



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2006. De gegevens mogen met bronvermelding (W. Brouwer, H. Sixma, D. Delnoij, S. van der Meulen-Arts, *Ontwikkeling van de Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM)*, NIVEL 2006) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken.

Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

Ontwikkeling van de Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM)

Versie 2006

W. Brouwer
H. Sixma
D. Delnoij
S. van der Meulen-Arts



ISBN 90-6905-792-1

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2006 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.

Inhoud

1 Inleiding	5
1.1 Achtergrond van het onderzoek	5
1.2 Doel van het onderzoek	6
1.3 Uitgangspunten van de VAAM	6
1.4 Onderzoek opgedeeld in twee fases	7
1.5 Bewaken van de voortgang van het onderzoek	7
1.6 Indeling rapport	8
2 Methoden van onderzoek	9
2.1 Kwantitatief onderzoek	9
2.1.1 Demografische gegevens	9
2.1.2 Tweede Nationale Studie	10
2.1.3 Overige eerstelijnszorgaanbieders	11
2.2 Kwalitatief onderzoek	11
2.3 De VAAM	13
3 Resultaten kwantitatief onderzoek	15
3.1 Bron voor demografische gegevens	15
3.2 Demografische kenmerken op basis van NS2-data	15
3.3 Bepalen rekenwaarden voor eerstelijnszorgaanbieders	16
3.3.1 Huisartsenzorg	17
3.3.2 Mondzorg	18
3.3.3 Paramedische zorg met betrekking tot het bewegingsapparaat	20
3.3.4 Eerstelijns-geestelijke gezondheidszorg	21
3.3.5 Thuiszorg	23
3.4 Bepalen aantallen overige eerstelijnszorgaanbieders	25
4 Resultaten kwalitatief onderzoek	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Resultaten groepsgesprek met niet-westerse allochtonen	27
4.3 Resultaten groepsgesprek met ouderen	28
4.4 Resultaten groepsgesprek met ouders van jonge kinderen	29
4.5 Resultaten groepsgesprek met mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking	30
4.6 Resultaten groepsgesprek met incidentele zorggebruikers	31
4.7 Resultaten groepsgesprek met GGZ-gebruikers	32
5 Beschrijving van de internetmonitor VAAM	33
5.1 De internetapplicatie VAAM	33
5.2 Voorbeelden van de VAAM	35

5.2.1	Voorbeeld kleine gemeente	35
5.2.2	Voorbeeld twee wijken in een grote gemeente	36
5.3	Resultaten VAAM in perspectief	38
6	Discussie en implicaties voor de toekomst	41
6.1	Aanleiding voor de VAAM	41
6.2	Onderzoek	41
6.3	Groeimodel	42
6.4	Huidige beperkingen van het model	42
6.5	Vervolgonderzoek	43
6.5.1	Mogelijke uitbreidingen en verdieping van de VAAM	43
6.5.2	Mogelijke verfijningen en uitbreidingen internetapplicatie VAAM	44
	Literatuur	47
	Bijlagen:	
	Bijlage 1: Rapport 1 ^{ste} fase	49
	Bijlage 2: Casebeschrijving focusgroepsgesprekken	73
	Bijlage 3: Topiclijst per focusgroep	75
	Bijlage 4: Verslag focusgroepsgesprekken	79
	Bijlage 5: Handleiding VAAM	95

1 Inleiding

1.1 Achtergrond van het onderzoek

Op landelijk niveau bestaat - op basis van de VTV en de deelstudies daarbij - een goed beeld van de (ontwikkelingen in) de zorgvraag. Maar op lokaal niveau is het beeld van de zorgvraag en de ontwikkelingen hierin vaak niet gedetailleerd genoeg om als uitgangspunt te dienen voor de vormgeving van het zorgaanbod. Het zorgaanbod in de eerstelijnszorg bestaat anno 2006 uit een breed scala van zorg, van individuele zorgaanbieders tot geformaliseerde multidisciplinaire organisaties. Het aanbod komt tot stand op basis van planningsnormen, vestigingsbeleid, toeval etc., maar zelden op basis van enigerlei vorm van behoefteeraming of marktonderzoek. Vaak wordt de bestaande situatie (vertrekkende zorgaanbieder) als uitgangspunt genomen en voortgezet. Daardoor wordt geen of (te) weinig rekening gehouden met de (toekomstige) zorgvraag. Er is daarom behoefte aan een instrument om de zorgvraag beter te kwantificeren. Die behoefte wordt nog versterkt door de decentralisatie van bevoegdheden van landelijke overheid naar de gemeentes. Door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zal er op lokaal/subregionaal niveau nog nadrukkelijker de mogelijkheid ontstaan om op gemeente- of wijkniveau de eerstelijnszorg en welzijn op elkaar af te stemmen c.q. te laten integreren.

Eén van de toekomstige uitdagingen van de eerstelijnszorg is een betere aansluiting van zorgaanbod bij de zorgvraag en wensen van patiënten. De NPCF heeft in 2004 een onderzoek uitgevoerd naar de wensen en verwachtingen van Nederlanders over de eerstelijnszorg (Van Linschoten et al., 2004). Op basis daarvan is een actieplan met tien pijlers voor de toekomstige eerstelijns opgesteld (NPCF, 2004). De intentieverklaring komt in grote lijnen overeen met de door de NPCF aangevoerde standpunten. Veel waarde wordt daarin gehecht aan persoonlijke relaties, afstemming, continuïteit, service en diversiteit van de geleverde zorg. Een belangrijk uitgangspunt van dit programma is dat de eerstelijnszorg regionaal vorm moet worden gegeven door patiënten/consumenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en lokale overheden. De ontwikkeling naar een vraaggestuurde eerstelijnszorg wordt echter gehinderd doordat informatie over vraag en aanbod op lokaal niveau ontbreekt. Het zorgaanbod gaat vaak uit van gemiddelden in een huidige situatie. Die zijn niet altijd toepasbaar op een specifieke lokale situatie. Het zorgaanbod speelt bovendien onvoldoende in op de toekomstige zorgvraag. Er dient dan ook te worden nagegaan of het mogelijk is een instrument te ontwikkelen dat de zorgvraag regionaal/lokaal in kaart kan brengen.

1.2 Doel van het onderzoek

De ontwikkeling naar een vraaggestuurd zorgstelsel wordt gehinderd doordat informatie over vraag en aanbod op lokaal niveau ontbreekt. Het zorgaanbod gaat vaak uit van gemiddelden in een huidige situatie. Die zijn niet altijd toepasbaar op een specifieke lokale situatie. Het zorgaanbod speelt bovendien onvoldoende in op de toekomstige zorgvraag. De NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) streeft daarom naar de ontwikkeling van een vraag-aanbod-analyse-model (VAAM) voor de eerste lijn. Het idee is dat de VAAM gebruikt kan worden op lokaal/regionaal niveau om het bestaande of nieuw in te richten aanbod van eerstelijnszorg (beter) af te stemmen op de vraag, dat wil zeggen op de wensen (*demands*) en behoeften (*needs*) van de bevolking. Daartoe moet een prototype worden ontwikkeld en op een beperkt aantal locaties worden getest.

De vraagstelling voor dit onderzoek luidt:

‘Is het mogelijk om een vraag - aanbod analyse model te ontwikkelen die patiëntenorganisaties, gemeenten, zorgverzekeraars, regionale ondersteuningsstructuren en zorgaanbieders in staat stelt om het huidige en toekomstige lokale zorgaanbod af te stemmen op de huidige en toekomstige wensen en behoeften van de lokale bevolking?’

1.3 Uitgangspunten van de VAAM

De VAAM is een analysemodel, dat via een internetapplicatie, door iedereen gebruikt/ingevuld moet kunnen worden. Het is geen planningsinstrument, maar bedoeld als basis voor discussie. De resultaten uit de VAAM moeten als uitgangspunt dienen voor een lokale gedachtewisseling door partijen betrokken bij het meer vraaggestuurd maken van de eerstelijnszorg. Het gebruik en de impact van de VAAM zal daarom sterk afhangen van wie bij die discussie betrokken is. Het idee is dat de gebruikers van de VAAM de gegevens van een populatie van een gemeente, wijk of postcodegebied kunnen invullen (bijvoorbeeld geslacht, leeftijd en etniciteit) en dat het (simulatie)model, de VAAM, schat wat de vraag naar eerstelijnszorg zal zijn.

De VAAM ziet er als volgt uit. Na het invullen van de demografische kenmerken van de gewenste populatie komt men op het scherm terecht, waar men de keuze heeft uit vier mogelijkheden voor resultaten:

- 1 Resultaten in aantal contacten en/of uren.
- 2 Resultaten in aantal FTE huisarts, tandarts en paramedici met betrekking tot het bewegingsapparaat.
- 3 Resultaten overige eerstelijnszorgaanbieders/beroepsbeoefenaren in aantallen.
- 4 Aandachtspunten voor specifieke doelgroepen (gebaseerd op kwalitatief onderzoek).

De eerste drie punten zijn gebaseerd op de kwantitatieve berekeningen. De methoden hiervoor worden in hoofdstuk 3 besproken. De aandachtspunten voor specifieke doelgroepen zijn opgesteld aan de hand van focusgroeps gesprekken, waarvan de

resultaten in hoofdstuk 4 worden besproken. In de VAAM worden alleen die aandachtspunten weergegeven die rechtstreeks invloed hebben op de vraag en aanbod van verschillende eerstelijnszorgaanbieders.

1.4 Onderzoek opgedeeld in twee fases

Het onderzoek is opgesplitst in twee fases:

- Fase 1: haalbaarheidsstudie.
- Fase 2: ontwikkeling en testen prototype VAAM.

In de eerste fase is in overleg met de opdrachtgever vastgesteld dat de vraagkant het uitgangspunt van de monitor moet zijn en dat bij de ontwikkeling van het instrument hieraan prioriteit moest worden gegeven boven de aanbodkant. In deze eerste fase is het accent dan ook vooral komen te liggen op het in kaart brengen van de vraag naar eerstelijnszorg. Kort gezegd ging het in deze fase erom om te achterhalen welke gegevens nodig zijn voor het beschrijven van de huidige wensen en behoeften van de lokale bevolking op het gebied van eerstelijnszorg en de toekomstige ontwikkelingen daarin. Het rapport van de eerste fase van het onderzoek is terug te vinden in bijlage 1.

Op basis van de eerste positieve resultaten van deze haalbaarheidsstudie is besloten om verder te gaan met het ontwikkelen en testen van een eerste versie van de VAAM (het 'prototype') en dus met de tweede fase van het onderzoek. Dit rapport doet verslag van deze tweede fase. Wel moet worden opgemerkt dat de VAAM als een groeimodel gezien moet worden. Dit houdt in dat de VAAM nu al geïmplementeerd en uitgevoerd kan worden, maar dat in de loop van de tijd meer en/of betere gegevens beschikbaar komen en in de VAAM opgenomen zullen worden. Daarbij zal elke keer beoordeeld moeten worden tot op welk niveau (gemeente, wijk, 4-cijferig postcodeniveau) deze gegevens beschikbaar zijn en in hoeverre de detaillering ervan aansluit bij de opzet van de VAAM, namelijk het lokale/regionale aanbod van eerstelijnszorg beter te laten aansluiten op de lokale/regionale zorgvraag. Op basis hiervan kan de VAAM dan worden aangepast en/of uitgebreid.

1.5 Bewaken van de voortgang van het onderzoek

Om de voortgang van het project VAAM op hoofdlijnen te bewaken, de projectuitvoering te bevorderen en om te adviseren bij het maken van inhoudelijke keuzes, is een klankbordgroep ingesteld. Deze groep bestaat uit vertegenwoordigers van de volgende organisaties: Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF), Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn (LVG), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Landelijke Organisatie Regionale Patiënten Consumenten Platforms (LOREP), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

1.6 Indeling rapport

Naast dit inleidende hoofdstuk bestaat het rapport uit nog vijf andere hoofdstukken. In hoofdstuk 2 zal dieper ingegaan worden op de methoden van onderzoek van zowel het kwalitatieve als kwantitatieve deel van het onderzoek. In hoofdstuk 3 wordt stilgestaan bij de kwantitatieve analyses die zijn uitgevoerd. In het vierde hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten besproken uit de focusgroepsgesprekken die zijn gevoerd met vertegenwoordigers van verschillende categorieën zorggebruikers. In deze groepsgesprekken is geprobeerd vast te stellen wat de wensen en behoeften zijn van verschillende patiëntengroepen met betrekking tot de eerstelijnszorg. De monitor VAAM via internet staat centraal in het vijfde hoofdstuk. Hier zal kort besproken worden wat de monitor inhoudt. Het rapport sluit af met een discussie en implicaties voor de toekomst.

2 Methoden van onderzoek

Voor dit onderzoek is zowel gebruik gemaakt van kwantitatief als kwalitatief onderzoeksmethoden. Het kwantitatieve onderzoek dient als basis voor het opstellen van het rekenmodel van de VAAM. Data van de tweede Nationale Studie vormen hiervoor de basis en met behulp van regressieanalyses is het model opgebouwd. In paragraaf 2.1 wordt hier dieper op ingegaan. Het kwalitatieve onderzoek is bedoeld om de wensen en behoeften van verschillende patiëntengroepen vast te stellen met betrekking tot de eerstelijnszorg. Dit is gedaan door middel van focusgroeps gesprekken. De resultaten hiervan worden besproken in paragraaf 2.2.

2.1 Kwantitatief onderzoek

Het primaire doel van de kwantitatieve fase van het onderzoek is het schatten van de 'rekenwaardes' op basis waarvan het model kan worden opgebouwd. Uitgangspunt vormt het 4-cijferige postcodegebied, de kleinste geografische eenheid waarover CBS Statline gegevens presenteert. Gekozen is om te werken met de informatie uit Statline, omdat die voor iedere potentiële gebruiker van de VAAM (gemeenten, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, verzekeraars, etc.) vrij toegankelijk is. Op grond van de demografische gegevens in Statline wordt geschat wat de vraag van eerstelijnsvoorzieningen is van de lokale bevolking. Voor het schatten van deze vraag is uitgegaan van het gemiddeld gebruik van de verschillende bevolkingsgroepen, zoals geregistreerd in de patiënten-enquête van de tweede Nationale Studie (Van Lindert et al., 2004). Op dit moment van het onderzoek is voor de onderzoekers, de NS2 de enige grootschalige toegankelijke bron om als uitgangspunt voor het onderzoek te dienen.

In de NS2 wordt gevraagd naar het gebruik van eerstelijnszorgaanbieders. Voor dit onderzoek nemen we aan dat het gebruik en de vraag naar eerstelijnszorg gelijk aan elkaar is. Hierdoor zijn aspecten als onder- of overconsumptie van eerstelijnszorg niet meegenomen. Hetzelfde geldt voor het gebruik van zorg in de tweede lijn welke feitelijk ook in de eerste lijn plaats zou kunnen hebben gevonden, de substitutie.

2.1.1 Demografische gegevens

Het eerste onderdeel van het kwantitatieve onderzoek is het achterhalen welke gegevensbronnen het best gebruikt kunnen worden voor het achterhalen van demografische gegevens op een zo laag mogelijk, 4-cijferig postcodeniveau. Dit postcodeniveau is als basis het meest geschikt om schattingen te maken voor de vraag naar eerstelijnszorg op lokaal niveau. Uit de eerste fase van het onderzoek zijn een aantal mogelijkheden naar voren gekomen, zoals bijvoorbeeld, de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA), Statline

database van het CBS, informatie gemeentes en GGD-en (zie bijlage 1). In deze verschillende gegevensbronnen is gekeken welke demografische gegevens openbaar beschikbaar zijn op het 4-cijferige postcodeniveau. Statline biedt bijvoorbeeld voor 4-cijferige postcodegebieden inzicht in de volgende gegevens:

- geslacht;
- leeftijd;
- allochtonen, uitgesplitst in westerse en niet-westerse allochtonen;
- uitsplitsing naar het soort huishouden (eenpersoonshuishouden, meer persoonshuishoudens met en zonder kinderen).

2.1.2 Tweede Nationale Studie

De gegevens uit de patiëntenenquête van de tweede Nationale Studie (NS2) zijn gebruikt voor het schatten van de vraag van eerstelijnsvoorzieningen per bevolkingsgroep (naar geslacht, leeftijd en etniciteit). In de periode van december 2000 - december 2001 zijn in totaal bij 12.699 personen een interview afgenomen. Deze respondenten waren verspreid over in totaal 104 huisartspraktijken. Bij respondenten jonger dan 12 jaar is de enquête afgenomen bij een volwassen proxy. In de NS2 wordt naast het eventuele contact met een eerstelijnszorgaanbieder ook gevraagd wordt naar de frequentie van het aantal contacten die iemand gehad heeft. Van de patiëntenenquête van de NS2 is een speciale allochtonen-enquête ontwikkeld, die is uitgezet onder de vier belangrijkste groepen niet-westerse allochtonen (Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen). Dit omdat niet-westerse allochtonen in de 'allochtonen' enquête ondervertegenwoordigd waren. In totaal hebben uiteindelijk 1339 allochtonen hun medewerking aan het onderzoek verleend. Door het samenvoegen van de 'autochtonen' en allochtonenenquête is het mogelijk om in de monitor onderscheid te maken naar etniciteit. Aan de hand van de gekozen demografische kenmerken zijn multiple lineaire regressiemodellen opgebouwd om de rekenwaardes te bepalen op basis waarvan het aantal contacten met verschillende eerstelijnszorgaanbieders kan worden uitgerekend. De regressiecoëfficiënten die uit deze analyses naar voren kwamen zijn als input gebruikt voor internetmonitor VAAM.

Met behulp van de NS2 is het mogelijk om het aantal contacten te schatten voor onder andere de huisarts en tandarts. Daarnaast zijn de contacten en de frequentie hiervan met de fysiotherapeut, Cesar en mensendieck samengenomen, omdat er anders met te kleine aantallen gewerkt zou moeten worden. Hetzelfde geldt voor de contacten en contactfrequentie met de eerstelijnspsycholoog en maatschappelijk werker om de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg te bepalen. Een bijkomend probleem met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg is dat patiënten hiervoor ook onder behandeling van een huisarts kunnen zijn. Helaas zijn deze gegevens niet in de NS2 geregistreerd. Met betrekking tot de thuiszorg kan worden opgemerkt dat hier niet wordt gewerkt met het aantal contacten maar het aantal contacturen, waarbij onderscheid is gemaakt in het aantal contacturen tussen huishoudelijke hulp en een combinatie van het aantal contacturen van verzorging en verpleging.

2.1.3 Overige eerstelijnszorgaanbieders

Helaas is het niet mogelijk om met de NS2 een compleet beeld te krijgen van het gebruik van alle eerstelijnszorgaanbieders. Soms omdat hiernaar niet is gevraagd naar het gebruik van bepaalde disciplines; soms ook omdat slechts weinig personen onder behandeling zijn geweest, waardoor het niet mogelijk is een enigszins betrouwbaar regressiemodel op te zetten. Het gaat hierbij om farmaceutische zorg (apotheken, apothekers en apothekers-assistenten, verloskundigen en logopedisten). Om deze redenen is er bij deze disciplines voor gekozen om te werken met landelijke gemiddelden zoals deze uit verschillende onderzoeken naar voren zijn gekomen of door beroepsorganisaties als norm wordt gehanteerd. Het nadeel hiervan is dat hierdoor geen onderscheid gemaakt kan worden naar de samenstelling van de populatie. Dit laatste is tenslotte wel het uitgangspunt van de VAAM. Na overleg met de klankbordgroep en pilotregio's is besloten deze gegevens toch in de monitor op te nemen om te komen tot een zo compleet mogelijk overzicht van eerstelijnszorg voor een bepaalde populatie. In eventueel vervolgonderzoek zal gekeken moeten worden in hoeverre dit opgelost kan worden.

2.2 Kwalitatief onderzoek

Om de monitor verder 'in te kleuren' is geprobeerd vast te stellen wat de wensen en behoeften zijn van de diverse 'marktsegmenten', oftewel patiëntengroepen, op het gebied van de basisvoorzieningen van de eerste lijn. In principe zijn alle patiënten verschillend, maar er zijn wel groepen te onderscheiden. De indeling in patiëntengroepen is door de NPCF aangedragen als gewenste indeling in doelgroepen. De NPCF gebruikt deze indeling in discussies met haar achterban en haar externe communicatie. In totaal onderscheidt de NPCF zeven patiëntengroepen, te weten:

- 1 ouders met kinderen jonger dan 5 jaar;
- 2 ouderen (65 jaar en ouder);
- 3 migranten;
- 4 incidentele zorggebruikers;
- 5 eerstelijns-GGZ-cliënten;
- 6 mensen met een handicap of chronische ziekte;
- 7 mensen met een verstandelijke beperking.

De deelnemers aan de groepsgesprekken zijn op verschillende manier benaderd. Allereerst is tijdens een meting van het Consumentenpanel Gezondheidszorg aan de panelleden de vraag voorgelegd of ze mee zouden willen doen aan een groepsgesprek. Aan de hand van deze resultaten zijn de deelnemers van twee groepsgesprekken geworven (ouderen van 65 en ouder en incidentele zorggebruikers). Met betrekking tot de groep ouders met kinderen van vijf jaar en jonger zijn een paar van de deelnemers via het panel gevonden; de overige deelnemers zijn via de persoonlijke netwerken van de onderzoekers geworven. Voor de migranten is gebruik gemaakt van een onderzoeksbureau dat gespecialiseerd is in onderzoek onder etnische minderheden, te weten Colourview in Den Haag. Zij hebben de werving voor hun rekening genomen. Voor de overige groepsgesprekken is gebruik gemaakt van de contacten van de NPCF met zowel

landelijke als regionale patiëntenverenigingen. Voor het groepsgesprek met chronisch zieken en mensen met een lichamelijke beperking, zijn de deelnemers geworven met medewerking van de Nederlandse Coeliakie Vereniging, het Astmafonds, de Reuma Patiëntenvereniging Utrecht en de Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie. Het was vooral voor de groep GGZ-cliënten moeilijk om aan deelnemers te komen. Oproepen op het internet en telefonische contacten met eerstelijnspsychologen leverden weinig tot niets op, slechts twee personen hebben zich op deze manier opgegeven, waarvan één op de uiteindelijke datum niet kon. De andere twee deelnemers zijn via de Cliëntenbond in de Geestelijke Gezondheidszorg geworven. Gezien het tijdsplan van het project hebben we uiteindelijk besloten om het gesprek toch door te laten gaan, ook al waren er maar drie deelnemers. Het is niet mogelijk gebleken om, lopende het onderzoek, een bijeenkomst te organiseren met mensen met een verstandelijke beperking en de resultaten hiervan te verwerken in de VAAM. Uiteindelijk hebben De Landelijk Federatie Belangenverenigingen Onderling Sterk Zeg 't Ons eind april een groepsgesprek met mensen met een verstandelijke beperking geregeld en geleid. De resultaten van dit laatste gesprek konden niet meer in dit verslag worden meegenomen, maar zullen bij eventueel vervolgonderzoek aan de VAAM worden toegevoegd. In totaal zullen dus de resultaten van zes groepsgesprekken in deze eerste fase van de VAAM worden opgenomen.

In de groepsgesprekken is vooral ingegaan op wat men al dan niet verbeterd of veranderd zou willen zien in de eerstelijnszorg. Voorafgaand aan het gesprek hadden de deelnemers een casebeschrijving ontvangen (zie bijlage 2 voor deze beschrijving). Op deze manier werden ze aangezet om alvast te bedenken hoe ze de eerstelijnszorg georganiseerd zouden willen zien. Tijdens het groepsgesprek hebben de deelnemers, voordat het centraal werd besproken, eerst in kleine groepjes de case besproken. Op deze manier konden de deelnemers aan elkaar wennen en hun standpunten alvast bepalen. Daarnaast is door de onderzoekers per groepsgesprek/doelgroep een lijstje van punten opgesteld ('topiclijst', zie bijlage 3) die in ieder geval aan de orde dienden te komen (Hoving et al., 2006; NPCF, 2004 ; Van Linschoten et al., 2004). Indien deze punten niet spontaan naar voren kwamen, werden deze door gespreksleider ingebracht in de groepsdiscussie. Onderwerpen op deze topiclijst hadden met name betrekking op de gangbare dimensies die naar voren komen in veel kwaliteit van zorg onderzoek.

In de onderstaande tabel staat per groepsgesprek hoeveel deelnemers, onderverdeeld naar geslacht aanwezig waren. In hoofdstuk 4 wordt in het kort de belangrijkste resultaten gepresenteerd.

Tabel 2.1 Deelnemers groepsgesprekken onderverdeeld naar geslacht en leeftijd

Groep	Vrouw	Man	Leeftijd	Totaal
Migranten	4	3	18 – 56 jaar	7
Ouderen van 65 jaar en ouder	3	5	65 jaar en ouder	8
Ouders met kinderen jonger dan 5 jaar	4	1	33 – 40 jaar	5
Chronisch zieken en lichamelijke gehandicapten	6	2	n.n.b.	8
Incidentele zorggebruikers	2	7	39 – 73 jaar	9
Eerstelijns-GGZ-cliënten	1	2	48 – 54 jaar	3

De groepsgesprekken duurden 1,5 tot 2 uur. Alle gesprekken zijn (met toestemming van de deelnemers) op band opgenomen en volledig uitgeschreven. De uitgeschreven teksten dienden als basis voor het selecteren van (groepsspecifieke) aandachtspunten voor de inrichting van de toekomstige eerstelijnszorg.

2.3 De VAAM

De rekenwaarden zoals deze uit de multiple regressieanalyses naar voren zijn gekomen, dienen als input voor de internetapplicatie van de VAAM. Met behulp van de regressiecoëfficiënten is het mogelijk om schattingen te maken van het lokale gebruik van de verschillende eerstelijnszorgaanbieders aan de hand van voorspellende modellen, zogenaamde predictiemodellen. Door het invullen van de demografische kenmerken van een populatie kan de vraag naar eerstelijnszorg voor een aantal van de eerstelijnszorgaanbieders (huisartsenzorg, tandartsenzorg, paramedische zorg, eerstelijns-geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg) worden voorspeld. Daarnaast geeft het internetmodel inzicht in de vraag naar de overige eerstelijnszorgaanbieders die aan de hand van landelijke gemiddelden zijn geschat maar waarbij geen onderscheid gemaakt wordt naar de lokale bevolkingsopbouw.

3 Resultaten kwantitatief onderzoek

3.1 Bron voor demografische gegevens

Om een brede toepasbaarheid van de monitor mogelijk te maken, is ervoor gekozen dat de gegevens die in de monitor ingevuld moeten worden, voor iedereen toegankelijk moeten zijn. Op dit moment zijn twee bronnen het meest geschikt om de benodigde gegevens te achterhalen, namelijk de kerngegevens van de gemeentelijke basisadministratie (GBA) en de Statline databank welke door het CBS via internet wordt aangeboden en die vrij toegankelijk is.

Op basis van de twee bovenstaande bronnen is gekeken welke persoonskenmerken op een zo laag mogelijk niveau beschikbaar zijn. Hiervoor is het 4-cijferige postcodeniveau die beschikbaar is de Statline databank gekozen als uitgangspunt. Op basis hiervan zijn in eerste instantie vier persoonskenmerken meegenomen om in het prototype van de monitor op te nemen, te weten:

- geslacht (man, vrouw);
- leeftijd (uitgesplitst naar 0-4 jaar, 5-14 jaar, 15-24 jaar, 25-39 jaar, 40-64 jaar, 65-74 jaar en 75 jaar en ouder);
- etniciteit (autochtoon, westerse allochtoon en niet-westerse allochtoon);
- netto maandinkomen.

De bovenstaande aspecten vormen ook de belangrijkste determinanten van zorggebruik (Van Lindert et al., 2004). Ondanks het feit dat een van de pilotregio's aangaf graag een uitsplitsing van diagnosegroepen in het model op te nemen, is door de eis van brede toepasbaarheid in dit stadium hiervan afgezien. Deze gegevens zijn weliswaar relevant voor het doel van de VAAM, maar de gegevens zijn niet op het gewenste 4-cijferige postcodeniveau openbaar beschikbaar. Om deze reden zijn diagnosegroepen dus niet meegenomen in de eerste versie van de VAAM.

3.2 Demografische kenmerken op basis van NS2-data

Op basis van de gekozen persoonskenmerken zijn de NS2-data allereerst gecodeerd aan de hand van de gekozen categorieën. De persoonskenmerken van de respondenten uit de NS2-data zijn in tabel 3.1 weergegeven, net als de landelijke percentages. Van 10,6% van de respondenten is niet bekend wat de etniciteit is.

Tabel 3.1 Demografische kenmerken respondenten NS2 (N=14012) en Nederlandse bevolking

	N	% NS2*	% Nederlandse bevolking**
Geslacht:			
man	6392	45,6	49,5
vrouw	7620	54,4	50,5
Leeftijd:			
0 – 4 jaar	763	5,4	6,2
5 – 14 jaar	1815	13,0	12,3
15 – 24 jaar	1359	9,7	12,0
25 – 39 jaar	4188	29,9	21,5
40 – 64 jaar	3842	27,4	34,1
65 – 74 jaar	1195	8,5	7,7
75 jaar en ouder	850	6,1	6,3
Etniciteit:			
autochtoon	10008	71,4 (79,9)	80,8
westerse allochtoon	684	4,9 (5,5)	8,7
niet-westerse allochtoon	1840	13,1 (14,7)	10,4
onbekend	1480	10,6	

* Peildatum NS2 juli 2001; tussen haakjes het % van de bevolking naar etniciteit wanneer de categorie ‘onbekend’ buiten beschouwing wordt gelaten

** CBS-gegevens van 1 januari 2005

In eerste instantie is het netto maaninkomen meegenomen als demografische kenmerk. Gedurende het onderzoek kwam naar voren dat deze naast de andere drie kenmerken weinig tot geen toegevoegde waarde heeft voor het model. De schatting van de vraag naar eerstelijnszorg verandert nauwelijks door toevoeging van het netto maandinkomen als extra persoonskenmerk. Hierom is ervoor gekozen om netto maandinkomen niet verder mee te nemen in het vervolg van het onderzoek.

3.3 Bepalen rekenwaarden voor eerstelijnszorgaanbieders

Op basis van de demografische kenmerken van de respondenten is eerst een aantal dummyvariabelen aangemaakt. Als referentiegroep is gekozen voor mannen in de leeftijd van 25 tot en met 39 jaar van autochtone afkomst. Dit is de constante in de regressie-modellen. Van de andere kenmerken, in totaal negen, zijn de dummyvariabelen gemaakt. Om het model niet al te complex te maken is in deze fase van ontwikkeling geen rekening gehouden met interacties. Dit zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat vrouwen van allochtone afkomst een ander gebruik van eerstelijnszorg hebben dan vrouwen van autochtone afkomst.

In totaal zijn zes multiple lineaire regressiemodellen opgezet, te weten voor:

- huisartsenzorg;
- mondzorg;
- paramedische zorg (combinatie van fysiotherapie, Cesar, mensendieck);
- geestelijke gezondheidszorg (eerstelijnspsycholoog en maatschappelijk werk);
- thuiszorg, huishoudelijke hulp;
- thuiszorg, verpleging en verzorging;

Op basis van deze regressieanalyses zijn voorspellende modellen, zogenaamde predictiemodellen opgesteld om respectievelijk het aantal contacten met de desbetreffende eerstelijnszorgaanbieder te voorspellen of het aantal uren thuiszorg. Met betrekking tot huisartsenzorg, tandartsenzorg en paramedische zorg is het tevens mogelijk om het aantal contacten om te rekenen naar het aantal FTE huisarts, tandarts of paramedici. Voor eerstelijns-geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg is dit in deze fase van het onderzoek door ontbreken van informatie niet mogelijk.

3.3.1 Huisartsenzorg

Aan de respondenten van de NS2 is de vraag voorgelegd of zij contact hebben gehad met de huisarts. Het ging hierbij om alle bezoeken op het spreekuur en visites van de huisarts aan huis, maar ook om de telefonische consulten. Ook werd gevraagd eventuele contacten met de vervanger van de eigen huisarts mee te tellen. Van de 14.012 respondenten geeft 5.581 (39,8%) aan in de afgelopen twee maanden contact te heeft gehad met de huisarts en 8.422 personen (60,1%) niet. Voor 26 personen (0,2%) is het onbekend. Van de groep waarvan bekend is of men al dan niet contact heeft gehad met de huisarts (N=13986), heeft bijna een kwart (23,6%) één keer contact gehad met de huisarts, bijna een tiende (9,2%) twee keer en 3,6% drie keer. De overige contacten variëren van vier tot dertig keer (3,4%).

