

Monitor: Zorggebruik in de huisartspraktijk

Impact van beleidsmaatregelen op het zorggebruik van oudere patiënten

Linda Flinterman
Joke Korevaar
Dinny de Bakker

Het NIVEL onderzoekt de gezondheidszorg. Dat onderzoek kijkt mee met de mensen die zorg krijgen en de mensen die de gezondheidszorg vormgeven en leveren: patiënten, de overheid, zorgverleners en verzekeraars, zorgorganisaties en toezichthouders. Zij bepalen de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

NIVEL-onderzoek heeft maatschappelijke en wetenschappelijke impact. Dat is de dubbele missie van het NIVEL. Wetenschap en praktijk versterken elkaar. Het onderzoeksproces van het NIVEL is ISO 9001 gecertificeerd. Elk NIVEL-onderzoek leidt tot een openbare publicatie. Dat is vastgelegd in de statuten. Tegelijkertijd zoekt het NIVEL voortdurend naar interactie met de mensen die de resultaten van zijn onderzoek kunnen gebruiken. Bij het NIVEL werken ruim 150 mensen, van wie ruim honderd onderzoekers.

ISBN 978-94-6122-428-6

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd 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.

Samenvatting

De ervaren werklast en de duur van de contacten met oudere patiënten (≥70 jaar) in de huisartsenpraktijk is toegenomen in de periode 2013-2016

Oudere patiënten langer onder de zorg van eigen huisarts

De overheid heeft per 1 januari 2015 een aantal maatregelen genomen met als doel mensen zo dicht mogelijk bij huis zorg te verlenen. Deze maatregelen hadden onder andere betrekking op de groep oudere patiënten die hierdoor langer thuis blijven wonen en daardoor langer dan voorheen onder de zorg van de eigen huisarts blijven. Dit kan leiden tot een hoger zorggebruik van oudere patiënten en daarmee tot een toename in de werklast voor de huisarts door direct en indirect patiëntcontact, maar ook door intensievere samenwerking met meerdere partijen zoals de gemeente en het eerstelijns verblijf. In dit onderzoek is gekeken naar het effect van de beleidsmaatregelen op het zorggebruik en de ervaren werklast van de groep oudere patiënten (≥ 70 jaar) in de huisartspraktijk.

Contacten met oudere patiënten langer

Er is een verschuiving van het type contact dat oudere patiënten hebben met hun huisarts. We zien een verschuiving van minder korte naar meer lange consulten en visites in de periode 2013-2016. Het totaal aantal contacten met oudere patiënten is wel gelijk gebleven, maar de totale directe tijd die besteed wordt aan contacten met oudere patiënten, het zorggebruik, is dus toegenomen. Ook wordt de werklast gegenereerd door oudere patiënten in de periode na de beleidsveranderingen als zwaarder ervaren door huisartsen. Deze ervaren toename in zorgzwaarte zit deels in de directe tijd, maar ook in de indirecte tijd waarin huisartsen onder andere met steeds meer partijen (zoals de gemeente, de wijkverpleegkundige of apotheek) moeten afstemmen.

Effecten voor de huisartspraktijk

De toename in zorggebruik en ervaren werklast wordt op dit moment opgevangen door de praktijken zelf. Het is op dit moment nog niet te bepalen of deze groei op haar maximum zit, of dat het zorggebruik nog verder zal toenemen. Indien dit het geval is, kan dit mogelijk tot problemen gaan leiden bij huisartspraktijken. Dit kan leiden tot bijvoorbeeld minder tijd en aandacht voor andere patiëntgroepen, maar het is ook voorstelbaar dat dit kan leiden tot een (te) hoge werkdruk binnen de huisartspraktijk. Het is daarom belangrijk om de directe en indirecte tijd die besteed wordt aan oudere patiënten te blijven monitoren, zodat er tijdig maatregelen genomen kunnen worden en de zorg voor alle patiënten op peil kan blijven zonder dat huisartsen last krijgen van een (te) hoge werkdruk.

Bronnen

Voor dit onderzoek werden drie verschillende informatiebronnen gebruikt, een vragenlijst onder huisartsen, een focusgroep met huisartsen en gegevens van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn over de periode januari 2013 tot en met september 2016. NIVEL Zorgregistraties eerste lijn bevat gegevens omtrent het gebruik van huisartsenzorg in Nederland. Het zorggebruik van oudere patiënten in de huisartspraktijk werd berekend met behulp van NIVEL Zorgregistraties. De ervaren werklast werd bepaald met behulp van de vragenlijsten en de focusgroep.

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding	5
1.1 Doel en vraagstelling	5
1.2 Achtergrond van dit onderzoek	6
1.3 Onderzoeksopzet	6
1.4 Leeswijzer	6
2 Bevindingen en aanbevelingen	7
2.1 Bevindingen	7
2.2 Is de toename in zorggebruik binnen de huidige zorg op te vangen?	8
2.3 Conclusie	8
3 Zorggebruik van oudere patiënten in de huisartspraktijk in de periode 2013-2016	9
3.1 Totaal aantal reguliere contacten	9
3.2 Verdeling over de verschillende typen contacten	9
3.3 Intensieve zorg	11
3.4 Aantal contacten voor algehele achteruitgang of kwetsbaarheid	11
3.5 Werkbelasting huisarts – een voorbeeld	12
3.6 Zorggebruik van oudere patiënten in de huisartspraktijk	13
4 Ervaren werkbelasting gerelateerd aan oudere patiënten door huisartsen	14
4.1 Respons en respondenten	14
4.2 Ervaringen met de veranderingen in de zorg voor (kwetsbare) oudere patiënten	14
4.3 Belasting van de huisarts	18
4.4 Ervaren werkbelasting huisarts	19
5 Focusgroep	20
5.1 Extra werk naar aanleiding van de wijzigingen	20
5.2 Knelpunten in het huidige beleid	20
5.3 Wat noteren huisartsen in het dossier dat geschikt is voor monitoring van de zorg?	21
5.4 Resultaat focusgroep	21
Literatuur	22
Bijlagen:	
Bijlage A: Methodes	24
Bijlage B: Vragenlijst	26

1 Inleiding

De overheid heeft op 1 januari 2015 een aantal maatregelen genomen met als doel meer mensen dicht bij huis de zorg te verlenen die een burger nodig heeft en daar waar een burger het zelf kan (of zelf kan regelen) dit over te laten aan de burger. Dit heeft de overheid bewerkstelligd door taken uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te halen en te verplaatsen naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze overheveling van taken geldt zowel voor de zorg aan ouderen, gehandicapten, psychiatrische patiënten, als de jeugdzorg. De gemeente is nu verantwoordelijk voor nagenoeg de hele extramurale AWBZ-zorg, met uitzondering van de verpleging, deze valt onder de Zvw.

Het is niet bekend of en wat de consequenties zijn van deze overheveling voor de vraag naar huisartsenzorg. Het is voorstelbaar dat patiënten met complexere zorgvragen langer onder behandeling bij de huisarts blijven, of erbij komen als nieuwe patiënt (vanuit instellingen die gesloten worden). Daarbij komt dat de samenwerking van huisartsen met andere partijen waaronder de gemeenten intensiever moet worden. Beide aspecten kunnen leiden tot een toename in werk voor de huisarts. Deze toename kan zowel de omvang als de complexiteit van de zorgvraag betreffen. Het is ook denkbaar dat de consequenties van de overheveling van taken niet of alleen tijdelijk tot een verandering in zorgzwaarte van de huisartsen leidt. Omdat het onduidelijk is of er, en wat de consequenties van de overheveling van taken voor de vraag naar huisartsenzorg is, is het belangrijk deze nauwkeurig en tijdig te monitoren. De overheveling van taken treft vier patiëntgroepen; ouderen, gehandicapten, patiënten in de jeugdzorg en psychiatrische patiënten. Het is voorstelbaar dat de effecten voor deze vier groepen binnen de huisartsenpraktijk verschillen. In dit rapport worden de effecten van het beleid op de huisartsenzorg voor oudere patiënten (≥ 70 jaar) in kaart gebracht.

1.1 Doel en vraagstelling

Dit onderzoek heeft als doel de effecten van de beleidsmaatregelen rondom de ouderenzorg in de huisartspraktijk in kaart te brengen. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

‘Wat is het effect van de beleidsmaatregelen (taken overhevelen vanuit de AWBZ naar de Wmo/Wlz/Zvw) voor de groep oudere patiënten (≥ 70 jaar) in de huisartspraktijk?’

De zorg rondom oudere patiënten wordt over de periode 2013 tot en met september 2016 in beeld gebracht om inzicht te krijgen in de veranderingen in de zorgzwaarte in de huisartspraktijk. De periode 2013-2014 geldt als Ausgangssituatie, de periode vanaf 2015 betreft de periode na de gewijzigde wet- en regelgeving rondom ouderenzorg.

