

Ontwikkelingen op de huisartsenpost

Veranderingen in zorgvraag en gezondheidsproblemen in 2013-2015

Januari 2017

Tessa Jansen
Sabine de Hoon
Karin Hek
Robert Verheij

ISBN 978-94-6122-426-2

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2017 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Lijst met afkortingen

ANW-uren	Avond, nacht en weekend
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAP	Huisartsenpost
HDS	Huisartsen Diensten Structuur, organisatie van huisartsenposten
ICPC	International Classification of Primary Care, classificatiesysteem voor gezondheidsproblemen
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap, sectororganisatie
NTS	Nederlandse Triage Standaard
SEH	Spoedeisende Hulp
U0 tot en met U5	Urgentiecategorieën die worden toegekend aan een contact met de huisartsenpost
	U0 uitval vitale functies – reanimatie
	U1 direct levensgevaar – onmiddellijk
	U2 bedreiging vitale functies of orgaanschade – zo snel mogelijk
	U3 reële kans op schade – binnen enkele uren
	U4 verwaarloosbare kans op schade – dezelfde dag
	U5 geen kans op schade – volgende werkdag

Samenvatting

In de periode 2013-2015 is de omvang van de zorgvraag op de huisartsenpost nauwelijks veranderd. Het totaal aantal contacten en de zorgtoewijzing in de vorm van telefonisch consulten, consulten en visites, blijft vrijwel gelijk. Ook zijn er weinig veranderingen in de omvang van de zorgvraag voor verschillende leeftijdsgroepen en verschillende aandoeningen. Wel wordt de zorgvraag vaker als urgent beoordeeld. Het aantal contacten dat een hoge urgentie kreeg toegekend stijgt, het aantal contacten met een lagere urgentie neemt af. De verandering in urgentie-inschatting verschilt sterk per huisartsendienstenstructuur (organisatie van huisartsenposten).

Op basis van ons onderzoek blijkt er geen specifieke verandering in de zorgvraag van ouderen en zijn de veranderingen in de omvang van de zorgvraag voor psychosociale problemen beperkt. Daarmee zijn er geen aanwijzingen dat de wijzigingen in het zorgstelsel directe invloed hadden op de omvang van de zorgvraag op de huisartsenpost in de periode 2013-2015.

Veranderde zorgvraag op de huisartsenpost?

In 2016 was er veel media-aandacht voor de spoedzorg en waren er signalen dat de acute zorgketen overbelast dreigt te raken. Met de invoering van de basis-GGZ in 2014 en de hervormingen die sinds 2015 in het zorgstelsel zijn ingevoerd, werd door veel partijen een toename verwacht van de zorgvraag op de huisartsenpost. De hervorming van de langdurige zorg en de vergrijzing van de bevolking zouden leiden tot een grotere zorgvraag van ouderen. Ook zouden er naar verwachting meer psychosociale zorgvragen op de huisartsenpost terechtkomen. Het doel van dit onderzoek is daarom om de veranderingen in de zorgvraag op de huisartsenpost in kaart te brengen.

Het jaar 2013 was een peiljaar, vóór de hervormingen, om te vergelijken met 2014 en 2015. De onderzoeksvragen zijn:

1. Heeft er in de periode 2013-2015 een verandering plaatsgevonden in de omvang van de zorgvraag, de aard van de gezondheidsproblemen en de urgentie van de gezondheidsproblemen die op de huisartsenpost gepresenteerd worden?
2. Zo ja, op welke gezondheidsproblemen en welke patiëntengroepen hadden deze veranderingen vooral betrekking?
3. In hoeverre verschillen huisartsendienstenstructuren in deze veranderingen?

Omvang van zorgvraag blijft gelijk

In de periode 2013-2015 bleef het aantal contacten met de huisartsenpost gelijk. Het aantal contacten per 1000 inwoners was 246 in 2013 en 245 in 2015. Wel was er een duidelijke daling in de zorgvraag in 2014 (239 contacten per 1000 inwoners). Er zijn geen duidelijke verschillen tussen leeftijdsgroepen en verschillende aandoeningen waarvoor de contacten plaatsvonden. De zorgvraag is dus niet gestegen in de periode direct na de hervormingen in het zorgstelsel. Ten tijde van dit onderzoek beschikten wij nog niet over de gegevens van 2016. Mogelijk is voor dat jaar een ander beeld te zien.

Aantal contacten met hoge urgentie neemt toe

Er is een duidelijke toename te zien in het aantal contacten met een hoge urgentie. Die toename is het grootst voor consulten met urgentie U2 (zo snel mogelijk handelen). Tegelijkertijd was er een afname van het aantal contacten met een lagere urgentietoewijzing. De verandering in de inschatting van de urgentie vindt plaats voor alle groepen van gezondheidsproblemen en voor alle leeftijdsgroepen. De toename is sterker voor jongere leeftijdsgroepen dan voor ouderen. Wij vinden geen aanwijzingen voor een toename van de ernst van de zorgvraag specifiek voor ouderen. Deze bevindingen roepen de vraag op wat de oorzaken zijn van de hogere inschatting van de urgentie. Mogelijk is er meer aandacht bij huisartsenposten om calamiteiten te voorkomen. Ook de wijze waarop wordt gewerkt met geprotocolleerde triage zou een rol kunnen spelen. Daarnaast is de vraag wat de toename van het aantal contacten met een hoge urgentie betekent voor de werkbelasting op de huisartsenpost.

Grote verschillen tussen huisartsenposten

Al bekend is dat organisaties van huisartsenposten sterk verschillen in het aantal contacten per 1000 inwoners van hun verzorgingsgebied. In dit onderzoek zagen wij ook dat er grote verschillen zijn in de veranderingen tussen 2013 en 2015 in de toename van contacten met een hoge urgentie. Bij een vrijwel gelijk blijvend totaal aantal contacten, neemt het aantal contacten met urgentie U2 meestal toe, maar soms ook af. Het percentage verschil tussen 2013 en 2015 loopt uiteen van -3% tot 88%. Deze verschillen bieden mogelijk aanknopingspunten voor oorzaken van de toename in het aantal contacten met een hoge urgentie.

Onderzoek op basis van routinezorggegevens van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

Wij hebben dit onderzoek uitgevoerd in opdracht van InEen, de brancheorganisatie voor onder andere organisaties van huisartsenposten. In het najaar van 2016 hebben wij onderzoek gedaan met routinezorggegevens van huisartsendienstenstructuren die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Wij hebben de gegevens van 19 huisartsendienstenstructuren gebruikt, voor ieder jaar bestaande uit circa 1,5 miljoen contacten en circa 1 miljoen patiënten. De gezamenlijke verzorgingsgebieden beslaan zo'n 6,3 miljoen inwoners. De zorgvraag is steeds berekend per 1000 inwoners van de verzorgingsgebieden.

Wij hebben een selectie van huisartsendienstenstructuren gemaakt waarvoor wij voor de drie jaren over complete data beschikken. Gezien de grote verschillen tussen huisartsendienstenstructuren in de urgentietoewijzing en de omvang van de zorgvraag per 1000 inwoners, heeft de selectie van huisartsendienstenstructuren invloed op de uitkomsten. De populatie in de verzorgingsgebieden van de 19 huisartsendienstenstructuren uit ons onderzoek is echter representatief voor de Nederlandse bevolking wat betreft leeftijd en geslacht.

Inhoud

Lijst met afkortingen	3
Samenvatting	4
1 Doel – en vraagstelling	7
2 Zorgvraag	9
2.1 Ontwikkeling in aantal contacten	9
2.2 Ontwikkeling in urgentie van de contacten	10
2.3 Ontwikkeling in contacten voor gezondheidsproblemen	11
2.4 Ontwikkeling in urgentie en zorgtoewijzing van gezondheidsproblemen	11
3 Patiëntgroepen	13
3.1 Ontwikkeling per leeftijdsgroep	13
3.2 Ontwikkeling naar stedelijkheid	15
4 Verschillen tussen huisartsenposten	17
4.1 Ontwikkeling in aantal contacten per huisartsenpost	17
4.2 Ontwikkeling in urgentie van de contacten per huisartsenpost	17
4.3 Ontwikkeling in urgentie naar kenmerk van de huisartsenpost	18
4.4 Ontwikkeling in contacten voor psychosociale problemen per huisartsenpost	18
5 Conclusies, discussie en aanbevelingen	21
5.1 Veranderingen vooral in urgentietoewijzing	21
5.2 Grote verschillen tussen huisartsenposten	22
5.3 Reflectie op de onderzoeksmethode	23
5.4 Aanbevelingen	24
6 Achtergrond van het onderzoek	25
6.1 Huisartsenpost	25
6.2 Hervormingen zorgstelsel	26
6.3 Ontwikkelingen in de acute zorg	27
Literatuur	29
Bijlagen	32
Bijlage A Methoden	33
Bijlage B Figuren	37
Figuren bij hoofdstuk 2	37
Figuren bij hoofdstuk 3	41
Figuren bij hoofdstuk 4	45

1 Doel – en vraagstelling

Op basis van signalen uit de media en het veld lijkt er een steeds groter beroep te worden gedaan op acute zorg. De vraag is in hoeverre deze signalen overeenkomen met de omvang van de zorgvraag op de huisartsenpost en wat oorzaken zijn van eventuele veranderingen in de zorgvraag. Gedachten daarover zijn dat de hervormingen in het zorgstelsel en de vergrijzing leiden tot een grotere zorgvraag van ouderen. Ook zou de hervormingen in de GGZ mogelijk leiden tot een toename van psychosociale zorgvragen. In opdracht van InEen, de brancheorganisatie van huisartsenposten, heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar de ontwikkelingen in de zorgvraag op de huisartsenpost in de periode 2013-2015. Daarbij maken wij gebruik van de routinezorggegevens van huisartsenposten die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn.

Al enige tijd is er veel media-aandacht voor de spoedzorg en komen er steeds meer signalen van dreigende overbelasting van de acute zorgketen. Het aantal ambulanceritten stijgt al jaren, spoedeisende hulpen kunnen de patiëntstroom soms niet aan en het aantal hoog-urgente contacten op de huisartsenpost neemt toe (Goslings et al., 2016; Jansen et al., 2016; NZa, 2016a; Kommer, Gijsen & van Gils, 2015). Deels valt de toegenomen acute zorgvraag samen met demografische ontwikkelingen, namelijk de toenemende vergrijzing en ontgroening (Smid et al., 2014). Voor een deel lijkt de ervaren druk op de acute zorg echter samen te hangen met beleidskeuzes van de overheid. De afgelopen jaren hebben er namelijk grote hervormingen in het zorgstelsel plaatsgevonden, zoals de invoering van de Basis-GGZ in 2014 en de decentralisatie van jeugdzorg en langdurige zorg van de landelijke overheid naar de gemeenten in 2015. Naar verwachting van diverse partijen zal dit leiden tot bijvoorbeeld een toename in het aantal verwarde patiënten die buiten kantooruren hulp nodig hebben (van Vught et al., 2014) en meer acute zorgvragen van oudere patiënten met achterliggende complexe problematiek (InEen, Actiz, 2016). Daarover leest u meer in hoofdstuk 6.

Dit onderzoek is uitgevoerd om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in het gebruik van zorg op de huisartsenpost. De onderzochte veranderingen zijn van belang voor de planning van capaciteit op de huisartsenposten in Nederland, en voor het vaststellen van de benodigde expertise die op de huisartsenposten wordt ingezet. Eventueel gevonden veranderingen hebben tevens een signaalfunctie voor het functioneren van het (lokale) gezondheidszorgsysteem (Sagan & Richardson, 2015). Een toename van de zorgvraag op de huisartsenpost van bepaalde patiëntgroepen en eventuele regionale verschillen daarin, kunnen duiden op een gebrekkige toegang tot andere zorg (Sagan & Richardson, 2015).

Met deze achtergrond heeft InEen, de brancheorganisatie van (onder andere) huisartsenposten, het NIVEL gevraagd onderzoek te doen naar de ontwikkelingen in het gebruik van zorg op de huisartsenpost. In dit rapport zullen daarom de volgende vragen worden beantwoord:

1. Heeft er in de periode 2013-2015 een veranderingen plaatsgevonden in de aard van de gezondheidsproblemen en de urgentie van de gezondheidsproblemen die op de huisartsenpost gepresenteerd worden?

2. Zo ja, op welke gezondheidsproblemen en welke patiëntengroepen hadden deze veranderingen vooral betrekking?
3. In hoeverre verschillen huisartsendienstenstructuren in deze veranderingen?

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen wordt gebruik gemaakt van de gegevens die routinematig in elektronische patiëntendossiers werden vastgelegd in 2013, 2014 en 2015 bij huisartsenposten die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Het betreft hier de gedeclareerde contacten. Het zorggebruik op de huisartsenpost wordt in het vervolg van dit rapport gelijkgesteld met de zorgvraag op de huisartsenpost. In bijlage A kunt u meer lezen over de onderzoeksmethoden, in hoofdstuk 5 reflecteren wij op de onderzoeksmethoden.

De hervormingen in het zorgstelsel zouden naar verwachting het eerst zichtbaar moeten zijn bij ouderen en mensen met psychische problemen. Daarbij kan 2013 worden beschouwd als referentiejaar, waarin nog geen sprake was van grote veranderingen in de organisatie van de zorg. In 2014 werd de Basis-GGZ ingevoerd. Hervormingen in de langdurige zorg en de jeugdzorg zijn in januari 2015 in werking getreden.

Wij kijken in dit onderzoek naar verschillen tussen huisartsendienstenstructuren (organisaties van huisartsenposten) en hoe die zich ontwikkelen. Bekend is dat er grote verschillen bestaan tussen huisartsenposten in de omvang van de zorgvraag (InEen, 2016a; Jansen et al.). Deze verschillen hangen samen met de bevolkingssamenstelling van het verzorgingsgebied, bereikbaarheid van de huisarts overdag, verschillende organisatievormen en mate van samenwerking met de spoedeisende hulp (Gils-van Rooij et al., 2015; Jansen et al., 2015; Zwaanswijk et al., 2015; Smits et al., 2015). Mogelijk hangen de verschillen tussen huisartsenposten ook samen met het functioneren van de lokale gezondheidszorgsystemen. Kenmerken van de huisartsenposten zijn op het niveau van de huisartsendienstenstructuur voor een deel meegenomen in dit onderzoek.

In de volgende drie hoofdstukken leest u de bevindingen uit ons onderzoek, gevolgd door de conclusies in hoofdstuk 5. In hoofdstuk 6 leest u over de achtergronden van het onderzoek. In bijlage B vindt u figuren behorende bij de resultaten hoofdstukken 2, 3 en 4.

2 Zorgvraag

De omvang van de zorgvraag op de huisartsenpost veranderde tussen 2013 en 2015 nauwelijks. Ook veranderde er weinig aan de zorgtoewijzing: het aantal visites, consulten en telefonische contacten bleef vrijwel gelijk. Ook in de gezondheidsproblemen waarvoor mensen naar de huisartsenpost kwamen waren er slechts kleine veranderingen te zien. Wat wel veranderde is de inschatting van de urgentie. We zien een toename van het aantal urgente gevallen, vooral in het aantal hoog-urgente consulten. Dat beperkte zich niet tot specifieke gezondheidsproblemen, maar is over de hele linie zichtbaar.

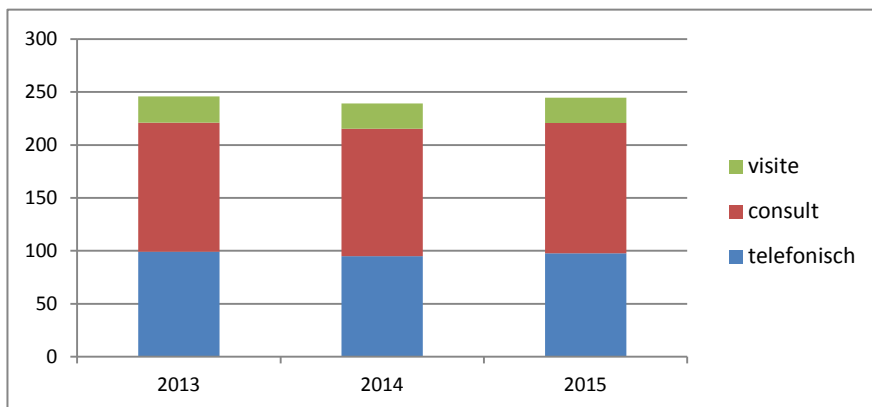
In dit hoofdstuk beschrijven wij hoe de zorgvraag op de huisartsenpost zich op hoofdlijnen ontwikkelde in de periode 2013 tot en met 2015. Wij kijken hierbij naar het aantal contacten, de zorgtoewijzing in de vorm van contactsoort en de urgentie van de contacten. Wij beschrijven steeds het aantal contacten per 1000 inwoners van de gezamenlijke verzorgingsgebieden van de huisartsendienstenstructuren in dit onderzoek.

2.1 Ontwikkeling in aantal contacten

Het aantal contacten op de huisartsenpost bleef in de periode 2013-2015 nagenoeg gelijk, met een lichte daling in 2014. Het aantal contacten per 1000 inwoners van de verzorgingsgebieden is van bijna 246 contacten in 2013 gedaald naar 239 contacten in 2014. Vervolgens is het aantal contacten in 2015 weer wat gestegen naar iets minder dan 245 contacten per 1000 inwoners. Ook de verhouding in de zorgtoewijzing bleef vrijwel gelijk, met een lichte daling in het aantal visites en telefonische consulten en een lichte stijging in het aantal consulten (Figuur 1). Er waren minimale veranderingen te zien in het moment van de dag waarop de contacten plaatsvonden (Figuur 9, bijlage B).

