

AFSTEMMING VAN WERKGEBIEDEN EN DOELPOPULATIES: EEN ONDERZOEK NAAR DE MATE WAARIN WERKGEBIEDEN EN DOELPOPULATIES VAN DE VIER KERNDISCIPLINES IN DE EERSTELIJNS(GEZONDHEIDS)ZORG SAMENVALLLEN EN NAAR DE POGINGEN DIE WORDEN ONDERNOMEN OM DE AFSTEMMING TE VERBETEREN

D.H. de Bakker

juli 1988

De reeks 'Studies naar Samenwerking' bestaat uit onderzoeksrapporten over bepaalde aspecten van samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg. Daarnaast is er de serie 'Cijfers over Samenwerking' waarin jaarlijks statistische overzichten worden gepubliceerd uit de registratiesystemen van gezondheidscentra en home-teams.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Bakker, D.H. de

Afstemming van werkgebieden en doelpopulaties :
een onderzoek naar de mate waarin werkgebieden en doelpopulaties van de vier kerndisciplines in de eerstelijns(gezondheids)zorg samenvallen en naar de pogingen die worden ondernomen om de afstemming te verbeteren / D.H. de Bakker. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL

ISBN 90-6905-068-4

SISO 614 UDC 364.4+614.2(492)

Trefw.: eerstelijnsgezondheidszorg ; Nederland ; onderzoek

INHOUDSOPGAVE

	pag.
1. INLEIDING	1
2. LITERATUURVERKENNING	5
2.1. Inleiding	5
2.2. Begrippenkader	5
2.3. De territoriale organisatie van de vier kerndisciplines	7
2.4. De te verwachten mate van afstemming	14
2.5. Conclusie	20
3. OPZET VAN HET ONDERZOEK	22
3.1. Inleiding	22
3.2. Methode-ontwikkeling	22
3.3. Regiokeuze en de verzameling van ziekenfondsgegevens	25
3.4. Gegevensverzameling over de werkgebieden van de wijkverpleging, de gezinszorg en het maatschappelijk werk	28
3.5. De gebruikte afstemmingsmaten	29
3.6. Analyse-opzet	32
4. AFSTEMMING VAN WERKGBIEDEN EN DOELPOPULATIES: RESULTATEN	35
4.1. Inleiding	35
4.2. Het landelijk beeld	35
4.3. De situatie in de regio Amersfoort	40
4.3.1. Regiobeschrijving	40
4.3.2. De spreiding van de patiënten rond de huisartspraktijk	44
4.3.3. Afstemming van werkgebieden van wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg	50
4.3.4. De afstemming van de praktijkpopulatie van de huisarts op de werkgebieden van de overige disciplines	52
4.3.5. Conclusie	59
4.4. De situatie in Twente	60
4.4.1. Regiobeschrijving	60
4.4.2. De spreiding van de patiënten rond de huisartspraktijk	64
4.4.3. Afstemming van werkgebieden van wijkverpleging, het maatschappelijk werk en de gezinszorg	68

4.4.4.	De afstemming van de praktijkpopulaties van de huisarts op de gebiedsindeling van de overige disciplines	70
4.4.5.	Conclusie	74
4.5	De situatie in de regio Zwolle	74
4.5.1.	Regiobeschrijving	74
4.5.2.	De spreiding van patiënten rond de huisartspraktijk	78
4.5.3.	Afstemming van werkgebieden van wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg	82
4.5.4.	Afstemming van de praktijkpopulaties van de huisarts op de gebiedsindelingen van de overige disciplines	84
4.5.5.	Conclusie	85
4.6.	De situatie in Rotterdam	87
4.6.1.	Regiobeschrijving	87
4.6.2.	De ruimtelijke spreiding van de praktijkpopulaties van de huisartsen	88
4.6.3.	Afstemming van werkgebieden van wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg	89
4.6.4.	De afstemming van de praktijkpopulaties van de huisarts op de gebiedsindelingen van de overige disciplines	90
4.6.5.	Conclusie	92
4.7.	Conclusie	93
5.	ACTIVITEITEN TER BEVORDERING VAN AFSTEMMING VAN WERKGEBIEDEN	94
5.1.	Inleiding	94
5.2.	De inventarisatie via de ROP's	94
5.2.1.	Inleiding	94
5.2.2.	Pogingen getypeerd naar plaats en deelnemende actoren	96
5.2.3.	De gekozen optie	98
5.2.4.	Succes of mislukking	99
5.2.5.	Voorbeeld van een geslaagde en een mislukte poging	100
5.2.6.	Conclusie	102
5.3.	Pogingen van gemeenten om de afstemming van werkgebieden te verbeteren	103
5.3.1.	Inleiding	103
5.3.2.	Gemeentelijke standpunten inzake afstemming	104
5.3.3.	Gemeentelijke betrokkenheid bij pogingen	106
5.3.4.	Conclusie	114
5.4.	Conclusie	115
6.	SAMENVATTING EN CONCLUSIE	117

LITERATUUR

124

BIJLAGEN:

126

A: Betrouwbaarheidsanalyses

B: Schema activiteiten van ROP's

C: Vragenlijst, voorgelegd aan de gemeenten

VOORWOORD

Voor u ligt het eindrapport van het onderzoeksproject "Afstemming van werkgebieden van de hulpverleners van de vier kerndisciplines in de eerstelijns(gezondheids)zorg. De probleemstelling van het project luidt als volgt:

- Hoe laat afstemming van werkgebieden zich op landelijke schaal empirisch onderzoeken?
- In welke mate vallen de werkgebieden van de vier kerndisciplines in de el(g)z op dit moment samen?
- Welke activiteiten worden ontplooid om de afstemming van werkgebieden te verbeteren?

In de eerste fase van het onderzoek is de aandacht gericht geweest op de ontwikkeling van methoden om afstemming van werkgebieden van de huisartsen in kaart te brengen, te weten enquêtering van huisartsen, enquêtering van wijkverpleegkundigen, bevolkingsenquêtes en gebruikmaking van ziekenfondsgegevens. Laatstgenoemde methode leverde de meest betrouwbare en gedetailleerde resultaten op. Bovendien waren de resultaten van de case-study met ziekenfondsgegevens dermate interessant dat deze afzonderlijk zijn gepubliceerd (Afstemming van werkgebieden in Rotterdam, D.H. de Bakker, 1987).

De nadruk ligt in dit eindrapport op de tweede en derde vraag uit de probleemstelling. Geïnteresseerden in de methode-ontwikkeling kunnen terecht in de bijlagen, waarin een uitgebreide samenvatting van de methode-ontwikkeling is opgenomen. De mate waarin de werkgebieden van de eerstelijnsdisciplines samenvallen, is beschreven voor de regio's Amersfoort, Twente en Rotterdam. Aan de hand van de beschrijvingen kan men zich een beeld vormen van de situatie met betrekking tot (geografische) afstemming van werkgebieden in Nederland. De pogingen om de afstemming van werkgebieden te verbeteren, zijn in kaart gebracht door middel van een tweetal landelijke inventarisaties (via de gemeenten en de Regionale Ondersteunings Platforms).

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. De begeleiding was in handen van een commissie, bestaande uit:

Drs. F. Gardenbroek, voorzitter, WVC Hoofdafdeling Eerstelijnsgezondheidszorg;

Drs. T. Zengerink, WVC Hoofdafdeling Eerstelijnsgezondheidszorg;

Drs. W. Joling, WVC Stafafdeling Beleidsontwikkeling;

Drs. M. Schrijver, Vereniging van Nederlandse gemeenten;

Drs. J. Geurts, arts, voormalig medewerker S-1 en ATIS.

Aan de totstandkoming van het rapport hebben verschillende NIVEL-medewerkers bijgedragen. Drs. Paul Wulms heeft de inventarisatie onder Regionale Ondersteunings Platforms verricht en de resultaten daarvan beschreven. Drs. Diana Delnoy heeft de resultaten van de enquête onder gemeenten verwerkt en beschreven. De samenvatting van de methode-ontwikkeling is in samenwerking met drs. René Hamers en drs. Diederik Kersten geschreven. Programmeerondersteuning en research-assistentie werden geleverd door Lex Fransen en Jan Gravenstein. Simone Kerkhove heeft tenslotte de tekstverwerking voor haar rekening genomen.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van het Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken, het Regionaal Ziekenfonds Twente, het Regionaal Ziekenfonds Zwolle en de Stichting Ziekenfonds Rotterdam. Verder gaat een woord van dank uit naar alle medewerkers van kruisverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, die zo welwillend informatie over de door hen gehanteerde gebiedsindelingen verstrekten. Tenslotte verdienen de medewerkers van Regionale Ondersteuningsplatforms, die de tijd en moeite namen om mee te werken aan een telefonisch interview, en de gemeente-ambtenaren die de schriftelijke enquête invulden, vermelding.

1. INLEIDING

Samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en gezinsverzorgsters (hulpverleners uit de vier eerstelijnskerndisciplines) wordt gezien als een belangrijk middel om de eerstelijns te versterken. Zo wordt voor de ontwikkeling van de thuiszorg een betere samenwerking tussen de eerstelijns-hulpverleners een noodzakelijke voorwaarde geacht. Geconstateerd kan echter worden dat zich verschillende knelpunten voordoen, waardoor de eerstelijns-samenwerking in veel gevallen niet of moeizaam van de grond komt. Eén van de knelpunten is in dit onderzoek nader onderzocht, namelijk het gebrek aan afstemming van werkgebieden en doelpopulaties van de hulpverleners in de verschillende eerstelijnskerndisciplines. Om te kunnen samenwerken, zouden de hulpverleners van de verschillende disciplines een groot deel van hun patiënten/cliënten gemeenschappelijk moeten hebben. In de praktijk is dat echter niet zo. Wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg werken veelal met onderling van elkaar verschillende gebiedsindelingen. Huisartsen hebben hun patiënten vaak over een relatief groot gebied verspreid. Het gevolg van deze situatie is dat een hulpverlener in zijn/haar werkgebied of doelpopulatie op veel verschillende hulpverleners uit andere disciplines stuit, wat een gestructureerde samenwerking met die andere disciplines bemoeilijkt. Een gemeenschappelijk voorwerp van zorg als basis voor samenwerking ontbreekt immers.

Uit het veld komen verschillende aanwijzingen dat men een betere afstemming van werkgebieden een nuttige zaak vindt. Zo vindt de Plaatselijke Huisartsen Vereniging van Rotterdam in een notitie van 1984 een gebiedsindeling nodig voor de ontwikkeling van de thuiszorg. Verder blijkt uit een onderzoek in Midden-Limburg (Hamers en Kersten 1987, p. 194) dat vooral wijkverpleegkundigen gebrek aan afstemming vaak als probleem ervaren (68% van het aantal wijkverpleegkundigen in die regio). Bij de gezinszorg en het maatschappelijk werk zijn de percentages, die het als probleem ervaren lager (respectievelijk 23 en 10%). Uit een onderzoek van Visser (1985, p. 57) in Rotterdam blijkt dat de meeste patiëntenorganisaties zich ook uitspreken voor een wijkgerichte hulpverlening, maar deze mag alleen op vrijwillige basis tot stand komen.

Sinds de Schets voor de Eerstelijnsgezondheidszorg (1980) is afstemming van werkgebieden een topic in het beleid van de rijksoverheid. Gebrek aan afstemming beperkt de mogelijkheden voor samenwerking en

staat daarmee de zo noodzakelijk geachte versterking van de eerste-
lijn in de weg. De Nota Eerstelijnszorg (1983, p. 28) heeft speci-
fieke ideeën over de gewenste mate van afstemming. "Voor het reali-
seren van een samenhangende eerstelijnszorg wordt op grond van de
tot dusverre opgedane ervaring en inzichten nu gestreefd naar samen-
werking tussen voorzieningen in geografisch aaneengesloten werkge-
bieden met ten hoogste 30.000 inwoners. Binnen deze werkgebieden
dient te worden gestreefd naar onderlinge afstemming van de doelpo-
pulaties, gericht op het bereiken van een voor minstens 80% congru-
ente doelpopulatie." De Nota 2000 (1986, p. 253) constateert even-
eens onvoldoende afstemming. In deze nota (p. 241 en verder) wordt,
geïnspireerd door de 'Health for all'-gedachte, de wijk met tussen
de 10.000 en de 20.000 inwoners gezien als een uitgangspunt waarin
de vier kerndisciplines het 'hart' van de zorg vormen. Afstemming
van doelpopulaties op deze wijken is daarom van essentieel belang.
De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg zou het instrumentarium gaan
bieden, waarmee bovenstaande doelstellingen zouden moeten worden be-
reikt. Nu deze wet is ingetrokken om plaats te maken voor het sys-
teem zoals dat door de Commissie Dekker is voorgesteld, kan de vraag
worden gesteld hoe binnen het nieuwe systeem een betere afstemming
zou kunnen worden gerealiseerd. Mogelijk gaan de verzekeraars regu-
lerend optreden in de zin dat zij hun patiënten gaan voorschrijven
binnen welk gebied zij een huisarts kunnen kiezen. Een andere moge-
lijkheid is de afstemming van werkgebieden opnemen in de te ontwik-
kelen kwaliteitswetgeving. Bij besluitvorming over te kiezen instru-
menten om de afstemming te bevorderen, is kennis van de huidige si-
tuatie van groot belang.

Hoewel er vanuit wordt gegaan dat de huidige afstemming van werkge-
bieden onvoldoende is, zijn er geen empirische gegevens voorhanden
die dat aantonen. Uit het Registratie Onderzoek Samenwerkingsverban-
den (Boerma en Groenewegen, 1985; Boerma, 1986) zijn gegevens bekend
over de afstemming van werkgebieden van hulpverleners in gezond-
heidscentra en home-teams. Dit kan echter niet gezien worden als re-
presentatief omdat de gestructureerde samenwerking hier reeds be-
staat, waardoor er waarschijnlijk reeds een redelijke mate van af-
stemming aanwezig is. Hoever de situatie verwijderd is van de in de
Nota Eerstelijnszorg genoemde doelstellingen, is onbekend. Evenmin
weten we of de belangrijke plaats van de wijk in de Nota 2000 rea-
listisch, dan wel haalbaar is. Het onderzoek afstemming van werkge-
bieden moet meer inzicht in deze materie geven.

Vóór de feitelijke situatie met betrekking tot afstemming in kaart

gebracht kan worden, moet eerst een methodologisch probleem worden opgelost. Dat probleem behelst de vraag hoe de werkgebieden van de huisartsen in kaart te brengen. De gegevens kunnen via verschillende ingangen worden verkregen (de huisartsen, de wijkverpleging, de bevolking, de ziekenfondsen) en het is niet mogelijk op voorhand te zeggen welke ingang de meest betrouwbare en gedetailleerde informatie oplevert tegen acceptabele kosten. De eerste onderzoeksvraag is daarom als volgt geformuleerd:

- Wat is uit het oogpunt van betrouwbaarheid gedetailleerdheid van informatie en kosten de beste methode om de werkgebieden van de huisarts zodanig in kaart te brengen dat deze kunnen worden vergeleken met de werkgebieden van de overige kerndisciplines?

Pas als de vraag is beantwoord, kan de hoofdvraag van het onderzoek worden gesteld. Dat is de vraag in hoeverre de werkgebieden van de hulpverleners van de vier kerndisciplines op dit moment samenvallen. Als referentiepunten zullen de in de Nota Eerstelijnszorg genoemde normen (volledige afstemming in gebieden met maximaal 30.000 inwoners en voor 80% congruente doelpopulaties in gebieden met 8.000 à 10.000 inwoners) worden genomen. Verder zal ook aandacht worden besteed aan ruimtelijke verschillen. Het idee heerst dat er grote verschillen in mate van afstemming zijn tussen stad en platteland in de zin dat op het platteland de afstemming aanzienlijk beter is. De hoofdvraag van het onderzoek kan aldus worden geformuleerd:

- In hoeverre is er sprake van afstemming van werkgebieden en doelpopulaties van de hulpverleners van de vier eerstelijnskerndisciplines? Hoe verhoudt de afstemming zich tot de in de Nota Eerstelijnszorg genoemde normen en in hoeverre treden verschillen in afstemming op tussen gebieden, onderscheiden naar verstedelingsgraad?

Naast inzicht in de huidige situatie met betrekking tot afstemming is inzicht in de autonome ontwikkelingstendenzen, die tot een betere afstemming leiden voor het beleid van belang. Er is met andere woorden behoefte aan kennis omtrent de op dit moment door het veld ondernomen pogingen om een betere afstemming te bewerkstelligen. De derde onderzoeksvraag is daarom aldus geformuleerd:

Welke activiteiten worden in het veld ontplooid om de afstemming van werkgebieden te verbeteren?

De opbouw van het rapport is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt de relevante literatuur beschreven. De gebruikte begrippen worden omschreven, de territoriale organisatie van de vier kerndisciplines wordt beschreven en er wordt ingegaan op de gewenste mate van afstemming en de op basis van bestaande literatuur verwachte feitelijke mate van afstemming.