1.2 Achtergrond van dit onderzoek

Door de vergrijzing van de Nederlandse bevolking en het feit dat mensen steeds langer leven met (uiteindelijk) een of meerdere ziektes nemen de zorgkosten in Nederland toe. Om de gezondheidszorg betaalbaar te houden zijn er daarom door de overheid diverse maatregelen genomen om de kosten te verminderen, onder andere in de ouderenzorg.

Langer thuis

Doel van de maatregelen is om meer mensen dicht bij huis of thuis de zorg te verlenen die de burger nodig heeft, en daar waar een burger het nog zelf kan, of zelf kan regelen, dit over te laten aan de burger. De bedoeling is dat mensen hierdoor langer thuis blijven wonen. Voor de huisarts betekent dit dat er mogelijk meer complexere patiënten onder de zorg van de eigen huisarts blijven, waardoor de zorgzwaarte voor de huisarts toeneemt [Wmo 2015].

1.3 Onderzoeksopzet

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende bronnen voor informatie:

- Geregistreerde gegevens uit de huisartspraktijk
- Vragenlijsten aan huisartsen
- Focusgroep met huisartsen

Met behulp van antwoorden uit vragenlijsten en informatie van huisartsen uit de focusgroep zijn er op basis van de gegevens die door de huisartsen worden geregistreerd in het elektronisch patiënten dossier (EPD) indicatoren ontwikkeld die de veranderingen in de zorg in kaart brengen en die gemeten kunnen worden over de tijd. Deze indicatoren worden gepresenteerd over de periode januari 2013 tot en met september 2016.

1.4 Leeswijzer

Hierna worden de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek gepresenteerd (hoofdstuk 2), gevolgd door de veranderingen in de praktijk ten aanzien van ouderen (hoofdstuk 3), de resultaten van de vragenlijst onder huisartsen (hoofdstuk 4) en de focusgroep met huisartsen (hoofdstuk 5). Details over de methode van het onderzoek zijn te vinden in de bijlagen van dit rapport.

2 Bevindingen en aanbevelingen

2.1 Bevindingen

Zorggebruik oudere patiënten verschuift

In de periode januari 2013 tot en met september 2016 blijft het aantal contacten (consulten, visites, telefonisch consult) van oudere patiënten (≥ 70 jaar) met de huisarts gelijk. Het type contact met de huisarts verschuift echter wel. Huisartsen hebben vaker een lang consult of een lange visite met oudere patiënten en minder vaak een kort consult of een korte visite. Hierdoor neemt de directe tijd die besteed wordt aan contacten van oudere patiënten in de huisartspraktijk toe. Daarnaast neemt ook het aantal contacten voor intensieve zorg toe, met name voor patiënten van 85 jaar en ouder¹. Voor deze patiënten zagen we een toename van 29 naar 35 contacten per 1000 patiënten per maand in de periode 2013-2016. Doordat in dit onderzoek gekeken is naar effecten van zorggebruik binnen verschillende leeftijdsgroepen over een relatief korte periode (4 jaar) is de verschuiving en toename die we zien echt te wijten aan meer of ander zorggebruik en niet aan de vergrijzing van de Nederlandse bevolking.

Ervaren werkbelasting huisarts

Uit het vragenlijst onderzoek onder huisartsen, afgenomen eind 2015, en de focusgroep met huisartsen, halverwege 2016, kwam naar voren dat huisartsen ervaren dat de omvang van de zorg voor oudere patiënten is toegenomen, maar ook dat de complexiteit van de zorg voor deze groep is toegenomen. Deze ontwikkelingen leiden tot een toename in de bestede directe en indirecte tijd aan oudere patiënten door huisartsen. Dit komt deels door de toenemende complexiteit van de problematiek waarmee oudere patiënten zich bij de huisarts presenteren. Daarnaast moeten huisartsen met steeds meer partijen samenwerken om de zorg voor oudere patiënten goed te kunnen regelen, dit betreft o.a. de wijkverpleging, de specialist ouderengeneeskunde, apothekers, verzekeraars en de gemeente. Door de vele veranderingen in het beleid zijn de verschillende (nieuwe) rollen van de diverse partijen (nog) niet altijd duidelijk.

Huisartsen gaven in de enquête ook aan dat de omvang van de zorg ook is toegenomen door de bezuinigingen in de thuiszorg en door minder voorzieningen bij acute problemen. Hierdoor wordt er vaker een beroep gedaan op de huisarts dan voorheen. Dit alles bij elkaar maakt dat de zorg voor oudere patiënten als zwaarder wordt ervaren door huisartsen sinds de beleidsveranderingen.

Zorg voor oudere patiënten is adequater geworden

Ondanks dat uit de huisartsenregistratie en uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat de zorg voor oudere patiënten intensiever is geworden, vinden huisartsen wel dat sinds de veranderde wet- en regelgeving, zij adequatere zorg kunnen verlenen aan oudere patiënten.

¹ Intensieve zorg is zorg in de palliatieve fase of zorg aan patiënten met een zorgzwaartepakket van 5 en hoger die thuis wonen.

2.2 Is de toename in zorggebruik binnen de huidige zorg op te vangen?

Een belangrijk vraag is of de veranderingen in de zorgvraag binnen de huidige organisatie van zorg is op te vangen. Deze vraag kent meerdere aspecten, een beperkte toename in zorggebruik is mogelijk wel voor een beperkte tijd op te vangen binnen de huidige organisatie, maar kan op de lange termijn mogelijk tot problemen leiden. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor patiënten die dan in mindere mate de zorg krijgen die ze nodig hebben. Dit kan ook negatieve gevolgen hebben voor de medewerkers van de huisartsenpraktijk die de werkdruk als (te) hoog kunnen gaan ervaren.

Een ander mogelijk gevolg van een hogere werkdruk is dat dit ten koste kan gaan van de kwaliteit van de geleverde zorg. Tot nu toe geven huisartsen aan dat de kwaliteit van de zorg niet te leiden heeft onder de toegenomen intensiteit van de zorgvraag. Wanneer de zorgvraag echter blijft toenemen kan de kwaliteit van de zorg mogelijk niet meer gewaarborgd worden. Dit, op haar beurt, zou kunnen leiden tot minder tevreden patiënten, meer belasting van mantelzorgers, of een minder voorspoedig herstel van de patiënt. Ook het aantal verschillende zorgverleners waar ouderen mee te maken krijgen kan zorgen voor versnippering van de zorg en daarmee mogelijk tot een verlies van kwaliteit van de zorg.

2.3 Conclusie

Dit rapport laat zien dat er een toename is in de bestede directe en indirecte tijd aan oudere patiënten door huisartsen sinds 2015. Of deze toename geheel te wijten is aan de beleidsveranderingen in de ouderenzorg kon in dit onderzoek niet aangetoond worden. De toename lijkt vooralsnog op te vangen binnen de huidige praktijkvoering. Echter, de huidige periode waarover gerapporteerd wordt, is te kort om aan te geven of deze toename nu stagneert, of nog verder doorgroeit. Het is daarom belangrijk om de ontwikkelingen in het zorggebruik van oudere patiënten te blijven monitoren. Hierdoor kunnen er tijdig maatregelen genomen worden wanneer de werklast verder toe mocht neemt en kunnen mogelijke problemen op langere termijn voorkomen worden. Welke oplossing of oplossingen hiervoor het meest passend zijn, zal mede samenhangen met de omvang van het probleem, en de lokale mogelijkheden van samenwerking.

3 Zorggebruik van oudere patiënten in de huisartspraktijk in de periode 2013-2016

In de periode 2013-2016 is:

- het totaal aantal contacten van oudere patiënten met de huisarts gelijk gebleven
- het type contact verschoven van minder korte naar meer lange contacten
- er een toename in het aantal intensieve zorgcontacten
- er in 2016 meer directe tijd aan oudere patiënten besteed in vergelijking met de jaren ervoor

In dit hoofdstuk worden de effecten van de verschillende beleidsmaatregelen op het zorggebruik van oudere patiënten in de huisartspraktijk beschreven. We kijken via vier indicatoren naar het zorggebruik van oudere patiënten in de huisartspraktijk tijdens kantooruren: 1. het totaal aantal contacten met de huisarts, 2. de verdeling tussen de verschillende typen contacten met de huisarts, 3. het aantal intensieve zorg contacten (CTG-code 13034 & 13035) en 4. het aantal contacten voor algehele achteruitgang of kwetsbaarheid (ICPC A05).

