

Naar een sterke eerstelijnspecialisatie in generalistenland?

Prof.dr. D.H. de Bakker

Naar een sterke eerste lijn: specialisatie in generalistenland?

Rede

In verkorte vorm uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar 'Structuur en organisatie van de gezondheidszorg, inzonderheid de eerstelijnszorg' aan de Universiteit van Tilburg op vrijdag 18 september 2009 door Dinny de Bakker



Universiteit van Tilburg
Departement Tranzo
Postbus 90153
5000 LE Tilburg



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

Colofon

Vormgeving en productie: Esenes vormgegeven communicatie, Houten

Mijnheer de rector magnificus,

Zeer gewaardeerde toehoorders,

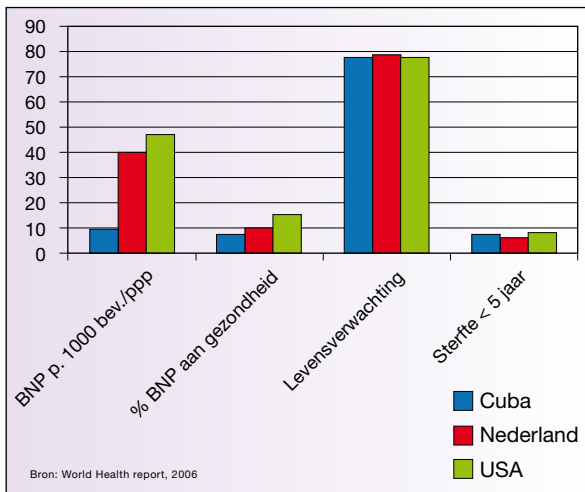
Wanneer je op een feestje vertelt dat je al zowat 25 jaar onderzoek doet naar huisartsen en eerstelijnszorg word je niet zelden wat meewarig aangekeken. 'Wat heb je nou nog aan een huisarts?' is wat je te horen krijgt, gevolgd door verhalen over slechte telefonische bereikbaarheid, huisartsen die niet willen komen en gemiste diagnoses. Onmiddellijk vergeet ik dat ik op een feestje ben en bestook de scepticus met een stortvloed aan cijfers. Dat er in een jaar zo'n 55 miljoen contacten met de huisartsenpraktijk zijn¹⁾, dat het aantal gevallen waarbij het echt mis gaat te verwaarlozen is²⁾, dat 90% van de contacten direct door de huisarts wordt afgehandeld en 95% binnen de eerste lijn door bijvoorbeeld een fysiotherapeut^{3),4)}. Dat we in Nederland een uniek eerstelijns-verloskundig systeem hebben waardoor nog 30% van de vrouwen thuis kan bevallen^{5),6)}. Daarmee krijg je ze wel stil, maar ondertussen zie je ze denken 'En toch zorg ik, dat als ik echt iets heb, ik zo gauw mogelijk bij een specialist zit'⁷⁾.

Dit illustreert de natuurlijke tendens die er is richting gespecialiseerde en liefst supergespecialiseerde zorg. De World Health Organization zegt dat dit zogenaamde 'hospital centrism' één van de belangrijkste factoren is die de response van het zorgsysteem op de uitdagingen van de toekomst bedreigen. Wat zijn dan die uitdagingen van de toekomst? De gezondheidszorg betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit houden en dat in een vergrijzende bevolking, met steeds meer chronisch zieken, meer eisende patiënten bij toenemende medisch-technische mogelijkheden. Het antwoord van de World Health Organization is luid en duidelijk: 'Primary Health Care. Now more than ever'. Dit wordt ons toegeroepen van de kapt van het laatste World Health Report⁸⁾.

In die visie van de World Health Organization staat in een primary health care gericht systeem de mens in zijn omgeving centraal. Onderscheidende karakteristieken zijn de persoonsgerichte (en dus niet de ziektegerichte) benadering, de generalistische en dus alle aspecten van gezondheid omvattende benadering,

aandacht voor continuïteit van zorg en participatie van patiënten, hun familie en de gemeenschap waarin zij leven. Dat vereist gezondheidszorgvoorzieningen, die 'close to client' werken in multidisciplinaire teams, die verantwoordelijk zijn voor een gedefinieerde populatie, die samenwerken met wijkvoorzieningen en de openbare gezondheidszorg en met ziekenhuizen en medisch specialisten. De bewijsvoering dat deze op de eerste lijn gerichte benadering effectief en efficiënt is, is vooral gebaseerd op het bekende internationaal vergelijkende onderzoek van Starfield⁹⁾. Wat ik daar op dit moment aan wil toevoegen is de zogenoemde Cubaanse paradox die zichtbaar wordt gemaakt in figuur 1.

Figuur 1: Nederland in vergelijking met Cuba op gezondheids- en welvaartsindicatoren



Waar de Verenigde Staten kunnen worden gezien als het archetype van de specialistische benadering kan Cuba gezien worden als het archetype van community based primary care. Cuba presteert met een (voor koopkracht gecorrigeerd) bruto nationaal product van een vijfde van dat van de Verenigde Staten even

hoog op een gezondheidsindicator als levensverwachting bij geboorte en zelfs beter op kindersterfte. Bovendien is het aandeel van het Bruto Nationaal Product dat aan gezondheid wordt gespenseerd in Cuba nog eens de helft van dat in de Verenigde Staten. Cuba doet dat met veel artsen, het meeste ter wereld en twee keer zoveel als in landen als Nederland en de Verenigde Staten. In de Cubaanse artsenopleiding wordt veel aandacht besteed aan sociale

determinanten van gezondheid. Er wordt gewerkt in multidisciplinaire teams die verantwoordelijk zijn voor een geografisch afgebakend gebied en die zowel curatieve als preventieve zorg bieden, daarbij samenwerkend met gemeentes, sociale voorzieningen en scholen¹⁰⁾.

Nederland presteert op de gezondheidsindicatoren iets beter dan Cuba met een vier keer hoger BNP en een derde hoger aandeel van dat product dat aan gezondheid wordt besteed. In vergelijking tot de Verenigde Staten scoort Nederland beter op de gezondheidsindicatoren, maar spendeert een derde minder aan gezondheid. Op de vraag of dat komt doordat we in Nederland een sterke eerste lijn hebben kom ik nog terug.

Nu moet je voorzichtig zijn met dit soort vergelijkingen. Het is maar welke landen je naast elkaar zet. Neem bijvoorbeeld Frankrijk erbij, dan scoort dat land met een slechts iets duurere gezondheidszorg beter dan Nederland op gezondheidsindicatoren terwijl de eerste lijn daar minder sterk is. Bovendien is het Cubaanse voorbeeld moeilijk overdraagbaar naar de Nederlandse context. Je kan je alleen zoveel artsen permitteren als je ze dramatisch slecht betaalt. Bovendien zou je door Nederland een flink stuk te laten afdrijven in de Noordzee, moeten zorgen dat zij niet uitwijken naar een ander land. Hoewel dit een mooie nieuwe uitdaging voor Rijkswaterstaat zou zijn zullen we nu de internationale vergelijking laten voor wat zij is en ons richten op de Nederlandse situatie.

De World Health Organization verschaft ons eigenlijk een normatief ideaal beeld hoe een gezondheidszorg in een land geografisch moet zijn geordend, namelijk op hiërarchische wijze met een op kleinschalig wijkniveau georganiseerde eerstelijnsgezondheidszorg en een grootschaliger, regionaal niveau georganiseerde ziekenhuissector. Het wordt ook gepresenteerd als een universeel model dat wereldwijd toepasbaar is in zowel westerse als ontwikkelingslanden. Hoe relevant is een dergelijk model voor de Nederlandse situatie anno 2009? En is het wel realiseerbaar in een land waar de leiding het niet als enige te vertellen heeft, maar waar we te maken hebben met gevestigde belangen van beroepsgroepen, vrije keuze voor consumenten en een geleidelijk aan geïntroduceerd marktdenken?

Concreet richt ik me op een viertal vragen die tegelijk de outline van mijn oratie vormen. Ik begin met de theorie, een antwoord op de vraag zoekend in hoeverre de door de WHO voorgestelde ordening theoretisch gezien als efficiënt kan worden gezien.

Vervolgens richt ik mij op het Nederlandse overheidsbeleid en bezie daar de eerste lijn als ordeningsprincipe in historisch perspectief. De praktijk komt dan aan bod, mij eerst de vraag stellend wat de sterke en zwakke punten zijn van de huidige eerste lijn in Nederland om daarna de ontwikkelingstendenzen te analyseren.

Ik zal deze oratie afsluiten met een conclusie en een onderzoeksagenda.

