

De NIVEL Zorgmonitor Krimpgebieden Resultaten van een *quick scan* en conceptueel monitorontwerp

Eindrapport

R. Batenburg
T. Wieggers
W. Ruizendaal
R. Verheij
D. de Bakker



ISBN 978-94-6122-315-9

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 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

Managementsamenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Doel en opzet van de monitor	8
1.3 Basisdata en -indicatoren van de monitor	11
1.4 De verdere inhoud en opbouw van dit rapport	13
2 Illustratie van de Zorgmonitor Krimpgebieden vanuit landelijk perspectief. Resultaten van de quick scan	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Verschillen krimp- en anticipeerregio's van de rest van Nederland in het feitelijk zorggebruik in 2013?	17
2.2.1 Verschillen in huisartsenzorggebruik - analyses op basis van de NZR	17
2.2.2 Verschillen in declaraties voor tweedelijns zorggebruik – analyse op basis van VEKTIS-gegevens	20
2.3 Verschillen krimp- en anticipeerregio's van de rest van Nederland in de geschatte zorgvraag in 2013? Analyses op basis van de VAAM-methode	20
2.4 Verschillen krimp- en anticipeerregio's van de rest van Nederland in het zorgaanbod in 2013? Analyses op basis van de NIVEL beroepenregistraties	28
2.5 Waarin verschillen krimp- en anticipeerregio's van de rest van Nederland in 2013 het meest?	29
3 Illustratie van de Zorgmonitor Krimpgebieden vanuit regionaal perspectief. De gemeente 'X' als voorbeeld	33
3.1 Inleiding	33
3.2 Hoe verschilt gemeente 'X' van de andere krimp- of anticipeergebieden en de rest van Nederland?	33
3.3 Met welke gemeenten/regio's kan een gemeente 'X' het beste vergeleken worden?	38
4 De Zorgmonitor Krimpgebieden: samenvatting en conclusie	41
Bijlagen:	
Bijlage 1: De recente indeling Krimp- anticipeergebieden, december 2014	44

Managementsamenvatting

In dit rapport wordt het ontwerp van de Zorgmonitor Krimpgebieden beschreven die het NIVEL in opdracht van het Ministerie van VWS verder zal ontwikkelen om de ontwikkelingen in de geschatte zorgvraag en het zorgaanbod in de krimp- en anticipeergebieden in Nederland in kaart te brengen. De monitor maakt onderscheid tussen twee gebruiksperspectieven, (1) een ‘nationaal’ perspectief gericht op monitoring van de verschillen tussen de krimp- en anticipeergebieden en de rest van Nederland, en (2) een ‘regionaal’ perspectief gericht op benchmarking van specifieke krimp- of anticipeergemeenten of regio’s. Voor beide perspectieven wordt gebruik gemaakt van verschillende duurzame databronnen die door het NIVEL zelf worden beheerd en vooral betrekking hebben op het zorggebruik, de zorgvraag en het zorgaanbod in de eerste lijn in Nederland.

In dit rapport zijn naast het conceptueel monitorontwerp de resultaten gepresenteerd van een *quick scan*, een ‘nul-meting’ van de monitor vanuit nationaal perspectief. Daaruit blijkt ten eerste dat het feitelijk huisartsenzorggebruik per inwoner niet systematisch verschilt tussen de krimp- en anticipeergebieden en de rest van Nederland. Die conclusie geldt ook voor het feitelijk gebruik per inwoner van een aantal tweedelijns voorzieningen. Als we de methode van de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) toepassen, dan zien we dat de geschatte zorgvraag per inwoner in de krimp- en anticipeergebieden wél systematisch verschilt met de rest van Nederland. De VAAM-methode schat de regionale zorgvraag in op basis van de regionale bevolkingssamenstelling, ook als landelijke gegevens over het feitelijk zorggebruik in die regio’s niet volledig dekkend zijn. De VAAM-schattingen geven aan dat de zorgvraag in krimp- en anticipeergebieden systematisch hoger is voor een groot aantal eerstelijns voorzieningen. Niet alleen het geschatte huisartsbezoek en het huisartsbezoek voor chronische ziekten ligt hoger, ook de schattingen van het paramedische en farmaceutische zorggebruik, het vóórkomen van chronische aandoeningen, het mondzorg-gebruik en kunstgebit-bezit is hoger. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of deze resultaten vooral verklaard worden uit het feit dat de gezondheidsdeterminanten minder gunstig zijn in deze gebieden, of ook verband houden met de beschikbaarheid van eerstelijns zorgvoorzieningen of een ander (‘regionaal-specifiek’) zorggebruik. Eén ander resultaat van de *quick scan* is de VAAM-schatting dat het aantal consulten per (FTE) huisarts in de krimp- en anticipeergebieden systematisch hoger ligt dan in de rest van Nederland, maar de vraag/aanbod-verhoudingen voor de andere vormen van eerstelijns zorg zijn binnen deze pilot (nog) niet in kaart gebracht. Voor de uiteindelijke monitor is het streven de capaciteit en toegankelijkheid van de gehele eerste en tweede lijn in de krimp- en anticipeergebieden in kaart te brengen, voor zover de data en indicatoren daarvoor betrouwbaar en duurzaam genoeg zijn. Een laatste uitkomst van de *quick scan* is dat voor veel VAAM-schattingen Zeeuws Vlaanderen en Oost Drenthe als krimp- respectievelijk anticipeerregio het meest afwijken van de rest van Nederland. Ook dit verdient verdere verdieping en monitoring.

In dit rapport is ook geïllustreerd hoe de Zorgmonitor Krimpgebieden vanuit regionaal perspectief ingezet kan worden. Eén geanonimiseerde krimpgemeente is daartoe als voorbeeld genomen. De analyses laten zien hoe deze gemeente zich verhoudt tot andere krimp- en anticipeergemeenten die in hetzelfde of juist een andere regio liggen. Het voorbeeld laat zien hoe verschillende benchmark-mogelijkheden gemeenten een handvat kunnen geven om met vergelijkbare gemeenten te gaan praten over maatregelen die mogelijk ook voor hen zinvol zijn om aan de zorgvraag te kunnen voldoen.

De Zorgmonitor Krimpgebieden zal vanaf dit pilot-project verder worden ontwikkeld tot een web- applicatie onder het beheer van het NIVEL. Daartoe zal de monitor zoveel mogelijk afgestemd worden op andere monitors en databronnen, en de informatiebehoefte van verschillende nationale en regionale veldpartijen als de beoogde gebruikers.

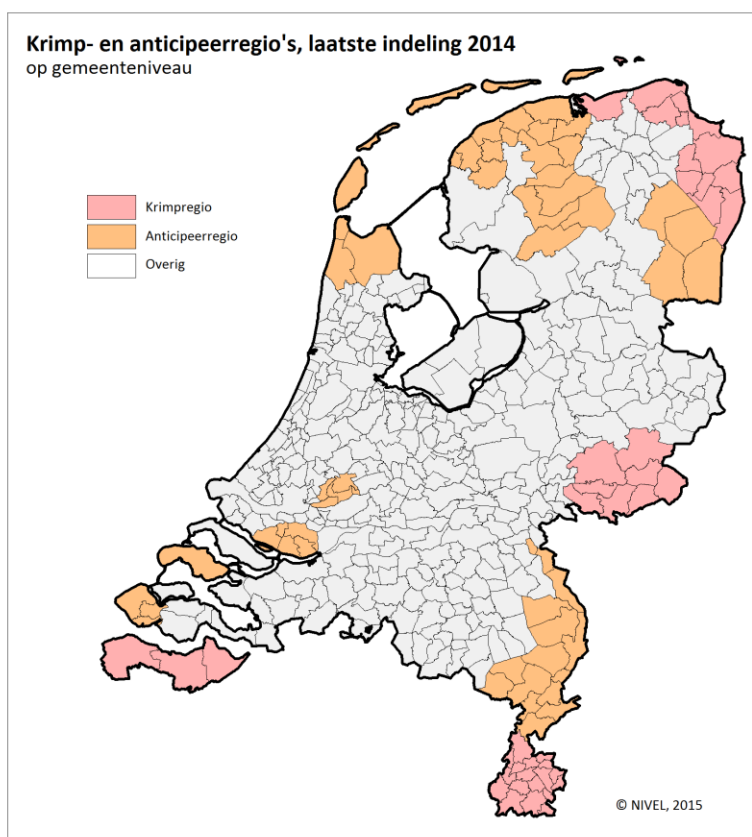
1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Krimpgebieden kenmerken zich door een teruglopende bevolking. Als die terugloop vooral betrekking heeft op jonge, gezonde en kapitaalkrachtige mensen worden krimpgebieden kwetsbaar, vooral als ook het zorgaanbod in die gebieden terugloopt. Een oververtegenwoordiging van kwetsbare en oudere mensen zet grote druk op de eerstelijns gezondheidszorg, de publieke gezondheidszorg, de langdurige zorg en de thuiszorg. Deze zogenaamde dubbele vergrijzing kan niet alleen leiden tot een verwachte toename in het zorggebruik, maar ook tot een tekort aan zorgpersoneel en opvolgingsproblemen van praktijkhouders, waardoor de toegankelijkheid van zorg in het geding kan komen. De zorg is vooral dat de krimpgebieden te maken krijgen met een cumulatie van problemen, waardoor de discrepantie tussen zorgvraag en zorgaanbod onwenselijk groot kan worden. Daarbij moet evenwel de uitgangssituatie van een bepaald gebied in acht worden genomen. Het maakt immers veel uit of krimpgebieden vóór de krimp al een ‘achterstandssituatie’ kenden, of juist vanuit een relatief welvarende situatie met krimp te maken hebben gekregen.

In december 2014 is op basis van de beschikbare prognoses van de bevolkingsgroei en huishoudenssamenstelling door het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) bepaald welke gemeenten tot een zogenaamd krimp- of anticipeergebied in Nederland behoren. In krimpgebieden gaat de bevolkingsdaling het snelst, in anticipeergebieden wat minder snel maar wel duidelijk sneller dan in de rest van Nederland. Dit heeft geleid tot een indeling waarbij 41 gemeenten tot een krimpgebied gerekend worden, en 56 gemeenten tot een anticipeergebied. De krimp- en anticipeergemeenten zijn verdeeld over Nederland, maar vormen ook deels aansluitende gebieden die met name aan de grenzen van Nederland gesitueerd zijn. Dit laat het kaartje op de volgende pagina goed zien. De specifieke gebiedsindeling van de in totaal 97 krimp- en anticipeergemeenten in 8 krimpregio's en 12 anticipeerregio's is terug te vinden in bijlage 1 van dit rapport. De onderstaande kaart visualiseert de ligging van de krimp- en anticipeergebieden binnen Nederland.

Wat betreft aantallen gemeenten en oppervlakte beslaan de krimp- en anticipeergebieden een redelijk deel van Nederland. Qua bevolkingsomvang is dit minder het geval. Het gaat vaak om relatief dun bevolkte gebieden aan de grenzen van het land. Uitgaande van de gemeente-indeling van Nederland in 2013 en de bevolkingsstatistieken per 1/1/2014, woont thans 7,4% van de Nederlanders in een krimpgebied en 9,3% in een anticipeergebied. Dit illustreert tabel 1.



Tabel 1: Aantal en percentage inwoners in krimpregio's, anticipeerregio's en de rest van Nederland

	Krimp		Anticipeer		Rest van NL		Totaal
	N	%	N	%	N	%	N
Aantal gemeenten	41	10,1	58	14,2	309	75,7	408
Aantal inwoners (1/1/2014)	1.235.590	7,4	1.559.843	9,3	13.984.142	83,3	16.779.575

1.2 Doel en opzet van de monitor

Het Ministerie van VWS heeft het NIVEL gevraagd voor de krimp- en anticipeergebieden een monitor op te stellen om de ontwikkelingen in het zorggebruik en het zorgaanbod in kaart te brengen en hiermee verschillende beleidsactoren te ondersteunen. In dit rapport wordt beschreven hoe de Zorgmonitor Krimpgebieden ontworpen zal worden om aan deze doelstellingen te voldoen. Daarbij wordt tevens een aantal eerste beschrijvende resultaten gepresenteerd. De Zorgmonitor Krimpgebieden is dus in opbouw en dient nog getoetst te worden aan de informatiebehoeften van de beleidsmakers, zorgaanbieders en veldpartijen. In het ontwerp is gekeken waar de monitor zich het beste kan onderscheiden van andere databronnen en monitors die voor

‘de krimp-problematiek’ in Nederland reeds ontwikkeld zijn en worden. Gekozen is het zorggebruik in de eerste lijn, en die binnen de huisartspraktijk in het bijzonder, als uitgangspunt te nemen. Een eerste reden is dat hiermee de ‘frontlinie’ van het zorgstelsel in beeld wordt gebracht, het actuele en directe zorggebruik van inwoners. De huisartspraktijk en de eerste lijn bieden immers generalistische en laagdrempelige zorg die voor iedereen toegankelijk is. De tweede reden is dat vanuit het NIVEL specifieke kennis en data beschikbaar zijn om ontwikkelingen in de huisartspraktijk en de eerste lijn op nationaal en regionaal te monitoren. De databronnen voor de Zorgmonitor Krimpgebieden worden verderop in dit hoofdstuk nader beschreven. Naast indicatoren vanuit de eerste lijn komt ook een aantal indicatoren aan de orde die betrekking hebben op de tweede lijn, maar deze zijn beperkter gezien de beschikbare databronnen en de aanvullende waarde die zij hebben ten opzichte van de eerstelijnsontwikkelingen. De Zorgmonitor Krimpgebieden is gebaseerd op een aantal uitgangspunten. Een eerste uitgangspunt is dat ze gebaseerd is op indicatoren en data waarmee de situatie van de krimp- en anticipeerregio’s zo betrouwbaar mogelijk vergeleken kan worden met het landelijk gemiddelde en andere (niet-krimp/anticipeer) gebieden. Het doel is de situatie van de krimp- en anticipeerregio’s op verschillende regionale niveaus te beschrijven, zodat deze steeds in vergelijkend perspectief wordt gesteld. Een voorwaarde voor monitoring is dat de achterliggende data periodiek ververs kunnen worden, hetgeen bij de eerstelijnsgegevens van het NIVEL het geval is. Een tweede uitgangspunt is dat de monitor gebruikt kan worden voor feedback en benchmarking ten behoeve van de krimp- en anticipeergemeenten en regio’s zelf. Deze feedback en benchmarking kunnen betrekking hebben op verschillende indicatoren en verschillende gebieden, en gemeenten of regio’s in staat stellen zich te vergelijken met gebieden die eenzelfde zorggebruik en zorgaanbod kennen dan wel eenzelfde uitgangspositie hebben wat betreft determinanten of voorwaarden voor het voeren van een gezondheidszorgbeleid.