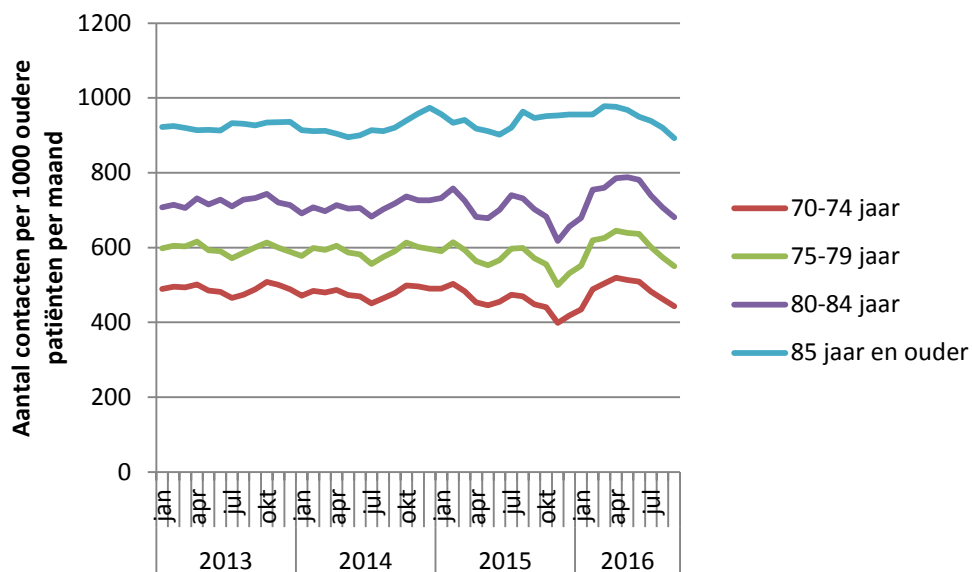
3.1 Totaal aantal reguliere contacten

In figuur 3.1 is het totaal aantal contacten van oudere patiënten met de huisartspraktijk in de periode januari 2013 t/m september 2016 weergegeven per leeftijdscategorie. Hierin is te zien dat het totaal aantal contacten van oudere patiënten over de tijd stabiel blijft, dit geldt voor alle leeftijdscategorieën.

3.2 Verdeling over de verschillende typen contacten

Figuur 3.1 liet geen verandering over de tijd zien voor het aantal contacten met de huisartspraktijk per 1000 oudere patiënten per maand. Tabel 3.1 laat zien dat de verdeling over de verschillende typen contacten met de huisartspraktijk wel is veranderd in de periode 2013-2016. In deze tabel is te zien dat er sinds 2013 een afname is in het aandeel korte consulten en visites en dat er een toename is in het aandeel lange consulten en visites. Vooral bij de oudere patiënten tussen de 70 en 84 jaar is er een sterke toename in het aantal lange visites. Voor patiënten van 85 jaar en ouder is er ook nog een lichte toename in het aandeel telefonische consulten te zien. Het totaal aantal contacten is in deze periode niet gewijzigd (Figuur 3.1), maar de contacten met de huisarts worden langer.

Figuur 3.1 Aantal contacten van oudere patiënten met de huisarts per 1000 oudere patiënten van dezelfde leeftijdscategorie per maand. Contacten zijn consulten, visites en telefonische consulten.



Bron: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

Tabel 3.1 Verdeling van de contacten in percentages van het totaal aantal contacten voor de jaren 2014-2016 voor de verschillende leeftijdscategorieën.

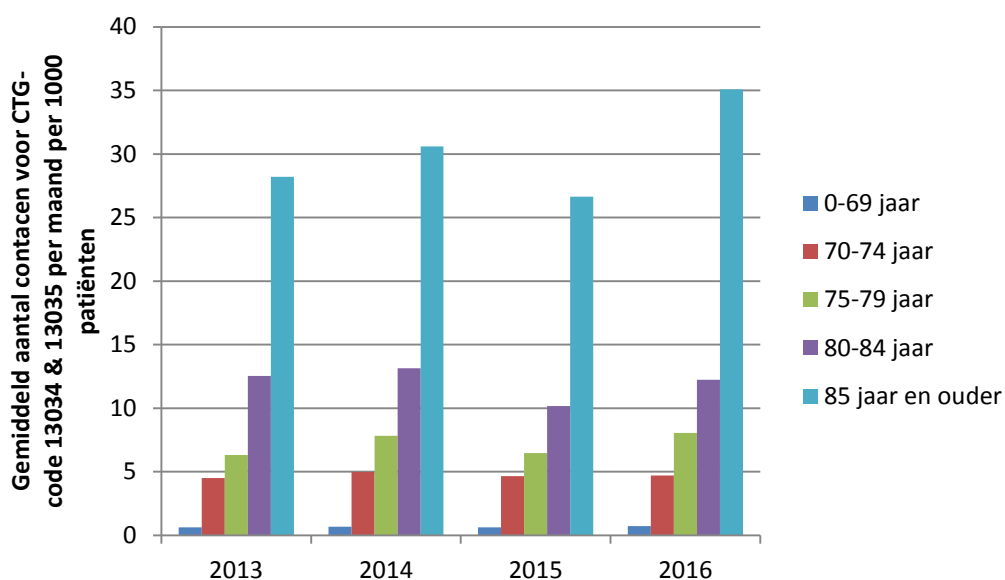
Type contact	Jaar	70-74 jaar	75-79 jaar	80-84 jaar	85 jaar en ouder
Kort consult	2013	53,2%	49,7%	40,6%	24,9%
	2014	52,5%	49,1%	40,5%	25,8%
	2015	50,4%	47,2%	39,4%	25,5%
	2016	46,7%	44,0%	38,0%	24,4%
Lang consult	2013	11,9%	11,1%	9,5%	5,8%
	2014	12,5%	11,4%	9,8%	5,6%
	2015	12,8%	11,6%	9,9%	6,0%
	2016	13,2%	12,2%	10,2%	6,6%
Korte visite	2013	3,6%	5,8%	10,9%	20,9%
	2014	3,1%	5,3%	9,9%	19,2%
	2015	3,1%	5,0%	9,3%	18,1%
	2016	2,8%	4,2%	8,1%	16,1%
Lange visite	2013	2,5%	3,5%	5,7%	10,3%
	2014	2,8%	3,6%	5,8%	10,5%
	2015	4,4%	5,3%	7,4%	11,2%
	2016	8,0%	8,3%	9,5%	12,6%
Telefonisch consult	2013	28,7%	29,8%	33,1%	37,9%
	2014	29,1%	30,5%	33,8%	38,7%
	2015	29,0%	30,6%	33,8%	38,8%
	2016	28,7%	30,9%	33,8%	40,0%

Bron: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

3.3 Intensieve zorg

Door de veranderingen in het beleid zoals ingezet in 2015 is het aannemelijk dat oudere patiënten langer thuis blijven wonen. Dit betekent dat meer patiënten met een zwaarder zorgzwaartepakket onder de zorg van de huisarts blijven vallen. Dit zou bijvoorbeeld te zien kunnen zijn in de M&I verrichting “Intensieve zorg” (CTG-code 13034 & 13035). Dit type contact mag alleen gedeclareerd worden voor intensieve zorg aan terminale patiënten of voor patiënten met een zorgzwaartepakket indicatie (ZZP indicatie) van 5 of hoger en die niet verblijven in een instelling. Door de wijzigingen in het beleid is het de verwachting dat de vraag naar dit type contact toeneemt. Figuur 3.2 laat zien dat er een stijging is van het aantal contacten voor intensieve zorg. Het aantal contacten per 1000 patiënten van 85 jaar en ouder neemt toe van rond de 29 in de periode 2013/2014 naar 35 contacten per 1000 patiënten in 2016.

Figuur 3.4 Gemiddeld aantal intensieve zorg contacten dagzorg (CTG-code 13034 & 13035) per maand per leeftijdscategorie per 1000 patiënten in dezelfde leeftijdscategorie



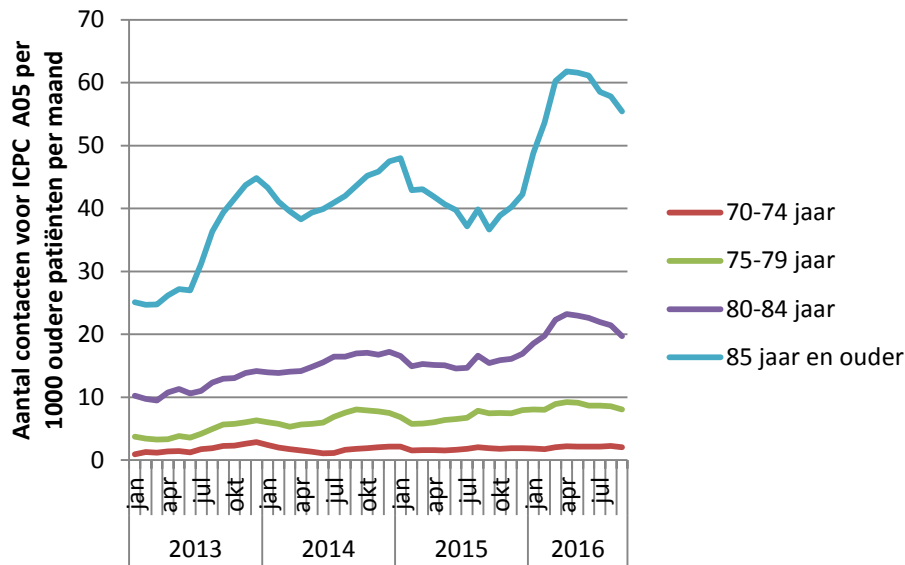
Bron: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

3.4 Aantal contacten voor algehele achteruitgang of kwetsbaarheid

De ICPC code A05 “Algehele achteruitgang” wordt sinds juni 2013 naast episode voor “Algehele achteruitgang” ook gebruikt om aan te geven dat een patiënt ‘kwetsbaar’ is [NHG 2013]. Figuur 3.3 laat per 1000 patiënten het aantal contacten voor de episode A05 zien. Dit geeft een indicatie van het aantal patiënten dat de huisarts ziet over de tijd omdat zij kwetsbaar zijn of achteruit gaan. In deze figuur is te zien dat het aantal contacten voor de ICPC code A05 in de periode 2013-2016 toeneemt. Deze toename is vermoedelijk een combinatie van twee fenomenen die niet uit elkaar te halen zijn, namelijk een daadwerkelijk toename in het aantal oudere patiënten dat een episode A05 heeft, maar ook een toename door een inhaalslag in registratie doordat pas sinds juni 2013 deze code ook voor het definiëren van kwetsbaarheid gebruikt kan worden, in dat geval betreft het

een registratie artefact. Helaas is het niet mogelijk iets te zeggen over de verhouding van beide fenomenen.