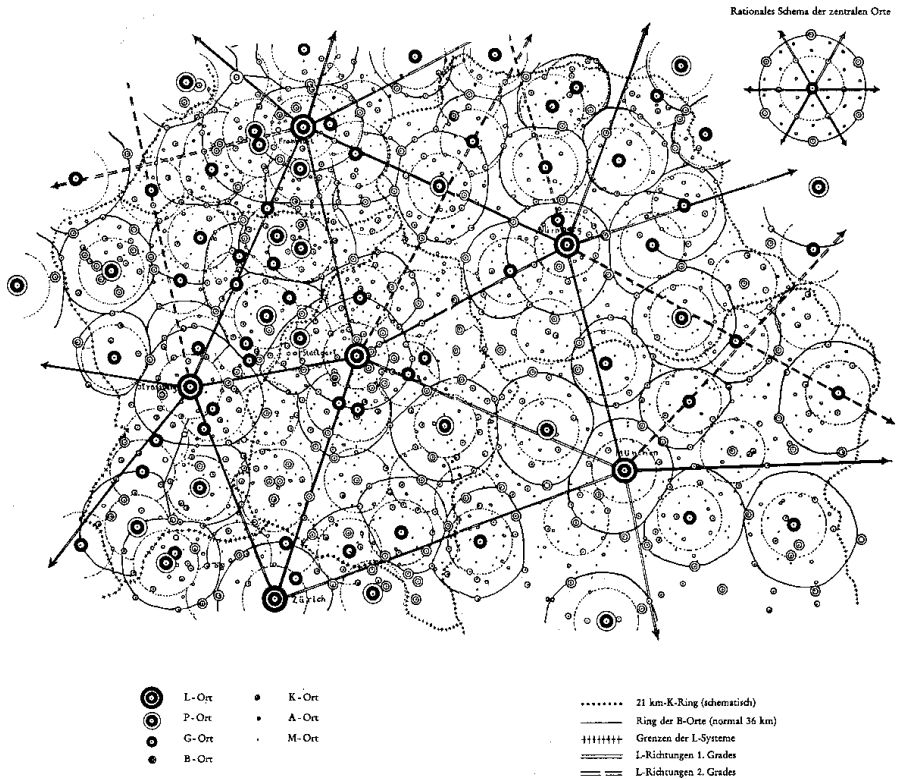
Theorie

Voor wat betreft de theoretische onderbouwing neem ik u mee naar Zuid-Duitsland in de jaren dertig van de vorige eeuw. De Duitse geograaf Walter Christaller ontvouwde toen, een verklaring zoekend voor het opmerkelijk regelmatige patroon van steden en dorpen, zijn zogenoemde centrale plaatsentheorie¹¹). Hij ging daarbij uit van een isotrope vlakte, wat wil zeggen homogeen qua bevolkingdichtheid en toegankelijkheid in alle richtingen en een vrije markt. Ook ging hij uit van volledige mededinging: geen van de aanbieders van producten of diensten heeft een bepaald concurrentievoordeel. Er is sprake van het aanbod van een homogeen product door een groot aantal aanbieders aan een groot aantal vragers. Homogeen wil in dit verband zeggen dat de vrager geen voorkeur heeft voor één bepaalde aanbieder op grond van kwaliteit en service. Uitsluitend de prijs is bepalend en die prijs verschilt voor de consument door het verschil in reiskosten. Onder die condities ontstaat een prachtig hiërarchisch honingraatpatroon (figuur 2) van steden en dorpen met steeds meer gespecialiseerde voorzieningen in de grotere centra.

Voorzieningen met een min of meer gelijk draagvlak clusteren samen in steden of dorpen van een bepaalde orde.

Dit samenclusteren werkt kostenbesparend en biedt de mogelijkheid voor consumenten om meerdere voorzieningen in één keer te bezoeken, wat de omzet ten goede komt.

Figuur 2: De hiërarchie van Centrale Plaatsen volgens Christaller



Karte 4
Das System der zentralen Orte in Süddeutschland

Christaller liet zien dat door deductief redeneren onder vrije marktcondities een samenhangend voorzieningspatroon tot stand kan komen. Het is niet bij een theorie gebleven. Beleidsmakers hebben de theorie omarmd en tot norm verheven. Zo zijn de ideeën van Christaller later onder meer toegepast bij de planning van nieuwe nederzettingen in de IJsselmeerpolders en ook bij de planning van winkelcentra.

De simplificerende veronderstellingen van de theorie van Christaller zijn echter

ook bekritiseerd. De veronderstelling dat consumenten naar de dichtstbijzijnde voorzieningen zouden gaan gaat bijvoorbeeld niet op als consumenten veel keus willen hebben en vergelijken. Je krijgt dan samenklontering van vergelijkbare voorzieningen; het bekendste voorbeeld is de meubelboulevard.

Wij zien dus dat onder vrije marktcondities een hiërarchisch patroon van voorzieningen, zoals de WHO in feite voorstaat, efficiënt kan zijn, maar dan wel onder specifieke condities zoals gelijke kwaliteit van voorzieningen en afstandsminimalisatie door consumenten. Vraag is nu in hoeverre zo'n patroon tot stand komt in een in vergaande mate gereguleerde omgeving als de Nederlandse gezondheidszorg.

Eerstelijnsgezondheidszorg in het beleid

We richten daarbij onze aandacht eerst op het overheidsbeleid. Ik ga hierbij terug in de geschiedenis die ik in drie periodes indeel.

1974-1987: echelonnering en regionalisatie

De eerste periode start in 1974 met het verschijnen van de Structuurnota van staatssecretaris Hendriks¹²⁾. Hij lanceerde in zijn Structuurnota het echelonneringsprincipe, het opdelen van de gezondheidszorg in intern samenhangende echelons, respectievelijk de eerste, de tweede en de derde lijn. Versterking van het oplossend vermogen van de eerste lijn ter voorkoming van een onnodig beroep op de tweede lijn en daarmee gepaard gaande hogere kosten van de gezondheidszorg was zijn achterliggende gedachte. De getrapte toegang van de specialist via de verwijzing van de huisarts was daarin een belangrijk instrument. Om huisartsen in staat te stellen voldoende tegenwicht te bieden werd praktijkverkleining (financieel) mogelijk gemaakt. Ook de handhaving van de positie van de eerstelijnsverloskunde is vermeldenswaard. Daarnaast werd de interne samenhang binnen de eerste lijn versterkt door de stimulering van gezondheidscentra, waarin huisarts, wijkverpleging en maatschappelijk werk wijkgericht samenwerkten, via overheidssubsidies. Het Experiment Gezondheidszorg Almere met een sterke vanuit één organisatie werkende eerste lijn

met zorgverlening vanuit wijkgericht werkende gezondheidscentra en een opzettelijk krap bemeten tweede lijn was het paradepaardje in dat beleid¹³.

Aansluitend bij opvattingen van de World Health Organization toentertijd¹⁴ werd uitgegaan van regionalisering. Nederland werd opgedeeld in intern samenhangende, functionele regio's met een belangrijke rol voor de gemeente in de planning van de eerstelijnsgezondheidszorg binnen die regio's (en de provincie voor wat betreft de tweedelijnsgezondheidszorg). Maatregelen die op het vlak van regionalisering werden genomen, betroffen het invoeren van een vestigingsregeling voor huisartsen onder regie van de gemeenten, decentralisatie van het algemeen maatschappelijk werk naar de gemeente en herstructurering van het kruiswerk tot grotere eenheden (in de jaren zeventig waren er nog circa 1500 lokale kruisverenigingen, dit aantal was teruggelopen tot ruim 200 aan het eind van de jaren tachtig)¹⁵.

We herkennen in de begrippen echelonnering en regionalisatie van de Structuurnota in feite de theorie van Christaller. Ook herkennen we de benadering van de WHO.

1987-2002: transmurale samenwerking

De voorstellen van de Commissie Dekker in 1987¹⁶, betekenden een ruw einde van de plannings- en regionalisatieideeën. Marktwerking, terugtrekkende overheid en zelfregulering werden de sleutelwoorden in het beleid. De stimuleringsregeling voor gezondheidscentra werd onderwerp van discussie omdat subsidies niet pasten in het marktdenken (al bestaan er nog tot op de dag van vandaag subsidieregelingen). Het vestigingsbesluit voor huisartsen werd ingetrokken en de regie bij vestiging van nieuwe huisartsen kwam bij de beroepsgroep zelf te liggen tot daar later door de mededingingswet ook een einde aan kwam.

Het was echter niet alleen de terugtrekkende overheid die de ambitie van de overheid om ordenend op te treden terugschroefde. Ook de echelonnering als ordeningsprincipe kwam onder vuur te liggen. Met name bij complexe thuiszorgpatiënten, waar het erom ging alle deskundigheid, capaciteit en faciliteiten

bijeen te brengen om mensen in de thuissituatie te kunnen blijven verzorgen¹⁷⁾. Transmurale samenwerking, samenwerking tussen eerste lijn, thuiszorg, verpleeghuizen en ziekenhuizen mocht zich in de belangstelling verheugen. Experimenten en projecten op dit terrein werden door de overheid ondersteund (bijvoorbeeld verloskundige samenwerkingsverbanden¹⁸⁾). De schaalvergroting in de thuiszorg zette nog verder door. Instellingen voor wijkverpleging en gezinszorg fuseerden, daartoe gestimuleerd door de overheid. De verdere professionalisering van beroepsgroepen in de eerste lijn werd eveneens door de overheid door middel van subsidies ondersteund¹⁹⁾. Dit heeft onder meer geleid tot een indrukwekkend stelsel van standaarden voor de huisartsenzorg (de NHG-standaarden), maar ook de paramedische zorg, de verloskundige zorg en de farmaceutische zorg werden door meerjarige programma's ondersteund^{20),21),22)}. Dit paste allemaal in het beleid van zelfregulering. Beroepsgroepen werden geacht zelf de verantwoordelijkheid te nemen voor de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid.