In hoofdstuk 3 en 4 vindt de rapportage van het empirische onderzoek naar de mate van afstemming plaats. Dit is uitgevoerd door middel van case-studies in een viertal onderzoeksregio's (Rotterdam, met gegevens uit 1986; Amersfoort, Zwolle en Twente, met gegevens uit 1987). De verantwoording van de regiokeuze, de dataverzameling en de opzet van de analyses vindt in hoofdstuk 3 plaats. Kort wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de keuze van de onderzoeksmethode. Een uitgebreide verantwoording van de gekozen methode is te vinden in de bijlagen. Daarna wordt zowel een situatiebeschrijving per regio gegeven, als een totaaloverzicht, waarin de vier regio's met elkaar worden vergeleken.

In hoofdstuk 5 komen de pogingen, die zijn ondernomen om verbetering in de situatie aan te brengen, aan de orde. Er zijn twee inventarisaties gehouden, één onder gemeenten en één onder Regionale Ondersteunings Platforms. Geïnterviewd is wie bij die pogingen betrokken waren, wie de initiatiefnemer was, of de pogingen geheel of gedeeltelijk zijn geslaagd en waarom pogingen al dan niet zijn geslaagd.

2. LITERatuurVERKENNING

2.1. Inleiding

Afstemming van werkgebieden is nog weinig onderzocht in Nederland. Gewezen kan alleen worden op de publikaties van Groenewegen en Boerma (1985) en Boerma (1986) over de onderlinge afstemming van werkgebieden van hulpverleners in respectievelijk gezondheidscentra en home-teams en het onderzoek van Hamers en Kersten (1987) in Midden-Limburg.

De verkenning van de literatuur richt zich dan ook in eerste instantie op de gebruikte terminologie. De vraag wat een werkgebied en een doelpopulatie nu precies zijn en wat afstemming precies inhoudt, wordt daarom omschreven in paragraaf 2.2. In de daaropvolgende paragraaf wordt ingegaan op de territoriale organisatie van de vier kerndisciplines. De verschillen in de wijze waarop de werkgebieden en doelpopulaties van de hulpverleners tot stand komen, vormen de belangrijkste oorzaken van het ontbreken van afstemming. Met name het verschil tussen enerzijds de huisartsen, waarvan de patiënten vrije artskeuze hebben, en anderzijds de overige kerndisciplines, die over het algemeen met vanuit de organisatie opgelegde gebiedsindelingen werken, is hierbij van belang.

In paragraaf 2.4 wordt ingegaan op de verwachte mate van afstemming en de verschillen daarin. Hierin komt niet alleen de bovengenoemde literatuur aan de orde. Ook wordt ingegaan op de verschillen die we kunnen verwachten op grond van de verschillen in de wijze waarop de werkgebieden en doelpopulaties tot stand komen.

2.2. Begrippenkader

In de Nota Eerstelijnszorg wordt gesproken over 'afstemming van werkgebieden' en 'voor 80% congruente doelpopulaties' zonder dat nauwkeurige definities van deze begrippen worden gegeven. Deze paragraaf richt zich op vragen als wat wordt verstaan onder werkgebieden en wat afstemming inhoudt. Bij het nader definiëren van de begrippen wordt aangesloten bij het S-1 project (1984) en bij Warmenhoven e.a. (1986).

- Een **werkgebied** wordt omschreven als een geografisch begrensd ge-

- bied waarbinnen een hulpverlener zijn beroep uitoefent;
- Een **doelpopulatie** wordt gedefiniëerd als die groep mensen waarop een hulpverlener zijn activiteiten uitsluitend richt.

Voor een wijkverpleegkundige en een maatschappelijk werker ligt het werkgebied vast, krachtens de vanuit de organisatie opgelegde gebiedsindeling. De doelpopulatie wordt gevormd door alle inwoners van het werkgebied. Als zich mensen vestigen in het werkgebied, wordt de doelpopulatie groter, maar het werkgebied verandert niet. Veranderingen in het werkgebied kunnen alleen worden aangebracht vanuit de organisatie. Bij een huisarts ligt juist de doelpopulatie (in meer gebruikelijke termen, de praktijkpopulatie) vast. Het werkgebied wordt bepaald door de ruimtelijke spreiding van de doelpopulatie. Het werkgebied kan door verhuizingen uitdijen zonder dat de doelpopulatie groter wordt. Veranderingen in de doelpopulaties van huisartsen kunnen optreden door geboorte, sterfte en beslissingen van patiënten om van huisarts te wisselen.

Een **gezamenlijk werkgebied** is een gebied waarbinnen discipline-gelaten van een team werken. Van een **gezamenlijke doelpopulatie** wordt gesproken als een team van hulpverleners van eenzelfde discipline een bepaalde groep mensen voor zijn rekening neemt. De term **gemeenschappelijk werkgebied** wordt gebruikt voor het samenvallende deel van het werkgebied van verschillende disciplines. Evenzo wordt de term **gemeenschappelijke doelpopulatie** gehanteerd om het samenvallende deel van de patiëntenbestanden van hulpverleners van verschillende disciplines aan te duiden.

Vertaald in de in de Nota Eerstelijnszorg genoemde doelstellingen naar de hier gebezigde begrippen, dan kan het streven naar afstemming worden begrepen als een streven naar voor 100% gemeenschappelijke werkgebieden. Men streeft hiernaar voor wijken met zo'n 30.000 inwoners. Het betekent dat de in wijken van die omvang werkende hulpverleners zich uitsluitend richten op de bewoners van die wijk. Het streven naar voor 80% congruente doelpopulaties richt zich op de doelpopulaties van de individuele hulpverleners. Die zouden voor 80% gemeenschappelijk moeten zijn. Omdat een 'één op één afstemming' niet haalbaar is, alleen al vanwege de verschillen in grootte van doelpopulaties, wordt in de Nota Eerstelijnszorg gestreefd naar een afstemming in eenheden van 8 à 10.000 inwoners. De gezamenlijke doelpopulaties van drie à vier huisartsen, drie wijkverpleegkundigen, één maatschappelijk werkende en één à twee gezinsverzorgsters zouden dan voor 80% gemeenschappelijk moeten worden gemaakt. Dit kan gebeuren in geografisch begrensde gebieden waarbinnen geen of weinig

andere hulpverleners werken. In zo'n geval wordt gesproken van **buurtgebonden** werken. Een andere mogelijkheid is huisarts- of **praktijkgebonden** werken. In dat geval richten de hulpverleners van het kruiswerk, het AMW en de gezinszorg zich op de gezamenlijke praktijkpopulaties van enkele huisartsen. De mengvorm van buurt- en praktijkgebonden komt tenslotte ook voor. Wijkverpleegkundigen werken dan voor de gezamenlijke praktijkpopulaties van enkele huisartsen voor zover die een bepaald afgebakend gebied niet te buiten gaan. Deze vorm wordt aangeduid als **wijkpraktijkgebonden**.

2.3. De territoriale organisatie van de vier kerndisciplines

De huidige situatie met betrekking tot afstemming van werkgebieden is het resultaat van processen, die zich over een lange periode grotendeels binnen de individuele disciplines afspelen. Om inzicht te krijgen in de huidige situatie moeten het vizier gericht worden op de wijze waarop de disciplines zijn georganiseerd. De omvang van de populaties waarvoor een hulpverlener werkt, is hierbij van belang, naast de wijze waarop een hulpverlener aan zijn patiënten komt.

Huisartsen

Huisartsen werken meestal als vrije beroepsbeoefenaren. De belangrijkste organisatievorm is de huisartspraktijk. Een praktizerend of praktijkvoerend huisarts is op een bepaalde plaats gevestigd en treedt als hulpverlener op voor de bij hem ingeschreven patiënten. Zijn vestigingsplaats wordt aangeduid als zijn praktijkpand of praktijkadres. De groep patiënten die bij hem staat ingeschreven, wordt zijn **praktijkpopulatie** genoemd. De huisarts heeft namen en adressen van alle bij hem ingeschreven patiënten. De praktijkomvang wordt uitgedrukt in aantal ingeschreven patiënten. Het gemiddelde aantal inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts bedroeg per 1-1-'87 **2.355** (Van Dam en Hingstman, 1987). De normpraktijk is 2.350 en wettelijk is een daling naar 2.200 mogelijk (AMvB Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen). Bovennormale praktijken (dat wil zeggen praktijken met meer dan 2.750 patiënten) moeten voor 1991 zijn afgebouwd tot het wettelijke maximum van 2.750 patiënten.

Onderscheid moet daarbij worden gemaakt tussen patiënten die **particulier** en patiënten die bij een **ziekenfonds** zijn verzekerd. Ziekenfondsverzekerden staan formeel bij één bepaalde huisarts ingeschreven. Wanneer een patiënt van huisarts wil veranderen moet dat aan het ziekenfonds worden gemeld. Bij particulier verzekerden is de re-

latie minder vast. Het kan dan ook voorkomen dat een particulier bij meerdere huisartsen staat ingeschreven. Het vaststellen wie wel en wie niet tot de praktijkpopulatie behoort en dus het vaststellen van de praktijkomvang van individuele huisartsen wordt daardoor bemoeilijkt.

Een praktijk kan worden gevoerd door één huisarts (solo-praktijk) of door twee of meer huisartsen (duo- of groepspraktijk). Daarnaast kan het gezondheidscentrum worden onderscheiden als een **praktijkvorm** waarbinnen hulpverleners van meerdere disciplines opereren. De huisartsen in een duo- of groepspraktijk of gezondheidscentrum hebben over het algemeen elk hun eigen patiënten. Er kunnen in een gezondheidscentrum afspraken bestaan omtrent beperking van het gebied waarbinnen patiënten worden aangenomen.

Door huisartsen wordt vaak samengewerkt op het gebied van de waarneming. De samenwerking binnen deze **waarneemgroepen**, die sterk in grootte variëren, blijft vaak niet beperkt tot die waarneming. Zaken als nascholing en onderlinge toetsing kunnen per waarneemgroep worden aangevat. Ook speelt de waarneemgroep meestal een belangrijke rol bij de vestiging van een nieuwe huisarts. De waarneemgroep vormt het laagste geografische niveau waarop de huisartsen in meer of mindere mate zijn georganiseerd (een gemeente of een wijk binnen een gemeente), als de leden tenminste in aangrenzende praktijken gevestigd zijn. Bij pogingen om te komen tot een betere afstemming van werkgebieden op hulpverlenersniveau zal de waarneemgroep van de huisartsen vaak optreden als gesprekspartner. Naast de waarneemgroepen kunnen op lokaal niveau ook huisartsenoverleg- of beroepsgroepen functioneren, die niet aan de KNMG gebonden zijn.

Op het niveau van een grote gemeente of van een regio opereren **Plaatselijke Huisartsen Verenigingen**. Deze houden zich niet zozeer met organisatie van het werk bezig als meer met bestuurlijke en beleidsmatige zaken. Als onderafdeling van de LHV behartigen de PHV-besturen de belangen van hun leden binnen een bepaalde regio/gemeente. De PHV zal vaak als gesprekspartner optreden voor de huisartsen bij pogingen ter verbetering van de afstemming van werkgebieden op wijkniveau. Een nieuwe ontwikkeling vormen de in 1986 opgerichte Verenigingen Ondersteuning Huisartsen. Er zijn twintig van deze verenigingen in Nederland, per KNMG-district één. Doelstelling is ondersteuning van de huisartsen, zowel met betrekking tot de interne organisatie als in de contacten met andere disciplines, gemeenten, verzekeraars, enzovoort. Belangrijk kenmerk van de organisatiekaders van de huisartsen is hun vrijblijvend karakter. Huisartsen hoeven zich niet gehouden te achten aan door de PHV gemaakte afspraken.

Binnen de waarneemgroepen zijn de afspraken wellicht wat harder vanwege het frequenter onderling contact, maar ook hier geldt dat de huisarts in eerste instantie een **vrij beroepsbeoefenaar** is.

De manier waarop huisartsen aan hun patiënten komen, verschilt van de overige kerndisciplines. In principe is de **patiënt vrij om een huisarts te kiezen** en een huisarts vrij om patiënten, die hem kiezen al dan niet te weigeren. Het S-1 project (1984, p. 10) geeft al aan dat die vrijheid in de praktijk door een aantal factoren wordt beperkt. De huisarts kan weliswaar patiënten weigeren, maar hij is voor zijn inkomen van een bepaalde praktijkomvang afhankelijk. Aan de andere kant is hij verplicht de ziekenfondspraktijk te sluiten zodra er meer dan 2.700 ziekenfondsverzekerden bij hem staan ingeschreven en hij kan patiënten niet zomaar inwisselen voor andere. Ook de geografische afstand speelt een rol in de zin dat deze uit praktische en efficiency overwegingen beperkt moet blijven. Ook de leden van de waarneemgroep waarvan een huisarts deel uitmaakt, stellen vaak beperkingen aan de afstand die zij willen afleggen naar patiënten van hun collega's. Al moet bij dit laatste gesteld worden dat waarneemgroepen niet altijd binnen geografisch beperkte gebieden werken.

Voor de patiënten geldt natuurlijk ook dat de afstand tot de huisarts binnen de perken moet blijven. Informatie, waarop patiënten hun keuze kunnen baseren, kan alleen op 'toevallige' wijze worden verkregen via familie of kennissen. De keuze wordt verder beperkt doordat huisartsen soms hun praktijk gesloten (moeten) verklaren. Met name ziekenfondspatiënten menen dat verandering van huisarts veel administratieve rompslomp met zich meebrengt (S-1, 1984). Bovendien kan het zijn dat patiënten veronderstellen dat ze niet van huisarts mogen wisselen. Tenslotte kunnen afspraken tussen huisartsen met betrekking tot overname of wisseling van huisarts beperkend werken.

Wijkverpleging

Van de drie andere kerndisciplines kenmerkt de **wijkverpleging** zich als de meest strak, hiërarchisch georganiseerde. De individuele wijkverpleegkundigen werken in **basiseenheden**, die worden geleid door een hoofdwijkverpleegkundige. De basiseenheden kunnen behoorlijk in omvang variëren, maar gemiddeld opereren naast de hoofdwijkverpleegkundige zo'n zeven wijkverpleegkundigen en circa twee wijkziekenverzorgenden. In 1986 bedroeg het gemiddeld aantal inwoners per wijkverpleegkundige 2.910 (Nationale Kruisvereniging, 1987). De Rijks-overheid beoogt de capaciteit per wijkverpleegkundige te verlagen

tot 1:2.500 (Nota Eerstelijnszorg). Basiseenheden zouden gemiddeld zo'n 20 tot 25.000 inwoners moeten tellen. Binnen de basiseenheden zijn in principe drie werkwijzen mogelijk. Traditioneel heeft elke wijkverpleegkundige haar eigen wijk waarbinnen in principe alle bewoners voor haar rekening zijn (**wijk- of straatgebonden** werkers). Daarnaast wordt meer en meer '**buurtgebonden**' gewerkt. Dat wil zeggen dat een team van bijvoorbeeld vier wijkverpleegkundigen een groter gebied voor hun rekening nemen. Een relatief gering aantal wijkverpleegkundigen werkt '**huisartspraktijkgebonden**'. Dan werken zij voor de praktijkpopulatie van één of enkele huisartsen. In gezondheidscentra komt dit geregeld voor (Warmenhoven e.a., 1986).

De betekenis van de woorden wijk en buurt in de wijkverpleging moet duidelijk worden onderscheiden van het algemeen spraakgebruik, waarin het woord wijk vaak gereserveerd is voor grotere eenheden en voor eenheden als bediend door een wijkverpleegkundige meestal het woord buurt wordt gebezigd (zie onder andere de CBS wijk- en buurtindeling). In het vervolg van dit rapport zullen de termen buurt en wijk alleen volgens het algemeen spraakgebruik worden gehanteerd.

De wijkverpleging is gratis voor de leden van de Kruisvereniging. Niet-leden betalen een eigen bijdrage, die gelijk is aan tweemaal de contributie. Een patiënt is niet vrij om een wijkverpleegkundige te kiezen, maar komt terecht bij de wijkverpleegkundige in de eigen wijk.

De verpleegkundige staat in principe alle inwoners in haar buurt ten dienste, maar zij heeft slechts een gering deel werkelijk '**in zorg**'. Alleen de mensen, die 'in zorg' zijn worden geregistreerd in het Wijk Administratie Systeem. In dit systeem dat per basiseenheid wordt bijgehouden, worden - behalve enkele gegevens over de patiënt en de aard en de frequentie van het contact - ook de naam van de huisarts geregistreerd.

De basiseenheid vormt niet altijd het laagste geografische niveau waarop de wijkverpleegkundigen zijn georganiseerd. Soms functioneren daarbinnen nog **kernen** of **subteams** met een eigen gebied. Zo'n subteam kan bijvoorbeeld ook in een gezondheidscentrum werken. Qua niveau zijn de basiseenheden te vergelijken met de waarneemgroepen. Bij pogingen ter verbetering van de afstemming van werkgebieden op hulpverlenersniveau zal dan ook meestal de basiseenheid in de persoon van de hoofdwijkverpleegkundige als gesprekspartner optreden.

