niver
NIV 585

Judith D. de Jong, Gert P. Westert, Dinny H. de Bakker

Prestaties huisartsenzorg: een basisset van indicatoren

rivm
Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

NIV 584

Prestaties huisartsenzorg: een basisset van indicatoren voor nationaal gebruik

Judith D. de Jong[1,2]

Gert P. Westert[1]

Dinny H. de Bakker[2]

nivel
bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek
RIVM
April 2004

additioneel project V/260222/01;
dr. G.P. Westert

[1] RIVM- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

[2] NIVEL- Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Inhoud

1 Inleiding 3

2 Toegankelijkheid 6

2.1 Toegangstijd 6

2.2 Bereikbaarheid en spreiding 8

2.3 Beschikbaarheid 10

3 Kwaliteit 13

3.1 Effectiviteit 14

3.2 Veiligheid 16

3.3 Patiëntgerichtheid 17

4 Doelmatigheid 19

4.1 Betaalbaarheid..... 20

4.2 Technische doelmatigheid 20

4.3 Allocatieve doelmatigheid 24

4.4 Productinnovatie 26

5 Conclusie en beschouwing..... 28

Literatuur 32

In het voorliggende rapport wordt beschreven met welke indicatoren de prestaties van de huisartsenzorg in Nederland op landelijk niveau, door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), kunnen worden gemonitored.

1 Inleiding

Een van de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord van het huidige kabinet is de afspraak dat *" de huidige centrale aanbodsturing, zo snel als verantwoord is, wordt vervangen door gereguleerde marktwerking"*. Een tweede betreft *"specifieke afspraken dat het huisartsentekort moet worden aangepakt en dat de huisarts de poortwachterfunctie behoudt"*. (Uit: De toekomstigbestendige eerstelijnszorg 2003)
Om meer marktwerking en vraagsturing in de zorg te brengen krijgen verzekeraars en verzekerden meer vrijheid en verantwoordelijkheid. De centrale overheid, het ministerie van VWS, blijft daarbij de publieke belangen bewaken: toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Hiertoe heeft zij valide en representatieve informatie nodig. In dit rapport wordt een deel van de zorg belicht, namelijk de huisartsenzorg.
De prestaties van huisartsenzorg kunnen op verschillende niveaus worden bekeken. Er kan per praktijk of per arts gekeken worden, hetgeen zinvol is voor verzekeraars die zorg moeten inkopen en voor patiënten, die een zorgverlener moeten kiezen. Echter voor de overheid is een meer algemeen zicht op het functioneren van de huisartsenzorg van belang. Hiervoor is geen informatie nodig van alle artsen en praktijken, maar kan worden volstaan met informatie verkregen uit steekproeven of landelijke databronnen. Naast het landelijke beeld wil de overheid ook inzicht krijgen in regionale verschillen in de huisartsenzorg. Hiertoe moeten indicatoren ook op regionaal niveau gemeten kunnen worden. In dit rapport ligt de nadruk echter op het monitoren op landelijk niveau.

Momenteel wordt in een aantal regio's een *benchmark* instrument voor huisartsen ontwikkeld, waarmee men zicht hoopt te krijgen op verschillen in prestaties tussen huisartsen in die regio's. Het ministerie van VWS is hierbij betrokken. Dit heeft tot de vraag geleid welke gegevens VWS nodig heeft om de publieke belangen te bewaken. Een deel van de gegevens kan verkregen worden uit het *benchmark*-traject , terwijl een ander deel afgeleid kan worden uit bestaande systemen.
Het ministerie van VWS heeft daartoe het RIVM de opdracht gegeven om in samenwerking met het NIVEL een aantal beleidsvragen op het terrein van de huisartsenzorg te vertalen in indicatoren. Bij huisartsenzorg gaat het om de totale voorziening en dus niet alleen om de huisarts. De indicatoren in dit rapport betreffen het macroniveau: het gaat om een landelijk beeld van de huisartsenzorg. De indicatoren zijn beschreven vanuit het perspectief van met ministerie van VWS. In principe zijn de indicatoren ook regionaal te meten, maar dit zal extra kosten met zich meebrengen.
De beleidsvragen zijn onder te verdelen in de eerder genoemde begrippen toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg:

Toegankelijkheid
Het begrip toegankelijkheid gaat over de vraag of patiënten bij huisartsenzorg terecht kunnen als dat nodig is. Het gaat daarbij om bereikbaarheid en goede geografische spreiding van huisartsenzorg alsmede de beschikbaarheid in termen van voldoende aanbod van huisartsenzorg en toegangstijden voor behandeling (Smits e.a. 2002, Delnoij e.a. 2002).
Beleidsvragen zijn:
a) Is de huisartsenzorg bereikbaar als er een beroep op wordt gedaan?
b) Is de huisartsenzorg beschikbaar als er een beroep op wordt gedaan?
Hoe ontwikkelt zich de vraag naar huisartsenzorg in de tijd?

Kwaliteit
In de Kwaliteitswet wordt onder kwaliteit verstaan: effectiviteit, doelmatigheid en patiëntgerichtheid (Delnoij e.a. 2002). Doelmatigheid wordt als apart publiek belang genoemd door de overheid en zal daarom ook apart behandeld worden.

Beleidsvragen zijn:

c) Hoe effectief is de verleende zorg?
   Wordt in de huisartsenzorg aandacht besteed aan preventieve interventies?
d) Zijn de risico's die patiënten door de verleende huisartsenzorg lopen aanvaardbaar?
   Is de zorg van voldoende kwaliteit uitgaande van professionele standaarden?
e) Zijn patiënten tevreden over het functioneren van de huisartsenzorg?

Doelmatigheid

Doelmatigheid heeft te maken met de betaalbaarheid van de huisartsenzorg, optimale inzet van arbeid en kapitaal, en het gebruik van innovaties (Delnoij e.a. 2002).

Beleidsvragen zijn:

f) Wat kost de huisartsenzorg?
g) Wordt de zorg efficiënt verleend?
   Waaruit bestaat het aanbod aan huisartsenzorg?
   Welke productie wordt geleverd?
h) Hoe hoog is de werkbelasting van de huisarts?
i) Sluit de huisartsenzorg goed aan op de zorg die elders in de zorgketen wordt verleend?
j) Vindt innovatie plaats in de huisartsenzorg en zo ja, waaruit bestaat die innovatie?