Figuur 3.3 Aantal contacten voor ICPC-code A05 (Algehele achteruitgang/ kwetsbaarheid) per maand per 1000 oudere patiënten van dezelfde leeftijdscategorie



Bron: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

3.5 Werkbelasting huisarts – een voorbeeld

De hierboven gepresenteerde resultaten laten een wisselend beeld zien. Het totaal aantal contacten met oudere patiënten neemt niet toe. We zien wel een verschuiving in het type contact met de huisarts van minder kortere naar meer langere contacten. Daarnaast zien we ook een toename in het aantal contacten voor intensieve zorg. Tot slot is er mogelijk ook nog een toename in contacten voor algehele achteruitgang/kwetsbaarheid, alhoewel dit laatste ook een registratie artefact kan zijn.

Om de effecten op werkbelasting van de huisarts inzichtelijk te maken presenteren we de effecten door middel van een voorbeeld. Bij dit voorbeeld gaan we uit van een gemiddelde praktijk voor 1 FTE huisarts in Nederland, de zogenaamde rekenpraktijk. Deze gemiddelde praktijk bestaat uit 2168 patiënten waarvan 95 patiënten 70-74 jaar zijn, 74 patiënten 75-79 jaar zijn, 52 patiënten 80-84 jaar zijn en 48 patiënten 85 jaar of ouder zijn. Met behulp van de gegevens uit NIVEL Zorgregistraties weten we welk deel van de contacten en welk type in een week besteed wordt aan patiënten in de verschillende leeftijdscategorieën. Voor de verschillende contacten zijn de volgende tijdsduren meegenomen in de berekeningen:

Kort consult	gemiddeld 10 minuten	Lang consult	gemiddeld 20 minuten
Korte visite	gemiddeld 15 minuten	Lange visite	gemiddeld 30 minuten
Telefonisch consult	gemiddeld 5 minuten		

De tijdsduur van de contacten zijn gebaseerd op de gemiddelde gereserveerde tijdsduur voor deze contacten die huisartsen invulden in de vragenlijst van dit onderzoek (hoofdstuk 4).

Met het aantal oudere patiënten in de rekenpraktijk, het aantal contacten met oudere patiënten en de gemiddelde tijdsduur voor die contacten kunnen we bestede tijd aan contacten met oudere patiënten in de rekenpraktijk berekenen voor de periode 2013-2016. De resultaten hiervan staan in tabel 3.2.

Tabel 3.2 Gemiddelde tijdsbesteding aan oudere patiënten per maand in een rekenpraktijk, dit betreft de gedeclareerde tijd (directe patiëntgebonden tijd)

Leeftijd	2013	2014	2015	2016
70-74 jaar	8 uur	8 uur	8 uur	9 uur
75-79 jaar	8 uur	7,5 uur	7,5 uur	8,5 uur
80-84 jaar	7 uur	6,5 uur	7 uur	7,5 uur
85 jaar en ouder	8,5 uur	8,5 uur	9 uur	9 uur
Totaal	31,5 uur	30,5 uur	31,5 uur	34 uur

Bron: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn en vragenlijst

Tabel 3.2 laat zien dat de tijdsbesteding gelijk blijft in de periode 2013-2015, en dat er in 2016 een lichte toename lijkt te zijn in direct besteedde tijd per maand. In deze tabel is de toename in het aantal intensieve zorg contacten niet meegenomen (figuur 3.2) omdat het niet bekend is hoeveel tijd gemiddeld aan deze contacten wordt besteed. Wanneer deze contacten worden meegenomen is de toename in de tijd die besteed wordt aan contacten met oudere patiënten mogelijk nog wat groter.

3.6 Zorggebruik van oudere patiënten in de huisartspraktijk

In dit hoofdstuk hebben we laten zien dat het aantal reguliere contacten van oudere patiënten met de huisarts in de periode 2013-2016 gelijk is gebleven. Binnen deze contacten is er echter een verschuiving van minder kortdurende naar meer langdurende contacten. Dit maakt dat de bestede directe tijd aan oudere patiënten in de huisartspraktijk in de periode 2013-2016 met gemiddeld 2,5 uur per maand is toegenomen. Daarnaast is er ook een toename te zien in het aantal contacten voor intensieve zorg (deze vallen niet onder reguliere contacten) en mogelijk een toename in het aantal kwetsbare ouderen in de huisartspraktijk.

Deze toename in directe tijd is waarschijnlijk niet de enige toename in de zorg voor oudere patiënten. Naast directe tijd, die gemeten is in dit onderzoek, besteden huisartsen gemiddeld 20% van hun tijd aan indirecte tijd [Flinterman 2016]. In deze indirecte tijd wordt bijvoorbeeld over patiënten overlegd met andere zorgverleners. Deze indirecte tijd is niet meetbaar middels gegevens die geregistreerd worden in het elektronische patiënten dossier en is daarom niet meegenomen in dit onderzoek. Het is echter zeer aannemelijk dat met een toename in directe tijd ook de bestede indirecte tijd is toegenomen.

4 Ervaren werkbelasting gerelateerd aan oudere patiënten door huisartsen

Resultaten vragenlijst onder huisartsen (najaar 2015)

- Huisartsen ervaren dat de omvang en de complexiteit van de zorg is toegenomen
- Huisartsen vinden dat ze nu beter in staat zijn om adequate zorg te verlenen aan (kwetsbare) oudere patiënten dan een aantal jaar geleden
- Huisartsen vinden dat de afstemming met de verschillende partijen, zoals gemeente, zorgverzekeraar en specialisten, in de meeste gevallen suboptimaal verloopt.

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de vragenlijst die eind 2015 verstuurd is naar 444 huisartsen. Hierin werd onder andere gevraagd naar de ervaringen met de veranderingen in de zorg voor (kwetsbare) oudere patiënten. De vragenlijst is vooraf beoordeeld door een groep huisartsen. De resultaten reflecteren daarmee de eerste ervaringen van huisartsen met het nieuwe beleid.

4.1 Respons en respondenten

De respons op de vragenlijst onder huisartsen was 57%: 254 van de 444 huisartsen die uitgenodigd waren. Kenmerken van de huisartsen die de vragenlijst hebben ingevuld staan in tabel 4.1.

Tabel 4.1 Kenmerken van huisartsen die de vragenlijst invulden

Huisartsen (n=254)	Gemiddelde	SD
Jaren werkzaam als huisarts	19	9
Type praktijk	N	%
Solo	35	14%
Duo	114	45%
Groep	105	41%

Bron: Vragenlijst

De meeste huisartsen waren werkzaam in een duo- of groepspraktijk. Gemiddeld waren zij 19 jaar werkzaam als huisarts. Landelijk gezien werkt 39% in een duo praktijk en 33% in een groepspraktijk [NIVEL huisartsenregistratie 2014].

4.2 Ervaringen met de veranderingen in de zorg voor (kwetsbare) oudere patiënten

Hieronder worden de ervaringen van huisartsen met de veranderingen in de zorg voor (kwetsbare) oudere patiënten gepresenteerd voor de volgende onderwerpen: zorgzwaarte pakket en WMO, veranderingen in de zorg, afstemming met andere partijen, ervaren werkdruk.

Vragen over veranderingen in de zorg werden gesteld door middel van een drie- of vijfpuntschaal waarop de respondent kon aangeven of ze het eens of oneens waren met de stelling. Bij vragen over de samenwerking konden huisartsen hun antwoord op de stelling toelichten. De vragenlijst is te vinden in bijlage B.

4.2.1 Zorgzwaarte pakket en zorgwet

Zorgzwaarte pakket

Het weten van het zorgzwaartepakket is belangrijk voor huisartsen aangezien dit mede bepaalt welke zorg zij kunnen of mogen verlenen aan patiënten. Bij zorgzwaartepakket vijf en hoger mag bijvoorbeeld de prestatie intensieve zorg (CTG-code 13034 & 13035) gedeclareerd worden.

