



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2003. De gegevens mogen met bronvermelding (Huisartsenzorg in achterstandsgebieden , W. Devillé, J.M. Habraken, D.H. de Bakker) worden gebruikt.
Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Huisartsenzorg in achterstandsgebieden

Evaluatie van 5 jaar beleid: 1997 - 2002

W. Devillé
J.M. Habraken
D.H. de Bakker



ISBN 90-6905-641-0

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2003 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

Voorwoord	7
Samenvatting	9
1 Inleiding	15
1.1 Achtergrond	15
1.2 De achterstandsvergoeding	17
1.3 Doel onderzoek en vraagstellingen	19
Deel I De achterstandsfondsen: beleid en bestedingen	21
J.M. Habraken, W. Devillé, D.H. de Bakker	
2 De achterstandsfondsen: beleid	23
2.1 Relatie DHV en zorgverzekeraars	23
2.2 Toekennings- en evaluatiecriteria	25
3 De achterstandsfondsen: bestedingen	27
3.1 Beschrijving van de projecten	27
3.2 Financiële besteding van de fondsen	34
4 De achterstandsfondsen: discussie	39
Deel II Ontwikkelingen in de huisartsenzorg achterstandswijken sinds 1997	45
W. Devillé, J.M. Habraken, D.H. de Bakker	
5 Ontwikkelingen huisartsenzorg: methoden	47
5.1 Ontwikkelingen in de huisartsenzorg in achterstandsgebieden	47
5.1.1 Steekproef	47
5.2 Respons	48
5.2.1 De vragenlijst	49
5.2.2 Analyses	49
6 Ontwikkelingen huisartsenzorg: resultaten	51
6.1 Respondenten	51
6.2 Toegankelijkheid van huisartsenzorg voor de patiënt	51
6.3 Werklast: praktijkomvang en -samenstelling	53
6.4 Werklast: praktijkvorm	54
6.5 Werklast: Assistentie	55
6.6 Werklast: diensten	56
6.7 Werklast: werkbeleving	59

6.8	Werklast: praktijkpopulatie	62
6.9	Het achterstandsfonds	67
7	Ontwikkelingen huisartsenzorg: resultaten in 2002 vergeleken met 1997	71
7.1	Toegankelijkheid van huisartsenzorg voor de patiënt	71
7.2	Werklast: praktijkomvang en -samenstelling	73
7.3	Werklast: praktijkvorm	74
7.4	Werklast: assistentie	75
7.5	Werklast: diensten	77
7.6	Werklast: werkbeleving	78
7.7	Werklast: praktijkpopulatie	80
7.8	Vestigingsklimaat en beschikbaarheid huisartsen in achterstandswijken	84
8	Ontwikkelingen huisartsenzorg: discussie	87
8.1	Toegankelijkheid	87
8.2	Werklast	88
8.3	Beschikbaarheid en vestigingsklimaat	90
8.4	Niveau van achterstand	91
8.5	Samenvatting	92
9	Conclusies en aanbevelingen	95
	Literatuur	101
	Bijlagen:	
Bijlage 1	Beschrijving projecten naar doelstellingen	103
Bijlage 2	Vragenlijst 'Evaluatie regionale zorgverzekeraars'	107
Bijlage 3	Analyse huisartsen zonder versus huisartsen met achterstandspatiënten	109
Bijlage 4	Vragenlijst 'Beschikbaarheid en toegankelijkheid van huisartsenzorg in stedelijke achterstandsgebieden 2002	117

Lijst van tabellen

Tabel 1.1	Omvang van de achterstandsfondsen	18
Tabel 3.1	Overzicht projecten in de categorie praktijkondersteuning naar stad	28
Tabel 3.2	Overzicht projecten in de categorie personeel naar stad	30
Tabel 3.3	Overzicht projecten in de categorie praktijkorganisatie naar stad	31
Tabel 3.4	Overzicht projecten in de categorie logistiek naar stad	33
Tabel 3.5	Overzicht projecten in de categorie opleiding naar stad	33
Tabel 5.1	Stratificatiecellen in de steekproef en responspercentages	48
Tabel 5.2	Respondenten en non-respondenten vergeleken naar praktijkvorm, geslacht en leeftijd	49
Tabel 6.1	Totalen van de responderende huisartsen in 2002 en in 1997 per categorie	51
Tabel 6.2	Toegankelijkheid van de huisartsenpraktijken voor de patiënt per categorie huisartsen	52
Tabel 6.3	Praktijkgrootte, -samenstelling en aantal uren werkzaam per categorie huisartsen	54
Tabel 6.4	Praktijkvorm per categorie huisartsen	54
Tabel 6.5	Percentage huisartsen per categorie dat van verschillende assistentie gebruik maakt	55
Tabel 6.6	Gemiddeld aantal uren verschillende assistentie per categorie huisartsen	56
Tabel 6.7	Organisatie van de avond-, nacht en weekenddiensten per categorie huisartsen	57
Tabel 6.8	Gemiddeld aantal keer avond-, nacht of weekenddienst per acht weken per categorie huisartsen	57
Tabel 6.9	Ervaren belasting van de huidige avond-, nacht en weekenddiensten-regeling per categorie huisartsen	58
Tabel 6.10	Gemiddeld aantal keren diensten uitbesteed de afgelopen zes maanden per categorie huisartsen	59
Tabel 6.11	Gemiddeld aantal keren diensten geprobeerd uit te besteden, maar niet gelukt per categorie huisartsen	59
Tabel 6.12	Tevredenheid met beschikbare tijd voor verschillende aspecten van het werk per categorie huisartsen hoe hoger hoe minder tevreden	60
Tabel 6.13	Ervaren tijdsdruk per categorie huisartsen	61
Tabel 6.14	De Utrechtse Burn-Out Schaal (UBOS) per categorie huisartsen	61
Tabel 6.15	Gemiddeld aantal lastige patiëntcontacten in de afgelopen twee weken per categorie huisartsen	63
Tabel 6.16	Aantal nieuw ingeschreven patiënten in de afgelopen maand per categorie huisartsen	64

Tabel 6.17	Aantal keren te maken met onverzekerden gedurende de afgelopen maand per categorie huisartsen	64
Tabel 6.18	Betaling hulp aan onverzekerden per categorie huisartsen	65
Tabel 6.19	Aantal keren te maken met NONI's (Niet Op Naam Ingeschreven patiënten) gedurende de afgelopen maand per categorie huisartsen	65
Tabel 6.20	Te maken met lastige patiëntengroepen in vergelijking met andere huisartsen per categorie huisartsen (hoe hoger , hoe meer te maken met deze groep vergeleken bij collega huisartsen)	66
Tabel 6.21	Gebruik opslag abonnementstarief per categorie huisartsen	67
Tabel 6.22	Gebruik achterstandsfonds per categorie huisartsen	68
Tabel 6.23	Gebruik achterstandsfonds in de vorm van projecten per categorie huisartsen	68
Tabel 6.24	Gebruik achterstandsfonds door zelf projecten aan te vragen per categorie huisartsen	69
Tabel 7.1	Toegankelijkheid van huisartsenzorg voor de patiënt: verschillen ten opzichte van 1997 tussen huisartsen met en zonder achterstandspatiënten	72
Tabel 7.2	Praktijkomvang en –samenstelling: verschillen ten opzichte van 1997 tussen huisartsen met en zonder achterstandspatiënten	74
Tabel 7.3	Praktijkvorm: verschillen ten opzichte van 1997 tussen huisartsen met en zonder achterstandspatiënten	75
Tabel 7.4.1	Percentage huisartsen per categorie dat van verschillende assistentie gebruik maakt voor 2002 en 1997	76
Tabel 7.4.2	Gemiddeld aantal uren verschillende assistentie per categorie huisartsen voor 2002 en 1997	77
Tabel 7.5.1	Gemiddeld aantal keren diensten uitbesteed de afgelopen zes maanden per categorie huisartsen voor 2002 en 1997	78
Tabel 7.5.2	Ervaren belasting van de huidige avond-, nacht en weekenddiensten-regeling per categorie huisartsen voor 2002 en 1997 (hoe hoger hoe meer belastend)	78
Tabel 7.6.1	Tevredenheid met beschikbare tijd voor verschillende aspecten van het werk per categorie huisartsen (hoe hoger hoe minder tevreden)	79
Tabel 7.6.2	Ervaren tijdsdruk en Utrechtse Burn-Out Schaal (UBOS) per categorie huisartsen voor 2002 en 1997	80
Tabel 7.7.1	Gemiddeld aantal lastige patiëntcontacten in de afgelopen twee weken per categorie huisartsen voor 2002 en 1997	81
Tabel 7.7.2	Aantal nieuw ingeschreven en onverzekerde patiënten in de afgelopen maand per categorie huisartsen voor 2002 en 1997	82
Tabel 7.7.3	Betaling hulp aan onverzekerden per categorie huisartsen voor 2002 en 1997	82
Tabel 7.7.4	Te maken met lastige patiëntengroepen in vergelijking met andere huisartsen per categorie huisartsen voor 2002 en 1997 (hoe hoger , hoe meer te maken met deze groep vergeleken bij collega huisartsen) (1= veel minder, 3= gelijk, 5= veel meer)	83
Tabel 7.8.1	Verandering in beschikbare fte in achterstandswijken 1997 – 2002	84

Voorwoord

Dit rapport evalueert het beleid achterstandswijken dat gezamenlijk werd opgezet door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), in samenwerking met de regionale achterstandsfondsen binnen de Districts Huisartsen Verenigingen. De LHV is de formele opdrachtgever voor deze evaluatie, maar de evaluatie is uitgevoerd onder gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van LHV, ZN en de regionale achterstandsfondsen.

Het hier gepresenteerde onderzoek toont voor het eerst mogelijke effecten van het beleid aan door het vergelijken van de huidige situatie met die van vijf jaar geleden. In dit onderzoek is er onderzocht hoe de DHVen, veelal in samenwerking met de regionale zorgverzekeraars binnen de paritaire commissies, achterstandsfondsen hebben aangewend om de door hun gestelde doelen te bereiken. Hiervoor werd alle aanwezige documentatie omtrent het achterstandsfonds verzameld bij de respectievelijke DHVen. Er zijn ook telefonische interviews gehouden met de voornaamste zorgverzekeraars per achterstandsfonds, en met de vertegenwoordigers van de betreffende DHVen. Verder is er onderzocht welke ontwikkelingen met betrekking tot de werklust van de huisartsen, en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de achterstandsgebieden er geweest zijn sinds 1997. Hiervoor werd een nationale steekproef van 1227 huisartsen met een enquête benaderd. In de steekproef zaten alle artsen werkzaam in een achterstandsgebied. De gegevens van 2002 werden vergeleken met de gegevens van de enquête uit 1997. Tenslotte is er gekeken wat de huidige situatie is, met betrekking tot het vestigingsklimaat en de beschikbaarheid van de huisartsenzorg, in achterstandsgebieden en de ontwikkelingen sinds 1997.

Ten behoeve van het onderzoek werd een begeleidingcommissie gevormd samengesteld uit de volgende personen:

- Dhr. J. Schoenmakers, LHV;
- Mw. J. van Duren, Zorgverzekeraars Nederland,
- Dhr. M. van Hoeve, Amsterdamse Huisartsen Vereniging;
- Mw. J.A. van Doorn, DHV Groot Gelre;
- Mw. H.L. Dekkers-Sinke, DHV Den Haag;
- Mw. E. Mertens, DHV Rotterdam.

Wij willen alle leden van de begeleidingscommissie alsook hun voorgangers de heer A.V. Prins, DHV Rotterdam en de heer A. Martens, ZN, bedanken voor hun deskundige en kritische begeleiding van het onderzoek. We danken ook alle respondenten huisartsen en zorgverzekeraars voor hun medewerking, alsook alle medewerkers van de overige DHVen die in het kader van dit onderzoek werden benaderd en geholpen hebben om alle nodige documenten en informatie boven water te krijgen.

Utrecht 2003,

Walter Devillé
Jolanda Habraken
Dinny de Bakker

Samenvatting

Inleiding

Om te voorkomen dat de beschikbaarheid van de huisartsenzorg in achterstandsgebieden in gevaar zou komen, heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland maatregelen getroffen die uiteindelijk gestalte hebben gekregen in de vorm van het beleid huisartsenzorg achterstandsgebieden.

Het beleid is samen te vatten in de volgende drie doelstellingen:

- behoud van de beschikbaarheid van kwalitatief goede huisartsenzorg in achterstandsgebieden,
- opheffen van de discrepantie tussen werklast en inkomen en
- behoud van het plezier in het werk van de huisartsen in achterstandsgebieden.

De systematiek van de achterstandsvergoeding voor huisartsen in achterstandsgebieden is vanaf 1 juli 1996 van kracht en is tweeledig. Het houdt in dat huisartsen enerzijds een toeslag krijgen op het abonnementstarief van € 6,70 (CTG 2002) voor iedere ziekenfondspatiënt die woonachtig is in een erkend achterstandsgebied. Anderzijds bestaat er, naast deze verhoging op het abonnementstarief, een regeling op het niveau van de Districts Huisartsen Verenigingen (DHV). Voor iedere ziekenfondspatiënt woonachtig in een erkend achterstandsgebied, wordt een bedrag van € 7,10 (CTG 2002) gestort in een lokaal achterstandsfonds dat wordt beheerd door de DHV en de regionale zorgverzekeraar. De grootte van de fondsen is dus afhankelijk van het aantal ziekenfondsverzekerden woonachtig in erkende achterstandsgebieden.

Het hier gepresenteerde onderzoek toont voor het eerst mogelijke effecten van het beleid aan door het vergelijken van de huidige situatie met die van vijf jaar geleden. In dit onderzoek is er onderzocht hoe de DHV'en samen met de regionale zorgverzekeraars de achterstandsfondsen (4,7 miljoen euro per jaar) hebben aangewend om de door hun gestelde doelen te bereiken, welke projecten er uitgevoerd zijn en of de gestelde doelen bereikt werden (Deel I). Hiervoor werd alle aanwezige documentatie omtrent het achterstandsfonds verzameld bij de respectievelijke DHV'en. Op basis van deze documenten zijn alle projecten die zijn uitgevoerd in het kader van het achterstandsfonds geïnventariseerd. Vervolgens werden alle projecten door de onderzoekers ingedeeld in een vijftal categorieën, te weten praktijkondersteuning, personeel, praktijkorganisatie, logistiek en opleiding. Er zijn ook telefonische interviews gehouden met de voornaamste zorgverzekeraars per achterstandsfonds, en met de vertegenwoordigers van de betreffende DHV'en.

Verder is er onderzocht welke ontwikkelingen met betrekking tot de werklast van de huisartsen, en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de achterstandsgebieden er geweest zijn sinds 1997 (Deel II). Hiervoor werd een nationale steekproef van 1227

huisartsen met een enquête benaderd, waarvan er 853 repondeerden. In de steekproef zaten alle artsen werkzaam in een achterstandsgebied. De gegevens van 2002 werden vergeleken met de gegevens van de enquête uit 1997. Tenslotte is er gekeken wat de huidige situatie is met betrekking tot het vestigingsklimaat en de beschikbaarheid van de huisartsenzorg in achterstandsgebieden en de ontwikkelingen sinds 1997.

Hierna staan de bevindingen puntgewijs samengevat, samen met de paragraaf waar de resultaten besproken worden.

Evaluatie beleid achterstandsfondsen

- *beleid:*
 - DHVen en zorgverzekeraars hebben meestal samen het beleid ontwikkeld voor het inzetten van de middelen van de achterstandsfondsen (§2.1),
 - het beleid heeft ingespeeld op de lokale behoeften en problemen (§3.1-3.2),
 - projecten zijn eerder gericht op de zorgverleners dan op de zorgvragers (hoofdstuk 3),
 - projecten kennen meestal geen vooraf vastgelegde doelen en te bereiken resultaten, waardoor ze niet geëvalueerd kunnen worden (hoofdstuk 3).
- *bestedingen:*
 - in twee grote steden is meer dan 80% van de beschikbare middelen besteed, de rest is vooral gereserveerd voor toekomstige reeds geïdentificeerde voorzieningen (§3.2),
 - meer dan 80% van de reeds uitgegeven middelen ging naar projecten (§3.2),
 - deze projecten beantwoorden allemaal aan de vooraf vastgestelde criteria binnen het landelijk beleidskader, er zijn enkel lokaal accenten gelegd (§3.1),
 - buiten het inhuren van de Sociaal Psychiatische Verpleegkundige (SPV) zijn er weinig projecten geweest die zich richtten op de samenwerking met andere disciplines op ander échelons van de lokale gezondheidszorg (§3.1),
 - er zijn geen projecten geweest die zich specifiek richtten op praktijkverkleining (§3.1),
 - projecten gericht op de verlichting van de werkdruk van de huisarts zijn in alle achterstandsfondsen terug te vinden (automatisering, extra assistentie, dienstenstructuur en HOED) (§3.1),
 - projecten gericht op de zorgvrager komen niet in alle DHVen voor (§3.1).
- *regionale verschillen:*
 - grote steden versus andere regio's: de regio's buiten de grote steden hebben de fondsen vooral besteed aan praktijkondersteuning en personeel (§3.1-3.2),
 - grote steden onderling: Amsterdam heeft de beschikbare fondsen vooral ingezet voor personeel, de overige grote steden besteedden vooral aan praktijkorganisatie (§3.1-3.2),
 - grote fondsen reserveren middelen voor meerjarige verplichtingen, kleine fondsen sparen middelen om projecten te kunnen financieren (§3.2).
- *overige (hoofdstuk 3):*
 - een aantal initiatieven die in het kader van dit programma werden geïnitieerd, hebben zich nationaal verspreid,
 - en een aantal projecten worden nu verder gefinancierd uit andere bronnen.

Evaluatie ontwikkelingen huisartsenzorg achterstandsgebieden

- *toegankelijkheid (§6.2, §7.1):*
 - gemiddeld is de helft van de praktijken met patiënten uit achterstandswijken gesloten voor nieuwe patiënten; in de achterstandswijken zelf is het iets minder dan de helft,
 - de directe en telefonische toegankelijkheid van de huisartsenzorg in achterstandswijken blijft lager dan in de rest van Nederland,
 - de telefonische bereikbaarheid blijft lager dan in de rest van het land.
 - ondanks een sterke daling in het aantal praktijken met inloopsprekuren, blijven er meer praktijken met patiënten uit achterstandswijken met deze vorm van spreekuren naast het afspraakspreekuur,
 - de achterstandswijken hebben een inhaalslag gemaakt wat de speciale spreekuren betreft en komen hiermee op hetzelfde niveau als in de rest van het land.
- *werklast:*
 - praktijken van huisartsen met patiënten uit achterstandswijken zijn per volledige fte gemiddeld genomen nog steeds kleiner dan bij hun collega's: praktijken met het hoogste percentage patiënten uit achterstandswijken zijn per fte 18% kleiner dan praktijken zonder patiënten uit achterstandswijken (§6.3, §7.2),
 - huisartsen in achterstandsgebieden werken minder solo dan elders, maar de situatie is niet echt veranderd ten opzichte van 1997 (§6.3, §7.3),
 - het aantal lastige patiëntencontacten in achterstandswijken is eerder toegenomen dan afgenomen en daardoor nog steeds hoger dan elders. Contacten met taalproblemen en lastig te regelen ziekenhuisopnames zijn significant toegenomen sinds 1997. Er zijn significant meer contacten met onverzekerden en met NONI's (niet op naam ingeschrevenen) dan elders (§6.8, §7.7),
 - ondanks het inschakelen van VETCers blijft de ruime multiculturele populatie in een achterstandswijk een extra belasting (§6.8, §7.7),
 - het duidelijkst profileren praktijken met patiënten uit achterstandswijken zich van andere praktijken door uitgebreide praktijkondersteuning op HBO-niveau (POH) en met praktijkverpleegkundigen, sociaal verpleegkundigen en allochtone zorgconsulenten (VETC-ers) (§6.5).
 - de toename in praktijkondersteuning is voor alle vormen significant groter dan elders in het land (§7.4).
 - het gebruik van de huisartsendienstenstructuur in de vorm van een centrale huisartsenpost is in achterstandswijken bijna 100%. De huisartsen in achterstandswijken hoeven hierdoor minder diensten te draaien en de belasting wordt als minder zwaar ervaren dan vijf jaar terug (§6.6, §7.5).
 - huisartsen in achterstandswijken blijven minder tevreden over de beschikbare tijd per patiënt, tijd voor praktijk en nascholing, voor gezin en vrije tijd dan de overige huisartsen. Wel is de tevredenheid over de beschikbare tijd voor gezin en vrije tijd overal in gelijke mate toegenomen ten opzichte van vijf jaar geleden, en in gelijke mate afgenomen wat de beschikbare tijd per patiënt betreft (§6.7, §7.6).
 - de ervaren tijdsdruk blijft hoger in achterstandswijken en op vlak van de Burn-Out schaal blijven huisartsen in achterstandswijken hoger scoren. Het gevoel van persoonlijke bekwaamheid is in gelijke mate als elders in het land significant afgenomen (§6.7, §7.6).

- *beschikbaarheid en vestigingsklimaat (§7.8):*
 - de beschikbaarheid van de huisartsenzorg in achterstandswijken is achteruitgegaan omdat de even grote daling in fte als in de rest van Nederland hier niet volledig werd opgevangen door een stijging in het aantal beschikbare huisartsen,
 - dit is waarschijnlijk één van de oorzaken dat er in achterstandsgebieden meer contacten zijn met NONI's,
 - de beschikbaarheid is wel toegenomen in de omliggende wijken grenzend aan achterstandsgebieden,
 - het bestaande vestigingsklimaat in de achterstandsgebieden blijkt niet verbeterd te zijn: er zijn evenveel huisartsen als vijf jaar terug, maar een stuk minder in fte's. Bij aspirant huisartsen is er nauwelijks een toename van de bereidheid om in achterstandswijken te gaan werken ondanks de toeslag en de extra mogelijkheden voor assistentie.
- *beleid huisartsenzorg achterstandsgebieden (§6.9)*
 - de opslag voor ziekenfondsverzekerden uit achterstandswijken wordt naarmate men meer patiënten uit achterstandswijken heeft in sterkere mate besteed aan extra-assistentie, praktijkverkleining, het beperken van nieuwe inschrijvingen en het uitbesteden van diensten,
 - naarmate men meer patiënten uit achterstandswijken heeft maakt men ook meer gebruik van het achterstandsfonds en dat betreft dan eveneens praktijkassistentie, ondersteuning door praktijkverpleegkundige en dienstenstructuur. Een derde van deze huisartsen maakt eveneens gebruik van automatiseringsprojecten en ondersteuning van HOED-vorming.

Een typische achterstandspraktijk met > 80% ziekenfondspatiënten uit een achterstandsgebied:

- is het kleinst, ook per volledige fte, ziet het kleinste aantal patiënten per dag en heeft het hoogste percentage ziekenfondspatiënten,
- is het minste uren per week bereikbaar, maar heeft één of andere vorm van speciale spreekuren en minder dan de helft van deze praktijken is gesloten voor nieuwe patiënten,
- maakt gebruik van een centrale huisartsenpost voor de avond-, nacht en weekenddiensten,
- verschillende huisartsen werken er samen in duo- of groepsverband,
- heeft het hoogste percentage aan verschillende vormen van assistentie,
- heeft niet direct het grootste aantal lastige patiëntencontacten, die vallen vooral in de categorieën met 40 tot 80% patiënten uit achterstandswijken,
- indien nog nieuwe patiënten kunnen ingeschreven worden, gebeurt dit in deze praktijk het vaakst en contacten met NONI's komen in deze categorie dan ook minder voor,
- heeft daarentegen het meest te maken met onverzekerden,
- de huisartsen in deze praktijk zijn niet minder tevreden met de beschikbare tijd dan andere huisartsen met patiënten uit achterstandswijken, behalve met de tijd die ze beschikbaar hebben per patiënt. Ze ervaren de tijdsdruk het minst hoog,
- deze huisartsen scoren wel hoger op vlak van emotionele uitputting, depersonalisatie en vinden ze zichzelf persoonlijk het minst bekwaam,

- de toeslag op het abonnementstarief wordt in deze groep vooral gebruikt voor praktijkverkleining en praktijkassistentie.

Algemene conclusies

Uit dit onderzoek blijkt duidelijk dat de huisartsenzorg in achterstandswijken onder druk blijft staan zeker wat betreft beschikbaarheid en toegankelijkheid. De veranderingen in de tijd lijken even groot als elders in het land, maar lijken moeilijker op te vangen. Het lijkt er eveneens op dat de lastige problemen met bepaalde patiëntengroepen en -contacten in achterstandswijken op bepaalde vlakken nog zijn toegenomen in vergelijking met vijf jaar geleden. Er is echter een duidelijk nieuwe vorm van huisartspraktijk ontstaan met uitgebreide vormen van praktijkondersteuning, spreekuren gericht op speciale doelgroepen, het toenemend gebruik van call-centra en het volledig gebruik van de centrale huisartsenpost als huisartsendienstenstructuur. Hiervoor wordt er door een overgrote meerderheid van de huisartsen in achterstandswijken actief gebruik gemaakt zowel van de toeslag op het abonnementstarief als van de achterstandsfondsen.

De fondsen hebben een toegevoegde waarde bovenop de individuele toeslag, vooral door het opzetten van nieuwe initiatieven en experimenten die in een later stadium door structurele financiering kunnen overgenomen worden (zie assistentie en dienstenstructuur). De fondsen hebben projecten gecreëerd volgens de afgesproken criteria binnen het beleidskader en lokaal beleid gevoerd zoals in het achterstandsfondsenbeleid afgesproken was. Middelen zijn besteed aan projecten of bewaard voor voorzieningen en aangegane langdurige verplichtingen. De middelen zijn voornamelijk besteed aan personele ondersteuning en praktijkorgansiatie. Effecten of resultaten van projecten kunnen in deze evaluatie niet meegenomen worden bij gebrek aan projectevaluaties. De samenwerking met zorgverzekeraars kan nog beter om een gezamenlijk inhoudelijk beleid uit te werken als antwoord op de specifieke problemen van de huisartsenzorg in achterstandswijken. De mindere beschikbaarheid aan huisartsenzorg is nu reeds een grote zorg voor de zorgverzekeraars en dit dreigt alleen maar toe te nemen.

Het 'beleid achterstandswijken' heeft bijgedragen aan het feit dat huisartsen het in de wijken hebben volgehouden, en dat ondanks de blijvende druk op de huisartsenzorg in achterstandswijken. Het 'beleid achterstandswijken' heeft een dalende beschikbaarheid niet kunnen voorkomen, maar hoogstwaarschijnlijk wel afgeremd. Ondanks alle inspanningen en inzet van middelen is het vestigingsklimaat voor huisartsen in achterstandswijken onvoldoende verbeterd. Hier ligt een verantwoordelijkheid niet alleen voor de LHV, DHV en zorgverzekeraars, maar ook voor alle andere belanghebbenden en medespelers op dit terrein zoals de lokale overheden en de nationale overheid.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De laatste decennia is sprake van toenemende verontrusting over een aantal ontwikkelingen in de grote steden. Deze verontrusting komt tot uitdrukking in rapporten over sociale vernieuwing, grote-stedenbeleid, minderhedenbeleid, criminaliteit, stadsvernieuwing en dergelijke. Het Sociaal en Cultureel Rapport 1996 (SCP 1996) stond voor een groot deel in het teken van de grote-stadsproblematiek. Volgens dit rapport was 'de symptomatiek van de grote stad gelegen in de toenemende concentratie van bepaalde groepen en bepaalde ongunstige verschijnselen. Deze concentratie is een implicatie van de ongelijkheid in de samenleving, die zich in grotere mate dan voorheen ruimtelijk uitdrukt'. In datzelfde rapport wordt gesteld dat het hierbij met nadruk gaat om de grote steden. Daarbij wordt niet ontkend dat ook in kleinere gemeenten sprake is van ongelijkheid. Wel is het zo dat het schaalniveau waarop de concentratie van werkloosheid, kansarmoede en criminaliteit plaats vindt in de grote steden hoger is en daardoor meer problemen oplevert. Men gaat er vaak vanuit dat het probleem daardoor groter is dan de som van de delen.

Een literatuuroverzicht van Engbersen en Snel (1996) laat zien dat veel auteurs van mening zijn dat niet het ontstaan van homogene achterstandswijken, maar juist sociale en etnische heterogeniteit kenmerkend zijn voor de moderne Nederlandse stadsbuurt. Engbersen en Snel concluderen evenwel dat er wel degelijk een sterke concentratie van lage inkomens en uitkeringsafhankelijkheid is in de grote steden en dat er in de grote steden echte uitkeringsbuurten zijn, waar 40% tot 50% van de volwassen bewoners met een geregeld inkomen afhankelijk is van een uitkering. Tenslotte concluderen zij dat er in drie van de vier grote steden sprake is van een toenemende concentratie van uitkeringsafhankelijkheid in bepaalde stadsbuurten.

Een goede toegankelijkheid tot zorg wordt gezien als een van de belangrijkste kwaliteitskenmerken van het zorgsysteem. Het is dan ook geen wonder dat berichten over tekorten aan huisartsen, wachtlijsten en dergelijke steevast grote aandacht krijgen in de media. De laatste jaren verschijnen er regelmatig berichten in de media waaruit blijkt dat de huisartsenzorg in de grote steden onder druk is komen te staan. Dit geldt met name voor stedelijke gebieden waar de bevolking sociaal-economische achterstand, lage zelfredzaamheid, beperkte sociale cohesie en hoge zorgvraag combineert. Er is sprake van complexere gezondheidsproblemen, vaker met een sociaal karakter (Luijten en Tjadens, 1995; Verheij et al., 1992; Reijneveld, 1995); agressie en oneigenlijke hulpvragen komen vaker voor (Van Dierendonck et al., 1992). Taal en cultuurverschillen geven verder een extra dimensie aan het consult van de vele allochtonen. Daarbij komt nog een hoge verhuisgeneigdheid en dus snelle doorstroming van de praktijken.

In grootstedelijke gebieden is sprake van een combinatie van bovengenoemde problemen. Dat maakt de context waarin huisartsen hun werk moeten doen complex. Bovendien is de stedelijke gezondheidszorg op zich complex (Querido, 1988; De Bakker, 1986). Het aantal zorgverleners waarmee een huisarts te maken heeft is groot, de afstemming van werkgebieden beperkt en het maken van zorgafspraken is navenant moeilijk, wat vooral merkbaar is in de eerste lijn. De combinatie van hoge consultfrequentie, een hoog percentage ziekenfondsverzekerden en de “knik”¹ in de ziekenfondshonorering heeft geleid tot een boven-norm werklust en een beneden-norm inkomen (Luijten en Tjadens, 1995). De werklust van de huisartsen in Rotterdam was in tussen ’92 en ’97 met een vijfde toegenomen (Harmsen et al., 2001). Huisartsen beschouwen het werken in stedelijke achterstandsgebieden als minder aantrekkelijk (Galesloot en Bless, 1993; Van Dierendonck et al., 1992) en bij vertrek vindt men met steeds meer moeite een opvolger. Op sommige plaatsen heeft dit een zodanige vorm aangenomen dat de beschikbaarheid en kwaliteit van huisartsenzorg in gevaar is (Galesloot en Bles, 1993; Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg, 1995; Luijten en Tjadens, 1995).

Zowel morbiditeit als mortaliteit zijn in grote steden hoger dan elders. Factoren die hierbij een rol spelen zijn de sociaal-demografische samenstelling van de achterstandsgbieden – er wonen zowel veel mensen met een lage sociaal-economische status als personen van allochtone herkomst-, maar ook andere mechanismen die sociaal-economische gezondheidsverschillen veroorzaken. Daarenboven lijkt het wonen in een achterstandswijk zelf een extra risico te zijn voor de gezondheidstoestand. Er zijn volgens het RIVM-rapport “Gezondheid in de grote steden” (van der Lucht en Verkleij, 2001) aanwijzingen dat sociaal-economische gezondheidsverschillen zich nog meer in de steden zullen gaan concentreren en dat de allochtone bevolkingsgroepen zich waarschijnlijk in bepaalde wijken gaan concentreren. In 2003 stelt het RIVM in het rapport “Zorg in grote steden” (Verkleij en Verheij, 2003) het volgende vast: de zorgvraag is in de grote steden omvangrijker, diverser en complexer dan elders; de werklust van de huisartsen is er hoger en er is een tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden; de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg staan er extra onder druk; de knelpunten in de zorg nemen de komende jaren waarschijnlijk toe, onder andere ook door huisvestingsproblemen en marktwerking. Om hieraan het hoofd te bieden beveelt het rapport onder andere aan om voorrang te geven aan het versterken van de eerste lijn in de achterstandswijken en rekening te houden met de grote zorgzwaarte, samenwerkingsverbanden te stimuleren en het werken voor zorgverleners in deze gebieden aantrekkelijker te maken.

Om te voorkomen dat de beschikbaarheid van de huisartsenzorg in achterstandsgebieden in gevaar zou komen, heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland maatregelen getroffen die uiteindelijk gestalte hebben gekregen in de vorm van de achterstandsvergoeding voor huisartsen.

