



NATIONALE
RAAD VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID

Een onderzoek in opdracht van de Nationale Raad van de Volks-
gezondheid

NAAR EEN STERKERE EERSTE LIJN?

3: Een inventarisatie van veldinitiatieven ter versterking van de eerste lijn

J. Dronkers
P.P. Groenewegen
R. Willemse

Februari, 1988

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheids-
zorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030-319946

1. INLEIDING	5
2. DOELSTELLING EN METHODE VAN ONDERZOEK	6
3. EEN OVERZICHT VAN DE VELDINITIATIEVEN	9
3.1. Inleiding	
3.2. Doelen waarop de initiatieven zich richten	13
3.3. Ontwikkeling in de tijd van de doelen van veld- initiatieven	20
3.4. De initiatiefnemers	23
3.5. Mislukte initiatieven	24
4. REGIONALISATIE EN AFSTEMMING VAN WERKGEBIEDEN	27
4.1. Den Haag: Regionalisatie van huisartspraktijken	29
4.2. Rijssen: Afstemming van werkgebieden van huis- artsen en wijkverpleging	31
5. SAMENWERKING BINNEN DE EERSTE LIJN	36
5.1. Den Haag: Samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging	
5.2. Beek en Donk: Een eerstelijns samenwerkings- verband	41
6. VERBETERING EN UITBREIDING VAN DE HULPVERLENING IN DE EERSTE LIJN	45
6.1. Enschede: Naar een centraal coördinatiepunt in de eerste lijn?	
6.2. Koudekerke: Terminale zorg door de eerste lijn in een verpleeghuis	50
7. CONCLUSIES EN SLOTBESCHOUWING	54
LITERATUUR	59
BIJLAGEN	61

1. INLEIDING

Niet alleen de landelijke overheid heeft zich beziggehouden met een beleid dat gericht is op versterking van de eerste lijn. Op lokaal en regionaal niveau zijn tal van initiatieven ontstaan om de eerste lijn te versterken. In dit rapport wordt verslag gedaan van een deelstudie van het onderzoek 'Naar een sterkere eerste lijn?', dat gewijd is aan deze veldinitiatieven ter versterking van de eerste lijn.

De eerste deelstudie heeft betrekking op de mate waarin het beleid van de landelijke overheid met betrekking tot de eerste lijn in de afgelopen jaren gerealiseerd is. In het tweede deelonderzoek is over de grenzen gekeken naar de wijze waarop in drie landen - Finland, Denemarken en Engeland - een sterke eerste lijn gerealiseerd is. Het onderzoek 'Naar een sterkere eerste lijn?' zal afgesloten worden met een concluderende en samenvattende beschouwing over het project.

In deze derde fase van het onderzoek naar de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg wordt bekeken welke initiatieven er in Nederland vanaf 1974 vanuit het veld zijn ontstaan en al dan niet tot ontwikkeling zijn gebracht, om het functioneren van de eerste lijn te verbeteren.

Het deelonderzoek heeft een trechtervormige opzet. Wij zijn begonnen met een - niet op volledigheid gerichte - inventarisatie van veldinitiatieven. De inventarisatie is uitgevoerd door een schriftelijke benadering van een groot aantal organisaties in de eerste lijn en door een oproep in tijdschriften die zich (deels) richten op de eerste lijn. De manier waarop de inventarisatie uitgevoerd is, wordt in hoofdstuk 2 besproken.

Het resultaat van de inventarisatie wordt in grote lijnen besproken in hoofdstuk 3 van het rapport.

Als volgende stap is uit de veelheid aan initiatieven een klein aantal gekozen dat in meer details besproken wordt op grond van de bestudering van schriftelijk materiaal en gesprekken met betrokkenen.

Het rapport zal afgesloten worden met een beschouwing over de rol die initiatieven uit het veld spelen en kunnen spelen bij de versterking van de eerste lijn.

2. DOELSTELLING EN METHODE VAN ONDERZOEK

Doel van dit deelonderzoek is te analyseren op welke wijze 'het veld' vorm geeft aan het beleid gericht op versterking van de eerste lijn. We proberen dit doel op twee manieren te bereiken, door een brede inventarisatie van initiatieven ter versterking van de eerste lijn en een meer diepgaande beschrijving van een beperkt aantal initiatieven.

Bij de analyse van de veldinitiatieven stellen we ons de volgende vragen:

- Welke doelen worden door de veldinitiatieven nagestreefd?
- Is er een verband te leggen tussen de doelen van de veldinitiatieven en het landelijk beleid m.b.t. de eerste lijn?
- Wie zijn de initiatiefnemers voor vernieuwingen in de eerste lijn?
- Wat zijn de oorzaken van het mislukken van veldinitiatieven?

De doelen van de veldinitiatieven worden besproken aan de hand van de drie belangrijke thema's van het beleid van de laatste vijftien jaren, die ook in de twee voorgaande rapporten centraal stonden: regionalisatie, echelonnering en versterking van de eerste lijn.

Bij de keuze van een gering aantal initiatieven, om nader te beschrijven is gezocht naar spreiding over deze drie thema's; er zijn zes initiatieven gekozen, twee per thema.

De inventarisatie van veldinitiatieven heeft via twee wegen plaatsgevonden. In de eerste plaats is een aantal verenigingen en instellingen benaderd met het verzoek veldinitiatieven die hen bekend zijn aan ons te melden. Daarbij was een formulier (zie bijlage I) gevoegd met vragen naar:

- Omschrijving van het initiatief en de doelstellingen ervan;
- de initiatiefnemers;
- de deelnemers;
- de datering van het initiatief;
- of het initiatief geëvalueerd is en of het initiatief gelukt of mislukt is, en;
- in het geval van mislukking, wat daarvan de oorzaak is.

De aangeschreven verenigingen en instellingen zijn:

provinciale kruisverenigingen; provinciale raden voor de volksgezondheid; regionale ondersteuningsplatforms; verenigingen ondersteuning huisartsen; regionale inspecties van de volksgezondheid;

ziekenfondsen; provinciale bureaus landelijk contact maatschappelijke dienstverlening; provinciale platforms, -raden, -verenigingen van instellingen maatschappelijke dienstverlening; plaatselijke instellingen maatschappelijke dienstverlening; plaatselijke huisartsen verenigingen.

Naast deze mailing zijn er oproepen (voor een voorbeeld zie bijlage II) geplaatst in de volgende tijdschriften:

medisch contact; huisarts en wetenschap; welzijnsweekblad; het beterschap; pharmaceutisch weekblad; inzet; tijdschrift voor gezinsverzorging en maatschappelijke gezondheidszorg.

- Gemeenten zijn niet opgenomen op de lijst van aan te schrijven instanties. Dat is niet alleen gebeurt om de praktische reden dat er meer dan 700 gemeenten zijn, maar ook omdat er op dit moment een onderzoek gedaan wordt op het NIVEL naar gemeentelijk beleid met betrekking tot de eerste lijnsgezondheidszorg. Over dit onderzoek is een interimrapport gepubliceerd waarin de mogelijkheden en beleidsruimte van gemeenten beschreven worden (De Bakker en Wulms, 1986) en een rapport waarin gemeentelijke beleidsnota's met betrekking tot de eerste lijn geanalyseerd zijn (Wulms, 1987), terwijl het eindrapport van dit onderzoek onlangs is verschenen (De Bakker, 1987). In dat eindrapport wordt verslag gedaan van een uitgebreide schriftelijke enquête onder een grote steekproef gemeenten. In hoofdstuk 3 zijn enkele resultaten van dit onderzoek opgenomen. De gegevens zijn echter niet opgenomen in de tabellen die in dat hoofdstuk gepresenteerd worden, om te voorkomen dat er een kunstmatige oververtegenwoordiging van gemeentelijke initiatieven optreedt.
- Een van de reagerende ziekenfondsen wees ons op een onlangs door de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen uitgevoerde inventarisatie van initiatieven van de kant van ziekenfondsen. We hebben dankbaar gebruik gemaakt van de lijst van de VNZ waarin omschrijving en doelstelling van deze initiatieven zijn opgenomen. Enkele andere gegevens die op ons inventarisatieformulier opgenomen waren, zijn voor deze initiatieven van ziekenfondsen niet bekend.

Gegeven de wijze waarop de inventarisatie uitgevoerd is, is het onmogelijk een beeld te krijgen van de volledigheid van onze verzameling initiatieven. Het uitblijven van een reactie op ons formulier of onze oproep kan betekenen dat een vereniging, instelling of persoon geen initiatieven ter versterking van de eerste lijn bekend zijn. Het kan echter ook betekenen dat er wel initiatieven

bekend zijn, maar dat men niet de moeite heeft genomen of de tijd heeft gehad om te reageren.

Wij hebben de indruk dat er in zekere mate selectieve respons plaatsgevonden heeft, in die zin dat (vertegenwoordigers van) instellingen ruimer gebruik gemaakt hebben van de mogelijkheden om te reageren, dan individuele hulpverleners en (ex-)bestuursleden van bijvoorbeeld Plaatselijke Huisartsen Verenigingen.

Of dat nu zo is of dat er feitelijk aan (bijvoorbeeld) huisartsen en hun organisaties minder initiatieven bekend zijn dan aan (bijvoorbeeld) instellingen van maatschappelijke dienstverlening, kan alleen achterhaald worden door naast de op spontane medewerking gebaseerde inventarisatie een meer systematische inventarisatie uit te voeren. Binnen het kader van het huidige onderzoek was voor een systematische inventarisatie echter geen ruimte.

Gegeven het niet-systematische karakter van de inventarisatie, dienen getalsmatige verhoudingen en verschuivingen in bijvoorbeeld de onderwerpen of de initiatiefnemers met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Bij de verwerking van de aangemelde initiatieven hebben wij ons een beperking opgelegd. De initiatieven die tot doel hadden een gezondheidscentrum of home-team op te richten, zijn buiten beschouwing gelaten, tenzij er sprake was van een bredere doelstelling waarin het tot stand brengen van een gezondheidscentrum of hometeam slechts één element is. De reden daarvoor is niet dat deze initiatieven niet belangrijk zouden zijn geweest voor de versterking van de eerste lijn; integendeel, juist omdat ze zo belangrijk zijn is hierover al veel geschreven. In het eerste deelrapport is ruime aandacht besteed aan de ontwikkeling van deze vormen van samenwerking in de eerste lijn.

De weergave van de resultaten van de inventarisatie is opgebouwd uit twee delen. In hoofdstuk 3 wordt globale informatie gegeven over alle geïnterviewde initiatieven. In de daarop volgende hoofdstukken wordt op basis van nadere documentatie en gesprekken met betrokkenen een wat gedetailleerder beeld geschetst van een klein aantal initiatieven.

3. EEN OVERZICHT VAN DE VELDINITIATIEVEN

3.1. Inleiding

Onze inventarisatie van veldinitiatieven heeft ongeveer 230 initiatieven opgeleverd die voor verwerking in dit rapport bruikbaar waren. De vraag of deze nu alle betrekking hebben op versterking van de eerste lijn, is overgelaten aan degenen die op de oproep gereageerd hebben. Wat er op de oproepen naar veldinitiatieven ter versterking van de eerste lijn aangemeld is, is zonder verdere criteria als zodanig geaccepteerd. Het gevolg van deze werkwijze is dat de inventarisatie een breed scala aan veldinitiatieven heeft opgeleverd, die zich op zeer uiteenlopende doelen richten. Een bloemlezing uit de doelen laat dat duidelijk zien:

- Door multidisciplinaire samenwerking de hulpverlening aan patiënten en cliënten verbeteren;
- samenwerking en substitutie tussen eerste en tweede lijn;
- verschuiving van zorg van ziekenhuis naar thuis;
- stroomlijning van het voorschrijven van medicijnen;
- opzetten van een gezamenlijke bereikbaarheidsdienst van wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk;
- organiseren van terminale zorg in thuissituatie;
- organisatie van tijdelijke opvang in een bejaardenoord van bejaarden die door omstandigheden tijdelijk niet thuis kunnen zijn;
- afstemming van werkgebieden van wijkverpleging en huisartsen;
- opzetten van gestructureerd overleg tussen beroepsgroepen in de eerste lijn;
- komen tot samenwerkingsafspraken rond gemeenschappelijke cliënten van gezinsverzorging en wijkverpleging.

Om de vraagstelling met betrekking tot de inventarisatie van de veldinitiatieven te kunnen beantwoorden is het van belang om deze veelheid aan doelen die met de initiatieven beoogd worden, op een zinnvolle manier in groepen in te delen. Pas dan wordt het mogelijk om een verdere beschrijving te geven. Voor een indeling van de veldinitiatieven sluiten we aan bij de indeling die in de eerste twee deelrapporten gebruikt is. Deze deelrapporten hebben hoofdzakelijk betrekking op landelijk gevoerd (overheids-)beleid. De doelen van lokale veldinitiatieven passen daar uiteraard niet altijd precies in.

- De eerste groep veldinitiatieven die we onderscheiden, heeft tot doel de voorwaarden te scheppen voor de totstandkoming van een samenhangende eerste lijn. Concreter vallen daar doelen onder als afstemming van werkgebieden of doelpopulaties van hulpverleners en bestuurlijk overleg en afstemming tussen de eerstelijnsdisciplines op lokaal niveau. De pendant van deze initiatieven op landelijk niveau is de regionalisatie van de gezondheidszorg, die als achterliggend doel heeft een overzichtelijk en samenhangend stelsel van gezondheidsvoorzieningen op een adequaat regionaal niveau tot stand te brengen.
- De tweede groep veldinitiatieven heeft tot doel samenhang binnen de eerste lijn en tussen eerste lijn en andere echelons feitelijk tot stand te brengen. Deze initiatieven bewegen zich, als men ze naar landelijk beleid zou vertalen, op het gebied van de echelonnering. Echelonnering wordt hier dan opgevat als het proces waarin een gelaagde gezondheidszorg tot stand komt met samenhang van de functies binnen de echelons en duidelijke relaties tussen de echelons.
- Een derde groep initiatieven heeft tot doel een uitbreiding van het dienstenpakket van de eerste lijn mogelijk te maken. Deze doelstelling kan nagestreefd worden door verbetering van de materiële aspecten van de beroepsuitoefening, zoals de uitrusting waarmee gewerkt wordt, het systeem van honorering (vergeleek de initiatieven die op dit moment door ziekenfondsen genomen worden om te experimenteren met systemen van honorering van huisartsen waardoor meer problemen in de eerste lijn afgehandeld kunnen worden), de bereikbaarheid. Hij kan ook nagestreefd worden door verbetering van de 'immateriële uitrusting': de opleiding en nascholing van beroepsbeoefenaren in de eerste lijn. Landelijke beleidsvoornemens en - maatregelen die deze onderwerpen betreffen, zijn in het eerste en tweede deelrapport onder de noemer versterking van de eerste lijn (in engere zin) gebracht.
- We onderscheiden tenslotte nog een groep veldinitiatieven die in principe wel in een van de vorige (vooral in de tweede en derde) groepen passen, maar die zich daarvan onderscheiden doordat ze zich richten op een specifieke patiëntengroep. Een groot deel van de initiatieven die onder dit hoofdje zijn samengebracht, richt zich op de zorg voor ouderen.

Tot zover de indeling van de doelen van de veldinitiatieven. Alvorens we tot de beschrijving van de initiatieven in deze termen overgaan, willen we nog kort ingaan op enkele andere aspecten van de verzamelde gegevens.

Er is een wisselwerking tussen initiatieven die in het veld genomen worden en hetgeen in het overheidsbeleid gebeurt. Initiatieven kunnen in positieve zin door het beleid gestimuleerd zijn - variërend van 'op een idee gebracht' tot feitelijk financieel ondersteunend - de gezondheidscentra die vaak in eerste instantie uit lokale initiatieven voortkwamen werden door overheidssubsidies gesteund.

Ook kunnen initiatieven gericht zijn op aspecten van de gezondheidszorg waarop niet direct landelijk overheidsbeleid gevoerd wordt en die meer of minder uitdrukkelijk aan het particulier initiatief overgelaten zijn.

Gegeven deze overwegingen is het interessant te kijken in hoeverre er in de loop van de tijd, ingedeeld in periodes op grond van het dan gangbare beleid, verschuivingen te zien zijn in een aantal kenmerken van de veldinitiatieven die we verzameld hebben.