Indicatoren: definitie

Er bestaan verschillende definities van indicatoren. Belangrijk is dat een indicator een meetbaar aspect van toegankelijkheid, kwaliteit of doelmatigheid van zorg is. Een indicator geeft een signaal en is geen directe maat voor de toegankelijkheid, kwaliteit of doelmatigheid. Een goede indicator moet aan een aantal eisen voldoen (Colsen en Casparie 1995). Ten eerste moet er een relatie bestaan tussen de indicator en hetgeen men wil meten, dus een relatie tussen de indicator en toegankelijkheid, kwaliteit of doelmatigheid van zorg. Ten tweede moeten indicatoren veranderingen in de toegankelijkheid, kwaliteit of doelmatigheid laten zien. Een derde eis is dat indicatoren betrouwbaar worden geregistreerd; volledig en op dezelfde manier. Kort gezegd moeten indicatoren SMART zijn: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.

Indicatoren: meten

Indicatoren voor de huisartsenzorg kunnen op drie manieren gemeten worden; patiëntenquêtes, artsenquêtes en registratiesystemen. Enquêtes zijn geschikt om meningen en organisatiekenmerken te achterhalen. Patiëntenquêtes geven geen extra belasting voor de huisarts, en zijn geschikt om een algemeen beeld te geven. Als het gaat om gegevens over feitelijk gedrag zijn enquêtes vaak onbetrouwbaar. Het is dan beter om gegevens te extraheren uit registratiesystemen, zoals het Huisarts Informatie Systeem. Gegevens die geëxtraheerd worden uit Huisarts Informatie Systemen moeten dan wel adequaat door huisartsen worden geregistreerd. Alle methoden van gegevensverzameling zijn vooral geschikt om een algemeen beeld van de huisartsenzorg te krijgen, wat van belang is voor de het ministerie van VWS. Gegevensverzameling per huisarts is bijzonder kostbaar en tijdrovend. Veel ingeschreven patiënten, minimaal honderd, zullen een enquête moeten invullen om betrouwbare gegevens te verkrijgen; alle huisartsen moeten een enquête invullen en registreren.

Balanced Scorecard

De verschillende indicatoren worden ondergebracht in een raamwerk. Een raamwerk waarmee een evenwichtig beeld kan worden geschetst van het presteren van de gezondheidszorg op de publieke belangen en hun onderlinge samenhang is de *Balanced Scorecard* (Delnoij e.a. 2002).

De *Balanced Scorecard* is afkomstig uit het bedrijfsleven en bedoeld om managers vanuit een aantal invalshoeken inzicht te geven in de prestaties van een bedrijf. Deze invalshoeken zijn: consumentenperspectief, financieel perspectief, bedrijfsvoeringsperspectief, innovatie perspectief. In de gezondheidszorg gaat het bij het consumentenperspectief bijvoorbeeld om toegankelijkheid en tevredenheid, bij het financieel perspectief om doelmatigheid en kosten, bij het bedrijfsvoeringsperspectief om wachtlijsten en bij het innovatie perspectief om toepassing van nieuwe kennis en technologie.

Dit rapport
In dit rapport zullen mogelijke indicatoren van toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de huisartsenzorg beschreven worden, zoals ze door het ministerie van VWS gebruikt kunnen worden. Het gaat hierbij om de "dagzorg", dat wil zeggen de zorg tijdens kantooruren. Bovengenoemde eisen waaraan een indicator moet voldoen zullen daarbij in acht worden genomen, evenals de aanvullende eis dat de administratieve last voor de huisarts zoveel mogelijk beperkt moet worden.
Voorafgaand aan dit rapport heeft een workshop plaatsgevonden waaraan werd deelgenomen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en verschillende beleidsdirecties van VWS. Tijdens deze workshop is gediscussieerd over indicatoren huisartsenzorg. Uitkomsten van deze workshop dienen als input voor dit rapport.
Per indicator zullen de volgende vragen beantwoord worden: Waarom moet dit meten worden? Hoe moet gemeten worden? Bij de eerste vraag zal het daarbij gaan om de aansluiting bij beleid en internationale ontwikkelingen op het gebied van indicatoren. Bij elke indicator zal worden aangegeven hoe deze aansluit bij de *Balanced Scorecard*.

In dit hoofdstuk worden de indicatoren die toegankelijkheid meten beschreven. De te monitoren dimensies zijn: toegangstijd, bereikbaarheid en spreiding en tenslotte, beschikbaarheid (Delnoij e.a. 2002). Gegevens over de toegankelijkheid zijn belangrijk bij het beoordelen van prestaties van de huisartsensector. Huisartsen kunnen alleen "waar voor hun geld" leveren als zij zorg leveren op het moment dat patiënten daar behoefte aan hebben.

2 Toegankelijkheid

2.1 Toegangstijd

2.1.1 Wachttijd

Waarom moet je dit meten?	Deze indicator sluit aan bij de Treeknorm: de wachttijd tussen aanvraag en consult bedraagt maximaal 2 werkdagen voor 80% van de gevallen (www.zn.nl). De norm en indicator zijn ook opgenomen door de National Health Service in Engeland (www.nhs.uk).
Beschrijving indicator	Percentage patiënten dat binnen twee werkdagen een afspraak met de huisarts heeft.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	bedrijfsvoeringsperspectief
Hoe moet je dit meten?	Deze informatie kan met behulp van huisartsenquêtes worden verkregen. Gegevens zijn reeds verzameld in de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) (Schellevis e.a. 2004) en zeggen iets over de situatie op het moment van verzamelen. Hierover is gerapporteerd door Van den Berg e.a. (2004). Huisartsenquêtes kunnen herhaald worden om de informatie op een ander moment te krijgen.

2 Toegankelijkheid
2.1 Toegangstijd
2.1.2 Openingstijd

Waarom moet je dit meten?	Om gebruik te kunnen maken van huisartsenzorg moeten patiënten toegang hebben tot de praktijk. Het aantal uren per dag dat een praktijk open is, dat wil zeggen dat er spreekuur is of dat telefonisch contact met een arts of assistente mogelijk is, is een maat voor de toegangstijd die patiënten tot de praktijk hebben.
Beschrijving indicator	Aantal uren per dag dat een praktijk open is.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	bedrijfsvoeringsperspectief
Hoe moet je dit meten?	In huisartsenquêtes kan gevraagd worden wat de openingstijden van de praktijk zijn. Op dit moment is er geen landelijk beeld. De informatie kan ook verkregen worden uit folders die beschikbaar zijn in elke huisartsenpraktijk, waar onder meer de openingstijden in staan. Ook komt steeds meer informatie over huisartsenpraktijken beschikbaar via het internet.

2 Toegankelijkheid

2.2 Bereikbaarheid en spreiding

Beleidsvraag: a) Is de huisartsenzorg bereikbaar als er een beroep op wordt gedaan?