In dit rapport staan twee doelen centraal:

1. Het beschrijven van het zorggebruik, het zorgaanbod en de geschatte zorgvraag in de krimp- en anticipeergebieden op basis van zo recent en betrouwbaar mogelijke gegevens om (a) een vergelijking te maken met de rest van Nederland en (b) de krimp- en anticipeergebieden onderling te vergelijken. Dit onderdeel vatten we samen als de resultaten van een eerste *quick scan*.

2. Het beschrijven van de Zorgmonitor Krimpgebieden om daarmee (a) vanuit nationaal perspectief te gaan monitoren welke krimp- en anticipeergebieden op welke indicatoren zich onderscheiden en (b) vanuit regionaal perspectief krimp- en anticipeergemeenten en -regio’s verschillende benchmarkopties te bieden die ondersteunend zijn aan hun beleid. Dit onderdeel vatten we samen als de resultaten van het *monitorontwerp*.

Voor de Zorgmonitor Krimpgebieden onderscheiden we twee doelgroepen die hieronder verder toegelicht worden, namelijk (1) zij die geïnteresseerd zijn in het monitoren van het verschil tussen de krimp- en anticipeergebieden en de rest van Nederland en (2) zij die vanuit hun eigen specifieke (krimp- of anticipeer)gebieden zichzelf willen vergelijken met andere gebieden. Vanuit gebruikersperspectief zullen daarom bij ‘binnenkomst’ van de te ontwikkelen web-applicatie Zorgmonitor Krimpgebieden twee entrees worden geboden van waaruit de monitor gebruikt kan worden.

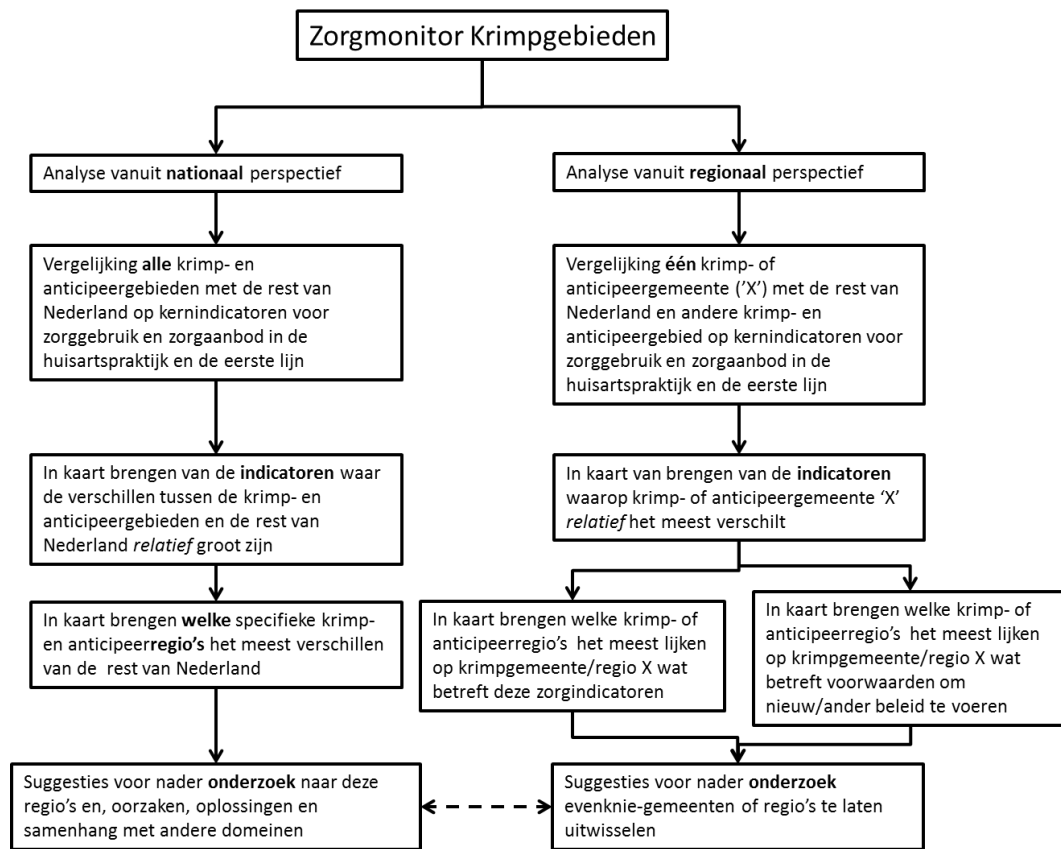
De eerste entree gaat uit van beleidsactoren, geïnteresseerden en belanghebbenden die vanuit het hiervoor genoemde nationaal perspectief naar de krimp- en anticipeergebieden

in Nederland willen kijken. Het perspectief is primair gericht op de verschillen tussen de krimp- en antipeergebieden enerzijds en de rest van Nederland anderzijds, rekening houdend met de verschillen tussen de krimp- en antipeergebieden. De monitor biedt stapsgewijs de mogelijkheid om te exploreren bij welke indicatoren, en in welke krimp/antipeer-regio's of -gemeenten deze verschillen zich vooral manifesteren. In de Zorgmonitor Krimpgebieden kan ingebouwd worden dat na periodieke verversing van gegevens (vooralsnog lijkt jaarlijks een haalbare en zinvolle frequentie) gemonitord kan worden of deze verschillen door de tijd heen groter of kleiner worden. Dit kan beleidsmakers op landelijk niveau ondersteunen in het bepalen van de urgentie van de verschillen en deze mogelijk met andere domeinen te verbinden zoals welzijn, wonen, onderwijs, werkgelegenheid en arbeidsmarkt.

De tweede entree gaat uit van beleidsactoren, geïnteresseerden en belanghebbenden die vanuit hun eigen regionaal perspectief naar de krimp- en antipeergebieden in Nederland willen kijken. Vanuit dit perspectief biedt de monitor de keuze om als eerste een bepaalde gemeente of regio te selecteren, waarna vervolgens voor alle indicatoren verschillende benchmarks gekozen kunnen worden. Wat betreft geografische benchmarking biedt de monitor ten eerste de mogelijkheid de betreffende gemeente of regio te vergelijken met steeds grotere gebieden vlakbij of er omheen. Ten tweede biedt de monitor de mogelijkheid een gemeente of regio te vergelijken met een 'evenknie'-gemeente of -regio, niet alleen in termen van krimp/antipeer-status of nabijheid, maar ook in termen van bijvoorbeeld inwonertal, inwonerssamenstelling en andere voorwaarden voor het voeren of wijzigen van een bepaald beleid. Benchmarking werkt effectiever als gemeenten of regio's zich kunnen vergelijken met 'evenknie'-regio's of -gemeenten die bijvoorbeeld qua financiële mogelijkheden niet al te ver van hen afstaan.

De twee gehanteerde perspectieven en indelingen worden gevisualiseerd in de onderstaande opzet (of: *sitemap*) van de NIVEL Zorgmonitor Krimpgebieden. De twee entrees en 'routes' van de monitor worden tevens in dit rapport gehanteerd.

Figuur 1: De 'twee-sporen'-opzet van de NIVEL Zorgmonitor Krimpgebieden



1.3 Basisdata en -indicatoren van de monitor

Gegeven het verschil in entree voor de twee doelgroepen zijn de data methodologische basis van de monitor wel dezelfde. Hieronder worden de bronnen en schattingsmethode gepresenteerd voor de monitor in wording, en die ook gebruikt zijn voor de *quick scan* die deel uitmaakt van dit pilot-project (zie hoofdstuk 2). Drie databronnen vormen de basis om het werkelijke zorggebruik en zorgaanbod in de krimp- en anticipeergebieden en de rest van Nederland te vergelijken, (1) huisartspraktijkgegevens van de NIVEL Zorgregistraties Eerstelijns (NZR), declaratiecijfers van VEKTIS en (3) capaciteitsgegevens van de NIVEL beroepenregistraties. De schattingsmethode betreft de methodiek van de Vraag Aanbod Analyse Monitor die sinds 2006 door het NIVEL wordt beheerd om regionale en lokale zorgvraag- en aanbodschattingen voor verschillende eerstelijnsvoorzieningen en op een zo laag mogelijk geografische niveau te maken.

NIVEL Zorgregistraties Eerstelijns

De eerste bron is gebaseerd op gegevens die het NIVEL uit huisartsinformatiesystemen van een landelijk netwerk van huisartspraktijken extraheert. Voorheen stond dit bekend onder de naam Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH), nu heet deze bron de

NIVEL Zorgregistraties Eerstelijns (NZR). Momenteel participeren verspreid over Nederland zo'n 500 huisartspraktijken in de NZR, waarbij 1,6 miljoen patiënten staan ingeschreven die eveneens goed verspreid zijn over Nederland. Voor de *quick scan* die we in dit rapport als onderdeel van de Zorgmonitor Krimpgebieden presenteren, is 2013 het meest recente jaar waarover de NZR-gegevens betrouwbaar en volledig beschikbaar zijn. Zoals we in het volgende hoofdstuk nader zullen beschrijven zijn de gegevens van patiënten die in 2013 bij de NZR-praktijken ingeschreven stonden goed dekkend op provinciaal en regionaal niveau, maar helaas niet op het niveau van krimp- en anticipeergemeenten (het niveau waarop de krimp- of anticipeerstatus wordt toegekend). Daarom zijn voor de analyses die op de NZR-data zijn uitgevoerd de 8 krimp- en 12 anticipeerregio's verder geaggregeerd tot vier krimpregio's en zes anticipeerregio's. Voor deze krimp- en anticipeerregio's is de dekking verantwoord, dat wil zeggen is minstens één NZR-huisartspraktijk daarin gevestigd én er zijn minstens 100 bij NZR-praktijken ingeschreven patiënten woonachtig.

VEKTIS

De tweede bron voor de Zorgmonitor Krimpgebieden in de hier gepresenteerde *quick scan* betreffen VEKTIS-gegevens over de kosten van verzekerde medisch specialistische zorg, tweedelijns GGZ en voor ziekenvervoer. Deze zijn gebaseerd op declaratiegegevens van alle (ruim 16 miljoen) verzekerden in Nederland en uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en driecijferige postcodegebied van de declarant. De driecijferige postcodegebieden zijn voor de monitor geaggregeerd en gematched met de 408 gemeenten die Nederland in 2013 telde. Op deze wijze is een aantal tweedelijns zorgindicatoren geschikt gemaakt voor de *quick scan* over de krimp- en anticipeer-gebieden, waarbij dezelfde routes van de Zorgmonitor Krimpgebieden toegepast kunnen worden als hiervoor beschreven.

NIVEL zorgberoepenregistraties

De derde bron van de Zorgmonitor Krimpgebieden zijn de NIVEL zorgberoepenregistraties. Deze bestaat uit een eigen registratie van huisartsen, verloskundigen en extramuraal werkende fysiotherapeuten, waarvan jaarlijks of tweejaarlijks hun werkzame positie, werkzaamheid en andere loopbaan-gegevens worden geactualiseerd. De registratiegegevens zijn landelijk dekkend op gemeenteniveau voor wat betreft de praktijklocatie(s) van nagenoeg alle werkzame huisartsen die praktijkhoudend en/of in loondienst zijn, verloskundigen en extramuraal werkende fysiotherapeuten in Nederland. Het grote voordeel ten opzichte van andere data/registratiebronnen (kwaliteitsregisters, ledenadministraties van beroepsverenigingen, AGB-register, ZorgkaartNederland) is dat bekend is hoeveel FTE elke persoon op elke locatie werkt, en tevens wat hun tijdbesteding is in patiëntgebonden activiteiten. Daarmee is een goede kernindicator beschikbaar in de monitor en *quick scan* voor de verhouding gebruik/aanbod voor deze drie eerstelijns beroepsgroepen cq. vormen van zorg.

Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM)

De vierde en laatste bron is niet gebaseerd op primaire dataverzameling, maar op een methode om de zorgvraag op regionaal of lokaal niveau te schatten op basis van de bevolkingssamenstelling van regio's of gemeenten, ook al is de landelijke databron niet op dat geografische niveau dekkend genoeg. De methode is ontwikkeld voor de Vraag

Aanbod Analyse Monitor (VAAM) die het NIVEL sinds 2006 onderhoudt en publiceert. De statistische schattingsmethode bestaat uit twee stappen:

Ten eerste wordt met behulp van nationale steekproefdata de samenhang berekend tussen het zorggebruik en de demografische kenmerken voor een bepaald geografische schaalniveau. Dat kan een regio, gemeente, of postcodegebied zijn, waarbij op basis van betrouwbaarheidsanalyses bepaald wordt of dat mogelijk is gezien aantallen inwoners of patiënten in dat gebied.

Ten tweede wordt de *zorgvraag* in een bepaald gebied geschat door extrapolatie van het zorggebruik naar de bevolkingskenmerken van dat gebied. Op deze manier kan voor elk gebied (postcodegebieden, gemeenten, regio's) een schatting gemaakt worden van de lokale, 'verwachte' zorgvraag.

De VAAM-methode is vergelijkbaar met indirect standaardiseren. Het landelijke zorggebruik wordt de facto geëxtrapoleerd naar het lokale niveau van een gebied, op basis van de bevolkingskenmerken van dat gebied die bepalend zijn voor het betreffende zorggebruik. Afhankelijk van de beschikbare (landelijke) databron zijn dit in de meeste gevallen leeftijd, geslacht, etniciteit en kenmerken van de woonlocatie zoals verstedelijking en sociaal-economische status. De VAAM-schattingen die we voor deze *quick scan* presenteren zijn zo recent als haar onderliggende databronnen, en betreffen het jaar 2013.

Samengevat zijn de drie databronnen en de schattingsmethode voor de Zorgmonitor Krimpgebieden in te delen naar enerzijds het gebiedsniveau waarop zij betrouwbare gegevens kunnen leveren, en anderzijds naar de indicatoren die zij bevatten namelijk het feitelijke zorggebruik (NZR en VEKTIS), het feitelijke zorgaanbod (NIVEL beroepenregistraties) en de geschatte zorgvraag (VAAM). Het onderstaande tabel 1 illustreert dit.

