).

Tabel 6.4: Vijf meest voorkomende diagnoses in het werk van POH-ers en het aandeel (%) van elke praktijkmedewerker in het aantal face-to-face contacten per diagnose (Bron: Lamkaddem et al., 2004).

Diagnose	Huisarts % van de contacten	Praktijk- assistente % van de contacten	Praktijk- ondersteuner % de van contacten	Totaal %
Diabetes mellitus	27,1	35,7	37,2	100
Hoge bloeddruk/ hoge bloeddruk	55,1	34,0	10,8	100
Pil en anticonceptie	38,5	50,6	10,9	100
Astma en COPD	64,9	31,0	4,1	100
Vetstofwisselingsstoornis	38,5	51,9	9,7	100

Op basis van LINH-gegevens is berekend dat de praktijkondersteuner tot een - weliswaar geringe - vermindering van de werkbelasting van de huisarts leidt (Lamkaddem et al., 2004). De belangrijkste conclusie is dat huisartsen in de 12 praktijken met een POH minder contacten hadden (in 2002) dan in praktijken zonder POH. De winst was 84 contacten minder per praktijk per maand (het ging om *alle* contacten, inclusief telefonisch, herhaalmedicatie et cetera). Er was niet geregistreerd hoeveel extra tijd de huisarts kwijt was aan samenwerking en begeleiding. De onderzoekers concluderen dat de POH de werklast van de huisarts vermindert voor specifieke groepen patiënten (controles van chronisch zieken), maar dat deze vermindering op zich nog geen oplossing is voor de voorziene capaciteitstekorten (Lamkaddem et al., 2004). Dat komt onder andere omdat de praktijkondersteuner een relatief gering aantal contacten voor haar rekening neemt en maar een beperkt aantal uren is aangesteld vergeleken met de praktijkassistente en de huisarts. Ter illustratie laat *tabel 6.4* bij enkele diagnoses zien hoe de werkbelasting is verdeeld.

De tabel toont dat het aandeel van de POH (vooralsnog) vrij klein is vergeleken met het aantal contacten dat de praktijkassistente voor haar rekening neemt. In totaal neemt de POH 6% van alle consulten en visites voor haar rekening terwijl het aandeel van de praktijkassistente 29% is en dat van de huisarts 65% (Lamkaddem et al., 2004). Vanzelfsprekend komt dat mede doordat de praktijkassistente al veel langer in de praktijk werkzaam is dan de POH (*tabel 6.5*).

Tabel 6.5: Gemiddeld aantal fte's huisarts, praktijkassistente en POH per 1.000 patiënten in 2001, uitgesplitst naar praktijken zonder en met POH (Bron: Van den Berg et al., 2004).

Fte per 1.000 patiënten	Totaal	Geen POH in praktijk	Wel POH in praktijk
Huisarts	0,39	0,39	0,40
Praktijkassistente	0,38	0,37	0,41
POH	0,02	0,00	0,08

In praktijken met een POH is gemiddeld 0,08 fte-POH aanwezig per 1.000 patiënten, terwijl dat voor de praktijkassistente 0,41 fte is. Belangrijker is de constatering dat huisartsen niet (significant) minder blijken te werken in praktijken waar een POH aanwezig is. De conclusie van de onderzoekers is dan ook dat praktijkondersteuners eerder iets toevoegen dan dat ze werk van huisarts en praktijkassistente overnemen (Van den Berg et al., 2004). Deze toevoeging betekent wel kwaliteitswinst.

Kwaliteitsverbetering door inzet van een POH

De meerwaarde van een POH ligt vooral in kwaliteitsverbetering, met name wat betreft de zorg voor de toenemende groep chronisch zieken. Op basis van een meta-analyse wordt geconcludeerd dat ondersteuners over het algemeen een gunstig effect lijken te hebben op de kwaliteit van zorg. Niet alleen omdat zij taken van de huisarts overnemen, maar ook omdat zij vanuit hun eigen achtergrond iets wezenlijks toevoegen aan de bestaande zorg (Van den Berg et al., 2003).

Huisartsen en patiënten blijken doorgaans erg tevreden te zijn over het werk van de POH. Patiënten waarderen vooral zaken als uitleg en informatie, tijd et cetera (Van den Berg et al., 2003). Ook de tevredenheid over de huisartsenzorg als geheel nam toe door de komst van een POH (van rapportcijfer 7 naar 7,8 bij astma/COPD-patiënten en van 7,2 naar 7,9 bij diabetespatiënten) (Van Son et al., 2004). Ook betere naleving van de NHG-standaarden - in ieder geval voor diabetes en astma/COPD - mag als effect worden aangemerkt, omdat POH-ers specifiek voor structurele controles waren ingezet mede om in de toekomst verergering of complicaties te voorkomen. Dat draagt bij aan (tertiaire) preventie in de huisartspraktijk.

De effecten op klinische uitkomstmaten - door de POH - blijken evenals bij werkbelasting te verschillen per ziektebeeld of patiëntencategorie. Onderzoeken op dit terrein zijn echter nog schaars. Bij astmapatiënten werd geen significante verbetering gevonden (in FEV1, FVC, PEF, exacerbaties) en bij COPD-patiënten juist wel (ten aanzien van FEV en FVC). Bij diabetespatiënten nam het aantal slecht gereguleerde patiënten ($HbA1c > 8,5$) af met 13,6%, maar acht overige uitkomstmaten veranderden niet (Van Son et al., 2004). Alle POH-ers besteden ook aandacht aan educatie en zelfzorg, maar in hoeverre dat daadwerkelijk effect heeft is onbekend. Ook het effect van een POH voor ouderenzorg is onbekend. Gegevens over doelmatigheid ontbreken. Lopende onderzoeken in Almere en Zuidoost-Brabant) zullen daarover gegevens opleveren (Van den Berg et al., 2003).

Effect van taakdelegatie naar nieuwe disciplines nog onbekend

Er zijn geen gegevens bekend over het effect van taakdelegatie naar andere nieuwe disciplines. Dit komt in Nederland nog sporadisch voor. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor de inzet van managers of HAGRO-secretarissen, waar een aantal auteurs voor pleit (Nijland & De Haan, 1999; Pilon & Dijkers, 2002; Van den Bosch et al., 2003). De inschakeling van verpleegkundig specialisten of gespecialiseerde verpleegkundigen bij de zorg aan chronisch zieken (astma/COPD, reuma, diabetes mellitus) is al een bekend verschijnsel (Vrijhoef, 2002; IGZ, 2003). Een nieuwe ontwikkeling in Nederland is de inzet van nurse practitioners (zeer ervaren verpleegkundigen die taken van de

huisarts kunnen overnemen); physician assistants (medisch opgeleide professionals op masterniveau die onder supervisie van de arts medische taken verrichten), of allochtone zorgconsulenten die voorlichting kunnen geven in de eigen taal (Van den Berg et al., 2004).

Allochtone zorgconsulenten en veel andere vormen van assistentie zijn sinds 1997 vooral ingezet in achterstandsgebieden in de grote steden, mede dankzij achterstandsfondsen (*tekstblok 6.6*). Uit de evaluatie bleek dat de tevredenheid van huisartsen - zowel in achterstandsgebieden als daarbuiten - sinds 1997 is toegenomen wat betreft de tijd voor gezin en vrije tijd; afgenomen is de tevredenheid over de beschikbare tijd per patiënt. Huisartsen in achterstandswijken zijn echter (nog steeds) het minst tevreden (Devillé et al., 2003).

Tekstblok 6.6: Allochtone zorgconsulenten in achterstandswijken.

(Bron: Devillé et al., 2003)

De overkoepelende naam voor allochtone zorgconsulenten of migrantenvoorlichters is Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC). Deze voorlichters werken als intermediair tussen huisarts en de allochtone patiënt. Er bestaan voorlichters in bijvoorbeeld Turks, Marokkaans, Surinaams, Ghanees, Chinees, et cetera. De voorlichters informeren patiënten vanuit de eigen taal en vanuit dezelfde culturele achtergrond over basische gezondheidszorg en preventie. Bij hulpvragen die niet bij de huisarts thuishoren kunnen zij patiënten doorverwijzen naar de juiste instanties. De meeste voorlichters hebben hun eigen spreekuur waarnaar de huisarts de patiënt verwijst.

Allochtone zorgconsulenten zijn doorgaans maar voor een beperkt aantal uren aangesteld vergeleken met andere praktijkondersteuners.

Ter illustratie een voorbeeld van het gemiddeld aantal uren assistentie/ondersteuning per praktijk in praktijken met 40-60% achterstandspatiënten:

- praktijkassistente (37,1 uur);
- HAI0 (28,4 uur);
- partner (16,2 uur);
- praktijkverpleegkundige (14,6 uur);
- ondersteuner HBO-niveau (13,4 uur);
- allochtone zorgconsulent (3,2 uur).

Facilitaire ondersteuning

Nog weinig bekend over effecten van facilitaire ondersteuning

Er is nog weinig bekend over de effecten van facilitaire ondersteuning op de werkbelasting en de werkdruk. Het is een vrij nieuwe ontwikkeling die sterk in opkomst is. Dat blijkt uit de meer dan 400 verzoeken en initiatieven die de Landelijke Vereniging voor de Georganiseerde eerste lijn medio 2003 ontving (LVG, 2003). De meeste initiatieven verkeren in de ontwikkel- of implementatiefase. Inmiddels is uit pilotprojecten in de GGZ (Diabolo-projecten) bekend wat de succes- en faalfactoren bij facilitaire ondersteuning zijn. Er zijn nog geen harde cijfers over de hoeveelheid tijdsbesparing en/of capaciteitsverruiming die facilitaire ondersteuning kan opleveren (LVG, 2003).

Efficiënte praktijkorganisatie

Tijdwinst geboekt

Met het efficiënter organiseren van de praktijk is het laatste decennium tijdwinst geboekt en zijn meer patiënten in dezelfde tijd geholpen, zo blijkt uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Van den Berg et

al., 2004). Huisartsen zijn meer gaan doen in minder tijd. Hoewel niet duidelijk is of deze trend kan worden doorgetrokken naar 2020 zijn de gegevens vermeldenswaard. Huisartsen zijn sinds 1987 gemiddeld vijf uur minder gaan werken (van 52 naar 47 uur per week bij full-timers). Desondanks is het aantal patiënten (per fte) huisarts met ruim 10% toegenomen. Door de toename van het aantal 75-plussers is de zorgvraag gestegen. Het is al langer bekend dat de werkbelasting vooral wordt bepaald door het aantal ouderen in de praktijk (Groenewegen & Hutten, 1995). De efficiëntere praktijkvoering en praktijkorganisatie blijkt uit de veranderingen sinds 1987, zoals *tekstblok 6.7* laat zien.

Tekstblok 6.7: Veranderingen in praktijkvoering tussen 1987 en 2001.

(Bron: Van den Berg et al., 2004)

- Er is een toename van het aantal telefonische contacten van 4,4% van alle contacten naar 10,8%;
- Er worden minder visites afgelegd, van 16,1% (van alle contacten) naar 8,5%;
- Inloopsprekuren zijn meer vervangen door afspraksprekuren;
- Telefonische spreekuren zijn meer vervangen door terugbelsprekuren, (de huisarts belt de patiënten op een vast tijdstip terug (zie ook De Groot, 2001; De Groot et al., 2001);
- Huisartsen zijn meer gaan delegeren, met name naar de praktijkassistente;
- De avond, nacht en weekenddiensten (ANW-diensten) zijn gereorganiseerd in huisartsenposten (HAP-en).

Met name met de reorganisatie van de ANW-diensten is een substantiële reductie in werkbelasting bereikt: huisartsen die bij een huisartsenpost zijn aangesloten besteden gemiddeld vijf uur per week aan ANW-diensten terwijl anderen (in een waarneemgroep) daar 19 uur aan kwijt zijn (Van den Berg et al., 2004). De werkbelasting tijdens ANW-diensten is vanzelfsprekend groter dan tijdens een waarneemdienst. Desondanks ervaren zij de diensten als veel minder belastend dan waarneemdiensten en zijn zij ook veel meer tevreden over de organisatie van de diensten (Van den Berg et al., 2004; Van den Berg & De Bakker, 2003).

Er zijn geen aanwijzingen dat de toegenomen efficiëntie in de huisartspraktijk ten koste is gegaan van de kwaliteit van zorg. Patiënten krijgen evenveel tijd in het consult als een decennium geleden: nog steeds bijna 10 minuten per consult. En patiënten zijn in zijn algemeenheid zelfs wat meer tevreden over de inhoud van de huisartsenzorg, vergeleken met vijftien jaar geleden. Wel is een aantal patiënten bezorgd over de bereikbaarheid buiten kantooruren en over de bereidheid van huisartsen visites af te leggen (Braspenning et al., 2004).

Instroommanagement

Verdere tijdwinst valt wellicht nog te boeken met instroommanagement. Volgens De Groot (2001) is de telefoon een belangrijk instrument om de werklust van assistente en huisarts te sturen. Hij concludeert dat alleen een goed instroommanagement aan de telefoon door de praktijkassistente (triage) kan zorgen voor een efficiënte inzet van medisch hulp personeel. Alleen als gevraagd wordt naar de reden van het contact kan de juiste vraag bij de juiste persoon worden gelegd (De Groot, 2001). Ook wordt aan-

bevelen een terugbelspreekuur in te voeren evenals een receptenlijn (voor het bestellen van herhaalmedicatie) en in zijn algemeenheid medisch hulppersoneel bij de telefoon in te schakelen (De Groot, 2001). Ook internet zal volgens hem nieuwe mogelijkheden bieden.

ICT en verdere automatisering

Mogelijke effecten van ICT en verdere automatisering

Hoewel ICT en automatisering bijna ongemerkt zijn intrede heeft gedaan in de (eerstelijns)zorg bestaat er opvallend weinig onderzoek naar de mate waarin dat tot vermindering van werkbelasting en verhoging van de kwaliteit heeft geleid. Effectieve preventie is bijvoorbeeld mogelijk geworden doordat risicopatiënten met één druk op de knop kunnen worden geselecteerd (bijvoorbeeld voor griepvaccinatie, diabetescontrole et cetera). Ook is het aannemelijk dat praktijkassistenten meer taken zijn gaan uitvoeren dankzij de tijdsparing die de automatisering heeft opgeleverd. Kwantitatieve gegevens daaromtrent ontbreken echter omdat onderzoek zelden vanuit die invalshoek is verricht. Op een beperkt aantal gebieden is wel onderzoek voorhanden.

Elektronisch voorschriftsysteem (EVS)

Het elektronisch voorschriftsysteem is inmiddels voor elke huisarts in Nederland beschikbaar (Wolters et al., 2003). Dit is een computerprogramma waarmee de huisarts medicamenteuze en niet-medicamenteuze adviezen krijgt, gegeven de door hem ingevoerde diagnose (ICPC-code). Hierbij wordt rekening gehouden met leeftijd, geslacht en eventueel andere aandoeningen en medicatie van de patiënt. De adviezen zijn gebaseerd op de evidence based standaarden van het NHG (Wolters et al., 2003). Op basis van onderzoek wordt geconcludeerd dat het EVS in de eerste plaats een kwaliteitsinstrument is. Het gebruik ervan leidt tot zinniger en zuiniger voorschrijven. Er zijn grote verschillen tussen huisartsen in de mate waarin zij het EVS gebruiken. Deze worden deels veroorzaakt door de mate waarin de (software)programma's aansluiten bij de dagelijks routine van de huisarts (gebruikersvriendelijkheid). Zowel wat betreft de computerprogramma's als bij de verdere implementatie van het EVS valt nog (kwaliteits)winst te boeken (Wolters et al., 2003), mede omdat het EVS ook toepasbaar is bij taakdelegatie en door ondersteunend personeel kan worden gebruikt, zoals bijvoorbeeld op de huisartsenposten gebeurt.

E-health

Onder e-health verstaat de RVZ het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologie, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (Van Rijen et al., 2002). Het College voor Zorgverzekeringen heeft recent de stand van zaken wat betreft het gebruik van e-health laten onderzoeken (CVZ, 2004; Paassen, 2004). Specifiek is in de Nederlandse en internationale literatuur (door de onderzoekers) gekeken naar de toepassing van internettechnologie bij de zorg voor patiënten met diabetes mellitus, vanuit de overweging dat ICT relatief grote investeringen vereist, die alleen lonen voor grote patiënten-

groepen met planbare, voorspelbare en routinematige zorg (CVZ, 2004). De 15 gevonden projecten laten (nog) geen conclusies toe. De meeste projecten bevinden zich in de ontwikkelfase of implementatiefase (Paassen, 2004). Het CVZ concludeert dat de toepassing van e-health nog in de kinderschoenen staat en dat buitenlandse ervaringen niet zonder meer vertaalbaar zijn naar de Nederlandse situatie. Het CVZ zal een actieve rol gaan spelen bij de introductie van telemedicine (CVZ, 2004).

ICT in de thuiszorg

In de thuiszorg is het gebruik van alarmsystemen al lang gangbaar. Een nieuwe toepassing van ICT is het verlenen van verpleegkundige zorg via interactieve videocommunicatie (Van Rijen et al., 2002). Dit biedt de mogelijkheid de cliënt en diens (thuis)situatie via de video te monitoren. De verpleegkundige (in het tele-diensten-centrum) kan dan gerichte adviezen geven of ondersteuning bieden (Arnaert & Delesie, 2001). Het accent lag daarbij op psychische en emotionele ondersteuning. De effecten van deze videotelefonische verpleegkundige zorg lagen dan ook vooral op verbeteringen in het psychisch en sociaal functioneren van cliënten (minder gevoelens van emotionele en sociale eenzaamheid). Op lichamelijk gebied werden geen significante verbeteringen gevonden. Ouderen zelf beschouwden deze vorm van zorg als een bijkomende vorm van zorg. Verpleegkundigen zijn zeer sceptisch, aldus de auteurs (Arnaert & Delesie, 2001). Deze teletechniek is alleen geschikt voor een zeer kleine groep kwetsbare ouderen. Nader onderzoek naar de doelmatigheid is nodig (Arnaert & Delesie, 2001). In zijn algemeenheid zijn over de doelmatigheid van e-health nog geen uitspraken te doen, is de conclusie van een uitgebreid literatuuronderzoek (Van Rijen et al., 2002).

Een landelijke ICT-infrastructuur

Er wordt toegewerkt naar een landelijke ICT-infrastructuur om de gegevensuitwisseling tussen de diverse hulpverleners (beter) mogelijk te maken. Daartoe is NICTIZ in het leven geroepen, het Nationaal ICT Instituut in de Zorg, met als missie een betere informatievoorziening voor en rondom de patiënt met behulp van ICT. De twee belangrijkste doelstellingen zijn: De realisatie van een landelijke ICT-infrastructuur in de zorg die veilige en transparante informatie-uitwisseling waarborgt. Realisatie van een elektronisch patiëntendossier voor de uitwisseling van zorginhoudelijke, administratieve en logistieke gegevens in de zorg. Het instituut is betrokken bij een groot aantal ICT-projecten in de zorg. In 2006 moet een landelijk medicatiedossier zijn gerealiseerd, zo wordt gesteld (www.nictiz.nl).

Samenvatting

In de achterliggende jaren is reeds veel doelmatigheidswinst geboekt: huisartsen doen meer in minder tijd. Verdere taakdelegatie naar praktijkassistenten en praktijkondersteuners in de huisartspraktijk is mogelijk en lijkt een effectief middel om de werkbelasting binnen de perken te houden, zoals blijkt uit de positieve ervaringen van huisartsen. Minstens even belangrijk is de bevinding dat hiermee significante kwaliteitsverbeteringen worden gerealiseerd. De tevredenheid van patiënten blijkt toe te nemen. De mogelijkheden van taakdelegatie zullen toenemen naarmate meer

fte's ondersteuning beschikbaar zijn. Datzelfde geldt voor allochtone zorgconsulenten in achterstandswijken, die voorsnog voor een beperkt aantal uren werkzaam zijn. Op drie andere gebieden zijn maatregelen voorgesteld maar zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om harde uitspraken te kunnen doen. Dat betreft de effecten van: a) taakdelegatie naar eventueel nieuwe disciplines; b) facilitaire ondersteuning; en c) toenemende toepassingen van informatie- en communicatietechnologie met inbegrip van e-health. Het NICTIZ zal een regierol vervullen bij de totstandkoming van een landelijke ICT-infrastructuur en een landelijk patiënten- en medicatiedossier. Welke positieve effecten dat oplevert zal toekomstig onderzoek zichtbaar moeten maken.

6.7 Taakherschikking

6.7.1 Voorgestelde maatregelen

Bij taakherschikking gaat het niet om praktijkondersteuning in de zin dat de huisarts taken delegeert; het gaat erom taken bij de huisarts weg te halen en bij andere beroepsgroepen onder te brengen. Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen (RVZ, 2002). Vanuit een aantal beroepsgroepen en in scenariostudies zijn suggesties voor herschikking van taken gedaan (AVVV, KNGF, KNMP, KNOV, NPCF; RVZ, 2002; VWS, 2003b, 2004; VGZ, 2004; ZN, 2004). Achtereenvolgens wordt ingegaan op taken op het gebied van:

- farmaceutische zorg;
- verloskundige zorg;
- verpleegkundige zorg;
- fysiotherapeutische zorg.

Farmaceutische zorg

Op het gebied van de farmaceutische zorg kunnen apothekers - in overleg met de huisarts - taken vervullen ten aanzien van herhaalreceptuur (KNMP; WINAp, 2004). Het idee is dat patiënten rechtstreeks naar de apotheek gaan voor hun herhaalrecept, waarbij de arts achteraf het recept levert (vergelijkbaar met de anticonceptiepil, waarbij overigens alleen een recept van de huisarts nodig is bij wijziging van het middel). Volgens de KNMP hebben artsen en apothekers op enkele plaatsen in het land al afgesproken dat de apotheek het eerste aanspreekpunt is voor alle herhaalmedicatie (KNMP). Veel apothekers (43%) hebben al wel afspraken gemaakt over de herhaalmedicatie in verzorgingshuizen (WINAp, 2004). Apothekers verwachten dat in de nabije toekomst meer huisartsen met hen afspraken over herhaalreceptuur zullen gaan maken (WINAp, 2004).

Overigens krijgen apothekers ook zelf meer taken in de zorg, met name wat betreft farmaceutische zorg bij complexe zorgvragen en bij het gebruik van technologische hulpmiddelen in de thuissituatie (in samenwerking met specialistische teams van de thuiszorg). Apothekers verwachten ook een rol te vervullen bij zelfdiagnostiek en diagnostische (zelf)tests die naar alle waarschijnlijkheid in toenemende mate op de markt zullen komen (KNMP).

Een zorg van de KNMP is het waarborgen van de beroepsonafhankelijkheid (c.q. professionele autonomie) van apothekers. Steeds vaker nemen commerciële bedrijven apotheken over waarbij de apotheker in loondienst komt van bijvoorbeeld een farmaceutische groothandel (ketenvorming). Die ontwikkeling is in Engeland en Noorwegen al verder gevorderd. Theoretisch kan dan de apothekersfunctie afhankelijk worden gemaakt van het winststreven van deze ondernemingen. Dat is in strijd met de beroepsvisie van de KNMP waarin juist steeds meer het patiëntenbelang en de patiëntenzorg centraal komt te staan (KNMP).

Verloskundige zorg

In de verloskundige zorg is een goede samenwerking van verloskundigen met zowel de eerste als de tweede lijn het uitgangspunt (KNOV). Op de lange termijn kunnen verloskundigen, volgens de KNOV, een aantal taken van de huisarts overnemen. Het streven van de KNOV is het deskundigheidsgebied van verloskundigen uit te breiden. De eerst voor de hand liggende uitbreiding is volgens de KNOV het pre-conceptionele consult en uitbreiding van taken op het gebied van anticonceptie. Op den duur zou alle voorlichting en zorg rond reproductive health tot het takenpakket van verloskundigen kunnen gaan behoren, vergelijkbaar met de situatie in Engeland. Daar besteden verloskundigen onder andere ook aandacht aan soa's, anticonceptie en menopauze.

In de toekomst zal ook meer aandacht moeten worden besteed aan voorlichting omtrent de mogelijkheden van (genetische) screening en preventie en de keuzes die mensen op dit gebied kunnen maken. Dit stelt hoge eisen aan het geven van voorlichting. Dergelijke taakuitbreidingen zullen leiden tot beroepsdifferentiatie en specialisatie bij verloskundigen (KNOV). Er zullen grotere verloskundige samenwerkingsverbanden ontstaan. Behalve geboortecentra kunnen regionale centra voor verloskunde en kraamzorg worden gevormd waarin diverse aanbieders van zorg participeren, zo is eerder al door de LVT bepleit (LVT, 2000).

Verpleegkundige zorg

De verpleegkundige beroepsgroepen maken zich sterk voor een eigen autonome beroepsuitoefening van verpleegkundigen in de eerste lijn (AVVV, 2004). Volgens de LVT kunnen wijkverpleegkundigen coördinerende taken vervullen en een gedeelte van de poortwachtersfunctie van de huisarts overnemen (LVT, 2003). De AVVV is van mening dat zeer veel taken door verpleegkundigen/nurse practitioners kunnen worden vervuld. Met name in de zorg voor chronisch zieken (denk aan de verpleegkundig specialisten), maar ook bij de triage, diagnostiek en behandeling van acute patiënten kunnen zij een belangrijke rol spelen in het verlichten van taken van huisartsen. Ook kunnen zij in dit kader een rol vervullen in de begeleiding en behandeling van psychiatrische patiënten, aldus de AVVV (AVVV, 2004). Wel is het zaak om de (verpleegkundige) capaciteit op peil te houden onder andere via terugdringing van het personeelsverloop, het ziekteverzuim en de WAO-instroom (AVVV, 2004).

De AVVV pleit voor experimenten met verpleegkundige zorgcentra of walk-in centra. Chronische patiënten kunnen in dergelijke centra worden behandeld zonder verwijzing door de huisarts (AVVV, ZN; RVZ, 2002). Volgens de AVVV kunnen dergelijke

centra (veel) meer taken van de huisarts overnemen. In Angelsaksische en Scandinavische landen functioneren dergelijke nurse-led centers als alternatief voor huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Die centra combineren allerlei functies: telefonische hulpdienst; verpleegkundige spreekuren; poliklinische behandeling; verpleegkundige spoedeisende hulp; kortdurende opname; dag-, avond- of weekendopvang en een trainingswerkplaats voor patiënten en mantelzorgers (AVVV, 2004).

Huisartsen vinden zelfstandige - door verpleegkundigen geleide - centra geen goed idee omdat de zorg daardoor te zeer versnipperd wordt (NHG, LHV). Ook een aantal andere partijen is van mening dat de huisarts (eind)verantwoordelijk dient te blijven (AGIS, NPCF, LVT, LVE, VGZ).

Fysiotherapeutische zorg

In zijn algemeenheid is het beleid van de beroepsgroep fysiotherapeuten gericht op meer aandacht voor preventie, met name wat betreft (meer bewegen voor) chronisch zieken. Als het gaat om taken van de huisarts dan bepleiten fysiotherapeuten de directe toegankelijkheid van de fysiotherapie voor patiënten (KNGF, ZN), overigens los van eventuele capaciteitsproblemen. De fysiotherapie is daar rijp voor, aldus het KNGF. Ook de RVZ is voorstander van directe toegankelijkheid van de fysiotherapie en van alle paramedische beroepen in de eerste lijn (RVZ, 2002). Fysiotherapeuten zouden daarnaast graag de bevoegdheid krijgen tot het aanvragen van diagnostiek en zij zijn voorstander van een verwijfs functie van fysiotherapeuten naar de orthopeed (KNGF). Huisartsen zijn geen voorstander van de hier genoemde taakverschuivingen (NHG).

Bedrijfsartsen hebben inmiddels wel een verwijfs functie gekregen, zoals eerder door het CVZ werd geadviseerd (CVZ, 2002). Arbo-curatieve samenwerking wordt aanbevolen. Met arbo-artsen zouden huisartsen ook tot onderlinge taakverdeling of taakherschikking kunnen komen (VGZ, 2004).

Verantwoordelijkheidstoedeling

Bij alle vormen van taakherschikking moeten patiënten duidelijk worden geïnformeerd over wie wat doet, zo stellen de NPCF en de AVVV en moeten taken en verantwoordelijkheden worden geëxpliciteerd (NPCF). Ook zouden instellingen verplicht moeten worden informatie te geven over de kwalificaties van het personeel (RVZ, 2002). In zijn algemeenheid zijn huisartsen zelf meer voorstander van taakdelegatie dan van taakherschikking (NHG, 2002). Taakherschikking kan leiden tot domeindiscussies en weerstanden (KPMG/CVZ, 2004).

6.7.2 Mogelijke effecten van taakherschikking

Achtereenvolgens wordt in deze paragraaf ingegaan op call centra voor selectie en triage van zorgvragen en op ervaringen met informatielijnen. Daarna komen taakverschuivingen naar fysiotherapeuten en verpleegkundigen aan de orde. Omdat in Nederland nog geen ervaringen met walk-in centra - geleid door verpleegkundigen -

zijn opgedaan laten we ter informatie zien welke achtergrondstudies de RVZ op dit gebied heeft laten verrichten (RVZ, 2002, 2004). Buiten beschouwing blijven mogelijke taakverschuivingen naar verloskundigen en apothekers omdat daarvan nog geen effecten bekend zijn.

Call centra en triage

Telefonische triage - selecteren van patiënten zodat deze bij de juiste hulpverlener terecht komen - gebeurt altijd al bij spoedeisende eerste hulp (112) en sinds kort ook bij de huisartsenposten. In de huisartspraktijk zorgen de praktijkassistenten voor een zekere filtering. Zij benutten de mogelijkheid van triage in toenemende mate door meer dan voorheen aan de telefoon te vragen waarvoor de patiënt contact opneemt. Dit kan de werkdruk van de huisarts verlichten; hoeveel is niet bekend.

Sinds kort hebben huisartsen in enkele regio's ook overdag de mogelijkheid de telefoon een aantal dagdelen door te schakelen naar een call centrum (De Feijter, 2003). Die call centra of huisartsenlijnen zijn door zorgverzekeraars opgericht. Het doel is de praktijkassistente te ontlasten door reductie van het aantal telefoontjes. Ook wordt beoogd het aantal huisartsconsulten te verminderen door het geven van zelfzorgadviezen. De huisarts checkt achteraf alle gespreksverslagen van het call centrum met zijn/haar patiënten.

Uit de evaluatie blijkt dat het aantal huisartsconsulten met gemiddeld 10% afnam indien de telefoon gemiddeld twee dagdelen per week naar het call centrum werd doorgeschakeld (Spelten & Gubbels, 2003). Volgens de auteur kregen de praktijkassistenten gemiddeld 23% minder telefoongesprekken tijdens de periode dat de telefoon doorgeschakeld was. Volgens Achmea leidt de huisartsenlijn tot een werkreductie van 25-40%, afhankelijk van het aantal dagdelen dat de telefoon is doorgeschakeld (De Feijter, 2003). De huisartsen zelf merkten naar eigen zeggen weinig van werkdrukvermindering. Een verklaring kan zijn dat op gemiddeld 160 consulten per week een vermindering van 16 consulten niet per definitie als vermindering van werkdruk wordt ervaren (Spelten & Gubbels, 2003).

Over toekomstig gebruik van het call centrum heerst een afwachtende houding bij huisartsen, praktijkassistenten en patiënten. Ook moet nog een aantal problemen worden opgelost (Spelten & Gubbels, 2003). Het gaat dan onder meer om de wettelijke aansprakelijkheid, de kosten voor de huisarts, de financiering (nu nog via de flexizorg regeling), de deskundigheid van de triage-assistenten en de bezorgdheid van een aantal praktijkassistenten et cetera (Spelten & Gubbels, 2003).

Inschakeling van het call centrum tijdens de weekenddiensten leerde dat het call centrum niet slechter scoorde dan de huisartsenpost wat betreft de tevredenheid van patiënten (Mistiaen et al., 2003a).

Informatielijnen

Geen call centrum maar een informatielijn is door zorgverzekeraar VGZ in het leven geroepen, naast een informatieve website met gezondheidsinformatie (www.gezondvgz.nl). Zowel de website als de informatielijn zijn 24 uur per dag voor iedereen toegankelijk. Er wordt betrouwbare medische informatie aangeboden (zon-

der reclame). Het doel is op een andere wijze zorg en informatie te bieden omdat eerstelijnszorg steeds schaarser wordt (HMF, 2002). Of deze informatie effecten heeft op frequentie van huisartsbezoek is niet bekend. De RVZ (2002) heeft wel een achtergrondstudie verricht naar de telefonische informatielijnen in Engeland (*tekstblok 6.8*). Het is niet duidelijk in welke mate de resultaten vertaald zouden kunnen worden naar de Nederlandse situatie.

Tekstblok 6.8: Telefonische informatielijnen in Engeland.

(Bron: RVZ, 2002)

In Engeland vervult de NHS Direct (National Health Service) meer functies dan alleen het verstrekken van informatie. Het doel van NHS Direct is patiënten snel te informeren en te adviseren over ziekte en gezondheid, maar de dienst kan patiënten ook doorverwijzen naar bijvoorbeeld een huisarts, een eerste hulpdienst of direct doorschakelen naar spoedeisende hulp (onze 112). Sinds 2000 is deze service voor iedereen (circa 50 miljoen mensen) toegankelijk. Er wer-

ken circa 1.150 verpleegkundigen bij deze dienst. Een eerste evaluatie laat zien dat de meeste telefoontjes (circa 75%) buiten kantooruren plaatsvinden. Relatief vaak (bij een kwart) ging het om acute eerstelijnszorg bij jonge kinderen. De vraag naar acute zorg nam niet toe en nam niet af. De bestaande stijging van het aantal huisartscontacten buiten kantooruren vlakke wel af (minder sterke stijging).

Taakverschuivingen naar fysiotherapeuten

Taakverschuiving naar de fysiotherapie betreft de directe toegankelijkheid van de fysiotherapie. Dat maakt een bezoek aan en verwijzing door de huisarts niet langer nodig om voor vergoeding van fysiotherapie in aanmerking te komen. Op basis van onderzoek (in proefprojecten) concludeert het CVZ dat dit levensvatbaar en gewenst is (CVZ, 2004a). Wel adviseert het CVZ om twee categorieën patiënten van directe toegankelijkheid uit te sluiten: jongeren (tot en met 18 jaar) en de eerste ziekte episode van zogeheten lijstpatiënten. De overige patiënten zijn veelal via het aanvullend pakket voor fysiotherapie verzekerd. De pakket- en polisvoorwaarden daarvan worden niet door de overheid maar door de zorgverzekeraars bepaald.

Voor de werkbelasting in de eerste lijn is met name relevant dat de directe toegankelijkheid enige verzwarende betekenis heeft voor het werk van de fysiotherapeut, maar nauwelijks invloed heeft op de werkbelasting van de huisarts. Specifieker concludeert het CVZ - op basis van het TNO-onderzoek (Ooijendijk et al., 2004) - dat voor de meeste fysiotherapeuten directe toegankelijkheid het werk aantrekkelijker en het werkkterrein breder maakt. Daarnaast zijn fysiotherapeuten alerter op red flags (specifieke aandoeningen, pathologie) en yellow flags (psychosociale factoren). Deze activiteiten vragen extra aandacht en leiden soms tot extra werkdruk. De fysiotherapeuten vonden het lastiger dan verwacht patiënten te vertellen dat zij geen behandeling krijgen. De huisartsen hebben niet de indruk dat hun werkkterrein door de directe toegankelijkheid is versmald of dat hun werk minder aantrekkelijk is geworden. Van een verminderde werkdruk merken de artsen weinig tot niets. De onderzoekers hebben berekend dat de tijdswinst op jaarbasis ongeveer tussen de acht en zestien uur zal bedragen. Het effect van deze maatregel op de werkdruk van de huisartsen is dus zeer marginaal (CVZ, 2004a). Wel lijkt deze maatregel een positieve uitwerking te hebben op de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Harde conclusies kun-

nen nog niet worden getrokken omdat het onderzoek het karakter had van een procesevaluatie en werd uitgevoerd vóórdat de beperkende maatregel fysiotherapie van januari 2004 werd ingevoerd. Vervolgonderzoek en een monitoringsysteem (naar lange termijn effecten) blijft nodig (CVZ, 2004a).