Het streven naar een intern samenhangend eerstelijnschelon raakte op die manier op de achtergrond. De ontwikkeling van het aantal gezondheidscentra stagneerde onder meer doordat de detachering van verpleegkundigen vanuit de thuiszorg als gevolg van de schaalvergroting werd ingetrokken²³⁾. Daarvoor in de plaats kwam in talloze zorgvernieuwingsprojecten samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn, maar dan wel monodisciplinair respectievelijk op de medische en op de verpleegkundige as^{24),25)}.

2002 – heden: de comeback van de eerste lijn

Zo rond het jaar 2002 kwam een tweede kentering. Versterking van de eerste lijn werd opnieuw een thema in het beleid van de overheid^{26),27),28)}, overigens breed gedragen door veldpartijen (Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg²⁹⁾). De revival van de eerste lijn in Nederland sluit ook aan bij internationale ontwikkelingen. De Gezondheidsraad pleitte op basis van een analyse van de European primary care voor een sterke eerste lijn³⁰⁾. De European Observatory on Health Systems and Policies geeft in 2006 een overzicht van de hervorming van de eerste lijn in Europa onder het motto 'Primary Care in the driver's seat'³¹⁾. En in het recente World Health Report wordt, zoals ik al eerder zei, an-

dermaal de eerste lijn een centrale positie toebedeeld in de gezondheidszorg³²⁾.

Het besef dat een sterke eerste lijn noodzakelijk is om bij een groeiend aantal ouderen en chronisch zieken de gezondheidszorg als totaal betaalbaar te houden lag ten grondslag aan deze kentering. De sterke nadruk op monodisciplinaire professionele ontwikkeling maakte plaats voor hernieuwde aandacht voor de eerste lijn als samenhangend geheel. Dat kwam in de eerste plaats voort uit de 'oude' bezwaren tegen een qua organisatie en financiering versnipperde eerste lijn waardoor samenhang in de zorg, zo belangrijk in de zorg voor chronisch zieken, in de acute zorg en in achterstandswijken, niet kon worden gerealiseerd. In de tweede plaats kwam het voort uit de veranderde verhoudingen in de gezondheidszorg die te maken hebben met de omslag naar een meer vraaggestuurd stelsel, waarin patiënten en verzekeraars een grotere invloed hebben. Patiëntenorganisaties en verzekeraars pleiten ervoor om uit te gaan van de vraag naar zorg van patiënten in wijken en buurten^{33),34)} op basis waarvan het aanbod vormgegeven zou moeten worden. In samenhang daarmee leidden arbeidsmarktontwikkelingen ook tot meer aandacht voor organisatie van de eerste lijn. De (verwachte) capaciteitstekorten bij huisartsen en in de verpleging en verzorging hebben taakherschikking en taakverschuiving op de agenda gezet. Ook dit noopt tot denken over disciplinegrenzen heen. Daarnaast zien we een toenemende belangstelling bij afstuderende huisartsen om zich te kunnen concentreren op zorgverlening en het management aan anderen over te laten. Recenter³⁵⁾ is daar de gedachte bijgekomen om eerste lijn en public health met elkaar te verbinden vanuit het idee dat een goed georganiseerde, wijkgericht werkende eerste lijn een uitstekende infrastructuur biedt om laagdrempelig in de directe leefomgeving van mensen preventieprogramma's aan te bieden.

Versterking van de eerstelijnszorg vinden we daarom weer terug in zojuist genoemde nota's van het Ministerie van VWS. Er zijn wel verschillen met het verleden. Stond in de jaren tachtig de lokale aanpak en de rol van de gemeente als plannende instantie centraal om meer samenhang in de zorg te bewerkstelligen, nu wordt ook nadrukkelijk gekozen voor het aansturen op samenhangende zorg op het niveau van patiëntcategorieën. Daarbij moet gezegd

dat ook nu lokale samenhang in de zin van samenwerking tussen gemeente en eerste lijn met name in het kader van preventie en de WMO wordt beleit³⁶. Een ander verschil is dat in de jaren tachtig sterk werd aangestuurd op specifieke samenwerkingsconcepten als het gezondheidscentrum. Nu wordt het vormgeven van samenwerking overgelaten aan de innovatiekracht en het ondernemerschap van het veld.

Concreet betekende een en ander dat een rem is gezet op subsidies voor beroepsgroepen³⁷, dat de ondersteuningsstructuur voor huisartsen is omgezet naar een ondersteuningstructuur voor de eerste lijn als geheel en dat er instrumenten worden ontwikkeld om vraagsturing te bevorderen^{38),39}.

Met de plannen voor functionele bekostiging wordt gewerkt aan een financieringsvorm die aanstuurt op multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Het idee is dat het totaal van de zorg (dus van alle disciplines) voor een specifieke aandoening wordt gefinancierd op basis van een contract met de verzekeraar waarin ook afspraken over kwaliteit en transparantie zijn vastgelegd. De plannen beperken zich tot nu toe tot diabetes, COPD, hartfalen en cardiovasculair risicomangement. De bestaande NZA beleidsregels ter stimulering van multidisciplinaire samenwerking (de voortzetting van de subsidieregelingen van gezondheidscentra zoals die in het verleden bestonden) zullen komen te vervallen als de functionele bekostiging doorgaat.

Hoe staat de eerste lijn ervoor?

Tot zover een chronologie van de eerste lijn als ordeningsprincipe in het overheidsbeleid. Nu komen we bij de praktijk ons de vraag stellend hoe de eerste lijn in Nederland ervoor staat. We gaan daarbij uit van de onderscheidende kenmerken van de eerste lijn zoals onder meer Starfield ze omschreef: toegankelijkheid, aandacht voor de mens in de omgeving, continuïteit van zorg, omvattendheid van de eerstelijnszorg en coördinatie van zorg⁴⁰. Ik begin met de sterke punten om vervolgens op de zwakke punten in te gaan.

Toegankelijkheid is volgens Starfield een sleutelindicator voor een sterk Pri-

mary Care systeem. De financiële toegankelijkheid van de eerste lijn in Nederland is goed te noemen. Illustratief voor de sterke positie van de huisarts is dat de huisarts in het nieuwe stelsel buiten het eigen risico bleef. Eerstelijnspsycholoog en diëtiste werden de afgelopen jaren opgenomen in de basisverzekering. Niet geheel consistent is dat de fysiotherapie in 2005 grotendeels buiten het basispakket werd geplaatst. Aanvankelijk leidde dat tot omzetzaling in fysiotherapiepraktijken. Nederland verzekerde zich echter massaal aanvullend bij voor fysiotherapie⁴¹.

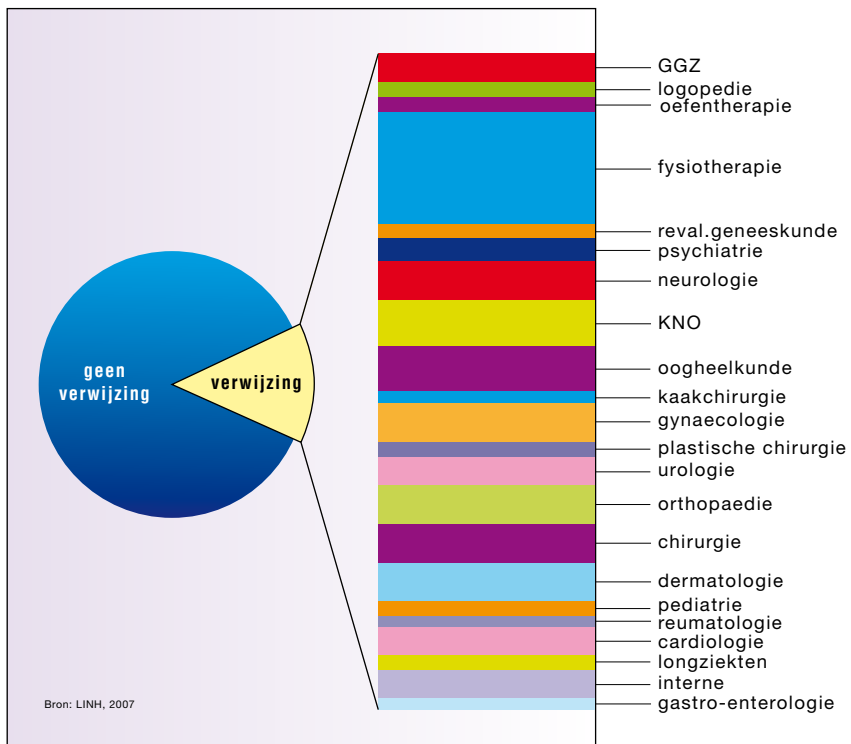
De geografische toegankelijkheid is ook goed. Nederland heeft een uiterst fijnmazig netwerk aan huisartsenpraktijken. De gemiddelde afstand van de Nederlander tot zijn eigen huisarts is 2,6 kilometer, in de plattelandsgebieden is het gemiddeld nog geen kilometer meer⁴². Ook het net van fysiotherapiepraktijken en apotheken is zeer fijnmazig. De ruimtelijke spreiding van huisartsenpraktijken sluit mooi aan bij het patroon van Christaller. Patiënten kiezen hun zorgverlener in de buurt waardoor ordening ontstaat.