Het aantal patiënten per 1000 inwoners van de verzorgingsgebieden was stabiel in de periode 2013-2015. Het gemiddeld aantal contacten per patiënt bleef eveneens constant op 1,5 contacten per jaar. Het aantal patiënten met 1 tot 3 contacten per jaar daalde heel licht, terwijl het aantal patiënten met vier of meer contacten heel licht toenam (Figuur 10, bijlage B).

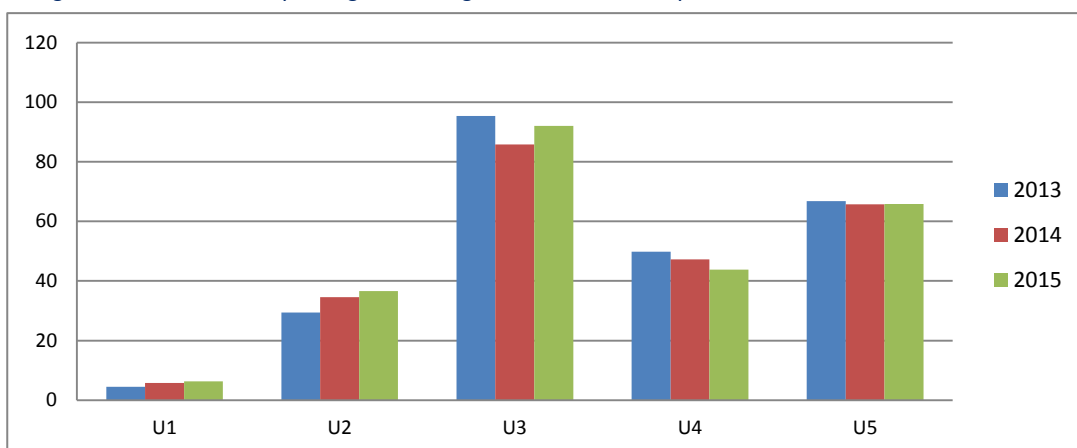
Figuur 1. Zorgtoewijzing in aantal contacten in 2013-2015, per 1000 inwoners



2.2 Ontwikkeling in urgentie van de contacten

Er was in de periode 2013-2015 een duidelijke verandering te zien in de toegewezen urgentie van de contacten (Figuur 2). Het gezamenlijk aantal contacten voor U1 en U2 steeg met ruim een kwart, van 34 contacten per 1000 inwoners naar 43. Tegelijkertijd daalde het gezamenlijk aantal contacten voor U3 en U4 van 145 naar 136 contacten per 1000 inwoners. Het aantal contacten voor U5 bleef vrijwel gelijk. Binnen de verschillende urgentie categorieën was de verdeling naar type contact over de jaren min of meer hetzelfde, met uitzondering van het aantal consulten binnen urgentie categorie U2. Er was daar een toename te zien van 15,6 U2 consulten per 1000 inwoners in 2013 naar 20,9 U2 consulten in 2015 (Figuur 11, bijlage B). Het aantal visites binnen urgentie categorie U2 steeg licht en daalde tegelijkertijd met een vergelijkbaar aantal binnen urgentie categorie U3 en U4. De contacten binnen urgentie categorie U1 bestonden voornamelijk uit telefonische consulten, omdat deze meldingen meestal worden doorverwezen naar de ambulancemeldkamer. Ook voor U5 bestond de overgrote meerderheid uit telefonische consulten.

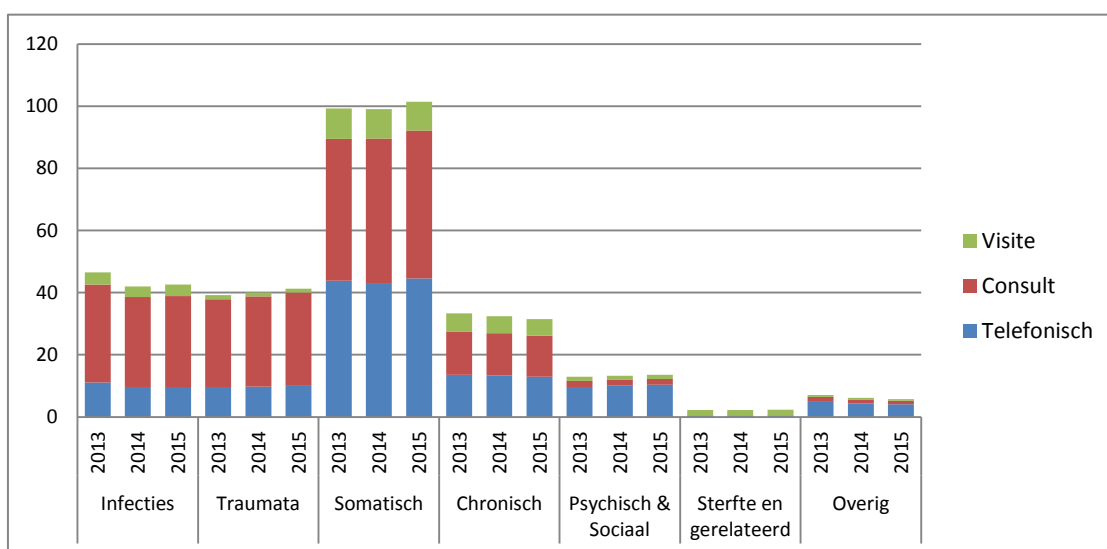
Figuur 2. Contacten per urgentie categorie in 2013-2015, per 1000 inwoners



2.3 Ontwikkeling in contacten voor gezondheidsproblemen

Voor de meeste contacten met de huisartsenpost wordt er vastgelegd voor welk gezondheidsprobleem het contact plaatsvond. Dit gebeurt met behulp van ICPC-codes, die worden gebruikt om de symptomen van het gezondheidsprobleem of de diagnose die is gesteld te classificeren (Lamberts & Wood, 1987). Voor de analyses hebben wij de ICPC-codes gegroepeerd naar cluster van gezondheidsproblemen. Verdere toelichting hierover kunt u lezen in bijlage A. De veranderingen in urgentietoekenning waren niet specifiek voor bepaalde gezondheidsproblemen, maar waren over de hele linie te zien. Figuur 3 laat zien dat er slechts kleine veranderingen zijn in het aantal contacten per cluster van gezondheidsproblemen. De grootste verandering was te zien voor het cluster infecties, met een afname van 46,5 contacten per 1000 inwoners in 2013 naar 42,6 contacten in 2015. Het aantal contacten binnen het cluster psychische en sociale problemen nam toe van bijna 13 contacten per 1000 inwoners in 2013 naar 13,5 in 2015.

Figuur 3. *Zorgtoewijzing per cluster van gezondheidsproblemen in 2013-2015, per 1000 inwoners*



2.4 Ontwikkeling in urgentie en zorgtoewijzing van gezondheidsproblemen

De toename in het aantal contacten met U1 en U2 leek zich niet te beperken tot specifieke aandoeningen, de toename was zichtbaar in alle clusters van gezondheidsproblemen (Figuur 12, bijlage B). Voor psychische en sociale problemen vond er een relatief sterke toename plaats voor contacten met urgentie U1 en U2, met ruim 44%. In absolute aantallen is de toename gering. Voor alle clusters was een afname te zien van het aantal U3 en U4 contacten, zoals ook bleek uit het totaalbeeld in Figuur 2. Uitzondering hierop is het aantal U3 contacten binnen het cluster traumata. Binnen dit cluster was een stijging te zien voor U1, U2 en U3 contacten maar niet voor U4 en U5.

Per type contact waren er enigszins verschillende patronen te zien tussen de clusters van gezondheidsproblemen in de verdeling naar urgentie categorieën. De telefonische consulten bestonden voor het grootste deel uit U5 contacten en daar was voor alle clusters van

gezondheidsproblemen een vergelijkbaar patroon te zien in de toe- en afname van het aantal contacten (Figuur 13, bijlage B). Consulten vonden vooral plaats voor U3 en het patroon verschilde enigszins per cluster (Figuur 14, bijlage B). Voor U2 waren de absolute aantallen consulten veel lager, maar de procentuele veranderingen groter. Voor visites bestond het merendeel van de contacten uit U2 en U3 (Figuur 15, bijlage B). Voor de meeste clusters van gezondheidsproblemen was er een daling in het aantal visites voor U3 en een toename van visites voor U2.

3 Patiëntgroepen

De ontwikkelingen zoals beschreven in hoofdstuk 2, waren grotendeels gelijk voor de verschillende leeftijdsgroepen. Er waren kleine nuanceverschillen in de zorgtoewijzing per leeftijdsgroep. Het aandeel urgente contacten nam toe voor alle leeftijdsgroepen, maar sterker voor jongeren dan voor ouderen. De toename van de zorgvraag voor psychische en sociale problemen was het sterkst onder ouderen van 85 jaar en ouder, vooral in het aantal telefonische contacten.

In hoofdstuk 2 hebben wij laten zien dat de zorgvraag op de huisartsenpost in de periode 2013-2015 in grote lijnen gelijk is gebleven. Wij lieten zien dat er wel veranderingen zijn in de inschatting van de urgentie. Er was een toename te zien in het aantal contacten met hoge urgentie (U1 en U2) en tegelijkertijd een afname in het aantal contacten met een minder hoge urgentie (U3 en U4). In dit hoofdstuk gaan wij dieper in op de kenmerken van de patiënten om vast te stellen of de zorgvraag anders is voor verschillende patiëntgroepen. Wij kijken daarbij naar leeftijdsgroepen en stedelijkheid. Nog wat specifiek kijken wij naar ouderen van 75 jaar en ouder, omdat in deze groep de grootste veranderingen werden verwacht als gevolg van de hervormingen in het zorgstelsel.

3.1 Ontwikkeling per leeftijdsgroep

In dit hoofdstuk beschrijven wij het aantal contacten voor een bepaalde leeftijdsgroep per 1000 inwoners binnen dezelfde leeftijdsgroep in de verzorgingsgebieden. Dit betekent dat de contacten voor 0 tot 4 jarigen zijn berekend per 1000 inwoners van 0 tot 4 jaar in het verzorgingsgebied. Voor de oudere leeftijdsgroepen zijn er daardoor verhoudingsgewijs veel contacten, omdat deze berekend zijn voor de populatie van deze leeftijd. Het aantal contacten is daardoor hoog binnen de leeftijdsgroep, maar op de totale populatie veel kleiner.

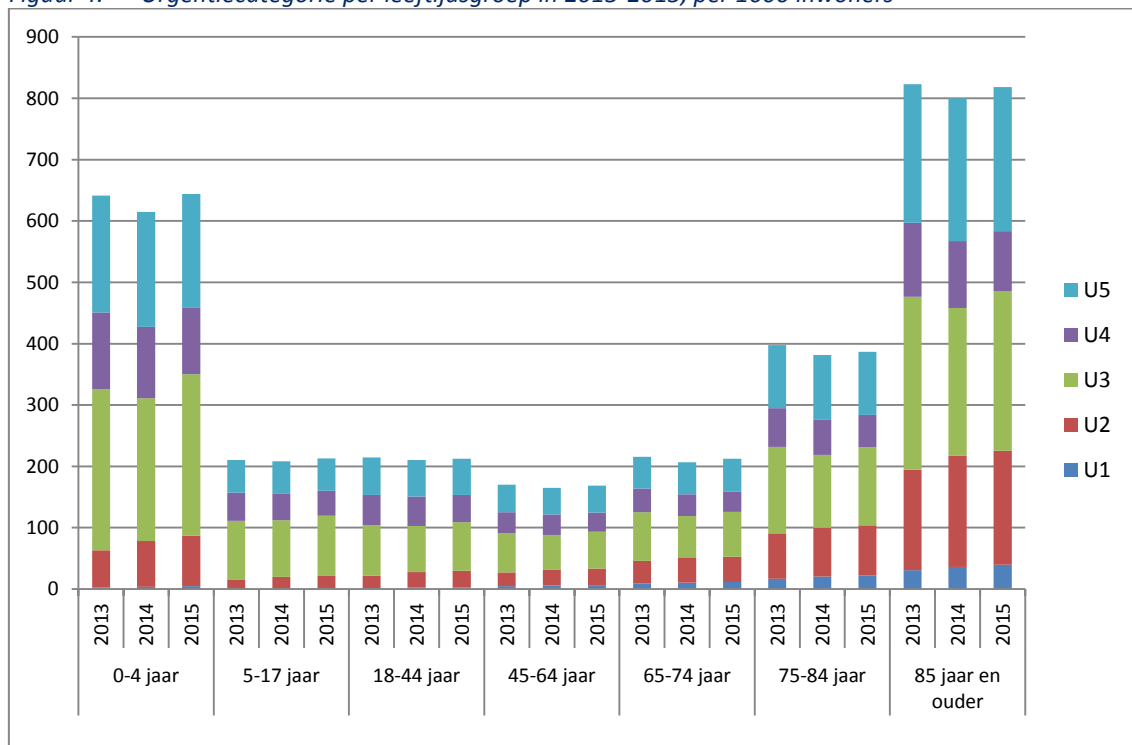
De nagenoeg gelijk gebleven zorgvraag op de huisartsenpost, wat betreft de totale vraag en het type contacten, was ook terug te zien in verschillende leeftijdsgroepen (Figuur 16, bijlage B). Ook de procentuele verdeling van het aantal contacten per leeftijdsgroep bleef min of meer gelijk (Figuur 17, bijlage B). Binnen de groep kinderen van 0 tot en met 17 jaar was er een heel lichte toename te zien in het aantal contacten. Voor alle oudere leeftijdsgroepen, inclusief ouderen van 75 jaar en ouder, was een lichte afname van het aantal contacten te zien. Wat de zorgtoewijzing betreft was er een afname van het aantal visites voor alle leeftijdsgroepen. Ook het aantal telefonische consulten nam voor alle groepen af, behalve voor de leeftijdsgroep 85 jaar en ouder (toename van 1,5%). Het aantal consulten nam licht toe voor alle leeftijdsgroepen.

Het aantal patiënten per 1000 inwoners van de verzorgingsgebieden binnen hun eigen leeftijdsgroep bleef stabiel (Figuur 18, bijlage B). Binnen de hogere leeftijdsgroepen daalde het aantal patiënten dat één contact had met ruim 3% en bleef het aantal patiënten met meer dan één contact per jaar stabiel.

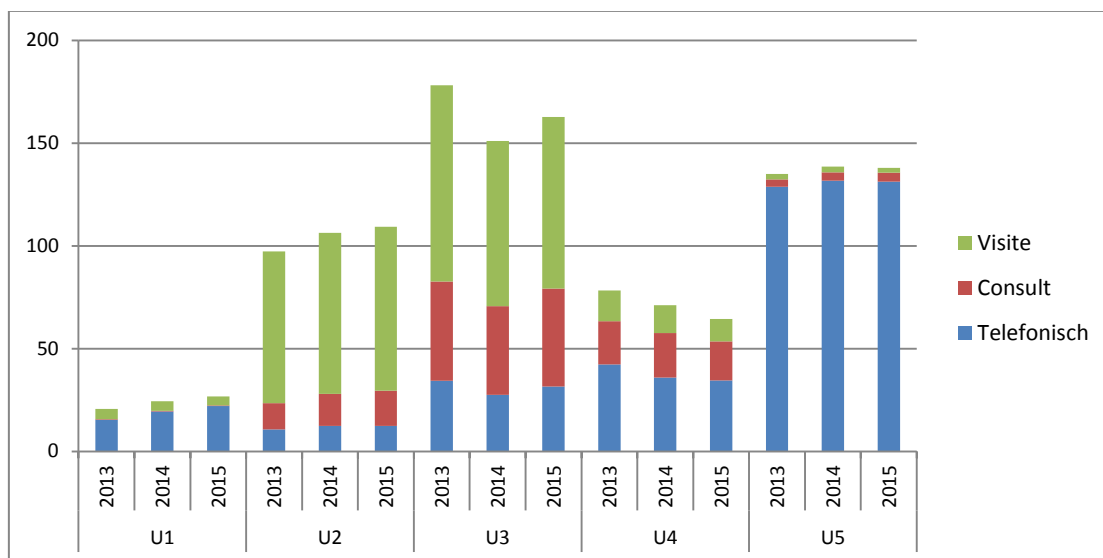
De toename van het aantal contacten met een hoge urgentie was voor alle leeftijdsgroepen te zien (Figuur 4). De mate waarin de contacten voor U1 en U2 gezamenlijk waren gestegen, verschilde echter per leeftijdsgroep. De toename was het sterkst voor de jongere leeftijdsgroepen, rond 36% voor 0 tot 44 jarigen. Voor 45 tot 64 jarigen was de toename bijna 23%, voor de leeftijdsgroepen vanaf 65 jaar was de toename circa 15%. U3 contacten bleven gelijk of namen af, U4 nam voor alle leeftijdsgroepen af. Het aantal contacten met de laagste urgentie U5 nam licht af of bleef gelijk, met uitzondering van de oudste leeftijdsgroep.

Als wij dan meer specifiek kijken naar de zorgtoewijzing per urgentie categorie voor de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder, is te zien dat de toename in U5 contacten vooral tot uiting kwam in het aantal consulten (+19%). Dat geldt eveneens voor de toename in U2 contacten, met een toename van het aantal consulten met 34%. Hoewel de relatieve toename duidelijk is, gaat het in absolute zin om kleine aantallen. Voor U3 en U4 nam het aantal contacten af, maar de procentuele afname van het aantal consulten was daarbinnen een stuk kleiner dan de afname van het aantal telefonische contacten (Figuur 5).