Op gemeentelijk of regionaal niveau opereren de **plaatselijke of regionale kruisverenigingen**. Voor wat de wijkverpleging betreft, houden de regionale kruisverenigingen zich bezig met de bestuurlijke of

beleidsmatige kant. Deze organisaties kunnen zeer sterk in grootte variëren van één basiseenheid tot een omvang gelijk aan een van de drie grote steden; belangrijk is dat de werkgebieden van de kruisverenigingen elkaar uitsluiten. Qua geografisch niveau waarop zij opereren, sluiten zij het meest aan bij de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen. Als het erom gaat om afstemming tot stand te brengen op wijkniveau (bijvoorbeeld van de waarneemgroepen op de basiseenheden) zal de kruisvereniging (in de persoon van de directeur als die er is en anders de hoofdwijkverpleegkundige en/of een bestuurslid) als gesprekspartner optreden.

Tot slot is het belangrijk om te stellen dat de lijnen binnen de organisatie van het kruiswerk **hiërarchisch** zijn. Formeel gesproken hebben kruisverenigingen de bevoegdheid het werkgebied van basiseenheden te veranderen en kan een hoofdwijkverpleegkundige, wijkverpleegkundigen op andere plaatsen inzetten.

Maatschappelijk werk en gezinszorg

De gezinszorg en het maatschappelijk werk zullen hier gezamenlijk worden besproken omdat zij in bepaalde opzichten vergelijkbaar zijn. Waar verschillen optreden, zullen deze vanzelfsprekend worden aangestipt. Gebruik is gemaakt van de overzichten die Kersten (1985) en Boerma (1985) geven.

Qua organisatiegraad bevinden gezinszorg en maatschappelijk werk zich tussen het kruiswerk en de huisarts in. Zowel gezinsverzorgsters als maatschappelijk werkers zijn in dienst van **zelfstandige stichtingen met een bestuur en een directie**. Per 1 februari 1984 opereerden 179 instellingen voor maatschappelijk werk en Nederland (Boerma, 1985), terwijl er eind 1984 239 instellingen voor gezinsverzorging werkzaam waren (CRvG, 1985). Tweederde van de AMW-instellingen zijn met de gezinszorg gecombineerd in instellingen voor maatschappelijke dienstverlening. Historisch gezien speelt het particulier initiatief een grote rol. Zo waren er in 1962 nog 970 verzuilde instellingen voor gezinszorg. Onder druk van de overheid hebben vele fusies plaatsgevonden. Desalniettemin zijn er nog 65 gemeenten in Nederland waar meer dan één instelling voor maatschappelijk werk opereert (Joint, 1984). Voor de gezinszorg ligt dit aantal op 108 (CRvG, 1985). In het huidige bestand aan instellingen zijn belangrijke verschillen in grootte. Zo waren er in 1983 nog negen instellingen met één tot drie beroepskrachten. Daarvan waren er vier gecombineerd met gezinszorg. De tendens naar minder en grotere instellingen duurt nog steeds voort. Voor het moment is de situatie echter zo, dat indien men wil overgaan tot afstemming van werkgebie-

den men met name in de grote steden met meerdere instellingen tot afspraken zal moeten komen.

Tot zover de overeenkomsten tussen gezinszorg en maatschappelijk werk. Verschillen liggen vooral in financieringswijze en in organisatie van het werk.

Voor wat betreft de financieringswijze bespreken we alleen het AMW omdat dit de enige kerndiscipline is waarin de **gemeente** (die mogelijk een rol speelt bij pogingen ter afstemming van werkgebieden) een belangrijke rol speelt bij de financiering. De financiering geschiedt sinds 1982 via de **Rijksbijdrageregeling maatschappelijk dienstverlening** die potentieel enige mogelijkheden geeft aan gemeenten om met geldstromen te schuiven tussen verschillende sectoren in de maatschappelijke dienstverlening. Deze rijksbijdrageregeling verkeert echter nog in een overgangsfase waarin is bepaald dat gemeenten het bestaande beleid moesten continueren en geen wijzigingen mogen aanbrengen. Aangezien de helft van de financiering van het maatschappelijk werk via de gemeente verloopt, zal in veel gevallen echter wel sprake zijn van een intensieve bemoeienis.

De maatschappelijk werker kan opereren vanuit een **hoofdbureau, sub-bureau** en een **spreekpunt**. Gewerkt wordt in principe voor alle bewoners van de buurt waarin het desbetreffende bereikbaarheidspunt is gelokaliseerd. Het gemiddeld aantal inwoners per maatschappelijk werker is moeilijk vast te stellen, maar ligt tussen de 7.500 en 8.800 (S-1 project, p 11). Nog sterker dan bij de wijkverpleging geldt dat slechts een klein gedeelte feitelijk **'cliënt'** is ($\pm 2,5\%$ van de doelpopulatie). Het aantal 'hulpeenheden' waaraan de maatschappelijk werker binnen een bepaalde periode diensten verleent, wordt aangeduid als zijn **case-load**, de daaraan bestede tijd als zijn **work-load**. Er wordt een registratiesysteem bijgehouden per cliënt. Voorheen waren de instellingen dit verplicht om in aanmerking te komen voor subsidie. Nu hangt het van de gemeente af of die plicht er is.

Naast algemeen maatschappelijk werkenden (zo'n 73% van alle maatschappelijk werkenden) zijn er maatschappelijk werkenden die zich specifiek op bepaalde bevolkingsgroepen richten dan wel verbonden zijn aan gezondheidszorgorganisaties. Zo is een deel verbonden aan gezondheidscentra (per 1.1.'86 247 algemeen maatschappelijk werkenden, Warmenhoven e.o. 1986) en ziekenhuizen. Andere werken voor etnische minderheden, het woonwagenwerk en dergelijke.

Het AMW is voor iedereen beschikbaar en gratis. In principe is er **geen vrijheid van keuze** van een maatschappelijk werkende. Een cliënt komt doorgaans terecht bij de in zijn buurt opererende maatschappelijk werkende. Meer keuze is er als er meerdere instellingen in de buurt werken. Ook bestaat de mogelijkheid om aan het eind van de intake van maatschappelijk werkende te veranderen omdat een aandachtfunctionaris voor het betreffende probleem aanwezig is, omdat de cliënt wil veranderen of omdat de maatschappelijk werker het te druk heeft (S-1 project, p. 11).

Contacten met het AMW komen in bijna de helft van de gevallen tot stand op initiatief van de cliënt. (CBS 1985, p. 39). Van de overige contacten verkrijgt het AMW de helft via de gezondheidszorg (meestal de huisarts).

Formeel gesproken is in het AMW evenals in het kruiswerk sprake van **hiërarchische lijnen**. Het AMW verschilt van het kruiswerk in hetzelfde gebied doordat meerdere instellingen in hetzelfde gebied werkzaam kunnen zijn. Binnen een organisatie kan de directie een andere gebiedsindeling aan de werkers opleggen.

De **gezinszorg**, tenslotte, opereert vanuit gelijksoortige instellingen als het maatschappelijk werk. De organisatie van het werk en de financiering verschilt echter aanzienlijk.

De gezinszorg wordt gefinancierd uit subsidie en uit een eigen bijdrage. De eigen bijdrage wordt geregeld in een **retributiestelsel**. De hoogte van de bijdrage is afhankelijk van het inkomen van de cliënt, de gezinssamenstelling en de te verwachten duur van de hulp. De eigen bijdrage is de laatste jaren voortdurend gestegen.

Een potentiële cliënt kan een aanvraag voor hulp indienen bij de instelling die opereert in het werkgebied, waar hij woont. Op grond van een ingesteld onderzoek en het **Landelijk Indicatie En Registratiesysteem** (LIER) wordt de aard en de omvang van de te verlenen hulp vastgesteld. Dit kan huishulp betreffen door bij de instelling in dienst zijnde uitvoerenden (de gezinsverzorgenden) of door de instelling geselecteerde en 'bemiddelde' krachten (de zogenaamde 'alpha-hulpverlening'). Het kan ook gaan om hulpverlening aan kinderen in een accommodatie van de instelling of door de instelling geselecteerde en bemiddelde gastgezinnen. Voor de cliënt is er dus geen sprake van keuze. De instelling bepaalt wie welke hulpverlener krijgt toegewezen. Uit praktische overwegingen worden daarbij een gebiedsindeling gehanteerd, al worden die over het algemeen niet zo strikt aangehouden.

In 1984 waren er 79.903 gezinsverzorgenden werkzaam (in hele ar-

beidsplaatsen 30.407) en 18.233 alpha-hulpen. Daarnaast waren er 5.824 leidinggevendende werkzaam (4.654 hele arbeidsplaatsen). In 1984 werd hulp geboden aan 184.401 cliënten, (gemiddeld 2,15 per hulpverlener) waaraan te zien is dat maar een zeer gering deel van de bevolking in aanraking komt met de gezinszorg. Tenslotte kan worden opgemerkt dat als gevolg van bezuinigingen het aantal gezinsverzorgenden de laatste jaren is gedaald. Bovendien is een verschuiving opgetreden van de traditionele gezinszorg naar de goedkopere, alpha-hulp.

Slot

Overzien we de verschillen in organisatie tussen de vier kerndisciplines dan behoeft het geen betoog dat het tot stand brengen van een betere afstemming van werkgebieden geen gemakkelijke zaak zal zijn, zelfs al zien de betrokkenen het nut ervan in. Daarbij komen nog de verschillen in cultuur die misschien nog een wel belangrijker rol spelen. Verschillen in opleiding tussen de huisartsen en hulpverleners uit de overige disciplines is maar één facet. Gewezen kan ook worden op de angst voor medicalisering die binnen het maatschappelijk werk een sterke toenadering tot de eerstelijnsgezondheidszorg in de weg staat. Een belangrijk verschil, tenslotte, tussen huisartsen enerzijds en maatschappelijk werk en wijkverpleging anderzijds, is, dat voor huisartsen de contacten met maatschappelijk werk en wijkverpleging in vergelijking met bijvoorbeeld de specialist gering in aantal zijn, terwijl omgekeerd voor de wijkverpleging en het maatschappelijk werk de huisarts een prominente plaats inneemt in de contacten. De gezinszorg is daarnaast vooral gebaat bij goede contacten met de wijkverpleging. Deze verschillen in belang van contacten met andere disciplines kunnen grote invloed hebben op het belang dat aan samenwerking en dus afstemming wordt gehecht.

2.4. De te verwachten mate van afstemming

In deze paragraaf wordt aan de hand van de beschikbare disciplines nagegaan in welke mate de werkgebieden van de hulpverleners van de eerstelijnskerndisciplines naar verwachting op elkaar afgestemd zijn. De aandacht wordt daarbij vooral gericht op de vraag hoe de werkgebieden van de huisartsen zich verhouden tot die van de andere disciplines, die over het algemeen gebiedsgebonden opereren. Met andere woorden het gaat om de vraag in hoeverre de huisartsen hun werkgebied geografisch inperken en welk deel van de bevolking in hun

werkgebied tot de praktijkpopulatie van die huisartsen behoort.

- Tussen wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg

Dat wil echter niet zeggen dat we verwachten dat de **gebiedsindelingen van de overige kerndisciplines** volkomen parallel lopen. Delnoy (1987) toonde aan dat zelfs op het niveau van de instellingen en de erkende kruisorganisaties lang niet altijd sprake is van afstemming. Zo vallen de werkgebieden van slechts 11% van de Erkende Kruis Organisaties volledig samen met die van de AMW-instellingen. Met de werkgebieden van de instellingen voor gezinszorg vallen 14% van de Erkende Kruis Organisaties samen. Werkgebieden van instellingen voor AMW vallen wat vaker samen met die van de gezinszorg (42% van de AMW-instellingen valt samen en 32% van de instellingen voor gezinszorg), niet in de laatste plaats omdat AMW en gezinszorg vaak gecombineerd zijn in één instelling.

Samenvallen van de werkgebieden van twee instellingen betekent niet dat de gebiedsindeling van de hulpverleners daarbinnen samen zal vallen. Een nadere analyse van de werkgebieden van AMW, wijkverpleging en gezinszorg in Midden-Limburg (Hamers en Kersten, 1987) leert dat er geen sprake is van gelijke gebiedsindelingen. Volkomen identieke werkgebieden van AMW, wijkverpleging en gezinszorg zijn een zeldzaamheid. Als de gebiedsindelingen paarsgewijs worden vergeleken, is er echter wel een redelijke mate van overeenstemming. De verschillen waren het grootst tussen wijkverpleging enerzijds en AMW en gezinszorg anderzijds. Voor een deel was het gebrek aan afstemming toe te schrijven aan verschil in omvang van de werkgebieden van de drie kerndisciplines.

- In samenwerkingsverbanden

Boerma en Groenewegen (1985) onderzochten de afstemming van werkgebieden van huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers in **gezondheidscentra**. Al opgemerkt is dat de situatie in gezondheidscentra waarschijnlijk relatief gunstig is omdat in die gevallen al samengewerkt wordt. Toch komen Boerma en Groenewegen tot de conclusie dat de (vaak grillige) werkgebieden van de huisartsen het grootste obstakel vormen in het streven naar een betere samenhang tussen de doelpopulaties van de verschillende disciplines. Wijkverpleging en maatschappelijk werk werken in 81% van de gezondheidscentra voor eenzelfde doelpopulatie. Meestal (57% van het totaal aantal centra) richten zij zich daarbij op een wijk of een kleine plaats. De huisartsen richten zich in 51% van de centra ook op die wijk of plaats, zij het dat vaak lang niet alle mensen van de

wijk tot de praktijkpopulatie van de huisartsen behoren. Dit wordt tot uitdrukking gebracht in het '**dekkingspercentage**', het percentage van de mensen in een wijk dat de huisartsen in het centrum bezoekt. Bij dekkingspercentages beneden de 50% of in gevallen waar de huisartsen helemaal niet wijk- of kleine plaatsgebonden werken, werken wijkverpleging en maatschappelijk werk vaak allen voor de praktijkpopulaties van de centrumartsen (24% van het totaal aantal centra). Boerma en Groenewegen komen verder tot de conclusie dat de mate van afstemming vaak sterk samenhangt met de plaatselijke omstandigheden. In een tamelijk geïsoleerde wijk of plaats is de situatie vaak gunstiger dan in de oude binnensteden.

Een vergelijkbare analyse is door Boerma uitgevoerd voor **home-teams**. In 61% van de home-teams hadden huisartsen en wijkverpleegkundigen identieke werkgebieden en nog eens 8% van de wijkverpleegkundigen werkte huisartspraktijkgebonden. Vergelijking van huisartsen en maatschappelijk werkers gaf een aanzienlijk lager percentage identieke werkgebieden (45% en 10% praktijkgebonden), hetgeen vooral veroorzaakt wordt door de over het algemeen grotere werkgebieden van het AMW. Evenals bij de gezondheidscentra kan ook hier niet gesproken worden van een representatief onderzoek. Het feit dat home-teams sterk oververtegenwoordigd zijn op het platteland, wordt wel toegeschreven aan het feit dat de afstemming van werkgebieden daar van nature al beter is en daardoor home-teamvorming beter mogelijk.

- In ander onderzoek

Een onderzoek naar afstemming van werkgebieden, dat niet beperkt is gebleven tot hulpverleners in samenwerkingsverbanden, is uitgevoerd in **Midden-Limburg** (Hamers en Kersten, 1987). In dit relatief weinig verstedelijkte gebied met Weert en Roermond als grootste kernen (beiden met iets minder dan 40.000 inwoners) is de afstemming tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen in kaart gebracht op basis van bevolkingsenquêtes en enquêtes onder wijkverpleegkundigen. Uit de enquête onder wijkverpleegkundigen blijkt dat de situatie buiten Weert en Roermond over het algemeen gunstig is. De situatie bleek hier gemiddeld 34% van de door de onderzoekers vastgestelde meest ideale situatie af te wijken. De ideale situatie is door hen vrij streng gedefinieerd als de meest optimale verdeling van de patiënten over de huisartsen, gegeven het aantal inwoners van de wijk, waarbij optimaal betekent zo veel mogelijk patiënten bij zo weinig mogelijk huisartsen. In Roermond en Weert blijkt de feitelijke situatie veel verder af van de door hen als ideaal omschreven situatie, namelijk respectievelijk 71% en 67%. Hun conclusie is dan ook dat de patiën-

ten van de Weertse en Roermondse huisartsen tamelijk kris-kras door de stad heenwonen.

Informatie over werkgebieden van de huisartsen in **Amsterdam** is te vinden in Schrader (1986). Op grond van een bevolkings-enquête onderzocht hij grensoverschrijdende patiëntenstromen. Hij gebruikte daarvoor de RIAGG-gebiedsindeling omdat deze gehanteerd wordt bij de uitvoering van het vestigingsbeleid. Hij vond dat de huisartsen in Amsterdam-Noord en Zuid-Oost (De Bijlmer) weinig patiënten buiten het RIAGG-gebied hadden (respectievelijk 7,8 en 1,4%). De grensoverschrijding was in het centrale deel van de stad echter aanzienlijk. De huisartsen in RIAGG Centrum / Oud West hebben bijna 25% van hun patiënten buiten het gebied. Daarbij moet opgemerkt worden, dat de RIAGG-gebieden erg groot zijn (gemiddeld 200.000 inwoners).