In een onderzoek van Verheij en de Bakker (Verheij, 1998-1) bleek na de introductie in 1996 van de achterstandsvergoeding voor huisartsen werkzaam in achterstandsgebieden (Van der Velden et al., 1997) (zie verder onder 1.2), dat deze huisartsen in absolute zin

¹Tot medio 1996 kreeg men voor ziekenfondsverzekerden boven de eerste 1600 ingeschrevenen maar 60% van het abonnementsstarief (het inkomensdeel).

een kleinere praktijk hebben, maar voor een zelfde aantal patiënten meer tijd in de praktijk doorbrengen. Zij hebben relatief meer uren assistentie, houden meer inloopsprekuren en trekken meer tijd uit per patiënt dan hun collega's in andere wijken en gebieden. Het eerder vermelde RIVM-rapport "Zorg in grote steden" (Verkleij en Verheij, 2003) stelt dat het aantal patiëntencontacten per huisarts in de grote steden sterker is toegenomen dan elders en dat de werklust momenteel het hoogst is in achterstandswijken.

1.2 De achterstandsvergoeding

Aanloop

Nadat de resultaten van het werklastonderzoek in het voorjaar van 1995 (Luijten en Tjadens, 1995) bekend zijn geworden, komen de problemen van de huisartsenzorg in stedelijke achterstandsgebieden op de politieke agenda. In datzelfde jaar organiseert de LHV een werkconferentie voor huisartsen uit achterstandsgebieden. Huisartsen uit deze gebieden zijn in de gelegenheid gesteld zelf suggesties te doen voor concrete beleidsaanbevelingen. Hiermee is de fase van uitvoering van specifiek beleid voor huisartsen in achterstandsgebieden aangebroken. Deze beleidsaanbevelingen vormen het uitgangspunt voor het raamwerk van het latere beleid aangaande de achterstandsvergoeding.

Na het formuleren van de beleidsmaatregelen zijn er afspraken gemaakt over de samenwerking en taakverdeling aangaande het nieuwe beleid. Voor de LHV ligt de nadruk op het realiseren van een adequate financieringsstructuur en op het bijdragen aan het verwerven van voldoende draagvlak voor regionaal beleid en ondersteuning. De regio-specifieke uitvoering is een taak voor de DHV/RHV'en (Districts en Regionale Huisartsen Verenigingen) in samenwerking met de regionale zorgverzekeraars in de vorm van het opstellen van een regionaal plan van aanpak, stimuleren en ondersteunen van huisartsen en huisartsengroepen, bevorderen van de samenwerking tussen huisartsen en GG&GD, versterken van het effect van de inkomensverbetering in de richting van kleinere praktijken en/of de inzet van extra assistentie, e.d. In opzet is het gehele beleid erop gericht slechts een overbruggingsfunctie te hebben in de aanloop naar een algehele hervorming van de financieringsstructuur voor huisartsen.

Het beleid is samen te vatten in de volgende drie doelstellingen:

- behoud van de beschikbaarheid van kwalitatief goede huisartsenzorg in achterstandsgebieden,
- opheffen van de discrepantie tussen werklust en inkomen en
- behoud van het plezier in het werk van de huisartsen in achterstandsgebieden.

De systematiek van de achterstandsvergoeding voor huisartsen in achterstandsgebieden is vanaf 1 juli 1996 van kracht en is tweeledig. Het houdt in dat huisartsen enerzijds een toeslag krijgen op het abonnementstarief van € 6,70 (CTG 2002) voor iedere ziekenfondspatiënt die woonachtig is in een erkend achterstandsgebied. Anderzijds bestaat er, naast deze verhoging op het abonnementstarief, een regeling op het niveau van de DHVen. Voor iedere ziekenfondspatiënt woonachtig in een erkend achterstandsgebied,

wordt een bedrag van € 7,10 (CTG 2002) gestort in een lokaal achterstandsfonds dat wordt beheerd door de DHV en de regionale zorgverzekeraar. De grootte van de fondsen is dus afhankelijk van het aantal ziekenfondsverzekerden woonachtig in erkende achterstandsgebieden. De systematiek was niet perfect en vroeg om validering en nadere verfijning. De systematiek is in 1999 aangepast door de introductie van het percentage allochtonen en de omgevingsadressendichtheid als indicator voor stedelijkheid. De achterstandindex aan de hand waarvan postcodegebieden al dan niet aangeduid worden als achterstandsgebied is thans gebaseerd op het gemiddelde inkomen, stedelijkheid, percentage uitkeringsgerechtigden en percentage allochtonen (Verheij et al., 1998-2).

Er zijn op dit moment 14 DHVen die de beschikking hebben over een achterstandsfonds. In tabel 1.2.1 zijn alle achterstandsfondsen weergegeven, met het percentage van het totale subsidiebedrag dat zij ontvangen per jaar (het jaar 2002 is als norm genomen). Hier is te zien dat Amsterdam, Rotterdam en Den Haag het grootste gedeelte van het totale budget ontvangen, samen ruim 75%.

Tabel 1.1 Omvang van de achterstandsfondsen

Achterstandsfonds:	budget per stad per jaar in euro's	% van totaal
Amsterdam	1.628.617	34,81
Rotterdam	1.165.867	24,92
Den Haag	755.905	16,15
Arnhem	220.935	4,72
Twente (Enschede, Almelo)	180.099	3,85
Utrecht	151.951	3,25
Groningen	144.393	3,09
Zuid Oost Brabant (Eindhoven, Helmond)	103.551	2,21
Nijmegen	96.967	2,07
Westl./Schiel./Delfland (Schiedam)	90.756	1,94
Leeuwarden	80.101	1,71
Stedendriehoek (Zutphen, Deventer)	33.389	0,71
Limburg (Maastricht)	23.866	0,51
Gooi Eemland Baarn (Baarn)	2.723	0,06
Totaal	4.679.120	100

Zoal eerder vermeld heeft het NIVEL in 1997 in samenwerking met TNO Preventie en Gezondheid een studie uitgevoerd in opdracht van de LHV over de validering en evaluatie van de systematiek. (Verheij et al., 1998-2). Tegelijkertijd werd de eerste meting uitgevoerd naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenzorg in achterstandsgebieden. Hierin kwam onder andere naar voor dat de financiële toeslag voor huisartsen de grotere werklust inderdaad compenseerde (Verheij et al., 2001). Het hier

gepresenteerde onderzoek zal voor het eerst mogelijke effecten van het beleid kunnen aantonen door het vergelijken van de huidige situatie met die van vijf jaar geleden.

1.3 Doel onderzoek en vraagstellingen

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging en heeft tot doel het hierboven beschreven beleid en de effecten ervan in de breedte te evalueren. Dit houdt in dat zowel naar de effecten van de regeling op het niveau van de Districts Huisartsen Verenigingen, als naar de organisatie van het beleid en de samenwerking met de zorgverzekeraars wordt gekeken. De vraagstellingen die in dit onderzoek centraal staan, zijn:

- 1 *'Hoe hebben de DHV'en de achterstandsfondsden aangewend om de door hun gestelde doelen te bereiken?'*
- 2 *'Welke projecten zijn er uitgevoerd, wat waren hun doelen en middelen, en zijn deze doelen bereikt?'*
- 3 *'Zijn er regionale verschillen in het bovenstaande te onderkennen, bijvoorbeeld samenhangend met de omvang van het fonds?'*
- 4 *'Welke ontwikkelingen met betrekking tot de werklust van de huisartsen, en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de achterstandswijken zijn er geweest en wat zijn de ontwikkelingen sinds de oprichting van het achterstandsfonds?'*
- 5 *'Wat is de huidige situatie met betrekking tot het vestigingsklimaat en de beschikbaarheid van de huisartsenzorg in achterstandswijken en wat zijn de ontwikkelingen sinds de oprichting van het achterstandsfonds?'*

Deze rapportage is opgebouwd uit twee delen. In deel I zullen vraagstellingen 1, 2 en 3 worden beschreven. Deze vraagstellingen zijn onderzocht met behulp van een kwalitatieve onderzoeksmethode. In deel II zullen vraagstellingen 4 en 5 worden behandeld. Voor het beantwoorden van deze vraagstellingen is gebruikt gemaakt van een schriftelijke vragenlijst die is verspreid onder huisartsen.

Deel I De achterstandsfondsen: beleid en bestedingen

J.M. Habraken, W. Devillé, D.H. de Bakker

2 De achterstandsfondsen: beleid

Voor dit beschrijvende gedeelte van het onderzoek is informatie verzameld bij de DHV'en zelf. De directie van elke DHV werd vooraf schriftelijk op de hoogte gesteld van het onderzoek. Vervolgens werd met de beleidsmedewerker die verantwoordelijk is voor het achterstandsfonds een afspraak gemaakt. Tijdens deze afspraken is alle aanwezige documentatie omtrent het achterstandsfonds verzameld. Het gaat om onder andere de beleidskaders van de betreffende DHV wat betreft het achterstandsfonds, de projectaanvragen van afzonderlijke huisartsen, documenten over de honorering van deze aanvragen, financiële jaarverslagen en eventuele effectevaluaties van uitgevoerde projecten. Op basis van deze documenten zijn alle projecten die zijn uitgevoerd in het kader van het achterstandsfonds geïnventariseerd. Vervolgens werden alle projecten door de onderzoekers ingedeeld in een vijftal categorieën, te weten praktijkondersteuning, personeel, praktijkorganisatie, logistiek en opleiding. In de resultatenparagraaf zal er per categorie een beknopt overzicht worden gegeven van voorbeelden van projecten die tot de betreffende categorie behoren.

Aangezien de DHV'en en de regionale zorgverzekeraars gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor de achterstandsfondsen, is het van belang om inzicht te verkrijgen in de relatie en de samenwerking tussen de DHV en de zorgverzekeraar, op het gebied van het achterstandsfonds. Uit de studie van de verkregen documenten kwam onvoldoende informatie naar boven over deze relatie. Om die reden zijn er telefonische interviews gehouden met de voornaamste zorgverzekeraars per achterstandsfonds, en met de vertegenwoordigers van de betreffende DHV'en. Een beschrijving van de vragen van deze interviews is te vinden in bijlage 4.

2.1 Relatie DHV en zorgverzekeraars

Om meer inzicht te krijgen in de relatie en de samenwerking tussen de DHV'en en de zorgverzekeraars, zijn er in totaal tien telefonische interviews gedaan met zorgverzekeraars die allen gelieerd zijn aan een achterstandsfonds. Van alle fondsen is tenminste één zorgverzekeraar geïnterviewd.

Op de vraag of de zorgverzekeraar *gericht beleid* voert ten aanzien van achterstandsgebieden, antwoordden vier respondenten positief, maar het beleid blijft beperkt tot het achterstandsfonds. Nog eens vier antwoordden eveneens positief, waarbij zij aangaven dat er ook sprake was van beleid in een andere vorm dan alleen het achterstandsfonds. Twee respondenten gaven aan geen specifiek beleid te hebben ten aanzien van achterstandsgebieden.

De volgende vraag had betrekking op de *beleidsontwikkeling* van het achterstandsfonds. Het merendeel van de zorgverzekeraars (zeven) geeft aan dat het fonds destijds gezamenlijk is ontwikkeld, dus met een gelijkwaardige rol voor zowel de DHV als de zorgverzekeraar. Drie respondenten gaven aan dat de beleidsontwikkeling voornamelijk is uitgevoerd door de DHV.

Wat betreft de *beleidsuitvoering* van het fonds, laat de helft van de respondenten weten dat dit gezamenlijk gebeurt, en de andere helft geeft aan dat dit primair een taak voor de DHV is. Op de vraag hoe de *financiële afwikkeling* in zijn werk gaat, antwoordt het merendeel (zeven) van de respondenten dat een totaalbedrag wordt overgemaakt naar de DHV. Twee respondenten geven aan dat er een declaratie naar project plaatsvindt. In één geval is er sprake van een totaal gebrek aan inzicht in de bestedingen.

Zes respondenten laten weten dat er gedurende de jaren geen verandering is opgetreden in de *rol van de zorgverzekeraars* ten aanzien van het achterstandsfonds. Van de gevallen waarin wel sprake was van verandering, geven twee respondenten aan dat de rol de laatste jaren verschoven is naar meer samenwerking. De overige twee respondenten gaven ook een verandering aan in de rol van de verzekeraar. De één geeft aan dat het beleid in het begin vooral gezamenlijk gestalte kreeg, maar dat gedurende de jaren de DHV voornamelijk de rol heeft overgenomen. De ander signaleert het tegenovergestelde, namelijk dat in het begin de DHV primair de leidende rol had, terwijl dit gedurende de jaren steeds meer is verschoven naar een evenwichtige samenwerking tussen DHV en zorgverzekeraar.

Het merendeel van de respondenten (zeven) beoordeelt de *samenwerking* tussen de DHV en de zorgverzekeraar op het terrein van het achterstandsfonds als goed. In één geval wordt de samenwerking onvoldoende genoemd. Eén respondent oordeelde de samenwerking in het begin van het fonds goed, maar nu onvoldoende. Een andere respondent oordeelde tegengesteld, namelijk aanvankelijk onvoldoende, maar nu goed. Zes zorgverzekeraar vonden niet dat er dingen veranderd en/of verbeterd zouden moeten worden. Twee respondenten zouden graag meer inzicht krijgen in de financiële bestedingen van de DHV, en twee andere respondenten zouden graag meer duidelijkheid krijgen over de afbakening van verantwoordelijkheden van de verschillende partijen.

Hetzelfde interview is ook afgenomen bij de beleidsmedewerkers van de betrokken DHV's. De antwoorden van de zorgverzekeraars zijn vergeleken met de antwoorden van de beleidsmedewerkers van hetzelfde achterstandsfonds. Over het algemeen kwamen de antwoorden goed met elkaar overeen. Er zijn een paar dingen die opvallen. Er werd in drie gevallen verschillend geantwoord door de beleidsmedewerker van de DHV en de zorgverzekeraar op de vraag of er dingen verbeterd zouden kunnen en/of moeten worden. Twee maal verliep de samenwerking in de ogen van de DHV goed, terwijl de zorgverzekeraar van mening was dat er wel dingen verbeterd zouden kunnen worden. Genoemd werden meer inzage in de financiële bestedingen en meer verantwoordelijkheid voor de zorgverzekeraar. In één geval wilde de DHV graag wat meer helderheid over de rol van de zorgverzekeraar, terwijl de zorgverzekeraar het wel goed vond gaan. Ook de antwoorden wat betreft de financiële afwikkeling waren in drie gevallen verschillend. Twee maal gaf de DHV medewerker aan dat er een declaratie per project plaatsvindt, terwijl de zorgverzekeraar van mening is dat het totaalbedrag wordt overgemaakt aan de DHV. Wat betreft het algehele beleid van de zorgverzekeraars ten aanzien van

achterstandsgebieden, gaf één DHV medewerker aan dat dit beleid beperkt was tot het achterstandsfonds, terwijl de zorgverzekeraar aangaf dat zij naast het fonds nog ander gericht beleid uitvoeren. Tot slot was er discrepantie tussen de antwoorden op de vraag of er gedurende de jaren veranderingen zijn opgetreden wat betreft het achterstandsfonds. Eén DHV medewerker gaf aan dat de zorgverzekeraar in het begin van het fonds veel actiever betrokken was dan recentelijk het geval is. Twee maal gaven de DHV medewerkers aan dat er geen dingen waren veranderd, terwijl er volgens de zorgverzekeraars een ontwikkeling heeft plaatsgevonden naar meer nadruk op samenwerkingsverbanden.

2.2 Toekennings- en evaluatiecriteria

Tijdens de voorbereidingen voor het achterstandsfondsbeleid is er bewust voor gekozen de regionale DHV's zelf hun beleid te laten bepalen. De LHV heeft een kader geschetst waarbinnen de afzonderlijke DHV's, in samenwerking met de zorgverzekeraars, vrij waren om zelf invulling te geven aan het beleid. De kern van het beleidskader van de LHV is een set van 8 toekennings- en evaluatiecriteria. Afzonderlijke projecten moeten tenminste aan één van deze criteria voldoen willen zij in aanmerking komen voor financiering uit het achterstandsfonds. De DHV's zijn vrij om aan deze set nog eigen criteria toe te voegen. De criteria van het landelijk beleidskader zijn de volgende:

1. Leidt de activiteit tot vermindering van de werklast van de huisarts door extra assistentie in de praktijk?
2. Leidt de activiteit tot vermindering van de werklast van de huisarts door praktijkverkleining (voor zover er sprake is van praktijken met een Norm- of BovenNorm-Omvang)?
3. Leidt de activiteit tot vermindering van de werkbelasting tijdens de dienst (hiermee wordt bedoeld de avond, weekend en nachtdienst)?
4. Wordt de toegankelijkheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg bevorderd?
5. Wordt de positie van de huisarts als poortwachter verbeterd (met positie als poortwachter wordt de spilfunctie bedoeld die de huisarts in de gezondheidszorg inneemt)?
6. Wordt het gepast gebruik van huisartsenzorg gestimuleerd (b.v. voorlichting om oneigenlijke hulpvraag terug te dringen)?
7. Wordt er specifiek (medisch) beleid voor doelgroepen gemaakt (voorlichting, speciale spreekuren, samenwerking, e.d.)?
8. Wordt de samenwerking met andere disciplines (specialisten, ziekenhuizen, RIAGG, AMW, fysiotherapie, etc.) bevorderd, gegeven de complexe context van een grote stad?

Alle projecten zijn door de onderzoekers onafhankelijk van elkaar naast deze criterialijst gelegd. Van elk project werd gekeken aan welke criteria het voldeed. In een consensusmeeting tussen beide onderzoekers werden verschillen in beoordelingen besproken. Wanneer de onderzoekers hier niet uitkwamen werd nadere informatie bij de betrokken DHV's ingewonnen. Tenslotte werd de beoordeling met beleidsmedewerkers nabesproken om misinterpretaties en misclassificaties te corrigeren.

In de resultatenparagraaf zal per projectcategorie kort worden samengevat aan welke van de criteria de meeste projecten beantwoorden. Het is hier niet de bedoeling om de toekenning van middelen voor de betreffende projecten te evalueren, maar om tot een overzicht te komen aan welke criteria er vaak en aan welke er minder vaak wordt voldaan. De criteria worden derhalve gezien als doelstellingen, en per project is gekeken welke van de aangegeven criteria specifieke doelen waren van het betreffende project.

3 De achterstandsfondsen: bestedingen

Alle projecten zijn door de onderzoekers gescoord op een of meer van in paragraaf 2.1 genoemde criteria. In alle gevallen is voldaan aan één of meerdere LHV-criteria, wat volgens de richtlijnen voldoende is om in aanmerking te komen voor vergoeding vanuit het fonds. Het scoren op deze criteria heeft niet tot doel gehad de toekenning van middelen voor de betreffende projecten te evalueren, maar om eventuele verschillen in aandachtsgebieden aan te kunnen tonen. Per project is gekeken welke van de aangegeven criteria specifieke doelen waren van het betreffende project. Zo is per stad nagegaan hoeveel projecten er op grond van welke doelstellingen in aanmerking kwamen voor financiering.

Een vergelijking op basis van het percentage projecten dat aan de verschillende doelstellingen voldoet is niet zinvol omdat de eenheden van de projecten niet altijd met elkaar vergelijkbaar zijn: een HOED-project (Huisartsen Onder Een Dak) bijvoorbeeld heeft een hele andere impact dan een cursus telefoneren, met name financieel gezien. Hierdoor kunnen we verschillende projecten moeilijk bij elkaar optellen. Het enige wat we zeker kunnen concluderen wat betreft de doelstellingen van de projecten, is dat geen enkel project, in geen enkele stad, *direct* tot doel had de werkdruk te verminderen door praktijkverkleining. Dit is een doelstelling die vaker indirect wordt behaald en waar specifiek de inkomenscomponent voor bedoeld is en ook gebruik wordt. Bevordering van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg is daarentegen zeer vaak een bewust doel geweest van projecten in alle steden, evenals de verbetering van de positie van de huisarts als poortwachter en het verminderen van de werkdruk door extra assistentie. Het bevorderen van samenwerking met andere disciplines lijkt beperkt gebleken. Een overzicht van alle projecten en hun doelstellingen is te vinden in bijlage 1.

3.1 Beschrijving van de projecten

De verschillende projecten werden verdeeld over de volgende categorieën: praktijkondersteuning, personeel, praktijkorganisatie, logistiek en opleiding.

Praktijkondersteuning

Voorbeelden van projecten die onder praktijkondersteuning vallen zijn: *extra automatisering* of hulp en begeleiding bij bestaande automatiseringsprojecten, met name in de grote stad is er sprake van een sterk wisselende patiëntpopulatie; het *wegwerken van administratieve achterstand* in huisartsenpraktijken door bijvoorbeeld de inzet van extra assistentie; het ontwikkelen van *nuldelijnsstandaarden* (zie tekstbox 3.1), die tot doel hebben de patiënt te stimuleren meer aandacht te besteden aan zelfzorg; het maken van *praktijkfolders* om aan patiënten duidelijk te maken wat de regels van de praktijk zijn, en de *vertaling van deze folder* in een aantal talen.

Tekstbox 3.1 Ontwikkeling van nuldelijnstandaarden (ook wel genoemd ‘tips voor de huisdokter’)

In de achterstandwijken in de grote steden komen mensen vaker met hulpvragen die eigenlijk niet bij de huisarts thuishoren en men heeft vaak een geringe zelfredzaamheid (van Dierendonck, 1992). In dit project wordt een boekje uitgedeeld aan patiënten, waarin allerlei veel voorkomende kwaaltjes zoals keelpijn, griep, hoesten, stress et cetera worden beschreven. Per kwaal worden de klachten en symptomen op een gestructureerde manier gepresenteerd om zo de patiënt te stimuleren meer aandacht te besteden aan zelfzorg. De bedoeling is dat patiënten eerst de nuldelijnstandaarden raadplegen voordat ze naar de huisarts komen. In sommige steden zijn deze standaarden ten behoeve van allochtonen ook vertaald in andere talen. De bijbehorende adviezen zijn gebaseerd op NHG-standaarden.

Veel van deze projecten voldoen aan meer dan één van de LHV doelstellingen. Bijvoorbeeld door hulp bij automatisering vermindert in eerste instantie de werkdruk van de huisarts. Tegelijkertijd verbetert de beschikbaarheid doordat de huisarts zelf minder tijd kwijt is aan automatisering. Voorts zal door de betere registratie van medische gegevens een efficiëntere zorg mogelijk zijn, waardoor de kans dat de huisarts de patiënt binnen de 1^e lijnszorg kan behouden wordt vergroot. Bijna alle projecten voldoen aan doelstelling 1 (vermindering werkdruk door extra assistentie). Door het verminderen van de werkdruk van de huisartsen wordt in veel gevallen de beschikbaarheid van de huisartsenzorg bevorderd (doelstelling 4). Ook de positie als poortwachter wordt in veel projecten binnen deze categorie bevorderd (doelstelling 5).

In onderstaande tabel is de besteding aan de betreffende projecten per stad te zien:

Tabel 3.1 Overzicht projecten in de categorie praktijkondersteuning naar stad

	Amster- dam	Rotter- dam	Den Haag	Overige steden
(Extra) automatisering	x	x	x	x
Wegwerken administratieve achterstand	x			x
Archivering / invoering patiëntgegevens		x	x	x
Nuldelijnsstandaarden			x	x
(vertaling) Praktijkfolder		x	x	x
Ondersteuning praktijk met specifieke achterstandsproblemen				x

Personeel

In de categorie personeel vallen onder andere: *extra assistentie* in de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld in de vorm van extra doktersassistentie; *Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC)* (zie tekstbox 3.2); *praktijkverpleegkundige*, deze draagt in veel gevallen zorg voor bepaalde chronisch zieken zoals diabetespatiënten; *waarneming* van huisartsen door andere huisartsen; *sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV)*, deze kan patiënten met psychische problemen die door de huisarts worden doorverwezen helpen of op een goede manier doorverwijzen; *diëtist*; *toegeleidingsfunctionaris*, deze zorgt ervoor dat patiënten met complexe problemen goed terecht komen bij verschillende hulpverleners en instanties; *hagro-secretaris*, deze kan de organisatorische taken van de samenwerkende huisartsen overnemen.

Tekstbox 3.2 Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC).

VETC is de overkoepelende naam voor onder andere allochtone zorgconsulenten en migrantenvoorlichters. De voorlichters werken als intermediair tussen de huisarts en de allochtone patiënt. Er bestaan voorlichters in de meeste in Nederland voorkomende nationaliteiten, zoals Turks, Marokkaans, Surinaams, Ghanees, Chinees etc. De voorlichters informeren patiënten vanuit de eigen taal en vanuit dezelfde culturele achtergrond over basisgezondheid en preventie. Bij hulpvragen die niet bij de huisarts thuishoren kunnen ze de patiënten doorverwijzen naar de juiste instanties. De meeste voorlichters hebben hun eigen spreekuur waarnaar de huisarts de patiënt verwijst.

Enkele citaten van Voorlichters Eigen Taal en Cultuur:

“Je merkt dat mensen meer inzicht krijgen in hun ziekte. Als je één keer een goede uitleg geeft over diabetes, begrijpen ze echt hoe het zit. Ook kunnen ze zich beter verstaanbaar maken bij de huisarts. Over veel onderwerpen hebben we folders in het Turks en het Arabisch, zodat mensen het thuis nog eens rustig na kunnen lezen”

“Chinezen geloven dat je ziek kunt worden omdat je uit evenwicht bent en dat idee kent de westerse geneeswijze niet”

“Een huisarts verwees laatst een patiënt voor instructie over de anticonceptiepil. Toen ik uitlegde wanneer de vrouw de eerste pil zou moeten slikken, bleek dat ze juist wél zwanger wilde worden. Ze was naar de huisarts gegaan omdat ze gehoord had dat die medicijnen heeft om sneller zwanger te raken”

“Nederlandse artsen benaderen patiënten met een nauw blikveld, kijken alleen naar het lichaam. Na een groet vallen ze meteen met de deur in huis door te vragen naar de klacht. Als ze eerst belangstelling zouden tonen voor de thuissituatie, dan voelt de patiënt zich kalm, en zal eerder alles vertellen”

Bronnen: ZAO Nieuwsbrief 2 1999; GG& GD magazine juli/aug 1999; Bijeen nov 2001; Medisch Vandaag no. 19 nov 2001

Ook deze projecten voldoen vaak aan verschillende LHV doelstellingen: vermindering werkdruk door extra assistentie; bevorderen van toegankelijkheid en/of beschikbaarheid en verbetering positie als poortwachter.

Tabel 3.2 Overzicht projecten in de categorie personeel naar stad

	Amsterdam	Rotterdam	Den Haag	Overige steden
Extra assistentie	x	x	x	x
Voorlichting migranten / VETC	x	x	x	x
Praktijkverpleegkundige	x	x	x	x
Waarneming		x	x	x
Compensatie huisarts-uren besteed aan projecten			x	
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige	x			
Diëtist				x
Vast spreekuur maatschappelijk werk				x
Hagro-secretaris		x		x
Regiocoördinator				x
Toegeleidingsfunctionaris				x
Bijdrage aan STIOM (Stichting ter			x	
Ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Den Haag centrum)				

Praktijkorganisatie

Voorbeelden van projecten binnen deze categorie zijn: *HOED-vorming* (zie tekstbox 3.3), Huisartsen Onder Eén Dak, een samenwerkingsproject tussen verschillende huisartsen die samen een gemeenschappelijke huisvesting aangaan; andersoortige *verbouwing of nieuwbouw* van een huisartsenpraktijk; *huisartsen dienstenstructuur* (zie tekstbox 3.4), de avond, weekend en nachtdiensten zijn in bijna alle steden inmiddels centraal geregeld zodat de individuele huisarts minder vaak diensten hoeft te draaien, maar een groter gebied bestrijkt per dienst; *gezondheidsvoorlichting*; *praktijkorganisatieadviezen*, in een aantal steden is er gebruik gemaakt van een onderzoeksbureau dat de huisartsenpraktijk doorlicht, en dat adviezen geeft met betrekking tot de organisatie ervan; *vaste spreekuren* voor onder andere dak- en thuislozen, tolken en diabetespatiënten.

De projecten die in de categorie Praktijkorganisatie vallen zijn over het algemeen gericht op het bevorderen van de toegankelijkheid en beschikbaarheid; verbetering van de positie als poortwachter en stimulatie van gepast gebruik.

Tekstbox 3.3 Huisartsen Onder Eén Dak (HOED)

Wat alle HOED-en gemeen hebben is de gezamenlijke huisvesting. De samenwerking tussen huisartsen binnen een HOED kan op vele verschillende manieren vormgegeven worden, zowel op organisatorisch als op juridisch en financieel gebied. Door huisvesting onder een dak is een aantal schaalvoordelen te behalen, zoals

- betere kwaliteit van zorg door differentiatie en delegatie van taken, toetsing en scholing en het ontwikkelen van zorgprogramma's
- betere arbeidsvoorwaarden zoals de mogelijkheid van deeltijdwerk, vrije dagdelen en een leeftijdsbewust loopbaanbeleid
- meer comfort en veiligheid voor dokters, assistenten en andere medewerkers, die immers minder geïsoleerd hun werk doen,
- meer service aan patiënten, onder meer omdat er effectiever gebruik kan worden gemaakt van verschillende vormen van praktijkondersteuning, zoals VETC'ers, SPV'ers, praktijkverpleegkundigen en extra praktijkassistentie.

Bron: AOF, leren van 5 jaar Achterstands Ondersteunings Fonds in Amsterdam

Tabel 3.3 Overzicht projecten in de categorie praktijkorganisatie naar stad

	Amsterdam	Rotterdam	Den Haag	Overige steden
HOED-vorming	x	x	x	x
Huisartsen dienstenstructuur	x	x	x	x
Vrijstelling nachtdiensten 50+	x			
Spreekuur dak- en thuislozen		x	x	
Tolkenspreekuur			x	
Diabetesspreekuur			x	
Maatschappelijk werk spreekuur				x
COPD standaarden				x
Gezondheidsvoorlichting			x	x
Praktijkorganisatie adviezen	x	x	x	x
Sanering huisartsenpraktijk (o.a. wegwerken administratieve achterstand)			x	x
Verbetering communicatie arts-patiënt			x	

Tekstbox 3.4 Huisartsen dienstenstructuur

Eén van de grootste problemen voor huisartsen in achterstandswijken bleken de diensten buiten kantooruren te zijn. Zowel in Rotterdam als in Amsterdam was volgens de betrokken huisartsen de meeste behoefte aan ondersteuning bij deze diensten. Rotterdam is de eerste stad geweest waarin een totale reorganisatie van de dienstenstructuur heeft plaatsgevonden. Later volgden meer grote en middelgrote steden. Het idee is dat wanneer de avond- nacht- en weekenddiensten centraal worden geregeld, de dienstdoende huisarts minder vaak dienst hoeft te draaien, maar wel voor een groter gebied met meer patiënten. Dat de behoefte aan een dergelijke structuur in de achterstandswijken is ontstaan, is te begrijpen wanneer we de omstandigheden van de betrokken huisartsen bekijken. Huisartsen in achterstandswijken hebben te maken met veeleisende, soms agressieve patiënten. De huisarts voert praktijk midden in de wijk, en heeft daar vaak ook zijn woonadres. Dit kan aanleiding zijn tot een hoge ervaren werkdruk, omdat de huisarts moeilijk los kan komen van zijn werk. Met de reorganisatie van de dienstenstructuur is er, onder andere, een fysieke scheiding mogelijk geworden tussen praktijkadres en woonadres van de achterstandshuisarts. Dit geeft de nodige rust en een duidelijke verhoging van het werkplezier.

Logistiek

Voorbeelden van projecten die onder deze categorie vallen zijn: *advies* voorafgaand aan een verbouwing of nieuwbouw, op organisatorisch, financieel of juridisch niveau. Met name in achterstandswijken voeren huisartsen vaak praktijk vanuit slechte panden; kosten die gemaakt worden voor *extra beveiliging* van een praktijkpand en het *herstel van schade naar aanleiding van vandalisme* (zie tekstbox 3.5); *hulpmiddelen* voor de doktersassistenten, zoals memovox en headsets, en het inrichten van *mobiele en extra werkplekken*.

Tekstbox 3.5 Beveiliging en herstel van schade na vandalisme.

In achterstandswijken gebeurt het maar al te vaak dat praktijkpanden en multifunctionele panden worden vernield en/of dat er wordt ingebroken. Met name panden waar niet continu personele bezetting aanwezig is, zoals bijvoorbeeld tijdens de ontwikkeling van een HOED-praktijk of gezondheidscentrum, zijn vaak een gewild doelwit voor inbraken of vernielingen zoals het gooien van stenen door ruiten. In enkele grote steden is geld uit het achterstandsfonds besteed voor extra beveiliging van deze panden. Met name gaat het hier om preventieve maatregelen zoals het plaatsen van rolluiken en het aanleggen van anti-inbraak alarminstallaties.