In de oproepen die uitgestuurd zijn om informatie te verkrijgen over de veldinitiatieven is gevraagd om initiatieven aan te melden die vanaf 1974 gestart zijn. Er is niet gevraagd om alleen initiatieven te melden die nu nog in uitvoering zijn, maar ook initiatieven die vanaf 1974 gestart zijn en inmiddels weer gestopt zijn. In de praktijk is een aantal van de aangemelde initiatieven overigens al voor 1974 gestart. Aanmelding en opneming in de inventarisatie worden gerechtvaardigd door het feit dat er van een voortdurende openvolging van initiatieven sprake is of doordat er vanaf 1974 duidelijke verschuivingen in de doelstellingen hebben plaatsgevonden. Gezien de manier waarop de inventarisatie heeft plaatsgevonden, hebben wij niet de pretentie een volledig of representatief beeld te hebben van alle veldinitiatieven die in het verleden ondernomen zijn. Wel lijkt het ons zinvol om van alle initiatieven die we binnen gekregen hebben, het doel te beschrijven gerelateerd aan de periode waarin het initiatief begonnen is.

Om daarin enige structuur aan te brengen is de tijd sinds 1974 ingedeeld in vier periodes:

- 1974 - 1979: In 1974 verschijnt de Structuurnota Gezondheidszorg die een belangrijke invloed gehad heeft op het denken over de gezondheidszorg en die tot grote beleidsactiviteit aanleiding heeft gegeven. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg wordt in deze periode ontworpen.
- 1980 - 1982: In 1980 verschijnt de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg; in deze periode worden de WVG en de Kaderwet Specifiek Welzijn aangenomen door het parlement.
- 1983 - 1985: In 1983 verschijnen de nota's Eerstelijnszorg en

Volksgezondheid bij beperkte middelen. De KSW wordt ingetrokken en de WVG wordt omgevormd tot Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (WGM).

- 1986 - heden: In 1986 verschijnt de Nota 2000; de WGM wordt ingetrokken en er bestaat onduidelijkheid over de invoering van de WVG;

Deze indeling in perioden is geïnspireerd op de indeling die door Wulms (1987) gehanteerd is bij zijn analyse van gemeentelijke beleidsnota's met betrekking tot de eerstelijns(gezondheids)zorg. Naast het doel van de initiatieven en de indeling van de periode waarin ze genomen zijn is een belangrijk kenmerk door welke beroepsbeoefenaren en organisaties een initiatief genomen is. We maken hierbij een onderscheid tussen afzonderlijke beroepsbeoefenaren in de eerste lijn of organisaties van eerstelijns beroepsbeoefenaren, gezamenlijke initiatieven van meerdere eerstelijnsdisciplines en overige organisaties van buiten de eerste lijn, zoals ziekenfondsen, gemeenten.

Ten slotte is een belangrijk aspect van de initiatieven het antwoord op de vraag of ze als gelukt of mislukt beschouwd moeten worden. Die vraag is gesteld aan de aanmelders van de initiatieven. Het antwoord erop is een subjectief oordeel van de aanmelders. De vraag in hoeverre de initiatieven nu feitelijk geleid hebben tot versterking van de eerste lijn wordt met een dergelijk subjectief oordeel niet beantwoord. Dat gaat de mogelijkheden van een eerste inventarisatie ook te boven.

Het aantal mislukte initiatieven in vergelijking tot het aantal gelukte initiatieven zegt uiteraard niets. Door de manier waarop de initiatieven geïnventariseerd zijn, is er geen controle mogelijk op selectieve aanmelding van (bijvoorbeeld) voornamelijk gelukte initiatieven. Wel is het mogelijk iets te zeggen over de oorzaken van het mislukken van initiatieven.

Wij hebben hiermee uiteengezet hoe de veldwerkinitiatieven gegroepeerd kunnen worden naar het doel waartoe het initiatief opgezet is, naar de tijdsperiode waarin het initiatief genomen is, naar de initiatiefnemende beroepsbeoefenaren en/of organisaties en naar het al of niet gelukt zijn van het initiatief. In de volgende paragrafen zullen de initiatieven in deze termen beschreven worden.

3.2. Doelen waarop de initiatieven zich richten

In de inleiding tot dit hoofdstuk is al een indruk gegeven van de veelheid aan doelen waarop de veldinitiatieven zich richten. In deze paragraaf bespreken we de doelen per groep. Zoals gezegd belooft het totaal aantal initiatieven ongeveer 230.

In onderstaande tabel is de verhouding tussen de onderscheiden groepen weergegeven.

Tabel 1.: verdeling van de doelen van de veldinitiatieven over de onderscheiden groepen

	abs.*	%
- voorwaarden voor de totstandkoming van een samenhangende eerste lijn	30	13
- feitelijk tot stand brengen van samenhang binnen eerste lijn en tussen eerste lijn en andere echelons	135	59
- uitbreiding van het dienstenpakket van de eerste lijn	25	11
- verbetering van de zorg voor specifieke patiëntengroepen	40	17
totaal	230	100

* Om een (kunstmatige) indruk van exactheid te vermijden zijn de absolute aantallen op vijftallen afgerond.

Duidelijk is dat de grote meerderheid van de initiatieven tot doel heeft samenhang binnen de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn feitelijk tot stand te brengen. De afbakening tussen de vier groepen is niet absoluut; het is op basis van de verzamelde formulieren niet altijd mogelijk aan te geven waar de grens ligt tussen voorwaardenscheppend overleg tussen beroepsgroepen in de eerste lijn (de eerste groep) en feitelijke samenwerking tussen de beroepsgroepen (de tweede groep).

Voorwaarden voor de totstandkoming van een samenhangende eerste lijn

Binnen deze groep doelen kan een onderscheid gemaakt worden tussen

bestuurlijke afstemming en afstemming van werkgebieden. Hoewel de absolute aantallen initiatieven, gezien de wijze waarop de gegevens verzameld zijn, niet veel zeggen, kan de onderlinge verhouding tussen de aantallen initiatieven per onderwerp wel als een indicatie gezien worden voor de belangstelling in het veld. In totaal is er een dertigtal initiatieven aangemeld dat betrekking heeft op de voorwaarden voor het totstandkomen van een samenhangende eerste lijn. Daarvan heeft tweederde betrekking op bestuurlijke afstemming en één derde op afstemming van werkgebieden. Bij de uitgebreidere beschrijving van een aantal afzonderlijke veldinitiatieven in hoofdstuk 4 en verder worden twee initiatieven op het gebied van afstemming van werkgebieden behandeld.

De initiatieven op het terrein van de bestuurlijke afstemming zijn in de meeste gevallen gericht op gemeentelijk niveau. Slechts in enkele gevallen is er van regionaal (in één geval provinciaal) overleg sprake. De initiatieven hebben tot doel onderlinge afstemming van het beleid van de deelnemende disciplines, het bevorderen van een samenhangend zorgsysteem, het bevorderen van taakafbakening en samenwerking binnen de eerste lijn en het optreden als gesprekspartner naar de overheid.

Zoals in het vorige hoofdstuk aangegeven is, zijn gemeenten niet aangeschreven in het kader van de inventarisatie van veldinitiatieven. Naast de pragmatische reden van het grote aantal gemeenten, is de belangrijkste reden dat er gegevens beschikbaar zijn uit een onderzoek naar het gemeentelijk beleid op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg. Daaruit putten we het gegeven dat in ruim de helft van de gemeenten een eerstelijnsoverleg bestaat; in de helft van de gevallen daar weer van zegt de gemeente de totstandkoming van dit overleg bevorderd te hebben. Gemeenten zijn overigens niet alleen betrokken bij de bevordering van de totstandkoming van eerstelijnsoverleg, maar blijven dat vaak ook ondersteunen, bijvoorbeeld door faciliteiten zoals overlegruimte en soms ambtelijke ondersteuning ter beschikking te stellen.

De initiatieven op het gebied van de afstemming van werkgebieden of doelpopulaties richten zich in drie gevallen uitsluitend op huisarts en wijkverpleging, in één geval op huisarts, wijkverpleging en maatschappelijk werk, in één geval op wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinsverzorging en in de resterende drie initiatieven op de vier kerndisciplines. In één geval waarin de afstemming betrekking heeft op huisarts en wijkverpleging is op het formulier aangegeven dat gekozen is voor afstemming van doelpopulaties door praktijk gebonden werken van de wijkverpleging.

De keuze om bij de beschrijving van de veldinitiatieven initiatieven buiten beschouwing te laten die alleen gericht zijn op het tot stand brengen van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de vorm van gezondheidscentra en hometeams, leidt tot een onderbelichting van de hoeveelheid initiatieven en activiteiten op dit gebied. Immers, afstemming van werkgebieden dan wel doelpopulaties is soms impliciet of expliciet een doel van de samenwerking in gezondheidscentra en hometeams. Op de afstemming van werkgebieden/doelpopulaties in gezondheidscentra is al in het eerste rapport ingegaan (Naar een sterkere eerste lijn? deel 1: het overheidsbeleid, p.48-50). De afstemming van werkgebieden in hometeams is beschreven in Boerma (1986).

Ook wat betreft de afstemming van werkgebieden kunnen we als aanvulling op de inventarisatie van veldinitiatieven, putten uit de gegevens die in het kader van het onderzoek naar gemeentelijk beleid zijn verzameld. Bijna tweevijfde van de in dat onderzoek geënquêteerde gegevens vindt de afstemming van werkgebieden en doelpopulaties in hun gemeente 'minder dan goed'; slechts een klein aantal vindt de afstemming 'ronduit slecht'. Het is niet verwonderlijk dat vooral grote gemeenten de afstemming als minder goed ervaren (in de uitgebreidere beschrijving van enkele veldinitiatieven komen we daar op terug). 14% Van de geënquêteerde gemeenten zegt activiteiten te ondernemen om een betere afstemming te bevorderen. De activiteiten variëren van het voeren van overleg met de hulpverleners tot het bevorderen van afstemming via het vestigingsbeleid van huisartsen waarin de gemeenten een zekere mate van beleidsvrijheid hebben. In het kader van hetzelfde onderzoek zijn ook alle Regionale Ondersteuningsplatforms telefonisch geïnterviewd over activiteiten op het gebied van de afstemming van werkgebieden die hun bekend waren (een dergelijke methode levert meer en uitgebreidere informatie op dan de door ons gehanteerde inventarisatiemethode die op spontane medewerking gebaseerd is). Uit deze telefonische interviews blijkt dat er een groot verschil in complexiteit van de problematiek is tussen nieuwbouwwijken, waar relatief eenvoudig afstemming te bereiken is, en oude stadsdelen. In de manier waarop naar een verbetering van slechte afstemming gestreefd wordt, kan onderscheiden worden tussen een benadering van bovenaf waarbij bestuurders (bijvoorbeeld op het niveau van PHV's, lidinstellingen en dergelijke) de initiatieven nemen, en een benadering waarbij het initiatief van de betrokken hulpverleners zelf komt. Het belangrijkste dilemma bij het tot

stand brengen van verbetering van afstemming is dat van de keuze tussen een wijkgerichte of een praktijkgerichte benadering. Uit de telefonische interviews blijkt dat een compromis tussen beide nog de meeste kansen op succes heeft. Bij een puur wijkgerichte benadering moeten de huisartsen te veel van hun gangbare praktijkvoering en werkwijze aanpassen, terwijl andersom bij een praktijkgerichte benadering de wijkverpleging te veel moet inleveren.

Feitelijk tot stand brengen van samenhang binnen de eerste lijn en tussen eerste lijn en andere echelons

Binnen deze (grote) groep doelen is een eerste onderscheid te maken tussen initiatieven die zich op de eerste lijn richten en initiatieven die zich op de samenhang en samenwerking tussen de eerste lijn en andere echelons richten. Het tot stand brengen van samenhang tussen de eerste lijn is een erg breed gebied. De initiatieven variëren van sterk doelgerichte samenwerking tussen twee disciplines, zoals op rationele prescriptie gerichte overleggroepen tussen huisartsen en apothekers, tot zeer brede initiatieven die door het stimuleren van informeel contact tussen verschillende hulpverleners de drempel voor patiëntgericht overleg willen verlagen, zoals het geval is bij sociaal café-achtige initiatieven. Het is daarom misschien niet verwonderlijk dat het aantal initiatieven in deze groep erg groot is (+ 90).

Het aantal initiatieven dat aangemeld is met betrekking tot de samenhang tussen eerste lijn en andere echelons, is kleiner (+ 45). Initiatieven met een dergelijke doelstelling vinden voor een belangrijk deel plaats rond intramurale instellingen. Deze zijn evenwel niet als ingang gebruikt bij de verzending van de oproep om initiatieven aan te melden. Dit zou één oorzaak kunnen zijn voor een geringer aantal aangemelde initiatieven.

We beginnen met een bespreking van de doelen van de initiatieven die gericht zijn op samenhang binnen de eerste lijn. Gezien het grote aantal van deze initiatieven is voor een zinvolle karakterisering een verdere onderverdeling nodig. De eerste onderverdeling is tussen initiatieven waarbij twee disciplines betrokken zijn en die waarbij meerdere disciplines betrokken zijn. Hiermee worden de initiatieven in twee nagenoeg even grote groepen verdeeld.

Van de initiatieven waarbij twee disciplines zijn betrokken, heeft het grootste deel betrekking op de samenwerking tussen kruiswerk en gezinsverzorging (28 van de 48).

In slechts enkele gevallen gaat het doel van de samenwerking tussen kruiswerk en gezinsverzorging niet verder dan het verbeteren van het contact en wederzijds begrip tot stand brengen. In veel gevallen staat het handelen bij cliënten die zowel bij gezinszorg als bij de wijkverpleging in zorg zijn, centraal. Het gaat hierbij om taakafbakening, afstemming van het zorgaanbod en eventueel het opstellen van een gezamenlijk behandelplan. De samenwerking heeft in sommige gevallen zijn formele beslag gekregen in een overeenkomst. In hoofdstuk 5 wordt een initiatief op het gebied van de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging uitgebreider beschreven.

Van de overige initiatieven waarbij twee disciplines betrokken zijn, betreft de grootste groep het farmacotherapeutisch overleg tussen apothekers en huisartsen. Dergelijk overleg heeft (in het algemeen) tot doel te komen tot rationeel voorschrijfgedrag van de deelnemende huisartsen. Uit publicaties blijkt dat farmacotherapeutisch overleg ook feitelijk een positieve invloed op het voorschrijven heeft (Franssen & Deen, 1980; Reenders, 1984).

Naast deze grote groepen van initiatieven zijn er die zich richten op overleg en samenwerking van alle combinaties van de vier kern-disciplines en op overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten. Slechts in twee gevallen wordt er een meer gespecificeerd doel dan overleg en samenwerking genoemd. Het betreft een initiatief van het maatschappelijk werk om de behandeling door huisartsen van psycho-sociale problemen te verbeteren en een initiatief van het maatschappelijk werk en de leidinggevende gezinsverzorging om gezinstherapie te geven.

De initiatieven waarbij meer dan twee disciplines betrokken zijn, hebben over het algemeen (volgens de weergave op de formulieren die wij binnen gekregen hebben) een brede doelstelling. Slechts in enkele gevallen is onderlinge consultatie en patiënten- of cliëntenbespreking genoemd als doelstelling.

De initiatieven met betrekking tot de samenhang tussen de eerste lijn en andere echelons betreffen in meerderheid de relatie tussen eerste lijn en medisch specialist en/of ziekenhuis. Er zijn echter ook initiatieven met betrekking tot de relatie tussen eerste lijn en verpleeghuis, bijvoorbeeld met betrekking tot de opname- en ontslagprocedures en de thuisverzorging in het geval van dagbehandeling. Er is slechts één initiatief aangemeld waarbij hulpverleners uit de eerste lijn en de basisgezondheidszorg betrokken zijn.

Voor de relatie tussen eerste lijn en geestelijke gezondheidszorg is, voor zover dat uit de aangemelde initiatieven blijkt, wat meer belangstelling (een achttal initiatieven op dit gebied is aangemeld).

Naast algemeen geformuleerde doelen in termen van overleg en samenwerking is op de aanmeldingsformulieren een aantal concrete activiteiten beschreven. Enkele voorbeelden daarvan zijn: de bespreking van patiënten die langdurig onder specialistische behandeling zijn om na te gaan of de behandeling in het juiste echelon plaatsvindt, standaardisering van verwijsbrieven, consultatie door het verpleeghuis aan de eerste lijn, de activiteiten van wijkverpleegkundigen in het kader van de continuïteit van zorg bij ontslag uit het ziekenhuis, en de registratie van patiënten met psychische problematiek door huisartsen met als doel door patiëntenbespreking met het algemeen maatschappelijk werk en RIAGG te komen tot een goede taakafbakening.

De onderverdelingen die in deze subparagraaf gemaakt zijn, zijn samengevat in tabel 2.