Op basis van de deze gegevens is het multiple lineaire regressiemodel opgesteld met als uitkomstvariabele het aantal contacten met de huisarts gedurende twee maanden. De regressiecoëfficiënten hiervoor zijn terug te vinden in tabel 3.2 aan het eind van dit hoofdstuk. Aan de hand van dit regressiemodel kan het volgende predictiemodel (zie kader 3.1) met betrekking tot het aantal contacten met de huisarts gedurende twee maanden worden opgesteld.

Door het invullen van de demografische kenmerken van een bepaalde populatie kan het aantal contacten voor deze populatie over twee maanden worden geschat. Door dit te vermenigvuldigen met zes kan het geschat aantal huisartscontacten voor één jaar worden geschat voor de ingevulde populatie. Op dit moment kan er nog geen onderscheid gemaakt worden in het type contact zoals telefonisch contact, spreekuur of visite.

Kader 3.1 Predictiemodel huisartsenzorg

$$C_{\text{huisarts}} = 0,506 * P_T + 0,196 * X_1 - 0,069 * X_2 - 0,266 * X_3 - 0,117 * X_4 + 0,129 * X_5 + 0,260 * X_6 + 0,420 * X_7 + 0,101 * X_8 + 0,367 * X_9$$

C_{huisarts} = aantal contacten in de populatie met de huisarts in de 2 maanden

P_T = aantal personen in de populatie

X_1 = aantal vrouwen in de populatie

X_2 = aantal 0 – 4 jaar in de populatie

X_3 = aantal 5 – 14 jaar in de populatie

X_4 = aantal 15 – 24 jaar in de populatie

X_5 = aantal 40 – 64 jaar in de populatie

X_6 = aantal 65 – 74 jaar in de populatie

X_7 = aantal 75 jaar en ouder in de populatie

X_8 = aantal westerse allochtonen in de populatie

X_9 = aantal niet-westerse allochtonen in de populatie

FTE huisarts

Op basis van het aantal contacten kan een inschatting worden gemaakt van het aantal benodigde FTE huisarts op jaarbasis. De norm voor één FTE huisarts bedraagt 2.350 inwoners ongeacht de samenstelling hiervan. Op basis van de NS2-data kan berekend worden dat één persoon 4,25 (afgerond) keer per jaar contact heeft met de huisarts. Door dit te vermenigvuldigen met de normpraktijk kom je uit op een totaal aantal contacten per jaar met de huisarts van circa 10.000. Dit is het aantal contacten dat je verwacht ongeacht de samenstelling van de populatie. Door het totaal aantal contacten op jaarbasis met de huisartsen te delen door het aantal contacten dat je verwacht bij een normpraktijk, kom je uit op het aantal FTE huisarts op jaarbasis voor een specifieke samenstelling van een populatie.

Hierbij moet wel de kanttekening gemaakt worden dat door de snelle veranderingen in de huisartsenzorg de laatste jaren, onder meer door de introductie van praktijkondersteuners, een deel van de zorgverlening gesubstitueerd wordt. Dit maakt dat de hierboven genoemde FTE's met voorzichtigheid moet worden gehanteerd en niet per se allemaal door huisartsen moet worden ingevuld. Het is daarom beter om te spreken van huisartsenzorg.

3.3.2 Mondzorg

Aan de ondervraagden van de NS2 is de vraag voorgelegd, hoe vaak in de afgelopen twee maanden zijn contact hebben gehad met hun tandarts. Van de 14.012 respondenten geeft een derde (N=4685) aan in de afgelopen twee maanden naar de tandarts te zijn geweest, voor 66,6% (N=9327) is niet het geval. Van de gehele groep zegt 27,8% (N=3894) één keer te zijn geweest, voor 3,8% (N=529) is dit twee keer. De frequentie van de overige contacten is drie keer met een maximum van zes. In de allochtonenenquête is alleen

gevraagd of ze de afgelopen twee maanden contact hebben gehad met de tandarts, maar niet hoe vaak ze geweest zijn. Voor dit onderzoek hebben we verondersteld dat *als* allochtonen contact hebben gehad met de tandarts, de frequentie van deze contacten gelijk is aan het gemiddeld aantal contacten uit de 'autochtone' patiëntenenquête.

Op basis van deze gegevens is het multiple lineaire regressiemodel opgesteld met als uitkomstvariabele het aantal contacten met de tandarts gedurende twee maanden. De regressiecoëfficiënten hiervoor zijn terug te vinden in tabel 3.2. Aan de hand van dit regressiemodel kan het volgende predictiemodel (zie kader 3.2) worden opgesteld voor het aantal contacten met de tandarts gedurende twee maanden.

Kader 3.2 Predictiemodel mondzorg

$$C_{\text{tandarts}} = 0,450 * P_T + 0,058 * X_1 - 0,182 * X_2 + 0,054 * X_3 - 0,068 * X_4 - 0,021 * X_5 - 0,181 * X_6 - 0,309 * X_7 + 0,022 * X_8 + 0,047 * X_9$$

C_{tandarts} = aantal contacten in de populatie met de tandarts in 2 maanden

P_T = aantal personen in de populatie

X_1 = aantal vrouwen in de populatie

X_2 = aantal 0 – 4 jaar in de populatie

X_3 = aantal 5 – 14 jaar in de populatie

X_4 = aantal 15 – 24 jaar in de populatie

X_5 = aantal 40 – 64 jaar in de populatie

X_6 = aantal 65 – 74 jaar in de populatie

X_7 = aantal 75 jaar en ouder in de populatie

X_8 = aantal westerse allochtonen in de populatie

X_9 = aantal niet-westerse allochtonen in de populatie

Door het invullen van de demografische kenmerken van een bepaalde populatie kan het aantal contacten met de tandarts voor twee maanden worden geschat. Door dit te vermenigvuldigen met zes wordt het aantal tandartscontacten voor één jaar geschat voor de desbetreffende populatie.

FTE tandarts

Net als bij de huisarts is het bij de tandarts mogelijk om het aantal contacten voor een bepaalde populatie per jaar om te rekenen naar het aantal FTE tandarts. De norm voor één FTE tandarts ligt tussen de 2.500 en 2.700 (VROM, sociale verbouwing, 2003). Voor de berekening van de monitor zijn we uitgegaan van een normpraktijk van 2.600 inwoners ongeacht de samenstelling hiervan. Op basis van de NS2- data kan berekend worden dat één persoon 2,63 (afgerond) keer per jaar contact heeft met de tandarts. Door dit te vermenigvuldigen met de normpraktijk, kom je uit op het totaal aantal contacten per jaar met de tandarts van 6.836,71. Dit is het aantal contacten die je verwacht afgezien van de samenstelling van een specifieke populatie. Door het aantal contacten op jaarbasis met de tandarts te delen door het aantal contacten die verwacht wordt voor een normpraktijk, kan

het aantal FTE tandarts op jaarbasis voor een bepaalde populatie worden berekend, waarbij rekening is gehouden met de demografische kenmerken hiervan.

3.3.3 *Paramedische zorg met betrekking tot het bewegingsapparaat*

Aan de ondervraagden van de NS2 is de vraag voorgelegd of ze de afgelopen twaalf maanden contact hebben gehad met een paramedische zorgverlener. Hiermee worden bedoeld de diëtist, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, mondhygiëniste, oefentherapeut Cesar-Mensendieck, orthoptist en podotherapeut. Voor dit onderzoek zijn het aantal mensen die contact hebben gehad met de fysiotherapeut en oefentherapeut Cesar-Mensendieck gecombineerd omdat er anders te weinig cases waren om een regressiemodel op te baseren. Voor de overige paramedische zorgverleners was het door het geringe aantal cases niet mogelijk om op basis van NS2-data het aantal contacten per zorgaanbieder te voorspellen (Van Lindert et al., 2004).

In totaal hebben 1.942 personen (13,9%) in het tijdsbestek van twaalf maanden contact gehad met een paramedische zorgverlener met betrekking tot het bewegingsapparaat (fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar-Mensendieck). Hiervan is 89,5% alleen behandeld door de fysiotherapeut, 7,4% alleen door een oefentherapeut Cesar-Mensendieck en is 3,1% door beide. Deze contacten zijn bij elkaar opgeteld. In de alloctonenenquête is alleen gevraagd of ze een paramedicus geraadpleegd hebben, maar niet hoeveel behandelingen ze hebben gehad. Voor dit onderzoek hebben we verondersteld dat *als* alloctonen onder behandeling zijn (geweest) bij een paramedicus, dat het aantal behandelingen gelijk is aan het gemiddeld aantal behandelingen uit de 'autochtone' patiëntenenquête, voor respectievelijk de fysiotherapeut als de oefentherapeut Cesar-Mensendieck. Van alle respondenten heeft 6,5% 1-10 behandelingen gehad, 4,4% 11-20 behandelingen en 2,0% 21-50 behandelingen. Voor 1% geldt dat zij meer dan 50 behandelingen in de afgelopen twaalf maanden hebben gehad, met een maximum van 365 (dagelijkse behandeling).

Op basis van deze gegevens is het multiple lineaire regressiemodel opgesteld met als uitkomstvariabele het aantal contacten met paramedici met betrekking tot het bewegingsapparaat in twaalf maanden. De regressiecoëfficiënten hiervoor zijn terug te vinden in tabel 3.2. Aan de hand van dit regressiemodel kan het volgende predictiemodel (zie kader 3.3) worden opgesteld voor het geschatte aantal contacten met paramedici gedurende twaalf maanden. Door het invullen van de demografische kenmerken van een bepaalde populatie kan het aantal contacten met paramedici voor twaalf maanden geschat worden, waarbij rekening is gehouden met de demografische kenmerken hiervan.

Kader 3.3 Predictiemodel paramedische zorg met betrekking tot het bewegingsapparaat

$$C_{\text{paramed}} = 2,082 * P_T + 1,001 * X_1 - 2,242 * X_2 - 1,406 * X_3 - 0,664 * X_4 + 0,792 * X_5 + 0,986 * X_6 + 1,097 * X_7 - 0,212 * X_8 + 0,014 * X_9$$

C_{paramed} = aantal contacten in de populatie met paramedici in 1 jaar

P_T = aantal personen in de populatie

X_1 = aantal vrouwen in de populatie

X_2 = aantal 0 – 4 jaar in de populatie

X_3 = aantal 5 – 14 jaar in de populatie

X_4 = aantal 15 – 24 jaar in de populatie

X_5 = aantal 40 – 64 jaar in de populatie

X_6 = aantal 65 – 74 jaar in de populatie

X_7 = aantal 75 jaar en ouder in de populatie

X_8 = aantal westerse allochtonen in de populatie

X_9 = aantal niet-westerse allochtonen in de populatie

FTE paramedici

Net als bij de huisarts en tandarts is het voor paramedische met betrekking tot het bewegingsapparaat mogelijk om het aantal contacten voor een bepaalde populatie per jaar om te rekenen naar het geschat aantal FTE paramedici. Als norm wordt gehanteerd dat per 3000 inwoners één fysiotherapeut nodig is ongeacht de samenstelling van die populatie (Sprinkhuizen et al., 2004). Voor dit onderzoek is de aanname gemaakt dat het aantal inwoners per FTE oefentherapeut Cesar-Mensendieck gelijk ligt aan dat van de fysiotherapeut. Op basis van de NS2-data kan berekend worden dat één persoon gemiddeld 2,68 behandelingen (afgerond) van een paramedici met betrekking tot het bewegingsapparaat per jaar heeft. Door dit te vermenigvuldigen met de normpraktijk, kom je uit op een totaal aantal behandelingen per jaar door een paramedicus van 8.049,7. Dit is het aantal contacten dat je verwacht ongeacht de samenstelling van een specifieke populatie. Door het aantal contacten op jaarbasis met de paramedici te delen door het aantal contacten die verwacht worden voor een normpraktijk, kan het aantal FTE paramedici op jaarbasis met betrekking tot het bewegingsapparaat voor een bepaalde populatie worden berekend, waarbij rekening is gehouden met de demografische kenmerken hiervan.

3.3.4 Eerstelijns-geestelijke gezondheidszorg

In het NS2-onderzoek is aan de ondervraagden ook de vraag voorgelegd of zij contact hebben gehad met psychosociale hulpverleners. Voor dit onderzoek zijn de contacten met de eerstelijnspsycholoog en de maatschappelijk werker samen genomen om tot genoeg cases te komen om een zinnig predictiemodel op te zetten.

In totaal hebben 378 personen (2,7%) gedurende twaalf maanden contact gehad met een eerstelijns-geestelijke gezondheidszorgverlener. Hiervan is 48,7% alleen onder behandeling geweest van een eerstelijnspsycholoog, 47,9% alleen bij een maatschappelijk werker en 3,4% bij beide. Voor de laatste groep geldt dat zijn in de analyses zijn meegenomen als dat ze contact hebben gehad met één eerstelijns-geestelijke zorgverlener. Met betrekking tot het aantal contacten zijn deze bij elkaar opgeteld. In de allochtonen-enquête is alleen gevraagd of ze contact hebben gehad met een eerstelijnspsycholoog of maatschappelijk werker, maar niet hoeveel behandelingen ze hebben gehad. Voor dit onderzoek hebben we verondersteld dat **als** allochtonen onder behandeling zijn (geweest) bij een eerstelijns-geestelijke zorgverlener, dat het aantal consulten gelijk is aan het gemiddeld aantal behandelingen uit de 'autochtone' patiënten-enquête, respectievelijk voor de eerstelijnspsycholoog als voor de maatschappelijk werker. Van alle respondenten heeft 2,2% 1-10 behandelingen gehad en 0,5% meer dan tien behandelingen met een maximum van honderd in twaalf maanden.

Op basis van deze gegevens is het multiple lineaire regressiemodel opgesteld met als uitkomstvariabele het aantal contacten met eerstelijns-geestelijke gezondheidsverleners in de twaalf maanden. De regressiecoëfficiënten hiervoor zijn terug te vinden in tabel 3.2. Aan de hand van dit regressiemodel kan het volgende predictiemodel (zie kader 3.4) worden opgesteld voor het geschat aantal contacten met eerstelijns-geestelijke gezondheidsverleners gedurende twaalf maanden. Door het invullen van de demografische kenmerken van een bepaalde populatie kan het aantal contacten met eerstelijns-geestelijke gezondheidsverleners voor twaalf maanden geschat worden, waarbij rekening is gehouden met de demografische kenmerken hiervan.

Kader 3.4 Predictiemodel eerstelijns-geestelijke gezondheidszorg

$$C_{\text{eggz}} = 0,309 * P_T + 0,154 * X_1 - 0,388 * X_2 - 0,379 * X_3 - 0,098 * X_4 - 0,094 * X_5 - 0,329 * X_6 - 0,330 * X_7 - 0,017 * X_8 + 0,044 * X_9$$

C_{eggz} = aantal contacten in de populatie met de eerstelijns-GGZ in 1 jaar

P_T = aantal personen in de populatie

X_1 = aantal vrouwen in de populatie

X_2 = aantal 0 – 4 jaar in de populatie

X_3 = aantal 5 – 14 jaar in de populatie

X_4 = aantal 15 – 24 jaar in de populatie

X_5 = aantal 40 – 64 jaar in de populatie

X_6 = aantal 65 – 74 jaar in de populatie

X_7 = aantal 75 jaar en ouder in de populatie

X_8 = aantal westerse allochtonen in de populatie

X_9 = aantal niet-westerse allochtonen in de populatie

Het is moeilijk om het aantal contacten met de eerstelijns-GGZ om te rekenen in aantal FTE. Een van de redenen is dat er landelijk, doordat veel eerstelijnspsychologen

vrijgevestigd zijn, geen eenduidige gegevens beschikbaar zijn over normpraktijken. Daarnaast is een contact/afpraak met de maatschappelijk werker over het geheel genomen korter dan met een eerstelijnspsycholoog. De MO-groep (Maatschappelijke Ondernemers Groep, de brancheorganisatie van ondernemers in de welzijnssector/werkgeversorganisatie), heeft aangegeven dat met betrekking tot maatschappelijk werkenden in de eerste lijn een streefnorm is van één maatschappelijk werker op 6.000 inwoners. Daarbij wordt de kanttekening geplaatst dat dit in de huidige situatie niet wordt gehaald en dat er momenteel sprake van is van ongeveer één maatschappelijk werker op 7.500 inwoners. De Landelijke Vereniging van Eerstelijns-psychologen gaan momenteel uit van één eerstelijnspsycholoog op 12.000 inwoners.

3.3.5 *Thuiszorg*

Thuiszorg is de laatste eerstelijnszorgaanbieder die in de eerste versie van de VAAM meegenomen kan worden op basis van NS2-gegevens. Aan de respondenten is de vraag voorgelegd in hoeverre zijzelf hulp of zorg thuis kregen in verband met hun gezondheid. In het onderzoek werd aangegeven dat het hierbij ging om hulp van de wijkverpleegkundige of gezinsverzorgende al dan niet via een thuiszorgorganisatie, maar ook hulp van een particuliere verpleegkundige of particuliere huishoudelijke hulp.

In totaal geven 801 respondenten (5,7%) aan dat ze de afgelopen twaalf maanden vanwege hun gezondheid betaalde hulp of zorg thuis hebben gehad. Wanneer gevraagd werd om wat voor soort hulp of zorg dit ging, gaf 72,2% aan dat het hulp bij huishoudelijk werk betrof, 16,9% om hulp bij dagelijkse verzorging en 11,0% om verpleging. Aangezien het bij de laatste twee groepen om relatief kleine aantallen gaat en het personeel een andere (hogere) opleiding nodig heeft dan degene die huishoudelijk werk doen, zijn verpleging en verzorging voor het doel van dit onderzoek bij elkaar genomen. Opgemerkt dient te worden dat mensen vaak een combinatie van de verschillende soorten thuiszorg. Daarnaast is het voor mensen soms lastig om in te schatten of iets huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of verpleegkundige zorg is. Naast de vraag of de respondenten betaalde hulp of zorg thuis hadden, is gevraagd naar het gemiddeld aantal uren per week dat ze deze hulp hebben gehad en hoeveel weken dat waren in de afgelopen twaalf maanden. In tegenstelling tot de vorige eerstelijnszorgaanbieders gaat het bij de thuiszorg dus om uren en niet om het aantal contacten. Op basis hiervan kan per soort zorg per respondent het totaal aantal uren thuiszorg voor de afgelopen twaalf maanden berekend worden. In de allochtonenenquête is alleen gevraagd of ze betaalde hulp of verzorging thuis hebben gehad, maar niet om hoeveel uur dit ging. Voor dit onderzoek hebben we verondersteld dat als allochtonen betaalde hulp of zorg thuis hebben, dat het aantal uren gelijk is aan het gemiddeld aantal uren per soort thuiszorg uit de 'autochtone' patiëntenenquête.

Op basis van de bovenstaande gegevens kan zowel een multiple lineair regressiemodel worden opgesteld voor de huishoudelijke hulp als een model voor een combinatie van verpleging en verzorging. De regressiecoëfficiënten van beide analyses zijn terug te

vinden in tabel 3.2. In kader 3.5 staat het predictiemodel weergegeven voor het geschat aantal uren hulp bij huishoudelijk werk gedurende een jaar.

Kader 3.5 Predictiemodel thuiszorg met betrekking tot huishoudelijke hulp

C_{huis}	$= 3,968 * P_T + 3,020 * X_1 - 4,895 * X_2 - 4,901 * X_3 - 4,745 * X_4 + 2,842 * X_5 + 5,454 * X_6 + 55,393 * X_7 - 3,221 * X_8 + 0,020 * X_9$
C_{huis}	= aantal uren in de populatie voor huishoudelijke hulp in 1 jaar
P_T	= aantal personen in de populatie
X_1	= aantal vrouwen in de populatie
X_2	= aantal 0 – 4 jaar in de populatie
X_3	= aantal 5 – 14 jaar in de populatie
X_4	= aantal 15 – 24 jaar in de populatie
X_5	= aantal 40 – 64 jaar in de populatie
X_6	= aantal 65 – 74 jaar in de populatie
X_7	= aantal 75 jaar en ouder in de populatie
X_8	= aantal westerse allochtonen in de populatie
X_9	= aantal niet-westerse allochtonen in de populatie

Het predictiemodel van het geschat aantal uren hulp bij de dagelijkse verzorging en verpleging is terug te vinden in kader 3.6. Door het invullen van de demografische kenmerken voor een bepaalde populatie kan met beide modellen respectievelijk het aantal uren huishoudelijke hulp en het aantal uren verzorging en verpleging thuis worden geschat, waarbij rekening wordt gehouden met de demografische kenmerken van deze populatie.

Kader 3.6 Predictiemodel thuiszorg met betrekking tot verpleging en verzorging

$C_{\text{verpl_verz}}$	$= 1,035 * P_T + 2,200 * X_1 - 1,178 * X_2 - 2,146 * X_3 - 1,523 * X_4 - 1,791 * X_5 + 4,230 * X_6 + 16,036 * X_7 - 1,582 * X_8 + 2,559 * X_9$
$C_{\text{verpl_verz}}$	= aantal uren in de populatie verpleging en verzorging van de thuiszorg in het afgelopen jaar
P_T	= aantal personen in de populatie
X_1	= aantal vrouwen in de populatie
X_2	= aantal 0 – 4 jaar in de populatie
X_3	= aantal 5 – 14 jaar in de populatie
X_4	= aantal 15 – 24 jaar in de populatie
X_5	= aantal 40 – 64 jaar in de populatie
X_6	= aantal 65 – 74 jaar in de populatie
X_7	= aantal 75 jaar en ouder in de populatie
X_8	= aantal westerse allochtonen in de populatie
X_9	= aantal niet-westerse allochtonen in de populatie

In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op hoe de voorgaande analyses en modellen in de internetmonitor VAAM worden meegenomen.

3.4 Bepalen aantallen overige eerstelijnszorgaanbieders

Voor een aantal eerstelijnszorgaanbieders is het op dit moment niet mogelijk om het aantal contacten/behandelingen te schatten aan de hand van bestaande data zoals in de vorige paragraaf. Het gaat hierbij om farmaceutische zorg (apotheken, apothekers en apothekersassistenten, verloskundigen en logopedisten). Om toch iets over de vraag naar deze disciplines te kunnen zeggen is ervoor gekozen om te werken met landelijke gemiddelden zoals deze uit verschillende onderzoeken naar voren zijn gekomen of door beroepsorganisaties als norm wordt gehanteerd. Het nadeel hiervan is dat hierdoor geen onderscheid gemaakt kan worden naar de samenstelling van de populatie. Dit laatste is tenslotte wel het uitgangspunt van de VAAM. Na overleg met de klankbordgroep is besloten deze gegevens toch in de monitor op te nemen om te komen tot een zo compleet mogelijk overzicht van eerstelijnszorg voor een bepaalde populatie. In eventueel vervolgonderzoek zal gekeken moeten worden in hoeverre hier meer toegespitste gegevens voor beschikbaar kunnen komen.

Met betrekking tot apotheken kan worden opgemerkt dat de gemiddelde patiëntenpopulatie van een openbare apotheek op dit moment 8.700 personen is (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2006). Door de toename van het aantal apotheekvestigingen in ons land is deze gemiddelde populatie de afgelopen jaren afgenomen van 9.000 tot deze 8.700 inwoners. In vergelijking met de meeste andere Europese landen is de patiëntenpopulatie van een Nederlandse apotheek nog altijd omvangrijk te noemen. De Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) heeft aangegeven dat er gemiddeld per 10.000 inwoners 1,5 apothekers nodig zijn en 6,48 apothekersassistenten. Voor de VAAM betekent dit dat we uitgaan van één apotheek per 8.700 inwoners, één apotheker per 6.667 inwoners en één apothekersassistent per 1.543 inwoners.

In de VAAM wordt uitgegaan van een verloskundigendichtheid van 1.823, zoals deze op 1 januari 2005 geregistreerd is (Kenens et al., 2005). De verloskundigendichtheid wordt gemeten als het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd, 15 tot en met 39 jaar, per eerstelijns-verloskundige. Wel dient te worden opgemerkt dat deze verloskundigendichtheid tussen provincies enorm verschilt. Zo bedraagt de verloskundigendichtheid het hoogst in respectievelijk Gelderland (1941) en Noord-Brabant (1.952) en het laagst in Zeeland (5.588). In de VAAM wordt uiteindelijk uitgegaan van één verloskundige per 1.823 vrouwen in de leeftijd van 15 tot met 39 jaar.

Medio 2003 bedroeg de gemiddelde logopedistendichtheid 3.500 inwoners per werkzame logopedist (zie www.nivel.nl/beroepenindezorg; bron NVLF). Dit zal dan ook als basis dienen voor de VAAM, één logopedist per 3.500 inwoners.

De belangrijkste eerstelijnszorgaanbieder die nog in de VAAM ontbreekt, is de diëtist. De Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) beschikt echter niet over cijfers of normen. Er zijn geen geluiden over overschotten of echte tekorten.

Tabel 3.2 Regressiecoëfficiënten voor input in predictiemodellen*

	Huisarts			Tandarts			Paramedische zorg			Geestelijke gezondheidszorg			Thuiszorg			
	B	Sig	B	Sig	B	Sig	B	Sig	B	Sig	B	Sig	huishoudelijk	verpleging en verzorging	B	Sig
constante (man, 25 – 39 jaar, autochtoon)	0,506	0,000	0,450	0,000	2,082	0,000	0,309	0,000	3,968	0,181	1,035	0,333				
Vrouw	0,196	0,000	0,058	0,000	1,001	0,000	0,154	0,000	3,020	0,198	2,200	0,009				
dummy 0 – 4 jaar (dummy)	-0,069	0,175	-0,182	0,000	-2,242	0,000	-0,388	0,000	-4,895	0,384	-1,178	0,561				
5 – 14 jaar (dummy)	-0,266	0,000	0,054	0,015	-1,406	0,000	-0,379	0,000	-4,901	0,236	-2,146	0,150				
15 – 24 jaar (dummy)	-0,117	0,004	-0,068	0,005	-0,664	0,077	-0,098	0,166	-4,745	0,293	-1,523	0,349				
40 – 64 jaar (dummy)	0,129	0,000	-0,021	0,224	0,792	0,003	-0,094	0,060	2,842	0,375	-1,791	0,121				
65 – 74 jaar (dummy)	0,260	0,000	-0,181	0,000	0,986	0,013	-0,329	0,000	5,454	0,252	4,230	0,014				
75 jaar en ouder (dummy)	0,420	0,000	-0,309	0,000	1,097	0,015	-0,330	0,000	55,393	0,000	16,036	0,000				
westerse allochtoon (dummy)	0,101	0,041	0,022	0,446	-0,212	0,639	-0,017	0,843	-3,221	0,553	-1,582	0,419				
niet-westerse allochtoon (dummy)	0,367	0,000	0,047	0,013	0,014	0,962	0,044	0,430	0,020	0,995	2,559	0,045				
SE van de gemiddelde voorspelling*	0,027		0,016		0,247		0,046		2,965		1,068					

* Voor elk van de modellen wordt gerekend met een betrouwbaarheidsinterval, in dit geval het voorspellingsinterval. Voor predictiemodellen is deze gelijk aan het verwachte aantal contacten plus of min $1,96 * \sqrt{(SEE + SE^2)}$. Hierbij is $SEE = \sqrt{(\text{sum of squares of the residuals})/(\text{aantal vrijheidsgraden})}$. Zie voor verdere uitleg hiervoor www2.chass.ncsu.edu/garson/PA765/regress.htm (geraadpleegd op 10 april 2006).

4 Resultaten kwalitatief onderzoek

4.1 Inleiding

De belangrijkste resultaten van de groepsgesprekken worden per groep weergegeven. In bijlage 4 staat per groepsgesprek een kort uitgewerkt verslag. In dit hoofdstuk wordt puntsgewijs de belangrijkste resultaten uit de groepsgesprekken vermeld. Uit de verslagen van de gesprekken zijn met name die punten geselecteerd die van invloed zijn op de vraag naar (eerstelijns)zorgvoorzieningen. Hierbij is enerzijds onderscheid gemaakt naar punten die betrekking hebben op de zorg verleend in de huisartspraktijk en anderzijds punten die betrekking hebben op de overige disciplines werkzaam in de eerstelijnszorg. Deze punten zullen in de VAAM als pop-ups worden ingebouwd, zodat gebruikers van het instrument rekening kunnen houden met de specifieke wensen van deze categorieën zorggebruikers. Andere punten die tijdens de groepsgesprekken werden genoemd maar niet direct een effect hebben op de vraag naar eerstelijnszorgvoorzieningen worden hier wel besproken, maar zijn niet opgenomen in de monitor zelf.

4.2 Resultaten groepsgesprek met niet-westerse allochtonen

Van de deelnemers aan het groepsgesprek met niet-westerse allochtonen waren twee personen afkomstig uit Marokko, twee uit Suriname, twee van de Nederlandse Antillen en één persoon uit Turkije. De leeftijd varieerde van 18 tot 56 jaar. Een uitgewerkt verslag van dit groepsgesprek staat in bijlage 4.

Als gekeken wordt welke punten voor mensen van niet-westerse afkomst van belang zijn met betrekking tot de vraag naar huisartsenzorg dan gaat het om de volgende punten:

- na een telefoontje dezelfde dag terechtkunnen (men is dit in het land van herkomst gewend);
- een avond- en weekendspreekuur;
- meer mogelijkheden voor een langer consult;
- meer mogelijkheden om van huisarts te veranderen/grotere keuzevrijheid;
- meer allochtone huisartsen (afspiegeling van de inwoners in een wijk);
- meer deskundigheid met betrekking tot specifieke ziekte/aandoeningen van allochtonen;
- meer uitleg in de eigen taal ('medische' tolken) bijvoorbeeld door voorlichters in eigen taal en cultuur;
- minder prominente rol voor assistente met betrekking tot het maken van een afspraak (speelt ook bij de triage bij huisartsenposten);
- meer inzet van praktijkverpleegkundigen in het kader van taakherschikking;
- concentratie van zorg in gezondheidscentra.

Met betrekking tot de overige eerstelijnsdisciplines worden de volgende punten door allochtone zorggebruikers belangrijk gevonden:

- belangrijkere rol voor maatschappelijk werkers (vanwege frequent voorkomende psychosociale problemen);
- meer uitleg in eigen taal met betrekking tot verloskundige zorg (tolken);
- meer tijd en overleg bij de tandarts (gaat vooral om meer inspraak in eigen behandeling net zoals in het land van herkomst);
- makkelijkere verkrijgbaarheid medicijnen (met name antibiotica);
- eigen budget voor thuis- en kraamzorg;
- specifieke cursussen met betrekking tot thuiszorg, zodat de hulpvraag in de familiekring kan worden opgevangen.

4.3 Resultaten groepsgesprek met ouderen

De acht deelnemers bestonden uit drie vrouwen en vijf mannen. Alle deelnemers waren ouder dan 65 jaar. Een uitgewerkt verslag van dit groepsgesprek is terug te vinden in bijlage 4.

Wanneer de opmerkingen van de groep ouderen over de vraag naar de zorg zoals die wordt verleend in de huisartspraktijk wordt samengevat in een aantal concrete voor ouderen belangrijke punten, dan gaat het daarbij om:

- huisartsenpraktijk dicht bij woonadres;
- meer mogelijkheden voor een langer consult, bijvoorbeeld via dubbele consulten;
- dagelijks een telefonisch spreekuur;
- een inloopspreekuur;
- een 5-minutenspreekuur op vrijdag om ongerustheid voor het weekend weg te nemen;
- meer mogelijkheden voor huisbezoek en/of goede overdracht bij vervanging;
- huisartsenpost en apotheek bij elkaar in de buurt (bijvoorbeeld onder één dak);
- minder prominente rol voor assistente met betrekking tot het maken van een afspraak (geldt ook voor de huisartsenposten).

Tijdens het groepsgesprek met ouderen zijn de volgende punten genoemd die betrekking hebben op de overige eerstelijnsdisciplines:

- tandarts en apotheek dicht bij woonadres;
- meer tijd voor de thuiszorgmedewerker zodat er ruimte is voor een persoonlijk praatje;
- vaste thuiszorgmedewerker(s), met minder opgeknipte taken;
- aantal uren thuiszorg waarop men recht heeft volgens de indicatie;
- aandacht voor preventie, bijvoorbeeld in de vorm van 1- of 2-jaarlijkse gezondheidscheck-up met screening op ouderdomsaandoeningen, zoals osteoporose en prostaatkanker.

Bovendien blijkt uit het groepsgesprek dat de ondervraagde groep ouderen bereid is zelf een bijdrage te leveren aan het zorgproces, door actief betrokken te worden bij de behandeling door bijvoorbeeld het consult thuis goed voor te bereiden. Tevens geven de

deelnemers aan dat taakherschikking binnen de huisartsenzorg niet als een probleem wordt gezien, maar dat dit wel onder voorwaarden moet plaatsvinden. De ouderen in dit gesprek geven aan dat er goede voorlichting over de rol van verpleegkundigen met zijn en dat de huisarts eindverantwoordelijke is en blijft. Daarnaast wenst men meer voorlichting/informatie over het acute zorgaanbod, want het is ouderen vaak onduidelijk waar ze met hun acute zorgvraag naar toe kunnen. Deze voorlichting moet niet alleen via internet aangeboden worden, maar zeker ook via andere communicatiekanalen. Ook wenst men meer informatie over vergoeding fysiotherapie, de mogelijkheid tot thuisbezorging van medicijnen en goede afspraken met de thuiszorg op welke tijdstippen zorg/hulp wordt verleend.