De projecten binnen de categorie logistiek dragen allemaal bij aan de bevordering van toegankelijkheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg.

Tabel 3.4 Overzicht projecten in de categorie logistiek naar stad

	Amsterdam	Rotterdam	Den Haag	Overige steden
Advies verbouwing			x	
Investering praktijkvoering				x
Kosten herstel vandalisme		x		
Beveiliging		x	x	
Aanschaf headsets assistentes				x
Inrichten mobiele en/of extra werkplek	x	x	x	
Experiment memovox			x	

Opleiding

De projecten die in deze categorie vallen zijn: *nascholing* voor doktersassistenten, zoals een cursus over het omgaan met lastige en/of agressieve patiënten; een *cursus effectief telefoneren* (zie tekstbox 3.6); een *cursus interculturele gespreksvoering* en een *verdiepingscursus* interculturele gespreksvoering.

Bij alle projecten gaat het om bevordering van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg, de verbetering van de positie als poortwachter en stimulatie van gepast gebruik van de zorg. Bij sommige projecten is het streven ook naar vermindering van de werkbelasting tijdens de diensten of naar specifiek beleid voor doelgroepen.

Tekstbox 3.6 Cursus effectief telefoneren.

Dit is een voorbeeld van nascholing voor doktersassistenten dat in enkele steden wordt aangeboden. In deze cursus leren doktersassistenten technieken aan om op een effectieve en patiëntgerichte manier de telefoon op te nemen. Door samen te oefenen in kleine groepjes worden er ervaringen uitgewisseld en door het inzetten van een acteur worden lastige telefoongesprekken geoefend.

Tabel 3.5 Overzicht projecten in de categorie opleiding naar stad

	Amsterdam	Rotterdam	Den Haag	Overige steden
Nascholing doktersassistenten				x
Cursus effectief telefoneren				x
Cursus omgaan met lastige/ agressieve patiënten			x	x
(Verdiepings) cursus interculturele gespreksvoering			x	

3.2 Financiële besteding van de fondsen

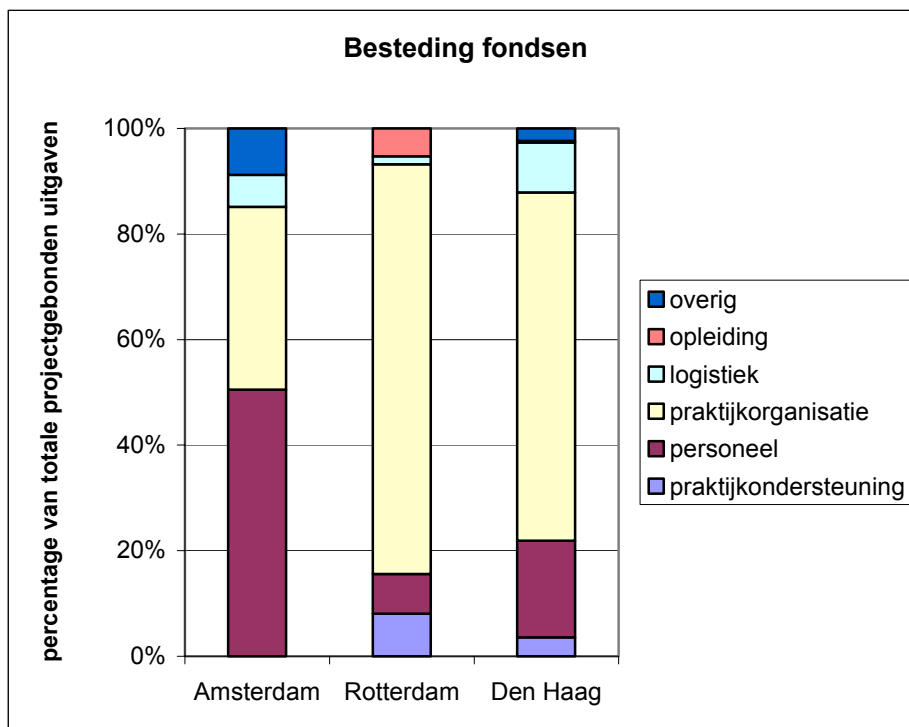
Bestedingen

Van de achterstandsfondsen in de grote steden is hieronder een specificatie naar middelen gegeven. De totale inkomsten per jaar komen niet overeen met de bedragen die vermeld staan in tabel 1.2.1. Bij het bedrag dat wordt gestort door de zorgverzekeraars komen nog andere baten, zoals vrijgekomen rente en voordelen uit beleggingen. Het percentage van het totaal beschikbare budget dat al is besteed, varieert. In Amsterdam is dit 89%, in Rotterdam 76% en in Den Haag 82%. Het overige deel bestaat uit voorzieningen voor toekomstige projecten.

Bestedingen per type project

Voor alle achterstandsfondsen was het goed mogelijk een uitsplitsing te maken naar type project. Wel hebben alle grote steden zeer verschillende manieren gevonden voor de financiële verantwoording, waardoor een vergelijking vrij lastig te maken is. Figuur 3.2 geeft enig inzicht in de verdeling van het geld dat uitgegeven werd aan projecten. Het totaal van de projectgebonden uitgaven is in de figuur op 100% gesteld. Organisatiekosten, bijzondere lasten en algemene reservering zijn in deze figuur niet meegenomen.

Figuur 3.1 Overzicht besteding achterstandsfondsen Amsterdam, Rotterdam en Den Haag naar type project als percentage van totale projectgebonden uitgaven, 1997-2001



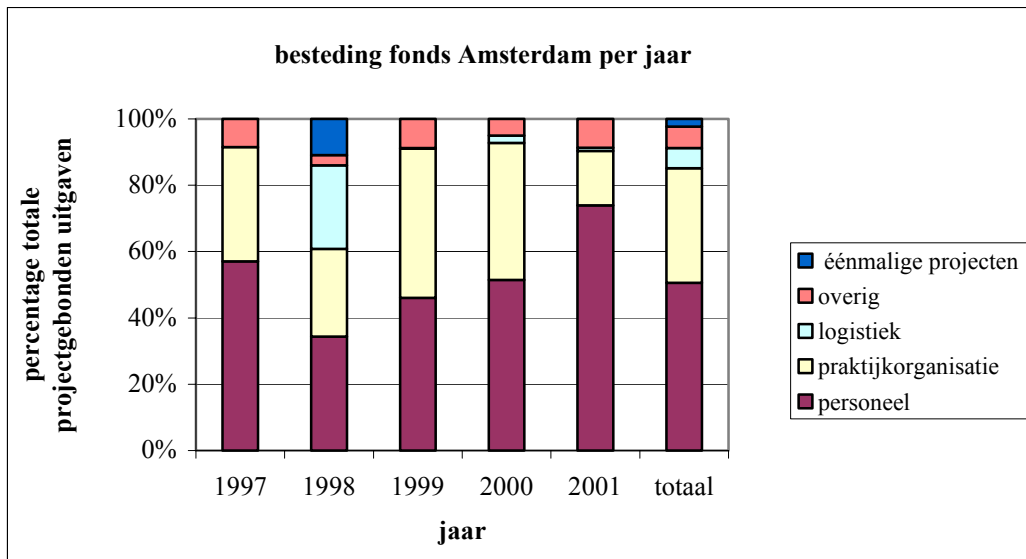
Wat opvalt bij het vergelijken van de bestedingen van deze fondsen, is dat het percentage van de totale uitgaven dat binnen alle drie de fondsen is besteed aan projecten, ongeveer gelijk is (resp. 83%, 85% en 81%). De verdeling van de middelen over verschillende typen projecten is echter wel degelijk verschillend. In Amsterdam is meer dan de helft van de projectgebonden uitgaven (51%) besteed aan projecten in de categorie personeel. Het gaat dan met name om extra praktijkassistentie, maar ook om praktijkverpleegkundigen en Voorlichters Eigen Taal en Cultuur (VETC). In Rotterdam en Den Haag is dit beduidend minder. In Rotterdam is het overgrote deel (78%) besteed aan Praktijkorganisatie. Dit betreft vooral de herstructurering van de dienstenstructuur. Ook in de andere twee steden is er veel aandacht besteed aan de categorie Praktijkorganisatie. In Den Haag is deze categorie eveneens de meest voorkomende (66% van het projectgebonden budget). Hier is dit budget met name besteed aan HOED-vorming en andere vormen van verbouwing en nieuwbouw van praktijkpanden.

Tenslotte is een belangrijke kanttekening bij het bekijken van deze resultaten dat de onderverdeling in alle drie de steden slechts betrekking heeft op een bepaald percentage van het totale uitgegeven budget. Het verschil bestaat ten eerste uit wat algemene reserve, middelen die (nog) niet zijn uitgegeven. Ten tweede zijn er projecten die in de categorie 'overig' vallen en waarvan geen nadere informatie voorhanden is. Tot slot zijn er in alle steden projecten gefinancierd waarvan geen nadere specificatie naar middelen mogelijk is. Deze projecten kunnen hierdoor niet in een bepaalde categorie ondergebracht worden voor het financiële overzicht. Er is echter wel voldoende achtergrondinformatie over deze projecten bekend om ze in een projectcategorie onder te brengen, waardoor ze wel vermeld staan in tabel 3.1.1 t/m 3.1.5 en in het overzicht in bijlage 1. Doordat de specificatie van de financiën van deze projecten ontbreekt, wordt de indruk gewekt dat er bepaalde categorieën zijn waarin geen enkel project valt. Dit is echter een onjuiste conclusie, omdat uit de tabellen het tegendeel is af te lezen. Voorzichtigheid is dus geboden bij het trekken van conclusies op basis van bovenstaande gegevens.

Besteding fondsen per jaar

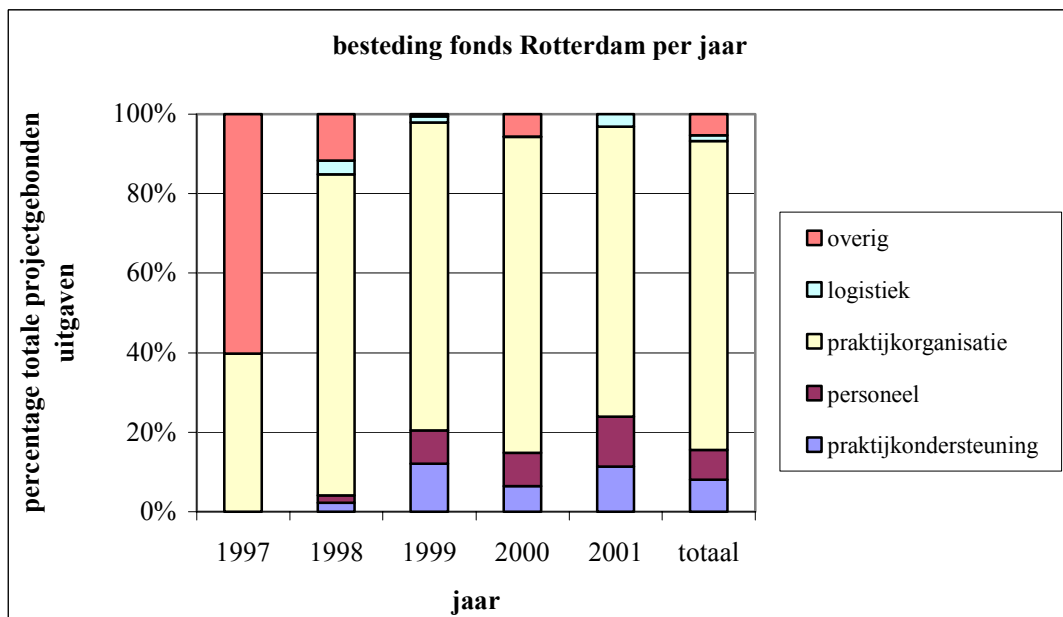
In de loop van de tijd zijn de aandachtsgebieden binnen de fondsen verschoven. Figuur 3.2.a t/m c laten dit verloop zien voor de drie grote steden. Deze figuren laten alleen, zoals in figuur 3.2, de projectgebonden uitgaven zien. Wederom geldt bij de interpretatie van deze figuren de opmerking dat er categorieën ontbreken, maar dat dit niet betekent dat er geen projecten zijn geweest die binnen deze categorieën vallen. Zie voor meer uitleg hierboven.

Figuur 3.2.a: Besteding achterstandsfonds Amsterdam per jaar



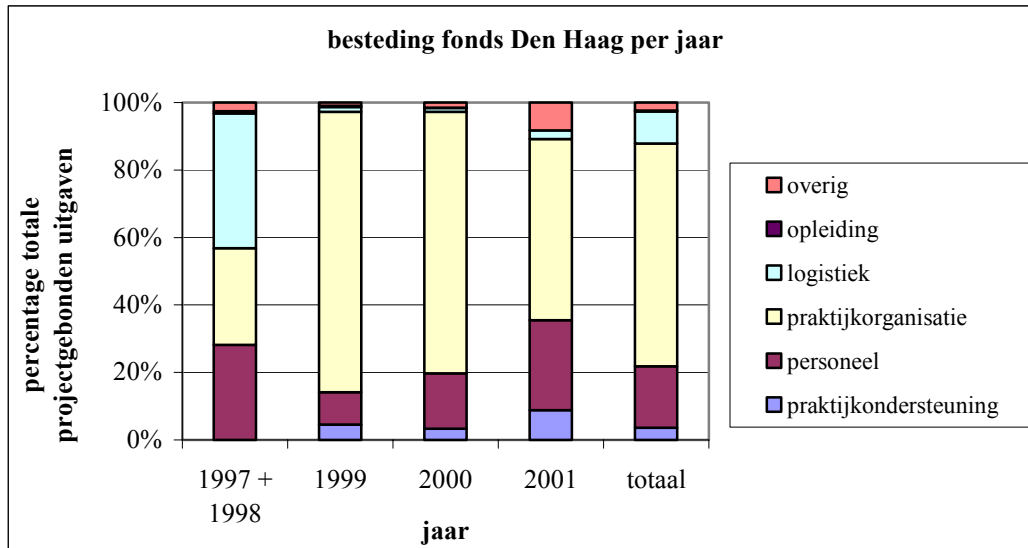
In Amsterdam is alle jaren met name aandacht geweest voor personele ondersteuning en projecten die de praktijkorganisatie ten goede komen. In 1998 is er een behoorlijke uitgave gedaan aan logistiek. Dit betrof voornamelijk middelen voor verbouwingen.

Figuur 3.2.b: Besteding achterstandsfonds Rotterdam per jaar



In Rotterdam is er overduidelijk veel aandacht geweest voor praktijkorganisatie, al vanaf het begin van het fonds. Zoals eerder gezegd betreft dit vooral investeringen in de herstructurering van de dienstenstructuur. In het eerste jaar is er een grote post 'overig'. Dit zijn Hagro-projecten waarvan geen nadere specificatie aanwezig is.

Figuur 3.2.c: Besteding achterstandsfonds Den Haag per jaar



Ook in Den Haag is er door de jaren heen steeds het meest geïnvesteerd in de praktijkorganisatie. De eerste twee jaren van het fonds zijn niet uitgesplitst in de financiële jaarverslagen. Vandaar dat ze in figuur 3.2.c bij elkaar zijn genomen. De middelen die aan projectorganisatie zijn besteed, bestaan voornamelijk uit de herstructurering van de dienstenstructuur, HOED-vorming en praktijkdoorlichting.

4 De achterstandsfondsen: discussie

In dit deel wilden we een antwoord geven op de volgende vragen:

- Hoe hebben de DHVen de achterstandsfondsen aangewend om de door hun gestelde doelen te bereiken?
- Welke projecten zijn er uitgevoerd, wat waren hun doelen en middelen, en zijn deze doelen bereikt?
- Zijn er regionale verschillen in het bovenstaande te onderkennen, bijvoorbeeld samenhangend met de omvang van het fonds?

We zullen trachten de resultaten op deze drie vragen gezamenlijk samen te vatten en te bediscussiëren.

Hoe werden de middelen aangewend: het beleid

Bij het verrichten van dit beschrijvende onderzoek is het duidelijk geworden dat de verschillende DHVen allemaal een eigen manier hebben gevonden om het achterstandsfonds te beheren. Dit heeft geresulteerd in verschillende organisatievormen en verschillende manieren van documenteren. Dit maakt een vergelijking tussen de verschillende fondsen niet eenvoudig. Een andere moeilijkheid is het feit dat een vergelijking op basis van aantallen projecten niet zinvol is, daar de eenheid van deze projecten niet eenduidig is. Buiten deze beperkingen kunnen er ook een aantal conclusies worden getrokken uit dit onderzoek.

Wat betreft de samenwerking tussen de DHVen en de zorgverzekeraars kunnen we concluderen dat over het algemeen de samenwerking als positief wordt beoordeeld. Beleidsontwikkeling is voornamelijk een gezamenlijke onderneming van zorgverzekeraars en DHV, terwijl de uitvoering zelf meer in handen van de DHV is. Een enkele keer is er onvrede te bespeuren op een paar expliciete punten, zoals inzicht in de financiële bestedingen en de taakafbakening van beide partijen. De onderzoekers waren van mening dat in deze gevallen beide partijen goed in staat waren om in onderling overleg nader tot elkaar te komen. Als er al verandering opgetreden is de voorbije jaren, dan lijkt die vooral te gaan in de richting van meer samenwerking, een uitzondering daargelaten. De helft van de respondenten achtte geen verandering noodzakelijk, de ander helft wilt meer duidelijkheid op het gebied van de bestedingen of over verantwoordelijkheden. De onderzoekers krijgen door de interviews de indruk dat er zich in het gezamenlijk beheer van de fondsen geen grote problemen voordoen, maar dat nog meer gewerkt kan worden aan zowel een gezamenlijk inhoudelijk beleid om een structureel antwoord te geven aan de verschillende problemen waarmee huisartsen in achterstandswijken mee te maken krijgen, als aan een duidelijke verdeling van de verantwoordelijkheden. Een jaarlijkse gezamenlijke evaluatie van beheer en beleid van het achterstandsfonds en de bereikte resultaten hiervan binnen de betrokken DHV, kan een middel zijn om de betrokkenheid en de samenwerking van beide partijen aan te scherpen.

Welke projecten werden er uitgevoerd: bestedingen.

Om greep te krijgen op de diversiteit aan projecten hebben de onderzoekers deze in vijf categorieën ondergebracht. Alle projecten beantwoordden aan de toekenningscriteria zoals deze door de LHV werden voorgesteld. Deze werden door de DHVen overgenomen als kader voor het toekennen van middelen aan bepaalde projecten voorgesteld door individuele huisartsen of voor het ontwikkelen van eigen initiatieven. Eigen criteria werden slechts in een paar DHVen ontwikkeld en toegevoegd. Alle projecten voldoen aan één of meerdere criteria. Alleen heeft geen enkel project direct tot doel gehad de praktijk te verkleinen. Weinig projecten hebben zich gericht op de samenwerking met andere disciplines. En de projecten die dat wel deden zijn voornamelijk de projecten die zorgden voor extra assistentie zoals praktijkverpleegkundigen of maatschappelijk werk. Geen enkel project had de samenwerking met specialisten, ziekenhuizen of RIAGG tot doel. De assistentie geleverd door de Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige (SPV) wordt echter wel ingehuurd vanuit de RIAGG en wordt beschouwd als tweede lijn. Die samenwerking was echter soms al anders geregeld zoals via de Regionale Huisartsen Vereniging in Arnhem en Nijmegen. De vraag is dus of dergelijke projecten nog nodig waren of de samenwerking eventueel reeds geïnitieerd werd langs andere kanalen. Of de projecten zelf voldoende middelen kregen om hun doelen te bereiken en of deze wel bereikt werden was praktisch niet na te gaan omdat hierover weinig of geen harde gegevens bestaan. Slechts een enkel project werd intern geëvalueerd. Uit de administratieve documenten zijn geen harde evaluatiegegevens te halen, daarvoor zou dus intensief veldwerk nodig zijn geweest. Deel II van dit onderzoek zou aanwijzingen moeten aandragen of de situatie van werklast, werkdruk, motivatie en toegankelijkheid veranderd is ten opzichte van vijf jaar geleden. In de mate dat de situatie verbeterd of ten minste niet verslechterd is, en dat dit eventuele verschil in positievere zin veranderd is in vergelijking met de situatie buiten de achterstandsgebieden, zou dit voor een deel toegeschreven kunnen worden aan het achterstandsbeleid en de achterstandsfondsen.

Zijn de opgezette projecten nu typisch voor een achterstandsgebied? Wat is er dan typisch aan een achterstandsgebied buiten de cumulatie van problemen die men in andere delen van Nederland ook terugvindt?

Aan die cumulatie van problemen die zich voornamelijk vertaalt in hoge werkdruk probeert men onder andere te verhelpen door alle projecten die leiden tot automatisering en extra-assistentie (voorlichters eigen taal en cultuur, praktijkverpleegkundigen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, toegeleidingsfunctionarissen), de dienstenstructuur en de HOED-vorming. Dat zijn trouwens daarom ook de soorten projecten die in alle DHVen opgezet zijn. Elders in het land zijn deze initiatieven nu ook terug te vinden nadat ze ooit eerst in een achterstandsgebied zijn uitgedacht en opgezet (dienstenstructuur Rotterdam) of volgens betrokkenen door financiering uit het achterstandsfonds op een bredere basis geïmplementeerd konden worden (VETC).

Andere projecten spitsen zich toe op de specifieke samenstelling van de patiëntenpopulatie in achterstandsgebieden (veel niet-actieve mensen met vervangende inkomens, allochtonen, socio-economische achterstand): de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, VETC, maatschappelijk werk, nuldelijnsstandaarden, spreekuur dak- en thuislozen, verbetering communicatie en andere opleidingen. Aangezien deze projecten zich op die specifieke populatie richten, zou men verwachten dat ook deze projecten in

alle achterstandsgebieden - tenminste in de grote steden - aan bod zouden komen. Dat is echter niet voor alle projecten het geval. Hieruit en uit de overige projecten zou men kunnen afleiden dat de achterstandsproblematiek voor huisartsen voornamelijk aan de kant van de zorgverlener is aangepakt door materiële, personele en organisatorische ondersteuning van de huisartspraktijk en minder aan de kant van de zorgvrager. Het eerste zal voor de huisarts het meest zichtbare zijn. Wat het meeste oplevert voor huisarts én patiënt is echter niet op te maken.

Verder moet vermeld worden dat een aantal van bovenvermelde projecten – zoals bijvoorbeeld de praktijkverpleegkundige of de dienstenstructuur– nu structureel door andere financieringskanalen worden gefinancierd en dus gecontinueerd worden. De continuering van de praktijkondersteuning op HBO-niveau is echter stopgezet, buiten een aantal contracten met bepaalde zorgverzekeraars. De VETCers worden op landelijk niveau nog niet structureel ondersteund.

Regionale verschillen

Er zijn verschillen tussen de grote en overige regio's. Uit tabel 1.1 blijkt dat de steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag samen ruim 75% van het totale budget voor hun rekening nemen. De grootte van de fondsen in deze drie steden geeft hun andere mogelijkheden dan aan de overige kleinere fondsen. Wanneer we deze grote steden vergelijken met de overige regio's kunnen we een verschil zien in type projecten. Binnen de overige regio's is minder aandacht besteed aan de categorieën praktijkorganisatie en logistiek, en meer aan de categorieën praktijkondersteuning en personeel. Dit is niet verrassend, gezien het feit dat er met minder geld over het algemeen minder structurele verplichtingen kunnen worden aangegaan, zoals vereist is bij herstructurering van de dienstenstructuur of HOED-vorming. Overigens is er ook aan deze projecten geld besteed binnen de overige regio's, maar dit betrof dan met name advies over, en ondersteuning aan deze projecten. De overige regio's besteedden daarnaast ook meer aan opleidingen.

Het is ook duidelijk geworden dat de aandachtsgebieden tussen de drie grootste achterstandsfondsen van elkaar verschillen. Amsterdam heeft de helft van de fondsen besteed aan personele ondersteuning, beide andere grote steden besteedden meer dan de helft aan praktijkorganisatie. Deze bevinding sluit goed aan bij de keuze voor decentraal beleid van de achterstandsfondsen in de oprichtingsfase. De motivatie van deze keuze werd destijds gevormd doordat de problemen in de achterstandswijken regionaal verschillend waren. Men was daarom van mening dat het beleid het beste regionaal gevormd en uitgevoerd zou kunnen worden. Per aandachtsgebied valt trouwens eveneens op dat binnen de grote steden Amsterdam zich lijkt te richten op een beperkt aantal soorten projecten per categorie, terwijl Den Haag de grootste diversiteit aan projecten heeft.

Er bestaan veel verschillen in de manier waarop per DHV is omgegaan met het verantwoorden van de bestede middelen. In een aantal gevallen is het niet te achterhalen hoeveel geld er is besteed aan bepaalde projecten. Verder is een aanzienlijk deel van de inkomsten per DHV bestemd voor toekomstige projecten: 11% tot 24%. Dit is wel een ruime spreiding: meer dan dubbel zo groot in de ene grootstad ten opzichte van de andere. Niet in alle gevallen zijn deze voorzieningen gespecificeerd, maar er wordt wel duidelijk

gemaakt dat het niet-bestede geld is gereserveerd voor voorzieningen voor aangegane verplichtingen onder andere voor een deel in verband met toekomstige projecten en beleid. Dit is typerend voor de bestedingsmogelijkheden van de grote steden; er kunnen verplichtingen worden aangegaan voor meerdere jaren. Voor een deel echter hebben deze voorzieningen ook te maken met het feit dat er gedurende een bepaald jaar niet altijd voldoende projecten zijn om de fondsen aan te besteden. Kleinere fondsen hebben ook reserveringen, maar dat is eerder uit gebrek aan middelen: hier wordt opgespaard tot er voldoende middelen zijn om een project te financieren. Uit de financiële stukken blijkt ook dat er in het eerste jaar van het fonds veel geld niet besteed is. Dit heeft voornamelijk te maken gehad met het opstarten van het programma, de lange voorbereidingstijd voor bepaalde grote projecten en het probleem om in het begin voldoende projecten te identificeren waaraan het fonds besteed kon worden. Van de bestede gelden gaat 15% tot 19% naar kosten voor het beheer van de achterstandfondsen, afdracht aan de LHV, het organiseren van congressen en de herijking van de postcodegebieden. De overhead strictu sensu dient binnen de 10% blijven.

Samengevat kunnen we het volgende concluderen over de achterstandfondsen:

Beleid:

- DHVen en zorgverzekeraars hebben meestal samen het beleid ontwikkeld voor het inzetten van de middelen van de achterstandfondsen.
- Het beleid heeft ingespeeld op de lokale behoeften en problemen, en als zodanig een lokaal beleid ontwikkeld.
- projecten zijn eerder gericht op de zorgverleners dan op de zorgvragers.
- projecten kennen meestal geen vooraf vastgelegde doelen en te bereiken resultaten, waardoor ze niet geëvalueerd kunnen worden.

Bestedingen:

- In Amsterdam gingen de fondsen voor de helft naar projecten in de personele ondersteuning terwijl in Rotterdam en Den Haag meer dan de helft van de fondsen werd besteed aan projecten in de categorie praktijkorganisatie.
- In twee grote steden is meer dan 80% van de beschikbare middelen besteed, de rest is vooral gereserveerd voor toekomstige reeds geïdentificeerde voorzieningen.
- Meer dan 80% van de reeds uitgegeven middelen ging naar projecten.
- Deze projecten beantwoorden allemaal aan de vooraf vastgestelde criteria binnen het landelijk beleidskader, er zijn enkel lokaal accenten gelegd.
- Buiten het inhuren van de SPV zijn er weinig projecten geweest die zich richtten op de samenwerking met andere disciplines op ander échelons van de lokale gezondheidszorg.
- Er zijn geen projecten geweest die zich specifiek richtten op praktijkverkleining.
- Projecten gericht op de verlichting van de werkdruk van de huisarts zijn in alle achterstandfondsen terug te vinden (automatisatie, extra assistentie, dienstenstructuur en HOED).
- Projecten gericht op de zorgvrager komen niet in alle DHVen voor.

Regionale verschillen:

- Grote steden versus andere regio's: de regio's buiten de grote steden hebben de fondsen vooral besteed aan praktijkondersteuning en personeel.
- Grote steden onderling: Amsterdam heeft de beschikbare fondsen vooral ingezet voor personeel, de overige grote steden besteedden vooral aan praktijkorganisatie.
- Grote fondsen reserveren middelen voor meerjarige verplichtingen, kleine fondsen sparen middelen om projecten te kunnen financieren.

Overige:

- Een aantal initiatieven die in het kader van dit programma werden geïnitieerd, hebben zich nationaal verspreid.
- En een aantal projecten worden nu verder gefinancierd uit andere bronnen.

In hoofdstuk 9 worden een aantal aanbevelingen opgesomd.

- Het beleid rond huisartsenzorg in achterstandswijken moet bij alle regionale achterstandsfondsen een gezamenlijke verantwoordelijkheid worden van zorgverzekeraars en DHV'en en gemeenschappelijk worden ontwikkeld. In een aantal regionale achterstandsfondsen wordt al in de paritaire commissies gemeenschappelijk beleid ontwikkeld door DHV en zorgverzekeraar.
- Projecten zouden duidelijke doelen en uitkomsten moeten hebben, waarop hun direct effect geëvalueerd kan worden.
- Evaluaties moeten een standaardonderdeel worden van projecten.
- In het kader van het implementeren van 'good practices' zou het uitstralings-effect van effectieve projecten en initiatieven, die in het kader van het beleid achterstandsgebieden ontwikkeld worden, naar niet-achterstandswijken bevorderd moeten worden.
- Het verdient aanbeveling de komende jaren projecten meer te richten op de zorgvragers om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg verder te vergroten.
- Het verdient aanbeveling om zowel de huisartsen in achterstandswijken als patiëntenorganisaties meer bij de ontwikkeling van de inhoud van de zorg te betrekken.
- Betrokkenheid van de gemeentelijke overheid bij de huisartsenzorg in achterstandswijken dient vergroot te worden. de huisartsenzorg dient integraal onderdeel uit te maken van de gemeentelijke planontwikkeling rond stad en wijkvernieuwing. Ook afstemming van beleid rond huisartsenzorg in achterstandswijken en publieke gezondheidszorg is hierbij van belang.
- Onderzocht zou moeten worden of het zin heeft om andere belangengroepen zoals patiëntenorganisaties en overheid bij het achterstandsbeleid van de DHV'en te betrekken.

Deel II Ontwikkelingen in de huisartsenzorg achterstandswijken sinds 1997

W. Devillé, J.M. Habraken, D.H. de Bakker

5 Ontwikkelingen huisartsenzorg: methoden

In deel II zullen vraagstellingen 4 en 5 worden behandeld:

- 4 Welke ontwikkelingen met betrekking tot de werklast van de huisartsen, en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de achterstandswijken zijn er geweest en wat zijn de ontwikkelingen sinds de oprichting van het achterstandsfonds?
- 5 Wat is de huidige situatie met betrekking tot het vestigingsklimaat en de beschikbaarheid van de huisartsenzorg in achterstandswijken en wat zijn de ontwikkelingen sinds de oprichting van het achterstandsfonds?

Voor het beantwoorden van de vierde vraagstelling is gebruikt gemaakt van een schriftelijke vragenlijst die is verspreid onder huisartsen. Voor vraagstelling vijf is gebruik gemaakt van het NIVEL-rapport “Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden in Nederland” (van der Velden et al., 2003) en van de enquêtes onder aspiranthuisartsen, die jaarlijks worden afgenomen.

5.1 Ontwikkelingen in de huisartsenzorg in achterstandsgebieden

5.1.1 *Steekproef*

De resultaten uit deel 2 van dit onderzoek zijn afkomstig van de vragenlijst ‘beschikbaarheid en toegankelijkheid van huisartsenzorg in stedelijke achterstandsgebieden 2002’ (zie bijlage 2). Deze vragenlijst is in 1997 een eerste maal verstuurd aan een gestratificeerde steekproef van huisartsen in Nederland. In het huidige onderzoek is deze manier van stratificatie zoveel mogelijk gelijk gehouden om de vergelijkbaarheid met de eerste meting zo groot mogelijk te maken. Binnen het NIVEL liep tegelijkertijd een ander onderzoek naar motivatie en demotivatie bij huisartsen. Om praktische redenen is voor een klein gedeelte van de steekproef (115 huisartsen) gekozen voor een gecombineerde vragenlijst.

De steekproef is getrokken met behulp van het landelijk registratiesysteem huisartsen dat door het NIVEL wordt onderhouden. Dit bestand bevat van alle huisartsen werkzaam in Nederland de praktijkadressen, leeftijd, geslacht en praktijkvorm. In totaal waren er 7307 zelfstandig gevestigde huisartsen werkzaam in 2002 (peildatum 09-12-2002).