Schema 1: De databronnen van de van de NIVEL Zorgmonitor Krimpgebieden

Geografische analyse-niveau van de databron/methode:	Databron/methode heeft betrekking op, levert indicatoren voor:		
	Feitelijk zorggebruik	Feitelijk zorgaanbod	Geschatte zorgvraag
uitsplitsbaar tot een indeling in vier krimp- en zes anticipeer-regio's	NZR en VEKTIS	NIVEL beroepenregistraties	VAAM
uitsplitsbaar tot alle krimp/anticipeerregio's en hun gemeenten	VEKTIS	NIVEL beroepenregistraties	VAAM

1.4 De verdere inhoud en opbouw van dit rapport

In het volgende hoofdstuk 2 beschrijven we eerst de Zorgmonitor Krimpgebieden vanuit nationaal perspectief, en daarmee de resultaten van de *quick scan* op basis van de hiervoor genoemde databronnen en de VAAM-methode. Dit hoofdstuk is gericht op de eerste doelstelling van de monitor, het in kaart brengen van de indicatoren en gebieden

waarop de krimp- en anticipeergebieden systematisch verschillen van de rest van Nederland wat betreft hun zorggebruik, zorgaanbod en verwachte zorgvraag. Hoofdstuk 3 vervolgt met een beschrijving van de Zorgmonitor Krimpgebieden vanuit regionaal perspectief. Hierin laten we zien hoe vanuit één gemeente verschillende *benchmarking*-opties kunnen worden geboden om de relatieve positie van deze gemeente te beschrijven. Hoofdstuk 4 sluit af met een samenvatting en conclusie, waarin we de eerste resultaten van de Zorgmonitor Krimpgebieden overzien. De resultaten van de *quick scan* en het pilot-ontwerp van de monitor worden op een rij gezet, en er wordt aangegeven wat de monitor in de toekomst zal bieden aan beleidsmakers die willen anticiperen of reageren op mogelijke knelpunten rond de zorg in de krimp- en anticipeergebieden in Nederland.

2 Illustratie van de Zorgmonitor Krimpgebieden vanuit landelijk perspectief. Resultaten van de *quick scan*

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk illustreren we welke resultaten de Zorgmonitor Krimpgebieden vanuit landelijk perspectief oplevert, waarbij we de route volgen die in het vorige hoofdstuk gepresenteerd is als één van de twee entrees van de monitor. Daarmee presenteren we tevens de resultaten van de *quick scan*, een analyse hoe het zorggebruik en het zorgaanbod in de krimp- en anticipeergebieden zich in 2013 verhiel tot de rest van Nederland.

Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven is voor de *quick scan* van de Zorgmonitor Krimpgebieden –in het bijzonder voor het gebruik van de NZR-data– een eigen gebiedsindeling gemaakt. Deze bestaat uit vier krimpgebieden (K1 t/m K4) en zes anticipeergebieden (A1 t/m A6), welke een andere aggregatie vormen van de acht krimp- en twaalf anticipeerregio's die door BZK zijn benoemd. De gebiedsindeling die we voor deze *quick scan* steeds gebruiken is als volgt:

Krimpgebieden:

- K1 Eemsdelta, Oost-Groningen, De Marne
- K2 Achterhoek
- K3 Maastricht-Mergelland, Westelijke Mijnstreek, Parkstad Limburg
- K4 Zeeuws-Vlaanderen

Anticipeergebieden:

- A1 Oost Drenthe
- A2 Noord-Limburg, Midden-Limburg
- A3 Schouwen-Duiveland, Walcheren
- A4 Hoeksche Waard, Krimpenerwaard
- A5 Kop van Noord-Holland
- A6 Noordwest Friesland, Noordoost Friesland, Friese Waddeneilanden, Zuidoost Friesland

In Bijlage 1 is te zien welke specifieke gemeenten tot de BZK- en onze gebiedsindeling behoren. Bij het construeren van deze gebiedsindeling is ten eerste rekening gehouden met de krimp- en anticipeerregio's die geografische dicht bij elkaar liggen. Ten tweede is de indeling gebaseerd op de minimale aantallen NZR-huisartspraktijken en daarbij ingeschreven patiënten die nodig zijn om betrouwbare statistieken op dit gebiedsniveau te kunnen berekenen. Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven, vormt de NZR één van de primaire databronnen van de Zorgmonitor. Ten eerste als bron voor het berekenen van het feitelijke huisartsenzorg-gebruik op regionaal niveau. En ten tweede is de NZR één van de databronnen voor de VAAM-schattingen die voor deze *quick scan* zijn uitgevoerd om de vraag naar huisartsenzorg op regionaal én gemeenteniveau te bepalen. De maximale regionale dekking van de NZR-data is daarom leidend geweest voor deze gebiedsindeling.

Om de uitgangsverschillen tussen de krimp- en anticipeergebieden en de rest van Nederland inzichtelijk te maken, is in tabel 2 een overzicht gegeven van enkele

belangrijke bevolkingskenmerken die als determinanten die bij de VAAM-schatting van de zorgvraag meegenomen worden.

Tabel 2: Enkele kenmerken van de bevolking per krimp- en anticipeerregio en de rest van Nederland

	Aantal inwoners	Percentage vrouwen	Percentage inwoners 65+	Percentage vrouwen bij inwoners 65+	SCP Statusscore*	Percentage laag inkomen
Krimpregio's	1.235.590	50,5%	20,6%	55,1%	-0,46	44,2%
K1	224.627	50,1%	20,8%	54,9%	-1,11	46,4%
K2	298.934	50,1%	19,6%	55,0%	-0,11	43,2%
K3	605.900	50,8%	20,8%	55,3%	-0,22	44,0%
K4	106.129	50,4%	22,5%	54,4%	-0,24	43,5%
Anticipeerregio's	1.559.843	50,1%	19,1%	54,3%	-0,08	42,6%
A1	195.360	50,4%	19,9%	54,5%	-0,49	44,7%
A2	515.991	49,9%	18,9%	54,4%	-0,02	42,8%
A3	147.917	50,7%	21,1%	54,6%	0,11	42,0%
A4	138.528	50,5%	18,5%	53,8%	0,52	37,6%
A5	164.459	50,0%	18,5%	53,2%	0,02	40,0%
A6	397.588	49,8%	18,8%	54,4%	-0,38	44,3%
Rest van Nederland	13.984.142	50,5%	16,2%	55,4%	0,37	39,3%
Totaal Nederland	16.779.575	50,5%	16,8%	55,3%	0,23	40,0%

*SCP Statusscores zijn scores die aangeven hoe de sociale status van een wijk is, in vergelijking met andere wijken in Nederland. Met de sociale status wordt hier niet het aanzien of de populariteit van een wijk bedoeld. De sociale status van een wijk is afgeleid van een aantal kenmerken van de mensen die er wonen: hun opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt.

Uit deze tabel blijkt dat in de krimpgebieden het percentage inwoners van 65 jaar en ouder aanzienlijk groter is dan in de meeste anticipeergebieden en in rest van Nederland. Ook in de anticipeergebieden is het percentage inwoners van 65 jaar en ouder groter dan in de rest van Nederland. Het percentage vrouwen in de bevolking van 65 jaar en ouder wijkt juist niet of nauwelijks af van de landelijke cijfers. De SCP-statusscore, gebaseerd op de sociaal-economische status van inwoners, ligt zowel in de krimp- als in de anticipeergebieden beduidend lager dan in de rest van Nederland, met uitzondering van regio A4, en het percentage inwoners met een laag inkomen is, eveneens met uitzondering van regio A4, gemiddeld hoger dan in de rest van Nederland.

Hieronder beschrijven we systematisch (1) hoe de krimp- en anticipeergebieden afwijken van de rest van Nederland, en (2) hoe de krimp- en anticipeergebieden onderling van elkaar verschillen. Dat doen we voor de drie bronnen en de methode die in het vorige hoofdstuk omschreven zijn. Allereerst gaan we in op verschillen in wat we steeds het 'feitelijk zorggebruik' zullen noemen, op basis van (1) de NZR-gegevens over het gebruik van huisartsenzorg en (2) de VEKTIS-gegevens over tweedelijnsdeclaraties. Vervolgens presenteren we de resultaten van de VAAM-schattingen, de 'verwachte' zorgvraag voor zowel de krimp- als de anticipeergebieden en de rest van Nederland. Tenslotte tonen we regionale verschillen met betrekking tot het zorgaanbod op basis van

gegevens van de NIVEL beroepenregistraties. We sluiten het hoofdstuk af met een overzicht van de indicatoren en gebieden die de grootste verschillen laten zien.

2.2 Verschillen krimp- en anticipeerregio's van de rest van Nederland in het feitelijk zorggebruik in 2013?

2.2.1 Verschillen in huisartsenzorggebruik - analyses op basis van de NZR

In deze paragraaf beschrijven we de resultaten van de *quick scan* op basis van de NIVEL Zorgregistraties Eerste lijn (NZR). Indicatoren die door voldoende huisartspraktijken, over een voldoende periode binnen 2013, en met een voldoende datakwaliteit beschikbaar waren voor de 10 genoemde gebieden, worden hieronder gepresenteerd.

Contact met de huisartspraktijk

Een eerste kernindicator van de NZR is het totaal aantal contacten met de huisartspraktijk. In tabel 3 zien we dat dit in de krimpgebieden ('KRMP' in de tabel, alle waarnemingen in de krimpgebieden samengenomen) iets lager ligt dan in de rest van Nederland (een relatief verschil van -2%), in de anticipeergebieden iets hoger (een relatief verschil van +5%). Korte, lange en totaal aantal visites en M&I- verrichtingen liggen duidelijk hoger in de krimp- en anticipeergebieden en dan met name in K3 (Maastricht-Mergelland, Westelijke Mijnstreek en Parkstad Limburg) en A2 (Noord-Limburg, Midden-Limburg).

Tabel 3: Contact met de huisartspraktijk; data verzameld onder NRZ-praktijken in 2013

HUISARTSBEZOEK NAAR TYPE, per patiënt/ingeschrevene per jaar	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI- CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Telefonisch	0,70	0,64	0,72	0,69	0,39	1,16	0,55	1,51	1,72	0,97	0,77	1,13	1,12
M&I verrichting	0,27	0,23	0,24	0,39	0,68	0,24	0,21	0,33	0,27	0,18	0,30	0,19	0,20
Totaal visite	0,25	0,36	0,22	0,32	0,00	0,27	0,35	0,26	0,22	0,25	0,27	0,28	0,19
- Korte visite	0,14	0,25	0,13	0,10	0,00	0,16	0,27	0,12	0,09	0,15	0,13	0,17	0,12
- Lange visite	0,11	0,10	0,09	0,22	0,00	0,11	0,07	0,13	0,13	0,10	0,14	0,11	0,07
Totaal spreekuur	2,78	2,36	2,52	3,99	2,24	2,63	3,00	3,03	2,31	2,24	2,56	2,48	2,60
- Kort spreekuur	2,28	2,10	2,09	3,06	2,15	2,12	2,65	2,34	1,70	1,77	1,83	2,09	2,14
- Lang spreekuur	0,50	0,26	0,42	0,93	0,10	0,51	0,35	0,70	0,61	0,47	0,73	0,39	0,45
Totaal contacten	4,06	3,66	3,76	5,40	3,32	4,36	4,17	5,18	4,57	3,67	3,91	4,16	4,16

Huisartsbezoek naar redenen, klachten of ziektecluster

Uitgesplitst naar redenen/ziekteclusters (zie tabel 4) zien we dat in de krimp- en anticipeergebieden de huisarts gemiddeld *minder* vaak bezocht wordt dan in de rest van

Nederland. Dit is vooral het geval voor psychische klachten en geboortes. Het laatste zal samenhangen met de hogere gemiddelde leeftijd in deze gebieden. Er zijn echter twee uitzonderingen. In K3 (Maastricht-Mergelland, Westelijke Mijnstreek en Parkstad Limburg) en K4 (Zeeuws-Vlaanderen) is er juist *meer* huisartsbezoek voor bewegings- en psychische klachten dan in Nederland, en nog duidelijker in vergelijking met de andere krimpgebieden.

Tabel 4: Huisartsbezoek naar ziektecluster; data verzameld onder NRZ-praktijken in 2013

HUISARTSBEZOEK NAAR ZIEKTECLUSTER, per patiënt/ingeschrevene per jaar	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI-CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Acuut	0,21	0,21	0,20	0,24	0,00	0,21	0,22	0,24	0,22	0,19	0,23	0,19	0,20
Algemene klachten	0,65	0,53	0,62	0,78	1,17	0,67	0,65	0,75	0,82	0,60	0,78	0,80	0,72
Beweging	0,70	0,55	0,66	0,88	0,89	0,70	0,65	0,83	0,69	0,57	0,73	0,66	0,70
Chronisch	1,67	1,67	1,63	1,82	0,68	1,67	1,32	2,02	2,00	1,47	1,66	1,56	1,73
Geboorte	0,10	0,08	0,09	0,12	0,00	0,10	0,11	0,09	0,11	0,10	0,12	0,10	0,13
Infectie	0,78	0,64	0,72	1,03	0,59	0,90	0,89	0,90	0,78	0,84	0,84	0,93	0,88
Psychisch	0,40	0,39	0,36	0,52	0,59	0,43	0,33	0,46	0,51	0,34	0,43	0,44	0,46

Huisartsbezoek naar chronische ziekte

Als we de NZR- huisartsbezoekcijfer verder analyseren naar de chronische ziekte dat van toepassing was (zie tabel 5), dan komen we op lage tot zeer lage bezoekgemiddelden uit.

Tabel 5: Huisartsbezoek naar chronische ziekte; data verzameld onder NRZ-praktijken in 2013

HUISARTSBEZOEK NAAR CHRONISCHE ZIEKTE, per patiënt/ingeschrevene per jaar	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI-CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Angst	3%	2%	2%	4%	10%	3%	4%	3%	3%	2%	2%	4%	3%
Artrose	2%	2%	2%	3%	0%	2%	2%	3%	2%	3%	2%	2%	2%
Astma	3%	5%	3%	3%	0%	3%	5%	3%	2%	3%	3%	3%	4%
Beroerte	2%	1%	2%	2%	20%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%
Chronisch nek/rug	3%	2%	3%	4%	0%	3%	3%	3%	3%	2%	3%	2%	3%
COPD	3%	3%	2%	4%	0%	2%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%
Coronair/hart	3%	2%	3%	4%	10%	3%	3%	3%	3%	3%	2%	2%	2%
Depressie	2%	1%	2%	3%	10%	2%	3%	2%	2%	1%	1%	2%	2%
Diabetes	7%	7%	6%	9%	10%	6%	6%	6%	6%	5%	5%	6%	5%
Eczeem	5%	3%	5%	6%	0%	4%	5%	4%	4%	5%	4%	4%	5%
Gezichtsstoornis	2%	3%	2%	3%	0%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Kanker	4%	4%	4%	3%	10%	4%	4%	4%	3%	4%	3%	4%	3%

Daar moet dus rekening mee gehouden worden bij de vergelijking van deze cijfers tussen de gebieden. Zeeuws Vlaanderen wijkt als krimpgebied K4 op een aantal chronisch ziekteconsulten (angst, depressie, beroerte, hart) duidelijk naar boven af van de rest van Nederland en andere gebieden, maar ook hier moeten we voorzichtig zijn gezien het lage absolute niveau van deze gemiddelden.

Contact met huisartsenpost

In de krimp- en anticipeergebieden worden de huisartsenposten (zie tabel 6) gemiddeld iets vaker bezocht dan in de rest van Nederland. (het relatieve verschil is +1%, resp. +5%). Vooral huisartsenpost-visites en bezoek voor trauma en somatische redenen ligt hoger, met name in krimpgebied K4: Zeeuws Vlaanderen.