Continuïteit van zorg, het goed aansluiten van de zorg bij de behoefte van de patiënt in de tijd, is een tweede onderscheidend kenmerk. Doordat patiënten op naam staan ingeschreven bij de huisarts is continuïteit traditioneel een sterk punt in de Nederlandse huisartsengeneeskunde. De huisarts volgt de levensloop van de patiënt en is ook in de laatste fase van het leven vaak intensief bij de zorg voor de patiënt betrokken⁴³. Continuïteit wordt hoog gewaardeerd door zowel arts als patiënt en is ook efficiënt. Doordat arts en patiënt elkaar kennen kunnen de consulten korter van duur zijn⁴⁴.

Aandacht voor de mens in zijn omgeving is een derde onderscheidend kenmerk. De benadering in de eerste lijn is persoonsgericht en niet ziektegericht. De inschrijving op naam is hierin ook een belangrijk instrument. Het feit dat vaak het hele gezin bij eenzelfde huisarts is ingeschreven maakt gezinsgeneeskunde mogelijk⁴⁵. Het belang van een gezinsgerichte benadering is aangetoond door Cardol et al⁴⁶, die lieten zien dat consultatiepatronen van gezinsleden op elkaar leken.

‘Comprehensiveness’ van de eerste lijn is een volgend belangrijk onderscheidend kenmerk. Daaronder wordt verstaan dat je voor de hele range aan preventieve en curatieve voorzieningen in de eerste lijn terecht kan. Daar voldoet de eerste lijn in Nederland in grote mate aan. Bij de huisarts kun je terecht voor in principe het hele palet van gezondheidsklachten. Ook de wijkverpleging, de apotheek en het algemeen maatschappelijk werk zijn in principe generalistisch. Daarnaast zijn er ook specialisten op deelgebieden. Verloskundige voor de zorg rond geboorte en bevalling, fysiotherapeut en oefentherapeuten als ‘specialisten in beweging’, diëtietiek voor voedingsvoorlichting en eerstelijnspsychologen voor kortdurende hulp bij psychische problemen.

Figuur 3: Verwijzingen als percentage van het aantal consulten vervolgens uitgesplitst naar verwijsbestemming



Het laatste onderscheidend kenmerk dat ik hier noem is de zorgcoördinatie die in de eerste lijn dient plaats te vinden, kortom de interne samenhang.

De huisarts speelt hierin een belangrijke rol als poortwachter en gids. Figuur 3 geeft een beeld van die rol. In 8% van de consulten van de huisarts vindt een verwijzing plaats naar de tweede lijn of een andere eerstelijnsdiscipline. Dat verwijspatroon spat uiteen in een brede waaier van specialismen en superspecialismen. Het schetst ook de asymmetrie in de verhouding. Voor alle specialismen en disciplines is de huisarts de belangrijkste toeleverancier. Omgekeerd heeft elke afzonderlijke verwijsbestemming vanuit de huisarts gezien slechts betrekking op een fractie van zijn werk. Samenwerking binnen de eerste lijn vindt plaats in gezondheidscentra of tenminste op wijkniveau doordat er korte lijnen zijn en hulpverleners elkaar kennen.

Tot zover de sterke punten. Er zijn echter ook zwaktes. Ik noem er hier twee.

Op het terrein van zorgcoördinatie is in de eerste plaats de interne samenhang binnen de eerste lijn niet erg sterk ontwikkeld. Het aantal gezondheidscentra is blijven steken op een marktaandeel van 10%. Daarbuiten is in essentie sprake van monodisciplinair kleinbedrijf. Er is zeker geen sprake van een sterke voor de buitenwacht aanspreekbare eerste lijn. Dat heeft diverse oorzaken. De huisarts heeft minder belang bij samenwerking dan de andere eerstelijnsdisciplines doordat zijn patiënten rechtstreeks komen terwijl voor de andere disciplines de huisarts de belangrijkste toeleverancier is. Versnipperde, per disciplines geregelde, financiering en schaalverschillen tussen aan de ene kant lokaal werkende zorgverleners als huisarts en fysiotherapeut tegenover op veel groter schaalniveau werkende disciplines als thuiszorg en maatschappelijk werk, doen de rest.

Een tweede zwak punt is op het punt van 'comprehensiveness'. De eerste lijn is op het terrein van de curatieve zorg wel omvattend, maar er is relatief weinig aandacht voor preventie in vergelijking tot eerstelijnsystemen in andere landen⁴⁷⁾. Dan bedoel ik niet preventie als daar expliciet door de patiënt om wordt gevraagd, maar preventie gericht op verandering van leefstijl als het risicoprofiel van de patiënt daar aanleiding toe geeft. Huisartsen rekenen dat niet tot hun taak. De opvatting dat een dergelijke pro-actieve houding van

de arts de vertrouwensband tussen arts en patiënt schaadt is een door dokters aangevoerde reden, die overigens niet door onderzoek wordt gestaafd⁴⁸⁾. Wij zien dan ook in onderzoek op basis van video-observatie in 2001 dat huisartsen de kansen om in het patiëntconsult over leefstijl te praten lang niet altijd aangrijpen^{49),50)}.

Ontwikkelingstendenzen

Nu zijn aandacht voor preventie en een samenhangende eerste lijn uiterst vitaal om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden bij een groeiende zorgvraag, kortom de uitdaging van de toekomst. Reden genoeg om hier langer bij stil te staan. Daarbij komen we bij de laatste vraag in mijn betoog. Welke ontwikkelingstendenzen zijn er met name in het licht van de onderscheidende kenmerken van de eerste lijn.

Een naar mijn mening bepalende ontwikkeling is het streven naar kortere arbeidstijden in de beroepsgroep huisartsen. Bijgaande tabel (tabel 1) vergelijkt de situatie uit 1987 met die in 2001 en laat zien dat de huisarts in 2001 gemiddeld 10 uur per week minder werkte dan in 1987. Dit terwijl het aantal ingeschreven patiënten niet verminderde en het aantal contacten steeg. Helaas ontbreken recentere cijfers over het aantal werkuren van huisartsen, maar ik durf de stelling wel aan dat deze tendens zich heeft voortgezet.

Tabel 1: Ontwikkeling werktijd en werklast van huisartsen, 1987-2008

	1987	2001	Vershil
Werkuren per week	52,9	44,1	-17%
Aantal ingeschreven patiënten	2174	2115	-3%
Aantal contacten per jaar	8182	8333	+2%

Bron: Nationale Studie 1 en 2, Van den Berg et al, 2004

Vraag is hoe de huisarts het voor elkaar heeft kunnen krijgen om bij een groeiende zorgvraag minder te gaan werken? Het antwoord is dat er niet één

enkele oorzaak is, maar dat het idee dat de huisarts het te druk had een reeks ontwikkelingen in gang heeft gezet. Schema 2 geeft een (niet uitsluitend) overzicht. Het gaat hierbij niet alleen om ontwikkelingen die door huisartsen zelf in gang zijn gezet, maar ook om in de buitenwereld geïnitieerde ontwikkelingen.

Schema 2 Overzicht verschuiving taken huisarts

	Vershoven:	Naar/voor:
Consultversobering	Visites	Consulten
	Spreekuurconsulten	Telefonische consulten
Taakdelegatie	Toegang tot huisarts	Triage door Praktijkassistente
	Controles chronisch zieken	Praktijkondersteuner
	Psychosociale zorg	SPV/POH GGZ
Taakverschuiving	Zorg buiten kantooruren	Huisartsenposten
	Acute klachten bewegingsapparaat	Directe toegang fysio/oefentherapie
	Kortdurende psychische hulp	Eerstelijnspsychologen
	Arbeids-bedrijfsgerelateerde zorg	Verwijsfunctie bedrijfsarts
	Alledaagse klachten	Nurse practitioners
Outsourcing	Totaal management	Private management aanbieders
	Zorg chronisch zieken	Zorggroepen
	Declaratieverkeer	Clearing houses
	ICT	ASP-providers

In de eerste plaats zien we dat huisartsen zelf een versobering van de consultvoering hebben doorgevoerd in de zin van minder bewerkelijke consulten. Betrof in 1987 nog bijna 17% van de face-to-face artspatiëntconsulten een visite, in 2008 was dat nog maar 8%. Daarnaast is er ook een verschuiving opgetreden van spreekuurconsulten naar telefonische consulten, al heeft een huisarts nog altijd ruim vier keer zoveel face-to-face contacten dan telefonische contacten^{51),52),53)}.