Figuur 4. Urgentiecategorie per leeftijdsgroep in 2013-2015, per 1000 inwoners



Figuur 5. Voor 75 jaar en ouder zorgtoewijzing per urgentie categorie in 2013-2015, per 1000 inwoners

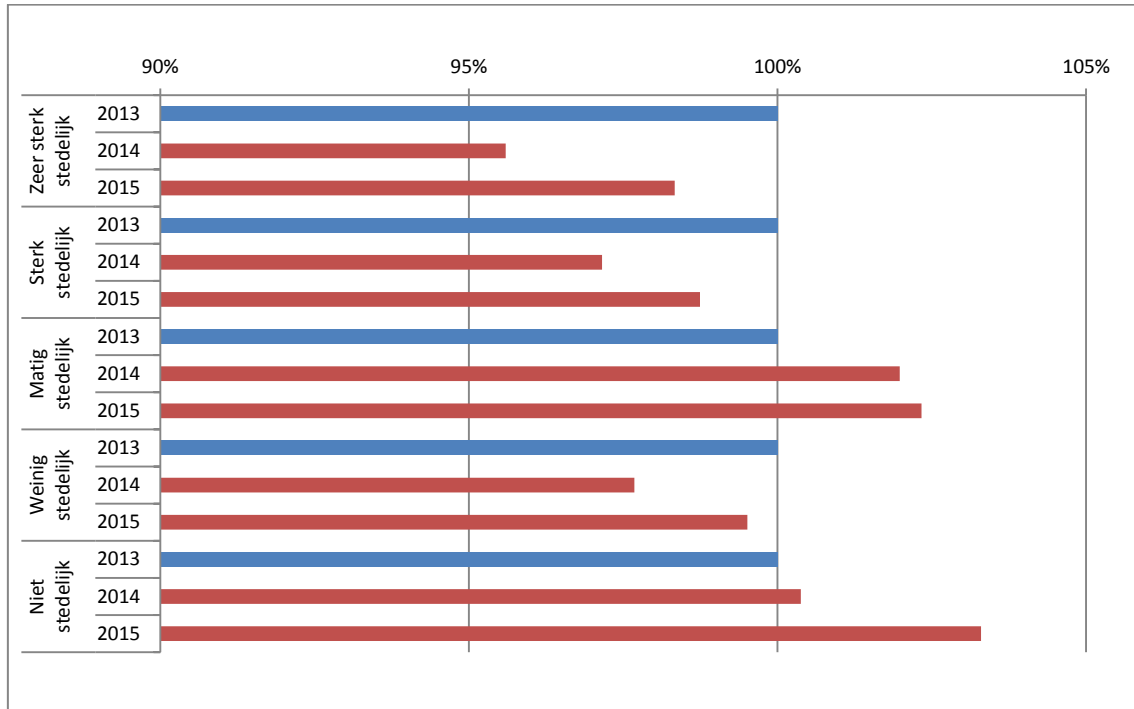


De veranderingen van het aantal contacten per cluster van gezondheidsproblemen was voor vrijwel alle leeftijdsgroepen gelijk, behalve voor psychische en sociale problemen (Figuur 19, bijlage B). Waar het aantal contacten voor psychische en sociale problemen in totaal toenam met 4%, was dat voor de oudste leeftijdsgroep van 85 jaar en ouder 10,5%. In de leeftijdsgroepen 0-4 jaar en 45-64 jaar nam het aantal contacten voor psychische en sociale problemen af. Voor de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder bestond de toename van het aantal contacten voor psychische en sociale problemen vooral uit telefonische contacten (+9,7%), maar ook het aantal visites nam toe (+5,8%), terwijl het aantal consulten juist af nam (-7,1%) (Figuur 20, bijlage B).

3.2 Ontwikkeling naar stedelijkheid

Per stedelijkheids categorie waren er kleine verschillen in de ontwikkeling van de zorgvraag (Figuur 21, bijlage B). Er was een kleine afname van de zorgvraag te zien in sterk stedelijke (-1,6%) en stedelijke gebieden (-1,2%) en een kleine toename in matig stedelijke (+2,3%) en niet stedelijke gebieden (+3,3%) (Figuur 6). De toename was vooral toe te schrijven aan een toename van het aantal consulten, dat steeg voor alle stedelijkheids categorieën, behalve in sterk stedelijke gebieden. In alle gebieden was er een lichte afname van het aantal visites. In weinig stedelijke gebieden bleef de zorgvraag vrijwel gelijk.

Figuur 6. Procentuele verandering in het aantal contacten per 1000 inwoners, naar stedelijkheidscategorie (2013 = 100%)



4 Verschillen tussen huisartsenposten

Voor de meeste huisartsenposten is er weinig verandering in de omvang van de zorgvraag tussen 2013 en 2015. In de zorgtoewijzing zijn er beperkte verschuivingen te zien, het aandeel visites bleef het meest constant. De toename van het aantal hoog-urgente contacten was ook duidelijk te zien per HDS. De mate waarin deze toename plaatsvond verschilde sterk per HDS, evenals de toe- of afname van het aantal contacten met een lagere urgentie. De aanwezigheid van een regiearts blijkt geen invloed te hebben op de mate van verandering in urgentie. Huisartsenposten verschilden eveneens in de mate waarin aantallen contacten voor psychosociale problemen toe- of afnamen.

In dit hoofdstuk laten wij zien hoe de verdeling van het aantal contacten per type contact en urgentiecategorie er uit ziet per huisartsendienststructuur (HDS: organisatie van huisartsenposten). De contacten zijn hiervoor berekend per 1000 inwoners van het verzorgingsgebied van de betreffende HDS. Voor de zorgvraag van mensen van 75 jaar en ouder, zijn de contacten berekend per 1000 inwoners van deze leeftijdsgroep in het verzorgingsgebied van de HDS. Ter bevordering van de leesbaarheid gebruiken wij in het vervolg van dit hoofdstuk het woord huisartsenpost als het gaat over de verschillen tussen huisartsendienststructuren.

4.1 Ontwikkeling in aantal contacten per huisartsenpost

Huisartsenposten verschilden sterk in de aantallen contacten per 1000 inwoners van het verzorgingsgebied van de huisartsenpost (Figuur 7). De mate waarin het totaal aantal contacten daalde of steeg lag tussen de -4% en +3%, met twee uitschieters (-11% en +16%). De verdeling van de zorgtoewijzing verschilde wel sterk, met duidelijke verschillen tussen de huisartsenposten in de ontwikkelingen tussen 2013 en 2015. Binnen een aantal huisartsenposten was er een stijging te zien van het aantal telefonische consulten en een daling van het aantal consulten, voor een ander deel van de huisartsenposten was dat andersom. Het aantal visites bleef overal vrijwel gelijk.

4.2 Ontwikkeling in urgentie van de contacten per huisartsenpost

Wat betreft de verdeling naar urgentiecategorieën, is duidelijk te zien dat er een toename heeft plaatsgevonden van het aantal hoog-urgente contacten en een afname van het aantal laag-urgente contacten (Figuur 22, bijlage B), zoals ook al bleek uit het totaaloverzicht in hoofdstuk 2. De mate van toename in het aantal contacten met een hogere urgentie verschilde sterk per huisartsenpost. Het aandeel U1 is voor één specifieke huisartsenpost tussen 2013 en 2015 bijvoorbeeld toegenomen van 1% van het totaal aantal contacten, naar 2,5% (U2 van 8,8% naar 16%), terwijl tegelijkertijd het aandeel U3 sterk afnam (53,1% naar 39%). Voor een andere huisartsenpost is er juist een kleine afname in het aandeel U1 en U2 contacten, maar nam het aandeel U3 contacten toe. In Figuur 7 staat de procentuele verandering van het totaal aantal contacten en het aantal contacten voor urgentie U2, U3 en U4 in 2015 vergeleken met 2013. Het aantal contacten binnen urgentiecategorie U2 nam voor bijna alle huisartsenposten toe. Twee huisartsenposten sprongen daar duidelijk uit, met bijna een verdubbeling van het aantal contacten met urgentie U2. Voor U3

wisselde het per huisartsenpost of er een toe- of afname was. Voor U4 was er voor het merendeel van de huisartsenposten een daling te zien.

Voor een selectie van contacten voor patiënten van 75 jaar en ouder, was er een toename te zien in U2 contacten voor de meerderheid van de huisartsenposten. Hoewel er ook huisartsenposten waren waar een afname van het aantal U2 contacten voor 75 plussers was te zien, terwijl het totaal aantal U2 contacten steeg (Figuur 23, bijlage B). Voor deze leeftijdscategorie bestond het grootste deel van de contacten binnen urgentie categorie U2 uit visites (Figuur 24, bijlage B). Het aantal contacten is afgezet tegen het aantal inwoners van 75 jaar en ouder in het verzorgingsgebied van de huisartsenpost. Dus per 1000 inwoners van 75 jaar en ouder in het verzorgingsgebied, vonden er voor één specifieke huisartsenpost in 2013 bijvoorbeeld 64 U2 visites plaats en steeg dit naar ruim 82 in 2015. Ook voor deze specifieke categorie contacten was er veel variatie tussen de huisartsenposten.

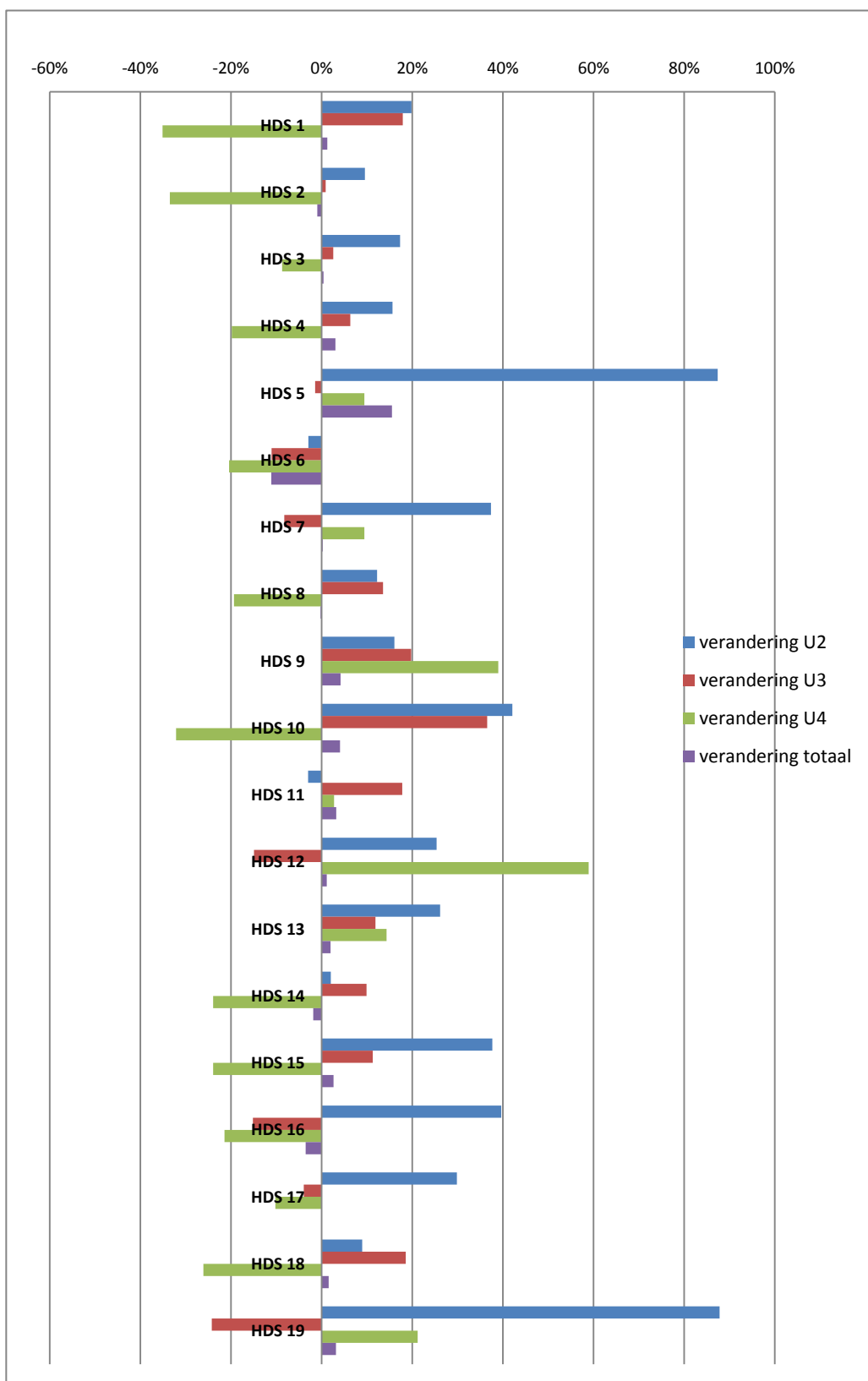
4.3 Ontwikkeling in urgentie naar kenmerk van de huisartsenpost

Een regiearts is een huisarts die kan ondersteunen bij de triage en vrijgesteld is van consulten en visites (NHG, 2013; NTS, 2012). Als wij kijken naar de urgentieverdeling voor huisartsenposten waar wel een regiearts aanwezig is (ruim tweederde) en waar geen regiearts aanwezig is, zijn er duidelijke verschillen tussen de huisartsenposten (Figuur 25, bijlage B). Met regiearts is het aandeel U2, U3 en U5 contacten lager dan voor huisartsenposten zonder regiearts. Het aantal U4 contacten is echter (veel) hoger. Het patroon waarin de urgentieverdeling tussen 2013 en 2015 veranderde was echter vrijwel gelijk voor huisartsenposten mét en zonder regiearts.

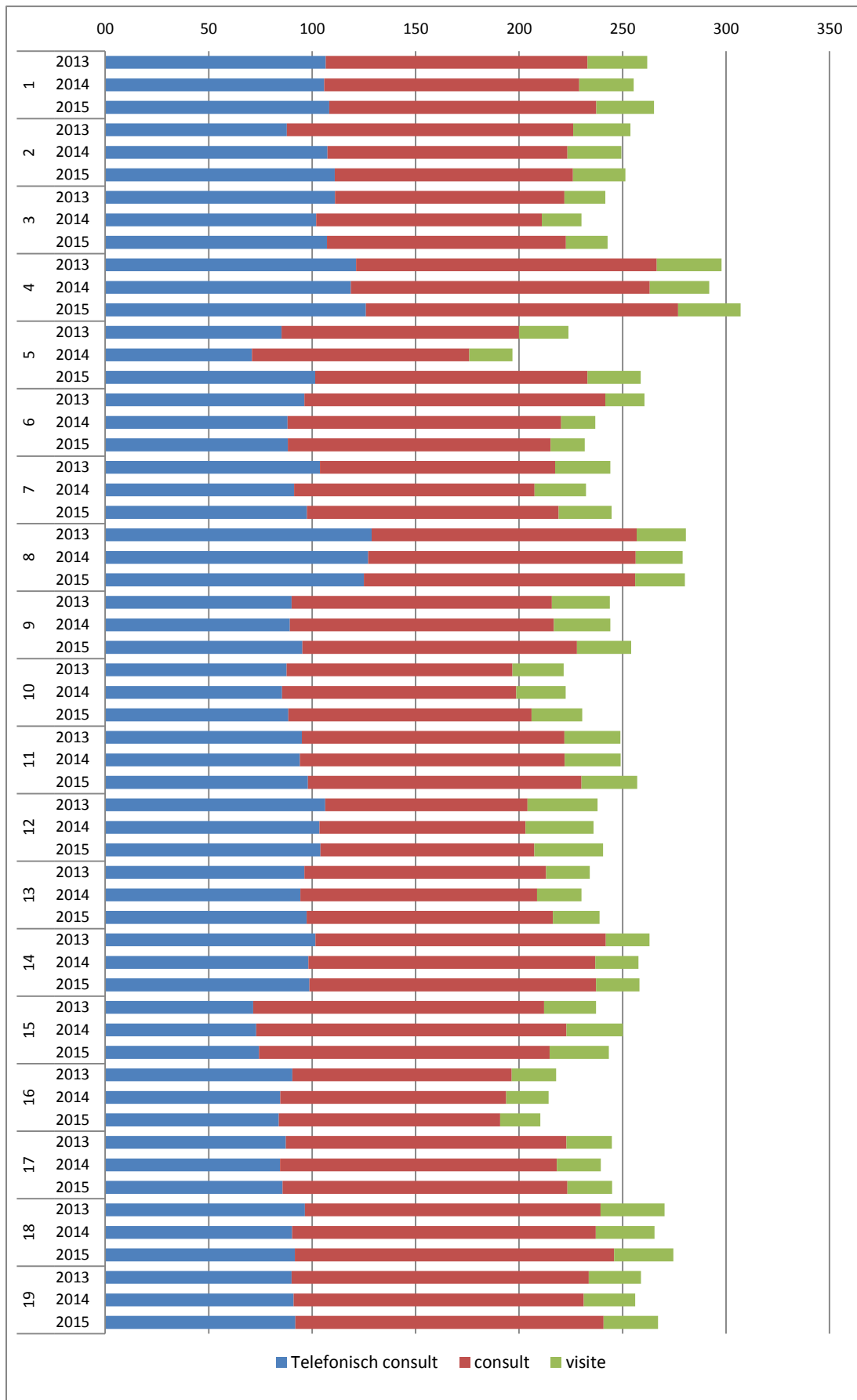
4.4 Ontwikkeling in contacten voor psychosociale problemen per huisartsenpost

Voor iedere huisartsenpost afzonderlijk hebben wij gekeken wat de ontwikkeling was in het totaal aantal contacten voor psychosociale problemen (Figuur 26, bijlage B). Daarbij verschilden de huisartsenposten ook weer in de aantallen contacten per 1000 inwoners van het verzorgingsgebied. Voor de meeste huisartsenposten steeg het aantal contacten voor psychosociale problemen tussen 2013 en 2015, voor twee huisartsenposten daalde het aantal contacten en voor drie bleef het aantal contacten stabiel. De mate waarin het aantal contacten toe- of afnam liep sterk uiteen: van een afname van 14% tot een toename van 28% en één uitschieter waar het aantal contacten verdubbelde van 6,2 naar 12,4 per 1000 inwoners.