2.2.1 Telefonische bereikbaarheid

Waarom moet je dit meten?	Patiënten zullen vaak eerst telefonisch de huisartsenpraktijk proberen te bereiken, als zij een beroep willen doen op huisartsenzorg. De zorgverlening kan pas plaatsvinden als het contact er is. Een goede telefonische bereikbaarheid is essentieel voor het goed kunnen functioneren van de huisartsenzorg.
Beschrijving indicator	Percentage patiënten met een negatief oordeel over telefonische bereikbaarheid.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	consumentenperspectief
Hoe moet je dit meten?	Patiëntenoordelen over telefonische bereikbaarheid en de bereidheid tot het afleggen van visites van huisartsen kunnen gemeten worden door middel van patiëntenquêtes. De QUOTE[3] (Sixma e.a. 2004) is hiervoor een goed instrument: de QUOTE is gevalideerd en wordt internationaal toegepast (Sixma e.a. 1998). De indicatoren zijn verzameld in de patiëntenquête van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk (Schellevis e.a. 2004; Braspenning e.a. 2004).

[3] QUOTE- QUality Of care Through the patients' Eyes. Een instrument waarmee kwaliteit en patiënttevredenheid gemeten kan worden.

2 Toegankelijkheid
2.2 Bereikbaarheid en spreiding
2.2.2 Visites

Waarom moet je dit meten?	Als een patiënt niet zelf naar de praktijk kan komen is het nodig dat een huisarts naar de patiënt toegaat. Artsen die geen visites afleggen zijn niet bereikbaar voor patiënten die niet naar de praktijk kunnen komen.
Beschrijving indicator	Percentage patiënten met een negatief oordeel over de bereidheid tot het afleggen van visites.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	consumentenperspectief
Hoe moet je dit meten?	Patiëntenoordelen over telefonische bereikbaarheid en de bereidheid tot het afleggen van visites van huisartsen kunnen gemeten worden door middel van patiëntenquêtes. De QUOTE[4] (Sixma e.a. 2004) is hiervoor een goed instrument: de QUOTE is gevalideerd en wordt internationaal toegepast (Sixma e.a. 1998). De indicatoren zijn verzameld in de patiëntenquête van de Tweede Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk (Schellevis e.a. 2004; Braspenning e.a. 2004).

[4] QUOTE- QUality Of care Through the patients' Eyes. Een instrument waarmee kwaliteit en patiënttevredenheid gemeten kan worden.

2 Toegankelijkheid

2.3 Beschikbaarheid

Beleidsvraag: b) *Is de huisartsenzorg beschikbaar als er een beroep op wordt gedaan?*
Hoe ontwikkelt zich de vraag naar huisartsenzorg in de tijd?

2.3.1 Ontwikkeling contactfrequentie

Waarom moet je dit meten?	Het ministerie van VWS heeft informatie nodig om de benodigde toekomstige capaciteit van de huisartsen te kunnen ramen. De vraag naar huisartsenzorg kan toenemen en dat komt tot uiting in een toename van de contactfrequentie.
Beschrijving indicator	Aantal contacten per 1000 patiënten per jaar: ontwikkeling over de afgelopen 5 jaar.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	bedrijfsvoeringsperspectief
Hoe moet je dit meten?	Uit huisartsinformatiesystemen kan de contactfrequentie worden berekend. De administratieve lasten voor de huisarts worden beperkt, omdat de huisarts dit toch al registreert. Deze informatie kan verkregen worden uit LINH[5] (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg). De gegevens moeten nog bewerkt worden.

[5] LINH is een netwerk van 90 huisartspraktijken. Deze praktijken registreren dag in dag uit:
- de voorkomende gezondheidsproblemen:
- het huisartsgeneeskundig handelen: aantal en soort contacten, verwijzingen en medicijnvoorschriften met de bijbehorende diagnose. (www.linh.nl)

2 Toegankelijkheid
2.3 Beschikbaarheid
2.3.2 Ontwikkeling aantal patiënten per huisarts

Waarom moet je dit meten?	Als het aantal patiënten per huisarts toeneemt is er sprake van meer efficiëntie. Het ministerie van VWS heeft informatie nodig om de benodigde toekomstige capaciteit van de huisartsen te kunnen ramen. Het kan ook zo zijn dat door een toename van het aantal patiënten bij gelijkblijvende of stijgende vraag de beschikbaarheid van huisartsen afneemt. Door de dan toegenomen werkdruk kan minder makkelijk een afspraak met de huisarts gemaakt worden en wordt wellicht meer afgehandeld door een assistente of praktijkondersteuner.
Beschrijving indicator	Aantal patiënten per huisarts: ontwikkeling in de afgelopen 5 jaar.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	bedrijfsvoeringsperspectief
Hoe moet je dit meten?	Dit kan gemeten worden door de totale bevolking (CBS gegevens) te delen door het aantal huisartsen (NIVEL gegevens).

2 Toegankelijkheid
2.3 Beschikbaarheid
2.3.3 Patiënten zonder huisarts

Waarom moet je dit meten?	NONI's bestaan uit alle patiënten die geen huisarts hebben. Dat er NONI's zijn betekent dat de huisartsenzorg onvoldoende beschikbaar is.
Beschrijving indicator	Percentage niet-op-naam-ingeschreven patiënten (NONI's) in Nederland.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	bedrijfsvoeringsperspectief
Hoe moet je dit meten?	Informatie over NONI's kan met behulp van enquêtes worden verkregen. Er zou bijvoorbeeld naar gevraagd kunnen worden in het Consumentenpanel[6], dit betreft de algemene bevolking. Op dit moment zijn hierover geen gegevens beschikbaar. Het is ook mogelijk om via zorgverzekeraars, en dan met name bij ziekenfondsverzekerden, het aantal ongewenste NONI's te achterhalen. Ziekenfondsverzekerden zouden in tegenstelling tot particulier verzekerden allemaal ingeschreven moeten zijn bij een huisarts.

[6] Met het consumentenpanel wordt onderzoek gedaan naar de ervaringen en meningen van consumenten met de gezondheidszorg. Het panel draagt bij aan het versterken van de positie van gebruikers van de gezondheidszorg. Het perspectief van de gebruiker staat centraal. Het panel is een gezamenlijk project van de Consumentenbond en het NIVEL. (www.nivel.nl)

In dit hoofdstuk worden de indicatoren die kwaliteit meten beschreven. Te monitoren dimensies zijn: effectiviteit; veiligheid; patiëntgerichtheid (Delnoij e.a. 2002). In de Kwaliteitswet en de wet BIG worden eisen gesteld aan de kwaliteit van de verleende zorg. Zorg die effectief en efficiënt verleend wordt is niet vanzelfsprekend van een goede kwaliteit.
Huisartsen kunnen alleen "waar voor hun geld" leveren als zij zorg leveren op het moment dat patiënten daar behoefte aan hebben.