In de tweede plaats zien we een aantal veranderingen binnen de huisartsenpraktijk. De rol van de assistente als bewaker van de agenda van de huisarts is toegenomen. Waar voorheen, zeker bij consulten, door de assistente nauwelijks om de reden werd gevraagd is dat tegenwoordig, zeker bij een vraag om visite, standaard.

De opkomst van de Praktijkondersteuners op HBO-niveau is de afgelopen jaren snel gegaan en vooral het resultaat van de roep van huisartsen om meer praktijkondersteuning. In iets meer dan 10 jaar tijd is het percentage huisartsenpraktijken dat over een POH beschikt van vrijwel nihil tot meer dan 80% gegroeid^{54,55}. Opvallend hieraan is dat het primaire doel, verlichting van de werklast van huisartsen, niet is bereikt. De komst van de POH heeft wel geleid tot een betere, meer geprotocolleerde zorg voor chronisch zieken⁵⁶.

Nog spectaculairder en sneller was de opkomst van de huisartsenposten voor de zorg buiten kantooruren. Ook deze ontwikkeling is primair door huisartsen zelf geïnitieerd. Na de eerste evaluaties van de introductie van posten in onder meer Rotterdam waarin duidelijk werd dat deze leidden tot een aanzienlijke verbetering van zowel de objectieve als subjectieve werklast van huisartsen zijn de huisartsendienstenstructuren als paddenstoelen uit de grond geschoten. Het feit dat de huisarts tot soms een factor 7 keer minder diensten moest draaien speelde daarin een belangrijke rol⁵⁸. Nu, 10 jaar later, zien we echter al weer dat ook de diensten in de huisartsenpost een belangrijke bron van werkbelasting zijn. Dat blijkt onder meer uit het feit dat huisartsen hun diensten massaal verkopen⁵⁹.

Het direct toegankelijk maken van eerst fysiotherapeuten en later ook oefen-therapeuten is niet primair vanuit de huisartsenwereld geïnitieerd. Toch was deze beleidsmaatregel van VWS mede ingegeven door de wens de eerste lijn goed toegankelijk te houden bij een toenemende werklast van de huisarts. Patiënten maken hier massaal gebruik van. Inmiddels komt bijna een derde van de patiënten direct, zonder tussenkomst van de huisarts bij de fysiotherapeut⁶⁰. We zien ook dat deze mensen met relatief kortdurende klachten bij de fysiotherapeut komen en zij korter behandeld worden⁶¹. De toegankelijkheid

lijkt dus verbeterd. Aan de andere kant is het aantal consulten bij de huisarts voor klachten waarmee patiënten doorgaans bij de fysiotherapeut komen niet verminderd⁶².

Leerzaam zijn ook de ontwikkelingen in de eerstelijns-GGZ. Hier zien we dat de taakopvatting van huisartsen ten aanzien van psychosociale problemen is versmald in de zin dat huisartsen hulp bieden bij sociale problemen als adviseren bij opvoedingsmoeilijkheden of bespreken van problemen op het werk minder tot hun taak rekenen dan 20 jaar geleden⁶³. Zantinge laat overigens in haar proefschrift zien dat huisartsen die veel aandacht aan psychosociale problemen van hun patiënten besteden overall geen hogere werklast hebben⁶⁴. Niettemin is hier met de opname van eerstelijnspsychologische hulp in het basispakket flink geïnvesteerd. Ik noem de komst van eerst vanuit de tweede lijn gedetacheerde sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en later de introductie van de praktijkondersteuners GGZ⁶⁵. Dit zou moeten leiden tot betere opsporing en professionele behandeling van mensen met psychosociale problemen en ook ontlasting van het steeds stijgende beroep dat op de tweedelijns GGZ wordt gedaan.

Een laatste recente ontwikkeling is op het terrein van preventie. Ik noemde dat als een zwak punt met betrekking tot omvattendheid. Onderzoek met recentere gegevens lijkt aan te geven dat het tij aan het keren is. Nielen et al lieten op grond van gegevens in 2008 zien dat een kwart van de huisartsen patiënten met hoog risico oproept voor screening⁶⁶. Nog dit jaar uitgevoerd onderzoek laat zien dat huisartsenpraktijken steeds vaker stoppen-met-roken-interventies aanbieden⁶⁷. Met name de praktijkondersteuner wordt hiervoor meer en meer ingeschakeld. Consulten in verband met tabaksverslaving zijn recentelijk doorgedrongen tot de top 5 van meest voorkomende consulten van de praktijkondersteuner⁶⁸. Experimenten met het zogenoemde preventieconsult wijzen ook in deze richting.

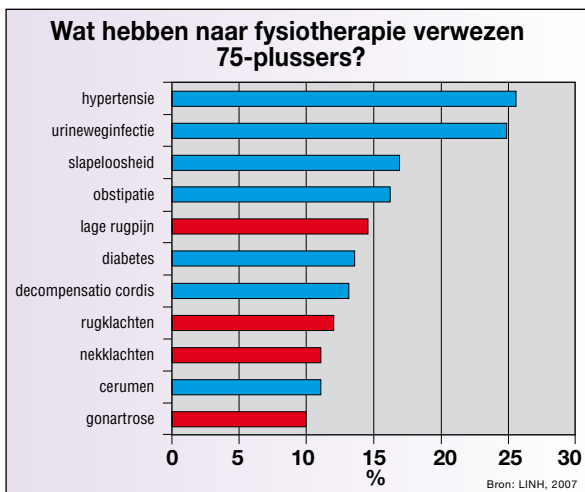
Met al deze veranderingen is het eerstelijnslandschap de afgelopen jaren ingrijpend veranderd. De vraag is of de veranderingen ook verbeteringen zijn in het licht van de onderscheidende kenmerken als toegankelijkheid,

persoongerichtheid, continuïteit, omvattendheid en coördinatie en of daarmee de eerste lijn ook klaar is om de uitdagingen van de toekomst aan te kunnen. Positief is dat resultaten in termen van toegankelijkheid en kwaliteit zijn geboekt: een steeds professioneler organisatie voor de zorg buiten kantooruren, een professioneel sterk ontwikkelde, goed toegankelijke fysiotherapie, betere praktijkondersteuning voor chronisch zieken en een sterkere eerstelijns GGZ. De facto vinden deze ontwikkelingen op deelterreinen plaats. Je ziet eigenlijk specialisatie binnen de eerste lijn. Op zich is dat goed. Een krachtige eerste lijn dient voldoende eigen deskundigheid te hebben om een groot deel van de zorgvraag zelfstandig te kunnen afhandelen.

Daarmee kan worden voorkomen dat patiënten onnodig en te snel in een specialistisch circuit komen. De vraag die echter kan worden gesteld is in hoeverre dit ten koste gaat van de persoonsgerichte, omvattende, kortom generalistische benadering. De vraag is ook of er een visie is op de eerste lijn als samenhangend geheel.

Figuur 4: Wat hebben naar fysiotherapie verwezen 75-plussers?

Het belang van die generalistische benadering, ook binnen de eerste lijn, kan nog eens worden geïllustreerd aan de hand van het volgende voorbeeld (figuur



5). Deze figuur laat zien met welke aandoeningen naar fysiotherapie verwezen 75-plussers het afgelopen jaar bij de huisarts zijn geweest. Dat zijn gemiddeld 8 verschillende aandoeningen. Daaronder zijn aandoeningen aan het bewegings-apparaat waar de fysiotherapeut zich doorgaans op richt in de minderheid. Het

belang niet alleen vanuit de stoornis aan het bewegingsapparaat maar ook generalistisch te kijken is hier evident.

Een tweede voorbeeld komt uit de GGZ. Verhaak⁶⁹) waarschuwt voor psychiatrisering van de eerste lijn. Dat dreigt te gebeuren als hulpverleners in de eerste lijn problemen van patiënten teveel door een 'psychiatrische bril' gaan bekijken. Door die 'psychiatrische bril' gezien behoeft een belangrijk deel van de eerstelijnspatiënten hulp. Dit gaat er aan voorbij dat er lang niet altijd sprake is van een concrete zorgvraag. Veel eenvoudige psychische problemen gaan bovendien vanzelf over. De generalistische, huisartsgeneeskundige benadering kijkt in die gevallen de ontwikkeling liever even aan, laat de tijd het werk doen en verwijst bij aanhoudende problemen eventueel toch nog door. Van belang is daarom dat de eerstelijns GGZ ook daadwerkelijk vanuit een eerstelijns-setting, dus in samenwerking met de huisarts, en een generalistische eerstelijnsfilosofie werkt. Het risico dat je loopt als dat niet gebeurt is dat eerstelijnsGGZ alleen maar de rode loper naar de tweede lijn uitlegt.