Tabel 6: Contact met huisartsenpost; data verzameld onder NRZ-praktijken in 2013

HUISARTSENPOST- BEZOEK NAAR TYPE, per patiënt/ingeschrevene per jaar	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI- CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Chronisch	0,16	0,05	0,22	0,23	0,23	0,32	0,16	0,25	0,86	0,90	0,20	0,12	0,24
Infectie	0,18	0,07	0,23	0,26	0,25	0,25	0,16	0,28	0,17	0,12	0,19	0,15	0,24
Psychosociaal	0,06	0,01	0,07	0,09	0,08	0,07	0,05	0,08	0,06	0,02	0,03	0,02	0,05
Somatisch	0,43	0,13	0,60	0,63	0,54	0,54	0,40	0,63	0,26	0,19	0,29	0,24	0,43
Trauma	0,19	0,08	0,25	0,24	0,28	0,22	0,19	0,24	0,22	0,12	0,21	0,16	0,17
Avonddienst	0,72	0,70	0,73	0,75	0,72	0,76	0,73	0,78	0,55	0,67	0,59	0,57	0,74
Nachtdienst	0,18	0,16	0,18	0,20	0,18	0,19	0,15	0,20	0,12	0,17	0,10	0,12	0,18
Weekenddienst	0,59	0,59	0,57	0,59	0,58	0,60	0,58	0,62	0,50	0,54	0,45	0,47	0,56
Urgentie hoog	0,80	0,94	0,66	0,80	0,66	0,76	0,87	0,79	0,50	0,59	0,48	0,57	0,66
Urgentie laag	0,69	0,52	0,83	0,75	0,82	0,80	0,60	0,83	0,68	0,80	0,66	0,59	0,82
Consult	0,73	0,61	0,67	0,82	0,87	0,74	0,69	0,75	0,72	0,69	0,71	0,65	0,72
Visite	0,18	0,23	0,14	0,13	0,16	0,16	0,17	0,16	0,02	0,15	0,01	0,06	0,14
Telefonisch	0,59	0,61	0,68	0,60	0,45	0,66	0,61	0,70	0,44	0,55	0,41	0,44	0,62
Totaal (HAP)contacten	1,49	1,46	1,49	1,55	1,49	1,56	1,47	1,61	1,18	1,39	1,13	1,16	1,48

In de tabel springen ook de anticipeerregio's A3 (Schouwen-Duiveland, Walcheren), A5 en A6 (Kop van Noord-Holland, Noordwest Friesland, Noordoost Friesland, Friese Waddeneilanden, Zuidoost Friesland) eruit, maar dan omdat deze juist een gemiddeld *lager* huisartsenpost-bezoek laat zien.

In het kader van het de onbedoelde gevolgen van de ontwikkelingen in de krimpgebieden is relevant om dit specifieke resultaat nader te onderzoeken. Zo kan gekeken worden of het reguliere huisartsenbezoek in deze gebieden het huisartsenpost-bezoek meer 'afvangt'. Of dat dit verschil samenhangt met de bereikbaarheid en organisatie van de

spoedeisende hulpdiensten in deze gebieden. Dit valt buiten de het bereik van dit pilot-project maar verdient zeker een plek op de onderzoeksagenda van de monitor in wording.

2.2.2 *Verschillen in declaraties voor tweedelijns zorggebruik - analyse op basis van VEKTIS-gegevens*

Uit de VEKTIS-gegevens zijn voor deze *quick scan* vier indicatoren geselecteerd: kosten van medisch specialistische zorg, tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en ziekenvervoer (zittend en liggend) per verzekerde. Deze zijn hieronder weergegeven voor het declaratiejaar 2013 naar dezelfde gebiedsdeling, de vier krimp- en zes anticipeergebieden, en de rest van Nederland.

Over het algemeen liggen de gemiddelde kosten per verzekerde hoger in de krimp- en anticipeergebieden in vergelijking met de rest van Nederland. Dat geldt vooral voor de kosten voor ziekenvervoer. Ook nu springt de krimpregio K4 (Zeeuws Vlaanderen) er in dit opzicht eruit, maar ook krimpregio K1 (Eemsdelta, Oost-Groningen, De Marne) en anticipeerregio A1 (Oost Drenthe) wat betreft liggend ziekenvervoer.

Tabel 7: Kosten voor medisch-specialistische zorg, tweedelijns GGZ en ziekenvervoer; data beschikbaar gesteld door VEKTIS over 2013

Kosten per verzekerde per jaar, voor:	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI-CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Medisch specialistische zorg	1.304	1.384	1.242	1.328	1.169	1.182	1.300	1.242	1.020	1.077	1.215	1.113	1.167
Tweedelijns GGZ	195	199	156	222	134	165	182	175	160	134	152	163	192
Ziekenvervoer zittend	10	9	9	9	22	14	14	16	18	11	12	12	7
Ziekenvervoer liggend	29	40	28	23	42	31	37	29	39	23	29	31	25

2.3 *Verschillen krimp- en anticipeerregio's van de rest van Nederland in de geschatte zorgvraag in 2013? Analyses op basis van de VAAM-methode*

In het vorige hoofdstuk beschreven we methodiek achter de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) van het NIVEL. Met de VAAM kan voor een groot aantal indicatoren de geschatte de eerstelijns zorgvraag op verschillende geografische niveaus berekend worden, ook al zijn landelijke databronnen daarvoor niet dekkend genoeg. Kort herhaald doet de VAAM-methode dit door extrapolaties of schattingen te maken van de zorgvraag in gebieden en regio's, op basis van een combinatie van (1) de bevolkingssamenstelling van die gebieden en regio's, en (2) de invloed van die bevolkingskenmerken op het feitelijke zorggebruik, die berekend wordt op nationale databronnen. Bij de nu volgende resultaten van de VAAM-schattingen dient dus bedacht te worden dat het gaat om de *geschatte* (eerstelijns) zorgvraag in de 10 krimp- en anticipeerregio's, alle krimp- en anticipeerregio's samen, en de rest van Nederland; waarbij de bevolkingssamenstelling van al deze gebieden dus steeds een belangrijke rol speelt.

Omdat de zorgvraagcijfers verwachtingen en extrapolaties zijn kunnen deze afwijken van het 'werkelijke' zorggebruik zoals in de voorgaande paragraaf op basis van de NZR is beschreven. De vergelijking VAAM-NZR kan overigens maar op een heel beperkt aantal indicatoren worden gedaan. Belangrijk voor de interpretatie van de resultaten in deze

paragraaf is dat het gaat om eerstelijns zorgvraagcijfers die in 2013 verwacht worden voor de krimp- en anticipeerregio's en de rest van Nederland, op basis van hun bevolkingssamenstelling naar onder andere leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status.

Huisartsbezoek

Op basis van VAAM wordt verwacht (ingeschat) dat het huisartsbezoek (zie tabel 8) in de krimp- en anticipeerregio's gemiddeld hoger ligt dan in de rest van Nederland. Dat blijkt vooral uit het aantal huisarts- en huisartspraktijkconsulten. De Krimpregio K4 (Zeeuws Vlaanderen) en K1 (Eemsdelta, Oost-Groningen, De Marne) scoren specifiek en relatief hoog op deze indicator.

Tabel 8: Huisartsenbezoek; schattingen op basis van de VAAM-methode, brondata uit 2013

Aantal contacten per inwoner	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI-CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Consulten huisartsenpraktijk	5,0	5,1	4,8	5,0	5,2	4,8	5,0	4,9	4,8	4,6	4,5	4,7	4,4
Consulten huisarts	4,9	5,0	4,7	4,9	5,1	4,7	4,9	4,8	4,7	4,5	4,5	4,7	4,3
Korte spreekuur-contacten	2,8	2,8	2,7	2,8	2,8	2,7	2,7	2,8	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6
Extra lange spreekuur-contacten	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Telefonische contacten	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1

Kijken we vervolgens naar het percentage dat naar verwachting de huisarts in 2013 zou bezoeken voor een chronische ziekte (zie tabel 9), dan is ten eerste de opmerking van belang dat het om lage percentages gaat waardoor regioverschillen met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden. Gegeven deze opmerking, liggen in de onderstaande tabel de percentages in de meeste gevallen vooral voor de krimpregio's hoger dan in de rest van Nederland. Het gaat daarbij om de geschatte zorgvraag voor hoog-prevalente chronische aandoeningen zoals diabetes, COPD en CVRM, maar ook artrose, gezichtsstoornissen en kanker.

Het volgens het VAAM-model verwachte percentage patiënten dat voor 3 of meer chronische ziekten de huisarts consulteert ligt in de krimpregio's 27% hoger dan in de rest van Nederland en in de anticipeerregio's 12% hoger. Er is niet één krimpregio die hierin erg afwijkt, behalve dat de regio K1 (Eemsdelta, Oost-Groningen, De Marne) wel op een aantal chronische ziekten nog wat hoger scoort dan het gemiddelde van de krimpregio's tezamen.

Tabel 9: Huisartsenbezoek voor chronische ziekten; schattingen op basis van de VAAM-methode, brondata uit 2013

Percentage inwoners met contact met de huisarts vanwege:	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI-CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Angststoornissen	3,0%	2,9%	2,8%	3,3%	2,7%	2,8%	2,8%	2,8%	3,0%	2,8%	2,8%	2,7%	3,0%
Artrose	2,4%	2,5%	2,4%	2,4%	2,6%	2,3%	2,4%	2,3%	2,4%	2,2%	2,2%	2,2%	2,0%
Astma	3,6%	3,7%	3,5%	3,7%	3,6%	3,5%	3,7%	3,5%	3,7%	3,5%	3,6%	3,5%	3,5%
Cardiovasculair risicomanagement	15,3%	15,7%	14,2%	15,4%	16,4%	14,5%	15,1%	14,7%	15,4%	13,3%	13,9%	14,2%	12,8%
COPD	2,7%	2,9%	2,5%	2,8%	2,7%	2,4%	2,7%	2,5%	2,4%	2,1%	2,3%	2,5%	2,1%
Depressie	3,2%	2,9%	2,9%	3,5%	2,9%	3,0%	2,9%	3,0%	3,3%	2,9%	3,1%	2,9%	3,2%
Diabetes	6,5%	6,8%	5,9%	6,7%	6,5%	6,0%	6,4%	6,2%	6,2%	5,0%	5,5%	5,9%	5,3%
Gezichtsstoornis	2,4%	2,5%	2,3%	2,4%	2,7%	2,2%	2,4%	2,2%	2,4%	2,1%	2,1%	2,1%	1,9%
Kanker	3,8%	3,9%	3,7%	3,9%	4,1%	3,6%	3,8%	3,6%	3,8%	3,5%	3,5%	3,5%	3,1%
Nekklachten	2,1%	2,0%	2,2%	2,1%	2,0%	2,1%	2,0%	2,2%	2,0%	2,1%	2,0%	1,9%	2,1%
Rugklachten	7,9%	7,7%	7,8%	8,0%	7,5%	7,6%	7,5%	7,8%	7,8%	7,4%	7,4%	7,3%	7,5%
Patiënten met:													
2 chr. aandoeningen	7,2%	7,3%	6,6%	7,4%	7,1%	6,6%	7,0%	6,7%	7,0%	6,1%	6,4%	6,5%	6,1%
>2 chr. aandoeningen	3,3%	3,4%	3,1%	3,4%	3,2%	2,9%	3,1%	3,0%	3,1%	2,6%	2,7%	2,9%	2,6%

De volgende tabel (tabel 10) geeft aan welk percentage van de bevolking (tussen de 20 en 64 jaar) in 2013 naar verwachting een chronische ziekte of aandoening heeft. Deze schatting is gebaseerd op landelijke cijfers afkomstig uit de lokale gezondheidsmonitor van de GGD; een andere bron dus dan de chronische aandoeningen die in relatie tot huisartsbezoek in de vorige tabel zijn gepresenteerd.

Er blijkt wederom dat deze (verwachte) percentages gemiddeld hoger liggen in de krimp- en anticipeergebieden. Vooral in de krimpgebieden zijn er, geëxtrapoleerd, meer patiënten met zelf-gerapporteerde hoge bloeddruk, een matig tot slecht ervaren gezondheid, een hoog risico op angst of depressie stoornis, met diabetes en patiënten die zwaar roken. In krimpregio K3 (Maastricht-Mergelland, Westelijke Mijnstreek en Parkstad Limburg) en K4 (Zeeuws-Vlaanderen) zijn de percentages nog weer wat hoger dan gemiddeld in de krimpregio's.

Tabel 10: Percentage van de bevolking in de leeftijd van 20 tot en met 64 jaar

Aandoeningen/ condities 20 – 64 jaar	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI- CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Astma, bronchitis, longemfyseem, CARA, COPD	8,2%	7,8%	7,8%	8,5%	8,0%	7,4%	7,5%	7,8%	7,5%	6,8%	6,9%	7,2%	7,3%
Diabetes	4,3%	4,5%	4,2%	4,3%	4,7%	4,0%	4,2%	4,1%	3,8%	3,4%	3,5%	4,0%	3,3%
Hoge bloeddruk	13,9%	14,1%	13,9%	13,8%	14,3%	13,1%	13,7%	13,6%	12,7%	12,2%	12,3%	13,1%	11,4%
Hoog risico op angst of depressie stoornis	5,3%	4,9%	4,7%	5,7%	5,8%	4,5%	4,6%	5,0%	4,4%	3,8%	4,0%	4,3%	4,1%
Matig tot slecht ervaren gezondheid	13,6%	12,9%	12,4%	14,2%	14,4%	11,8%	12,2%	12,6%	11,7%	9,9%	10,7%	11,7%	10,7%
Minimaal 1 chronische aandoening	53,0%	52,9%	52,8%	53,1%	53,4%	51,3%	52,2%	52,3%	50,7%	49,3%	49,7%	51,3%	48,3%
Minimaal 2 chronische aandoeningen	27,4%	27,2%	27,0%	27,7%	27,5%	25,5%	26,2%	26,5%	24,7%	23,0%	23,6%	25,6%	22,6%
Overgewicht	49,3%	49,9%	50,2%	48,4%	50,8%	48,2%	49,5%	49,4%	45,9%	46,3%	46,0%	48,4%	43,6%
Zwaar overgewicht	13,3%	13,5%	13,3%	13,0%	14,3%	12,4%	13,1%	13,0%	11,3%	11,1%	11,2%	12,6%	12,4%
Roken	26,2%	25,4%	24,9%	27,2%	26,3%	24,4%	24,5%	25,3%	24,5%	22,3%	23,2%	24,4%	24,1%
Zwaar roken	2,7%	2,6%	2,5%	2,9%	2,6%	2,3%	2,4%	2,5%	2,3%	2,0%	2,0%	2,2%	2,2%
Overmatig alcoholgebruik	29,5%	29,7%	29,0%	29,8%	28,3%	29,8%	29,6%	28,9%	31,5%	29,5%	31,1%	30,0%	30,4%
Voldoet niet aan beweegnorm	42,0%	40,3%	41,4%	43,1%	40,7%	41,1%	40,1%	41,9%	41,4%	41,4%	40,7%	40,4%	43,0%

Thuiszorg-gebruik

In de verwachte aantal uren thuiszorg (zie tabel 11) wijken de krimp- en anticipeergebieden volgens de VAAM-schattingen gemiddeld nauwelijks af van de rest van Nederland, ook al is het geschatte aantal uren persoonlijke verzorging stelselmatig in zowel de krimp- als de anticipeergebieden iets lager dan in de rest van Nederland.