Voor het trekken van de steekproef is gebruik gemaakt van gegevens omtrent de praktijklocatie. Om het aantal respondenten met veel patiënten uit achterstandsgebieden te maximaliseren is een gestratificeerde steekproef getrokken. Hierbij zijn vier groepen onderscheiden op basis van stedelijkheid en identificatie als achterstandsgebied. In geïdentificeerde achterstandsgebieden zijn alle zelfstandig gevestigde huisartsen aangeschreven. In de andere strata werden huisartsen aselekt geselecteerd. (tabel 5.1)

Tabel 5.1 Stratificatiecellen in de steekproef en responspercentages

huisarts zelfstandig gevestigd in:	populatie in NL N (% van totaal)	omvang steekproef N	respons N (% van steekproef stratum)
geïdentificeerde achterstandsgebieden (zeer sterk stedelijk)	407 (5,5)	407	249 (61,2)
gebieden die grenzen aan een achterstandsgebied (zeer sterk stedelijk)	693 (9,5)	347	239 (68,9)
overige zeer sterk stedelijke gebieden, die geen geïdentificeerd gebied zijn, en niet daaraan grenzend	572 (7,8)	250	174 (69,6)
aselecte gebieden in de rest van Nederland	5635 (77,1)	250	191 (76,4)
totaal	7307 (100)	1227 ¹	853 (69,6)

¹ In 28 gevallen kwam de vragenlijst ongeopend retour wegens verhuizing van de huisarts of beëindiging van de praktijk

5.2 Respons

Van de 1254 verzonden vragenlijsten zijn er 853 ingevuld geretourneerd. Na de finale analyses kwamen er nog vier vragenlijsten na, maar werden niet meer in de analyse betrokken. In 28 gevallen kwam de vragenlijst ongeopend retour wegens verhuizing van de huisarts of beëindiging van de praktijk. Deze vragenlijsten zijn dus nooit aangekomen op het juiste adres, en worden om deze reden ook niet meegenomen in de noemer bij het berekenen van de respons. Het totale responspercentage komt hierdoor op 70%. De responspercentages per categorie variëren van 61% in de geïdentificeerde achterstandsgebieden tot 76% in de aselecte gebieden in de rest van Nederland. Huisartsen in achterstandsgebieden hebben mogelijk minder tijd om dergelijke enquêtes in te vullen. Vergeleken met de meting uit 1997 (totale respons van 62%) is het responspercentage erg hoog. In 1997 lag de respons waarschijnlijk lager omdat er toen gebruik werd gemaakt van een langere enquête.

Van respondenten en non-respondenten zijn praktijkvorm, geslacht en leeftijd met elkaar vergeleken. In tabel 5.2 is te zien dat respondenten en non-respondenten niet van elkaar verschillen wat betreft praktijkvorm, geslacht en leeftijd.

Tabel 5.2 Respondenten en non-respondenten vergeleken naar praktijkvorm, geslacht en leeftijd

	respons (%)	non-respons (%)	significantie
praktijkvorm:			niet significant
solo	43,8	39,3	
duo	27,1	29,7	
groepspraktijk	29,1	31,0	
geslacht: vrouw	26,6	27,3	niet significant
leeftijd gemiddeld	48,9	48,8	niet significant

5.2.1 De vragenlijst

Zoals gezegd zijn de gegevens verzameld door middel van de vragenlijst ‘beschikbaarheid en toegankelijkheid van huisartsenzorg in stedelijke achterstandsgebieden 2002’ (zie bijlage 2). De vragenlijst bestond uit vier delen, te weten praktijkorganisatie en praktijksamenstelling, dienstenregeling, achterstandsfonds en werkbeleving. In totaal bestond de vragenlijst uit 21 vragen, en kostte de respondent ongeveer 20 minuten om in te vullen.

5.2.2 Analyses

De resultaten zullen worden gepresenteerd op basis van twee verschillende analyses.

Ten eerste zal de situatie op dit moment worden beschreven. Om dit zo gedetailleerd mogelijk weer te geven, is de onderzoeksgroep onderverdeeld in 6 groepen, namelijk huisartsen zonder ziekenfondspatiënten uit geïdentificeerde achterstandsgebieden (hierna aangeduid als achterstandspatiënten), huisartsen met >0-20%, >20-40%, >40-60%, >60-80% en >80-100% achterstandspatiënten. Deze indeling in 5 categorieën is in analogie met de categorieën gehanteerd door Verheij (Verheij et al, 2001). Verschillen tussen deze groepen of verbanden met het aantal achterstandspatiënten in de praktijk zijn op significantie getoetst met behulp van variantie-analyse (continue variabelen) of met χ^2 toetsen voor trend (nominale variabelen). Deze analyse geeft de mogelijkheid om een betere kijk te krijgen op het verband tussen uitkomsten en het werken met minder of meer achterstandspatiënten in de praktijk. Dit laatste wordt dan een indicator voor de graad van achterstand in de wijk. In een bijkomende analyse wordt bekeken of er verschillen bestaan wanneer de huisartsen in twee categorieën worden ingedeeld, namelijk huisartsen zonder en met achterstandspatiënten. Deze tabellen zijn te vinden in bijlage 3 en de resultaten zullen in de tekst worden aangehaald indien dit relevant is. Deze tabellen zijn op significantie getoetst door middel van een t-toets voor ongepaarde waarnemingen, of met χ^2 toetsen.

Ten tweede zal er een vergelijking worden gegeven tussen de situatie op dit moment, en de situatie in 1997, op het moment van de eerste meting van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van huisartsenzorg in stedelijke achterstandsgebieden.

Niet alle gegevens beschikbaar voor de situatie van 2002 zijn in 1997 aan de huisartsen gevraagd. Er zijn de afgelopen vijf jaar ontwikkelingen geweest in de huisartsenzorg die in 1997 nog niet ter sprake kwamen en waardoor er aspecten zijn die pas recentelijk zijn opgetreden. Dit zijn bijvoorbeeld de centrale dienstenregeling, het gebruik van een call-center en het fenomeen NONI's. Van de vragen die in beide onderzoeken zijn gesteld, zullen tabellen worden gepresenteerd waarin de relatie per categorie huisartsen wordt weergegeven in de tijd. De categorieën huisartsen die worden gepresenteerd zijn huisartsen zonder achterstandspatiënten en huisartsen met achterstandspatiënten. In deze tabellen is steeds de relatie in de tijd getoetst door middel van een t-toets of met χ^2 toetsen. Omdat slechts een klein deel van de huisartsen aan beide metingen deel namen is gekozen voor niet-gepaarde toetsen. Wanneer er een asterisk in de tabellen staat, geeft dat aan dat het gegeven in de specifieke groep huisartsen significant is veranderd tussen 1997 en 2002. Het verschil in de tijd is als percentage verschil weergegeven. Dit is berekend als het percentage verschil ten opzichte van 1997: een positief verschil is een toename ten opzichte van 1997, een negatief verschil een afname. Tenslotte is dit verschil in de tijd getoetst tussen beide groepen huisartsen (variantie-analyse of loglineaire-analyse).

Bij alle vergelijkingen is gebruik gemaakt van non-parametrische toetsen wanneer er sprake was van een niet-normale verdeling. Tot slot geldt voor alle tabellen dat significante verschillen bij $\alpha = 0,05$ worden aangegeven met een asterisk. Waar geen asterisk staat zijn geen significante verschillen gevonden.

6 Ontwikkelingen huisartsenzorg: resultaten

6.1 Respondenten

In tabel 6.1 is een beschrijving te zien van het totaal aantal responderende huisartsen per categorie percentage achterstandspatiënten (voor definitie zie 5.2.2), zowel van de meting in 2002 als in de eerste meting in 1997. De aantallen respondenten uit achterstandsgebieden is grotendeels vergelijkbaar met de meting van 1997. In 2002 zijn proportioneel meer huisartsen met achterstandspatiënten onder de respondenten. Onder de huisartsen in achterstandsgebieden is de verdeling over de verschillende categorieën praktisch vergelijkbaar.

Tabel 6.1 Totalen van de responderende huisartsen in 2002 en in 1997 per categorie

	meting in 2002		meting in 1997	
	N (% van totaal in 2002)		N (% van totaal in 1997)	
geen achterstandspatiënten	365	(46,6)	733	(60,9)
>0-20% achterstandspatiënten	171	(21,8)	212	(17,6)
>20-40% achterstandspatiënten	67	(8,5)	76	(6,3)
>40-60% achterstandspatiënten	57	(7,3)	62	(5,1)
>60-80% achterstandspatiënten	86	(11,0)	79	(6,6)
>80-100% achterstandspatiënten	38	(4,8)	42	(3,5)
totaal	784 ¹	(100)	1204	(100)

¹ een aantal huisartsen heeft niet aangegeven hoeveel achterstandspatiënten ze hadden. Deze huisartsen konden niet worden ingedeeld in een van de categorieën. Vandaar dat dit totaal niet overeenkomt met het totaal uit tabel 5.1

6.2 Toegankelijkheid van huisartsenzorg voor de patiënt

Het gemiddeld aantal uren dat de praktijk direct fysiek toegankelijk is, wordt weergegeven in tabel 6.2. Hieruit is op te maken dat de huisartsen significant minder uren per week fysiek toegankelijk zijn naarmate zij meer achterstandspatiënten hebben. Dit loopt op tot gemiddeld 5 uren minder per week (= -12,5%). Ook het gemiddeld aantal uren per week dat de praktijk direct telefonisch bereikbaar is, neemt significant af naarmate het percentage achterstandspatiënten toeneemt. Hier is gevraagd naar het aantal uren dat de praktijk zelf direct telefonisch toegankelijk is, dus het gebruik van antwoordapparaten is hierin niet meegenomen. Specifiek is gevraagd naar het gebruik van een call-center. Uit tabel 6.2.b (bijlage 3) blijkt dat huisartsen met achterstandspatiënten

significant vaker gebruik maken van een call-center dan huisartsen zonder achterstandspatiënten. Vooral praktijken vanaf 40% of meer achterstandspatiënten maken significant meer gebruik van call-centers.

Tabel 6.2 Toegankelijkheid van de huisartsenpraktijken voor de patiënt per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	gemiddeld aantal uren/week praktijk direct fysiek toegankelijk*	gemiddeld aantal uren/week praktijk direct tel. bereikbaar*	indien alleen afpraakspreekuur:	
			percentage ha met inloop-spreekuur (naast afspraak spreekuur)	percentage ha waarbij patiënt dezelfde of volgende dag terecht kan
	gemiddeld (N)	gemiddeld (N)	% (N)	% (N)
geen	40,1 (361)	35,0 (361)	19,2 (70)	96,6 (281)
>0-20%	37,8 (170)	31,7 (171)	24,6 (42)	95,4 (124)
>20-40%	36,8 (66)	32,7 (67)	31,3 (21)	91,1 (41)
>40-60%	36,4 (56)	31,5 (57)	24,6 (14)	90,5 (38)
>60-80%	35,7 (85)	31,3 (86)	27,9 (24)	93,2 (55)
>80-100%	35,0 (38)	29,6 (38)	13,2 (5)	84,8 (28)
totaal	38,3 (776)	33,2 (780)	22,5 (176)	94,5 (567)

achterstandspatiënten	percentage ha met call-center, deels of altijd	percentage ha met speciale spreekuren	percentage ha die de praktijk gesloten hebben
	% (N)	% (N)	% (N)
geen	8,5 (31)	45,7 (166)	50,1 (182)
>0-20%	11,7 (20)	41,8 (71)	54,8 (92)
>20-40%	7,5 (5)	40,9 (27)	44,8 (30)
>40-60%	17,9 (10)	51,8 (29)	57,9 (33)
>60-80%	15,1 (13)	48,8 (42)	50,6 (42)
>80-100%	15,8 (6)	68,4 (26)	47,4 (18)
totaal	10,8 (85)	46,3 (361)	51,2 (397)

Een ander aspect van toegankelijkheid is de wijze waarop het spreekuur is georganiseerd. Wanneer we kijken naar het percentage van de huisartsen dat gebruik maakt van een inloopspreekuur naast het afpraakspreekuur blijkt uit tabel 6.2.b. (bijlage 3) dat de huisartsen met achterstandspatiënten significant vaker een inloopspreekuur hebben naast het afpraakspreekuur. Alleen de categorie met het hoogste percentage achterstandspatiënten heeft minder vaak inloopspreekuren. Wanneer er alleen sprake is

van een afspraakspreekuur, kan de patiënt overal bijna altijd dezelfde of de volgende dag terecht. Hier zijn geen verschillen tussen huisartsen met of zonder achterstandspatiënten. Wanneer we kijken naar het percentage huisartsen met speciale spreekuren (o.a. diabetes mellitus, COPD, wratten, etc.) lijkt er een niet-significante trend te zijn van meer speciale spreekuren naarmate het percentage achterstandspatiënten toeneemt. Dit is zeker het geval voor praktijken met meer dan 40% patiënten uit achterstandsgebieden. Ten slotte blijkt dat een groot deel van de Nederlandse huisartsen anno 2002 hun praktijk hebben gesloten voor nieuwe patiënten, maar liefst 51%. Alhoewel dit in bepaalde categorieën oploopt tot 58% verschilt dit gemiddeld niet tussen huisartsen met en zonder achterstandspatiënten.

Praktijken met bijna uitsluitend achterstandspatiënten zijn het minst aantal uren direct fysiek of telefonisch bereikbaar en slechts 13% hebben een inloopspreekuur. Bijna 70% heeft echter wel speciale spreekuren en 47% is gesloten voor nieuwe patiënten.

De aanwijzingen voor het niveau van toegankelijkheid geven een wisselend beeld te zien. Enerzijds zijn praktijken in achterstandsgebieden minder uren toegankelijk en zijn huisartsen minder rechtstreeks toegankelijk door het gebruik van call-centra, anderzijds maken deze praktijken meer gebruik van inloop- en speciale spreekuren.

6.3 Werklast: praktijkomvang en -samenstelling

Gemiddeld worden de praktijken significant kleiner naarmate er meer patiënten uit achterstandsgebieden in de praktijk aanwezig zijn (tabel 6.3). Ook het aantal uren dat een huisarts per week besteed aan praktijkactiviteiten wordt minder bij een toenemende hoeveelheid achterstandspatiënten. Omdat deze gegevens met elkaar samenhangen is ook gekeken naar de praktijkgrootte, gecorrigeerd voor het aantal uren werkzaam (kolom 3). Dan zien we dat de praktijkgrootte voor bijna alle categorieën met achterstandspatiënten lager ligt en duidelijk afneemt in de categorie met het hoogste percentage achterstandspatiënten. Dit duidt erop dat de huisartsen met achterstandspatiënten meer tijd kwijt zijn bij een zelfde aantal patiënten. Wanneer we echter kijken naar het aantal patiënten per dag zoals geschat door de huisarts en naar het aantal minuten dat is gereserveerd voor elke patiënt, dan is er geen significant verband te zien met het aantal achterstandspatiënten. De hoeveelheid tijd die deze artsen meer kwijt zijn gaat dus blijkbaar naar andere activiteiten dan directe patiëntenzorg. Het percentage ziekenfondspatiënten neemt significant toe met een toenemend percentage achterstandspatiënten.

Praktijken met bijna uitsluitend achterstandspatiënten hebben de kleinste praktijkgrootte, ook per 40 uren werkzaam, zien het kleinste aantal patiënten per dag en hebben het hoogste aantal ziekenfondspatiënten.

Dezelfde verschillen vinden we in bijlage 3, tabel 6.3.b waar praktijken met en zonder achterstandspatiënten met elkaar worden vergeleken.

Tabel 6.3 Praktijkgrootte, -samenstelling en aantal uren werkzaam per categorie huisartsen

achterstands- patiënten	persoonlijke praktijkgrootte*	aantal uren werkzaam/ week/ huisarts gem. (N)	persoonlijke praktijkgrootte per 40 uur werkzaam†*	percentage ziekenfonds patiënten* % (N)	aantal patiënten/ dag gem. (N)	aantal minuten gereserveerd/ patiënt gem. (N)
geen	2367 (364)	40,8 (362)	2240 (334)	61,0 (359)	33,1 (353)	10,0 (365)
>0-20%	2321 (171)	40,4 (171)	2175 (151)	64,4 (167)	33,5 (168)	10,2 (170)
>20-40%	2351 (67)	42,2 (67)	2198 (63)	70,4 (67)	35,1 (66)	10,0 (65)
>40-60%	2249 (57)	35,7 (57)	2297 (49)	75,3 (56)	33,4 (57)	10,3 (57)
>60-80%	2066 (86)	36,3 (85)	2180 (75)	79,7 (83)	35,0 (85)	10,0 (86)
>80-100%	1835 (38)	34,9 (36)	1845 (30)	84,7 (37)	32,9 (37)	9,6 (38)
totaal	2288 (783)	39,7 (778)	2203 (702)	66,8 (769)	33,6 (766)	10,1 (781)

† Praktijken die boven de 5000 patiënten uitkwamen zijn in deze analyse weggelaten.

6.4 Werklust: praktijkvorm

Samenwerking is één van de middelen om de hoge werklust van de huisarts te bestrijden. In tabel 6.4 is te zien dat de huisartsen vaker een duo- of groepspraktijk hebben naarmate ze meer achterstandspatiënten in hun praktijk hebben. Dit geldt vooral vanaf de praktijken met 40% of meer achterstandspatiënten. Deze artsen werken dus vaker in samenwerkingsverband. Bijna 45% van de huisartsen met bijna uitsluitend achterstandspatiënten werkt in een groepspraktijk. Slechts een kwart van hen werkt nog solo.

Tabel 6.4 Praktijkvorm per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	percentage huisartsen met solopraktijk % (N)	percentage huisartsen met duopraktijk % (N)	percentage huisartsen met groepspraktijk % (N)	totaal % (N)
geen	46,0 (168)	25,8 (94)	28,2 (103)	100 (365)
>0-20%	50,3 (86)	30,4 (52)	19,3 (33)	100 (171)
>20-40%	41,8 (28)	28,4 (19)	29,9 (20)	100 (67)
>40-60%	28,1 (16)	36,8 (21)	35,1 (20)	100 (57)
>60-80%	46,5 (40)	20,9 (18)	32,6 (28)	100 (86)
>80-100%	26,3 (10)	28,9 (11)	44,7 (17)	100 (38)
totaal	45,0 (348)	27,4 (215)	28,2 (221)	100 (784)

6.5 Werklast: Assistentie

In tabel 6.5 is een overzicht te zien van het type assistentie waarvan de huisartsen gebruik maken. Het percentage huisartsen dat zijn of haar partner inschakelt ter assistentie, neemt drastisch af naarmate het percentage achterstandspatiënten toeneemt. Vrijwel alle huisartsen hebben de beschikking over een praktijkassistente, hier is geen trend waar te nemen. Wat betreft andere, nieuwere vormen van assistentie zien we dat de huisartsen met meer achterstandspatiënten hier significant vaker gebruik van maken. Dit geldt voor de ondersteuner op HBO niveau, voor de praktijkverpleegkundige, voor de VETC-er (Voorlichter Eigen Taal en Cultuur) en voor de categorie 'anders'. Hierin vallen voornamelijk de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen of andere ondersteuning in de GGZ-hoek, allerlei administratieve werkrachten, basisartsen en HIDHA's, stagiaires en co-assistenten, ondersteuning voor de speciale spreekuren, werksters, tolken en managers.

Tabel 6.5 Percentage huisartsen per categorie dat van verschillende assistentie gebruik maakt

achterstands- patiënten	partner*	assistente	onder-steuner HBO niveau ¹ *	haio
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
geen	31,5 (113)	91,7 (333)	23,7 (84)	15,3 (54)
>0-20%	31,5 (53)	92,4 (157)	20,8 (35)	19,5 (33)
>20-40%	23,1 (15)	98,5 (66)	18,5 (12)	18,5 (12)
>40-60%	19,6 (11)	91,2 (52)	32,1 (18)	16,1 (9)
>60-80%	16,7 (14)	91,9 (79)	24,4 (21)	16,5 (14)
>80-100%	7,9 (3)	94,7 (36)	44,7 (17)	21,1 (8)
totaal	26,6 (209)	92,6 (723)	24,3 (187)	17,0 (130)

achterstands- patiënten	praktijk- verpleegkundige*	VETC*	anders*
	% (N)	% (N)	% (N)
geen	9,1 (32)	0,8 (3)	10,7 (38)
>0-20%	10,1 (17)	4,8 (8)	16,0 (27)
>20-40%	12,3 (8)	6,1 (4)	17,2 (11)
>40-60%	19,6 (11)	8,9 (5)	26,8 (15)
>60-80%	18,8 (16)	15,3 (13)	24,7 (21)
>80-100%	21,1 (8)	31,6 (12)	23,7 (9)
totaal	12,0 (92)	5,9 (45)	15,8 (121)

¹ Een ondersteuner op HBO-niveau is een doktersassistent met een aanvullende opleiding, of een praktijkverpleegkundige. Naar praktijkverpleegkundige is apart gevraagd, zie kolom 6.

Ook de haio lijkt meer voor te komen bij praktijken met veel achterstandspatiënten, maar die relatie is niet statistisch significant. Van een apothekersassistent wordt nauwelijks gebruik gemaakt, en helemaal niet in praktijken met achterstandspatiënten. Dezelfde resultaten vinden we in bijlage 3, tabel 6.5.b. Concluderend valt uit deze tabel af te lezen dat er duidelijk sprake is van extra personele ondersteuning in praktijken met achterstandspatiënten vooral vanaf praktijken met 40% of meer achterstandspatiënten. Ook hier springen praktijken met de meeste achterstandspatiënten naar voor: minder dan de helft heeft een ondersteuner op HBO-niveau en een derde maakt gebruik van een VETC-er.

Tabel 6.6 laat het aantal uren zien dat de verschillende vormen van assistentie werkzaam zijn in de praktijk. We zien dat het aantal uren assistentie nauwelijks verschilt tussen de verschillende categorieën huisartsen. Alleen door de haio wordt significant meer uren gewerkt in praktijken met achterstandspatiënten vergeleken met praktijken zonder achterstandspatiënten (zie tabel 6.6.b in bijlage 3). De VETCers werken in praktijken met meer dan 60% achterstandspatiënten dubbel tot drie maal zoveel uren vergeleken met praktijken zonder achterstandspatiënten.

Tabel 6.6 Gemiddeld aantal uren verschillende assistentie per categorie huisartsen

achterstands- patiënten	partner gem. (N)	assistente gem. (N)	onder- steuner HBC niveau gem. (N)	apothekers- assistente gem. (N)	haio gem. (N)	praktijk- verpleeg- kundige gem. (N)	VETC gem.(N)
geen	18,0(113)	34,4 (319)	9,5 (75)	24,3 (15)	24,3 (55)	6,0 (30)	2,3 (3)
>0-20%	17,3 (53)	34,4 (151)	9,7 (34)	--	27,3 (32)	6,4 (16)	5,2 (9)
>20-40%	15,3 (15)	35,5 (66)	8,5 (10)	--	31,3 (12)	8,0 (7)	1,1 (3)
>40-60%	16,2 (11)	37,1 (51)	13,4 (17)	--	28,4 (8)	14,6(10)	3,2 (4)
>60-80%	19,3 (14)	36,1 (77)	12,4 (21)	--	26,0 (14)	8,2 (15)	5,2 (14)
>80-100%	15,0 (3)	33,0 (33)	6,1 (15)	--	22,3 (8)	10,7 (6)	7,0 (10)
totaal	17,6(209)	34,8 (697)	9,9 (172)	21,4 (15)	26,0 (129)	8,0 (84)	5,0 (43)

6.6 Werklast: diensten

Er is de afgelopen jaren behoorlijk wat veranderd op het gebied van de avond-, nacht en weekenddiensten. De georganiseerde huisartsenpost heeft op veel plaatsen in Nederland zijn intrede gemaakt. In tabel 6.7 is te zien hoe de organisatie van de diensten geregeld is. Wat opvalt is dat het grootste gedeelte van de Nederlandse huisartsen aangesloten is bij een centrale huisartsenpost. Dit geldt nog sterker voor de achterstandshuisartsen; naarmate er meer achterstandspatiënten in de praktijk aanwezig zijn, is het percentage huisartsen dat gebruik maakt van een centrale huisartsenpost hoger. Bij de groep met het hoogste percentage achterstandspatiënten is dit zelfs 100%. Deze trend is echter niet statistisch significant omdat reeds 86% van de huisartsen zonder achterstandspatiënten gebruik maken van een centrale huisartsenpost. In de categorie anders wordt de verkoop van diensten gemeld, onder andere aan de associé, of de combinatie van huisartsenpost en

waarneemgroep waarbij meestal de nachten en soms de weekenddiensten uitbesteed worden aan de huisartsenpost.

Tabel 6.7 Organisatie van de avond-, nacht en weekenddiensten per categorie huisartsen

achterstands- patiënten	centrale huisartsenpost % (N)	waarneemgroep % (N)	vrijstelling diensten % (N)	anders % (N)	totaal % (N)
geen	86,2 (306)	9,9 (35)	0,8 (3)	3,1 (11)	100 (355)
>0-20%	91,7 (144)	5,1 (8)	--	3,2 (5)	100 (157)
>20-40%	91,2 (52)	1,8 (1)	1,8 (1)	5,3 (3)	100 (57)
>40-60%	93,9 (46)	2,0 (1)	--	4,1 (2)	100 (49)
>60-80%	95,9 (70)	--	--	4,1 (3)	100 (73)
>80-100%	100 (32)	--	--	--	100 (32)
totaal	89,9 (650)	6,2 (45)	0,6 (4)	3,3 (24)	100 (723)

Wanneer we vervolgens kijken naar het aantal keer diensten per acht weken, dan zien we voor elke dienst een soortgelijke trend. Het aantal keer dienst per acht weken neemt significant af naarmate het percentage achterstandspatiënten toeneemt met uitzondering van de categorie huisartsen met >80-100% achterstandspatiënten. Deze vertoont - behalve bij het aantal keer avonddienst op werkdagen - steeds een lichte verhoging ten opzichte van de voorgaande categorie huisartsen. In tabel 6.8.b in bijlage 3 is te zien dat de huisartsen met achterstandspatiënten significant minder vaak diensten draaien dan hun collega huisartsen zonder achterstandspatiënten. Dienstenstructuur is in grote steden in grotere verbanden geregeld, maar het is ook zo dat deze huisartsen bepaalde diensten uitbesteden (zie verder). In sommige steden is er, vanuit het achterstandsfonds, een regeling getroffen die ervoor zorgt dat tegemoet wordt gekomen in de extra kosten van het verkopen van de diensten.

Tabel 6.8 Gemiddeld aantal keer avond-, nacht of weekenddienst per acht weken per categorie huisartsen

achterstands- patiënten	avonddienst op werkdagen*	nachtdienst op werkdagen*	overdag dienst in weekend*	avonddienst in weekend*	nachtdienst in weekend*
	gem. (N)	gem. (N)	gem. (N)	gem. (N)	gem. (N)
geen	3,0 (315)	2,3 (297)	1,9 (305)	1,7 (288)	1,5 (281)
>0-20%	2,6 (140)	1,6 (132)	1,5 (137)	1,4 (131)	1,0 (124)
>20-40%	2,1 (52)	1,3 (50)	1,3 (50)	1,3 (47)	1,0 (47)
>40-60%	2,1 (50)	1,2 (50)	1,3 (51)	1,1 (48)	0,8 (44)
>60-80%	2,0 (70)	1,0 (66)	1,1 (64)	1,0 (63)	0,8 (59)
>80-100%	1,8 (34)	1,1 (29)	1,2 (32)	1,2 (32)	0,9 (24)
totaal	2,6 (661)	1,8 (624)	1,6 (639)	1,5 (609)	1,2 (579)

De eerste kolom in tabel 6.9 laat zien in hoeverre de huisartsen die hebben aangegeven aangesloten te zijn bij een centrale huisartsenpost, hun algehele werk als meer of minder belastend zijn gaan ervaren na de invoering van deze centrale huisartsenpost. Ze konden dit aangeven op een 5-punts schaal, lopend van 'veel minder belastend' tot 'veel meer belastend'. Hoe hoger de score, hoe meer de ervaren belasting is. We zien dat alle huisartsen hun werk na invoering van de centrale huisartsenpost gemiddeld minder belastend vinden. Dit verschilt niet tussen de verschillende categorieën huisartsen. De tweede kolom gaat specifiek over hoe belastend de huidige avond-, nacht- en weekenddiensten worden ervaren. Ook dit kon men aangeven op een 5-punts schaal, lopend van 'niet belastend' tot 'zeer belastend'. Ook hier geldt dat hoe hoger de gemiddelde score, hoe hoger de ervaren belasting. Gemiddeld vinden alle huisartsen hun huidige avond-, nacht- en weekenddiensten redelijk belastend. Ook dit verschilt niet tussen de verschillende categorieën huisartsen.

Tabel 6.9 Ervaren belasting van de huidige avond-, nacht en weekenddienstenregeling per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	indien huisartsenpost, is het werk nu meer of minder belastend?		algemeen: hoe belastend zijn de huidige avond-, nacht en weekend diensten?	
	gemiddeld (N)		gemiddeld (N)	
geen	2,2	(307)	3,1	(351)
>0-20%	2,2	(146)	3,2	(164)
>20-40%	2,4	(52)	3,2	(65)
>40-60%	2,0	(46)	3,3	(54)
>60-80%	2,2	(71)	3,2	(83)
>80-100%	2,1	(28)	3,2	(37)
totaal	2,2	(650)	3,2	(754)

Wanneer de huisartsen wordt gevraagd of ze de afgelopen zes maanden hun diensten hebben uitbesteed, antwoordt 60,9% dat ze geen diensten hebben uitbesteed, 33,2% van de artsen zonder achterstandspatiënten en 46,7% van de praktijken met achterstandspatiënten hebben hun diensten wel uitbesteed (zeer significant verschil). Diegenen die wel diensten hebben uit besteed, zijn terug te vinden in tabel 6.10. Hier is geen verschil te zien tussen het aantal keren dat huisartsen met, en huisartsen zonder achterstandspatiënten hun diensten hebben uitbesteed.

Tabel 6.10 Gemiddeld aantal keren diensten uitbesteed de afgelopen zes maanden per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	Indien de laatste 6 maanden diensten zijn uitbesteed, hoe vaak?		
	mediaan ¹ (N)	min	max
geen	3,0 (115)	1	72
>0-20%	4,0 (68)	1	98
>20-40%	2,0 (21)	1	10
>40-60%	3,0 (32)	1	15
>60-80%	3,0 (41)	1	20
>80-100%	4,0 (15)	1	12
totaal	3,0 (292)	1	98

¹ omdat het hier geen normale verdeling betreft, wordt de mediaan weergegeven in plaats van het gemiddelde. De mediaan is de waarde waar 50% van alle meetuitkomsten boven en eveneens 50% van de meetuitkomsten onder ligt. Bij de mediaan wordt de range vermeld van de minimale tot de maximale waarde die is gerapporteerd in de betreffende categorie.

Ook wanneer de huisartsen gevraagd wordt aan te geven wanneer ze hun diensten wilden uitbesteden gedurende de afgelopen zes maanden, maar hoe vaak dat niet is gelukt, zien we geen verschil tussen de verschillende categorieën huisartsen (tabel 6.11).

Tabel 6.11 Gemiddeld aantal keren diensten geprobeerd uit te besteden, maar niet gelukt per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	Indien er de laatste 6 maanden geprobeerd is diensten uit te besteden, maar dit niet is gelukt, hoe vaak?		
	mediaan (N)	min	max
geen	1,0 (50)	1	12
>0-20%	1,0 (25)	1	5
>20-40%	1,0 (10)	1	13
>40-60%	1,5 (10)	1	4
>60-80%	1,0 (9)	1	1
>80-100%	1,0 (4)	1	3
totaal	1,0 (108)	1	13

6.7 Werklast: werkbeleving

In tabel 6.12 is te zien in hoeverre de huisartsen tevreden zijn met de hoeveelheid beschikbare tijd voor verschillende aspecten van het werk. De antwoorden zijn gevraagd

door middel van een 5-punts schaal, lopend van 'zeer tevreden' tot 'zeer ontevreden'. Dit betekent dat hoe hoger de score, des te minder tevreden de huisarts is. Uit de tabel blijkt dat de huisartsen significant minder tevreden worden over alle aspecten van het werk, wanneer men achterstandspatiënten in de praktijk heeft. Er is echter verder geen duidelijke toename in ontevredenheid te zien naarmate het percentage achterstandspatiënten toeneemt. De groep met het hoogste percentage achterstandspatiënten laat zelfs een paar keren een lichte daling zien, zodanig dat ze voor een aantal indicatoren even hoog scoren als huisartsen zonder achterstandspatiënten, uitgezonderd voor de beschikbare hoeveelheid tijd per patiënt. Wanneer we tabel 6.12.b bekijken (zie bijlage 3), zien we dat wanneer alle achterstandshuisartsen bij elkaar worden genomen, er ook voor elk aspect van het werk een significant verschil bestaat tussen de huisartsen zonder en de huisartsen met achterstandspatiënten. De huisartsen met achterstandspatiënten zijn dus over alle aspecten van hun werk minder tevreden.