- De werkgebieden van de huisartsen

Op grond van het bovenstaande kan de verwachting worden geuit dat **het over het algemeen niet best gesteld is met de afstemming van werkgebieden en dat de werkgebieden van de huisartsen zorgen voor de grootste afwijkingen van de gewenste situatie.** De afwijkende territoriale organisatie van de huisartsdiscipline is hiervoor verantwoordelijk. In de voorgaande paragraaf hebben we gezien dat er een wederzijdse keuzevrijheid huisarts/patiënt is dit in tegenstelling tot de andere kerndisciplines, die over het algemeen gebiedsgebonden werken.

Hoe komt het nu dat de wederzijdse keuzevrijheid arts/patiënt ertoe leidt dat huisartsen vaak relatief grote werkgebieden hebben, waarbinnen slechts een beperkt deel van de bevolking tot hun praktijkpopulatie hoort? Op zich hoeft keuzevrijheid niet te leiden tot grote werkgebieden. Bij een evenwichtige spreiding van huisartsen over het gebied en een consequente keuze van patiënten voor de dichtstbijzijnde huisarts ontstaat een situatie waarin de huisartsen voor relatief kleine werkgebieden werken, waarbinnen alle patiënten tot hun praktijkpopulaties behoren. Dat huisartsen relatief grote werkgebieden hebben, komt enerzijds voort uit het feit dat spreidingspatronen van huisartsen verre van regelmatig zijn en anderzijds uit het feit dat mensen lang niet altijd de dichtstbijzijnde huisarts kiezen.

- Onevenwichtige spreiding

Onevenwichtigheden in het spreidingspatroon van huisartsen over steden zijn geconstateerd in Amsterdam (Schrader, 1986), Rotterdam (Smits, 1986), Utrecht (Hingstman, 1985) en Haarlem (gemeente, 1985).

Groenewegen (1985) geeft twee verklaringsfactoren voor (interregionale) verschillen in huisartsendichtheid, te weten de mogelijkheid om een inkomen te verwerven en de aantrekkelijkheid van de woon- en leefomgeving. Kennelijk hadden artsen binnen steden de mogelijkheid om hun locatievoorkeur voor vestiging in aantrekkelijke buurten te realiseren zonder hun inkomensverwerving in gevaar te brengen. Een rol daarbij speelt dat tot voor kort de markt voor huisartsen ruim was. Op lokaal niveau gold daarom, dat waar een huisarts zich ook vestigde de patiënten toch wel kwamen. Onder invloed van de krapper wordende markt is het spreidingspatroon van huisartsen de laatste jaren evenwichtiger geworden. Gemeentelijk beleid om gezondheidscenaria te stichten in nieuwbouwwijken en oudere stadsdelen heeft daar overigens ook toe bijgedragen (De Bakker, 1987b). De **vestigingsregeling** (1986) voor huisartsen geeft gemeenten potentieel invloed op de spreiding van huisartsen over hun grondgebied. Men heeft echter alleen invloed op de vestigingsplaats van nieuw te vestigen huisartsen. Het huidige spreidingspatroon draagt daarom nog in sterke mate sporen van het verleden in zich.

De tendens naar meer duo/groepspraktijken en gezondheidscentra vormt op zich een factor die bijdraagt aan een onevenwichtige spreidingspatroon, omdat meerdere hulpverleners op één plaats worden geconcentreerd. Daartegenover staat dat gezondheidscentra vaak bewust zijn gelocaliseerd in gebieden waar weinig huisartsen zijn (nieuwbouwwijken, 19e eeuwse wijken) en binnen die wijken bewust centraal in de wijk zijn geplaatst.

Een factor die eveneens een rol speelt is het feit dat de spreiding van de bevolking over de stad aan verandering onderhevig is. De belangrijkste ontwikkeling is wel de ontvolking van de oude binnensteden, gebieden waarin traditioneel veel huisartsen gevestigd zijn. Grote delen van de praktijkpopulaties van de huisartsen in de binnensteden zullen in de loop der tijden naar de buitenwijken zijn verhuisd. In principe zou dit kunnen leiden tot verplaatsing van praktijken, maar zolang de patiënten bereid blijven de huisarts in de binnenstad te bezoeken en de huisarts het geen probleem vindt om bij zijn visites de hele stad rond te rijden zal er weinig veranderen. Deze situatie blijft lang gehandhaafd doordat het grootste deel van de nieuwe huisartsen zich vestigt door overname van praktijken van gestopte huisartsen.

- Huisartskeuze door de patiënt

De veronderstelling dat patiënten de dichtsbijzijnde huisarts bezoeken gaat over het geheel gesproken niet op. Essentieel zijn natuur-

lijk de afstandsverschillen. De Bakker (1984) toonde aan op grond van onderzoek in een landelijk gebied (Zuidwest-Friesland) dat bijna iedereen de huisarts in het eigen dorp bezoekt indien er een aanwezig is. Als er geen huisarts aanwezig is, dan wordt het oriëntatiepatroon zeer divers. Binnen een straal van tien kilometer worden huisartsen op verschillende afstanden bezocht. Verder is onderzoek gedaan naar het effect van afstand op het aantal contacten met de huisarts (Sanavro, 1984; Van Sonsbeek, 1984). Zij hebben niet nagegaan of patiënten de dichtstbijzijnde huisarts bezoeken. Het zeer geringe verband dat Sanavro vond in Breda en de afwezigheid van enig verband, berekend op basis van de Gezondheidsenquête door Van Sonsbeek, wijzen er al op dat de Nederlandse bevolking weinig problemen heeft met de overbrugging van de afstand naar de huisarts. Ook de door hen gevonden afstanden wijzen in die richting. Zo vond Van Sonsbeek dat de langste reistijden werden gevonden in de grootste steden, waar vanwege de hoge bevolkingsdichtheid mag worden verondersteld dat de gemiddelde afstand tot de huisarts het kortst is. Sanavro vond dat 55% van de door hem onderzochte patiënten verder dan 1.200 meter (hemelsbreed) van de huisarts woonde, wat voor binnenstedelijke begrippen erg veel is.

Waarom gaan patiënten niet naar de dichtstbijzijnde huisarts?

Dit kan liggen aan het feit dat men niet voor de dichtstbijzijnde huisarts kiest of aan het feit dat men is verhuisd zonder dat men van huisarts is veranderd of de huisarts is verhuisd.

Om met de huisartskeuze te beginnen, is al geconstateerd dat een patiënt over weinig informatie beschikt om een keuze op te baseren. Naast informatie die hij heeft van familie en kennissen weet hij in feite alleen de afstand tot de huisarts. Schrader (1986) vond dat in Amsterdam deze twee dan ook de belangrijkste criteria waren. De keuze van familie/kennissen was in 36% het belangrijkste keuzecriterium en de bereikbaarheid in 27% van de gevallen. In het laatste geval zal een huisarts dichtbij gekozen zijn, in het eerste geval is dat onbekend. Aangezien in een deel van de gevallen familie en kennissen in de buurt wonen, zal over het geheel genomen de initiële keuze voor een huisarts waarschijnlijk dichtbij huis zijn.

Over de effecten van verhuizingen op het al dan niet aanhouden van de huisarts is nog minder bekend. Schrader (1986) vond in hetzelfde onderzoek dat veranderingen van huisarts in 53% van de gevallen een gevolg was van een verhuizing. Of dit om verhuizingen binnen de stad of over grotere afstand ging is echter niet bekend. Ook is niets bekend over mensen die wel verhuisden maar niet van huisarts veranderden. Verwacht kan worden dat de geneigdheid om na verhuizing van

huisarts te veranderen geringer is naarmate:

- de afstand tot de huisarts na verhuizing geringer is;
- de tevredenheid met de huidige huisarts groter is;
- de informatie over huisartsen in de buurt van vestiging geringer is;
- de verhuisgeneigdheid van de betrokkene groter is.

Het laatste punt vereist enige toelichting. Verwacht kan worden dat iemand die zich ergens vestigt met het idee daar slechts korte tijd te wonen niet zo snel van huisarts zal veranderen. De verhuisgeneigdheid van jongere alleenstaanden is het grootst in onze samenleving. De invloed van contactfrequentie is lastiger te hypothetiseren. Van mensen die weinig contact hebben met de huisarts kan aan de ene kant worden verwacht dat zij sneller van huisarts wisselen omdat zij daarmee een geringe band zullen hebben. Aan de andere kant zal deze groep wellicht niet van huisarts veranderen omdat zij er toch zelden komen. Voor mensen met een hoge contactfrequentie geldt het omgekeerde. Enerzijds zullen zij wellicht een sterkere band met de huisarts hebben. Anderzijds brengt het vaak moeten overbruggen van de grotere afstand misschien op den duur problemen met zich mee. Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd dat de spreiding van huisartsen over de stad onevenwichtig is en dat mensen door allerlei oorzaken vaak niet de dichtstbijzijnde huisarts bezoeken.

2.5. Conclusie

Een werkgebied is een geografisch begrensde gebied waarbinnen een hulpverlener zijn beroep uitoefent. Een doelpopulatie is gedefinieerd als die groep mensen binnen het werkgebied waarop de hulpverlener zijn activiteiten uitsluitend richt. De rijksoverheid streeft naar voor 100% gemeenschappelijke werkgebieden en afstemming van de doelpopulaties in wijken van 8 à 10.000 inwoners (Nota Eerstelijnszorg) tot 10 à 20.000 inwoners (Nota 2000).

Wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg werken over het algemeen gebiedsgebonden. De wijkverpleging hanteert de meest uitgesproken gebiedsindeling met twee niveaus, dat van de basiseenheden met ongeveer 30.000 inwoners met daarin sub-gebiedjes waarin individuele wijkverpleegkundigen of sub-teams werkzaam zijn. Het AMW onderscheidt meestal slechts één niveau, wat globaal overeenkomt met dat van de basiseenheden van de wijkverpleging. De gezinszorg hanteert vaak een grovere indeling, vooral als er meerdere instellingen in één plaats werkzaam zijn.

Uit de weinige gegevens die over afstemming bekend zijn, blijkt dat deze verre van perfect is. Vooral de relatief grote werkgebieden van de huisartsen leiden tot deze situatie, die voortkomt uit de wederzijdse keuzevrijheid tussen huisarts en patiënt. De onevenwichtige spreiding van praktijkpopulaties binnen de steden is hier een oorzaak van, evenals het feit dat mensen vaak niet de dichtsbijzijnde huisarts kiezen of de huisarts na een verhuizing aanhouden.

3. OPZET VAN HET ONDERZOEK NAAR DE MATE VAN AFSTEMMING

3.1. Inleiding

Hoofdstuk 2 heeft inzicht verschaft in de te verwachten mate van afstemming op basis van de geconstateerde verschillen in organisatie tussen de vier kerndisciplines en de bestaande literatuur. De te onderzoeken problematiek is daarmee voldoende beschreven om over te kunnen gaan tot de eigenlijke onderzoeksvragen, zoals die in de inleiding zijn verwoord. Twee van de drie onderzoeksvragen komen in dit hoofdstuk voor. De vraag welke methode om de werkgebieden van de huisartsen in kaart te brengen uit het oogpunt van betrouwbaarheid, analysemogelijkheden en kosten, wordt beantwoord in paragraaf 3.2. In die paragraaf wordt volstaan met een korte samenvatting van de ontwikkeling van onderzoeksmethoden. Een meer uitgebreide technische beschrijving van de methode-ontwikkeling is te vinden in bijlage A. Uit de evaluatie van de verschillende dataverzamelmethode kwam als conclusie naar voren dat de ziekenfondsgegevens het meest betrouwbaar zijn en de beste analysemogelijkheden bieden. In het verdere verloop van het onderzoek is daarom gekozen voor de analyse van ziekenfondsbestanden. Aangezien het ondoenlijk is om bestanden van alle Nederlandse ziekenfondsen op te vragen, zijn een viertal regio's geselecteerd aan de hand waarvan naar verwachting een goed beeld kan worden geschetst van de afstemming van werkgebieden in Nederland. De verantwoording van de regiokeuze vindt plaats in paragraaf 3.3. Het verloop van de dataverzameling, die niet alleen het verkrijgen van de ziekenfondsbestanden behelst, maar ook de inventarisatie van de werkgebieden van de overige disciplines, wordt beschreven in paragraaf 3.4. In paragraaf 4.5 wordt ingegaan op de instrumenten die worden gebruikt om afstemming te meten. De opzet van de analyses van de mate van afstemming in de vier onderzoeksregio's wordt in paragraaf 4 behandeld.

3.2. Methode-ontwikkeling

Het in kaart brengen van de werkgebieden van de wijkverpleging, het maatschappelijk werk en de gezinszorg vormt in het algemeen gesproken geen probleem. Meestal hebben de betreffende kruisverenigingen of instellingen gebiedsindelingen bij de hand of in elk geval is de

indeling bekend bij (een van) de medewerkers. Anders ligt dit bij de werkgebieden van de huisartsen. De meest voor de hand liggende ingang is natuurlijk de **huisartsen** zelf. Het is echter twijfelachtig of een huisarts inzicht zal geven in zijn patiëntenregistratie ten behoeve van een gevoelig liggend onderwerp als afstemming van werkgebieden. Een alternatief is de huisarts laten schatten hoe zijn patiënten zijn gespreid zijn over de werkgebieden van de overige disciplines. De vraag doet zich dan voor in hoeverre die schattingen betrouwbaar zijn. Omgekeerd kan ook worden uitgegaan van de werkgebieden van de overige disciplines. Zo kan een **wijkverpleegkundige** worden gevraagd hoe de patiënten uit haar wijk zijn gespreid over de huisartsen. Een mogelijkheid is gebruikmaking van de registratie van de populatie in zorg. Deze benadering heeft als voordeel dat die zorgpopulatie uit het oogpunt van samenwerking de groep is waar het om draait. Nadeel is dat het om kleine aantallen gaat (meestal slechts 10 à 20 per wijkverpleegkundige) en toevallige factoren daardoor een belangrijke rol kunnen spelen. Dit zou kunnen worden opgelost door de afstemming per subteam of groep wijkverpleegkundigen vast te stellen. Een ander nadeel is dat op deze wijze alleen de afstemming van de wijkverpleging op de huisarts wordt onderzocht. Afstemming aan de andere disciplines op de huisarts zou dan weer apart moeten worden nagegaan. Het alternatief van wijkverpleegkundigen de spreiding van de bewoners van haar wijk over de huisartsen te laten schatten, brengt weer het reeds genoemde betrouwbaarheidsvraagstuk met zich mee. De spreiding van de bevolking in een wijk over de praktijkpopulaties van de huisartsen kan ook in kaart worden gebracht door een **enquête uit te voeren onder een steekproef van de bevolking** met als vraag waar men de huisarts bezoekt. Potentieel probleem van deze methode zijn de kosten die grote aantallen enquêtes met zich mee brengen versus de grote betrouwbaarheidsmarges bij kleinere aantallen. De laatste mogelijke ingang zijn de ziekenfondsen. In de administratie van de ziekenfondsen staat per verzekerde de huisarts vermeld. Met behulp van **ziekenfondsbestanden** kunnen dus de werkgebieden van de huisartsen worden gereconstrueerd. Qua betrouwbaarheid scoort deze laatste methode het hoogst. Nadeel ervan is echter dat de particulier verzekerden buiten schot blijven. Bovendien kunnen de kosten om de gegevens te verkrijgen en te verwerken, hoog liggen.

Om meer inzicht te krijgen op de kosten, analysemogelijkheden en de betrouwbaarheid van de verschillende methoden zijn een aantal case-studies uitgevoerd. Een verslag van de betrouwbaarheidsanalyses die zijn uitgevoerd door de resultaten van de verschillende case-studies

paarsgewijs te vergelijken, is opgenomen in bijlage A.

De conclusie daaruit is, dat wanneer alleen naar de betrouwbaarheid wordt gekeken, de ziekenfondsgegevens de voorkeur verdienen. Er kan van worden uitgegaan dat de ziekenfondsgegevens volstrekt betrouwbaar zijn voor ziekenfondspatiënten. Daarnaast geven de uitkomsten, verkregen met ziekenfondsgegevens een redelijke indicatie voor de situatie bij particulier verzekerden.

Ten aanzien van de kosten en de analysemogelijkheden zijn de volgende conclusies getrokken.

Ziekenfondsgegevens zijn duur in aanschaf en verwerking. Bovendien is het tijdrovend om toestemming te verkrijgen, zeker als de ziekenfondsen daarover de huisartsen gaan raadplegen. Bevolkingsenquêtes hebben als grote voordeel dat niemand toestemming behoeft te worden gevraagd. Door de aanzienlijke aantallen enquêtes die bij afstemmingsonderzoek al gauw vereist zijn, is deze methode echter duur. Een goedkoop alternatief is enquëtering van hulpverleners. Bij huisartsen behoeft bovendien geen enkele instantie om toestemming worden gevraagd. Bij de wijkverpleging moet wel toestemming worden verkregen van de betreffende kruisvereniging.