Meer dan de helft van de huisartsen (62%) geeft in 2015 aan niet te weten welk zorgzwaartepakket hun patiënten hebben. Wanneer zij dit wel weten dan krijgen zij deze informatie vooral van de patiënt zelf (tabel 4.2)².

Tabel 4.2 Vraag huisartsen: Hoe verkrijgt u informatie omtrent het zorgzwaartepakket van uw patiënten (indien van toepassing) (N=80 huisartsen)?

Bron	%
Centrum indicatie stelling zorg (CIZ)	31%
Van de patiënt	47%
POH-ouderen	4%
Andere zorgverleners	16%
Naasten van de patiënt	3%

Bron: Vragenlijst

Welke zorgwet is van toepassing?

De zorg voor oudere patiënten kan via verschillende wetten vergoed worden afhankelijk van het type zorg dat de patiënt nodig heeft. Patiënten krijgen hun zorg vergoed via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) of via de Wet langdurige zorg (Wlz). Bij huisartsen is vaak niet bekend welke van deze wetten wanneer van toepassing zijn. Slechts 6% geeft aan dit te weten. Doordat dit niet altijd helder is voor de huisarts (in 2015) bestaat de kans dat de zorg verkeerd of dubbel gedeclareerd wordt.

4.2.2 Veranderingen in de zorg

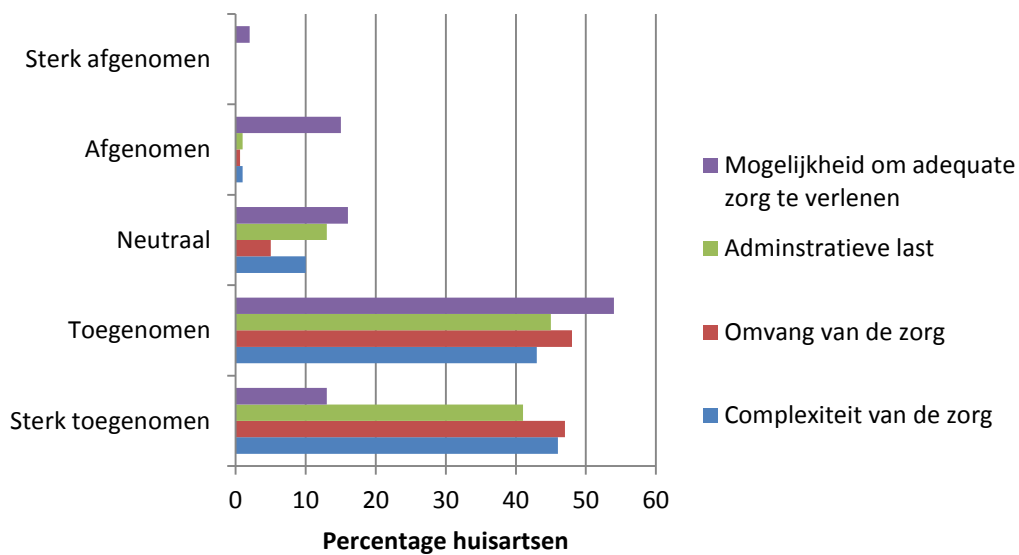
In figuur 4.1 staan de resultaten van de ervaringen van huisartsen met de veranderingen in de zorg voor kwetsbare oudere patiënten. Een ruime meerderheid van de huisartsen geeft aan dat de complexiteit, de omvang van de zorg, de administratieve last en de tijd om de zorg te regelen voor kwetsbare oudere patiënten in de afgelopen jaren (sterk) is toegenomen.

De veranderingen in de zorg hebben als effect dat huisartsen wel het gevoel hebben dat ze beter in staat zijn om adequate zorg te verlenen aan kwetsbare oudere patiënten dan een aantal jaren geleden. Achtenzestig procent van de huisartsen geeft aan dat dit nu beter te kunnen. Als gevolg

² Per 30 juli 2016 worden indicaties van het zorgzwaartepakket door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) standaard verstrekt aan de huisarts en weet de huisarts daarmee welke zorg hij kan en mag leveren [CIZ 2016].

van het feit dat mensen langer thuis blijven wonen is er sprake van een toename in het aantal kwetsbare oudere patiënten in de huisartsenpraktijk. Van de huisartsen geeft 39% aan een kleine toename in het aantal oudere patiënten te zien en 55% een sterke toename in het aantal oudere patiënten. Dit beeld komt overeen met de verwachtingen, namelijk dat door de wetswijzigingen patiënten langer thuis blijven wonen en hiermee langer of weer onder behandeling van de huisarts komen. Vijftien procent van de huisartsen geeft aan een sterke toename te zien in het aantal acute opnames onder kwetsbare oudere patiënten in hun praktijk, 50% ziet een kleine toename in het aantal acute opnames (figuur 4.1) [Misérus 2016].

Figuur 4.1 Ervaringen van huisartsen met de zorg voor kwetsbare oudere patiënten in de afgelopen jaren (N=209 huisartsen) Deze zorg is



Bron: Vragenlijst

4.2.3 Afstemming met andere partijen

De wijzigingen in het beleid rondom ouderenzorg vraagt om een nauwere samenwerking van de huisarts met andere partijen zoals de gemeente, de zorgverzekeraar en de specialist ouderengeneeskunde.

Er zijn vragen gesteld over afstemming met de volgende andere partijen; de specialist ouderengeneeskunde, eerstelijns woonvormen, gemeente en zorgverzekeraars.

Specialist ouderengeneeskunde

Op de vraag of de inzet van de specialist ouderengeneeskunde geborgd is voor de zorg aan thuiswonende kwetsbare oudere patiënten antwoorde 40% van de huisartsen dat dit inderdaad het geval is. In 38% van de gevallen is de inzet van de specialist ouderengeneeskunde nog niet geborgd. Wanneer gekeken werd naar de redenen hiervan, werden er verschillende oorzaken genoemd. Dit waren deels praktische oorzaken, zoals het ontbreken van een specialist ouderengeneeskunde in de regio of doordat er (nog) geen contact gelegd is.

“Ik heb nog geen formeel contact met de specialist ouderengeneeskunde”

Ook zijn er nog veel huisartsen die aangeven dat de communicatie met de specialist ouderengeneeskunde moeizaam is en dat het moeilijk is om in contact te komen.

“Geen goede afspraken: wel contactgegevens, maar vaak geen reactie of, als patiënt wel bezocht is, geen terugkoppeling”

Daarnaast is ook niet altijd duidelijk voor huisartsen welke rol de specialist ouderengeneeskunde in de behandeling heeft en wanneer deze het hoofdbehandelaarschap zou moeten of kunnen overnemen. Uit de opmerkingen die huisartsen plaatsten bij deze vraag bleek ook dat dit vaak onduidelijk is en dat hier per regio wisselende afspraken over zijn gemaakt. Tenslotte werd door ruim 10% van de huisartsen aangegeven dat de borging vaak ontbreekt door gebrek aan tijd en financiering voor de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde .

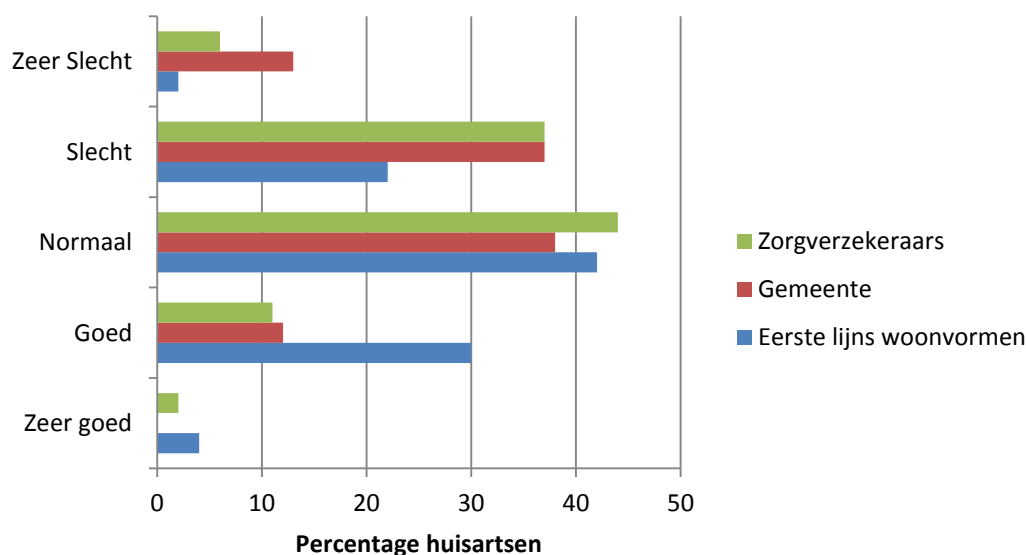
“Zou goed zijn als bij patiënten met een zvp van 5 en hoger de SO de hoofdbehandelaar is”

Bij 6% van de huisartsen neemt de specialist ouderengeneeskunde het hoofdbehandelaarschap voor thuiswonende kwetsbare oudere patiënten over van de huisarts.