4.4 Resultaten groepsgesprek met ouders van jonge kinderen

Deze groep bestond uit vijf deelnemers in de leeftijd van 33 tot 40 jaar. Het gesprek spitste zich vooral toe op de zorg rond de geboorte, het consultatiebureau en de taakafbakening in de zorg aan (jonge) kinderen. Een uitgewerkt verslag van dit gesprek staat in bijlage 4.

Met betrekking tot de vraag naar huisartsenzorg en naar overige disciplines in de eerste lijn zijn in het groepsgesprek van ouders met jonge kinderen, de volgende aandachtspunten genoemd.

Zorg in de huisartsenpraktijk:

- meer mogelijkheden voor huisbezoek;
- kortere wachttijd huisarts (en met name ook bij de huisartsenposten);
- meer mogelijkheden om van huisarts te veranderen/grotere keuzevrijheid;
- goede bereikbaarheid (telefonisch, openbaar vervoer);
- goede toegankelijkheid (kinderwagens!).

Met betrekking tot andere hulpverleners zijn de volgende punten van belang:

- concentratie van zorgverleners (huisarts, apotheek, verloskundige en consultatiebureau) onder één dak;
- goede bereikbaarheid verloskundige (telefonisch, openbaar vervoer);
- goede toegankelijkheid verloskundigen;
- kortere wachttijd bij het consultatiebureau;
- mogelijkheid voor rechtstreekse doorverwijzing van consultatiearts naar specialisten (m.n. kinderartsen en fysiotherapeuten);
- telefonische spreekuur/inloopsprekuren bij het consultatiebureau;
- vaste kraamhulp, want liever niet teveel mensen over de vloer;
- thuisbezorging van medicijnen door apotheek (vooral handig bij zieke kinderen).

Daarnaast ziet men nog de volgende verbeter- of aandachtspunten die wellicht niet van invloed zijn op de vraag aan zorg maar, vanuit het gezichtspunt van ouders van kleine kinderen, wel kwaliteitsverhogend zouden werken. Deze punten hebben betrekking op:

- invoering van een Elektronisch Patiënten Dossier t.b.v. informatieoverdracht tussen huisarts, huisartsenpost, verloskundige en consultatiebureau (uiteraard met privacywaarborgen);
- meer eenduidigheid in voorlichting en advisering van huisarts en consultatiebureau;
- meer voorlichting over lifestyle (foliumzuur etc.) voorafgaand aan de zwangerschap;
- meer aanbod van prenatale diagnostiek;
- automatisch inschakelen van/herinnering inschakelen kraamzorg door verloskundigen meteen na de bevalling;
- verbetering van overdracht ziekenhuis naar kraamzorg/consultatiebureau via een EPD;
- meer duidelijkheid over zorgaanbod bij acute zorgbehoefte.

4.5 Resultaten groepsgesprek met mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking

In totaal deden acht personen mee aan het groepsgesprek met chronisch zieken, twee mannen en zes vrouwen. De deelnemers hadden zeer uiteenlopende ziekten als reuma, ziekte van Bechterew (soort reuma), ziekte van Crohn, coeliakie, astma en chronisch bronchitis. Het uitgewerkte verslag van dit gesprek staat in bijlage 4.

Samenvattend worden door de groep zorggebruikers met een chronische aandoening en/of lichamelijke beperkingen de volgende punten genoemd die van invloed zijn op de zorgvraag.

Met betrekking tot de zorg in de huisartspraktijk:

- huisarts/apotheek op kortere afstand;
- meer mogelijkheden voor huisbezoek;
- huisartsenpost dicht bij woonadres;
- betere toegankelijkheid/bereikbaarheid huisartsenpost;
- minder prominente rol voor assistente huisarts en huisartsenpost met betrekking tot het maken van een afspraak (geldt vooral bij triage binnen de huisartsenpost);
- meerdere huisartsen bij elkaar maakt specialisatie/specifieke kennis mogelijk.

Met betrekking tot andere hulpverleners zijn de volgende punten van belang:

- concentratie van disciplines in gezondheidscentra;
- apotheek met voldoende medicijnen op voorraad;
- medicijnen thuis laten bezorgen;
- ruimere openingstijden apotheek;
- meer gespecialiseerde verpleegkundigen in de eerste lijn;
- meer mogelijkheden voor persoonsgebonden budget;
- vaste thuiszorgmedewerker(s) op vaste tijdstippen;
- zorgloket bij gemeente die adviseren en ondersteunen bij het aanvragen van hulpmiddelen en voorzieningen;
- persoonlijke coach (mix tussen maatschappelijk werker en verpleegkundige) voor ondersteuning in (financiële) regelzaken.

Tenslotte ziet men nog de volgende punten waarop kwaliteitsverbetering mogelijk is:

- verbeteren van de afstemming tussen verschillende disciplines binnen de eerste lijn, onder meer bij medicatiebewaking;
- afschaffen van steeds moeten aanvragen van herhaalrecepten in geval van chronische aandoening;
- behoefte aan afstemming tussen de eerste en tweede lijn; daarbij grote behoefte aan EPD;
- behoefte aan gespecialiseerde fysiotherapeuten met deskundigheid op specifieke aandoeningen;
- doorverwijzing naar patiëntenorganisaties voor voorlichting, keuzeondersteunende informatie en lotgenotencontact.

4.6 Resultaten groepsgesprek met incidentele zorggebruikers

Aan het groepsgesprek met incidentele zorggebruikers deden in totaal negen personen mee variërend in leeftijd van 39 tot 73 jaar. Het uitgewerkte verslag is terug te vinden in bijlage 4.

Voor de groep van incidentele zorggebruikers kunnen de aandachtspunten als het gaat om ontwikkelingen in de zorgvraag als volgt worden samengevat.

Met betrekking tot de huisartsenzorg:

- meer mogelijkheden voor een langer consult;
- meer mogelijkheden om van huisarts te veranderen/grotere keuzevrijheid;
- een avond- en weekendsprekuren en inloopsprekuren;
- meer mogelijkheden voor 'second opinion'.

Met betrekking tot andere zorgverleners:

- meer mogelijkheden voor periodieke check-up eens in de twee tot vijf jaar;
- concentratie van disciplines in gezondheidscentra (met name huisarts, tandarts apotheek, fysiotherapeut, verloskunde en maatschappelijk werk);
- meer gespecialiseerde verpleegkundigen in de eerste lijn;
- overwegend positieve attitude t.a.v. taakherschikking, mits met goede voorlichting en informatie en onder voorwaarden van opleiding en het volgen van standaarden en protocollen.

Naast de bovenstaande punten ziet de groep incidentele zorggebruikers dat er een betere afstemming tussen eerste en tweede lijn mogelijk is onder andere via het Elektronisch Patiënten Dossier, mits privacy gewaarborgd is. Tevens geven de incidentele zorggebruikers aan dat er meer duidelijkheid moet komen over het zorgaanbod bij acute zorgbehoefte, wie moet wanneer benaderd worden. Volgens de deelnemer zou ook gekeken moeten worden of de bereikbaarheid van huisartsen en huisartsenposten verbeterd kan worden door het invoeren van één telefoonnummer. Het zou volgens hen mogelijk moeten zijn dat als je tijdens avond- of weekenddiensten de huisarts belt, dat de patiënt rechtstreeks wordt doorverbonden met de huisartsenpost. Tenslotte wordt in deze

groep aangegeven dat er herbezinning op (of betere voorlichting over) triage in huisartsenposten wenselijk is.

4.7 Resultaten groeps gesprek met GGZ-gebruikers

Aan het groeps gesprek met GGZ-gebruikers deden helaas maar drie personen mee in de leeftijd 48 tot 54 jaar. De onderstaande resultaten geven dan ook een beeld gebaseerd op de ervaringen en ideeën van deze drie personen. Het is aan te raden in eventueel vervolgonderzoek een nieuw groeps gesprek te organiseren om de resultaten uit dit gesprek te verifiëren.

Wanneer de opmerkingen van de groep GGZ-gebruikers over de vraag naar de zorg zoals die wordt verleend in de huisartsenpraktijk wordt samengevat in een aantal concrete voor GGZ-gebruikers belangrijke punten, dan gaat het daarbij om:

- meer mogelijkheden voor een langer consult;
- meer deskundigheid met betrekking tot psychische aandoeningen;
- meer kennis over de organisatie van de GGZ-zorgverlening;
- meer inzet van praktijkverpleegkundigen in het kader van taakherschikking;
- meer inzet van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen door de kennis die zij hebben van de GGZ (eventueel in dienst bij de huisarts of bij een gezondheidscentrum);
- meer tijd wanneer de huisartsenpost gebeld wordt als iemand psychisch in nood is.

Tijdens het groeps gesprek met GGZ-gebruikers zijn de volgende punten genoemd die betrekking hebben op de overige eerstelijnsdisciplines:

- concentratie van zorgverleners (huisarts, apotheek, specialistisch verpleegkundige, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en maatschappelijk werk) onder één dak;
- verplaatsing van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen naar de eerste lijn;
- verhoging van het aantal behandelingen door de eerstelijnspsycholoog en maatschappelijk werker naar wat de behandelaar realistisch vindt;
- verschillende zorgaanbieders moeten GGZ-cliënten wijzen op het bestaan van patiëntenverenigingen en zelfhulpgroepen en wat deze voor hen kunnen betekenen;
- meer fysiotherapeuten zouden psychomotorische therapie (PMT) aan moeten bieden.

Bovendien blijkt uit het groeps gesprek dat de ondervraagde groep GGZ-gebruikers van mening zijn dat de crisisopvang beter geregeld moet worden. Vergelijkbaar met de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis zou er volgens de deelnemers ook een soort eerste hulppost bij een psychiatrisch ziekenhuis moeten komen. De groep GGZ-gebruikers is in tegenstelling tot de deelnemers aan de andere groeps gesprekken, zeer negatief over het gebruik van het elektronisch patiëntendossier. Dit heeft vooral te maken met privacy en omdat meer bang is voor hun hele leven een stempel opgedrukt te krijgen van psychologisch/psychiatrisch patiënt.

5 Beschrijving van de internetmonitor VAAM

In de voorgaande hoofdstukken is aangegeven waar de gegevens die zijn gebruikt bij het opstellen van de Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM) vandaan komen. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de internetmonitor VAAM zelf. Allereerst komt de website aan bod. Daarna zal voor zowel een kleine gemeente als voor twee wijken in een grote gemeente gekeken worden tot welke uitkomsten de VAAM komt. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over de implicaties die de resultaten van VAAM kunnen hebben en in welk perspectief ze geplaatst moeten worden.

5.1 De internetapplicatie VAAM

Er is gekozen voor een stap-voor-stap opzet van de monitor, zonder dat de bezoekers lastig worden gevallen met 'moeilijke' analyses. Het rekenmodel zoals deze in het vorige hoofdstuk is besproken, is dan ook 'verstoppt' in een gebruikersvriendelijke applicatie. De monitor is openbaar toegankelijk via internet www.nivel.nl/vaam (zie figuur 5.1). Via deze openingspagina is het mogelijk om door te klikken naar de websites van het NIVEL, de NPCF en het Ministerie van VWS. Tevens is op de openingspagina de handleiding voor de VAAM te downloaden (zie bijlage 5). Deze handleiding bevat alle informatie die de gebruiker van de VAAM nodig heeft om deze in te vullen. Naast een korte beschrijving van de VAAM, wordt kort ingegaan op de resultaten die van de VAAM verwacht kunnen worden en hoe hiermee moet worden omgegaan. Mochten gebruikers niet de beschikking hebben over de demografische gegevens, dan kunnen ze in deze handleiding een stapsgewijze uitleg vinden hoe ze deze gegevens op 4-cijferig postcodeniveau via Statline van het CBS kunnen vinden.

Figuur 5.1 Openingspagina VAAM



Door op 'verder' te klikken komen de bezoekers op de pagina waar in het kort het doel van de VAAM wordt uitgelegd. Tevens is het mogelijk om hier dit onderzoeksrapport te downloaden voor achtergrondinformatie.

Wanneer de bezoekers verder gaan, komen ze op de invulpagina van de VAAM terecht (zie figuur 5.2). Op deze pagina kunnen de gegevens ingevuld worden van de populatie waarvan men de vraag naar eerstelijnszorgaanbieders wil weten. Naast het invullen van de populatie waar het omgaat, moeten de aantal inwoners ingevuld worden onderverdeeld naar geslacht, leeftijd en etniciteit. Een schaalgrootte van 10.000 tot 15.000 inwoners wordt als optimale omvang gezien om de eerstelijnszorg te organiseren. Het is technisch natuurlijk mogelijk om met behulp van het model de vraag naar eerstelijnszorg voor meer of minder mensen te schatten. Bij kleinere aantallen moet er bij de interpretatie echter rekening mee worden gehouden dat de uitkomsten minder betrouwbaar zijn.

Figuur 5.2 Invulpagina VAAM demografische kenmerken populatie

Stad, dorp, wijk, postcodegebied

Geslacht
aantal mannen*
aantal vrouwen*

Leeftijd
aantal 0-4 jaar
aantal 5-14 jaar
aantal 15-24 jaar
aantal 25-39 jaar
aantal 40-64 jaar
aantal 65-74 jaar
aantal 75 jaar en ouder

Etniciteit
aantal westerse allochtonen
aantal niet-westerse allochtonen

* Verplicht invullen

Na het invullen van de demografische kenmerken van de gewenste populatie komt men via 'bereken' op het scherm terecht waar men de keuze heeft uit vier mogelijkheden voor resultaten:

- 1 Resultaten in aantal contacten en/of uren.
- 2 Resultaten in aantal FTE huisarts, tandarts en paramedici met betrekking tot het bewegingsapparaat.
- 3 Resultaten overige eerstelijnszorgaanbieders in aantallen.
- 4 Aandachtspunten voor specifieke doelgroepen (gebaseerd op kwalitatief onderzoek).
- 5 Print alle uitkomsten

De eerste drie punten zijn gebaseerd op de kwantitatieve berekeningen zoals deze in hoofdstuk 4 zijn besproken. De aandachtspunten voor specifieke doelgroepen zijn opgesteld aan de hand van de gehouden focusgroeps gesprekken, waarvan de resultaten in hoofdstuk 3 zijn besproken. In de internetmonitor VAAM zijn alleen die aandachtspunten aangegeven die rechtstreeks invloed hebben op de vraag en aanbod van verschillende eerstelijnszorgaanbieders.

5.2 Voorbeelden van de VAAM

Gedurende het onderzoek hebben twee gemeenten als pilotgemeente in het onderzoek geparticipeerd. Naast de nuttige adviezen tijdens de bijeenkomsten, hebben deze gemeenten ook tijd gestoken in het achterhalen van het aanbod van eerstelijnszorgaanbieders. De resultaten worden hieronder anoniem gepresenteerd.

5.2.1 Voorbeeld kleine gemeente

De eerste pilotgemeente had op 1 januari 2005 ruim 11.000 inwoners. Door de demografische kenmerken van de inwoners in het invoerblad van de VAAM in te vullen, kan de vraag naar eerstelijnszorg geschat worden. In tabel 5.1 staat de geschatte vraag weergegeven.

De gemeente zelf heeft kunnen achter halen dat er zes huisartsen werkzaam zijn binnen hun gemeentegrenzen, die gezamenlijk 4,9 FTE werken. Uit de VAAM komt het aantal FTE uit op 4,4. Verder hadden ze alleen gegevens over het aantal fysiotherapeuten die binnen de gemeente werkzaam zijn. Dit zijn er negen, die samen 6,7 FTE werken. Vergeleken met de VAAM, welke uitkomt op 3,6 FTE blijkt dat er een overschot aan fysiotherapeuten aanwezig is. Dit is in overeenstemming met eerdere signalen die de gemeente heeft ontvangen.

Tabel 5.1 Resultaten VAAM pilotgemeente 1

Uitkomstscherm 1		
<i>Resultaten in aantal contacten en/of uren</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>BI*</i>
aantal contacten huisartsenzorg	42.929	(28.731 – 57.127)
aantal contacten mondzorg	29.588	(18.786 – 40.390)
aantal contacten paramedische zorg (fysio/cesar/mensendieck)	28.310	(19.451 – 37.168)
aantal contacten eerstelijnspsycholoog/maatschappelijk werker	2.564	(0 – 5.742)
Aantal contacturen thuiszorg		
- aantal uren huishoudelijke zorg	89.499	(19.235 – 159.763)
- aantal uren verzorging + verpleging	25.537	(0 – 53.350)
Uitkomstscherm 2		
<i>Resultaten in aantal FTE</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>Ondergrens-bovengrens</i>
aantal FTE huisarts	4,3	(2,9 – 5,7)
aantal FTE tandarts	4,3	(2,7 – 5,9)
aantal FTE paramedici m.b.t. het bewegingsapparaat	3,5	(2,4 – 4,6)
Uitkomstscherm 3		
<i>Resultaten in aantal eenheden</i>	<i>Aantal</i>	
aantal apotheken	1,3	
aantal apothekers	1,7	
aantal apotheekassistenten	7,4	
aantal verloskundigen	1,2	
aantal logopedisten	3,2	
Uitkomstscherm 4		
	<i>% ingevulde populatie</i>	<i>% Nederland</i>
Migranten	1,3	10,4
Ouderen	13,0	14,6
Ouders met kleine kinderen	6,3	6,2
Incidentele zorggebruikers	54,2	45,7

* BI = betrouwbaarheidsinterval

5.2.2 Voorbeeld twee wijken in een grote gemeente

De tweede pilotgemeente is een gemeente van 'grote' omvang. Voor deze gemeente hebben we twee wijken van ongeveer gelijke omvang maar verschillende samenstelling uitgekozen (wijk 1: ruim 15.500 inwoners; wijk 2: bijna 12.500 inwoners). In wijk 1

wonen relatief veel mensen in de leeftijd van 15 tot 39 jaar in vergelijking met wijk 2 en in wijk 2 relatief veel niet-westerse allochtonen en kinderen.

Tabel 5.2 Resultaten VAAM twee wijken pilotgemeente 2

Uitkomstscherm 1					
<i>Resultaten in aantal contacten en/of uren</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>WIJK 1</i>		<i>WIJK 2</i>	
			<i>BI*</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>BI</i>
aantal contacten huisartsenzorg	64.027	(44.467 – 83.588)		51.778	(36.397 – 67.160)
aantal contacten mondzorg	42.283	(27.400 – 57.165)		33.921	(22.218 – 45.623)
aantal contacten paramedische zorg (fysio/cesar/mensendieck)	40.607	(28.402 – 52.812)		28.094	(18.496 – 37.691)
aantal contacten eerstelijnspsycholoog/ maatschappelijk werker	4.672	(293 – 9.051)		3.208	(0 – 6.652)
Aantal contacturen thuiszorg					
- aantal uren huishoudelijke zorg	99.469	(2.664 – 196.274)		60.363	(0 – 136.485)
- aantal uren verzorging + verpleging	30.006	(0 – 68.324)		24.704	(0 – 54.836)

Uitkomstscherm 2					
<i>Resultaten in aantal FTE</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>WIJK 1</i>		<i>WIJK 2</i>	
			<i>BI</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>BI</i>
aantal FTE huisarts	6,4	(4,4 – 8,4)		5,2	(3,6 – 6,7)
aantal FTE tandarts	6,2	(4,0 – 8,4)		5,0	(3,2 – 6,7)
aantal FTE paramedici m.b.t. het bewegingsapparaat	5,0	(3,5 – 6,6)		3,5	(2,3 – 4,7)

Uitkomstscherm 3					
<i>Resultaten in aantal eenheden</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>WIJK 1</i>		<i>WIJK 2</i>	
				<i>Gemiddeld</i>	
aantal apotheken	1,8			1,4	
aantal apothekers	2,3			1,8	
aantal apotheekassistenten	10,1			8,0	
aantal verloskundigen	2,5			1,6	
aantal logopedisten	4,5			3,5	

Uitkomstscherm 4					
	<i>% ingevulde populatie</i>	<i>WIJK 1</i>		<i>WIJK 2</i>	
		<i>% Nederland</i>		<i>% ingevulde populatie</i>	<i>% Nederland</i>
Migranten	11,6	10,4		27,5	10,4
Ouderen	6,0	14,0		3,4	14,0
Ouders met kleine kinderen	3,5	6,2		12,6	6,2
Incidentele zorggebruikers	62,5	47,7		60,4	47,7

* BI = betrouwbaarheidsinterval

Voor de tweede pilotgemeente zijn per wijk de eerstelijnszorgaanbieders achterhaald. In wijk 1 werken bijvoorbeeld zeven huisartsen, die 5,6 FTE werken en in wijk 2 zijn dit negen huisartsen die gezamenlijk 9,1 FTE werken.

5.3 Resultaten VAAM in perspectief

Om te voorkomen dat gebruikers van de VAAM de resultaten zoals deze uit de monitor komen als planningsinstrument gebruiken, wordt in de toelichting van de VAAM opgenomen, de VAAM een functie heeft om beleidsondersteunende informatie te leveren. De VAAM geeft een eerste analyse van de zorgvraag in een populatie. Het is één van de bouwstenen die gebruikt kan worden om zorgvraag en -aanbod in een buurt/wijk meer op elkaar te laten aansluiten. Er moet dus worden gewaarschuwd voor een al te rigide gebruik van de uitkomsten van de VAAM. Het zijn slechts indicaties die in samenhang met andere gegevens kunnen worden gebruikt. Naast de resultaten van de VAAM wordt geadviseerd om deze gegevens in samenhang te gebruiken met:

- Epidemiologische gegevens van de GGD. Op deze manier kan gekeken worden naar de incidentie en prevalentie in de regio van veel voorkomende chronische aandoeningen als diabetes, astma/COPD, hart- en vaatziekte, psychische aandoeningen en psychosociale aandoeningen. Mochten er geen gespecificeerde gegevens beschikbaar zijn, dan kan er gebruik gemaakt worden van de landelijke gegevens van het RIVM (www.nationaalkompas.nl).
- Gegevens over het aanbod aan eerstelijnszorgaanbieders. Als de vraag naar eerstelijnszorg niet vergeleken wordt met het aanbod aan eerstelijnszorgaanbieders, kan er niet veel gezegd worden of er discrepanties aanwezig zijn. Voor een deel van de beroepsgroepen hebben regionale ondersteuningsstructuren hier informatie over. Daarnaast zijn er belangenbehartigingsorganisaties van huisartsen, eerstelijnspsychologen en verloskundigen etc., die hierover informatie beschikbaar hebben. Tenslotte kan natuurlijk ook informatie ingewonnen worden bij de eerstelijnszorgaanbieders zelf. Gedurende het onderzoek is echter gebleken dat in verband met marktwerking sommige zorgaanbieders deze informatie niet ter beschikking willen stellen. Informatie over de capaciteit en omvang van het aanbod worden beschouwd als 'bedrijfsgeheim'.
- Naast de kwalitatieve informatie die uit de groepsgesprekken naar voren is gekomen, is het aan te raden om aanvullende kwalitatieve informatie op te vragen bij de regionale patiënten-/consumentenorganisaties of afdelingen van categorale organisaties als bijvoorbeeld de Diabetesvereniging Nederland. Op deze manier kan er aanvullende informatie verkregen worden over de omvang en de wensen van patiënten.
- Tenslotte beschikken zorgverzekeraars over veel relevante informatie op basis van hun verzekerdenbestanden en de zorgconsumptie. Op geabstraheerd niveau kan deze informatie zeer veel toegevoegde waarde leveren. Wel moet men zich realiseren dat er in elke regio meerdere zorgverzekeraars actief zijn, die wellicht niet altijd bereid zijn om informatie met derden en met elkaar te delen.

Om bovenstaande gegevens te achterhalen en interpreteren wordt het aanbevolen om een kerngroep op te zetten, bestaande uit de gemeente, zorgaanbieders, ROS, GGD en patiëntenorganisaties. Daarnaast zijn dit ook de meest relevante partijen om op basis van de beleidsondersteunende informatie tot een analyse en succesvolle acties te komen. Daarnaast wordt er gedurende een bepaalde periode een helpdesk opgezet, welke te bereiken is via vaam@nivel.nl. Hier kan men terecht indien met technische en inhoudelijke vragen heeft over de VAAM of problemen ondervindt bij het invullen. Tevens kunnen hier adviezen en suggesties gegeven worden om de VAAM in de toekomst te verbeteren.

Over de manier waarop de uitkomsten van de VAAM te gebruiken zijn als beleidsinformatie, kan contact gezocht worden met de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), via info@lvg.org.

6 Discussie en implicaties voor de toekomst

6.1 Aanleiding voor de VAAM

In 2005 heeft de NPCF het initiatief genomen om een vraag-aanbod-analyse-monitor (VAAM) op te zetten voor de eerste lijn, om op lokaal/regionaal niveau het bestaande of nieuw in te richten aanbod van eerstelijnszorg (beter) af te stemmen op de vraag. Op dit moment komt het aanbod van eerstelijnszorg meestal tot stand op basis van planningsnormen, vestigingsbeleid, toeval, etc, maar wordt weinig gebruik gemaakt van behoefteraming of onderzoek. Vaak wordt de bestaande situatie als uitgangspunt genomen en voortgezet, waardoor er weinig of geen rekening wordt gehouden met de (toekomstige) eerstelijnszorgvraag. Het idee van de NPCF is dat de VAAM een middel kan zijn om deze leemte op te vullen. De VAAM moet niet opgevat worden als een planningsinstrument, maar is bedoeld als basis voor discussie. Het gebruik en de impact van de VAAM zullen sterk afhangen van wie bij die discussie betrokken is.

6.2 Onderzoek

Tijdens de eerste fase van het project, de haalbaarheidsstudie, is vastgesteld dat de vraagkant het uitgangspunt van de monitor moet zijn. Tijdens deze fase heeft het accent gelegen op het in kaart brengen van de vraag naar eerstelijnszorg. Op basis van de eerste positieve resultaten van de haalbaarheidsstudie is begonnen met de ontwikkeling en het testen van het prototype VAAM.

Gedurende de tweede fase bleek dat de opzet en aanpak te ambitieus waren om gedurende een periode van acht maanden volledig uit te voeren. Vandaar dat een pragmatische aanpak is gekozen. Tijdens deze tweede fase zijn de kwantitatieve analyses uitgevoerd op basis van NS2-data. Aan de hand hiervan is voor de huisartsenzorg, tandartsenzorg, paramedische zorg met betrekking tot het bewegingsapparaat, eerstelijns-geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg (huishoudelijk, verpleging en verzorging) een model opgezet aan de hand waarvan het aantal contacten of uren (met betrekking tot de thuiszorg) geschat kan worden. Op basis van deze contacten is het mogelijk om het aantal FTE te berekenen voor de huisarts, de tandarts en de paramedicus met betrekking tot het bewegingsapparaat. Aangezien hiermee nog niet de volledige vraag naar zorg in de eerste lijn in kaart is gebracht, is voor een aantal andere zorgaanbieders (farmaceutische zorg, verloskunde en logopedisten), de monitor aangevuld met landelijke gemiddelden. Op deze manier wordt weliswaar geen rekening gehouden met de samenstelling van een populatie, maar komt er wel een completer beeld naar vraag naar de eerstelijnszorg naar voren. Dit verhoogt de praktische bruikbaarheid van de VAAM.

Naast deze kwantitatieve gegevens zijn focusgroepen met verschillende patiëntgroepen gehouden om te kijken wat de wensen en behoeften van deze verschillende groepen zijn met betrekking tot de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. De aspecten die direct betrekking hebben op de vraag en het aanbod van eerstelijnszorg zijn in de VAAM opgenomen.

6.3 Groeimodel

Het is belangrijk om te realiseren dat de VAAM gezien moet worden als een groeimodel. De nu beschikbare versie van de monitor is opgezet om te achterhalen of het mogelijk is om een redelijke schatting te kunnen maken van de vraag naar eerstelijnszorg aan de hand van basale achtergrondgegevens van de populatie (geslacht, leeftijd en etniciteit). Dit blijkt inderdaad het geval te zijn. Daarnaast biedt de VAAM zeker mogelijkheden voor de toekomst om de monitor te verfijnen, zowel wat betreft de beschikbare gegevens als de toepassingsmogelijkheden op het internet.

6.4 Huidige beperkingen van het model

Elk onderzoek, zeker als het gaat om het toepassen van een nieuwe methodiek om vraag en aanbod van eerstelijnszorg met elkaar te vergelijken, heeft zijn beperkingen. Een belangrijke beperking van de monitor is dat de analyses om de vraag te schatten, gebaseerd zijn op gegevens uit 2001 (NS2). De vraag is dus bepaald door het gebruik van eerstelijnszorg in het verleden. Aspecten als onder- of overconsumptie zijn hierbij niet meegenomen. Hetzelfde geldt voor het gebruik van zorg in de tweede lijn die feitelijk ook in de eerste lijn plaats zou kunnen hebben gevonden (substitutie). Door met NS2-gegevens te werken is het daarnaast moeilijk in te schatten of beleidsontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld de nieuwe Zorgverzekeringswet, van invloed zijn op de vraag naar de eerstelijnszorg. Aangezien de NS2, voor het onderzoek op dit moment, de enige grootschalige bron is om de zorgvraag van af te kunnen leiden is deze voor dit onderzoek als uitgangspunt gebruikt.

Een tweede beperking is, dat gebruik is gemaakt van enquêtes onder de bevolking. Aan hen is gevraagd hoe vaak ze in een bepaalde periode naar de huisarts, tandarts, fysiotherapeut etc. zijn geweest. Dit zijn gegevens zoals deze door de respondent ervaren zijn, maar die wellicht niet in zijn geheel overeenkomen met de werkelijkheid.

De derde beperking van de VAAM is, dat voor een aantal zorgaanbieders gebruik is gemaakt van landelijke gemiddelden. Hierdoor is het niet mogelijk om voor verschillende populaties te zien of er een verschil in vraag aanwezig is. Er had gekozen kunnen worden om deze zorgaanbieders uit de monitor te laten, maar dat zou een niet compleet beeld geven van de vraag naar eerstelijnszorg. Juist vanuit de klankbordgroep en pilotregio's is het verzoek gekomen om de informatie breed op te nemen.

Een vierde beperking is dat de monitor geen antwoord geeft op de totale vraag naar eerstelijnszorg. Doordat we niet over alle zorgaanbieders gegevens hebben (gevonden), is het niet mogelijk geweest om alle disciplines in het model op te nemen. De pilotregio's

hebben daarentegen wel aangegeven dat de voor hen belangrijkste disciplines in de VAAM aanwezig zijn.

6.5 Vervolgonderzoek

Zoals het er nu uitziet, is het aan te raden om te kijken of de VAAM verfijnd en uitgebreid kan worden. In de klankbordgroepvergaderingen en in de besprekingen met de pilot-regio's zijn verschillende wensen en opties naar voren gekomen voor verdere verdieping van de VAAM. Hierbij dient onderscheid gemaakt te worden naar verfijningen en aanpassingen van de analyses als wel van de internetapplicatie.

6.5.1 *Mogelijke uitbreidingen en verdieping van de VAAM*

Allereerst zou gekeken moeten worden of er recentere gegevens beschikbaar zijn om de monitor op te baseren. De gegevens van de Tweede Nationale Studie dateren van 2001. Aangezien er verschillende wijzigingen zijn geweest in de eerstelijnszorg, bijvoorbeeld directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut en de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet, is het NS2-materiaal niet optimaal om inzicht te geven in de huidige vraag naar eerstelijnszorg. Er zal dan ook gezocht moeten worden naar alternatieve gegevensbestanden bijvoorbeeld van het CBS of het RIVM, of GGD-en. Daarnaast is het wellicht aan te raden om gebruik te maken van registratiecijfers van gebruik van de eerstelijnszorg. Op deze manier kan de vraag bepaald worden aan de hand van daadwerkelijk geregistreerde contacten, in plaats van uit te gaan zoals patiënten het ervaren hebben in de patiëntenenquête van de NS2. Op dit moment is deze registratie alleen met betrekking tot de huisarts beschikbaar en dit is voor het doel van de VAAM te beperkt.

Voor deze eerste versie van de VAAM zijn focusgroepsgesprekken geweest met verschillende patiëntengroepen. In deze gesprekken is gesproken over wensen en behoeften met betrekking de eerstelijnszorg. Voor deze versie is eenmalig vastgesteld wat de wensen en behoeften zijn. Het is aan te bevelen dergelijke groepsgesprekken met enige regelmaat te herhalen, bijvoorbeeld om de 3 à 5 jaar. Daarnaast kan overwogen worden te werken met meerdere groepsgesprekken per patiëntencategorie en/of het aantal relevante patiëntencategorieën uit te breiden.