Tabel 2.: onderverdeling naar doel van de veldinitiatieven die gericht zijn op het feitelijk tot stand brengen van samenhang binnen de eerste lijn en tussen de eerste lijn en andere echelons

			samenwerking ge- zinsverzorging en wijkverple- 28 ging
	bidisciplinaire samenwerking	48	
		overige	20
binnen de eerste lijn: 90			
	multidisciplinai- re samenwerking	42	
	samenwerking eerste lijn en specialist/ ziekenhuis	23	
tussen eerste lijn en andere echelons : 45			
	overige	22	

Uitbreiding van het dienstenpakket van de eerste lijn

Ongeveer 25 initiatieven zijn door ons in het thema uitbreiding van het dienstenpakket van de eerste lijn geclassificeerd. Deels hebben deze initiatieven betrekking op de positie en uitrusting van afzonderlijke disciplines en zijn als zodanig voorwaarden voor uitbreiding van het zorgaanbod, deels zijn ze rechtstreeks op uitbreiding van het zorgaanbod gericht.

Initiatieven ter versterking van de eerste lijn door verbetering van de positie en uitrusting van afzonderlijke disciplines hebben op een enkele uitzondering na betrekking op de huisarts.

De initiatieven met betrekking tot de huisarts hebben voor een deel tot doel de therapeutische of diagnostische mogelijkheden te verbreden. Daarnaast is er een aantal ziekenfondsen dat initiatieven heeft genomen om met een gewijzigd honoreringssysteem voor huisartsen te gaan experimenteren. In het tweede deelrapport (naar een sterkere eerste lijn? deel 2: buitenlandse ervaringen) is ook op de honorering van huisartsen ingegaan, waarbij bleek dat alle drie de bestudeerde landen een verschillende wijze van honoreren van huisartsen hebben, die bovendien afwijkt van het Nederlandse systeem. De initiatieven met betrekking tot de honorering zijn in bijna alle gevallen gebaseerd op een gedeeltelijke honorering per verrichting - het Deense voorbeeld dus. We zijn bij onze inventarisatie geen initiatieven tegengekomen waarin geëxperimenteerd wordt met een honoreringssysteem dat geënt is op het Engelse systeem. Het kenmerkende daarvoor is een combinatie van een abonnementshonorarium dat gedifferentieerd is naar de doorsnee bewerkelijkheid van groepen patiënten, en van toelagen die een stimulans vormen voor een goede materiële en immateriële uitrusting van de huisarts en zijn praktijk.

Van de andere initiatieven die op afzonderlijke disciplines gericht zijn, hebben er twee betrekking op de uitrusting van de wijkverpleging en heeft er een betrekking op de evaluatie en toetsing van fysiotherapeutische zorg.

Feitelijke uitbreiding van het zorgaanbod krijgt in de initiatieven gestalte in de samenwerking van vooral de vier kerndisciplines met het doel thuiszorg en thuisverpleging mogelijk te maken. Vooral de ziekenfondsen zijn op dit gebied actief geweest in het kader van de voorbereiding van de zogenaamde thuiszorgexperimenten.

Het verschil van deze initiatieven op het gebied van de uitbreiding van het zorgaanbod met initiatieven die onder de noemer samenhang en samenwerking in de eerste lijn gecategoriseerd zijn, is dat bij de laatste groep het accent ligt op samenwerking in het

algemeen tussen verschillende hulpverleners in de eerste lijn, terwijl bij de eerste groep het accent ligt op het oplossen van concrete hulpvragen die door een discipline afzonderlijk niet op te lossen zijn. Om het onderscheid in stereotypen uit te drukken: de initiatieven die bijeen gebracht zijn onder de noemer samenhang en samenwerking in de eerste lijn, reflecteren de houding dat samenwerking altijd goed is en dat meer samenwerking altijd beter is, terwijl de samenwerking rond uitbreiding van het zorgaanbod beperkt is tot patiëntencategorieën of situaties waarvan men meent dat samenwerking daadwerkelijk tweedelijnszorg kan voorkomen. Een meer op de hulpvraag gerichte benadering van samenwerking dus.

Verbetering van de zorg voor specifieke patiëntengroepen

Ook bij de initiatieven die op specifieke patiënten- of cliëntengroepen gericht zijn, ligt het accent meer op de hulpvrager. Er is een betrekkelijk groot aantal initiatieven (+ 20) specifiek gericht op verbetering van de zorg voor ouderen. Daarbij wordt in veel gevallen samengewerkt tussen eerstelijns hulpverleners en verpleeghuizen of bejaardenoorden en in sommige gevallen ook vrijwilligers en mantelzorgers. Eén van deze initiatieven heeft tot doel op tijdelijke basis opvang te verzorgen in een bejaardenoord, wanneer verzorging thuis door ziekte van de betreffende bejaarde of door kortdurende afwezigheid van de mantelzorg niet mogelijk is. Een ander initiatief dat in hoofdstuk 6 wat uitgebreider beschreven wordt, betreft een enigszins vergelijkbare oplossing bij terminale zorg. Qua functie is er een zekere overeenstemming met verpleegeenheden die geschetst worden in de zorgmodellen in de Nota 2000.

3.3. Ontwikkeling in de tijd van de doelen van veldinitiatieven

We hebben in de inleidende paragraaf van dit hoofdstuk vier perioden onderscheiden met de bedoeling te kijken of er in de aard of doelstelling van de veldinitiatieven een ontwikkeling te zien is. De eerste periode begint met het verschijnen van de Structuurnota in 1974; de tweede begint in 1980, het jaar waarin de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg verschijnt; de derde in 1983, het jaar waarin de Nota Eerstelijnszorg verschijnt en de laatste in 1986, het jaar waarin de Nota 2000 uitkomt.

Als we de vier eerder onderscheiden perioden met elkaar vergelijken, dan kunnen we - met alle slagen om de arm - wel wat accentverschuivingen aanwijzen. Initiatieven op het gebied van bestuurlijke afstemming en afstemming van werkgebieden, zijn in de eerste periode juist na het verschijnen van de Structuurnota relatief belangrijk. Overigens gaat het hier om de beginjaren van de initiatieven. Dat er later wat minder initiatieven op een bepaald gebied begonnen zijn, wil niet zeggen dat er op dat moment geen initiatieven zijn; een groot deel loopt over een langere periode door.

Vanwege de omvang van de tweede groep doelstellingen - samenhang en samenwerking binnen de eerste lijn en tussen eerste lijn en overige echelons - hebben we deze groep in drieën opgedeeld. Daarbij hebben we de samenwerking tussen gezinszorg en wijkverpleging ook als een aparte categorie opgenomen, vooral omdat initiatieven op dit gebied een duidelijk fenomeen van de laatste tijd zijn. De overige initiatieven die samenwerking en samenhang binnen de eerste lijn tot doel hebben, komen relatief veel voor in de eerste twee perioden.

Overigens is daar niet alleen een ontwikkeling in de relatieve aantallen vast te stellen bij vergelijking van de vier perioden; er is ook een verschuiving in de aard van de initiatieven. In de eerste periode betreffen de initiatieven voor samenwerking en samenhang in de eerste lijn vooral het breed opgezette multidisciplinaire overleg; later beperkt het zich wat vaker tot de kern-disciplines. In de jaren 1980-1982 is er een aantal initiatieven ontstaan rond de samenwerking van huisartsen en apothekers.

Samenwerking tussen eerste lijn en andere echelons is relatief vaak het doel van initiatieven in het begin van de jaren tachtig. Initiatieven die gegroepeerd zijn rond uitbreiding van het zorgaanbod (feitelijk of de voorwaarden daarvoor scheppend) zijn ondervertegenwoordigd in de eerste periode en komen in de meeste recente periode het vaakst voor. Initiatieven met betrekking tot de zorg voor specifieke patiëntencategorieën zijn met uitzondering van de eerste periode gelijkmatig verdeeld.

Al deze ontwikkelingen zijn weergegeven in tabel 3.

Tabel 3.: doel van de initiatieven, uitgesplitst naar periode waarin de initiatieven gestart zijn

doel van het initiatief	Periode				totaal
	'74-'79	'80-'82	'83-'85	'86-'87	
- bestuurlijke afstemming	16%	0%	11%	8%	9%
- afstemming werkgebieden	11	0	4	3	4
- samenwerking kruiswerk- gezinszorg	5	0	15	21	13
- overige samenhang en samenwerking in de eerste lijn	53	47	23	21	28
- samenhang tussen eerste lijn en andere echelons	11	29	23	17	20
- uitbreiding van het dienstenpakket van de eerste lijn	0	6	6	14	11
- verbetering van de zorg voor specifieke groepen	5	18	19	16	17
totaal	100	100	100	100	100

In hoofdstuk 2 hebben we de vraag gesteld of de lokale en regionale veldinitiatieven aan sluiten bij het beleid van de landelijke overheid. Deze vraag is niet in absolute zin te beantwoorden, maar gegeven de trefwoorden die we in het begin van dit hoofdstuk bij de indeling in vier perioden genoemd hebben, zijn enkele ontwikkelingen te interpreteren. Het relatieve belang van bestuurlijke afstemming en afstemming van werkgebieden in de eerste periode vergeleken met latere perioden kan geïnterpreteerd worden als aansluiting bij het op structuur gerichte beleid in die periode. Samenwerking en samenhang binnen de eerste lijn is gedurende alle vier de perioden een belangrijk doel van de veldinitiatieven. Ook in het overheidsbeleid is het voortdurend een belangrijk thema

geweest. Nadere bestudering van de veldinitiatieven leert dat in toenemende mate het accent op de kerndisciplines in de thuiszorg is komen te liggen. Eenzelfde accentverschuiving is in het overheidsbeleid te zien.

3.4. De initiatiefnemers

De initiatiefnemers variëren van vertegenwoordigers van één discipline in de eerste lijn tot breed samengestelde overleggroepen in de eerste lijn, die op zich eerst weer voortgekomen zijn uit een initiatief ter versterking van de eerste lijn, maar daarna op hun beurt weer initiatieven nemen. De initiatieven zijn voor tweederde voortgekomen uit vertegenwoordigers van eerstelijnsdisciplines of hun organisaties. Andere organisaties, die alleen of samen met eerstelijns hulpverleners initiatieven genomen hebben, zijn gemeenten, hulpverleners of organisaties uit andere echelons (bijv. vertegenwoordigers van de medische staf van een ziekenhuis) en ziekenfondsen. De laatst genoemde organisaties zijn het vaakst betrokken bij initiatieven op het gebied van de uitbreiding van het zorgaanbod (denk bijvoorbeeld aan de eerder genoemde initiatieven op het gebied van de honorering van huisartsen en experimenten op het gebied van de thuiszorg).

Als we kijken naar de initiatieven waarbij één eerstelijns discipline, eventueel samen met hulpverleners of organisaties van buiten de eerste lijn, aan de wieg stond, dan komt in de initiatieven die bij ons aangemeld zijn, de gezinsverzorging als de meest actieve groep naar voren (als relativering van deze bevindingen roepen we in herinnering hetgeen in hoofdstuk 2 gezegd is over de mogelijk selectieve respons op onze oproep). Van de initiatieven van de (instellingen voor) gezinsverzorging heeft de grootste groep de samenwerking tussen gezinsverzorging en kruiswerk tot doel (in geen van de bij ons aangemelde initiatieven met dit doel was het kruiswerk alleen de initiatiefnemer; wel zijn deze initiatieven vaak van kruiswerk en gezinszorg gezamenlijk uitgegaan). Een andere groep initiatieven waarvan de gezinsverzorging in veel gevallen de enige eerstelijns initiatiefnemer is, betreft de initiatieven die verbetering van de zorg voor specifieke categorieën tot doel hebben, in dit geval veelal de zorg voor ouderen.

Van de andere kerndisciplines is de huisarts - als het gaat om initiatieven waarbij één eerstelijnsdiscipline, eventueel samen

met hulpverleners van buiten de eerste lijn, aan de wieg stond - het meest betrokken bij initiatieven die samenhang tussen de eerstelijns en andere echelons (in dit geval veelal het ziekenhuis) tot doel hebben. Het algemene maatschappelijk werk is relatief vaak initiatiefnemer bij veldinitiatieven die op samenhang en samenwerking in de eerste lijn gericht zijn (met uitzondering van de al genoemde samenwerking van kruiswerk en gezinszorg). Ook gezamenlijke initiatieven van twee of meer eerstelijnsdisciplines komen relatief veel voor bij deze initiatieven.

Van de instanties van buiten de eerste lijn zijn hulpverleners of organisaties uit andere echelons uiteraard het vaakst betrokken bij initiatieven die de samenwerking van eerste lijn en andere echelons nastreven. De initiatieven waarbij de ziekenfondsen betrokken zijn, zijn, zoals al gezegd, vooral geclassificeerd onder het thema uitbreiding van het zorgaanbod.

In de vorige paragraaf is aangegeven dat sommige doelen gedurende een bepaalde periode populairder waren dan in een andere periode. Aangezien sommige groepen initiatiefnemers ook wat vaker betrokken zijn bij bepaalde doelen van initiatieven, zien we ook dat het accent op de verschillende groepen initiatiefnemers in de tijd enigszins varieert. Het duidelijkst is dat te zien bij de gezinsverzorging en de ziekenfondsen als initiatiefnemers. Deze beide groepen zijn in de laatste jaren relatief vaker initiatiefnemer dan in de eerdere perioden.

3.5. Mislukte initiatieven

Door de manier waarop wij de initiatieven verzameld hebben - mailing aan organisaties en het plaatsen van oproepen -, is te verwachten dat het aantal mislukte initiatieven dat aangemeld wordt gering is. Dat blijkt ook inderdaad het geval te zijn. Er is slechts een twintigtal mislukte initiatieven aangemeld. Daarnaast speelt ook een rol dat de grootste groep van de initiatieven recent genomen is (in 1986 en 1987) en dat dus moeilijk te zeggen valt of het initiatief gelukt is of niet. In zeer veel gevallen is op de formulieren aangegeven dat nog niets te zeggen valt over het lukken of mislukken van het initiatief. Aan het aantal mislukte initiatieven moeten we daarom niet te veel waarde hechten. Mogelijk valt er wel iets te leren uit de oorzaken die genoemd zijn voor het mislukken van initiatieven. We zullen de oorzaken hier-

onder per groep initiatieven kort bespreken.

Voorwaarden voor de totstandkoming van een samenhangende eerste lijn

Bestuurlijke afstemming heeft het meest tot mislukkingen geleid. Een van de oorzaken die genoemd zijn, is dat de huisartsen op lokaal niveau weinig georganiseerd zijn en dat zij als individuele deelnemer aan een overleg als vrij beroepsbeoefenaar de lasten daarvan veel directer voelen dan de vertegenwoordigers van de andere kerndisciplines die binnen een organisatie werkzaam zijn. Het is mogelijk dat de nieuw opgerichte ondersteuningsstructuur van de huisartsen op dit gebied een taak kan vervullen, zij het dat er aan getwijfeld kan worden of het regionale niveau van organisatie van de ondersteuningsstructuur hiervoor wel het juiste is. Aan de andere kant is het vele wisselen van vertegenwoordigers door verloop onder de aan de organisaties verbonden staffunctionarissen ook als een oorzaak van een mislukt initiatief genoemd. In één geval waarin een initiatief tot bestuurlijke afstemming mislukt is, is als een van de oorzaken genoemd dat de verwachtingen die bestonden ten aanzien van de wetgeving (de W.V.G.) niet uitkwamen. Daarnaast speelde in dit geval ook de breedte van het opgezette overleg een rol; ongeveer alle eerstelijnsgezondheidszorg-, maatschappelijke dienstverlenings- en welzijnsorganisaties waren erbij betrokken.

Bij de afstemming van werkgebieden en/of doelpopulaties speelt een rol dat wijkgericht werken minder in de werkwijze van huisartsen past dan in die van de andere kerndisciplines. De laatste kunnen onderling hun werkgebieden relatief gemakkelijk op elkaar afstemmen. Deze ervaring die genoteerd is naar aanleiding van een mislukt initiatief om tot afstemming van werkgebieden in de eerste lijn te komen, is uitgebreider beschreven in de nota die door medewerkers van het toenmalige S-1 project geschreven is naar aanleiding van een project dat tot doel had de werkgebieden van Eindhovense hulpverleners op elkaar af te stemmen (Schoonderwoerd & Bless, 1982).

Samenhang en samenwerking in de eerste lijn en tussen eerste lijn en overige echelons

Soms kan men niet van een echte mislukking spreken, maar zijn de doelen van een initiatief toch niet helemaal bereikt. Dat is bijvoorbeeld het geval waar het initiatief tot doel had te komen tot besprekingen van thema's die het gezamenlijk hulpverleningsaanbod

van gezinsverzorging en wijkverpleging betreffen, en waar feitelijk alleen informele contacten tot stand gekomen zijn. Verdere samenwerking werd als te tijdrovend gezien.