De kosten van de methode moeten worden afgezet tegen het resultaat, waarbij het gewenste resultaat afhankelijk is van het doel van het onderzoek. Ziekenfondsgegevens bieden hier een maximale flexibiliteit. Met deze gegevens kan afstemming worden berekend voor elke gewenste ruimtelijke eenheid (wijk van een individuele wijkverpleegkundige, basiseenheid, AMW-werkgebied, gemeente, enzovoort) en ook per huisarts kan de afstemming worden berekend. Bij een bevolkingsenquête bepaalt de steekproefomvang de mogelijkheden. Per eenheid waarvan afstemming dient te worden gemeten, zijn al gauw zo'n 150 à 200 enquêtes nodig. Op basis van huisartsenquêtes kan afstemming van werkgebieden per huisarts worden gemeten en, indien de respons onder de huisartsen voldoende groot is, ook wel per basiseenheid van de wijkverpleging. Per individuele wijkverpleegkundige is het echter onmogelijk uitspraken te doen op basis van huisartsenquêtes. Omgekeerd is het nauwelijks mogelijk op basis van enquêtes onder wijkverpleegkundigen de werkgebieden van de huisartsen te reconstrueren.

Resumerend kan worden gesteld dat, indien de gegevens kunnen worden verkregen en het budget het toelaat, de ziekenfondsgegevens de beste informatie bieden. Indien deze niet kunnen worden verkregen, verdienen bevolkingsenquêtes uit het oogpunt van betrouwbaarheid de voorkeur. Om budgettaire redenen en omdat alleen een indicatie van de

mate van afstemming gewenst is, kan in voorkomende gevallen worden volstaan met de schattingen van de hulpverleners.

3.3. Regiokeuze en de verzameling van ziekenfondsgegevens

Op grond van het bovenstaande is in dit onderzoek gekozen voor de analyse van ziekenfondsbestanden. De keuze voor de analyse van ziekenfondsbestanden brengt met zich mee dat het onderzoek moet worden gericht op enkele regio's aan de hand waarvan een beeld kan worden geschetst van de situatie met betrekking tot afstemming in heel Nederland. Volstrekt representatief zal dat beeld niet kunnen zijn door het geringe aantal ziekenfondsen dat in het onderzoek kan worden betrokken. Getracht is de regio's zodanig te kiezen dat een maximale variatie in mate van afstemming kan worden verwacht. Uit de literatuur blijkt dat variatie in mate van afstemming sterk samenhangt met **geografische factoren** als bevolkingsdichtheid en huisartsenspreiding. In dichtbevolkte gebieden is een ruime keus aan huisartsen binnen een korte afstand, wat leidt tot aanzienlijke patiëntenstromen over de grenzen van gebiedsgebonden werkende disciplines heen. Een ongelijke spreiding van huisartsen betekent dat huisartsen in gebieden met relatief veel huisartsen patiënten van relatief ver weg moeten aantrekken om aan een voldoende praktijkomvang te komen. Hoge bevolkingsdichtheid en ongelijke spreiding van huisartsen gaan meestal samen en hangen sterk samen met de verstedelijkingsgraad van het gebied.

Naast geografische factoren speelt de vraag een rol in hoeverre bewust een beleid is gevoerd, gericht op afstemming van werkgebieden of meer algemeen op een ruimtelijke inperking van de praktijkpopulaties (bijvoorbeeld op het niveau van de waarneemgroepen). Boerma en Groenewegen (1985) gaven al aan dat huisartsen in gezondheidscentra vaak met de reeds langer gevestigde huisartsen hebben afgesproken zich te beperken tot de wijk waar het centrum is gevestigd. Voorstelbaar is dat huisartsen in samenwerkingsverbanden als home-teams ook een dergelijk beleid voeren omdat gebrek aan afstemming de samenwerking immers belemmert.

Een beperking bij de keuze vormde verder het feit dat we gebonden waren aan de grenzen van de werkgebieden van de ziekenfondsen. Deze zijn vaak bijzonder grillig. Niet alle ziekenfondsen hebben aaneengesloten werkgebieden. Bovendien lopen de grenzen van de werkgebieden vaak dwars door gemeenten heen. Gezocht is daarom naar werkgebieden die aaneengesloten zijn en waar geen al te grote grensover-

schrijdende stromen verwacht kunnen worden.

Op basis van bovenstaande criteria zijn een viertal werkgebieden van ziekenfondsen geselecteerd, waarvan bestanden zijn opgevraagd, te weten:

- Stichting Ziekenfonds Rotterdam (SZR);
- Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken (ZAO);
- Regionaal Ziekenfonds Zwolle (RZZ);
- Regionaal Ziekenfonds Twente (RZT).

Alle vier de bovengenoemde ziekenfondsen bleken bereid aan het onderzoek mee te werken en ons bestanden aan te leveren over hun gehele werkgebied of in elk geval een belangrijk deel daarvan. Van het ziekenfonds Rotterdam zijn alleen de gegevens voor de gemeente Rotterdam (exclusief Hoek van Holland) verkregen en van het ziekenfonds van Amersfoort en omstreken zijn alleen gegevens verstrekt voor het gebied van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging van Amersfoort. De gebieden waarvoor gegevens zijn verkregen, zijn afgebeeld in kaart 1. In de vier regio's vallen 41 gemeenten, waaronder negen gemeenten zijn waarin een deel van de bevolking bij een ander ziekenfonds verzekerd is.

De motivatie voor de keuze van de regio's is als volgt. Rotterdam is gekozen als voorbeeld van een grootstedelijke situatie. Twente is gekozen omdat die regio zowel steden van uiteenlopende omvang als typische plattelandsgemeenten omvat. Bovendien is bekend dat in Enschede door de huisartsen aldaar in het kader van een Vereniging Vestigingsbeleid Huisartsen gestreefd wordt naar afstemming van werkgebieden en wijkgericht werken (zie Beekman e.a. 1981). Het werkgebied van het regionaal Ziekenfonds Zwolle is met name gekozen vanwege het feit dat dit ziekenfonds een groot deel van Flevoland beslaat (met uitzondering van Almere). Een belangrijk deel van de eerstelijnszorg is hier geconcentreerd in gezondheidscentra. Bovendien is door de gemeente Lelystad een beleid gevoerd dat erop was gericht om mensen zoveel mogelijk in de eigen wijk de huisarts te laten bezoeken. Deze bijzondere situatie kan dus vergeleken worden met situaties waarin huisartsen voornamelijk in solo-, duo- of groepspraktijken werken. Daarnaast liggen in het werkgebied van het ziekenfonds Zwolle nog enkele plattelandsgemeenten en de steden Kampen en Zwolle. Het ziekenfonds van Amersfoort en omstreken is in de eerste plaats gekozen omdat in deze regio enige typische forensengemeenten liggen (Leusden en Hoevelaken o.a.) waarvan er in de overige onderzoeksregio's nog relatief weinig voorkwamen.

Kaart 1: de vier onderzoeksregio's



Tabel 3.1.: verdeling van de gemeenten en de bevolking over de urbanisatiegraadklassen van de onderzoeksregio's en Nederland als geheel (situatie 1-1-1987)

	onderzoeksregio's				Nederland			
	gemeenten		bevolking		gemeenten		bevolking	
	abs. %		abs.* %		abs. %		abs.* %	
urbanisatiegraad								
stedelijk	10	24,4	1.110	68,9	117	16,4	7.437	50,9
verstedelijkt								
platteland	21	51,2	410	25,4	393	55,0	5.489	37,6
platteland	10	24,4	91	5,7	204	28,6	1.688	11,5
totaal	41	100,0	1.611	100,0	714	100,0	14.615	100,0

* x 1000

Tabel 3.1 laat de verdeling van de gemeenten en de bevolking in de onderzoeksregio's naar urbanisatiegraad zien. We zien dat de stedelijke gemeenten zijn oververtegenwoordigd, zowel qua absoluut aantal gemeenten als qua bevolkingsaandeel. Hier is om verschillende redenen bewust voor gekozen. In de eerste plaats speelt de verwachting dat de afstemming van werkgebieden in de steden aanzienlijk slechter zal zijn dan op het (verstedelijkt) platteland. In de tweede plaats is tussen de steden meer variatie te verwachten naar gelang de omvang, het beleid van de zittende huisartsen en dergelijke.

3.4. Gegevensverzameling over de werkgebieden van de wijkverpleging, de gezinszorg en het algemeen maatschappelijk werk

Nadat is komen vast te staan voor welke gebieden ziekenfondsgegevens verkregen zouden worden, zijn de werkgebieden van de wijkverpleging, het maatschappelijk werk en de gezinszorg geïnventariseerd. Hiertoe is een telefonische ronde gehouden onder alle in de onderzoeksregio's werkzame erkende kruisorganisaties en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening. In de eerste plaats is gevraagd naar de afgrenzing van het werkgebied van de instelling als geheel. Vervolgens is gevraagd naar de binnen het werkgebied gehanteerde gebiedsindeling.

Voor de wijkverpleging is dit in de eerste plaats de indeling van de basiseenheden en indien er in subteams wordt gewerkt de grenzen van de werkgebieden van de subteams. Er is van afgezien om de exacte grenzen van de wijken van de individuele wijkverpleegkundigen te vragen. Dit heeft in de eerste plaats praktische redenen. Het is ondoenlijk om per wijkverpleegkundige vast te stellen welke postcodes allemaal tot haar werkgebied behoren om dit vervolgens te vergelijken met de werkgebieden van de huisartsen. Daar komt bij dat het uit inhoudelijk oogpunt niet nodig is om de exacte begrenzing van de wijken van de individuele wijkverpleegkundigen te kennen. We hebben in hoofdstuk 2 namelijk gezien dat het eerder gaat om afstemming in wijken van 8 à 10.000 inwoners (Nota Eerstelijnszorg) of zelfs 10 à 20.000 inwoners (Nota 2000). Een afstemming waarbij een huisarts gaat werken voor de wijk van één wijkverpleegkundige is niet haalbaar en uit het oogpunt van vrije artskeuze ook niet wenselijk. Deze situatie komt eigenlijk alleen voor in dorpen waar slechts één huisarts gevestigd is. De omgekeerde situatie waarbij een wijkverpleegkundige werkt voor de praktijkpopulatie van een huisarts kan wel voorkomen. Daarom is de kruisorganisaties ook gevraagd voor welke huisartsen wijkverpleegkundigen praktijkgebonden werken. Bij het maatschappelijk werk en de gezinszorg is over het algemeen slechts sprake van een indeling op één niveau. Bij de gezinszorg wordt soms een onderscheid gemaakt tussen een indeling voor kortdurende hulp en een indeling voor langerdurende hulp. In dat geval is gekozen voor de indeling in langerdurende hulp. Alle erkende kruisorganisaties en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening werkten mee aan het onderzoek.

3.5. De gebruikte afstemmingsmaten

Algemeen

In paragraaf 2.2 is een werkgebied gedefinieerd als een geografisch begrensd gebied waarbinnen een hulpverlener zijn beroep uitoefent. De mate van afstemming van werkgebieden is uitgaande van deze definitie niet in een maat vast te leggen. Twee werkgebieden vallen samen, overlappen gedeeltelijk of overlappen niet. Hooguit zou vanuit het werkgebied van de ene discipline kunnen worden nagegaan met hoeveel werkgebieden van een andere discipline dat gebied overlapt. Afstemming is alleen in een percentage vast te leggen als naar de doelpopulaties wordt gekeken. Het aantal gemeenschappelijke patiënten van de te vergelijken hulpverleners van twee disciplines kan dan

worden vastgesteld. Afstemmingspercentages kunnen vervolgens worden berekend door te percenteren op de omvang van de praktijkpopulaties van de te vergelijken hulpverleners (of teams van hulpverleners). Er kunnen dus twee percentages worden vastgesteld die alleen aan elkaar gelijk zijn als de beide vergeleken hulpverleners even grote doelpopulaties hebben. In het vervolg zal duidelijk worden dat dit een belangrijk onderscheid is. De afstemmingspercentages kunnen flink verschillen, afhankelijk van de discipline van waaruit het wordt bekeken.

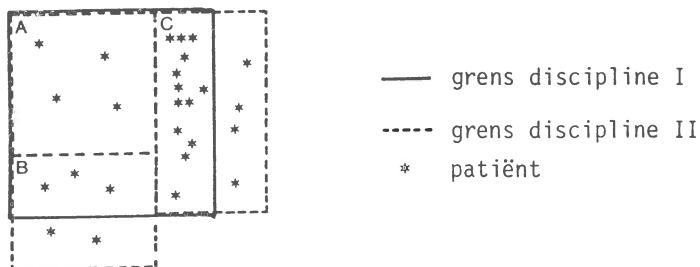
In het voorgaande hoofdstuk hebben we gezien dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen de huisartsen en de overige kerndisciplines. Wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg werken over het algemeen gebiedsgebonden. De doelpopulatie wordt gevormd door alle inwoners van de betreffende werkgebieden. De huisartsen hebben over het algemeen geen vastomlijnd werkgebied waarbinnen zij alle patiënten in hun praktijkpopulatie hebben. Dit heeft consequenties voor de wijze waarop het gemeenschappelijk deel van de doelpopulaties wordt vastgesteld. Daarop zal nu nader worden ingegaan.

1. Afstemming van doelpopulaties van wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg

De berekening van de afstemming van doelpopulaties van gebiedsgebonden disciplines wordt toegelicht aan de hand van figuur 3.1. De afstemming kan hier berekend worden vanuit twee disciplines. Vanuit het werkgebied van discipline I (begrensd door de doorgetrokken lijnen) gaat de berekening als volgt. De grootste gemeenschappelijke doelpopulatie met discipline II is in werkgebied C te vinden. Het afstemmingspercentage is dus het aantal inwoners in dit gemeenschappelijk deel op het totaal aantal inwoners in het werkgebied van discipline I (dus $100 \times (13/20) = 65\%$). Als vanuit discipline II wordt gekeken, wordt de situatie heel anders. Nu zijn er drie afstemmingspercentages te berekenen, één voor de doelpopulatie in werkgebied A, één voor werkgebied B en één voor werkgebied C. Voor A is dit percentage 100%, voor B 60% en voor C 76%.

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat er flinke verschillen in afstemming zijn, afhankelijk van de discipline van waaruit het wordt bekeken. Een hulpverlener in werkgebied A van discipline II heeft in overleg met discipline II slechts te maken met één hulpverlener (of team van hulpverleners) uit discipline I. Die hulpverlener van discipline I (of dat team van hulpverleners) heeft echter te maken met drie (teams van) hulpverleners van discipline II, waarvan er twee

Figuur 3.1.: afstemming van doelpopulaties van gebiedsgebonden werkende disciplines



ook buiten zijn/haar gebied werken. Uit het oogpunt van samenwerking is deze laatste situatie natuurlijk veel ongunstiger. Als de afstemming slechts vanuit één van de twee disciplines zou worden bekeken, zou een deel van de problematiek buiten schot blijven. Overigens is in het bovenstaande voorbeeld goed de betekenis van de omvang van de vergeleken werkgebieden te zien.

2. Afstemming van doelpopulaties van de huisartsen op die van de overige disciplines

De berekening van de afstemming van praktijkpopulaties van de huisartsen op die van de overige disciplines wordt toegelicht aan de hand van figuur 3.2. Voor het gemak is het voorbeeld toegespitst op de vergelijking van de praktijkpopulatie van de huisartsen en de wijkverpleegkundigen. Bij het maatschappelijk werk en de gezinszorg vindt de berekening op analoge wijze plaats.

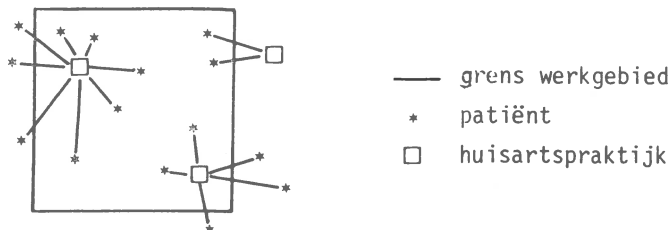
Omdat de huisartsen geen duidelijk begrensde werkgebieden hebben, wordt bij deze beroepsgroep uitgegaan van de ligging van het praktijkadres. Het aantal mensen dat binnen het werkgebied van de wijkverpleging waarin men zelf woont de huisarts bezoekt, is dan de gemeenschappelijke doelpopulatie. Dit aantal kan men weer presenteren op de totale omvang van de praktijkpopulaties van de gezamenlijke huisartsen in het werkgebied en op de totale doelpopulatie van de wijkverpleging in dat werkgebied. In feite zijn dat alle mensen, die in het werkgebied wonen.

Op deze wijze worden de volgende twee afstemmingsmaten verkregen:

1. Het percentage van de praktijkpopulaties dat binnen het werkgebied van de wijkverpleging de huisarts bezoekt. In figuur 3.2 is dat $100 \times (7/13) = 54\%$.

2. Het percentage van de doelpopulatie van de wijkverpleging (= alle inwoners van het werkgebied) dat binnen het werkgebied de huisarts bezoekt. In figuur 3.2: $100 \times (7/9) = 78\%$.