Het uiteindelijke doel is om de vraag naar eerstelijnszorg in de VAAM zo compleet mogelijk te maken voor alle eerstelijnszorgaanbieders. Hierom dient er dan ook gekeken te moeten worden of er data beschikbaar zijn om de gehele vraag naar eerstelijnszorgaanbieders in kaart te brengen. Nu wordt voor een aantal aanbieders gebruik gemaakt van landelijke gemiddelden, zonder dat er rekening wordt gehouden met de samenstelling van de populatie. Voorbeelden hiervan zijn apothekers, verloskundigen en logopedisten.

Een van de wensen met betrekking tot de VAAM is, dat er een uitsplitsing komt in het aantal contacten per soort contact, naar zowel de aard van de aandoening als de vorm van

het specifieke contact. Op deze manier zou gekeken kunnen worden in hoeverre substitutie tussen verschillende disciplines binnen de huisartsenzorg/eerstelijnszorg mogelijk is van bijvoorbeeld huisarts naar praktijkverpleegkundige of specialistisch verpleegkundige. Ook substitutiemogelijkheden van de tweede naar de eerste lijn kunnen dan beter in kaart worden gebracht.

Daarnaast is tijdens de besprekingen naar voren gekomen dat men graag ook informatie over het aantal mensen met één of meerdere chronische aandoeningen en eventueel opleidingsniveau in een populatie in de monitor mee willen nemen om zo de vraag naar eerstelijnszorg beter te schatten. Dat is met name belangrijk omdat in deze eerste versie van de VAAM het aanbod dat wordt berekend, gericht is op individuele beroepsbeoefenaren en voorzieningen. De zorgvragen van chronisch zieken vergen echter een aanbod dat de zorg van de individuele hulpverlener overstijgt. Een analyse van welke patiëntengroepen er wonen in een bepaalde wijk en welke nog te verwachten zijn, kan daarom van belang zijn voor gemeenten en andere partijen om op efficiënte wijze ketenzorg en een multidisciplinair zorgaanbod te bevorderen.

Een probleem op dit moment hierbij is dat de gegevens over aantallen chronisch zieken en opleidingsniveau niet openbaar beschikbaar zijn op wijk- dan wel postcode-niveau. Het kan natuurlijk zijn dat deze gegevens binnen bepaalde gemeentes of populaties wel beschikbaar zijn. Wellicht is het misschien mogelijk om twee versies van de VAAM te maken, één waarvan gebruik gemaakt wordt van een uitgebreidere versie en een simpeler, meer uitgedeelde model. Hierbij valt eventueel ook na te gaan in hoeverre interactietermen in het model opgenomen moeten worden. Het is natuurlijk niet ondenkbaar dat autochtone vrouwen in de leeftijd van 25-39 jaar een andere frequentie van bezoeken hebben aan bijvoorbeeld de huisarts of tandarts dan niet-westerse allochtone vrouwen in dezelfde leeftijdscategorie.

Ook is het interessant om te kijken of het mogelijk is in een vervolgversie van de VAAM de vraag naar eerstelijnszorg te extrapoleren naar de toekomst. Op deze manier kan in gesprongen worden op toekomstige ontwikkelingen binnen een wijk of bij bijvoorbeeld het opzetten van een nieuwe wijk of gezondheidscentrum. Op zich is dit nu al mogelijk door gebruik te maken van prognoses 2010 van de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA), maar er zal goed gekeken moeten worden of dit aansluit bij de wensen en behoeften die aanwezig zijn met betrekking tot prognoses van de vraag naar eerstelijnszorg.

Tenslotte zullen uit het gebruik met de huidige versie van de VAAM wensen en op- en aanmerkingen naar voren voor aanpassingen en/of uitbreidingen. In eventueel vervolgonderzoek zal gekeken moeten worden in hoeverre hieraan tegemoet gekomen kan worden.

6.5.2 *Mogelijke verfijningen en uitbreidingen internetapplicatie VAAM*

In de eerste versie van de VAAM moet voor elke wijk/postcode opnieuw de aantallen personen per wijk worden ingevuld. Wanneer iemand voor bijvoorbeeld een stad

verschillende wijken wil invullen of verschillende gemeenten met elkaar wil vergelijken, moet deze één voor één worden ingevuld. Wellicht is het mogelijk dit voor de toekomst aan te passen, door aan te geven voor hoeveel populaties men de VAAM wil invullen. Wel dient hier een maximum van bijvoorbeeld tien aangesteld te worden om de uitkomsten uiteindelijk overzichtelijk te houden.

Verder zal vooral met betrekking tot het internet het gebruik geanalyseerd moeten worden en aandacht moeten worden besteed aan de wensen van de gebruikers van de website.

Literatuur

- Hoving D, Wouters E. *Patiënt behoeften; Nitel-onderzoek 2005*. Den Haag: EPN, 2006
- Kenens R, Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van verloskundigen: peiling 2005*. Utrecht: NIVEL, 2005
- NPCF. *Ivoor1; De 1ste plaats voor de eerstelijnszorg*. Utrecht: NPCF, 2004
- Sprinkhuizen A, Lodewijks M, Engbersen R, de Smet J, de Wild J. *De sociale verbouwing; Een programma van eisen voor herstructureringsgebieden*. Den Haag: Ministerie van VROM & VWS, 2004
- Stichting Farmaceutische Kengetallen. *SFK Data en feiten 2005*. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2006
- Van Lindert H, Droomers M, Westert GP. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Utrecht: NIVEL, 2004
- Van Linschoten CP, Moorer P, Voorrips R. *Langs de eerste lijn: wensen en verwachtingen van de Nederlandse bevolking ten aanzien van de eerstelijnszorg*. Groningen: Argo, 2004

Bijlage 1

NAAR EEN LOKALE VRAAG-AANBOD-ANALYSE-MONITOR (VAAM) VOOR DE EERSTELIJN

Eindverslag van de haalbaarheidsstudie

inclusief een overzicht van benodigde gegevens voor constructie
prototype VAAM

NIVEL
Suzanne van der Meulen-Arts
Diana Delnoij
5 oktober 2005

INHOUDSOPGAVE

Hoofdstuk 1 Inleiding

- 1.1 Doel van het onderzoek en vraagstelling
- 1.2 Achtergrond
- 1.3 Doel van de haalbaarheidsstudie
- 1.4 Bewaken van de voortgang van het onderzoek

Hoofdstuk 2 Methode

- 2.1 Opzet van de haalbaarheidsstudie

Hoofdstuk 3 Uitgangspunten van de VAAM

- 3.1 Vraag
- 3.2 Aanbod
- 3.3 Overzicht van benodigde gegevens voor constructie prototype VAAM
- 3.4 Belangrijke ontwikkelingen
- 3.5 Afwegingen en beperkingen van het overzicht van benodigde gegevens voor constructie prototype VAAM

Hoofdstuk 4 Vervolgonderzoek

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 Doel van het onderzoek en vraagstelling

De ontwikkeling naar een vraaggestuurd zorgstelsel wordt gehinderd doordat informatie over vraag en aanbod op lokaal niveau ontbreekt. Het zorgaanbod gaat vaak uit van gemiddelden in een huidige situatie. Die zijn niet altijd toepasbaar op een specifieke lokale situatie. Het zorgaanbod speelt bovendien onvoldoende in op de toekomstige zorgvraag. De Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF) streeft daarom naar de ontwikkeling van een vraag-aanbod analyse monitor (VAAM) voor de eerste lijn. De VAAM moet gebruikt kunnen worden op lokaal/regionaal niveau om het bestaande of nieuw in te richten aanbod van eerstelijnszorg (beter) af te stemmen op de vraag, dat wil zeggen op de huidige en toekomstige wensen (*demands*) en behoeften (*needs*) van de bevolking. Daartoe moet een prototype worden ontwikkeld en op een beperkt aantal locaties worden getest. Daarnaast moet een bedrijfsplan worden opgesteld voor de implementatie van de monitor.

De vraagstelling voor dit onderzoek luidt: "Is het mogelijk om een vraag – aanbod analyse monitor te ontwikkelen die patiëntenorganisaties, gemeenten, zorgverzekeraars, regionale ondersteuningsstructuren en zorgaanbieders in staat stelt om het huidige en toekomstige lokale zorgaanbod af te stemmen op de huidige en toekomstige wensen en behoeften van de lokale bevolking?"

Met behulp van de te ontwikkelen monitor moet het mogelijk zijn om (1) de wensen en behoeften van de lokale bevolking en toekomstige ontwikkelingen daarin in kaart te brengen, om (2) het bestaande aanbod en toekomstige ontwikkelingen daarin te beschrijven, zodat (3) op basis daarvan de bestaande en toekomstige discrepanties tussen vraag en aanbod kunnen worden vastgesteld en waar mogelijk gekwantificeerd.

De monitor omvat dus zowel een beschrijving van de bestaande situatie als een projectie van verwachte ontwikkelingen op korte tot middellange termijn (5 tot 10 jaar). De geografische schaal waarop de monitor betrekking moet hebben is vooralsnog voor basisvoorzieningen 10 tot 15 duizend inwoners. Onder basisvoorzieningen worden verstaan huisartsenzorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg, verloskundige zorg, thuiszorg, en psychische en psychosociale zorg. Voor meer gespecialiseerde voorzieningen zal een hogere drempel bestaan.

De uiteindelijke VAAM wordt een rekenmodel. Het invullen van een gestandaardiseerde checklist op basis van een duidelijk conceptueel model over de lokale/regionale vraag naar eerstelijnszorg levert de gebruiker rekenwaarden op. Aan de hand van deze objectieve rekenwaarden kan op lokaal/regionaal niveau het gewenste aanbod van de eerstelijnszorg bepaald worden. Het rekenmodel kan mogelijk ook op landelijk niveau gebruikt worden door het Capaciteitsorgaan, dat een belangrijke rol speelt bij de capaciteitsraming van o.a. de medische vervolgopleidingen

Een aantal dingen is aan het begin van het onderzoek nog niet duidelijk, zoals wie de eigenaar van de VAAM wordt, door wie de VAAM gebruikt kan/mag worden, en wat de kosten zijn van (het gebruik van) de VAAM. In de loop van het onderzoek zullen deze vragen beantwoord worden.

1.2 Achtergrond

Op landelijk niveau bestaat —op basis van de VTV en de deelstudies daarbij— een goed beeld van de (ontwikkelingen in) de zorgvraag. Maar op lokaal niveau zijn de zorgvraagontwikkelingen niet gedetailleerd genoeg om als uitgangspunt te dienen voor de vormgeving van het zorgaanbod. Het zorgaanbod in de eerstelijnszorg bestaat anno 2004 uit een breed scala van individuele zorgaanbieders tot geformaliseerde multidisciplinaire organisaties van bijvoorbeeld huisartsen, thuiszorg, fysiotherapeuten en andere paramedici, en openbare apotheken. Het aanbod komt tot stand op basis van planningsnormen, vestigingsbeleid, toeval etc., maar zelden op basis van enigerlei vorm van marktonderzoek. Vaak wordt de bestaande situatie (vertrekkende zorgaanbieder) als uitgangspunt genomen en voortgezet. Daardoor wordt geen of te weinig rekening gehouden met de (toekomstige) zorgvraag. Er is daarom behoefte aan een adequaat sturingsinstrument. Die behoefte wordt nog versterkt door de decentralisatie van bevoegdheden van landelijke overheid naar de gemeentes. Door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ontstaat er op lokaal – subregionaal niveau nog nadrukkelijker de mogelijkheid om op gemeente- of wijkniveau de eerstelijnszorg en welzijn op elkaar af te stemmen c.q. te laten integreren.

1.3 Doel van de haalbaarheidsstudie

Zowel de ontwikkeling van een prototype als het opstellen van een bedrijfsplan voor de implementatiefase waren voorafgaand aan de start van het onderzoek nog met een aantal onzekerheden omgeven. Die onzekerheden maakten dat het op voorhand moeilijk was om een uitgewerkt plan op te stellen voor de ontwikkeling en het testen van het prototype van de

monitor. Daarom werd voorgesteld dit ontwikkelingstraject in twee fasen onder te verdelen: een haalbaarheidsstudie van 4 maanden en een ontwikkelingsfase van 8 maanden. Op basis van de eerste positieve resultaten van de haalbaarheidsstudie is besloten om verder te gaan met het ontwikkelen en testen van het prototype, en dus met de tweede fase van het onderzoek.

In de beginfase van het onderzoek is vastgesteld dat de vraagkant het uitgangspunt van de monitor moet zijn, en dat bij de ontwikkeling van het instrument hieraan prioriteit moet worden gegeven boven de aanbodkant. Wij hebben ons dus vooral geconcentreerd op het in kaart brengen van de vraag. Met andere woorden: welke gegevens zijn nodig voor het beschrijven van de huidige wensen en behoeften van de lokale bevolking op het gebied van de eerstelijnszorg en de toekomstige ontwikkelingen daarin.

Vragen die in deze haalbaarheidsstudie centraal stonden, zijn de volgende:

- Welke gegevens zijn nodig om te komen tot een adequate analyse van de vraag?
- Zijn deze gegevens beschikbaar, toegankelijk en toepasbaar?
- Hoe worden deze gegevens verzameld?
- Hoe vaak worden de gegevens verzameld?
- Wie verzamelt de gegevens?

1.4 Bewaken van de voortgang van het onderzoek

Om de voortgang van het project VAAM op hoofdlijnen te bewaken, de projectuitvoering te bevorderen en om te adviseren bij het maken van inhoudelijke keuzes, is een klankbordgroep ingesteld. Deze groep bestaat uit vertegenwoordigers van de volgende organisaties: Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF), Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn (LVG), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Landelijke Organisatie Regionale Patiënten Consumenten Platforms (LOREP)/Regionale Patiënten Consumenten Platforms (RPCP's), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De leden van de klankbordgroep hebben de verantwoordelijkheid om vanuit hun deskundigheid actief mee te denken met betrekking tot de genoemde punten betreffende het project.

2.1 Opzet van de haalbaarheidsstudie

Centraal in deze haalbaarheidsstudie stond het verzamelen van informatie, en wel informatie over reeds bestaande initiatieven/instrumenten om delen van de vraag of het aanbod van de eerstelijnszorg in kaart te brengen, maar ook informatie met betrekking tot de gegevens die nodig zijn om de vraag in kaart te krijgen. Alles bij elkaar zou dan moeten leiden tot de beantwoording van de vraagstelling van deze haalbaarheidsstudie:

- Welke gegevens zijn nodig om te komen tot een adequate analyse van de vraag?
- Zijn deze gegevens beschikbaar, toegankelijk en toepasbaar?
- Hoe worden deze gegevens verzameld?
- Hoe vaak worden de gegevens verzameld?
- Wie verzamelt de gegevens?

Tijdens de eerste bijeenkomst van de klankbordgroep bleek dat er al enkele initiatieven/instrumenten bestaan. De ervaringen van deze initiatieven zijn bekeken en meegenomen in dit voorstel. Aan de hand van de namen van personen, initiatieven en instellingen die de klankbordgroepleden hebben aangeleverd, zijn gesprekken gevoerd. Bovenstaande vraagstellingen stonden ook centraal in deze gesprekken.

Een overzicht van de personen en instellingen/initiatieven waarmee gesprekken zijn gevoerd, evenals het soort informatie waarnaar gevraagd is, is opgenomen als bijlage I.

De gesprekken hadden een informeel karakter en waren informatief van aard. De informatie die uit de gesprekken is verkregen, is samengevat in een overzicht van benodigde gegevens.

HOOFDSTUK 3

UITGANGSPUNTEN VAN DE VAAM

De VAAM moet gebruikt kunnen worden op lokaal/regionaal niveau om het bestaande of nieuw in te richten aanbod van eerstelijnszorg (beter) af te stemmen op de vraag, dat wil zeggen op de huidige en toekomstige wensen (*demands*) en behoeften (*needs*) van de bevolking. Hiervoor moet echter duidelijk zijn wat er verstaan wordt onder 'vraag' en 'aanbod'. In dit hoofdstuk worden beide begrippen beschreven.

3.1 Vraag

Om de zorgvraag op lokaal/regionaal niveau zo volledig mogelijk te beschrijven, is het noodzakelijk om over informatie met betrekking tot de volgende onderwerpen te beschikken:

- welke patiëntengroepen zijn te onderscheiden en hoe zullen deze zich gaan ontwikkelen?
- wat zijn de wensen & behoeften van de patiëntengroepen op het gebied van de basisvoorzieningen van de eerstelijnszorg en wat zijn de verwachte ontwikkelingen daarin?

Hieronder volgt een beschrijving van deze 2 kernelementen.

Patiëntengroepen

Ten behoeve van de monitor zal eenmalig¹ worden vastgesteld wat de wensen en behoeften zijn van de diverse 'marktsegmenten', oftewel patiëntengroepen, op het gebied van de basisvoorzieningen van de eerstelijnszorg. Dit wordt gedaan door focusgroeps gesprekken te voeren met mensen die tot deze doelgroepen behoren. Bij het feitelijk toepassen van de monitor kan dan worden volstaan met het verzamelen van gegevens over de determinanten, te weten de samenstelling van de lokale bevolking naar achtergrondkenmerken en de verwachte ontwikkelingen daarin.

Voor dit onderzoek sluiten we aan bij de indeling in patiëntengroepen die door de NPCF gehanteerd wordt in de discussienota 'Huisarts en zorg in de toekomst', Tussenbalans 2003.

1. *Ouders met kinderen < 5 jaar*
2. *Ouderen (65 jaar en ouder)*
3. *Migranten*
4. *Incidente zorggebruikers*
5. *GGZ-cliënten*
6. *Mensen met een handicap of chronische ziekte*
7. *Mensen met een verstandelijke beperking*

¹ Dit moet wel met enige regelmaat herhaald worden, bijvoorbeeld om de 3 à 5 jaar

Deze opsomming is niet limitatief. In het vervolgtraject zal bekeken worden hoeveel verfijning nodig is voor een goed planningsmodel. Het zou kunnen dat sommige groepen niet apart meegenomen hoeven te worden en andere juist meer moeten worden uitgesplitst (bijvoorbeeld ouderen 65-75 jaar en 75-plus).

In de monitor zal worden begonnen met het vaststellen van de zorgvraag van de “gemiddelde Nederlander”. Hierbij wordt uitgegaan van de landelijke gemiddelde cijfers die beschikbaar zijn, zoals contactfrequentie met eerstelijnszorgaanbieders, geneesmiddelengebruik e.d. Vervolgens zal voor de verschillende patiëntengroepen worden bepaald in hoeverre hun zorgvraag afwijkt van die van de “gemiddelde Nederlander”. De inschatting van de zorgbehoefte op lokaal niveau begint dus altijd met een extrapolatie van landelijke cijfers over zorggebruik naar de omvang van de plaatselijke populatie. Dit lijkt dus sterk op de manier waarop lokale voorzieningen nu al worden gepland, namelijk door uit te gaan van de landelijke normen (bijvoorbeeld 1 FTE huisarts per 2350 inwoners). De meerwaarde van de VAAM ligt echter in de volgende stap: het verfijnen van de extrapolatie van de landelijke cijfers naar de samenstelling van de plaatselijke populatie (onder meer qua leeftijd en geslacht, etniciteit, leefsituatie, opleiding, inkomen en epidemiologie) en de lokale wensen op het gebied van service en dienstverlening. In de onderhavige haalbaarheidsstudie is vooral aandacht besteed aan de vraag hoeveel verfijning naar verwachting mogelijk is.

Om verfijning mogelijk te maken is het allereerst van groot belang dat de patiëntengroepen op basis van de beschikbare registraties, gegevensbronnen e.d. goed en herkenbaar in kaart kunnen worden gebracht. Voor deze patiëntengroepen geldt het volgende.

- De eerste 4 patiëntengroepen (ouders met kinderen, ouderen, migranten en incidentele zorggebruikers) kunnen worden herkend op basis van de gemeentelijke gegevens (leeftijd, etniciteit/herkomst)
- Patiëntengroepen 5, 6 en 7 (GGZ-cliënten, mensen met een handicap of chronische ziekte, mensen met een verstandelijke beperking) zijn te destilleren uit de GGD-gezondheidsenquête, andere GGD-gegevens, maar ook uit gemeentelijke gegevens, gegevens van de AWBZ en/of HIS-sen. In de toekomst kan hiervoor wellicht ook gebruik gemaakt worden van geabstraheerde, geanonimiseerde informatie uit elektronische waarneemdossiers.

Wensen en behoeften

De wensen en behoeften aan eerstelijnszorg van de verschillende patiëntengroepen zijn onder te verdelen in een *zorginhoudelijk deel* en een *servicedeel*. Samen vormen deze twee delen de totale vraag en zou op basis hiervan het aanbod bepaald moeten worden (zie figuur 1).

Zorginhoud

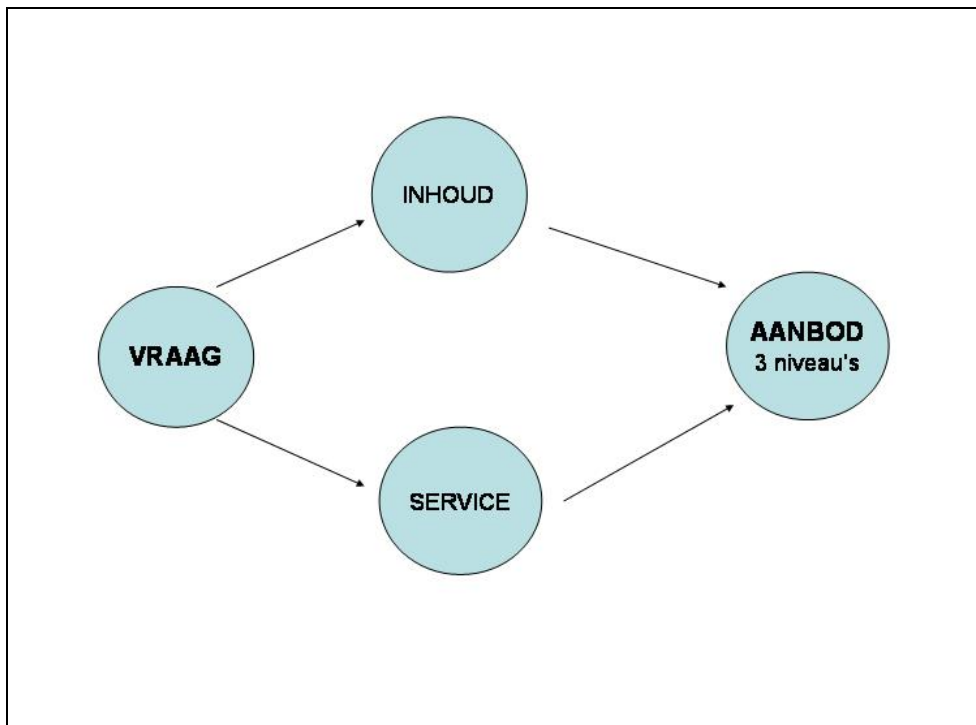
Onder zorginhoud wordt verstaan het gebruik van verschillende zorgsoorten (bijvoorbeeld contactfrequenties, geneesmiddelengebruik, verwijscijfers), maar ook activiteiten op het gebied van preventie. Deze gegevens worden verzameld uit bestaande registraties van o.a. het NIVEL, het RIVM, en het CBS. De cijfers uit deze registraties geven het huidige zorggebruik weer. En niet het zorggebruik dat wenselijk is gezien de behoeften van zorgvragers. Er moet dus rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat de beschikbare cijfers overgebruik of ondergebruik bevatten. Wensen en behoeften op het gebied van zorginhoud zullen verzameld worden in zogenaamde focusgroepsgesprekken. Het is de bedoeling dat de focusgroepsgesprekken, naast een beschrijving van de bestaande situatie, tevens een projectie opleveren van toekomstige wensen en behoeften

Service

Onder service vallen onderwerpen zoals ervaringen met de verschillende zorgvormen, het belang dat gebruikers hechten aan verschillende kwaliteitsaspecten, gepercipieerde lacunes in de zorg e.d. Wensen en behoeften op het gebied van service zullen verzameld worden in zogenaamde focusgroepsgesprekken. Het is de bedoeling dat de focusgroepsgesprekken, naast een beschrijving van de bestaande situatie, tevens een projectie opleveren van toekomstige wensen en behoeften.

Hoe de 'vraag', bestaande uit de wensen en behoeften van de verschillende patiëntengroepen op het gebied van inhoud en service, zich verhoudt tot het aanbod, kan in een conceptueel model worden weergegeven (zie figuur 1).

Figuur 1 Conceptueel model van de eerstelijnszorg



3.2 Aanbod

Basisvoorzieningen

De basisfuncties van de eerstelijnszorg waar het in de VAAM om gaat, zijn:

- Huisartsenzorg
- Farmaceutische zorg
- Paramedische zorg
- Verloskundige zorg
- Thuiszorg (inclusief diëtiste, consultatiebureau, verpleging en verzorging en hulpmiddelen)
- Psychische en psychosociale hulp

Zoals in bovenstaand model is weergegeven, kan het aanbod nog gespecificeerd worden in 3 niveaus van zorgverlening (WO-, HBO- en MBO-niveau). De NPCF acht het wenselijk dat bij de inschatting van het gewenste aanbod onderscheid wordt gemaakt in deze niveaus. Dit is echter alleen mogelijk voor een beperkt deel van de zorgvraag. Hiervoor moet namelijk allereerst duidelijk zijn wat de zorgvraag van de patiënt is: de patiënt moet dus al gediagnosticeerd zijn. Vervolgens is een voorwaarde dat de behandeling voor deze (vaak chronische) planbare aandoeningen is vastgelegd in protocollen en richtlijnen. Op basis

hiervan kan bepaald worden welk deel van zorgvraag gedifferentieerd kan worden naar welk niveau. Deze uitsplitsing kan er toe leiden dat voor bepaalde groepen patiënten er daadwerkelijk sprake is van zorg op maat : immers er wordt gekeken voor welk deel van hun zorgvraag op welke niveau zorg nodig is.

Het onderscheid in WO-, HBO- en MBO-niveau kan van toepassing zijn op de volgende functies die in de eerstelijnszorg bestaan: behandeling, verzorging en nazorg, en preventie.

3.3 Overzicht van benodigde gegevens voor constructie prototype VAAM

Op basis van bovenstaande uitgangspunten (patiëntengroepen, wensen en behoeften op het gebied van inhoud & service van de eerstelijnszorg, en de basisvoorzieningen) en de informatie die in gesprekken is gekregen en op andere manieren is verzameld, is een overzicht gemaakt van de gegevens die nodig zijn om de vraag naar eerstelijnszorg in kaart te brengen (zie bijlage II). Het overzicht bestaat uit 3 onderdelen.

- 1 Onderdeel I bevat de demografische en epidemiologische gegevens (op basis van de gevoerde gesprekken),
- 2 Onderdeel II bevat gegevens m.b.t. het huidige eerstelijnszorggebruik van de 7 patiëntengroepen (op basis van bestaande registraties),
- 3 Onderdeel III wordt gevuld met informatie die wordt verkregen uit de focusgroepsgesprekken: de wensen en behoeften m.b.t. de eerstelijnszorg.

Op dit moment zijn echter nog niet alle noodzakelijke gegevens beschikbaar en/of toegankelijk. We verwachten wel dat in de nabije toekomst steeds meer gegevens beschikbaar komen. De VAAM zal dus in de loop van de tijd een steeds breder inzetbaar instrument worden om de lokale/regionale vraag van de eerstelijnszorg in kaart te brengen. Het is van belang dat de beschikbaarheid, toegankelijkheid en toepasbaarheid van de gegevens regelmatig onderzocht wordt, en dat op basis hiervan de VAAM steeds aangepast wordt, waarbij één van de criteria is of er sprake is van een toegevoegde waarde voor het planningsinstrument. Hiermee krijgt de uiteindelijke VAAM dus het karakter van een groeimodel.

Uit de interviews is duidelijk geworden dat sommige informatie nu al voor iedereen beschikbaar is, andere informatie niet standaard wordt verzameld, en sommige informatie helemaal nog niet beschikbaar is (zie bijlage II). Leeftijd, geslacht, inkomen/opleidingsniveau en herkomst zijn voorbeelden van informatie welke op dit moment voor iedereen beschikbaar is. Voorbeelden van informatie welke niet standaard wordt verzameld, zijn ervaren gezondheidstoestand, zelfredzaamheid en leefstijl. Van informatie zoals aantallen problematische zorgmijders (mensen die geen zorg willen ontvangen) en aantallen ouderen

met een zorgindicatie kan nu nog niet gezegd worden of deze voor iedereen beschikbaar is/komt.

In de pilotfase zal dit verder worden geoperationaliseerd en wordt nagegaan of gegevens op het juiste schaalniveau beschikbaar zijn.

3.4 Belangrijke ontwikkelingen

Verder is in de afgelopen tijd gebleken dat er een aantal ontwikkelingen gaande is waarmee rekening moet worden gehouden. Deze ontwikkelingen kunnen (op termijn) wellicht gunstig zijn bij het implementeren/invullen van het overzicht van benodigde gegevens/de uiteindelijke VAAM. Het gaat om de volgende ontwikkelingen.

- De ontwikkeling van standaardvraagstellingen in de GGD-gezondheidsenquêtes. Op dit moment worden door GGD-Nederland, het RIVM, de LVT en TNO standaardvraagstellingen ontwikkeld voor bepaalde onderwerpen in GGD-gezondheidsenquêtes voor de jeugd en volwassenen. Dit betekent dat wanneer regionale GGD-en vragen over één van deze onderwerpen in hun enquête willen opnemen, ze gebruik moeten maken van de standaardvraagstellingen. Hierdoor beschikken op termijn alle GGD-en over dezelfde (achtergrond)gegevens. Dergelijke standaardvraagstellingen zullen op korte termijn ook ontwikkeld worden voor de ouderen-versie van de GGD-gezondheidsenquête.

Echter, het opnemen van bepaalde onderwerpen (en dus van de standaardvraagstellingen) is nog niet verplicht. Hierover wordt op korte termijn wel met de regionale GGD-en en GGD-Nederland gesproken. Het opnemen en verplicht stellen van bepaalde standaardvraagstellingen is van groot belang voor de VAAM. Dit vergroot namelijk de inzetbaarheid van de monitor.

- De ontwikkeling van praktijkplanfinanciering voor de eerstelijnszorg. Dit betreft een instrument dat gebruikt zal gaan worden voor de financiering van eerstelijns zorgaanbieders als huisartsen, verloskundigen etc. In dit instrument wordt een aantal variabelen opgenomen die de eerstelijns zorgvraag op lokaal niveau tot uitdrukking brengen. Het aanbod moet daar op aansluiten. Het praktijkplan moet een algemeen format krijgen, maar ingevuld worden op basis van lokale omstandigheden. Er is een duidelijke overeenstemming op onderdelen tussen het praktijkplan en de VAAM. Daarom zal bij het verdere conceptuele ontwerp van de VAAM het praktijkplan in ogenschouw worden genomen. Daarnaast kan informatie uit het praktijkplan over het zorgaanbod gebruikt worden in de VAAM.

- De WMO-zorgmonitor die door ABF-research is opgesteld. Voor € 450,00 kunnen gemeenten éénmalig een bestand krijgen met daarin allerlei cijfers die van toepassing zijn bij de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Naast informatie over wonen met zorg, zijn er ook gegevens over de huishoudelijke verzorging en de thuiszorg totaal. Zo kan men per gemeente bekijken hoe het gebruik is van dit type zorg en hoe het gebruik zich zal ontwikkelen in de toekomst. In een uitgebreide versie (€950,00) zijn ook geboorte- en sterftcijfers opgenomen inclusief prognoses afkomstig van het Primos-model (de PRIMOS-prognose is een raming van de toekomstige ontwikkelingen op het gebied van bevolking, huishoudens en kwantitatieve woningbehoefte). Bovendien is deze monitor gevuld met enkele gegevens over de werkgelegenheid in de zorg en een overzicht van zorgvoorzieningen zoals het aantal huisartsen, ziekenhuizen en apotheken. De gegevens in deze monitor zijn op gemeenteniveau beschikbaar. Het is echter nog onduidelijk of deze gegevens de komende jaren een update krijgen. Voor het invullen van een groot deel van de vraagkant en zelfs een deel van de aanbodkant van de VAAM-monitor kan van deze gegevens gebruik worden gemaakt. Er zijn echter pas een paar gemeenten die deze cijfers hebben aangevraagd. Zie ook www.buurtmonitor.nl.
- Wegener DM beschikt ook over een groot databestand met consumenteninformatie² (o.a. te zien op www.funda.nl, buurtgegevens). Hiervan kan door derden gebruik gemaakt worden. Afhankelijk van het doel waarvoor het gebruikt wordt en de status van het de aanvrager (profit/non-profit), zijn hieraan kosten verbonden. In de tweede fase van het onderzoek dient uitgezocht te worden in hoeverre wij gebruik kunnen maken van deze gegevens en tegen welke kosten. Hiervoor kan contact opgenomen worden met de afdeling Marketing van Wegener (zie overzicht in hoofdstuk 2).