Bij het bredere overleg of de samenwerking van meerdere disciplines in de eerste lijn is een oorzaak van mislukken dat een van de deelnemers uit het overleg of de samenwerking stapt. Als die deelnemer een centrale rol heeft in de samenwerking in de eerste lijn, kan dat het einde van een initiatief zijn, tenzij door de resterende deelnemers een nieuwe, zinvolle invulling aan het overleg of de samenwerking gegeven kan worden. In de voorkomende gevallen is de oorzaak vaak bij de huisartsen gelegd, meer specifiek is het feit dat huisartsen niet als groep aanspreekbaar zijn, waardoor individuele huisartsen gemakkelijker uit een initiatief kunnen stappen.

Uitbreiding van het dienstenpakket van de eerste lijn

De experimenten met een wijziging van het honoreringstelsel van huisartsen zijn op een enkele uitzondering na het stadium van plan nog niet te boven. Toch is een initiatief op dit gebied al als voorlopig mislukt aangemeld. Dergelijke initiatieven zijn alleen uitvoerbaar met medewerking van de betrokkenen, in casu de huisartsen. Door slechte communicatie over het initiatief naar de huisartsen toe bleek een negatieve sfeer te ontstaan, die een experiment voorlopig niet haalbaar maakte.

Verbetering van de zorg voor specifieke patiëntengroepen

Een opmerking die gemaakt is naar aanleiding van het mislukken van een initiatief ter verbetering van de zorg voor ouderen, sluit bij het voorgaande aan. Die opmerking komt erop neer dat de werkwijze die in het initiatief gekozen was, teveel van boven af opgelegd was en te weinig aansloot op de werkwijze van de hulpverleners. Dat is in zijn algemeenheid een risico van initiatieven die afkomstig zijn van (de stafmedewerkers van) organisaties.

4. REGIONALISATIE EN AFSTEMMING VAN WERKGEBIEDEN

Een belangrijke voorwaarde voor een goed functionerende eerstelijnsgezondheidszorg is samenwerking tussen de daarin werkzame kerndisciplines. Om samenwerking en gestructureerd overleg in de praktijk mogelijk te maken moet het aantal hulpverleners dat zich op een bepaalde patiëntenpopulatie richt niet te groot zijn. Dit is op eenvoudige wijze te realiseren door te zorgen dat de werkgebieden van werkers van de verschillende disciplines op elkaar afgestemd zijn. In kleinere plaatsen en op het platteland speelt het feit dat 3 van de 4 kerndisciplines hun hulpverleners in geografisch begrensde gebieden laten werken, terwijl de huisartsen in principe geen geografische begrenzing voor de herkomst van hun patiënten hanteren, geen fnuikende rol. De meeste patiënten kiezen hun huisarts niet te ver van huis en bij verandering van woonplaats veranderen ze ook van huisarts.

Ook voor de hulpverleners is de situatie hier meestal vrij overzichtelijk: het aantal werkers uit de verschillende disciplines is immers beperkt en contact en samenwerking ligt voor de hand. De groei en bloei van samenwerkingsverbanden zoals bijvoorbeeld het hometeam, speelt zich dan ook voor een groot deel op het (verstedelijk) platteland af (Boerma, 1986). In grotere steden is de situatie in de eerstelijnsgezondheidszorg nu echter nog chaotisch. Voornaamste oorzaak is het feit dat huisartsen hun patiënten vaak over een relatief groot gebied verspreid hebben, zodat in één buurt of wijk tientallen huisartsen werkzaam kunnen zijn. Voor de wel geografisch werkende hulpverleners uit een van de drie andere disciplines is echt samenwerken met al die huisartsen uiteraard ondoenlijk.

Om een indruk te geven van de overlap van werkgebieden van huisartsen in een grote stad, drukken we hierbij een kaartje van Rotterdam af waarop door middel van cirkels is aangegeven binnen welk gebied 80% van de patiëntenpopulatie van iedere huisarts woont (zie volgende pagina). Opvallend is dat zelfs de aanwezigheid van een natuurlijke barrière (de Nieuwe Maas) de spreiding niet heeft geremd (De Bakker, 1987).

Om samenwerking binnen de eerste lijn te bevorderen, is herverdeling van de huisartspraktijken in de grotere steden een belangrijke stap. Zonder duidelijk overheidsbeleid lijkt de kans dat huisartsen en hun patiënten tot een dergelijke regionalisatie

komen klein. Het enige tegenvoorbeeld - een gelukte herverdeling van huisartspraktijken - dat ons bekend is, vond plaats in 1973 in Kampen (Mulder e.a., 1975). Huisartsen hadden patiënten aan beide zijden van de IJssel, maar de verbinding tussen beide oevers was slecht - een smalle brug en veel opstoppen. Dat de herverdeling hier gelukt is, houdt met drie factoren verband. In de eerste plaats ondervonden de huisartsen (en patiënten) meer dan in andere plaatsen hinder van het feit dat de praktijkpopulaties niet geconcentreerd waren; in de tweede plaats zal het betrekkelijk geringe aantal huisartsen dat bij de operatie betrokken was (± 15), het eenvoudiger gemaakt hebben om overeenstemming van alle betrokkenen te bereiken en tenslotte was er de praktische aanleiding van een moeilijk overdraagbare praktijk juist omdat hij patiënten aan twee kanten van de rivier had. Door opheffing van deze praktijk viel er ook feitelijk wat te verdelen.

Individuele huisartsen zijn over het algemeen weinig gemotiveerd om hun patiëntenpopulatie rond het praktijkgebouw te concentreren. Ook voor de patiënt spelen bij interne migratie de afstanden binnen een stad zelden een rol of wegen niet zwaar genoeg om zijn vertrouwde huisarts voor een in de wijk werkende onbekende in te ruilen. Illustratief hiervoor is Lelystad. Zelfs na een ideale start, waarin de huisartsen wijkgericht werkten, is, door alle verhuizingen binnen de stad, de situatie inmiddels zo ernstig verwaterd, dat de spreiding van de patiëntenpopulatie per huisarts overeenkomst begint te vertonen met de situatie die menig grote stad in Nederland karakteriseert.

Voor de huisartsen is regionalisatie alleen acceptabel als dat gezamenlijk gebeurt, zodat de herverdeling van patiënten geen nadelige consequenties heeft voor ieders praktijkgrootte.

Tot nog toe heeft het aan een daadkrachtig overheidsbeleid op dit punt ontbroken. Weliswaar is overwogen om in een algemene maatregel van bestuur in het kader van de WVG eisen over afstemming van werkgebieden op te nemen, maar uiteindelijk is de WVG voorlopig op de lange baan geschoven. Uit de Nota Eerstelijnszorg blijkt dat men bij de omvang van de werkgebieden zou moeten denken aan gebieden van ± 30.000 inwoners.

4.1. Den Haag: Regionalisatie van huisartspraktijken

In Den Haag en omstreken (de PHV bestrijkt Den Haag, Rijswijk en Voorburg) speelt deze patiëntspreidingsproblematiek zo mogelijk nog meer dan in andere grote steden, omdat 40% van de $\pm$ 250 huisartsen op aandrang van de ziekenfondsen meerdere praktijkadressen heeft, iets wat in geen enkele andere grote stad in Nederland in deze mate voorkomt. Deze situatie is het gevolg van pogingen van de ziekenfondsen om ook spreekuurpunten te creëren in delen van de stad die als vestigingsplaats voor een woon- annex praktijkpand minder aantrekkelijk zijn. Daarnaast is er veel grensoverschrijdend patiënten- en huisartsverkeer: Haagse huisartsen werken in Rijswijk en omgekeerd hebben Rijswijkse huisartsen patiënten in Den Haag.

Het initiatief tot het openen van de discussie over eventuele regionalisatie van de huisartspraktijken wordt in Den Haag door de PHV genomen: de praktische bezwaren van ver uit elkaar wonende patiënten, bijvoorbeeld bij spoedvisites en bij onderlinge waarneming, spelen hierbij een rol. Verder is de inbreng van huisartsen, die zelf al sterk geregionaliseerd werken en enthousiast aansluiten bij landelijke tendenzen in die richting, in het bestuur van de PHV belangrijk, maar de prikkel tot actie komt vooral door de druk die men voelt vanuit de gemeentelijke overheid die met beleidsvoornemens op dit punt wil komen, daarin gesteund door de ziekenfondsen.

De PHV brengt in 1982 een nota uit onder de titel 'Discussie-nota over het voeren van een regionalisatiebeleid in de regio 's-Gravenhage'. Deze nota is door de leden van de PHV als uitgangspunt aanvaard voor verdere initiatieven.

Een van de initiatieven is geweest de spreiding van de patiënten van alle huisartsen in kaart te brengen. Dit is gedaan door alle huisartsen aan te schrijven met het verzoek op de wijkindeling van Den Haag aan te geven binnen welke gebieden 60 à 70% van de patiëntenpopulatie zat.

Ofschoon de PHV-leden zich bereid verklaard hadden aan de initiatieven tot 'regionalisatie' deel te nemen, bleek er voor feitelijke uitvoering te weinig enthousiasme te zijn. Slechts 60% van de huisartsen werkt aan deze inventarisatie mee en de verspreiding van de patiënten over alle huisartsen is nooit in kaart gebracht.

Er is weinig optimisme over de haalbaarheid van regionalisatie van huisartspraktijken, tenzij er grote druk van buitenaf komt. Deze druk zou dan vooral van de gemeentelijke overheid moeten komen,

zij het dat het vestigingsbeleid in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg hier niet het optimale beleidsinstrument voor is. Immers, pas bij de afgifte van nieuwe vergunningen kunnen overwegingen van spreiding een rol spelen; op de spreiding van de praktijken van de al gevestigde huisartsen is echter geen gemeentelijke invloed.

Wel hoopt de PHV bij de verdeling van de patiëntenbestanden die vrij komen bij de geplande opheffing van 10 huisartspraktijken in Den Haag een eerste aanzet tot daadwerkelijke regionalisering per wijk te kunnen geven.

Ofschoon de feitelijke uitvoering van een planmatige regionalisatie van de huisartspraktijken niet gelukt is, is er door het initiatief wel een zekere bewustwording onder de huisartsen ontstaan dat concentratie van de patiënten rond de praktijken gewenst is. De indruk bestaat dat individuele huisartsen wat minder geneigd zijn om verhuizende patiënten te blijven volgen.

In de voorlichtende sfeer zou volgens de PHV een mogelijkheid zijn om het boekje met een alfabetische lijst van de hulpverleners, dat door de ziekenfondsen uitgegeven wordt, om te zetten in een lijst per wijk. Ondanks de positieve instelling van zowel gemeente als ziekenfondsen om tot regionalisering te komen, heeft het 2½ jaar geduurd voor dit idee uitgevoerd werd. Sinds 1986 geven de ziekenfondsen een boekje uit waarin per wijk wordt aangegeven welke huisartsen daar spreekuur houden. Hiermee wordt bevorderd dat vanuit de patiëntenkant eerder gekozen wordt voor een huisarts in de buurt, hoopt men.

Het feit dat het lang geduurd heeft, voor een lijst van hulpverleners op wijkniveau tot stand kwam, werd door twee problemen veroorzaakt. In de eerste plaats hadden de ziekenfondsen te maken met inkrimpend budget voor voorlichting. Daarnaast waren de ziekenfondsen het niet eens met de PHV om per wijk een A en een B lijst van huisartsen op te nemen. Op de A-lijst zouden dan de huisartsen komen die in de wijk spreekuur houden en op de B-lijst zouden huisartsen komen die vinden dat ze in een bepaalde wijk wel patiënten mogen hebben, maar daar geen spreekuur houden.

Uiteindelijk wordt er zowel een A-lijst als B-lijst uitgegeven, naar aanleiding waarvan ook het PHV-bestuur toegeeft dat de B-lijst alleen maar overzicht belemmerend werkt. Te veel huisartsen willen in te veel wijken werken. Of het beoogde effect van deze lijsten inderdaad optreedt, is nog niet nagegaan, maar de indruk bij de PHV, ook na een eerste evaluatiegesprek met de ziekenfondsen, overheerst dat als er al een effect is, dit zo gering

is, dat het geen wezenlijke invloed op de regionalisatie van de huisartspraktijken heeft. Het PHV-bestuur denkt dat zijn bevoegdheden te gering zijn om echt veranderingen te bewerkstelligen, maar vreest grote moeilijkheden als de gemeentelijke overheid samen met de ziekenfondsen het heft in handen neemt.

Het aantal verschillende spreekuuradressen in Den Haag, Rijswijk en Voorburg per huisarts is inmiddels niet veel veranderd, de spreiding van de patiënten per huisarts evenmin en over de bevordering van de samenwerking met andere disciplines door middel van regionalisering van de huisartspraktijken is zelfs nog niet gesproken. De drie andere kerndisciplines uit de eerste lijn zijn nooit in de discussie over de regionalisering van de huisartspraktijken betrokken 'want zij werken al regionaal'.

Kortom: dit vrij beperkte initiatief tot regionalisering van huisartspraktijken, waarbij afstemming van werkgebieden met andere hulpverleners nog niet eens aan de orde was, is bij gebrek aan wettelijke regelingen en sancties blijven steken op een vrijblijvende voorlichting aan het (patiënten)publiek. Ofschoon we dus niet kunnen zeggen, dat dit initiatief gelukt is, is het wel belangrijk, omdat er op een andere manier dan via een wettelijke regeling in het kader van de WVG geprobeerd wordt regionalisering en afstemming te stimuleren. Gegeven de impasse waarin de invoering van de WVG verkeert, is het verstandig om na te denken over en eventueel te experimenteren met andere manieren om regionalisatie en afstemming te bereiken.

4.2. Rijssen: Afstemming van werkgebieden van huisartsen en wijkverpleging

In de inleiding van dit hoofdstuk werd optimistisch gesteld dat in een kleine gemeente contact en samenwerking tussen hulpverleners uit de verschillende kerndisciplines in de eerste lijn, gezien het beperkte aantal betrokkenen, voor de hand ligt.

Dat optimisme wordt lang niet altijd beschaamd, maar het neemt niet weg dat afstemming van werkgebieden niet alleen voor hulpverleners in de grote stad een hele klus kan zijn.

Afstemming van werkgebieden van verschillende hulpverleners in de eerste lijn is in de twee eerste deelrapporten, gewijd aan het overheidsbeleid en aan buitenlandse ervaringen, ook al aan de orde gekomen. Het overheidsbeleid lijkt te streven (zoals bijvoorbeeld:

de Nota Eerstelijnszorg, 1983) naar afstemming in werkgebieden van + 30.000 inwoners. Het initiatief dat we in deze paragraaf bespreken, is al lang begonnen voordat dit beleidsvoornemen geuit werd. Bovendien is het een initiatief in een gemeente die kleiner is dan 30.000 inwoners en waar dus min of meer per definitie van een afgestemd werkgebied sprake zou zijn.

Toch was er ook binnen deze kleinere gemeente behoefte aan nadere afstemming van werkgebied tussen de wijkverpleging en de huisartsen. Bij de bespreking van de buitenlandse ervaringen in het tweede rapport is aandacht besteed aan de samenwerking tussen huisartsen en extramuraal werkzame verpleegkundigen in Engeland. Het bleek dat daar al in het begin van de jaren zestig gekozen is voor praktijkgebonden werken door verpleegkundigen. In het initiatief dat we hier bespreken is ook gekozen voor praktijkgebonden werken, zij het dat een element van wijkgericht werken gehandhaafd is.

In de uitgangshouding heerst er verzuiling in de wijkverpleging in Rijssen, een gemeente van circa 20.000 inwoners. De wijkverpleegkundigen van het Groene Kruis hebben elk een eigen wijk, de wijkverpleegkundige van het Wit-Gele Kruis is werkzaam door geheel Rijssen. De samenwerking onderling is goed, evenals de verstandhouding met de huisartsen. Echter, van elkaars werkzaamheden is men nauwelijks op de hoogte. Bij de wijkverpleegkundigen ontstaat een onvoldaan gevoel, omdat het curatief werken minder wordt en preventie meer nadruk dient te krijgen. Ook met de reorganisatie, coördinatie en planning kan men niet goed uit de voeten. Deze en andere inhoudelijke veranderingen in de werkwijze van de wijkverpleegkundigen leiden tot kleine strubbelingen met de huisartsen. Uit gesprekken tussen artsen en wijkverpleegkundigen op het zuigelingenbureau blijkt de gedachte over meer en nauwere samenwerking aan beide kanten te leven. Vooral één van de huisartsen is een warm pleitbezorger van samenwerking en functioneert als enthousiast voortrekker.

In 1971 gaat op initiatief van de huisartsen een eerste brief uit naar alle artsen, de besturen van het Groene Kruis, het Wit-Gele Kruis en de Provinciale Overijsselse Vereniging 'Het Groene Kruis' waarin de wens tot meer een nauwere samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen verwoord wordt en instemming daarmee gevraagd wordt.