Figuur 3.2.: afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen op de doelpopulaties van de wijkverpleging



Aan het verschil in uitkomsten tussen beide berekeningswijzen is te zien dat het van belang is om beide berekeningen uit te voeren. Vanuit de doelpopulatie van de wijkverpleging bezien, is de afstemming heel redelijk (78%), maar vanuit de huisartspraktijkpopulaties bezien, is de afstemming zeer matig (54%). De huisartsendichtheid is hierbij van belang. Als in een bepaald werkgebied van de wijkverpleging relatief veel huisartsen gevestigd zijn, zal een relatief groot deel van de doelpopulatie van de wijkverpleging de huisarts binnen het eigen werkgebied bezoeken, maar de huisartsen zullen wel een aanzienlijk deel van hun praktijkpopulatie van buiten het werkgebied van de wijkverpleging betrekken. Als er relatief weinig huisartsen in een werkgebied van de wijkverpleging zijn gevestigd, zal een omgekeerde situatie optreden. Veel patiënten bezoeken de huisarts buiten het werkgebied, maar een groot deel van de doelpopulatie van de wijkverpleging zal een huisarts buiten dat werkgebied bezoeken. Een en ander heeft consequenties voor de samenwerking. In de ene situatie (bij relatief veel huisartsen) is het de huisarts, die met veel verschillende wijkverpleegkundigen te maken heeft. In de andere situatie (bij relatief weinig huisartsen) is het de wijkverpleegkundige die met relatief veel huisartsen te maken heeft (die voor een groot deel in een andere wijk gevestigd zijn).

3.6. Analyse-opzet

De gegevens met betrekking tot afstemming van doelpopulaties in de vier onderzoeksregio's zullen op twee manieren worden geanalyseerd.

Er vindt een globale analyse van alle regio's plaats en er vinden meer gedetailleerde analyses per regio plaats. De motivering voor deze aanpak is als volgt. Aangezien de doelstelling van het onderzoek het geven van een beeld met betrekking tot de afstemming van werkgebieden en doelpopulaties in heel Nederland is, ligt een totaalanalyse voor de hand. Om presentatie-technische redenen is er echter niet voor gekozen om bij alle analyses de situatie in de verschillende regio's parallel te behandelen. Ten eerste is het hierdoor mogelijk om een beeld te krijgen van de situatie in de afzonderlijke regio's, geplaatst in hun geografische context. Ten tweede zou bij een analyse waarin situatie in de vier regio's parallel geanalyseerd zou worden de toch al vrij complexe materie nog ingewikkelder worden. Presentatie per regio maakt het eenvoudiger om de lijn van het betoog te volgen. Nadeel van deze aanpak is, dat - voor zover de situatie in de regio's vergelijkbaar is - in herhalingen wordt vervallen. Dit is getracht te ondervangen door in die gevallen te volstaan met verwijzingen naar de andere regiobeschrijvingen. Het stramien van zowel de totaal- als de regio-analyse is vergelijkbaar. Drie stappen worden onderscheiden:

1. analyse van de spreiding van de praktijkpopulaties van de huisartsen rond het praktijkpand;
2. analyse van de afstemming van werkgebieden van de wijkverpleging, het maatschappelijk werk en de gezinszorg;
3. analyse van de afstemming van doelpopulaties van de huisartsen op die van de overige disciplines.

In de eerste stap wordt nagegaan in hoeverre huisartsen woonkern- dan wel wijkgebonden werken. Indien zal blijken dat huisartsen over het algemeen hun patiënten betrekken uit de woonkern (stad of dorp) waar zij gevestigd zijn, betekent dat dat het inwonertal van die woonkern een belangrijke verklarende variabele voor de mate van afstemming wordt. In kleine woonkernen zullen de overige disciplines namelijk waarschijnlijk ook woonkernegebonden werken, terwijl in grotere steden onderverdelingen worden gemaakt. De mate waarin huisartsen zich concentreren op bepaalde wijken of buurten wordt dan van belang voor de afstemming. Als wijkindeling is de indeling in postcodegebieden aangehouden en wel degene die wordt gedefinieerd door de vier cijfers van de postcode. Deze postcodegebieden zijn gekozen omdat zij qua inwonertal dicht aanliggen tegen de norm van acht à 10.000 inwoners uit de Nota Eerstelijnszorg. Volgens de Nota zouden in die gebieden de doelpopulaties van de eerstelijns hulpverleners voor 80% gemeenschappelijk zijn. Door na te gaan in hoeverre de huisartspraktijkpopulaties afkomstig zijn uit het postcodegebied

waarin de huisarts gevestigd is, kan een indicatie worden verkregen hoever de situatie is verwijderd van deze doelstelling (tenminste voor wat betreft de huisartsen).

In de tweede stap worden de werkgebieden van de wijkverpelging, het maatschappelijk werk en de gezinszorg met elkaar vergeleken. Deze analyse beperkt zich tot een vergelijking van de werkgebieden en niet van de doelpopulaties. De uitspraken die worden gedaan, beperken zich tot het al of niet samenvallen van de werkgebieden van de drie disciplines. Alleen in Rotterdam is ook gekeken naar de mate waarin de doelpopulaties samenvallen (volgens de methode, als uiteengezet in de vorige paragraaf, figuur 3.1).

De laatste stap is behelst het leggen van de praktijkpopulaties van de huisartsen over de gebiedsindelingen van de andere disciplines. Vergeleken wordt met de basiseenheden van de wijkverpleging en de werkgebieden van het maatschappelijk werk en gezinszorg.

In zowel stap 1 als in stap 3 worden afstemmingspercentages berekend, zoals uitgelegd in de voorgaande paragraaf aan de hand van figuur 3.2. De gemeenschappelijke doelpopulatie wordt dus zowel op de praktijkpopulaties van de overige disciplines gepercenteerd. In de voorgaande paragraaf werd beargumenteerd dat, als maar één benadering zou worden gekozen, een deel van de afstemmingsproblematiek onbelicht zou blijven.

Om niet te zeer in details te vervallen, worden de uitkomsten van de berekening op gemeenteniveau gepresenteerd. Op belangrijke verschillen binnen de gemeenten (tussen woonkernen of tussen wijken) optreden, zal bij de regiobeschrijvingen nader worden ingegaan.

Gebiedskenmerken waar de afstemmingsmaten tegen afgezet zullen worden, zijn urbanisatiegraad, inwonertal van de woonkern en huisartsendichtheid. In het voorgaande is al duidelijk geworden waarom wordt verwacht dat deze gebiedskenmerken samenhangen met afstemming.

4. AFSTEMMING VAN WERKGEBIEDEN EN DOELPOPULATIES: RESULTATEN

4.1. Inleiding

Doelstelling van dit hoofdstuk is de lezer een landelijk beeld te geven van de situatie met betrekking tot afstemming van werkgebieden en doelpopulaties van de vier kerndisciplines in de eerstelijns(gezondheids)zorg. Deze doelstelling kan worden bereikt door vergelijking van de situatie in vier onderzoeksregio's, die zodanig zijn geselecteerd dat de variatie in geografische kenmerken (met name de urbanisatiegraad) de landelijke situatie zo goed mogelijk representeert. Als gevolg daarvan kan een totaalanalyse worden gemaakt, waarin de afstemming in de vier onderzoeksregio's tezamen wordt geanalyseerd. Deze totaalanalyse wordt beschreven in paragraaf 4.2. Daarmee wordt de lezer de mogelijkheid geboden om snel een globaal inzicht te krijgen in de situatie met betrekking tot afstemming in Nederland. Lezers, die op een meer gedetailleerd niveau inzicht willen verwerven in de afstemmingsproblematiek, en geïnteresseerden in de situatie in de individuele regio's, kunnen terecht in de daaropvolgende paragrafen. De situatie met betrekking tot afstemming in de regio's wordt hierin geplaatst in een geografische context. Bovendien worden de resultaten in kaartvorm gepresenteerd. Ten derde wordt meer in detail op de resultaten ingegaan, met name als binnengemeentelijke variatie optreedt. De volgorde waarin de regio's aan de orde komen, is willekeurig (Amersfoort, Twente, Zwolle en Rotterdam). De Rotterdamse situatie wordt wat korter beschreven, omdat deze in een eerdere publikatie uitvoerig aan bod is gekomen (De Bakker, 1987).

4.2. Het landelijk beeld

In dit landelijk overzicht wordt nagegaan in hoeverre er sprake is van afstemming in werkgebieden met maximaal 30.000 inwoners. In het algemeen kan worden gesteld dat er, indien er geen sprake is van afstemming in gebieden met 30.000 inwoners, ook geen sprake zal zijn van afstemming in kleinere eenheden. Indien er wel afstemming is in gebieden met 30.000 inwoners, behoeft dit nog niet te betekenen dat er ook sprake is van afstemming in kleinere eenheden.

Om de afstemming in werkgebieden met 30.000 inwoners te onderzoeken, zijn in de eerste plaats de werkgebieden van de wijkverpleging, het maatschappelijk werk en de gezinszorg met elkaar vergeleken. De wijkverpleging werkt met een nauwkeurig omschreven indeling in basiseenheden. Instellingen voor maatschappelijk werk, waarvan er meerdere in hetzelfde gebied kunnen opereren, werken over het algemeen met minder strikte gebiedsindelingen per spreekuurpunt. Instellingen voor gezinszorg werken met een nog minder strikte gebiedsindeling of zelfs helemaal geen gebiedsindeling. Er wordt dan gewerkt met een centrale intake. Ondanks deze verschillen, blijkt dat in plattelandssituaties de afstemming van werkgebieden tussen deze drie disciplines redelijk tot goed is. Het zijn de geografische omstandigheden die dwingen tot woonplaats- of gemeentegrensggebonden werken. In steden van enige omvang (meer dan 30.000 inwoners), waar de mogelijkheden om verschillende gebiedsindelingen te kiezen veel groter zijn, zien we meteen grote verschillen tussen de drie vergeleken disciplines. Over het algemeen is hier geen sprake van afstemming. Vervolgens is de afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen op de basiseenheden van de wijkverpleging nagegaan. Om wille van de overzichtelijkheid is afgezien van een vergelijking met de werkgebieden van de gezinszorg en het maatschappelijk werk. Bovendien wijkt de afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen op de werkgebieden van maatschappelijk werk en gezinszorg niet fundamenteel af van de afstemming huisarts-wijkverpleging. De wijkverpleging is gekozen omdat hulpverleners van deze discipline het vaakst contact hebben met de huisarts.

Per basiseenheid is nagegaan hoeveel mensen binnen de grenzen van de basiseenheid de huisarts bezoeken. Dit is dus de gemeenschappelijke doelpopulatie van de wijkverpleegkundigen en de huisartsen in de basiseenheid. Vervolgens zijn twee afstemmingspercentages berekend:

1. De gemeenschappelijke doelpopulatie als percentage van het totaal van de praktijkpopulaties van de huisartsen in de basiseenheid;
2. De gemeenschappelijke doelpopulatie als percentage van het totaal aantal bewoners van de basiseenheid.

Het eerste percentage geeft aan in hoeverre de huisartsen georiënteerd zijn op de basiseenheid waarin men gevestigd is. Het tweede percentage geeft aan in hoeverre de doelpopulatie van de wijkverpleging voor de huisarts georiënteerd is op de eigen basiseenheid.

Met behulp van de gegevens van de Stichting Ziekenfonds Rotterdam, het Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken, het Regionaal Ziekenfonds Zwolle en het Regionaal Ziekenfonds Twente konden de afstemmingspercentages worden berekend voor de ziekenfondsverzekerden in 71 basis-

Tabel 4.1.: gemiddelde afstemmingspercentages per basiseenheid tussen huisartsen en wijkverpleging in de basiseenheden, onderscheiden naar urbanisatiegraad van de gemeente waar zij deel van uitmaken

urbanisatiegraad	afstemmingspercentage op:		N
	praktijk- populaties	doelpopulaties wijkverpleging	
stedelijke gemeenten			
- steden 100.000 inwoners	72,1	69,1	19
- steden 30.000-100.000 inwoners	52,4	52,4	14
- steden 30.000 inwoners	93,5	98,6	2
verstedelijkt platteland			
- forensengemeenten	72,6	70,6	7
- overig verstedelijkt platteland	91,7	90,9	18
platteland	94,5	87,4	11
totaal	77,3	75,2	71

eenheden, tezamen de werkgebieden van de vier ziekenfondsen vormend. Bijna een kwart van de ziekenfondsverzekerden blijkt de huisarts buiten de basiseenheid te bezoeken. Er zijn aanzienlijke verschillen tussen de basiseenheden onderscheiden naar de urbanisatiegraad van de gemeenten waar zij deel van uitmaken. Goed blijkt de afstemming over het algemeen te zijn op het platteland, het verstedelijkt platteland met uitzondering van de specifieke forensengemeenten en kleine stedelijke gemeenten met minder dan 30.000 inwoners. Alleen het afstemmingspercentage op de doelpopulaties van de wijkverpleging op het platteland is lager dan 90%. Dat wordt veroorzaakt doordat in veel kleine dorpen en gehuchten een huisarts ontbreekt. De bewoners van die dorpen bezoeken dan vaak huisartsen in verschillende andere kernen, sommigen ook buiten de basiseenheid. De afstemming is slecht in steden met meer dan 30.000 en minder dan 100.000 inwoners. De grote steden en de specifieke forensengemeenten nemen een tussenpositie in. De lage afstemmingspercentages in de middelgrote steden zijn te verklaren uit het feit dat dit qua oppervlakte relatief kleine gemeenten zijn. Bij een verhuizing naar een buitenwijk is het vanuit het oogpunt van bereikbaarheid niet direct noodzakelijk om van huisarts te veranderen. In een veel uitgestrektere stad als Rotterdam wordt de afstand na een verhuizing vaak zo

groot dat velen van huisarts veranderen. Hetzelfde geldt voor een verhuizing naar een forensengemeente. Het aantal mensen dat de huisarts buiten die gemeente bezoekt, is gering.

Verondersteld kan worden, dat het aantal huisartsen dat in een basiseenheid gevestigd is, een belangrijke invloed zal hebben op de afstemmingspercentages. Zijn er weinig huisartsen in de basiseenheid gevestigd, dan zal het immers zo zijn dat een relatief groot deel van de bevolking wel een huisarts buiten de basiseenheid moet nemen. Zijn er zeer veel huisartsen in de basiseenheid gevestigd, dan is het waarschijnlijk dat een groot deel van de bewoners binnen de wijk de huisarts bezoekt. De huisartsen zullen echter relatief veel patiënten van buiten de wijk aan moeten trekken om aan een voldoende praktijkomvang te komen.

Tabel 4.2.: gemiddelde afstemmingspercentages per basiseenheid tussen huisartsen en wijkverpleging in basiseenheden, onderscheiden naar aantal huisartsen per 10.000 ziekenfondsverzekerden

huisartsen per 10.000 ziekenfondsverzekerden	afstemmingspercentage op:		
	praktijk- populaties	doelpopulaties wijkverpleging	N
minder dan 4	72,6	52,0	10
4 - 6	80,6	75,5	22
6 - 8	78,6	81,9	19
8 - 10	87,6	91,4	11
10 of meer	59,1	65,9	9
totaal	77,3	75,2	71

Tabel 4.2 bevestigt deze veronderstelling. Lage afstemmingspercentages treden vooral op bij extreme huisartsendichtheden. Bij extreem lage huisartsendichtheden bezoekt een groot deel van de bevolking de huisarts buiten de basiseenheid. Bij extreem hoge huisartsendichtheden is een relatief groot deel van de praktijkpopulaties van de huisartsen afkomstig van buiten de basiseenheid. Aangezien de extreme huisartsendichtheden vooral in de steden voorkomen, vormt onevenwichtige spreiding van de huisartsen over de stad een gedeeltelijke verklaring voor een gebrek aan afstemming.

Afstemming in werkgebieden met 30.000 inwoners is niet voldoende om

een doelmatige samenwerking tussen de hulpverleners van de kerndisciplines tot stand te brengen. In zulke gebieden zou een wijkverpleegkundige nog met 12 à 15 huisartsen te maken hebben, wat uit het oogpunt van samenwerking te veel is. De Nota Eerstelijnszorg geeft aan dat een afstemming in gebieden met 8.000 tot 10.000 inwoners hiervoor noodzakelijk is. Het maatschappelijk werk en de gezinszorg werken echter over het algemeen in aanzienlijk grotere eenheden. Bij de wijkverpleging zijn er wel mogelijkheden voor een afstemming in gebieden van een dergelijke omvang als wordt gewerkt in subeenheden. Nagegaan is in hoeverre huisartsen zich richten op gebieden (dorpen of wijken) van ongeveer 8.000 inwoners. Daartoe is nagegaan in hoeverre de praktijkpopulaties van de huisartsen afkomstig zijn uit het postcodegebied waarin de huisarts gevestigd is. Op grond van de vier cijfers van de postcode zijn verzekerden en huisartsen toegedeeld aan postcodegebieden. Deze postcodegebieden tellen over het algemeen rond de 8.000 inwoners. De aantallen verzekerden in elk gebied dat de huisarts binnen het postcodegebied bezoekt, zijn weer gerelateerd aan de praktijkpopulaties van de huisartsen in het gebied en aan het aantal in het gebied woonachtige ziekenfondsverzekerden.