Onderzoek naar samenwerking binnen de eerste lijn brengt op twee niveaus variatie aan het licht. De monitor samenwerking binnen de eerste lijn laat een grote mate van variatie zien in samenwerkingsverbanden op het niveau van praktijken⁷⁰). Er is grote variatie zowel in teamsamenstelling als in samenwerkingsvorm. Daarboven laat een recent overzicht ook een bont palet aan praktijkoverstijgende samenwerkingsvormen zien⁷¹). Wij zien de afgelopen jaren veel nieuwe organisatievormen op een hoger schaalniveau dan de praktijk. De huisartsenposten voor de spoedeisende zorg waren de eerste, maar er zijn nu ook zorggroepen van huisartsen die zich richten op de contractering van de zorg voor chronisch zieken, zich daarop ook regionaal organiserende groepen van paramedici, aparte samenwerkingsstructuren voor de eerstelijns-GGZ, et cetera. Iedere, vaak aandoeningsgerichte, specialisatie lijkt een eigen praktijkoverstijgende organisatievorm te gaan krijgen. Efficiency-overwegingen maar ook de wens om samen sterker te staan in onderhandelingen met zorgverzekeraars liggen ten grondslag aan deze ontwikkelingen.

Wat naar mijn mening ontbreekt is een visie op de eerste lijn als totaal, zowel

op het niveau van de huisartsenpraktijk als het praktijkoverstijgende niveau. In het verleden was op praktijkniveau in feite de huisartsenpraktijk het centrale concept. Daarnaast kan het gezondheidscentrum met daarin de driepoot huisarts, wijkverpleging en maatschappelijk werk als een concept worden gezien. Nu is er binnen beide vooral veel variatie. Ook praktijkoverstijgend zie je in feite dat voor specifieke afstemmingsvraagstukken ad hoc-oplossingen worden gezocht. Er is behalve waar koepels van gezondheidscentra actief zijn geen duidelijk praktijkoverstijgend organisatorisch kader. Ik grijp hier weer terug op de theorie van Christaller waarin je op verschillende hiërarchische niveaus bundeling ziet van voorzieningen met een min of meer gelijk draagvlak. Analoog daaraan zou je op het wijkniveau eerstelijnssteams kunnen inzetten die wijkgericht zorg verlenen en op regionaal niveau een organisatiestructuur waarin praktijkoverstijgende zaken als de acute zorg, de contractering van zorg voor chronisch zieken en dergelijke worden geregeld. Dat hoeft geen eenheidsworst te worden. Het zorgaanbod van het eerstelijnssteam zou idealiter moeten zijn gebaseerd op een analyse van de lokale vraag en gezondheidssituatie, zoals omvang, openingstijden en assortiment. van Albert Heijn-vestigingen zijn afgestemd op de lokale vraag. Instrumenten als de Vraag Aanbod Analyse Monitor van NIVEL en NPCF kunnen daarbij worden gebruikt.

Onderzoeksagenda

Met dit laatste maken we een overstap naar mijn onderzoeksagenda. Mijn ambitie is te onderzoeken onder welke condities ordening in de eerstelijnsgezondheidszorg, zowel op praktijk- als praktijkoverstijgend niveau tot stand komt. Kennelijk zijn er op dit moment, uitzonderingen daargelaten, nog onvoldoende prikkels om tot bundeling te komen, zowel op het niveau van praktijken/wijken als op het hogere niveau. Ik wil met andere woorden de ontwikkelingen in de organisatie van de eerste lijn beschrijven en verklaren. Dat begint met een goede monitoring.

In het geneesmiddelenonderzoek worden (terecht) zware eisen gesteld voordat geneesmiddelen worden geregistreerd. In randomized clinical trials dient de

werkzaamheid en veiligheid te worden aangetoond. Er is veel minder aandacht voor onderzoek als de geneesmiddelen eenmaal op de markt zijn, zoals bijvoorbeeld het off label-voorschrijven^{72),73)}.

De parallel met onderzoek naar organisatorische vernieuwing in de eerste lijn is eenvoudig te trekken. Vernieuwingen worden onderzocht in kleine groepen gemotiveerde praktijken onder de bezielende leiding van visionaire leiders waarbij alleen patiënten die aan nauw omschreven inclusiecriteria voldoen en bijvoorbeeld geen comorbiditeit hebben, worden ingesloten. Vervolgens worden de resultaten van toepassing verklaard op de grote groep. Ook de neiging het indicatiegebied te verbreden is terug te vinden. De positieve resultaten van onderzoek naar diseasemanagement-programma's bij diabetes^{74),75),76)} lijken model te gaan staan als organisatieprincipe voor veel andere aandoeningen binnen de eerste lijn. Dit terwijl diabetes qua helderheid van de diagnose, mate van geprotocolleerd zijn van de behandeling en beschikbaarheid van uitkomst-indicatoren eerder uitzondering dan regel is. Dit pleit voor monitoring nadat vernieuwingen zijn geïntroduceerd zodat kan worden geleerd van de ervaringen en zonodig bijgestuurd.

Voor die monitoring zijn gegevens nodig over wat er in de zorg gebeurt. In het bijzonder pleit ik daarin voor het gebruik van gegevens uit elektronische medische dossiers van zorgverleners. Een voordeel van het feit dat gegevens door zorgverleners steeds vaker en steeds systematischer elektronisch worden vastgelegd⁷⁷⁾ is dat zij kunnen worden aangewend voor onderzoek. Zij maken het mogelijk om verschuivingen in de zorg zoals bijvoorbeeld de introductie van praktijkondersteuners en het feit dat je tegenwoordig direct naar de fysiotherapeut mag met zeer concrete gegevens zichtbaar te maken. Ook onderzoek naar de mate waarin volgens richtlijnen wordt gewerkt is detecteerbaar in medische dossiers van huisartsen^{78),79)} en fysiotherapeuten⁸⁰⁾. Doordat de inschrijving op naam bij huisartsen ons een epidemiologische noemer verschaft en het feit dat de huisarts het eerste adres is waar men met gezondheidsproblemen te rade gaat zijn de huisartsgegevens bij uitstek geschikt voor epidemiologische analyse⁸¹⁾ en onderzoek naar vaccinatiegraad onder risicogroepen⁸²⁾.

De slag die daarin de komende tijd gemaakt dient te worden is dat de nu

nog monodisciplinaire zorgregistraties moeten worden omgevormd tot een multidisciplinair systeem voor de eerste lijn als geheel. We hebben immers gezien dat de eerstelijnsdisciplines steeds meer verweven raken. Ook zien we ontwikkelingen waarbij de huisarts niet meer het enige eerste adres is waar mensen met hun eerste klacht komen. Epidemiologische gegevens van huisartsen zouden daarom moeten worden aangevuld met gegevens van huisartsenposten en fysiotherapeuten bijvoorbeeld. Er is met andere woorden een samenhangende onderzoeksinfrastructuur nodig voor de eerste lijn, een Landelijk InformatieNetwerk Eerste Lijn (LINEL). Met samenhangend bedoel ik disciplinegrensoverstijgend zodat de gang van de patiënt door het zorgsysteem kan worden gevolgd.

Juist een samenhangende onderzoeksinfrastructuur maakt het mogelijk om behalve ontwikkelingen te beschrijven ook onderzoek te doen naar achterliggende mechanismes en daarmee echt te leren hoe onze gezondheidszorg werkt. Pas dan kunnen verbanden worden onderzocht tussen gedrag van patiënten, zorgverleners en de organisaties waarbinnen zij werken alsmede externe prikkels die daarop van invloed zijn. De met elkaar verbonden zorgregistraties zouden moeten worden aangevuld met additionele gegevensverzameling. Zo noemde ik al dat er geen recente gegevens zijn over de aantallen gewerkte uren van huisartsen. Tijdsregistratie verbonden met zorgregistratie maakt het mogelijk de ingewikkelde relatie tussen werklast en kwaliteit te bestuderen. Ook de combinatie zorgregistratie met surveys onder patiënten en zorgverleners maakt dergelijke verdiepingsslagen mogelijk. Ik pleit dan ook voor dergelijke aanvullende gegevensverzamelingen zoals die in het verleden plaatsvonden in het kader van de Nationale Studies van ziekten en verrichtingen in de huisartsenzorg.

Gegevens verzameld ten behoeve van landelijke monitoring kunnen ook meer en beter worden gebruikt op regionaal en lokaal niveau. Ik noemde al de Vraag Aanbod Analyse Monitor, een internetinstrument waarmee op basis van landelijke gegevens de verwachte vraag in wijken en buurten gegeven de bevolkingssamenstelling kan worden uitgerekend. Het instrument wordt nu al gebruikt bij discussie's over de gewenste inrichting in de eerste lijn in de wijk

maar zal de komende jaren verder worden verfijnd en uitgebreid. Aansluiting is gezocht bij de regionale Volksgezondheids Toekomstverkenning, een instrument van RIVM om de regionale volksgezondheid in kaart te brengen dat zich eveneens voor een belangrijk deel baseert op landelijke gegevens. Momenteel zijn wij samen met onze RIVM-collega's, hier bij Tranzo, en in samenwerking met GGD en ROS in regionale pilots aan het nagaan hoe beide instrumenten beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Met dit soort activiteiten hoop ik een bijdrage te kunnen leveren aan een sterkere generalistische eerstelijnsgezondheidszorg in wijken.