Voor de wijkverpleegkundigen zou dit gelijktijdig een ontkleuring kunnen betekenen.

De besturen reageren positief, maar men stelt wel begeleiding voor. Deze begeleiding wordt gerealiseerd door het aantrekken van een agoge die deskundig is in het begeleiden van samenwerkingsprojecten. Deze agoge wordt uiteindelijk betaald uit de experimentenpot van een niet betrokken organisatie, namelijk het Rode Kruis. Daarnaast krijgen de wijkverpleegkundigen een speciale begeleiding van de verpleegkundige in algemene dienst en een training in non-verbale communicatie.

De eerste bijeenkomst in 1972 bestaat uit zes artsen, zes wijkverpleegkundigen, twee verpleegkundigen in algemene dienst en de begeleidster. In de dan startende oriëntatiefase wordt gekeken in hoeverre de betrokkenen wel of niet gemotiveerd zijn. Wat stelt men zich voor van een samenwerking, waar is iedereen in geïnteresseerd of bang voor, hoeveel energie wil men er in stoppen. Het wordt dan duidelijk dat er reële mogelijkheden zijn voor een multidisciplinaire samenwerking. Op allerlei manieren wordt er geoefend, gepland, besluiten genomen, contacten gelegd en geëvalueerd. Er is tijd besteed om elkaar beter te leren kennen, er is geoefend in bepaalde vaardigheden en inhoudelijke beperkingen. Klemmende vraag is: wie gaat met wie werken. De regionale indeling voor de wijkverpleegkundigen wordt met de beide besturen van de kruisverenigingen besproken evenals de ontkleuring en de consequenties ervan. Artsen en wijkverpleegkundigen leren elkaar in het werk beter kennen door over en weer één dag met elkaar mee te lopen en de ervaringen hiermee later per discipline uit te wisselen. Aanvankelijk zijn er wat relationele weerstanden; artsen en wijkverpleegkundigen tutoyeren elkaar niet en sommigen vonden de voorbereiding te lang, maar in september 1972 wordt met een persbericht kond gedaan dat de gezondheidsteams van start zullen gaan.

De groep is gesplitst in twee werkteams van elk drie artsen en drie wijkverpleegkundigen. Groep A bestaat uit drie huisartsen in een groepspraktijk en drie wijkverpleegkundigen. Groep B uit drie solo-huisartsen en drie wijkverpleegkundigen. De wijkverpleegkundigen werken artsgericht, maar ook wijkgericht. De drie wijkverpleegkundigen van één groep hebben alle drie een derde van Rijssen, maar alleen met patiënten van de groepspraktijk of van de solo-artsen.

Eens per week komt men per team bijeen en eens per maand in volledige plenaire vergadering. In deze plenaire bijeenkomsten komt later ook de maatschappelijk werker. De kleine teams houden zich

bezig met patiëntenbesprekingen en onderlinge consultatie. Ook werkt men gezamenlijk aan onzekerheden met betrekking tot het werk en het persoonlijk functioneren. Daarnaast hebben deze teams een voorbereidende functie voor de plenaire vergaderingen. Ideeën worden uitgewisseld over voorlichtingsavonden, over inschakeling van de maatschappelijk werker, yoga, consultatiebureau en dergelijke.

In juni 1974 vertrekt de agoge zonder wie, zo benadrukten alle teamleden, de samenwerking nooit tot stand zou zijn gekomen. Men heeft moeite de opvolger te accepteren. Deze functioneert nog enige tijd (tot februari 1976), maar de betrokkenen beginnen genoeg van agogische begeleiding te krijgen. Men is van mening dat men het nu zelf wel aankan. Het blijkt ook dat nieuwe wijkverpleegkundigen geen moeite hebben zich in de situatie te passen. Ze ondervinden ook geen nadeel van het ontbreken van agogische begeleiding. De afstand tussen arts en wijkverpleegkundige is tegenwoordig niet zo groot meer als in het begin van de jaren zeventig. De vergaderfrequentie van de kleine teams is inmiddels eens per twee weken geworden. De plenaire vergaderingen zijn teruggebracht tot eens per twee maanden. Het laatste jaar zijn de bijeenkomsten nog minder frequent bij gebrek aan onderwerpen. Maar de betrokkenen maken zich nog geen zorgen: 'Dat trekken we wel weer op'. Men kan zich een situatie zonder samenwerking niet meer voorstellen. Inmiddels werken er twee maatschappelijk werkenden in Rijssen die ieder mee doen in één van de teams. Ook de leidinggevenden van de gezinsverzorging kunnen, als ze dat nuttig vinden, bij de vergaderingen aanwezig zijn. Dit komt incidenteel voor, maar omdat ze in hetzelfde gebouw als de maatschappelijk werkenden zitten zijn ze goed op de hoogte en kunnen ze ook via hen een inbreng hebben.

Een jarenlange goede samenwerking hoeft niet te betekenen dat er, na het Tafeltje-Dek-Je dat als initiatief van deze groep in Rijssen twaalf jaar geleden ontstond, inhoudelijk geen veranderingen meer plaatsvinden, nog onlangs is men gestart met een vorm van preventie die relatief weinig voorkomt, namelijk een gezamenlijk spreekuur van huisartsen en wijkverpleging op het consultatiebureau voor zowel baby's als kleuters.

Concluderend kan gezegd worden dat men op creatieve wijze een compromis tussen wijkgebonden en praktijkgebonden werken gevonden heeft, dat na vijftien jaar nog steeds naar alle voldoening functioneert. Nieuwkomende hulpverleners kunnen zich er makkelijk

inpassen en op nieuwe ontwikkelingen en ideeën wordt soepel ingespeeld. Het voortbestaan van het initiatief is niet afhankelijk gebleken van de inzet van een gesubsidiëerde agoog of van de huisarts die destijds als voortrekker actief was, maar nu is gaan rusten. Het is niet zo dat een goede samenwerking per definitie tot oneindig stationair draaien aanleiding geeft. Een van de huisartsen die vanaf het begin meedoet zegt hierover: 'dit is zo'n leuke groep, hier blijft beweging inzitten'.

Interessant aan het initiatief is dat de wijkverpleging een zinvolle combinatie van wijk- en praktijkgebonden werken gevonden heeft. In hoeverre dat bijgedragen heeft aan het welslagen van het initiatief valt niet te zeggen. Een voorbeeld van een initiatief tot afstemming van werkgebieden in een andere (grootstedelijke) situatie, dat duidelijk mislukt is, is het door het toenmalige S-1 project begeleide initiatief om de werkgebieden van huisarts, wijkverpleging en maatschappelijk werk in Eindhoven op elkaar af te stemmen. Dat huisartsen hun praktijken vanouds niet geografisch inperken en dat zij minder georganiseerd zijn, zijn de belangrijkste redenen voor het mislukken (Schoonderwoerd & Bless, 1982; vergelijk ook wat hierboven gezegd is naar aanleiding van de regionalisering van huisartspraktijken in Den Haag).

5. SAMENWERKING BINNEN DE EERSTE LIJN

In het vorige hoofdstuk hebben we gesteld dat afstemming van werkgebied van de verschillende kerndisciplines een voorwaarde is om tot samenwerking binnen de eerste lijn te komen. Maar als aan deze voorwaarde voldaan is, bijvoorbeeld doordat de plaats waarin men werkt zo klein is dat de patiëntenpopulaties van de verschillende disciplines automatisch samenvallen of wanneer het gaat om disciplines die eenzelfde regionale werkgebiedsindeling hanteren, dan moet men die samenwerking nog wel willen en moet men een vorm voor die samenwerking kunnen vinden. Belangrijk daarbij is vanuit welk niveau men deze vorm probeert te vinden. Men kan uitgaan van concrete hulpverleningsvragen rond gemeenschappelijke patiënten en proberen van daaruit tot een algemene vorm van samenwerking te komen. Men kan ook proberen om eerst een breed opgezet eerste-lijnsoverleg van de grond te krijgen om daarmee de voorwaarden te scheppen voor concrete samenwerking.

5.1. Den Haag: Samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging

Samenwerking bevorderen en het verbeteren van de taakafstemming op uitvoerend (patiënt) niveau tussen wijkverpleging en gezinsverzorging was het doel van een experiment in Den Haag. Tot het begin van het experiment waren er, alhoewel beide disciplines wijkgericht werken en de afstemming van werkgebied derhalve geen belemmerende factor voor samenwerking is, geen afspraken tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging die zorgden voor een gestructureerd overleg tussen hulpverleners van beide werksoorten, als ze bij dezelfde patiënt over de vloer kwamen. En als het al tot contact kwam, dan was dat vooral in de vorm van conflicten over taakafbakening: gezinsverzorgenden die vonden dat de wijkverpleegkundigen te weinig deden, wijkverpleegkundigen die vonden dat gezinsverzorgenden te veel zaken op zich namen waarvoor alleen wijkverpleegkundigen toegerust zouden zijn. Deze problemen op het gebied van de onderlinge taakafbakening worden in de aanloopfase van het experiment nog versterkt door het invoeren van de variabele hulpverlening door de gezinsverzorging: gezinsverzorgenden zijn nu 24-uur per etmaal inzetbaar, terwijl de wijkverpleging nog geen

avond- en nachtzorg kent. Het gevolg is dat de gezinsverzorgenden veel vaker zware hulp moeten verlenen, tot ongenoegen van de wijkverpleegkundigen.

Over en weer is de beeldvorming negatief, men zet zich tegen elkaar af in plaats van samen te werken. Het gevoelde verschil in opleiding en professionele status tussen wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden speelt hier ook een rol. Er is echter een aantal taken (en behoeften van patiënten) die in het grijze gebied vallen tussen wijkverpleging en gezinsverzorging.

Al jarenlang wordt er aandacht besteed aan een nauwe samenwerking tussen de instellingen voor gezinszorg en het Kruiswerk. Zo brachten de Nationale Kruisvereniging en de Centrale Raad voor Gezinsverzorging reeds in 1977 een rapport uit over een betere afstemming tussen beide werksoorten. In 1980 verschijnt daarop een vervolg 'Samenwerken ... het kan'. Mede onder invloed van het overheidsbeleid gericht op het versterken van de eerste lijn, heeft een en ander geresulteerd in een landelijk overleg tussen de vier kerndisciplines, maar ook in regionale initiatieven tot samenwerking, met name tussen de wijkverpleging en de gezinszorg. Ook in Den Haag is in de loop van 1984 een overleg gestart tussen wijkverpleging en gezinsverzorging teneinde tot een betere onderlinge afstemming te komen: de Commissie Wijkzaken. Een eerste globale inventarisatie door deze Commissie Wijkzaken maakt duidelijk dat op honderden adressen in Den Haag door beide disciplines hulp wordt verleend zonder enige vorm van samenwerking of werkafpraak. Bij deze constatering blijft het; de Commissie Wijkzaken wordt opgeheven. Maar het veld, de wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgenden, neemt het initiatief over, daarin gesteund door een aantal staffunctionarissen uit de opgeheven commissie dat het onderwerp belangrijk genoeg vond om de besprekingen te continueren op eigen initiatief. Zo is een werkgroep ontstaan die zich beijvert om de knelpunten te inventariseren en te zoeken naar mogelijkheden om samenwerking te stimuleren. In reactie op indringende signalen van hulpverleners van beide disciplines om te komen tot meer structuur in overleg/samenwerking, wordt een samenwerkingsmodel ontwikkeld dat als leidraad voor de praktijk zou kunnen dienen. Bizar genoeg geeft tegenwerking van de koepelorganisaties op bestuurlijk- en directie-niveau hierin een extra stimulans.

Het geheel aan afspraken heeft betrekking op samenwerking danwel overleg op vijf niveau's:

1. Het niveau van overleg tussen wijkverpleegkundigen en leidinggevenden gezinszorg. Altijd als beide werksoorten in hetzelfde

gezin komen, wordt er overlegd tussen de wijkverpleegkundige en de leidinggevende gezinszorg. Het overleg heeft tot doel vast te stellen of er op het uitvoerend niveau nadere afspraken gemaakt moeten worden.

2. Het niveau van het uitvoerende werk bij de cliënt. Er is een checklist ontwikkeld die op het uitvoerende niveau gehanteerd wordt. Op grond daarvan wordt vastgesteld of er overlap van taken is, wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is.

Op deze twee niveau's vindt de feitelijke samenwerking plaats. Het organisatorisch overleg er om heen vindt plaats op de volgende drie niveau's:

3. Het niveau van de stadswijk. Op wijkniveau is er overleg tussen alle wijkverpleegkundigen en leidinggevenden gezinszorg.
4. Het niveau van de hele stad. Hier staan beleidsadvisering naar de directies van de instellingen en de bijsturing van de samenwerkingspraktijk centraal. Het stedelijk overleg wordt gevormd door de hoofden van de werksoorten.
5. Het niveau van de directies van de samenwerkende instellingen.

Het geheel aan afspraken (het 'samenwerkingsmodel') is primair bedoeld als ondersteuning van het uitvoerend niveau. Toch is voor realisering van het model de actieve steun van de betrokken organisaties onontbeerlijk.

Derhalve is het model in eerste instantie aangeboden aan de diverse besturen vergezeld van de vraag hun steun te willen verlenen aan een experiment om de werkafspraken in de praktijk te toetsen. Alle betrokken instellingen hebben hun goedkeuring verleend en zijn overgegaan tot de installatie van de Stedelijke Werkgroep Samenwerking Wijkverpleging, Gezinszorg en Bejaardenverzorging, die de opdracht krijgt het experiment uit te voeren. De werkgroep bestaat uit hoofdwijkverpleegkundigen van het Groene en Oranje-Groene Kruis en hoofdleidinggevenden van de Gereformeerde Stichting, het Groene Kruis en Humanitas. Een stuurgroep van directieleden heeft zich met de begeleiding van de werkgroep belast. Nu borrelt en bruist het op bestuurlijk niveau, als men de geschiedenis van dit experiment nog verder zou lezen, enorm: studiemiddagen, driemaandelijks beleidsbijeenkomsten, informatiebulletins, vraagbaken voor samenwerkingsinitiatieven in de wijken die buiten het experiment vielen, evaluatieformulieren en verbeterde checklisten, maandelijks bijeenkomsten van de stedelijke werkgroep enzovoort, enzovoort.

Maar teruggebracht tot zijn essentie: er gebeurt iets heel goeds, want men is niet vergeten waar het allemaal om begonnen was en heeft daar een uiterst eenvoudige en praktische oplossing voor gevonden. Als een hulpverlener, wijkverpleegkundige of gezinsverzorgende, bij een nieuwe patiënt komt, vraagt hij of zij of er ook al iemand van de andere discipline over de vloer komt. Als dat het geval is, neemt hij of zij met de betreffende hulpverlener contact op en als een van hen of de patiënt daar behoefte aan heeft, wordt er een werkafpraak voor nader overleg bij de patiënt thuis gemaakt. Het gevolg laat zich raden: de problematische relatie rond taakafbakening en het statusverschil veranderen in aanwezigheid van de patiënt in een gemeenschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel voor een goede hulpverlening. Taakverdeling en samenwerking is op zo'n moment geen onderwerp van een moeizame theoretische discussie, maar, zeker voor zo praktisch werkende hulpverleners, een kwestie van 'doe jij dit, dan doe ik dat'. Overlap van werkzaamheden of omissies komen snel aan het licht, evenals niet-parallel lopende therapie-doelen. Bovendien, de patiënt zelf heeft op deze manier ook nog invloed op de hem geboden hulp.

Bij de invoering van dit samenwerkingsmodel is men uiterst voorzichtig. Men kiest voor een stap voor stap benadering door te beginnen in een beperkt aantal wijken, waar al enige toenadering tussen gezinsverzorging en wijkverpleging is en voor een vrij korte experimenteerperiode. (In eerste instantie van april 1985 tot december 1986, later verlengd tot februari 1987.)

De wijken waarin het experiment gehouden wordt, hebben de samenwerking met voortvarendheid ter hand genomen. Gedurende de gehele experimenteerperiode is er sprake van een goede opkomst op de wijkbijeenkomsten. Vele aspecten van de samenwerking, veelal aan de orde gesteld aan de hand van concrete gevallen, zijn aan bod gekomen.

Vanuit de rapportages van de wijkbijeenkomsten en de ontvangen evaluatieformulieren kan worden geconstateerd dat er een andere wind waait in de onderlinge verhoudingen tussen gezinsverzorging en wijkverpleging. Waar het vroeger met regelmaat tot conflicten kwam over de taakafbakening, heeft de discussie zich duidelijk verschoven naar de vraag hoe samenwerking in de praktijk gestalte kan worden gegeven. De keuze voor een kleinschalig experiment heeft daarbij positief gewerkt. De bekendheid met elkaars werkterrein onder alle geledingen is toegenomen en de bereidheid met elkaar samen te werken is vergroot.