Tabel 4.3.: afstemmingspercentages op postcodegebieden van de praktijkpopulaties van de huisartsen naar urbanisatiegraad van de gemeente waarvan het postcodegebied deel uitmaakt

urbanisatiegraad	afstemmingspercentage op: praktijkpopulaties inwonertal	
stedelijke gemeenten		
- 100.000 inwoners*	28,0	28,1
- 30.000 - 100.000 inwoners	29,8	30,2
- 10.000 - 30.000 inwoners	27,8	29,3
- 10.000 inwoners	61,0	99,7
verstedelijkt platteland		
- forensengemeenten	52,3	49,4
- overig met woonkern 5.000 inwoners	71,1	70,5
- overig met woonkerk 5.000 inwoners	91,2	89,3
platteland	75,2	68,0
totaal	48,4	48,2

* exclusief Rotterdam

De uitkomsten zijn geaggregeerd per gemeentegroep, onderscheiden naar urbanisatiegraad, weergegeven in tabel 4.3. De conclusie kan worden getrokken dat, voor wat betreft de praktijkpopulaties van de huisartsen de huidige situatie zeer ver verwijderd is van een afstemming in gebieden met 8.000 à 10.000 inwoners. Meer dan de helft van de ziekenfondsverzekerden in de onderzoeksregio's (exclusief Rotterdam) zou van huisarts moeten veranderen om een volledige afstemming te bereiken. In stedelijke gemeenten met meer dan 10.000 inwoners ligt dit percentage nog beduidend hoger. Voor Rotterdam is de afstemming in kleinere eenheden op een andere wijze vastgesteld. Geïnteresseerden worden verwezen naar paragraaf 4.6. Daarin wordt duidelijk dat de situatie in Rotterdam niet fundamenteel afwijkt van de andere steden. We zien verder in de tabel dat de situatie in (verstedelijkte) plattelandsgemeenten redelijk goed is als we de doelstelling dat 80% van de praktijkpopulaties afgestemd zou moeten zijn in eenheden van 8.000 à 10.000 inwoners.

Hiermee is de grote lijn van de situatie met betrekking tot afstemming van doelpopulaties en werkgebieden beschreven. In het vervolg zal meer gedetailleerd worden ingegaan op de situatie in de vier onderzoeksregio's.

4.3. De situatie in de regio Amersfoort

4.3.1. Regiobeschrijving

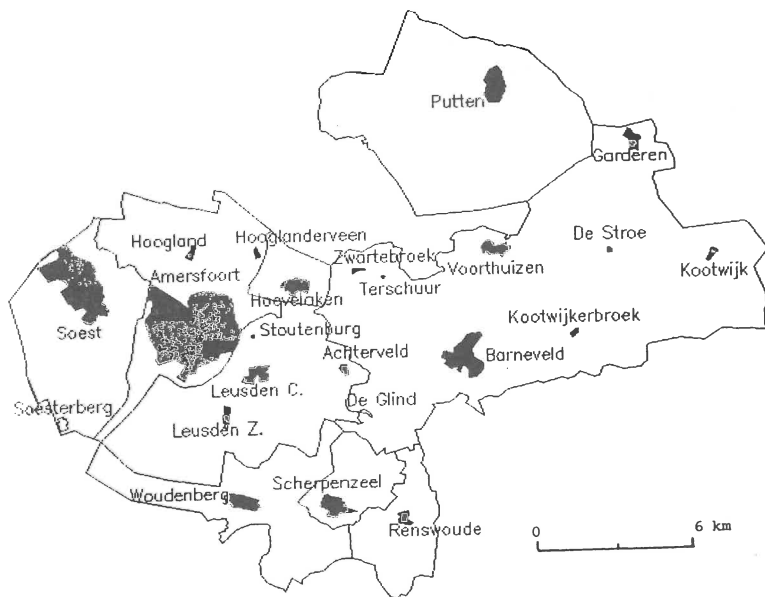
De onderzoeksregio Amersfoort telt negen gemeenten, die per 1 januari 1987 tezamen 249.677 inwoners tellen (CBS). Kaart 1 en 2 geven de gemeentenamen en de namen van de woonkernen in het gebied. Grootste woonkern in het gebied is Amersfoort, dat inclusief het eraan vastgegroeide Hoogland 91.587 inwoners telt. Amersfoort is een snelgroeiende gemeente dankzij haar status als groeistad. Hoevelaken, Leusden, Scherpenzeel, Soest en Woudenberg worden door het CBS aangeduid als forensengemeenten. Soest is een 'oude' forensengemeente, die haar sterkste groei voor de oorlog kende. Leusden is een groeikern die vooral de afgelopen twintig jaar zeer snel groeide. De gemeenten Barneveld en Putten zijn verstedelijkte plattelandsgemeenten en Renswoude tenslotte wordt door het CBS aangeduid als plattelandsgemeente. De verschillen in verstedelijkingsgraad weerspiegelen zich in de bevolkingsdichtheid (kaart 3).

Het ziekenfonds Amersfoort en Omstreken (ZAO), waarvan gegevens over de spreiding van de praktijkpopulaties van de huisartsen zijn ver-

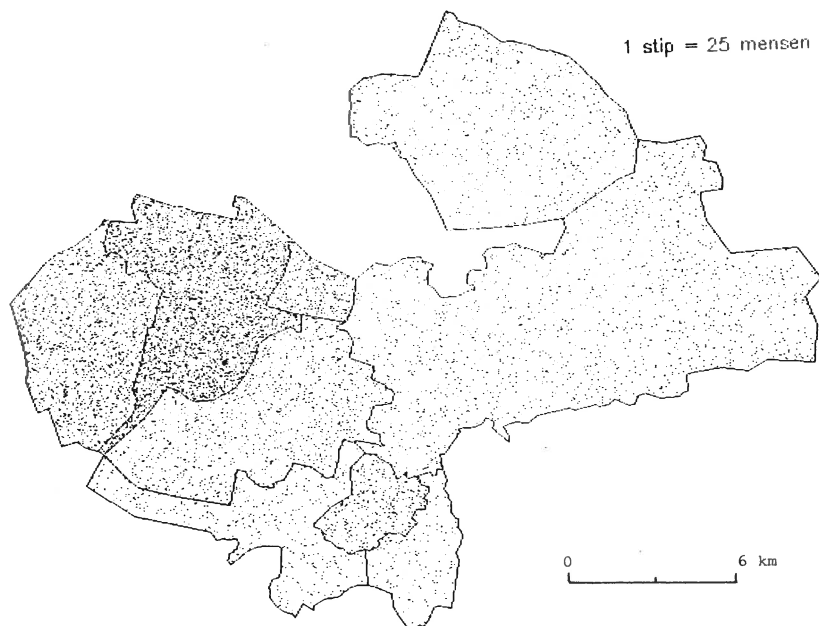
Kaart 1.: gemeentegrenzen onderzoeksregio Amersfoort



Kaart 2.: woonkernen in de regio Amersfoort



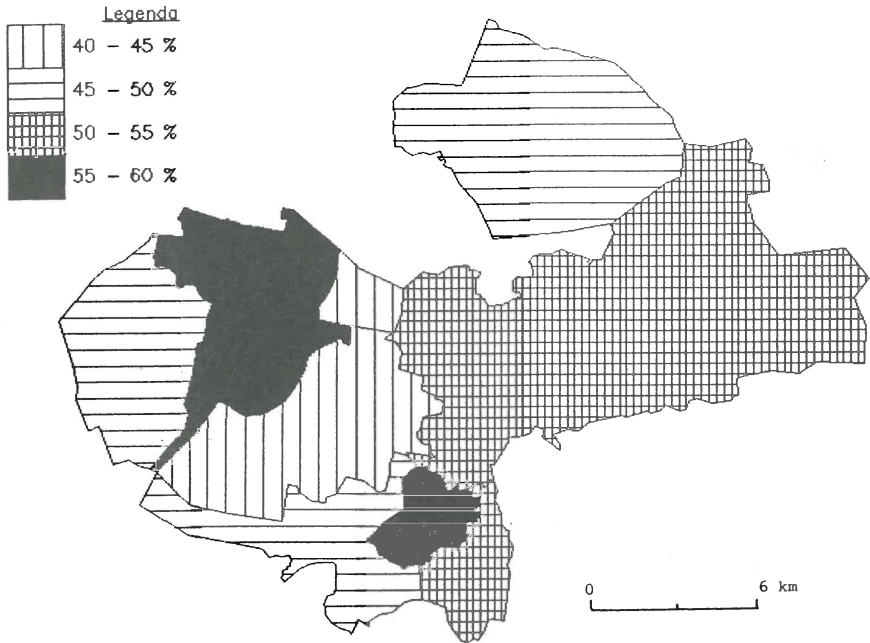
Kaart 3.: bevolkingsspreiding over de gemeenten in de regio Amersfoort



kregen, neemt het overgrote deel van de ziekenfondsverzekerden in deze gemeenten voor haar rekening. Het ANOZ uit Nijkerk heeft daarnaast een (klein) aantal verzekerden in Hoogland (gemeente Amersfoort), Hoevelaken, Putten en Soest. Het Regionaal Ziekenfonds Midden-Nederland zit eveneens in Hoogland en ook in Soesterberg (gemeente Soest). Het Regionaal Ziekenfonds Rijn/IJsselland neemt een zeer klein deel van Renswoude voor haar rekening. Het ziekenfonds Apeldoorn en omstreken neemt tenslotte de gehele bevolking van het dorp Kootwijk voor haar rekening. Als we dus het aantal ziekenfondsverzekerden bij het ZAO percenteren op de totale bevolking, krijgen we te lage schattingen voor het percentage ziekenfondsverzekerden voor een aantal gemeenten. Kaart 4, waarin dit percentage per gemeente is afgebeeld, heeft wat dat betreft indicatieve waarde. Wat we in elk geval zien, is dat het percentage per gemeente dusdanig hoog is dat over de betreffende gemeenten wel uitspraken kunnen worden gedaan.

Ruim de helft van de bevolking (52,5%) van de negen gemeenten staat ingeschreven bij het ziekenfonds Amersfoort en omstreken. In Amersfoort zelf is het percentage ziekenfondsverzekerden het hoogst

Kaart 4.: percentage van de bevolking verzekerd bij het ziekenfonds
Amersfoort en Omstreken

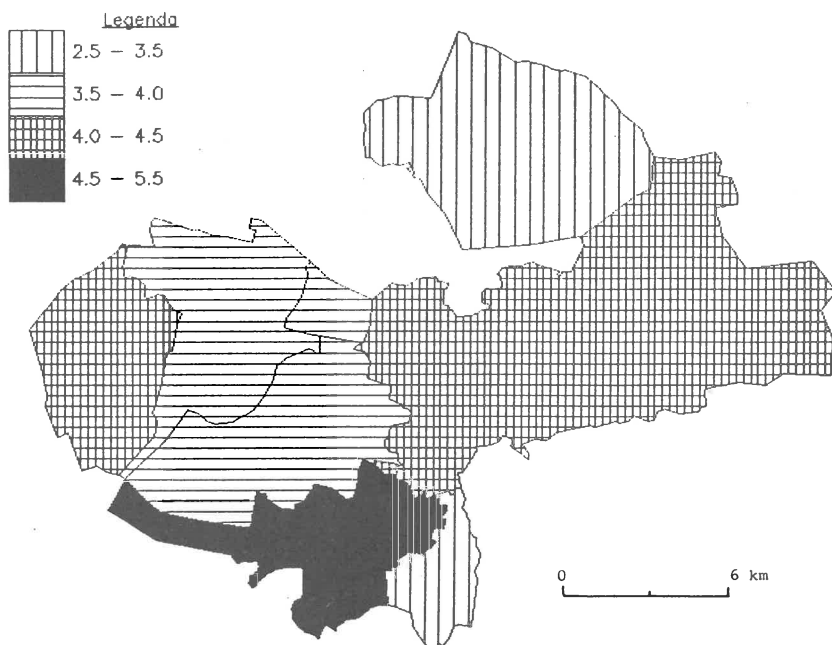


(59,9%) en in het relatief welvarende Leusden het laagst (41,8%). Bovengemiddelde percentages vinden we verder in Barneveld, Renswoude en Scherpenzeel. In de overige gemeenten ligt het percentage ziekenfondsverzekerden beneden het gemiddelde. De verschillen zijn echter over het algemeen niet groot.

In de negen gemeenten hebben 101 huisartsen hun praktijkadres, wat een gemiddelde praktijkomvang van bijna 2500 betekent. De intraregionale verschillen in huisartsendichtheid zijn af te leiden uit kaart 5. Relatief veel huisartsen vinden we in Woudenberg (het maximum met 5,2 huisartsen per 10.000 inwoners) en Scherpenzeel en relatief weinig in Putten en Renswoude (het minimum met 2,9 huisartsen per 10.000 inwoners). Relatief veel huisartsen betekent òf kleine praktijken òf veel patiënten van buiten de gemeente. Relatief weinig huisartsen betekent òf grote praktijken òf veel mensen die in een andere gemeente de huisarts bezoeken.

De gemiddelde omvang van de ziekenfondspraktijk bedraagt 1383. Van de 101 huisartsen in het gebied hadden er twee een zodanig kleine ziekenfondspraktijk (minder dan 100 patiënten) dat deze bij de analyses per huisarts buiten beschouwing zijn gebleven. Verder zijn de

Kaart 5.: huisartsen per 10.000 inwoners



vier huisartsen uit Soesterberg buiten de analyses gelaten omdat deze alle vier kleine ziekenfondspraktijken hebben (tussen de 100 en de 700). In deze plaats is er sprake van een bijzondere situatie door de aanwezigheid van veel militairen en het feit dat ook een ander ziekenfonds hier patiënten heeft.

Van de overige 95 huisartsen werken er 59 in een solo-praktijk, 26 in een duo-praktijk, 7 in een groepspraktijk en 3 in een gezondheidscentrum (Soest). In vergelijking met de landelijke verdeling zijn de artsen in solo-praktijken oververtegenwoordigd en artsen in duo-praktijken en gezondheidscentra ondervertegenwoordigd (zie Van Dam en Hingstman, 1987). Een in vergelijking met landelijk relatief groot aandeel van de huisartsen vestigde zich in de jaren zeventig in de regio. Voor de helft van de huisartsen betrof het een nieuwe vestiging. In de andere gevallen was er sprake van een overname.

4.3.2. De spreiding van de patiënten rond de huisartspraktijk

In deze paragraaf wordt ingegaan op de spreiding van de patiënten rond de huisartspraktijk los van de vraag hoe die spreiding zich verhoudt tot de gebiedsindelingen van de overige disciplines. Bezien

is in hoeverre men de woonplaats verlaat om de huisarts te bezoeken. En om een idee te krijgen in hoeverre binnen een woonplaats huisartsen zich concentreren op bepaalde wijken, is per postcodegebied nagegaan in hoeverre men de huisarts binnen dat postcodegebied bezoekt.