Dankwoord

Tenslotte wil ik graag een dankwoord uitspreken. In de eerste plaats aan Jouke van der Zee en Jozien Bensing voor het in mij gestelde vertrouwen in de loop der jaren. Onder hun leiding is het NIVEL gegroeid tot wat het nu is, hét instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg in Nederland. Zij ook inspireerden mij om hoogleraar te worden. Peter Groenewegen wil ik graag bedanken voor zijn bijdrage aan mijn wetenschappelijke vorming en het mij uit de wind houden bij het schaatsen op de Weissensee. Van de velen waarmee ik binnen en buiten het NIVEL heb samengewerkt en waarvan ik altijd weer heb geleerd is het moeilijk kiezen wie ik zal noemen. Francois Schellevis, Robert Verheij, Liset van Dijk en Emmy Sluijs wil ik echter niet onvermeld laten.

Ik wil ook het NIVEL en de Stichting Bijzondere leerstoelen UVT bedanken voor het vestigen van deze bijzondere leerstoel en het in mij gestelde vertrouwen.

Graag wil ik ook de collega's op Tranzo bedanken voor de hartelijke ontvangst die maakt dat ik op woensdag met veel plezier naar Tilburg afreis. In het bijzonder Henk Garretsen wil ik bedanken voor het creëren van een atmosfeer die collegiaal en tegelijk inspirerend is. Ik verheug me ook op de samenwerking met Gert Westert in de academische werkplaats 'Kwaliteit van huisarts en ziekenhuiszorg' en Hans van Oers op het terrein van VAAM en regionale Volksgezondheidstoekomstverkenning.

Mijn vader heeft deze bijeenkomst net niet meer kunnen meemaken. Hij heeft mij het geloof in vooruitgang bijgebracht. Bij de uitvaartdienst heb ik je in gedachten op de eerste rij in deze bijeenkomst geplaatst. Daarom wil ik bij deze zeggen: dank je, pa.

Tenslotte wil ik jou, Irma, bedanken voor je steun, liefde en gezelligheid. Die maken het leven waard om geleefd te worden.

Noten

- ¹⁾ WWW.LINH.NL
- ²⁾ J.R.J. de Leeuw, C. Veenhof, C. Wagner, T.A. Wiegers, J.C. IJzermans, F.G. Schellevis, D.H. de Bakker, Patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg: stand van zaken. Utrecht: NIVEL, 2008, 48 p.
- ³⁾ M. Cardol, L. Van Dijk, J.D. de Jong, D. De Bakker, G.P. Westert, Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht: NIVEL, 2004, 219 p.
- ⁴⁾ F.G. Schellevis, G.P. Westert, D.H. de Bakker, R.P.T.M. Grol, P.P. Groenewegen, J. Van der Zee, J.M. Bensing, Nog altijd poortwachter: rol en positie huisarts opnieuw in kaart gebracht. In: Medisch Contact, vol. 59, 2004, nr. 16, p. 622-625
- ⁵⁾ T.A. Wiegers, J. van der Zee, M.J.N.C. Keirse, Maternity care in the Netherlands: the changing home birth rate. In: Birth, vol. 25, 1998, nr. 3, p. 190-197
- ⁶⁾ T.A. Wiegers, J. van der Zee, J.J. Kerssens, M.J.N.C. Keirse, Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in The Netherlands. In: Social Science & Medicine, vol. 46, 1998, nr. 11, p. 1505-1511.
- ⁷⁾ Zie ook J.M. Bensing. Wie wil in Nederland Primary Health Care? In: Medisch Contact, vol. 39, 1984, nr. no. 5, p. 141-146.
- ⁸⁾ World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now more than ever.
- ⁹⁾ Starfield B, Shi L, Macinko J, Contribution of Primary Care to health systems and health. Milbank Quarterly 2005, 83: 457
- ¹⁰⁾ R.G. Evans, Thomas Mc Keown, Meet Fidel Castro: Physicians, Population health and the Cuban paradox. Health Care Policy vol 3, no. 4. 2008, 21-32.
- ¹¹⁾ W. Christaller, Die zentrale Orte in Süd Deutschland. Jena, 1933.
- ¹²⁾ Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene. Structuurnota gezondheidszorg(nota Hendriks). Leidschendam, 1974.
- ¹³⁾ H.J.M. Sixma New land, new town, new health care system: primary care based health care planning in a modern, industrialized society; a case-study evaluating the health care demonstration project in the new Dutch town of Almere. Utrecht: NIVEL, 1997, vii, 254p.
- ¹⁴⁾ Bakker, de, D. H., The district concept for primary health care planning: Attempts at implementation in the Netherlands. Health Policy 1989, 13, 55-64.

- ¹⁵⁾ NIVEL, Naar een sterkere eerste lijn. Utrecht, NIVEL, 1989.
- ¹⁶⁾ Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. 's Gravenhage 1987 (rapport Commissie Dekker)
- ¹⁷⁾ Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Toekomstscenario's voor eerste-lijnszorg en thuiszorg, 3 delen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- ¹⁸⁾ Veer, de, A.J.E., Meijer, W.J. & Groenewegen, P.P. . Samenwerkingsverbanden in de verloskundige zorg: Eindrapport Project Verloskundige Samenwerkingsverbanden, deel I. Utrecht: NIVEL, 1996.
- ¹⁹⁾ Bennema-Broos, M., Sluijs, E.M., Wagner, C., Temmink D. & Hofhuis, H.. Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector: 1990-2000. Utrecht: NIVEL, 2000.
- ²⁰⁾ Hendriks, M., Vervloet, M. & van Dijk, L. Eindevaluatie meer jaren afspraken farmacie 2000-2004: Invloed van de Diabetes Check op de farmaceutische zorg aan patiënten met diabetes in de apotheek. Utrecht: NIVEL, 2005.
- ²¹⁾ Wieggers, T. & Janssen, B.. Monitor verloskundige zorgverlening. Vierde rapportage, najaar 2004. Utrecht: NIVEL, 2004.
- ²²⁾ Hofhuis, H., Plas, M. & van den Ende, E.. Eindevaluatie van het programma 'Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg' (IKPZ): Beschrijving van de kwaliteitssystemen van de paramedische beroepsgroepen in 2003. Utrecht: NIVEL, 2004.
- ²³⁾ Ros, C., Hutten, J.B.F. & Groenewegen, P.P. Centra centraal: Onderzoek naar kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1996.
- ²⁴⁾ A. de Veer, P. Peters, D. de Bakker, Innovation in health care for the elderly in the Netherlands. In: Home Health Care Services Quarterly, vol. 15, 1995, nr. 2, p. 59-80
- ²⁵⁾ A.J.E. de Veer, D.H. de Bakker Trends in zorgvernieuwing: oude wijn in nieuwe zakken? In: Medisch Contact, vol. 50, 1995, nr. 20, p. 639-641
- ²⁶⁾ VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2003). Bouwstenen Zorg in de buurt. Den Haag: Ministerie van VWS.
- ²⁷⁾ VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Visie op de eerstelijnszorg: 'Dynamische eerstelijnszorg' (kamerstuk). Den Haag: Ministerie van VWS, 2008.
- ²⁸⁾ VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Doelstellingenbrief eerstelijnszorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2008.
- ²⁹⁾ VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2004.

- ³⁰⁾ Gezondheidsraad. European Primary care. Den Haag: Health Council of the Netherlands/Gezondheidsraad, 2005.
- ³¹⁾ Saltman, R.B., Rico, A. & Boerma, W.G.W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. New York: Open University Press, 2006.
- ³²⁾ World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now more than ever.
- ³³⁾ NPCF. Toekomstbestendige eerstelijnszorg (brief aan de minister van VWS). Utrecht: NPCF, 2004.
- ³⁴⁾ ZN, Zorgverzekeraars Nederland. Visie zorgverzekeraars op Herstructurering Eerstelijnszorg. Zeist: ZN, 2002.
- ³⁵⁾ VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: Ministerie van VWS, 2007.
- ³⁶⁾ Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra. Over samenwerking tussen gemeenten en eerstelijnsorganisaties. Utrecht, LVG, 2007.
- ³⁷⁾ VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kennis, innovatie, meedoen (nota). Den Haag: Ministerie van VWS, 2003.
- ³⁸⁾ L.E. Meuwissen, D.H. de Bakker, CQ-indexen voor de eerste lijn: naar een samenhangende informatievoorziening. Utrecht: NIVEL, 2008, 54 p.
- ³⁹⁾ Zwaanswijk, M., Quak, S., Bouwman, J., Zantinge, E. M., Verhaak, P. F. M., De Bakker, D. H. Validiteit van de Vraag Aanbod Analyse Monitor: Overeenstemming met populatiegegevens uit lokale Gezondheidspeilingen. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2009, 6, 277-283.
- ⁴⁰⁾ Starfield B, Shi L, Macinko J, Contribution of Primary Care to health systems and health. *Milbank Quarterly* 2005, 83: 457
- ⁴¹⁾ J. de Jong, M. Loermans, M. van der Maat, De aanvullende tandzorgverzekering. www.nivel.nl: NIVEL, 2008
- ⁴²⁾ D. de Bakker LINH-cijfers: hoe 'community-based' werkt de huisarts? In: *Huisarts en Wetenschap*, vol. 49, 2006, nr. 6, p. 293
- ⁴³⁾ D. de Bakker LINH-cijfers: Is er nog huisarts voor de dood? In: *Huisarts en Wetenschap*, vol. 47, 2004, nr. 6, p. 262
- ⁴⁴⁾ L. Jabaaïj, D.H. de Bakker, H.J. Schers, P.J.E. Bindels, J.H. Dekker, F.G. Schellevis Recently enlisted patients in general practice use more health care resources. In: *BMC Family Practice*, vol. 8, 2007, nr. 64