Bij de start van het experiment is er enige vrees voor het achterblijven van de wijken die buiten het experiment vielen. Deze vrees bleek ongegrond. In vrijwel alle basis-eenheden valt een verhoogde activiteit op het gebied van samenwerking waar te nemen. Op initiatief van de wijken zelf zijn ook in de wijken buiten het experiment bijeenkomsten georganiseerd die met enige regelmaat plaatsvinden en waarop door middel van case-besprekingen en uitwisselingen over het samenwerkingsmodel aan een betere afstemming is gewerkt. Aan het eind van de experimenteerperiode, in februari 1987, was er in iedere wijk van Den Haag een dergelijk overleg gaande. Kort samengevat kan men zeggen dat dit een experiment is dat op vele manieren goed is uitgekapt:

- De hulpverleners die aan het experiment hebben meegewerkt zijn positief. Men merkt dat door samenwerking de zorg verbetert: men doorkruist elkaars beleid niet meer, bijvoorbeeld bij pogingen tot revalidatie van patiënten waarbij in het verleden de twee disciplines nogal eens tegen elkaar werden uitgespeeld, de zorg is efficiënter en duidelijker voor de patiënt, door het overleg is het gevoel van concurrentie veranderd in het gevoel samen verantwoordelijk te zijn voor de patiënt.
- De sfeerverandering tussen de disciplines in de wijken waar het experiment werd gehouden heeft een sterke voorbeeldfunctie voor de andere wijken: gevolg is dat het samenwerkingsmodel inmiddels in alle wijken voor Den Haag wordt ingevoerd.
- Doordat de basis van het model op patiëntniveau ligt, is het ook bij veranderingen in de zorgverlening, zoals bij de invoering van de variabele 24-uurs zorg bij de gezinsverzorging, bruikbaar gebleken. Sterker nog: juist daar is de behoefte groot aan overleg tussen de hulpverleners, veel meer nog dan in de traditionele vormen van verzorging.

Opvallend is dat in dit initiatief geen rol voor de huisartsen is weggelegd: daar waar gezinsverzorgenden en wijkverpleegkundigen werkzaam zijn is toch meestal sprake van een patiënt van een huisarts. De verklaring ligt, zeker gezien de uitkomst van het initiatief dat wij in het eerste hoofdstuk hebben besproken, voor de hand: 'ja, nee zeg, die werken niet regionaal. Onze gezinsverzorgenden en wijkverpleegkundigen hebben met wel 20 of meer huisartsen te maken. Daar is niet aan te beginnen'.

5.2. Beek en Donk: Een eerstelijns samenwerkingsverband

Na het rumoer van de grote stad waar tot voor kort nog op honderden adressen door twee eerstelijnsdisciplines langs elkaar heen werd gewerkt, maar waar men op vrij simpele en adequate wijze tot een vruchtbare samenwerking is gekomen, keren we terug naar de betrekkelijke rust van een klein dorpje waar de voorzieningen goed zijn en de directe patiëntenzorg ook. Toch blijven er ook daar, ondanks het feit dat overheidssubsidie beschikbaar was, nog steeds wensen om de samenwerking binnen de le lijn te verdiepen en de verschillen in opvatting te overbruggen. De overheid denkt bij een optimale afstemming van werkgebieden aan 30.000 inwoners: Beek en Donk heeft er slechts 9.000. Samenwerking tussen de twee huisartsen, de verloskundige, de kruisvereniging en het maatschappelijk werk ligt voor de hand. Als er in 1973 een derde huisarts wordt aangetrokken en de huisartsen een gezamenlijk praktijkgebouw betrekken, denkt men dat dit de samenwerking niet alleen intern, maar ook interdisciplinair zal bevorderen.

De voorzieningen in het nieuwe gebouw zijn zodanig dat de verloskundige en de wijkverpleging er ook spreekuur zouden kunnen houden en men is van plan in de toekomst een gezondheidscentrum op te zetten.

Zo ver komt het echter niet. Van de praktische mogelijkheid om in het praktijkgebouw van de artsen spreekuur te houden, maakt alleen de verloskundige gebruik. Men heeft behoefte de contacten eerst meer te structureren en te verdiepen, richt een eerstelijns samenwerkingsverband op en vraagt subsidie aan.

Vanaf 1974 wordt door het Ministerie van CRM stimuleringsubsidie verleend en de meerkosten van het samenwerkingsverband worden uit de verleende subsidie bekostigd.

Het proces van schaalvergroting van met name de gezinsverzorging, het algemeen maatschappelijk werk en het kruiswerk werkt echter verstorend op het spontane karakter van de tussen de hulpverleners gegroeide samenwerking. De zelfstandig werkende hulpverleners kunnen hun manier van werken aanpassen en ontwikkelen naar eigen inzicht; beleid en uitvoering van het werk zijn hier in één hand. De hulpverleners in loondienst daarentegen worden steeds afhankelijker van het door hun organisaties gevoerde beleid (bijvoorbeeld arbeidsvoorwaarden, werktijden, etc.). Er ontstaat een groeiende kloof tussen de dagelijkse praktijk van de hulpverlening en de formele regels die de organisaties aan hun personeel stellen. Nieuwe visies op hulpverlening en nieuwe methoden moeten vaak door

het personeel worden bevochten op hun besturen. Dit leidt tot een toenemende aandacht voor de interne democratisering van deze organisaties, hetgeen veel energie vergt.

De emancipatie van de hulpverleners in loondienst speelt ook een rol in de samenwerking met de andere hulpverleners. De wijkverpleegkundige loopt niet kritiekloos aan de hand van de dokter. De maatschappelijk werker ontloopt de bevoogding van het (parochiële) bestuur. De gezinsverzorgende weigert de grote schoonmaak te doen in de gezinnen.

Op 30 oktober 1975 wordt een samenwerkingsovereenkomst getekend tussen drie huisartsen, het Wit-Gele Kruis, de Stichting 'De Peelrand' en een verloskundige met het doel de samenwerking en het overleg tussen de verschillende werksoorten te intensiveren, opdat de continue, integrale en persoonlijke zorg, die voordien vanzelfsprekend was, ook onder de gewijzigde omstandigheden zou kunnen blijven bestaan.

Ook in 1975 en de daarop volgende jaren wordt door het rijk subsidie beschikbaar gesteld met het doel de bestaande samenwerking te ondersteunen. Echter de discussie over de besteding van deze gelden zet de verhoudingen binnen het samenwerkingsverband onder spanning vanwege de scherper ervaren verschillen tussen de zelfstandig werkenden en de werkers in loondienst.

De zelfstandig werkende hulpverleners worden zich ervan bewust dat zij zowel uitvoerend als beleidsbepalend bezig moeten zijn. De hulpverleners in loondienst voelen hun beperkingen met betrekking tot de uitvoering van het werk dat hun wordt opgedragen. Bovendien is er geen eenduidigheid in de regelgeving. De Voorlopige Stimuleringsregeling is niet eenduidig over wat wel en niet mag worden gefinancierd uit de subsidiegelden. Men is derhalve huiverig geld uit te geven. Daar is uiteindelijk de hele zaak op vastgelopen.

Omdat men samenwerking belangrijker vindt dan subsidie, wordt aan de ministeries van CRM en VOMIL verzocht voor 1979 geen subsidie meer beschikbaar te stellen. Prompt daarop ontvangt men juist wel subsidie. Uiteindelijk lukt het, ondanks herhaalde verzoeken aan de subsidiegever, pas in 1985 om tot een finale afrekening te komen.

In 1979 valt Beek en Donk binnen een proefgebied van de Kaderwet Specifiek Welzijn. Via deze Kaderwet zouden de gemeenten meer invloed krijgen op het gebied van ontwikkeling en planning van de welzijnszorg. In het welzijnsplan van de gemeente Beek en Donk waren enige passages opgenomen over het samenwerkingsverband. De

betrokken wethouder wilde een terugvorderingsprocedure aanspannen voor de niet gebruikte subsidiegelden. Via politieke lobby is toen een motie aangenomen die tot doel had die nadelige passages voor het samenwerkingsverband te verwijderen. Deze politieke bemoeienis, ontstaan uit mogelijkheden van toekomstige wetgeving, heeft er onder andere toe geleid dat men in Beek en Donk besluit tot de oprichting van de Stichting Gezondheidszorg.

Men voelt behoefte "aan een aanspreekbaar punt in de eerstelijns ter vereenvoudiging van de communicatie, aan een overlegkader op het juiste niveau waarbij een onderscheid gemaakt kan worden tussen de beleidsmatige aspecten van de gezondheidszorg en de uitvoering van het werk".

De Stichting Gezondheidszorg Beek en Donk wordt op 20 mei 1981 opgericht en heeft als doelstelling mee te helpen aan de bevordering en instandhouding van een goede gezondheid van de bevolking van Beek en Donk en een platform te zijn voor allen die zich daarmee actief bezighouden.

De initiatiefnemers hebben in de beginfase veel aandacht besteed aan het opbouwen van contacten en het leggen van relaties. Er zijn gesprekken gevoerd met het gemeentebestuur en met alle plaatselijk werkende hulpverleners en er is een begin gemaakt met het geven van informatie aan de bevolking. Gekozen wordt voor een geleidelijke aanpak, enerzijds inspelend op situaties die mogelijkheden bieden om bekendheid te geven aan het bestaan van de Stichting, anderzijds door eenvoudige en op de behoefte afgestemde initiatieven te nemen. Het kost dan ook veel tijd om de doelstellingen te verduidelijken en te concretiseren. Men hoopt dat het voordeel van deze benaderingswijze is dat geleidelijk een breder draagvlak kan ontstaan, zodat ook anderen zich kunnen gaan identificeren met de doelstellingen van de Stichting. Een andere reden om voor de stap voor stap benadering te kiezen, was gelegen in de overtuiging van de initiatiefnemers dat de nieuwe stichting pas vruchten kan afwerpen als het te voeren beleid zo veel mogelijk door gezamenlijke besluitvorming van belanghebbenden tot stand is gekomen. "De eerstelijnsgezondheidszorg kent immers een veelkleurigheid aan instellingen en personen, die allemaal hun eigen doelstellingen, opvattingen en meningen hebben. Ook de gebruikers van de gezondheidszorg zijn nog niet gewend aan het idee dat meepraten in de gezondheidszorg hun goed recht is. Een jarenlange traditie van consumeren en passief ondergaan is niet in een korte tijd om te buigen tot een actieve, participerende en kritische houding."

(Beleidsplan 1986 "Uw gezondheid, Uw verantwoordelijkheid", Beek en Donk).

Tot die zaken die door de Stichting in haar zesjarig bestaan inmiddels gerealiseerd zijn, behoren het opstellen van een sociale kaart en het verspreiden ervan onder de bevolking en het verzorgen van een pagina in het plaatselijke gemeenschapsblad. 'Hiermee wordt getracht de gezondheidszorg in al zijn facetten onder de aandacht te brengen van de bevolking en reacties uit te lokken. Door regelmatige evaluaties probeert men aan te sluiten bij actuele behoeften.' Er wordt een gezondheidsproject voorbereid dat in 1988 op de basisscholen van start moet gaan. Er is een gezondheidsinformatie documentatiecentrum opgericht in de plaatselijke apotheek waar op één ochtend en één middag een spreekuur wordt gehouden door vrijwilligers. Eén van de mogelijkheden in de toekomst zou zijn dit centrum uit te bouwen tot een centraal coördinatiepunt eerstelijns. Ook wil men een intensievere samenwerking met de Kruisvereniging waardoor een sterke patiëntenvereniging kan ontstaan.

Als men het beleidsplan 1986 leest dan komt men onder de indruk van de voornemens en de plannen van de Stichting Gezondheidszorg Beek en Donk.

Maar niet iedereen doet mee aan dit voorwaardenscheppende werk.

De hulpverleners maken tot nog toe geen gebruik van de mogelijkheid om twee personen aan te wijzen die toegang hebben tot de bestuursvergaderingen van de Stichting, waar zij een adviserende stem zouden mogen hebben.

Erger nog: de professionele hulpverleners in de eerste lijn hebben inmiddels hun gestructureerde overleg stopgezet. De verschillen in visie op de gezondheidszorg zijn te groot.

Het hometeam is in 1986 opgeheven. Men zag het niet meer zitten om maandelijks te vergaderen. Vooral de wisselingen bij gezinszorg en kruiswerk gaven de huisartsen het gevoel steeds opnieuw te moeten beginnen. Er zijn in de tien jaar van het bestaan van het hometeam geen activiteiten ontplooid om het uiteindelijke doel, een gezondheidscentrum, te verwezenlijken. De groepspraktijk is drie afzonderlijke praktijken gebleven en de meerwaarde van samenwerken in de zin van gemeenschappelijke behandelplannen, meldpunt voor de tweede naar de eerste lijn, is er nooit uitgekomen.

6. VERBETERING EN UITBREIDING VAN DE HULPVERLENING IN DE EERSTE LIJN

Versterking van de eerste lijn wordt op veel manieren nagestreefd. Maar als er op dit gebied iets bereikt wordt is dat lang niet altijd het resultaat van allerlei beleidsvoornemens. Soms is het een kwestie van heel praktisch en creatief gebruik maken van een mogelijkheid die zich voordoet. Wat in de ene plaats ondanks veel inzet en ondersteuning niet van de grond komt, blijkt in een andere plaats zonder dat het beleid daar expliciet op gericht was en voor een deel gefinancierd door de hulpverleners zelf, al jaren geleden in belangrijke mate te zijn gerealiseerd.

6.1. Enschede: naar een centraal coördinatiepunt in de eerste lijn?

In de gemeenten Enschede en Losser is door samenwerking van alle huisartsen met de Basisgezondheidsdienst (voorheen de GG & GD) een gezamenlijk telecommunicatiesysteem op poten gezet dat door gestage uitbreiding van diensten en gebruikers een belangrijk coördinatiepunt in de eerstelijns-hulpverlening is geworden.

De plaatselijke huisartsenvereniging kent een Vereniging Vestigingsbeleid welke als rechtspersoon een overeenkomst heeft met de gemeente, waarin bepaald wordt dat de centrale post van de ambulancedienst ook werkt als centraal punt in de waarnemingsregeling van de huisartsen. Deze regeling is collectief verplicht voor alle huisartsen. Een uitvloeisel hiervan is de bereikbaarheidsregeling waaraan eveneens alle huisartsen van de genoemde gemeenten deelnemen.

De oorsprong van deze regeling ligt bij een in 1969 door de afdeling Enschede e.o. van de KNMG ingestelde Werkgroep Telecommunicatie. Aan de besprekingen van deze werkgroep werd mede richting gegeven door het voornemen van de gemeente om - vooruitlopend op de invoering van de Wet Ambulancevervoer - een moderne meldpost voor het ambulancevervoer te stichten. Daartoe zou de GG & GD de bezetting van de meldpost tot 24 uur per dag moeten uitbreiden.

Aangezien de GG & GD vond dat dat te gering nut had als het alleen

om het ambulancevervoer ging en aangezien de huisartsen niet tevreden waren over het feit dat hun centrale dokterstelefoon niet permanent bezet was, kwam men al snel tot de conclusie dat hier twee belangen gecombineerd konden worden. In een nota aan het gemeentebestuur werd verzocht 'medewerking te verlenen aan een gezamenlijk door GG & GD en huisartsen te gebruiken telecommunicatiesysteem, als eigenaar of huurder daarvan te willen optreden en voor de beschikbaarstelling van geschoold bedieningspersoneel te willen zorgdragen'.

De concretisering van een en ander, na positieve reactie van de gemeente, liet nog enige tijd op zich wachten. Eén van de eisen van de kant van de gemeente was dat de huisartsen zich zouden verenigen in een rechtspersoon, zodat niet met iedere huisarts afzonderlijk een overeenkomst moest worden overeengekomen. Dit principe vormde een van de aanleidingen tot oprichting van de Vereniging Vestigingsbeleid Huisartsenpraktijken (VVH). Verder zou de deelname aan de centrale telefonische meldpost voor alle huisartsen verplicht zijn.

Naast vertraging bij de aanschaf van de technische apparatuur bleken toch ook bij de uitwerking van de plannen enige psychologische drempels overwonnen te moeten worden. In welke mate zouden de huisartsen afhankelijk worden van de gemeente? Welke verantwoordelijkheid zou de gemeente gaan dragen ter aanzien van het functioneren van 'de' huisartsen? Maar onder stimulans van het Regionaal Ziekenfonds wordt de vereniging uiteindelijk in november 1975 opgericht. Daarmee kwam de weg vrij voor samenwerking tussen GG & GD en de huisartsen.