Walk-in centra

In Nederland is nog geen onderzoek naar walk-in centra verricht. Wel zijn experimenten in onder andere Groningen en Alkmaar gestart, die onderzoeksmatig zullen worden geëvalueerd. Walk-in centra zijn zorgcentra, geleid door verpleegkundigen (nurse practitioners). De toegang is drempelloos en men kan zonder een afspraak terecht (walk-in). Walk-in centra bieden onderzoek en behandeling bij kleine gezondheidsproblemen en lichte verwondingen en de verpleegkundigen geven advies en informatie. Daarnaast kunnen andere functies worden vervuld; er zijn veel varianten. De RVZ heeft een achtergrondstudie naar buitenlandse ervaringen verricht. Op basis daarvan meent de RVZ dat dergelijke centra in Nederland een oplossing zouden kunnen zijn voor gebieden met nijpende artsentekorten, bijvoorbeeld in de grote steden (RVZ, 2002). Wel wordt opgemerkt dat walk-in centra voordelen hebben als het gaat om de toegankelijkheid van zorg, maar ook nadelen zoals versnippering van zorg en een aanzuigende werking. Zonder daar conclusies aan te verbinden geeft *tekstblok 6.9* enige informatie over buitenlandse ervaringen met walk-in centra. Nederlands onderzoek is in gang gezet.

Tekstblok 6.9: Buitenlandse ervaringen met walk-in centra.

(Bron: RVZ, 2002)

Walk-in centra zijn opgezet met het doel verlichting van de werkbelasting van de huisarts en van de SEH in het ziekenhuis. In Engeland is het doel de toegankelijkheid van eerstelijnszorg te vergroten. De meest frequent gepresenteerde klachten zijn luchtweginfecties, huidproblemen en klachten van het bewegingsapparaat. Walk-in centra worden in Amerika en Canada vooral bezocht buiten kantooruren door werkende mensen en ouders met kinderen (Salisbury et al., 2002); in Engeland juist binnen kantooruren. Over de invloed van walk-in centra op de werkdruk van andere hulpverleners bestaan nog onvoldoende gegevens, zo concluderen Salisbury et al. (2002) op basis van een systematische review van de internationale literatuur. In Eng-

land zijn er aanwijzingen dat in steden met walk-in centra minder SEH-bezoeken plaatsvonden, vooral als het walk-in centrum de SEH-locatie deelde. De vermindering wordt geschat op circa 175 SEH-consulten minder per maand (Chalder et al., 2003). Ook het aantal huisartsconsulten leek minder snel te stijgen in steden waar geen walk-in centrum was. Het verschil was echter (door kleine aantallen) niet significant. Er was geen effect op de huisartsenzorg buiten kantooruren. De doelmatigheid van walk-in centra is afhankelijk van de mate waarin zij de vraag naar huisartsenzorg doen verminderen, zo stellen Salisbury et al. (2002). Anders lijken hoge kosten te worden gemaakt voor relatief lichte kwalen.

Samenvatting

Samenvattend zijn in deze paragraaf maatregelen voorgesteld op het gebied van taakherschikking. Het gaat daarbij om structurele herverdeling van huisartsentaken naar andere beroepen. De mogelijke effecten daarvan zijn nog vrij onzeker omdat hiermee in Nederland nog weinig ervaring is opgedaan. Het in deze paragraaf besproken onderzoek heeft veelal betrekking op proefprojecten en incidentele experimenten. Op basis van de voorlopige resultaten kan nog niet worden geconcludeerd welke vormen

van taakherschikking een substantiële vermindering van de werklastbelasting van de huisarts (zullen) betekenen en evenmin wat de gevolgen zullen zijn voor de kwaliteit van zorg en voor eventuele versnippering van het zorgaanbod. Op nagenoeg alle gebieden moeten experimenten en effectonderzoeken in de toekomst meer duidelijkheid bieden. Dat geldt zowel voor experimenten met call centra, walk-in centra en informatielijnen, maar ook voor mogelijke taakherschikkingen naar bestaande of nieuwe beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg.

6.8 Samenwerking en samenhang

6.8.1 Voorgestelde maatregelen

Meer samenwerking binnen de eerste lijn wordt door de overheid al jaren wenselijk geacht (VWS, 2000, 2003b, 2003c). Ook andere partijen zijn voorstander van meer samenwerking tussen huisartsen onderling en met andere disciplines (AGIS, LHV, NHG, KNMP; KNGF, 2002; VGZ, 2004). Dat vraagt in het begin investeringen (energie, tijd, geld) maar geeft op den duur rust en ruimte, ook mentaal, zo stelt AGIS.

In de toekomst ziet één of meerdere partijen ook graag meer afstemming en samenwerking binnen de eerste lijn met (wijk)verpleegkundigen van de thuiszorg (LVG) en meer afstemming tussen de eerste lijn en jeugdartsen (NHG) en jeugdzorg in wijkzorgcentra (GGD; STG, 2003) en bij de AWBZ-zorg (STG, 2003) en met verpleeghuisartsen (AGIS, NHG).

In zijn algemeenheid is betere samenhang nodig tussen preventie, curatie en verzorging (GGD Nederland, 2003), ook op het gebied van arbeid en gezondheid (occupational health) (Gezondheidsraad, 2004) en ook tussen zorg en welzijn bij specifieke groepen (ouderen, allochtonen) (AGIS).

Ook de samenwerking tussen huisarts en specialist verdient versteviging, onder andere via landelijke transmurale afspraken en multidisciplinaire protocollen (NVZ; NHG, 2002; NPFC, 2004; VGZ, 2004). Wel is een helder onderscheid tussen eerste en tweede lijn nodig en moeten de grenzen daarvan worden bewaakt (LVE; NHG, 2002).

De RVZ waarschuwt overigens voor rigide structuren of vormvereisten ten aanzien van samenwerking; het gaat om het maken van resultaatgerichte afspraken (RVZ, 1998). Volgens AGIS moet samenwerking functioneel zijn en primair tot stand komen en gedragen worden door de betrokken partijen.

Acute zorg

Meer samenhang in de acute zorg wordt van diverse kanten bepleit (NPCF, NVZ; RVZ, 2003; ZN, 2004; VWS, 2004; VGZ, 2004). Het gaat dan met name om samenwerking en afstemming tussen de spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis (SEH) en huisartsenzorg in avond-, nacht- en weekenduren. (ANW-structuur) op huisartsenposten (HAP), in samenhang met regionale ambulance voorzieningen. De overweging is dat een patiënt met een acute hulpvraag nu diverse mogelijkheden heeft: met 112 bellen, naar de SEH gaan, naar de huisarts toegaan of de huisarts bellen. Vanwege het belang

van tijdig ingrijpen bij acute zorg moet de patiënt niet hoeven te aarzelen wie te belen of waar naar toe te gaan. De RVZ bepleit daarom twee punten waar de patiënt met een acute zorgvraag terecht kan: één landelijke telefoondienst voor acute zorg en één locatie waar de patiënt met een acute hulpvraag fysiek terecht kan (RVZ, 2003). De Nederlandse Vereniging voor Traumatologie (NVT) meldt dat de afstemming en samenwerking tussen SEH en HAP veel voordelen biedt als goede afspraken worden gemaakt over welke problemen waar terecht horen, zoals de ervaringen in bijvoorbeeld Delft laten zien. De NVT bepleit de totstandkoming van nieuwe centra voor spoedzorg. Voor sommigen gaat dit te ver. De NPCF vindt dat huisartsenposten niet moeten opgaan in de SEH van het ziekenhuis (NPCF, 2004). Huisartsen moeten een belangrijke functie houden, in welke spoedzorgstructuur dan ook (AGIS, NPCF, NVZ; ZN, 2004; VGZ, 2004). Volgens AGIS hebben HAP en SEH een totaal verschillende benadering. Op de HAP is de centrale vraag of iemand ziek is, terwijl daar op de SEH vanuit wordt gegaan. Ook verloskundigen zouden aan kunnen haken bij de ANW-structuur van huisartsen of bij organisaties voor acute zorg (ZN, 2004). Op den duur zouden alle spoeddiensten (ook van de thuiszorg, de GGZ et cetera) meer op elkaar moeten worden afgestemd, aldus AGIS.

Samenwerking bij chronisch zieken

Samenwerking is niet bij alle klachten nodig, aldus de NPCF. Samenwerken is van belang bij chronisch zieken en vooral ook bij complexe hulpvragen, dat wil zeggen patiënten met meerdere gezondheidsproblemen waarbij meerdere zorgverleners uit eerste en tweede of derde lijn tegelijkertijd betrokken zijn (RVZ, 1998). Gepleit wordt voor een geïntegreerde aanpak van specifieke chronische aandoeningen en het maken van ketenafspraken (AGIS, NPCF; Gezondheidsraad, 2004; IGZ, 2003; VGZ, 2004; VWS, 2004). Verpleegkundig specialisten kunnen een belangrijke bijdrage aan effectieve ketenzorg leveren, aldus de inspectie, en aan de coördinatie van zorg tussen eerste, tweede en derde lijn (IGZ, 2003). In het verlengde van ketenzorg en transmurale zorg pleit VGZ voor disease management om te waarborgen dat de werkzaamheden van alle betrokkenen in de zorgketen aan elkaar worden gekoppeld en op elkaar aansluiten (VGZ, 2004). Ketenzorg vereist heldere afspraken tussen alle betrokken hulpverleners en protocollering van het zorgproces (RVZ, 1998). Om de patiënt door de zorgketen of het zorgtraject te (bege)leiden zal de eerste lijn in toenemende mate een navigatie- of loodsfunctie moeten vervullen (Gezondheidsraad, 2004).

Samenwerking bij kwetsbare groepen (in achterstandsgebieden)

Extra samenhang in de zorg is nodig voor kwetsbare groepen bijvoorbeeld in achterstandswijken in de grote steden. De zorgvraag is hier complexer (Verkleij & Verheij, 2003). Dat vereist samenwerking tussen gemeentelijke voorzieningen (preventie en welzijn) en gezondheidszorgvoorzieningen in de cure en de care. Samenwerking is hier moeilijker vorm te geven door het grote aantal betrokken zorgverleners. Extra maatregelen zijn nodig, bijvoorbeeld het inschakelen van allochtone zorgconsulenten. De gemeenten hebben hier ook een taak, want niet alle problemen van specifieke groepen (allochtonen, ouderen) horen in de eerstelijnsgezondheidszorg thuis (AGIS, 2003). Het RIVM pleit ervoor succesvolle samenwerkingsprojecten in achterstandswijk-

ken met voorrang te stimuleren in andere steden en de eerste lijn in die wijken met voorrang te versterken (Verkleij & Verheij, 2003).

Samenwerking in de eerstelijns-GGZ

Samenwerking in de eerstelijns-GGZ is de afgelopen jaren door de overheid gestimuleerd en ondersteund en er zijn meer consultatiemogelijkheden vanuit de tweede lijns-GGZ gecreëerd. Het AMW (MOgroep) en de LVE pleiten voor continuering en verdere ondersteuning van deze samenwerking.

Ook zou het volgens de MOgroep een goede zaak zijn AMW-ers in huisartspraktijken of zorgcentra te detacheren. Een probleem is wel - aldus de MOgroep - dat in het AMW nog steeds tekorten heersen, ondanks de capaciteitsuitbreidingen van de laatste jaren (MOgroep).

Naast algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen zouden volgens de NPCF ook SPV-ers aan eerstelijnszorgcentra verbonden moeten zijn, het liefst in dienstverband en niet gedetacheerd vanuit de tweede lijn. Met name chronisch psychiatrische patiënten worden liever in de eerste lijn begeleid dan in de tweede lijnspsychiatrie, mede omdat de problemen die deze mensen ervaren eerder op maatschappelijk dan op medisch gebied liggen (NPCF).

Een radicale reorganisatie van de gehele GGZ wordt voorgesteld door de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (LCGV, 2002). Deze commissie was in 1999 ingesteld om een analyse te maken van de oorzaken die leiden tot een groeiende hulpvraag in de GGZ (LCGV, 2002). Volgens de commissie moet de zorg voor de geestelijke volksgezondheid integraal deel gaan uitmaken van wat nu nog nulde-, eerste-, tweede- en derdelijnszorg wordt genoemd, volgens het principe van getrapte zorg. De problemen moeten worden behandeld binnen de context waarin zij zich voordoen. Daarom moeten de bestaande welzijns- en algemene gezondheidsvoorzieningen hun taken uitbreiden naar de geestelijke gezondheidszorg. Wat de consequenties hiervan zouden zijn voor eerstelijnszorg is (nog) niet nader uitgewerkt. De commissie constateert ook dat er in Nederland niet veel méér psychische stoornissen voorkomen vergeleken met andere geïndustrialiseerde landen. Veranderd hulpzoekgedrag en veranderde verwachtingspatronen zouden een verklaring voor de toegenomen hulpvraag kunnen zijn (LCGV, 2002).

Grotere samenwerkingsverbanden in de eerste lijn

Hoewel solistisch werkende huisartsen zeker (nog) niet gemist kunnen worden zullen in toenemende mate samenwerkingsverbanden ontstaan (VGZ; LHV, 2003; VWS, 2003b). Relatief veel partijen vinden dat de zorg kleinschalig op wijkniveau moet worden georganiseerd, zodat hulpverleners elkaar kennen; minder partijen vinden dat die kleinschalige organisaties vervolgens in grotere (regionale) organisaties moeten worden ondergebracht, zoals hierna wordt verduidelijkt.

Op wijkniveau zullen kleinschalige huisartsenvoorzieningen of (wijk)zorgcentra ontstaan voor een populatie van 10.000 - 15.000 inwoners (GGD, LHV; NHG/LHV, 2003; STG, 2003; NPCF, 2004; ZN, 2004; Gezondheidsraad, 2004). Meerdere huisartsen zullen daarin met ondersteunend personeel samenwerken. Ook andere eerstelijnsdisciplines zouden aan een dergelijk centrum verbonden kunnen zijn bij voorkeur in een

gebouw (NPCF, LVG), maar het kan ook een virtueel samenwerkingsverband zijn (Commissie Modernisering Eerste Lijn, 2002).

Deze kleinschalige (zorg)centra op wijkniveau zouden ondergebracht kunnen worden in grotere organisatorische verbanden, hetgeen vijf partijen aanbevelen (ZN, LVG; RVZ, 1998; STG, 2003; Commissie Modernisering Eerste Lijn, 2002). De RVZ staat op die wijze wijkzorgnetwerken voor ogen (voor circa 30.000 - 40.000 inwoners), waarbij de samenwerking wordt uitgebreid met de verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio (RVZ, 1998). Vier andere partijen denken aan grotere organisaties voor circa 150.000 inwoners of meer. Die grotere organisaties noemt men het hoofdkantoor (LVG, ZN) of een facilitair bedrijf dat ook inhoudelijke ondersteuning biedt (STG, 2003). Een dergelijk hoofdkantoor zou voornamelijk een financiële entiteit zijn, volgens LVG en ZN.

Bij voorkeur worden - volgens de LVG - geen afzonderlijke diensten meer gecontracteerd, maar de totale zorg in een of meerdere wijken dan wel een aanneemsom voor de wijk.

Vanzelfsprekend moeten werkgebieden geografisch (meer) op elkaar worden afgestemd (RVZ, 1998). Ook moeten de teams op wijkniveau op elkaar aansluiten, aldus de LVT (LVT, 2000). In zijn algemeenheid is een betere afstemming van de geografische werkgebieden een voorwaarde voor samenwerking (LVG, NPCF).

Een blauwdruk voor de organisatie van de eerste lijn is niet wenselijk, zo vinden onder andere de patiëntenorganisaties (NPCF), speelruimte is nodig (AGIS, VGZ) en er is behoefte aan maatwerk per regio (KPMG/CVZ, 2004). Ook de Commissie Tabaksblat (2001) sluit ten aanzien van de financieringssystematiek geen enkele praktijkvorm uit.

Samenwerking en verantwoordelijkheidstoedeling

Wie is verantwoordelijk voor het samenwerkingsverband? Huisartsen stellen dat zij (eind)verantwoordelijk blijven voor de toegang tot en de uitvoering van generalistische medische zorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (LHV; NHG, 2002). Dat is ook de mening vanuit patiëntenorganisaties en andere partijen (AGIS, NPCF, LVT, LVE; VGZ, 2004; Commissie Modernisering Eerste Lijn, 2002).

Wel zijn nuanceringen aangebracht ten aanzien van met name de coördinatie van zorg, de eindverantwoordelijkheid van de huisarts en diens exclusieve poortwachtersfunctie. De huisarts kan niet voor alles eindverantwoordelijk zijn (ZN; RVZ, 2002). Verpleegkundigen zijn van mening dat zij medische taken onder eigen verantwoordelijkheid kunnen uitvoeren (AVVV, 2003). Wijkverpleegkundigen kunnen bijvoorbeeld de regie voeren over de care en de coördinatie van zorg op zich nemen (AVVV; RVZ, 2002). Ook over de poortwachtersfunctie wordt genuanceerder gedacht (AVVV; ZN, 2002). Het gaat dan met name om directe toegankelijkheid van (paramedische) hulpverleners binnen de eerste lijn (KNGF; RVZ, 2002; VWS, 2004).

Andere partijen vinden dat de coördinatie van eerstelijnszorg bij de huisarts of de huisartsenvoorziening thuis hoort (NHG, 2002; VGZ, 2004) en dat huisartsen de poortwachtersfunctie moeten (blijven) vervullen (NVZ, LVE; VGZ, 2004).

6.8.2 Mogelijke effecten van samenwerking en samenhang

Hierna wordt gezien welke evidentie er bestaat voor de vaak gedane suggestie dat meer samenwerking binnen de eerste lijn de capaciteitsproblemen zal verlichten dan wel de werkbelasting zal verminderen. De vraag is wat in dat opzicht de ideale samenwerkingsvorm zou zijn. Vooraf moet worden opgemerkt dat op dit gebied weinig onderzoek beschikbaar is. Het vele onderzoek naar samenwerking gaat altijd over kwaliteit en continuïteit van zorg en nauwelijks over capaciteit of werkbelasting, hetgeen eerder ook al door Ros et al. (1996) werd geconstateerd.

Of samenwerkingsverbanden leiden tot praktijkvergroting - meer patiënten per huisarts - komt aan de orde bij een analyse van de verschillen in praktijkgrootte en de organisatiekenmerken die daarmee samenhangen.

Meerwaarde van samenwerking

Naar de meerwaarde van samenwerking - wat betreft kwaliteit en productie - is onderzoek gedaan door Ros et al. (1996). Het accent lag daarbij op gezondheidscentra in vergelijking met solisten en andere samenwerkingsvormen. Gezondheidscentra kenmerken zich (traditioneel) door het streven de patiënt zo lang mogelijk in de eerste lijn te houden, door een geïntegreerde aanpak bij chronische aandoeningen (multidisciplinaire werkafspraken) en door het aanbieden van preventieve activiteiten.

De onderzoekers constateren dat gezondheidscentra in hoge mate voldoen aan de voor hen geldende kwaliteitskenmerken en systematische (multidisciplinaire) samenwerking. Hoewel ook in huisartsengroepen wordt samengewerkt verloopt dit minder gestructureerd en meer op ad hoc basis. Ook blijkt dat huisartsengroepen minder preventieve activiteiten ontplooiën vergeleken met gezondheidscentra. Centra doen meer extra activiteiten (Ros et al., 1996).

Wat betreft kostenaspecten blijken huisartsen in gezondheidscentra minder naar de tweede lijn te verwijzen dan huisartsen in andere praktijkvormen. Het verschil is het grootst tussen gezondheidscentra en solopraktijken (Ros et al., 1996; Sixma, 1997). Op andere gebieden konden weinig tot geen verschillen worden aangetoond, bijvoorbeeld wat betreft voorschrijven van geneesmiddelen, het aantal verrichtingen in de huisartspraktijk of de verpleegdagen in het ziekenhuis. Hierover zijn onvoldoende gegevens bekend om conclusies te kunnen trekken (Ros et al., 1996). Dat gold ook voor gegevens over werkbelasting.

Ook het onderzoek van Hutten (1998) naar de werkbelasting van huisartsen was toegespitst op de kwaliteit van zorg. Met als belangrijkste conclusie dat er geen of zwakke verbanden werden gevonden tussen een (hoge) objectief gemeten werkbelasting en de kwaliteit van de verleende zorg (Hutten, 1998). Hogere werkbelasting betekende wel meer werkuren, minder tijd voor bij- en nascholing en soms kortere consulten. Met name in duo- of groepspraktijken was er een sterkere relatie tussen een kortere consultduur bij hoge werkbelasting vergeleken met solopraktijken (Hutten, 1998). Het onderzoek was verder niet toegespitst op verschillen tussen praktijkvorm of samenwerkingsverband. Wij moeten constateren dat op basis van de beschikbare onderzoeksliteratuur geen uitspraken over de meest ideale samenwerkingsvorm kan worden gedaan.

Nog geen ideaal samenwerkingsmodel gevonden

De Landelijke Vereniging van de Georganiseerde eerste lijn heeft laten onderzoeken wat in verband met taakdelegatie de beste samenwerkingsvorm zou zijn, voor gezondheidscentra en voor andere praktijkvormen (Konings et al., 1998). De conclusie was dat geen ideaal samenwerkingsmodel kon worden geconstrueerd omdat de samenwerkingsvarianten zeer divers waren. Zelfs binnen gezondheidscentra bestaan grote verschillen in praktijkvorm. Te vinden zijn solopraktijken binnen een centrum, al dan niet geclusterd (HOED-constructie), duopraktijken en groepspraktijken. De scheiding tussen een huisartspraktijk binnen een gezondheidscentrum en de overige praktijkvormen is dus niet zo scherp te trekken (Konings et al., 1998).

In samenwerkingsverbanden wordt in zijn algemeenheid meer gedelegeerd dan in solopraktijken (De Haan, 1998; LVG, 2004). Daarnaast blijkt dat in gezondheidscentra over de hele linie meer delegatie van medische taken naar praktijkassistenten plaatsvindt en dat zij al veel taken doen die elders aan een praktijkverpleegkundige worden toebedacht. Bijvoorbeeld driemaandelijke diabetescontrole (60% van de 178 praktijkassistenten) of eenvoudige aandoeningen geheel zelfstandig afhandelen (90% van de 178 assistenten). Dit gaat wel samen met hogere loonkosten voor praktijkassistenten (Konings et al., 1998).

Ook bleek de omvang van het centrum ertoe te doen. In de grote loondienstcentra met meer dan 10.000 patiënten doen praktijkassistenten meer taken op het gebied van periodieke controle en preventie en meer categoriale spreekuren. Ook is er meer deskundigheidsbevordering voor praktijkassistenten. Ook is er meer management-ondersteuning.

Als keerzijde van de medaille wordt het grote aantal part-timers genoemd, hetgeen coördinatie- en overdrachtsproblemen geeft. Centra die een hoofdassistent of een eerstverantwoordelijke huisarts hebben aangesteld voor de dagelijkse leiding zijn daar zeer tevreden over (Konings et al., 1998).

De onderzoekers moeten echter concluderen dat taakdelegatie maar zeer beperkt leidt tot de gewenste taakontlasting van de huisarts. Er worden wel taken overgedragen van huisarts naar praktijkassistente, maar daarnaast is er vaak sprake van uitbreiding van het zorgaanbod en kwaliteitsverbetering. Er worden taken toegevoegd. Zonder voldoende assistentie zou men niet in staat zijn de kwaliteit van de (geïntegreerde) zorg te leveren, zo wordt gesteld (Konings et al., 1998).

Samenwerkingspraktijken zijn beter uitgerust

Van den Hombergh et al. onderzochten (via visitatie van 88 praktijken) of de praktijkvorm invloed had op praktijkvoering en praktijkuitrusting (Van den Hombergh et al., 1997, 1998). Hij vond dat samenwerkingspraktijken beter uitgerust waren, dat wil zeggen zij beschikten over een uitgebreider instrumentarium en lieten een breder pakket aan diagnostisch en therapeutische verrichtingen zien vergeleken met solopraktijken (Van den Hombergh et al., 1997). De praktijkvorm (solo-, duo-, groepspraktijk, gezondheidscentrum) had nauwelijks invloed op werkbelasting en de ervaren werkdruk. De werkdruk die huisartsen ervaren hangt nauwelijks samen met de objectieve werkbelasting. De auteurs concluderen dat de werktijd kennelijk maar ten dele bijdraagt aan de ervaren werkdruk. Werkbelasting en werkdruk worden grotendeels

bepaald door andere factoren, zoals verschillen in werkstijl en de mate waarin men patiënten laat terugkomen, en verder ook door de beroepsopvatting en persoonlijkheidsfactoren (Van den Hombergh et al., 1997).

Samenwerking in de acute zorg

In meer dan de helft van de huisartsenposten (HAP) wordt een verregaande samenwerking met de SEH van het ziekenhuis overwogen. Een verwijsrelatie bestond altijd al. Voor de dienstverlening aan patiënten heeft die samenwerking voordelen, zoals *tekstblok 6.10* laat zien. Eén loket is prettig voor patiënten (Giesen, 2004). Van de 839 ondervraagde patiënten bleek 45% vóór samengaan van HAP en SEH (25% was niet voor en 30% had geen mening of 'anders' ingevuld) (Giesen, 2004).

Die samenwerking zal ook effecten hebben op werkbelasting en kosten. In zijn algemeenheid is een taakverschuiving van tweede naar eerste lijn het gevolg, omdat meer klachten op de HAP worden afgehandeld, zoals bijvoorbeeld de ervaringen in Delft laten zien. Binnen de samenwerking tussen HAP en SEH werden hieromtrent duidelijke en concrete afspraken gemaakt. Dit zorgde voor een ontlasting van de SEH, maar betekende tegelijk voor de SEH een dreigend inkomstenverlies.

Tekstblok 6.10: Verwachte gevolgen op de dienstverlening aan patiënten bij samenwerking tussen HAP en SEH.

(Bron: Balestra et al., 2004)

De bereikbaarheid van de acute zorg verbetert wanneer HAP en SEH bij elkaar gevestigd zijn. Het ziekenhuis is voor het publiek een bekende locatie, die goed te bereiken en goed te vinden is.

De toegankelijkheid van de acute zorg verbetert wanneer HAP en SEH de opvang en triage van patiënten uniform organiseren. Hierdoor is de patiënt altijd op de juiste plaats.

De vestiging van HAP en SEH bij elkaar heeft als voordeel dat de patiënt snel van de HAP op de SEH is bij doorverwijzing.

Deze voordelen voor de dienstverlening gelden reeds als HAP en SEH nog autonome organisaties zijn. Volledige integratie levert naar verwachting geen of weinig extra voordelen op voor de dienstverlening aan de patiënt.

Ook in Maastricht trad een forse reductie van 25% op van het aantal patiënten op de SEH, maar de kosten bleven nagenoeg gelijk omdat de personeelsbezetting op de SEH niet was veranderd.

De Plexus Medical Group vergeleek de ervaringen in Dordrecht, IJmuiden en Maastricht, waar al langer van verregaande samenwerking of integratie sprake is (overigens behalve op financieel gebied) (Balestra et al., 2004). Zij onderzochten (modelmatig) welke vorm van samenwerking de voorkeur had: model 1 waarin de HAP het voorportaal van de SEH wordt maar beide wel autonome organisaties blijven; en model 2 waarin de HAP en SEH volledig worden samengevoegd.

Model 1 en 2 leveren beide (theoretisch) een doelmatigheidswinst op van respectievelijk 32 of 49 miljoen euro. In beide modellen zal de HAP meer klachten afhandelen, met name zelfverwijzers van de SEH. Chirurgen en internisten verliezen wel inkomsten door verregaande samenwerking tussen HAP en SEH (circa 10-20% van de totale inkomsten aan verwijskaarten).

De onderzoekers concluderen dat ondanks de grotere doelmatigheidswinst van model 2 getwijfeld mag worden aan de wenselijkheid van volledige integratie, vergeleken met de HAP als voorportaal. Volledige integratie levert volgens hen weinig extra voordelen op voor de dienstverlening aan de patiënt, maar ontmoet wel belemmeringen door cultuurverschillen en weerstanden van huisartsen (Balestra et al., 2004). In de toekomst zal empirisch onderzoek duidelijk moeten maken wat de middellange termijn effecten van verschillende samenwerkingsmodellen zijn en wat de mogelijkheden zijn om meer spoeddiensten op elkaar af te stemmen.

Samenwerking bij specifieke groepen

Meer samenhang in de zorg wordt bepleit bij ouderen en chronisch zieken. In de zorg voor minderheden en allochtonen is ook samenhang met het gemeentelijke gezondheidsbeleid nodig. Wat de effecten van meer (organisatorische) samenhang zullen zijn op de werkbelasting of capaciteit in de eerstelijnszorg is vooralsnog moeilijk te voorspellen. Het beschikbare onderzoek naar samenwerking is niet vanuit die invalshoek verricht, zoals hiervoor al is vermeld, maar vanuit kwaliteitsoogpunt. Kwantitatieve effecten op werkbelasting kunnen dan ook niet worden gegeven. Wel bespreken we enkele ontwikkelingen.

Kwetsbare groepen en allochtonen zorgen voor een hogere werkbelasting, vooral in achterstandswijken in de grote steden (*hoofdstuk 3*) (Luijten & Tjadens, 1995; Bruijnzeels et al., 1999; Verkleij & Verheij, 2003). Er zijn inmiddels diverse maatregelen genomen om die werkbelasting te verlichten (achterstandsfonds, stimuleringsmaatregelen, et cetera). Er is echter nog weinig samenhang tussen (eerstelijns)zorg en lokaal gemeentelijk gezondheidsbeleid. Gemeenten voeren doorgaans wel een doelgroepenbeleid voor kwetsbare groepen en achterstandswijken in de grote steden. Maar het accent ligt dan vooral op preventieprogramma's en minder op samenhang met de zorg. Mogelijke effecten daarvan zijn dan ook nog niet bekend.

Samenhang in de zorg is wel in opkomst voor chronisch zieken, zo blijkt uit een recente overzichtstudie naar ketenzorg die in opdracht van de IGZ is verricht (Baan et al., 2003). Ketenafspraken bestaan er tot nu toe vooral voor patiënten met COPD, CVA en diabetes mellitus, maar nog weinig voor patiënten met reumatoïde artritis of hartfalen. Dergelijke ketenafspraken worden vooral gemaakt door medisch specialisten, het ziekenhuis en (gespecialiseerde) verpleegkundigen vanuit de thuiszorg of het ziekenhuis (Baan et al., 2003). Verpleegkundig specialisten vervullen ook vaak een coördinerende rol (Vrijhoef, 2002). Huisartsen zijn niet altijd betrokken bij ketenafspraken, hoewel zij wel altijd bij de zorg zijn betrokken (Baan et al., 2003).

De diversiteit zowel in ketenafspraken als in de daarbij betrokken zorgaanbieders is erg groot, zelfs binnen één en dezelfde aandoening (Baan et al., 2003). Er is in de studie echter niet gekeken hoe de diverse ketenprogramma's verschillen wat betreft de werkbelasting voor de betrokken hulpverleners. Het is ook niet bekend in welke mate de samenwerking een verlichting dan wel verzwaring van de werklast in de eerste lijn betekent. Uit de studie komt wel naar voren dat afstemming en coördinatie veel tijd kost, maar hoeveel is niet bekend (Baan et al., 2003).

Coördinatie en afstemming van zorg vindt ook nu al frequent plaats. Ruim 80% van de chronisch zieken meldt dat de huisarts (82%) en de specialist (81%) de zorg altijd

afstemmen met andere hulpverleners, zo blijkt uit het patiëntenpanel van 2000 chronisch zieken (Rijken & Spreeuwenberg, 2004). De mate waarin coördinatie van zorg in de eerste of tweede lijn plaatsvindt is alleen gevraagd aan patiënten met astma en COPD (Heijmans & Rijken, 2004). Daaruit blijkt dat de zorg door één persoon wordt gecoördineerd bij 70% van de astmapatiënten en bij 82% van de COPD-patiënten. Daarvan is bij astmapatiënten de coördinatie vooral in handen van de huisarts (70%) en in mindere mate bij de specialist (30%). Bij COPD-patiënten is de coördinatie vooral in handen van de longarts bij 57% van de patiënten en wat minder vaak bij de huisarts, namelijk bij 41% (Heijmans & Rijken, 2004).

Toekomstig onderzoek moet uitwijzen welke gevolgen verdere afstemming, coördinatie en ketenzorg zal hebben voor de werkbelasting in de eerste lijn en de kwaliteit van zorg.

Samenwerking in de eerstelijns-GGZ

In 2004 zijn de resultaten beschikbaar gekomen van het omvangrijke door VWS gefinancierde programma ter versterking van de eerstelijns-GGZ. Het programma was gericht op betere samenwerking binnen de eerstelijns-GGZ en deskundigheidsbevordering door consultatie vanuit de tweede lijn (Meijer & Verhaak, 2004). Het doel van dit programma was cliënten op de juiste plaats te behandelen, zoveel mogelijk in de eerste lijn waar dat kan en in de tweede lijn indien noodzakelijk (volgens het principe van getrapte zorg). Dit was eerder door de RVZ (1998) en de Commissie Geestelijke Volksgezondheid (LCGV, 2002) aanbevolen. Een tweede doel was het werk van de huisarts te verlichten.

Dit tweede doel is gerealiseerd, maar enigszins anders dan was bedoeld. Vooral tweedelijns Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV) zijn meer psychische problemen (in de eerste lijn) gaan behandelen. Dit betekende een capaciteitsverruiming voor de behandeling van psychische problemen. Huisartsen en cliënten zijn daar (zeer) tevreden over.

Realisering van het eerstgenoemde doel - zorg op de juiste plaats en zoveel mogelijk in de eerste lijn - ligt genuanceerder. De vraag nam toe doordat meer psychische problemen werden opgespoord. De intrede van de SPV-er in de eerste lijn werkte faciliterend voor verwijsstromen naar de tweede lijn, aldus de onderzoekers. In de helft van de gevallen leidde de bemoeienis van de SPV-er tot een verwijsadvies naar de tweedelijns-GGZ (Meijer & Verhaak, 2004). De auteurs veronderstellen dat hierdoor meer problemen op de juiste plaats terechtkwamen. Echter, soms (19% van de gevallen) werden ook 'lichte' psychosociale problemen (zoals relatie- of schoolproblemen) in de tweede lijn behandeld. De onderzoekers concluderen dat verwijsstromen niet in de eerste plaats worden bepaald door de aard van de problematiek, maar door het hulpaanbod en het gebruikersgemak (voor huisarts en patiënt). Ook het al dan niet vergoed worden van de behandeling speelt bij verwijzingen een rol (Mesman & Verhaak, 2001).

De samenwerking tussen huisarts en tweedelijns-GGZ is meer verbeterd dan samenwerking binnen de eerste lijn. Samenwerken betekende overigens vaak het overnemen van de behandeling door de SPV-er. De huisarts zelf is niet méér psychische problemen gaan behandelen. Daarbij moet worden aangetekend dat de taakopvatting

van huisartsen ten aanzien van het zelf behandelen van deze problemen aanzienlijk is versmald (Kolthof, 2004).

Verbetering van de samenwerking binnen de eerstelijnsdisciplines kon - op lokale uitzonderingen na - nog niet worden aangetoond: een aantal samenwerkingsprojecten is pas recent gestart. Wel constateerden de onderzoekers dat een onverwacht neven-effect met enige regelmaat uit de resultaten naar voren kwam, namelijk een verstoring in de bestaande verhoudingen binnen de eerstelijns-GGZ door de komst van een nieuwe speler in de vorm van de SPV-er. Dat gold met name voor de gevallen waarin de SPV-er zich op kortdurende behandelingen ging toeleggen (Meijer & Verhaak, 2004). Dit veroorzaakte een ongelijke concurrentiepositie tussen SPV-ers (kosteloos) en eerstelijnspsychologen (niet via het ziekenfonds vergoed). Financieringsverschillen werkten belemmerend bij de samenwerking, naast onder meer cultuurverschillen en domeinproblemen.