Figuur 7. Per huisartsenpost: relatieve verandering in contacten per urgentie categorie in 2015 ten opzichte van 2013 (U2-U3-U4 en totaal aantal contacten)



Figuur 8. Per huisartsenpost: Zorgtoewijzing in 2013-2015, per 1000 inwoners van het verzorgingsgebied van de betreffende huisartsenpost



5 Conclusies, discussie en aanbevelingen

De omvang van de zorgvraag is nauwelijks veranderd, de zorgvraag van ouderen is niet gestegen. Er zijn wel duidelijke veranderingen in de urgentietoewijzing. Er is een toename van het aantal hoog-urgente contacten en een afname in laag-urgente contacten. De toename van hoog-urgente contacten is het duidelijkst voor U2 consulten en sterker voor jongeren dan voor ouderen. Er zijn grote verschillen tussen huisartsendienstenstructuren in de ontwikkelingen in urgentietoewijzing. Dit onderzoek roept vervolgvragen op: over de ontwikkeling van de zorgvraag in de jaren nadat de stelselwijzigingen hebben plaatsgevonden; over de gevolgen die zich mogelijk pas later in de tijd openbaren; over de oorzaken van de hogere urgentietoewijzing; over de complexiteit van de zorgvraag van patiënten op de huisartsenpost; over de oorzaken achter de verschillen tussen huisartsenposten; en over de invloed van de veranderingen op de werkbelasting op de huisartsenpost.

5.1 Veranderingen vooral in urgentietoewijzing

In de periode 2013 – 2015 waren er slechts kleine veranderingen te zien in de zorgvraag op de huisartsenpost. De omvang van de zorgvraag, het aantal patiënten, het aantal contacten per patiënt en de zorgtoewijzing bleven nagenoeg gelijk. Kleine veranderingen waren te zien voor het type gezondheidsproblemen waarvoor mensen naar de huisartsenpost kwamen. De ontwikkelingen waren bovendien vergelijkbaar voor verschillende leeftijdsgroepen. Binnen hun eigen leeftijdsgroepen was er een lichte afname van het aantal contacten voor ouderen en een lichte toename voor jongeren. In niet-stedelijke gebieden nam de zorgvraag iets toe, in sterk stedelijke gebieden iets af.

In de periode 2013 – 2015 zagen wij wel een duidelijke verandering in het aantal contacten met een hoge urgentie, vooral U2. Tegelijkertijd neemt het aantal contacten met een lagere urgentie (U3 en U4) af. Dit zou een indicatie kunnen zijn dat de huisartsenpost meer gebruikt wordt waarvoor deze bedoeld is: voor acute gezondheidsklachten die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag. Mogelijk echter is ook de spoedbeleving van de patiënt veranderd en vinden patiënten eerder dan voorheen hun zorgvraag urgent. Ook is er mogelijk meer aandacht bij huisartsenposten om calamiteiten te voorkomen en wordt er daardoor sneller een hoge urgentie toegewezen (Huibers et al., 2016).

De wijze waarop de triage plaatsvindt zou ook een mogelijke oorzaak kunnen zijn voor het toenemen van het aantal hoog-urgente contacten (InEen, 2014; LHV, 2016; Jansen et al, 2016). Zo zou worden ervaren dat het geprotocolleerde uitvraagstelsel te weinig rekening houdt met patiëntkenmerken. Ook bleek dat het triagesysteem vaak strikt gevolgd wordt door de triagist (InEen, 2014). Dat roept de vraag op wat de invloed is van de wijze waarop er gewerkt wordt met geprotocolleerde triage op de toename van het aantal hoog-urgente contacten. Daarbij moet door de betrokken partijen overeenstemming worden bereikt over de mate waarin het triageprotocol sturend moet zijn en welke professionele vrijheid van de triagist toelaatbaar is.

Veranderingen ten gevolge van de hervormingen van de langdurige zorg, zouden mogelijk kunnen leiden tot een toename van het aantal contacten voor ouderen. Dit blijkt voor de periode 2013 – 2015 niet uit ons onderzoek. De toename in het aantal hoog-urgente contacten was bovendien het sterkst voor de jongere leeftijdsgroepen en niet, zoals verwacht werd, voor ouderen. Dit sluit aan bij ons eerdere onderzoek naar de toename van spoedeisende ambulanceritten, waarbij de toegenomen vraag van spoedeisende ambulancediensten vanuit de huisartsenpost niet bij ouderen te zien was (Jansen et al., 2016). Mogelijk wordt de invloed van de stelselhervormingen pas duidelijk zichtbaar in de gegevens over het lopende jaar (2016) en in de nabije toekomst.

Hoewel de veranderingen in de omvang van de zorgvraag in deze periode dus beperkt zijn, kan de toename van het aantal contacten met een hogere urgentie van invloed zijn op de ervaren werkdruk. Die werkdruk wordt namelijk volgens huisartsen ook steeds groter (LHV, 2016; Keizer et al., 2014). Een toename van hoog-urgente zorgvragen betekent dat huisartsen sneller zorg moeten leveren dan voor laag-urgente zorgvragen. Ook al neemt de totale zorgvraag niet direct toe, zorgvraag met een hoge urgentie vraagt om sneller handelen. De toename van U2 consulten heeft dus weerslag op de inzetbaarheid en planbaarheid van de zorgverleners. Dit geldt eveneens voor visites. Ook al is het aantal visites in absolute aantallen beperkt, een hogere urgentie verhoogt de werkbelasting. Eén extra visite voor U2 in plaats van U3, betekent bijvoorbeeld dat de visite binnen het uur moet plaatsvinden in plaats van binnen enkele uren. Als er dan al een huisarts weg is voor een visite, kan dat voor bezettingsproblemen zorgen. De invloed van een toename in het aantal hoog-urgente contacten op de per saldo werkdruk op de huisartsenpost valt buiten de onderzoeksvraag van dit onderzoek.

5.2 Grote verschillen tussen huisartsenposten

Hoewel er in de totale zorgvraag weinig verandering te zien was, verschilden de huisartsenposten onderling wel sterk in de mate waarin veranderingen plaatsvonden. Deze verschillen waren te zien in de ontwikkeling van de totale zorgvraag, de zorgtoewijzing en in de urgentieverdeling. Vooral de veranderingen tussen 2013 – 2015 in de aantallen U2, U3 en U4 contacten liepen sterk uiteen.

Eerder onderzoek wees uit dat de sterke onderlinge verschillen tussen huisartsenposten in urgentietoekenning voor een groot deel samenhangen met patiëntkenmerken (Zwaanswijk et al., 2015). Op regionaal niveau bleef er echter, na corrigeren voor sociaaldemografische samenstelling van de bevolking in de verzorgingsgebieden, nog veel variatie tussen huisartsenposten in de omvang van hoog en laag-urgente zorgvraag (Jansen et al., 2015). Uit ons onderzoek blijkt dat ook de mate waarin veranderingen plaatsvonden in de urgentietoekenning verschilt per huisartsenpost.

Het patroon waarin de urgentieverdeling tussen 2013 en 2015 veranderde was vrijwel gelijk voor huisartsenposten mét en zonder regiearts. Tevens is het functioneren van lokale gezondheidszorgsystemen mogelijk van invloed op verschillen tussen huisartsenposten. Deze factoren vielen echter buiten het bereik van dit onderzoek.

Verschillend gebruik van de triageapplicatie heeft vermoedelijk wel invloed op de verschillen tussen huisartsenposten in urgentietoewijzing en de veranderingen tussen 2013 en 2015. Huisartsendienstenstructuren stellen bijvoorbeeld verschillende richtlijnen op wanneer er van het

protocol afgeweken mag worden (InEen, 2014). De opleiding van triagisten (InEen, 2014) en de inzet van medisch studenten als triagist zouden eveneens van invloed kunnen zijn op verschillen in veranderingen tussen huisartsenposten (InEen, 2016b).

De vraag is wat er geleerd kan worden van de verschillen tussen huisartsendienstenstructuren. Wat maakt nu dat de zorgvraag bij de ene HDS vrijwel constant is gebleven, terwijl ergens anders de zorgvraag sterk toenam? Ligt dat aan kenmerken van de HDS, de populatie van het verzorgingsgebied, aan het lokale zorgsysteem, of aan een combinatie van deze factoren. En kunnen daaruit lessen worden geleerd, toepasbaar voor andere HDS'en?

5.3 Reflectie op de onderzoeksmethode

Wij hebben voor het onderzoek gebruik gemaakt van een selectie van de huidige 28 HDS'en die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties. Om de gegevens tussen de jaren 2013-2014-2015 zo vergelijkbaar mogelijk te houden hebben wij 19 HDS'en geïnccludeerd waarvan wij beschikken over de complete registratiegegevens van deze jaren. De cijfers in dit onderzoek wijken af van de Benchmark van InEen uit 2015, die is gebaseerd op de zelf aangeleverde cijfers van 50 HDS'en (InEen, 2016a). Als wij de cijfers berekenen op basis van de gegevens van alle HDS'en die in de betreffende jaren deelnamen aan NIVEL Zorgregistraties, komt het totaal aantal contacten meer in de buurt van de cijfers uit de Benchmark. De selectie van HDS'en die wij voor dit onderzoek hebben gebruikt is echter over alle jaren vergelijkbaar, waardoor de gevonden verschillen de zorgvraag weerspiegelen en niet worden veroorzaakt door methodologische afwijkingen. Gezien de grote onderlinge verschillen tussen HDS'en, is het wel mogelijk dat de in de Benchmark aangetoonde landelijke trend in toename van de zorgvraag op de huisartsenpost wordt veroorzaakt door de HDS'en waarvan wij geen gegevens hebben.

De registratiegegevens van het zorggebruik die wij gebruikt hebben voor dit onderzoek geven geen volledig beeld van de zorgvraag. Wij hebben geen onderzoek kunnen doen naar de duur van de contacten, omdat dat niet geregistreerd wordt. Mogelijk is de duur van de contacten toegenomen bij een vrijwel gelijkblijvend aantal contacten. Een hogere urgentie van de zorgvraag leidt mogelijk tot langere consulten en visites, waardoor de omvang van de zorgvraag toch groter is geworden.

Een andere vertekening kan ontstaan door beperkte registratie van gezondheidsproblemen. Patiënten komen meestal naar de huisartsenpost met één gezondheidsprobleem als directe aanleiding. Welke medische en/of psychosociale geschiedenis soms schuil gaat achter het contact is echter niet zichtbaar in de registratiegegevens. Daardoor is het waarschijnlijk dat de indeling in clusters van gezondheidsproblemen (en de registratie van ICPC-codes waarop deze indeling gebaseerd is) een onderschatting is van de achterliggende problemen van een patiënt. De ervaren hogere werkdruk op de huisartsenpost ten gevolge van psychosomatische problematiek komt daardoor niet tot uiting in de geregistreerde gezondheidsproblemen. Als een patiënt in een psychose een verwonding oploopt en daarmee naar de huisartsenpost gaat, dan wordt vermoedelijk de snijwond geregistreerd en niet de achterliggende psychose.

5.4 Aanbevelingen

De bevindingen uit dit onderzoek laten vooral zien dat er een toename van het aantal hoog-urgente contacten op de huisartsenpost is. Wij zien geen duidelijke aanleiding om aan te nemen dat dit veroorzaakt wordt door een toegenomen zorgvraag van ouderen. Daarmee zijn er ook geen aanwijzingen dat de wijzigingen in het zorgstelsel directe invloed hadden op de zorgvraag op de huisartsenpost in de periode 2013-2015. Het onderzoek roept nieuwe vragen op:

1. De hervormingen in de langdurige zorg en daarmee de invloed op de zorgvraag onder ouderen is ingegaan op 1 januari 2015. In hoeverre hebben de hervormingen invloed op de zorgvraag op de huisartsenpost, met name van ouderen, in de afgelopen periode (2016) en nabije toekomst?
2. Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de toename van het aantal hoog-urgente contacten? Bijvoorbeeld interne factoren op de huisartsenpost: welke organisatorische factoren op de huisartsenpost kunnen hiermee te maken hebben, wat is de rol van de triage, wat is de invloed van de wijze waarop er wordt gewerkt met het triagesysteem?
3. Op de huisartsenpost wordt per contact één ICPC code geregistreerd. Mogelijk is de zorgvraag van de patiënt meervoudig, of spelen andere gezondheidsproblemen een rol in het beoordelen van de zorgvraag en het bepalen van het behandelbeleid. Mogelijk is het ook de groei in het aantal mensen met meervoudige problemen die een rol speelt bij de toegenomen urgentie. In hoeverre is de complexiteit van de zorgvraag op de HAP veranderd, en welke invloed dit heeft op de werkbelasting op de huisartsenpost en de urgentietoewijzing?
4. Wat kunnen wij leren van de verschillen tussen HDS'en? Wat zijn de beïnvloedbare factoren van de zorgvraag? Welke "best & worst practices" zijn er te onderscheiden?

6 Achtergrond van het onderzoek

De zorg op de huisartsenpost is bedoeld voor urgente gezondheidsproblemen die niet kunnen wachten tot het volgende moment waarop de eigen huisarts spreekuur houdt. De verwachting is dat de hervormingen in het zorgstelsel, die sinds 2014 en 2015 zijn ingevoerd, invloed hebben op de zorgvraag op de huisartsenpost. Er zijn aanwijzingen van overbelasting van de hele acute zorgketen. De vraag is in hoeverre dat ook geldt voor de huisartsenpost en voor welke patiëntgroepen de zorgvraag eventueel is veranderd.

In dit hoofdstuk leest u over de achtergronden van dit onderzoek: de zorg op de huisartsenpost, de hervormingen in het zorgstelsel en de ontwikkelingen in de acute zorgketen.

6.1 Huisartsenpost

Huisartsenposten leveren zorg in de ANW-uren: in de avond (17 tot 24 uur), nacht (0 tot 8 uur) en in het weekend en op nationale feestdagen. De huisartsenpost is bedoeld voor acute, niet-levensbedreigende, zorgvragen die niet kunnen wachten tot de eerstvolgende werkdag van de eigen huisarts van de patiënt (NHG, 2013). In Nederland zijn er 119 huisartsenposten, die verenigd zijn in 50 huisartsendienstenstructuren (InEen, 2016a).

Patiënten worden geacht om eerst telefonisch contact op te nemen met de huisartsenpost, waarbij een triage-assistent de urgentie van de zorgvraag bepaalt aan de hand van een triageprotocol. Op basis van dit protocol wordt de urgentie en de inzet van zorg bepaald. Ook komt het voor dat patiënten direct naar de huisartsenpost komen, zonder eerst telefonisch contact te hebben gehad, de zogenaamde zelfverwijzers. Deze patiënten worden getrieerd op de huisartsenpost.

De overgrote meerderheid van de huisartsendienstenstructuren maakt gebruik van de computerondersteunde Nederlandse Triage Standaard (NTS), die uitgaat van zes urgentiecategorieën. Deze categorieën, met de snelheid van handelen, zijn: U0, uitval vitale functies – reanimatie; U1, direct levensgevaar – onmiddellijk; U2, bedreiging vitale functies of orgaanschade – zo snel mogelijk; U3, reële kans op schade – binnen enkele uren; U4, verwaarloosbare kans op schade – dezelfde dag; en U5, geen kans op schade – volgende werkdag. Contacten met urgentiecategorie U0 vinden in principe niet plaats met de huisartsenpost.

Na toekenning van de urgentie wordt de zorgvraag vervolgens telefonisch beantwoord, of er vindt persoonlijk contact met de patiënt plaats. De patiënt komt dan naar de huisartsenpost of er wordt een visite aan de patiënt afgelegd. Het is ook mogelijk dat de triage leidt tot de oproep van een ambulance door de triage-assistent, eventueel na overleg met de regiearts (een huisarts die kan ondersteunen bij de triage en vrijgesteld is van consulten en visites) (NHG, 2013; NTS, 2012).

De zorgvraag per huisartsendienstenstructuur verschilt sterk, zoals blijkt uit het aantal verrichtingen per 1000 inwoners. Dit aantal varieerde in 2015 tussen 187 en 298 verrichtingen per jaar per 1000 inwoners (InEen, 2016a). De kosten van de huisartsenposten per inwoner van

Nederland verschilde daardoor ook sterk per huisartsendienstenstructuur, maar bedroeg in 2015 gemiddeld € 18,19 (InEen, 2016a). De totale kosten van de huisartsenzorg in ANW-uren bedragen voor 2016 naar schatting € 336 miljoen en daarmee zijn de kosten met ruim 20% gestegen ten opzichte van 2012 (Zorginstituut, 2016).