² De consumenteninformatie heeft betrekking op de socio-demografie, lifestyle en psychografie van de Nederlandse consument en is beschikbaar op het niveau van het individu, het huishouden, de postcode en elk hoger niveau.

3.5 Afwegingen en beperkingen van het overzicht van benodigde gegevens voor constructie prototype VAAM

Afwegingen

Als één van de indicaties voor de gezondheidstoestand en zorgconsumptie van mensen, geldt hun *inkomen of opleidingsniveau*. Het CBS beschikt, op gemeenteniveau, zowel over het opleidingsniveau van inwoners (laag, middelbaar, hoog) als over diverse inkomenscijfers van inwoners/huishoudens.

Het CBS stelt ook inkomenscijfers op wijkniveau beschikbaar aan gemeenten, echter tegen betaling.

In de tweede fase van het onderzoek moet verder onderzocht worden welke van de twee variabelen in de uiteindelijke checklist voor de VAAM wordt meegenomen.

Aangezien het zorggebruik en de gezondheidstoestand voor *migranten* ander is dan voor de gemiddelde Nederlander, is het van belang zicht te hebben op de etniciteit van de inwoners van een buurt/gemeente. Hiervoor kan van verschillende bronnen gebruik gemaakt worden.

1. Iedereen kan gebruik maken van de cijfers van de gemeentelijke basisadministratie (GBA). Hierin worden 3 herkomstlanden geregistreerd (van persoon zelf en van beide ouders). Voordeel is dat deze gegevens toegankelijk zijn en op postcodeniveau beschikbaar zijn, nadeel is dat het om 3 antwoorden gaat in plaats van om 1.

2. Daarnaast bewerken sommige (grote) gemeenten deze herkomstlanden-gegevens tot 1 nieuwe variabele, namelijk etniciteit. Voordeel is dat het om 1 variabele gaat welke beschikbaar is op postcodeniveau, nadeel is dat niet iedere gemeente tot deze bewerking kan komen. Bovendien zit deze nieuwe variabele niet in de GBA.

3. Tot slot beschikt ook het CBS over gegevens over aantallen allochtonen. Het CBS hanteert echter een andere (beperktere) definitie van allochtoon dan de gemeenten. Voordeel is dat het om 1 variabele gaat welke op internet voor iedereen beschikbaar is, en dat de gegevens (sinds kort) op wijkniveau beschikbaar zijn.

In de tweede fase van het onderzoek moet verder onderzocht worden welke van de drie variabelen in de uiteindelijke checklist voor de VAAM wordt meegenomen.

In de monitor is als achtergrondgegeven opgenomen de *ziekenhuisopnamecijfers* incl. sterftcijfers als nadere indicatie van de gezondheidstoestand van de populatie (naast de GGD-cijfers). Daarnaast kunnen vermijdbare ziekenhuisopnames informatie geven over het gebrek aan kwaliteit/capaciteit van de eerstelijns. Eventueel kan hiervoor ook (nog) gekeken worden naar de mate waarin van de spoedeisende hulpafdelingen gebruik wordt gemaakt.

Deze opnamecijfers zijn te vinden in de LMR (Landelijke Medische Registratie) van Prismant. Op gemeenteniveau kan een overzicht geleverd worden van aantallen ziekenhuisopnames naar specialisme/diagnose, eventueel nog uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Hieraan zijn echter (hoge) kosten verbonden. Voor meer informatie (en offertes) kan, in de pilotfase, contact opgenomen worden met de afdeling ISB van Prismant.

Om in te schatten hoeveel *verloskundigen* er in een wijk/regio nodig zijn, is het belangrijk te weten hoeveel bevallingen er te verwachten zijn, dus het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd van 18-35 jaar en het gemiddelde kindertal. Cijfers over het zorggebruik van verloskundigen (percentage thuisbevallingen, NIVEL) kunnen als aanvulling worden gebruikt.

Beperkingen

Er zijn weinig cijfers beschikbaar over het eerstelijnszorggebruik voor de patiëntengroep GGZ-cliënten. Wel is in diverse onderzoeken onderzocht wat het zorggebruik is van mensen met psychische problemen. Echter deze mensen zijn niet per definitie 'GGZ-cliënt'. Voorbeelden hiervan zijn de Nationale Studie II van het NIVEL en Nemesis van het Trimbos Instituut. In de tweede fase van het onderzoek moet verder onderzocht welke cijfers geschikt zijn om in de checklist opgenomen te worden.

Uit de checklist voor constructie van het prototype van de VAAM blijkt dat het merendeel van de gegevens niet op de wenselijke schaal (4-cijferig postcodeniveau) geleverd kan worden. Wellicht dat in de toekomst dit via aanpassingen in de diverse registratie verbetert.

Zoals al eerder in deze rapportage vermeld staat, is de VAAM een groeimodel. Dit houdt in dat de VAAM gewoon geïmplementeerd en uitgevoerd kan worden, maar dat we er van uitgaan dat in de loop van de tijd meer gegevens beschikbaar komen en/of beter beschikbaar zijn, wellicht ook op het gewenste niveau. Deze ontwikkelingen moeten goed in de gaten worden gehouden, en op basis hiervan moet de VAAM worden aangepast.

HOOFDSTUK 4 VERVOLGONDERZOEK

Op basis van de eerste, positieve resultaten van de haalbaarheidsstudie heeft de klankbordgroep besloten om verder te gaan met het ontwikkelen en testen van het prototype, en dus met de tweede fase van het onderzoek.

Voordat de uiteindelijke VAAM ontwikkelt, geïntroduceerd en geïmplementeerd kan worden, moet er in de tweede fase van dit onderzoek een aantal stappen ondernomen, en wel de volgende:

1. Het organiseren van focusgroeps gesprekken³
2. Het bepalen van de 'rekenwaarden' in het model op basis van
 - focusgroeps gesprekken (service, afstrand, openingstijden, solo of samenwerking, substitutie, behoefte aan preventie: vnl. kwalitatieve informatie),
 - consumptiecijfers (onderscheiden naar patiëntengroepen),
 - protocollen,
 - QUOTE/CAHPS belangscores.
3. Het ontwikkelen van het rekenmodel VAAM
4. Het opstarten van één of meerdere pilots met de VAAM
5. Het ontwikkelen van een implementatieplan voor de VAAM

Daarnaast zijn er in de haalbaarheidsstudie vragen naar voren gekomen die in de tweede fase van het onderzoek verder uitgezocht moeten worden.

1. Definitief maken van het overzicht van benodigde gegevens voor constructie prototype VAAM
2. Uitzoeken welk deel van de huisartsencontacten nog geen diagnose heeft.
3. Uitzoeken welk deel van de huisartsencontacten wel een diagnose heeft en welk deel daarvan geprotocolleerd is
4. Uitzoeken in hoeverre het mogelijk is om het zorginhoudelijke deel van de vraagkant voor een chronische aandoening uit te splitsen in de 'aard' en het 'niveau' van de zorgvraag' (bv. diabetes)
5. Het opstellen van een overzicht van aandoeningen/diagnoses waarvoor dit nog meer geldt
6. Afspreken in hoeverre 'mondzorg' ook binnen de VAAM moet vallen en evt. de VAAM aanvullen met gegevens hierover
7. Bepalen (wellicht mede op basis van de pilots) wie 'eigenaar' wordt van de VAAM en de regie gaat voeren over de uitvoering.

³ In de pilots kan evt. nagegaan worden of de landelijke parameters o.b.v. focusgroeps gesprekken kloppen op lokaal niveau

BIJLAGE I Overzicht van personen/organisaties waarmee gesprekken zijn geweest

Instantie	Aard van informatie	Naam	Telefoonnummer of e-mailadres
ABF Research	Cijfers op gemeenteniveau	Gabriëlle Sogelée	gabrielle@abfresearch.nl
CIZ	Cijfers van zorgindicatie van ouderen	Jelle Methorst, Robin van Ieperen *	jelle.methorst@ciz.nl robin.van.ieperen@ciz.nl
Gemeente Tilburg	Cijfers waarover gemeenten beschikken	Joop de Beer, Peter van de Bruggen, Stephanie Boland	joop.de.beer@tilburg.nl stefanie.boland@tilburg.nl
Gemeente Culemborg	Cijfers waarover gemeenten beschikken	Mevr. P. van Oostrum	
Gemeente Geldermalsen	Cijfers waarover gemeenten beschikken	Mevr. M. Strijbos	
Gemeente Uden	ROSE/ Cijfers waarover gemeenten beschikken	Jan Mans *	j.mans@uden.nl
GGD Hart voor Brabant	ROSE/ Cijfers waarover GGD-en beschikken	Mevr. G. Smulders	g.smulders@ggdhvb.nl
GGD Rivierland	Cijfers waarover GGD-en beschikken	Mevr. A. Ton	0344-698700
GGD Rotterdam	Cijfers waarover GGD-en beschikken / standaardvraagstellingen in GGD-enquêtes	dhr. H. van Driel, dhr. A. van Dijk, mevr. E. Joosten, mevr. G. Schouten, mevr. C. de Pater	c.de.pater@zorgimpuls.nl
GGD Nederland	Cijfers waarover GGD-en beschikken		
Prismant	Ziekenhuisopnamen-cijfers	Afdeling ISB	030-2345678
ProGez	Vraag naar initiatieven/ projecten waarbij vraag en aanbod op elkaar afgestemd worden.	Piet de Lange, Anneke Venema	038-4557080
Provincie Gelderland	Vraag naar initiatieven/ projecten waarbij vraag en aanbod op elkaar afgestemd worden.	Paul Peters	s.peters@prv.gelderland.nl
P2 Managers	Vraag naar project onder huisartsen waarbij vraag en aanbod op elkaar afgestemd worden.	Dhr. J. Walter	
RIVM	standaardvraagstellingen in GGD-enquêtes	Mariël Droomers	Mariël.Droomers@rivm.nl
ROSE	Instrument: "Vraagkant in beeld: een model voor de eerstelijnszorg"	Mariet Paes *	m.paes@rose-nob.nl

Instantie	Aard van informatie	Naam	Telefoonnummer of e-mailadres
RPCP Kennemerland	Vraag naar initiatieven/ projecten waarbij vraag en aanbod op elkaar afgestemd worden.	Mevr. J. van Lelyveld	
RPCP Tilburg	Vraag naar initiatieven/ projecten waarbij vraag en aanbod op elkaar afgestemd worden.	Saskia van den Broek *	s.vandenbroek@rpcp-mb.nl
RPCP Utrecht	Vraag naar initiatieven/ projecten waarbij vraag en aanbod op elkaar afgestemd worden.	Mevr. W. Zuidweg	
SELZA	Vraag naar initiatieven/ projecten waarbij vraag en aanbod op elkaar afgestemd worden.	Mevr. E. van Dijk	
Wegener DM	Cijfers op gemeenteniveau	Margot Koopman	m.koopman@dm.wegener.nl
Woon-service Project / GGD Eindhoven	Initiatief: het samenstellen van levensloopbestendige wijken voor iedereen, met toegang tot diensten en zorg in eigen huis. In zo'n wijk moet er een samenhang zijn tussen geschikte woningen, toegankelijke looproutes, voldoende voorzieningen en beschikbare 24 uurszorg. Het project richt zich op vier domeinen: wonen, woonomgeving, welbevinden en zorg	Karin Doms, Pieter van Nierop	woonservice@eindhoven.nl

* wil graag op de hoogte gehouden worden van de ontwikkelingen van het prototype VAAM en/of wil graag meewerken aan een pilot.

BIJLAGE II Overzicht van benodigde gegevens voor constructie prototype VAAM

Onderdeel I : Demografische en epidemiologische gegevens	Waar beschikbaar	Openbaar voor VAAM	Voor wie beschikbaar	Wenselijke schaal	Beschikbare schaal
Populatie					
Leeftijd	GBA	Ja	Alle gemeenten	4-Pcn ¹	4-Pcn
Geslacht	CBS (statline)	Ja	Iedereen	4-Pcn	4-Pcn
Bevolkingsprognose	GBA	Ja	Alle gemeenten	4-Pcn	4-Pcn
Bevolkingsprognose per wijk/ buurt/stadsdeel	CBS (statline)	Ja	Iedereen	4-Pcn	4-Pcn
Bevolkingsprognose	Gemeente	Ja	Iedereen	4-Pcn	Stadsdeel / 4-Pcn
Bevolkingsprognose per wijk/ buurt/stadsdeel	Gemeente Tot 2015/2020	Ja	Iedereen	4-Pcn	Wijk/ buurt/ stadsdeel
Procentuele toename per leeftijdscategorie	Gemeente: eigen bewerking van prognose gegevens	Ja, indien aanwezig	Alle gemeenten	4-Pcn	Afhankelijk van verzameld niveau
Achtergrondgegevens					
Opleidingsniveau	CBS (statline)	Ja	Iedereen	4-Pcn	Gemeente
Inkomen	CBS (statline)	Ja	Iedereen	4-Pcn	Gemeente
	Gemeente	Kost geld	Gemeente die hiervoor hebben betaald	4-Pcn	Wijk
Herkomst: 3 herkomstlanden	GBA	Ja	Alle gemeenten	4-Pcn	4-Pcn
Herkomst: etniciteit	Gemeente	Ja, indien aanwezig	Gemeenten die over bewerking beschikken	4-Pcn	4-Pcn
Herkomst: autochtoon/allochtoon	CBS (statline)	Ja	Iedereen	4-Pcn	4-Pcn

¹ 4-cijferig postcodeniveau

Onderdeel I : Demografische en epidemiologische gegevens, vervolg	Waar beschikbaar	Openbaar voor VAAM	Voor wie beschikbaar	Wenselijke schaal	Beschikbare schaal
Achtergrondgegevens – vervolg					
Gezondheidstoestand	GGD: ong. 1x p/4 jr	Ja	De meeste GGD-en	4-Pcn	Gemeente/GGD-regio
Zelfredzaamheid	GGD: ong. 1x p/4 jr	Ja	De meeste GGD-en	4-Pcn	Gemeente/GGD-regio
Leefstijl	GGD: ong. 1x p/4 jr RIVM -AV	Ja Ja	De meeste GGD-en ledereen	4-Pcn 4-Pcn	Gemeente/GGD-regio GGD-regio
Ziekenhuisopnames en sterftecijfer	LMR (per specialisme) RIVM -NAV (totaal)	Mits je ervoor betaalt Ja	Degenen die hiervoor betaald hebben ledereen	4-Pcn 4-Pcn	Gemeente/ 4-Pcn (?) GGD-regio
Specifieke groepen/ ziekten					
Ouderen/mensen met zorgindicatie (7 AWBZ-functies)	CIZ	Op termijn	Nog onduidelijk	4-Pcn	4-Pcn
Chronische ziekten (zelfrapportage)	GGD: ong. 1x p/4 jr	Ja	De meeste GGD-en	4-Pcn	Gemeente/GGD-regio
Psychosociale en psychiatrische problemen (zelfrapportage)	GGD: ong. 1x p/4 jr	Ja	De meeste GGD-en	4-Pcn	Gemeente/GGD-regio
Zelfstandig wonende mensen met een lichamelijke beperking en zelfstandig wonende mensen met een verstandelijke beperking	-Gemeente -WVG, -Woningcorporatie -Lokale instellingen -Thuiszorg	Ja	De meeste gemeenten	4-Pcn	Gemeente
Zelfstandig wonende mensen met psychiatrische problemen	Zie hierboven	Ja	De meeste gemeenten	4-Pcn	Gemeente
Bereikten en niet bereikten					
Gebruikers van eerstelijns-voorzieningen (historie, naar leeftijd)	GGD: ong. 1x p/4 jr	Ja	De meeste GGD-en	4-Pcn	Gemeente/GGD-regio
Latente vraag	GGD: ong. 1x p/4 jr	Ja	De meeste GGD-en	4-Pcn	Gemeente/GGD-regio

Probleematische zorgmijders, waaronder dak- en thuislozen	-Gemeenten (maat-schap.opvang), -CWI -GGZ	Ja	De meeste gemeenten	4-Pcn	Gemeente
---	---	----	---------------------	-------	----------

Onderdeel II: Huidig eerstelijns- zorggebruik	PATIENTEN- GROEPEN							
BASIS- VOORZIENINGEN 1° LIJN	Ouders met kinderen < 5 jaar	Ouderen (65 jaar en ouder)	Migranten	Incidentele zorggebruikers	GGZ- cliënten	Mensen met een handicap of chronische ziekte	Mensen met een verstandelijke beperking	
Huisartsenzorg	Pols, CBS in RIVM-NAV* (huisartsenzorg)	CBS-statline (gebruik medische voorzieningen, leeftijd)	NSII, NIVEL in RIVM-NKV** (allochtonen en zorggebruik)	CBS-statline (gebruik medische voorzieningen, leeftijd)		NPCG***, NIVEL	NIVEL (deelpanel mensen met verst. beperking, vanaf 2006)	
Farmaceutische zorg	Pols, CBS in RIVM-NAV* (geneesmiddelengebruik)	CBS-statline (gebruik medische voorzieningen, leeftijd)	NSII, NIVEL in RIVM-NKV** (allochtonen en zorggebruik)	CBS-statline (gebruik medische voorzieningen, leeftijd)				
Paramedische zorg	Pols, CBS in RIVM-NAV* (fysiotherapie, oefentherapie) RIVM: Op 1 lijn	CBS-statline (gebruik medische voorzieningen, leeftijd)	NSII, NIVEL in RIVM-NKV** (allochtonen en zorggebruik)	CBS-statline (gebruik medische voorzieningen, leeftijd)		NPCG***, NIVEL	NIVEL (deelpanel mensen met verst. beperking, vanaf 2006)	

Bijlage 2 Casebeschrijving focusgroepsgesprekken

FICTIEVE SITUATIEOMSCHRIJVING

De volgende situatie doet zich voor:

De wethouder voor de gezondheidszorg heeft u als panel gevraagd om mee te denken over de inrichting van de zorg die direct toegankelijk is in uw dorp/stad. De wethouder staat open voor alle suggesties. Het gaat hem voornamelijk om de manier waarop deze zorg nu is geregeld en hoe dat eventueel anders zou moeten. Hij vraagt u hierbij bijvoorbeeld te denken aan:

- Hoe zou de organisatie van de direct toegankelijke zorg (huisarts, consultatiebureau, apotheek, fysiotherapie, etc.) eruit moeten zien volgens u?
- Zou een van de zorgaanbieders een centrale rol moeten innemen om te bepalen naar welke zorgaanbieder iemand zou moeten of moet iedereen bij elke zorgaanbieder direct kunnen aankloppen?
- Welke zorgaanbieders moeten er in ieder geval zijn in de wijk en voor welke is het geen bezwaar dat ze wat verder weg zitten?
- Maakt het uit of alle zorgaanbieders bij elkaar in de buurt zitten of heeft dit niet zoveel nut volgens u.

Kijkt u eens naar uw persoonlijke situatie en van uw familie. Wat zou u hetzelfde willen houden met de situatie zoals deze nu is en wat zou u anders geregeld willen zien uw dorp/stad!

Bijlage 3 Topiclijst per focusgroepsgesprek

In elk van de groepsgesprekken moesten in ieder geval de volgende drie punten aan bod komen:

- Service en toegankelijkheid (bijv. openingstijden, bereikbaarheid en thuisbezoeken)
 - Welke zorgaanbieder moet waar zitten, in een gezondheidscentrum of zelfstandige praktijk
 - Wat zijn de voor- en nadelen van het gezondheidscentrum of zelfstandige praktijk met betrekking tot service en toegankelijkheid
- Taakherschikking en substitutie (bijv. de praktijkverpleegkundige die taken overneemt van de huisarts)
 - Wat vinden de deelnemers hiervan en zouden ze dat willen
 - Wat zijn de voor- en nadelen voor de deelnemers met betrekking tot taakherschikking en substitutie
- Rechtstreekse toegankelijkheid (bijv. de rechtstreekse toegankelijkheid van de fysiotherapeut per 1 januari)
 - Wat vinden de deelnemers hiervan en zouden ze dit ook voor andere zorgaanbieders willen zien
 - Wat zijn de voor- en nadelen van deze rechtstreekse toegankelijkheid van zorgaanbieders

Daarnaast was voor elk groepsgesprek een lijst opgesteld van onderwerpen die in ieder geval aan bod moesten komen. Deze waren gedeeltelijk overlappend. Hieronder wordt puntsgewijs per groepsgesprek deze onderwerpen weergegeven.

Groepsgesprek met niet-westerse allochtonen

- Poortwachterfunctie van de huisarts (adviserend of controlerend)
- Communicatie (taal, cultuur, houding van de zorgaanbieder en de patiënt zelf, assertiviteit)
- Medicijngebruik (voorschrijven van de huisarts, rol en voorlichting van de huisarts en de apotheek)
- Verloskundigen
- Fysiotherapeut, thuiszorg, specialistisch verpleegkundige → waarom wordt hier relatief weinig gebruik van gemaakt en wat moet er veranderen om er wel gebruik van te maken
- Voorlichters eigen taal en cultuur → is hier ervaring mee, zouden ze deze personen zelf in willen schakelen
- Maken de deelnemers gebruik van zorg in het land van herkomst, gaan ze naar een arts of kopen ze er medicijnen
- Wat is er in het land van herkomst beter geregeld of georganiseerd en wat missen ze hiervan in Nederland.

Groepsgesprek met ouderen (65+)

- Poortwachterfunctie van de huisarts (adviserend of controlerend)
- Rol specialistisch verpleegkundigen
- Toegankelijkheid
 - o Fysiek, zowel lichamelijk als telefonisch
 - o Mentaal
 - o Financieel
- Huisbezoeken
- Spoedeisende zorg
- Fysiotherapeut
- Thuiszorg
- Gebruik van het Elektronisch Patiëntendossier en de ontwikkeling daarvan
- Speciaal op ouderen gerichte activiteiten
 - o Preventie van ouderdomsaandoeningen
 - o Seniorensprekuren (bijvoorbeeld voor griepvrij)
 - o Keuringsacties voor het rijbewijs
 - o Receptenbezorgdienst

Groepsgesprek met ouders van jonge kinderen

- Wie is in welke fase (zwangerschap, bevalling, baby, peuter, kleuter) aanspreekpunt en is dat duidelijk
- Overgang van de ene zorgverlener naar de andere (bijv. consultatiearts naar huisarts)
- Duidelijkheid over wat te doen in acute situaties (tijdens en buiten kantooruren)
- Wachttijden
- Is er behoefte aan gespecialiseerde kinderverpleegkundigen in de eerste lijn
- Wat vinden de deelnemers van het idee dat een huisarts op de eerste hulp zou meedraaien (snelle generalistische blik, ervaring met kinderaandoeningen en omgaan met kinderen)
- Gebruik van het Elektronisch Patiëntendossier en de ontwikkeling daarvan
- Kindvriendelijke benadering en inrichting van wachtruimte en behandelkamer
- Ervaringen, wensen en verwachtingen van de deelnemers ingedeeld in de volgende periodes:
 - o Periode voorafgaand aan de geboorte
 - Preconceptionele consulten (voorlichting, door wie: huisarts, verloskundige of consultatiebureau)
 - Wanneer eerste consult bij verloskundige (in de eerste drie maanden worden organen en placenta aangelegd, kwart van de vrouwen gaat pas na 16 weken)
 - o Periode tijdens de zwangerschap
 - Verloskundigen (voorlichting, controle, voor/nadelen thuis bevallen)
 - Prenatale screening (eerstelijns verwijst door naar tweedelijns)
 - o De geboorte
 - Verloskundigen, thuiszorg, duidelijkheid over thuis bevallen of in het ziekenhuis, duidelijkheid over wie dit beslist
 -

- Bevallen in het ziekenhuis met verloskundige en de gynaecoloog als achterwacht
- Duidelijkheid en begeleiding met betrekking tot borstvoeding
- Zuigelingenperiode (tot 12 maanden) en peuterperiode (1 tot 4 jaar)
 - Neonatale screening
 - Kennismaking consultatiebureau
 - Behoeftte aan contacten met consultatiebureau → meer/minder en waarom
 - Vaccinatie
 - Goede en eenduidige informatie (bijv. met betrekking tot voeding)
 - Spoedeisende zorg, hoe geregeld en behandeld (niet verwijtend), aanwezig kunnen zijn bij de behandeling/onderzoek, communicatie, deskundigheid, kindvriendelijkheid
- Kleuterperiode (4 jaar en ouder)
 - Duidelijkheid over overgang van consultatiebureau naar Jeugdgezondheidszorg GGD
 - Verder idem als hierboven

Groepsgesprek mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking

- Consultduur met de huisarts
- Deskundigheid van de huisarts met betrekking van chronische en/of lichamelijke aandoening
- Hoe gaat de huisarts om met de deskundigheid van patiënten zelf over hun eigen aandoening(en)?
- Keuze van eigen huisarts of andere zorgverlener
- Wie zien chronisch zieken als deskundige m.b.t. medicijnen (apothek, huisarts, specialist)
- Hoe is de afstemming in behandeling en medicijnen tussen eerste en tweede lijn
- Wat is doorslaggevend bij de keuze voor een paramedische zorgverlener, de afstand of deskundigheid over een bepaalde aandoening
- Ervaringen met de thuiszorg, wat zijn de ervaringen van chronisch zieken en mensen met een lichamelijke aandoening. Zijn er aspecten die ze veranderd willen zien
- Inzet van specialistisch verpleegkundigen
- Het gebruik van het Elektronisch Patiëntendossier en de ontwikkeling daarvan
- Rol van patiëntenverenigingen
- Rol van de gemeente
- Overgang van tweede naar de eerste lijn met betrekking tot controles van de aandoening

Groepsgesprek met incidentele zorggebruikers

- Poortwachterfunctie huisarts (adviserend of controlerend)
- Wie is het aanspreekpunt in de eerste lijn
- Toegankelijkheid en bereikbaarheid (financieel, fysiek en telefonisch)
- Organisatie acute zorg
- Deskundigheid (zowel zorginhoudelijk als communicatief)

- Informatievoorziening (op één plek of per zorgaanbieder)
- Gebruik van het Elektronisch Patiëntendossier en de ontwikkeling daarvan
- Aansluiting eerstelijnszorg met tweedelijnszorg

Groepsgesprek met GGZ-gebruikers

- Consultduur met de huisarts
- Kennis huisarts van geestelijke gezondheidszorg
- Niet opmerken van lichamelijke klachten door huisarts door fixatie op geestelijke klachten
- Consultduur eerstelijnspsycholoog of maatschappelijk werker
- Rechtstreekse toegankelijkheid eerstelijnspsycholoog
- Goede opvang in crisissituaties (directe toegang?)
- Wel/niet doorverwijzen naar tweede lijn (te snel/te langzaam?)
- Versterking eerste lijn met psychiater
- Avond- en weekendsprekuren
- Niet direct hulp zoeken, maar eerst zelf proberen op te lossen
- Samenwerking huisarts, algemeen maatschappelijk werker, eerstelijnspsycholoog en cliënt zelf
- Functie zelfhulpgroepen
- Gebruik van het Elektronisch Patiëntendossier en de ontwikkeling daarvan
- Inzetten van sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de eerste lijn
- Duidelijkheid over het beleid en voorlichting met betrekking tot medicatie
- Is er een rol voor de fysiotherapeut weggelegd voor mensen met psychische problemen?

Bijlage 4 Verslag focusgroepsgesprekken

Resultaten groepsgesprek met migranten

Een belangrijk onderwerp dat tijdens het gesprek regelmatig naar voren kwam, is het feit dat deze groep migranten het idee heeft dat er in Nederland te snel medicijnen voor worden geschreven. Ze hebben het gevoel dat ze met medicijnen de deur uitgestuurd worden, zonder dat er op andere factoren (bijvoorbeeld psychologische factoren) wordt ingegaan. De deelnemers geven aan dat hier te weinig tijd aan wordt besteed. *"Een buitenlandse patiënt praat meer over de familie. De klachten zijn vaak gebaseerd op veel factoren, met name psychische klachten. Er wordt te snel een medicijn voorgeschreven. Voordat een arts een medicijn voorschrijft, kan hij ook doorvragen".*

Daarnaast hecht de groep migranten grote waarde aan een goede toegankelijkheid van de huisarts, waarbij het mogelijk moet zijn om, zonder veel overleg met de assistente, een afspraak te maken voor spreekuurbezoek. Men geeft aan dat het voor een deel van de groep niet-westers allochtonen het moeilijk is om klachten via de telefoon duidelijk te maken in verband met taalproblemen. Voor wat betreft de openingstijden van de huisartspraktijk zou men graag een avond- of weekendspreekuur zien met name voor mensen die fulltime werken.

de hoeveelheid tijd die beschikbaar is tijdens het contact met de huisarts vormt een belangrijk discussiepunt. Men heeft het idee dat er niet goed naar hen geluisterd wordt omdat er te weinig tijd beschikbaar is voor een consult. *"Die tien minuten zijn veel te kort. Voordat je geacclimatiseerd bent in die ruimte en voordat je die stap hebt genomen om naar de huisarts te gaan... Het is toch een angstige situatie en je wilt wel goed uit je woorden zien te komen."* Als oplossing ziet men hier een taak voor de (praktijk)verpleegkundige, die samen met de patiënt de zaken op een rijtje zet en waarna dan de arts vervolgens bepaalt wat er gedaan moet worden. De (allochtone) patiënt zal zich in deze situatie wellicht wat meer op zijn/haar gemak voelen. *"Als je in Suriname bij de arts komt, dan spreek je eerst met een soort gekwalificeerde zuster. De zuster stelt van tevoren heel veel vragen. Deze geeft zij door aan de dokter. Als je dan komt, dan begint de dokter op het punt waar zij gebleven is. Dan heb je geen aanloop nodig. Zij geeft het direct aan hem door en hij gaat ermee beginnen. Dat zou ik ook in Nederland heel prettig vinden. Die zuster krijgt zo een hele andere taak en de huisarts houdt tijd over."* Dezelfde praktijkverpleegkundige zou ook een aantal routinechecks kunnen doen, zoals bloeddruk meten en bloedprikken. De deelnemers geven wel aan dat de diagnose ten alle tijden door de huisarts gesteld moet worden. *"Bloedprikken kan de verpleegster doen. Maar de diagnose moet de arts stellen. Daar heb je vertrouwen in. Het kan ook zo zijn dat je een aantal keren bij de verpleegster komt, maar de eindbeslissing ligt bij de*

huisarts." Andere punten met betrekking tot de huisarts betreffen de vrijheid om van huisarts te mogen veranderen en het geringe aantal huisartsen van allochtone afkomst.

Gaat het om het werken van de huisarts dan wordt door een deel van de deelnemers tijdens het groepsgesprek een vraagteken gezet bij het systeem waarbij de huisarts als poortwachter voor de medisch specialist fungeert. *"Je moet werkelijk op je knieën gaan, voordat je wordt doorverwezen."* Is men doorverwezen dat vindt men het onbegrijpelijk dat men iedere keer weer terug moeten naar de huisarts. *"Als je eenmaal iets hebt en je weet wat het is, moet je toch weer terug naar de huisarts. Je moet de huisarts hier extra voor betalen. Het wordt ook door de verzekering geëist, dat je een briefje nodig hebt. Anders krijg je de vergoeding ook niet."*

Ook ziet men bij de arts graag meer aandacht voor de etnische achtergrond van de patiënt. De groep geeft aan dat sommige groepen allochtonen, zowel mannen als vrouwen, het moeilijk vinden als ze naar een arts moeten van een ander geslacht. Ze geven echter wel aan dat de tijden en de mensen aan het veranderen zijn en dat men hier soepeler in wordt, maar dat er altijd een bepaalde groep is die hierin stug blijft volhouden. *"Als je naar een gynaecoloog moet of naar een verloskundige en er zit een mannelijke arts, dan zullen negen van de tien allochtonen omkeren."* Daarnaast wordt aangegeven dat de Nederlandse huisarts weinig verstand heeft van ziekten/aandoeningen die typisch zijn voor mensen met een gekleurde huid. Ze hebben het idee dat alles gemeten wordt naar maatstaven van de blanke huid. *"De arts weet niet goed hoe een gekleurde huid kan reageren. Dat kom je heel vaak tegen. Ze hebben geen kennis van zwarte ziektes. De symptomen kunnen namelijk anders zijn."*

Naast problemen rond specifieke aandoeningen, zijn er taalproblemen. Men realiseert zich dat niet voor elke taal een tolk aanwezig kan zijn, maar wellicht kan hier toch meer aandacht voor komen. Eensgezind is men in de opvatting dat het meenemen van kinderen naar het spreekuur om daar als tolk te fungeren ongewenst is. Veel dingen komen niet boven tafel als een kind bij het consult aanwezig is. *"Bij veel mensen zijn dingen taboe. Ze kunnen dingen niet aan hun kinderen kwijt en het kind kan dit dan niet doorvertalen."* Wat dit betreft ziet men een rol voor bijvoorbeeld een medische tolk, terwijl ook nadrukkelijk wordt gewezen op de functie van de gezondheidscentra waar volgens hen meer mogelijkheden zijn voor bijvoorbeeld voorlichters in de eigen taal en cultuur.