- ⁴⁵⁾ L. Jabaaij, D. de Bakker, A. Timmermans, P. Bindels, Huisartsenzorg in cijfers: is de huisarts nog gezinsarts? In: *Huisarts en Wetenschap*, vol. 50, 2007, nr. 8, p. 345
- ⁴⁶⁾ M. Cardol, P.P. Groenewegen, D.H. de Bakker, P. Spreeuwenberg, L. Van Dijk, W. van den Bosch, Shared help seeking behavior within families: a retrospective cohort study. In: *British Medical Journal*, vol. 330, 2005, nr. 7496, p. 882-884
- ⁴⁷⁾ W.G.W. Boerma Profiles of general practice in Europe: an international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht: NIVEL, 2003, 240p.
- ⁴⁸⁾ TNS/NIPO, De huisarts-patiënt relatie anno 2006. Amsterdam, TNS/NIPO, 2006.
- ⁴⁹⁾ J.M. Bensing, F. Tromp, S. Van Dulmen, A. van den Brink-Muinen, W. Verheul, F. Schellevis, De zakelijke huisarts en de niet-mondige patiënten: veranderingen in communicatie. Een observatieonderzoek naar consulten met hypertensiepatiënten. In: *Huisarts en Wetenschap*, vol. 51, 2008, nr. 1, p. 6-10
- ⁵⁰⁾ I.E.J. Milder, A. Blokstra, J. De Groot, S. Van Dulmen, W.J.E. Bemelmans, Lifestyle counseling in hypertension-related visits: analysis of video-taped general practice visits. In: *BMC Family Practice*, vol. 9, 2008, nr. 58
- ⁵¹⁾ M.J. van den Berg, E.D. Kolthof, D.H. de Bakker, J. van der Zee, Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004, 197p.
- ⁵²⁾ WWW.LINH.NL
- ⁵³⁾ M.J. van den Berg, M. Cardol, F.J.M. Bongers, D.H. de Bakker, Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. In: *BMC Family Practice*, vol. 7, 2006, nr. 58
- ⁵⁴⁾ B.J.M. Welling, D.M.J. Delnoij, D.H. de Bakker, De praktijkverpleegkundige in Nederland. Utrecht: NIVEL, 1997, 38 p.
- ⁵⁵⁾ WWW.LINH.NL
- ⁵⁶⁾ Laurant, M. G. H., Hermens, R. P. M. G., Braspenning, J. C. C. & Sibbald, B. (2004). Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328 (7445), 927-930.
- ⁵⁷⁾ D.H. de Bakker, S.J. Grielen, B. Prins, Werklastvermindering en tevreden patiënten: grootschalige dienstenstructuur voor huisartsen. In: *Medisch Contact*, vol. 54, 1999, nr. 39, p. 1328-1331
- ⁵⁸⁾ M.J. van den Berg, D.H. de Bakker, E.D. Kolthof, Huisartsenposten en werkbelasting: objectieve en ervaren werkbelasting door avond-, nacht- en weekenddiensten in waarnemgroepen en huisartsenposten. In: *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, vol. 82, 2004, nr. 8, p.497- 503

- ⁵⁹⁾ L. Jabaaij, M. Lugtenberg, L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, C.J. in't Veld, F.G. Schellevis, R.J.E. Bindels, Diensten de deur uit: huisartsen verkopen meer ANW-diensten aan een waarnemer. In: *Medisch Contact*, vol. 61, 2006, nr. 46, p. 1840-1842
- ⁶⁰⁾ WWW.NIVEL.NL/LIPZ
- ⁶¹⁾ I.C.S. Swinkels, M.K. Kooijman, C.J. Leemrijse, Patiënten die rechtstreeks bij de fysiotherapeut komen behalen vaker de behandeldoelen. www.nivel.nl: NIVEL, 2009
- ⁶²⁾ C. van Dijk, R. Verheij, D. de Bakker, Huisartsenzorg in cijfers: directe toegankelijkheid fysiotherapie. In: *Huisarts en Wetenschap*, vol. 51, 2008, nr. 11, p. 525
- ⁶³⁾ M.J. van den Berg, E.D. Kolthof, D.H. de Bakker, J. van der Zee, Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004, 197p.
- ⁶⁴⁾ E.M. Zantinge Doctor, can you spare some time? The role of workload in general practitioners' involvement in patients' mental health problems. Utrecht: Dissertatie Rijkuniversiteit. NIVEL, 2008, 182 p.
- ⁶⁵⁾ M.J. Emmen, S.A. Meijer, P.F.M. Verhaak, Positie van de eerstelijnspsycholoog in de geestelijke gezondheidszorg. In: *TSG: Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, vol. 86, 2008, nr. 3, p. 142-149
- ⁶⁶⁾ M.M.J. Nielen, F.G. Schellevis, Preventie in de huisartsenpraktijk anno 2008: de vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten. Utrecht: NIVEL, 2008, 47p.
- ⁶⁷⁾ E.P.C. Hopman, D.H. de Bakker, T.A. Wiegers, E.M. Zantinge, Een inventarisatie van knelpunten en mogelijkheden bij de inzet van stoppen-met-roken interventies. Utrecht: NIVEL, 2009, 65p.
- ⁶⁸⁾ WWW.LINH.NL
- ⁶⁹⁾ P. Verhaak Eerstelijns 'psychiatriseerd'. In: *Psy*, 2008, nr. 1, p. 36-37
- ⁷⁰⁾ J. Hansen, T. Nuijen, L. Hingstman, Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL, 2007, 69p.
- ⁷¹⁾ E.P.C. Hopman, R. Batenburg, D.H. de Bakker, Organisatorische samenwerkingsverbanden in e eerste lijn: een verkenning. Utrecht, NIVEL, 2009.
- ⁷²⁾ Florentinus, S.R., New drugs in general practice. Prescribing patterns and external influences. Utrecht, Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht, 2006.
- ⁷³⁾ ZonMw, Signalement goed geneesmiddelengebruik. 's Gravenhage, ZonMw, 2009.
- ⁷⁴⁾ Dierick-van Daele, A. T. M., Metsemakers, J. F. M., Derckx, E. W. C. C., Spreeuwenberg, C. & Vrijhoef, H. J. M.. Nurse practitioners substituting for general practitioners: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 2009, 65(2), 391-401.

- ⁷⁵⁾ Drewes, H. W., Boom, J. H. C., Graafmans, W. C., Struijs, J. N. & Baan, C. A. Effectiviteit van disease management: Een overzicht van de (internationale) literatuur. RIVM, Bilthoven, 2008.
- ⁷⁶⁾ Gress, S., Baan, C. A., Calnan, M., Dedeu, T., Groenewegen, P., Howson, H., Maroy, L., Nolte, E., Redaelli, M., Saarelma, O., Schmacke, N., Schumacher, K., Lente, van, E. J. & Vrijhoef, B. Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care: Position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*, 2009, 17, 75-86.
- ⁷⁷⁾ L. Jabaaij, R. Verheij, K. Njoo, H. van den Hoogen, W. Tiersma, H. Levelink. Het meten van de kwaliteit van de registratie in elektronische patiënten dossiers van huisartsen met de EPD-scan-h. Utrecht: NIVEL, 2008, 52 p.
- ⁷⁸⁾ J.C.C. Braspenning, F.G. Schellevis, R.P.T.M. Grol, Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht: NIVEL, 2004, 173p.
- ⁷⁹⁾ A. Volkers, L. van Dijk, I. Wolters, D. de Bakker, Formularia in de huisartspraktijk: gebruik en het opvolgen van adviezen. Utrecht: NIVEL, 2008, 77p.
- ⁸⁰⁾ I.C.S. Swinkels, Monitoring physiotherapy using a national registration network. Utrecht: NIVEL, 2008, 231p.
- ⁸¹⁾ M.C.J. Biermans, P. Spreeuwenberg, R.A. Verheij, D.H. de Bakker, G.A. Zielhuis, P.F. de Vries Robbé, Striking trends in the incidence of health problems in the Netherlands (2002-05): findings from a new method for record linkage in general practice. In: *European Journal of Public Health*, 2009 Jun;19(3):290-6.
- ⁸²⁾ Tacken MAJB, Braspenning JCC, Berende A, Hak E, Bakker DH de, Groenewegen PP, Grol RPTM. Vaccination of high-risk patients against influenza: impact on primary care contact rates during epidemics. Analysis of routinely collected data. *Vaccine* 2004; 22 (23-24): 2985-2992.