Eerstelijns woonvormen, gemeenten en zorgverzekeraars

De afstemming met eerstelijns woonvormen, gemeenten en zorgverzekeraars wordt wisselend ervaren. De eerstelijns woonvormen scoren van de drie nagevraagde partijen het beste al geeft ook hier 23% van de huisartsen aan dat de afstemming slecht tot zeer slecht is. De afstemming met de gemeenten wordt door 50% van de huisartsen als slecht tot zeer slecht beoordeeld (figuur 4.2). Dit valt mogelijk voor een deel te verklaren doordat op het moment van de vragenlijst de gemeenten nog geen jaar belast waren met nieuwe taken via de WMO.

Figuur 4.2 Afstemming met verschillende partijen in de zorg (N=208 huisartsen)



Bron: Vragenlijst

Ook voor deze partijen is gevraagd wat maakte dat de afstemming niet goed was. Bij alle drie de partijen werd beperkte of slechte communicatie aangedragen als reden voor slechte afstemming. Voor de eerstelijns woonvormen gaven huisartsen aan dat er vooral problemen waren met het opleidingsniveau van het personeel dat vaak te laag is en dat er te weinig van deze eerstelijns voorzieningen zijn.

“Deskundigheid personeel te laag”

Bij de gemeenten werd vooral de communicatie genoemd als reden dat de afstemming nog niet op orde is. Daarnaast gaf een groot deel aan (nog) geen contact te hebben met de gemeente. Een deel gaf echter ook aan dat de slechte afstemming ook te wijten is aan het feit dat men nog in een overgangperiode zit en ze nog niet verwachtten dat alles vanaf de eerste dag perfect zou verlopen.

“De gemeente is goed bereikbaar, wel wens ik regelmatig dat zij meer doen.”

Bij de zorgverzekeraars werd voornamelijk aangegeven dat er überhaupt geen afstemming is en dat er veel op projectbasis geregeld wordt in plaats van structureel voor ouderenzorg.

4.3 Belasting van de huisarts

De toename van complexe patiënten in de huisartspraktijk kunnen ook een toename in de mentale belasting van de huisarts betekenen. Huisartsen zien meer patiënten met complexere problematiek en huisartsen geven aan ook meer indirecte uren te maken voor deze groep patiënten. Uit eerder onderzoek bleek dat 70% van de huisartsen wel eens signalen van overspannenheid heeft geconstateerd bij zichzelf en dat 15% van de huisartsen wel eens een burn-out heeft gehad [Duchatteau 2016, Movir 2012]. Een burn-out vragenlijst was onderdeel van de vragenlijst waardoor we voor de ondervraagde huisartsen de signalen voor het mogelijk hebben van een burn-out in kaart konden brengen. De vragenlijst geeft geen uitsluitsel of iemand echt een burn-out heeft, maar kan wel aangeven of personen mogelijk een hoger risico op een burn-out hebben.

In totaal hebben 191 huisartsen de volledige burn-out vragenlijst ingevuld. Van hen hadden 2 (1%) een score die mogelijk correspondeert met een burn-out. Deze twee personen scoorden slecht op alle drie de domeinen van de vragenlijst; te weten burn-out, depersonalisatie en persoonlijke prestaties. Zes procent van de huisartsen scoorden slecht op 2 domeinen van de vragenlijst en 30% van de huisartsen scoorden slecht op 1 domein, voornamelijk op depersonalisatie. Deze huisartsen hebben daarmee een verhoogde kans om in de toekomst een burn-out te ontwikkelen. De resultaten van de vragenlijst lijken niet ernstiger dan de resultaten met betrekking tot deze vragenlijst in eerdere onderzoeken met huisartsen [Duchatteau 2016, Movir 2012, Kirwan 1995, Houkes 2011]. Hierbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat bij onderzoek naar burn-out de vragenlijst door de mensen die een burn-out hebben vaker niet wordt ingevuld dan door mensen zonder burn-out. Hierdoor is er doorgaans een onderschatting is van het risico.

4.4 Ervaren werkbelasting huisarts

De ervaring van de huisartsen die de vragenlijst invulden is dat de omvang en de complexiteit van de zorg voor oudere patiënten is toegenomen. Ondanks deze toename hebben zij wel het gevoel dat ze beter in staat zijn om oudere patiënten adequate zorg te verlenen in vergelijking met een aantal jaar geleden.

Huisartsen moeten nu met meer partijen overleggen om deze adequate zorg te kunnen verlenen sinds de wetgeving gewijzigd is. Zij geven aan dat dit met de meeste partijen nog suboptimaal verloopt. Dit wordt deels veroorzaakt door het feit dat de vragenlijsten krap een jaar na de veranderingen in de wetgeving zijn afgenomen waardoor nog niet alle partijen die andere taken erbij gekregen hebben, dit zichzelf volledig eigen gemaakt hebben. De huisartsen gaven aan dit nog als een overgangsfase te zien.

5 Focusgroep

- Extra tijd voor oudere patiënten vooral indirecte tijd
- Toename in niet declarabele contacten door meer zorg in de vorm van ketenzorg.

De focusgroep vond plaats in juli 2016 met drie huisartsen. Deze bijeenkomst had als doel meer duiding te geven aan de gevonden resultaten op basis van het zorggebruik (Hoofdstuk 3) en op basis van de vragenlijst (Hoofdstuk 4).

5.1 Extra werk naar aanleiding van de wijzigingen

Huisartsen hebben door de veranderde wet- en regelgeving per 1 januari 2015 mogelijk extra werk gekregen. Dit wordt grotendeels veroorzaakt doordat ouderen langer thuis blijven wonen en daarbij complexere zorgvragen krijgen. Deze ontwikkeling op zich wordt gesteund door huisartsen, aangezien dit doorgaans ook de wens van de patiënt is. Doordat mensen nu langer thuis blijven wonen komen er wel meer patiënten met complexe zorgvragen en met een zorgzwaarte pakket van 4 en hoger onder behandeling bij de huisarts. Deze patiënten vragen meer tijd en aandacht van huisartsen, maar gemiddeld genomen valt het aantal van deze patiënten binnen een huisartspraktijk mee.

Naast een lichte toename in het aantal patiënten gaven de huisartsen aan dat voornamelijk het aantal overleggen over patiënten is toegenomen en niet zozeer de tijd die zij direct aan de patiënten besteden. Voor de ouderen is hun rol meer verschoven naar die van coördinator die overlegt en afstemt met alle zorgverleners rondom de oudere patiënt. Zo hebben huisartsen tegenwoordig bijvoorbeeld meer contact met de wijkverpleegkundige en hebben sommigen een praktijkondersteuner in dienst die een deel van de directe zorg voor de (kwetsbare) oudere patiënten uit handen neemt.

5.2 Knelpunten in het huidige beleid

Wie heeft de regie?

Een knelpunt is de versnippering van de zorg. Dit leidt tot minder overzicht van de zorg voor kwetsbare oudere patiënten. Juist bij deze groep is dit overzicht nodig, omdat zij doorgaans meerdere aandoeningen hebben en daardoor de zorg complex wordt. Door de versnippering in de zorg zien (kwetsbare) oudere patiënten veel verschillende zorgverleners. Dit ziet men vooral bij de bezuinigingen in de thuiszorg waardoor patiënten niet meer één of twee vaste verzorgenden hebben. Dit maakt dat huisartsen meer tijd kwijt zijn aan instructie (aan alle verschillende zorgverleners). Daarnaast worden er door het hoge verloop aan zorgverleners ook meer fouten gemaakt omdat men de patiënt minder goed kent.

Acute problemen

Wanneer gevraagd werd naar de knelpunten in het huidige beleid gaven de deelnemers aan de focusgroep aan dat geen enkel systeem perfect is, ieder systeem heeft een zwakke plek. Echter in het huidige systeem zit deze zwakke plek volgens de huisartsen al te vroeg in het systeem. Als voorbeeld gaven ze aan dat er in het oude systeem meer mogelijkheden waren om patiënten en hun mantelzorgers (tijdelijk) te ontlasten door bijvoorbeeld iemand (tijdelijk) naar de dagopvang te laten gaan. Nu is er geen 'escape' wanneer een situatie te complex wordt en het thuis niet meer opgevangen kan worden. Dit geeft meer acute problemen bij patiënten met een de toename van oudere patiënten op de huisartsenpost en de eerste hulp. Dit beeld wordt bevestigd door een recente studie van Goslings en anderen. Zij vonden dat, doordat oudere patiënten nu vaker zijn aangewezen op zorg thuis, oudere patiënten meer gebruik maken van de spoedzorg in het ziekenhuis [Goslings 2016]. Door deze toename is er op sommige plaatsen in Nederland een tekort aan plaatsen op de eerste hulp, waardoor patiënten niet meer snel genoeg geholpen kunnen worden.