Tabel 11: Aantal uren thuiszorg per inwoner van 18 jaar en ouder; schattingen op basis van de VAAM-methode, brondata uit 2013

Thuiszorg 18 jaar en ouder	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI- CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Uren huishoudelijke hulp	4,4	4,4	4,2	4,5	4,4	4,3	4,3	4,3	4,5	4,1	4,3	4,3	4,4
Uren persoonlijke verzorging	6,6	6,5	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	6,7	6,7	6,7	6,6	6,8

Verder zijn er geen gebieden daarbinnen die duidelijk afwijken van het landelijk gemiddelde. Kennelijk werkt de gemiddeld hogere leeftijd van de bevolking in deze

gebieden niet specifiek door in duidelijke verschillen tussen krimp- en anticipeergebieden en de rest van Nederland.

Mondzorg-gebruik

Qua frequentie van het geschatte tandartsbezoek verschillen de krimp- en anticipeergebieden niet van de rest van Nederland (zie tabel 12). Wat betreft het bezit van een eigen gebit (met uitzondering van A4 (Hoeksche Waard, Krimpenerwaard) dan wel een volledig kunstgebit zijn er wel duidelijke verschillen. Dat laatste ligt vooral in krimpgebied Zeeuws Vlaanderen (K4) hoger dan gemiddeld, evenals in krimpregio K1 (Eemdelta, Oost-Groningen, De Marne) en anticipeerregio A1 (Oost Drenthe). Nu zien we wel dat de hogere gemiddelde leeftijd in de krimp- en anticipeergebieden doorwerkt in het verschil met de rest van Nederland wat betreft volledig kunstgebit als zorgindicator.

Tabel 12: Mondzorg in de bevolking van 25 jaar en ouder; schattingen op basis van de VAAM-methode, brondata uit 2013

Mondzorg 25 jaar en ouder	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI-CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Jaarlijks contact tandarts	77,3%	75,6%	77,7%	78,3%	74,3%	77,1%	75,2%	78,1%	77,1%	77,6%	76,9%	76,5%	80,9%
Jaarlijks contact tandartspraktijk	83,8%	82,4%	84,1%	84,6%	81,2%	83,5%	82,0%	84,4%	83,5%	84,1%	83,4%	82,9%	86,5%
Eigen gebit	66,3%	62,6%	64,8%	69,2%	61,6%	66,6%	62,9%	66,4%	70,6%	75,7%	68,0%	67,0%	72,6%
Volledig kunstgebit	5,9%	6,5%	5,8%	5,5%	7,2%	5,6%	6,4%	5,7%	5,2%	5,5%	5,4%	5,6%	3,8%
Aantal contacten tandartspraktijk	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8

Paramedisch zorggebruik

Tabel 13 laat zien dat de verschillen over het algemeen klein zijn tussen krimp- en anticipeergebieden en de rest van Nederland wat betreft het verwachte aantal contacten en bezoek aan de fysiotherapeut, oefentherapeut en diëtist. Enige verschillen zijn er wel in fysiotherapiecontact voor chronische aandoeningen. Dat ligt, mede vanwege de hogere leeftijd en andere bevolkingskenmerken, in de meeste krimpgebieden gemiddeld hoger dan in de rest van Nederland; vooral in (krimp)regio Zeeuws Vlaanderen (K4). Logopediebezoek ligt in deze gebieden gemiddeld lager, maar het gaat hier ook om absoluut gezien lage percentages waardoor deze verschillen met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Psychosociale klachten

Wat betreft het geëxtrapoleerde voorkomen van psychosociale klachten in de krimp- en anticipeergebieden onder de bevolking van 20 tot 64 jaar (net als in tabel 8 is de bron het percentage inwoners dat in de lokale gezondheidsmonitor van de GGD dit zelf aangaf), is er weinig verschil met de rest van Nederland. Tabel 14 laat dit zien. Wel ligt het verwachte gemiddelde van de zelfrapportage hoger in de krimp- en anticipeerregio's,

met name in de krimpregio's K4 (Zeeuws Vlaanderen) en K3 (Maastricht-Mergelland, Westelijke Mijnstreek, Parkstad Limburg). Het gaat hier wel om relatief kleine percentages.

Tabel 13: Paramedisch zorggebruik in de leeftijd van 20 tot en met 64 jaar; schattingen op basis van de VAAM-methode, brondata uit 2013

Aandoeningen 20 – 64 jaar	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI-CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Contact HA voor bewegingsapparaat	29,4%	29,1%	29,0%	29,8%	29,0%	28,3%	28,4%	29,3%	28,2%	27,1%	27,3%	27,6%	27,2%
Contact fysiotherapeut totaal	21,0%	20,9%	20,5%	21,3%	21,3%	20,5%	20,7%	20,7%	20,8%	20,2%	20,4%	20,2%	19,8%
Contact fysiotherapeut na verwijzing HA	13,0%	12,9%	12,6%	13,1%	13,2%	12,6%	12,7%	12,7%	12,9%	12,4%	12,4%	12,4%	12,0%
Contact fysiotherapeut eigen initiatief	8,1%	8,0%	7,9%	8,2%	8,0%	7,9%	8,0%	8,0%	7,9%	7,9%	8,0%	7,8%	7,8%
Contact fysiotherapeut voor chronische aandoening	3,9%	3,9%	3,8%	3,9%	4,1%	3,7%	3,8%	3,7%	3,9%	3,6%	3,6%	3,6%	3,4%
Contact fysiotherapeut voor niet-chronische aandoening	17,1%	17,0%	16,8%	17,4%	17,2%	16,8%	16,9%	16,9%	16,9%	16,6%	16,7%	16,5%	16,4%
Aantal zittingen fysiotherapie per 1000	3,8	3,8	3,7	3,9	3,9	3,7	3,7	3,7	3,8	3,6	3,6	3,6	3,5
Contact oefentherapeut totaal	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,8%	1,7%	1,7%	1,8%	1,7%	1,7%	1,7%
Contact oefentherapeut na verwijzing HA	1,2%	1,2%	1,2%	1,3%	1,2%	1,2%	1,3%	1,2%	1,3%	1,3%	1,2%	1,2%	1,2%
Contact oefentherapeut voor niet-chronische aandoening	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%	1,7%	1,6%	1,6%	1,7%	1,6%	1,6%	1,7%
Contact diëtist totaal	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,3%
Aantal uren contact met diëtist per jaar	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
Contact logopedist totaal	1,1%	1,2%	1,3%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%
Aantal behandelingen van logopedist per jaar	11,9	12,0	12,1	11,7	11,9	12,0	12,0	12,0	12,0	12,1	12,0	12,1	12,0

Tabel 14: Psychosociaal zorggebruik en zelf-gerapporteerde aandoeningen in de leeftijd van 20 tot en met 64 jaar; schattingen op basis van de VAAM-methode, brondata uit 2013

Aandoeningen 20 – 64 jaar	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI-CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Contact met HA voor psychische klachten	9,8%	9,4%	9,5%	10,4%	9,1%	9,4%	9,2%	9,3%	10,2%	9,2%	9,5%	9,3%	10,0%
Contact met HA voor psychische diagnose	6,0%	5,8%	5,5%	6,4%	5,4%	5,5%	5,6%	5,5%	5,8%	5,3%	5,5%	5,4%	5,7%
Contact met HA voor sociale problemen	3,9%	3,7%	3,7%	4,0%	3,8%	3,7%	3,7%	3,7%	4,1%	3,4%	3,6%	3,5%	3,7%
Hoog risico op angst of depressie - zelfrapportage	5,3%	4,9%	4,7%	5,7%	5,8%	4,5%	4,6%	5,0%	4,4%	3,8%	4,0%	4,3%	4,1%
Overmatig alcoholgebruik - zelfrapportage	29,5%	29,7%	29,0%	29,8%	28,3%	29,8%	29,6%	28,9%	31,5%	29,5%	31,1%	30,0%	30,4%

Farmaceutische zorg

Voor een aantal soorten medicatie kunnen met de VAAM-methodiek schattingen gemaakt worden op basis van voorschrijfgegevens. Uit de onderstaande tabel 15 wordt duidelijk dat het verwachte totaal aantal voorschriften per inwoner duidelijk hoger ligt in de krimp- en anticipeerregio's vergeleken met de rest van Nederland (+26% en 17%).

Tabel 15: Farmaceutisch zorggebruik; schattingen op basis van de VAAM-methode, brondata uit 2013

Aantal voorschriften per inwoner	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI-CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Totaal aantal voorschriften	11,1	11,6	10,8	11,1	11,0	10,3	10,9	10,6	10,4	9,2	9,3	10,5	8,8
Ademhalingsstelsel	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8
Antibiotica	0,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3
Antidepressiva	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3
Anti-infectie middelen	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Anti-neoplasie en immuno-modulerende stoffen	3,8	2,1	3,1	4,8	3,4	3,3	6,3	3,8	2,8	1,2	3,2	2,2	6,9
Astma/COPD middelen	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Bloed en bloedvormende organen	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,5
Cardiovasculair systeem	2,9	3,1	2,7	2,9	3,0	2,7	2,9	2,7	2,7	2,3	2,3	2,7	2,1
Cholesterolverlagers	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4
Dermatologica	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5
Hormonale preparaten	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2
Insuline	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Kalmeringsmiddelen	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Maagmiddelen	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,5
Spier- en skeletstelsel	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Spijvertering en metabolisme	1,7	1,8	1,7	1,8	1,7	1,6	1,7	1,7	1,6	1,4	1,4	1,6	1,4
Zenuwstelsel	1,7	1,7	1,6	1,7	1,5	1,5	1,6	1,6	1,5	1,3	1,4	1,5	1,3
Zintuiglijke organen	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

De regionale verschillen zijn ook te zien voor het gemiddelde aantal voorgeschreven anti-neoplasie en immuno-modulerende stoffen, middelen voor bloed (-vormde) organen en voor het cardiovasculair systeem, cholesterol en maagmiddelen. Hierbij dient wel weer aangemerkt te worden dat het om relatief lage gemiddelden gaat. Anti-neoplasie en immuno-modulerende stoffen worden vooral in de regio's K1 (Eemdelta, Oost-Groningen en de Marne), K2 (Achterhoek) en alle anticipeerregio's behalve A1 (Oost

Drenthe) beduidend minder vaak voorgeschreven dan in de rest van Nederland, terwijl middelen voor het cardiovasculair systeem in regio K1 (Eemdelta, Oost-Groningen en de Marne) en A1 (Oost Drenthe) juist vaker dan in de overige krimp- en anticipeerregio's en in de rest van Nederland worden voorgeschreven. Verder zijn er binnen de krimp- en anticipeergebieden geen specifieke regio's die eruit springen.

Contacten met huisartsenpost

Het percentage inwoners dat in 2013 contact had met de huisartsenpost (zie tabel 16) wordt op basis van de VAAM voor de krimp- en anticipeergebieden hoger geschat dan in de rest van Nederland. Dit is in overeenstemming met wat hiervoor uit de NZR-cijfers bleek, alhoewel absoluut gezien de geschatte VAAM-percentages lager uitvallen dan in de NZR-cijfers. Het verwachte percentage patiënten in de krimp- en anticipeergebieden dat een de huisartsenpost bezocht voor acuut letselschade is hoger dan in de rest van Nederland. Voor dit type contact is het verwachte percentage van de krimpregio K1 (Eemdelta, Oost-Groningen, De Marne) bovengemiddeld.

Tabel 16: Contacten met de huisartsenpost; schattingen op basis van de VAAM-methode, brondata uit 2013

Percentage inwoners met contact met de huisartsenpost	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI-CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Acuut letseltrauma	4,1%	4,4%	4,1%	4,0%	4,1%	4,1%	4,3%	4,1%	3,9%	3,8%	3,9%	4,3%	3,4%
Chronische lichamelijke ziekte	4,2%	4,3%	4,0%	4,3%	3,9%	3,9%	4,0%	3,9%	4,0%	3,7%	3,7%	4,0%	3,7%
Infectie ziekte	4,5%	4,4%	4,3%	4,6%	4,2%	4,3%	4,2%	4,4%	4,7%	4,1%	4,3%	4,3%	4,7%
Psychische en sociale problemen	1,5%	1,5%	1,3%	1,6%	1,4%	1,3%	1,3%	1,3%	1,5%	1,0%	1,2%	1,3%	1,2%
Tijdens avonddienst	12,1%	12,5%	11,5%	12,4%	11,1%	11,5%	11,8%	11,7%	11,7%	10,2%	10,8%	11,6%	11,4%
Tijdens nachtdienst	2,9%	3,0%	2,7%	3,0%	2,7%	2,7%	2,8%	2,8%	2,9%	2,4%	2,6%	2,7%	2,7%
Tijdens weekenddienst	9,7%	10,0%	9,4%	9,8%	9,4%	9,3%	9,6%	9,4%	9,5%	8,6%	8,9%	9,5%	8,8%
Hoge urgentie	12,9%	14,2%	12,4%	12,7%	12,6%	12,3%	13,4%	12,2%	11,8%	10,5%	11,3%	13,1%	10,5%
Lage urgentie	11,8%	11,2%	11,2%	12,6%	10,6%	11,3%	10,8%	11,7%	12,3%	10,7%	11,0%	10,8%	12,4%
Huisarts consulten	11,6%	11,8%	11,4%	11,8%	10,8%	11,4%	11,5%	11,6%	11,5%	10,5%	11,0%	11,5%	11,1%
Visites	3,0%	3,3%	2,7%	3,1%	3,0%	2,7%	3,0%	2,6%	2,9%	2,2%	2,4%	2,9%	2,3%
Telefonische consulten	10,1%	10,4%	9,5%	10,5%	9,4%	9,5%	9,7%	9,7%	9,7%	8,4%	8,9%	9,6%	9,5%
Totaal aantal contacten	24,8%	25,4%	23,6%	25,3%	23,2%	23,5%	24,2%	23,9%	24,1%	21,2%	22,3%	23,9%	22,9%

2.4 Verschillen krimp- en anticipeerregio's van de rest van Nederland in het zorgaanbod in 2013? Analyses op basis van de NIVEL beroepenregistraties

De NIVEL beroepenregistraties bevatten landelijk dekkende cijfers over aantallen en FTE-capaciteit huisartsen, verloskundigen en extramuraal werkende fysiotherapeuten die werkzaam zijn in Nederland. De onderstaande tabel 17 laat zien dat het zorgaanbod van huisartsen, eerstelijns fysiotherapeuten en verloskundigen in de onderscheiden krimp- en anticipeerregio's, uitgedrukt in aantallen en FTE's relatief laag is. Voor verloskundigen is dit ook aangegeven voor het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15 – 40 jaar) in de betreffende regio. Dit kan een bevestiging betekenen van de voorgaande resultaten op basis van de NZR en VAAM dat in krimp- en anticipeer-gebieden de (verwachte) consultdruk voor huisartsen hoger is dan in de rest van Nederland. Daarbij geldt dan wel de aanname dat het huisartsenbezoek zich in die gebieden niet heeft aangepast aan de mogelijk minder goed bereikbare huisartsenzorg. Voor verloskundigen geldt het omgekeerde, hetgeen kan samenhangen met het feit dat het aandeel vrouwen in de vruchtbare leeftijd in die gebieden lager is, en verloskundigen zich minder in deze gebieden zijn gaan vestigen.