Eind 1976 wordt een waarnemingsregeling gerealiseerd, waarbij de centrale post van de ambulancedienst het punt is waartoe mensen zich wenden bij afwezigheid van hun huisarts. De regeling loopt van maandag 00.00 uur tot vrijdag 17.30 uur via de centrale van de ambulancedienst. De weekendregeling wordt als voorheen in de plaatselijke dagbladen gepubliceerd. Iedereen die gedurende bovengenoemde periode een huisarts nodig heeft kan, indien de eigen huisarts afwezig is, bellen met de centrale post. Iedere huisarts heeft zich ertoe verplicht spreekuurpatiënten van afwezige huisartsen te behandelen. Aanvragen voor visites worden op de meldpost volgens een bepaald systeem over de aanwezige huisartsen verdeeld. Mocht er kritiek zijn op de noodzaak van de visites dan kan achteraf bij de voorzitter van de waarnemingscommissie een klacht worden ingediend. In de praktijk komt dit vrijwel niet voor.

Aan de waarnemingsregeling wordt het publiek dagelijks herinnerd doordat in de twee plaatselijke dagbladen bij de familieberichten op een vaste plaats een advertentie staat. Hierin wordt aangegeven welke huisartsen de volgende dag afwezig zijn met zo mogelijk tot wanneer, en wordt voor vervangende huisartsen verwezen naar de centrale post. Het systeem functioneert naar wens en blijkt ook voor het publiek voldoende duidelijk te zijn.

Men breidt de samenwerking uit. Naast de waarnemingsregeling wil men ook de bereikbaarheid van de huisartsen verbeteren. Om de communicatie tussen de meldpost en de huisartsen te optimaliseren, zijn na een onderzoek van de technische mogelijkheden huisartsen die hiervoor interesse hadden voorzien van een portofoon. Na anderhalf jaar namen alle huisartsen hieraan deel. Het grote voordeel van de portofoon boven semafoon of mobilfoon is dat bij oproep een directe reactie mogelijk is, hetgeen in overeenstemming is met de verantwoordelijkheid van de meldpost om de bereikbaarheid van de huisartsen te garanderen.

De portofoons zijn selectief, zodat niemand wordt gestoord door boodschappen bestemd voor een ander.

Omdat het belang van de portofoon met name speelt in spoedeisende gevallen, is vanaf het begin gestreefd naar 'etherdiscipline'. Het gebruik wordt zoveel mogelijk beperkt tot:

- Spoedboodschappen vanuit de praktijk (door de mogelijkheid van doorverbinding op het telefoonnet heeft de huisarts direct contact met zijn praktijkassistente);
- spoedoproepen van specialisten;
- consultatie van specialisten.

In de praktijk maakt de huisarts gemiddeld 4 à 5 keer per maand gebruik van de portofoon. Dit lijkt weinig, maar het blijkt dat dit systeem uiterst vruchtbaar werkt. In acute levensbedreigende situaties gaat geen minuut verloren. Het samengaan van huisartsen en ambulancediensten op dezelfde meldpost houdt in dat de mogelijkheid van anticipatie ontstaat. Dit betekent dat reeds voordat de huisarts spoedvervoer bestelt, een ambulance-auto 'stand-by' kan worden gehouden of op gezag van de meldpost reeds uitrijdt. Bij hartinfacten bijvoorbeeld kan op deze wijze zowel het 'doctors delay' als het 'ambulance delay' worden bekort.

Krijgt de huisarts een melding die hem direct al ernstig lijkt, dan kan hij bij vertrek naar de patiënt of onderweg al om een ambulance vragen.

Anderzijds kan de centralist(e) die een visite regelt of een be-

richt van een praktijk aan de huisarts meehoort, alvast een ambulance laten uitrijden of een ambulance vrijhouden. Van de enkele keren dat toch geen ambulance nodig blijkt, ligt men bij de Basisgezondheidsdienst van Enschede niet wakker.

Het gebruik van de portofoon voor de consultatie van specialisten komt slechts sporadisch voor, vooral vanwege privacy gevoelige gegevensuitwisseling.

Doordat de huisartsendienst erbij kwam heeft men de oorspronkelijk geplande centrale uitgebreid met onder andere de selectieve portofoonoproep en is er een dubbele bediening van het geheel.

Wat betreft de kosten is het zo geregeld, dat de artsen deelnemen tegen de meerkosten. Het ambulancevervoer dient kostendekkend te zijn en hier valt de basisuitvoering van de centrale en haar bemanning onder.

De meerkosten voor de artsendienst bestaan dientengevolge uit de kosten van een tweede bedienpaneel van de meldtafel, de advertenties en de kosten van de portofoons. Deze portofoons zijn gehuurd om direct te kunnen inhaken op nieuwe ontwikkelingen op dit gebied. Inmiddels maken ook de tandartsen gebruik van de waarnemingsregeling via deze centrale post en ook het alarmsysteem van de bejaardenzorg is er op aangesloten.

In principe zou een systeem als dit uitgebreid kunnen worden tot een centraal coördinatiepunt voor de eerste lijn. De 24-uurs bereikbaarheid en/of beschikbaarheid van wijkverpleging, gezinsverzorging en maatschappelijk werk zou dan ook ondergebracht moeten worden bij de centrale post. Een verzoek van de kruisvereniging in die richting is echter niet gehonoreerd.

De centrale zou uitgebreid moeten worden. En aangezien men dit initiatief niet is gestart om een centraal coördinatiepunt voor de eerste lijn op te zetten, maar destijds heel praktisch een mogelijkheid heeft aangegrepen die zich voordeed, maakt men zich nu ook niet sterk voor zo'n eerstelijns punt, maar verwijst de kruisvereniging door naar het ziekenhuis waar men wel ruimte heeft om de bereikbaarheid voor de kruisvereniging te regelen. Bij de Enschedese Basisgezondheidsdienst vindt men dit wel jammer 'maar het functioneert zo ook goed'. Wel zou een brede functie als centraal punt voor de bereikbaarheid van de eerste lijn een strategisch argument kunnen zijn in de discussie die momenteel gevoerd wordt over het onderbrengen van de centrale post van de ambulancedienst bij de meldpost van de brandweer.

In een met de Enschedese constructie vergelijkbare situatie is die brede functie wel mogelijk, zoals blijkt uit een initiatief in Nijmegen. Daar fungeert de meldpost van de GG & GD al enige jaren als informatiepunt voor de eerstelijnsdisciplines (huisartsen, kruiswerk, gezinszorg, kraamcentrum, verloskundigen, tandartsen en apothekers) en voor het RIAGG en een organisatie voor jeugdhulpverlening. Op het informatiepunt beschikt men over de schema's van avond-, nacht en weekenddienst. Als dienstdoende hulpverleners, bijvoorbeeld wegens huisbezoek, niet bereikbaar zijn, worden telefoontjes automatisch doorgeschakeld naar het centrale meldpunt, waar men de betreffende hulpverleners of een vervanger per telefoon kan alarmeren.

Het Enschedese initiatief is om een aantal redenen interessant:

- Het is praktisch om zo'n coördinatiepunt bij een instelling, die er toch al de voorzieningen voor heeft, te plaatsen en verstandig om daarvoor de ambulancedienst van de basisgezondheidsdienst of districtsgezondheidsdienst te kiezen, want juist in noodgevallen is dat de plek waar men toch contact mee moet zien te krijgen.
- Het is voor Nederland bijzonder dat zo'n nauwe samenwerking tussen eerste lijn en de Basisgezondheidsdienst tot stand komt. In andere landen wordt een aantal taken die door de basisgezondheidsdienst gedaan wordt, gewoon tot de eerste lijn gerekend, met in sommige gevallen ook eenzelfde systeem van financiering en planning. Dat het voor de eerste lijn een aantrekkelijke samenwerking kan zijn, blijkt in ieder geval in Enschede en Losser uit het feit dat ook andere disciplines mee willen doen.
- Als huisartsen zich organiseren, zoals hier in de Vereniging Vestigingsbeleid, dan valt er met hen als collectief zaken te doen en kunnen allerlei initiatieven waarvoor overeenkomsten tussen organisaties belangrijk zijn tot stand komen. De organisatie van de huisartsen op lokaal niveau is een belangrijke voorwaarde voor dit soort initiatieven. De vraag is in hoeverre de regionale ondersteuningsstructuur van huisartsen in 20 districten hierin kan voorzien.
- Het initiatief is niet uit de discussies over het beleid voortgekomen: gezien tegen de achtergrond van de huidige discussies over coördinatie van de eerste lijn is het een voorloper.

6.2. Koudekerke: Terminale zorg door de eerste lijn in een verpleeghuis

De kwalificaties die wij van het Enschedese initiatief gaven zijn ook van toepassing op het hierna te bespreken initiatief in Koudekerke: voorloper, origineel en praktisch. Verschillend is de uitgangsstelling: hier niet een praktische aanleiding, maar in eerste instantie een inhoudelijke motivatie van de initiatiefnemer: de behoefte om de mogelijkheden van de eerste lijn op het gebied van de terminale zorg uit te breiden vanuit de eigen ervaring als eerstelijnswerker.

De eerstelijnsgezondheidszorg, met name de huisarts, geconfronteerd met een ongeneeslijke ziekte bij één zijner patiënten, zal met deze patiënt en zijn familie overleggen wat er te doen staat. In een groot aantal gevallen zal de wens om thuis te sterven besproken worden en op haalbaarheid worden bekeken. Indien daarbij wordt gekozen voor thuiszorg, dan staat de eerste lijn voor een moeilijke maar vaak haalbare opdracht. Soms blijkt echter dat de verwachtingen van het thuisfront over de tijd die een stervensproces neemt, of de belasting op verzorgingsgebied en emotioneel gebied onderschat zijn, en dat de weg van terminale thuiszorg moet worden verlaten. De enige keuzemogelijkheid is dan vaak een verpleeghuisopname, waarbij de familie en de zo langzamerhand zeer betrokken huisarts op de achtergrond komen te staan.

Op initiatief van de huidige geneesheer-directeur, die zelf negen jaar als huisarts heeft gewerkt, is in het verpleeghuis Der Boede in Koudekerke gezocht naar een mogelijkheid om zowel de zorg en service van het verpleeghuis te benutten als die van de eerste lijn en de familie van de patiënt.

In de visie van de door het management-team van Der Boede in het leven geroepen werkgroep stervensbegeleiding moest het mogelijk zijn doordat het verpleeghuis meer woon- en verzorgingsaspecten in zich draagt dan behandel functies, de overstap vanuit huis naar een intramurale voorziening in de laatste dagen van het leven minder als een stap terug te ervaren.

Hierbij worden als voorwaarden genoemd:

- de betrokkene moet de ruimte hebben voor zichzelf en zijn familie, zowel emotioneel als letterlijk;
- de medische begeleiding zoals die in de thuiszorg geldt, moet gecontinueerd worden. De patiënt blijft onder controle van de huisarts. Sinds 1984 heeft men deze 'verplaatste terminale thuiszorg' in Der Boede mogelijk gemaakt.

Patiënten worden niet op de verpleegafdeling van het verpleeghuis opgenomen. De patiënten worden ondergebracht in appartementen die vroeger gebruikt werden om gerevalideerde patiënten weer aan een zelfstandige situatie te wennen. Voor dit doel worden de appartementen nauwelijks meer gebruikt doordat alternatieven bijvoorbeeld in de vorm van dagbehandeling deze functie overgenomen hebben. De terminale patiënt komt niet alleen, maar met een partner, familielid of andere verzorger. De medische begeleiding blijft plaatsvinden door de huisarts. Naar behoefte kan verpleegkundige zorg vanuit het verpleeghuis ingeschakeld worden; er wordt echter van uitgegaan dat de verzorging zo veel mogelijk door partner, familie enzovoorts gebeurt. De appartementen zijn voor deze nieuwe functie geschikt gemaakt.

De belangrijkste organisatorische kant is uiteraard de afstemming van deze vorm van terminale zorg op de werkzaamheden van de verpleegkundigen van het verpleeghuis en het realiseren van een goede informatie-uitwisseling tussen de huisarts en de verpleegkundigen en de verpleeghuisarts, die afwezigheid van de huisarts in weekend en vakantie opvangt.

Wat de financiële kant betreft: het AWBZ-verbindingskantoor stemde toe in de financiële dekking. Men behandelt het als een gewone opname in het verpleeghuis die valt onder de AWBZ-financiering.

Tot en met 1986 zijn er 14 patiënten, begeleid door hun naasten en de huisarts, in deze zorgmogelijkheid van het verpleeghuis overleden. De gemiddelde verblijfsduur bedroeg rond de 40 dagen met één uitschieter van 145 dagen. Het gemiddelde bezettingspercentage bedroeg circa 50%. In alle gevallen vond vooroverleg plaats met de huisarts over de haalbaarheid van de 'verplaatste terminale thuiszorg'. Als er zicht was op de haalbaarheid en op de wens bij de patiënt en zijn naasten om van de nieuwe zorgmogelijkheid gebruik te maken, werd een huisbezoek gemaakt.

De familieleden en patiënten stonden aanvankelijk huiverig tegenover het voorstel. Men zag het verpleeghuis als een voorportaal van het kerkhof en als een verzamelplaats van ellende. Toch beseften men thuis niet meer verder te kunnen; men was aan het einde van de spankracht, er was onvoldoende eerstelijns hulp in de avond en nacht en men wilde graag betrokken blijven bij zorg en hulp. De eerste indrukken bij binnenkomst waren positief. Men had het gevoel zichzelf te kunnen zijn, de mogelijkheden te hebben een eigen huiselijke sfeer te kunnen creëren en het veilige gevoel dat

er op de achtergrond altijd personeel aanwezig was. Er viel een last van de schouders. Tenslotte had men het gevoel dichterbij te zijn gebleven dan bij opname mogelijk zou zijn geweest.

De houding en de ervaring van de betrokken huisartsen ligt geheel in dezelfde lijn als die van de familieleden. Zij waren tevreden over de geleverde zorg en zagen deze als een welkome aanvulling van hun mogelijkheden.

Inmiddels is de voorziening een in het pakket van Der Boede geaccepteerd en geïntegreerd gegeven. Er bestaan voorshands geen plannen dit als experiment gestarte project te beëindigen.

Bijzonder aan dit experiment is dat vanuit een derdelijnsinstelling het initiatief is genomen tot een uitbreiding van de zorgmogelijkheden van de eerste lijn waarbij ook de mantelzorg nauw betrokken blijft.

- Het sluit aan op de behoefte die mensen hebben om er niet alleen voor te staan als ze voor een ernstig ziek familielid moeten zorgen: ze kunnen altijd terugvallen op de verpleegdienst van het verpleeghuis.
- Het vangt, doordat dit 24 uur per dag kan, een zwakke plek in de thuiszorg door de eerste lijn, de bereikbaarheid en beschikbaarheid in de avond en 's nachts. Een probleem overigens, dat in toenemende mate opgelost wordt door 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van wijkverpleegkundigen en gezinsverzorging.
- Bovendien is de continuïteit in de medische zorg groot, doordat eventuele waarneming van de huisarts geschiedt door steeds dezelfde verpleeghuisarts.

Inmiddels is ook de tweede lijn betrokken bij dit experiment. Men heeft het criterium 'alleen opname vanuit de thuissituatie' bijgesteld en nu kunnen ook patiënten vanuit het ziekenhuis, op voordracht van de specialist, van deze mogelijkheid gebruik maken.

Algemene conclusies zijn moeilijk te trekken uit dit initiatief, omdat de situatie waarin een verpleeghuis de ruimtelijke mogelijkheden ervoor heeft, niet vaak zal voorkomen. Maar er zijn ook andere, bestaande voorzieningen die in tijdelijke opvang kunnen voorzien op het moment dat om wat voor reden dan ook thuiszorg niet mogelijk is. Zo bestaat in een van de aangemelde initiatieven de mogelijkheid dat thuisverpleegde bejaarden tijdelijk in de ziekenboeg van het verzorgingshuis worden opgenomen om hun mantel-

zorgers enige rust of vakantie te gunnen.

Een uitgebreidere bestudering van deze en vergelijkbare initiatieven zou ons mogelijk iets kunnen leren over de noodzaak van en de behoefte aan nieuwe voorzieningen, zoals een verpleegeenheid in de wijk. In een van de modellen die in de nota 2000 beschreven zijn, wordt uiteggaan van een dergelijke voorziening met een capaciteit van ongeveer dertig bedden.

7. CONCLUSIE EN SLOTBESCHOUWING

De landelijke overheid heeft de afgelopen vijftien jaar een actief beleid gevoerd met betrekking tot de eerstelijns(gezondheids)zorg. Uit onze analyse in het eerste deelrapport bleek dat op het gebied van regionalisering en decentralisatie het resultaat beperkt gebleven is.

Wat de echelonnering betreft konden we positiever zijn; vooral de horizontale integratie van de eerste lijn is voortgeschreden. Ook op het gebied van versterking van de eerste lijn door verbetering van de positie en toerusting van afzonderlijke disciplines en door vernieuwing van zorgconcepten zijn resultaten geboekt.