In zijn algemeenheid werd geconstateerd dat de groeiende vraag naar GGZ-hulp nog niet voldoende kan worden opgevangen ondanks de capaciteitsuitbreidingen in de eerstelijns-GGZ en de vermoedelijke opname van eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket (*tekstblok 6.11*). Versterking van de eerstelijns-GGZ is daardoor blijvend nodig (Meijer & Verhaak, 2004).

Het onderzoeksrapport bevat een kritische analyse van problemen en knelpunten die samenwerking bemoeilijken, de neveneffecten van het stimuleringsprogramma en aanbevelingen voor de toekomst. Die analyse is nuttig voor toekomstige stimuleringsprogramma's om meer samenwerking in de eerste lijn te bewerkstelligen. In die zin kan het programma ter versterking van de eerstelijns-GGZ als een casestudie worden beschouwd.

Tekstblok 6.11: Toename eerstelijns psychologische zorg verwacht.

Door opname van eerstelijns psychologische zorg (EPZ) in het verstrekkingenpakket zal de vraag naar hulpverlening van de eerstelijns-GGZ waarschijnlijk verder toenemen (Mesman & Verhaak, 2001; IJland & Drouven, 2003). Dat concludeerde ook het CVZ op basis van onderzoek en een uitvoeringstoets.

Overwegingen bij opname van EPZ in het pakket waren onder meer de ontlasting van de tweede lijns-GGZ en van de huisarts in de eerste lijn. Daarnaast zou ook adequater kunnen worden gereageerd op het toenemend aantal arbeidsgerelateerde psychische klachten, zodat werknemers korter verzuimen.

Het CVZ concludeert dat geen grote knelpunten te verwachten zijn bij opname van EPZ in de ziekenfondsverzekering (CVZ, 2003). De verwachting

is wel dat de beschikbare capaciteit moet toenemen om aan de toenemende vraag te kunnen voldoen.

Om ervoor te zorgen dat de juiste zorg op de juiste plaats wordt geleverd is het volgens het CVZ van belang om een duidelijk onderscheid te maken tussen eerste en tweedelijnszorg. Dit onderscheid is nu vaak diffuus omdat de financiering niet goed is geregeld. Met de opname van EPZ in het pakket komt hieraan een einde (CVZ, 2003).

Wel is er nog een aantal onzekere factoren, aldus het CVZ omdat met het opheffen van financiële drempels verschuivingen in zowel vraag als aanbod kunnen optreden. Dat maakt de consequenties van opname van EPZ in het pakket moeilijk voorspelbaar (CVZ, 2003).

Samenwerken en praktijkvergroting

Uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk blijkt dat sommige huisartsen anderhalf keer zoveel patiënten hebben vergeleken

met anderen. Bij een kwart van de huisartsen staan circa 2.000 patiënten per fte-huisarts ingeschreven, terwijl dat er circa 3.000 zijn bij eenderde van de huisartsen. Het NIVEL analyseert welke persoons- en organisatiekenmerken daarmee samenhangen. Uit een eerste (en voorlopige) vergelijking van 103 praktijken blijkt het volgende (Maas et al., nog niet gepubliceerd).

In zijn algemeenheid blijken grote praktijken - dat wil zeggen meer dan 2.751 patiënten per fte-huisarts - vooral onder solistisch werkende huisartsen voor te komen: in 62% van dergelijke praktijken werkt de huisarts solistisch, bij 31% gaat het om duopraktijken en bij 8% om groepspraktijken. Het is niet zo dat (zeer) kleine praktijken altijd groepspraktijken zijn; onder kleine praktijken - minder dan 2.250 patiënten per fte-huisarts - treft men zowel solisten als duopraktijken als groepspraktijken aan, respectievelijk 41, 31 en 28%. Het is wel zo dat kleine praktijken relatief vaak gevestigd zijn in achterstandswijken en dat kleine praktijken relatief meer ziekenfondsverzekerden hebben vergeleken met grote praktijken.

Organisatorische kenmerken blijken vooralsnog geen verklaring voor praktijkgrootte te zijn. Er zijn geen significante verschillen tussen grote en kleine praktijken gevonden wat betreft bijvoorbeeld de organisatie van het spreekuur, de organisatie van de avond-, nacht- en weekenddiensten, de tijd per consult, het afleggen van visites et cetera. Alleen de mogelijkheid om per e-mail vragen te stellen liet een significant verband zien. Persoonskenmerken, en dan met name verschillen tussen mannen en vrouwen spelen wel een rol. Vrouwelijke huisartsen hebben gemiddeld 2.350 patiënten per fte terwijl dat bij mannen gemiddeld 2.518 per fte is. Daarnaast blijkt dat oudere huisartsen vaker meer patiënten hebben dan jongere.

Praktijkgrootte blijkt geen invloed te hebben op de tevredenheid van patiënten. Hoewel patiënten in grotere praktijken minder vaak contact hebben met de huisarts en iets minder snel terecht kunnen, zijn zij even tevreden over de huisarts als patiënten in kleine praktijken. Ook bij huisartsen zelf is er geen verschil wat betreft de mate waarin zij tevreden zijn over hun werk.

De voorlopige conclusie van de onderzoekers is dat er niet één manier bestaat waarop de huisartspraktijk georganiseerd moet worden om ervoor te zorgen dat praktijken meer patiënten per fte-huisarts aankunnen. Het kan een bewuste keuze van de huisarts zijn. Het onderzoek zal vermoedelijk een vervolg krijgen (Maas et al., nog niet gepubliceerd).

Samenvatting

De belangrijkste conclusie uit deze paragraaf is dat er vooralsnog niet één organisatievorm te vinden is die de beste oplossing biedt voor toekomstige capaciteitsproblemen. In zijn algemeenheid hebben grotere samenwerkingsverbanden - en dan met name de huidige gezondheidscentra - voordelen als het gaat om de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Gezondheidscentra voeren over het algemeen meer (extra) preventieve taken uit en meer periodieke controles en er worden meer taken gedelegeerd. Ook worden minder patiënten naar de tweede lijn verwezen, omdat meer problemen in de eerste lijn worden opgelost (daartoe werd het aantal patiënten per huisarts bewust laag gehouden, bijvoorbeeld in Almere). Uit het oogpunt van capaciteit kan dan ook als nadeel worden aangemerkt dat in grotere samenwerkingsverbanden

den doorgaans (veel) minder patiënten per fte-huisarts zijn ingeschreven dan bij solisten. De grootste praktijken vindt men bij de huidige solistisch werkende oudere mannelijke huisartsen.

Verregaande samenwerking in de acute zorg tussen HAP en SEH zal naar verwachting toenemen. Dat betekent voor patiënten een verbetering van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Ook doelmatigheidswinst kan worden geboekt. Volledige integratie van HAP en SEH lijkt daarvoor niet persé noodzakelijk.

Bij een beperkt aantal chronische ziekten is de zorg inmiddels in zorgketens georganiseerd. Die trend zal vermoedelijk toenemen. Overigens vinden patiënten dat de zorg ook nu al vaak is afgestemd en is eveneens vaak - maar niet altijd - sprake van coördinatie van zorg, hetzij door de huisarts, hetzij door de medisch specialist.

In de zorg voor kwetsbare groepen en allochtonen is nog weinig sprake van samenwerking tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke (welzijns)voorzieningen.

De versterking van de eerstelijns-GGZ heeft geleid tot capaciteitsverruiming en een verlichting van het werk van de huisarts. Dat spoort met de wens van veel huisartsen minder psychische problemen zelf te behandelen.

6.9 Sturing en financiering

6.9.1 Voorgestelde maatregelen

Rol van zorgverzekeraars en gemeenten

Van verschillende kanten wordt gesteld dat de totstandkoming van een geïntegreerde eerste lijn en een geïntegreerde ondersteuningsstructuur complex is en niet vanzelf gaat. Dit proces zal moeten worden gestimuleerd en aangestuurd. Verzekeraars en lokale overheden hebben de taak om een initiërende en stimulerende rol te vervullen (GGD, ZN; NHG, 2002; STG, 2003). Bijvoorbeeld als volgt:

- regionale zorgverzekeraars en gemeenten zouden de totstandkoming van multidisciplinaire zorgcentra moeten initiëren en stimuleren (GGD, ZN, KNGF; STG, 2003; VGZ, 2004; VWS, 2003b);
- vestiging van hulpverleners en hun huisvesting dient aantrekkelijk te worden gemaakt (AGIS, GGD; NHG, 2002; STG, 2003), specifiek ook in achterstandsgebieden in grote steden (Verkleij & Verheij, 2003);
- zorgverzekeraars en gemeenten moeten helpen bij investeringen (bijvoorbeeld grond, gebouwen et cetera) (LVG; STG, 2003; VGZ, 2004);
- het contracteerbeleid van verzekeraars moet samenwerking stimuleren en ondersteunen (STG, 2003);
- via polisdifferentiatie kan taakherschikking worden gestimuleerd (RVZ, 2002);
- gemeenten moeten de samenhang met wonen, zorg en welzijn stimuleren (STG, 2003; VWS, 2003c, 2004).

Iemand moet voor regionale afstemming zorgen, volgens het NHG, en de lokale overheid dient het overzicht te houden, vindt de LVG. Een probleem is dat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen gemeenten en zorgverzekeraars onvoldoende is geëxpliciteerd (AGIS, 2003) en dat verantwoordelijkheden onvoldoende gekoppeld zijn aan

bevoegdheden (GGD).

Hoewel van zorgverzekeraars een regierol wordt verwacht (VWS, 2003e) moeten zij geen aanbieder worden (AGIS, LHV, NHG, LVG, AVVV; NPCF, 2004), hetgeen volgens Zorgverzekeraars Nederland ook niet het plan is (ZN).

Wet- en regelgeving

In zijn algemeenheid wordt vanuit patiëntenorganisaties opgemerkt dat de overheid het eerstelijnsstelsel moet stimuleren en faciliteren en dat met name een lange termijn visie op de eerste lijn nodig is (NPCF, 2004). Ad hoc maatregelen en te snelle wisselingen van beleid werken demotiverend (GGD; LVT, 2000). De volgende maatregelen worden nodig geacht om veranderingen in de eerste lijn te faciliteren.

De wet BIG en de WGBO zouden moeten worden aangepast om taakherschikking mogelijk te maken (RVZ, 2002). Dat geldt onder meer voor de titelbescherming van doktersassistenten (RVZ, 2002) en het legaliseren van de eigen bevoegdheid van verpleegkundigen, aldus de AVVV (en ook LVT, 2003).

Over de voorgenomen invoering van functionele aanspraken in de eerste lijn verschillen partijen van mening. Functionele aanspraken houden in dat zorgfuncties niet meer gekoppeld worden aan een beroepsgroep (de huisarts) maar aan zorgvragen. Wie de zorg daadwerkelijk gaat leveren, de huisarts, de praktijkverpleegkundige of bijvoorbeeld de fysiotherapeut is vraag twee. Per DBC kan dan worden bekeken wie voor de betreffende zorgverlening - bijvoorbeeld diabeteszorg - wordt gecontracteerd (AGIS, 2004). Zorgverzekeraars zijn daar voorstander van omdat de functionele benadering perspectieven biedt voor tal van nieuwe organisatievormen in de eerste lijn (ZN, 2002). Andere partijen zijn tegen omdat functionele aanspraken de zorgverlening complex maken, onduidelijk voor de patiënt en omdat de totstandkoming van geïntegreerde eerstelijnszorg daardoor wordt belemmerd, zo stellen NHG, LVG en NVZ. De voor- en nadelen zijn nog onvoldoende duidelijk om een keuze te kunnen maken (KPMG/CVZ, 2004).

In zijn algemeenheid zijn veranderingen in wet- en regelgeving volgens zorgverzekeraars noodzakelijk onder andere om verzekeraars meer contracteervrijheid te geven (ZN, 2002, 2004).

Ten aanzien van wet- en regelgeving zijn tot slot opmerkingen gemaakt over de bureaucratie in de zorg. Het verminderen van regels en het terugdringen van de administratieve lasten (voor aanbieders en ook voor zorgverzekeraars) is noodzakelijk (AGIS; LVT, 2000; VGZ, 2004). Dit is overigens ook een speerpunt van het kabinetsbeleid.

Financiering

In het verlengde van wet- en regelgeving worden veranderingen in financierings-systeem nodig of wenselijk geacht (LHV, VGZ; Commissie Tabaksblat, 2001; VWS, 2003b; STG, 2003; ZN, 2004; LHV/ZN, 2004). De financieringsstructuur is niet toegesneden op samenwerking en staat de ontwikkeling van ketenzorg in de weg, aldus de inspectie (IGZ, 2003). Verschillen in financieringswijze van eerstelijnsdisciplines bemoeilijken de samenwerking, onder meer de verschillen tussen huisartsen, fysiotherapeuten en algemeen maatschappelijk werkenden (KNGF, MOgroep). Ter facilite-

ring van samenwerking pleiten AVVV en LVT ook voor opnemings in het basispakket van thuiszorg en wijkverpleging gedurende het eerste jaar. Financieringsverschillen werken ook belemmerend bij de samenwerking tussen HAP en SEH, aldus de NVT. Een oplossing kan (volgens de NVT) liggen in DBC-financiering. Bij de acute zorg zal (daarnaast) de beschikbaarheid van zorgverleners apart moeten worden gefinancierd (AGIS; RVZ, 2003).

Nieuwe financieringsvormen zullen rekening moeten houden met verschillen in werkbelasting en zorgzwaarte (Commissie Tabaksblat, 2001; Verkleij & Verheij, 2003; KPMG/CVZ, 2004). De voorgenomen financiering aan de hand van praktijkplannen kan daar op inspelen (Commissie Tabaksblat, 2001; VWS, 2003b; ZN, 2004).

Los van verschillen in financieringswijze zijn hoge investeringskosten verbonden aan de totstandkoming van eerstelijns(zorg)centra (LHV, NHG, GGD, ZN). Een bijkomend probleem zijn de fiscale lasten als huisartsen de praktijk verkopen om samen te gaan werken (desinvesteringen) (LHV, NHG, ZN).

Patiëntenorganisaties, ten slotte, pleiten voor een adequate financieringswijze van preventie en voorlichting omdat het onduidelijk is wie daarvoor verantwoordelijk is (NPCF). Verzekeraars met het accent op schadeverzekering zullen niet in financiering van voorlichting en preventie zijn geïnteresseerd en effecten zijn soms moeilijk aantoonbaar en dan vaak pas op de lange termijn, zo wordt vanuit de NPCF opgemerkt.

Aanpassen van de opleidingen

Opleidingen zullen vanzelfsprekend moeten inspelen op toenemende samenwerking, adviseert de Gezondheidsraad (2004) en op toekomstige veranderingen in de beroepsuitoefening (VWS, 2003b, 2003c). Daarop vooruitlopend zijn in grote lijnen alvast enkele suggesties gedaan:

- het opleiden van ondersteunend personeel (NHG, 2002) en nieuwe eisen stellen aan de opleiding tot doktersassistente (RVZ, 2003);
- het opleiden van nurse practitioners en physician assistants (VWS, 2004);
- veranderingen in de opleidingsstructuur voor de verpleegkundige beroepen (AVVV);
- verkorten van medische opleidingen (VWS, 2000, 2003b) en differentiatie (NHG, 2002);
- opleiden van SEH-artsen voor triage op de SEH (NVT);
- inhoudelijke veranderingen in GGZ-opleidingen (contextuele zorgvormen) om de toegenomen zorgvraag in de GGZ op te kunnen vangen (LCGV, 2002).

In zijn algemeenheid stelt de RVZ in zijn advies over taakherschikking dat aanpassing van de curricula nodig is (RVZ, 2003). De AVVV reageert daarop met de waarschuwing geen nieuwe beroepen in de gezondheidszorg te introduceren tenzij de noodzaak en de voordelen daarvan zijn aangetoond (AVVV, 2003). Inmiddels (begin 2004) heeft het ministerie van VWS de stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening Gezondheidszorg (MOBG) geïnstalleerd, om de beroepenstructuur aan te passen (www.mobg.nl). Een onderdeel daarvan is het aanpassen van de verpleegkundige beroepenstructuur (www.projectvboc.nl).

6.9.2 Mogelijke effecten van veranderingen in aansturing en financiering

Bij de suggesties die één of meerdere partijen hebben gedaan ligt het een accent op het elimineren van belemmeringen die samenwerking en taakdelegatie of taakverschuivingen bemoeilijken. Zie ook de probleemanalyse die de RVZ heeft gemaakt van juridische belemmeren die taakverschuiving of samenwerking in de weg staan (RVZ, 2002). Overigens moet daarbij wel worden aangetekend dat - ondanks deze belemmeringen - in toenemende mate samenwerking van de grond komt. Dat blijkt ook uit een recente inventarisatie van (regionale) samenwerkingsprojecten van de STG (2003). Toenemende samenwerking lijkt een autonome ontwikkeling te zijn, ingegeven vanuit de behoeften van zorgaanbieders zelf.

Over de effectiviteit van de voorgestelde maatregelen in aansturing en financiering is nog geen evidentie beschikbaar. Dat komt simpelweg omdat gesuggereerde veranderingen (nog) niet zijn doorgevoerd. Het eventuele effect daarvan kan dus nog niet worden onderzocht.

Wel zijn op een aantal gebieden reeds initiatieven ontplooid of veranderingen aangekondigd. We gaan daar kort op in, aan de hand van de voorgestelde maatregelen die in *tekstblok 6.12* nog eens schematisch zijn weergegeven.

Wet- en regelgeving

Een aantal veranderingen in wet- en regelgeving staat op stapel. Dat betreft met name aanpassingen in de wet BIG en de WGBO om de voorgenomen directe toegankelijkheid van fysiotherapeuten te reguleren en de bevoegdheden van verpleegkundigen te verruimen.

Nog geen wetswijzigingen zijn gepland ten aanzien van de bepleite titelbescherming van doktersassistenten. Ten aanzien van zorgverzekeraars zal via een wetswijziging de contracteervrijheid van verzekeraars worden vergroot, zoals in *tekstblok 6.12* is gesuggereerd (VWS, 2002).

Tekstblok 6.12: Overzicht van de voorgestelde maatregelen ten aanzien van aansturing en financiering.

Wet- en regelgeving

- aanpassen van wetgeving (wet BIG; WGBO)
- titelbescherming van doktersassistenten
- verruiming bevoegdheden van verpleegkundigen
- contracteervrijheid voor verzekeraars
- vermindering van bureaucratie en administratieve lasten

Financiering

- financieringssystematiek aanpassen; loon naar werken
- opheffen verschillen tussen beroepsgroepen
- functionele aanspraken en DBC-financiering
- oplossingen voor hoge investeringskosten
- oplossingen fiscale belemmeringen (desinvesteringen)

- (selectief) contracteerbeleid en polisdifferentiatie
- financiering van preventie en voorlichting

Gemeenten en zorgverzekeraars

- vestiging aantrekkelijk maken en faciliteren
- totstandkoming van een geïntegreerde eerste lijn initiëren en stimuleren
- de samenhang tussen zorg, welzijn en wonen stimuleren
- lokaal/regionaal zorgen voor afstemming, overzicht en regie
- heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen gemeenten en zorgverzekeraars

Ingrijpender - zeker voor de huidige thuiszorg - is de voorgenomen invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), waarbij een aantal taken op het gebied van dienstverlening en zorg en welzijn naar gemeenten wordt overgeheveld. De gevolgen daarvan kunnen moeilijk worden voorspeld.

Ten slotte bepleiten velen een vermindering van bureaucratie en administratieve lasten. Het huidige kabinet heeft inmiddels toegezegd dat de administratieve lasten in deze kabinetsperiode met een kwart moeten dalen (VWS, 2003c).

Financiering

Veranderingen in de financiering van de huisartsenzorg staan op stapel. Daarover zijn ZN en LHV het in grote lijnen eens geworden. Het gaat dan om de scheiding van praktijkkosten en inkomen, waarbij meer dan nu rekening wordt gehouden met loon naar werken, zoals door de Commissie Tabaksblat is bepleit. Praktijkplannen zullen de basis voor financiering worden.

Er bestaan voor zover ons bekend (nog) geen plannen om de financieringsverschillen tussen de (eerstelijns)beroepsgroepen - die samenwerking belemmeren - aan te pakken. Wat in dit kader wel wordt overwogen is de invoering van functionele aanspraken en van (de financiering van) diagnose behandel combinaties (DBC). De partijen verschillen van mening over de voor- en nadelen hiervan. De meningsvorming hieromtrent is nog niet uitgekristalliseerd.

Voor het probleem van hoge investeringskosten (en fiscale belemmeringen) bij het opzetten van zorgcentra of samenwerkingsorganisaties bestaan landelijk gezien (nog) geen oplossingen. Op lokaal niveau zijn er inmiddels wel gemeenten en zorgverzekeraars die in dit opzicht een helpende hand bieden. Misschien dat ook de geplande aparte financiering van praktijkkosten kan bijdragen aan verlichting van het investeringsprobleem.

Tot slot zal een ingrijpende stelselwijziging plaatsvinden die voor 2006 is gepland. De invoering van een basisverzekering is inmiddels door de minister van VWS aangekondigd. Als gevolg daarvan zal ook de bekostigingssystematiek veranderen.

Gemeenten en zorgverzekeraars

Partijen verwachten van gemeenten en zorgverzekeraars dat zij vestiging aantrekkelijk maken en dat deze de totstandkoming van een geïntegreerde eerste lijn initiëren en stimuleren. Voorbeelden daarvan zijn te vinden in nieuwe woonwijken en vinexlocaties. Daarbuiten zijn er incidenteel gemeenten en zorgverzekeraars die initiatieven op dit gebied hebben ontplooid. Het is niet bekend of meer gemeenten en zorgverzekeraars van plan zijn vestiging aantrekkelijk te maken of de integratie van de eerstelijnszorg te stimuleren.

De samenhang tussen zorg, wonen en welzijn is volgens velen voor verbetering vatbaar. Ook op dit gebied hebben enkele gemeenten initiatieven genomen, met name wat betreft achterstandsgebieden in grote steden. Via de WMO krijgen gemeenten meer verantwoordelijkheden toebedeeld. De mate waarin dit de samenhang tussen wonen, zorg en welzijn zal bevorderen of juist belemmeren is niet te voorspellen. Die onzekerheid geldt ook voor de mate waarin zorgverzekeraars en gemeenten lokaal of regionaal initiatieven zullen nemen om tot regionale afstemming van het zorgaan-

bod te komen.

Een laatste suggestie (*tekstblok 6.12*) is een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Dit punt zal zeker op de agenda komen bij de invoering van de WMO.

6.10 Samenvatting

In dit hoofdstuk is beschreven welke (organisatorische) vernieuwingen volgens de betrokken partijen mogelijk zijn in de eerste lijn en welke effecten daarvan mogen worden verwacht. Uitgangspunt daarbij was de vraag: *Draagt de voorgestelde maatregel bij aan vergroting van de capaciteit of vermindering van de werkbelasting van de huisarts en andere hulpverleners in de eerste lijn?*

Het accent ligt ook in dit hoofdstuk op capaciteit en werkbelasting. Daarnaast is ingegaan op de eventuele neveneffecten van de maatregel voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg, voor zover daarover gegevens beschikbaar waren.

Via literatuuronderzoek is naar wetenschappelijke evidentie gezocht. Het literatuuronderzoek is afgebakend tot de Nederlandse situatie; buitenlandse ervaringen zijn niet zonder meer vertaalbaar naar het Nederlandse gezondheidszorgsysteem (Gezondheidsraad, 2004). Wij merken op dat de gevonden literatuur divers is en dat op sommige gebieden nog weinig tot geen onderzoek voorhanden is (bijvoorbeeld over taakherschikking naar nurse practitioners of physician assistants).

In deze laatste paragraaf worden de gevonden resultaten samengevat. Wij doen dat aan de hand van het overzicht van vernieuwingen aan het begin van dit hoofdstuk, dat ter herinnering nog eens verkort wordt weergegeven in *tekstblok 6.13*.

Per thema worden de bevindingen samengevat, gevolgd door onze conclusies. Daarbij kijken we wat de maatregel betekent voor het capaciteitsprobleem en wat mogelijke neveneffecten zijn op de kwaliteit, de vraaggerichtheid en de samenhang in de eerstelijnszorg.

Zorgbehoefte verminderen

Door velen is het belang van gezondheidsbevordering, voorlichting en preventie benadrukt. Uit onderzoek blijkt dat in theorie veel gezondheidswinst te behalen is via een gezondere leefstijl. Zoals bekend gaat het dan om stoppen met roken, maar (voor de toekomst) vooral ook om het terugdringen van overgewicht en lichamelijke inactiviteit. Als in dit opzicht de verschillen tussen hoog- en laagopgeleiden zouden verdwijnen, dan zou een aanzienlijke verbetering in gezondheidstoestand worden bereikt. Specifiek betekent dat dan vooral een reductie van diabetes, artrose en hartklachten. De mate waarin dat zou leiden tot vermindering van zorgconsumptie in de eerste lijn is niet bekend. Het gaat in dergelijk onderzoek vooral om reductie van sterfte, waarbij wel moet worden aangetekend dat bij eliminatie van een ziekte vaak een vervangende ziekte (als doodsoorzaak) optreedt.

Tekstblok 6.13: Overzicht van mogelijke vernieuwingen.

Thema	Aangrijpingspunten
a. Zorgbehoefte verminderen	gezondheidsbevordering voorlichting preventie
b. Zorggebruik terugdringen	zelfzorg bevorderen zorggebruik sturen (triage) zorggebruik afremmen
c. In- en uitstroom beïnvloeden	vooral van huisartsen
d. Praktijkondersteuning en taakdelegatie	inhoudelijke taakdelegatie facilitaire ondersteuning ICT-gebruik
e. Taakherschikking	structurele herverdeling van taken naar andere beroepsgroepen
f. Samenwerking en organisatie	preventie en jeugdzorg acute zorg chronisch zieken en ouderen kwetsbare groepen en migranten/allochtonen psychische en sociale problemen arbeidsgerelateerde problemen organisatorische schaalvergroting

Ook via valpreventie (bij ouderen) valt enige winst te behalen, hetgeen wellicht leidt tot enige zorgreductie in ziekenhuizen en verpleeghuizen. De mogelijkheden van preventieve vaccinatie en -medicatie zullen waarschijnlijk toenemen, maar daarover zijn nog geen voorspellingen te doen.

Het belang van preventie en lokaal gezondheidsbeleid in achterstandswijken staat niet ter discussie. De effecten daarvan zijn echter moeilijk meetbaar. In zijn algemeenheid zijn geen onderzoeksgegevens beschikbaar over de mate waarin gezondheidsbevordering en preventie leidt tot vermindering van zorgbehoeften in de eerste lijn.

Bij dit alles moeten twee overwegingen worden betrokken. Ten eerste hebben gezondheidsbevordering en preventie niet als doel capaciteitsproblemen op te lossen, maar de gezondheidstoestand te verbeteren vanuit volksgezondheidsperspectief. Ten tweede zouden in de toekomst ook nieuwe taken op het gebied van (primaire, secundaire of tertiaire) preventie aan de eerste lijn kunnen worden toebedeeld. De mate waarin dat zal gebeuren is onbekend. Dit is afhankelijk van toekomstige beleidsbeslissingen.

Conclusies

Gezondheidsbevordering en preventie zouden op termijn het capaciteitsprobleem kunnen verlichten, zij het dat de uitvoering ook extra capaciteit vraagt. De bijdrage van preventie aan de volksgezondheid en aan de kwaliteit en vraaggerichtheid van de zorg staat niet ter discussie. Mensen hechten het grootste belang aan voorlichting en

informatie over gezondheid en zorg. Preventie kan zowel bijdragen aan samenhang als aan versnippering van de zorg afhankelijk van de wijze waarop preventie wordt uitgevoerd, afgestemd met andere zorgvormen of op geïsoleerde wijze.

Zorggebruik terugdringen

Voor het terugdringen van zorggebruik in de eerste lijn is een aantal maatregelen voorgesteld. Voorop moet worden gesteld dat onderzoek laat zien dat weinig onnodig zorggebruik plaatsvindt in de huisartspraktijk. Dat betekent dat de potentieel te behalen winst beperkt is. Er bestaat wel evidentie voor de effectiviteit van enkele voorgestelde maatregelen.

Ten eerste blijkt dat zelfzorg voor lichte kwalen inmiddels is toegenomen. Mensen doen meer zelf en minder mensen vinden bij dergelijke (lichte) kwalen een huisartsbezoek nodig. Dit kan veroorzaakt zijn door pakketmaatregelen omdat een aantal alledaagse geneesmiddelen uit het pakket is verdwenen. Het kan ook, en mede, bewerkstelligd zijn door betere informatie en voorlichting op het gebied van zelfzorg, bijvoorbeeld via internet maar ook in de huisartspraktijk. Wij vermoeden dat deze trend zich zal voortzetten.

Het zorggebruik zou in theorie ook verder teruggedrongen kunnen worden met het heffen van eigen bijdragen. Echter eigen bijdragen werken alleen consumptieremmend als deze bijdragen hoog zijn - zo bleek in de thuiszorg - en niet herverzekeraar - zo bleek in de huisartsenzorg. Maatschappelijk en politiek zal dit weerstand oproepen. Geringe eigen bijdragen blijken weinig tot geen effect te hebben.

Eigen bijdragen voor anderen dan preferred providers is ook een mogelijkheid die door geïnterviewden is geopperd. Dat wil zeggen dat patiënten alleen een eigen bijdrage betalen als zij andere hulpverleners willen bezoeken dan voorkeursaanbieders (preferred providers). Dat betekent in feite een bijdrage voor meer keuzevrijheid. Wat de effecten daarvan zullen zijn is niet bekend omdat daarmee in Nederland nog geen ervaringen zijn opgedaan.

Pakketmaatregelen blijken een effectief middel om het zorggebruik af te remmen, maar onder bepaalde condities. Huisartsen bleken bijvoorbeeld veel minder paracetamol voor te schrijven toen dit niet langer (via het pakket) werd vergoed. In de fysiotherapie daalde de zorgconsumptie direct na invoering van de eerste pakketmaatregel. Echter in de fysiotherapie was die daling maar tijdelijk, omdat patiënten zich aanvullend verzekerden. De effecten verdwenen dus vrij snel. Herverzekering kan de effecten van pakketmaatregelen (gedeeltelijk) teniet doen. In de thuiszorg is nog niet bekend wat de effecten zijn van pakketverkleining (huishoudelijke hulp) en de invoering van de WMO.

Bij pakketmaatregelen - die tot nu toe vooral uit het oogpunt van kostenbesparing zijn genomen - zijn nog twee overwegingen van belang. Ten eerste is onbekend of patiënten inderdaad minder (zelfzorg)geneesmiddelen zijn gaan gebruiken (consumptieremmend), óf dat zij op voorschrift van de huisarts zijn overgestapt op andere (duurdere) middelen die wel worden vergoed, óf dat patiënten nu hun (zelfzorg)geneesmiddelen uit eigen zak betalen (kostenverschuiving van verzekering naar patiënt). Wat dit laatste betreft is als tweede overweging de maatschappelijke

acceptatie van belang. Deze zal per pakketmaatregel moeten worden bezien. Over de mate waarin zorgaanbieders zelf gepast gebruik kunnen bevorderen, zoals geadviseerd door de RVZ, zijn geen onderzoeksgegevens bekend.

Conclusie

Er bestaan mogelijkheden om het zorggebruik terug te dringen via hoge eigen bijdragen of pakketmaatregelen. Dat zal waarschijnlijk weinig invloed hebben op het capaciteitsprobleem omdat onnodig zorggebruik gering is en zelfzorg toeneemt. Hoge eigen bijdragen en pakketmaatregelen zijn niet consistent met vraaggerichtheid en zij beïnvloeden vanzelfsprekend de kwaliteit van zorg omdat een drempel (in de toegankelijkheid) wordt opgeworpen. Het is onbekend of ook de samenhang van zorg wordt beïnvloed.

Effecten van andere manieren om het zorggebruik terug te dringen (via zorgaanbieders of preferred providers) zijn nog niet bekend en niet onderzocht.

In- en uitstroom beïnvloeden

Voor de verwachte capaciteitsontwikkelingen tot 2020 verwijzen we naar de conclusies van *hoofdstuk 5*. In grote lijnen blijkt daaruit dat bij een aantal eerstelijnsdisciplines eerder een overschot dan een tekort wordt verwacht, namelijk bij apothekers, fysiotherapeuten en verloskundigen. Het aantal verpleegkundigen en verzorgenden is nu voldoende om aan de vraag te kunnen voldoen. Er kunnen op termijn wel tekorten ontstaan, mede afhankelijk van de economische situatie. Over het toekomstige aanbod van (en eventuele tekorten aan) algemeen maatschappelijk werkenden of eerstelijnspsychologen kunnen moeilijk uitspraken worden gedaan omdat te weinig gegevens over deze beroepsgroepen beschikbaar zijn. Wel wordt een toename in de vraag naar geestelijke gezondheidszorg verwacht. Het grootste capaciteitstekort zal zich in 2020 waarschijnlijk bij huisartsen voordoen.

De instroom in de huisartsenopleiding is inmiddels drastisch vergroot. Om de uitstroom te beperken is een seniorenbeleid voor huisartsen voorgesteld via vrijstellingen van ANW-diensten. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt tussen een collectief en een individueel seniorenbeleid. De effectiviteit van een collectief seniorenbeleid, dus voor alle huisartsen, blijkt beperkt te zijn en de kosten erg hoog. Bij vrijstelling voor alle oudere huisartsen zijn namelijk veel waarnemers (en dus extra huisartsen) nodig. Bovendien is het niet bekend óf, en zo ja, hoeveel jaren huisartsen door vrijstelling inderdaad langer zouden blijven werken. Op individueel niveau is inmiddels (voorjaar 2004) wel een seniorenbeleid opgenomen in de modelovereenkomst voor huisartsen en zorgverzekeraars. Huisartsen die dat willen hebben daarmee individueel de mogelijkheid afspraken over vrijstelling van diensten contractueel vast te leggen.

Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of meer huisartsen voor het beroep behouden kunnen blijven door vestiging te faciliteren. Misschien kan de uitstroom van huisartsen, maar ook van verpleegkundigen en verzorgenden worden tegengegaan door de aantrekkelijkheid van de beroepen te vergroten, bijvoorbeeld via taakdifferentiatie of specialisatie. Effecten daarvan zijn nog niet bekend.

Conclusie

Capaciteitsproblemen bij huisartsen, en waarschijnlijk ook in de verpleging en verzorging en de GGZ kunnen effectief worden aangepakt door verhoging van de instroom in het beroep. Dat draagt bij aan kwaliteit en vraaggerichtheid en faciliteert wellicht samenwerking omdat daar meer tijd voor vrijkomt. Of ook de uitstroom uit het beroep - bij met name huisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden - kan worden beïnvloed zodat meer mensen voor het beroep behouden blijven is onbekend. Nader onderzoek moet dat uitwijzen.