6.2 Hervormingen zorgstelsel

De afgelopen jaren hebben er in Nederland ingrijpende veranderingen plaatsgevonden in de organisatie van de zorg: in 2014 is de Basis-GGZ ingevoerd, en in 2015 vond hervorming van de langdurige zorg en de decentralisatie van de jeugdzorg naar de gemeenten plaats. De motivering voor deze hervormingen is om het zorgstelsel betaalbaar te houden en te verbeteren. Om deze doelen te bewerkstelligen is het overheidsbeleid gericht op meer zelfredzaamheid van mensen. Daarnaast wordt er meer verwacht van de informele zorg door vrijwilligers en mantelzorgers in de directe omgeving van de zorgvrager. De kern van het beleid is het organiseren van de zorg in de omgeving van de zorgvrager (Staatssecretaris van Rijn, 2014; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013).

De eerste hervorming betrof de invoering van de basis-GGZ per 1 januari 2014. Volwassenen met psychische – en sociale problemen kunnen een beroep doen op de huisarts. De huisarts beoordeelt vervolgens welke psychische zorg de patiënt nodig heeft, generalistische basis-GGZ of specialistische GGZ. Onder andere patiënten met lichte psychische klachten en/of sociale problemen, komen in aanmerking voor generalistische basis-GGZ. Zij kunnen begeleid worden in de huisartsenpraktijk door de huisarts en de praktijkondersteuner GGZ (POG-GGZ). Buiten de huisartsenpraktijk kunnen patiënten begeleid worden door bijvoorbeeld een GZ-psycholoog of psychotherapeut. De huisarts kan de patiënt doorverwijzen naar de specialistische GGZ op basis van een aantal criteria, bijvoorbeeld als er sprake is van (een vermoeden van) een (DSM-geclassificeerde) psychiatrische stoornis. (de Beurs et al., 2016; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). In het tweede halfjaar van 2014 was er, ten opzichte van het eerste halfjaar, een stijging te zien van het aantal patiënten bij de POH-GGZ (Verhaak et al., 2015) en een daling van het aantal patiënten in de specialistische GGZ (KPMG Plexus, 2015).

De tweede hervorming betreft de langdurige zorg. Het huidige overheidsbeleid is erop gericht dat zorgbehoevende mensen langer thuis blijven wonen en in hun eigen omgeving zorg en ondersteuning ontvangen. Het aantal mensen dat in aanmerking komt voor intramurale zorg neemt af en de problematiek van mensen die thuis blijven wonen wordt zwaarder (InEen, Actiz, 2016). De langdurige zorg was voorheen wettelijk geregeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), maar valt sinds 1 januari 2015 onder vier wetten: de zorgverzekeringswet (Zvw); de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 (WMO); de Jeugdwet; en de Wet Langdurige zorg (WLz) (Algemene Rekenkamer, 2014). Dit heeft geleid tot grote veranderingen in de wijze waarop zorg moet worden aangevraagd. De veranderingen kunnen ook leiden tot een toename van regionale verschillen in toegang tot zorg.

De derde hervorming is de overheveling van de jeugdzorg naar de gemeenten. Op 1 januari 2015 is het nieuwe jeugdstelsel in werking getreden, waarmee de gehele jeugdzorg onder verantwoordelijkheid van gemeenten valt (Ministerie van VWS; Ministerie VenJ; VNG, 2014).

In 2015 bleek de jeugdzorg niet overal goed te verlopen (Monitor Transitie Jeugdhulp, 2015). Dit geldt overigens ook voor 2016: medio 2016 bleek dat er kinderen op de wachtlijst voor zorg terecht komen, omdat de budgetten op zijn (Monitor Transitie Jeugd, 2016).

Deze verschuivingen in het zorgstelsel hebben grote gevolgen voor diverse bevolkingsgroepen:

- Ouderen, chronisch zieken en mensen met beperkingen met een relatief hoge zorgzwaarte die langer thuis blijven wonen;
- Kinderen, jeugd en gezinnen met opgroei- en opvoedproblemen, psychische problemen en stoornissen;
- Mensen met psychische problemen die minder intramuraal worden behandeld.

De verschuivingen in het zorgstelsel verlopen niet overal optimaal (Non et al., 2015). Naar verwachting zullen de gevolgen van haperingen in de zorgverlening binnen het lokale zorgstelsel het eerst merkbaar zijn bij de huisarts. Daar waar de lokale zorgverlening onvoldoende tegemoet kan komen aan de zorgbehoefte, zal de zorgvraag verschuiven naar de laagdrempelig toegankelijke huisarts en de huisartsenpost (de Boer & Boomsma, 2015). Naast de hervormingen van het zorgstelsel heeft de toenemende vergrijzing en ontgroening een grote invloed op de zorgvraag in de huisartsenpraktijk. Meer dan de helft van de bevolking leidt naar verwachting in de nabije toekomst aan één of meer chronische aandoeningen en dat leidt tot een sterke toename in de zorgvraag (LHV, NHG, 2012).

Aangezien gezondheidsproblemen zich niet beperken tot kantooruren, op momenten dat lokale zorgvoorzieningen beter beschikbaar zijn, is een toename te verwachten in acute zorgvragen. Een deel daarvan komt bij de ambulancedienst of spoedeisende hulp terecht, een ander deel bij de huisartsenpost (van Vught, Welling & de Wildt, 2014). De huisartsenpost kan in dit verband worden gezien als een graadmeter voor het functioneren van het lokale gezondheidszorgsysteem (Sagan & Richardson, 2015).

6.3 Ontwikkelingen in de acute zorg

Naast ontwikkelingen in het zorgstelsel in het algemeen, zijn er ontwikkelingen in de acute zorg die van belang zijn voor dit onderzoek. In 2016 was er veel te doen over de acute zorg en de ervaren overbelasting van de acute zorgketen. De spoedeisende hulp aan vooral ouderen komt in de knel, blijkens een artikel in Medisch Contact van 12 mei: “spoedhulp voor ouderen in het gedrang”, door Rhebergen en collega’s”. En op 19 mei volgde een brandbrief over de spoedeisende hulp (SEH) van o.a. traumachirurg Carel Goslings en SEH-arts Michiel Gorzeman, betrokken in het Regionaal Overleg Acute Zorg in Noord-Nederland en Flevoland. Daarin uitten zij hun zorgen over de overbelasting van de SEH. Het komt volgens hen zeer regelmatig voor dat er een patiëntenstop moet worden afgekondigd en soms geldt dat voor meerdere SEH’s in de regio tegelijk. Het aantal patiëntenstops neemt bovendien sterk toe.

In het vragenuurtje in de Tweede Kamer van 24 mei, antwoordde minister Bussemaker (vervangend voor minister Schippers), op vragen van de SP, dat de brandbrief een ernstig signaal is. “Iedereen die acute zorg nodig heeft, moet die binnen redelijke tijd kunnen krijgen”.

Ook vanuit de ambulancezorg komen signalen van overbelasting. De NZa maakte in april melding van de normoverschrijdingen van de responstijden van ambulances (NZa, 2016). In 2014 haalde 17 van de 24 ambulanceregio's niet de norm van 95% van de A1-ritten binnen 15 minuten. Ook vanuit recent onderzoek van het NIVEL in de ambulanceregio Zuid-Holland Zuid, blijkt een toename van het aantal ambulanceritten in deze regio, met name in opdracht van de huisartsenpost (Jansen et al., 2016).

De hele acute zorgketen lijkt dus overbelast en de vraag is of dat voortvloeit uit de hervorming van het zorgstelsel, met meer nadruk op zelfredzaamheid, mantelzorg en zorg in de buurt, uit demografische veranderingen, of andere (organisatorische) factoren.

Literatuur

- Algemene Rekenkamer (2014). Hervorming AWBZ. Een simulatie van de gevolgen. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- Bij, S. van der, Khan, N., ten Veen, P., de Bakker, D. & Verheij, R. (2017). Improving the quality of EHR recording in primary care: a data quality feedback tool. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 24 (1), 81-87.
- Boer, de A. & Boomsma, L. (2015). Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2015. Utrecht: LHV.
- Bolle, H & van der Hoeven, H. (2016). (Acute) zorg 3.0. Zou het ook zó kunnen? Utrecht: InEen.
- Beurs, D.de, Magnée, T., de Bakker, D. & Verheij, R. (2016). De psychische en sociale hulpvraag van volwassenen in de huisartsenpraktijk van 2010-2015. Factsheet. Utrecht: NIVEL.
- Gils-van Rooij, E., IJzermans, J., Broekman, S., Meijboom, B., Welling, G. & de Bakker, D. (2015). Out-of-Hours Care Collaboration between General Practitioners and Hospital Emergency departments in the Netherlands. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 28 (6).
- Goslings, C., Gorzeman, M., Offeringa-Klooster, M. & Berdowski, J. (2016). Brandbrief 'Regionale spoedzorg – de rek is er uit'. Amsterdam: TraumaNet AMC.
- Huibers, L., Smits, M., Wensing, M. & Giesen, P. (2016). Veiligheid en doelmatigheid van telefonische triage op de Nederlandse huisartsenpost. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 8, 296-299.
- InEen (2014). Resultaten webenquête triage. Utrecht: InEen.
- InEen (2016a). Benchmarkbulletin huisartsenposten 2015. Utrecht: InEen.
- InEen (2016b). Handreiking medisch student en triage op de huisartsenpost. Utrecht: InEen.
- InEen, Actiz (2016). Handreiking voor regionale samenwerkingsafspraken. HAP + acute ouderenzorg. Utrecht: InEen, Actiz.
- Jansen, T., de Hoon, S., Zwaanswijk, M. & Verheij, R. (2016). Tussen ambulance en huisarts. Ontwikkeling in de spoedeisende ambulancezorg en het draagvlak voor de verpleegkundig specialist acute zorg in Zuid-Holland Zuid. Utrecht: NIVEL.
- Jansen, T., Zwaanswijk, M. Hek, K. & de Bakker, D. (2015). To what extent does sociodemographic composition of the neighbourhood explain regional differences in demand of primary out-of-hours care: a multilevel study. *BMC Family Practice*, 16 (54).
- Keizer, E., Maassen, I., Smits, M. & Giesen, P. (2014). Verminderen van zorgconsumptie op huisartsenposten. *Huisarts & Wetenschap*, 57 (10), 510-514.
- Kommer, G.J., Gijsen, R. & van Gils, P. (2015) Trendanalyse spoedeisende ambulancezorg. Bilthoven: RIVM.

- Kommer, G.J., Gijsen, R., Lemmens, L.C., Kooistra, M. & Deuning, C. (2015). Beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van Spoedeisende hulp in Nederland. Bilthoven: RIVM.
- KPMG Plexus (2015). Monitor generalistische basis GGZ. Periode: jan 2011 – dec 2014. Amstelveen: KPMG Plexus.
- Lamberts, H. & Wood, M. (1987). International classification of primary care. Oxford: Oxford University Press.
- LHV, NHG (2012). Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: LHV, NHG.
- LHV (2016). Eerste uitkomsten ANW-enquête bekend. <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/eerste-uitkomsten-anw-enquete-bekend>. Gevonden op 25 november 2016.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013). Beleidsbrief 'Van systemen naar mensen'. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Ministerie van Veiligheid en Justitie; Vereniging Nederlandse Gemeenten (2014). Factsheet Jeugdwet. Den Haag: Ministerie van VWS; Ministerie VenJ; VNG.
- Monitor Transitie Jeugd (2015). Jaarrapportage
- Monitor Transitie Jeugd (2016). Rapportage Monitor Transitie Jeugd Kwartaal 3, 2016.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2013). NHG-standpunt Huisarts en spoedzorg. Utrecht: NHG.
- Nederlandse Triage Standaard (2012). Triage acute zorg op één golf lengte. Factsheet NTS. Utrecht: NTS.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (2016). Normoverschrijdingen responstijden ambulances. De zorgplicht van zorgverzekeraars voor ambulancezorg. Utrecht: NZa.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2016). Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Utrecht:
- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (2014). Privacyreglement: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/Privacyreglement%20met%20toelichting%20pseudonimisering%20v2.1%2020140507.pdf> Utrecht: NIVEL.
- NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn (2015). <https://www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijin>.
- Non, M., van der Torre, A., Mot, E., Eggink, E., Bakx, P. & Douven, R. (2015). Keuzeruimte in de langdurige zorg. Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten. Den Haag: Centraal Planbureau/ Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rhebergen, M., Nanayakkara, P., Biesheuvel, T., & van der Horst, H. (2016). Spoedhulp voor ouderen komt in het gedrang. *Medisch Contact*, 19, 24-26.

- Sagan, A. & Richardson, E. (2015). Out-of-hours primary care and demand for emergency medical services. *Eurohealth*, 21 (4), 6-9.
- Smid, B., ter Rele, H., Boeters, S., Draper, N., Nibbelink, A., & Wouterse, B. (2014). Minder zorg om vergrijzing. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Smits, M., Peters, Y., Broers, S., Keizer, E., Wensing, M. & Giesen, P. (2015). Invloeden op de zorgconsumptie op de huisartsenpost. *Huisarts & Wetenschap*, 58 (12), 634-637.
- Staatssecretaris van Rijn, M.J. (2014). Kamerbrief Samenhang in zorg en ondersteuning. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Verhaak, P., Magnée, T., Hooiveld, M., ten Veen, P. & de Bakker, D. (2015). Factsheet Gevolgen invoering Basis GGZ voor de psychische en sociale hulpvraag in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL.
- Verheij, R.A., Somai, D., Tiersma, W., Giesen, P. & Hoogen, H. van den (2005). Haalbaarheidstudie Landelijke Informatienetwerk Huisartsenpost (LINHAP). Utrecht: NIVEL
- Vught van, C., Welling, G. & de Wildt, J.E. (2014). Forse overvraging van huisartsenzorg. Taakverzwaring door concentratie spoedzorg. *De Eerstelijns*.
- Zorginstituut Nederland (2016). Zorgcijfersdatabank. Huisartsenzorg 2012 t/m 2016. <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/tabelPagina.asp?label=00-totaal&menu=L&tabel=jjaarNEW&geg=kost&item=201> (gevonden op 21 juni 2016).
- Zwaanswijk, M., Nielen, M.M.J., Hek, K. & Verheij, R.A. (2015). Factors associated with variation in urgency of primary out-of-hours contacts in the Netherlands: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 5 (10), p. e008421.

Bijlagen

Bijlage A: Methoden
Bijlage B: Figuren

Bijlage A Methoden

Wij hebben dit onderzoek in de periode augustus – december 2016 uitgevoerd. Hiervoor hebben wij gebruik gemaakt van routinezorggegevens uit 2013, 2014 en 2015 van huisartsenposten die deelnamen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn.

Gegevens NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

De zorgvraag op de huisartsenpost hebben wij in beeld gebracht met behulp van gegevens over het zorggebruik afkomstig uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (www.nivel.nl/zorgregistraties). NIVEL Zorgregistraties verzamelt sinds 2012 routinematig geregistreerde gegevens uit elektronische patiëntendossiers van een steekproef van organisaties van huisartsenposten (huisartsendienstenstructuren, HDS'en). Deze data bevat onder andere informatie over de urgentie die is toegekend aan de klacht waarmee de patiënt zich presenteerde, het soort contact dat heeft plaatsgevonden en de gezondheidsproblemen waarvoor de contacten op de huisartsenpost hebben plaatsgevonden. Het gaat hier om de contacten die zijn gedeclareerd.

De urgentiecategorieën, met de snelheid van handelen, zijn: U0, uitval vitale functies – reanimatie; U1, direct levensgevaar – onmiddellijk; U2, bedreiging vitale functies of orgaanschade – zo snel mogelijk; U3, reële kans op schade – binnen enkele uren; U4, verwaarloosbare kans op schade – dezelfde dag; en U5, geen kans op schade – volgende werkdag. (NHG, 2013; NTS, 2012). De contacten die plaatsvinden zijn ofwel telefonisch, op de huisartsenpost als consult, of als visite bij de patiënt thuis.

Voor de analyses over gezondheidsproblemen zijn alleen gegevens gebruikt van HDS'en waar sprake is van een goede registratie van gezondheidsproblemen. Dat houdt in dat er voor minimaal 70% van de contacten met de huisartsenpost een betekenisvolle ICPC-code is geregistreerd. Symptomen en aandoeningen van personen die gebruik maken van de huisartsenpost zijn geregistreerd met behulp van de International Classification of Primary Care (ICPC) (Lamberts & Wood, 1987). Alleen ICPC-codes in de range 01 tot en met 29 (symptomen) en in de range 70 tot en met 99 (aandoeningen) worden beschouwd als betekenisvolle ICPC-codes. Daarnaast worden ook A44 (inenting), R44 (influenzavaccinatie) en X37 (cervix-uitstrijkje) als betekenisvolle ICPC-codes beschouwd. ICPC-codes A97 (geen ziekte) en A99 (andere gegeneraliseerde/niet gespecificeerde ziekte) kunnen betekenisvolle ICPC-codes zijn. De neiging bestaat echter om deze codes te gebruiken als een zorgverlener niet direct weet wat er met een patiënt aan de hand is. Wij zien deze codes daarom niet als betekenisvolle ICPC-codes. Dit geldt ook voor ICPC-codes in de range 30-69 (verrichtingen) (van der Bij et al., 2017). Omdat veel individuele ICPC-codes slechts bij kleine aantallen patiënten voorkomen, zijn de codes voor de analyses gegroepeerd in ICPC-hoofdstukken en ICPC-clusters op basis van orgaanstelsels of type probleem.