Kijken we naar de andere disciplines in de eerstelijnszorg, dan valt op dat meerdere deelnemers in hun thuisland naar de tandarts gaan. Ze geven aan dat ze daar beter geholpen worden en dat de tandartsen daar meer tijd voor hen hebben en dat het gebit goed wordt nagekeken. Daarnaast is er ook meer overleg mogelijk over wat er gedaan moet worden. Ze hebben het gevoel dat het in Nederland te snel gaat en dat ze niet serieus worden genomen.

Hoewel met betrekking tot het werken van de huisarts werd aangegeven dat in Nederland te snel medicijnen worden voorgeschreven, vinden de deelnemers aan het gesprek in zijn algemeenheid dat medicijnen (en in het bijzonder antibiotica) makkelijker verkrijgbaar

moeten zijn. Aangegeven wordt dat in Turkije en Marokko antibiotica vrij verkrijgbaar zijn via de apotheek en dat ze hierover goed worden voorgelicht.

Over de verloskunde zijn de meeste migranten goed te spreken. Afgezien van het feit dat er meer tolken aanwezig zouden mogen zijn, is dit gedeelte van de zorg goed geregeld. Ze zijn zeer te spreken over het feit dat je in Nederland zelf mag kiezen hoe en waar je wilt bevallen. En het voordeel is dat in dit beroep voornamelijk vrouwen werkzaam zijn. Ook over de controle en begeleiding van het consultatiebureau zijn ze tevreden. Wel wordt opgemerkt dat het wellicht de taak van de verloskundige en kraamzorg is om de vaders meer te betrekken in de zorg, aangezien dit voor niet-westerse allochtonen vaak nog taboe is.

Het laatste onderwerp dat aanbod komt is de kraamhulp en de thuiszorg. De deelnemers geven aan dat ze op de hoogte zijn van de mogelijkheden, maar dat ze de zorg liever binnen de familie houden. De deelnemers geven aan dat zij liever een budget krijgen, zodat familie en vrienden kunnen komen helpen. Het heeft vaak ook met de cultuur te maken. Wel zou men het fijn vinden als thuiszorgorganisaties cursussen zouden aanbieden op dit terrein. Hiermee wordt hen de keuze geboden om het in eigen hand te houden of gebruik te maken van de diensten van de thuiszorg.

Resultaten groeps gesprek met ouderen

De deelnemers uit de groep 65-plussers gaven aan dat het voor hen belangrijk is dat met name de huisarts, tandarts en de apotheek direct toegankelijk is. Het is voor hen belangrijk dat deze zorgaanbieders dicht in de buurt zitten.

De deelnemers die een huisarts hebben met een inloopsprek uur zijn hier zeer over te spreken. Ook degene die deze mogelijkheid niet hebben, zouden dit graag bij hun huisarts willen zien. Ook al geldt het niet voor deze groep, ze zien hier zeker voor mensen die werken een voordeel van in. Eén van de deelnemers geeft aan dat zijn huisarts op vrijdagmiddag een zogenaamd '5-minutensprek uur' heeft om te voorkomen dat iemand onzeker het weekend ingaat. De andere deelnemers geven aan deze mogelijkheid ook wel te willen hebben. Minder zijn de 65-plussers te spreken over de mogelijkheid dat de huisarts een thuisbezoek aflegt. Ook al verschilt dit erg per huisarts, ze vinden dat het steeds moeilijker wordt om de huisarts thuis te krijgen. *"De tendens is van 99% kom maar hier. Je moet van heel goede huize komen wil je hem bij je thuis krijgen. Vroeger had je tenminste een HUISarts"*

Met betrekking tot de huisartsenpost speelt volgens de deelnemers aan het groeps gesprek hetzelfde probleem. Men geeft aan dat men uitermate mondig moet zijn wil er iemand tijdens de nacht- of weekenddiensten aan huis komen. *"De afgelopen weken had ik longontsteking en met 40 graden koorts verwachten ze dat je gewoon naar de praktijk komt. Als je zo'n hoge koorts hebt dan kun je toch niet de straat op."*

De groep heeft tevens problemen met de bereikbaarheid van de huisartsenpost. Volgens sommige 65'plussers is het gebied dat bestrijkt moet worden te groot en ze stellen dan ook voor dat deze regio's kleiner moeten worden. Verder vindt de groep het onbegrijpelijk dat er huisartsenposten zijn waar geen apotheek dicht in de buurt zit.

"Eerst waren we een half uur onderweg naar de huisartsenpost, daar wachtten tot we eindelijk aan de beurt waren. Toen moesten we nog helemaal naar Amersfoort om de apotheek te zoeken. Nou we hebben echt door die stad gedood en zoeken, zoeken. Dat kan toch niet."

De meningen over de triage door een verpleegkundige zijn verdeeld. De een vindt dat deze persoon te veel filtert, terwijl een ander aangeeft dat het goed is dat zij wat inzicht in de patiënt krijgt.

De meningen met betrekking tot het deeltijdwerken van de huisarts zijn erg verdeeld, ondanks het feit dat het merendeel beseft dat de huisartsen niet meer dag en nacht klaar hoeven te staan. Men vindt het vervelend dat men niet door de eigen huisarts wordt geholpen en men geeft aan dat (als het niet om dringende zaken gaat) de neiging bestaat een bezoek met een dag uit te stellen tot de eigen huisarts weer aanwezig is. *"Bij ons zitten drie huisartsen, maar je hebt niet meer zo echt het gevoel van het is jouw huisarts. Sowieso weten ze tegenwoordig nauwelijks iets van je gezinssituatie af."*

Met betrekking tot de bereikbaarheid wordt het telefonisch spreekuur zeer gewaardeerd, met name als het gaat om uitlagen van onderzoeken. Daarnaast zou men graag meer mogelijkheden zien om nog dezelfde dag op het spreekuur terecht te kunnen. De deelnemers geven aan dat de assistente beslist of je wel of niet dezelfde dag mag komen en dat ze door moeten zetten om ook daadwerkelijk een afspraak te krijgen.

Met betrekking tot de praktijkverpleegkundigen zijn er nog wat onduidelijkheden voor de deelnemers. Sommige geven aan dat als deze praktijkverpleegkundige een opleiding heeft gehad voor het uitvoeren van specifieke handelingen (bloedprikken, oren uitspuiten, bloeddruk meten etc.), zij daar geen problemen mee hebben. Ze geven aan het zelfs slim te vinden, aangezien de huisarts op deze manier meer tijd overhoudt voor zijn patiënten. Wanneer gevraagd wordt wat zij ervan vinden dat de praktijkverpleegkundige een uitgebreidere taak krijgt, staan zij hier positief tegenover, zolang de huisarts maar de eindverantwoordelijke blijft. *"Je hebt bij zo'n verpleegkundige meer de tijd, je voelt je even rustiger als je daar een kwartier kunt zitten in plaats van die zeven minuten bij de huisarts."*

Tenslotte wordt, met betrekking tot het werken van de huisarts zelf, opgemerkt dat de consultduur wel wat langer zou mogen. *"Je mag maar zeven minuten bij zo'n huisarts zitten. Nou, dan moet hij eerst in zijn computer kijken, dan moet je je klacht vertellen en die moet dan weer in de computer. Als jij dan nog eens je mond open gaat doen, dan komt die man helemaal niet op tijd klaar."*

Met betrekking tot de overige eerstelijnsdisciplines, is de groep 65'plussers zeer te spreken over de fysiotherapeut inclusief de poortwachtersfunctie die de huisarts tot voor kort vervulde met betrekking tot de fysiotherapeut. *"Ik heb op gebied van spieren en*

gewrichten en dergelijke meer vertrouwen in een fysiotherapeut dan in mijn huisarts. De huisarts is een hartstikke aardige vrouw, maar de fysiotherapeut weet op bewegingsgebied gewoon veel meer."

Wel vinden de deelnemers dat ze door de fysiotherapeut beter geïnformeerd moeten worden over het aantal behandelingen die volgens hun zorgverzekering vergoed wordt en/of wanneer toestemming gevraagd moet worden voor meer behandelingen.

Met de fysieke toegankelijkheid van de verschillende zorgverleners hebben de deelnemers weinig moeite. Ze zijn zeer te spreken over de mogelijkheid dat de apotheek de medicijnen thuis aflevert indien dit nodig is.

Met betrekking tot de thuiszorg is het voor de deelnemers onbegrijpelijk dat er verschillende mensen komen en dat er geen tijd is voor een persoonlijk praatje, waar vooral deze groep behoefte aan heeft. Ook het feit dat precies is vastgelegd hoeveel minuten er per taak uitgevoerd moet worden, is de deelnemers een doorn in het oog. *"Je krijgt huishoudelijke hulp, maar ze zitten de helft van de tijd ook nog te schrijven. Ze krijgen twee minuten voor dit en drie minuten voordat, maar er is geen tijd om even van gedachten te wisselen."*

Daarnaast is het voor de deelnemers onbegrijpelijk dat de feitelijke thuiszorg afwijkt van het indicatiebesluit, dat er niet meer rekening wordt gehouden met het feit dat thuiszorg een inbreuk is op de privacy van ouderen en dat iemand niet één of twee vaste thuiszorgmedewerkers krijgen toegewezen. *"Toen mijn man op een gegeven ogenblik gedoucht moest worden, toen zeiden ze we zouden proberen zoveel mogelijk dezelfde persoon te sturen. Nou bij nummer 23 ben ik opgehouden met tellen."*

Eén van de deelnemers geeft aan dat hij om de bovenstaande redenen naar volle tevredenheid is overgestapt op een persoonsgebonden budget. Hiermee kan hij zelf personeel inhuren en zelf bepalen wat er gedaan moet worden, maar hij geeft ook aan dat dit niet voor iedereen is weggelegd.

Op de vraag of er nog aspecten zijn waar de groep 65'plussers behoefte aan heeft, dan blijkt men zeer te spreken zijn over de organisatie van de jaarlijkse griep prik en de regelingen die aanwezig zijn voor de rijbewijskeuring. Door één van de deelnemers wordt geopperd dat zij wel behoefte heeft aan een 1- of 2-jaarlijkse check-up. *"Waar ik wel eens aan zit te denken, is dus een soort APK-keuring voor mensen, gewoon een totale check"*. De andere deelnemers zijn hier heel positief over en zouden dit graag gerealiseerd willen zien.

Bovendien blijkt uit het groepsgesprek dat ouderen bereid zijn zelf een bijdrage te leveren aan het zorgproces, door actief betrokken te worden bij de behandeling door bijvoorbeeld het consult thuis goed voor te bereiden. Daarnaast wenst men meer voorlichting/informatie over het acute zorgaanbod, want het is ouderen vaak onduidelijk waar ze met hun acute zorgvraag naar toe kunnen. Deze voorlichting moet niet alleen via internet aangeboden worden, maar zeker ook via andere communicatiekanalen. Ook wenst men meer informatie over vergoeding fysiotherapie en de mogelijkheid tot thuisbezorging van medicijnen, thuiszorg op vaste tijdstippen

Resultaten groeps gesprek met ouders van jonge kinderen

Een aantal van de deelnemers met kleine kinderen woont in een wijk of dorp waar een gezondheidscentrum gevestigd is met meerdere zorgaanbieders onder één dak. Zij geven aan dat ze het praktisch vinden en dat het duidelijk is waar je heen moet. *"Ik vind het fijn in de wijk dat nu de huisarts, het consultatiebureau, de apotheek, de verloskundige, de tandarts en de fysiotherapie in één centrum zitten. De tandarts en de fysiotherapeut kunnen wat mij betreft verder weg zitten want die heb je niet vaak nodig. Kijk het consultatiebureau heb je in het begin gewoon maandelijks nodig en de verloskundige ook. En de huisarts heb ik ook regelmatig nog."* Ideaal vindt de groep het als een dergelijk centrum op loopafstand zit of in elk geval goed bereikbaar is met het openbaar vervoer. *"Ik vind het wel prettig dat de dokter op loopafstand woont, dat vind ik ideaal, zeker als je twee kinderen hebt."* Daarnaast vinden ze dat zowel binnen het centrum als wanneer de zorgaanbieders verspreid gevestigd zijn, de onderlinge gegevensuitwisseling goed geregeld moet zijn, bijvoorbeeld via het Elektronisch Patiënten Dossier.

Een aantal van de deelnemers heeft het idee dat ze niet serieus genomen worden door de huisarts als ze zijn doorgestuurd vanuit het consultatiebureau. Ze geven aan dat het consultatiebureau nu eenmaal gespecialiseerd is in kinderaandoeningen (bijvoorbeeld heup- en schedelproblemen) en dat ze daarom volgens hen dan ook een adviserende rol moeten hebben naar de huisarts. De deelnemers geven aan dat ze voor dat soort problemen ook naar het consultatiebureau gaan en niet naar de huisarts. Zij hebben toch het gevoel dat daar de specialisten zitten. Het is voor de deelnemers onbegrijpelijk dat ze niet rechtstreeks vanuit de consultatiearts doorgestuurd kunnen worden naar de tweedelijns, maar dat ze eerst bij de huisarts langs moeten voor een verwijzing. Ze vinden dat het hierdoor onnodig lang duurt voordat er wat gebeurt.

Met betrekking tot de verloskundige werd het raar gevonden dat je eigenlijk relatief laat in de zwangerschap naar de verloskundige gaat. Informatie over wat men tijdens de zwangerschap wel en niet mag doen en gebruiken wordt op prijs gesteld. De meningen van de deelnemers met betrekking tot de adviserende rol die de verloskundige heeft over thuis bevallen waren verdeeld. De deelnemers zijn het er wel over eens dat de verloskundige niet té veel mag sturen en dat ze alles goed moet uitleggen, met van alles de voor- en nadelen erbij. Uiteindelijk moet de beslissing volgens hen wel bij de ouders liggen

Alle deelnemers zijn het erover eens dat er meer en duidelijkere informatie moet komen over borstvoeding en dan met name als het niet lukt. Ook al realiseren de deelnemers dat er voordelen aan borstvoeding zitten, ze geven wel aan dat er volgens hen te veel nadruk opgelegd wordt. *"Borstvoeding is een vreselijk heikel punt in Nederland."*
"Er is niet één boekje waar in staat, lukt het niet? Vergeet het, er is niks aan de hand."
Hier ziet men nadrukkelijk een rol voor de kraamverzorgende. De verloskundige en/of assistente zou in dit verband de kraamhulp moeten regelen, of in elk geval de cliënt eraan moeten herinneren dat hierin iets geregeld moet worden. Daarnaast vinden sommige van de deelnemers dat de kraamhulp laat komt, waardoor soms de eerste dag komt te vervallen terwijl ze maar even geweest is. Ook geven ze aan dat het moeilijk is als je als

ouders de eerste nacht met de baby moet doorkomen als er helemaal nog geen hulp geweest is. Zij zouden graag zien dat ze op deze momenten steun zouden kunnen krijgen. *"Ik heb midden in de nacht de verloskundigenpraktijk gebeld, van ze wil gewoon niet drinken. Gelukkig vonden ze dat niet erg, maar je wordt hierdoor wel in het diepe gegooid."*

Een ander punt met betrekking tot de kraamhulp is dat je volgens de deelnemers heel erg afhankelijk bent van wie je krijgt. Ook wordt aangegeven dat er vaak te veel wisselingen van personeel is. Men zou graag dezelfde kraamhulp voor de gehele periode krijgen. *"Nou die derde nam echt alle tijd voor je en dat was echt heel prettig. Die had duidelijk zorg voor mij en voor ons kind, onze nieuwe baby. Ja, dat was wel prettig eigenlijk. Het kwam veel relaxter over, als twee van die stresskippen die het hele huis van top tot teen schoonmaken."*

Voor de deelnemers is het consultatiebureau in de eerste periode van het kind het eerste aanspreekpunt. Vooral wanneer zij zich zorgen maken over de voeding of het gewicht van hun baby, nemen ze contact op met het consultatiebureau. Ze geven aan dat ze met behulp van groeiboekjes, folders en gesprekken veel informatie krijgen over de ontwikkeling van hun baby en peuter. De deelnemers geven allemaal aan dat de frequentie waarmee je naar het consultatiebureau moet, voldoende is. Daarnaast wordt een telefonisch spreekuur of een inloopsprek uur op prijs gesteld. *"Ons consultatiebureau had destijds zo'n telefonisch spreekuur, dan mocht je bellen tussen twee en half vier. Twee tot drie keer per week hadden ze een inloopsprek uur waar je langs mocht komen om even te praten als je je ergens zorgen over maakt. Daar heb ik best wel gebruik van gemaakt."*

Over de voedingsadviezen geven de deelnemers aan, dat verschillende consultatiebureaus of personen die daar werken soms tegenstrijdige adviezen geven. Zeker ook omdat ze met vriendinnen/vrienden over hun kinderen praten die andere adviezen hebben gekregen dan zij. Ze vinden dit vreemd en geven aan je hier zelf nuchter mee om moet gaan, maar ze snappen best dat mensen daar onzeker van worden.

Met betrekking tot de huisartsenpost hebben de deelnemers met kleine kinderen wisselende ervaringen. Over het algemeen is men het er over eens dat als je voor een klein kind belt, je serieus wordt genomen en dat de drempel erg laag is om te komen. Wanneer men voor zichzelf belt is het de ervaring dat het lastig is om langs te kunnen komen of om een huisbezoek te krijgen. Het stoort sommige van de deelnemers wel dat voordat ze kunnen zeggen wat er aan de hand is, ze eerst een hele checklist moeten afwerken. Volgens hen zou dit als er een patiëntendossier zou zijn veel minder hoeven.

Een paar van de deelnemers storen zich aan het feit dat men bij sommige zorgaanbieders soms erg lang moeten wachten, wat met kinderen erg lastig is. Een speelhoekje en/of wat kinderspeelgoed kan helpen om deze wachttijd goed door te komen. *"Je moet eigenlijk overal wachten, vind ik. Tenminste mijn ervaring is dat ik bij de huisarts altijd heel lang moet wachten en bij het consultatiebureau ook. Ik kan nooit van de tijd op aan zeg maar, van de afspraak die ik heb. Ik probeer de afspraak zo te maken, dat het met mijn werk*

goed uitkomt, maar ja, als zij zich niet aan de tijd houden, dan ben ik toch weer twee uur te laat op mijn werk."

De meeste deelnemers zijn van mening dat het makkelijker moet zijn om van zorgverlener en met name huisarts te kunnen wisselen. Daarnaast vinden ze het goed dat de huisarts functioneert als buffer naar de specialist toe. Volgens de deelnemers is het niet goed als je rechtstreeks naar de specialist zou mogen.

Eén van de deelnemers vraagt zich af of er in de gaten wordt gehouden hoe een wijk zich ontwikkelt. Zij geeft aan in een oude wijk te wonen met veel oudere mensen, maar dat hier langzaam steeds meer jonge mensen met kleine kinderen komen wonen. Zij zou graag zien dat hier aandacht aan besteed wordt en dat de zorg die een wijk nodig heeft, afgestemd wordt op het soort mensen dat in een wijk woont en dat veranderingen in de samenstelling in de gaten wordt gehouden. Op deze manier kan hier tijdig op ingesprongen worden.

Resultaten groeps gesprek met mensen met een chronisch ziekte of lichamelijke beperking

Met betrekking tot de organisatie van de zorg zijn de deelnemers aan het groeps gesprek met mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking, het er over eens dat in een ideale situatie de huisarts en de apotheek dicht bij elkaar zitten, al dan niet gevestigd in een gezondheidscentrum. Wel wordt er opgemerkt dat je als patiënt niet verplicht mag worden om gebruik te maken van de zorgaanbieders in dat specifieke centrum, maar dat je altijd vrij staat in de keuze naar wie je gaat. Daarnaast moet de apotheek voldoende groot zijn en genoeg medicijnen op voorraad hebben. *"Er zijn medicijnen die ik al mijn hele leven slik. Elke keer moet het weer herhaald worden en dan is er weer niet genoeg op voorraad en dan moet ik elke keer weer terug. Daar kan een apotheker zich toch op instellen. Je weet toch hoeveel een patiënt nodig heeft."*

Daarnaast geven enkele chronisch zieken aan dat de openingstijden van de apotheek niet altijd goed geregeld zijn. Gaat de één open om half acht, de ander begint pas om half negen, waardoor je niet rechtstreeks van de huisarts naar de apotheek kan gaan. Omdat de groep van chronisch zieken veel medicijnen gebruikt is het belangrijk dat in de gaten wordt gehouden of al deze medicijnen wel bij elkaar kunnen. Men ziet hierin, en daarnaast ook in de voorlichting over neveneffecten van medicijnen, vooral een taak voor de apotheek. *"Ik merk elke keer weer dat er niet genoeg aandacht wordt besteed aan de nevenwerking van medicijnen, zowel door de apotheek, de huisarts als de longarts. Bepaalde specialisten zijn hier helemaal niet in geïnteresseerd. Wanneer twee specialisten iets voorschrijven, kijken ze niet wat de ander doet, terwijl die medicijnen helemaal niet met elkaar gecombineerd kunnen worden."..... "Waar ik woon is er ook een koppeling tussen specialisten en huisartsen wat dossier betreft. Alleen de specialist moet daar een paar knopjes meer voor indrukken en hij neemt daar de moeite niet voor. Hierdoor heeft hij mij de verkeerde medicijnen voorgeschreven, terwijl de huisarts hierover een opmerking in het systeem had gezet."*

Problemen die worden gesignaleerd met betrekking tot het verstrekken van medicijnen zijn de samenwerking tussen de verschillende 'voorschrijvers', het aanmerken van sommige medicijnen als 'absoluut noodzakelijk' en de kennis van de huisarts rond medicijnen. De deelnemers uit dit gesprek geven aan dat ze regelmatig tegen de gebrekkige kennis van de huisarts aanlopen met betrekking tot hun aandoening. De deelnemers hebben het idee dat ze vaak te maken hebben met onbegrip. De deelnemers vinden het belangrijk dat huisartsen daar eerlijk in zijn en zeker dat ze serieus worden genomen. Daarnaast vinden ze ook dat ze moeten accepteren dat veel patiënten met een chronische of lichamelijke aandoening soms meer van hun ziekte/aandoening weten dan zijzelf. *"Mijn huisarts komt er rond voor uit dat hij niet zoveel verstand heeft van het gebruik van aparte soorten antibiotica. Dan zegt hij soms tegen mij, nou je hebt het zeker allang zelf opgezocht op internet, kun je mij even zeggen wat en waar het staat, want dan wil hij het wel zelf graag nalezen. Hij staat er open voor. Zegt geen ja als het nee is."*

De deelnemers vinden het belangrijk dat artsen en zeker als er meerdere in één praktijk zijn, dat er met elkaar wordt overlegd of zelfs wordt doorverwezen als één van hen meer kennis of ervaring heeft met een aandoening. Op deze manier, geven de chronisch zieken aan, kunnen ze het voor elkaar opvangen, maar het is volgens hen wel belangrijk dat ze hiervoor openstaan. Wellicht kunnen artsen elkaar aanvullen waar het gaat om specifieke kennis.

Over de toegankelijkheid van de huisartsenposten zijn de deelnemers over het algemeen niet te spreken. Opmerkingen betreffen de afstand, de triage door de assistent(e) en de onmogelijkheid om een huisbezoek te krijgen. *"Er is daar echt iemand aan de lijn geïnstalleerd om iedereen af te houden tot morgen of maandag en iedereen te adviseren een aspirientje te nemen."*

Deelnemers die te maken hebben met een specialistisch verpleegkundige zijn hier zeer tevreden over. Het gaat hierbij vooral om praktijkondersteuners voor diabetici of mensen met astma/COPD. Er wordt aangegeven dat op dit moment veel praktijkondersteuners in opleiding zijn en dat er de komende tijd dus meer bij komen. De deelnemers vinden het vooral een voordeel dat deze verpleegkundigen meer tijd hebben en ook makkelijker te benaderen zijn. Daarbij is het wel belangrijk dat naar de patiënten goed wordt gecommuniceerd, wat precies de taken van een specialistisch verpleegkundige zijn.

De deelnemers zouden graag een soort zorgloket bij de gemeentes zien voor mensen met een chronische of lichamelijke aandoening. Op dit moment moeten ze bij verschillende instanties/ambtenaren allerlei dingen aanvragen, waarvoor vaak veel en veel verschillende formulieren ingevuld moeten worden. *"Ik heb een hele lage uitkering, dus ik kom in aanmerking voor heel veel tegemoetkoming, waarvoor ik elke keer weer een medische verklaring nodig heb. Als er een patiëntendossier is, dan denk ik, laat die gemeente daar dan ook maar in komen, dan heb ik zo'n verklaring maar één keer nodig. Want nu moet ik dat voor elke afdeling opnieuw doen."* Daarnaast vindt men het onbegrijpelijk dat men elke keer opnieuw een verwijzing nodig heeft.

Een aantal van de deelnemers ontvangen thuiszorg. Zij geven aan dat zij het liefst een persoonsgebonden budget ontvangen, maar het is volgens de deelnemers niet altijd makkelijk om iemand aan huis te krijgen om drie uur in de week het huishouden te doen. Het grootste nadeel van de thuiszorg vinden ze dat ze geen vaste mensen hebben en dat er geen vaste dag of tijdstip is dat ze langskomen. Tenslotte is men niet echt te spreken over de kwaliteit die geleverd wordt. De deelnemers geven aan dat ze te weinig als klant worden gezien en er geen sprake is van een gelijkwaardige verhouding.

Over de fysiotherapie zijn de deelnemers met een chronische of lichamelijke beperking uit deze groep zeer te spreken. Ze geven wel aan dat ze niet naar de eerste de beste fysiotherapeut gaan, maar dat ze eerst grondig achterhalen wie de meeste kennis heeft van een bepaalde aandoening. Hiervoor zijn ze dan ook bereid een stuk te reizen. *"Ik heb goede ervaringen met de fysiotherapeut. Ik ben doorverwezen door de huisarts. Degene die ik gebruik is ook iemand met COPD-aantekeningen."*

Slechts een paar van de deelnemers heeft ervaring met de diëtist en de meningen hierover zijn wisselend. Ze hebben het idee dat de diëtist vaak niet op de hoogte is van een specifieke aandoening en dat ze vooral zelf veel dingen moeten uitvinden. Door de groep wordt aangegeven dat het daarom ook belangrijk is om lid te worden van een patiëntenvereniging. Deze blijken vaak een lijst te hebben van bijvoorbeeld diëtisten die verstand hebben van een bepaalde aandoening. Daarnaast geven deze deelnemers aan dat vooral in het begin, als een aandoening net geconstateerd is, de patiëntenvereniging de manier is om aan informatie te komen en om ervaringen uit te wisselen.

De deelnemers concluderen dat de zorg in Nederland over het algemeen van een goed niveau is, maar zij geven wel aan dat ze mondig moeten zijn om dingen te realiseren en dat ze overal zelf achteraan moeten gaan. *"We moeten continue overal zelf achteraan of je moet familie of vrienden inhuren die daar kennis van hebben en die het leuk vinden om dingen te regelen. In je eentje red je het gewoon niet."*

De chronisch zieken en personen met een lichamelijke beperking opperen dat een soort persoonlijke coach de oplossing zou zijn voor deze problemen. Deze persoon, die volgens de deelnemers een mix zou moeten zijn tussen een maatschappelijk werker en een verpleegkundige, zou mensen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking kunnen helpen om alles op de rails te zetten. Deze persoon zou dan kennis moeten hebben over chronische en lichamelijke aandoeningen, maar ook over de mogelijkheden die gemeentes daarvoor bieden en de financiën. *"Als er een zorgloket is waar je met al je vragen terecht kan, dan zouden daar ook een paar persoonlijke coaches in dienst kunnen zijn. Hier kan je dan naar toe, afhankelijk van de zorg die je nodig hebt en die jou één keer per jaar oproept om te bespreken of alles nog goed gaat en of alles nog goed geregeld is."*

Ook vinden de deelnemers aan dit gesprek dat ze veel meer als klant gezien moeten worden. Een aantal zou graag zien dat ze rechtstreeks het geld krijgen dat de zorg hen kost. Deze deelnemers hebben het idee dat als ze meer geld hebben dat ze meer macht kunnen uitoefenen en dat ze dan als klant gezien worden.

Tot slot baart de deelnemers zorgen dat de kosten van de zorg steeds hoger worden en ze vinden het ook heel belangrijk dat hier wat aan gedaan wordt, maar zij geven aan dat dit zeker niet ten koste mag gaan van de patiënt.

Resultaten groeps gesprek met incidentele zorggebruikers

Het eerste dat tijdens het gesprek met de incidentele zorggebruikers aan de orde komt, is de mogelijkheid om vanuit het bedrijfsleven een gezondheidstest te laten doen. Bij één van de deelnemers gebeurt dit eens in de vijf jaar. De andere deelnemers zien hier wel wat in. Zij zien hiervoor een belangrijke rol weggelegd voor de bedrijfsarts. Ze geven aan dat deze gezondheidstest zowel in het belang van het personeel is als de werkgever. De deelnemers vinden wel dat het geen verplichting mag worden

De overgrote meerderheid van de groep kan zich vinden in de huidige rol van de huisarts. Het feit dat je eerst naar de huisarts moet, voordat je wordt doorverwezen, wordt door weinigen als storend ervaren. Ze zien de huisarts ook als een soort centrale databank, waar alle gegevens over een patiënt aanwezig zijn en wanneer het nodig is dat de huisarts doorverwijst. Daarnaast geven ze aan dat er ook nog altijd een second opinion mogelijk is, alhoewel wordt aangegeven dat dit nog veel te weinig gebeurt.

Veel van de deelnemers storen zich eraan dat de communicatie tussen de tweede en eerste lijn vaak slecht geregeld is. Volgens de deelnemers geven specialisten vaak laat of helemaal niet door wat er bijvoorbeeld aan medicijnen is voorgeschreven. Hierdoor moet de huisarts(enpost) regelmatig contact opnemen met de apotheek om zo te achterhalen wat voor medicijnen een patiënt slikt. Volgens de deelnemers zou het handig zijn als zowel in de eerste als in de tweede lijn contactpersonen zouden komen die de contacten onderhoudt en ook invoert, zodat het door een ander, bijvoorbeeld de huisarts, weer te raadplegen is, waardoor die adequaat kan handelen als het nodig is. Volgens de deelnemers zou een elektronisch patiëntendossier hier de oplossing voor kunnen zijn. Het is dan echter wel essentieel volgens hen dat ook ziekenhuizen hier aan deelnemen.

De meningen over het elektronisch patiëntendossier zijn verdeeld. Waar de meeste respondenten het een goede ontwikkeling, maar een aantal zich zorgen over de privacy. *"Ik vind zo'n dossier niet erg, maar ik zou het beroerd vinden als daar iedereen die in de zorg werkzaam is, eens eventjes op een namiddag al die dossiers na gaat zitten kijken wat iedereen gemankeerd heeft."* Duidelijk moet zijn wie welke gegevens wanneer mag inzien. Zij vinden dat vooral de huisarts, de specialist, de apotheek en de huisartsenposten gegevens mogen inzien, maar enkel die gegevens die voor hen relevant zijn.

Het merendeel van de deelnemers zou in ieder geval de huisarts, tandarts en apotheek graag bij elkaar willen zien in een soort gezondheidscentrum. De meningen wisselen over de andere eerstelijnszorgaanbieders. Sommigen zijn van mening dat het praktisch is als alle zorgaanbieders bij elkaar zitten. Zo kan je direct van de huisarts naar de apotheek om de medicijnen op te halen of bij de fysiotherapeut langs om een afspraak te maken. Een ander voordeel van een gezondheidscentrum is volgens de deelnemers dat het

kostenbesparend is, doordat ruimtes efficiënter worden gebruikt en de kosten gedeeld kunnen worden en dat een gezondheidscentrum meer mogelijkheden biedt voor onderling overleg. Echter men ziet ook de nadelen van een centrum, waarmee voor veel mensen de afstand tot de huisarts groter wordt.

Met betrekking tot de huisartsenpost geven sommigen in de groep van incidentele zorggebruikers aan men het vervelend vindt dat de huisarts door verpleegkundigen afgeschermd wordt. *"Ze willen eerst alle informatie hebben, je gegevens, je nummer, het hele rataplan willen ze eerst hebben voordat ze iets gaan doen volgens mij."* Anderen hebben minder problemen met het triage-systeem, omdat er volgens hen waarschijnlijk ook veel mensen onnodig bellen.