Praktijkondersteuning en taakdelegatie

Volgens veel geïnterviewden is verdere taakdelegatie en praktijkondersteuning noodzakelijk, zowel op medisch inhoudelijk gebied als op facilitair gebied. Daar worden veel positieve effecten van verwacht. Onderzoek laat zien dat de laatste jaren al veel efficiencywinst is geboekt en dat verdere taakdelegatie naar praktijkassistenten en praktijkondersteuners inderdaad een effectief middel is om de werkbelasting binnen de perken te houden. Dat blijkt ook uit de positieve ervaringen van huisartsen. De afgelopen jaren zijn al meer medische taken aan praktijkassistenten gedelegeerd en zowel huisartsen als assistenten vinden verdere taakdelegatie een wenselijke ontwikkeling. Ook praktijkondersteuners zijn inmiddels aan veel huisartspraktijken toegevoegd. Hun kwantitatieve bijdrage aan werklastvermindering is tot nu toe relatief gering. Ten eerste omdat een praktijkondersteuner maar een beperkt aantal uren is aangesteld en ten tweede omdat een praktijkondersteuner vaak taken op zich neemt die zijn blijven liggen (bijvoorbeeld naleven van NHG-standaarden). In dat verband is wellicht een belangrijker bevinding dat met het aanstellen van praktijkondersteuners significante kwaliteitsverbeteringen worden gerealiseerd, zowel wat betreft zorg als (tertiaire) preventie. Dat geldt met name voor chronisch zieken. Diabetescontroles worden bijvoorbeeld frequenter uitgevoerd ter voorkóming van verergering of complicaties en daarmee hopelijk ook voorkóming van (duurdere) tweedelijnszorg. Door praktijkondersteuning blijkt de tevredenheid van patiënten over de huisartsenzorg toe te nemen.

In principe kunnen de mogelijkheden van taakdelegatie naar praktijkassistenten en praktijkondersteuners in de toekomst worden uitgebreid, naarmate meer fte's assistentie en ondersteuning beschikbaar zijn.

Effecten van taakdelegatie naar eventueel nieuwe disciplines (nurse practitioners, physician assistants, praktijkmanagers et cetera) zijn onbekend. Dat geldt ook voor de werklastvermindering die kan worden bereikt door facilitaire ondersteuning. Dit is in opkomst en op dat gebied zijn experimenten in vele varianten te zien. Facilitaire ondersteuning bevindt zich nog in de ontwikkel- en implementatiefase en de effecten (kosten/baten) zijn dan ook nog niet of nauwelijks onderzocht.

Veel voordelen worden verwacht van toenemend ICT-gebruik in de zorg. Naast efficiëntiewinst zullen de effecten daarvan volgens ons met name bijdragen aan de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld door het invoeren van het elektronisch medisch patiëntendossier en het landelijk medicatiedossier, zodat de medische gegevens voor de betrokken hulpverleners toegankelijk zijn. Volgens NICTIZ kan dit in 2006 zijn gerealiseerd.

De toekomstige mogelijkheden van e-health en e-zorg zijn moeilijk voorspelbaar wat betreft de invloed daarvan op de zorgconsumptie en werkbelasting in de eerste lijn.

Conclusie

Capaciteitsproblemen zijn de laatste jaren binnen de perken gebleven doordat huisartsen meer doen in minder tijd en meer delegeren (efficiencywinst). Verdere taakdelegatie aan praktijkassistenten en praktijkondersteuners verlicht het capaciteitsprobleem en de (ervaren) werkdruk. Er is vooral een positief effect op kwaliteit van zorg en preventie, op vraaggerichtheid en op de samenhang in de zorg voor chronisch zieken.

De effecten van andere vormen van taakdelegatie (naar nieuwe disciplines) en van ondersteuning op facilitair of ICT-gebied zijn nog onbekend. Er zijn wel veel ontwikkelingen gaande.

Taakherschikking

Bij taakherschikking gaat het om structurele herverdeling van taken naar andere beroepsgroepen. Het gaat dan om het inschakelen van call centra, het oprichten van walk-in centra en het verschuiven van taken naar onder andere apothekers, verloskundigen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten. In zijn algemeenheid zijn effecten van taakherschikking nog onzeker, omdat daarmee in Nederland nog nauwelijks ervaring is opgedaan. Experimenten op dat gebied zijn in gang gezet.

In enkele regio's hebben huisartsen de mogelijkheid overdag een call centrum in te schakelen om zo de werkbelasting van huisarts en praktijkassistente te verlichten. Daarmee werden inderdaad een aantal (telefonische) vragen van patiënten opgevangen. De praktijkassistenten kregen minder telefoontjes gedurende de dagdelen dat de telefoon naar het call centrum was doorgeschakeld. De betrokken huisartsen merkten naar eigen zeggen weinig van werkreductie. Huisartsen en praktijkassistenten namen een afwachtende houding aan tegenover deze nieuwe voorziening. Het ziet er (eind 2004) naar uit dat het call centrum wordt gesloten omdat te weinig huisartsen er gebruik van maken.

Van een andere orde zijn telefonische informatielijnen waar patiënten/consumenten met hun vragen terecht kunnen. Deze informatielijnen hebben vooral tot doel de toegankelijkheid van zorg te vergroten en zelfzorg te bevorderen.

In het buitenland is ook ervaring opgedaan met walk-in centra oftewel zorgcentra geleid door verpleegkundigen. Patiënten kunnen daar direct zonder tussenkomst van de huisarts terecht (vergelijkbaar met het inloopsprekeuur maar dan bij verpleegkundigen). In Nederland zijn enkele experimenten met walk-in centra gestart. De effecten daarvan moeten worden afgewacht. Gespecialiseerde verpleegkundigen zijn overigens al veel langer belast met de - vaak transmurale - zorg en zorgcoördinatie bij chronisch zieken.

Wat betreft taakherschikking naar andere disciplines kan in Nederland de directe toegankelijkheid van de fysiotherapie worden genoemd. Op dat gebied zijn in Nederland proefprojecten gehouden. Uit de evaluatie daarvan leek de directe toegankelijkheid

van fysiotherapeuten bij te dragen aan de toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg, maar (in de proefprojecten) weinig tot geen invloed te hebben op de werkdruk van de huisarts. Nader onderzoek is aangekondigd.

Met taakherschikking naar apothekers en verloskundigen - zoals door enkelen is voorgesteld - is in Nederland geen ervaring opgedaan.

Conclusie

Taakherschikking vereist experimenten en nader onderzoek om de korte en lange termijn effecten vast te stellen. De mate waarin taakherschikking capaciteitsproblemen oplost is onzeker omdat huisartsen vooralsnog weinig werkdrukvermindering ervaren. Onzeker zijn ook de effecten op kwaliteit en vraaggerichtheid. De samenhang zou in gevaar kunnen komen bij verdere versnippering van de zorg.

Samenwerking en organisatie

Samenwerking en organisatie zijn aan elkaar gerelateerd. Meer samenwerking wordt door nagenoeg alle geïnterviewden vanzelfsprekend gevonden. Dat biedt meer mogelijkheden voor taakdifferentiatie en -specialisatie en biedt meer mogelijkheden voor het delegeren van taken en voor praktijkondersteuning. Toenemende samenwerking lijkt in de huisartspraktijk een autonome ontwikkeling te zijn, ingegeven door de behoefte van de beroepsgroep zelf.

In de onderzoeksliteratuur is gezocht naar ideale samenwerkings- en organisatie-modellen voor de eerste lijn die een bijdrage aan de oplossing van het capaciteitsprobleem zouden kunnen leveren. Immers van diverse kanten wordt gesteld dat een betere samenwerking en organisatie het capaciteitsprobleem gedeeltelijk zou oplossen. Een probleem is wel dat vaak niet is geëxpliciteerd wat men precies onder samenwerking verstaat (zorginhoudelijke afstemming of organisatorische schaalvergroting), zoals wij in *hoofdstuk 2* hebben beschreven.

De belangrijkste bevinding uit het onderzoek is dat er vooralsnog niet één organisatie-model te vinden is dat de beste oplossing biedt, althans voor zover het gaat om oplossing van capaciteitsproblemen. Op dit moment hebben grotere samenwerkingsverbanden namelijk juist nog (veel) minder patiënten per fte-huisarts dan solisten. Er zijn wel indicaties dat grotere samenwerkingverbanden - en dan met name de huidige gezondheidscentra - voordelen hebben als het gaat om de kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

Meer in detail is het volgende geconstateerd. De grootste praktijken vindt men bij de huidige solisten, bij oudere huisartsen en meer bij mannen dan bij vrouwen. Voor toekomstige ramingen is dit gegeven relevant gezien de toename van vrouwelijke huisartsen, de behoefte aan part-time werken en de toenemende samenwerking in de eerste lijn.

Grotere samenwerkingsverbanden blijken wel over een uitgebreider instrumentarium te beschikken en doorgaans worden meer taken gedelegeerd. Gezondheidscentra voeren over het algemeen meer (extra) preventieve taken uit en meer periodieke controles. Ook worden minder patiënten naar de tweede lijn verwezen, omdat meer problemen in de eerste lijn zelf worden opgelost (daartoe werd het aantal patiënten per

huisarts bewust laaggehouden, bijvoorbeeld in Almere).

Bij deze gegevens is een kanttekening op zijn plaats: het schaarse onderzoek is vooral gebaseerd op gezondheidscentra, die zoveel mogelijk problemen in de eerste lijn willen behandelen en zo min mogelijk naar de tweede lijn willen verwijzen. Er kan niet zonder meer vanuit worden gegaan dat dit voor alle (toekomstige) samenwerkingsverbanden geldt.

De samenwerking in de acute zorg tussen HAP en SEH heeft voordelen voor patiënten wat betreft de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. In dat opzicht is het gunstig dat veel huisartsenposten van plan zijn verregaande samenwerking met de SEH aan te gaan. Volledige integratie van HAP en SEH kan nog meer voordelen hebben, maar lijkt niet noodzakelijk. Ook bij verregaande samenwerking blijkt al een aanzienlijke doelmatigheidswinst te worden gerealiseerd. Doorgaans betekent dit wel een verschuiving van taken van SEH naar HAP en daarmee ook verlies van inkomen voor het ziekenhuis. Daarvoor zullen oplossingen moeten worden gevonden.

Voor een aantal chronische ziekten - met name COPD, diabetes mellitus en CVA - is de zorg al in zorgketens georganiseerd, zijn (regionale) ketenafspraken gemaakt en vervullen (gespecialiseerde) verpleegkundigen - vanuit de thuiszorg of het ziekenhuis - een belangrijke rol. Voor andere chronische aandoeningen is dat in veel mindere mate het geval. In dat opzicht valt nog veel te verbeteren. Een nuancering is daarbij op zijn plaats. Ook zonder (regionale) ketenafspraken blijkt ook nu al vaak sprake te zijn van afstemming in de zorg, althans volgens de patiënten zelf. Ketenzorg en coördinatie van zorg zal ongetwijfeld toenemen. Wat dit betekent voor de werkbelasting in de eerste lijn is nog nauwelijks onderzocht.

De versterking van de eerstelijns-GGZ in Nederland heeft de werkdruk van huisartsen verlicht. Dat geldt specifiek voor de behandeling van psychische problemen, hetgeen huisartsen tegenwoordig veel minder dan voorheen tot hun taak rekenen. Door de versterkte eerstelijns-GGZ konden meer psychische problemen behandeld worden, met name door de detachering van SPV-ers (uit de tweede lijn) in de eerste lijn. Als neveneffect werden meer psychische problemen opgespoord en vonden meer verwijzingen naar de tweedelijns-GGZ plaats. Huisartsen zijn (zeer) tevreden over deze capaciteitsuitbreiding in de eerste lijn. Een nieuwe ontwikkeling is vermoedelijk het opnemen van vergoedingen voor eerstelijns psychologische zorg in het basispakket. De gevolgen daarvan zullen ter zijner tijd moeten worden onderzocht.

Conclusie

Bij samenwerking ligt het accent niet op capaciteit maar op kwaliteit (en doelmatigheid). Dat komt in gezondheidscentra tot uiting in multidisciplinaire zorg, preventieve activiteiten en weinig verwijzingen naar de tweede lijn. Dat vraagt niet minder maar méér capaciteit. Uit het oogpunt van capaciteit biedt de toenemende samenwerking wel meer mogelijkheden voor part-time werken, taakdelegatie en ondersteuning.

Capaciteitsoverwegingen lijken van secundair belang bij afstemming in de zorg voor chronisch zieken (ketenzorg) en afstemming van spoedeisende hulp tussen HAP en SEH. Uit het oogpunt van vraaggerichtheid en samenhang lijkt deze afstemming een must en staat dan ook nauwelijks meer ter discussie.

Aansturing en financiering

Wat betreft aansturing en financiering is in de vorige paragraaf beschreven welke suggesties zijn gedaan ten aanzien van de aansturing en financiering van de eerstelijnszorg. Beschreven is daarnaast welke maatregelen inmiddels in gang zijn gezet en welke ingrijpende wijzigingen in het zorgstelsel en wetgeving op stapel staan. Ook is uitgelegd dat nog geen evidentie over de effecten daarvan beschikbaar is. De aangekondigde veranderingen zijn eenvoudigweg nog niet doorgevoerd of geïmplementeerd. Het is wel duidelijk dat de (eerstelijns)zorg de komende jaren sterk in beweging zal zijn.

Conclusie

De gevolgen van de voorgenomen stelselwijziging en veranderingen in wetgeving en financiering zijn niet te voorzien. Zorgvuldig evaluatie-onderzoek is nodig om te zien wat de effecten zullen zijn op capaciteit, kwaliteit, samenhang en vraaggerichtheid van de eerstelijnszorg.

Tot slot

De belangrijkste aanleiding tot deze studie was de verwachting dat een groot capaciteitsprobleem in de huisartsenzorg zou ontstaan. Deze studie heeft aangetoond dat er - bij ongewijzigd beleid - weliswaar een capaciteitsprobleem zal ontstaan, maar minder groot dan door velen werd verwacht.

In dit laatste hoofdstuk zijn veel suggesties gedaan om capaciteitsproblemen het hoofd te bieden. Van de vergrote instroom en verdere taakdelegatie en ondersteuning kunnen de nodige effecten worden verwacht. Wij moeten echter ook constateren dat van veel suggesties nog niet bekend is wat de effecten op capaciteit en kwaliteit zullen zijn. In dat opzicht is een positieve bevinding dat er maatregelen zijn - zoals praktijkondersteuning - die positief uitwerken op zowel de capaciteit als de kwaliteit van zorg en van preventie. Dergelijke maatregelen, waarbij het mes aan twee kanten snijdt, lijken het meest kansrijk voor de toekomst.

7 EEN LIJN NAAR DE TOEKOMST

D.H. de Bakker, J.J. Polder, E.M. Sluijs & H.F. Treurniet

7.1 Inleiding

In dit slothoofdstuk worden de bevindingen uit alle hoofdstukken op één lijn gezet. Eerst wordt in *paragraaf 7.2* kort het kader van de studie en de vraagstelling weergegeven. In *paragraaf 7.3* wordt ingegaan op de vraag naar eerstelijnszorg, waarbij trends uit het verleden worden geanalyseerd en geëxtrapoleerd naar de toekomst. Tevens worden maatregelen om de vraag in de toekomst te beïnvloeden besproken. Het aanbod komt aan de orde in *paragraaf 7.4*: de trends daarin, de mate waarin het aanbod de vraag in de toekomst getalsmatig zal kunnen bijbenen en mogelijke maatregelen om het aanbod te beïnvloeden. *Paragraaf 7.5* behandelt de implicaties van de toekomstige ontwikkelingen voor de organisatie van de zorg, dit met name in het licht van de gewenste vraagsturing en samenhang. Aanbevelingen voor het beleid komen aan de orde in *paragraaf 7.6*. Het hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen om kennislacunes op te vullen (*paragraaf 7.7*).

7.2 Kader en vraagstelling

Nederland heeft een sterke, goed ontwikkelde eerstelijnsgezondheidszorg die internationaal faam geniet. Deze kenmerkt zich door het generalistische karakter, een laagdrempelige toegang in de buurt, gerichtheid op de mens in zijn eigen omgeving, en door het ambulante karakter en continuïteit van de zorg.

Centraal in die eerste lijn staat de medische zorg verleend door de huisarts. Diens positie als poortwachter voor de tweede lijn is recentelijk bevestigd door de resultaten van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Daarnaast omvat de eerstelijns ook paramedische en farmaceutische zorg, thuiszorg, verloskundige zorg, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijns psychologische zorg. Een deel van de zorgverleners richt zich op het hele spectrum van aandoeningen (huisarts en apotheker) en een ander deel specialiseert zich op specifieke groepen van aandoeningen: fysiotherapeuten en oefentherapeuten op aandoeningen van het bewegingsapparaat, verloskundigen op zorg rond zwangerschap en bevalling, AMW en eerstelijnspsychologen op psychische en sociale problemen en de thuiszorg, ten slotte, richt zich vooral op mensen met beperkingen als gevolg van chronische aandoeningen.

De eerste lijn wordt hogelijk gewaardeerd door patiënten, overheid en verzekeraars. Ook het overgrote deel van de hulpverleners in de eerste lijn doet ondanks klachten over werkdruk en honorering zijn werk met plezier. De afgelopen 10 jaar hebben de disciplines in de eerste lijn zich sterk geprofessionaliseerd. Bekend zijn de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap, maar ook de paramedische beroepen, de thuiszorg, de apothekers, de verloskundigen en de eerstelijns-GGZ hebben

een sterke professionalisering doorgemaakt. Het traditioneel zwakke punt van de eerste lijn is het gebrek aan samenwerking en samenhang, door het kleinschalige karakter en de grotendeels monodisciplinaire samenwerkingsvormen.

Hoewel de eerste lijn op dit moment in grote lijnen naar behoren functioneert zijn er in beleidsmatige kringen zorgen over de bestendigheid in de toekomst. De zorg daarover klinkt door in vele nota's die in recente jaren over de eerste lijn zijn verschenen. Het gaat dan met name over de vraag of het aanbod van eerstelijnsgezondheidszorg in de toekomst nog kan worden afgestemd op de veranderende zorgvraag. Dit betreft niet alleen een kwantitatief probleem (hebben we genoeg zorgverleners om de groeiende vraag op te vangen?) maar ook een kwalitatief probleem (kunnen we de omslag maken naar een vraaggestuurd stelsel zonder dat samenhang en kwaliteit daar onder lijden?). De inschatting is dat deze problemen zich niet vanzelf oplossen vanwege de versnipperde aansturing en financiering van de eerste lijn. In het licht van deze problematiek is de vraagstelling voor dit themarapport geformuleerd:

Vraagstelling

Welke afstemmingsproblemen tussen de vraag naar zorg en de capaciteit van het zorgaanbod kunnen zich in 2020 voordoen in de eerstelijnszorg en wat zijn kansrijke maatregelen om die afstemmingsproblemen het hoofd te bieden?

In onze toekomstverkenningen van vraag en aanbod ligt het accent op het kwantitatieve probleem. Bij de analyse van kansrijke maatregelen om afstemmingsproblemen het hoofd te bieden zal tevens worden ingegaan op het kwalitatieve probleem, namelijk de gevolgen van deze maatregelen voor samenhang en kwaliteit van zorg.

7.3 De ontwikkeling van de vraag

Kernboodschap 1

Voor het overgrote deel van hun gezondheidsklachten doen mensen geen beroep op de eerstelijnszorg. Onnodig zorggebruik is er weinig en in de loop der tijd eerder af- dan toegenomen.

Nederlanders zijn in het algemeen goed gezond. De levensverwachting kan de vergelijking met andere Europese landen redelijk goed doorstaan. De trends in de levensverwachting zijn echter minder gunstig en ook zijn er zorgen over de toename van ongezond gedrag en de gevolgen daarvan voor de volksgezondheid. Bijna iedere inwoner van Nederland ervaart regelmatig gezondheidsproblemen, maar in de meeste gevallen gaat het om aandoeningen als verkoudheid, hoofdpijn en rugklachten die kort duren en weinig ziekte last veroorzaken. Als gekeken wordt naar de langer durende aandoeningen, dan komt in de totale bevolking migraine het meest veelvuldig voor, gevolgd door psychische klachten, hoge bloeddruk en gewrichtsslijtage (artrose).

Voor het overgrote deel van de gezondheidsklachten in de bevolking wordt geen beroep op de eerste lijn gedaan, zelfs niet bij veel chronische lichamelijke aandoeningen. Huisartsen zien in hun praktijk vooral mensen met nek- en rugklachten, verhoogde bloeddruk en een groot aantal infectieziekten. Als mensen hulp zoeken is de huisarts veelal het eerste aanspreekpunt als poortwachter van (het grootste deel van) de gezondheidszorg. Ruim driekwart van de Nederlanders bezoekt de huisarts ten minste één keer per jaar. Een deel van die bezoeken is volgens huisartsen en patiënten zelf onnodig, maar het betreft een klein deel en dat op basis van een oordeel achteraf. Uit een vergelijking van de Tweede met de Eerste Nationale Studie blijkt dat onnodig zorggebruik tussen 1987 en 2003 eerder is afgenomen dan toegenomen.

Kernboodschap 2

De eerste lijn en met name de huisarts als poortwachter spelen een belangrijke rol voor de doelmatigheid van de Nederlandse gezondheidszorg.

Het oplossend vermogen van de huisartspraktijk blijkt uit het feit dat 96% van de contacten binnen de huisartspraktijk wordt afgehandeld. Het oplossend vermogen van de eerste lijn als geheel blijkt uit het feit dat in bijna de helft van de verwijzingen binnen de eerste lijn wordt verwezen. Ongeveer 13% van de bevolking is in behandeling bij een fysiotherapeut. Bij de overige eerstelijnsdisciplines, waaronder oefentherapie, verloskundige zorg, algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijns psychologische zorg, komt minder dan 2% van de bevolking. Gemiddeld duren de contacten met deze zorgverleners wel langer dan bij de huisarts. Ook het aantal contacten per patiënt is hoger. Vijf procent van de bevolking maakt gebruik van de thuiszorg, waarbij het vooral gaat om verzorging en huishoudelijke hulp. De huisarts heeft hierbij overigens geen directe verwijsfunctie. De indicatiestelling hiervoor vond plaats door Regionale Indicatieorganen (RIO) en sinds kort door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Bij de verwijzingen naar de tweede lijn gaat het vooral om mensen met chronische ziekten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Jaarlijks wordt 15% van de ingeschreven personen in de huisartspraktijk voor een nieuw gezondheidsprobleem verwezen naar de tweede lijn.

Kernboodschap 3

Op grond van demografische ontwikkelingen is een sterke tot zeer sterke toename van de zorgvraag te verwachten naar huisartsenzorg, farmaceutische zorg en thuiszorg.

Epidemiologische ontwikkelingen zullen de vraag verder laten stijgen voor in ieder geval huisartsenzorg, farmaceutische zorg en spoedeisende hulp. Dit wordt veroorzaakt door een stijgende trend in de prevalentie van chronische aandoeningen (waaronder astma en diabetes mellitus) en lichamelijke letsels. Door dalende trends in het voorkomen van rug- en nekklachten wordt naar verwachting de demografische vraagtoename naar fysiotherapie en oefentherapie afgezwakt.

Voor thuiszorg en algemeen maatschappelijk werk zijn onvoldoende gegevens beschikbaar om epidemiologische ontwikkelingen door te rekenen. Maar alleen al op

grond van de demografische ontwikkeling zal de vraag naar thuiszorg zeer sterk toenemen, namelijk met ruim 24% in de periode tot 2020. Dit geldt voor zowel verpleging en verzorging in de thuissituatie als huishoudelijke verzorging en alpha-hulp. Op basis van demografische verkenningen wordt voor verloskundige zorg een lichte daling verwacht. De trends in psychische stoornissen zijn te weinig eenduidig om daaraan een helder toekomstbeeld te verbinden, maar een vraagstijging behoort wel tot de mogelijkheden.

Behalve epidemiologische verkenningen zijn voor de huisartsenzorg en de thuiszorg ook sociaal-demografische ontwikkelingen doorgerekend. Daarbij is gekeken naar de groei van het aantal allochtonen en veranderingen in de huishoudenssamenstelling. De toename van het aantal allochtonen in Nederland leidt nauwelijks tot een extra vraag naar huisartsenzorg. De toename van het aantal éénpersoonshuishoudens leidt wel tot extra vraag naar huisartsenzorg en thuiszorg.

In bovenstaande ramingen is geen rekening gehouden met mogelijke effecten van voortgaande extramuralisering op de vraag naar eerstelijnszorg. Verkorting van de verpleegduur in de ziekenhuizen, beperking van de capaciteit in verpleeghuizen en verzorgingshuizen alsmede technologische ontwikkelingen bijvoorbeeld op het terrein van de ICT zullen zeker ook hun consequenties voor de eerste lijn hebben. Wij nemen aan dat de vraag hierdoor per saldo meer zal stijgen dan in de bovengenoemde ramingen, vooral ook omdat veel mensen graag zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen.

Kernboodschap 4

Een belangrijk punt is of de zorgvraag kan worden afgeremd. Theoretisch zou dit kunnen door ziekten te voorkómen. Nu is preventie wel van groot belang voor de volksgezondheid, maar het zal niet zonder meer leiden tot een daling van de zorgvraag. Omdat de eerste lijn een goede infrastructuur biedt om preventie te organiseren ligt een toenemende rol van de eerste lijn bij de uitvoering van preventie voor de hand met als consequentie een toenemende werklust.

Zijn er mogelijkheden om de zorgvraag te verminderen? Theoretisch zou via preventie en verbetering van de volksgezondheid een daling van de zorgvraag kunnen worden gerealiseerd. De werkelijkheid is echter gecompliceerder. Voorop staat dat preventie van groot belang is voor de bevordering van de volksgezondheid. Het doel van preventie kan kort worden omschreven als 'langer gezond leven'. Maar dit wil nog niet zeggen dat daardoor automatisch de zorgvraag in de eerste lijn afneemt. De zorgvraag kan ook toenemen omdat mensen met een zwakke gezondheid langer thuis blijven wonen. Verder biedt de eerste lijn een uitstekende infrastructuur voor de inbedding van preventie vanwege de vertrouwensband met de patiënt en het overzicht over diens gezondheidsproblemen, zoals onder meer de griepvaccinatiecampagne en de diabetescontroles laten zien. Dit impliceert echter wel extra werk in de eerste lijn. Al met al is preventie dus geen effectieve maatregel voor de aanpak van capaciteitsproblemen.

Kernboodschap 5

De zorgvraag zou ook kunnen worden afgeremd door eigen bijdragen, maar die werken alleen wanneer zij hoog en niet herverzekerbare zijn. Pakketmaatregelen beïnvloeden wel de financieringsstromen van de zorg maar door overheveling van geschrapte voorzieningen in aanvullende verzekeringen zal het effect op de vraag gering zijn.

Een andere mogelijkheid zou zijn om de vraag terug te dringen via eigen bijdragen of verkleining van het verstrekkingenpakket. Het wetenschappelijk draagvlak daarvoor blijkt echter beperkt te zijn. Bovendien is de directe, drempelloze toegang een belangrijk kenmerk van de eerste lijn. Beperking van de toegang zou te motiveren zijn uit het oogpunt van beperking van onnodig zorggebruik, maar dat blijkt er nauwelijks te zijn.

Wij concluderen dat de vraag naar eerstelijnszorg waarschijnlijk meer zal toenemen dan in onze vraagverkenning is voorgesteld, afhankelijk van de voortgaande extramuralisering en de mate waarin de eerste lijn voor preventietaken wordt ingeschakeld. Beïnvloeding van het zorggebruik blijkt moeilijk en staat op gespannen voet met het uitgangspunt van vraaggestuurde zorg. We richten ons daarom nu op het aanbod.

7.4 Is het aanbod toereikend?

Kernboodschap 6

Onze inventarisatie van het zorgaanbod wijst uit dat er tendensen naar schaalvergroting zijn. Toch kan het grootste deel van de eerste lijn (met uitzondering van de thuiszorg) nog steeds worden getypeerd als (monodisciplinair) kleinbedrijf. De toenemende wens tot normalisering van werktijden en part-time werken heeft niet alleen gevolgen voor de benodigde capaciteit in de eerste lijn, maar ook voor de organisatie omdat part-timers bij voorkeur in grootschaliger samenwerkingsverbanden werkzaam zijn.

De eerste lijn wordt gekenmerkt door monodisciplinaire, kleinschalige organisaties. Alleen de thuiszorg en gedeeltelijk ook de apothekersbranche kenmerken zich door grotere of soms zelfs grootschalige organisatievormen. Multidisciplinaire gezondheidscentra hebben hun aandeel van ruim 7% van de bevolking in de achterliggende 15 jaar nauwelijks zien stijgen. Geleidelijk aan nemen de samenwerkingsverbanden wel toe in aantal en omvang. Zo neemt het percentage huisartsen dat in solopraktijken werkt geleidelijk af. Tevens zijn huisartsen gaan samenwerken voor de introductie van praktijkondersteuners op HBO-niveau. Ook de avond-, nacht- en weekenddiensten zijn grootschaliger georganiseerd in coöperatieve huisartsenposten en organisaties voor facilitaire ondersteuning hebben hun intrede gedaan. Bij verloskundigen en fysiotherapeuten zien we eveneens een toename van groepspraktijken en samenwerkingsverbanden. Een belangrijke kracht achter al deze ontwikkelingen is de toename

van deeltijdwerk. Part-timers blijken voorkeur te hebben voor wat grootschaliger samenwerkingsverbanden. Wij concluderen dat er vanuit het aanbod een trend is van toenemende samenwerking.

Kernboodschap 7

Volgens beleidsarme ramingen zal het aanbod van huisartsenzorg de groei van de vraag niet kunnen bijbenen. Voor de periode 2005 tot 2020 wordt een groei van het aanbod van 11,5% verwacht terwijl de vraag met 13 tot 20% zal toenemen. Door de sterk stijgende zorgvraag is er ook voor de thuiszorg reden tot zorg over de toereikendheid van het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden in de toekomst.

Beleidsarm betekent hier dat de opleidingscapaciteit, de (leeftijdspecifieke) uitstroom uit de verschillende beroepen, de gemiddelde duur van de werkweek en de mate van ondersteuning constant worden verondersteld. Als we op deze manier rekenen verwachten we overschotten bij apothekers, verloskundigen en fysiotherapeuten. Daarbij moet wel worden aangetekend dat de instroom in de opleiding voor deze beroepen recentelijk sterk is toegenomen. Voor verpleegkundigen en verzorgenden, algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen zijn er onvoldoende gegevens om het aanbod te kunnen ramen. Gegeven de sterke vraagstijging die voor de thuiszorg wordt voorzien, is er met name reden tot zorg over de toereikendheid van het aantal verpleegkundigen en verzorgenden in de toekomst.

Kernboodschap 8

Het verwachte huisartsentekort valt mee in vergelijking met eerdere ramingen. Zeker als we meerekenen dat in het verleden de toenemende vraag is opgevangen door organisatieverandering en een meer doelmatige praktijkvoering. Niettemin blijft er sprake van een tekort dat zonder maatregelen niet zal verdwijnen. Hoewel het toekomstige aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden moeilijk te voorspellen valt, dreigt door de sterke toename van de vraag een tekort aan personeel. Naast de kleiner wordende beroepsbevolking speelt ook een rol dat bij een groeiende economie het zorgpersoneel naar andere sectoren vertrekt.

Het uit de pas lopen van vraag en aanbod is niet nieuw voor de huisartspraktijk. Vergelijking van de resultaten van de beide Nationale Studies uit 1987 en 2001 laat zien dat zowel het aantal patiënten als het aantal contacten per huisarts met 10% is toegenomen, terwijl tegelijkertijd de werkweek korter is geworden. Huisartsen hebben de werkbelasting opgevangen door efficiënter te gaan werken: minder visites, meer telefonische consulten, meer triage, meer medische taken door de praktijkassistente en een scherpere afbakening van bijvoorbeeld de psychosociale zorg. Deze ontwikkelingen zijn voornamelijk het gevolg van organisatorische veranderingen die huisartsen zelf hebben doorgevoerd om ondanks de toenemende vraag de werktijden te normaliseren. De opkomst van de huisartsenposten en de introductie van praktijkondersteuning kunnen ook in dit licht worden gezien.

Een belangrijke vraag is of deze ontwikkelingen niet hebben geleid tot een toename van mensen die (ongewenst) niet zijn ingeschreven bij een huisarts, zogenoemde noni's. De verantwoordelijkheid van huisartsen beperkt zich immers primair tot de populatie die in hun praktijken staat ingeschreven. Inderdaad heeft het begrip noni de laatste jaren opgang gemaakt. Kwantitatieve gegevens zijn echter (nog) niet beschikbaar. Uit het feit dat speciaal daartoe ingerichte noni-posten wegens gebrek aan vraag weer zijn opgeheven, leiden wij af dat het actuele huisartsentekort beperkt is.

Een van de belangrijkste vragen is in hoeverre ervaringen uit het verleden kunnen worden doorgetrokken naar de toekomst. Kan de praktijkgrootte van huisartsen nog verder toenemen? Huisartsen geven in enquêtes aan dat verdere delegatie van taken aan praktijkondersteuners en praktijkassistenten niet alleen mogelijk maar ook wenselijk is. En andere beroepsgroepen, zoals verpleegkundigen, apothekers, verloskundigen en fysiotherapeuten tonen grote bereidwilligheid om taken van huisartsen over te nemen. Internationaal gezien is het echter wel zo dat de huisartspraktijken in Nederland al relatief groot zijn, en huisartsen verhoudingsgewijs weinig patiënten thuis bezoeken. Zo is de praktijkgrootte in het Verenigd Koninkrijk kleiner dan in Nederland, en dat bij een aanzienlijk grotere inzet van andere beroepen als practice nurses en nurse practitioners. In internationaal verband kan het sterk omhoog brengen van de praktijkgrootte als een novum worden betiteld. Dit maakt dat het verstandig lijkt om voor de toekomst uit te gaan van een tekort dat zich niet vanzelf zal oplossen.

Het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden blijkt sterk afhankelijk te zijn van de economische situatie. Op korte termijn lijkt het aanbod voldoende om aan de vraag tegemoet te komen. Op de langere termijn als de economie weer aantrekt en de beroepsbevolking door de vergrijzing afneemt, zijn er wellicht problemen te verwachten. Een verdere extramuralisatie van de ouderenzorg kan deze problemen versterken. Als oplossing wordt wel gedacht over tele-thuiszorg, maar de effecten op het aanbod daarvan zijn niet bekend. Het kabinet zoekt de oplossing op dit moment vooral in het beperken van de vraag en het versterken van mantelzorg en andere vormen van ondersteuning.

Bij alle verkenningen moet worden opgemerkt dat het om een landelijk beeld gaat. Tekorten doen zich echter het eerst regionaal en plaatselijk gevoelen, bijvoorbeeld in achterstandswijken van de grote steden. Theoretisch is het mogelijk dat het aanbod op landelijk niveau toereikend is terwijl er gelijktijdig regionaal tekorten zijn. Zo zijn er in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag verhoudingsgewijs veel vacatures in zorg en welzijn.

Wanneer de tekorten zich niet vanzelf oplossen moeten vraag en aanbod beter op elkaar worden afgestemd door een andere organisatie van de zorg. De vraag is welke maatregelen daarvoor het beste kunnen worden ingezet.

Kernboodschap 9

Mogelijke maatregelen om het aanbod van huisartsenzorg beter aan te laten sluiten op de vraag zijn: taakdelegatie, taakherschikking, vermindering van de uitstroom uit het beroep en de inzet van ICT. Binnen de huisartspraktijk heeft taakdelegatie naar assistenten bijgedragen aan een efficiëntere praktijkvoering. Taakdelegatie naar praktijkondersteuners heeft geleid tot kwaliteitsverbetering van de zorg voor chronisch zieken en daarnaast ook tot enige verlichting van de werklust van huisartsen. Ook door de versterking van de eerstelijns-GGZ is de werkdruk onder huisartsen minder geworden. Over de effecten van de andere genoemde maatregelen bestaat nog geen wetenschappelijke evidentie.

Taakdelegatie naar de praktijkassistente is één van de factoren geweest waardoor de huisarts de afgelopen 15 jaar de groeiende vraag heeft kunnen opvangen. De grenzen daarvan zijn nog niet bereikt. De introductie van praktijkondersteuning (POH) op HBO-niveau heeft vooral geleid tot een betere kwaliteit van zorg voor specifieke groepen chronische patiënten die met name samenhangende zorg behoeven. Ook is enige taakverlichting merkbaar in de huisartspraktijk. Het ligt voor de hand om de functie van de POH verder uit te breiden naar zorg voor andere chronische aandoeningen als mede preventie en de afstemming met de thuiszorg.