3 Kwaliteit

3.1 Effectiviteit

Effectiviteit van de zorg gaat over de vraag in welke mate zorg op een correcte manier wordt uitgevoerd en de gewenste gezondheidsuitkomsten bereikt. Indicatoren gaan meestal over de uitkomsten van de zorg en niet over de processen. Ze kunnen daarom goed op patiëntniveau worden gemeten (Ten Asbroek 2003).

Beleidsvraag: c) *Hoe effectief is de verleende zorg?*
Wordt in de huisartsenzorg aandacht besteed aan preventieve interventies?

3.1.1 Gericht voorschrijven

Waarom moet je dit meten?	Gericht voorschrijven volgens evidence based standaarden verkleint gezondheidsrisico's.
Beschrijving indicator	Percentage patiënten met ongecompliceerde hypertensie die als zij medicatie krijgen diuretica krijgen voorgeschreven Percentage patiënten met hypercholesterolemie waarbij statines zijn voorgeschreven Percentage episodes COPD waarbij geen Prednison wordt voorgeschreven Percentage episodes astma waarbij geen langwerkende B-mimetica zijn voorgeschreven
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	consumentenperspectief
Hoe moet je dit meten?	Gegevens ten aanzien van gericht voorschrijven zijn te verkrijgen uit de prescriptiemodule van LINH[7] en in het kader van NS2 wordt hierover gerapporteerd (Cardol e.a. 2004; Braspenning e.a. 2004).

[7] LINH is een netwerk van 90 huisartspraktijken. Deze praktijken registreren dag in dag uit:
- de voorkomende gezondheidsproblemen:
- het huisartsgeneeskundig handelen: aantal en soort contacten, verwijzingen en medicijnvoorschriften met de bijbehorende diagnose. (www.linh.nl)

3 Kwaliteit
3.1 Effectiviteit
3.1.2 Antibioticabeleid

Waarom moet je dit meten?	Er wordt geadviseerd het voorschrijven van antibiotica te beperken. In verband met antibioticaresistentie is dit van belang voor de gezondheid.
Beschrijving indicator	Percentage episodes otitis media waarbij geen antibiotica zijn voorgeschreven Percentage episodes acute keelpijn waarbij geen antibiotica zijn voorgeschreven Percentage episodes sinusitis waarbij geen antibiotica zijn voorgeschreven Percentage episodes bacteriële huidinfecties waarbij geen antibiotica zijn voorgeschreven
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	consumentenperspectief
Hoe moet je dit meten?	Gegevens ten aanzien van antibioticabeleid zijn te verkrijgen uit de prescriptiemodule van LINH[8] en in het kader van NS2 wordt hierover gerapporteerd (Cardol e.a. 2004; Braspenning e.a. 2004). Het is uiteraard mogelijk om één samenvattende score te maken van de hierboven genoemde indicatoren betreffende voorschrijfgedrag bij antibiotica bij verschillende ziekten en aandoeningen.

[8] LINH is een netwerk van 90 huisartspraktijken. Deze praktijken registreren dag in dag uit:
- de voorkomende gezondheidsproblemen:
- het huisartsgeneeskundig handelen: aantal en soort contacten, verwijzingen en medicijnvoorschriften met de bijbehorende diagnose. (www.linh.nl)

3 Kwaliteit
3.1 Effectiviteit
3.1.3 Preventie

Waarom moet je dit meten?	Als mensen gevaccineerd worden tegen griep, wordt voorkomen dat zij (bepaalde varianten van) het griepvirus krijgen. Het is een maat voor de effectiviteit van de zorg, omdat dit aangeeft of er huisartsen zijn die geen optimale zorg leveren. Huisartsen zouden patiënten in de risicopopulatie moeten vaccineren tegen griep.
Beschrijving indicator	Percentage griep gevaccineerden uit risicopopulatie
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	consumentenperspectief
Hoe moet je dit meten?	Preventiegegevens zijn te verkrijgen met behulp van LINH[9]. In NS2 is gevraagd of mensen een griepprik hebben ontvangen. Ook het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) registreert of mensen een griepprik hebben ontvangen in het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS). De POLS is een vragenlijstonderzoek bij steekproef uit de bevolking.

[9] LINH is een netwerk van 90 huisartspraktijken. Deze praktijken registreren dag in dag uit:
- de voorkomende gezondheidsproblemen:
- het huisartsgeneeskundig handelen: aantal en soort contacten, verwijzingen en medicijnvoorschriften met de bijbehorende diagnose. (www.linh.nl)

3 Kwaliteit

3.2 Veiligheid

Beleidsvraag: d) *Zijn de risico's die patiënten door de verleende huisartsenzorg lopen aanvaardbaar?*
Is de zorg van voldoende kwaliteit uitgaande van professionele standaarden?

3.2.1 Interacterende geneesmiddelen

Waarom moet je dit meten?	Voorschrijven is de meest voorkomende interventie die in de huisartsenpraktijk wordt uitgevoerd. Interacterende geneesmiddelen brengen de gezondheid van de patiënt in gevaar en een huisarts zou hier op moeten letten. Ook de apotheker draagt er zorg voor dat patiënten geen interacterende geneesmiddelen gebruiken. In die zin is dit dus ook een indicator voor de kwaliteit van (een deel van) het systeem: zorgen huisarts en apotheker er samen voor dat patiënten veilig behandeld worden? Mogelijk zijn er andere indicatoren waarmee de veiligheid van de huisartsenzorg voor de patiënt in beeld kan worden gebracht, maar op dit moment lijkt dit een goede indicator. De beleidsvraag verwoordt eigenlijk een taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Beschrijving indicator	Percentage patiënten dat interacterende geneesmiddelen voorgeschreven krijgt.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	consumentenperspectief
Hoe moet je dit meten?	Gegevens over voorschriften zijn beschikbaar uit de Stichting Farmaceutische Kengetallen[10] (SFK). Hierin worden de afgiften van de apotheek geregistreerd en dit is terug te voeren op persoonsniveau.

[10] "De Stichting Farmaceutische Kengetallen verzamelt en analyseert gegevens over het geneesmiddelengebruik in Nederland. De SFK beschikt over de meest omvangrijke, meest gedetailleerde gegevensverzameling op dit gebied in Nederland. De gegevensverzameling komt tot stand met behulp van meer dan 1.500 van de 1.650 openbare apotheken in Nederland en omvat de gebruikscijfers van ruim 14 miljoen personen" (www.sfk.nl).

3 Kwaliteit

3.3 Patiëntgerichtheid

Dit gaat over de vraag of patiënten tevreden zijn over de verleende huisartsenzorg.