Verzorgingsgebieden

HDS'en hebben aangegeven welke postcodegebieden tot hun verzorgingsgebied behoren. Voor bepaling van het aantal inwoners in de verzorgingsgebieden en de leeftijds- en geslachtsverdeling van de inwoners zijn gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek gebruikt, die gaan over het betreffende rapportagejaar (dus gegevens uit 2013 voor het rapportagejaar 2013).

Sommige postcodegebieden vallen in het verzorgingsgebied van meer dan één HDS. In die gevallen is een correctiefactor op het aantal inwoners toegepast om dubbelstellingen te voorkomen.

Tabel 1. Totaal aantal contacten van selectie van 19 HDS-en in de periode 2013-2015

Jaar	Totaal aantal contacten	Aantal inwoners verzorgingsgebieden
2013	1.541.937	6.269.688
2014	1.503.700	6.288.403
2015	1.544.163	6.314.027

Selectie huisartsendienstenstructuren

Om de ontwikkeling in de jaren te volgen, hebben wij gegevens gebruikt van de HDS'en waarvan wij voor alle jaren volledige registratiedata tot onze beschikking hadden. Oorspronkelijk was de bedoeling om ook het jaar 2012 te includeren in de analyses. Echter, de selectie van door de jaren vergelijkbare HDS'en werd dan te beperkt. Over de periode 2013-2015 zijn de gegevens gebruikt van 19 HDS'en met een gezamenlijk verzorgingsgebied van circa 6,3 miljoen inwoners. Deze populatie is representatief voor de Nederlandse bevolking wat betreft leeftijd en geslacht (Tabel 1). In vergelijking met de Nederlandse bevolking is er lichte ondervertegenwoordiging van personen die in de zeer sterk stedelijke gebieden wonen en een lichte oververtegenwoordiging van personen uit matig en weinig stedelijke gebieden. Dit is een beperktere selectie dan de HDS'en die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties. In 2015 waren 28 HDS'en deelnemer aan NIVEL Zorgregistraties.

Tabel 2. *Bevolkingssamenstelling in 2015 in de verzorgingsgebieden van de 19 HDS'en in het onderzoek, vergeleken met Nederland in totaal*

	Inwoners van Nederland	Inwoners van de verzorgingsgebieden 19 HDS'en
Totaal aantal personen	16.899.031	6.314.027
% mannen	49,5%	49,5%
% personen 0-4 jaar	5,3%	5,2%
% personen 5-17 jaar	15,0%	15,2%
% personen 18-44 jaar	33,8%	33,7%
% personen 45-64 jaar	28,1%	28,1%
% personen 65-74 jaar	10,2%	10,3%
% personen 75-84 jaar	5,5%	5,6%
% personen 85 jaar en ouder	2,0%	2,0%
% personen in zeer sterk stedelijk gebieden	21,8%	16,1%
% personen in sterk stedelijk gebieden	27,0%	27,1%
% personen in matig stedelijk gebieden	18,3%	20,6%
% personen in weinig stedelijk gebieden	17,4%	21,3%
% personen in niet stedelijk gebieden	15,5%	15,0%

Als wij voor alle HDS'en die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties het zorggebruik, in contacten per 1000 inwoners van de verzorgingsgebieden, per jaar berekenen komen wij op andere aantallen. De vergelijkbaarheid tussen de jaren wordt daarmee echter problematisch, door wisselende aantallen HDS'en en incomplete gegevens van een aantal HDS'en. Ook de Benchmark van InEen komt op andere aantallen uit en gaat over vrijwel alle HDS'en in Nederland. Er kunnen dus andere uitkomsten volgen uit een andere steekproef van HDS'en. Ook de gegevensverwerking en –verzameling verschilt tussen de Benchmark en NIVEL Zorgregistraties. De HDS'en die wij voor dit onderzoek hebben gebruikt zijn divers in omvang, aantal locaties, geografische ligging in het land en samenstelling van de bevolking.

Privacy

De routinematig bijgehouden patiëntgegevens en zorginhoudelijke gegevens worden naar het NIVEL verzonden via een Trusted Third Party (ZorgTTP). De software van ZorgTTP converteert patient-identificerende gegevens naar een pseudoniem. Dit wordt gedaan om de privacy van patiënten te kunnen waarborgen in het kader van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Voor meer informatie over de privacybescherming zie <http://www.nivel.nl/sites/default/files/Privacyreglement%20met%20toelichting%20pseudonimisering%20v2.1%2020140507.pdf> en Kuchinke et al. (2016). Voor dit onderzoek is goedkeuring gevraagd aan en verkregen van de Kamer Huisartsen van NIVEL Zorgregistraties onder nummer NZR00316.011 (voor meer informatie zie www.nivel.nl/nl/NZR/over-nivel/governance).

Analyses

Beschrijvende analyses zijn uitgevoerd met behulp van het statistische softwarepakket STATA versie 14.0. Op basis van de gegevens van de goed registrerende HDS'en is berekend hoe vaak gezondheidsproblemen, gegroepeerd in ICPC-hoofdstukken en ICPC-clusters, voorkomen per 1000 inwoners van de verzorgingsgebieden van de HDS'en. Verder is een verdeling gemaakt naar type contacten en de urgentie van contacten. Vervolgens zijn er uitsplitsingen gemaakt van type contacten per urgentiecategorie en urgentie per type gezondheidsprobleem. Ook is er gekeken naar de patiëntkenmerken voor verschillende categorieën contacten met de huisartsenpost.

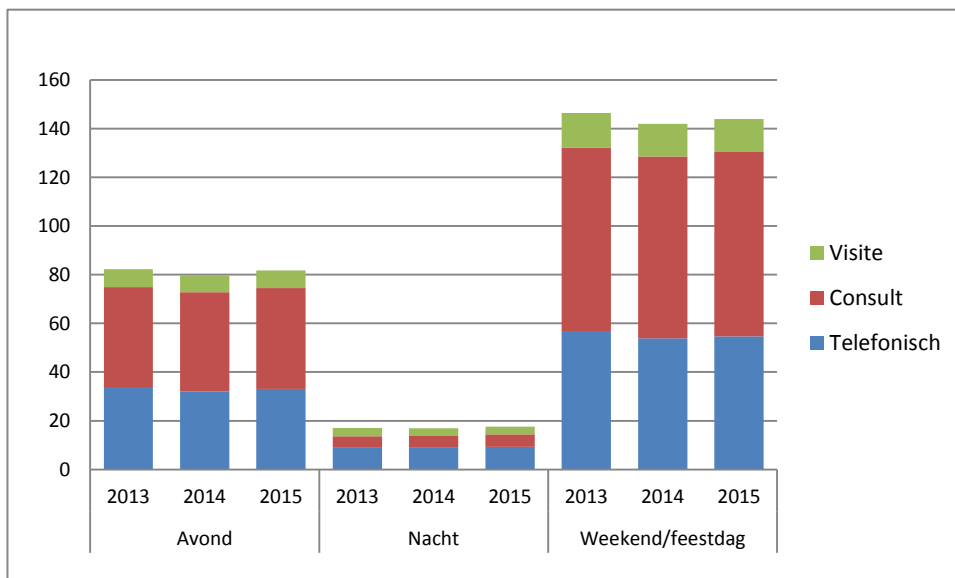
Wij hebben de contacten per leeftijdsgroep berekend per 1000 inwoners binnen de leeftijdsgroep. Dit betekent dat de contacten voor 0 tot 4 jarigen zijn berekend per 1000 inwoners van 0 tot 4 jaar in het verzorgingsgebied. Dit geldt ook voor de contacten per stedelijkheidsgebied. Deze zijn berekend per 1000 inwoners binnen de stedelijkheids categorie.

Voor de uitsplitsing per HDS, hebben wij de contacten berekend per 1000 inwoners van het verzorgingsgebied. Het aantal inwoners van de HDS is gecorrigeerd met de correctiefactor voor postcodegebieden die binnen het verzorgingsgebied van meer dan één HDS vallen.

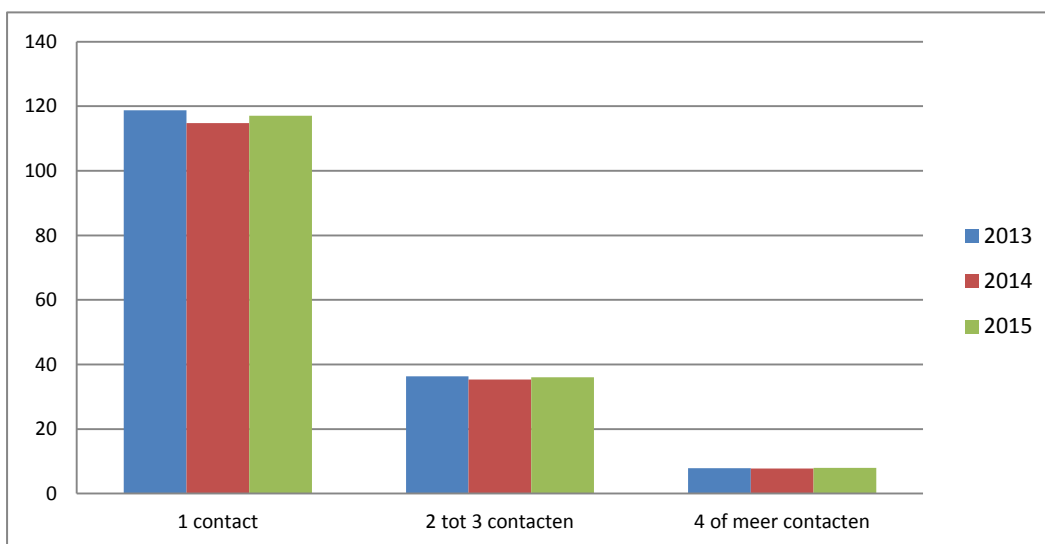
Bijlage B Figuren

Figuren bij hoofdstuk 2

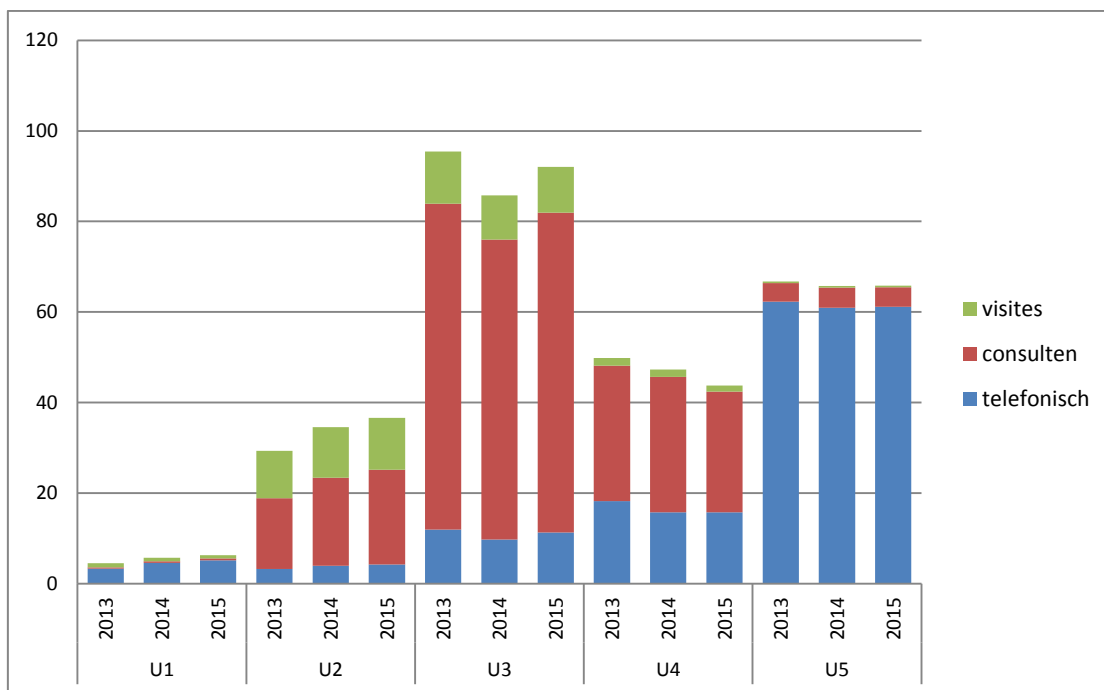
Figuur 9. Zorgtoewijzing per moment van de dienst in 2013-2015, per 1000 inwoners



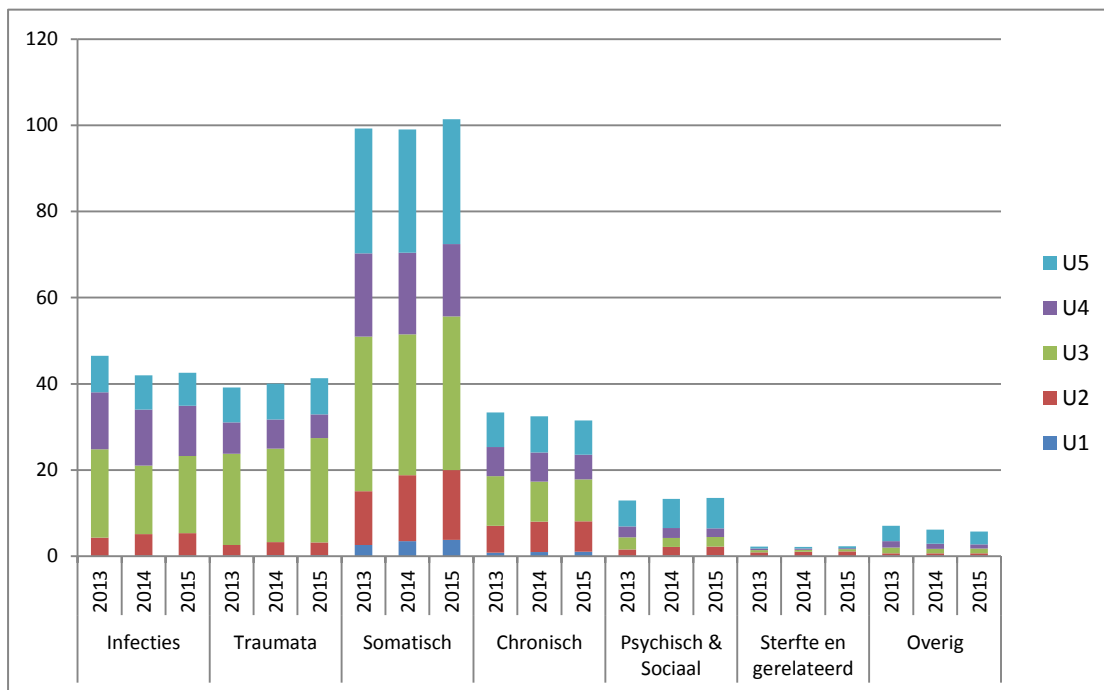
Figuur 10. Aantal contacten per patiënt in 2013-2015, per 1000 inwoners



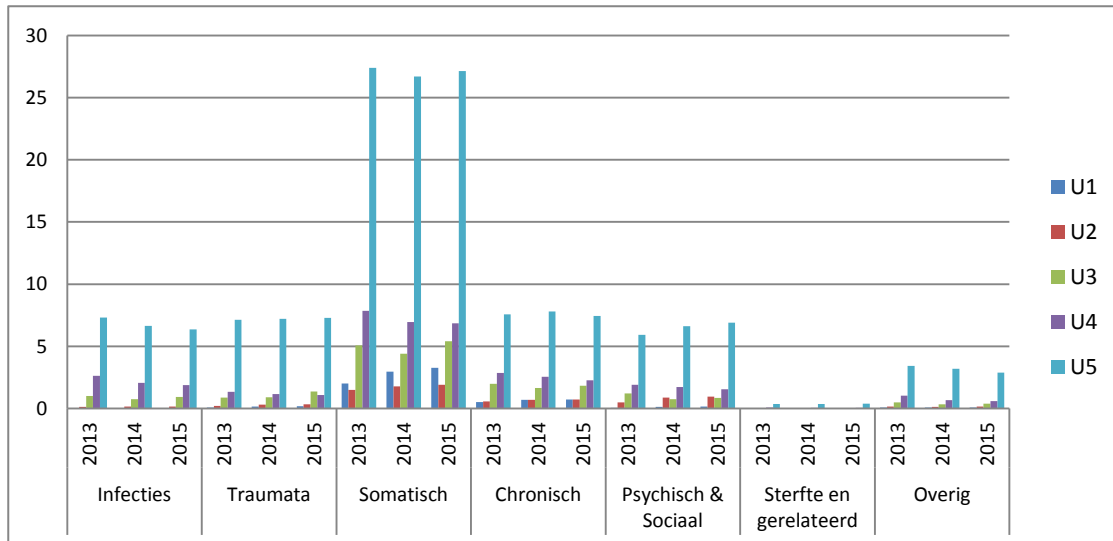
Figuur 11. Zorgtoewijzing per urgentiecatgorie in 2013-2015, per 1000 inwoners