Taakherschikking is een van de belangrijkste suggesties die in rapporten en door veldpartijen wordt aangedragen als oplossing voor de capaciteitsproblematiek. Daarbij gaat het om herschikking van taken van huisartsen naar zowel bestaande beroepen in de eerste lijn, bijvoorbeeld de apotheker en de fysiotherapeut, als naar nieuwe beroepen zoals de nurse practitioner en de physician assistant. Met taakherschikking zijn in het buitenland veelbelovende resultaten geboekt, maar in Nederland zijn er nog te weinig onderzoeksgegevens beschikbaar om een goede inschatting te kunnen maken van de waarde in de Nederlandse context. Dat is ook logisch omdat het vooral nog om kleinschalige, plaatselijke initiatieven gaat. Een aanwijzing voor de waarde van taakherschikking is wellicht dat de prevalentie van klachten van het bewegingsapparaat in de huisartspraktijk trendmatig is afgenomen terwijl het gebruik van fysiotherapie gelijktijdig is toegenomen. Iets dergelijks zien we bij de opkomst van de eerstelijnspsycholoog die gepaard is gegaan met een versmalling van de taakopvatting van huisartsen op psychosociaal gebied. Mogelijk is hier sprake van taakherschikking *avant-la-lettre*.

7.5 Implicaties voor de organisatie van de zorg

De toekomstige ontwikkelingen in vraag en aanbod hebben belangrijke implicaties voor de organisatie van de eerstelijnszorg. De uitdaging zal zijn om een samenhangende eerste lijn te bewerkstelligen. Om verschillende redenen, zowel aan de kant van de vraag als met betrekking tot het aanbod, verwachten wij dat het thema samenhang belangrijker wordt:

- het aantal patiënten met chronische aandoeningen neemt toe; dit is de groep waarbij niet alleen mono- en multidisciplinaire samenhang erg belangrijk is, maar ook de continuïteit van zorg in de tijd; dit vraagstuk neemt verder aan betekenis toe omdat steeds meer mensen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen;
- er is een tendens tot schaalvergroting binnen praktijken, vaak gekoppeld aan een toename van mensen die in deeltijd werken; hierdoor krijgen patiënten binnen een discipline vaker met meerdere zorgverleners te maken;
- er is sprake van toenemende taakdelegatie en taakdifferentiatie binnen praktijken; de rol van de praktijkassistente in huisartspraktijken wordt steeds belangrijker; de praktijkondersteuning op HBO-niveau heeft haar intrede gedaan en zal naar verwachting toenemen;
- nieuwe disciplines doen hun intrede, zoals nurse practitioners en physician assistants;
- de rol van andere eerstelijnsdisciplines dan de huisarts, zoals fysiotherapeuten, eerstelijnspsychologen en apothekers, is in de afgelopen 10 jaar groter geworden en zal verder toenemen, mede door een voortgaande extramuralisatie van de zorg;
- andere organisatievormen hebben hun intrede gedaan, zoals huisartsenposten, call centra, facilitaire diensten en diabetesdiensten.

Kernboodschap 10

Bij alle toekomstige ontwikkelingen in vraag en aanbod ligt versnippering van de eerstelijnszorg over meerdere hulpverleners, meerdere disciplines en meerdere organisatievormen in het verschiet. Het risico daarvan is gebrek aan samenhangende, continue zorg.

Vanuit het oogpunt van vraagsturing biedt een versnipperd zorgaanbod op het eerste gezicht veel keuze voor de patiënt. Het risico bestaat echter dat hij door de bomen het bos niet meer kan zien. Dit risico is groter voor kwetsbare chronisch zieken, die juist samenhang in de zorg behoeven. Nu is het gebrek aan samenwerking en samenhang traditioneel het zwakke punt van de eerste lijn. De ontwikkelingen die hierboven gesignaleerd zijn kunnen daarom ook als een kans worden gezien om dit aan te pakken. Aan te nemen valt dat er een markt zal ontstaan voor geregisseerde zorg die vaak geleverd wordt door grootschaliger organisaties of samenwerkingsverbanden. Dit soort samenwerkingsverbanden zijn binnen de huidige mededingingsregels mogelijk. De verwachting is dat verzekeraars, zeker als in 2006 het verzekeringsstelsel wordt vernieuwd, de rol van inkopers van vormen van geregisseerde eerstelijnszorg op zich gaan nemen. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door samenhangende zorgpakketten te contracteren voor specifieke patiëntencategorieën, waaronder met name de chronisch zieken. Omdat de meeste chronische patiënten meerdere aandoeningen hebben neemt het belang toe dat iemand het totaaloverzicht heeft en houdt. De huisarts, die als enige zorgverlener in de eerste lijn het totale palet aan gezondheidsproblemen van de patiënt ziet, is daarvoor de aangewezen persoon. Gezien de opkomst van groepspraktijken en huisartsenposten en de toename van het aantal mensen dat in deeltijd werkt is een goed beheer van het elektronisch medisch dossier een noodzakelijke voorwaarde om overzicht te waarborgen.

Kernboodschap 11

Samenwerking wordt steeds belangrijker en heeft onmiskenbaar kwalitatieve voordelen. Dit blijkt uit onderzoek onder andere op het gebied van samenwerking tussen huisartsenposten en afdelingen spoedeisende eerste hulp, de ketenzorg voor chronisch zieken en psychosociale hulpverlening.

Samenwerking is geen panacee voor alle kwalen. Maar op verschillende deelterreinen zijn wel aantoonbare voordelen. We spraken reeds over de behoefte aan samenhang en overzicht voor een efficiënte organisatie van de preventieve zorg. Ook de verloskundige zorg kan worden genoemd als een terrein waar steeds meer multidisciplinair wordt samengewerkt. Daarnaast heeft samenwerking tussen huisartsenposten en SEH's voordelen voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de acute zorg. Samenwerking in de (keten)zorg voor chronisch zieken is met name van de grond gekomen voor COPD, diabetes mellitus en CVA, en heeft hier tot verbeteringen geleid. Voor andere chronische aandoeningen is ketenzorg nog veel minder ontwikkeld. Samenwerking in de versterkte eerstelijns-GGZ heeft ertoe geleid dat meer psychische en sociale problemen konden worden behandeld.

7.6 Aanbevelingen

In het achterliggende decennium was de inzet van de overheid ten aanzien van de eerste lijn vooral monodisciplinair gericht. Er is veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld in het kader van de meerjarenafspraken. Die investeringen waren succesvol en nuttig en hebben bijgedragen aan de sterke eerste lijn die nu zo kenmerkend is voor de Nederlandse gezondheidszorg. Voor een deel was ook sprake van reactief beleid. Zo is de ontwikkeling van de huisartsenposten geïnitieerd vanuit de beroepsgroep en pas later overgenomen en vooral ook gefinancierd door de overheid en zorgverzekeraars. Op het terrein van samenwerking kunnen de ondersteuning van verloskundige samenwerkingsverbanden, de versterking van de eerstelijns-GGZ en de ondersteuning van arbo-curatieve samenwerking worden genoemd. Maar hoewel hierbij ook multidisciplinaire aspecten een rol speelden bleef het beleid in hoofdlijnen monodisciplinair.

Met de brief over de toekomstbestendige eerstelijnsgezondheidszorg van november 2003 is er een omslag in het beleid gekomen. In deze brief wordt een meer pro-actieve visie op de eerste lijn als geheel neergelegd. Gezien de bevindingen van deze studie moet dat als een positieve ontwikkeling worden gezien. De omvorming van de regionale ondersteuningsstructuur van huisartsen naar een ondersteuningsstructuur voor de gehele eerste lijn past daarin. De intentieverklaring over de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg medio 2004 en het daaruit resulterende landelijk overleg versterking eerste lijn zijn belangrijke ontwikkelingen die aangeven dat er binnen de eerste lijn brede consensus is over de hoofdrichting.

Het beleid zoals neergelegd in de Bouwstenennotitie gaat in sterke mate uit van grote huisartsentekorten en zet daar vele maatregelen op in: een verhoging van de opleidingcapaciteit, taakherschikking, eigen betalingen, verbreding van de toegankelijkheid en functionele aanspraken. Daarnaast blijkt ook dat samenwerking en samenhang van belang worden geacht. Zo hebben de beleidsmakers door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) laten toetsen hoe samenwerking zich verhoudt tot de bepalingen in de Mededingingswet. De uitkomst daarvan was dat de samenwerkingsgedachte mogelijk is binnen de Mededingingswet. Met uitzondering van de acute zorg zijn de maatregelen ter bevordering van de samenhang niet gespecificeerd. In de intentieverklaring spreken de minister en de veldpartijen zich uit voor een wijk- dan wel buurtgerichte eerstelijnszorg, waarin structureel wordt samengewerkt met het oog op kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg afgestemd op de zorgbehoeften van de patiënt. De verklaring blijft nog vaag over de wijze waarop dit gerealiseerd moet worden. Zo spreekt men over een eenduidig bekostigingssysteem dat er moet komen om de samenwerking te stimuleren, en over aanpassingen in wet- en regelgeving om belemmeringen uit de weg te ruimen. Als meest concrete maatregel wordt genoemd het realiseren van een geïntegreerde, regionale ondersteuningsstructuur.

Aanbeveling 1

Beleidsmaatregelen voor de oplossing van capaciteitstekorten en taakverlichting van huisartsen moeten ook worden beoordeeld vanuit de bijdrage die zij leveren aan een betere en samenhangende zorg.

Wij stellen vast dat het goed zou zijn als het instrumentarium dat wordt ingezet om de afstemmingsproblemen op te lossen, mede wordt gezien in het licht van samenhang in de eerste lijn.

Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de voordelen van taakherschikking voor specifieke patiëntencategorieën. Zo zou door wijkverpleegkundigen of de inzet van nurse practitioners de afstemming tussen huisartsenzorg en thuiszorg verbeterd kunnen worden. Gespecialiseerde verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in de samenwerking tussen ziekenhuiszorg en thuiszorg in de zorg voor chronisch zieken zoals diabetespatiënten en mensen met COPD. Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen kunnen een brug slaan tussen eerstelijns- en tweedelijns-GGZ. Al met al verwachten wij veel van initiatieven die door een andere taakverdeling of de inzet van nieuwe beroepen een bijdrage willen leveren aan een sterkere, samenhangende eerste lijn.

Aanbeveling 2

Het bekostigingssysteem van de eerste lijn dient versplintering van het aanbod te ontmoedigen, bijvoorbeeld door de gehele eerstelijnszorg op lokaal niveau als samenhangend pakket te contracteren.

In de tweede plaats stellen wij vast dat in de intentieverklaring de concretisering van de voornemens ontbreekt. Op basis van ons onderzoek concluderen wij dat er niet een uniform model voor de toekomstige eerste lijn bestaat. Wij achten het van cruciaal belang dat een of meerdere partijen zich als probleemeigenaar opstellen en de verantwoorde-

lijkheid voor de realisatie van een sterke eerste lijn op zich nemen. Cruciaal daarbij is hoe het bekostigingssysteem wordt ingericht. Om versplintering tegen te gaan is onze aanbeveling de eerstelijnszorg als een samenhangend pakket te contracteren.

Aanbeveling 3

Preventie moet krachtig worden bevorderd, in het bijzonder in de eerstelijnszorg die daarvoor uitstekende faciliteiten biedt.

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 is aangetoond dat preventie essentieel is voor de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking op langere termijn. Op grond van de gegevens die in deze studie bij elkaar zijn gezet, stellen wij vast dat een samenhangende eerste lijn een uitstekende infrastructuur biedt om preventie te organiseren. Dit geldt voor preventie in het algemeen alsmede voor preventie bij specifieke risicogroepen, de bevordering van een gezonde leefstijl of de preventie van bepaalde aandoeningen zoals hart- en vaatziekten.

Aanbeveling 4

Inschrijving op naam is een belangrijk kenmerk van de huisartsenzorg dat de verantwoordelijkheid van de huisarts voor de patiënt als geheel benadrukt. Bovendien is het een gegeven waarbinnen taakdelegatie de afgelopen 15 jaar goed heeft kunnen gedijen en biedt het de noodzakelijke aangrijpingspunten voor doelgerichte preventie.

Inschrijving op naam bij een huisartspraktijk bevestigt de verantwoordelijkheid voor samenhangende zorg voor de patiënt als geheel. De ontwikkelingen in het achterliggende decennium laten zien dat deze verantwoordelijkheid uitstekend gecombineerd kan worden met een delegatie van taken aan bijvoorbeeld assistenten en ondersteuners. Ook is er taakverschuiving naar bijvoorbeeld eerstelijnspsychologen tot stand gekomen. Deze veranderingen zijn gerealiseerd onder het regime van inschrijving op naam gekoppeld aan een abonnementstarief. Huisartsen worden met een dergelijk tarief bij een groeiende vraag gestimuleerd het werk op een andere manier te organiseren. De vraag is of deze ontwikkelingen bij een verrichtingentarium ook van de grond waren gekomen. Ervaringen uit het buitenland wijzen erop dat een verrichtingentarium in dit soort situaties veelal een hogere productie in de hand werkt. Wij pleiten daarom voor behoud van inschrijving op naam gekoppeld aan een gedeeltelijk abonnement met opslagen voor loon naar werken op die terreinen waar samenhang van belang is, zoals bij de zorg voor chronisch zieken en bij de dossiervoering.

Aanbeveling 5

De verdere ontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier (EPD), zowel technisch als inhoudelijk, is onontbeerlijk om overzicht en samenhang in de eerste lijn te behouden. Verbreding tot een multidisciplinair dossier is gewenst. Daarbij ligt het voor de hand om de huisarts als poortwachter en gids een centrale rol te geven, uiteraard in samenspraak met de patiënt.

Wanneer de eerstelijnszorg zich in de toekomst over meer hulpverleners en meer disciplines zal verdelen, wordt het van extra belang om overzicht te houden door middel van een goed bijgehouden elektronisch patiëntendossier (EPD). Hoewel vrijwel alle huisartsen en apothekers zijn geautomatiseerd en ook andere disciplines vooruitgang boeken met elektronische dossiervoering, zijn de dossiers tot nu toe in principe slechts monodisciplinair toegankelijk. Het NICTIZ werkt aan de ontwikkeling van een landelijk elektronisch medicatiedossier en een landelijk elektronisch waarneemdossier, waardoor op alle huisartsenposten patiënteninformatie kan worden ingezien. Dit zijn belangrijke eerste stappen, ook vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid. Het is echter ook van belang dat andere disciplines in de eerste lijn spoedig volgen.

De ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier omvat veel meer dan het technisch koppelen van systemen. De complexe vraag zal moeten worden beantwoord welke gegevens door welke functionarissen mogen worden ingezien. Het ligt voor de hand om de huisarts als gids en poortwachter in samenspraak met de patiënt hier een belangrijke coördinerende rol in te geven. De afgelopen 10 jaar is veel verbeterd in de elektronische dossiers van huisartsen, en recent heeft het NHG een richtlijn voor adequate dossiervoering uitgebracht die als basis kan dienen voor de verdere verbetering van gestructureerde dossiervoering in de gehele eerste lijn.

7.7 Kennislacunes en aanbevelingen voor monitoring en onderzoek

In deze studie is voor het eerst een verkenning gemaakt van de toekomstige zorgvraag in de eerste lijn op basis van epidemiologische projecties. Deze projecties zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op gegevens uit de Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen, de enige huisartsregistratie die tot dusver analyses van langjarige trends in de ontwikkeling van de morbiditeit in huisartspraktijken toelaat. Gezien het kleinschalige karakter van dit netwerk dat vier praktijken omvat, verdient het aanbeveling de gegevensbasis voor dergelijke projecties te verbreden. Omdat het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg sinds 2001 ook is overgegaan tot een volledige morbiditeitsregistratie, komen dergelijke gegevens de komende jaren beschikbaar.

Kernboodschap 12

De combinatie van gegevens uit vele bronnen in deze studie biedt een nieuw en integraal licht op de eerstelijnszorg. Dit neemt echter niet weg dat de gegevensvoorziening nog een aantal belangwekkende lacunes vertoont.

Het bleek mogelijk om de trends in prevalenties van aandoeningen in de huisartspraktijk te projecteren op het zorggebruik van andere disciplines in de eerste lijn. Door de poortwachtersfunctie van de huisarts en de inschrijving op naam vormt de epidemiologie van aandoeningen in de huisartspraktijk een goede indicator voor de volksgezondheid. Langzamerhand ontstaan er echter meer punten waar de patiënt

terecht kan met een nieuw gezondheidsprobleem: de spoedeisende eerste hulp, de centrale huisartsenpost en in 2006 de fysiotherapeut die direct toegankelijk wordt. Uit epidemiologisch oogpunt zou het daardoor wenselijk zijn de gegevensbasis te verbreden van huisartsregistratie naar een registratie voor de gehele eerste lijn.

In het kader van dit onderzoek bleek het niet mogelijk de effecten van de extramuralisering op de vraag naar eerstelijnszorg te schatten. Wij bevelen verder onderzoek aan. Dit kan mogelijk in het kader van kosten van ziekten-studies waarin per aandoening de kosten van de diverse sectoren van de gezondheidszorg worden geschat. Door middel van longitudinale vergelijkingen moet het mogelijk zijn om na te gaan of kostenstijging van een bepaalde aandoening in de ene sector wordt gecompenseerd door daling in andere sectoren.

Aan de aanbodkant ontbreken adequate gegevens om een inschatting te maken van het toekomstige aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg. Omdat het hier veruit de grootste beroepsgroep in de eerste lijn betreft en er tevens reden tot zorg is over het toekomstig aanbod, bepleiten wij een snelle verbetering van de informatievoorziening. Ook voor de raming van het toekomstige aantal algemeen maatschappelijk werkenden en eerstelijnspsychologen schieten de beschikbare gegevens tekort.

Aan samenwerking en samenhang wordt zo'n groot belang gehecht, dat het raadzaam is om dit te gaan monitoren. Een dergelijke monitoring zou op regionaal niveau gestalte moeten krijgen, bijvoorbeeld aanhakend bij de regionale ondersteuningsstructuren. Het ontbreekt echter wel aan een 'thermometer' voor de samenhang in de eerste lijn. Vanwege de veelheid aan samenwerkingsvormen moet eerst een operationalisatieslag worden gemaakt. Het ligt voor de hand om hierbij het patiëntperspectief als uitgangspunt te nemen.

Aanbeveling 6

Om recht te doen aan het belang van de eerste lijn voor de volksgezondheid en als samenhangende sector voor de rest van de gezondheidszorg moet de informatievoorziening op de volgende punten worden verbeterd:

- bestaande huisartsenregistraties dienen uitgebreid te worden naar een morbiditeitsregistratie voor de gehele eerste lijn;
- lacunes in de registraties van het zorgaanbod en het zorggebruik moeten worden opgevuld;
- er moet een monitoringsinstrument voor het meten van samenhang worden ontwikkeld;
- de gegevensvoorziening moet een continu karakter krijgen.

Literatuur

- AGIS Zorgverzekeringen. Zorg (cure + care) in relatie tot wonen en welzijn. Visie en uitgangspunten. Amersfoort: AGIS Zorgverzekeringen, 2003.
- AGIS Zorgverzekeringen. DIAGIS, Notitie over zorginkoop en contractering van diabeteszorg type II. Amersfoort: AGIS Zorgverzekeringen, 2004.
- AGIS Zorgverzekeringen. Contractvoorstel 2004/2005 huisartsenzorg. Amersfoort: AGIS Zorgverzekeringen, 2004.
- Akker M van den, Buntinx F, Roos S, Knottnerus JA. Methodology and analysis in comorbidity and multimorbidity research. In: Akker M van den. Multimorbidity in a general practice population. Prevalence, incidence and determinants of multiple pathology. Maastricht: Unigraphic, 1999.
- Alders M. Allochtonenprognose 2002-2050: bijna twee miljoen niet-westerde allochtonen in 2010. In: CBS. Bevolkingstrends 2003 (I), 34-41.
- Alexander S, Wildman K, Zhang W, Langer M, Vutuc C, Lindmark G. Maternal health outcomes in Europe. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol, 2003; 111: S78-S87.
- Amsterdam JG van, Bischoff EW, Hady M, Opperhuizen A, Steerenberg PA. The prevalence of allergic sensitisation in immigrant children in the Netherlands. Int Arch Allergy Immunol, 2004; 133 (3): 248-254.
- Arensman E, Kerkhof AJFM, Hengeveld MW, Mulder JD. Medically treated suicide attempts: a four year monitoring study of the epidemiology in The Netherlands. J Epidemiol Comm Health, 1995; 49: 285-289.
- Arnaert A, Delesie L. Tele-nursing in de ouderenzorg. Videotelefonische zorg: een exploratieve studie. Acta Hospitalia 4, 2001: 35-50.
- AVVV. Beleidskader verpleegkundige en verzorgende beroepen 2002-2006. Utrecht: AVVV, 2002.
- AVVV. Competenties van professionals centraal bij taakherschikking in de gezondheidszorg. De reactie van de AVVV op het adviesrapport 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' van de RVZ. Utrecht: AVVV, maart 2003.
- AVVV. Profs in de eerstelijns. De bijdrage van verpleegkundigen en verzorgenden aan de toekomstbestendige eerstelijns. Utrecht, AVVV: januari 2004.
- AVVV. Profs met 'n plan. Utrecht, AVVV: februari 2004.
- Baan CA. Zijn er verschillen tussen etnische groepen in Nederland? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidstoestand/Ziekten en aandoeningen\Endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten en immuunstoornissen\Diabetes mellitus, 15 september 2003.
- Baan CA, Hutten JBF, Rijken PM (red.). Afstemming in de zorg - een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. RIVM-rapport nr. 282701005/2003. Bilthoven: RIVM, 2003.
- Bakker FM. Effecten van eigen betalingen op premies voor ziektekostenverzekeringen. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.
- Bakker DH de, Schellevis FG, Westert GP, Schuller-Punt R. Spoedvisites in de huisartspraktijk. Huisarts Wet, 1999; 42 (5): 199-204.
- Balestra W, Wiechers J, Rozeboom A, Dalen J van. Samenwerking, Samenhang, Integratie Huisartsenpost en Spoedeisende Hulp. Een onderzoek naar de mogelijkheden van verregaande samenwerking in de acute zorg en de gevolgen voor de dienstverlening en doelmatigheid. Amsterdam: Plexus Medical Group, 2004.
- Ballegooijen M van, Bouwman-Notenboom AJ, Akker-van Marle ME van den, Bos AB, Oortmarssen GJ van, Boer R. De praktijk van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in Nederland in 1996 en 1997: Landelijke cijfers en regionale vergelijkingen. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 2000.
- Beekman ATF, Deeg DJH, Tilburg TG van, Schoevers RA, Smit JH, Hooijer C, Tilburg W van. Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: een onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren. Tijdschr Psychiatrie, 1997; 39: 294-308.
- Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Ende J van der, Erol N. Understanding childhood (problem) behaviors from a cultural perspective: comparison of problem behaviors and competencies in Turkish immigrant, Turkish and Dutch children. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1997; 32: 477-484.

- Bennema-Broos M, Sluijs EM, Wagner C. Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990 - 2000. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Bensing JM, Lindert H van. Vermoeider dan ooit. Stijgend aantal moeheidsklachten verdient de aandacht van artsen. *Medisch Contact*, 2003; 58: 551-555.
- Berg M van de, Ruiter C de, Schoenmaker C. Brancherapport GGZ-MZ 2000-2003. Utrecht: Trimbos-Instituut, 2004.
- Berg H van den, Kuilman M, Looij P van de, Zalm G van der. Gezondheidskaart Jeugd. Rotterdam: GGD Rotterdam en omstreken.
- Berg M van den, Bakker DH de. Meta-analyse. Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2003.
- Berg MJ van den, Kolthof ED, Bakker DH de, Zee J van der. De werkbelasting van de huisarts. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Berg MJ van den, Bakker DH de, Kolthof ED. Huisartsenposten en werkbelasting. Objectieve en ervaren werkbelasting door avond-, nacht- en weekenddiensten in waarneemgroepen en huisartsenposten. *TSG*, 2004; 82 (8): 497-503.
- Berg Jeths A van den, Timmermans JM, Hoeymans N, Woittiez IB. Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000 - 2020. RIVM-rapport nr. 270502001/2004. Bilthoven: RIVM, 2004.
- Bergen A van, Dittrich H, Gelderloos G, Hesseing M, Hofmeijer A. Volksgezondheidsmonitor Utrecht. Themaportallochtonen 19-65 jaar. Utrecht: GG en GD Utrecht, 2003.
- Beusmans G, Crebolder H, Vrijhoef B. Commentaar op: Praktijkverpleegkundige voor diabetes mellitus. (Specialist nurses in diabetes mellitus. Loveman, E, Royle P, Waugh N. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: Wiley). *Huisarts en Wetenschap*, 2004; 1 (47): 56-57.
- Biermans MCJ, Adam SGM, Bakker DH de. Zelfzorgmiddelen uit het ziekenfondspakket: Beleidsevaluatie maatregel uitsluiting buiten-WTG-middelen. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Bijl RV, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Tijdsch Gezondheidswet*, 1998; 76: 446-457.
- Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychol Med* 2000; 30 (3): 657-668.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk*, 1997; 141: 2453-2460.
- Bleeker JK. De gezondheid van Marokkanen en Turken vergeleken. In: Bleeker JK, Reelick NF. Rotterdam: GGD Rotterdam en omstreken, 1998.
- Bleeker J, Wierdsma A, Dijk A van, Kuilman M, Minderhoud M. Gezondheid in Kaart. Rotterdam: GGD Rotterdam en omstreken, 2001.
- Bonsel GJ, Janssen MF, Birnie E. Mild Diseases & Ailments Study. Ziektelast bepaling van 27 vermoedelijk 'lichte' ziekten ten behoeve van rationele beperking van het geneesmiddelenpakket. Amsterdam: AMC, Afdeling Sociale Geneeskunde, 2003.
- Bos AB, Ballegoijen M van, Gessel-Dabekausen AA van, Habbema JDF. Organised cervical cancer screening still leads to higher coverage than spontaneous screening in The Netherlands. *Eur J Cancer*, 1998; 34: 1598-1601.
- Bos GAM van den, Jacobi CE, Rupp I, Boshuizen HC, Triemstra AHM, Dinant HJ. De kwaliteit van zorg bij mensen met reumatoïde artritis. In: Groenewegen PP, Bos GAM van den en Megchelen PJ van. *Zorg opvang en begeleiding van chronisch zieken*. Assen: Van Gorcum, 2004.
- Bosch W van den, Doveren M, Marks A, Damme R van. Veranderingen in de huisartsenpraktijk vragen om managementondersteuning. *Huisarts en Wetenschap* 46, 2003; 10: 547-551.
- Brancherapport Preventie. Onderdeel van Brancherapporten VWS. Den Haag: VWS, <<http://www.brancherapporten.minvws.nl>> versie 1.1, 30 September 2004.
- Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM (red.). Kwaliteit huisartsenzorg Belicht. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004.
- Bremmer MA, Beekman ATF, Deeg DJH, Balkom AJLM van, Dyck R van, Tilburg W van. Angststoornissen bij ouderen: prevalentie en risicofactoren. *Tijdschr Psychiatrie*, 1997; 39: 634-648.

- Brouwer W, Leemrijse C, Sixma HJ, Friele RD. Klantenwensen in de zorg. Wat wensen klanten van apothekers, fysiotherapeuten, huisartsen en poliklinieken. Utrecht: NIVEL, 2002.
- Brouwer WBF, Rutten FFH. Over-, onder- en gepaste consumptie in de zorg vanuit economisch perspectief. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: RVZ, 2004.
- Bruijnzeel L, Sadiraj K. Oud en onverzorgd. Wanneer de AWBZ huishoudelijke hulp niet meer vergoedt. Breukelen: NYFER, 2003.
- Bruijnzeels M. De multiculturele huisartspraktijk. *Migrantenstudies*, 2001; 2: 72-84.
- Bruijnzeels MA, Hoop T de, Swart W, Voorham AJJ. Etnische herkomst van patiënten en werkbelasting van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 42, 1999; 6: 254-258.
- Bruneberg W, Neijmeijer L, Hutschemaekers G. Beroep: psycholoog/pedagoog. Een verkennend onderzoek naar persoon, werk en werkplek van pedagogen en psychologen in de gezondheidszorg. Utrecht: NCGV, 1995.
- Burg JCM van der, Schellevis FG. De incidentie van astma en COPD in relatie tot etniciteit. Utrecht: NIVEL, 2001.
- Cardol M. LINH-cijfers: verwachtingen van het nut van huisartsenzorg bij alledaagse klachten afgenomen. *Huisarts en Wetenschap* 47, 2004; 1: 5.
- Capaciteitsorgaan. Voorlopige raming voor de medische en tandheelkundige (vervolg)opleidingen. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2000.
- Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2001 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen en advies initiële opleiding geneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2001.
- Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2002 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen en advies initiële opleiding geneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2002.
- Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2003 voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen en de initiële opleiding geneeskunde; een tussenbalans. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2003.
- Cardol M, Dijk L van, Jong JD de, Bakker DH de, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- Cardol M. Verwachtingen van het nut van huisartsenzorg bij alledaagse klachten afgenomen. *Huisarts en Wetenschap*, 47, 2004; 1: 5.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Onderwijsstatistieken. Voorburg: CBS, diverse jaren.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. De gezondheidsenquête Turkse ingezetenen in Nederland 1989/1990. Den Haag: SDU Uitgeverij, 1991.
- CBS-Statline, 2004 (<http://statline.cbs.nl/>, 29-1-2004).
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Jaarboek thuiszorg 2001-2002. Voorburg: CBS, 2004a.
- Chalder M, Sharp D, Moore L, Salisbury Ch. Impact of NHS walk-in centres on the workload of other local healthcare providers: time series analysis. *British Medical Journal* 326, 2003; 532-534.
- Commissie Modernisering Eerste Lijn. Een perspectief voor de eerstelijns gezondheidszorg. Commissie Modernisering Eerste Lijn. Den Haag, 2002.
- Commissie Tabaksblat, Ministerie van VWS. Een gezonde spil in de zorg. Bouwstenen voor de toekomstige financiering van de huisartsenzorg. (Commissie Tabaksblat). Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.
- CPB. Incentives for prevention in the curative sector. Den Haag: Centraal Planbureau (in druk).
- Dekker J, Ravensberg D van, Ende E van den, Oostendorp R. De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie Mensendieck en het Amsterdamse dienstenmodel; samenvatting van het evaluatie-onderzoek. Amersfoort/Utrecht: NPi/NIVEL, 1998.
- CVZ. Verwijsfunctie Bedrijfsarts. Amstelveen: CVZ, 2002.
- CVZ. Eerstelijnspsychologische zorg in het ziekenfondspakket. Amstelveen: CVZ, 2003.
- CVZ. Zorg met ICT. Een strategische verkenning aan de hand van diabetes mellitus. Diemen: CVZ, 2004.
- CVZ. Experiment Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie: de evaluatie. Diemen: CVZ, 2004a.
- Delnoij DMJ, Groenewegen PP, Ros CC. Een eigen bijdrage voor de huisarts en de inhoud van zorg: een studie naar (on)bedoelde gevolgen. Utrecht: NIVEL, 1998.

- Devillé W, Habraken JM, Bakker DH de. Huisartsenzorg in achterstandsgebieden. Evaluatie van 5 jaar beleid: 1997 - 2002. Utrecht: NIVEL, 2003.
- Dijkshoorn H, Diepenmaat ACM, Buster MA, Uitenbroek D, Reijneveld SA. Sociaal-economische positie als verklaring van verschillen in gezondheid tussen Marokkanen en Nederlanders. Tijdschr Gezondheidswet, 2000; 78: 217-222.
- Drenth BB van. Organizing cardiovasculair preventive care in general practice (proefschrift). Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1998.
- Drenth BB van, Hulscher MEJL, Lisdonk EH van de, Grol R. De praktijkorganisatie bij systematische preventie van hart- en vaatziekten in de huisartspraktijk. Hart Bulletin 30, 1999; 1: 4-8.
- Drenth BB van, Hulscher MEJL, Wouden JC van der, Grol RPTM. Preventieve zorg vraagt specifieke aandacht. Een model voor de praktijkorganisatie. Medisch Contact 54, 1999; 18: 646-649.
- Drenth T, Hoogen J van den. Implementatie en evaluatie van een preventiepakket. Een samenhangend pakket van richtlijnen voor de organisatie en uitvoering van preventie in de huisartspraktijk aan de hand van vier NHG-standaarden. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1995.
- Duiverman SJ, Molen T van der. Samen op de goede weg. Wel en wee van praktijkondersteuning. Medisch Contact, 2003; (58) 2: 69-71.
- Eijdsen M van, Geus G de, Ameijden EJC van. De gezondheid van de Utrechtse jeugd: trends en sociaaldemografische verschillen. Tijdschr Gezondheidswet, 2004; 82 (1): 12-20.
- Eland A, Rigter H. Allochtonen en verslavingszorg. Achtergrondstudie Nationale Drug-monitor. Utrecht: Bureau NDM, 2001.
- Feijter C. de. Achmea probeert nieuwe vormen van huisartsenzorg uit. Van verzekeraar naar zorgverlener. De Huisarts in Nederland 14, 2003; 5: 30-34.
- Gageldonk-Lafeber AB van, Wilbrink B. Hoe vaak komt influenza voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Ziekten van de ademhalingswegen\Influenza, 12 september 2003.
- Geloven AAW van, Luitse JSK, Hoitsma HFW. Goede resultaten van de behandeling van patiënten met buikklachten op de afdeling Spoedeisende Hulp van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam. Ned Tijdschr Geneesk, 1998; 142 (36); 2003-2006.
- Gezondheidsraad. European primary care. Den Haag, Health Council of the Netherlands/Gezondheidsraad, 2004.
- GGD Nederland. Versterking van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Den Haag: GGD Nederland, 2003. (GGD: zie ook www.ggd-kennisnet.nl)
- Giesen P. Toekomstige samenwerking tussen de Huisartsenpost en de Spoedeisende Eerste Hulp. Een verkennende studie geschreven in opdracht van het CVZ. Kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedeisende Zorg UMC St Radboud. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research, 2004.
- Giesen P, Braspenning J. Huisartsenpost: gewone klachten met acuut karakter. Huisarts en Wetenschap, 47, 2004; 4: 177.
- Giesen P, Mookink H, Ophey G, Grol R, Bosch W van den. Hoe urgent is de gepresenteerde morbiditeit op de Centrale Huisartsenpost? Concept artikel. Deels gepubliceerd in Plexus, 2004.
- Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, Bos GA van den. Causes and consequences of comorbidity: a review. J Clin Epidemiol, 2001; 54 (7): 661-674.
- Graaf A de. Anticonceptiepill verliest terrein. CBS - Webmagazine, 23 februari 2004.
- Groenewegen PP, Hutten JBF. The influence of supply-related characteristics on general practitioners workload. Social Science and Medicine 40, 1995; 3: 349-358.
- Groenewegen PP, Bos GAM van den, Megchelen PJ van. Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken. Van onderzoeksresultaten naar verbetering van zorg. Assen: Van Gorcum, 2004.
- Groot RA de. De telefoon als management-instrument in de huisartspraktijk (proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2001.
- Groot RA de, Haan J de, Bosveld HEP, Meyboom-de Jong B. De telefoon: wat gaat er fout? Analyse van praktijkorganisatie leidt tot andere aanpak. Huisarts en Wetenschap 44, 2001: 16-17.
- Güzelcan Y, Koeter MWJ, Lanting RHH. Verschillen in psychiatrische morbiditeit tussen eerste- en tweedegeneratie Turken die zich aanmelden voor behandeling bij een polikliniek van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Tijdschrift voor Psychiatrie, 2001; 43: 185-189.