Beleidsvraag: e) *Zijn patiënten tevreden over het functioneren van de huisartsenzorg?*

3.3.1 Tevredenheid

Waarom moet je dit meten?	Een onvoldoende patiëntgerichte houding kan leiden tot onnodige somatisering en daarmee tot onderbehandeling van psychische problematiek. Bovendien streeft de overheid naar een meer vraaggestuurd systeem van zorg. In "De toekomstbestendige eerstelijnszorg" staat dat de zorg beter moet aansluiten op de behoeften van de burgers. Het is daarom van belang om te weten hoe de patiënt oordeelt over de zorg die geleverd wordt.
Beschrijving indicator	Percentage patiënten dat vindt dat de arts altijd bereid is over problemen te praten Percentage patiënten mee laten beslissen Percentage patiënten dat zich serieus genomen voelt Percentage patiënten dat vindt dat de huisarts voldoende tijd heeft om te praten
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	consumentenperspectief
Hoe moet je dit meten?	Alle informatie kan verkregen worden met behulp van enquêtes onder patiënten/ consumenten. De QUOTE[11] is een geschikt instrument om patiënttevredenheid met betrekking tot de inhoud, structuur en organisatie van de huisartsenzorg te meten.

[11] QUOTE- QUality Of care Through the patients' Eyes. Een instrument waarmee kwaliteit en patiënttevredenheid gemeten kan worden.

3 Kwaliteit
3.3 Patiëntgerichtheid
3.3.2 Vertrouwen

Waarom moet je dit meten?	Het vertrouwen dat patiënten in de huisarts hebben, is dit de basis van de relatie tussen huisarts en patiënt.
Beschrijving indicator	Percentage patiënten dat vertrouwen heeft in de huisartsenzorg.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	consumentenperspectief
Hoe moet je dit meten?	Vertrouwen van mensen in de huisarts(enzorg) wordt gemeten in het Consumentenpanel.

In dit hoofdstuk worden de indicatoren die doelmatigheid meten beschreven. Te monitoren dimensies zijn: betaalbaarheid; technische doelmatigheid; allocatieve doelmatigheid; productinnovatie (Delnoij e.a. 2002).

4 Doelmatigheid

4.1 Betaalbaarheid

Beleidsvraag: f) *Wat kost de huisartsenzorg?*

4.1.1 Totale kosten huisartsenzorg

Waarom moet je dit meten?	Hiermee wordt inzicht verkregen in de kosten van de huisartsenzorg.
Beschrijving indicator	Totale kosten van de huisartsenzorg.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	financieel perspectief
Hoe moet je dit meten?	De informatie kan verkregen worden door middel van een huisartsenquête, maar dit is belastend voor de huisarts. Het CBS werkt momenteel in het Strategisch Project Zorg aan het in kaart brengen van de geldstromen, de zorgaanbieders, de zorggebruikers en de gezondheids- en welzijnstoestand van de bevolking. Het CBS rapporteert de uitgaven aan zorg naar de belangrijkste financieringsbronnen en naar functies (Van Mosseveld e.a. 2003).

4 Doelmatigheid

4.2 Technische doelmatigheid

Beleidsvraag: g) *Wordt de zorg efficiënt verleend?*
Waaruit bestaat het aanbod van huisartsenzorg?
Welke productie wordt geleverd?
Beleidsvraag: h) *Hoe hoog is de werkbelasting van de huisarts?*

4.2.1 Substitutiegevoelige aandoeningen

Waarom moet je dit meten?	Het aanbod van huisartsenzorg gaat over de verschillende taken die in de huisartsenpraktijk uitgevoerd worden. Er is een aantal aandoeningen, de substitutiegevoelige aandoeningen, waarbij de huisarts ervoor kan kiezen om te verwijzen. Dit kan betekenen dat arbeid en kapitaal niet efficiënt worden gebruikt, omdat de huisarts deze aandoeningen misschien goedkoper kan behandelen. Het is tevens van belang dit te meten omdat de capaciteit van huisartsenzorg onder druk staat. Inzicht in aard en omvang van het aanbod is van belang om de toegankelijkheid en capaciteit van de huisartsenzorg te kunnen beoordelen.
Beschrijving indicator	Percentage verwijzingen van substitutiegevoelige aandoeningen.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	financieel perspectief
Hoe moet je dit meten?	Met behulp van een bestaande lijst van substitutiegevoelige aandoeningen en bestaande registratiesystemen (LINH[12]) kan het percentage verwijzingen worden berekend.

[12] LINH is een netwerk van 90 huisartspraktijken. Deze praktijken registreren dag in dag uit:
- de voorkomende gezondheidsproblemen:
- het huisartsgeneeskundig handelen: aantal en soort contacten, verwijzingen en medicijnvoorschriften met de bijbehorende diagnose. (www.linh.nl)

4 Doelmatigheid
4.2 Technische doelmatigheid
4.2.2 Contactfrequentie

Waarom moet je dit meten?	Inzicht in de productie van huisartsen is van belang, omdat op belangrijke onderdelen hiervan beleid wordt gevoerd. In combinatie met de totale kosten van de huisartsenzorg is dit een maat voor de efficiëntie van de huisartsenzorg: de hoeveelheid "waar die voor het geld" wordt geleverd.
Beschrijving indicator	Contactfrequentie per 1000 patiënten.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	financieel perspectief
Hoe moet je dit meten?	Informatie is beschikbaar uit de contactregistratie van NS2 (Cardol e.a. 2004). De gegevensverzameling wordt voortgezet in LINH[13].

[13] LINH is een netwerk van 90 huisartspraktijken. Deze praktijken registreren dag in dag uit:
- de voorkomende gezondheidsproblemen:
- het huisartsgeneeskundig handelen: aantal en soort contacten, verwijzingen en medicijnvoorschriften met de bijbehorende diagnose. (www.linh.nl)

4 Doelmatigheid
4.2 Technische doelmatigheid
4.2.3 Werkbelasting

Waarom moet je dit meten?	De werkbelasting van huisartsen is een onderwerp dat sterk in de belangstelling staat. De werkbelasting bestaat uit direct patiëntgebonden activiteiten, diensten, indirect patiëntgebonden activiteiten, kwaliteitsbevorderende activiteiten en professionele activiteiten. Deze indicator is een maat om te bepalen of arbeid optimaal wordt ingezet.
Beschrijving indicator	Score op totaal gerapporteerde werkbelasting.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	bedrijfsvoeringsperspectief
Hoe moet je dit meten?	Gegevens kunnen verkregen worden met behulp van huisartsenquêtes. In het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) van de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) zijn de verschillende gegevens verzameld en is een score berekend voor de totale gerapporteerde werkbelasting. De VIP is een valide, betrouwbaar, praktisch toepasbaar en discriminerend instrument (Van den Hombergh 1998). De VIP gegevens van zo'n 4000 huisartsen zijn bekend bij het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG).