Tabel 6.12 Tevredenheid met beschikbare tijd voor verschillende aspecten van het werk per categorie huisartsen hoe hoger hoe **minder** tevreden

achterstands- patiënten	beschikbare hoeveelheid tijd per patiënt *	hoeveelheid tijd die de praktijk kost *	beschikbare hoeveelheid tijd voor nascholing *	beschikbare hoeveelheid tijd voor gezin *	beschikbare hoeveelheid tijd *
	gem. (N)	gem. (N)	gem. (N)	gem. (N)	gem. (N)
geen	2,5 (363)	2,8 (363)	2,5 (360)	2,9 (362)	3,0 (359)
>0-20%	2,7 (170)	3,2 (170)	2,9 (169)	3,2 (170)	3,3 (170)
>20-40%	2,6 (67)	3,0 (67)	3,0 (67)	2,9 (67)	3,0 (67)
>40-60%	3,0 (57)	3,1 (56)	2,7 (57)	2,9 (57)	3,0 (56)
>60-80%	2,8 (86)	3,2 (86)	2,8 (86)	2,9 (85)	3,3 (86)
>80-100%	3,0 (38)	2,9 (38)	2,9 (38)	2,8 (37)	3,0 (38)
totaal	2,7 (781)	3,0 (780)	2,7 (777)	2,9 (778)	3,1 (776)

Tevredenheid kunnen we ook meten wanneer we de scores op deze 5-punts schaal optellen en er het gemiddelde over berekenen. We krijgen dan een gemiddelde score op de ervaren tijdsdruk. Dit is te vinden in tabel 6.13. Uit deze tabel kunnen we dezelfde conclusies trekken als uit tabel 6.12.

Tabel 6.13 Ervaren tijdsdruk per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	ervaren tijdsdruk* gem. (N)
geen	13,7 (355)
>0-20%	15,3 (169)
>20-40%	14,5 (67)
>40-60%	14,7 (55)
>60-80%	15,0 (85)
>80-100%	14,6 (38)
totaal	14,4 (768)

Een ander aspect van de werkbeleving van de huisarts is de mate van burn-out. De Utrechtse Burn-Out Schaal (UBOS) is afgenomen bij alle respondenten. Deze burn-out schaal bestaat uit drie subschalen, te weten emotionele uitputting, depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid. Elke subschaal bestaat uit een aantal items, die allemaal gescoord kunnen worden door middel van een 7-punts schaal. Deze schaal loopt van 'nooit' tot 'altijd'. In tabel 6.14 zijn de gemiddelde scores van de huisartsen op deze subschalen te vinden. Voor emotionele uitputting en depersonalisatie geldt dat een hogere score een slechtere gemoedstoestand betekent. Voor persoonlijke bekwaamheid geldt dat een hogere score staat voor een beter gevoel van persoonlijke bekwaamheid. Voor emotionele uitputting lijkt een trend te bestaan naar een hogere score op emotionele uitputting naarmate het aantal achterstandspatiënten toeneemt (+5%), maar dit verband is niet statistisch significant. Voor depersonalisatie is er wel een significante trend naar een hogere score naarmate het aantal achterstandspatiënten toeneemt (+7%).

Tabel 6.14 De Utrechtse Burn-Out Schaal (UBOS) per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	emotionele uitputting (max. 48) gem. (N)	depersonalisatie* (max. 30) gem. (N)	persoonlijke bekwaamheid (max. 42) gem. (N)
geen	15,4 (360)	8,1 (362)	27,7 (357)
>0-20%	16,8 (168)	8,7 (170)	27,9 (169)
>20-40%	17,2 (66)	10,1 (66)	27,3 (65)
>40-60%	17,3 (56)	9,1 (57)	27,1 (55)
>60-80%	17,1 (83)	8,8 (84)	27,2 (84)
>80-100%	17,8 (38)	10,1 (38)	26,4 (35)
totaal	16,3 (771)	8,6 (777)	27,6 (765)

Wanneer we alle achterstandshuisartsen samen bekijken tegenover alle huisartsen zonder achterstandspatiënten (zie tabel 6.14.b in bijlage 3), dan zien we bij de achterstandshuisartsen een significant hogere score op zowel emotionele uitputting als op depersonalisatie. Naarmate meer achterstandspatiënten in de praktijk neemt het gevoel van persoonlijke bekwaamheid af (min 3% tussen geen en meer dan 80% achterstandspatiënten), statistisch is dit echter niet significant. De huisartsen met achterstandspatiënten voelen zich dus wat minder bekwaam dan hun collega's met een duidelijk hogere score op emotionele uitputting en depersonalisatie.

6.8 Werklast: praktijkpopulatie

Een groot deel van de werklast van huisartsen is natuurlijk afhankelijk van de kenmerken van de praktijkpopulatie. In tabel 6.15 wordt een overzicht gegeven van het gemiddeld aantal lastige patiëntcontacten gedurende de afgelopen twee weken. We zien een significant toenemende trend van het gemiddeld aantal contacten met agressie van patiënten, van eisend gedrag van patiënten, van oneigenlijke hulpvraag, van taalproblemen, van patiënten met een alcoholverslaving, van patiënten met een drugsverslaving en van chronische psychiatrische patiënten. Voor verschillende populatiekenmerken hebben de praktijken van meer dan 40 tot 80% achterstandspatiënten het hoogste aantal lastige contacten. Voor al deze toenemende trends geldt dat de groep huisartsen met de meeste achterstandspatiënten een uitzondering vormt. Behalve voor agressie is bij deze groep steeds een daling te zien ten opzichte van de voorgaande categorie huisartsen. Zeker voor taalproblemen is dit een opmerkelijk verschil, dat een gevolg kan zijn door het uitgebreid inschakelen van allochtone zorgconsulenten.

Uit tabel 6.15.b (bijlage 3) blijkt dat bij vergelijking tussen huisartsen met en zonder achterstandspatiënten, alle lastige patiëntcontacten significant vaker voorkomen bij de huisartsen met achterstandspatiënten, behalve parkeerproblemen en lastig te regelen ziekenhuisopnames. Deze laatste twee problemen komen bij alle huisartsen evenveel voor. Huisartsen in achterstandsgebieden worden dus geconfronteerd met een lastige en moeilijke patiëntenpopulatie.

Tabel 6.15 Gemiddeld aantal lastige patiëntcontacten in de afgelopen twee weken per categorie huisartsen

achterstands- patiënten	agressie van patienten* gem. (N)	eisend gedrag van patienten* gem. (N)	oneigen-lijke hulp-vraag* gem. (N)	taal problemen* gem. (N)	parkeer- problemen gem. (N)
geen	0,2 (355)	1,9 (358)	5,1 (351)	2,5 (363)	0,9 (352)
>0-20%	0,4 (168)	2,5 (168)	5,8 (167)	4,6 (167)	2,1 (163)
>20-40%	0,4 (66)	3,1 (66)	8,4 (61)	8,2 (66)	0,7 (62)
>40-60%	1,2 (55)	4,4 (54)	10,9 (52)	21,8 (55)	2,9 (52)
>60-80%	0,5 (82)	4,6 (79)	13,6 (75)	22,9 (81)	1,4 (78)
>80-100%	0,8 (38)	3,5 (38)	13,3 (37)	13,7 (38)	0,4 (38)
totaal	0,4 (764)	2,7 (763)	7,2 (743)	7,5 (770)	1,3 (745)

achterstands- patiënten	slechte bereikbaar- heid hulpdiensten gem. (N)	lastig te regelen ziekenhuis opname gem. (N)	alcohol verslaving* gem. (N)	drugs verslaving* gem. (N)	chronische psychiatrische patiënten* gem. (N)
geen	1,0 (355)	1,3 (357)	1,4 (360)	0,7 (353)	1,9 (358)
>0-20%	1,7 (162)	1,9 (170)	1,6 (166)	1,0 (165)	2,5 (168)
>20-40%	1,6 (62)	1,1 (65)	1,8 (65)	2,3 (64)	2,7 (64)
>40-60%	2,3 (54)	1,5 (55)	2,4 (55)	2,0 (55)	3,1 (55)
>60-80%	2,9 (78)	1,7 (80)	2,5 (82)	2,2 (82)	4,7 (81)
>80-100%	1,5 (38)	1,1 (37)	2,2 (37)	1,2 (37)	3,2 (38)
totaal	1,5 (749)	1,4 (764)	1,7 (765)	1,2 (756)	2,6 (764)

Bij de praktijkpopulatie hoort ook het aantal nieuwe inschrijvingen per maand. Een hoog aantal nieuwe inschrijvingen betekent voor de huisarts een extra belasting. Van de huisartsen die hebben aangegeven dat ze de afgelopen maand nieuwe patiënten hebben ingeschreven in hun praktijk (89,4%), is in tabel 6.16 het aantal nieuwe inschrijvingen te zien. Naarmate de huisarts meer achterstandspatiënten heeft is er een significante toename van het aantal nieuwe inschrijvingen per maand. Uit tabel 6.16.b (bijlage 3), blijkt dat de huisartsen met achterstandspatiënten significant meer nieuwe patiënten hebben ingeschreven vergeleken met de huisartsen zonder achterstandspatiënten. Veel nieuwe patiënten betekent een hogere mobiliteit en veel patiënten met een onbekende voorgeschiedenis of waarvan de context onbekend is.

Tabel 6.16. Aantal nieuw ingeschreven patiënten in de afgelopen maand per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	Indien er de afgelopen maand nieuwe patiënten zijn ingeschreven, hoeveel?*		
	mediaan (N)	min	max
geen	10,0 (322)	1	250
>0-20%	10,0 (151)	1	250
>20-40%	15,0 (58)	1	100
>40-60%	20,0 (41)	1	75
>60-80%	10,0 (77)	1	98
>80-100%	20,0 (31)	1	50
totaal	10,0 (680)	1	250

Naast het aantal nieuwe inschrijvingen in de praktijk is het aantal keren dat de huisarts te maken heeft met onverzekerde patiënten en met patiënten die niet op naam zijn ingeschreven (de zogenaamde NONI's) een aanwijzing voor de werklast van de huisarts.

In de afgelopen maand hebben significant meer huisartsen met achterstandspatiënten te maken gehad met onverzekerde patiënten (76,6%), dan huisartsen zonder achterstandspatiënten (47,1%). In tabel 6.17 wordt het mediaan aantal contacten weergegeven. Ook hier zien we een significante trend naar een hoger aantal contacten met onverzekerden naarmate de huisarts meer achterstandspatiënten heeft.

Tabel 6.17 Aantal keren te maken met onverzekerden gedurende de afgelopen maand per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	Hoe vaak de afgelopen maand te maken gehad met onverzekerden,?*		
	mediaan (N)	min	max
geen	0,0 (358)	0	98
>0-20%	1,0 (162)	0	20
>20-40%	2,0 (59)	0	20
>40-60%	2,0 (56)	0	25
>60-80%	3,0 (80)	0	50
>80-100%	5,0 (36)	0	88
totaal	1,0 (751)	0	98

Aan die huisartsen die aangaven wel te maken hebben gehad met onverzekerden in de afgelopen maand, is de vraag gesteld of deze hulp wel of niet werd betaald. In tabel 6.18

en tabel 6.18.b (bijlage 3) is te zien dat huisartsen met achterstandspatiënten vaker de hulp aan onverzekerden vergoed krijgen dan hun collega huisartsen zonder achterstandspatiënten. Deze relatie is echter niet statistisch significant.

Tabel 6.18 Betaling hulp aan onverzekerden per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	hulp wordt meestal wel betaald		hulp wordt even vaak wel als niet betaald		hulp wordt meestal niet betaald		totaal	
	%	(N)	%	(N)	%	(N)	%	(N)
geen	40,5	(94)	23,7	(55)	35,8	(83)	100	(232)
>0-20%	40,3	(54)	20,1	(27)	39,6	(53)	100	(134)
>20-40%	55,6	(35)	17,5	(11)	27,0	(17)	100	(63)
>40-60%	44,9	(22)	26,5	(13)	28,6	(14)	100	(49)
>60-80%	37,0	(30)	35,8	(29)	27,2	(22)	100	(81)
>80-100%	62,9	(22)	25,7	(9)	11,4	(4)	100	(35)
totaal	43,3	(257)	24,2	(144)	32,5	(193)	100	(594)

Wat betreft het aantal NONI's zijn er significant meer praktijken met achterstandspatiënten die de voorbije maand met NONI's te maken kregen (66%), dan praktijken zonder achterstandspatiënten (47,1%). Er lijkt echter geen duidelijke trend te bestaan over de verschillende groepen met achterstandspatiënten (tabel 6.19).

Tabel 6.19 Aantal keren te maken met NONI's (Niet Op Naam Ingeschreven patiënten) gedurende de afgelopen maand per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	Hoe vaak de afgelopen maand te maken gehad met NONI's,?*		
	mediaan (N)	min	max
geen	0,0 (357)	0	150
>0-20%	1,0 (163)	0	40
>20-40%	2,0 (59)	0	50
>40-60%	2,0 (56)	0	50
>60-80%	2,0 (79)	0	50
>80-100%	2,0 (36)	0	15
totaal	1,0 (750)	0	150

Wel hebben huisartsen in achterstandswijken duidelijk meer te maken met nieuwe patiënten, met onverzekerden en met NONI's .

Naast de objectieve werklast naar patiëntengroepen die we hierboven hebben beschreven, is er ook subjectieve werklast. Het is belangrijk om te weten hoe de huisartsen zelf hun werklast ervaren. We hebben de huisartsen gevraagd om van een aantal lastige patiëntengroepen aan te geven in hoeverre zij daar meer of minder mee te maken hebben dan een 'gemiddelde' huisarts. Ze konden dit aangeven op een 5-punts schaal die liep van 'veel minder' tot 'veel meer'. Uit tabel 6.20 blijkt dat huisartsen zelf het gevoel hebben dat ze met alle gepresenteerde lastige patiëntengroepen meer te maken hebben dan een 'gemiddelde' collega huisarts. Deze relatie versterkt naarmate het aandeel achterstandspatiënten hoger wordt. De subjectieve werklast is dus significant hoger naarmate er meer achterstandspatiënten in de praktijk aanwezig zijn. De huisartsen met het hoogste percentage achterstandspatiënten scoren op bijna alle items het hoogst. De objectieve werklast vertaalt zich duidelijk in een subjectief beleefde werklast.

Tabel 6.20 Te maken met lastige patiëntengroepen in vergelijking met andere huisartsen per categorie huisartsen (hoe **hoger**, hoe meer te maken met deze groep vergeleken bij collega huisartsen)

achterstands- patiënten	chronische psychosociale problemen* % (N)	klachten van depressieve aard * % (N)	ernstige chron. somatische aandoeningen* % (N)	onvolledige gezinnen* % (N)	langdurig werklozen* % (N)
geen	3,2 (357)	3,3 (356)	3,1 (358)	3,1 (358)	2,7 (359)
>0-20%	3,5 (168)	3,5 (167)	3,3 (168)	3,5 (168)	3,2 (170)
>20-40%	4,0 (66)	3,6 (66)	3,4 (66)	3,9 (67)	3,9 (67)
>40-60%	4,3 (57)	3,9 (57)	3,3 (57)	4,3 (56)	4,3 (57)
>60-80%	4,1 (83)	3,7 (84)	3,1 (84)	4,3 (83)	4,4 (83)
>80-100%	4,1 (38)	3,8 (38)	3,4 (38)	4,3 (37)	4,5 (38)
totaal	3,6 (769)	3,5 (768)	3,2 (771)	3,5 (769)	3,3 (774)

achterstands- patiënten	personen met een minimum-uitkering* % (N)	alcoholisten* % (N)	drugverslaafden* % (N)	chronisch psychiatrische patiënten* % (N)
geen	2,8 (358)	2,8 (356)	2,1 (360)	2,9 (358)
>0-20%	3,3 (169)	3,1 (168)	2,8 (169)	3,2 (168)
>20-40%	3,9 (67)	3,3 (67)	3,1 (67)	3,4 (67)
>40-60%	4,4 (57)	3,8 (57)	3,7 (57)	3,8 (57)
>60-80%	4,5 (83)	3,7 (84)	3,6 (84)	3,8 (84)
>80-100%	4,7 (38)	3,8 (38)	3,7 (38)	3,9 (37)
totaal	3,4 (772)	3,1 (770)	2,7 (775)	3,2 (771)

6.9 Het achterstandsfonds

De huisartsen zijn gevraagd waar ze het achterstandsfonds in grote lijnen voor hebben gebruikt. Ten eerste is er gevraagd naar de opslag op het abonnementstarief. Deze opslag was oorspronkelijk bedoeld als inkomenscompensatie, maar heeft ook andere bestemmingen gekregen, zoals af te lezen is uit tabel 6.21. Zo'n 40% van de huisartsen gebruikt de opslag voor inkomenscompensatie. Onder de groep met de meeste achterstandspatiënten is dit slechts een derde. De financiering voor extra assistentie wordt het vaakst genoemd. Buiten de inkomenscompensatie, komen de overige bestemmingen significant meer voor naarmate er sprake is van meer achterstandspatiënten. Een uitzondering hierop vormt wederom de groep huisartsen met >80-100% achterstandspatiënten. Deze groep gebruikt de opslag wel significant meer voor praktijkverkleining. Van antwoorden die de huisartsen gaven bij de categorie 'anders', is waarneming de meest voorkomende bestemming voor de opslag op het abonnementstarief. Ook het in dienst nemen van een HIDHA (huisarts in dienst van een huisarts) en extra aandacht voor automatisering werden vaak genoemd. Vaak werd vermeld dat het geld 'geen specifiek doel' had. In feite wordt het geld dan dus gezien als inkomenscompensatie.

Tabel 6.21 Gebruik opslag abonnementstarief per categorie huisartsen

percentage huisartsen dat opslag gebruikt voor :						
achterstands- patiënten	extra* assistentie % (N)	praktijk* verkleining % (N)	geen nieuwe* inschrijvingen % (N)	inkomens compensatie % (N)	uitbesteden* van diensten % (N)	
>0-20%	23,1 (39)	8,9 (15)	15,4 (26)	37,3 (63)	16,0 (27)	
>20-40%	47,8 (32)	12,1 (8)	25,4 (17)	43,3 (29)	25,4 (17)	
>40-60%	57,9 (33)	19,6 (11)	33,9 (19)	40,4 (23)	38,6 (22)	
>60-80%	65,9 (56)	29,4 (25)	27,1 (23)	47,1 (40)	35,3 (30)	
>80-100%	63,2 (24)	31,6 (12)	23,7 (9)	34,2 (13)	35,1 (13)	
totaal	44,2 (184)	17,1 (71)	22,7 (94)	40,4 (168)	26,3 (109)	

Ten tweede zijn er vragen gesteld over het achterstandsfonds zelf. Hiermee wordt bedoeld het gedeelte van de achterstandsvergoeding dat wordt beheerd door de Districts Huisartsen Vereniging samen met de zorgverzekeraars. In tabel 6.22 is te zien dat een groot gedeelte van de huisartsen met achterstandspatiënten op de hoogte is van het fonds en erin is geslaagd is financiering te verkrijgen voor tenminste één project uit het fonds. Het percentage huisartsen dat tenminste éénmaal gebruik heeft gemaakt van het fonds stijgt significant naarmate de huisarts meer achterstandspatiënten heeft. Vanaf de groep huisartsen met 60% of meer achterstandspatiënten heeft nagenoeg iedereen tenminste éénmaal gebruik gemaakt van het fonds.

Tabel 6.22 Gebruik achterstandsfonds per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	percentage huisartsen dat gebruik heeft gemaakt van tenminste één project van het fonds *	% (N)
>0-20%		54,8 (91)
>20-40%		74,6 (50)
>40-60%		87,5 (49)
>60-80%		94,0 (79)
>80-100%		94,6 (35)
totaal		74,1 (304)

Vervolgens is het interessant om te weten welke projecten er volgens de huisartsen zijn gefinancierd door het achterstandsfonds. Ongeveer de helft van de achterstandshuisartsen heeft gebruik gemaakt van extra assistentie, zo blijkt uit tabel 6.23. Bij deze extra praktijkassistentie is er een significante trend van hoger gebruik te zien naarmate het percentage achterstandspatiënten toeneemt. Dit hadden we al vastgesteld onder 6.4, tabel 6.5. Hetzelfde geldt voor het gebruik van een centrale dienstenstructuur en voor de inzet van een praktijkverpleegkundige. Voor de meeste relaties zien we weer een daling bij de groep met de meeste achterstandspatiënten. Wat opvalt is dat weinig artsen uit deze groep gebruik gemaakt hebben van achterstandsfondsen voor HOED-vorming, waar uit Deel I van dit rapport blijkt dat HOED-vorming in alle steden voorkomt.

Tabel 6.23 Gebruik achterstandsfonds in de vorm van projecten per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	percentage huisartsen dat gebruik heeft gemaakt van de projecten:				
	automatisering % (N)	extra* praktijk assistentie % (N)	ondersteuning HOED vorming % (N)	diensten- structuur* % (N)	praktijk verpleeg- kundige* % (N)
>0-20%	22,3 (21)	31,9 (30)	21,3 (20)	35,8 (34)	14,9 (14)
>20-40%	38,0 (19)	48,0 (24)	22,4 (11)	20,4 (10)	20,4 (10)
>40-60%	34,0 (17)	46,0 (23)	32,0 (16)	28,0 (14)	28,0 (14)
>60-80%	29,1 (23)	62,0 (49)	28,2 (22)	56,4 (44)	34,6 (27)
>80-100%	33,3 (12)	55,6 (20)	11,1 (4)	38,9 (14)	36,1 (13)
totaal	29,8 (92)	47,2 (146)	23,8 (73)	37,7 (116)	25,4 (78)

Bij de meeste achterstandsfondsen hebben huisartsen naast een aantal standaard projecten zoals hierboven is beschreven, de mogelijkheid om zelf projecten aan te vragen die ze

zelf hebben bedacht en uitgewerkt. Een kleine 40% heeft ooit zelf een project aangevraagd bij het achterstandsfonds (tabel 6.24). In de categorie met het laagste percentage achterstandspatiënten is dit slechts 25%. Op de vraag of de huisartsen wel eens zelf een project hebben aangevraagd wat vervolgens niet werd gehonoreerd, antwoordt eveneens een kleine 40% dat dit bij hen het geval was. Bij 60% van diegenen die ooit projecten aanvroegen werd de aanvraag dus gehonoreerd.

Tabel 6.24 Gebruik achterstandsfonds door zelf projecten aan te vragen per categorie huisartsen

achterstandspatiënten	zelf projecten aangevraagd % (N)	projecten afgekeurd? % (N)
>0-20%	25,0 (23)	43,5 (10)
>20-40%	39,6 (19)	40,0 (8)
>40-60%	46,0 (23)	21,7 (5)
>60-80%	43,8 (35)	45,7 (16)
>80-100%	40,5 (15)	50,0 (6)
totaal	37,5 (115)	39,8 (45)

7 Ontwikkelingen huisartsenzorg: resultaten in 2002 vergeleken met 1997

Om mogelijke effecten van het beleid achterstandsgebieden aan te kunnen tonen is het belangrijk om een vergelijking in de tijd te maken. Wanneer we de verschillende aspecten wat betreft praktijkgrootte en -samenstelling, toegankelijkheid van de huisartsenzorg, assistentie, diensten, werkbeleving en praktijkorganisatie vergelijken met de situatie in 1997 zowel voor huisartsen met als zonder achterstandspatiënten, kunnen we zien welke verschillen er zijn opgetreden in de tijd. Ook kunnen we toetsen of deze verschillen in de tijd verschillen tussen beide groepen huisartsen. Indien de verandering in de tijd zich positief heeft ontwikkeld bij huisartsen met achterstandspatiënten in vergelijking met de overige huisartsen, dan kunnen we veronderstellen dat het beleid achterstandsgebieden mogelijk een positieve rol heeft gespeeld bij deze ontwikkelingen.

7.1 Toegankelijkheid van huisartsenzorg voor de patiënt

Het aantal uren dat de praktijk gemiddeld per week direct fysiek toegankelijk is voor patiënten, is in de afgelopen vijf jaar minder geworden. Bij beide groepen huisartsen is een ongeveer gelijke afname te zien van 6,5 à 7%. Huisartspraktijken met achterstandspatiënten blijven minder toegankelijk dan de overige praktijken, maar het verschil tussen beide is niet toegenomen.

Tabel 7.1 Toegankelijkheid van huisartsenzorg voor de patiënt: verschillen ten opzichte van 1997 tussen huisartsen met en zonder achterstandspatiënten

Toegankelijkheidsgegeven	2002	1997	% verschil 2002-1997 (* = significant over de tijd)	p (% verschil tussen beide groepen)
geen achterstandspatiënten				
wel achterstandspatiënten				
	gem. of %(n)	gem. of % (n)		
gemiddeld aantal uren/week				
praktijk direct toegankelijk				
geen	40,1 (361)	42,9 (659)	- 6,5%*	ns
wel	36,8 (415)	39,5 (464)	- 6,8%	
gemiddeld aantal uren/week				
praktijk direct telefonisch				
bereikbaar				
geen	35,0 (361)	48,4 (659)	- 27,7%*	< 0.000
wel	31,6 (419)	39,1 (469)	- 19,2%*	
percentage ha met inloop- spreekuur (naast afspraak spreekuur)				
geen	19,2 (70)	29,3 (194)*	- 34,5%	< 0.02
wel	25,3 (106)	44,8 (209)*	- 43,5%	
indien alleen afpraakspreekuur: percentage ha waarbij patiënt dezelfde of volgende dag terecht kan				
geen	96,6 (281)	97,8 (362)	- 1,2%	< 0.05
wel	92,6 (286)	98,1 (208)*	- 5,6%	
percentage ha met speciale spreekuren				
geen	45,7 (166)	32,8 (216)	+ 39,3*	< 0.001
wel	46,9 (195)	28,0 (131)	+ 67,5*	

Het aantal uren dat de praktijk direct telefonisch toegankelijk is, is veel minder dan vijf jaar geleden. Zowel bij de huisartsen met als bij de huisartsen zonder achterstandspatiënten is de telefonische toegankelijkheid significant minder geworden, maar bij de huisartsen zonder achterstandspatiënten is het verschil groter dan bij de huisartsen met achterstandspatiënten: 28% versus 19%. Het verschil tussen beiden is kleiner geworden: van negen uur naar een goede drie uur minder in praktijken met achterstandspatiënten. De praktijken zonder achterstandspatiënten zijn in dit opzicht significant sterker achteruit gegaan dan de praktijken met achterstandspatiënten.

Het aantal huisartsen met inloopspreekuur is drastisch afgenomen in beide groepen - 9% sterker in achterstandspatiënten - maar er zijn nog steeds meer praktijken met inloopspreekuren bij deze groep. Waar in 1997 in achterstandswijken nog minder dan de helft van de praktijken een inloopspreekuur hadden, is dat nu nog slechts een kwart. De patiënt kan nog steeds de volgende dag terecht bij de overgrote meerderheid van de praktijken in beide groepen. Bij de huisartsen met achterstandspatiënten is het percentage

wel met 5% afgenomen. Daarentegen is het percentage praktijken met speciale spreekuren in beide groepen sterk toegenomen: met ongeveer 40% bij huisartsen zonder achterstandspatiënten, bijna met 70% in praktijken met achterstandspatiënten. Hierdoor komen beide groepen nu op dezelfde hoogte: nu heeft minder dan de helft van de praktijken in beide groepen speciale spreekuren ten opzichte van ongeveer een derde vijf jaar terug.

7.2 Werklast: praktijkomvang en -samenstelling

Wanneer we de gemiddelde praktijkgrootte vergelijken met die van 1997, is er in eerste instantie geen significant verschil te ontdekken. Wanneer we echter de praktijkgrootte gecorrigeerd voor het aantal gewerkte uren bekijken, zien we dat beide categorieën huisartsen in 2002 significant grotere praktijken hebben dan in 1997. De relatieve toename uitgedrukt als percentage is in beide groepen ongeveer even groot.

Ook het aantal uren dat de huisartsen werkzaam zijn per week is significant verschillend ten opzichte van vijf jaar geleden. De huisartsen anno 2002 besteden minder uren per week aan praktijkactiviteiten dan ze in 1997 deden. Het verschil is maar liefst 14% bij huisartsen zonder achterstandspatiënten, en 15% bij huisartsen met achterstandspatiënten. Een vergelijkbare afname in werktijd dus, waardoor het verschil tussen beide in de grootteorde blijft van ongeveer twee uur per week.

Het percentage ziekenfondspatiënten is voor alle huisartsen in 2002 licht gedaald ten opzichte van 1997. Voor de groep huisartsen zonder achterstandspatiënten is dit verschil significant. Daardoor is het verschil tussen beide groepen iets toegenomen: huisartsen zonder achterstandspatiënten hebben intussen bijna 40% particuliere patiënten, de andere huisartsen gemiddeld 28%.

De huisartsen in beide categorieën geven aan dat ze in 2002 significant minder patiënten per dag zien dan vijf jaar geleden. Het verschil is het grootst bij de huisartsen zonder achterstandspatiënten. In 1997 was er geen verschil tussen beide groepen, nu is dat toegenomen tot één patiënt per dag.

Wat betreft het aantal minuten dat per patiënt gereserveerd is, zien we bij de huisartsen met achterstandspatiënten praktisch geen verschil. Bij de huisartsen zonder achterstandspatiënten is echter een significante toename te zien ten opzichte van 1997. Hierdoor is de consulttijd per patiënt niet meer verschillend tussen beide groepen.

Tabel 7.2 Praktijkomvang en –samenstelling: verschillen ten opzichte van 1997 tussen huisartsen met en zonder achterstandspatiënten

Praktijkgegevens	2002	1997	% verschil 2002-1997 (* = significant over de tijd)	p (% verschil tussen beide groepen)
	gem.(N)	gem.(N)		
geen achterstandspatiënten				
wel achterstandspatiënten				
persoonlijke praktijkgrootte				
geen	2367 (364)	2397 (663)	- 1,2%	ns
wel	2220 (419)	2213 (471)	+ 0,3%	
persoonlijke praktijkgrootte per 40 uur werkzaam				
geen	2240 (334)	2050 (637)	+ 9,3%*	ns
wel	2169 (368)	1956 (451)	+ 10,9%*	
geschatte aantal uren werkzaam/ week/ huisarts				
geen	40,8 (362)	47,5 (654)	- 14,1%*	ns
wel	38,8 (416)	45,7 (463)	- 15,1%*	
percentage ziekenfondspatiënten				
geen	61,0 (359)	63,8 (649)	- 4,4%*	ns
wel	71,8 (410)	73,0 (467)	- 1,6%	
aantal patiënten/ dag				
geen	33,1 (353)	36,5 (652)	- 9,3%*	ns
wel	34,0 (413)	36,4 (463)	- 6,6%*	
aantal minuten gereserveerd/ patiënt				
geen	10,0 (365)	9,7 (655)	+ 3,1%*	ns
wel	10,1 (416)	10,3 (464)	- 1,9%	

7.3 Werklast: praktijkvorm

Tegen de verwachting in zijn er geen significante verschuivingen te zien van solopraktijken naar groepspraktijken, niet bij huisartsen zonder achterstandspatiënten, noch bij huisartsen met achterstandspatiënten. Bij huisartsen zonder achterstandspatiënten is er een kleine verschuiving van 4% naar groepspraktijken. In achterstandsgebieden is dat slechts 1,5% en is er zelfs een kleine toename in solopraktijken. HOED-praktijken worden veelal gezien als solopraktijken onder één dak (tabel 7.3).

Tabel 7.3 Praktijkvorm: verschillen ten opzichte van 1997 tussen huisartsen met en zonder achterstandspatiënten

Praktijkvorm	2002 %(n)	1997 %(n)	p (% verschil 2002-1997)	p (% verschil tussen beide groepen)
Geen achterstandspatiënten				
Solopraktijk	43,4 (158)	45,0 (293)	ns	ns
Duopraktijk	31,9 (116)	34,7 (226)		
Groepspraktijk	24,7 (90)	20,3 (132)		
Wel achterstandspatiënten				
Solopraktijk	46,4 (193)	44,2 (205)	ns	
Duopraktijk	34,1 (142)	37,7 (175)		
Groepspraktijk	19,5 (81)	18,1 (84)		

7.4 Werklast: assistentie

De veranderingen in het percentage huisartsen dat verschillende vormen van assistentie gebruikt gaat in beide categorieën huisartsen meestal in dezelfde richting. Wel zijn alle veranderingen in de tijd voor alle vormen van assistentie, buiten de doktersassistente en de haio, belangrijker voor de huisartsen met achterstandspatiënten.

Partners draaien significant minder mee in de praktijken en deze daling is duidelijk sterker in de praktijken met achterstandspatiënten. Doktersassistenten komen in de overgrote meerderheid van de praktijken voor, maar dat was in 1997 ook al zo. Haio's, praktijkverpleegkundigen en andere vormen van assistentie zoals SPV-ers, komen nu significant meer voor dan in 1997. De nieuwe vorm van assistentie – de praktijkverpleegkundige – is vier en half tot zes keer hoger dan in 1997, andere vormen komen drie tot vier keer zoveel voor. De VETC-ers of allochtone zorgconsulenten zijn helemaal niet toegenomen in praktijken zonder achterstandspatiënten, maar bijna vijf keer hoger ten opzichte van vijf jaar terug in praktijken met achterstandspatiënten.