- Haan J de. Het zorgsturend vermogen van de huisarts. Inaugurale rede. Amsterdam: MediTekst, 1997.
- Haan J de. De NHG-standaarden en de praktijkvoering van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 41, 1998; 1: 16-18.
- Haks K, Coul ELM op de, Laar MJW van de. Zijn er sociaal-demografische verschillen? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidstoestand/Ziekten en aandoeningen/Infectieziekten en parasitaire ziekten/AIDS en HIV-infectie, 27 maart 2002.
- Heijmans MJWM, Rijken PM. Kerngegevens Zorg 2003. Monitor Zorg- en Leefsituatie van mensen met astma en mensen met COPD. Utrecht: NIVEL, Patiëntenpanel Chronisch Ziekten, 2004.
- Herscherderfer KC, Sneeuw KCA, Buitendijk SE. Kraamzorg in Nederland: een landelijk onderzoek. Eindrapportage Inventarisatie en Evaluatieonderzoek. Leiden: TNO, Divisie Jeugd, 2002.
- Hiddema-Van der Wal A, Werf GTh, Meyboom-De Jong B. Welke ICPC-codes willen huisartsen automatisch laten toevoegen aan de probleemlijst? *Huisarts en Wetenschap*, 46, 2003; 10: 539-543.
- Hirasing RA, Verrips GH, Burgmeijer RJF, Verloove-Vanhorick SP. Onvoldoende deelname aan preventieprogramma's voor zuigelingen door Turkse, Marokkaanse en Vietnamese ouders in de grote steden. *NTvG*, 1995; 139: 2726-2730.
- HMF. Gezond VGZ biedt informatie, géén diagnose of therapie. *Health Management Forum*, 2002; 3: 36-37.
- Hofhuis H, Plas M, Ende E van den. Eindevaluatie van het programma 'Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (IKPZ): beschrijving van de kwaliteitssystemen van de paramedische beroepsgroepen in 2003. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Hombergh P van den, Grol R, Hoogen HJM van den, Bosch WJHM van den. Werkbelasting en ervaren werkdruk van de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 40, 1997; 8: 376-381.
- Hombergh P van den, Grol R, Wensing M. Dienstverlening en organisatie in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 40, 1997; 7: 290-295.
- Hombergh P van den, Grol R, Hoogen HJM van den, Bosch WJHM van den. De uitrusting van de huisarts(praktijk). *Huisarts en Wetenschap* 40, 1997; 1: 9-13.
- Hombergh P van den. Practice visits. Assessing and improving management in general practice. (proefschrift). Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, WOK, 1998.
- Hutten JBF. Workload and provision of care in general practice. Proefschrift. Utrecht: NIVEL, 1998.
- Hutten JBF, ROS CC, Delnoij DMJ. Evaluatie Algemene eigen-bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden. Eindrapport: Effecten van de Algemene Eigen-bijdrageregeling. Utrecht: NIVEL, 1998.
- HVRC. Jaarverslag. Utrecht: Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie, diverse jaren.
- IGZ. Inspectie voor de gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2003. Keten zorg bij chronisch zieken. Den Haag: IGZ, 2003.
- IGZ. Huisartsenposten in Nederland. Nieuwe structuren met veel kinderziekten. Den Haag: IGZ, 2004.
- IJland CM, Drouven LE. Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen. Samenvattende rapportage. Enschede: HHM, 2003.
- Ijzermans CJ, Mentink S, Klaphake LMM, Grieken JJM van, Bindels PJE. Contacten buiten de kantooruren: klachten gepresenteerd aan de huisarts en aan de Spoedeisende Hulp. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002; 146: 1413-1417.
- Jansen J, Schuit AJ, Lucht F van der. Tijd voor gezond gedrag. Bevordering van gezond gedrag bij specifieke groepen. RIVM-rapport nr. 270555004/2002. Bilthoven: RIVM, 2002.
- Janssen MM, Verhulst FC, Bengi-Arslan L, Erol N, Salter CJ, Crijnen AA. Comparison of self-reported emotional and behavioral problems in Turkish immigrant, Dutch and Turkish adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004; 39 (2): 133-140.
- Jong A de. Bevolkingsprognose 2002-2050: anderhalf miljoen inwoners erbij. In: *Bevolkingstrends* 2003 (1): 21-26.
- Jong A de, Huis M van. Huishoudensprognose 2002-2050: ontwikkelingen naar huishoudenspositie. In: CBS. *Bevolkingstrends* 2003a (II): 59-65.
- Jong A de, Huis M van. Huishoudensprognose 2002-2050: ontwikkelingen naar burgerlijke staat. In: CBS. *Bevolkingstrends* 2003b (II): 66-74.
- Jong JD de, Berg MJ van den, Delnoij DMJ, Bakker DH de. Seniorenbeleid voor huisartsen. Niet zoveel winst met vrijstelling van ANW-diensten. *Medisch Contact*, 2004: 27.

- Jong JD de, Berg MJ van den, Brouwer W, Heiligers Ph. Effecten van een seniorenbeleid voor huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Kamperman AM, Komproe IH, Jong JTVM de. Verklaringen voor verschillen in psychiatrische stoornissen in een onderzoek onder migranten. Tijdschr Psychiatrie, 2003; 45 (6): 315-326.
- Keijzers JFEM, Vaandrager L (red.). Gezond leven. Stand van zaken en voorstel voor programmering. Woerden/Den Haag: NIGZ, ZON, 2000.
- Kemmeren JM, Hertog PC den, Schoots W. Sociaal-economische status en ongevallen. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, 2003.
- Kenens RJ, Velden LFJ van der, I Hingstman. Vraag en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de 23 District Huisartsen verenigingen. Utrecht: NIVEL, 2003.
- Kievits F, Adriaanse MT. Pilrecept vaak niet nodig. Ned Tijdschr Geneesk, 2004; 148: 542.
- Kistemaker JWG, Klazinga NS, Meulenberg F, Stokx LJ, Thomas S. Zorgbehoefte vanuit het professionele perspectief. In: Post D, Stokx LJ, (red.). Zorgbehoefte en zorggebruik - Themarapport 6 van de Volksgezondheid Toekomstverkenning 1997. RIVM-rapport nr. 431501024/1997. Bilthoven: RIVM, 1997.
- Klerk MMY de. Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps. Den Haag: SCP, 2002.
- KNGF. Nota Lange Termijn Visie 2006. Samen op weg naar Bewegingsvrijheid. Amersfoort: KNGF, 2002.
- Kolthof E. Taakopvatting psychosociale zorgverlening versmald. LINH-cijfers. Huisarts en Wetenschap, 2004; 47 (10): 441.
- Kool FJM, Delnoij DMJ. Effecten van een eigen risico versus een procentuele eigen bijdrage op zorgconsumptie. Utrecht: NIVEL, 1999.
- Konings JWAM, Rijdt-van de Ven AHJ van de. Praktijkorganisatie en Assistentie in gezondheidscentra. Utrecht: Landelijke Vereniging Gezondheidscentra, 1998.
- Kompas: Nationaal Kompas Volksgezondheid: www.nationaalkompas.nl
- Korfker DG, Herschenderfer KC, Boer JB de, Buitendijk SE. Kraamzorg in Nederland; een landelijk onderzoek. Eindrapportage 'Kraamzorg voor allochtonen: een onderzoek naar kraamzorg bij Turkse en Marokkaanse vrouwen'. Leiden: TNO-rapport PG/JGD, 2002: 159.
- KNOV. Meerjarenvisie op de verloskundige zorgverlening in de 21e eeuw. Stuurgroep Modernisering Verloskunde, 2000.
- KNOV. Beleidsplan 2004-2005. Bilthoven: KNOV, 2003.
- KNOV. Beroepsprofiel Verloskundigen. Te verschijnen
- KPMG/CVZ. Vooronderzoek modernisering eerstelijnszorg. Eindrapportage. Amsterdam/Diemen: KPMG/CVZ, 2004.
- Kroesbergen I, Wit C de, Stijnen T. Detection of depressive complaints in children. Eur J Public Health, 1996; 6: 29-34.
- Kulu-Glasgow I, Bakker D de, Weide M, Tacken M, Wiersma W. Influenza-vaccinatie onder allochtone en autochtone ouderen: aanpak en bereik. Tijdschr Soc Gezondheidsz, 2002; 80 (8): 508-513.
- Laar MJW van de, Coul ELM op de. HIV and Sexually Transmitted Infections in the Netherlands in 2003, an update: November 2004. RIVM report 441100020/2004. Bilthoven: RIVM, 2004.
- Lamkaddem M, Bakker D de, Nijland A, Haan J de. De invloed van praktijkondersteuning op de werkdruk van huisartsen. Een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL, 2004.
- LCGV. Zorg van velen. Eindrapport van de Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (LCGV). Den Haag: LCGV, 2002.
- Leenen LPH. Gescheiden wegen. Efficiëntere zorg door een aparte spoedzorgstructuur. Medisch Contact 59, 2004; 10: 360-363.
- Leest LATM, Dis SJ van, Verschuren WMM. Hart- en vaatziekten bij allochtonen in Nederland. Een cijfermatige verkenning naar leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. RIVM rapport 261858006/2002. Bilthoven: RIVM, 2002.
- LEV. Onderzoek naar alle functies die verpleegkundigen in de eerstelijns vervullen. Utrecht, 2004.
- LHV. Toekomstvisie huisartsenzorg. Utrecht: LHV, 2003.
- LHV. LHV wil 55-plussers verlossen van nachtdiensten. Medisch Contact, 2004.
- LHV - ZN. Naar een nieuwe financieringsstructuur voor de huisartsenzorg. LHV/ ZN, 2004.
- Linden MW van der, Westert GP, Bakker DH de, Schellevis FG. De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- Lindert H van, Droomers M, Westert GP. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.

- Linschoten CP van, Moorer P, Voorrips R. Langs de eerste lijn. Wensen en verwachtingen van de Nederlandse bevolking ten aanzien van de eerstelijnszorg. Groningen: ARGO Rijksuniversiteit Groningen, 2004.
- Lisdonk EH van de, Bosch WJHM van den, Lagro-Janssen (red.). Ziekten in de huisartspraktijk. Vierde herziene druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003.
- Lucht F van der, Picavet HSJ. Zelfgerapporteerde ziekten en aandoeningen. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Demografische en sociaal-economische kenmerken\Sociaal-demografische gezondheidsverschillen\Sociaal-economische gezondheidsverschillen, 16 mei 2003.
- Lucht F van der, Verkleij H. Gezondheid in de grote steden - achterstanden en kansen. RIVM-rapport nr. 270555003/2002. Bilthoven: RIVM, 2002.
- Luijten MCG, Tjadens FLJ. Huisartsen in achterstandswijken: de werklust in achterstandswijken in drie grote steden onderzocht. Leiden: Research voor beleid, 1995.
- LVE. Ledenbestand per 25-03-2004. Amsterdam, 2004.
- LVG. Versterking van de eerste lijn door facilitaire ondersteuning. Utrecht: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn, 2003.
- LVG. Jaarbericht 2002/2003. Utrecht: LVG, 2003.
- LVG. Implementatie en ondersteuningsbehoefte praktijkondersteuning huisartsen (POH) in gezondheidscentra. Uitkomsten van een inventariserend onderzoek en aanbevelingen voor beleid. Utrecht: LVG, 2004.
- LVT. Zorg thuis. Een visie op plaats en betekenis van de thuiszorg in de 21e eeuw. Bunnik: LVT, 2000.
- LVT. Uitdaging en kans op vernieuwing. Thuiszorg in de eerstelijnsgezondheidszorg: wat thuiszorg ambieert, biedt en vraagt. Bunnik: LVT, 2003.
- Maas J, Velden L van der, Hingstman L, Berg M van den. Praktijkomvang en organisatiestructuur (1ste concept, 20 september 2004). NIVEL, nog niet gepubliceerd.
- Maas PJ van der, Schaapveld K, Heide A van der, Davidse W, Bonneux L, Barendregt JJ. Prioriteiten in Preventieonderzoek. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO), 1996.
- Meer IM van der, Uitenbroek DG. Lichamelijke beperkingen en het gebruik van zorg. Amsterdamse gezondheidsmonitor 1999-2000. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2001.
- Meijer SA, Verhaak PFM. De eerstelijns-GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek "Versterking eerstelijns-GGZ". Integrale eindrapportage, 2004 (in samenwerking met SGBO en Trimbos-instituut) Utrecht: NIVEL, 2004.
- Mesman J, Verhaak PFM. De toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen. Een onderzoek naar de verzekeringstechnische en geografische toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen. Utrecht: NIVEL, 2001.
- Mistiaen P, Delnoij D. 'Quick scan' kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector. Utrecht: NIVEL, 2003.
- Mistiaen P, Delnoij D, Gubbels J. Ervaringen van patiënten met het Achmea Medisch Callcenter tijdens weekenden. Utrecht: NIVEL, 2003a.
- MOgroep. Beleidskader 2002-2006 Maatschappelijk Ondernemers Groep. Utrecht: MOgroep, z.j.
- MOgroep/CBS. Kerncijfers AMW 2000 t/m 2004. (voorlopige cijfers). Utrecht, 2004.
- Murad SD, Joung IM, Lenthe FJ van, Bengi-Arsan L, Crijnen AA. Predictors of self-reported problem behaviours in Turkish immigrant and Dutch adolescents in the Netherlands. J Child Psychol Psychiatry, 2003; 44 (3): 412-423.
- Nauta JA, Rijen AJG van, Ottes L. Zorgconsumptie vergeleken. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: RVZ, 2004.
- Netten PM, Zee PM van der, Bleeker MWP, Smulders C. De eerste lijn voorbij: inventariserend onderzoek naar zelfverwijzers op de spoedeisende hulp. Medisch Contact, 2002; 57 (3): 87-89.
- NHG. Toekomstvisie huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2002.
- NHG/LHV. Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie 2012. Rapport van de NHG/LHV-werkgroep Functie- en Taakomschrijving Huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV, 2003.
- Nijboer Ch, Altink D. Gezondheidswinst door gemeentelijk facetbeleid: voorbeeldmaatregelen die gezond leven bevorderen, vooral bij sociaal economisch zwakkere groepen. Woerden: NIGZ, 2003.

- Nijland A, Haan J de. Een secretaris voor de HAGRO. Werkdrukvermindering voor de huisarts. Medisch Contact 54, 1999; 23: 839-841.
- NIVEL. Huisartsenregistratie. Utrecht: NIVEL, diverse jaren.
- NIVEL. Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2003. Utrecht: NIVEL, 2003a.
- NIVEL. Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 2003. Utrecht: NIVEL, 2003b.
- NIVEL. Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten Cesar, peiling 2002. Utrecht: NIVEL, 2003c.
- NIVEL. Cijfers uit de registratie van oefentherapeuten Mensendieck, peiling 2002. Utrecht: NIVEL, 2003d.
- NIVEL. DHV-indeling volgens NIVEL-inventarisatie 2003. Utrecht: NIVEL, 2003e.
- NIVEL. Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten, peiling 2003. Utrecht: NIVEL, 2004.
- NIVEL/Trimbos-instituut/SGBO. Evaluatie versterking eerstelijns-GGZ: Een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns-GGZ te evalueren. Tweede Interimrapportage. Utrecht: NIVEL, Trimbos-instituut, SGBO, 2003.
- NPCF. Naar een sterke positie van patiënten en consumenten in de zorg. Strategisch beleidsplan NPCF, 2003 - 2006. Utrecht: NPCF, 2002.
- NPCF. Huisarts in de eerstelijnszorg. Discussienota. Utrecht: NPCF, 2002.
- NPCF. Eerstelijnsgezondheidszorg. NPCF Visiedocument. Utrecht: NPCF, februari 2004 (concept).
- NPCF. Toekomstbestendige eerstelijnszorg. Brief aan de Minister van VWS. Utrecht: NPCF, 21 januari 2004.
- NVZ. Het ziekenhuis van de toekomst. Een inspirerende visie op curatieve zorg in 2010 en later. Utrecht: NVZ, 2002.
- Oers JAM van (red.). Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270551001/2002. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Offerhaus PM, Anthony S, Oudshoorn CGM, Pal-van der Bruin KM van der, Buitendijk SE. De thuisbevalling in Nederland. Eindrapportage 1995-2000. Leiden: TNO, 2002.
- Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Met cd-rom. Bussum: Uitgeverij Coutinho, 1998.
- Ong RSG, Waal MWM de, Jong HJ de. RNUH-LEO Basisrapport X. Databestand 2001/2002. Leiden: Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, LUMC, 2003.
- Ooijendijk WTM, Hespen ATH van, Pronk MG, Vries SI de. Pilot Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Leiden: TNO, 2004.
- Oort M van, Kulu Glasgow I, Weide M, Bakker D de. Gezondheidsklachten van illegalen. Een landelijk onderzoek onder huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen. Utrecht: NIVEL, 2001.
- Paassen PAM van. E-health: marginaal of integraal. Rapportage van de stand van zaken rond de toepassing van e-health in de diabeteszorg. Oegstgeest: PAM van Paassen Consultancy BV, 2004.
- Picavet HSJ, Schouten JSAG. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences consequences and risk groups, the DMC3-study. Pain, 2003; 102: 167-178.
- Pilon PJH, Dijkers FW. Een manager in huisartsenland. Hulp bij het organisatorische werk in de praktijk. Medisch Contact 57, 2002; 8: 290-292.
- Plexus. Een onderzoek naar de variabelen van invloed op de grootste kostenposten van huisartsen dienstenstructuren. Analyse huidige situatie huisartsen dienstenstructuren. Rapportagedeel. Plexus Medical Group, 29 maart 2004 (te downloaden van www.cvz.nl).
- Poort EC, Spijker J, Dijkshoorn H, Verhoeff AP. Amsterdamse Gezondheidsmonitor 1999-2000. Turkse en Marokkaanse ouderen in Amsterdam. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2001.
- Pronk EJ. Morning-afterpil bij de drogist. Medisch Contact, 2005; 60 (1): 7.
- PWC/NIVEL. Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Resultaten benchmarkonderzoek op sectorniveau. Eindrapport. Almere/Utrecht: PWC Consulting/NIVEL, 2002.
- RAZW. Jaarrapportage. Tilburg: NIVEL/Prismant/OSA, diverse jaren.
- Reelick NF, Gilst ECH van, Driel HF van. De gezondheid van Marokkanen in vijf steden. In: Bleeker JK, Reelick NF. Rotterdam: GGD Rotterdam en omstreken, 1998.
- Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health cares of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? J Epidemiol Community Health, 1998; 52: 298-304.
- Rijen AJG. Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002.

- Rijen AJG, Lint MW de, Ottes L. Inzicht in e-health. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies E-health in zicht. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- Rijen AJG van, Ottes L. Regionale verschillen in het gebruik van zorg. In: Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: RVZ, 2004.
- Rijken PM, Spreeuwenberg P. Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Kerngegevens Zorg 2003. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Ros CC, Hutten JBF, Groenewegen PP. Centra Centraal. Onderzoek naar kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1996.
- Ruwaard D, Kramers PGN (red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen. RIVM-rapport nr. 431501018/1997. Bilthoven: RIVM, 1997.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redesign van de eerste lijn in transmurale perspectief. Zoetermeer: RVZ, 1998. Inclusief Achtergrondstudie: Spreeuwenberg C, Elfahmi DMM. Transmurale zorg: redesign van het zorgproces Zoetermeer, RVZ, 1998.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg. Achtergrondstudie bij advies 'Interculturalisatie van de gezondheidszorg', code 99/21. Zoetermeer: RVZ, 2000.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezond zonder zorg. Zoetermeer: RVZ, 2000a.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Volksgezondheid en Zorg. Zoetermeer: RVZ, 2001.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Met achtergrondstudie: Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid en gedrag. Zoetermeer: RVZ, 2002a.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. E-health in zicht. Zoetermeer: RVZ, 2002b.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Acute zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gepaste zorg. Zoetermeer: RVZ, 2004 en Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudies bij het advies 'Gepaste zorg'). Zoetermeer: RVZ, 2004.
- Salisbury CH, Chalder M, Manku Scott T, Pope C, Moore L. What is the role of walk-in centres in the NHS? British Medical Journal 324, 2002: 399-402.
- Salisbury CH, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. British Journal of General Practice 53, 2003; 486: 53-59.
- SBBW, Stichting Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker regio West. Jaarverslag 2003: <http://www.sbbw.nl/extra/jaarverslag/jaarverslag2003.pdf>.
- Schellevis F, Westert G. Onnodig gebruik van huisartsenzorg eerder af- dan toegenomen. Huisarts en Wetenschap, 2004; 47 (12): 549.
- Schellingerhout R. Cijferrapport allochtone ouderen. Werkdocument 105. Den Haag: SCP, 2004.
- Schudel WJ, Struben HWA, Vroom-Jongerden JM. Epidemiologie van parasuicide in Den Haag. Ned Tijdschr Geneesk, 1999; 143: 1469-1474.
- SCV, Stichting Consument en Veiligheid. Ongevallen en bewegen in Nederland. Kerncijfers 2000-2001 voor beleid en onderzoek. Amsterdam: SCV, 2003a.
- SCV, Stichting Consument en Veiligheid. Ongevallen en bewegen in Nederland. Interne rapportage 2000-2002. Amsterdam: SCV, 2003b.
- SCV, Stichting Consument en Veiligheid. Ongevallen en bewegen in Nederland. Verantwoording en resultaten 2000-2002. Intern rapport 277. Amsterdam: SCV, 2003c.
- SCV, Stichting Consument en Veiligheid. Veiligheid in de privésfeer: Op Koers! Amsterdam: SCV, 2003d.
- SCV, Stichting Consument en Veiligheid (C. Stam). SEH-behandelingen in verband met letsel. Informatie verkregen op verzoek. Amsterdam: SCV, 5 juli 2004.
- SCV, Stichting Consument en Veiligheid. Ongevalscijfers. Slachtoffers naar ongevalstype. Tabel op internet site www.veiligheid.nl. Amsterdam: SCV, 5 maart 2004.
- SFK, Stichting Farmaceutische Kengetallen. Farmaceutische kengetallen. Den Haag: diverse jaren.
- SFK, Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten 2003. Den Haag: SFK, 2003.
- Sixma H. New land, new town, new health care system. Proefschrift. Utrecht: NIVEL, 1997.
- Sluijs EM, Wagner C. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000. Utrecht: NIVEL, 2000.
- Son I van, Vrijhoef H, Crebolder H, Hoef I van, Beusmans G. De huisarts ondersteund. Een RCT naar het effect van een praktijkondersteuner bij astma, COPD en diabetes. Huisarts en Wetenschap, 47, 2004; 1: 15-21.

- Spelten ER, Gubbels JW. Een medisch callcenter in de praktijk. Onderzoek naar effect en ervaring. *Huisarts en Wetenschap* 46, 2003; 10: 543-546.
- Stam C. SEH-behandelingen in verband met letsel. Analyse in opdracht van RIVM. Amsterdam: Stichting Consument en Veiligheid, juli 2004.
- Starmans B. The effects of patiënt charges on medical utilization, expenditure, and health (proefschrift). Maastricht University, 1998.
- Stevens GW, Pels T, Bengi-Arslan L, Verhulst FC, Vollebergh WA, Crijnen AA. Parent, teacher and self-reported problem behavior in The Netherlands: comparing Moroccan immigrant with Dutch and with Turkish immigrant children and adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2003; 38 (10): 576-585.
- STG, Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Duizend bloemen in één kleurrijk boeket. Op weg naar een georganiseerde eerste lijn. Leiden: STG, 2003.
- Swinkels ICS, Ende CHM van den. Daling vraag naar fysiotherapie. Factsheet. www.nivel.nl/lipz, 2004.
- Tacken M. Opkomst baarmoederhalskankercreening: huisartsen organiseren het goed. *Huisarts en Wetenschap*, 2002; 45: 109-109.
- Tacken M, Hoogen H van den, Tiersma W, Bakker D de, Braspenning J. Programmatische preventie in de huisartspraktijk. Nijmegen/Utrecht: LINH-registratie (LHV NHG, NIVEL, WOK), 2003.
- Tacken M, Berendse A, Hak E, Hoogen H van den, Bakker D de, Braspenning J. Invloed van de griepvaccinatie op de medische consumptie van hoogrisicopatiënten in de huisartspraktijk. Nijmegen/Utrecht: LINH-registratie (LHV NHG, NIVEL, WOK), 2003.
- Tacken M, Verheij R, Mulder J, Hoogen H van den, Braspenning J. Monitoring griepvaccinatiecampagne 2003. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Tacken MAJB, Braspenning JCC, Berendse A, Hak E, Bakker DH de, Groenewegen PP, Grol RPTM. Vaccination of high-risk patiënts against influenza: impact on primary care contact rates during epidemics. Analysis of routinely collected data. *Vaccin*, 2004; 22 (23-24): 2985-2992.
- Tijdink DWGM, Es J van. Vertaal- en communicatieproblemen bij de diagnostiek van de depressieve stemming bij berberpatiënten. *Mamresh tgjt? Tijdschr Psychiatrie*, 2003; 45 (6): 327-332.
- TNS-NIPO. Nauwelijks draagvlak voor eigen bijdrage huisarts. Persbericht op www.tns-nipo.com, 1 maart 2004.
- Trimbos-instituut. Nationale Drug Monitor. www.trimbos.nl. April 2004.
- Uden CJT van, Dongen AWM van, Guldemond-Hecker Y, Fiolet JFBM, Winkels RAG, Crebolder HFJM. Poortwachter hersteld. Eerst naar de huisarts, dan naar de Spoedeisende Hulp. *Medisch Contact*, 2003; 58 (39): 1482-1485.
- Veen J (KNCV). Hoe vaak komt tuberculose voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheidstoestand/Ziekten en aandoeningen/Infectieziekten en parasitaire ziekten/Tuberculose, 26 maart 2002.
- Veer G van der, Sixma HJ, Kerkstra A. Kwaliteit van thuiszorg vanuit cliëntperspectief: Meetinstrumentontwikkeling. Utrecht: NIVEL/ Stichting Cliënt en Kwaliteit, 2003.
- Velden LFJ van der, Hingstman L, Windt W van der, Arnold EJE. Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2003-2012/2017/2020. Utrecht: NIVEL, Prismant, 2003a.
- Velden LFJ van, Kenens RJ, Hingstman L. Vraag en aanbod ontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden. Utrecht: NIVEL, 2003b.
- Veltman MTM. Een algoritme voor het maken van probleemlijsten. In: Veltman MTM. Huisartsgeneeskundige zorgepisoden. Analyse van een zevenjaarsbestand. Proefschrift. Lelystad: Meditext, 1995.
- Verdurmen J, Monshouwer K, Dorsselaer S van, Graaf R de. Bovenmatig drinken in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- Verhulst FC, Ende J van der, Ferdinand RF, Kasius MC. De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Ned Tijdschr Geneesk*, 1997a; 141: 777-781.
- Verkleij H, Verheij RA. Zorg in de grote steden. RIVM-rapport nr. 270556007/2003. Bilthoven/Utrecht: RIVM/NIVEL, 2003.
- Vernhout G, Bakker PF, Dragt W. Rapportage verkennend onderzoek naar opzeggars thuiszorg in verband met de verhoging van de eigen bijdrage in 2004. Enschede: HHM, 2004.
- Verweij G, Bruin A de, Ree J de, Kardaun J. Ziekenhuisopnamen naar herkomstsgroeperingen en diagnose, 1995-2001. Bevolkingstrends 2004; 3^e kwartaal. 97-121.

- VGZ. Visie van VGZ op de huisartsgeneeskundige zorg binnen de geïntegreerde eerste-lijn (2004 - 2007). Nijmegen: VGZ, mei 2004.
- VOG. Het algemeen maatschappelijk werk in beeld 1999: jaarrapport 1999. Utrecht: VOG 1999.
- Vrijhoef HJM. Is it justifiable to treat chronic patients by nurse specialists? Evaluation of effects on quality of care (proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht, 2002.
- Vugts C, Velden LFJ van der, Hingstman L, Velde F van der, Windt W van der. Behoeftes-raming fysiotherapeuten 2002-2015. Utrecht: NIVEL/Prismant 2003.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Actieplan Zorg Verzekerd (Brief van de minister en staatssecretaris van VWS). 27488 Nr. 1 2000; nr. 2, 2002; nr. 3, 2003. Den Haag: Ministerie van VWS, 2000.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Curatieve zorg. Beleidsbrief 'Modernisering Curatieve Zorg, tweede fase' Vergaderjaar 2000-2001. Kamerstuk 23619 nr. 18. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Met zorg kiezen. Patiënten/Consumentenbeleid. 27807 nr. 1 en 2, 2001 (kamerstuk 53844 en 53845); en 27807 nr. 15, 17, 18, 2002. Den Haag: Ministerie VWS, 2001a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Een gezonde spil in de zorg. Bouwstenen voor de toekomstige financiering van de huisartsenzorg. (Commissie Tabaksblat). Den Haag: Ministerie van VWS, 2001b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2003. Vergaderjaar 2002-2003. 28605 nr 1 (2002), nr 8, nr 9, nr 14, nr 31 (2003). Den Haag: Ministerie van VWS, 2003a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bouwstenen Zorg in de buurt (Verkennde ambtelijke notitie Versterking Huisartsenzorg / eerstelijnszorg). Den Haag: Ministerie van VWS, Ministerie van Financiën, 2003. (inclusief Brief aan de Tweede Kamer, over Zorg in de buurt. Versterking huisartsenzorg, kenmerk CZ/EZ-2354435. Den Haag: Ministerie van VWS, 2003b)
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Begroting 2004, (inclusief zorgnota). 29200 XVI, nr. 2 (kamerstuk 68271). Den Haag: Ministerie van VWS, 2003c.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsagenda 2004. Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2003d.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De toekomstbestendige eerstelijnszorg. (Beleidsbrief). Den Haag: Ministerie van VWS, november 2003e.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Intentieverklaring Versterking eerstelijnsgezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2004.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsagenda 2005: Nieuwe fundamenten voor een toekomstbestendige zorg. Den Haag: 2004a.
- Wal MF van der, Diepenmaat ACM, Pauw-Plomp H, Reijneveld SA. Verschillen tussen volledig en onvolledig gevaccineerde kinderen naar etnische afkomst. Tijdschr Soc Gezondheidsz, 1996; 74: 397-402.
- Wal MF van der, Pauw-Plomp H. Ongevallen bij Amsterdamse kinderen. Tijdschr Soc Gezondheidsz, 1994; 72: 138-142.
- Wal MF van der, Rijcken B. Astmatische klachten bij autochtone en allochtone kinderen van 2-11 jaar in Amsterdam. Tijdschr Soc Gezondheidsz, 1995; 73: 42-50.
- Wal MF van der, Uitenbroek DG, Pauw-Plomp H. Astmatische klachten bij kinderen van verschillende etnische afkomst: 1998-99 versus 1992-93. Tijdschr Soc Gezondheidsz, 2001; 79: 403-407.
- Wal MF van der, Wit CAM de, Diepenmaat ACM, Hirasing RA. Probleemgedrag van kinderen van 9-13 jaar in Amsterdam. Tijdschr Gezondheidswet, 2004; 82 (1): 21-26.
- Wersch SFM van, Uniken Venema HP, Schulp-ten TWJ. De gezondheidstoestand van allochtonen. In: Mackenbach JP, Verkleij H (red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Themarapport II Gezondheidsverschillen. Bilthoven: RIVM, 1997.
- Weide M. Gezondheidszorg in de multiculturele samenleving. Een overzicht van onderzoek naar de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor migranten. In: NWO-ZON. Onderzoeksprogramma Cultuur en Gezondheid. Den Haag, 1998.

- Weide MG, Foets M. Migranten en de huisarts. Bevindingen uit twaalf onderzoeken in kaart gebracht. *Tijdschr Soc Gezondheidsz*, 1997; 75: 4-12.
- Weide MG, Foets M. Migranten in de huisartspraktijk: andere klachten en diagnoses dan Nederlanders. *Ned Tijdschr Geneesk*, 1998; 142: 2105-2109.
- Wentink M, Hattum MJC van, Hutschemaekers G. De eerstelijnspsycholoog gevolgd. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- Wiegers TA, Velden LFJ van der, Hingstman L. Behoefteteraming verloskundigen 2001-2020. Utrecht: NIVEL, 2002.
- Wiegers TA, Janssen BM. Monitor Verloskundige Zorgverlening. Rapportage derde meting, najaar 2003. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Wiegers T, Janssen B. Monitor verloskundige zorgverlening. Vierde rapportage, najaar 2004. Utrecht: NIVEL, 2005.
- Windt W van der, Calsbeek H, Talma H, Hingstman L. Feiten over verpleegkundige en verzorgenden beroepen in Nederland 2004. Utrecht: Elsevier/LEV, 2004.
- Wijngaart GF van de. Drug problems among immigrants and refugees in The Netherlands and the Dutch health care and treatment system. *Subst Use Misuse*, 1997; 32: 909-938.
- Wildman K, Blondel B, Nijhuis J, Defoort P, Bakoula C. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2003; 111, Suppl 1: S53-65.
- WINAp. Resultaat inventarisatie herhaalreceptuur. Den Haag: WINAp, 2004.
- Wolters I, Hoogen H van den, Bakker D de. Evaluatie invoering Elektronisch Voorschrijf Systeem: eindrapport. Utrecht: NIVEL, 2003.
- WRR, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Bewijzen van goede dienstverlening. Amsterdam: University Press, 2004.
- Ziekenfondsraad. Evaluatie algemene eigen bijdrageregeling Ziekenfondswet. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998.
- Ziekenfondsraad. Evaluatie beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie Cesar en -Mensendieck inclusief het 'Amsterdamse Dienstenmodel'. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1998.
- ZN, Zorgverzekeraars Nederland. Visie Zorgverzekeraars op Herstructurering Eerstelijnszorg. Zeist: ZN, 2002.
- ZN, Zorgverzekeraars Nederland. Visie en aandachtspunten van zorgverzekeraars ten behoeve van afspraken modernisering 1e lijn. Zeist: ZN, 2004.