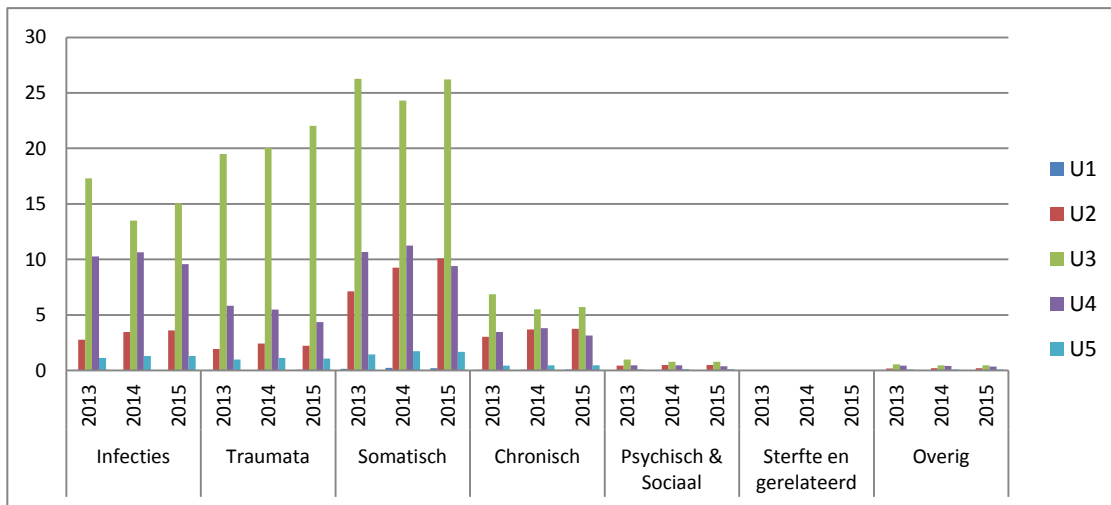
Figuur 12. Urgentiecategorie per cluster van gezondheidsproblemen in 2013-2015, per 1000 inwoners



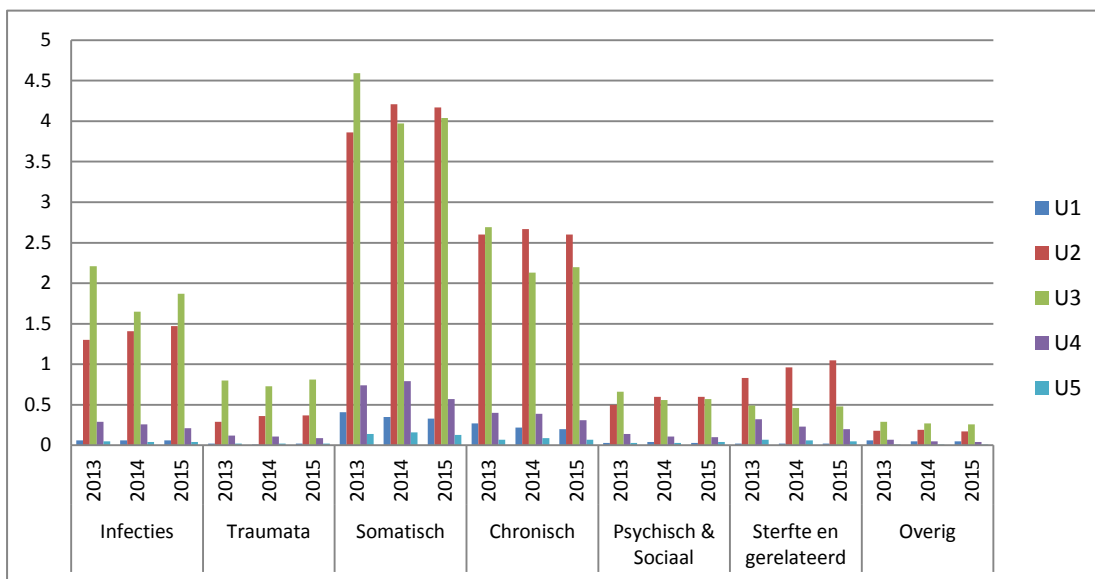
Figuur 13. Voor telefonische consulten: urgentieverdeling per cluster van gezondheidsproblemen 2013-2015, per 1000 inwoners



Figuur 14. Voor consulten: urgentieverdeling per cluster van gezondheidsproblemen 2013-2015, per 1000 inwoners

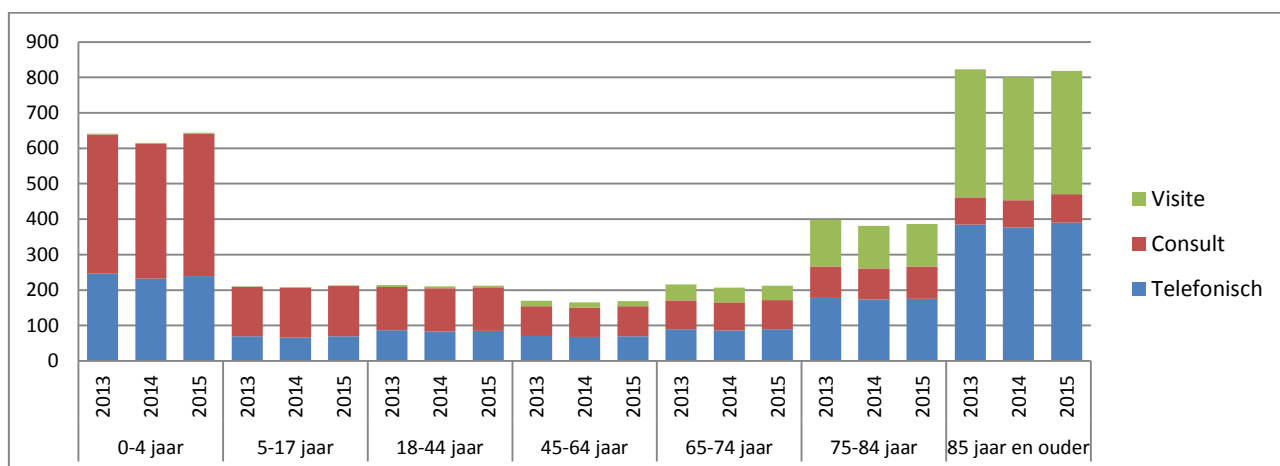


Figuur 15. Voor visites: urgentieverdeling per cluster van gezondheidsproblemen 2013-2015, per 1000 inwoners

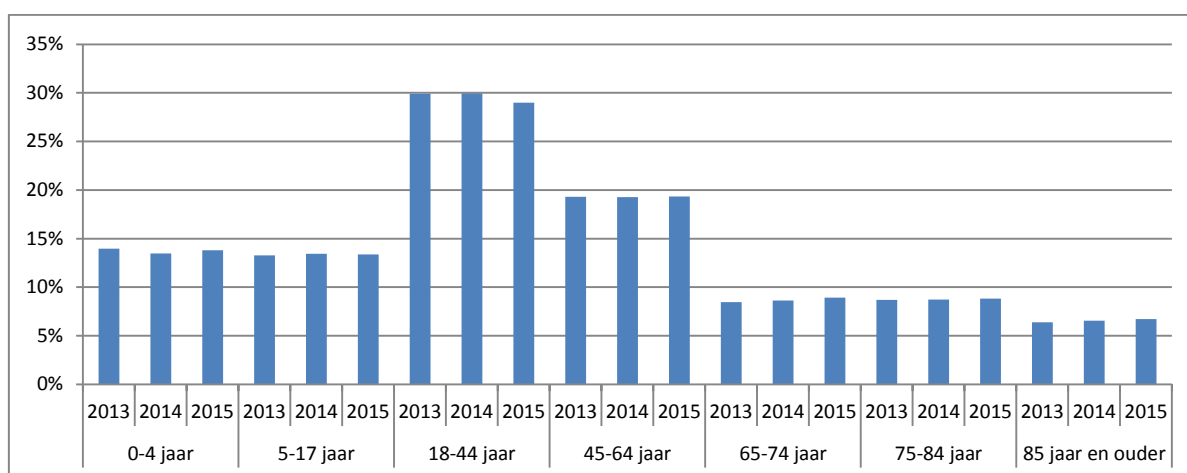


Figuren bij hoofdstuk 3

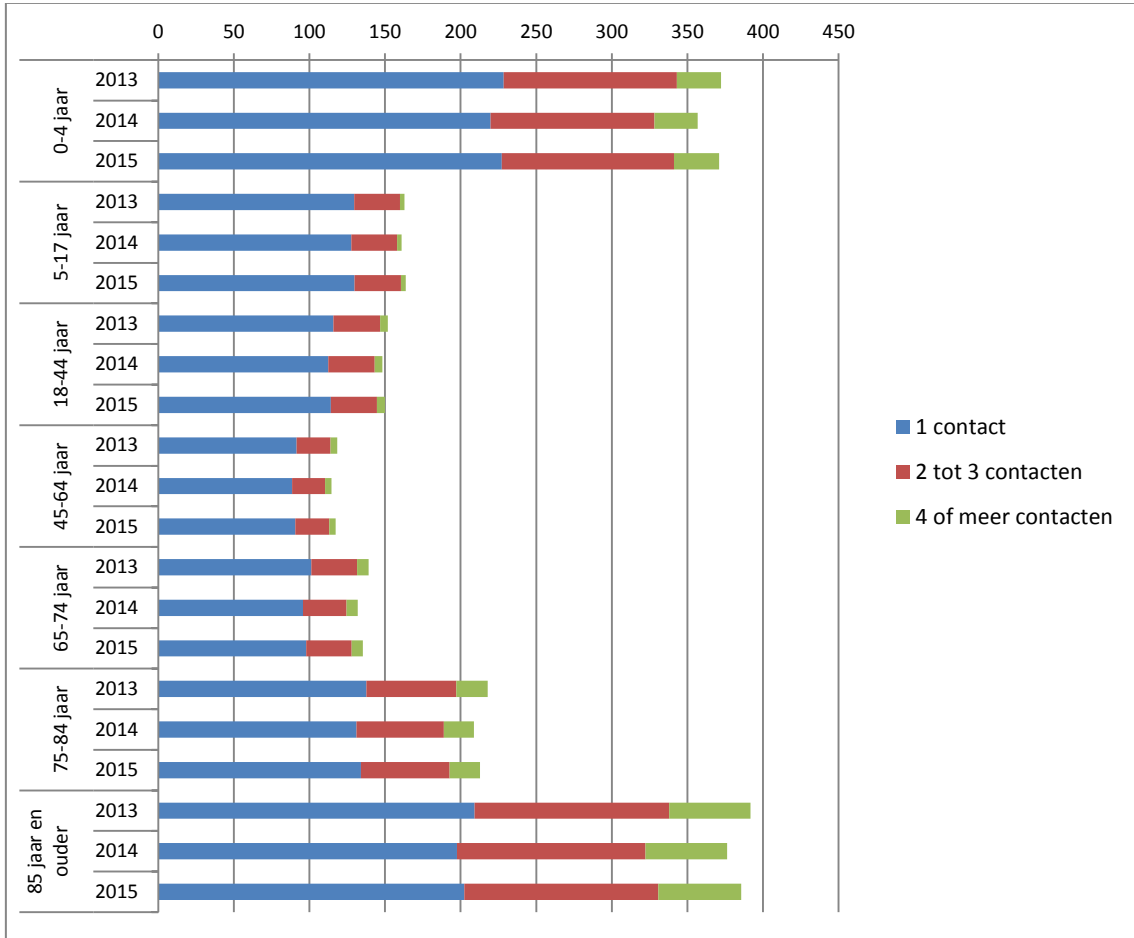
Figuur 16. Zorgtoewijzing per leeftijdsgroep in 2013-2015, per 1000 inwoners binnen de betreffende leeftijdsgroep



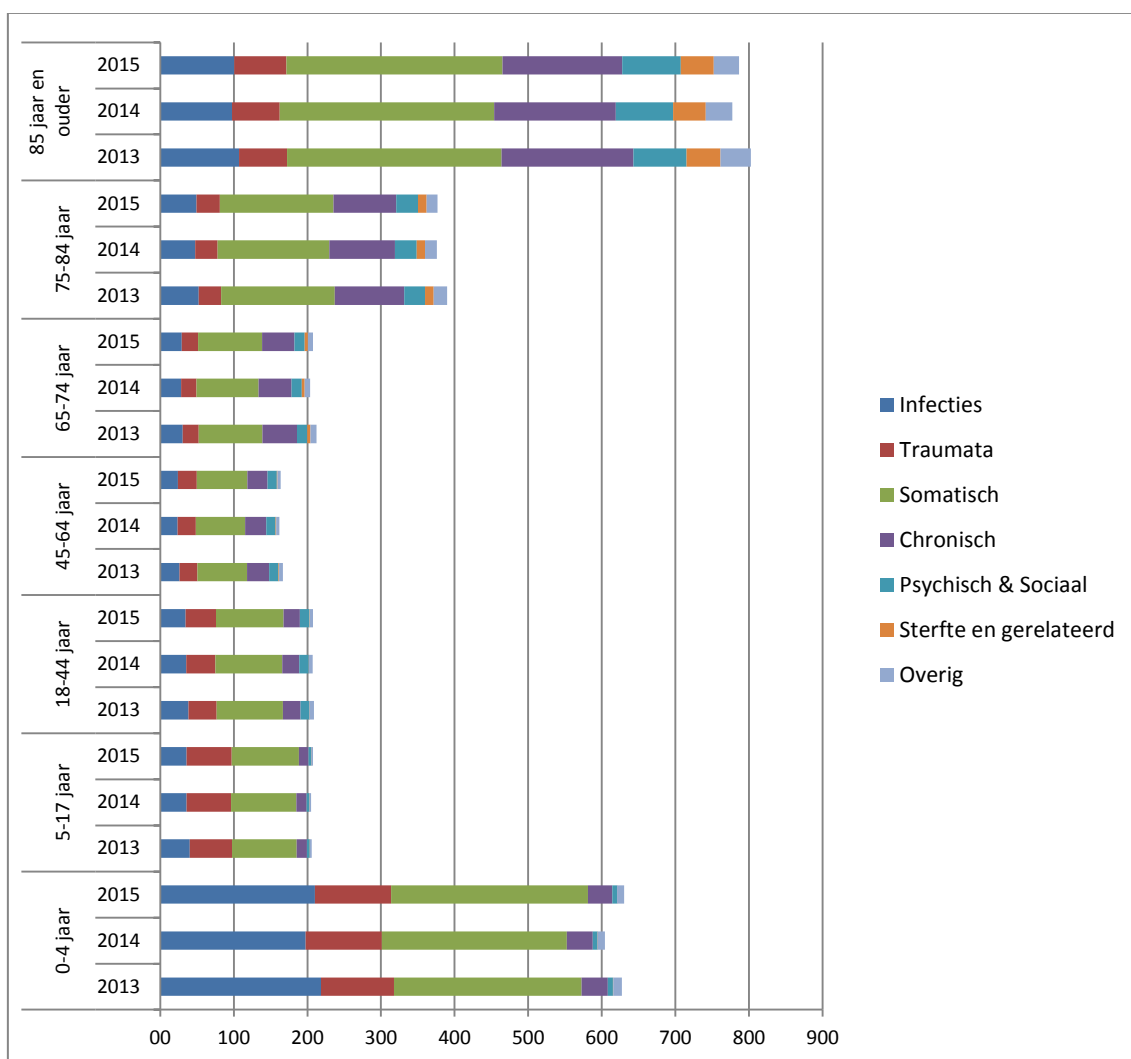
Figuur 17. Procentuele aandeel contacten per leeftijdsgroep in 2013-2015, binnen het totaal aantal contacten met de huisartsenpost



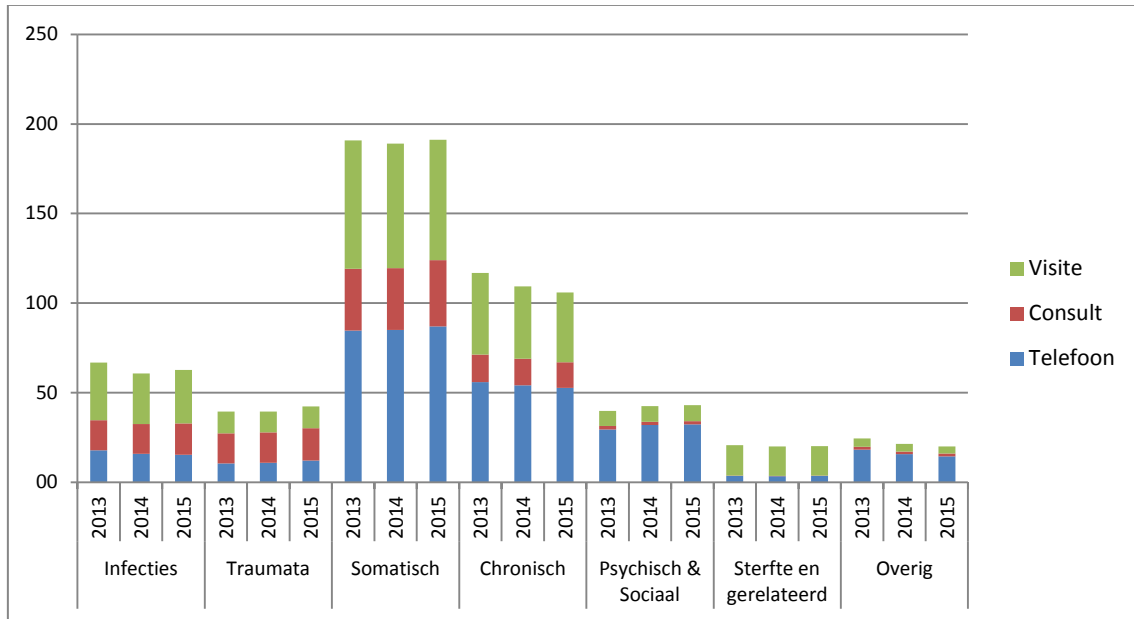
Figuur 18. Aantal contacten per patiënt per leeftijdsgroep in 2013-2015, per 1000 inwoners binnen de betreffende leeftijdsgroep