Tabel 7.4.1 Percentage huisartsen per categorie dat van verschillende assistentie gebruik maakt voor 2002 en 1997

Assistentie	2002	1997	% verschil 2002-1997 t.o.v. '97	p (% verschil tussen beide groepen)
geen achterstandspatiënten wel achterstandspatiënten	%(n)	%(n)	(* = significant over de tijd)	
partner				
geen	31,2 (112)	39,8 (266)	- 21,6*	< 0,001
wel	22,6 (93)	33,8 (159)	- 33,1*	
doktersassistente				
geen	91,7 (333)	91,6 (612)	0	ns.
wel	93,3 (390)	91,1 (429)	+ 2,4	
haio				
geen	15,3 (54)	9,6 (64)	+ 59,4*	< 0,05
wel	18,4 (76)	12,3 (58)	+ 49,6*	
praktijkverpleegkundige				
geen	9,1 (32)	2,0 (13)	+ 355*	< 0,001
wel	14,5 (60)	2,3 (11)	+ 530*	
VETC				
geen	0,8 (3)	0,8 (5)	0	< 0,001
wel	10,2 (42)	2,1 (10)	+ 386*	
anders				
geen	10,7 (38)	3,5 (23)	+ 206*	< 0,001
wel	20,1 (83)	5,3 (25)	+ 279*	

Het aantal uren assistentie per categorie assistentie is alleen significant toegenomen bij de doktersassistentie in praktijken met achterstandspatiënten. Het aantal uren assistentie door haio's daarentegen is significant gedaald in praktijken zonder achterstandspatiënten.

Partners van huisartsen werken niet alleen in minder praktijken mee, maar werken dan gemiddeld ook minder uren. Doktersassistenten werken in ongeveer even groot deel van de praktijken mee, maar gemiddeld wel meer uren, zeker in praktijken met achterstandspatiënten. Haio's worden in meer praktijken ingezet, in praktijken zonder achterstandspatiënten echter voor gemiddeld minder uren. Praktijkverpleegkundigen zijn in ruime mate meer aanwezig en voor gemiddeld meer uren per praktijk in de groep met achterstandspatiënten. VETC-ers zijn in praktijken zonder achterstandspatiënten praktisch niet aanwezig en voor duidelijk minder uren. In ruim meer praktijken met achterstandspatiënten komt deze vorm van assistentie wel voor, voor ongeveer dezelfde werktijd als in 1997.

Tabel 7.4.2 Gemiddeld aantal uren verschillende assistentie per categorie huisartsen voor 2002 en 1997

Uren assistentie	2002	1997	% verschil 2002-1997 t.o.v. '97	p (% verschil tussen beide groepen)
geen achterstandspatiënten wel achterstandspatiënten	gem. (n)	gem. (n)	(* = significant over de tijd)	
partner				
geen	18,0 (113)	19,9 (250)	- 9,5 %	ns
wel	17,1 (96)	19,5 (149)	- 12,3 %	
assistente				
geen	34,4 (319)	33,4 (585)	+ 3,0 %	ns
wel	35,2 (378)	32,7 (403)	+ 7,6 %*	
haio				
geen	24,3 (55)	28,0 (58)	- 13,2 %*	0,035
wel	27,3 (74)	26,1 (49)	+ 4,6 %	
praktijkverpleegkundige				
geen	6,0 (30)	7,8 (13)	- 23,0 %	ns
wel	9,1 (54)	7,6 (10)	+ 19,7 %	
VETC				
geen	2,3 (3)	8,4 (5)	- 72,6 %	ns
wel	5,2 (40)	5,8 (9)	- 10,3 %	

7.5 Werklast: diensten

Wanneer we de belasting van de diensten willen analyseren en vergelijken met vijf jaar terug, moeten we in de interpretatie van de resultaten wel rekening houden dat nu het overgrote deel van de praktijken de diensten geregeld heeft via een centrale huisartsenpost.

Vijftig procent van de praktijken besteedde in de laatste zes maanden voor het interview drie keer een dienst uit, en bij 50% lukte dat één keer niet. Het uitbesteden verschilt niet ten opzichte van vijf jaar terug, en is niet verschillend tussen beide groepen huisartsen. Het kwam echter significant minder vaak voor dat het uitbesteden niet lukte: vijf jaar terug kon 50% twee diensten in een periode van zes maanden niet uitbesteden.

Tabel 7.5.1 Gemiddeld aantal keren diensten uitbesteed de afgelopen zes maanden per categorie huisartsen voor 2002 en 1997

Diensten	2002	1997	p
geen achterstandspatiënten wel achterstandspatiënten	mediaan (n) (min- max)	mediaan (n) (min- max)	(verschil tussen beide groepen)
Indien de laatste 6 maanden diensten zijn uitbesteed, hoe vaak?			
geen	3,0 (115) (1 - 72)	2,0 (107) (1 - 40)	ns
wel	3,0 (177) (1 - 98)	4,0 (129) (1 - 48)	
Indien er de laatste 6 maanden geprobeerd is diensten uit te besteden, maar dit niet is gelukt, hoe vaak?			
geen	1,0 (50) (1 - 12)	2,0 (118) (1 - 12)*	ns
wel	1,0 (58) (1 - 13)	2,0 (115) (1 - 14)*	

De ervaren belasting van de diensten is significant lager dan vijf jaar terug. Deze daling verschilt niet tussen beide categorieën huisartsen.

Tabel 7.5.2 Ervaren belasting van de huidige avond-, nacht en weekenddienstenregeling per categorie huisartsen voor 2002 en 1997 (hoe hoger hoe meer belastend)

Ervaren belasting	2002	1997	% verschil 2002- 1997 t.o.v. '97 (* = significant over de tijd)	p
	gemiddeld (n)	gemiddeld (n)		(% verschil tussen beide groepen)
geen achterstandspatiënten	3,1 (351)	3,5 (662)	- 11,4*	ns
wel achterstandspatiënten	3,2 (403)	3,7 (463)	- 13,5*	

7.6 Werklast: werkbeleving

De tevredenheid met de beschikbare tijd voor verschillende aspecten van het werk is over het algemeen in gelijke mate voor beide groepen huisartsen groter geworden. Dat geldt zeker voor de tijd die men nu beschikbaar heeft voor het gezin en voor de hoeveelheid vrije tijd. Wel blijven huisartsen met achterstandspatiënten minder tevreden dan hun collega's zonder achterstandspatiënten.

De tevredenheid met de hoeveelheid tijd die de praktijk en de nascholing kosten, blijven gemiddeld op hetzelfde niveau van vijf jaar terug. Daarentegen zijn beide groepen huisartsen in gelijke mate minder tevreden dan vijf jaar terug in de beschikbare tijd die ze

hebben per patiënt. Door de gelijke toename blijven huisartsen met achterstandspatiënten ook hier meer ontevreden dan de overige huisartsen.

Tabel 7.6.1 Tevredenheid met beschikbare tijd voor verschillende aspecten van het werk per categorie huisartsen (hoe hoger hoe **minder** tevreden)

Tevredenheid	2002	1997	% verschil 2002-1997 t.o.v. '97 (* = significant over de tijd)	p (% verschil tussen beide groepen)
geen achterstandspatiënten				
wel achterstandspatiënten	%(n)	%(n)		
beschikbare hoeveelheid tijd per patiënt				
geen	2,5 (363)	2,3 (665)	+ 8,7*	ns
wel	2,8 (418)	2,6 (468)	+ 7,7*	
hoeveelheid tijd die de praktijk kost				
geen	2,8 (363)	2,9 (665)	- 3,4	ns
wel	3,1 (417)	3,1 (468)	0	
beschikbare hoeveelheid tijd voor nascholing				
geen	2,5 (360)	2,6 (665)	- 3,8	ns
wel	2,8 (417)	2,8 (466)	0	
beschikbare hoeveelheid tijd voor gezin				
geen	2,9 (362)	3,2 (659)	- 9,4*	ns
wel	3,0 (416)	3,2 (465)	- 6,3*	
beschikbare hoeveelheid vrije tijd				
geen	3,0 (359)	3,3 (663)	- 9,1*	ns
wel	3,2 (417)	3,4 (461)	- 5,9*	

De ervaren tijdsdruk is alleen bij huisartsen zonder achterstandspatiënten significant afgenomen, bij de huisartsen met achterstandspatiënten bleef die onveranderd. Emotionele uitputting verandert nauwelijks en depersonalisatie nam bij beide groepen af, maar niet significant. Alle huisartsen echter voelen zich significant minder persoonlijk bekwaam dan vijf jaren terug (-18 tot 19%) ongeacht het al dan niet hebben van achterstandspatiënten.

Tabel 7.6.2 Ervaren tijdsdruk en Utrechtse Burn-Out Schaal (UBOS) per categorie huisartsen voor 2002 en 1997

Tijdsdruk en UBOS	2002	1997	% verschil 2002-1997 t.o.v. '97 (* = significant over de tijd)	P (% verschil tussen beide groepen)
geen achterstandspatiënten	gem. (n)	gem. (n)		
wel achterstandspatiënten				
Ervaren tijdsdruk				
geen	13,7 (355)	14,3 (657)	- 4,2 %*	ns
wel	15,0 (413)	15,1 (456)	- 0,7 %	
Emotionele uitputting				
geen	15,4 (360)	15,1 (649)	+ 2,0 %	ns
wel	17,1 (411)	17,2 (452)	- 0,6 %	
Depersonalisatie				
geen	8,1 (362)	8,5 (649)	- 4,7 %	ns
wel	9,1 (415)	9,4 (455)	- 3,2 %	
Persoonlijke bekwaamheid				
geen	27,7 (357)	33,9 (590)	- 18,3 %*	ns
wel	27,4 (408)	33,8 (415)	- 18,9 %*	

7.7 Werklast: praktijkpopulatie

Tenslotte zullen we nagaan of naast de praktijkomvang, toegankelijkheid, organisatie en de werkbeleving, de praktijkpopulatie zelf in al die jaren veranderd is.

Over het algemeen genomen is het aantal lastige patiëntencontacten weinig of niet veranderd ten opzichte van vijf jaar terug, alleszins waar het de patiënten zelf betreft (tabel 7.7.1). Het aantal patiënten met eisend gedrag is wel significant afgenomen en in dezelfde mate in beide huisartsengroepen. Agressie is significant verminderd in praktijken zonder achterstandspatiënten (- 60%), terwijl taalproblemen significant zijn toegenomen in praktijken met achterstandspatiënten (+ 43%), ondanks de toename aan VETCers. In het laatste geval is dat significant verschillend tussen beide groepen huisartsen.

Het aantal lastige contacten waar structureel iets mee mis is, is wel toegenomen zoals parkeerproblemen, slechte bereikbaarheid van de hulpdiensten en lastig te regelen ziekenhuisopnames. Deze laatste zijn in beide groepen in ongeveer gelijke mate significant toegenomen ten opzichte van vijf jaar geleden: + 63 tot +78%.

Tabel 7.7.1 Gemiddeld aantal lastige patiëntcontacten in de afgelopen twee weken per categorie huisartsen voor 2002 en 1997

Lastige patiëntcontacten	2002	1997	% verschil 2002-1997 t.o.v. '97	p (% verschil tussen beide groepen)
geen achterstandspatiënten	gem.(n)	gem.(n)	(*= significant over de tijd)	
wel achterstandspatiënten				
agressie van patiënten				
geen	0,2 (355)	0,5 (666)	- 60 %*	0,059
wel	0,6 (409)	0,6 (464)	0 %	
eisend gedrag van patiënten				
geen	1,9 (358)	2,9 (665)	- 35 %*	ns
wel	3,3 (405)	4,5 (464)	- 27 %*	
oneigenlijke hulpvraag				
geen	5,1 (351)	6,3 (660)	- 19 %	ns
wel	9,1 (392)	10,0 (460)	- 9 %	
taalproblemen				
geen	2,5 (363)	2,5 (666)	0 %	0,030
wel	12,0 (407)	8,4 (464)	+ 43 %*	
parkeerproblemen				
geen	0,9 (352)	0,7 (666)	+ 29 %	ns
wel	1,7 (393)	1,4 (463)	+ 21 %	
slechte bereikbaarheid hulpdiensten				
geen	1,0 (355)	0,9 (666)	+ 11 %	ns
wel	2,0 (394)	1,5 (464)	+ 33 %	
lastig te regelen ziekenhuis opname				
geen	1,3 (357)	0,8 (666)	+ 63 %*	ns
wel	1,6 (407)	0,9 (464)	+ 78 %*	
alcoholverslaving				
geen	1,4 (360)	1,3 (666)	+ 8 %	ns
wel	2,0 (405)	2,1 (464)	- 5 %	
drugsverslaving				
geen	0,7 (353)	0,7 (666)	0 %	ns
wel	1,6 (403)	1,6 (463)	0 %	
chronische psychiatrische patiënten				
geen	1,9 (358)	2,1 (666)	- 10 %	ns
wel	3,1 (406)	3,0 (463)	+ 3 %	

Het aantal nieuw ingeschreven patiënten in de afgelopen maand is significant minder (zie spreiding rond de mediaan) in beide groepen huisartsen, en dat lijkt overeen te komen met het grote aantal gesloten praktijken zoals we eerder zagen. Het aantal onverzekerden in diezelfde periode is wel hoger dan vijf jaar terug, maar niet significant. In beide gevallen zijn er in 2002 significant meer dergelijke contacten bij huisartsen met achterstandspatiënten, zoals we reeds eerder zagen.

Tabel 7.7.2 Aantal nieuw ingeschreven en onverzekerde patiënten in de afgelopen maand per categorie huisartsen voor 2002 en 1997

Patiënten	2002	1997	p
geen achterstandspatiënten wel achterstandspatiënten	mediaan (n) (min- max)	mediaan (n) (min- max)	(verschil tussen beide groepen)
Indien er de afgelopen maand nieuwe patiënten zijn ingeschreven, hoeveel?			
geen	10,0 (322) (1 - 250)	10,0 (549) (1 - 813)*	ns
wel	15,0 (358) (1 - 250)	15,0 (397) (1 - 800)*	
Indien gedurende de afgelopen maand te maken gehad met onverzekerden, hoe vaak?			
geen	2,0 (168) (1 - 98)	2,0 (297) (1 - 30)	ns
wel	3,0 (307) (1 - 88)	2,0 (331) (1 - 60)	

De betaling hulp aan onverzekerden lijkt in beide groepen meer geregeld dan vijf jaar terug: bij ongeveer een goede 40% van de huisartsen wordt deze hulp meestal wel betaald, ten opzichte van niet meer dan 20% in 1997. Deze toename is echter niet significant.

Tabel 7.7.3 Betaling hulp aan onverzekerden per categorie huisartsen voor 2002 en 1997

Achter-stands-patiënten	hulp wordt meestal wel betaald		hulp wordt even vaak wel als niet betaald		hulp wordt meestal niet betaald		P (verschil 1997 – 2002 tussen beide groepen)
	2002	1997	2002	1997	2002	1997	
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)	
geen	40,5 (94)	22,6 (97)	23,7 (55)	18,6 (80)	35,8 (83)	58,8 (253)	ns
wel	45,0 (163)	21,3 (86)	24,6 (89)	29,2 (118)	30,4 (110)	49,5 (200)	

Tenslotte denken huisartsen in beide groepen dat bijna alle categorieën lastige patiëntencontacten in de laatste maand ten opzichte van hun collega's in de tijd zijn afgenomen, uitgezonderd de onvolledige gezinnen, de langdurige werklozen in praktijken met achterstandspatiënten en klachten van depressieve aard in de andere praktijken. Contacten met chronische psychiatrische patiënten en alcoholisten zijn significant in alle praktijken afgenomen. De afnames in de tijd verschillen niet significant tussen beide groepen.

Tabel 7.7.4 Te maken met lastige patiëntengroepen in vergelijking met andere huisartsen per categorie huisartsen voor 2002 en 1997 (hoe **hoger**, hoe meer te maken met deze groep vergeleken bij collega huisartsen) (1= veel minder, 3= gelijk, 5= veel meer)

Lastige patiëntcontacten	2002	1997	% verschil 2002-1997	p (% verschil
geen achterstandspatiënten	gem.(n)	gem.(n)	t.o.v. '97	tussen beide
wel achterstandspatiënten	gem.(n)	gem.(n)	(* = significant over de	groepen)
			tijd)	
chronische psychosociale problemen				
geen	3,2 (357)	3,3 (644)	- 3,0 %	ns
wel	3,9 (412)	4,1 (463)	- 4,9 %*	
klachten van depressieve aard				
geen	3,3 (356)	3,3 (644)	0 %	ns
wel	3,6 (412)	3,7 (460)	- 2,7 %*	
ernstige chronische somatische aandoeningen				
geen	3,1 (358)	3,2 (644)	- 3,0 %	ns
wel	3,3 (413))	3,3 (462)	0 %	
onvolledige gezinnen				
geen	3,1 (358)	3,1 (645)	0 %	ns
wel	3,9 (411)	3,9 (461)	0 %	
langdurig werklozen				
geen	2,8 (359)	3,0 (645)	- 6,7 %*	ns
wel	3,9 (415)	3,9 (460)	0 %	
personen met een minimum-uitkering				
geen	2,8 (358)	3,0 (642)	- 6,7 %*	ns
wel	3,9 (414))	4,0 (463)	- 2,5 %	
alcoholisten				
geen	2,8 (356)	2,9 (643)	- 3,4 %*	ns
wel	3,4 (414)	3,5 (461)	- 2,9 %*	
drugsverslaafden				
geen	2,1 (360)	2,2 (645)	- 4,5 %	ns
wel	3,2 (415)	3,3 (459)	- 3,0 %	
chronische psychiatrische patiënten				
geen	2,9 (358)	3,0 (646)	- 3,3 %*	ns
wel	3,5 (413)	3,6 (459)	- 2,8 %*	

7.8 Vestigingsklimaat en beschikbaarheid huisartsen in achterstandswijken

In het NIVEL-rapport “Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden in Nederland” (van der Velden, 2003) wordt geconcludeerd dat het verschil in aansluiting tussen vraag en aanbod niet eenduidig is te beantwoorden. Het rapport heeft alleen naar de situatie in de grote steden gekeken en de wijken onderverdeeld in achterstandswijken, aangrenzende postcodes en overige postcodes. Ook in dat onderzoek blijkt dat het aantal inwoners per fte huisarts in achterstandswijken en aangrenzende wijken kleiner zijn dan in de overige postcodes. In ons onderzoek is het echter wel duidelijk dat praktijken met het hoogste aantal achterstandspatiënten per fte het kleinste aantal patiënten hebben. In het eerder vermelde rapport heeft men echter geen vergelijking kunnen maken met 1990 omdat er toen nog geen systematiek voor achterstandsidentificatie bestond.

Wanneer we naar ons steekproefkader kijken (tabel 5.1) waren er in de geïdentificeerde gebieden 407 huisartsen werkzaam, en in de aangrenzende gebieden 693. In 1997 waren dat er respectievelijk 407 en 562. In 1997 waren deze huisartsen gemiddeld 45,7 uur per week werkzaam of 1,14 fte. In 2002 was dit gedaald tot een gemiddelde van 38,8 uur per week of 0,96 fte (tabel 7.2). Indien we dit voor beide categorieën omzetten in het aantal beschikbare fte, geeft dit de volgende resultaten:

Tabel 7.8.1 Verandering in beschikbare fte in achterstandswijken 1997 – 2002

Wijken	1997	2002	Vershil
Achterstandswijken	464	391	- 73
Aanliggende postcodes	641	665	+ 24

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de daling met 15% over het gemiddeld aantal uren dat huisartsen met achterstandspatiënten werkzaam zijn (tabel 7.2), omgerekend in beschikbare fte, geleid heeft tot een mogelijk tekort van 73 full-time werkende huisartsen in achterstandswijken. In de aangrenzende postcodes daarentegen heeft de fysieke toename met 131 huisartsen geleid tot een toename met 24 fte huisartsen in vergelijking met 1997, en dat ondanks de afname in gemiddeld aantal uren werk.

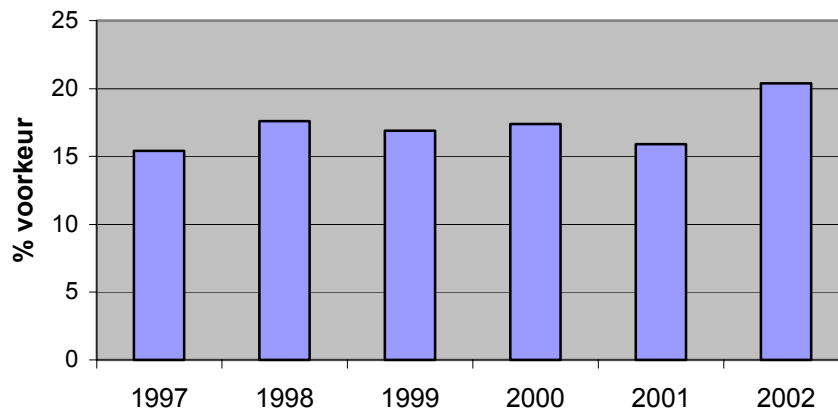
De afname in gewerkte fte's was in praktijken met achterstandspatiënten niet groter dan elders (tabel 7.2), maar heeft netto genomen wel geleid tot een gemiddeld tekort van 49 fte huisartsen in achterstandswijken en aangrenzende gebieden. Hierbij hebben we geen rekening gehouden met de bevolkingsgroei in deze gebieden.

Wanneer we de populatie huisartsen in de verschillende categorieën van de steekproef vergelijken met de populatie van 1997, dan blijkt de toename in de aangrenzende zeer sterk stedelijk gebieden het grootst te zijn ten opzichte van 1997: + 23%. In de overige niet-aangrenzende stedelijke gebieden is dit slechts 14% en in de rest van Nederland 11%. Op het eerste zicht zou men kunnen oordelen dat het beleid achterstandswijken er

niet in geslaagd is om huisartsen aan te trekken naar de achterstandswijken. Het lijkt er echter wel op dat men zich vooral is gaan vestigen in de aangrenzende wijken, waar men ook wel zorg levert voor een gedeelte van de achterstandspatiënten, maar minder te maken heeft met de fysieke en logistieke problemen van een achterstandswijk. In die zin werd de achteruitgang in het totaal aantal gewerkte fte's voor een deel opgevangen.

Het NIVEL vraagt sinds een aantal jaren aan aspirant huisartsen o.a. naar hun vestigingsvoorkeuren. Er wordt hun daarbij gevraagd of zich eventueel in een achterstandswijk zouden willen vestigen.

Figuur 7.8.1 Voorkeur aspirant-huisartsen voor achterstandswijken 1997-2002



De figuur 7.8.1 lijkt op een kleine stijging te wijzen van 2 tot 5% in de voorkeur van aspirant-huisartsen om in een achterstandswijk een praktijk te openen. Deze is echter niet statistisch significant.

In een poging aspirant-huisartsen en haio's warm te maken voor een huisartspraktijk in Amsterdam, nodigde de Amsterdamse Huisarts Vereniging in 2002 Haio's en pas afgestudeerden uit voor een voorlichtingsavond. 21 van de 42 aanwezigen wilden echter liefst niet in een achterstandswijk gaan werken, en zeker niet in een solo-praktijk in een dergelijke wijk. Het meest aantrekkelijk bleek een parttime baan te zijn in een groepspraktijk in Oud-West of De Pijp, wijken met een gemengde stadsbevolking waar de stadsvernieuwing is geslaagd.

8 Ontwikkelingen huisartsenzorg: discussie

In dit tweede deel hebben we een antwoord willen geven op de volgende vragen:

- Welke ontwikkelingen met betrekking tot de werklast van de huisartsen, en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de achterstandswijken zijn er geweest en wat zijn de ontwikkelingen sinds de oprichting van het achterstandsfonds?
- Wat is de huidige situatie met betrekking tot het vestigingsklimaat en de beschikbaarheid van de huisartsenzorg in achterstandswijken en wat zijn de ontwikkelingen sinds de oprichting van het achterstandsfonds?

De situatie van de huisartsenzorg in achterstandswijken, de samenhang van deze situatie met het niveau van achterstand en de vergelijking met de huidige huisartsenzorg in praktijken zonder patiënten uit achterstandswijken kwamen aan bod in hoofdstuk 6 en bijlage 3. De ontwikkelingen sinds 1997 in praktijken met patiënten uit achterstandswijken werd in hoofdstuk 7 vergeleken met de ontwikkelingen in praktijken zonder patiënten uit achterstandswijken. We zullen de bevindingen in deze twee hoofdstukken samen bespreken en proberen een overzicht te schetsen van de evolutie over vijf jaar van de huisartsenzorg in achterstandswijken tot de dag van vandaag en dat in vergelijking met de situatie in de praktijken zonder achterstandswijken. Waar deze situatie in praktijken met patiënten uit achterstandswijken positief evolueerde of tenminste niet verslechterde ten opzichte van de overige praktijken zou dit te danken kunnen zijn aan het “beleid achterstandswijken” van de LHV, de Districts Huisartsen Verenigingen en de zorgverzekeraars.

8.1 Toegankelijkheid

Toegankelijkheid van huisartspraktijken lijkt overal significant afgenomen in vergelijking met vijf jaar terug. Praktijken met en zonder patiënten uit achterstandswijken lijken in dit opzicht naar elkaar toe gegroeid. In vergelijking met de andere praktijken blijven praktijken in achterstandswijken gemiddeld vier uur minder direct toegankelijk, zijn nu drie uur minder telefonisch bereikbaar tegenover negen uur vijf jaar terug, en nog slechts een kwart hebben een inloopspreekuur tegen 45% vijf jaar geleden. De afname in telefonische bereikbaarheid was veel sterker in de andere praktijken. De algemeen dalende trend in toegankelijkheid heeft ook het achterstandsbeleid niet kunnen tegenhouden. Wel is er een sterke toename van het aantal huisartsen met speciale spreekuren. Hier hebben de praktijken met patiënten uit achterstandswijken een inhaalslag gemaakt, en dat kan dan misschien aan de extra assistentie via het achterstandsfonds of de opslag worden toegeschreven.

Het gebruik van call-centra is dubbel zo hoog in praktijken met minstens 40% patiënten uit achterstandswijken in vergelijking met de andere huisartsen. Over de vraag of call-centra de toegankelijkheid voor de huisartsenzorg nu juist verhogen of verlagen is discussie mogelijk.

8.2 Werklast

Huisartsen zijn in beide groepen gemiddeld 14 tot 15% minder uren per week gaan werken. Dat heeft er toe geleid dat het verschil in praktijkgrootte per volledige fte (40 uren per week werkzaam), dat in 1997 reeds tussen beide groepen huisartsen bestond, gelijk is gebleven. De praktijken van huisartsen met patiënten uit achterstandswijken zijn per volledige fte gemiddeld genomen nog steeds kleiner dan bij hun collega's en er is een duidelijk verband met het niveau achterstand. Dit is zeer duidelijk bij praktijken met het hoogste percentage patiënten uit achterstandswijken: die zijn per fte 18% kleiner dan praktijken zonder patiënten uit achterstandswijken.

Aangezien het percentage ziekenfondspatiënten gemiddeld minder sterk is gedaald in achterstandspraktijken, is het verschil met de andere praktijken groter geworden: gemiddeld bedraagt dit verschil nu 10,8% ten opzichte van 9,2% in 1997, maar in de hoogste categorie achterstand loopt dat verschil op tot 23,7% ten opzichte van praktijken zonder patiënten uit achterstandswijken. Kleinere praktijken blijven natuurlijk niet zonder financiële gevolgen voor huisartspraktijken in achterstandswijken. Daar is de toeslag op het abonnementstarief in eerste instantie dan ook voor bedoeld.

Er is duidelijk een andere praktijkvorm ontstaan in achterstandswijken: huisartsen werken meer samen in duo of groepspraktijken en dat is opnieuw het duidelijkst bij huisartsen met het hoogste percentage patiënten uit achterstandswijken. Daar werkt slechts nog een kwart solo. Wat groeps- en duopraktijken betreft is er echter geen toename te zien ten opzichte van 1997, integendeel. HOED-praktijken worden meestal beschouwd als solopraktijken onder één dak. Twintig tot 30% maakt gebruik van projecten van het achterstandsfonds voor HOED-vorming. Opvallend dat dit in de groep met meer dan 80% patiënten uit achterstandswijken slechts 11% is. Het is niet duidelijk waarom huisartsen in die situatie weinig van HOED-vorming gebruik maken. Misschien komt dit omdat reeds meer dan 73% een duo- of groepspraktijk hebben, maar het kan ook zijn dat huisartsen in deze wijken het te druk hebben om nieuwe praktijkvormen op te zetten.

De praktijken in achterstandswijken maken significant meer gebruik van allerlei vormen van assistentie en ondersteuning: HBO-ers, praktijkverpleegkundigen, voorlichters-eigen-taal-en-cultuur, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Opnieuw is er een verband met het niveau achterstand en dus het duidelijkst in de groep met het hoogste percentage achterstand. Op het vlak van assistentie zijn de veranderingen ten opzichte van 1997 wel het meest opvallend en duidelijk verschillend tussen praktijken met en zonder patiënten uit achterstandswijken. De grote verschillen betreffen het inschakelen van praktijkverpleegkundigen, een nieuwe professie die in 1997 nog nauwelijks bestond. Maar deze vorm van assistentie is bijna dubbel zo sterk toegenomen in praktijken met patiënten uit achterstandswijken ten opzichte van de praktijken zonder. Dit geldt evenzeer voor andere vormen van assistentie zoals de sociaal verpleegkundigen. De Voorlichters

Eigen Taal en Cultuur vormen een speciale groep: ook dit is een nieuwe vorm van ondersteuning en is bijna vervijfvoudigd in achterstandspraktijken. Het grote verschil met de andere praktijken kan natuurlijk ook voortkomen uit het feit dat de nood aan deze vorm van assistentie daar niet zo groot is, omdat er in deze wijken weinig of geen allochtonen wonen. Echter, de grote verschillen die er bestaan tussen beide groepen huisartsen in de toename van de eerder beschreven vormen van assistentie, laten vermoeden dat het “beleid achterstandswijken” hier wel een ondersteunend effect heeft gehad. Dat kunnen we opnieuw ook afleiden uit het gebruik van de opslag door huisartsen met patiënten uit achterstandswijken: 60% of meer gebruikt een deel van de opslag en van de projecten van het achterstandsfonds voor extra assistentie of praktijkverpleegkundige. Praktijkondersteuning op HBO-niveau, eveneens een vorm van assistentie die slechts per 1999 is ingevoerd, is in gelijke mate in beide groepen huisartsen ingevoerd. Deze vorm van assistentie valt onder een convenant tussen de LHV, VWS en ZN (van den Berg en de Bakker, 2003). De structurele financiering is intussen stopgezet, en wordt nu afhankelijk van contracten tussen zorgverzekeraars en huisartsen.

Avond-, nacht en weekenddiensten vormden één van de knelpunten van de huisartsenzorg, omdat huisartsen moeite hadden met de belasting die deze diensten met zich meebrachten. Zo is er een nieuwe vorm van dienstenstructuur ontstaan: de centrale huisartsenpost. Dit kan daarom niet vergeleken worden met vijf jaar geleden. De evolutie is overal zo snel gegaan dat nu bijna overal huisartsenposten zijn en bijna alle huisartsen hiervan gebruik maken. Toch stijgt het aantal praktijken dat gebruik maakt van een centrale huisartsenpost met het niveau van achterstand waarbij de groep met het hoogste percentage patiënten uit achterstandswijken voor 100% van deze dienstenstructuur gebruik maakt ten opzichte van 86% van de praktijken zonder patiënten uit achterstandswijken. Het is het tweede belangrijkste soort project uit de achterstandsfonds waarvan een kleine 40% van de huisartsen met patiënten uit achterstandswijken gebruik hebben gemaakt. Huisartsenposten worden nu structureel gefinancierd. Waarneemgroepen bestaan vooral nog in plattelandsgebieden. Huisartsen in achterstandswijken moeten significant minder diensten draaien. Het draaien van minder diensten komt door de grotere verbanden waarin deze artsen diensten draaien in de grote steden. Men besteedde diensten ook niet meer uit dan vijf jaar terug, maar wanneer men het wel wilt, lukt het overal vaker om dit te doen. Meer dan een derde geeft aan dat ze een deel van de opslag hiervoor gebruiken. Huisartsen blijven overal diensten als licht belastend ervaren, maar wel minder als er gebruik gemaakt wordt van een huisartsenpost. Die ervaren belasting is overal wel significant gedaald ten opzichte van 1997.