Bijlage 1: Medewerkers aan dit rapport

Auteurs

Dr. D.H. de Bakker
NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht

Drs. R. Gijsen
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven

Dhr. D.J. Griffioen
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven

Dr. L. Hingstman
NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht

Mw. dr. ir. N. Hoeymans
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven

Dr. J.J. Polder
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven

Drs. M.J.J.C. Poos
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven

Mw. dr. E.M. Sluijs
NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht

Mw. dr. H.F. Treurniet
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven

Dr. L.F.J. van der Velden
NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht

Wetenschappelijke advisering

Prof. dr. P.P. Groenewegen
NIVEL, hoofd onderzoeksafdeling

Dr. F.G. Schellevis, arts
NIVEL, programmaleider huisartsenzorg

Drs. L.J. Stokx, arts MPA
Sector Volksgezondheid
RIVM, Bilthoven

Dr. H. Verkleij
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven

Dr. G.P. Westert
Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek, RIVM, Bilthoven

Mw. drs. S. van Wieren
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven

Prof. dr. J. van der Zee
NIVEL, directeur

Ondersteuning

Mw. J.A.G. van Beusekom
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven

Mw. drs. S.W. Bongers
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven

Mw. drs. ing. H. Giesbers
Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven

Kartografie

Mw. drs. ing. H. Giesbers
Centrum Volksgezondheid Toekomst
Verkenningen, RIVM, Bilthoven

Vormgeving en lay-out

M. Middelburg
Uitgeverij, RIVM, Bilthoven

Contactpersonen bij verwerving van databestanden

Mw. dr. M. Cardol
NIVEL, data Nationale Studie naar ziekten
en verrichtingen in de huisartspraktijk
(NS-2)

Mw. dr. C.H.M. van den Ende
NIVEL, data Landelijke Informatievoorziening
Paramedische Zorg (LiPZ)

Dhr. T. van der Horst
CAK-BZ, productiegegevens thuiszorg

Mw. C. Stam
Stichting Consument en Veiligheid, data
spoedeisende eerste hulp

Dr. P.F.M. Verhaak
NIVEL, data eerstelijnspsychologen en
algemeen maatschappelijk werk

Dhr. E.W. Wolffensperger
Gino Software BV, RIO-gegevens over
thuiszorg

Bijlage 2: Samenstelling Beleids Advies Groep

Mw. drs. C.C. Alberda

Directie Curatieve Zorg, Afdeling
Extramurale Zorg
Ministerie van VWS, Den Haag

Drs. G.W. Dekker

Directie Verpleging, Verzorging
en Ouderen, Afdeling Zorgaanbod
Ministerie van VWS, Den Haag

Mw. mr. drs. E. Cregten

Directie Curatieve Zorg, Afdeling
Bekostiging
Ministerie van VWS, Den Haag

Mw. drs. A.W.H. Dortmans

Directie Markt en Consument, Afdeling
Marktordening
Ministerie van VWS, Den Haag

Mw. drs. H.E.M. Hollenberg-van Pelt

Directie Lokaal Beleid
Ministerie van VWS, Den Haag

Drs. T.P. Hoogeveen

Directie Innovatie, Beroepen en
Ethiek, Afdeling Beroepen
en Opleidingen
Ministerie van VWS, Den Haag

Dr. J.B.F. Hutten

Directie Curatieve Zorg, Afdeling
Extramurale Zorg
Ministerie van VWS, Den Haag

Mw. mr. G. Kelder

Directie Geneesmiddelen en Medische
Technologie, Afdeling Geneesmiddelen
Ministerie van VWS, Den Haag

Mw. drs. M.J. Kemper

Directie Geestelijke gezondheidszorg,
Verslavingszorg en Maatschappelijke
opvang, Afdeling Geestelijke
Gezondheidszorg
Ministerie van VWS, Den Haag

Dhr. L. Kliphuis

Directie Curatieve Zorg, Afdeling
Extramurale Zorg
Ministerie van VWS, Den Haag

Drs. R. Mooij

Directie Publieke Gezondheid, Afdeling
Openbare Gezondheidszorg Ministerie van
VWS, Den Haag

Dhr. R.C. Sardeman, arts

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den
Haag

Drs. J. Th. Sluiter

Directie Gehandicaptenbeleid, Afdeling
Ontwikkeling en Afstemming
Gehandicapten
Ministerie van VWS, Den Haag

Drs. A.J.M. Zengerink

Directie Curatieve Zorg, Afdeling
Bekostiging
Ministerie van VWS, Den Haag

Bijlage 3: Geïnterviewde organisaties

AGIS Zorgverzekeringen, Amersfoort	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), Utrecht
Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV), Utrecht	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), Bunnik
College Tarieven Gezondheidszorg/ Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio), Utrecht	Maatschappelijk Ondernemers Groep Sectie Algemeen Maatschappelijk Werk, Utrecht
College voor Zorgverzekeringen (CVZ), Diemen	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Utrecht
Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD), Utrecht	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Utrecht
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Amersfoort	Nederlandse Vereniging voor Traumatologie (NVT), Delft
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Den Haag	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Utrecht
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Bilthoven	Zorgverzekeraar VGZ, Eindhoven
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Utrecht	Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zeist
Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), Amsterdam	

Bijlage 4: Interviewchecklist

Algemeen doel van het interview

Het algemene doel van het interview is uw visie te vernemen op de toekomst van de eerstelijnszorg.

Wat zijn volgens u wenselijke maatregelen of organisatorische vernieuwingen om toekomstige problemen in de eerstelijnszorg het hoofd te bieden?

Toekomstige problemen

In de eerste lijn zullen capaciteitsproblemen groter worden, met name ten aanzien van de huisartsgeneeskundige zorg. In het verlengde daarvan zullen problemen ten aanzien van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg ontstaan.

Voornaamste oorzaak van de problemen is een dreigende kloof tussen de stijgende zorgvraag en het zorgaanbod.

Afbakening tot eerstelijnszorg en thuiszorg

Onder eerstelijnszorg verstaan we in dit onderzoek de zorg verleend aan mensen die thuis wonen, dus inclusief de thuiszorg.

De huidige betrokken disciplines zijn dan vooral:

- huisartsen
- apothekers
- verloskundigen
- fysiotherapie en oefentherapie
- verpleging en verzorging
- algemeen maatschappelijk werk
- eerstelijnspsychologen
- poliklinische zorgverlening

Buiten beschouwing blijven:

- gehandicaptenzorg
- tandheelkundige zorg

Graag meegeven:

- Relevante beleidsnota's over de toekomstige ontwikkelingen
- Relevante gegevens (zorggebruik, zorgvernieuwingen et cetera)

1. Anticipeert uw organisatie/beroepsgroep in haar beleid op toekomstige veranderingen ten aanzien van de eerstelijnszorg? En zo ja op welke wijze?

Aandachtspunten

- Capaciteit
- Nieuwe beroepen, taken
- Deskundigheid
- Organisatorische veranderingen
- Overig

2. Welke veranderingen in taken en organisatie van de eerstelijnszorg zijn nodig om toekomstige capaciteitsproblemen en daarmee verwante kwaliteitsproblemen het hoofd te bieden?

Kwaliteit

- Beschikbaarheid en toegankelijkheid
- Deskundigheid
- Samenhang en continuïteit
- Patiëntgerichtheid en vraaggerichtheid

Aandachtspunten

- Vergroten van het zorgaanbod (capaciteit, ondersteuning)
- Organisatorische veranderingen (zorgvernieuwingen, best practices)
- Substitutie, taakherschikking (op welke gebieden)
- Zorgvraag beïnvloeden (zelfzorg, eigen bijdrage, verkleining pakket)
- Overig

3. Betreffen de door u voorgestelde veranderingen de gehele eerstelijnszorg of specifieke zorgfuncties, patiëntencategorieën of gezondheidsproblemen?
Betreffen wenselijke veranderingen complexe zorg en niet-complexe zorg?

Zorgfuncties

- Screening en preventie
- Traumatologie
- Acute spoedeisende klachten
- Niet acute (alledaagse) klachten
- Infectieziekten
- Bewegingsapparaat
- Chronische ziekten (preventie, diagnostiek, behandeling)
- Psychische en psychosociale klachten
- Verpleegkundige zorg
- Verzorging (ADL/HDL)
- Verloskundige zorg

4. Hebben de door u voorgestelde veranderingen consequenties voor de aansturing en de financiering van de eerstelijnszorg? En zo ja in welke opzichten en met welke consequenties?

Bijlage 5: Lijst van afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen/Activiteiten van het Dagelijks Leven
AEB	Algemene Eigen Bijdrageregeling
ANW	Avond-, nacht- en weekend(diensten)
AMC	Academisch Medisch Centrum
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AVVV	Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Beroepen Individuele Gezondheidszorg
CAK-BZ	Centraal Administratie Kantoor-Bijzondere Zorgkosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CMR-N	Continue Morbiditeits Registratie-Nijmegen
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CTG/ZAio	College Tarieven Gezondheidszorg/ Zorgautoriteit in oprichting
CVA	Cerebro Vasculair Accident
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DHV	District Huisartsen Vereniging
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ELP	Eerstelijns Psycholoog
EMD	Elektronisch Medisch Dossier
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
EPZ	Eerstelijns Psychologische Zorg
ERGO	Erasmus Rotterdam Gezondheid en Ouderen (bevolkingsonderzoek)
EVS	Elektronisch Voorschrijfsysteem
FTE	Fulltime equivalent
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GG&GD	Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst
HAGRO	Huisartsengroep
HAIO	Huisarts in opleiding
HAP	Huisartsenpost
HDL	Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen
HIDHA	Huisarts in dienst van een zelfstandige huisarts

HOED	Huisartsen onder één dak
HVRC	Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
ICPC	International Classification of Primary Care
ICT	Informatie en Communicatie Technologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LASA	Longitudinal Ageing Study Amsterdam
LCGV	Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid
LEVU	Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	Landelijk Informatienetwerk Huisartsen
LIPZ	Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg
LIS	Letsel Informatie Systeem
LVE	Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MidAS	Mild Diseases and Ailments Study
MOBG	Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening Gezondheidszorg
MOgroep	Maatschappelijke Ondernemersgroep
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de zorg
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NHS	National Health Service
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NONI	Niet op naam ingeschreven (patiënt)
NP	Nurse Practitioner
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NS-2	Tweede Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVT	Nederlandse Vereniging voor Traumatologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OC&W	Ministerie van Onderwijs, Cultuur & Wetenschappen

PA	Physician assistant
PGB	Persoonsgebonden Budget
POH	Praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk
POLS	Periodiek Onderzoek Leefsituatie
RA	Reumatoïde artritis
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RAZW	Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
RGO	Raad voor Gezondheidsonderzoek
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RNH	Registratienet Huisartspraktijken
RNUH-LEO	Registratie Netwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en Omstreken
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
STG	Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg
VETC	Voorlichter Taal en Eigen Cultuur
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WGR	Wet Gemeenschappelijke Regio's
WINAP	Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 6: Indeling van diagnoses in clusters

Doel

Het hele scala aan symptomen, ziekten, aandoeningen en stoornissen die mensen kunnen hebben, op zodanige wijze in clusters groeperen dat een werkbaar aantal categorieën ontstaat. Aan de hand van die clusters kan dan een overzichtelijke presentatie van de gezondheidsproblemen in de bevolking worden gegeven en van de gezondheidsproblemen waarmee de eerste lijn wordt geconfronteerd.

Uitwerking

De clusters van gezondheidsproblemen (ziekten) zijn opgesteld aan de hand van de gemeenschappelijkheid van type zorgverlening en van klachten en beperkingen in functioneren. Dat resulteerde in de volgende clusters:

- Infectieziekten
- Chronische lichamelijke ziekten
- Aandoeningen van het bewegingsapparaat (exclusief nieuwvormingen, infecties en letsels)
- Acute lichamelijk letsels
- Overige lichamelijke aandoeningen
- Overige lichamelijke klachten
- Psychische en sociale problemen
- Vruchtbaarheid, zwangerschap en geboorte
- Screening en preventie

Hierbij moet worden opgemerkt dat de twee laatst genoemde clusters niet altijd verwijzen naar echte gezondheidsproblemen, maar wel aanleiding zijn voor gebruik van eerstelijnsvoorzieningen.

Om alle gezondheidsproblemen toe te wijzen aan één van de clusters, zijn alle zogenaamde symptoom- en ziektediagnosen uit de ICPC (International Classification of Primary Care) doorgelopen en is vastgesteld in welk cluster ze opgenomen moesten worden. Daarbij is gebruik gemaakt van de uitkomst van het Delphi-onderzoek verricht door onderzoekers van het Registratie Netwerk Groningen ten behoeve van het opstellen van een probleemlijst (Hiddema-Van der Wal et al., 2003) en van het onderzoek van Veltman die voor hetzelfde doel een algoritme uitwerkte (Veltman, 1995). Twijfelgevallen werden bediscussieerd in de onderzoeksgroep. Hierna werd de indeling ter controle voorgelegd aan een praktiserende huisarts.

Uitgangspunten

Bij de indeling van de diverse gezondheidsproblemen in clusters hebben we de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Cluster infectieziekten: betreft alle infectieziekten uit alle ICPC-hoofdstukken.
- Chronische ziekten: het is vaak niet op voorhand te zeggen of een ziekte chronisch is of niet. Elke klacht kan in principe chronisch worden. Uit registraties is vaak niet

op te maken of een gezondheidsprobleem al lange tijd bestaat. Desondanks is getracht bepaalde ziekten aan te merken als chronisch. Sommige keuzen zijn dus enigszins arbitrair.

- Maligne nieuwvormingen en nieuwvormingen die niet als maligne of benigne zijn geclassificeerd: in het cluster chronische ziekten.
- Benigne nieuwvormingen: in het cluster overige lichamelijke aandoeningen.
- Chronische problemen van het bewegingsapparaat: in het cluster bewegingsapparaat.
- Chronische problemen op psychisch of sociaal vlak: in het cluster psychische en sociale problemen.
- Functiebeperking/ handicap: in het cluster chronische lichamelijke ziekten. Functiebeperkingen of handicaps kunnen een gevolg zijn van een aangeboren afwijking, trauma, infectieziekte, chronische ziekte et cetera. Ze kunnen langdurig zijn (en dan zouden ze als een chronische ziekte kunnen worden beschouwd) maar ook kortdurend. Indien zorgverleners een code voor functiebeperking/ handicap gebruiken, gaat het mogelijk toch in het merendeel van de gevallen om problemen die voor langere tijd een rol spelen.
- Aangeboren afwijkingen (zonder specificatie): in het cluster chronische ziekten. Sommige afwijkingen zijn ernstig met grote invaliditeit, andere zijn echter minimaal en gaan niet gepaard met beperkingen of leiden niet tot (langdurige) zorgafhankelijkheid. Ook hier is onze keuze dus wat arbitrair.
- Acute letsels van het bewegingsapparaat, zoals enkeldistorsie en fracturen: in het cluster acute lichamelijke letsels (en dus niet in het cluster bewegingsapparaat).
- Anticonceptie (inclusief sterilisatie) en infertiliteit bij man of vrouw: in het cluster vruchtbaarheid, zwangerschap en geboorte (en niet in het cluster preventie).
- Gezondheidsproblemen bij pasgeborenen: in het cluster waar de problematiek betrekking op heeft, bijvoorbeeld infectieziekten of chronische ziekten (en niet in het cluster vruchtbaarheid, zwangerschap en geboorte).
- Infecties en nieuwvormingen tijdens de zwangerschap: respectievelijk in de clusters infectieziekten en chronische lichamelijke ziekten.
- Zwangerschap complicerende letsels en aangeboren afwijkingen van de moeder: in het cluster vruchtbaarheid, zwangerschap en geboorte.
- Andere aandoeningen die zowel langdurige en ernstige kunnen zijn als kortdurend en mild: in het cluster overige lichamelijke aandoeningen.

Definitieve clustering

In de volgende tabel zijn alle ICPC-codes in de negen clusters ingedeeld. Tevens zijn in woorden voorbeelden gegeven van symptomen en ziekten die aan de clusters zijn toegewezen.

Tabel B6.1: Indeling van ICPC-codes en symptomen en ziekten in clusters.

Cluster	ICPC-codes	Voorbeelden van symptomen en ziekten
Infectieziekten	A70-A78, A92, B70-B71, B90 D22, D70-D73, D88 F70, F72-F73, F86 H70-H74 K70-K71 L70 N70-N73 R70-R83, R90 S03, S09-S11, S70-S76, S84-S85, S95 T70 U70-U72 W70-W71 X70-X74, X84, X90-X91, Y70-Y76	tuberculose, rode hond acute lymfadenitis, HIV/aids wormen, acute blindedarmonsteking ontsteking oog oorontsteking, tubastenose acuut reuma infectieziekte bewegingsapparaat polio, meningitis kinkhoest, sinusitis, influenza wratten, herpes simplex infectie endocriene klier urineweginfectie infecties zwangerschap/kraambled soa, vaginitis
Chronische lichamelijke ziekten	A12, A28, A79, A90 B28, B72-B74, B78-B79, B83 D17, D28, D74-D77, D81, D93-D94, D97 F28, F74, F81, F83-F84, F93-F94 H28, H75, H80, H82-H86 K28, K72, K73-K78, K82-K84, K86-K87, K89-K92, K95 L71 N28, N74, N76, N85-N90, N92 R28, R84-R85, R89, R91, R95-R97 S28, S83, S87-S88, S91, S97 T28, T71, T73, T80, T82, T85-T86, T90, T92-T93 U04, U28, U75-U77, U79, U85 W72 X28, X75-X77, X81, X83, X89 Y28, Y77-Y78, Y82-Y84	allergie, maligniteit ziekte van Hodgkin, stollingsstoornis incontinentie, colitis ulcerosa retinopathie, glaucoom vertigosyndroom, slechthorendheid angina pectoris, hypertensie neoplasmata bewegingsapparaat ziekte van Parkinson, migraine COPD, astma, hooikoorts contact eczeem, psoriasis obesitas, diabetes mellitus maligniteit nier en blaas maligniteit i.v.m. zwangerschap premenstrueel spanningssyndroom hypospadie
Aandoeningen van het bewegingsapparaat	L01-L29, L82-L95, L97, L98-L99	schouderklachten, spierpijn, artrose, osteoporose
Acute lichamelijke letsels	A80-A84, A86, A88 B76-B77 D79-D80 F75-F76, F79 H76-H79 L72-L81, L96 N79-N81 R87-R88 S12-S19 U80 X82 Y80	ongeval, geneesmiddelintoxicatie miltruptuur vreemd voorwerp in darm kneuzing oog, vreemd voorwerp in oog perforatie trommelvlies fracturen, verstuikingen, letsel knie hersenschudding vreemd voorwerp in luchtwegen steek insect, brandwond, snijwond letsel urinewegen letsel geslachtsorganen vrouw letsel geslachtsorganen man

Tabel B6.1: (vervolg)

Cluster	ICPC-codes	Voorbeelden van symptomen en ziekten
Overige lichamelijke aandoeningen	A85, A87, A91, A96, A99 B75, B79-B82, B84-B87, B99 D78, D82-D87, D89-D92, D95-D96, D98-D99 F71, F80, F82, F85, F91-F92, F95, F99 H81, H99 K79-K81, K85, K88, K93-K94, K96, K99 N75, N91, N93-N94, N99 R86, R90, R93, R98-R99 S77-S82, S86, S89-S90, S92-S94, S96, S98-S99 T72, T78, T81, T83, T87-T88, T91, T99 U78, U88, U90, U95, U98-U99 W73 X78-X80, X85-X88, X99 Y79, Y81, Y85-Y86, Y99	geneesmiddelbijwerking bloedarmoede, afwijking leukocyten maagzweer, buikbreuk netvliesloslating, staar overmatig oorsmeer hartgeruis, longembolie carpaal tunnelsyndroom pleuravocht, hyperventilatie lipoom, moedervlek, atheroomcyste struma, overgewicht glomerulonephritis goedaardige nieuwvormingen i.v.m. zwangerschap cervicitis, prolaps vagina goedaardige prostaathypertrofie
Overige lichamelijke klachten	A01-A11, A13-A29, A89, A97 B02-B27, B29 D01-D16, D18-D21, D24-D27, D29 F01-F27, F29 H01-H27, H29 K01-K27, K29 N01-N27, N29 R01-R27, R29 S01-S02, S04-S08, S20-S27, S29 T01-T05, T07-T27, T29 U01-U02, U05-U27, U29 X01-X08, X10-X27, X29 Y01-Y27, Y29	koorts, coma, huilende baby vergrote lymfeklier maagpijn, obstipatie, slikproblemen rood oog, afscheiding uit oog oorsuizen, bloed uit oor pijn toegeschreven aan hart hoofdpijn, krachtverlies piepende ademhaling, hoesten jeuk, knobbel huid, roodheid huid overmatige dorst, gewichtsverlies pijnlijk plassen, bloed in de urine pijnlijke menstruatie afscheiding penis
Psychische en sociale problemen	P01-P29, P70-P99 T06 Z01-Z29	depressief gevoel, depressie, slapeloosheid, Alzheimer/dementie, anorexia nervosa, probleem met werkloosheid, relatieprobleem
Vruchtbaarheid, zwangerschap en geboorte	A93, A94, A95 W01-W29, W75-W99 Y10, Y13-Y14	prematuur levendgeborene anticonceptie, mastitis kraambed infertiliteit, sterilisatie
Screening en preventie	A44, B44, D44, N44, R44, S44, X37	vaccinaties (waaronder tegen tyfus, hepatitis, meningitis, influenza, tetanus), cervix-uitstrijkje

Bijlage 7: Overzicht van databronnen

Zorgbehoefte en zorgvraag

Voor de beschrijving van de gezondheidstoestand van de bevolking (geoperationaliseerd als zorgbehoefte en zorgvraag) in *hoofdstuk 3*, is globaal gebruik gemaakt van drie typen bronnen: a) gezondheidsenquêtes; b) epidemiologische bevolkingsonderzoeken en c) huisartsenregistraties. Daarnaast zijn sommige andere zorgregistraties gebruikt, zoals de HIV-surveillance van de Stichting HIV-Surveillance. Gebruikte gezondheidsenquêtes zijn de Permanent Onderzoek Leefsituatie, gezondheid en arbeid van het CBS (CBS-POLS) en de patiëntenenquête uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Diverse epidemiologische bevolkingsonderzoeken zijn gebruikt. Kenmerken hiervan zijn beschreven in het Nationaal Kompas Volksgezondheid. Als huisartsenregistratie is primair gebruik gemaakt van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, uitgevoerd van 2000 tot 2002. De gegevens hieruit zijn aangevuld met die uit zes andere registraties:

- Continue Morbiditeitsregistratie Nijmegen e.o. (CMR-Nijmegen);
- Registratienet Huisartsenpraktijken (RNH) in Limburg;
- Registratie Netwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en Omstreken (RNUH-LEO);
- Transitieproject in onder andere Amstelveen en Friesland;
- Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland;
- Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH).

Ook over deze registraties is in het Nationaal Kompas Volksgezondheid de informatie bij elkaar gezet. Voor LINH kunnen we verwijzen naar de website www.linh.nl.

Zorggebruik

Huisartsen en apothekers

Bron: Contactregistratie van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS-2).

De belangrijkste variabelen zijn: leeftijd, geslacht, opleiding, burgerlijke staat, ziektenfonds of particulier verzekerd, etniciteit, morbiditeit (ICPC-gecodeerde contacten), contactfrequentie, contactsoort (huisarts, assistent, overig), voorschriften voor geneesmiddelen, nieuwe verwijzingen naar de tweede lijn en verwijzingen naar eerste lijn, andere verrichtingen (bijvoorbeeld bloedonderzoek, röntgenonderzoek, oor uitspuiten, advies werkhervatting).

Opmerkingen: voor dit rapport is niet hetzelfde bestand gebruikt als de rapportage van het NIVEL. Het aantal patiënten was bijna 290.000, het aantal contacten was ongeveer 1,3 miljoen en het aantal deelcontacten was ruim 1,5 miljoen. Als een patiënt op een dag bij de huisarts komt en ook bij de assistent wordt dat als 1 contact geteld en als 2 deelcontacten.

Fysiotherapie

Landelijk Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). In het LiPZ-netwerk zijn gedurende de registratie periode (april 2001 - mei 2003) voor de beroepsgroep fysiotherapie van ruim 12.000 patiënten gegevens geregistreerd. Voor ons onderzoek is de informatie van alle patiënten meegenomen waarvan de behandeling is gestart in de periode 1 juli 2002 tot 1 mei 2003 en is de follow-up tot 1 april 2004 meegenomen.

De belangrijkste variabelen zijn: leeftijd, geslacht, opleiding, ziekenfonds of particulier verzekerd, verwijzer, aantal zittingen, morbiditeit (ICPC-code) en behandeling wel of niet afgerond. Voor dit onderzoek zijn alleen de variabelen leeftijd, geslacht, aantal zittingen en ICPC-code gebruikt.

Opmerkingen: Uiteindelijk zijn de gegevens van bijna 11.000 patiënten en ruim 135.000 zittingen gebruikt.

Oefentherapie Cesar

Hiervoor is ook LiPZ gebruikt (zie hierboven). In totaal zijn de gegevens van bijna 2.000 patiënten gebruikt die verantwoordelijk waren voor ruim 26.000 zittingen.

Oefentherapie Mensendieck

Hiervoor is ook LiPZ gebruikt (zie hierboven). In totaal zijn de gegevens van bijna 1.400 patiënten gebruikt die verantwoordelijk waren voor ruim 17.000 zittingen.

Thuiszorg

Hiervoor zijn zowel gegevens van het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK-BZ) gebruikt en van GINO (Cliëntvolgsystemen voor Verzorging en Verpleging, inclusief de brede indicatiestelling). De gebruikte gegevens betreffen het jaar 2002.

Deze bestanden zijn gekoppeld omdat de landelijke gegevens van het CAK geen diagnosecode bevatte en de gegevens van GINO wel maar GINO is niet landelijk (Noord-oost Nederland).

De belangrijkste variabelen bij GINO zijn: leeftijd, geslacht, aantal uren zorg, diagnose (ICPC-code) en verleende hulp. Voor het CAK waren dat leeftijd, geslacht, aantal uren zorg en verleende hulp. De verleende hulp is in vier categorieën ingedeeld: verpleging, verzorging, alpha-hulp en huishoudelijke verzorging.

Algemeen maatschappelijk werk (AMW)

De landelijke gegevens omtrent de cliëntenpopulatie van het AMW zijn afkomstig van een gestandaardiseerd registratiesysteem waarbij AMW-instellingen bijhouden welke cliënten bij hen terecht komen. Hier zijn de gegevens over 2002 gebruikt.

De belangrijkste variabelen zijn: leeftijd, geslacht, omvang cliëntensysteem (een cliëntensysteem kan uit meerdere cliënten bestaan; bijvoorbeeld bij huwelijksproblemen komen man en vrouw samen), samenlevingsvorm, etniciteit, verwijzer en probleemcategorie (bijvoorbeeld echtscheiding, arbeidsproblemen, gezinsproblemen, et cetera). Aangezien er geen relatie te leggen is tussen probleemcategorie en een soort ziektediagnose is de probleemcategorie verder niet gebruikt.

Voor de analyses zijn gegevens van ongeveer 60.000 cliëntensystemen gebruikt.

Eerstelijnspsychologen

In september 2002 is door het NIVEL een landelijke enquête gehouden onder eerstelijnspsychologen. Iedere psycholoog is gevraagd om gegevens voor vijf opeenvolgende ambulante cliënten in te vullen.

De belangrijkste variabelen zijn: geslacht, leeftijd, verwijzer, culturele achtergrond, opleiding, aantal zittingen tot nu toe, totaal verwacht aantal zittingen, gemiddelde duur van de zitting.

Spoedeisende eerste hulp (SEH)

Letsel Informatie Systeem 1998-2002, Consument en Veiligheid. Jaarlijks aantal SEH-behandelingen (gemiddelde per jaar over 1998-2002) naar oorzaak van het letsel, naar leeftijd en geslacht.

Het betreft een miljoen behandelingen voor letsel waarbij de oorzaak bekend is maar er zijn ook nog 600.000 SEH-behandelingen voor niet-letsel. Van die 600.000 zijn geen cijfers naar leeftijd en geslacht bekend.

Bevolking en demografische projecties

1. Bevolkingsprognose 2002-2050

Hierin staan gegevens over de bevolking naar leeftijd, geboorte per generatie, vruchtbaarheidscijfers, geboorte, sterfte en migratie, levensverwachting en sterftekans en nog wat andere gegevens. Dit is allemaal naar leeftijd (1-jaars-, 5-jaars- of 10-jaarsklassen), geslacht en jaar (alle jaren van 2002 tot 2050).

2. Huishoudensprognose 2003-2050.

De soorten huishoudens die onderscheiden worden zijn:

alleenstaand, samenwonend, thuiswonende kinderen, éénuouder, overig en in institutie. In al die groepen kan onderscheiden worden in leeftijd (1-jaars-, 5-jaars- of 10-jaarsklassen), burgerlijke staat (ongehuwd, gehuwd, verweduwd en gescheiden), geslacht en jaar (alle jaren van 2002 tot 2050).

3. Allochtonenprognose 2002-2050

Onderscheiden kunnen worden autochtonen en allochtonen waarbij de laatste weer onderscheiden kunnen worden in eerste en tweede generatie allochtonen en westerse (Europese Unie, overig Europa, Indonesië en overig buiten Europa) en niet-westerse (Afrika, Azië, Latijns-Amerika, Marokko, Nederlandse Antillen en Aruba, Suriname en Turkije) allochtonen. Verder staat er nog iets over migratie en ook over vruchtbaarheid van verschillende groepen. In bijna alle groepen kan onderscheid worden gemaakt in leeftijd (1-jaars-, 5-jaars- of 10-jaarsklassen), geslacht en jaar (alle jaren van 2002 tot 2050).

Bijlage 8: Wat mensen verwachten van de eerstelijnszorg

Als het gaat om vraaggerichtheid en vraagsturing in de zorg staan wensen en verwachtingen van patiënten en cliënten vanzelfsprekend centraal. In vier onderzoeken is (via verschillende methoden) gevraagd wat mensen zelf belangrijk vinden als het gaat om de kwaliteit van de eerstelijnszorg. Op basis daarvan zijn zes top-tien samengesteld van de belangrijkste kwaliteitsaspecten bij huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, thuiszorg en kraamzorg en de eerste lijn in zijn algemeenheid. Deze bijlage bevat deze top-tien.

Wat mensen het belangrijkste vinden in de zorg van huisartsen, apothekers en fysiotherapeuten is onderzocht door Brouwer et al. (2002). Zij enquêteerden 825 personen van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Letterlijk was in de enquête gevraagd: wilt u aangeven wat u de 10 belangrijkste aspecten van zorgverlening door de huisarts vindt, respectievelijk door de apotheker en de fysiotherapeut. Men kon kiezen uit circa 50 uitspraken. De *tabellen B8.1-B8.3* geven de resultaten.

Tabel B8.1: Huisarts: Top-10 belangrijkste aspecten (uit een totaal van 44) uitgedrukt in het percentage respondenten (Bron: Brouwer et al., 2002).

Aspecten	Respondenten (%)
Mijn huisarts neemt mij serieus	55
Mijn huisarts neemt voldoende tijd om met mij te praten als ik een afspraak heb	54
Mijn huisarts spreekt in voor mij begrijpelijke taal en legt medische taal goed uit	52
Mijn huisarts probeert het probleem waarvoor ik kom goed te begrijpen	49
Ik kan mijn huisarts altijd vragen stellen als ik iets wil weten	46
Mijn huisarts is voor mij een vertrouwenspersoon	39
Mijn huisarts behandelt mij met respect	32
Ik word goed geïnformeerd over het vermoedelijke verloop van mijn klacht/ziekte	31
Mijn huisarts beoordeelt kritisch of het voor mij zinvol is om medicijnen te gebruiken	30
Ik kan mijn huisartsenpraktijk telefonisch goed bereiken	30

Tabel B8.2: Apotheeker: Top-10 belangrijkste aspecten (uit een totaal van 46) uitgedrukt in het percentage respondenten (Bron: Brouwer et al., 2002).

Aspecten	Respondenten (%)
De apotheek levert bij elk medicijn een begrijpelijke bijsluiter	64
In mijn apotheek houdt men goed in de gaten of ik geen medicijnen krijg die slecht zijn in combinatie met andere medicijnen die ik gebruik	55
Ik kan mijn apotheek goed bereiken	52
Ik word in mijn apotheek goed geïnformeerd hoe ik mijn medicijnen moet gebruiken	51
Ik kan met al mijn vragen over geneesmiddelen bij mijn apotheek terecht	36
In mijn apotheek werkt men goed samen met andere hulpverleners (waaronder huisarts en specialist)	36
Ik word in mijn apotheek goed geïnformeerd over mogelijke bijwerkingen van medicijnen	34
Mijn apotheek heeft als ik om medicijnen kom voldoende in voorraad	32
Mijn gegevens worden door mijn apotheek vertrouwelijk behandeld	31
In mijn apotheek word ik vriendelijk en welwillend bejegend	30

Tabel B8.3: Fysiotherapeut: Top-10 belangrijkste aspecten (uit een totaal van 50) uitgedrukt in het percentage respondenten (Bron: Brouwer et al., 2002).

Aspecten	Respondenten (%)
Mijn fysiotherapeut neemt mij serieus	52
Ik word altijd door dezelfde fysiotherapeut behandeld	44
Mijn fysiotherapeut neemt voldoende tijd wanneer ik een afspraak heb	43
Mijn fysiotherapeut probeert het probleem waarvoor ik kom goed te begrijpen	42
Mijn fysiotherapeut geeft mij adviezen die ik dagelijks kan gebruiken	40
Na verwijzing door de arts kan ik binnen een week terecht bij mijn fysiotherapeut	36
Ik kan mijn fysiotherapeut altijd vragen stellen als ik iets wil weten	35
Door de behandeling van mijn fysiotherapeut kan ik mijn dagelijkse bezigheden beter uitvoeren	33
Mijn fysiotherapeut werkt met mij samen aan de oplossing van mijn problemen	33
Mijn fysiotherapeut behandelt mij met respect	32

Wensen ten aanzien van de thuiszorg zijn gevraagd aan 246 cliënten (Van der Veer et al., 2003). Letterlijk was in de enquête aan de cliënten gevraagd om bij 62 uitspraken één van de volgende vier antwoordcategorieën aan te kruisen, namelijk dit aspect is: a) niet belangrijk; b) eigenlijk wel belangrijk; c) belangrijk en d) van het allergrootste belang. Er is een belangscore gemaakt door de antwoordcategorieën 'c' en 'd' bij elkaar op te tellen. Die scores zijn omgerekend tot rapportcijfers (1 t/m 10). De tien hoogst scorende aspecten vormen de top-10 in *tabel B8-4*.

Tabel B8.4: Thuiszorg: Top-10 belangrijkste aspecten (uit een totaal van 62) uitgedrukt in rapportcijfers (Van der Veer et al., 2003).

Aspecten	Rapportcijfers
Direct thuiszorg krijgen na ziekenhuisopname, indien nodig	8,7
De thuiszorgmedewerker neemt de cliënt serieus	7,9
De kwaliteit van de geleverde hulpmiddelen	7,9
De thuiszorginstelling neemt de cliënt serieus	7,7
De thuiszorgmedewerker werkt hygiënisch	7,6
De thuiszorgmedewerker is vriendelijk	7,6
De thuiszorginstelling geeft tijdig door als de medewerkster niet komt	7,6
Direct meer thuiszorg krijgen indien dat tijdelijk nodig is	7,5
Voldoende thuiszorg krijgen	7,5
Snelle levering van hulpmiddelen	7,4

Bij de hierna volgende tabel over het belang dat aan kraamzorg wordt gehecht is in zijn algemeenheid aan kraamvrouwen gevraagd welke aspecten zij belangrijk vinden in de kraamzorg. Die vraag werd aan 578 kraamvrouwen gesteld na het vertrek van de kraamverzorgende (Herschderfer et al., 2002). Letterlijk was in de enquête gevraagd: Hieronder staat een aantal redenen waarom kraamzorg door sommigen belangrijk wordt gevonden. Kunt u voor uzelf aangeven in welke mate u deze redenen belangrijk vindt? De antwoordcategorieën ‘erg belangrijk’ en ‘heel erg belangrijk’ vormen opgeteld de onderstaande top-10 (tabel B8.5).

Tabel B8.5: Kraamzorg: Top-10 belangrijkste aspecten (uit een totaal van 11) uitgedrukt in het percentage kraamvrouwen dat het aspect erg belangrijk of heel erg belangrijk vindt (Bron: Herschderfer., 2002).

Aspecten	Kraamvrouwen (%)
Om tijdig lichamelijke problemen of ziekte bij het kind te signaleren	97
Om de moeder en vader te helpen bij de verzorging van de baby	95
Om voorlichting en instructies te geven aan de moeder en de vader	94
Om ervoor te zorgen dat de (borst)voeding goed op gang komt	88
Om het lichamelijke en psychische herstel van de moeder te bevorderen	85
Om tijdig lichamelijke of psychische problemen bij de moeder te signaleren	81
Om te zorgen voor een goede hygiëne	80
Om moeder en kind de tijd te geven elkaar te leren kennen	78
Om het gezin de gelegenheid te geven aan het nieuwe gezinslid te wennen	76
Om ondersteuning te geven bij huishoudelijke taken	58

Ten aanzien van verloskundige zorg is nog geen top-tien voorhanden. Wel is najaar 2004 aan kraamvrouwen gevraagd welke aspecten goed gaan en welke aspecten voor verbetering vatbaar zijn (in open vragen). De resultaten komen in het voorjaar 2005 beschikbaar in de vierde rapportage Monitor Verloskundige Zorgverlening (Wiegers & Janssen, 2005).

Wensen ten aanzien van de toekomstige eerste lijn stonden centraal in een onderzoek in opdracht van de NPCF (Linschoten et al., 2004). Telefonisch zijn 21 uitspraken voorgelegd aan 1.000 mensen met de vraag of men het met de uitspraak (sterk) eens of (sterk) oneens was. De 10 uitspraken die het hoogste scoren vormen de top-10 van wensen ten aanzien van de toekomstige eerste lijn, zoals *tabel B8.6* laat zien.