5.3 Wat noteren huisartsen in het dossier dat geschikt is voor monitoring van de zorg?

Declareren zorg voor oudere patiënten

Voor het goed monitoren van eventuele veranderingen in zorgzwaarte is het belangrijk dat dit, naast ervaring van huisartsen, ook gebaseerd is op objectieve indicatoren, zoals bijvoorbeeld eenduidig uit het elektronisch dossier van de huisarts zijn te halen. Tijdens de focusgroep discussie werd duidelijk dat dit naast een aantal indicatoren die wel uit het EPD te halen zijn, huisartsen veel activiteiten uitvoeren die niet, of niet eenduidig, uit het EPD te halen zijn. Overleggen met andere zorgverleners kunnen (meestal) niet worden gedeclareerd en worden door de verschillende huisartsen, wanneer zij genoteerd worden in het systeem, anders genoteerd, soms ook in vrije tekstvelden. Daarnaast wordt een deel van de ouderenzorg geleverd via de praktijkondersteuner waarvan de losse contacten ook niet gedeclareerd worden en daarmee niet eenvoudig in het EPD terug te vinden voor onderzoeksdoeleinden. Deze contacten wisselen ook sterk per patiënt. Tenslotte zijn er momenteel wel verschillende nieuwe prestatiecodes in S3 voor ouderenzorg, maar deze verschillen per zorgverzekeraar en daarmee ook per praktijk. Daarnaast is voor deze prestatiecodes niet duidelijk welke zorg hiervoor minimaal geleverd moet worden, en zijn ze als indicator voor zorgzwaarte mogelijk minder goed bruikbaar.

5.4 Resultaat focusgroep

De huisartsen uit de focusgroep geven aan dat zij sinds de veranderingen in het beleid meer indirecte tijd kwijt zijn aan ouderen. Dit komt voornamelijk doordat ouderen meer zorgverleners zien dan voorheen waarin de huisarts vaak fungeert als spin in het web en daardoor contact moet houden met al deze zorgverleners. Daarnaast geven ze aan dat er een toename is in het aantal contacten van de praktijkondersteuner met oudere patiënten dat vanwege de ketenzorg niet declarabel is.

Literatuur

- CIZ (2016). CIZ info nummer 95. CIZ informeert huisarts over het indicatiebesluit.
- Duchatteau D, Schmidt F. (2016) Werkdruk huisartsen is riskant hoog. Medisch contact 2016:44
- Flinterman LE, De Hoon S, De Bakker DH, Verheij RA. (2016). Scenario's voor de differentiatie van het inschrijftarief huisartsenzorg op basis van zorgzwaarte. NIVEL: Utrecht
- Goslings C, Gorzeman M, Offeringa-Klooster M, Berdowski J. (2016). Brandbrief 'Regionale spoedzorg – de rek is er uit'. 19 mei 2016
- Hassel D van, Velden L van der, Batenburg R. Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen. 2014, NIVEL: Utrecht.
- Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdonk P. (2011) Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. BMC Public Health 2011:11:240.
- Jurling B, Koster L, Batterink M, Vunderink L, Schipper M, Karssen B. Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg. 2012, Significant.
- Kirwan K, Armstrong D. (1995) Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. British Journal of General Practice 1995:45:259-260.
- Maslach C, Jackson SE. (1981). MBI: Maslach burnout inventory. Manual. Palo Alto, CA: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Ministerie van VWS. 2015 . Wat is een zorgzwaartepakket (ZZP)? <https://www.wlz-overgangsrecht.nl/woordenlijst/zorgzwaartepakket-zzp>. Laatst bezocht: 21-12-2016
- Misérus M. (2016). Spoedeisende hulp 'overspoeld' door oudere mensen. Volkskrant 26-11-2016
- Movir. (2012). Landelijk onderzoek naar langdurige stressfactoren bij huisartsen.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). (2016). www.nza.nl
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). (2013). Boesten J, Braaksma L, Klapwijk-Strumpler S, Kole HM, Sloekers J, Smit C, Stroucken JPM, Van Werven H, Westerhof R. Adequate dossiervorming met het Elektronisch Patiëntendossier. ADEPD, derde versie.
- NIVEL Huisartsenregistratie. Cijfers van 2014. www.nivel.nl/beroepen-in-de-zorg. Laatst geraadpleegd: 25-10-2015.
- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015.

Bijlagen

Bijlage A: Methoden van onderzoek

Bijlage B: Vragenlijst

Bijlage A: Methoden

In deze bijlage worden de gebruikte onderzoeksmethoden van dit onderzoek beschreven. Dit betreffen de onderzoeksmethoden voor hoofdstuk 3 en 6. De vragenlijst die gebruikt is voor hoofdstuk 4 staat in bijlage B.

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (www.nivel.nl/zorgregistraties). NIVEL Zorgregistraties ontvangt wekelijks gegevens van 213 praktijken met daarin ruim 700.000 patiënten. Daarnaast ontvangt het NIVEL eens per jaar de data van 500 praktijken met ruim 1.5 miljoen ingeschreven patiënten. Deze jaarlijkse data zijn in dit onderzoek gebruikt om de gegevens over de jaren 2013 en 2014 te berekenen. Voor het jaar 2015 en de eerste drie kwartalen van 2016 zijn de wekelijks aangeleverde gegevens gebruikt. Binnen de data die jaarlijks wordt aangeleverd zijn dezelfde praktijken geselecteerd als die wekelijks data aanleveren.

Aantal contacten per 1000 patiënten

Voor het aantal contacten per 1000 patiënten zijn de volgende contacten geselecteerd: kort consult (CTG-code 12000), lang consult (CTG-code 12001), korte visite (CTG-code 12002), lange visite (CTG-code 12003), telefonisch consult (CTC-code 12004). Het aantal contacten is vervolgens berekend per contact en voor de hiervoor genoemde typen contacten totaal per 1000 ingeschreven patiënten in de leeftijdscategorieën: 70-74 jaar, 75-79 jaar, 80-84 jaar en 85 jaar en ouder. Alle aantallen zijn berekend per maand en vervolgens gemiddeld met de 3 maanden ervoor en de 2 maanden na de bewuste maand. Hierdoor werd een stabielere trend verkregen over de tijd die minder sterk onderhevig is aan schommelingen door kleine verschillen tussen de maanden.

Verhouding tussen de contacten

De verhouding tussen de korte en lange consulten en visites en de telefonische consulten werd bepaald door voor ieder type contact afzonderlijk te berekenen welk deel van het totaal aantal contacten ze waren per jaar in percentages.

Aantal intensieve zorg contacten

Intensieve zorg contacten mogen gedeclareerd worden voor terminale zorg of voor zorg aan patiënten met een ZZP van 5 of hoger die niet in een instelling verblijven. Hiervoor wordt voor de dagzorg CTG-codes 13034 en 13035 gebruikt. Voor deze code is per maand bepaald hoe vaak ze gedeclareerd werden per 1000 ingeschreven patiënten per leeftijdscategorie. Ook voor deze analyse werden de aantallen per maand gemiddeld met de 3 maanden ervoor en de twee maanden erna.

Aantal contacten algehele achteruitgang of kwetsbaarheid

Voor deze indicator is het aantal contacten bepaald voor de episode A05 (algehele achteruitgang/kwetsbaarheid) bepaald per 1000 ingeschreven patiënten per leeftijdscategorie per maand. Ook deze getallen zijn per maand gemiddeld over 6 maanden.

Tijdsbesteding

De tijdsbesteding van de huisartsen voor oudere patiënten is berekend door de verhoudingen tussen de contacten te vermenigvuldigen met de gemiddelde duren van de contacten in minuten, zoals vermeld werd door de huisartsen in de vragenlijst. Dit totaal aantal minuten werd gedeeld door 60 om het totaal aantal uren voor de contacten te berekenen. De onderstaande tijdsduren per contact werden gebruikt:

<i>Type contact</i>	<i>CTG-code</i>	<i>Tijdsduur</i>
Kort consult	12000	gemiddeld 10 minuten
Lang consult	12001	gemiddeld 20 minuten
Korte visite	12002	gemiddeld 15 minuten
Lange visite	12003	gemiddeld 30 minuten
Telefonisch consult	12004	gemiddeld 5 minuten

Dit zijn de gemiddelde tijdsduren die door de huisartsen werden ingevuld in de voor dit onderzoek verstuurde vragenlijst (bijlage B).

Burn-out

Symptomen van burn-out werden gemeten middels de Maslach Burnout Inventory (MBI) [Maslach, 1981]. Met behulp van de MBI wordt iemands risico op een burn-out gemeten in drie schalen: burn-out, depersonalisatie en persoonlijke prestaties.