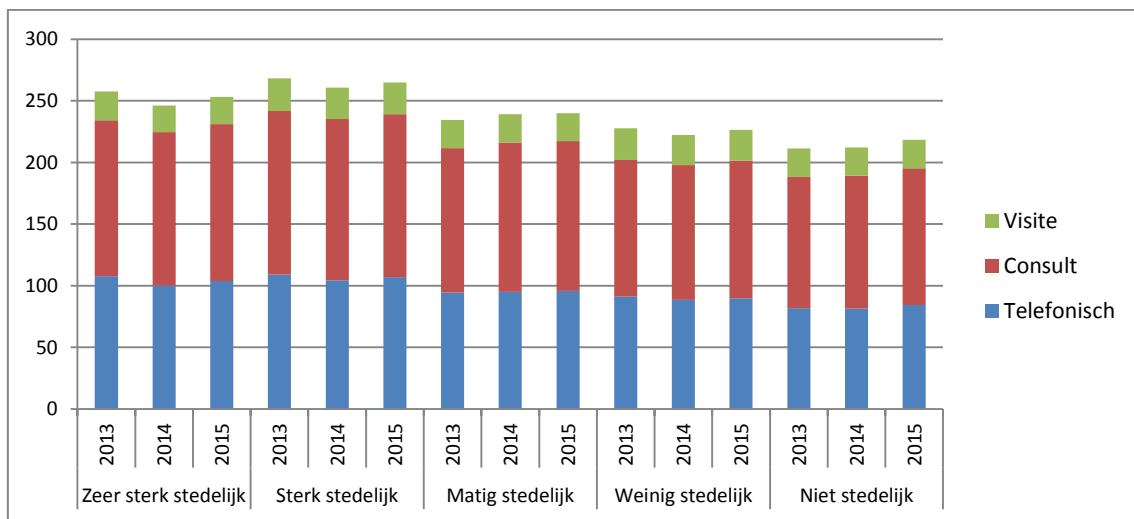
Figuur 19. Contacten per leeftijdsgroep per cluster van gezondheidsproblemen in 2013-2015, per 1000 inwoners binnen de betreffende leeftijdsgroep



Figuur 20. Voor ouderen (75+): zorgtoewijzing per cluster van gezondheidsproblemen in 2013-2015, per 1000 inwoners van 75 jaar en ouder

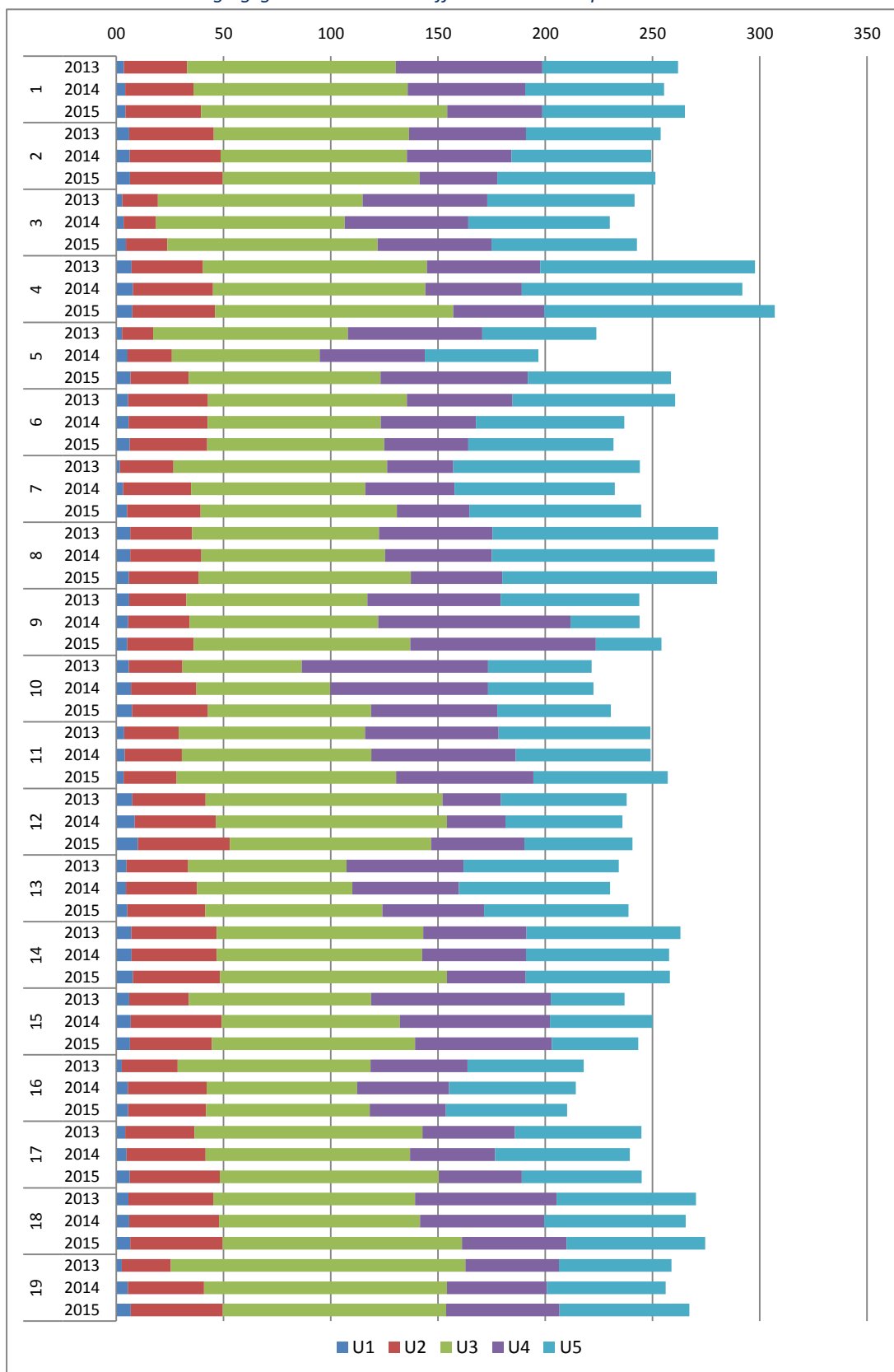


Figuur 21. Zorgtoewijzing per stedelijkheidscategorie in 2013-2015, per 1000 inwoners binnen de stedelijkheidscategorie

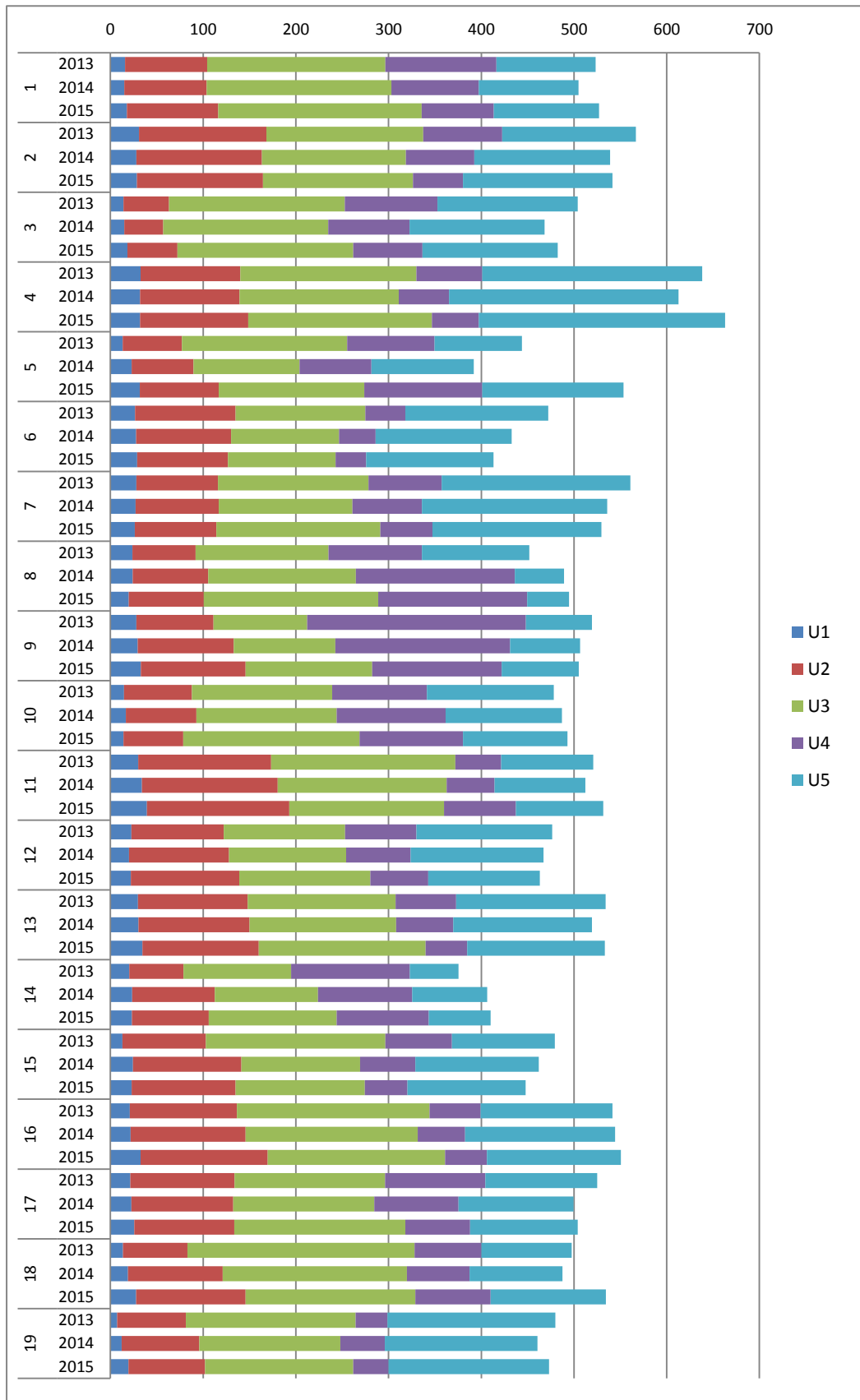


Figuren bij hoofdstuk 4

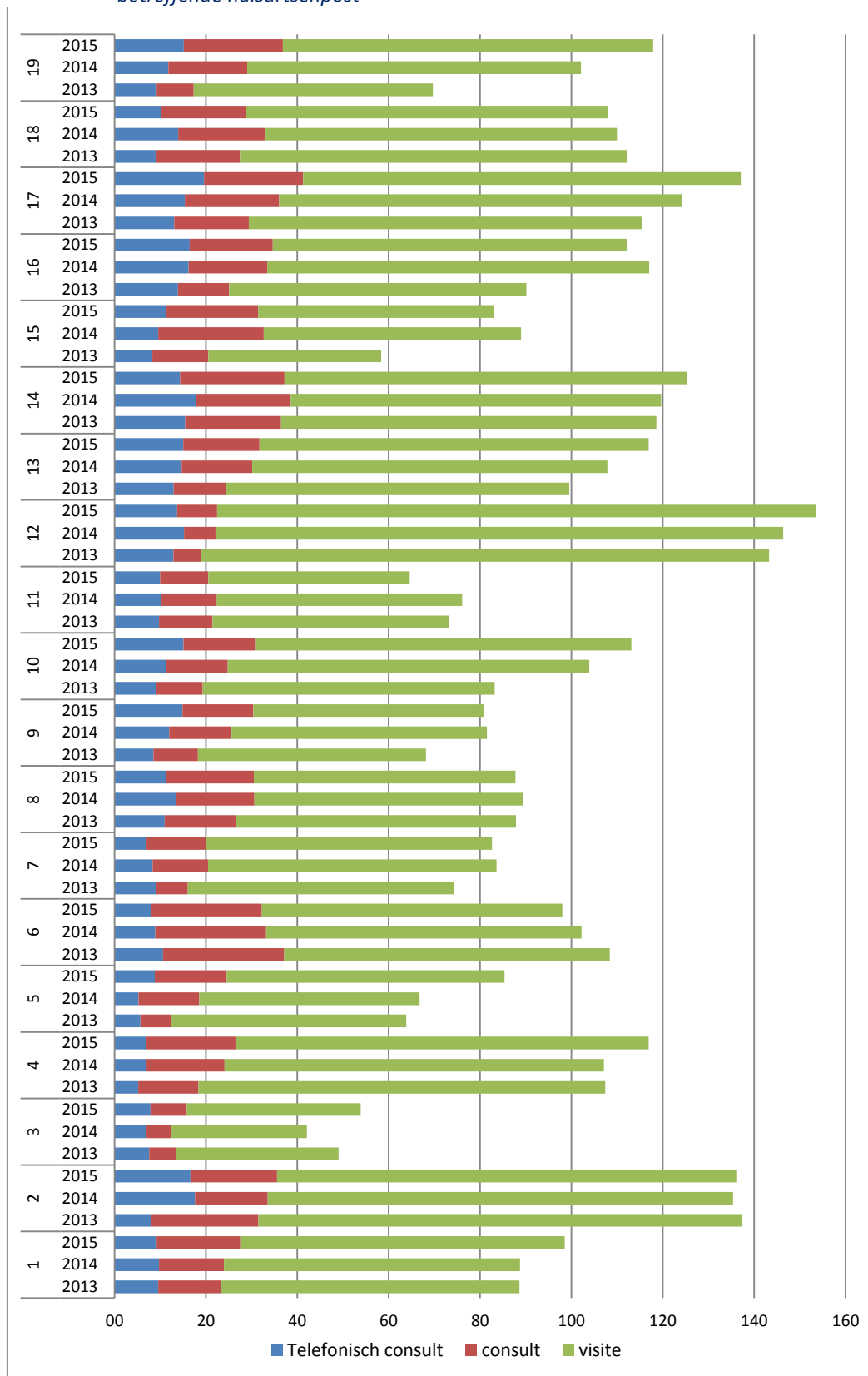
Figuur 22. Per huisartsenpost: Contacten per urgentie categorie in 2013-2015, per 1000 inwoners van het verzorgingsgebied van de betreffende huisartsenpost



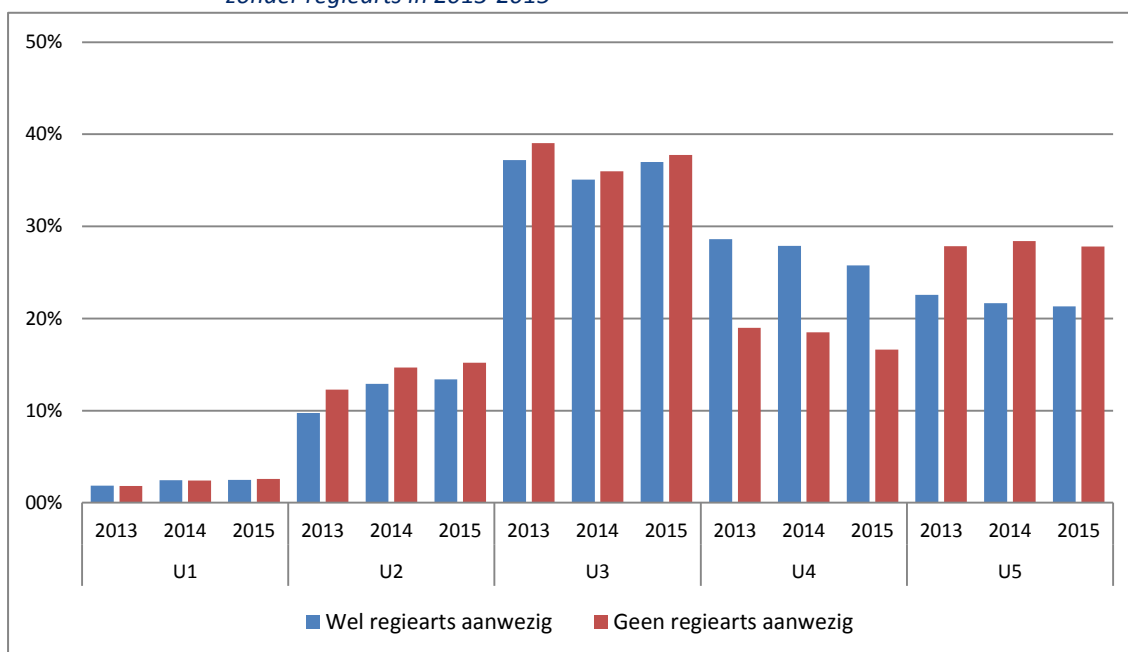
Figuur 23. Per huisartsenpost, voor patiënten van 75 jaar en ouder: contacten per urgentiecatgorie in 2013-2015, per 1000 inwoners van 75 jaar en ouder in het verzorgingsgebied van de betreffende huisartsenpost



Figuur 24. Per huisartsenpost, voor patiënten van 75 jaar en ouder: zorgtoewijzing voor urgentie U2 in 2013-2015, per 1000 inwoners van 75 jaar en ouder in het verzorgingsgebied van de betreffende huisartsenpost



Figuur 25. Urgentieverdeling in % van het totaal aantal contacten voor huisartsenposten met en zonder regiearts in 2013-2015



Figuur 26. Per huisartsenpost: Aantal contacten voor psychosociale problemen in 2013-2015, per 1000 inwoners van het verzorgingsgebied van de betreffende huisartsenpost