4 Doelmatigheid
4.2 Technische doelmatigheid
4.2.4 Verwijzingen

Waarom moet je dit meten?	Als er heel weinig verwezen wordt door huisartsen zou dit kunnen betekenen dat de huisartsen veel klachten zelf afhandelen. De huisartsen functioneren dan goed als poortwachter. Het zou echter ook kunnen betekenen dat veel patiënten "om de huisarts heen" naar de specialist gaan. Daarom is het goed het aantal nieuwe verwijzingen in combinatie met het aantal zelfverwijzers te bekijken. Hoe meer zelfverwijzers er zijn in de ziekenhuizen, hoe minder effectief de huisartsenzorg is in haar poortwachterfunctie. Deze poortwachterfunctie is een belangrijk onderdeel van het gezondheidszorgsysteem en in het hoofdlijnenakkoord van dit kabinet staat dat de huisarts voorlopig de belangrijkste poortwachter zal blijven.
Beschrijving indicator	Aantal nieuwe verwijzingen per 1000 patiënten. Aantal zelfverwijzers per 1000 patiënten in de ziekenhuizen.
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	bedrijfsvoeringsperspectief.
Hoe moet je dit meten?	Het aantal nieuwe verwijzingen kan uit de verwijsmodule van LINH worden gehaald. Gegevens over de verwijzer zitten in het Letsel Informatie Systeem[14]. Dit is een bestaand informatiesysteem en vormt dus geen belasting voor de huisarts. Gegevens zijn bij Consument en Veiligheid te verkrijgen. Voor letselpatiënten kunnen landelijke uitspraken gedaan worden over het aantal zelfverwijzers. Voor niet-letselpatiënten bestaat geen representatieve steekproef, omdat niet alle LIS-ziekenhuizen niet-letsel patiënten registreren. Er kunnen wel uitspraken worden gedaan over aantallen geregistreerde patiënten.

[14] "Ieder ziekenhuis heeft een eigen methode om de informatie die in LIS wordt geregistreerd te verzamelen. Deze is zoveel mogelijk geïntegreerd in de reguliere registratiewerkzaamheden van de SEH-afdeling. In grote lijnen werken de meeste ziekenhuizen volgens de volgende methode:

- SEH-formulier

Op het moment dat een patiënt zich meldt op de SEH-afdeling vult de baliemedewerker een SEH-formulier in voor de administratie van het ziekenhuis. De baliemedewerker noteert hierop zowel de basisgegevens als de toedrachtgegevens, indien de patiënt binnenkomt met een letsel.

- LIS codering

Vanaf het SEH-formulier worden de gegevens gecodeerd en opgeslagen in LIS, waarbij voor elke binnenkomende patiënt een apart LIS-document wordt aangemaakt. Zowel de medewerkers die het SEH-formulier hebben ingevuld, bijvoorbeeld de behandelende arts of verpleegkundige, als administratieve medewerkers kunnen de gegevens coderen en invoeren.

- Gegevens uitwisselen

Het ziekenhuis stuurt regelmatig via een modem een kopie van het ziekenhuisbestand naar het centrale LIS-databestand van Consument en Veiligheid. De naam-, adres-, en overige patiëntidentificerende gegevens worden niet verzonden. Hierdoor voldoet LIS aan de regels van de Wet Bescherming Persoonsgegevens" (www.veiligheid.nl).

4 Doelmatigheid

4.3 Allocatieve doelmatigheid

Beleidsvraag: i) *Sluit de huisartsenzorg goed aan op de zorg die elders in de zorgketen wordt verleend?*

4.3.1 Samenwerking

Waarom moet je dit meten?	De huisarts als poortwachter heeft een functie als coördinator van de zorg. Om deze taak goed te kunnen uitvoeren is kennis nodig van hetgeen andere zorgverleners doen. De indicatoren gaan over de aanwezigheid en de hoeveelheid van de samenwerking met anderen.
Beschrijving indicator	Somscore op samenwerking met de eerste lijn Somscore op samenwerking met de tweede lijn Somscore op samenwerking met derden
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	bedrijfsvoeringsperspectief
Hoe moet je dit meten?	Met huisartsenquêtes zijn de gegevens te verkrijgen. Gegevens over delegatie en samenwerking zijn gemeten met behulp van het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) (Van den Homberg 1998), van de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK).

4 Doelmatigheid
4.3 Allocatieve doelmatigheid
4.3.2 Kwaliteit samenwerking

Waarom moet je dit meten?	De huisarts als poortwachter heeft een functie als coördinator van de zorg. Om deze taak goed te kunnen uitvoeren is kennis nodig van hetgeen andere zorgverleners doen. Deze indicator zegt iets over de kwaliteit van die samenwerking; worden er afspraken gemaakt en worden deze afspraken ook getoetst? Dit kan gemeten worden aan de hand van de kwaliteit van het FTO.
Beschrijving indicator	Score op kwaliteitsschaal farmacotherapie overleg (FTO) bij deelname aan FTO
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	bedrijfsvoeringsperspectief
Hoe moet je dit meten?	De kwaliteit van het FTO is gemeten in NS2. Met huisartsenquêtes zijn de gegevens te verkrijgen.

4 Doelmatigheid

4.4 Productinnovatie

Beleidsvraag: j) *Vindt innovatie plaats in de huisartsenzorg en zo ja, waaruit bestaat die innovatie?*

4.4.1 Automatisering

Waarom moet je dit meten?	Het is van belang om inzicht te krijgen in de mate waarin innovaties plaatsvinden, omdat een aantal van de problemen waar de huisartsenzorg op dit moment mee te maken heeft (gedeeltelijk) opgelost kunnen worden door middel van deze innovaties.
Beschrijving indicator	Somscore mate van automatisering Percentage huisartsen dat het Huisarts Informatie Systeem gebruikt voor: Genereren van een complete verwijsbrief Genereren van aanvraagformulieren voor diagnostiek Genereren van verwijsbrieven naar andere disciplines Genereren van receptuur met de computer
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	innovatieperspectief
Hoe moet je dit meten?	Gegevens zijn te verkrijgen via huisartsenquêtes. In het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) (Van den Homberg 1998), van de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), wordt gevraagd naar automatisering en verslaglegging. De somscore met betrekking tot de mate van automatisering wordt berekend uit de vragen of de huisarts de medische kaart heeft geautomatiseerd, een probleemlijst heeft ingevoerd, de communicatie met de waarneemgroep heeft geautomatiseerd. De gegevens zijn ook gebruikt in de NS2 (Braspenning e.a. 2004).