Bijlage B: Vragenlijst

DEEL 1 ZORGZWAARTE

Het eerste deel van deze vragenlijst gaat over zorgzwaarte. Om een goed beeld te krijgen van de zorgzwaarte willen we u een aantal dingen vragen over uw praktijkorganisatie, tijdsbesteding, ervaren werklust en de ouderenzorg.

PRAKTIJKORGANISATIE

1. Hoe lang bent u als huisarts werkzaam?
..... jaar
2. Wat voor soort dienstverband heeft u? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
 - Loondienst
 - Praktijk houdend
 - Waarnemer
 - HIDHA
3. (a) Hoeveel huisartsen zijn er in uw praktijk werkzaam (inclusief uzelf)?
..... huisartsen
4. Kunt u hieronder aangeven hoeveel tijd u gemiddeld reserveert voor contacten met **kwetsbare ouderen** en welk percentage hiervan u ook binnen die tijd afsluit?

Contact	Aantal minuten gereserveerd	% binnen de tijd afgerond
Consult minuten %
Dubbel consult minuten %
Telefonisch consult minuten %
Visite (zonder reistijd) minuten %
Dubbele visite (zonder reistijd) minuten %

5. Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld per week aan de volgende activiteiten voor **kwetsbare ouderen**?

(a) Patiënt gerelateerd overleg intern uur/week
(b) Patiënt gerelateerd (telefonisch) overleg extern uur/week

6. Met welke externe partij bent u de meeste tijd kwijt voor het regelen van de zorg voor **kwetsbare ouderen**?
.....

ERVAREN WERKLAST

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

7. Hieronder staan 22 uitspraken die betrekking hebben op hoe u persoonlijk uw werk beleeft en hoe u zich daarbij voelt. Geef aan **hoe vaak** iedere uitspraak op u van toepassing is.

	Nooit	Een (paar) keer per jaar of minder	Eens per maand of minder	Een paar keer per maand	Eens per week of minder	Een paar keer per week	Dagelijks
Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aan het einde van een werkdag voel ik mij leeg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik voel me vermoeid als ik 's morgens opsta en er weer een werkdag voor me ligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan me gemakkelijk inleven in de gevoelens van de patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb het gevoel dat ik sommigen van mijn patiënten te onpersoonlijk behandel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De hele dag met mensen werken vormt een zware belasting voor mij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik weet de problemen van mijn patiënten adequaat op te lossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik voel me opgebrand door mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb het gevoel dat ik het leven van andere mensen op een positieve manier beïnvloed door mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb het idee dat ik onverschilliger geworden ben tegenover andere mensen, sinds ik dit werk heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik maak mij zorgen dat mijn werk mij gevoelsmatig afstompt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik voel me vol energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik voel me gefrustreerd door mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik denk dat ik me teveel inzet voor mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het kan me niet echt schelen wat er met sommige patiënten gebeurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het direct werken met mensen roept spanningen bij mij op	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Met mijn patiënten kan ik gemakkelijk een ontspannen sfeer scheppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Het werken met patiënten vrolijkt mij op	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb in dit werk veel waardevolle dingen bereikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik voel me aan het eind van mijn latijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In mijn werk ga ik heel rustig om met emotionele verwijten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb het gevoel dat patiënten mij hun problemen verwijten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hieronder volgt een aantal vragen over veranderingen in de zorg en de effecten die deze veranderingen hebben op uw praktijk.

8. In hoeverre is de **complexiteit** van de zorgvraag veranderd in de afgelopen jaren voor onderstaand type patiëntgroep?

	(1) Sterk complexer geworden	(2) Complexer geworden	(3) Neutraal	(4) Minder complex geworden	(5) Sterk minder complex geworden
Psychiatrische patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwetsbare ouderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeugd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiënten met een verstandelijke beperking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Heeft u - op basis van uw professionele verantwoordelijkheid - al eens moeten besluiten geen behandelingsovereenkomst aan te gaan met een patiënt vanwege een te complexe zorgvraag?

- Ja, bij één patiënt
- Ja, bij meerdere patiënten
- Nee
- Weet ik niet

10. In hoeverre is de **omvang** van de zorgvraag veranderd in de afgelopen jaren voor onderstaand type patiëntgroepen?

	(1) Sterk toegenomen	(2) Toegenomen	(3) Neutraal	(4) Verminderd	(5) Sterk verminderd
Psychiatrische patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwetsbare ouderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeugd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiënten met een verstandelijke beperking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. In hoeverre is uw **administratieve last** veranderd in de afgelopen jaren voor onderstaand type patiëntgroepen?

	(1) Sterk toegenomen	(2) Toegenomen	(3) Neutraal	(4) Verminderd	(5) Sterk verminderd
Psychiatrische patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwetsbare ouderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeugd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiënten met een verstandelijke beperking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. In hoeverre zijn uw mogelijkheden om **adequate zorg** te verlenen veranderd in de afgelopen jaren voor onderstaand type patiëntgroepen?

	(1) Sterk toegenomen	(2) Toegenomen	(3) Neutraal	(4) Verminderd	(5) Sterk verminderd
Psychiatrische patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwetsbare ouderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeugd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiënten met een verstandelijke beperking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. In hoeverre mist u informatie over **door de gemeente gecontracteerde zorg**, om onderstaand type patiëntengroepen adequaat door te kunnen verwijzen?

	(1) Nooit	(2) Zelden	(3) Soms	(4) Regelmatig	(5) Altijd
Psychiatrische patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwetsbare ouderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeugd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiënten met een verstandelijke beperking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. In hoeverre mist u informatie over **door de zorgverzekeraar ingekochte zorg**, om onderstaand type patiëntengroepen adequaat door te kunnen verwijzen?

	(1) Nooit	(2) Zelden	(3) Soms	(4) Regelmatig	(5) Altijd
Psychiatrische patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwetsbare ouderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeugd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patiënten met een verstandelijke beperking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUDERENZORG

Hieronder volgt een aantal vragen over de veranderingen in de zorg voor ouderen

15. Weet u, indien van toepassing, welk zorgzwaartepakket of zorgprofiel uw patiënten hebben?
- Ja
 - Nee >>>ga door naar vraag 26
16. Hoe verkrijgt u informatie omtrent het zorgzwaartepakket?
meerdere antwoorden mogelijk
- Van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
 - Van de patiënt
 - Anders, namelijk
17. Weet u, indien van toepassing, van uw oudere patiënten of zij zorg krijgen via de WMO, PGB of de Wlz?
- Ja
 - Soms
 - Nee
18. In hoeverre is de tijd die u kwijt bent aan het regelen van zorg voor kwetsbare ouderen in de afgelopen jaren veranderd in uw praktijk?
- Sterk toegenomen
 - Toegenomen
 - Neutraal
 - Verminderd
 - Sterk verminderd
19. Ziet u sinds de verandering in de zorg een toename in het aantal kwetsbare ouderen in uw praktijk (kan komen door nieuw ingeschreven patiënten, maar ook doordat ze niet meer of later doorstromen naar verzorgingstehuis / verpleegtehuis)?
- Ja, sterke toename
 - Ja, kleine toename
 - Nee, geen toename
20. Ziet u sinds de verandering in de zorg een toename in het aantal acute opnames onder kwetsbare ouderen in uw praktijk?
- Ja, sterke toename
 - Ja, kleine toename
 - Nee, geen toename

Geef voor de volgende stellingen aan in hoeverre u het ermee eens bent.

21. De (aanvullende) inzet van de specialist ouderengeneeskunde is geborgd voor de zorg aan thuiswonende kwetsbare oudere patiënten.

- Helemaal eens
- Eens
- Neutraal
- Oneens
- Zeer oneens

22. De specialist ouderengeneeskunde heeft het hoofdbehandelaarschap overgenomen voor thuiswonende kwetsbare oudere patiënten met een zware zorgvraag.

- Helemaal eens
- Eens
- Neutraal
- Oneens
- Zeer oneens

23. Tegen welke problemen loopt/liep u aan om de afstemming met de specialist ouderengeneeskunde goed te regelen?

.....

.....

.....

24. Hoe is de afstemming met de 1^e lijns woonvormen (kleinschalige woonvormen, verzorgingshuizen, aanleunwoningen) voor uw kwetsbare oudere patiënten?

- Zeer goed
- Goed
- Normaal
- Slecht
- Zeer slecht

25. Tegen welke problemen loopt/liep u aan om de afstemming met de 1^e lijns woonvormen goed te regelen?

.....

.....

.....

26. Hoe is de afstemming met gemeente voor uw kwetsbare oudere patiënten?

- Zeer goed
- Goed
- Normaal
- Slecht
- Zeer slecht

27. Tegen welke problemen loopt/liep u aan om de afstemming met de gemeente goed te regelen?

.....
.....
.....

28. Hoe is de afstemming met zorgverzekeraars voor uw kwetsbare oudere patiënten?

- Zeer goed
- Goed
- Normaal
- Slecht
- Zeer slecht

29. Tegen welke problemen loopt/liep u aan om de afstemming met de zorgverzekeraars goed te regelen?

.....
.....
.....