Als we nu op een even globaal niveau naar de beschreven veldinitiatieven kijken, dan blijkt dat het aantal veldinitiatieven op het gebied van bestuurlijke afstemming van de verschillende eerstelijnsdisciplines en afstemming van werkgebieden gering is en dat er juist op dat gebied de meeste mislukte initiatieven geteld zijn. De landelijke pendant van deze veldinitiatieven zijn de beleidsvoornemens en -maatregelen met betrekking tot de regionalisering van de gezondheidszorg.

De grootste groep veldinitiatieven is onder de noemer feitelijke bevordering van samenhang en samenwerking in de eerste lijn en tussen de eerste lijn en andere echelons ondergebracht. In termen van de analyse die in het eerste deelrapport over het overheidsbeleid met betrekking tot de eerste lijn gemaakt is, hebben deze veldinitiatieven betrekking op het proces van echelonnering: het tot stand brengen van horizontale integratie binnen de eerste lijn en een evenwichtige relatie tot andere echelons. Gezien de hoeveelheid veldinitiatieven zou men kunnen concluderen dat het overheidsbeleid op dit gebied brede weerklank in het veld gehad heeft of gebaseerd is geweest op hetgeen in brede kring in het veld leefde. Binnen de doelstellingen van de veldinitiatieven is er evenwel een verschuiving te constateren van breed opgezette samenwerkings- en overlegvormen naar een meer beperkte opzet - de initiatieven op het gebied van samenwerking (of misschien een begin van integratie) tussen wijkverpleging en gezinsverzorging.

Een ontwikkeling die daarmee mogelijk samenhangt is te zien in de toename van het aantal veldinitiatieven die (de voorwaarden voor) uitbreiding van het zorgaanbod mogelijk willen maken. Vooral in de initiatieven op het gebied van thuiszorg en thuisverpleging zien

wij een veranderde houding ten opzichte van samenwerking in de eerste lijn. Samenwerking in de eerste lijn wordt minder dan voorheen als doel op zich beschouwd, maar wordt meer afhankelijk gemaakt van specifieke hulpvragen of specifieke knelpunten in de zorg. De meeste veldinitiatieven zijn onder de noemer echelonnering - in de zin van horizontale integratie van de eerste lijn en verticale integratie van de eerste lijn en andere echelons - onder te brengen. Ook onder het thema versterking van de eerste lijn is een - zij het geringer - aantal veldinitiatieven te rangschikken. Een van de vraagstellingen naar aanleiding van de inventarisatie van initiatieven was of er een samenhang is tussen de aard van de veldinitiatieven en het landelijk beleid. We zijn in hoofdstuk 3 op deze vraag ingegaan door te bezien of er in de loop van de tijd verschuivingen optreden in de veldinitiatieven en of die verschuivingen te interpreteren zijn door de perioden te onderscheiden die begrensd worden door beleidsnota's van de overheid. We kunnen dezelfde vraag nog op een iets andere manier benaderen aan de hand van het onderscheid tussen beperkend en verruimend beleid (Honigh, 1985). De beleidsvoornemens met betrekking tot regionalisering zijn vooral gepresenteerd als beperkend beleid. De WVG biedt het kader waarbinnen op regionaal niveau regels gesteld kunnen worden - op het gebied van de afstemming van werkgebieden werd bijvoorbeeld het voornemen geuit te komen tot vergaande overeenstemming van doelpopulaties binnen gebieden van 30.000 inwoners. Uitvoering van het beleid op dit gebied zou de mogelijkheden en alternatieven van beleidssubjecten - bijvoorbeeld de mogelijkheden voor huisartsen om patiënten buiten bepaalde gebiedsgrenzen te hebben - beperken. Door het beperkende karakter van deze beleidsvoornemens is er weinig stimulans voor initiatieven uit het veld. Kijken we aan de andere kant naar beleidsvoornemens op het gebied van horizontale integratie van de eerste lijn, dan blijkt dat daar veel meer het accent ligt op verruimend beleid. Al in het begin van de jaren zeventig is een stimuleringsregeling tot stand gekomen voor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Dergelijk beleid verruimde de mogelijkheden voor diegenen die initiatieven ontwikkelden op het gebied van de samenwerking. Tegen deze achtergrond bezien is het misschien niet zo vreemd dat er slechts weinig veldinitiatieven waren op het gebied van bestuurlijke afstemming en afstemming van werkgebieden.

We zullen enkele belangrijke bevindingen van dit rapport per thema op een rij zetten. Het is goed er daarbij nog eens op te wijzen dat de verzamelde initiatieven een selectie van alle initiatieven vormen; er is immers geen systematisch onderzoek verricht waaruit een volledig beeld van alle initiatieven af te leiden is. Als we nu uit het rapport enkele punten naar voren halen, maken we nogmaals een selectie.

Op het gebied van de regionalisering verdienen initiatieven met betrekking tot afstemming van werkgebieden en/of doelpopulaties de aandacht. Het blijkt dat de concentratie van patiëntenpopulaties van huisartsen rond praktijkpunten en de beperking tot een bepaald geografisch gebied waartoe ook andere hulpverleners zich beperken, moeilijk te realiseren is. Individuele huisartsen moeten een stukje van hun vrijheid opgeven en in een aantal gevallen ook feitelijk kosten maken, terwijl de voordelen van afstemming van werkgebieden en regionalisering van praktijken pas zichtbaar kunnen worden als een grote meerderheid van de huisartsen eraan deelneemt. Het is daarom enerzijds niet vreemd dat naar aanleiding van de ervaring in Den Haag met een poging tot regionalisering van huisartspraktijken geconstateerd wordt dat dat alleen te bereiken is als overheidsingrijpen plaatsvindt, terwijl anderzijds afstemming van werkgebieden wel lukt in een initiatief waarbij de wijkverpleging zich qua doelpopulatie richt op de praktijken van de huisartsen.

De verwachting is dat verstrekkende regels voor de afstemming van werkgebieden niet tot stand zullen komen. De vraag is dan of op andere manieren dan door beperkende overheidsingrijpen afstemming van werkgebieden bereikt kan worden. Men kan hierbij in verschillende richtingen denken. In de eerste plaats zou men door verruimend beleid kunnen trachten concentratie van patiëntenpopulaties en afstemming met het werkgebied van andere hulpverleners aantrekkelijk te maken voor individuele huisartsen. Net zo goed als de monodisciplinaire samenwerking tussen huisartsen in Engeland (zie deelrapport 2) succesvol gestimuleerd is door in de honorering van huisartsen extra toelagen op te nemen voor samenwerkende huisartsen, zou geprobeerd kunnen worden via de honorering concentratie en afstemming aantrekkelijk te maken. Ook zou de grotere contracteervrijheid die verzekeraars en aanbieders van zorg in de toekomst mogelijk krijgen, gebruikt kunnen worden om te experimenteren met regelingen die de afstemming van werkgebieden bevorderen.

In de tweede plaats zou men de voor- en nadelen van praktijkgebonden werken door andere eerstelijns hulpverleners, vooral wijkverpleging en maatschappelijk werk, kunnen heroverwegen. Een keuze op pragmatische gronden van meer praktijkgebonden werken door de wijkverpleging zou overigens ook gevolgen hebben voor de scheiding tussen individu gericht en collectief gericht werk van de wijkverpleging.

Bij de bespreking van initiatieven op het gebied van samenwerking en samenhang in de eerste lijn is geconstateerd dat er een groot aantal initiatieven bestaat op het gebied van de samenwerking tussen wijkverpleging en gezinsverzorging.

Een van de conclusies die naar voren kwam uit het NIVEL-onderzoek 'Behoefte aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid' (Verhaak e.a., 1985), was dat de zorgbehoefte in veel gevallen tussen wijkverpleegkundige zorg en gezinszorg inzit. Door een van de respondenten op onze oproep voor initiatieven werd naar voren gebracht dat naar schatting bij tien procent van de hulpverleningsgevallen beide disciplines betrokken zijn. Dit zijn twee belangrijke redenen voor samenwerking tussen gezinsverzorging en wijkverpleging. Gezien het belang van en de belangstelling voor deze samenwerking tussen wijkverpleging en gezinszorg verdient het aanbeveling, nader onderzoek hiernaar te stimuleren waarbij bijvoorbeeld ook de inhoud van gezamenlijke behandelplannen en de wederzijdse overname van taken in beeld gebracht worden.

In de conclusies van het tweede deelrapport is een parallel getrokken tussen het Finse model van gezondheidscentra met de beschikbaarheid van bedden in de eerste lijn en de modellen die in de Nota 2000 gepresenteerd zijn en waarin plaats is voor verpleegeenheden op wijkniveau. Wij hebben ons daar sceptisch uitgelaten over de wenselijkheid van verpleegeenheden in de eerste lijn. Het beschreven experiment op het gebied van terminale zorg door de eerste lijn in een verpleeghuis noopt ons ertoe onze stellingname enigszins te relativiseren. In het beschreven experiment wordt een functie gerealiseerd die overeenkomt met een van de functies die ook door verpleegeenheden in de eerste lijn vervuld zouden moeten worden. Het blijft de vraag of dergelijke functies niet ook ondergebracht kunnen worden bij verpleeghuizen, bejaardenoorden en eventueel ziekenhuizen. Het experiment met de terminale zorg door de eerste lijn in het verpleeghuis is waarschijnlijk gedeeltelijk ingegeven door de specifieke ruimtelijke mogelijkheden van dat

verpleeghuis en door een gebrek aan extramurale verpleegkundige zorg in de nachtelijke uren. Door de toenemende 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van wijkverpleegkundige zorg wordt in dit laatste in ieder geval voor een deel voorzien. De ruimtelijke mogelijkheden om een experiment als dat in Koudekerke te realiseren, zullen niet op veel plaatsen aanwezig zijn. Het is van belang om alvorens over te gaan tot het creëren van nieuwe voorzieningen inzicht te krijgen in de behoefte aan deze functie en in alternatieve mogelijkheden om binnen bestaande voorzieningen in deze functie te voorzien.

We hebben in deze slotbeschouwing slechts enkele punten naar voren gehaald. De analyse van veldinitiatieven laat zien dat er op een breed terrein initiatieven ter versterking van de eerste lijn genomen zijn en worden. De ervaringen die in deze initiatieven opgedaan worden, zouden het verdienen om breder uitgewisseld te worden. Vooral concrete produkten als samenwerkingsovereenkomsten, protocollen, checklists voor de behandeling van gemeenschappelijke patiënten, die op lokaal niveau ontwikkeld worden, kunnen voor andere initiatieven van groot nut zijn. Het is te overwegen of een dergelijke uitwisseling niet op een of andere manier georganiseerd kan worden. Op het gebied van initiatieven met betrekking tot de relatie tussen eerste en tweede lijn zal binnenkort een landelijk projectbureau van start gaan dat een dergelijke functie heeft. Ook op het gebied van samenhang, integratie en zorgvernieuwing binnen de eerste lijn zou een dergelijke functie overwogen kunnen worden.

LITERATUUR

- BAKKER, D.H. DE, M.J.P. WULMS. Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg. Interimrapport: een verkenning van de mogelijkheden en activiteiten. Utrecht: NIVEL, 1986
- BAKKER, D.H. DE. Afstemming van werkgebieden in Rotterdam: een analyse met ziekenfondsgegevens. Utrecht: NIVEL, 1987
- BAKKER, D.H. DE. Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg. Eindrapport. Utrecht: NIVEL, 1987
- BOERMA, W.G.W. Hometeams 1985. Utrecht: NIVEL, 1986
- FRANSSSEN, L, J.B.H. DEEN. Goed overleg tussen artsen en apothekers leidt tot beter en goedkoper voorschrijven. Inzet; 4, 1980, 6-10
- HONIGH, M. Doeltreffend beleid. Assen: Van Gorcum, 1985
- MULDER, H.C., Tj. TIJNSTRA, W.E. WALLINGA. Herverdeling van huisartspraktijken. Medisch Contact; 30, 1975, 53-59
- REENDERS, K. Samenwerking tussen huisartsen en apothekers: tien jaar overleg in de regio Hoogeveen geëvalueerd. Medisch Contact; 39, 1984; 757-760
- SCHOONDERWOERD, P., S. BLESS. Afstemming van werkgebieden in de eerste lijn: ervaringen met het project subregionalisering in Eindhoven. Bunnik: Sl, 1982
- VERHAAK, P.F.M., J.T. VAN BUSSCHBACH, D. KORTENHOEVEN. Behoeftes aan wijkverpleegkundige zorg bij veranderend beleid. Utrecht: NIVEL, 1985
- WULMS, M.J.P. De eerstelijns(gezondheids)zorg in gemeentelijke beleidsnota's: een analyse in het licht van het rijksoverheidsbeleid. Utrecht: NIVEL, 1987

BIJLAGEN

1. Formulier waarop initiatieven aangemeld kunnen worden.
2. Oproep, verschenen in: Maatschappelijke Gezondheidszorg.



Nederlandsche Vereniging
voor de Eerstelijnsgezondheidszorg
Nederlandsche Vereniging voor de
Eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

datum
20 mei 1987

kenmerk

DIR 438 RW/RW

Antwoordformulier

Initiatieven ter versterking van de
eerstelijnsgezondheidszorg

- Korte beschrijving van het initiatief/experiment

- Betrokken beroepsgroepen en of instanties

- Wie was de initiatiefnemer?

- Wanneer is het initiatief/experiment gestart of gestopt?

0 jaar aanvang:

0 jaar van ophouden:

0 loopt nog steeds: ja/nee

- Is het initiatief geëvalueerd: ja/nee

- Is het initiatief gelukt: ja/nee

- Zo nee, wat is daarvan de oorzaak geweest?

- Is er een contactpersoon en of-adres?

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Initiatieven vanuit het veld ter versterking van de eerste lijn

Op 15 september 1986 is bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (NIVEL) te Utrecht een onderzoek gestart naar de rol van de overheid bij de herstructurering en versterking van de eerstelijnszorg in de periode 1974 tot 1986. Het onderzoek, dat wordt uitgevoerd in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, moet inzicht geven in de vraag wat tot nog toe de resultaten zijn geweest van het gevoerde overheidsbeleid op het gebied van de eerstelijnszorg.

Naast de rol van de overheid, wordt ook aandacht besteed aan initiatieven vanuit het veld. Een belangrijk onderdeel van dit onderzoek vormt daarbij een inventarisatie van initiatieven ter verbetering van de zorg, die zijn of worden ondernomen door hulpverleners en hulpverlenende instanties in de eerste lijn. Doel van deze deelstudie is vast te stellen welke initiatieven succesvol zijn (geweest) en welke niet en welke voorwaarden daarbij een rol hebben gespeeld. Op grond van deze gegevens kunnen mogelijk beleidsaanbevelingen worden geformuleerd, die bij kunnen dragen tot een beter functionerende eerste lijn; zowel wat de hulpverlening betreft, als in organisatorische en structurele zin.

In dit verband is het NIVEL vooral geïnteresseerd in initiatieven, die gericht zijn (geweest) op het tot stand brengen van samenwerkingsvormen binnen de eerste lijn of die de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn betreffen. Het gaat daarbij om initiatieven die de normale situatie overstijgen en die geen inci-

denteel of persoonlijk karakter dragen, dus niet het (telefonisch) contact tussen huisarts en specialist of tussen huisarts en wijkverpleegkundige; maar wel initiatieven tot organisatorische afstemming van kruiswerk en gezinszorg, huisarts en apotheker of nauwere en georganiseerde samenwerking van huisarts en specialist. Voorbeelden van samenwerking (s-initiatieven) binnen de eerste lijn die voor onderzoek in aanmerking komen zijn onder andere:

- pogingen om te komen tot een betere afstemming van de zorggroepen en werkgebieden van gezinsverzorgenden, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden;

- vergroting van de opvang van behandelingsmogelijkheden van cliënten/patiënten in de thuissituatie.

Bij de samenwerking (s-initiatieven) tussen de eerste en tweede lijn valt te denken aan:

- de ontwikkeling van overdrachtssystemen tussen bijvoorbeeld ziekenhuis en wijkverpleging;

- de ontwikkeling van zorgprotocollen.

Indien er in de werkgebieden van de lezers van dit tijdschrift initiatieven plaatsvinden of plaats hebben gevonden, dan zou het NIVEL daarvan graag op de hoogte gesteld worden. Ook is het NIVEL geïnteresseerd in initiatieven die al in een vroeg stadium zijn mislukt of in het geheel niet van de grond zijn gekomen. Voor nadere informatie over het onderzoek of voor het doorgeven van bovenbedoelde initiatieven kan men zich wenden tot drs. R. Willemssen, telefoon: 030-319946.