4 Doelmatigheid
4.4 Productinnovatie
4.4.1 Accreditatie en vernieuwing

Waarom moet je dit meten?	Het is van belang om inzicht te krijgen in de mate waarin innovaties plaatsvinden, omdat een aantal van de problemen waar de huisartsenzorg op dit moment mee te maken heeft (gedeeltelijk) opgelost kunnen worden door middel van deze innovaties. Het Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP) wordt door het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) gebruikt als een accreditatie instrument. Huisartsen die gebruik willen maken van praktijkondersteuning zijn allemaal gevisiteerd en velen hebben deelgenomen aan de VIP. Praktijkondersteuning kan de werkbelasting van de huisartsen verlichten en de capaciteit vergroten.
Beschrijving indicator	Percentage huisartsen dat heeft deelgenomen aan VIP Percentage huisartsen dat gebruikt maakt van praktijkondersteuning
Aansluiting *Balanced Scorecard* via:	innovatieperspectief
Hoe moet je dit meten?	Gegevens zijn te verkrijgen via huisartsenquêtes. In de VIP wordt gevraagd naar automatisering en verslaglegging. De somscore met betrekking tot de mate van automatisering wordt berekend uit de vragen of de huisarts de medische kaart heeft geautomatiseerd, een probleemlijst heeft ingevoerd, de communicatie met de waarneemgroep heeft geautomatiseerd. De gegevens zijn ook gebruikt in de NS2 (Braspenning e.a. 2004).

5 Conclusie en beschouwing

De overheid is toezichthouder en bewaakt, op afstand, de publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid. De directe verantwoordelijkheid wordt bij zorgaanbieders en verzekeraars neergelegd. Het is voor de overheid dus van belang om een algemeen beeld van de huisartsenzorg te krijgen. Hiertoe zijn voor de verschillende publieke belangen indicatoren geformuleerd. Deze indicatoren worden bij een steekproef gemeten en zeggen daarom niet iets over individuele patiënten, huisartsen of huisartsenpraktijken, maar zij verschaffen inzicht over de totale huisartsenzorg. Individuele informatie is van belang voor de direct verantwoordelijken: zorgaanbieders en verzekeraars.
In Tabel 1 wordt een overzicht van de indicatoren gegeven. In de laatste kolom staat vermeld of de indicator landelijk of ook in de lokale *benchmark* gemeten kan worden. Hierbij wordt rekening gehouden met organisatie en kosten voor het meten van de indicator. Bestaande registratiesystemen zoals LINH worden niet door alle huisartsen gebruikt en gegevens zijn daarom niet goed op een laag schaalniveau te gebruiken. Gegevens die door middel van patiëntenquêtes worden verkregen, kunnen alleen op een laag schaalniveau worden toegepast als er een voldoende aantal patiënten per huisarts is geïnterviewd c.q. geënquêteerd. Dit laatste is van belang i.v.m. de betrouwbaarheid van de gegevens per huisarts(praktijk). Praktisch gezien zijn gegevens die door middel van huisartsenquêtes worden verzameld het meest haalbaar. Voor de toepassing in een lokale *benchmark* moet wel worden opgemerkt dat: de huisarts hierdoor wel extra wordt belast en een aantal belangrijke gegevens wordt gemist, zoals de opinie van patiënten.

De indicatoren kunnen tot slot ook worden weergegeven in het raamwerk van de *Balanced Scorecard*, dit is gedaan in Tabel 2.
Binnen dit raamwerk hangen de verschillende perspectieven onderling samen, Als de huisartsenzorg bijvoorbeeld niet efficiënt wordt verleend zal dit tot hogere kosten leiden.

Tabel 1: Indeling van de indicatoren naar Publieke belangen, met vermelding van bronnen en het niveau waarop de gegevens verzameld kunnen worden

Publiek belang		**Indicator**	**Bron**	**Niveau**
Toegankelijkheid				
toegangstijd	Wachttijd	% patiënten dat binnen twee werkdagen een afspraak heeft	NS2	Landelijk/ lokaal
	Openingstijd	Aantal uren dat een praktijk open is	Niet beschikbaar	Landelijk/ lokaal
bereikbaarheid	Telefonische bereikbaarheid	% patiënten met een negatief oordeel over telefonische bereikbaarheid	Patiëntenenquête NS2	Landelijk
	Visites	% patiënten met een negatief oordeel over de bereidheid tot het afleggen van visites door de huisarts	Patiëntenenquête NS2	Landelijk
beschikbaarheid	Ontwikkeling contactfrequentie	Ontwikkeling aantal contacten per patiënt per jaar over afgelopen 5 jaar	LINH	Landelijk
	Ontwikkeling aantal patiënten per huisarts	Ontwikkeling aantal patiënten per huisarts over afgelopen 5 jaar	CBS/ NIVEL	Landelijk
	Patiënten zonder huisarts	% NONI's in Nederland	Consumentenpanel	Landelijk/ lokaal

Publiek belang		Indicator	Bron	Niveau
Kwaliteit				
effectiviteit	Gericht voorschrijven	% patiënten met ongecompliceerde hypertensie die als zij medicatie krijgen diuretica krijgen voorgeschreven % patiënten met hypercholesterolemie waarbij statines zijn voorgeschreven % episodes COPD waarbij geen Prednison wordt voorgeschreven % episodes astma waarbij geen langwerkende B-mimetica zijn voorgeschreven	Prescriptiem odule LINH	Landelijk
	Antibioticabeleid	% episodes otitis media waarbij geen antibiotica zijn voorgeschreven % episodes acute keelpijn waarbij geen antibiotica zijn voorgeschreven % episodes sinusitis waarbij geen antibiotica zijn voorgeschreven % episodes bacteriële huidinfecties waarbij geen antibiotica zijn voorgeschreven	Prescriptiem odule LINH	Landelijk
	Preventie	% griep gevaccineerden uit de risicopopulatie	LINH/ CBS	Landelijk
veiligheid	Interacterende geneesmiddelen	% patiënten dat interacterende geneesmiddelen voorgeschreven krijgt	SFK	Landelijk/ lokaal
patiëntgerichtheid	Tevredenheid	% patiënten dat vindt dat de arts altijd bereid is over problemen te praten % patiënten mee laten beslissen % patiënten dat zich serieus genomen voelt % patiënten dat vindt dat de huisarts voldoende tijd heeft om te praten score mbt kwaliteitsaspecten score op patiëntgerichtheidsschaal	Patiëntenquête NS2, Video NS2	Landelijk
	Vertrouwen	% patiënten met vertrouwen in de huisartsenzorg	NS2, consumenten panel	Landelijk