Tabel 17: Zorgaanbod van huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen; *data verzameld binnen de NIVEL-beroepsregistraties, consulten en zorgeenheden geschat op basis van de VAAM-methode, brondata uit 2013*

Zorgaanbod	KRIMP	K1	K2	K3	K4	ANTI-CIPEER	A1	A2	A3	A4	A5	A6	Rest NL
Huisartsenzorg:													
Inwoners per HA	1.878	1.841	2.020	1.798	2.081	1.873	2.014	1.940	1.761	1.898	1.848	1.775	1.883
Inwoners per FTE HA	2.315	2.264	2.425	2.248	2.545	2.331	2.404	2.380	2.160	2.531	2.466	2.195	2.439
Consulten per HA	9.210	9.245	9.472	8.863	10.646	8.819	9.868	9.329	8.321	8.522	8.246	8.270	8.164
Consulten per FTE HA	11.353	11.366	11.371	11.082	13.020	10.978	11.780	11.445	10.208	11.364	11.002	10.226	10.575
Eerstelijns fysiotherapeuten:													
Inwoners per FTE fysiotherapie	1.126	1.161	1.235	1.035	1.390	1.292	1.312	1.116	1.260	1.586	1.584	1.413	1.219
Zittingen per FTE fysiotherapie	4.028	4.114	4.282	3.756	5.087	4.375	4.594	3.868	4.373	5.353	5.368	4.494	4.002
Eerstelijns verloskundigen (VK):													
Inwoners per VK	13.006	12.479	11.957	11.880	106.129	11.641	17.760	11.727	13.447	8.149	16.446	9.697	10.024
Inwoners per FTE VK	15.042	14.539	13.846	13.739	106.129	13.778	19.097	13.752	14.195	10.119	20.844	11.882	11.896
Vrouwelijke inwoners in vruchtbare leeftijd per VK	1.688	1.537	1.463	1.637	12.607	1.510	2.200	1.527	1.783	1.080	2.163	1.252	1.558
Vrouwelijke inwoners in vruchtbare leeftijd per FTE VK	1.952	1.790	1.694	1.893	12.607	1.787	2.366	1.790	1.882	1.341	2.741	1.534	1.849
Zorgeenheden per VK	69	71	67	60	580	70	94	71	86	47	94	61	73
Zorgeenheden per FTE VK	80	83	78	69	580	82	101	83	90	58	119	75	86

2.5 Waarin verschillen krimp- en anticipeerregio's van de rest van Nederland in 2013 het meest?

In deze paragraaf worden de indicatoren samengevat waarvoor er systematische verschillen bestaan tussen de krimp- en anticipeergebieden en de rest van Nederland. Deze zijn in de eerste kolom in de onderstaande tabel 18 opgenomen en geordend naar bron en onderwerp. Als selectie criterium is gehanteerd dat alle 10 de krimp- en anticipeergebieden een lagere of hogere waarde op de betreffende indicator hebben dan de rest van Nederland. Dit is een redelijke strenge selectie, maar het geeft wel eenduidig aan dat voor deze indicatoren er sprake is van *systematische* verschillen tussen de krimp- en anticipeergebieden aan de ene kant, en de rest van Nederland aan de andere kant. Ook geldt voor deze indicatoren, grotendeels, dat de verschillen tussen de krimp- en anticipeergebieden en de rest van Nederland groter zijn dan die tussen de krimp- en anticipeergebieden onderling. In de tweede en derde kolom van tabel 18 zijn de krimp- en anticipeergebieden opgenomen die het meest afwijken van de rest van Nederland met daarbij aangegeven hun score zoals in de voorgaande tabellen is weergegeven.

Op welke zorgindicatoren verschillende krimp- en anticipeerregio's het meest?

We zien in tabel 18 ten eerste dat op basis van de NZR-data er slechts één indicator is waarop de krimp- en anticipeerregio's systematisch van de rest van Nederland verschillen, namelijk een lager huisartsbezoek in verband met geboorten. Op alle andere 'vormen' van huisartspraktijk-gebruik scoren de krimp- en anticipeerregio's niet systematisch hoger of lager in vergelijking met de rest van Nederland. Dit geldt ook voor de VEKTIS-data, die gebruikt zijn voor een aantal zorggebruik-indicatoren in de tweede lijn. Daaruit blijkt dat alleen voor het zittend ziekenvervoer de krimp- en anticipeerregio's systematisch afwijken van de rest van Nederland.

Voor de cijfers die zijn berekend op basis van de VAAM als schattingsmethode is de conclusie anders. Hier zien we voor een zeer groot aantal indicatoren dat de krimp- en anticipeerregio's systematisch verschillen van de rest van Nederland. Het gaat om de zorgvraag in termen van het geschatte bezoek aan de huisartspraktijk (in totaal en voor een aantal chronische ziekten), de geschatte vraag naar farmaceutische zorg, mondzorg, paramedische zorg en het geschatte gebruik van de huisartsenpost. Op al deze indicatoren ligt de geschatte zorgvraag in de krimp- en anticipeerregio's systematisch hoger in vergelijking met de rest van Nederland.

Ook op de indicatoren voor de verhouding tussen vraag en aanbod, die zowel gebaseerd zijn op de VAAM-schattingen als de NIVEL beroepenregistratiecijfers, zien we dat de krimp- en anticipeerregio's systematisch afwijken van de rest van Nederland. Er zijn in alle krimp- en anticipeerregio's meer consulten per huisarts, en aanzienlijk meer vrouwelijke inwoners in de vruchtbare leeftijd per (FTE) verloskundige.

Tabel 18: Overzicht van indicatoren waarop krimp- en anticipeergebieden systematisch verschillen van de rest van Nederland en specifieke gebieden die daarbinnen het meest afwijken

Bron en indicator*	Meest afwijkende krimpregio('s)	Meest afwijkende anticipeerregio('s)	Rest van Nederland
NZR-gegevens - gebruik van de huisartspraktijk			
Huisartsbezoek ten behoeve van geboorte	K4 (0,00)	A2 (0,09)	0,13
VAAM – geëxtrapoleerd zorggebruik per regio			
Huisartsenbezoek algemeen:			
Consulten huisartsenpraktijk	K4 (5,5)	A1 (5,0)	4,4
Consulten huisarts	K4 (5,1)	A1 (4,9)	4,3
Huisartsenbezoek voor chronische ziekten:			
Contact huisarts in verband met artrose	K4 (2,6%)	A1, A3 (2,4%)	2,0%
Contact huisarts in verband met CVRM	K4 (16,4%)	A3 (15,4%)	12,8%
Contact huisarts in verband met gezichtsstoornis	K4 (2,7%)	A1, A3 (2,4%)	1,9%
Contact met huisarts in verband met kanker	K4 (4,1%)	A1, A3 (3,8%)	3,1%
Bevolking (20 t/m 64 jaar) met:			
Diabetes	K4 (4,7%)	A1 (4,2%)	3,3%
Hoge bloeddruk	K4 (14,3%)	A1 (13,7%)	11,4%
Overgewicht	K4 (50,8%)	A1 (49,5%)	43,6%
Minimaal 1 chronische aandoening	K4 (53,4%)	A2 (52,3%)	48,3%
Minimaal 2 chronische aandoeningen	K3 (27,7%)	A2 (26,5%)	22,6%
Bevolking 18 jaar en ouder:			
Uren persoonlijke verzorging	K1 (6,5)	A1, A2, A6 (6,6)	6,8
Mondzorg:			
Jaarlijks contact tandarts	K4 (74,3%)	A1 (75,2%)	80,9%
Jaarlijks contact tandartspraktijk	K4 (81,2%)	A1 (82,0%)	86,5%
Volledig kunstgebit	K4 (7,2%)	A1 (6,4%)	3,8%
Paramedisch zorggebruik:			
Contact fysiotherapeut totaal	K3, K4 (21,3%)	A3 (20,8%)	19,8%
Contact fysiotherapeut na verwijzing huisarts	K4 (13,2%)	A3 (12,9%)	12,0%
Contact fysiotherapeut chronische aandoening	K4 (4,1%)	A3 (3,9%)	3,4%
Contact met fysiotherapeut niet-chronische aandoening	K3 (17,4%)	A1, A2, A3 (16,9%)	16,4%
Aantal zittingen fysiotherapie	K3, K4 (3,9)	A3 (3,8)	3,4
Farmaceutisch zorggebruik:			
Totaal aantal medicatievoorschriften	K1 (11,6)	A1 (10,9)	8,8
Anti-neoplasie,immuno-modulerende stoffen	K1 (2,1)	A4 (1,2)	6,9
Bloed en bloedvormende organen	K1, K3, K4 (0,8)	A1 (0,8)	0,5
Cardiovasculair systeem	K1 (3,1)	A1 (2,9)	2,1
Cholesterolverlagers	K1, K2, K3, K4 (0,6)	A1, A2 (0,6)	0,4
Maagmiddelen	K1 (0,8)	A1, A2, A3, A6 (0,7)	0,5
Contact met huisartsenpost:			
Acuut letseltrauma	K1 (4,4%)	A1, A5 (4,3%)	3,4%
VEKTIS – declaraties tweedelijns zorg			
Ziekenvervoer zittend	K4 (22)	A3 (18)	7
NIVEL beroepenregistraties – relatief zorgaanbod			
Aantal consulten per huisarts	K4 (10.646)	A1 (9.868)	8.164
Aantal inwoners per verloskundige	K4 (106.129)	A1 (17.760)	10.024
Aantal inwoners per fte verloskundige	K4 (106.129)	A5 (20.844)	11.896
Vrouwelijke inwoners in vruchtbare leeftijd per VK	K4 (12.607)	A1 (2.200)	1.558
Vrouwelijke inwoners in vruchtbare leeftijd per FTE VK	K4 (12.607)	A5 (2.741)	1.849

* Indicatoren zijn in deze lijst opgenomen als in alle regio's de uitkomsten hoger (of lager) zijn in vergelijking met de rest van Nederland.

Welke krimp- en anticipeerregio's verschillen het meest van de rest van Nederland?

Kijken we over alle indicatoren in Tabel 18 naar de specifieke krimp- en anticipeerregio's die in de middelste twee kolommen van tabel staan opgesomd, dan zien we dat van de krimpregio's regio K4 (Zeeuws Vlaanderen), en van de anticipeerregio's regio A1 (Oost Drenthe) het vaakst voorkomen.

Zeeuws Vlaanderen wijkt als krimpregio het meest af van de rest van Nederland voor de selecteerde indicatoren die gebaseerd zijn op de NZR, VEKTIS en NIVEL

beroepenregistraties. Ook is deze regio het vaakst de meest afwijkende regio in de lijst van VAAM-indicatoren en scoort ze systematisch hoger op het geschatte gebruik van huisartsenzorg, mondzorg en lager op het aanbod aan eerstelijns verloskundige zorg.

Op een aantal VAAM-indicatoren wijkt K1 (Oost-Groningen) het meest af van de rest van Nederland, namelijk wat betreft het gebruik van farmaceutische zorg voor bloed-, maag-, cholesterol- en cardiovasculair-gerelateerde klachten of aandoeningen. De andere twee krimpgebieden, K2 (Achterhoek) en K3 (Zuid- en midden Limburg) komen alleen bij enkele van de geselecteerde indicatoren naar voren als meest afwijkend.

Oost Drenthe is het vaakst het meest afwijkende anticipeergebied, bij bijna alle indicatoren uit alle verschillende bronnen. De andere anticipeergebieden zijn dat bij enkele van de geselecteerde indicatoren. Hierbij valt op dat de gemiddelden voor Oost Drenthe zeer dicht bij die van het meest afwijkende krimpgebied liggen, in de meeste gevallen Zeeuw Vlaanderen. Wat dat betreft hebben Oost Drenthe en Zeeuws Vlaanderen dus sterke overeenkomsten.

3 Illustratie van de Zorgmonitor Krimpgebieden vanuit regionaal perspectief. De gemeente ‘X’ als voorbeeld

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk laten we de Zorgmonitor Krimpgebieden zien vanuit regionaal perspectief. We volgen daarbij de stappen die we in het eerste hoofdstuk als ‘route’ voor dit regionaal perspectief hebben weergegeven. Dit illustreren we door één gemeente als uitgangspunt te kiezen die tot een krimpgebied behoort, die we voor redenen van anonimiteit de gemeente ‘X’ noemen. Dit is een ‘officiële’ krimpgemeente, die voor dit doel op toevalsbasis uit de 41 krimpgemeenten is geselecteerd.

De eerste analysestap die we hieronder illustreren is het vergelijken van de gemeente X met de vier krimpregio’s en de rest van Nederland. De anticipeergebieden worden hierbij buiten beschouwing gelaten en zijn dus niet toegevoegd aan de rest van Nederland. Op deze wijze wordt explorerend gekeken op welke indicatoren de positie van deze gemeente afwijkt van die van de krimpregio’s of de rest van Nederland.

In de paragraaf daarna presenteren we een andere *benchmark*-aanpak, waarin we op andere wijze een gemeente selecteren waarmee X vergeleken kan worden. Daarbij gaat het niet zozeer om de geografische nabijheid/afstand, maar om de overeenkomst die een bepaalde gemeente heeft met (in dit geval) de gemeente X, op bepaalde kenmerken die relevant zijn voor het zorggebruik en het zorgaanbod.

De databronnen die in het vorige hoofdstuk zijn gebruikt voor de *quick scan* worden ook voor dit perspectief toegepast. Dat geldt niet voor de NZR-data die, zoals eerder beschreven, alleen analyses op regioniveau toelaten.