Tabel B8.6: Toekomst eerste lijn: Top-10 belangrijkste aspecten (uit een totaal van 21) uitgedrukt in het percentage respondenten dat het aspect erg belangrijk of heel erg belangrijk vindt (Bron: Linschoten et al., 2004).

Aspecten	Respondenten (%)
Ik wil zelf mijn huisarts, tandarts et cetera kunnen kiezen	95
Ik wil dat de eerstelijnszorg voor iedereen toegankelijk is	95
Ik heb behoefte aan goede informatie over mijn gezondheid	94
Ik wil dat de eerstelijnszorg omkijkt naar risicogroepen (bijvoorbeeld ouderen)	92
Ik wil dat zorgverleners snel over mijn medische gegevens beschikken zodat ik niet steeds opnieuw mijn verhaal hoeft te vertellen	92
Ik wil dat de zorgverlener mij alternatieven biedt, zodat ik kan kiezen	90
Ik heb behoefte aan goede informatie over de eerstelijnszorg	90
Ik wil dat de eerstelijnszorg mij helpt om zelf mijn problemen aan te pakken	85
Ik wil buiten kantoor tijden naar de eerstelijnszorg toe kunnen	83
Ik heb behoefte aan één aanspreekpunt in de eerstelijnszorg	74

Samenvattend ligt het accent bij:

Huisartsen: op bejegening, vertrouwen, informatie en bereikbaarheid;

Apothekers: op informatie, bereikbaarheid, samenwerking en bejegening;

Fysiotherapeuten: op bejegening, continuïteit, beschikbaarheid en effectiviteit;

Thuiszorg: op beschikbaarheid (ook van hulpmiddelen), bejegening, hygiëne en organisatie;

Kraamzorg: op deskundigheid (met betrekking tot signalering), voorlichting, hygiëne;

Eerste lijn algemeen: op keuzemogelijkheden (van hulpverleners en bij behandelingen), toegankelijkheid, informatie, gezamenlijk patiëntendossier en één aanspreekpunt.

Bijlage 9: Zorggebruik in de eerste lijn naar geslacht, leeftijd en andere sociaal-demografische kenmerken

Deze bijlage geeft een overzicht van kenmerken van de gebruikers van zorg. De gegevens komen uit dezelfde bronnen als die in *hoofdstuk 3* en *4*, zie hiervoor ook *bijlage 7*.

Huisartspraktijk

Voor de verdeling naar gebruikskenmerken (*tabel B9.1 - B9.5*) is gebruik gemaakt van de gegevens van module A van de contactregistratie van de Tweede Nationale Studie. De verwijzingen- en prescriptiemodules zijn dus niet gebruikt, waardoor sommige deelcontacten die alleen betrekking hebben op verwijzingen of prescripties ontbreken. Verder heeft het gemiddeld aantal contacten betrekking op alle ingeschreven patiënten in de huisartspraktijk (inclusief degenen die in het betreffende jaar niet bij de huisarts zijn geweest). Voor de gegevens in *tabel B9.6* en *B9.7* is wel gebruik gemaakt van de modules over respectievelijk verwijzingen en prescripties.

Tabel B9.1: Procentuele verdeling patiënten en contacten naar geslacht (Bron: Cardol et al., 2004).

	Patiënten (%)	Contacten (%)	Gemiddeld aantal contacten
Man	45,4	39,0	3,9
Vrouw	54,6	61,0	5,1

Tabel B9.2: Procentuele verdeling patiënten en contacten naar leeftijd (Bron: Cardol et al., 2004).

	Patiënten (%)	Contacten (%)	Gemiddeld aantal contacten
0-14	17,5	11,9	3,1
15-24	11,9	9,1	3,5
25-44	30,6	27,1	4,0
45-64	25,2	27,1	4,9
65-74	8,2	12,1	6,7
75+	6,6	12,7	8,7

Tabel B9.3: Procentuele verdeling patiënten en contacten naar opleidingsniveau (Bron: Cardol et al., 2004).

	Patiënten (%)	Contacten (%)	Gemiddeld aantal contacten
Onbekend	27,4	26,1	4,4
Geen	10,9	7,9	3,3
Lagere/ basisschool	14,3	18,8	6,0
Middelbaar/ voortgezet onderwijs	36,3	37,6	4,7
HBO/ WO	11,1	9,6	3,9

Tabel B9.4: Procentuele verdeling patiënten en contacten naar herkomst (Bron: Cardol et al., 2004).

	Patiënten (%)	Contacten (%)	Gemiddeld aantal contacten
Onbekend	26,4	24,9	4,3
Autochtoon	65,0	66,4	4,7
Westerse allochtoon	4,4	4,5	4,6
Niet-westerse allochtoon	4,2	4,2	4,5

Tabel B9.5: Procentuele verdeling patiënten en contacten naar burgerlijke staat (Bron: Cardol et al., 2004).

	Patiënten (%)	Contacten (%)	Gemiddeld aantal contacten
Onbekend	28,1	26,0	4,2
Ongehuwd	27,2	21,6	3,6
Gehuwd/ geregistreerd partnerschap	37,6	40,9	5,0
Gescheiden	2,5	3,2	6,0
Weduwe/ weduwnaar	4,6	8,2	8,1

Tabel B9.6: Procentuele verdeling verwijzingen naar de eerste en tweede lijn naar geslacht en leeftijd (Cardol et al., 2004).

	Verwijzingen eerste lijn			Verwijzingen tweede lijn		
	mannen (%)	vrouwen (%)	totaal (%)	mannen (%)	vrouwen (%)	totaal (%)
0-14	10,4	4,5	6,9	14,0	8,7	11,0
15-24	8,4	10,8	9,9	5,7	8,1	7,1
25-44	37,0	37,2	37,1	25,9	28,6	27,5
45-64	34,9	31,3	32,7	30,5	29,6	30,0
65-74	5,7	9,4	7,9	13,7	13,2	13,4
75+	3,7	6,8	5,5	10,2	11,8	11,1
Verdeling man-vrouw	40,3	59,7	100,0	43,1	56,9	100,0

Tabel B9.7: Procentuele verdeling recepten naar geslacht en leeftijd (Cardol et al., 2004).

	Eerste recepten			Herhaalrecepten		
	mannen (%)	vrouwen (%)	totaal (%)	mannen (%)	vrouwen (%)	totaal (%)
0-14	12,0	7,4	9,2	4,2	2,0	2,8
15-24	6,3	10,4	8,8	2,5	5,4	4,3
25-44	22,5	28,2	26,0	14,3	18,1	16,7
45-64	31,0	26,3	28,2	35,7	29,9	32,1
65-74	15,7	12,5	13,8	22,2	17,9	19,5
75+	12,5	15,2	14,1	21,2	26,6	24,6
Verdeling man-vrouw	38,8	61,2	100,0	37,1	62,9	100,0

Fysiotherapie

Tabel B9.8: Procentuele verdeling patiënten en contacten naar leeftijd en geslacht (Bron: LiPZ).

	Patiënten			Contacten		
	mannen (%)	vrouwen (%)	totaal (%)	mannen (%)	vrouwen (%)	totaal (%)
0-14	3,4	2,0	2,6	2,8	1,4	1,9
15-24	8,0	7,4	7,6	6,4	5,4	5,8
25-44	36,1	34,8	35,3	31,4	31,2	31,3
45-64	37,5	34,4	35,6	40,8	35,6	37,5
65-74	8,9	10,5	9,9	10,8	12,2	11,7
75+	6,1	10,9	9,0	7,7	14,2	11,8
Verdeling man-vrouw	40,2	59,8	100	36,7	63,3	100

Oefentherapie: Cesar

Tabel B9.9: Procentuele verdeling patiënten en contacten naar leeftijd en geslacht (Bron: LiPZ).

	Patiënten			Contacten		
	mannen (%)	vrouwen (%)	totaal (%)	mannen (%)	vrouwen (%)	totaal (%)
0-14	16,9	9,9	12,0	22,0	9,9	13,3
15-24	17,0	20,2	19,2	14,4	19,5	18,1
25-44	38,2	42,8	41,4	36,3	40,1	39,0
45-64	22,9	20,7	21,3	22,9	23,6	23,4
65-74	3,4	4,9	4,5	3,1	4,9	4,4
75+	1,5	1,6	1,6	1,1	2,0	1,8
Verdeling man-vrouw	30,0	70,0	100,0	27,9	72,1	100,0

Oefentherapie: Mensendieck

Tabel B9.10: Procentuele verdeling patiënten en contacten naar leeftijd en geslacht (Bron: Lipz).

	Patiënten			Contacten		
	mannen (%)	vrouwen (%)	totaal (%)	mannen (%)	vrouwen (%)	totaal (%)
0-14	6,9	6,6	6,7	8,3	6,4	6,9
15-24	17,8	21,5	20,5	16,0	19,0	18,2
25-44	40,2	43,1	42,3	36,9	43,3	41,7
45-64	27,2	21,1	22,7	27,9	22,7	24,0
65-74	6,1	5,5	5,7	6,6	5,9	6,0
75+	1,8	2,2	2,1	4,4	2,7	3,1
Verdeling man-vrouw	27,3	72,7	100,0	25,7	74,3	100,0

Eerstelijnspsychologen

Tabel B9.11: Procentuele verdeling patiënten en contacten naar leeftijd en geslacht (Bron: NIVEL).

	Patiënten (episodes)			Verwacht aantal contacten		
	mannen (%)	vrouwen (%)	totaal (%)	mannen (%)	vrouwen (%)	totaal (%)
0-14	3,2	1,1	1,8	2,7	0,8	1,4
15-24	13,6	13,4	13,5	11,4	13,4	12,8
25-44	57,6	58,8	58,4	60,0	58,5	59,0
45-64	24,7	24,2	24,4	25,1	25,3	25,3
65-74	0,9	2,0	1,7	0,8	1,5	1,3
75+	0,0	0,5	0,3	0,0	0,4	0,3
Verdeling man-vrouw	32,8	67,2	100,0	31,3	68,7	100,0

Tabel B9.12: Procentuele verdeling patiënten en contacten naar opleidingsniveau (Bron: NIVEL).

	Patiënten (%)	Contacten (%)
Geen opleiding/ lagere school	3,6	3,4
LBO/ MAVO	28,0	25,8
HAVO/ MBO/ VWO	33,9	34,5
HBO/ WO	33,1	35,2
Onbekend	1,4	1,1

Tabel B9.13: Procentuele verdeling patiënten en contacten naar etnische herkomst (Bron: NIVEL).

	Patiënten (%)	Contacten (%)
Nederlands	94,6	94,1
Arubaans, Antilliaans of Surinaams	2,0	2,1
Marokkaans	0,3	0,4
Turks	0,3	0,2
Overig	2,8	3,1

Thuiszorg

Tabel B9.14: Procentuele verdeling van het aantal uur thuiszorg naar leeftijd en geslacht (Bron: GINO, 2002; CAK-BZ, 2002).

	Uren thuiszorg		
	mannen (%)	vrouwen (%)	totaal (%)
0-14	0,2	0,1	0,1
15-24	0,3	0,2	0,2
25-44	5,6	8,2	7,6
45-64	15,0	11,7	12,5
65-74	20,3	17,5	18,2
75+	58,6	62,3	61,3
Verdeling man-vrouw	24,8	75,2	100,0

Spoeoedeisende hulp (alleen letsels)

Tabel B9.15: Procentuele verdeling SEH-behandelingen naar geslacht en leeftijd (Bron: LIS, 1998-2002).

	%
<i>Geslacht</i>	
Man	59
Vrouw	41
<i>Leeftijdsklasse</i>	
0-14 jaar	22
15-24 jaar	20
25-54 jaar	42
55+ jaar	16

Tabel B9.16: Procentuele verdeling SEH-behandelingen naar oorzaak van het letsel (Bron: LIS, 1998-2002).

	%
Prive-ongeval	53
Sportblessure	17
Verkeersongeval	14
Arbeidsongeval	10
Geweldpleging	4
Zelfmutilatie	1

Tabel B9.17: Procentuele verdeling SEH-behandelingen naar verwijzing (Bron: LIS, 1998-2002).

	%
Eigen initiatief	69
Huisarts	17
Ambulance-verpleegkundige	5
Andere afdeling eigen ziekenhuis	2
Overig	3
Onbekend	4

Bijlage 10: Gegevens en methoden van demografische en epidemiologische verkenningen

In dit rapport is de toekomstige vraag naar eerstelijnszorg op twee manieren verkend: demografisch en epidemiologisch.

Demografische verkenningen

In een demografische verkenning berekenen we de gevolgen van veranderingen in de omvang en samenstelling van de bevolking. Voor de komende decennia gaat het dan vooral om de gevolgen van de vergrijzing. Immers, de na-oorlogse geboortegolf zal de leeftijd bereiken waarop ziekte en zorggebruik toenemen.

De belangrijkste veronderstelling bij een demografische verkenning is dat het gemiddelde zorggebruik per persoon in een bepaalde leeftijd- en geslachtsgroep in de toekomst gelijk blijft. Dus als bijvoorbeeld de fysiotherapeut in het jaar 2004 per 1.000 mannen van 20-24 jaar 17 behandelingen uitvoert, veronderstellen we dat dit er per 1.000 mannen van 20-24 jaar in 2005, 2010 en 2020 ook 17 zullen zijn. Het enige verschil tussen de verschillende jaren is dat het aantal mannen van 20-24 jaar in 2005, 2010 en 2020 anders zal zijn.

Voor de berekeningen in dit rapport is de CBS-bevolkingsprognose gebruikt waarbij de bevolking voor mannen en vrouwen afzonderlijk werd ingedeeld in leeftijdsklassen van 5 jaar. Om een bandbreedte aan te geven zijn de berekeningen ook uitgevoerd met de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de CBS-bevolkingsprognose. Naast de bevolkingsprognose hebben we gerekend met cijfers over zorggebruik die ten grondslag lagen aan *hoofdstuk 3*. De verkenningen zijn verder gebaseerd op het aantal contacten/uren/behandelingen in een bepaalde zorgsector en niet op het aantal patiënten omdat we vooral willen kijken naar het beslag van deze patiënten op de eerstelijnszorg.

Naast bevolkingsgroei en vergrijzing zijn er andere demografische ontwikkelingen die van belang zijn voor de toekomst van de eerstelijnszorg. We denken daarbij aan de etnische samenstelling van de bevolking en veranderingen in huishoudensvorm. Van allochtonen is bekend dat zij een afwijkend patroon van zorggebruik vertonen. Wanneer het aantal allochtonen (sterk) verandert heeft dit consequenties voor het zorggebruik die in een eenvoudige demografische verkenning zoals hierboven genoemd niet tot uitdrukking komen. Voor huishoudensvorm geldt iets soortgelijks. Mensen die alleen wonen zullen vaker een beroep doen op bijvoorbeeld thuiszorg dan mensen met een partner of andere huisgenoten.

Daarom hebben wij voor enkele sectoren waarvoor voldoende gegevens beschikbaar waren ook een verkenning gemaakt op basis van verwachte veranderingen in huishoudensvorm en op basis van verwachte veranderingen in etniciteit. Daarbij is gebruik gemaakt van de Huishoudensprognose 2003-2050 van het CBS (De Jong & Huis, 2003) en van de Allochtonenprognose 2002-2050 van het CBS (Alders, 2003).

Epidemiologische verkenningen

Het zorggebruik kan behalve door demografische ontwikkelingen ook veranderen omdat de ziektelast in de bevolking toe- of afneemt. In een epidemiologische verkenning maken we zichtbaar wat de gevolgen voor het zorggebruik zijn van veranderingen in de prevalentie (soms incidentie) van bepaalde ziekten. Hieronder wordt de gebruikte methode toegelicht.

a. Trendanalyse 1990-2000 en extrapolatie tot 2020

Uitgangspunt bij deze verkenningen zijn de trendanalyses die voor VTV-2002 zijn uitgevoerd (Van Oers, 2002; zie ook *bijlage 11*). Daarin berekenden we voor iedere geselecteerde ziekte op basis van lineaire regressie de trend in de prevalentie (soms incidentie) over de periode 1990-2000, waarbij we corrigeerden voor veranderingen in samenstelling en omvang van de bevolking. Verondersteld is dat de trend voor iedere ziekte, indien significant ($p < 0,01$), zich lineair zal voortzetten in het zorgbeslag ten gevolge van die ziekte over de periode 2000-2020.

Als hypothetisch voorbeeld nemen we ziekte A. Deze is in de periode 1990-2000 significant gestegen met 25%. We weten uit de registratie van de fysiotherapeuten dat er 5.200 behandelingen zijn uitgevoerd in 2002. We veronderstellen nu dat het aantal behandelingen voor fysiotherapie in de periode 1990-2000 ook met 25% is toegenomen. Dan kan met behulp van een lineair model berekend worden dat het aantal behandelingen elk jaar met 100 (richtingscoëfficiënt) is gestegen. Wanneer we deze lineaire trend doortrekken vinden we dat het aantal behandelingen voor ziekte A door een fysiotherapeut zal toenemen van 5.500 in 2005 naar 6.000 in 2010 (*tabel B10.1*).

b. Van trends in individuele ziekten naar trends in ziekteclusters

In deze rapportage zijn ziekten samengenomen in ziekteclusters (*bijlage 6*). Voor een deel komen de ziekten binnen een cluster overeen met de voor VTV geselecteerde ziekten (*tabel B10.1, ziekte A-E*). Van de meeste van deze ziekten is de trend bekend. Er zijn echter ook 'overige' ziekten binnen een cluster die niet tot de VTV-selectie behoren en waarvan we de trend niet kennen. We kiezen twee varianten om hiermee om te gaan:

1. De trend van deze overige ziekten wordt verondersteld 0 te zijn;
2. De trend van deze overige ziekten is gelijk aan die van de bekende ziekten.

In ons voorbeeld kunnen we dan voor het totaal van alle ziekten binnen cluster 1 berekenen wat onder deze aannamen het verwacht aantal behandelingen zal zijn in 2005 en 2010. Deze berekeningen worden vervolgens voor alle clusters en disciplines apart gemaakt.

Tabel B10.1: Hypothetisch voorbeeld van een berekening van het toekomstig aantal behandelingen voor fysiotherapie.

Ziekte binnen cluster X	Verandering 1990-2000 (VTV-2002) (%)	Aantal behandelingen voor fysiotherapie in 2002	Jaarlijkse verandering ^a	Aantal behandelingen voor fysiotherapie	
				2005	2010
Variant 1					
Ziekte A	25	5.200	100	5.500	6.000
Ziekte B	ns	3.000	0	3.000	3.000
Ziekte C	ns	7.200	0	7.200	7.200
Ziekte D	ns	5.000	0	5.000	5.000
Ziekte E	50	9.600	300	10.500	12.000
Ziekte A-E		30.000	400	31.200	33.200
Overig ^b		60.000	0	60.000	60.000
Totaal cluster X		90.000	400	91.200	93.200
Variant 2					
Ziekte A	25	5.200	100	5.500	6.000
Ziekte B	ns	3.000	0	3.000	3.000
Ziekte C	ns	7.200	0	7.200	7.200
Ziekte D	ns	5.000	0	5.000	5.000
Ziekte E	50	9.600	300	10.500	12.000
Ziekte A-E		30.000	400	31.200	33.200
Overig ^b		60.000	800	62.400	66.400
Totaal cluster X		90.000	1.200	93.600	99.600

ns: geen significante trend ($p > 0,01$). Bij erg extreme veranderingen in de periode 1990-2000 in een bepaalde ziekte hebben we besloten om de trend te maximaliseren. We hebben aangenomen dat de stijging in de periode 2000-2020 maximaal 100% mag zijn en de daling in die periode maximaal 50% mag zijn. De keuze is enigszins arbitrair maar we hebben deze toch gemaakt om ongeloofwaardige prognoses uit te sluiten.

a de jaarlijkse verandering is berekend met een lineair model op basis van de gegevens in kolom 2 en 3;

b de overige ziekten zijn (in tegenstelling tot ziekte A-E) in VTV-2002 **niet** geselecteerd.

Interpretatie en kanttekeningen

De toekomstverkenningen die op bovengenoemde wijze zijn uitgevoerd geven een eerste indruk van mogelijke ontwikkelingen in de zorgvraag. De gepresenteerde analyses zijn vernieuwend en origineel, omdat voor het eerst volksgezondheidsgegevens worden gebruikt om het toekomstig zorggebruik te verkennen. Tegelijk is enige (methodologische) relativering op zijn plaats. Hieronder plaatsen we daarom enkele kanttekeningen bij de gebruikte gegevens en bij de extrapolatie van trends uit het verleden.

a. Een kleine registratie met alleen gegevens uit de huisartspraktijk

De gegevens die we hebben gebruikt zijn afkomstig uit de CMR-Nijmegen. Dit is in Nederland de enige registratie die morbiditeit registreert over langere tijd, en voor een breed scala aan aandoeningen. Mogelijk geeft de CMR, door haar regionale karakter, niet altijd een representatieve indruk van de trends op nationaal niveau. Daarnaast is de CMR een relatief kleine registratie (4 huisartspraktijken met een totale praktijkpopulatie van ongeveer 12.000 personen). Het is daardoor niet ondenkbaar dat we belangrijke trends in ziekten en aandoeningen hebben gemist. Het kan ook

zijn dat de werkelijke trends met de gegevens uit de CMR worden over- of onderschat. Depressieve stoornissen bijvoorbeeld nemen volgens de CMR met 140 en 280% bij respectievelijk mannen en vrouwen toe. Nu zijn er weliswaar aanwijzingen voor een toename, maar de vraag is of deze zo sterk is geweest. Dezelfde vraag geldt bij aandoeningen als glaucoom en staar (beide sterk gestegen in de CMR) en de ziekte van Parkinson (voor vrouwen volgens de CMR sterk gedaald). Ondanks deze bedenkingen hebben we toch met de trends gerekend. De cijfers geven immers wel de richting aan van epidemiologische ontwikkelingen en ook een indicatie van de sterkte van de trends. Een ander bezwaar tegen het gebruik van CMR-gegevens zou kunnen zijn dat deze alleen gegevens uit de huisartspraktijk bevat, terwijl de eerstelijnszorg veel breder is. Dat bezwaar is echter relatief. In Nederland fungeert de huisarts immers als poortwachter voor de rest van de zorg. Om zorg te gebruiken moeten mensen eerst langs de huisarts. Trends in incidentie en prevalentie die in de huisartspraktijk worden geregistreerd gelden, grosso modo, dus ook voor de rest van de gezondheidszorg.

b. Resultaten uit het verleden bieden geen garantie voor de toekomst

Een tweede kanttekening betreft de trendextrapolatie. We hebben aangenomen dat de epidemiologische trends uit het verleden, los van demografische ontwikkelingen, onverminderd zullen voortzetten in de toekomst. Zeker is dat allerminst. Het is net als met beleggen: resultaten uit het verleden bieden geen garantie voor de toekomst.

Soms is er redelijk veel zekerheid over de toekomstige ontwikkelingen, bijvoorbeeld voor een ziekte als longkanker. Vrouwen zijn in het verleden meer gaan roken, en dit verklaart dat de sterfte aan (en incidentie van) longkanker de laatste jaren is toegenomen. Omdat er een zeer duidelijke relatie is tussen roken en het ontstaan van longkanker, en omdat de latentietijd van longkanker relatief lang is, zal deze stijging naar verwachting ook nog wel even doorzetten. Voor mannen geldt hier het omgekeerde: ook in de toekomst mag een verdergaande daling in longkankersterfte verwacht worden, dankzij het feit dat het aantal rokende mannen in het verleden is afgenomen. Een andere aandoening die naar verwachting verder zal toenemen is diabetes mellitus: men verwacht dat het toenemend overgewicht in Nederland een verdere stijging tot gevolg zal hebben. Voor veel aandoeningen is echter onduidelijk welke factoren in het verleden ten grondslag lagen aan de ontwikkelingen en, als deze factoren wel bekend zijn, hoe deze zich in de toekomst verder zullen gedragen. Is de toename aan depressieve stoornissen bijvoorbeeld nu vooral het gevolg van toenemende alertheid van arts en patiënt, of is er een werkelijke toename van deze problematiek? En als vooral het laatste waar is, wat ligt hieraan dan ten grondslag. En wat brengt de toekomst?

c. Trends zijn onvolledig

Een belangrijk punt is verder dat het voor maatschappelijk werk en verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg niet mogelijk was om de epidemiologische trends door te rekenen. In deze disciplines wordt namelijk met minder specifieke diagnoses gewerkt die niet aansluiten op de classificatie die in morbiditeitsregistraties wordt gebruikt. Gegeven de toename van het aantal chronische patiënten kan een verdere toename van de vraag naar verpleegkundigen en verzorgenden worden verwacht. Op

dezelfde wijze kan voor het algemeen maatschappelijk werk een stijging worden verwacht vanwege de toename van psychische en psychosociale problemen.

d. Trends zeggen niet alles

De methode die hierboven uiteen is gezet leunt op de aanname dat toekomstige ontwikkelingen in de gezondheidstoestand zich één op één zullen vertalen in toenemend zorggebruik. Zowel andere ontwikkelingen in de vraag als veranderingen in aanbod en beleid kunnen de trends afzwakken, ombuigen of wellicht versterken.

Bijlage 11: Trendanalyse van ziekten en aandoeningen in de periode 1990-2000

Ziekte(cluster)		Verandering (%)		
		man	vrouw	totaal
Infectieziekten				
Infectieziekten maagdarmkanaal	incidentie	-50	ns	
Tuberculose	incidentie	ns	ns	
Hersenvliesontsteking (niet bacterieel)				-42
Aids	incidentie			-63
Bovenste luchtweginfecties	incidentie	-42	-32	
Onderste luchtweginfecties	incidentie	ns	ns	
Nierbekkenontsteking/ontsteking van het nierweefsel	incidentie	ns	ns	
Urinebuisontsteking	incidentie	ns	ns	
Blaasontsteking	incidentie	ns	37	
Chronische lichamelijke ziekten				
Maagkanker	incidentie	-32	-33	
Dikkedarm- en endeldarmkanker	incidentie	14	ns	
Longkanker	incidentie	-24	54	
Huidkanker	incidentie	22	50	
Borstkanker	incidentie	-	ns	
Prostaatkanker	incidentie	60	-	
Non-Hodgkin	incidentie	ns	ns	
Diabetes mellitus	prevalentie	71	ns	
Ziekte van Parkinson	prevalentie	ns	-60	
Epilepsie	prevalentie	ns	ns	
Glaucoom	prevalentie	91	169	
Lawaai- en ouderdomsslechthorendheid	prevalentie	ns	ns	
Coronaire hartziekten	levensprevalentie	ns	73	
Hartfalen	prevalentie	35	ns	
Beroerte	prevalentie	ns	39	
Astma	prevalentie	140	177	
COPD	prevalentie	ns	41	
Constitutioneel eczeem	incidentie	ns	ns	
Contact eczeem (allergisch en irritatie)	incidentie	ns	ns	
Aangeboren afwijkingen hartvaatstelsel	geboorteprevalentie			-44
Aangeboren afwijkingen centraal zenuwstelsel	geboorteprevalentie			ns
Klachten en ziekten van het bewegingsstelsel				
Reumatoïde artritis	prevalentie	70	ns	
Heupartrose	incidentie	ns	ns	
Knie-artrose	incidentie	ns	ns	
Overige perifere artrose	incidentie	ns	ns	
Nek- en rugklachten	jaarprevalentie	-18	ns	
Osteoporose	prevalentie	ns	118	
Acute lichamelijke letsels				
Sportblessures	SEH			-16
Verkeersongevallen	ziekenhuisopnamen	ns	13	
Privé-ongevallen	SEH			17
Zelf toegebracht letsel	ziekenhuisopnamen			56
Heupfracturen	ziekenhuisopnamen	ns	ns	

Ziekte(cluster)		Verandering (%)		
		man	vrouw	totaal
Overige lichamelijke klachten				
Overige lichamelijke aandoeningen				
Maagzweer	prevalentie	ns	-87	
Zweren 12 vingerige darm	prevalentie	ns	ns	
Staar	prevalentie	96	96	
Psychische en sociale problemen				
Dementie	prevalentie	ns	ns	
Schizofrenie	prevalentie	ns	ns	
Depressieve + Dysthyme stoornis	prevalentie	142	283	
Angststoornissen	prevalentie	ns	zs	
Vruchtbaarheid, zwangerschap en geboorte				
Screening en preventie				
ns: niet significant ($p > 0.01$)				
zs: zeer sterke toename; van 0,0005 per 1.000 naar 4,44 per 1.000				
Noot: de resultaten zijn verkregen door een lineaire regressie-analyse uit te voeren op gegevens over incidentie en prevalentie voor de 53, voor VTV geselecteerde, ziekte(groepen). Er is gecorrigeerd voor veranderingen in omvang en leeftijdspecifieke samenstelling van de bevolking. Welke bronnen per ziekte gebruikt zijn, is te vinden op www.nationaalkompas.nl .				

Bijlage 12: Demografische groeicijfers naar ziektecluster en discipline, 2005-2010 en 2005-2020

Tabel B12.1: Demografische groeicijfers (%) voor de periode 2005-2010, naar ziektecluster en discipline.

Sector/ discipline	Infectie ziekten	Chronische lichamelijke ziekten	Klachten bewegings- stelsel	Letsels	Overige lichamelijke klachten	Overige lichamelijke ziekten	Psychische en sociale problemen	Zwanger- schap en geboorte	Screening en preventie	On- bekend	Totaal
Huisartsenzorg											
contacten	1,5	6,1	3,5	2,0	3,0	4,1	3,0	-1,8	4,1	3,1	3,4
recepten	2,3	6,5	5,0	3,4	4,6	4,7	4,1	-0,4	6,1	5,8	5,3
Fysiotherapie	8,8	6,7	3,1	3,5	4,3	3,3	-0,6	-7,5			3,3
Oefentherapie		7,2	1,5	11,7	2,2	0,6	-0,6	-7,8			1,2
Mensendieck											
Oefentherapie Cesar		6,2	1,1	0,4	2,7	1,6	-0,9	-4,1			1,0
Thuiszorg	6,8	7,1	5,6	5,4	6,2	7,2	6,0	-5,9		6,7	6,6
Verloskundige zorg								-5,1			
AMW											
Eerstelijns							0,3				0,3
psychologische zorg							-0,8				-0,8
Spoeisende hulp											
(alleenletsels) a				0,9							0,9

nb: de grijs cellen wil zeggen dat meer dan 5% van het totaal aantal contacten met de betreffende discipline voor dit cluster plaatsvindt a van ongeveer 40% van de contacten met de spoedeisende hulp is de aanleiding onbekend, en hiervan is ook geen leeftijdsverdeling bekend. Daarom kan geen demografische projectie gemaakt worden.

Tabel B12.2. Demografische groeicijfers (%) voor de periode 2005-2020, naar ziektecluster en discipline.

Sector/ discipline	Infectie ziekten	Chronische lichamelijke ziekten	Klachten en ziekten bewegings- stelsel	Letsels	Overige lichamelijke klachten	Overige lichamelijke ziekten	Psychische en sociale problemen	Zwanger- schap en geboorte	Screening en preventie	On- bekend	Totaal
Huisartsenzorg											
contacten	5,1	19,2	9,6	5,6	9,2	12,1	8,7	-0,7	114,1	10,8	10,6
recepten	7,5	20,6	14,6	10,3	14,0	14,0	11,9	0,3	19,1	18,3	16,4
Fysiotherapie	20,9	20,5	8,1	8,7	19,3	10,2	0,8	-5,5			9,3
Oefentherapie		29,7	4,3	13,1	5,4	-0,3	2,3	-5,6			4,5
Mensendieck											
Oefentherapie Cesar		14,0		10,0	4,7	3,7	-1,6	1,4			2,3
Thuiszorg	24,4	25,9	21,8	19,5	24,1	25,7	20,9	-4,7		23,2	24,1
Verloskundige zorg								-1,6			
AMW							0,8				0,8
Eerstelijns							-2,0				-2,0
psychologische zorg											
Spoedeisende hulp				3,0							3,0
(alleenletsels) ^a											

nb: de grijze cellen wil zeggen dat meer dan 5% van het totaal aantal contacten met de betreffende discipline voor dit cluster plaatsvindt
a van ongeveer 40% van de contacten met de spoedeisende hulp is de aanleiding onbekend, en hiervan is ook geen leeftijdsverdeling bekend. Daarom kan geen demografische projectie gemaakt worden.

Bijlage 13: Epidemiologische groeicijfers naar ziekte-cluster en discipline, 2005-2010 en 2005-2020

Tabel B13.1: Epidemiologische groeicijfers (%) voor de periode 2005-2010 (variant 1/ variant 2), naar ziektecluster en discipline.

Sector/ discipline	Infectie ziekten	Chronische lichamelijke ziekten	Klachten bewegings- stelsel	Letsels	Overige lichamelijke klachten	Overige lichamelijke ziekten	Psychische en sociale problemen	Zwanger- schap en geboorte	Screening en preventie	Totaal
Huisartsenzorg										
contacten	-1,6/-3,6	3,4/7,0	-1,2/-3,0				5,7/17,3			0,7/2,9
recepten	-1,3/-2,8	3,9/8,0	-0,4/-0,8				6,3/18,1			1,0/2,5
Fysiotherapie	-1,0/-3,1	2,8/4,1	-1,9/-3,3				1,0/12,2			-1,3/-2,3
Oefentherapie Mensendieck		-2,6/-4,1	-1,9/-2,5				0,9/18,1			-1,4/-0,9
Oefentherapie Cesar		3,3/8,9	-2,2/-2,9				2,8/18,0			-1,4/-0,5
Thuiszorg ^a										
Verloskundige zorg ^a										
AMW ^a										
Eerstelijns psychologische zorg ^b				2,6/3,1			3,9			3,9
Spedeisende hulp (alleen letsels)										2,6/3,1

nb: de grijze cellen wil zeggen dat meer dan 5% van het totaal aantal contacten met de betreffende discipline voor dit cluster plaatsvindt; lege cellen wil zeggen: de trend-gegevens uit VTV-2002 komen niet overeen met de gegevens in de registratie van de betreffende zorgverlener

a Geen epidemiologische verkenning; geschikte gegevens ontbreken

b alleen variant 1

Tabel B13.2: Epidemiologische groeicijfers (%) voor de periode 2005-2020 (variant 1/ variant 2), naar ziektecluster en discipline.

Sector/ discipline	Infectie ziekten	Chronische lichamelijke ziekten	Klachten bewegings- stelsel	Letsels	Overige lichamelijke klachten	Overige lichamelijke ziekten	Psychische en sociale problemen	Zwanger- schap en geboorte	Screening en preventie	Totaal
Huisartsenzorg										
contacten	-4,9/-10,7	10,2/20,9	-3,6/-9,0				17,2/51,9			2,1/8,6
recepten	-3,9/-8,4	11,8/23,9	-1,2/-2,5				19,0/54,4			3,0/7,4
Fysiotherapie	-3,1/-9,3	8,5/12,3	-5,6/-10,0				3,0/36,3			-3,9/-6,8
Oefentherapie Mensendieck		-7,7/-12,3	-5,7/-7,4				2,7/54,3			-4,3/-2,6
Oefentherapie Cesar		9,9/26,8	-6,7/-8,8				8,3/53,9			-4,1/-1,6
Thuiszorg ^a										
Verloskundige zorg ^a										
AMW ^a										
Eerstelijns psychologische zorg ^b							11,7			11,7
Spoedeisende hulp (alleen letsels)				7,9/9,2						7,9/9,2

nb: de grijze cellen wil zeggen dat meer dan 5% van het totaal aantal contacten met de betreffende discipline voor dit cluster plaatsvindt; lege cellen wil zeggen: de trend-gegevens uit VTV-2002 komen niet overeen met de gegevens in de registratie van de betreffende zorgverlener

a Geen epidemiologische verkenning: geschikte gegevens ontbreken

b alleen variant 1