Publiek belang		Indicator	Bron	Niveau
Doelmatigheid				
betaalbaarheid	Kosten huisartsen zorg	Totale kosten van de huisartsenzorg	CBS	Landelijk
technische doelmatigheid	Substitutie gevoelige aandoeningen	% verwijzen van substitutiegevoelige aandoeningen	LINH	Landelijk
	Contactfrequentie	Aantal contacten per 1000 patiënten	LINH	Landelijk
	Werkbelasting	Score op totaal gerapporteerde werkbelasting	VIP	Landelijk/ lokaal
	Verwijzingen	Aantal nieuwe verwijzingen per 1000 patiënten Aantal zelfverwijzers per 1000 patiënten	LINH/ LIS	Landelijk
allocatieve doelmatigheid	Samenwerking	Somscore samenwerking 1e lijn Somscore samenwerking 2e lijn Somscore samenwerking derden	VIP	Landelijk/ lokaal
	Kwaliteit samenwerking	Score op kwaliteitsschaal FTO	NS2	Landelijk/ lokaal
productinnovatie	Automatisering	Somscore mate van automatisering Percentage huisartsen dat het Huisarts Informatie Systeem gebruikt voor Genereren van een complete verwijsbrief Genereren van aanvraagformulieren voor diagnostiek Genereren van verwijsbrieven naar andere disciplines Genereren van receptuur met de computer	VIP	Landelijk/ lokaal
	Accreditatie en vernieuwing	Percentage huisartsen dat heeft deelgenomen aan VIP Percentage huisartsen dat gebruikt maakt van praktijkondersteuning	NHG	Landelijk/ lokaal

Tabel 2: Indicatoren ingedeeld naar de perspectieven van de Balanced Scorecard

	Consumentenperspectief	**Financieel perspectief**	**Bedrijfsvoerings-perspectief**	**Innovatie-perspectief**
indicator	-% patiënten met een negatief oordeel over telefonische bereikbaarheid -% patiënten met een negatief oordeel over de bereidheid tot het afleggen van visites door de huisarts -% patiënten met ongecompliceerde hypertensie die als zij medicatie krijgen diuretica krijgen voorgeschreven -% patiënten met hypercholesterolemie waarbij statines zijn voorgeschreven -% episodes COPD waarbij geen Prednison wordt voorgeschreven -% episodes astma waarbij geen langwerkende B-mimetica zijn voorgeschreven -% episodes otitis media waarbij geen antibiotica zijn voorgeschreven -% episodes acute keelpijn waarbij geen antibiotica zijn voorgeschreven -% episodes sinusitis waarbij geen antibiotica zijn voorgeschreven -% episodes bacteriële huidinfecties waarbij geen antibiotica zijn voorgeschreven -% griep gevaccineerden uit de risicopopulatie -% patiënten dat interacterende geneesmiddelen voorgeschreven krijgt -% patiënten dat vindt dat de arts altijd bereid is over problemen te praten -% patiënten mee laten beslissen -% patiënten dat zich serieus genomen voelt -% patiënten dat vindt dat de huisarts voldoende tijd heeft om te praten score mbt kwaliteitsaspecten score op patiëntgerichtheidsschaal -% patiënten met vertrouwen in de huisartsenzorg	-Totale kosten van de huisartsenzorg -% verwijzen van substitutiegevoelige aandoeningen -Aantal contacten per 1000 patiënten	-Ontwikkeling aantal contacten per patiënt per jaar over afgelopen 5 jaar -Ontwikkeling aantal patiënten per huisarts over afgelopen 5 jaar -% NONI's in Nederland -% patiënten dat binnen twee werkdagen een afspraak heeft -Aantal uren dat een praktijk open is -Score op totaal gerapporteerde werkbelasting -Aantal nieuwe verwijzingen per 1000 patiënten -Aantal zelfverwijzers per 1000 patiënten -Somscore samenwerking 1e lijn -Somscore samenwerking 2e lijn -Somscore samenwerking derden -Score op kwaliteitsschaal FTO	-Somscore mate van automatisering -Percentage huisartsen dat het Huisarts Informatie Systeem gebruikt voor Genereren van een complete verwijsbrief Genereren van aanvraagformulieren voor diagnostiek Genereren van verwijsbrieven naar andere disciplines Genereren van receptuur met de computer -Percentage huisartsen dat heeft deelgenomen aan VIP -Percentage huisartsen dat gebruikt maakt van praktijkondersteuning

Literatuur

Asbroek AHA ten, Arah OA, Delnoij DMJ, Custers T, Klazinga NS. *De ontwikkeling van een Nederlands raamwerk van prestatieindicatoren voor de gezondheidszorg: het consumentenperspectief, het financieel perspectief, het bedrijfsvoeringsperspectief, het innovatie perspectief.* AMC/UvA. Notitie ten behoeve van PBW 16 januari 2003.

Berg MJ van den, Kolthof ED, Bakker DH de, Van der Zee J. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen.* Utrecht, NIVEL, 2004.

Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM (redactie). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht.* Utrecht/Nijmegen, NIVEL/WOK, 2004.

Brink-Muinen A van den, Dulmen AM van, Schellevis FG, Bensing JM (redactie). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland.* Utrecht, NIVEL, 2004.

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.

Delnoij DMJ, Asbroek AHA ten, Arah OA, Custers T, Klazinga NS. *Bakens Zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg.* AMC/UvA. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002.

Hombergh P van den. *Practice visits. Assessing and improving management in general practice.* Dissertatie. Nijmegen: KUN, 1998.

Hoogervorst. *De toekomstbestendige eerstelijnszorg.* CZ/EZ-2431353. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003.

Mosseveld CJPM van, Smit JM. *Working Paper Zorgrekeningen 1998-2002.* CBS, 2003.

Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Groenewegen PP. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Vraagstellingen en methoden.* Utrecht/Bilthoven, NIVEL/RIVM, 2004.

Sixma H, Spreeuwenberg P, Wensing M. *Patiëntenoordelen over de huisartsenzorg in Nederland: een beschrijving van de onderzoeksresultaten.* In: JCC Braspenning, FG Schellevis, RPTM Grol (redactie). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht.* Utrecht/Nijmegen, NIVEL/WOK, 2004.

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

Smits JPJM, Droomers M, Westert GP. *Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland.* Bilthoven: RIVM, 2002.

www.linh.nl

www.nhs.uk

www.nivel.nl

www.sfk.nl

www.veiligheid.nl

www.zn.nl

Research for man and environment

A publication of the
National Institute for Public Health and the Environment
P.O. Box 1, 3720 BA Bilthoven, the Netherlands
www.rivm.nl