Slechts een paar van de deelnemers vindt het goed dat mensen vanaf 1 januari 2006 direct naar de fysiotherapeut kunnen gaan. De andere deelnemers zijn bang dat mensen hier misbruik van gaan maken en dat de mensen die het echt nodig hebben achteraan komen te staan. Men ziet hier een meer centrale rol voor de huisarts. *"Ik heb het vertrouwen in mijn huisarts dat hij mij een behoorlijk advies geeft naar welke fysiotherapeut ik het beste kan gaan. En dat hij geen een-tweetjes maakt."*

Met betrekking tot de praktijkverpleegkundige hebben de deelnemers een dubbel gevoel. Aan de ene kant vinden ze het goed dat de huisarts taken uit handen wordt genomen om zo de werklast van de huisarts te verminderen. Aan de andere kant wil men soms toch wel erg graag door de huisarts zelf geholpen worden. *"Het geeft een raar gevoel als je eerst zo'n iemand aan de telefoon krijgt of achter de balie staat. Het ene moment zit die achter de typemachine en het andere moment zit ze met je aan de dokterstafel, omdat je je even moet laten uitspuiten of zo. Ik zie al dat die doktersassistente mijn oren uitspuut, dat wil ik niet."*

De specialistisch verpleegkundige is voor de meeste van de deelnemers een onbekend begrip, maar ze denken wel dat deze verpleegkundige wel veel weet over een bepaalde aandoening als diabetes, astma en COPD. Ze zien hier zeker de voordelen van in en zouden deze dan ook zeker in een gezondheidscentrum willen zien. Voor zowel de praktijkverpleegkundige als voor de specialistisch verpleegkundige is het belangrijk dat patiënten hierover meer informatie krijgen. Op deze manier weten ze wat de taken zijn en voor welke klachten/problemen ze bij deze praktijkverpleegkundigen of specialistisch verpleegkundige terecht kunnen.

Sommige van de incidentele gebruikers merken op dat de consultduur van de huisarts te kort is en dat de consultduur op de minuut is vastgelegd, alhoewel een ander opmerkt dat een huisarts in die paar minuten veel kan doen. *"Wat ik raar vind van de huisarts is dat we een briefje hebben met tijden en spreekuren en dat soort zaken. Er staat specifiek bij 's morgens vroeg zeven minuten en niet meer. En 's middags tien minuten en niet meer. Ik krijg daar het gevoel bij van: kom maar liever niet. Dat is toch helemaal niet flexibel."*

Over het avondspreekuur en spreekuren op zaterdag zijn de meningen verdeeld. Zo vinden sommige van de incidentele zorggebruikers dat het een luxe is als je op die tijdstippen kan gaan, terwijl andere vinden dat ook huisartsen zich aan moeten passen aan

maatschappelijke ontwikkelingen, net als supermarkten en gemeentehuizen die 's avonds open zijn. Eén van de deelnemers geeft aan dat er dan wel een restrictie moet komen voor mensen die ook op andere dagen kunnen, volgens de anderen is dat niet te controleren.

Tenslotte vinden de deelnemers het belangrijk dat je als patiënt de vrijheid moet hebben om van huisarts (of van andere zorgverlener) te wisselen. Ze geven hierbij wel aan dat er goed gecommuniceerd moet worden tussen de beide huisartsen en dat de oude huisarts altijd bereid moet zijn om het volledige patiëntendossier over te dragen.

Resultaten groepsgesprek GGZ-gebruikers

Eén van de eerste punten waar de deelnemers in het groepsgesprek over te spreken komen, is de tijd en aandacht die huisartsen besteden aan psychische problemen. De deelnemers zijn het erover eens dat een consult bij de huisarts veel te kort is om duidelijkheid te krijgen over psychische klachten. Ze zouden dan ook graag zien dat er meer tijd beschikbaar komt, waarin de huisarts in samenspraak met de patiënt kan kijken wat de problemen zijn en aan kan geven wat eventuele mogelijkheden zijn om deze problemen aan te pakken. Daarnaast heeft men ook het idee dat de kennis van huisartsen over psychische problemen te kort schiet en dat ze slecht zijn in het herkennen van psychische klachten. *"Het is pappen en nathouden en hopen dat het vanzelf overgaat. Die ervaring heb ik duidelijk gehad. Ik ben zelf naar de huisarts gegaan en gezegd dat ik naar een psychiater wil. Hij deed er niet moeilijk over, maar het was raar dat ik het zelf moest aangeven."* De deelnemers zouden graag zien dat de huisarts een soort schema maakt met de mogelijkheden voor iemand die komt met psychische klachten, een kaart met beschikbare instanties op het gebied van GGZ. *"Ik word niet serieus genomen en ze neemt te weinig tijd voor me. Ze wist ook niet wat ze met me aan moest. Ze heeft ook zelf niet echt een lijstje of een mogelijkheid op papier waar ze jou naar kan doorverwijzen."*

De deelnemers vinden ook dat het een taak van de huisarts is om de taboesfeer die rond psychische aandoeningen hangt te doorbreken. *"Het is een ziekte. Je moet er niet te ingewikkeld over doen. Ze zouden een taboe doorbrekende rol moeten spelen en het algemeen aanvaardbaar maken. Dan wordt het ook patiënten makkelijker om het te accepteren."*

De deelnemers geven aan dat er in sommige huisartsenpraktijken praktijkverpleegkundigen worden ingezet om de huisarts te ontlasten. De deelnemers vinden dit een goede ontwikkeling omdat de huisarts hierdoor meer tijd heeft voor zijn patiënten en hierdoor ook meer aandacht kan. De huisarts heeft zo meer tijd voor zijn of haar patiënten en dit komt volgens hen zeker ten goede aan patiënten geestelijke problemen. *"In huisartsenpraktijken lopen wel verpleegkundigen mee om de huisartsen wat meer tijd te laten vrijmaken voor wat langere gesprekken en die neemt veel klussen uit handen."*

Bij een van de deelnemers is een sociaal psychiatrisch verpleegkundige aangesteld. De andere deelnemers zijn hier positief over en zouden graag zien dat dit in meer huisartsenpraktijken en/of gezondheidscentra wordt gedaan. *"Bij mijn huisarts hebben ze een jaar*

of drie geleden een SPV-er aangesteld. Die is er op gezette tijden en die probeert richting te geven aan hetgeen je zou moeten weten, als je doorverwezen wordt door de huisarts. Dat is een goede optie, als je huisarts geen tijd heeft."

Hoewel de deelnemers vinden dat er bij de huisarts het nodige moet verbeteren met betrekking tot de behandeling van psychische problemen (meer tijd, meer ruimte voor probleemherkenning), ziet men de huisarts wel als de meest aangewezen eerstelijnsbehandelaar. Het idee van de eerstelijnspsycholoog als eerste aanspreekpunt wordt wel positief ontvangen, maar dit hangt volgens de deelnemers wel af van de problematiek en het is volgens hen de vraag of mensen dit voor zichzelf kunnen bepalen. De deelnemers geven aan dat alles wat in de beginfase kan bijdragen om een heldere keus te kunnen maken met betrekking tot de vervolgbehandeling welkom is. *"Als je iemand hebt, die er een beetje in geschoold is, of die daar op ingesteld is om met jouw een inventarisatie te maken van de problematiek, dat is een goed idee."* De deelnemers realiseren zich wel dat er heel veel aanbieders op dit gebied zijn - huisarts, maatschappelijk werk en psycholoog - en dat het voor een patiënt moeilijk wordt om te weten voor welk probleem hij bij wie aan moet kloppen. Er wordt dan ook geopperd dat hiervoor toch de rol bij de huisarts ligt. De huisarts is ten slotte niet voor niets de generalist, maar hij of zij moet wel toegeven wanneer hij/zij het niet meer weet.

Een ander onderwerp dat ter sprake kwam, was het voorschrijven van medicijnen. De deelnemers geven aan dat er door huisartsen te snel en te veel medicijnen verstrekt worden voor psychische klachten. Alhoewel wordt gezegd dat hier ook een stuk verantwoordelijkheid bij de patiënt ligt, is de arts veelal geneigd door te gaan met medicijnen, terwijl daarvoor volgens de patiënt niet per se meer een noodzaak is. Op de vraag of het de taak van huisarts of apotheker is om voorlichting te geven over bijwerkingen en combinaties van medicijnen, is de algemene opinie dat ook hier met name een taak ligt voor de huisarts. Maar de deelnemers vinden het ook belangrijk dat de patiënt mee mag praten over de verschillende mogelijkheden van therapieën. *"De voorlichting is de taak van de voorschrijver, het hoort een onderdeel van het gesprek te zijn." "De huisarts kent niet alle nuances. Het gemakkelijkste is dat hij zich laat voorlichten door een artsbezoeker."*

Het wordt duidelijk dat de eerstelijnszorg in crisissituaties door deelnemers aan het groepsgesprek als onvoldoende wordt ervaren. Ze vinden dat er veel bureaucratie is bij de opvang, waardoor mensen niet direct geholpen worden. Er wordt gezegd dat met name in de weekeinden en avonden de bereikbaarheid slecht is. Op de vraag of er ervaringen zijn in relatie tot psychische aandoeningen met de huisartsenpost, wordt aangegeven dat de huisartsenpost volgens hen niet ingericht is op mensen met psychische nood. Een van de deelnemers gaf aan dat ze betuttelend en denigrerend behandeld was. *"Een algemeen ziekenhuis heeft een eerste hulppost. Dan mag je toch verwachten dat een psychiatrisch ziekenhuis een eerst hulppost heeft bij crisisopvang, zodat je niet terugvalt op allerlei formulieren."*

De groep vindt het een goed idee als de zorgaanbieders bij elkaar in één gezondheidscentrum zitten. Het aanbod van zorg zou dan het liefst zo breed mogelijk moeten zijn:

huisarts, fysiotherapeut, apotheek, specialistisch verpleegkundigen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werk. Door meer samenwerking kan volgens de deelnemers de drempel voor overleg tussen verschillende eerste lijnszorgaanbieders daarmee lager wordt. Door een SPV-er of een eerste lijnspsycholoog te koppelen aan een gezondheidscentrum kan de kwaliteit van de zorg aan GGZ-patiënten volgens de deelnemers wellicht nog verder worden verbeterd.

De deelnemers ondervinden geen problemen met de openingstijden van de huisartsen, apothekers en psychologen, alhoewel het wellicht voor werkenden handiger is als de zorgaanbieders 's avonds open zijn. De duur van de consulten bij een GGZ-behandelaar wordt als te kort ervaren. Bovendien vinden de deelnemers dat het aantal behandelingen dat wordt verstrekt in de psychische zorg te veel is ingekort. Ze geven aan wordt dat het voor psychische problemen veel moeilijker is een vast aantal behandelingen te bepalen, dan bij patiënten met fysieke problemen. De behandelaar zou hier meer een stem in moeten hebben en het aantal behandelingen zou volgens de deelnemers niet bepaald moeten worden door een zorgverzekeraar.

De ontwikkelingen op het gebied van de elektronische patiëntendossiers worden in deze groep als negatief ervaren. Alhoewel ook aangegeven wordt dat het belangrijk is dat bijvoorbeeld artsen op de huisartsenpost inzage hebben in het dossier, is het met name de privacybescherming die hen zorgen baart. *"Mijn grote zorg is mijn privacy bescherming. Daar heb ik nog nooit voldoende waarborg voor gehad, dat dit honderd procent veilig is. Het zal ongetwijfeld heel veel gemakken met zich meebrengen, één druk op de knop en zo hoeven al die onnozele vragen niet te stellen aan de telefoon, maar mijn privacy is me ook heel wat waard."* De deelnemers zijn bang dat wanneer eenmaal een diagnose is gesteld dat hieraan ook wordt vastgehouden, terwijl deze niet altijd terecht hoeft te zijn. Ze hebben het idee dat een papieren dossier makkelijker vernietigd kan worden dan een elektronisch dossier en dat een eenmaal gestelde diagnose hen de rest van het leven blijven achtervolgen.

De informatievoorziening tussen eerste en tweede lijn wordt door de deelnemers als slecht ervaren. Men heeft niet het idee dat de huisarts voldoende wordt geïnformeerd door andere behandelaars. Dit zou de komst van het elektronisch patiëntendossier kunnen verbeteren. Daarnaast ziet men ook het gezondheidscentrum als middel om de onderlinge communicatie te verbeteren.

Tijdens het groeps gesprek is uitgebreid gesproken over zelfhulpgroepen. De aanwezigheid van zelfhulpgroepen wordt door deelnemers aan het gesprek als zeer positief ervaren. Men geeft wel aan, dat zelfhulpgroepen onder deskundige leiding moet gebeuren. Op deze manier kan iemand een structuur aanbrenge, zorgen dat er niet te veel uitgewijd wordt over niet echt relevante zaken en zorgen dat de mensen elkaar niet meetrekken in het suïcidaal zijn. De deelnemers vinden het jammer dat zorgverleners nog te weinig attenderen op patiëntenverenigingen en zelfhulpgroepen. Men vindt dat hieraan nog veel te weinig aandacht wordt besteed door professionele zorgverleners, terwijl deze verenigingen en groepen voor patiënten toch vaak een belangrijke bron van informatie zijn. Aangegeven wordt dat internetgroepen en landelijke dagen van patiëntenvereniging

zowel nuttig kunnen zijn als drempelverlagend. Op dit moment worden veel patiëntenverenigingen en hulpgroepen gerund door vrijwilligers. De deelnemers vinden dat de zorgverzekeraars hieraan best wel een financiële bijdrage mogen leveren aangezien ze ook zorg uit handen nemen van zorgaanbieders. *"Je moet altijd weer met kwantitatieve gegevens komen dat het werkt. We zijn ervan overtuigd dat zij en haar collega's die bij ons de telefoondienst innemen, mensen echt serieus nemen. Je net iemand op een ander spoor zetten, zodat men zin heeft om daarop af te gaan. Dat is uiteindelijk ook kostenbesparend. Je zou denken dat een zorgverzekeraar daar wel wat voor over mag hebben, het bespaart tenslotte een hoop geld, zodat minder mensen naar een psycholoog of psychiater gaan."*

Tenslotte mag er volgens de deelnemers meer aandacht komen voor psychomotorische therapie (PMT) of runningtherapie. De deelnemers geven aan dat bewegen heel belangrijk is voor mensen met psychische problemen. De groep ziet hiervoor een rol voor de fysiotherapeut weggelegd. Door in kleine groepjes runningtherapie aan te bieden, kunnen mensen uit hun isolement gehaald worden. *"Je kunt jezelf laten afschepen met antidepressiva of een professor met al zijn stoffjes, terwijl er door running iets wordt aangemaakt dat voor het welbehagen zorgt." "Het zou meer gepromoot moeten worden en daarnaast kan het ook gezelligheid bieden. Je wilt in zo'n groepje niet onder doen, waardoor je niet snel opgeeft."*

Bijlage 5

Handleiding Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor (VAAM)

Leidraad hoe de VAAM ingevuld en gebruikt kan worden

Versie 1
Mei/juni 2006

W. Brouwer
H. Sixma
D. Delnoij



Inhoud

1 Inleiding	5
1.1 Voor wie is deze handleiding bedoeld	5
1.2 Waarvoor gebruikt u deze handleiding	5
1.3 Inhoud van deze handleiding	5
1.4 Voorzichtig met resultaten	6
2 De VAAM	7
2.1 Achtergrond VAAM	7
2.2 Eerstelijns gezondheidszorg en de VAAM	7
2.3 Toegang tot de VAAM	8
2.4 Wat voor resultaten kunt u verwachten van de VAAM	8
2.4.1 Kwantitatieve resultaten	8
2.4.2 Kwalitatieve resultaten	9
2.5 Het gebruik van de VAAM	9
3 Benodigde gegevens voor VAAM	11
3.1 Gewenste schaal	11
3.2 Mogelijke bronnen	11
3.2.1 Gemeentelijke basisadministratie (GBA)	11
3.2.2 Statline CBS	12
3.3 Benodigde gegevens voor invullen monitor	12
3.3.1 Gemeentelijk basisadministratie (GBA)	12
3.3.2 Statline	13
4 Gebruik van de VAAM	19
4.1 Naar de VAAM	19
4.2 Invoeren van de gegevens	21
4.3 Naar de uitkomsten	22
4.3.1 Resultatenscherf 1: Resultaten in aantal contacten en/of uren	23
4.3.2 Resultatenscherf 2: Resultaten in aantal FTE	24
4.3.3 Resultatenscherf 3: Resultaten overige eerstelijnsaanbieders	25
4.3.4 Resultatenscherf 4: Aandachtspunten voor specifieke doelgroepen	26
5 Resultaten VAAM in perspectief	29

1 Inleiding

1.1 Voor wie is deze handleiding bedoeld

Deze handleiding is bedoeld voor gemeenten, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en regionale ondersteuningsstructuren welke meer inzicht wensen te krijgen in de vraag naar eerstelijnszorg voor een bepaalde populatie (bijvoorbeeld wijk of gemeente).

1.2 Waarvoor gebruikt u deze handleiding

Deze handleiding hoort bij de monitor VAAM (Vraag-Aanbod-Analyse-Monitor). Door het invullen van de monitor kan een beeld verkregen worden van de vraag naar eerstelijnszorgaanbieders.

Deze handleiding bevat alle informatie die u nodig heeft om de monitor in te vullen. Aan de hand van deze handleiding kunnen gebruikers van de VAAM de vraag naar eerstelijnszorgaanbieders in kaart brengen voor een bepaalde wijk of gemeente.

1.3 Inhoud van deze handleiding

In hoofdstuk 2 wordt kort de achtergrond en opzet van de VAAM besproken. Ook wordt uitgelegd voor welke zorgaanbieders de vraag kan worden bepaald en welke bronnen gebruikt zijn om tot deze uitkomsten te komen. Tevens wordt hier het gebruikersrecht van de VAAM toegelicht.

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de gegevens die nodig zijn om de VAAM in te vullen en de manieren om aan deze gegevens te komen, indien deze niet binnen de organisatie aanwezig zijn.

Hoofdstuk 4 behandelt het gebruik van de VAAM. Hoe komt u bij de monitor, waar kunt u de gegevens invullen en welke resultaten kunt u verwachten. Tevens wordt hier een korte uitleg gegeven op basis waarvan deze resultaten bepaald zijn en hoe u ze kunt interpreteren.

Tot slot wordt in hoofdstuk 5 ingegaan op hoe de resultaten uit de VAAM in perspectief kunnen worden geplaatst. In dit hoofdstuk wordt ook beschreven hoe de resultaten uit de VAAM gebruikt kunnen worden als beleidsinformatie.

1.4 Voorzichtig met resultaten

Aangezien de VAAM als een groeimodel gezien moet worden, moet met de uitkomsten van deze eerste versie van de monitor met enige voorzichtigheid worden omgesprongen. Op dit moment moet u de uitkomsten interpreteren als een globale aanwijzing voor de vraag naar eerstelijnszorg van de door u ingevulde populatie.

De VAAM is niet bedoeld of geschikt als planningsinstrument, waarmee exact kan worden vastgesteld hoe in een wijk of gemeente de zorg georganiseerd moet worden. De VAAM levert informatie die gebruikt kan worden in overleg hierover tussen partijen of als uitgangspunt voor nadere gedachtevorming.

2 De VAAM

Voordat u met de Vraag-Aanbod-Analyse Monitor (VAAM) aan de slag gaat, is het belangrijk dat u weet hoe de monitor moet worden ingevuld en vooral hoe de uitkomsten geïnterpreteerd moeten worden. In dit hoofdstuk wordt kort de achtergrond en opzet van de VAAM besproken. Voor een uitgebreide beschrijving van de ontwikkeling van de VAAM verwijzen wij naar het onderzoeksrapport. Dit rapport is te downloaden als u de VAAM opstart en als terug te vinden op www.nivel.nl.

2.1 Achtergrond VAAM

Op landelijk niveau bestaat - op basis van de VTV en de deelstudies daarbij - een goed beeld van de (ontwikkelingen in) de zorgvraag. Maar op lokaal niveau is het beeld van de zorgvraag en de ontwikkelingen hierin vaak niet gedetailleerd genoeg om als uitgangspunt te dienen voor de vormgeving van het zorgaanbod. Het zorgaanbod in de eerstelijnszorg bestaat anno 2006 uit een breed scala van zorg, van individuele zorgaanbieders tot geformaliseerde multidisciplinaire organisaties. Het aanbod komt tot stand op basis van planningsnormen, vestigingsbeleid, toeval etc., maar zelden op basis van enigerlei vorm van behoefteraming of marktonderzoek. Vaak wordt de bestaande situatie (vertrekkende zorgaanbieder) als uitgangspunt genomen en voortgezet. Daardoor wordt geen of (te) weinig rekening gehouden met de (toekomstige) zorgvraag. Er is daarom behoefte aan een adequaat sturingsinstrument. Die behoefte wordt nog versterkt door de decentralisatie van bevoegdheden van landelijke overheid naar de gemeentes. Door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zal er op lokaal/subregionaal niveau nog nadrukkelijker de mogelijkheid ontstaan om op gemeente- of wijkniveau de eerstelijnszorg en welzijn op elkaar af te stemmen c.q. te laten integreren.

De NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) streeft daarom naar de ontwikkeling van een vraag-aanbod-analyse-model (VAAM) voor de eerste lijn. Het idee is dat de VAAM gebruikt kan worden op lokaal/regionaal niveau om het bestaande of nieuw in te richten aanbod van eerstelijnszorg (beter) af te stemmen op de vraag, dat wil zeggen op de wensen (*demands*) en behoeften (*needs*) van de bevolking.

2.2 Eerstelijns gezondheidszorg en de VAAM

De VAAM concentreert zich op de eerstelijns gezondheidszorg. De geografische schaal waarop de monitor betrekking heeft is vooralsnog voor de basisvoorzieningen voor een populatie van 10 tot 15 duizend inwoners. Onder basisvoorzieningen worden verstaan huisartsenzorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg, verloskundige zorg, thuiszorg en

psychische en psychosociale zorg. Gestreefd zal worden in de toekomst een volledige dekking van de eerstelijnszorg te realiseren.

2.3 Toegang tot de VAAM

U kunt de VAAM via het internet raadplegen, via <http://www.nivel.nl/vaam>. Tevens wordt u via de website van de NPCF (www.npcf.nl), het Ministerie van VWS (www.minvws.nl), de LVG (www.lvg.com) en VNG (www.vng.nl) naar deze website doorgelinkt.

2.4 Wat voor resultaten kunt u verwachten van de VAAM

Allereerst dient te worden opgemerkt dat het om de eerste versie van de VAAM gaat, dat het model daarin nog niet compleet is en zich in een stadium van ontwikkeling bevindt. De huidige uitkomsten van de VAAM geven u een eerste inzicht in de vraag naar eerstelijnszorg voor een door u gewenst postgebied (bijvoorbeeld wijk of gemeente). De resultaten die met de monitor worden verkregen geven zowel inzicht in de vraag naar eerstelijnszorgaanbieders in kwantitatieve gegevens, maar ook naar de wensen en behoeften die onder verschillende doelgroepen leven. In het onderzoeksrapport wordt uitgelegd hoe we tot de resultaten gekomen zijn.

2.4.1 *Kwantitatieve resultaten*

Door in de VAAM gegevens in te vullen over de samenstelling van de bevolking in een bepaalde wijk of gemeente waarin u geïnteresseerd bent, krijgt u door middel van een druk op de knop de globale vraag naar eerstelijnszorg voor de desbetreffende wijk/gemeente te zien. Afhankelijk van de beschikbare gegevens kan dit zijn het totaal aan contacten per zorgaanbieder of FTE zorgaanbieder dat nodig is om de vraag te beantwoorden, of het aantal verwachte contacturen zorg dat nodig is voor deze groep. Helaas is het niet mogelijk om een compleet beeld te krijgen van de verwachte vraag naar alle eerstelijnszorgaanbieders. Soms omdat hierover geen gegevens beschikbaar zijn; soms ook omdat slechts weinig personen gebruik maken van die voorziening, waardoor het niet mogelijk is de vraag op wijkniveau betrouwbaar te schatten. Het gaat hierbij om farmaceutische zorg (apotheken, apothekers en apothekersassistenten, verloskundigen en logopedisten). Om deze redenen is er bij deze disciplines voor gekozen om te werken met landelijke gemiddelden zoals deze uit verschillende onderzoeken naar voren zijn gekomen of zoals die door beroepsorganisaties als norm wordt gehanteerd. In paragraaf 4.3 wordt dieper ingegaan op de verschillende resultaten die met de VAAM verkregen kunnen worden.

2.4.2 *Kwalitatieve resultaten*

Naast de kwantitatieve gegevens geeft de VAAM tevens inzicht in de behoeften en wensen van verschillende groepen gebruikers van de eerstelijnszorg. In totaal zijn zeven verschillende doelgroepen gedefinieerd:

- migranten;
- ouderen (65 jaar en ouder);
- ouders met kleine kinderen (jonger dan 5 jaar);
- incidentele zorggebruikers;
- gebruikers van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg;
- chronisch zieken en lichamelijk gehandicapten;
- mensen met een verstandelijke beperking.

Voor de eerste vier groepen wordt de door uw ingevulde populatie vergeleken met het gemiddelde voor de Nederlandse bevolking. Met betrekking tot de laatste drie doelgroepen is het niet mogelijk om uw populatie te vergelijken met het landelijk gemiddelden, aangezien hierover geen landelijke gegevens beschikbaar zijn op postcodeniveau. In deze eerste versie van de VAAM zijn helaas nog geen resultaten beschikbaar met betrekking tot de groep 'mensen met een verstandelijke beperking'. In een eventuele update van het model zullen deze resultaten worden toegevoegd. Door middel van groepsgesprekken hebben wij een globaal inzicht gekregen, aan welke aspecten mensen behoeften hebben met betrekking tot de organisatie van de eerstelijns gezondheidszorg. In de monitor zijn alleen die aspecten opgenomen die direct invloed hebben op de vraag in de eerste lijn. Naast deze gegevens zijn er tijdens de gesprekken ook nog andere wensen en behoeften naar boven gekomen. Deze kunt u terugvinden in het onderzoeksrapport.

2.5 **Het gebruik van de VAAM**

De VAAM is ontwikkeld in opdracht van de NPCF. De VAAM is gezamenlijk eigendom van de NPCF en het NIVEL. De VAAM is voor iedereen vrij toegankelijk en kan daardoor voor verschillende doeleinden gebruikt worden.

3 Benodigde gegevens voor VAAM

3.1 Gewenste schaal

Afhankelijk van het doel van de gebruiker kan de monitor worden ingevuld voor elke gewenste eenheid. Zo kan bijvoorbeeld op gemeenteniveau gekeken worden wat de totale vraag is naar eerstelijnszorg. Aangezien de samenstelling van de bevolking binnen een gemeente kan wisselen tussen wijken dan wel postcodegebieden, biedt de VAAM de mogelijkheid om de vraag naar eerstelijnszorg op een lager aggregatieniveau te specificeren.

Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het inwonertal per gekozen eenheid niet ver beneden de 10.000 moet dalen. Een schaalgrootte van 10.000 tot 15.000 inwoners wordt als optimale omvang gezien om de eerstelijnszorg te organiseren. Het is natuurlijk technisch mogelijk om met behulp van het model de vraag naar eerstelijnszorg voor meer of minder mensen te schatten, maar hier dient dan wel rekening mee gehouden worden. Voor kleinere aantallen geeft de VAAM wel uitkomsten, maar die zijn minder betrouwbaar.

Door de vraag naar eerstelijnszorg te vergelijken met het aanbod in dezelfde wijk/regio, kunt u kijken in hoeverre deze met elkaar overeenkomen. Indien u hierin discrepanties waarneemt, kunt u kijken hoe dit komt, eventueel acties ondernemen om deze discrepanties op te heffen of besluiten dat gezien bijzondere omstandigheden deze discrepanties toch wenselijk zijn.

3.2 Mogelijke bronnen

Om een brede toepasbaarheid van de monitor mogelijk te maken, is als uitgangspunt gekozen dat de gegevens die in de monitor ingevuld moeten worden over de samenstelling van de bevolking, in deze fase voor iedereen toegankelijk moeten zijn. Op dit moment zijn twee bronnen het meest geschikt om de benodigde gegevens te achterhalen, namelijk de kerngegevens van de gemeentelijke basisadministratie (GBA) en de Statline databank welke door het CBS via internet wordt aangeboden en die vrij toegankelijk is. Hoe recenter de gegevens over de bevolkingssamenstelling zijn, des te beter een voorspelling van de vraag naar zorgaanbieders kan worden gemaakt.

3.2.1 Gemeentelijke basisadministratie (GBA)

Aangezien de GBA beschikt over de meest recente gegevens over de bevolkingssamenstelling is het, indien mogelijk, aan te bevelen om hiervan gebruik te maken. Via de GBA

zijn de benodigde gegevens (geslacht, leeftijd en etniciteit) zowel verkrijgbaar op postcode (4-cijferig), wijk als gemeenteniveau.

3.2.2 Statline CBS

Wanneer men niet de beschikking heeft over gegevens uit de GBA, kan Statline van het CBS geraadpleegd worden. Wanneer u gebruik maakt van gegevens van Statline, moet u er rekening mee houden dat deze niet de actuele situatie weergeven. Deze cijfers kunnen een vertekend beeld geven voor wijken waarin de samenstelling van de bevolking snel verandert. Op dit moment zijn de gegevens van 1 januari 2005 beschikbaar voor geslacht, leeftijd en etniciteit (westerse en niet-westerse allochtonen).

3.3 Benodigde gegevens voor invullen monitor

Nadat u bepaald heeft voor welke gemeente, wijk of postcodegebied u de monitor wilt gaan invullen, moet u eerst op zoek naar de gegevens die in de monitor ingevuld moeten worden. Afhankelijk van uw toegang tot gegevens maakt u of gebruik van de gemeentelijke basisadministratie of de Statline databank van het CBS. De gegevens die in de monitor ingevuld moeten worden zijn absolute getallen.

3.3.1 Gemeentelijk basisadministratie (GBA)

Nadat u bepaald heeft voor welke eenheid (gemeente/wijk/postcode) u de monitor wilt invullen, zijn de gegevens die u nodig heeft uit de GBA:

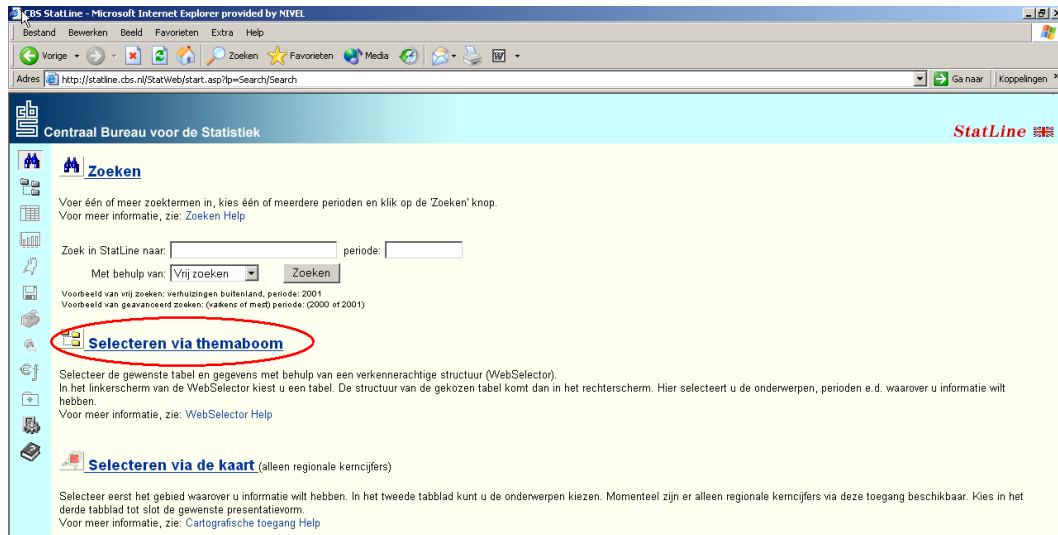
- Geslacht
 - aantal vrouwen
 - aantal mannen
- Leeftijd
 - aantal 0 – 4 jaar
 - aantal 5 – 14 jaar
 - aantal 15 – 24 jaar
 - aantal 25 – 39 jaar
 - aantal 40 – 64 jaar
 - aantal 65 – 74 jaar
 - aantal 75 jaar en ouder
- Etniciteit
 - aantal Westerse allochtonen
 - aantal Niet-westerse allochtonen

Wanneer u deze gegevens achterhaald heeft, eventueel voor meerdere wijken en/of postcodegebieden, bent u klaar om de VAAM in te vullen. Voor verder uitleg hierover ga naar hoofdstuk 4.