Voor de uiteindelijke werkbeleving en ervaren werkbelasting is niet alleen de organisatie van het eigen werk en de logistieke ondersteuning van belang, maar natuurlijk ook de werkomgeving en de samenstelling van de patiëntenpopulatie. We zagen al dat gemiddeld 70% tot 87% van de patiëntenpopulatie in achterstandswijken uit ziekenfondspatiënten bestaat. Het aantal lastige patiëntencontacten veroorzaakt door de patiënten zelf ligt nog altijd hoger in praktijken met patiënten uit achterstandswijken, alhoewel het eisend gedrag bijvoorbeeld overal in gelijke mate is gedaald. Agressie is niet veranderd en lastige contacten omwille van taalproblemen zijn significant toegenomen. En dat dus ondanks het inschakelen van de VETCers. Ook de meeste andere lastige contacten bleven

van dezelfde grootteorde. Wel zijn parkeerproblemen toegenomen, evenals de slechte bereikbaarheid van hulpdiensten en de lastig te regelen ziekenhuisopnames. De veranderingen ten opzichte van vijf jaar terug zijn echter niet verschillend tussen huisartspraktijken met en zonder achterstand, behalve de contacten met taalproblemen die in praktijken zonder achterstand op hetzelfde laag niveau bleven en de agressie die daar sterk daalde. Het gemiddeld aantal contacten met onverzekerden bleef hoger in praktijken met patiënten uit achterstandswijken, maar nam niet toe in vergelijking met 1997. Wel wordt de hulp aan onverzekerden nu overal meer betaald. Contacten met NONI's komen meer voor in achterstandswijken. Samengevat kunnen we zeker vaststellen dat het voorkomen van lastige contacten in achterstandswijken zeker niet verminderd is, integendeel. Dat kan men ook afleiden uit het feit dat artsen in achterstandswijken in het algemeen vinden dat ze meer te maken hebben met lastige patiëntengroepen dan artsen zonder patiënten uit achterstandswijken.

Samen genomen leidt dit alles ertoe dat artsen met patiënten uit achterstandswijken toch minder tevreden blijven met de beschikbare tijd voor allerlei aspecten in vergelijking met hun collega's. Alle artsen zijn meer tevreden dan vijf jaar terug over de beschikbare tijd voor gezin en vrije tijd, maar minder met de tijd die ze hebben per patiënt. Die veranderingen verschillen niet tussen beide groepen. De totale ervaren tijdsdruk is onveranderd in praktijken in achterstandswijken, maar verminderde duidelijk elders. Op de Utrechtse Burn-Out Schaal scoren huisartsen met patiënten uit achterstandswijken hoger op vlak van emotionele uitputting en depersonalisatie, maar alleen significant op de laatste. Ook voelen ze zich iets minder bekwaam. Het gevoel van persoonlijke bekwaamheid nam wel significant af in beide groepen huisartsen ten opzichte van 1997.

8.3 Beschikbaarheid en vestigingsklimaat

De arbeidstijd in uren per week is buiten en binnen achterstandswijken in gelijke mate afgenomen, waardoor huisartsen in achterstandswijken nog steeds gemiddeld minder uren per week werken. Het beleid achterstandswijken met zijn financiële vergoeding voor de huisartsen heeft er niet toe geleid dat men in achterstandswijken minder in deeltijd is gaan werken. Of men kan het natuurlijk ook omdraaien en zeggen dat dit beleid er juist voor gezorgd heeft dat huisartsen in staat waren om meer in deeltijd te gaan werken, onder andere door de financiële toeslag, en zo het werk in achterstandswijken juist vol te houden. Het feit dat hoe groter het percentage patiënten uit achterstandswijken in de praktijk, hoe meer huisartsen van de opslag gebruik maken om hun praktijk te verkleinen, wijst in deze richting. De vergoeding maakt dus kleinere praktijken mogelijk en zou dus mede aan de basis kunnen liggen van het verdwijnen van een aantal fte's of dus een kleinere beschikbaarheid aan huisartsen vergeleken met 1997. Het bestaande vestigingsklimaat in de achterstandsgebieden blijkt niet verbeterd te zijn: er zijn evenveel huisartsen als vijf jaar terug, maar een stuk minder in fte's. Bij aspirant huisartsen is er nauwelijks een toename van de bereidheid om in achterstandswijken te gaan werken. Maar bij artsen die eventueel geïnteresseerd zijn om een praktijk in Amsterdam te openen, was de helft wel bereid om in een achterstandswijk te werken.

Anderzijds er een positief saldo in de gebieden rond de achterstandswijken, en is de toename daar het sterkst in vergelijking met alle andere gebieden in Nederland. Een deel van de patiënten uit achterstandsgebieden kunnen ook bij deze huisartsen terecht, en deze huisartsen genieten eveneens van het achterstandsbeleid. Het saldo aan fte's over achterstandsgebieden en aangrenzende gebieden blijft echter negatief.

De helft van de praktijken zijn gesloten voor nieuwe patiënten en een vijfde van de huisartsen met patiënten uit achterstandswijken gebruikt een deel van de opslag om geen nieuwe patiënten meer in te schrijven. Desondanks worden er in achterstandspraktijken gemiddeld toch meer nieuwe patiënten ingeschreven. Dat kan natuurlijk te wijten zijn aan een grotere mobiliteit van mensen in de grote steden. De totale daling aan fte's en de gesloten praktijken moeten wel leiden tot meer contacten met NONI's.

8.4 Niveau van achterstand

In veel analyses waar de praktijken zijn uitgesplitst naar het niveau van achterstand, valt het op dat het verband tussen werklastfactoren en toegankelijkheid vooral toeneemt vanaf de groep huisartsen met minimaal 40% patiënten uit achterstandswijken in hun populatie. Dan lijkt de problematiek sterk toe te nemen in vergelijking met de drie lagere categorieën.

Wanneer we ons toespitsen op de "echte" achterstandspraktijken, waar zowat de hele patiëntenpopulatie uit een achterstandswijk komt, dan krijgen we een duidelijker beeld van de situatie op dit ogenblik en waar de mogelijke bijdrage van het "beleid achterstand" zich kan uitkristalliseren.

De praktijken in deze categorie achterstand zijn het kleinst, ook per volledige fte, zien het kleinste aantal patiënten per dag en hebben het hoogste percentage ziekenfondspatiënten. Dit alles moet consequenties hebben voor het inkomen van deze huisartsen. Deze praktijken zijn het minste uren bereikbaar, maar een grote meerderheid heeft één of andere vorm van speciale spreekuren en slechts minder dan de helft is gesloten voor nieuwe patiënten. Alle huisartsen in deze categorie in onze steekproef maken gebruik van een centrale huisartsenpost voor de avond-, nacht en weekenddiensten. Wat vooral opvalt is dat slechts nog een kwart van deze huisartsen een solopraktijk hebben en dat zij het hoogste percentage aan verschillende vormen van assistentie vertonen. Ze hebben niet direct het grootste aantal lastige patiëntencontacten, die vallen vooral in de categorieën met 40 tot 80% patiënten uit achterstandswijken. Indien artsen nog nieuwe patiënten inschrijven, gebeurt dit in deze groep het vaakst en contacten met NONI's komen in deze categorie dan ook minder voor. Ze hebben daarentegen het meest te maken met onverzekerden. Op vlak van werkbeleving zijn de huisartsen in deze categorie niet direct minder tevreden met de beschikbare tijd, maar wel met de tijd die ze beschikbaar hebben per patiënt. Ze ervaren de tijdsdruk het minst hoog. Wel scoren ze hoger op vlak van emotionele uitputting, depersonalisatie en vinden ze zichzelf persoonlijk het minst bekwaam. Het extra abonnementstarief in deze groep wordt het meest van alle categorieën huisartsen gebruikt voor praktijkverkleining. De toeslag gaat in deze groep voornamelijk naar praktijkassistentie.

8.5 Samenvatting

Samengevat zou men uit het bovenstaande het volgende kunnen besluiten:

Toegankelijkheid:

- Gemiddeld is de helft van de praktijken met patiënten uit achterstandswijken gesloten voor nieuwe patiënten; in de achterstandswijken zelf is het iets minder dan de helft.
- De directe en telefonische toegankelijkheid van de huisartsenzorg in achterstandswijken blijft lager dan in de rest van Nederland.
- De telefonische bereikbaarheid blijft lager dan in de rest van het land.
- Ondanks een sterke daling in het aantal praktijken met inloopsprekuren, blijven er meer praktijken met patiënten uit achterstandswijken met deze vorm van spreekuren naast het afspraakspreekuur.
- De achterstandswijken hebben een inhaalslag gemaakt wat de speciale spreekuren betreft en komen hiermee op hetzelfde niveau als in de rest van het land.

Werklast:

- Praktijken van huisartsen met patiënten uit achterstandswijken zijn per volledige fte gemiddeld genomen nog steeds kleiner dan bij hun collega's: praktijken met het hoogste percentage patiënten uit achterstandswijken zijn per fte 18% kleiner dan praktijken zonder patiënten uit achterstandswijken.
- Huisartsen in achterstandsgebieden werken minder solo dan elders, maar de situatie is niet echt veranderd ten opzichte van 1997.
- Het aantal lastige patiëntencontacten in achterstandswijken is niet echt afgenomen en nog steeds hoger dan elders. Contacten met taalproblemen en lastig te regelen ziekenhuisopnames zijn significant toegenomen sinds 1997. Er zijn significant meer contacten met onverzekerden en met NONI's dan elders.
- Ondanks het inschakelen van VETCers blijft de ruime multiculturele populatie in een achterstandswijk een extra belasting.
- Het duidelijkst profileren praktijken met patiënten uit achterstandswijken zich van andere praktijken door uitgebreide praktijkondersteuning op HBO-niveau en met praktijkverpleegkundigen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en allochtone zorgconsulenten (VETC-ers).
- De toename in praktijkondersteuning is voor alle vormen significant groter dan elders in het land.
- Het gebruik van de huisartsendienstenstructuur in de vorm van een centrale huisartsenpost is in achterstandswijken bijna 100%. De huisartsen in achterstandswijken hoeven hierdoor minder diensten te draaien en de belasting wordt als minder zwaar ervaren dan vijf jaar terug.
- Huisartsen in achterstandswijken blijven minder tevreden over de beschikbare tijd per patiënt, tijd voor praktijk en nascholing, voor gezin en vrije tijd dan de overige huisartsen. Wel is de tevredenheid over de beschikbare tijd voor gezin en vrije tijd overal in gelijke mate toegenomen ten opzichte van vijf jaar geleden, en in gelijke mate afgenomen wat de beschikbare tijd per patiënt betreft.
- De ervaren tijdsdruk blijft hoger in achterstandswijken en op vlak van de Burn-Out schaal blijven huisartsen in achterstandswijken hogere scores. Het gevoel van

persoonlijke bekwaamheid is in gelijke mate als elders in het land significant afgenomen.

Beschikbaarheid en vestigingsklimaat:

- De beschikbaarheid van de huisartsenzorg in achterstandswijken is achteruitgegaan omdat de even grote daling in fte als in de rest van Nederland hier niet volledig werd opgevangen door een stijging in het aantal beschikbare huisartsen.
- Dit is waarschijnlijk één van de oorzaken dat er in achterstandsgebieden meer contacten zijn met NONI's.
- De beschikbaarheid is wel toegenomen in de omliggende wijken grenzend aan achterstandsgebieden.
- Het bestaande vestigingsklimaat in de achterstandsgebieden blijkt niet verbeterd te zijn: er zijn evenveel huisartsen als vijf jaar terug, maar een stuk minder in fte's. Bij aspirant huisartsen is er nauwelijks een toename van de bereidheid om in achterstandswijken te gaan werken ondanks de toeslag en de extra mogelijkheden voor assistentie.

Beleid huisartsenzorg achterstandsgebieden:

- De opslag voor ziekenfondsverzekerden uit achterstandswijken wordt naarmate men meer patiënten uit achterstandswijken heeft in sterkere mate ingezet voor extra-assistentie, praktijkverkleining, het beperken van nieuwe inschrijvingen en het uitbesteden van diensten.
- Naarmate men meer patiënten uit achterstandswijken heeft maakt men ook meer gebruik van het achterstandsfonds en dat betreft dan eveneens praktijkassistentie, praktijkverpleegkundige en dienstenstructuur. Een derde van deze huisartsen maakt eveneens gebruik van automatiseringsprojecten en ondersteuning van HOED-vorming.

De achterstandspraktijk met > 80% ziekenfondspatiënten uit een achterstandsgebied:

- Is het kleinst, ook per volledige fte, ziet het kleinste aantal patiënten per dag en heeft het hoogste percentage ziekenfondspatiënten.
- Is het minste uren per week bereikbaar, maar heeft één of andere vorm van speciale spreekuren en minder dan de helft van deze praktijken is gesloten voor nieuwe patiënten.
- Maakt gebruik van een centrale huisartsenpost voor de avond-, nacht en weekenddiensten.
- Verschillende huisartsen werken er samen in duo- of groepsverband.
- Heeft het hoogste percentage aan verschillende vormen van assistentie.
- Heeft niet direct het grootste aantal lastige patiëntencontacten, die vallen vooral in de categorieën met 40 tot 80% patiënten uit achterstandswijken.
- Indien nog nieuwe patiënten kunnen ingeschreven worden, gebeurt dit in deze praktijk het vaakst en contacten met NONI's komen in deze categorie dan ook minder voor.
- Heeft daarentegen het meest te maken met onverzekerden.

- De huisartsen in deze praktijk zijn niet minder tevreden met de beschikbare tijd in vergelijking met andere huisartsen met achterstandspatiënten, behalve met de tijd die ze beschikbaar hebben per patiënt. Ze ervaren de tijdsdruk het minst hoog.
- Deze huisartsen scoren wel hoger op vlak van emotionele uitputting, depersonalisatie en vinden ze zichzelf persoonlijk het minst bekwaam.
- De toeslag op het abonnementstarief wordt in deze groep vooral gebruikt voor praktijkverkleining en praktijkassistentie.

9 Conclusies en aanbevelingen

Zoals we reeds in de inleiding schreven, stelt het RIVM in het rapport “Zorg in grote steden” (Verkleij en Verheij, 2003) vast dat de zorgvraag in de grote steden omvangrijker, diverser en complexer is dan elders; de werklust van de huisartsen is er hoger; de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg staan er extra onder druk; de knelpunten in de zorg nemen de komende jaren waarschijnlijk toe, onder andere ook door huisvestingsproblemen en marktwerking. Om hieraan het hoofd te bieden beveelt het rapport onder andere aan om voorrang te geven aan het versterken van de eerste lijn in de achterstandswijken en rekening te houden met de grote zorgzwaarte, samenwerkingsverbanden te stimuleren en het werken voor zorgverleners in deze gebieden aantrekkelijker te maken. Om te voorkomen dat de beschikbaarheid van de huisartsenzorg in achterstandsgebieden in gevaar zou komen, heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) maatregelen getroffen die uiteindelijk gestalte hebben gekregen in de vorm van de achterstandsvergoeding voor huisartsen.

Vanaf midden 1996 is de systematiek in werking getreden aan de hand waarvan stedelijke achterstandsgebieden voor de huisartsenzorg werden geïdentificeerd. Voor elke ziekenfondspatiënt uit deze gebieden ontvangen de huisartsen een toeslag op het abonnementstarief. Bovendien wordt voor iedere ziekenfondspatiënt woonachtig in een erkend achterstandsgebied, een bedrag gestort in een lokaal achterstandsfonds dat wordt beheerd door de DHV en de regionale zorgverzekeraar.

Het beleid is samen te vatten in de volgende drie doelstellingen:

- behoud van de beschikbaarheid van kwalitatief goede huisartsenzorg in achterstandsgebieden;
- opheffen van de discrepantie tussen werklust en inkomen; en
- behoud van het plezier in het werk van de huisartsen in achterstandsgebieden.

Het huidige onderzoek heeft getracht het bovenstaande beleid te evalueren door de werksituatie van de huisartsen in 2002 te meten en te vergelijken met de situatie in 1997. Die vergelijking is tegelijkertijd gemaakt voor huisartsen met patiënten uit achterstandsgebieden en voor huisartsen zonder patiënten uit deze gebieden. Er is dan gekeken welke richting deze veranderingen in de tijd opgingen en of het uitmaakte of een huisarts in zekere mate te maken had met achterstandsproblematiek of niet.

Daarnaast is uit alle beschikbare documenten op niveau van de betrokken DHV's, nagegaan hoe het geld uit de fondsen in de loop der tijd is toegepast om de huisartsenzorg in de achterstandswijken in stand te houden en aantrekkelijker te maken (Deel I; zie conclusies onder hoofdstuk 4).

De achterstandsproblematiek op het niveau van de populatie is zeker niet verminderd ten opzichte van 1997. Lastige patiëntencontacten zijn niet afgenomen, hulpdiensten

moeilijker bereikbaar en ziekenhuisopnames moeilijker te regelen. De ervaren tijdsdruk onder huisartsen in achterstandsgebieden en risico op burn-out blijft hoger.

Praktijken in achterstandswijken zijn voor het grootste deel praktijken van één of andere vorm van samenwerkende huisartsen geworden met veel en meerdere vormen van assistentie. Om al deze vormen van assistentie te kunnen waar maken wordt zowel van de opslag als van de fondsen gebruik gemaakt. De huisarts in een achterstandswijk wordt geassisteerd in de zorg aan een lastigere patiëntenpopulatie. Die extra-assistentie wordt mogelijk gemaakt en gefinancierd door het achterstandsbeleid. Voor praktijkondersteuning op HBO-niveau is nu structurele financiering geregeld, maar VWS heeft de financiële middelen niet meer wordt uitgebreid.

Het is duidelijk dat huisartsen in achterstandswijken actief gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheden die het beleid achterstandswijken hen bood, om de werkbelasting materieel te verkleinen en het financieel uit te houden ondanks de kleinere praktijken en het lager aantal fte's. Het lagere inkomen dat hieruit zou voortvloeien wordt gecompenseerd door de opslag en de uitgebreide ondersteuning door opslag en fondsen. Dat kan bijgedragen hebben aan het feit dat de beschikbaarheid aan huisartsenzorg in achterstandswijken zelf achteruit is gegaan, maar het lijkt erop dat dit deels opgevangen wordt door een toename in de beschikbaarheid in de omliggende wijken. Veel huisartsen merkten in de enquête op dat de extrabelasting van toenemende administratieve en managementtaken onder andere door het uitbreiden van allerlei vormen van ondersteuning en samenwerking met collega's in dit onderzoek niet goed aan bod kwam.

Het verband tussen achterstand en verschillende indicatoren van werkbelasting en praktijkorganisatie wordt vaak vooral duidelijk vanaf de categorie huisartsen met 40% of meer patiënten uit achterstandswijken.

Hoe meer patiënten uit achterstandswijken in de praktijk, hoe meer er van de achterstandsfondsen is gebruik gemaakt. Dat zal ook wel te maken hebben met de mogelijkheden in de vier grote steden, die over substantieel grotere fondsen beschikken. Een groot deel van de huisartsen gebruiken de toeslag en fondsen voor projecten voor dezelfde doelen: extra-assistentie en diensten. De huisartsendienstenstructuur wordt nu structureel gefinancierd. Bijna de helft van de huisartsen in achterstandswijken heeft ooit wel eens zelf een project aangevraagd en een even groot percentage had ooit eens een afwijzing op een aanvraag gehad. Men kan hieruit opmaken dat het grootste deel van de huisartsen in deze wijken niet zo gemakkelijk met eigen initiatieven of ideeën komt. Zij maken eerder gebruik van projecten die op niveau van de respectievelijke DHV's zelf worden ontwikkeld. Een rem op het zelf aanvragen van projecten ligt voor een aantal huisartsen ook hier op het vlak van de bureaucratie en administratieve 'rompslomp'.

Uit het bovenstaande wordt duidelijk dat de huisartsenzorg in achterstandswijken onder druk blijft staan wat beschikbaarheid en toegankelijkheid betreft. De veranderingen in de tijd lijken even groot als elders in het land, maar lijken moeilijker op te vangen. Het lijkt er eveneens op dat de lastige problemen met bepaalde patiëntengroepen, en contacten in achterstandswijken, op bepaalde vlakken nog zijn toegenomen in vergelijking met vijf

jaar geleden. Er is echter een duidelijk nieuwe vorm van huisartspraktijk ontstaan met uitgebreide vormen van praktijkondersteuning, spreekuren gericht op speciale doelgroepen, het toenemend gebruik van call-centra en het volledig gebruik van de centrale huisartsenpost als huisartsendienstenstructuur. Hiervoor wordt er door een overgrote meerderheid van de huisartsen in achterstandswijken gebruik gemaakt zowel van de individuele opslag als van de achterstandsfondsen.

Uit het voorgaande blijkt ook duidelijk dat niet alleen van de toeslag, maar ook de fondsen gebruik is gemaakt om het werken in achterstandswijken aantrekkelijker te maken. De fondsen hebben een toegevoegde waarde bovenop de individuele toeslag, vooral door het opzetten van nieuwe initiatieven en experimenten die in een later stadium door structurele financiering kunnen overgenomen worden (zie assistentie en dienstenstructuur). De fondsen hebben projecten gecreëerd volgens de afgesproken criteria binnen het beleidskader en lokaal beleid gevoerd zoals in het achterstandsfondsenbeleid afgesproken was. Middelen zijn besteed aan projecten of bewaard voor voorzieningen en aangegane langdurige verplichtingen. De middelen zijn voornamelijk besteed aan personele ondersteuning en praktijkorgansiatie. Het is niet duidelijk hoeveel zuiver aan overhead besteed werd en effecten of resultaten van projecten kunnen in deze evaluatie niet meegenomen worden bij gebrek aan projectevaluaties. De samenwerking met zorgverzekeraars kan nog beter om een gezamenlijk inhoudelijk beleid uit te werken als antwoord op de specifieke problemen van de huisartsenzorg in achterstandswijken. De mindere beschikbaarheid aan huisartsenzorg wordt meer en meer een zorg voor de zorgverzekeraars.

Het 'beleid achterstandswijken' heeft bijgedragen aan het feit dat huisartsen het in de wijken hebben volgehouden, en dat ondanks de blijvende druk op de huisartsenzorg in achterstandswijken. Dit ging wel voor een deel ten koste van de beschikbaarheid en toegankelijkheid vooral omdat men meer in deeltijd is kunnen gaan werken. De toegankelijkheid is echter in gelijke mate afgenomen als buiten de achterstandsgebieden. Het 'beleid achterstandswijken' heeft een dalende beschikbaarheid niet kunnen voorkomen, maar hoogstwaarschijnlijk wel afgeremd. Ondanks alle inspanningen en inzet van middelen is het vestigingsklimaat voor huisartsen in achterstandswijken onvoldoende verbeterd. Hier ligt een verantwoordelijkheid niet alleen voor de LHV, DHV en zorgverzekeraars, maar ook voor alle andere belanghebbenden en medespelers op dit terrein zoals de lokale overheden en de nationale overheid (Verkleij, 2003-2; van Dijk, 2003; Verhoeff, 2003; Klijsma, 2003; Koornstra, 2003; Peters, 2003; Kalis, 2003).

Dit leidt tot de volgende aanbevelingen:

- Naar aanleiding de nieuwe financieringssystematiek die op dit moment ter discussie staat dient het aanbeveling dat LHV en ZN rekening houden met de gevolgen die deze nieuwe systematiek zal hebben voor de huisartsen in achterstandsgebieden.
- Het beleid rond huisartsenzorg in achterstandswijken moet bij alle regionale achterstandsfondsen een gezamenlijke verantwoordelijkheid worden van zorgverzekeraars en DHV en gemeenschappelijk worden ontwikkeld. In een aantal regionale achterstandsfondsen wordt al in de paritaire commissies gemeenschappelijk beleid ontwikkeld door DHV en zorgverzekeraar.

- Het vestigingsklimaat in achterstandswijken dient de nodige aandacht: hier is behoefte aan verbetering van het imago en het creëren van aantrekkelijke werkstructuren (groepsverbanden, praktijkondersteuning, administratieve ondersteuning, faciliteren door gemeenten van groepspraktijken en gezondheidscentra).
- Er blijven extra middelen nodig om bestaande verouderde praktijken zodanig te moderniseren dat het ook voor jonge huisartsen aantrekkelijk wordt zich in deze praktijken te vestigen.
- Er is behoefte aan een agenda voor de toekomst: capaciteitsproblemen in de huisartsenzorg zullen alleen maar toenemen de komende jaren. Praktijken zullen in staat moeten worden gesteld om voor meer patiënten zorg te leveren. Er zal geëxperimenteerd moeten worden met nieuwe vormen met uitgebreidere ondersteuning, selectie van patiënten vooraf eventueel door call-centra en/of door nieuwere beroepsgroepen als nurse-practioners of praktijkondersteuners op Hbo-niveau.
- De bureaucratische rompslomp die samenwerking tussen huisartsen in grotere verbanden en personele ondersteuning met zich meebrengen remt eerder af. Artsen zouden zich moeten kunnen concentreren op hun hoofdtaken. Het verdient aanbeveling de bedrijfsmatige aspecten van de praktijkvoering aan andere functies te delegeren.
- De subjectieve werkbeleving wordt mede gehinderd door bewerkelijke patiëntencontacten: de problemen met de bereikbaarheid van hulpdiensten, moeilijke ziekenhuisopnames en parkeerproblemen voor huisartsen moeten dringend aangepakt worden.
- De multiculturele problematiek wordt niet alleen door het inschakelen van VETCers opgelost: hier blijft de behoefte aan verdere initiatieven bestaan zoals bijvoorbeeld uitwisselingen van ervaringen met de huisartsen die zorg leveren aan asielzoekers. Het verdient aanbeveling te komen tot de ontwikkeling van een programma voor de ontwikkeling van huisartsenzorg binnen een multiculturele context.
- Het dalende zelfvertrouwen en beoordelen van de persoonlijke bekwaamheid onder huisartsen duidt op de noodzaak aan herstel van het imago van de huisarts en maatschappelijke erkenning dat huisartsenzorg in een achterstandswijk vanwege de complexiteit en bewerkelijkheid van de zorg extra zwaar is.
- De financiering van praktijkondersteuning moet een structurele financiering blijven en worden uitgebreid. Alleen een dergelijke financiering biedt garanties voor de continuering van de huisartsenzorg in probleemwijken. Ofwel moeten er alternatieven bedacht worden die de functie van praktijkondersteuning op een andere manier ondervangen.
- Gezien de noodzaak van praktijkverkleining en deeltijdse arbeid om de werkdruk en werkbelasting in achterstandswijken vol te houden, dient een vorm van inkomenscompensatie zoals de bestaande opslag gecontinueerd te worden.
- Verschillende initiatieven zijn gestart dankzij het bestaan van de achterstandsfondsen. De kracht van deze fondsen bestaat in de mogelijkheid om experimenten uit te proberen die aan lokale noden voldoen en bijna alle artsen in achterstandswijken hebben hier gebruik van gemaakt. Individuele huisartsenoverstijgende problematiek kan op deze manier aangepakt worden en specifiek beleid kan per DHV in

samenwerking met de zorgverzekeraars ontwikkeld worden. Dit lijkt de toegevoegde waarde te vormen van de fondsen boven de individuele ondersteuning van huisartsen. Op één of andere manier zou de mogelijkheid tot structurele ondersteuning van de huisartsenzorg in achterstandsgebieden en om te experimenteren met nieuwe alternatieven moeten blijven bestaan. Er zou onderzocht moeten worden hoe dit in de praktijk gecontinueerd kan worden waarbij de doelgroepen huisartsen en misschien patiëntenorganisaties meer betrokken kunnen worden.

- Projecten zouden duidelijke doelen en uitkomsten moeten hebben, waarop hun direct effect geëvalueerd kan worden.
- Evaluaties naar effectiviteit en efficiency moeten een standaardonderdeel worden van projecten.
- In het kader van het implementeren van ‘good practices’ zou het uitstralingseffect van effectieve projecten en initiatieven, die in het kader van het beleid achterstandsgebieden ontwikkel worden, naar niet-achterstandswijken bevorderd moeten worden.
- DHVen hebben elk hun lokale aanpak: lokale ideeën en resultaten van lokale initiatieven zouden meer uitgewisseld moeten worden tussen de verschillende DHVen en eventueel zorgverzekeraars.
- De onder druk staande beschikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenzorg in deze wijken vraagt om een continue monitoring om op tijd problemen op dit vlak te onderkennen en te kunnen opvangen.
- Bovenstaande vraagt om een onderzoek om de aard en de omvang van de NONI-problematiek in kaart te brengen.
- Het verdient aanbeveling de komende jaren projecten meer te richten op de zorgvragers om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg verder te vergroten.
- Het verdient aanbeveling om zowel de huisartsen in achterstandswijken als patiëntenorganisaties meer bij de ontwikkeling van de inhoud van de zorg te betrekken.
- Betrokkenheid van de gemeentelijke overheid bij de huisartsenzorg in achterstandswijken dient vergroot te worden. De huisartsenzorg dient integraal onderdeel uit te maken van de gemeentelijke planontwikkeling rond stad en wijkvernieuwing. Ook afstemming van beleid rond huisartsenzorg in achterstandswijken en publieke gezondheidszorg is hierbij van belang.
- Onderzocht zou moeten worden of het zin heeft om andere partijen zoals patiëntenorganisaties (ook allochtone) en overheid bij het achterstandsbeleid van de DHVen en zorgverzekeraars te betrekken.

Literatuur

- Bakker D de. *Afstemming van werkgebieden in Rotterdam*. TSG, 1986; 64 (23): p.725-726
- Berg M. van den en Bakker D. de. Meta-analyse. Introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2003.
- Dierendonck D van, Groenewegen PP, Sixma H. *De 'opgebrande huisarts'*. Huisarts in Nederland, 1992; 3 (3): p.9-15
- Dijk P van, Schweitzer B. *Reactie uit een grote stad*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2003; 81:388-389
- Engbersen G, Vrooman JC, Snel E. *Arm Nederland: het eerste jaarrapport armoede en sociale uitsluiting*. Den Haag: VUGA, 1996
- Galesloot JAM, Bles GAWM. *Huisarts in een achterstandswijk: onderbetaald en overwerkt*. Medisch Contact, 1993; 48 (44): p.1359-1360
- Harmsen JAM, Bernsen RMD, Bruijnzeels MA, Bohnen AM. *Werkbelasting van huisartsen: objectieve toename in 9 praktijken in Rotterdam en omgeving, 1992-1997 en een extrapolatie naar 2005*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2001; 145 (23): p.1114-1118
- Kalis AAW. *Gezondheid in de stad en gezondheid in de buurt*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2003; 81:395-396
- Klijnsma J. *Gezondheidsproblemen in de grote stad: de rol van de gemeente*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2003; 81:391-392
- Koornstra A. *De armendokter weer in actie*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2003; 81:392-393
- Lucht F van der, Verkleij H. *Gezondheid in de grote steden: achterstanden en kansen*. Bilthoven: RIVM, 2001
- Luijten MCG, Tjadens FLJ. *Huisartsen in achterstandswijken: de werklust in achterstandswijken in drie grote steden onderzocht*. Leiden: Research voor Beleid, 1995
- Landelijke Huisartsen Vereniging *Poortwachter in praktijk: rapportage van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg over de plaats en financiering van de huisartsenhulp in ons land*. Utrecht: LHV, 1995
- Querido JD. *In een stadspraktijk*. Utrecht: Bunge, 1988

- Peters A. *De rol van gemeenten bij de complexe gezondheids- en zorgproblematiek in achterstandswijken*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2003; 81:394-395
- Reijneveld SA. *Werklast van huisartsen in achterstandsbuurten in Amsterdam: komen hun patiënten vaker?* Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1995;139 (40): p.2043-2047
- Velden LFJ van der, Kenens RJ, Hingstman L. *Vraag- en aanbod ontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden van Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2003
- Velden J van der, Rasch P, Reijneveld SA. *Identificatie van achterstandsgebieden; een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1997;141 (14): p.693-697
- Verheij RA, Bakker DH de, Velden J van der. *Huisarts in de grote stad*. Utrecht: NIVEL, 1992
- Verheij RA, Bakker DH de. *Beschikbaarheid en toegankelijkheid van huisartsenzorg in stedelijke achterstandsgebieden: eerste meting*. Utrecht: NIVEL, 1998
- Verheij RA, Reijneveld SA, Bakker DH de. *Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden: evaluatie van een systematiek voor de verdeling van extra middelen aan huisartsen*. Utrecht, Leiden: NIVEL, TNO Preventie en Gezondheid, 1998
- Verheij RA, Bakker DH de, Reijneveld SA. *GP income in relation to workload in deprived urban areas in the Netherlands. Before and after the 1996 pay review*. European Journal of public health 2001; 11: p264-266.
- Verhoeff A, Hesdahl B. *Gezond leven in gezond Amsterdam: het volksgezondheidsbeleid voor de komende vier jaar*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2003; 81:390-391
- Verkleij H, Verheij RA. *Zorg in de grote steden*. Bilthoven, Utrecht, Houten: RIVM, NIVEL, Bohn Stafleu Van Loghum, 2003
- Verkleij H. *Gezondheid en zorg in de grote steden: over de noodzaak van een vernieuwde preventie- en zorginfrastructuur in achterstandswijken*. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2003; 81:385-386

Bijlage 1 Beschrijving projecten naar doelstellingen

Horizontaal staan de toekennings- en evaluatiecriteria van de LHV. De laatste vier kolommen geven eerst de drie grote steden weer, en in de laatste kolom zijn de overige regio's samengevat. Vertikaal zijn alle projecten weergegeven. De projecten zijn getoetst aan de criteria door de onderzoekers en door enkele beleidsmedewerkers van de grotere DHVen. Per project is op deze manier aangegeven aan welke criteria wordt voldaan. De kruisjes in de laatste vier kolommen geven aan, aan welk project de betreffende DHV geld heeft gegeven.