3.2 Hoe verschilt gemeente ‘X’ van de andere krimp- of anticipeergebieden en de rest van Nederland?

Een vergelijking op basis van de VEKTIS-gegevens

We beginnen met de VEKTIS-gegevens die we voor de *quick scan* gebruikt hebben als bron voor een aantal vormen van zorggebruik in de tweede lijn. De in het vorige hoofdstuk gepresenteerde tabel 19 is voor dit hoofdstuk uitgebreid met de ‘scores’ van de gemeente ‘X’ op de vier VEKTIS-indicatoren. Zo kunnen we de gemeente X vergelijken met de eigen krimpregio, de drie overige krimpregio’s en de rest van Nederland. De gemeente X scoort wat betreft de gemiddelde declaraties voor medisch specialistische zorg en liggend ziekenvervoer iets lager dan het eigen krimpgebied en de overige drie krimpregio’s. Wat betreft kosten die in 2013 gemaakt zijn voor zittend ziekenvervoer daarentegen, scoort gemeente X in vergelijking met alle krimpregio’s en de rest van Nederland flink hoger. De kosten voor tweedelijns GGZ per inwoner lagen in de gemeente X op hetzelfde niveau als haar eigen krimpregio maar relatief ver boven het

niveau van de drie andere krimpregio's én de rest van Nederland.

Tabel 19: Gemeente X, krimpgebieden en de rest van Nederland; VEKTIS-data over kosten

Kosten per verzekerde per jaar, voor:	Rest NL	KRIMP	K1	K2	K3	K4	Gemeente X
Medisch specialistische zorg	1.167	1.304	1.384	1.242	1.328	1.169	1.131
Tweedelijns GGZ	192	195	199	156	222	134	221
Ziekenvervoer zittend	7	10	9	9	9	22	15
Ziekenvervoer liggend	25	29	40	28	23	42	22

Een vergelijking op basis van de VAAM-schattingen

Vervolgens kijken we naar een aantal indicatoren voor de geschatte zorgvraag die op basis van de VAAM-methode zijn geëxtrapoleerd en berekend; in dit geval voor de gemeente X, de vier krimpregio's, en de rest van Nederland.

Tabel 20 laat zien dat qua geschatte huisarts-contactfrequentie, per jaar en per inwoner, de gemeente X op een drietal indicatoren hoger scoort dan de krimpregio's: het aantal consulten met de huisarts, het aantal consulten met de huisartspraktijk (dus ook met andere praktijkmedewerkers), en het aantal korte spreekuren.

Tabel 20: Gemeente X, krimpgebieden en de rest van Nederland; VAAM-schatting van huisartsbezoek

Aantal contacten per inwoner	Rest NL	KRIMP	K1	K2	K3	K4	Gemeente X
Consulten huisartsenpraktijk	4,4	5,0	5,1	4,8	5,0	5,2	5,7
Consulten huisarts	4,3	4,9	5,0	4,7	4,9	5,1	5,6
Korte spreekuur-contacten	2,6	2,8	2,8	2,7	2,8	2,8	3,1
Extra lange spreekuur-contacten	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
Telefonische contacten	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1

In de volgende tabel 21 laten we vervolgens zien hoe het verwachte percentage inwoners dat in de lokale gezondheidsmonitor van de GGD zelf aangaf een bepaalde (chronische) aandoening te hebben verschilt tussen gemeenten X, de krimpregio's en de rest van Nederland. Daaruit blijkt de gemeente X op bijna alle gezondheidsdeterminanten hoog, in termen van gezondheidssituatie, relatief slecht te scoren. De gemeente kent een hoger percentage inwoners met verschillende aandoeningen ten opzichte van de krimpregio's en ook het hebben van één of meerdere chronische aandoeningen komt relatief veel voor.

Tabel 21: Gemeente X, krimpgebieden en de rest van Nederland; VAAM-schatting van (chronische) aandoeningen

Aandoeningen 20 – 64 jaar	Rest NL	KRIMP	K1	K2	K3	K4	Gemeente X
Astma, bronchitis, longemfyseem, CARA, COPD	7,3%	8,2%	7,8%	7,8%	8,5%	8,0%	11,9%
Diabetes	3,3%	4,3%	4,5%	4,2%	4,3%	4,7%	7,5%
Hoge bloeddruk	11,4%	13,9%	14,1%	13,9%	13,8%	14,3%	18,6%
Hoog risico op angst of depressie stoornis	4,1%	5,3%	4,9%	4,7%	5,7%	5,8%	12,1%
Matig tot slecht ervaren gezondheid	10,7%	13,6%	12,9%	12,4%	14,2%	14,4%	25,6%
Minimaal 1 chronische aandoening	48,3%	53,0%	52,9%	52,8%	53,1%	53,4%	60,9%
Minimaal 2 chronische aandoeningen	22,6%	27,4%	27,2%	27,0%	27,7%	27,5%	37,4%
Overgewicht	43,6%	49,3%	49,9%	50,2%	48,4%	50,8%	58,2%
Zwaar overgewicht	12,4%	13,3%	13,5%	13,3%	13,0%	14,3%	21,1%
Roken	24,1%	26,2%	25,4%	24,9%	27,2%	26,3%	34,8%
Zwaar roken	2,2%	2,7%	2,6%	2,5%	2,9%	2,6%	5,0%
Overmatig alcoholgebruik	30,4%	29,5%	29,7%	29,0%	29,8%	28,3%	24,7%
Voldoet niet aan beweegnorm	43,0%	42,0%	40,3%	41,4%	43,1%	40,7%	43,4%

Bezien we daarna de scores van de gebieden op de indicatoren voor eerstelijns *mondzorg* (zie tabel 22), zoals geschat op basis van de VAAM-methode, dan wijkt de gemeente X ook af van de krimpgebieden maar zijn de verschillen minder groot dan in het geval van het voorkomen van chronisch ziekten. Inwoners van de gemeente X hebben volgens de VAAM-schattingen duidelijk minder vaak hun eigen gebit, en vaker een volledig kunstgebit dan inwoners van de krimpgebieden die op hun beurt hierop weer afwijken van de rest van Nederland.

Tabel 22: Gemeente X, krimpgebieden en de rest van Nederland; VAAM-schatting van mondzorg-gebruik en eigen gebit/kunstgebit-bezit

Mondzorg 25 jaar en ouder	Rest NL	KRIMP	K1	K2	K3	K4	Gemeente X
Jaarlijks contact tandarts	80,9%	77,3%	75,6%	77,7%	78,3%	74,3%	75,1%
Jaarlijks contact tandartspraktijk	86,5%	83,8%	82,4%	84,1%	84,6%	81,2%	82,1%
Eigen gebit	72,6%	66,3%	62,6%	64,8%	69,2%	61,6%	57,3%
Volledig kunstgebit	3,8%	5,9%	6,5%	5,8%	5,5%	7,2%	8,3%
Aantal contacten tandartspraktijk	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6

Voor het gebruik van *paramedische zorg*, zoals door de VAAM geëxtrapoleerd voor de gemeente X, de vier krimpgebieden en de rest van Nederland, is alleen gekeken naar contact met de huisarts en de fysiotherapeut. We zien dan in tabel 23 dat in de gemeente

X er volgens de VAAM-schattingen ook relatief veel contact is met huisarts en fysiotherapeut in vergelijking met de krimpgebieden en de rest van Nederland.

Tabel 23: Gemeente X, krimpgebieden en de rest van Nederland; VAAM-schatting van paramedische zorg-gebruik

Aandoeningen 20 – 64 jaar	Rest NL	KRIMP	K1	K2	K3	K4	Gemeente X
Contact huisarts voor bewegingsapparaat	27,2%	29,4%	29,1%	29,0%	29,8%	29,0%	32,1%
Contact fysiotherapeut totaal	19,8%	21,0%	20,9%	20,5%	21,3%	21,3%	22,2%
Contact fysiotherapeut na verwijzing HA	12,0%	13,0%	12,9%	12,6%	13,1%	13,2%	13,8%
Contact fysiotherapeut op eigen initiatief	7,8%	8,1%	8,0%	7,9%	8,2%	8,0%	8,4%
Contact fysiotherapeut voor chronische aandoening	3,4%	3,9%	3,9%	3,8%	3,9%	4,1%	4,3%
Contact fysiotherapeut voor niet-chronische aandoening	16,4%	17,1%	17,0%	16,8%	17,4%	17,2%	17,9%
Aantal zittingen fysiotherapie per 1000 inw.	3,5	3,8	3,8	3,7	3,9	3,9	4,1

Tabel 24 illustreert vervolgens het geschatte voorkomen van (zelf-gerapporteerde) *psychosociale aandoeningen* en het huisartscontact, op basis van de VAAM-methode voor de gemeente X en de krimpregio's. Ook nu liggen de geschatte percentages voor de gemeente X boven die van de krimpregio's en de rest van Nederland. Vooral het zelf-gerapporteerde risico op angst of depressie is met 12,1% opvallend hoog.

Tabel 24: Gemeente X, krimpgebieden en de rest van Nederland; VAAM-schatting van psychosociale aandoeningen

Aandoeningen 20 – 64 jaar	Rest NL	KRIMP	K1	K2	K3	K4	Gemeente X
Contact huisartsvoor psychische klachten	10,0%	9,8%	9,4%	9,5%	10,4%	9,1%	10,8%
Contact huisartsvoor psychische diagnose	5,7%	6,0%	5,8%	5,5%	6,4%	5,4%	6,8%
Contact huisartsvoor sociale problemen	3,7%	3,9%	3,7%	3,7%	4,0%	3,8%	4,7%
Hoog risico op angst of depressie - zelfrapportage	4,1%	5,3%	4,9%	4,7%	5,7%	5,8%	12,1%
Overmatig alcoholgebruik - zelfrapportage	30,4%	29,5%	29,7%	29,0%	29,8%	28,3%	24,7%

Als laatste indicator voor het zorggebruik presenteren we hoe de gemeente X scoort op de VAAM-schattingen van het *huisartsenpost*-bezoek (zie tabel 25). De gemeente X wijkt nu weinig af van de krimpregio's; de percentages liggen soms wat hoger soms wat lager. De verschillende vormen van huisartsenpost-bezoek liggen voor de gemeente X wel boven het gemiddelde van de rest van Nederland.

Tabel 25: Gemeente X, krimpgebieden en de rest van Nederland; VAAM-schatting van huisartsenpost bezoek

Percentage inwoners met contact met de huisartsenpost	Rest NL	KRIMP	K1	K2	K3	K4	Gemeente X
Acuut letseltrauma	3,4%	4,1%	4,4%	4,1%	4,0%	4,1%	3,9%
Infectie ziekte	4,7%	4,5%	4,4%	4,3%	4,6%	4,2%	3,9%
Chronische lichamelijke ziekte	3,7%	4,2%	4,3%	4,0%	4,3%	3,9%	4,4%
Psychische en sociale problemen	1,2%	1,5%	1,5%	1,3%	1,6%	1,4%	1,6%
Tijdens avonddienst	11,4%	12,1%	12,5%	11,5%	12,4%	11,1%	11,9%
Tijdens nachtdienst	2,7%	2,9%	3,0%	2,7%	3,0%	2,7%	3,0%
Tijdens weekenddienst	8,8%	9,7%	10,0%	9,4%	9,8%	9,4%	9,7%
Hoge urgentie	10,5%	12,9%	14,2%	12,4%	12,7%	12,6%	13,4%
Lage urgentie	12,4%	11,8%	11,2%	11,2%	12,6%	10,6%	11,3%
Huisarts consulten	11,1%	11,6%	11,8%	11,4%	11,8%	10,8%	10,9%
Visites	2,3%	3,0%	3,3%	2,7%	3,1%	3,0%	3,6%
Telefonische consulten	9,5%	10,1%	10,4%	9,5%	10,5%	9,4%	10,2%
Totaal aantal contacten	22,9%	24,8%	25,4%	23,6%	25,3%	23,2%	24,7%

Een vergelijking op basis van de NIVEL beroepsregistratie-gegevens

Tenslotte analyseren we de scores van de gemeente X op het relatieve zorgaanbod van huisartsen en fysiotherapeuten, uitgedrukt in beschikbare werkzame personen en FTE per inwoner, consult en zitting. Verloskundigen zijn buiten beschouwing gelaten vanwege ontbrekende aantallen voor de gemeente X. In tabel 26 zien we dat de huisartsen- en fysiotherapedichtheid in de gemeente X laag is in vergelijking met de krimpregio's en nog meer in vergelijking met de rest van Nederland. De verschillen zijn vooral prominent als het zorgaanbod wordt uitgedrukt in consulten en zittingen per aantal of per FTE huisarts en fysiotherapeut.

Tabel 26: Gemeente X, krimpgebieden en de rest van Nederland; NIVEL beroepenregistratie en VAAM-schatting huisartsconsulten en fysiotherapiezittingen

Zorgaanbod	Rest NL	KRIMP	K1	K2	K3	K4	Gemeente X
Huisartsenzorg:							
Aantal inwoners per huisarts	1.883	1.878	1.841	2.020	1.798	2.081	2.443
Aantal inwoners per FTE huisarts	2.439	2.315	2.264	2.425	2.248	2.545	2.792
Aantal consulten per huisarts	8.164	9.210	9.245	9.472	8.863	10.646	13.693
Aantal consulten per FTE huisarts	10.575	11.353	11.366	11.371	11.082	13.020	15.633
Eerstelijns fysiotherapeuten:							
Aantal inwoners per FTE fysiotherapie	1.219	1.126	1.161	1.235	1.035	1.390	1.187
Aantal zittingen per FTE fysiotherapie	4.002	4.028	4.114	4.282	3.756	5.087	4.581

Samengevat blijkt uit het voorgaande dat de gemeente X – als voorbeeld van het regionale perspectief waarop de zorgmonitor toegepast kan worden – op een aantal indicatoren afwijkt van de eigen en andere krimpregio's. Gemeente X heeft duidelijk een minder gezonde bevolking waarbij chronische aandoeningen en psychosociale problemen opvallen. Op basis van de VAAM wordt voor deze gemeente een huisartsbezoek dat hoger ligt dan het landelijk en gemiddelde van de krimpregio's.

3.3 Met welke gemeenten/regio's kan een gemeente 'X' het beste vergeleken worden?

Vergeleken we hiervoor gemeente X met de eigen en andere krimpregio's – en nog breder met de rest van Nederland – de andere analyse die met de monitor vanuit regionaal perspectief mogelijk is betreft benchmarking-op-maat. Uitgangspunt is dat benchmark-gemeenten zo worden gekozen dat niet zozeer de geografische locatie, als wel bevolkingskenmerken van de gemeente het criterium voor vergelijking zijn. In het geval van gemeente X kiezen we benchmark-gemeenten uit die op gemeente X lijken wat betreft hun krimpstatus, omvang en sociaal-demografische samenstelling. Vervolgens kijken we of deze meer of minder scores op zorggebruik, in absolute zin en in relatie tot het zorgaanbod. Deze benchmarking-op-maat is erop gericht om de gemeente X te vergelijken met 'evenknie'-gemeenten, specifiek wat betreft *uitgangspunten* voor lokaal/gemeentelijk gezondheidszorgbeleid.

In dit voorbeeld van de willekeurig gekozen gemeente X hebben we alle 40 andere krimpgemeenten in Nederland daarmee vergeleken op de volgende kenmerken:

- bevolkingsomvang,
- stedelijkheid,
- SCP-statusscore,
- percentage lage inkomens,
- percentage 65- en 75-plussers.