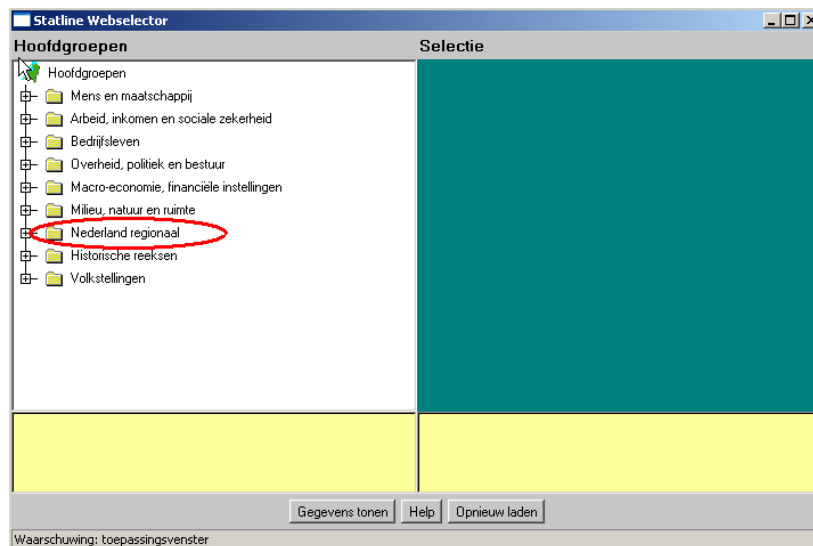
3.3.2 Statline

Om de Statline databank van het CBS te openen gaat u naar:
www.statline.nl

Hier komt u terecht op het openingsscherm van Statline

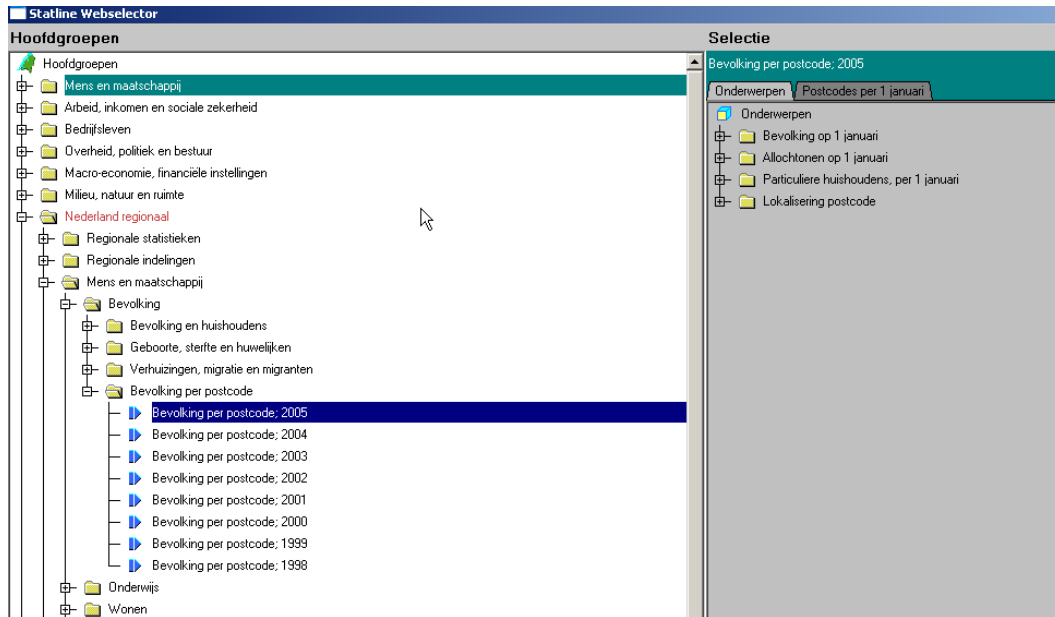
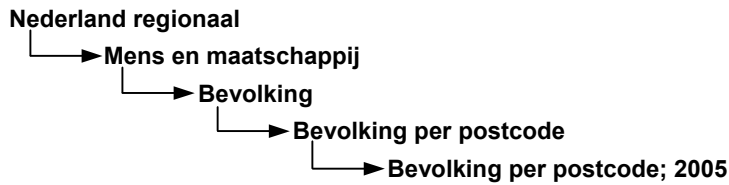


Via "Selecteren via themaboom" komt u in het keuzemenu terecht om de gegevens te zoeken die voor de VAAM van belang zijn.



Hieronder zullen wij voor geslacht, leeftijd en etniciteit hieronder stap voor stap uitleggen hoe u uw gegevens in Statline kunt vinden.

Om te achterhalen wat de aantallen zijn voor de door u gewenste gemeente/wijk/postcode aanwezig zijn, dient u de volgende menustructuur te volgen. In deze handleiding nemen we de gemeente Aalten als voorbeeld.

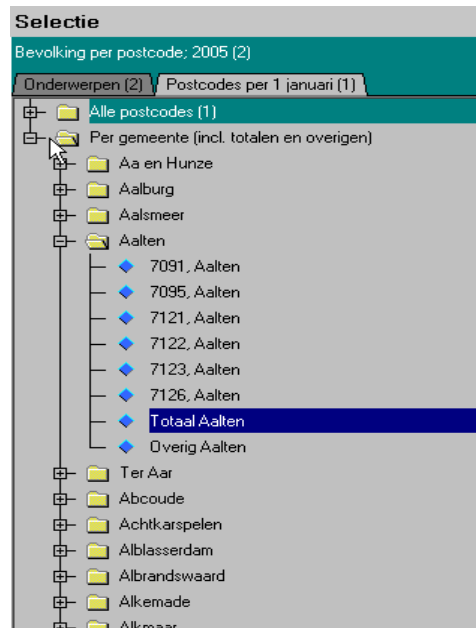
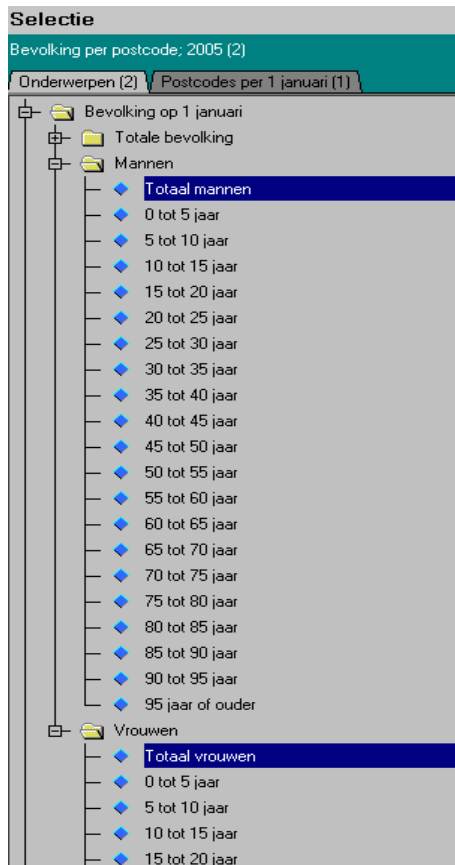
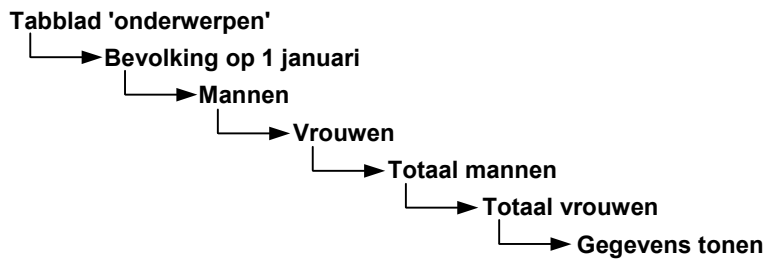


Geslacht

In het linker gedeelte van het scherm kunnen de selecties worden opgegeven om het aantal mannen en vrouwen van de betreffende gemeente, wijk en/of postcode te selecteren. Er zijn twee tabbladen 'onderwerpen' en 'postcodes per 1 januari'. Allereerst selecteert u de gemeente waarvoor u de VAAM wilt invullen door op het tabblad 'postcodes per 1 januari' te klikken. Als u op het mapje van de gemeente klikt komen de postcodes binnen deze gemeente te voorschijn. Hieruit kunt u uw keuze maken. In dit voorbeeld hebben we ervoor gekozen om de vraag voor de gemeente Aalten in zijn totaal te willen weten.

NB: Wilt u bijvoorbeeld meerdere postcodes, gemeenten of leeftijden tegelijk selecteren, dan kunt u dat doen door de 'CTRL'-toets in te drukken en vast te houden.

In het tabblad 'postcodes per 1 januari' verschijnt nu het aantal eenheden (postcodes/wijken) dat u geselecteerd heeft. Nu gaat u terug naar het tabblad 'onderwerpen'. Hier klikt u het volgende aan:



Nu bent u klaar voor het genereren van het aantal vrouwen en mannen voor de door u geselecteerde postcode(s)/gemeente(n).
 Klik nu onder in het scherm op 'gegevens tonen' en u krijgt een tabel met daarin de door u gevraagde populatie onderverdeeld naar geslacht.



In de verkregen tabel staan de gegevens die u in moet vullen in de VAAM. In dit voorbeeld gaat dat om 13.702 mannen en 13.744 vrouwen. U kunt met de iconen links van de tabel, de gegevens afdrukken en/of opslaan.

Centraal Bureau voor de Statistiek

Bevolking per 4-cijferige postcode, 2005

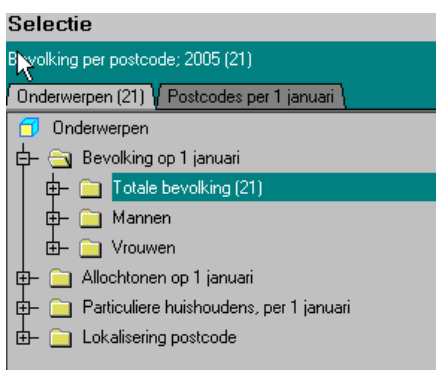
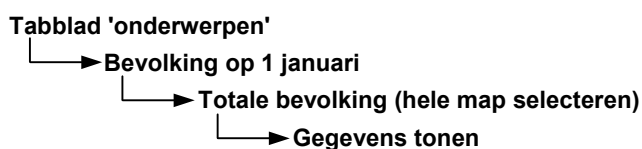
sleep hierheen om in laag te brengen

Onderwerpen	Bevolking op 1 januari	
	Mannen	Vrouwen
Postcodes per 1 januari	<i>absoluut</i>	
Totaal Aalten	13 702	13 744

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2006-03-22

Leeftijd

Voor leeftijd kunt u dezelfde exercitie uitvoeren als u hierboven voor geslacht heeft gedaan. De selectie op tabblad 'postcodes per 1 januari' blijft hetzelfde. Voor de selectie van leeftijd doet u het volgende:

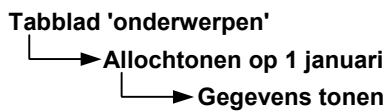


Door wederom op gegevens tonen te klikken, krijgt u de tabel met een leeftijdsverdeling voor de door u gekozen populatie. U kunt deze afdrukken en/of opslaan. De leeftijdsverdeling in deze tabel is opgedeeld in 5 jaar. Voor de monitor dient u zelf een aantal van deze leeftijds categorieën bij elkaar op te tellen, zodat u het aantal personen krijgt voor de volgende leeftijdsverdeling:

- aantal 0 tot 5 jaar → aantal 0 – 4 jaar
- aantal 5 tot 10 jaar }
- aantal 10 tot 15 jaar } aantal 5 – 14 jaar
- aantal 15 tot 20 jaar }
- aantal 20 tot 25 jaar } aantal 15 – 24 jaar
- aantal 25 tot 30 jaar }
- aantal 30 tot 35 jaar }
- aantal 35 tot 40 jaar } aantal 25 – 39 jaar
- aantal 40 tot 45 jaar }
- aantal 45 tot 50 jaar }
- aantal 50 tot 55 jaar }
- aantal 55 tot 60 jaar }
- aantal 60 tot 65 jaar } aantal 40 – 64 jaar
- aantal 65 tot 70 jaar }
- aantal 70 tot 75 jaar } aantal 65 – 74 jaar
- aantal 75 tot 80 jaar }
- aantal 80 tot 85 jaar }
- aantal 85 tot 90 jaar }
- aantal 90 tot 95 jaar }
- aantal 95 jaar of ouder } aantal 75 jaar en ouder

Etniciteit

De laatste gegevens die u nodig heeft, hebben betrekking op de afkomst van de gewenste populatie. Voor de monitor wordt onderscheid gemaakt tussen westerse en niet-westerse allochtonen. Om tot deze gegevens te komen, doet u het volgende:



Selectie
Bevolking per postcode; 2005 (3)

Onderwerpen (3) | Postcodes per 1 januari

- Onderwerpen
- Bevolking op 1 januari
- Allochtonen op 1 januari (3)**
- Particuliere huishoudens, per 1 januari
- Lokalisering postcode

Centraal Bureau voor de Statistiek

Bevolking per 4-cijferige postcode, 2005

sleep hierheen om in laag te brengen

Onderwerpen	Allochtonen op 1 januari		
	Totaal allochtonen	Westerse allochtonen	Niet-westerse allochtonen
Postcodes per 1 januari	<i>absoluut</i>		
1011, Amsterdam	3 140	2 060	1 080

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen 2006-03-22

4 Gebruik van de VAAM

De vorige hoofdstukken dienden als basis om met de VAAM aan de slag te gaan. De samenstelling van de bevolking die u via de GBA of Statline heeft gevonden, waarvoor u de vraag naar eerstelijnszorg wilt weten, dienen als basis voor de VAAM. In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de internetapplicatie van de VAAM werkt, waar de gegevens ingevuld moeten worden en welke resultaten uit de VAAM komen. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan in welk perspectief u deze resultaten kunt gebruiken.

4.1 Naar de VAAM

Via www.nivel.nl/vaam komt u bij de openingsscherm van de VAAM uit. Via dit openingsscherm is het mogelijk om door te linken naar de website van de NPCF, de initiatiefnemer van de VAAM, het Ministerie van VWS, de subsidieverstrekker, en het NIVEL, de ontwikkelaar van de VAAM. Tevens kan via dit openingsscherm de handleiding gedownload worden.

Figuur 4.1 Openingsscherm VAAM



Aangezien dit de eerste versie van de VAAM is, willen wij graag weten wie hiervan gebruik maakt. Om deze reden hebben we drie vragen opgenomen: vanuit welke instelling/organisatie bent u geïnteresseerd in de VAAM, waar denkt u de gegevens van de VAAM voor te gebruiken en of dit de eerste keer is dat u de website bezoekt of dat u vaker hebt ingelogd. Op deze manier is het voor de onderzoekers mogelijk om te kijken wat het gebruik van de VAAM is en door wie er gebruik van wordt gemaakt. Bij de verdere ontwikkeling van de VAAM kan hiermee rekening worden gehouden.

Figuur 4.2 Gebruikersvragen VAAM



De VAAM die op deze website wordt gepresenteerd, is de eerste versie van een model, dat in de komende jaren wordt verfijnd en uitgebreid. Om inzicht te krijgen in wie geïnteresseerd is in de VAAM en voor welke doeleinden u deze gaat gebruiken zouden we een paar dingen van u willen weten.

Graag zouden we willen weten vanuit welke instelling u geïnteresseerd bent in de VAAM.

Gemeente
 ROS
 RPCP
 GGD
 Zorgverzekeraar
 Eerstelijns zorgaanbieder
 Anders, namelijk:

Voor welke doeleinden denkt u de resultaten van de VAAM te gaan gebruiken? (meerere mogelijkheden)

Voor beleidsinformatie
 Om te kijken wat de vraag naar eerstelijnszorg voor mijn populatie is
 Om te kijken of er voldoende vraag is om me te vestigen als eerstelijns zorgaanbieder
 Uit interesse
 Anders, namelijk:

Is dit de eerste keer dat u de website van de VAAM bezoekt of bent u al eerder op de website geweest?

Eerste keer
 2e - 4e keer
 5e keer of meer

Door op de 'Verder' te klikken komt u bij het volgende scherm. Hierop kunt u kort het doel van de VAAM lezen en daarnaast is het mogelijk om hier deze handleiding en het onderzoeksrapport te downloaden. In het onderzoeksrapport wordt uitgebreid beschreven hoe de VAAM ontwikkeld is en hoe het achterliggende model tot stand is gekomen.

Figuur 4.3 Scherm met achtergrondinformatie VAAM



Door wederom op 'Verder' te klikken komt u bij de invulpagina van de VAAM terecht.

4.2 Invoeren van de gegevens

Nu bent u op het scherm aangekomen, waar u uw gegevens kunt invullen van de gemeente, wijk of postcodegebied waarin u geïnteresseerd bent. Het gaat hierbij om absolute aantallen. Indien u nog niet over deze gegevens beschikt, dan kunt u in paragraaf 3.2.2 lezen hoe u deze gegevens kunt vinden via Statline van het CBS.

Figuur 4.4 Invulscherm VAAM

The screenshot shows the input interface for the VAAM system. It features a light blue background with the NIVEL logo in the top left and the NP/CF logo in the top right. The main area contains several input fields for demographic data, organized into sections. A mouse cursor is visible over the first field.

Section	Field Label	Value	
Stad, dorp, wijk, postcodegebied	Gemeente A, Wijk X		
	Geslacht		
aantal mannen*	6250		
	aantal vrouwen*	6250	
Leeftijd	aantal 0-4 jaar	750	
	aantal 5-14 jaar	1550	
	aantal 15-24 jaar	1550	
	aantal 25-39 jaar	2700	
	aantal 40-64 jaar	4250	
	aantal 65-74 jaar	950	
	aantal 75 jaar en ouder	750	
	Etniciteit	aantal westerse allochtonen	1000
aantal niet-westerse allochtonen		4000	

Buttons: Bereken, Reset, help

* Verplicht invullen

Na het invullen van de gegevens drukt u op 'Bereken', hiermee komt u op de pagina waarop de resultaten staan samengevat en waarop u kunt door klikken naar de verschillende resultatenopties. Wanneer u de gegevens voor een andere populatie wilt invullen, dan kunt u klikken op 'Reset'.

4.3 Naar de uitkomsten

Na het invullen van de demografische kenmerken van de populatie komt u via 'bereken' op het scherm terecht waar u de keuze heeft uit vier mogelijkheden voor resultaten:

1. Resultaten in aantal contacten en/of uren
2. Resultaten in aantal FTE huisarts, tandarts en paramedici met betrekking tot het bewegingsapparaat
3. Resultaten overige eerstelijnszorgaanbieders in aantallen
4. Aandachtspunten voor specifieke doelgroepen (gebaseerd op kwalitatief onderzoek)
5. Print alle resultaten

De eerste drie punten zijn gebaseerd op de kwantitatieve berekeningen zoals vermeld in paragraaf 2.4.1. De aandachtspunten voor specifieke doelgroepen zijn opgesteld aan de hand van de gehouden focusgroepsgesprekken, zoals gemeld in paragraaf 2.4.2. In de internetmonitor VAAM zijn alleen die aandachtspunten aangegeven die rechtstreeks invloed hebben op de vraag en het aanbod van verschillende eerstelijnszorgaanbieders.

Overige interessante aspecten die tijdens de groeps gesprekken ter sprake kwamen, zijn terug te vinden in het onderzoeksrapport.

Figuur 4.5 Overzichtschermbild en resultatenopties VAAM

Stad, dorp, wijk, postcodegebied		Gemeente A, Wijk x	
Geslacht			
	Aantal	Percentage	
aantal mannen	6250	50,0	
aantal vrouwen	6250	50,0	
Totaal aantal inwoners	12.500	100,0	
Leeftijd			
	Aantal	Percentage	
aantal 0-4 jaar	750	6,0	
aantal 5-14 jaar	1550	12,4	
aantal 15-24 jaar	1550	12,4	
aantal 25-39 jaar	2700	21,6	
aantal 40-64 jaar	4250	34,0	
aantal 65-74 jaar	950	7,6	
aantal 75 jaar en ouder	750	6,0	
Etniciteit			
	Aantal	Percentage	
aantal westerse allochtonen	1000	8,0	
aantal niet-westerse allochtonen	4000	32,0	
Uitkomsten berekeningen VAAM			
Resultaten in aantal contacten en/of uren			
Resultaten voor huisarts, tandarts en paramedici m.b.t. het bewegingsapparaat in aantal FTE			
Resultaten overige eerstelijnszorgaanbieders in eenheden			
Aandachtspunten voor specifieke doelgroepen (gebaseerd op kwalitatief onderzoek)			
Print alle uitkomsten			
<input type="button" value="Terug naar invulschermbild"/>		<input type="button" value="help"/>	

4.3.1 Resultatenschermbild 1: Resultaten in aantal contacten en/of uren

Door te klikken op 'Resultaten in aantal contacten en/of uren', komt u terecht op de pagina waar u de vraag naar eerstelijnszorg voor huisartsenzorg, mondzorg, paramedische zorg met betrekking tot het bewegingsapparaat, eerstelijns-geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg kunt terugvinden. De resultaten die op deze pagina staan, zijn met behulp van modelberekeningen bepaald. Met betrekking tot thuiszorg is een onderscheid gemaakt tussen huishoudelijke zorg en verpleging en verzorging samen. Voor thuiszorg geldt dat de resultaten zijn weergegeven in het aantal contacturen thuiszorg waar naar verwachting voor de ingevulde populatie vraag naar is. Voor de andere eerstelijnszorgaanbieders zijn de resultaten weergegeven in het verwachte aantal contacten. Aangezien het niet precies te voorspellen is wat de exacte vraag naar eerstelijnszorg zal zijn, staat in de tweede kolom een marge weergegeven waartussen de vraag met grote waarschijnlijkheid zal liggen.

Figuur 4.6 Resultatenscherf 1: Resultaten in aantal contacten en/of uren



4.3.2 Resultatenscherf 2: Resultaten in aantal FTE

Door op de tweede resultatenoptie te klikken 'Resultaten in aantal FTE voor huisarts, tandarts en paramedici m.b.t. het bewegingsapparaat', komt u op dit resultatenscherf terecht. Hierin kunt u aflezen, voor de door u opgegeven populatie, wat de verwachte inzet in aantal FTE zou moeten zijn voor huisartsen, tandartsen en paramedici m.b.t. het bewegingsapparaat (fysiotherapeut en/of cesar-/mensendiecktherapeut) om aan de vraag te kunnen voldoen. Tevens staat in de rechterkolom de boven- en ondergrens weergegeven waarvan met grote waarschijnlijkheid gesteld kan worden dat de benodigde FTE hiertussen zal liggen. De resultaten die op deze pagina staan, zijn met behulp van modelberekeningen bepaald.

Opgemerkt dient te worden dat de resultaten die in dit resultatenscherf zijn terug te vinden, er vanuit gaan dat alle contacten lopen via de huisarts, tandarts of paramedici, maar het is natuurlijk goed mogelijk om in plaats van de huisarts, deels praktijkverpleegkundigen of specialistisch verpleegkundigen in te zetten. En voor de tandarts geldt dat taken eventueel overgenomen kunnen worden door mondhygiënisten.

Figuur 4.7 Resultatenscherf 2: Resultaten in aantal FTE



4.3.3 Resultatenscherf 3: Resultaten overige eerstelijnsaanbieders

In het derde resultatenscherf kunt u aflezen hoeveel apotheken, apothekers, apothekersassistenten, verloskundigen en logopedisten ingezet moeten worden op basis van de grootte van de ingevulde populatie. Voor de hier gegeven resultaten geldt echter dat er geen rekening is gehouden met de achtergrondkenmerken van de populatie, maar dat gerekend is met landelijke gemiddelden. Hierdoor moeten deze resultaten vooral als een indicatie worden gezien.

Figuur 4.8 Resultatenscherf 3: Resultaten overige eerstelijnszorgaanbieders



4.3.4 Resultatenscherf 4: Aandachtspunten voor specifieke doelgroepen

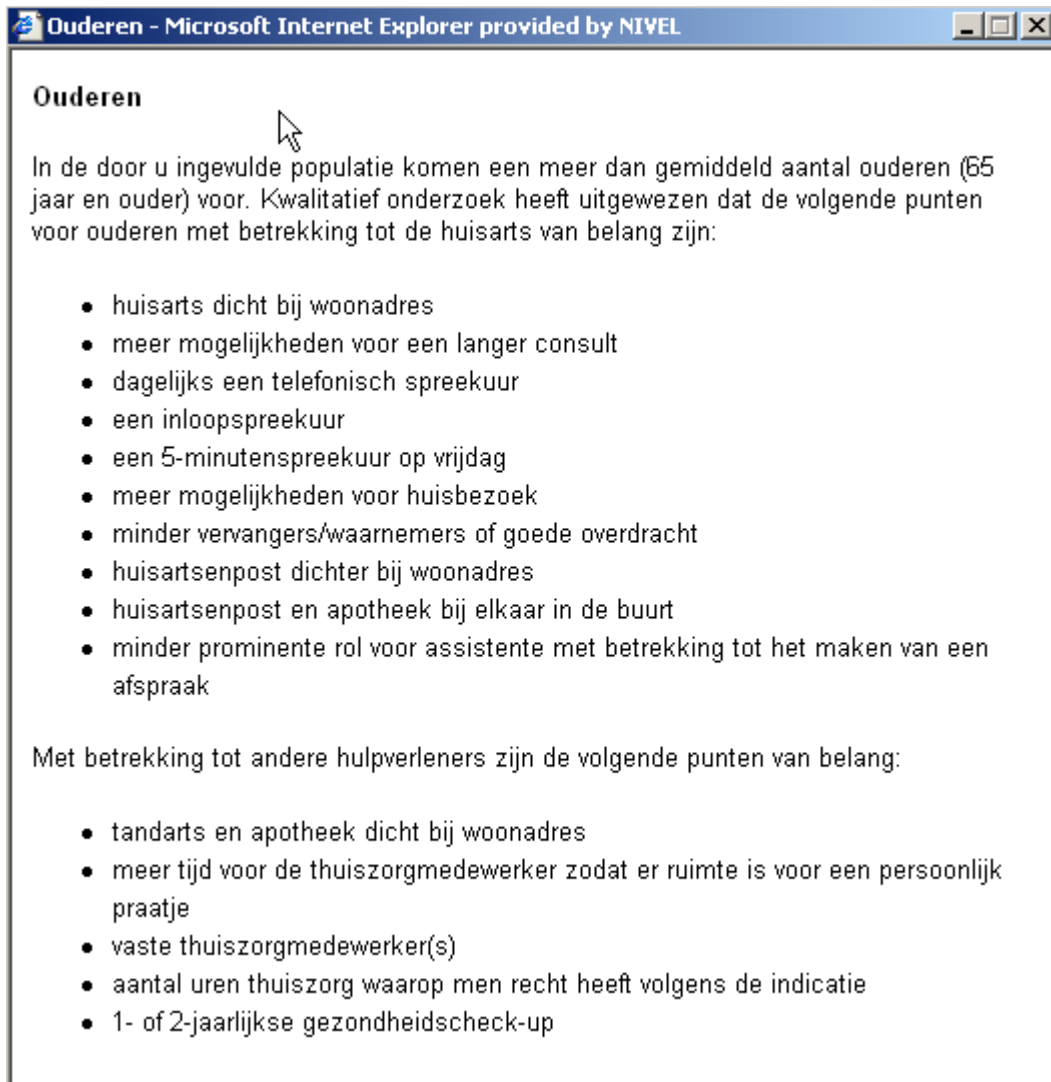
In het laatste resultatenscherf kunt u zien of bepaalde groepen mensen meer of minder dan gemiddeld in uw ingevulde populatie vertegenwoordigd zijn in vergelijking met landelijke gemiddelden. De gegevens zijn weergegeven in percentages van de totale bevolking. Op deze manier kunt u bepalen of u hier al dan niet extra aandacht aan moet schenken. Voor de groep chronisch zieken en GGZ-gebruikers is het niet mogelijk om de door u ingevulde populatie te vergelijken met Nederland aangezien deze gegevens niet op gemeente/wijk/postcodeniveau geregistreerd zijn.

Figuur 4.9 Resultatenscherf 4: Aandachtspunten voor specifieke doelgroepen



Door middel van groepsgesprekken met deze doelgroepen is achterhaald wat hun wensen en behoeften zijn met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg. Door te klikken op één van de doelgroepen komt er een scherm te voorschijn met daarin de belangrijkste resultaten uit de groepsgesprekken. De resultaten zijn opgedeeld in wensen en behoeften met betrekking tot de huisarts en wensen en behoeften met betrekking tot overige eerstelijnszorgverleners.

Figuur 4.10 Voorbeeld pop-up voor aandachtspunten voor ouderen



5 Resultaten VAAM in perspectief

Het is belangrijk u te realiseren dat de VAAM de functie heeft om beleidsondersteunende informatie te leveren. De VAAM geeft een eerste analyse van de zorgvraag in een populatie. Het is één van de bouwstenen die u kan gebruiken om zorgvraag en –aanbod in een buurt/wijk meer op elkaar te laten aansluiten. Wij waarschuwen er dus voor een al te rigide gebruik van de uitkomsten van de VAAM. Het zijn slechts indicaties die in samenhang met andere gegevens kunnen worden gebruikt.

Het is dan ook niet de bedoeling dat de resultaten zoals deze uit de VAAM komen als planningsinstrument te gebruiken. Het gebruik van deze resultaten zonder nadere analyse wordt dan ook nadrukkelijk afgewezen.

Om te voorkomen dat gebruikers van de VAAM de resultaten zoals deze uit de monitor komen als planningsinstrument gebruiken, wordt in de toelichting van de VAAM opgenomen, de VAAM een functie heeft om beleidsondersteunende informatie te leveren. Naast de resultaten van de VAAM adviseren wij u om deze gegevens in samenhang te gebruiken met:

- Epidemiologische gegevens van de GGD. Op deze manier kan gekeken worden naar de incidentie en prevalentie in de regio van veel voorkomende chronische aandoeningen als diabetes, astma/COPD, hart-en vaatziekte, psychische aandoeningen en psycho-sociale aandoeningen. Mochten er geen gespecificeerde gegevens beschikbaar zijn, dan kunt u gebruik gemaakt van de landelijke gegevens van het RIVM (www.nationaalkompas.nl).
- Gegevens over het aanbod aan eerstelijnszorgaanbieders. Wanneer u de vraag naar eerstelijnszorg niet vergelijkt met het aanbod aan eerstelijnszorgaanbieders, weet u niet of er discrepanties aanwezig zijn tussen vraag en aanbod. Voor een deel van de beroepsgroepen hebben regionale ondersteuningsstructuren informatie over het aanbod beschikbaar. Daarnaast zijn er belangenbehartigingorganisaties van huisartsen, eerstelijns- psychologen en verloskundigen etc, die hierover informatie hebben. Tenslotte kunt u natuurlijk ook informatie inwinnen worden bij de eerstelijnszorgaanbieders zelf. Een probleem is vaak dat in een regio alleen gegevens bekend zijn over het **aantal** zorgaanbieders, maar niet over het aantal **FTE** dat zij werkzaam zijn. Er is dan dus nog een bewerkingslag nodig.
- Naast de kwalitatieve informatie die uit de groepsgesprekken naar voren is gekomen, is het aan te raden om aanvullende kwalitatieve informatie op te vragen bij de regionale patiënten-consumentenorganisaties of afdelingen van categorale

organisaties als bijvoorbeeld de Diabetesvereniging Nederland. Op deze manier kunt u aanvullende informatie verkrijgen over de wensen van patiënten.

- Tenslotte beschikken zorgverzekeraars over veel relevante informatie op basis van hun verzekerdenbestanden en de zorgconsumptie. Op geabstraheerd niveau kan deze informatie zeer veel toegevoegde waarde leveren. Wel moet u zich realiseren dat er in elke regio meerdere zorgverzekeraars actief zijn, die wellicht niet altijd bereid zijn om informatie met derden en met elkaar te delen.

Om bovenstaande gegevens te achterhalen en interpreteren bevelen wij u aan om een kerngroep op te zetten, bestaande uit de gemeente, zorgaanbieders, ROS, GGD en patiëntenorganisaties. Daarnaast zijn dit ook de meest relevante partijen om op basis van de beleidsondersteunende informatie tot een analyse en succesvolle acties te komen.

Van de kant van de ontwikkelaars van de VAAM wordt er gedurende een bepaalde periode een helpdesk opgezet, welke te bereiken is via vaam@nivel.nl. Hier kan u terecht als u technische of inhoudelijke vragen heeft of problemen ondervindt bij het invullen. Tevens kunt u hier adviezen en suggesties doorgeven om de VAAM in de toekomst te verbeteren.

Wilt u informatie over de manier waarop u de uitkomsten van de VAAM wilt gebruiken als beleidsinformatie, dan kunt u contact opnemen met de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), via info@lvg.org.