Criteria →	1. vermindering werkdruk door extra	2. vermindering werkdruk door praktisch	3. vermindering werkbelasting tijdens de	4. bevordering toegankelijk	5. verbetering positie de maatschappij	6. stimulatie gepast gebruik van ha-zora	7. specifiek (medisch) beleid t.b.v.	8. bevorderen samenwerking andere	Amsterdam	Rotterdam	Den Haag	Overige regio's
projecten												
PRAKTIJKONDERSTEUNING												
(Extra) automatisering	-	-	-	+	+	-	-	-	X	X	X*	X
Wegwerken administratieve achterstand	+	-	-	+	+	-	-	-				X
Archivering / invoering patiëntgegevens	+	-	-	+	-	-	-	-		X	X*	X
Nuldelijns-standaarden	+	-	-	+	+	+	+	-			X*	X
(vertaling) Praktijkfolder	+	-	-	+	+	+	+	-		X	X*	X
Ondersteuning praktijk met specifieke achterstands problemen	+	-	-	+	+	-	-	-				X
PERSONEEL												
Extra assistentie	+	-	-	+	+	+	-	-	X	X	X*	X
Voorlichting migranten / VETC	+	-	-	+	+	+	+	-	X	X	X	X

Praktijk Verpleegkundige	+	-	-	+	+	-	+	+	X	X	X	X	
Waarneming	+	-	+	+	+	-	-	-		X	X*	X	
Compensatie huisarts-uren besteed aan projecten	-	-	+	+	-	+	+	+			X		
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige	+	-	+	+	+	+	+	+	X				
Diëtist	+	-	-	+	+	+	+	+				X	
Vast spreekuur maatschappelijk werk	+	-	-	+	+	+	+	+				X	
Hagro-secretaris	+	-	-	+	-	-	-	-		X		X	
Regiocoördinator	+	-	-	+ -	+	-	-	-				X	
Toegeleidings Functionaris	+	-	-	+	+	+	+	+				X	
Bijdrage aan STIOM (Stichting ter Ondersteuning van de Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening in Den Haag centrum)	-	-	-	+	+	+	+	+			X		
Criteria → projecten	marktdruk door extra	1. vermindering	2. vermindering werkdruk door praktisch	3. vermindering werkbelasting tijdens de	4. bevordering toegankelijk	5. verbetering positie ple maat werktor	6. stimulatie gepast gebruik van ha-zorg	7. specifiek (medisch) beleid t h v	8. bevorderen samenwerking andere	Amsterdam	Rotterdam	Den Haag	Overige regio's
PRAKTIJKORGANISATIE													
HOED-vorming	+	-	+	+	+	-	-	+	X	X	X	X	
Huisartsen dienstenstructuur	-	-	+	+	+	+	-	-	X	X	X	X	
Vrijstelling nachtdiensten 50+	+	-	+	-	-	-	-	-	X				
Spreekuur dak- en thuislozen	-	-	-	+	+	+	+	-		X	X		
Tolkenspreekuur	+	-	-	+	+	+	+	-			X		
Diabetesspreekuur	+	-	-	+	+	+	+	-			X*		

Maatschappelijk werk spreekuur	+	-	-	+	+	+	+	-				X
COPD spreekuur	+	-	-	+	+	+	+	-				X
Gezondheidsvoorlichting	+	-	+	+	+	+	+	-			X	X
Praktijkorganisatie adviezen	-	-	-	+	+	-	-	-	X	X		X
Sanering huisartsenpraktijk (o.a. wegwerken adm. achterstand)	-	-	-	+	+	-	-	-			X	X
Verbetering communicatie arts-patiënt	-	-	+	+	+	+	-	-		X	X	
LOGISTIEK												
Advies verbouwing	-	-	-	+	+	-	-	-			X*	
Investering praktijkvoering	-	-	-	+	+	-	-	-				X
Kosten herstel vandalisme	-	-	-	+	-	-	-	-		X		
Beveiliging	-	-	-	+	-	-	-	-		X	X*	
Aanschaf headsets assistentes	+ -	-	-	+	-	-	-	-				X
Inrichten mobiele en/of extra werkplek	+ -	-	-	+	-	-	-	-		X	X*	
Experiment memovox	+ -	-	-	+	-	-	-	-			X*	
OPLEIDING												
Nascholing dokters assistentes	+	-	-	+	+	+	+	-		X		X
Cursus effectief telefoneren	+	-	-	+	+	+	-	-				X
Cursus omgaan met lastige/agressieve patiënten	-	-	+	+	+	+	+	-			X*	X

(Verdiepings) cursus interculturele gespreksvoering	-	-	+	+	+	+	+	-		x	x*	
--	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	----	--

Bijlage 2 Vragenlijst “Evaluatie regionale zorgverzekeraars”

- Voert de zorgverzekeraar gericht beleid ten aanzien van huisartsen in achterstandsgebieden?
Zo ja, wat voor beleid?

Wat is de rol van het Achterstandsfonds daarin?

- Op welke wijze is de zorgverzekeraar betrokken bij beleidsontwikkeling en – uitvoering en de financiële afwikkeling rond het Achterstandsfonds?

A. Beleidsontwikkeling: heeft de verzekeraar een rol gespeeld bij de beleidsontwikkeling (dus opstellen van beleidskaders)?

Opties zijn:

- het beleidskader is gezamenlijk ontwikkeld
- de DHV heeft het ontwikkeld, de zorgverzekeraar heeft daarover wél meegepraat; het beleidskader is echter primair van de LHV
- de verzekeraar heeft het beleidskader voornamelijk zelfstandig ontwikkeld
- de huisartsen hebben beleidskader ontwikkeld en de verzekeraar daarvan in kennis gesteld
- de verzekeraar wist niet dat er een beleidskader was

B. Beleidsuitvoering: welke rol speelt de verzekeraar bij de beleidsuitvoering?

Opties zijn:

- de verzekeraar heeft de aanvragen uit het fonds mede beoordeeld
- de verzekeraar heeft de aanvragen niet beoordeeld, maar wel inzage gekregen in de aanvragen en de beoordeling van die aanvragen
- de verzekeraar heeft de aanvragen zelfstandig beoordeeld
- de verzekeraar heeft aanvragen nooit gezien

C. Financiële afwikkeling: hoe ging deze in zijn werk?

- was er een declaratie per toegekend project?
- of betrof het alleen een totaalbedrag in combinatie met bijvoorbeeld een jaarverslag?

- Hoe is de rol van de regionale zorgverzekeraar in het beleid van het achterstandsfonds in het verloop van de jaren ingevuld? Zijn er veranderingen opgetreden?
- Hoe wordt de samenwerking tussen de regionale zorgverzekeraar en de DHV op het terrein van het achterstandsfonds door de regionale zorgverzekeraar beoordeeld?

- Zijn er dingen die in de ogen van de regionale zorgverzekeraar verbeterd zouden kunnen of moeten worden?

Bijlage 3 Analyse huisartsen zonder versus huisartsen met achterstandspatiënten

Hier volgt een beschrijving van de resultaten van de meting in 2002. De responderende huisartsen zijn onderverdeeld in huisartsen met en huisartsen zonder achterstandspatiënten. Waar relevant zullen onderstaande tabellen worden genoemd in de tekst, in hoofdstuk 6. Wanneer er een asterisk in de kolom staat, betekent dit dat er sprake is van een significant verschil tussen de categorieën.

6.2. Toegankelijkheid van huisartsenzorg voor de patiënt

Tabel 6.2.b Toegankelijkheid van de huisartsenpraktijken voor de patiënt per categorie huisartsen

				indien alleen afpraakspreekuur:
achterstands- patiënten	gemiddeld aantal uren/week praktijk direct fysiek toegankelijk* gemiddeld (N)	gemiddeld aantal uren/week praktijk direct tel. bereikbaar* gemiddeld (N)	percentage ha met inloop-spreekuur (naast afspraak spreekuur)* % (N)	percentage ha waarbij patiënt dezelfde of volgende dag terecht kan* % (N)
geen	40,1 (361)	35,0 (361)	19,2 (70)	96,6 (281)
wel	36,8 (415)	31,6 (419)	25,3 (106)	92,6 (286)
achterstands-patiënten	percentage ha met call- center, deels of altijd*	percentage ha met speciale spreekuren	percentage ha die de praktijk gesloten hebben % (N)	
	% (N)	% (N)		
geen	8,5 (31)	45,7 (166)	50,1 (182)	
wel	12,9 (54)	46,9 (195)	52,1 (215)	

6.3. Praktijkomvang en -samenstelling

Tabel 6.3.b Praktijkgrootte, -samenstelling en aantal uren werkzaam per categorie huisartsen

achterstands- patiënten	persoonlijke praktijkgrootte*	geschatte aantal uren werkzaam/ week/ huisarts	persoonlijke praktijkgrootte per 40 uur werkzaam*	percentage ziekenfonds patiënten*	aantal patiënten/ dag	aantal minuten gereserveerd/ patiënt
	gem. (N)	gem. (N)	gem. (N)	% (N)	gem. (N)	gem. (N)
geen	2367 (364)	40,8 (362)	2952 (352)	61,0 (359)	33,1 (353)	10,0 (365)
wel	2220 (419)	38,8 (416)	2697 (413)	71,8 (410)	34,0 (413)	10,1 (416)

6.5. Assistentie

Tabel 6.5.b Percentage huisartsen per categorie dat van verschillende assistentie gebruik maakt

achter- stands-patiënten	partner*	assistente	ondersteuner HBO niveau
	% (N)	% (N)	% (N)
geen	31,2 (112)	91,7 (333)	23,7 (84)
wel	22,6 (93)	93,3 (390)	24,9 (103)

achter- stands-patiënten	haio	praktijkverpleegkundige*	VETC*	anders*
	% (N)	% (N)	% (N)	% (N)
geen	15,3 (54)	9,1 (32)	0,8 (3)	10,7 (38)
wel	18,4 (76)	14,5 (60)	10,2 (42)	20,1 (83)

Tabel 6.6.b Gemiddeld aantal uren verschillende assistentie per categorie huisartsen

achterstands- patiënten	partner	assistente	ondersteuner HBO niveau gem (N)	haio*	praktijk- verplgk	VETC
	gem (N)	gem (N)		gem (N)	gem (N)	gem (N)
geen	18,0 (113)	34,4 (319)	9,5 (75)	24,3 (55)	6,0 (30)	2,3 (3)
wel	17,1 (96)	35,2 (378)	10,2 (97)	27,3 (74)	9,1 (54)	5,2 (40)

6.6. Diensten

Tabel 6.7.b Organisatie van de avond-, nacht en weekenddiensten per categorie huisartsen

achterstands- patiënten	centrale huisartsenpost % (N)	waarneemgroep % (N)	vrijstelling diensten % (N)	anders % (N)	totaal % (N)
geen	86,2 (306)	9,9 (35)	0,8 (3)	3,1 (11)	100 (355)
wel	93,5 (344)	2,7 (10)	0,3 (1)	3,5 (13)	100 (368)

Tabel 6.8.b Gemiddeld aantal keer avond-, nacht of weekenddienst per 8 weken per categorie huisarts

achterstands- patiënten	avonddienst op werkdagen* gem (N)	nachtdienst op werkdagen* gem (N)	overdag dienst in weekend* gem (N)	avonddienst in weekend* gem (N)	nachtdienst in weekend* gem (N)
geen	3,0 (315)	2,3 (297)	1,9 (305)	1,7 (288)	1,5 (281)
wel	2,3 (346)	1,3 (327)	1,3 (334)	1,3 (321)	0,9 (298)

Tabel 6.9.b Ervaren belasting van de huidige avond-, nacht en weekenddiensten-regeling per categorie huisartsen (hoe hoger hoe **meer** belastend)

	indien huisartsenpost, is het werk nu meer of minder belastend? gemiddeld (N)	algemeen: hoe belastend zijn de huidige avond-,nacht en weekend diensten? gemiddeld (N)
geen achterstandspatiënten	2,2 (307)	3,1 (351)
wel achterstandspatiënten	2,2 (343)	3,2 (403)

Tabel 6.10.b Gemiddeld aantal keren diensten uitbesteed de afgelopen 6 maanden per categorie huisartsen

	Indien de laatste 6 maanden diensten zijn uitbesteed, hoe vaak?		
	mediaan (N)	min	max
geen achterstandspatiënten	3,0 (115)	1	72
wel achterstandspatiënten	3,0 (177)	1	98

Tabel 6.11.b Gemiddeld aantal keren diensten geprobeerd uit te besteden, maar niet gelukt per categorie huisartsen

	Indien er de laatste 6 maanden geprobeerd is diensten uit te besteden, maar dit niet is gelukt, hoe vaak?		
	mediaan (N)	min	max
geen achterstandspatiënten	1,0 (50)	1	12
wel achterstandspatiënten	1,0 (58)	1	13

6.7. Werkbeleving

Tabel 6.12.b Tevredenheid met beschikbare tijd voor verschillende aspecten van het werk per categorie huisartsen (hoe hoger hoe **minder** tevreden)

achterstands- patiënten	beschikbare hoeveelheid tijd per patiënt *% (N)	hoeveelheid tijd die de praktijk kost *% (N)	beschikbare hoeveelheid tijd voor nascholing *% (N)	beschikbare hoeveelheid tijd voor gezin *% (N)	beschikbare hoeveelheid tijd *% (N)
geen	2,5 (363)	2,8 (363)	2,5 (360)	2,9 (362)	3,0 (359)
wel	2,8 (418)	3,1 (417)	2,8 (417)	3,0 (416)	3,2 (417)

Tabel 6.13.b Ervaren tijdsdruk per categorie huisartsen

	ervaren tijdsdruk* gem (N)
geen achterstandspatiënten	13,7 (355)
wel achterstandspatiënten	15,0 (413)

Tabel 6.14.b De Utrechtse Burn-Out Schaal (UBOS) per categorie huisartsen

	emotionele uitputting* gem (N)	depersonalisatie* gem (N)	persoonlijke bekwaamheid gem (N)
geen achterstandspatiënten	15,4 (360)	8,1 (362)	27,7 (357)
wel achterstandspatiënten	17,1 (411)	9,1 (415)	27,4 (408)

6.8. Praktijkpopulatie

Tabel 6.15.b Gemiddeld aantal lastige patiëntcontacten in de afgelopen twee weken per categorie huisartsen

achterstands- patiënten	agressie van patienten* gem (N)	eisend gedrag van patienten* gem (N)	oneigen- lijke hulp- vraag* gem (N)	taal problemen* gem (N)	parkeer- problemen gem (N)	slechte bereikbaar- heid hulpdiensten* gem (N)	lastig te regelen ziekenhuis opname gem (N)
geen	0,2 (355)	1,9 (358)	5,1 (351)	2,5 (363)	0,9 (352)	1,0 (355)	1,3 (357)
wel	0,6 (409)	3,3 (405)	9,1 (392)	12,0 (407)	1,7 (393)	2,0 (394)	1,6 (407)

achterstandspatiënten	alcohol verslaving* gem (N)	drugs verslaving* gem (N)	chronische psychiatrische patienten* gem (N)
geen	1,4 (360)	0,7 (353)	1,9 (358)
wel	2,0 (405)	1,6 (403)	3,1 (406)

Tabel 6.16b Aantal nieuw ingeschreven patiënten in de afgelopen maand per categorie huisartsen

	Indien er de afgelopen maand nieuwe patiënten zijn ingeschreven, hoeveel?*		
	mediaan (N)	min	max
geen achterstandspatiënten	10,0 (322)	1	250
wel achterstandspatiënten	15,0 (358)	1	250

Tabel 6.17.b Aantal keren te maken met onverzekerden gedurende de afgelopen maand per categorie huisartsen

	Indien gedurende de afgelopen maand te maken gehad met onverzekerden, hoe vaak?*		
	mediaan (N)	min	max
geen achterstandspatiënten	2,0 (168)	1	98
wel achterstandspatiënten	3,0 (307)	1	88

Tabel 6.18.b Betaling hulp aan onverzekerden per categorie huisartsen indien betaling aan onverzekerden van toepassing is, dan

	hulp wordt meestal wel betaald % (N)	hulp wordt even vaak wel als niet betaald % (N)	hulp wordt meestal niet betaald % (N)	totaal % (N)
geen achterstandspatiënten	40,5 (94)	23,7 (55)	35,8 (83)	100 (232)
wel achterstandspatiënten	45,0 (163)	24,6 (89)	30,4 (110)	100 (362)

Tabel 6.19.b Aantal keren te maken met NONI's (Niet Op Naam Ingeschreven patiënten) gedurende de afgelopen maand per categorie huisartsen

	Indien gedurende de afgelopen maand te maken gehad met NONI's, hoe vaak?		
	mediaan (N)	min	max
geen achterstandspatiënten	2,0 (167)	1	150
wel achterstandspatiënten	2,0 (262)	1	50

Tabel 6.20.b Te maken met lastige patiëntengroepen in vergelijking met andere huisartsen per categorie huisartsen (hoe **hoger**, hoe meer te maken met deze groep vergeleken bij collega huisartsen)

achterstands- patiënten	chronische psychosociale problemen* % (N)	klachten van depressieve aard* % (N)	ernstige chron. somatische aandoeningen* % (N)	onvolledige gezinnen* % (N)	langdurig werklozen* % (N)
geen	3,2 (357)	3,3 (356)	3,1 (358)	3,1 (358)	2,8 (359)
wel	3,9 (412)	3,6 (412)	3,3 (413)	3,9 (411)	3,9 (415)

achterstands- patiënten	personen met een minimum- uitkering* % (N)	alcoholisten* % (N)	drugsverslaafden* % (N)	chronisch psychiatrische patiënten* % (N)
geen	2,8 (358)	2,8 (356)	2,1 (360)	2,9 (358)
wel	3,9 (414)	3,4 (414)	3,2 (415)	3,5 (413)

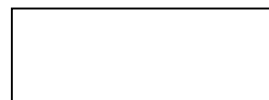
**Bijlage 4 Vragenlijst 'Beschikbaarheid en
toegankelijkheid van huisartsenzorg in
stedelijke achterstandsgebieden 2002**



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van
de gezondheidszorg

Drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 BN Utrecht
tel.030 2 729 700
fax.030 2 729 729

**Vragenlijst
Beschikbaarheid en toegankelijkheid
van huisartsenzorg in
stedelijke achterstandsgebieden
2002**



Toelichting bij de vragenlijst

Het doel van deze vragenlijst is de werklast van de huisarts en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te meten in relatie tot de achterstandsvergoeding.

De vragenlijst bestaat uit vier onderdelen:

- A Praktijkorganisatie en praktijksamenstelling
- B Dienstenregeling
- C Achterstandsfonds
- D Werkbeleving

Het is voor het onderzoek erg belangrijk dat u de vragenlijst zo volledig mogelijk invult en geen vragen overslaat. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 20 minuten in beslag nemen.

Na het invullen kunt u de vragenlijst in de bijgevoegde antwoord enveloppe doen en opsturen naar het NIVEL. Een postzegel is hierbij niet nodig. Alle ingevulde vragenlijsten zullen vervolgens volledig anoniem worden verwerkt, waarbij antwoorden niet zijn te herleiden naar individuele personen.

Mocht u vragen of opmerkingen hebben of wat meer willen weten over het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met Jolanda Habraken 030 2 729 846, e mail j.habraken@nivel.nl of Walter Devillé 030 2 729 647, e mail w.deville@nivel.nl

A Praktijkorganisatie en praktijksamenstelling

Dit gedeelte van de vragenlijst gaat over de organisatie van uw praktijk (of die praktijk waar u het grootste aantal fte werkzaam bent)

1a Hoe groot is uw praktijk of, als u in een samenwerkingsverband zit, hoeveel patiënten kunnen aan u worden toegerekend?

..... patiënten

b Hoeveel daarvan zijn verzekerd via het ziekenfonds?

..... patiënten

c Hoeveel patiënten ziet u gemiddeld per dag?

..... patiënten

d Hoeveel tijd reserveert u **gemiddeld per patiënt** tijdens het afspraakspreekuur?

.....minuten

2a Hoeveel huisartsen zijn er in uw praktijk werkzaam (inclusief uzelf)?

.....huisartsen

b En hoeveel dagdelen per week zijn zij werkzaam in de praktijk (exclusief diensten)?

uzelfdagdelen

huisarts 5 dagdelen

huisarts 2dagdelen

huisarts 6 dagdelen

huisarts 3dagdelen

huisarts 7 dagdelen

huisarts 4dagdelen

huisarts 8 dagdelen

c Hoeveel uren besteedt u **gemiddeld per week** aan praktijkactiviteiten (afgezien van diensten en nevenactiviteiten)?

..... uren

3 Welke assistentie heeft u **voor u zelf**, en voor hoeveel uur per week?

- echtgeno(o)t(e)/partneru/wk
- doktersassistent(e)u/wk
- praktijkondersteuner op HBO-niveauu/wk
- apothekersassistent(e)u/wk
- huisarts in opleidingu/wk
- praktijkverpleegkundigeu/wk
- allochtonen zorgconsulent
(bijv. VETC of migrantenvoorlichter)u/wk
- anders, namelijk.

4 Hoeveel uren per week is de praktijk voor patiënten direct toegankelijk/geopend?

. uren

5 Hoeveel uren per week is de praktijk direct telefonisch bereikbaar, d.w.z. via het reguliere nummer en zonder tussenkomst van een antwoordapparaat?

. uren

6 Maakt uw praktijk gebruik van een call-center tijdens openingsuren van de praktijk?

- ja, altijd
- ja, deels van de tijd, namelijk uren per week
- nee, nooit

7a Zijn er speciale spreekuren voor doelgroepen of categorieën patiënten?

- ja
- nee

b Zo ja, welke?

.....

.....

8a Heeft u een inloopspreekuur?

- ja

nee, alleen afspraakspreekuur

b Indien alleen afspraakspreekuur: kan men dezelfde of de volgende dag nog terecht?

ja

nee

B Dienstenregeling

In dit gedeelte van de vragenlijst staat de dienstenstructuur centraal

9a Kunt u aangeven hoe u uw diensten heeft georganiseerd?

in een centrale huisartsenpost, per(s.v.p. jaartal invullen)

in een waarneemgroep

geen diensten i.v.m. (gedeeltelijke) vrijstelling

anders, namelijk.

.....

b Indien u deelneemt aan een centrale huisartsenpost, bent u hierdoor uw werk als meer of minder belastend gaan ervaren?

veel meer belastend

meer belastend

gelijk gebleven

minder belastend

veel minder belastend

10a In welke van de volgende periodes draait u diensten (waarneming of centrale huisartsenpost), voor hoeveel artsen en hoe vaak heeft u gewoonlijk dienst per acht weken?

	aantal artsen	aantal keer per acht weken	nvt
avonddienst op werkdagen	<input type="checkbox"/>
nachtdienst op werkdagen	<input type="checkbox"/>
overdag dienst in weekend	<input type="checkbox"/>
avonddienst in weekend	<input type="checkbox"/>
nachtdienst in weekend	<input type="checkbox"/>

b Hoe vaak heeft u de **afgelopen 6 maanden** uw diensten uitbesteed, afgezien van vakantie?

..... keer

c Hoe vaak heeft u de **afgelopen 6 maanden** uw diensten geprobeerd uit te besteden, maar is dit niet gelukt?

..... keer

11 In welke mate vindt u de huidige avond-/nacht-/ weekenddiensten in het algemeen belastend?

- niet belastend
- een beetje belastend
- redelijk belastend
- behoorlijk belastend
- zeer belastend

C Achterstandsfonds

Dit gedeelte van de vragenlijst gaat specifiek over het achterstandsfonds. Wanneer u geen patiënten in uw praktijk hebt die afkomstig zijn uit achterstandsgebieden, kunt u dit aangeven bij vraag 12 a. en kunt u de rest van vraag 12 overslaan.

12a Heeft u zelf ziekenfondspatiënten uit geïdentificeerde achterstandsgebieden?

- ja
- nee (door naar vraag 13)

b Hoeveel ziekenfondspatiënten heeft u in deze gebieden?

..... patiënten

c Hoe gebruikt u de opslag op het abonnementstarief van deze patiënten?
(u kunt meer dan één hokje aankruisen)

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| extra assistentie | <input type="checkbox"/> |
| praktijk verkleinen | <input type="checkbox"/> |
| geen nieuwe inschrijvingen meer | <input type="checkbox"/> |
| inkomenscompensatie | <input type="checkbox"/> |
| uitbesteden van diensten | <input type="checkbox"/> |
| anders, namelijk..... | |

d Heeft u in de afgelopen 5 jaar gebruik gemaakt van project(en) die door het achterstandsfonds werden gefinancierd?

- ja
 nee (door naar vraag 13)

Zo ja, van welk(e) project(en) heeft u gebruik gemaakt?
(u kunt meer dan één hokje aankruisen. Het gaat hier alleen om projecten die in het kader van het achterstandsfonds werden / worden gefinancierd)

- | | |
|--|--------------------------|
| (extra) automatisering | <input type="checkbox"/> |
| extra praktijkassistentie | <input type="checkbox"/> |
| ondersteuning bij HOED-vorming | <input type="checkbox"/> |
| herstructurering dienstenstructuur | <input type="checkbox"/> |
| inzet van een praktijkverpleegkundige | <input type="checkbox"/> |
| inzet van VETC (voorlichter eigen taal en cultuur) | <input type="checkbox"/> |
| praktijkorganisatieadvies (praktijkdoorlichting) | <input type="checkbox"/> |
| beveiliging en/of verbouwing praktijkpand | <input type="checkbox"/> |
| nascholing doktersassistentes | <input type="checkbox"/> |
| anders, namelijk..... | |

.....
.....

e Heeft u, afgezien van de projecten hierboven genoemd, wel eens zelf projecten aangevraagd bij het achterstandsfonds?

- ja
 nee (door naar vraag 12 g)

Zo ja, om welk(e) project(en) ging het?

.....
.....

f Zijn er projecten geweest waarvoor de door u aangevraagde subsidie vanuit het achterstandsfonds niet is gehonoreerd?

- ja
- nee

Zo ja, om welk(e) project(en) ging het?

.....

.....

.....

g Wat was naar uw mening het belangrijkste doel van de projecten die zijn gefinancierd uit het achterstandsfonds?

Het gaat hier zowel om de projecten die door het achterstandsfonds worden aangeboden, als om de projecten die u zelf heeft aangevraagd.

Is dat doel naar uw mening behaald? Als dit doel naar uw mening niet is behaald, kunt u de belangrijkste reden daarvoor aangeven.

Gaarne dit alles hieronder invullen per project. Indien dit er meer dan 5 zijn, beperkt u zich dan tot de 5 belangrijkste projecten

	<i>inhoud project behaald?</i>	<i>belangrijkste doel</i>	<i>doel</i>	<i>zo nee, waarom niet?</i>
1	ja / nee	...............
2	ja / nee	...............
3	ja / nee	...............
4	ja / nee	...............
5	ja / nee	...............

h Wat waren eventuele knelpunten in het realiseren van de projecten?

Gaarne dit weer aangeven per project. Ook hier gaat het zowel om projecten die worden aangeboden door het achterstandsfonds, als om projecten die u zelf heeft aangevraagd. Beperkt u zich, indien nodig, tot de 5 belangrijkste projecten.

<i>inhoud project</i>	<i>eventuele knelpunten</i>
1
.....
.....
2
.....
.....
3
.....
.....
4
.....
.....
5
.....
.....

D Werkbeleving

Hier onder volgt nog een aantal vragen over de manier waarop u uw werk ervaart. Het is hierbij niet de bedoeling dat u erg lang over de vragen nadenkt, maar min of meer intuïtief antwoordt.

13 Kunt u aangeven hoe tevreden u bent met de volgende aspecten van het werk?

	<i>zeer tevre- den</i>	<i>tevre- den</i>	<i>deels wel/ deels niet</i>	<i>on- tevre- den</i>	<i>zeer onte- vreden</i>
de hoeveelheid tijd die ik per patiënt beschikbaar heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de hoeveelheid tijd die mijn praktijk kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de hoeveelheid tijd die ik voor nascholing heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de hoeveelheid tijd die ik voor mijn gezin heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de hoeveelheid tijd waarover	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ik beschik

14 Hieronder staan uitspraken die betrekking hebben op hoe u uw werk beleeft en hoe u zich daarbij voelt (*het best passende antwoord omcirkelen*).

Vraag 14 is afkomstig van de Utrechtse Burn-Out Schaal (Schaufeli en van Dierendonck).

Dit is een speciale uitgave van Stichting NIVEL te Utrecht, vervaardigd na schriftelijke toestemming d.d. 12 december 2002, van de uitgever Swetz & Zeitlinger B.V. te Lisse en is door copyrightrechten beschermd .

Dit materiaal kan besteld worden bij:

Swetz Test Publishers

Postbus 820

2160 SZ Lisse

sto@swets.nl

15 In hoeverre heeft u meer of minder dan de gemiddelde huisarts in Nederland te maken met de volgende groepen patiënten of problemen?

	<i>veel minder</i>	<i>minder</i>	<i>ongeveer gelijk</i>	<i>meer</i>	<i>veel meer</i>
chronische psychosociale problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klachten van depressieve aard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ernstige chron. somatische aandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
onvolledige gezinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
langdurig werklozen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
personen met een minimum-uitkering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alcoholisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drugsverslaafden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronisch psychiatrische patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Kunt u een schatting geven van het aantal patiënten dat u in de **afgelopen maand** nieuw hebt ingeschreven in uw patiëntbestand?

. patiënten

17 Heeft u op dit moment uw praktijk gesloten voor nieuwe patiënten?

ja

nee

18 Hoe vaak heeft u in de **afgelopen twee volledige werkweken**, tijdens de normale dagelijkse praktijkuitoefening (dus niet tijdens de diensten), met de volgende problemen te maken gehad?

agressie van patiënten	..... keer
eisend gedrag van patiënten	..... keer
oneigenlijke hulpvraag	..... keer
taalproblemen	..... keer
parkeerproblemen	..... keer
slechte bereikbaarheid andere hulpdiensten	..... keer
lastig te regelen ziekenhuisopname	..... keer
alcoholverslaving	..... keer
drugsverslaving	..... keer
chronische psychiatrische patiënten	..... keer

19 Hoe vaak heeft u in de **afgelopen maand** te maken gehad met onverzekerde patiënten?

.....keer

20 Hoe vaak heeft u in de **afgelopen maand** te maken gehad met NONI's (niet op naam ingeschreven patiënten)?

.....keer

21 Wordt uw hulp aan onverzekerden meestal wel of meestal niet betaald?

meestal wel betaald	<input type="checkbox"/>
even vaak wel als niet betaald	<input type="checkbox"/>
meestal niet betaald	<input type="checkbox"/>
nvt (komt niet voor)	<input type="checkbox"/>

Informed consent

Werklast van de huisarts en beschikbaarheid en toegankelijkheid van huisartsenzorg zijn processen die in de loop van de tijd kunnen wijzigen. Wij zouden graag de mogelijkheid openhouden om na verloop van maximaal vijf jaar dit onderzoek te herhalen om daarmee eventuele ontwikkelingen te kunnen vaststellen.

Om dat te kunnen doen is het nodig om de verbinding tussen het nummer op de vragenlijst en uw naam in stand te houden (uiteraard los van het gegevensbestand). Conform de procedure die vastgesteld is door de Vereniging van Onderzoeksinstituten zal een en ander aangemeld worden bij het College Bescherming Persoonsgegevens. Wilt u hieronder

aangeven of u er bezwaar tegen heeft dat in uw geval deze verbinding in stand gehouden wordt?

- ik heb hier **geen** bezwaar tegen
- ik heb hier **wel** bezwaar tegen

Aangezien deze vragenlijst 5 jaar geleden ook al is afgenomen, bestaat de mogelijkheid om de gegevens van diegenen die de vragenlijst destijds ook hebben ingevuld nu te gebruiken als vergelijking. Deze gegevens kunnen, mits u daar toestemming voor geeft, op dezelfde manier als hierboven staat beschreven gebruikt worden door de verbinding van destijds te herstellen. Ook hier geldt dat dit uiteraard los zal gebeuren van het gegevensbestand. Wilt u hieronder aangeven of u er bezwaar tegen heeft dat in uw geval de verbinding tussen de huidige gegevens en de gegevens van de vorige vragenlijst wordt hersteld?

- ik heb hier **geen** bezwaar tegen
- ik heb hier **wel** bezwaar tegen
- niet van toepassing (ik heb deze vragenlijst niet eerder ingevuld)

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst

**Op de achterkant is ruimte voor eventuele opmerkingen over de
vragenlijst
of over het onderzoek in het algemeen**