Dit zijn enkele van de variabelen die ook in de VAAM gebruikt worden om landelijke zorggebruik-cijfers om te rekenen naar een plaatselijke schatting van het zorggebruik. Concreet zijn verschillcores tussen de gemeente X en de andere gemeenten berekend voor elk van de vijf kenmerken, in percentages uitgedrukt, welke vervolgens zijn gesommeerd. De hoogte van dit getal is een indicatie voor de mate waarin de betreffende gemeente op alle kenmerken verschilt met de gemeente X. Gemeenten die op bovengenoemde kenmerken erg op gemeente X lijken krijgen dus een lage verschillscore, terwijl gemeenten die sterk van gemeente X afwijken een hoge score krijgen. Om de anonimiteit van gemeente X te waarborgen zijn de 40 krimp-gemeenten in de onderstaande tabel ook geanonimiseerd.

Tabel 27: Gesommeerde verschillcores gemeente X met de 40 andere krimp-gemeenten

Gemeente	Vershilscore met gemeente X	Gemeente	Vershilscore met gemeente X
G1	83	G21	553
G2	95	G22	570
G3	102	G23	578
G4	126	G24	602
G5	131	G25	610
G6	132	G26	617
G7	140	G27	648
G8	188	G28	746
G9	225	G29	771
G10	253	G30	841
G11	269	G31	841
G12	275	G32	866
G13	302	G33	945
G14	304	G34	1.045
G15	329	G35	1.139
G16	339	G36	1.274
G17	435	G37	1.395
G18	483	G38	2.284
G19	490	G39	2.399
G20	512	G40	3.033

Het verschil in inwonersaantal werkt als kenmerk sterk door in de gesommeerde vergelijkingsscore. Er staan vooral kleine gemeenten bovenaan de rangordering, aangezien gemeente X in 2013 met rond de 10.000 inwoners een relatief kleine gemeente is. Qua geografische locatie liggen de gemeenten die het meest op gemeente X lijken (G1, G2 et cetera) zowel in de ‘eigen’ krimpregio van gemeente X als in andere krimpregio’s. Gemeenten G1, G2, et cetera zijn dus de gemeenten die het best vergeleken kunnen worden met gemeente X ; wat betreft hun score op de verschillende zorgindicatoren, maar ook wat betreft het beleid dat deze gemeenten hebben ingezet of ontwikkelen om

zorgvraag en zorgaanbod op elkaar af te stemmen. Om deze benchmarking te specificeren kan het zinvol zijn om de meest gelijkende gemeenten voor benchmarking te kiezen die in de eigen krimpregio liggen; maar ook gemeenten die in krimpregio's liggen die geografisch verder weg liggen. In dit voorbeeld zou dat betekenen dat gemeente 'G1' geselecteerd wordt als vergelijkingsgemeente die ver weg van gemeente X ligt, en gemeente 'G4' als vergelijkingsgemeente dichterbij gemeente X ligt (locatie is vanwege anonimisering niet uit Tabel 27 af te leiden). Ter illustratie van deze 'op-maat-benchmark', hebben we de volgende vergelijkingstabel voor gemeente X opgesteld, waarin deze vergeleken wordt met gemeenten G1 en G4 wat betreft het volgens de VAAM ingeschatte huisartsbezoek in 2013.

Tabel 28: Vergelijking gemeente X met twee andere, 'evenknie'-krimpgemeenten G1 en G4

Aantal contacten per inwoner	Rest NL	KRIMP	Gemeente G1	Gemeente G4	Gemeente X
Consulten huisartsenpraktijk	4,4	5,0	5,0	5,2	5,7
Consulten huisarts	4,3	4,9	4,9	5,1	5,6
Korte spreekuur-contacten	2,6	2,8	2,7	2,9	3,1
Extra lange spreekuur-contacten	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6
Telefonische contacten	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1

We zien in tabel 28 dat de gemeenten G1 en G4 dichterbij het gemiddelde van alle krimpgebieden in Nederland liggen dan de gemeente X. De afwijkende score van gemeente X die ook hiervoor naar voren kwam, wordt hiermee bevestigd. Gemeente X kan zichzelf op verschillende indicatoren vergelijken met gemeente G1 en G4. Vooral de verschillen in aantallen huisartsconsulten per inwoner zijn relatief groot, welke aanleiding geven om dit te 'verklaren' aan de hand van gemeentelijke verschillen in zorgvraag en zorgaanbod. Daaruit kunnen inzichten afgeleid worden die gemeente X kan gebruiken om het lokale beleid ter behoud of verbetering van de aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod te ondersteunen.

4 De Zorgmonitor Krimpgebieden: samenvatting en conclusie

In dit rapport is beschreven hoe de Zorgmonitor Krimpgebieden ontworpen zal worden om daarmee de ontwikkelingen in het zorggebruik, de zorgvraag en het zorgaanbod in de krimp- en anticipeergebieden in Nederland kaart te brengen. Het doel van de Zorgmonitor Krimpgebieden is enerzijds om de situatie van de krimp- en anticipeerregio's op verschillende regionale niveaus te beschrijven, in vergelijkend perspectief. Anderzijds is het doel om de krimp- en anticipeerregio's en –gemeenten te ondersteunen met behulp van benchmark-informatie en -instrumenten.

Het ontwerp van de Zorgmonitor Krimpgebieden is gebaseerd twee gebruiksperspectieven: een nationaal perspectief, primair gericht om de verschillen tussen de krimp- en anticeergebieden en de rest van Nederland te monitoren. En een regionaal perspectief, gericht op de mogelijkheid om als gemeente of regio op verschillende niveaus en indicatoren benchmarks beschikbaar te hebben.

Voor de eerste empirische toepassing van de Zorgmonitor Krimpgebieden zijn drie databronnen en één methode gebruikt die betrekking hebben op het jaar 2013. De resultaten zijn in de vorm van een *quick scan* gepresenteerd. Ten eerste vormden de NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn (NZR) de databron. De NZR is gebaseerd op extracties uit de huisartsinformatiesystemen van een groot aantal praktijken en bieden de mogelijkheid om het feitelijk gebruik van huisartsenzorg naar type bezoek, consult en ziektecluster op regionaal niveau te bepalen. Als tweede databron is, aanvullend op de NZR, gebruik gemaakt van cijfers over tweedelijns zorgdeclaraties op basis van VEKTIS-data. De derde databron werd gevormd door de NIVEL beroepenregistraties. Naast deze drie databronnen is gebruik gemaakt van de schattingsmethoden van de Vraag Aanbod Analyse Monitor (VAAM) van het NIVEL. De VAAM maakt, kort gezegd, schattingen van de zorgvraag in gebieden in Nederland op basis van een combinatie van nationale data en de regionale bevolkingskenmerken van die gebieden. Elke VAAM-schatting van een bepaalde zorgvraag in een bepaald gebied, wordt gebaseerd op (1) de lokale bevolkingssamenstelling van dat gebied en (2) een landelijke bepaling van het gewicht van die bevolkingskenmerken voor dat zorggebruik. Voor alle krimp- en anticipeerregio's én –gemeenten is op die manier de zorgvraag geschat, ook als de landelijke databron voor de betreffende zorgindicator voor die gebieden niet voldoende dekkend is.

De resultaten van de *quick scan* laten ten eerste zien dat de 41 krimp- en 58 anticipeerregio's op veel indicatoren niet systematisch hoger of lager scoren dan de rest van Nederland, als het gaat om het feitelijk gebruik van huisartsenzorg zoals afgeleid uit de NZR-cijfers en tweedelijns declaraties gebaseerd op de VEKTIS-cijfers. Alleen het huisartsbezoek in verband met zwangerschap ligt in de krimp- en anticeergebieden systematisch lager, en zittend ziekenvervoer systematisch hoger dan in de rest van Nederland. Dit beeld is anders als we naar de resultaten van de VAAM-schattingen kijken. Dan zien we over een breed spectrum dat de geschatte eerstelijns zorgvraag in de krimp- en anticeergebieden systematisch hoger ligt dan de rest van Nederland. Dat geldt voor het geschatte huisartsbezoek, huisartsbezoek voor chronische ziekten, het gebruik van paramedische en farmaceutische zorg, het vóórkomen van chronische ziekten,

kunstgebit-bezit en het mondzorg-gebruik. Het resultaat van de *quick scan* is ook dat in de krimp- en anticipeergebieden de geschatte consultdruk voor de huisarts systematisch hoger ligt dan in de rest van Nederland. De verloskundigen-dichtheid ligt daarentegen systematisch lager.

Het is op basis van de resultaten van de *quick scan* nog niet mogelijk te concluderen dat in de krimp- en anticipeergebieden de zorgvraag moeilijker wordt vervuld dan in de rest van Nederland (danwel of dit op korte termijn dreigt). Nader onderzoek moet uitwijzen of de verschillen die uit de VAAM-schattingen naar voren komen vooral te verklaren zijn uit de minder gunstige bevolkingssamenstelling en gezondheidsdeterminanten van de krimp- en anticipeergebieden. Wat ook kan spelen is dat de beschikbaarheid van huisartsenzorg het huisartsbezoek afremt, het gebruik van andere eerstelijns voorzieningen vergroot, of ook informele zorg en zelfmanagement onder de bevolking. Over deze interessante maar complexe vraag valt nog geen uitspraak te doen, omdat de verhouding zorgvraag/zorgaanbod in deze pilot nog niet voor alle eerstelijns zorg in kaart is gebracht noch de samenhang tussen het eerstelijns zorggebruik. Dit is dus een relevant agendapunt voor verder onderzoek, dat buiten het bereik van dit pilot-project ligt. Het analyseren van regionale verschillen betreft het begrijpen van patronen op regionaal/macro-niveau, die het resultaat zijn van een complexe combinatie van het gedrag van zorgverleners, zorgconsumenten en contextfactoren. Dit vervolgonderzoek kan plaats vinden als de monitor ook verder ontwikkeld is en ook de eerste trendgegevens zal opleveren. In de voorgaande hoofdstukken hebben we ten tweede gedemonstreerd hoe de Zorgmonitor Krimpgebieden ingezet kan worden vanuit regionaal perspectief. Zo komt uit de *quick scan* naar voren dat de krimpregio Zeeuws Vlaanderen en de anticipeerregio Oost Drenthe op de meeste indicatoren, het vaakst en meest afwijken van de rest van Nederland. Dit geldt voor de relevante indicatoren uit de NZR- en VEKTIS-bronnen, en voor een groot aantal indicatoren die gebaseerd zijn op de VAAM-schattingen. Voor deze regio's, hun gemeenten, maar ook de andere regio's geldt dat de monitor verschillende benchmark-mogelijkheden biedt die kunnen ondersteunen bij het exploreren van oorzaken en bij het opstellen van eventuele beleidsmaatregelen. In de opzet van de monitor zoals hier gepresenteerd wordt daarbij aangeraden specifiek regio's en gemeenten met elkaar te vergelijken die qua uitgangspunten als bevolkingsomvang en – samenstelling (‘case mix’) op elkaar lijken.

Tot slot

De Zorgmonitor Krimpgebieden zal vanaf deze *pilot* verder worden ontwikkeld. De databronnen en indicatoren worden daar waar mogelijk verder uitgebreid, waarbij dezelfde criteria worden gehanteerd als hiervoor beschreven en voor deze *quick scan* zijn gehanteerd. Daarnaast is een belangrijke stap het nader toetsen van de monitor aan de informatiebehoefte van verschillende gebruikers, belanghebbenden en belangstellenden, op nationaal en regionaal niveau. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande initiatieven zoals het Programma Bevolkingsdaling, het Nationaal Netwerk Bevolkingsdaling, Kennisplatform Demografische Transitie en Kennisplein Krimp. Veel krimp- en anticipeergemeenten zetten al actief beleid in op samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders, of zijn bezig met het organiseren van publieke zorgbemiddelaars, keten- en netwerkvorming. Zij hebben daarbij te maken met de

ingrijpende transitie van de jeugdzorg en AWBZ-taken. Hoe dan ook is het voor alle gemeenten noodzaak om op zoek te gaan naar nieuwe beleidslijnen, waaronder ook het benutten van eHealth-toepassingen, gerichte samenwerking tussen gemeenten (zoals in deze monitor voorgesteld), interregionale samenwerking, en het verbeteren van het vestigingsklimaat voor zorginstellingen en zorgverleners.

De NIVEL Zorgmonitor Krimpgebieden zal dus in samenwerking met gebruikers en belanghebbenden, en rekening houdend met bestaande ontwikkelingen dit jaar verder vorm krijgen. De monitor zal geconcretiseerd worden tot een web-applicatie die gehost zal worden bij het NIVEL die ook de databronnen zal beheren. Daarbij zal regelmatige verversing van de data én de indicatoren plaats vinden om de monitoringfunctie te optimaliseren.

Bijlage 1: De recente indeling Krimp- anticipeergebieden, december 2014

	Krimpregio	Gemeenten		Anticipeerregio	Gemeenten
K1	Eemsdelta	Appingedam Delfzijl Eemmond Loppersum	A1	Oost Drenthe	Aa en Hunze Borger-Odoorn Coevorden Emmen
	Oost-Groningen	Bellingwedde Menterswolde Oldambt Pekela Stadskanaal Veendam Vlagtwedde		A2	Noord-Limburg
	De Marne	De Marne	Midden-Limburg		Echt-Susteren Leudal Maasgouw Nederweert Roerdalen Roermond Weert
K2	Achterhoek	Aalten Bronckhorst Berkelland Doetinchem Montferland Oost Gelre Oude IJsselstreek Winterswijk	A3	Schouwen-Duiveland Walcheren	Schouwen-Duiveland Middelburg Veere Vlissingen
K3	Maastricht-Mergelland	Eijsden-Margraten Gulpen-Wittem Maastricht Meerssen Vaals Valkenburg aan de Geul	A4	Hoeksche Waard	Binnenmaas Cromstrijen Korendijk Oud-Beijerland Strijen
	Westelijke Mijnstreek	Beek Schinnen Sittard-Geleen Stein		Krimpenerwaard	Bergambacht Nederlek Ouderkerk Schoonhoven Vlist
	Parkstad Limburg	Brunssum Heerlen Kerkrade Nuth Landgraaf Onderbanken Simpelveld Voerendaal	A5	Kop van Noord-Holland	Den Helder Hollands Kroon Schagen Texel
K4	Zeeuws-Vlaanderen	Hulst Sluis Terneuzen	A6	Noordwest Friesland	Franekeradeel Harlingen Het Bildt Leeuwarderadeel Littenseradeel Menaldumadeel
		Noordoost Friesland		Achtkarspelen Dantumadeel Dongeradeel Ferwerderadeel Kollumerland C.A. Tietjsteradeel	
		Friese Waddeneilanden		Ameland Schiermonnikoog Terschelling Vlieland	
				Zuidoost Friesland	Heerenveen Ooststellingwerf Opsterland Smallerland Weststellingwerf