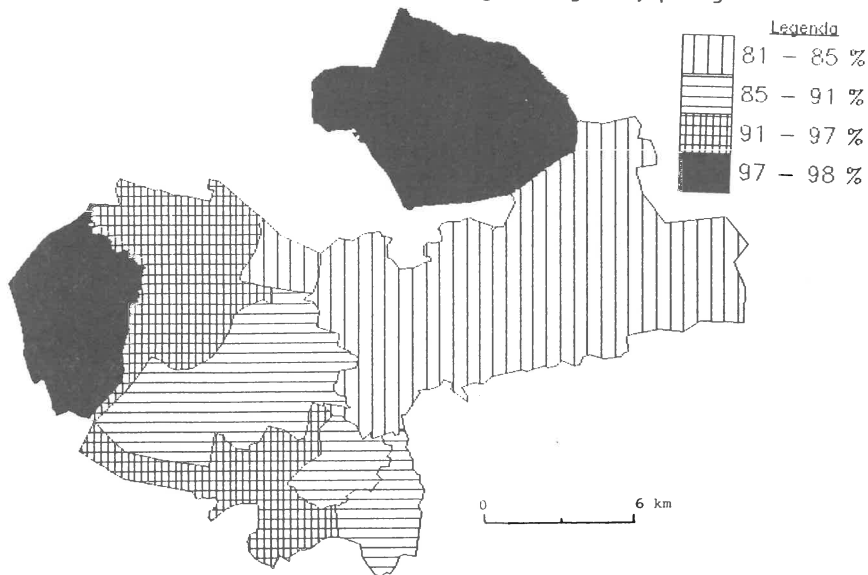
Tabel 4.4.: aantal mensen dat respectievelijk binnen de woonplaats en binnen het postcodegebied de huisarts bezoekt als percentage van de praktijkpopulaties van de huisartsen in dat gebied en van de bevolking in dat gebied per gemeente

	% binnen woonplaats		% binnen postcode	
	praktijken	bevolking	praktijken	bevolking
gemeente				
Amersfoort	93,0	94,7	35,8	35,1
Barneveld	84,9	86,0	55,4	56,1
Hoevelaken	82,0	95,5	82,0	95,5
Leusden	86,1	81,0	41,7	39,3
Putten	97,5	96,2	61,9	44,1
Renswoude	91,1	93,1	91,1	93,1
Scherpenzeel	90,1	95,9	90,1	95,9
Soest	98,4	98,5	28,9	25,1
Woudenberg	97,2	94,2	97,2	94,2
totaal	91,7	92,6	47,1	44,0

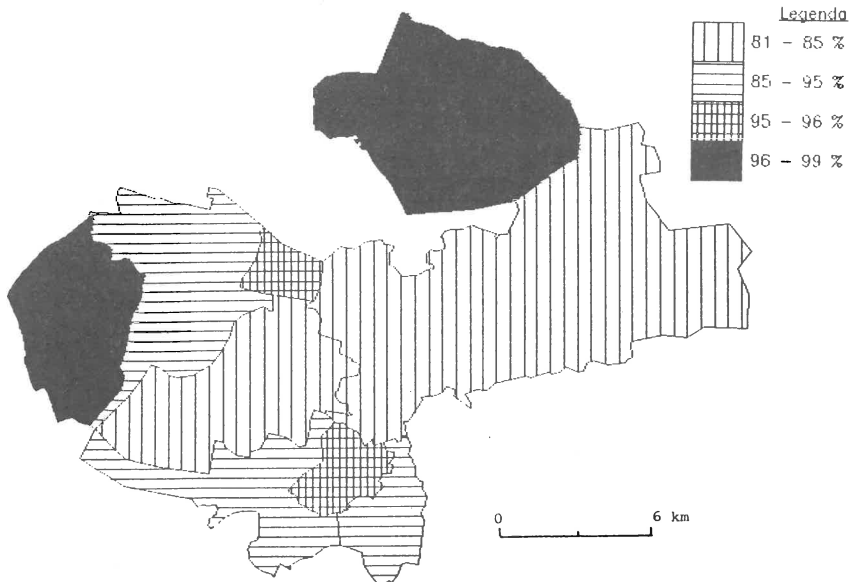
De spreiding van de patiënten rond het praktijkpand is op twee manieren bekeken. Vanuit de huisarts kan worden berekend hoeveel procent van zijn praktijkpopulatie afkomstig is uit de gemeente, de woonplaats en het postcodegebied waarin zijn praktijkadres zich bevindt. Aan de andere kant kan worden bepaald hoeveel procent van de bevolking de huisarts binnen de gemeente, de woonplaats en het postcodegebied de huisarts bezoekt waarin men zelf woont. De resultaten van beide berekeningen zijn per gemeente weergegeven in tabel 4.4 en in de kaarten 6 en 7.

De oriëntatie op de eigen woonplaats is bijzonder sterk te noemen. Minder dan 10% van de bevolking bezoekt de huisarts buiten de eigen woonplaats. De hoogste percentages buiten de eigen woonplaats vinden

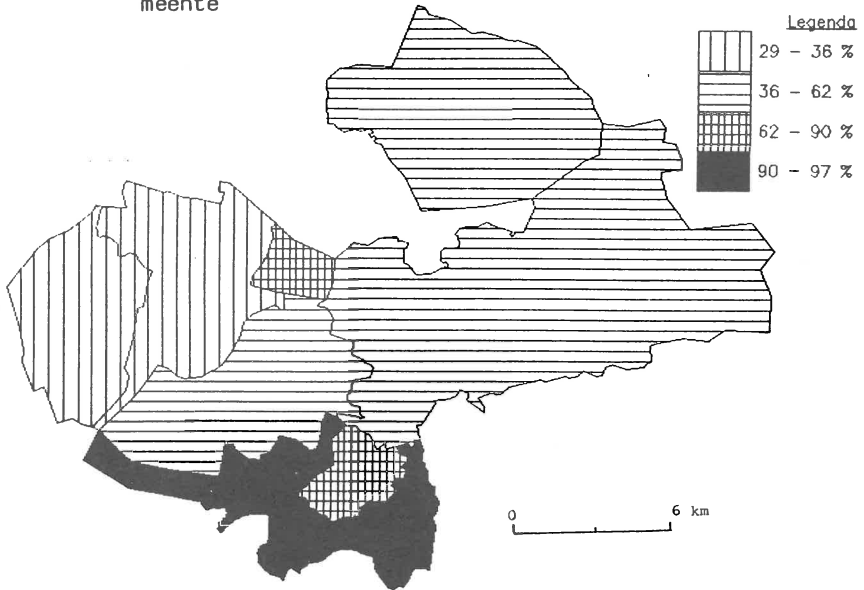
Kaart 6a.: percentage van de praktijkpopulaties afkomstig uit de woonkern waar de huisarts gevestigd is, per gemeente



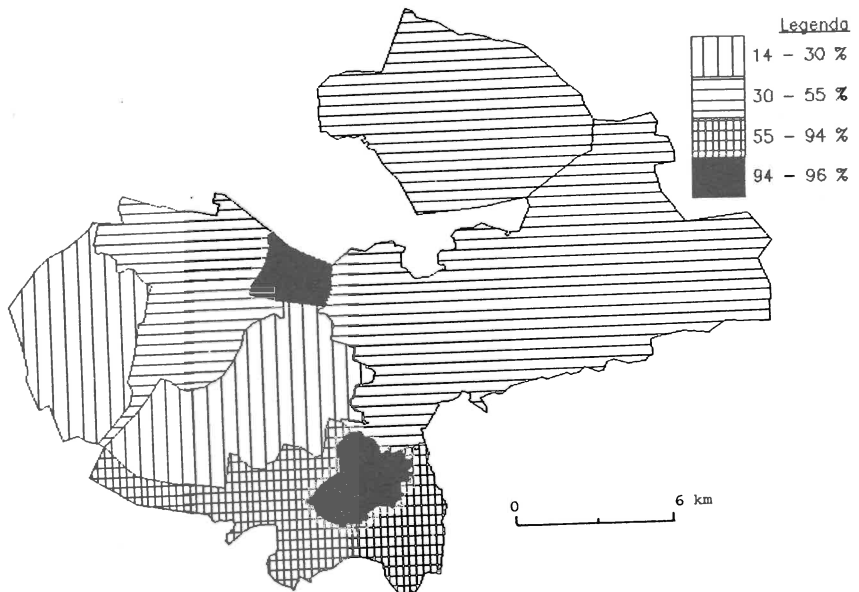
Kaart 6b.: percentage van de verzekerden dat binnen de eigen woonkern de huisarts bezoekt, per gemeente



Kaart 7a.: percentage van de praktijkpopulaties afkomstig uit de het postcodegebied waar de huisarts gevestigd is, per gemeente



Kaart 7b.: percentage van de verzekerden dat binnen het eigen postcodegebied de huisarts bezoekt, per gemeente



we in gemeenten met woonkernen waarin geen huisartsen gevestigd zijn. Dit is natuurlijk logisch, want mensen in woonplaatsen zonder huisarts zijn gedwongen om hun huisarts elders te zoeken, vaak in een grotere kern in de eigen gemeente. Huisartsen met een groot deel van hun praktijkpopulatie buiten de eigen vestigingsplaats vinden we hierdoor in dezelfde gemeenten.

De conclusie kan dus luiden dat mensen in de regio Amersfoort de huisarts slechts zelden buiten de eigen woonplaats hebben. In een aantal keer is dit door de omstandigheden gedwongen (er is geen huisarts in de eigen woonplaats). Daarnaast lijken verhuisstromen (van Amersfoort naar Leusden) medeverantwoordelijk voor de overschrijding van woonplaats- en gemeentegrenzen bij de oriëntatie op de huisarts.

Geheel anders wordt de situatie, als binnen de woonplaats wordt nagegaan in hoeverre mensen zich op de eigen wijk of buurt oriënteren. Als wijkindeling is de indeling in postcodegebieden aangehouden en wel degene die wordt gedefiniëerd door de vier cijfers van de postcode. Voor de onderzoeksregio Amersfoort betekent dit een indeling in 40 postcodegebieden. In zestien gevallen beslaat een postcodegebied een hele woonplaats. Gezien de omvang (gemiddeld 2.131 ziekenfondsverzekerden) is een wijkindeling in deze woonplaatsen zinloos. De overige 24 postcodegebieden (gemiddeld 4.063 verzekerden) beslaan elk slechts een deel van de woonplaats. Amersfoort bestaat uit negen postcodegebieden, gevolgd door Soest (7), Leusden met vier en Barneveld en Putten elk met twee.

Het verschil tussen beide groepen postcodegebieden komt al duidelijk naar voren uit tabel 4.4 en kaart 7. Gemeenten met daarin woonplaatsen met meer dan één postcodegebied hebben duidelijk lagere percentages. Aan de hand van tabel 4.5. analyseren we dit verder. Het verschil tussen twee woonplaatsen bestaande uit één en uit meer postcodes is opmerkelijk groot. In de plaatsen met één postcode gaat het overgrote deel van de bevolking (80%) naar de huisarts in de eigen plaats en dus het eigen postcodegebied. Binnen woonplaatsen met meer dan één postcode is nauwelijks sprake van een binding van de huisarts aan de eigen wijk, ondanks het feit dat de wijken gemiddeld groter zijn dan in de uit één postcode bestaande woonplaatsen. Als er geen enkele binding met de wijk aanwezig is, zullen praktijkpopulaties van de huisartsen zich volstrekt willekeurig over de wijken verdelen. In een woonplaats met bijvoorbeeld vier postcodegebieden zou dan 1/4 van de bevolking de huisarts in de eigen wijk bezoeken. Vanuit deze redenering gezien is in Putten en Barneveld elke binding

Tabel 4.5.: de spreiding van de praktijkpopulaties in relatie tot de indeling in postcodegebieden

	aantal post- code- gebieden	gemiddeld aantal verzeke- ren per gebied	% van prak- tijkpopula- ties uit eigen postcode	% van de ver- zekerden met huisarts bin- nen eigen postcode
woonplaats 1 postcode				
Amersfoort	9	5.507	33,5	32,9
Barneveld	2	5.570	41,4	39,0
Leusden	4	2.174	33,3	38,0
Putten	2	4.743	44,1	61,9
Soest	7	2.433	24,6	28,9
totaal	-	4.063	33,7	34,6
overige woonplaatsen				
gemiddelde	-	2.131	83,2	80,0
maximum	-	--	97,2	95,9
minimum	-	--	61,9	49,4

met de wijk afwezig. Bij een volstrekt evenredige verdeling zou immers 50% uit de eigen wijk afkomstig zijn. In Leusden en Soest is sprake van een zeer geringe wijkgebondenheid. De theoretische percentages zijn respectievelijk 25% en 14% en daar zitten de waargenomen percentages duidelijk boven. In Amersfoort is de wijkgebondenheid het sterkst. Het theoretische percentage is hier 11, terwijl het waargenomen percentage ruim drie keer zo hoog ligt.

Welke consequenties zal het bovenstaande naar verwachting hebben voor de afstemming van werkgebieden? Ten aanzien van de afstemming in werkgebieden van maximaal 30.000 inwoners kan de verwachting worden uitgesproken dat deze over het algemeen goed zal zijn. Dit geldt zeker als de werkgebieden van wijkverpleging c.s. hele woonplaatsen omvatten. We hebben gezien dat mensen zelden hun woonplaats verlaten om de huisarts te bezoeken, als er tenminste een huisarts in de eigen woonplaats gevestigd is. Grensoverschrijdingen zijn plaatselijk en waarschijnlijk grotendeels te ondervangen door optimalisering van de gebiedsindeling. Voor woonplaatsen die meerdere werkge-

bieden van een andere discipline omvatten, ligt de zaak anders. We zagen dat binnen woonplaatsen de binding aan bepaalde wijken gering was. In woonplaatsen met bijvoorbeeld meerdere basiseenheden kunnen daarom aanzienlijke grensoverschrijdingen worden verwacht.

Dit laatste geldt des te sterker bij afstemming van doelpopulaties in nog kleinere eenheden (8 à 10.000 inwoners, Nota Eerstelijnszorg; 10 à 20.000 inwoners, Nota 2000). De door ons gehanteerde postcodegebieden tellen in uit meerdere wijken bestaande woonplaatsen gemiddeld 4.063 ziekenfondsverzekerden, wat neerkomt op ruim 8.000 inwoners. Qua omvang sluiten ze dus redelijk aan bij de in de Nota Eerstelijnszorg genoemde norm. Uit het voorgaande is duidelijk geworden dat van een binding van de praktijkpopulaties aan de eigen wijk nauwelijks sprake is. Slechts een derde van de ziekenfondsverzekerden bezoekt de huisarts binnen de eigen wijk. Aanzienlijk gunstiger ligt de situatie in de kleine woonplaatsen met meestal aanzienlijk minder dan 8.000 inwoners. De afstemming ligt hier op de 80% norm, zoals die in de Nota Eerstelijnszorg wordt omschreven.

4.3.3. Afstemming van werkgebieden van wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg

Om de spreiding van de praktijkpopulaties van de huisartsen te kunnen relateren aan de andere disciplines, zijn de werkgebieden van de andere disciplines geïnventariseerd. In de onderzoeksregio zijn zeven Erkende Kruis Organisaties werkzaam, waarvan er drie ook buiten de regio werken. Daarnaast zijn er zeven instellingen voor maatschappelijk werk (waarvan vijf ook buiten het onderzoeksgebied opereren) en negen instellingen voor gezinszorg (zes ook buiten het gebied). De Erkende Kruisorganisaties hebben elkaar uitsluitende werkgebieden. Bij het maatschappelijk werk en de gezinszorg overlappen de werkgebieden van de instellingen. In Amersfoort en Leusden opereren twee instellingen voor maatschappelijk werk. De situatie bij de gezinszorg is complex. Het werkgebied Amersfoort, Hoevelaken, Leusden en Woudenberg wordt bediend door vier instellingen voor gezinszorg. Daarnaast zijn in Barneveld twee instellingen voor gezinszorg werkzaam.

De werkgebieden van de instellingen voor maatschappelijk werk en gezinszorg zijn over het algemeen redelijk op elkaar afgestemd, niet in de laatste plaats omdat het in zes gevallen om gecombineerde instellingen gaat. Het is overigens geen automatisme dat in een gecombineerde instelling maatschappelijk werk en gezinszorg dezelfde werkgebieden hebben. Zo werkt in één van de Amersfoortse instellingen het maatschappelijk werk alleen voor Amersfoort en Leusden en de

gezinszorg ook voor Woudenberg en Hoevelaken.

De werkgebieden van de instellingen voor maatschappelijk werk en gezinszorg enerzijds en de erkende kruisorganisaties anderzijds zijn veel minder goed op elkaar afgestemd. Er is niet één Erkende Kruisorganisatie met een identiek werkgebied als dat van één van de instellingen voor gezinszorg en maatschappelijk werk.

Voor dit onderzoek is de afstemming van werkgebieden van de instellingen niet van direct belang. Het gaat in feite om de afstemming van werkgebieden en doelpopulaties van de hulpverleners. In theorie kunnen de werkgebieden van de hulpverleners van instellingen, die elkaar overlappen, wel samenvallen. Of dit in de praktijk zo is, zullen we in het nuvolgende overzicht per gemeente nagaan.

- Amersfoort : Wijkverpleging (vier basiseenheden); maatschappelijk werk (vijf werkgebieden) en gezinszorg (vier instellingen met twee tot vijf werkgebieden) hebben elk een andere gebiedsindeling.
- Soest : Alle drie de disciplines delen Soest in tweeën; de wijkverpleging heeft echter andere gebiedsgrenzen dan het AMW en de gezinszorg.
- Leusden : Maatschappelijk werk en wijkverpleging werken gemeentegrensgenoten; de wijkverpleging werkt verder in drie subteams (Leusden-Zuid, Leusden-centrum en Achterveld); de gezinszorg onderscheidt de werkgebieden Leusden/Hoevelaken en Achterveld.
- Hoevelaken : Vormt een basiseenheid wijkverpleging met Nijkerk, is een apart AMW-werkgebied en vormt met Leusden een werkgebied met gezinszorg.
- Putten : Alle drie de kerndisciplines werken (praktisch) gemeentegrensgenoten.
- Barneveld : Alle drie de kerndisciplines werken (praktisch) gemeentegrensgenoten.
- Renswoude : AMW en gezinszorg werken gemeentegrensgenoten; de wijkverpleging wordt verzorgd door een subteam van de basiseenheid Oost-Utrecht.
- Woudenberg : Idem als Renswoude.
- Scherpenzeel : Idem als Renswoude.

We zien dus dat de afstemming het meest te wensen overlaat in de grootste gemeenten (Soest en Amersfoort). Verder is de situatie in Leusden en Hoevelaken niet optimaal. In de overige gemeenten is sprake van een goede afstemming van werkgebieden van de hulpverle-

ners van de vier kerndisciplines.

4.3.4. De afstemming van de praktijkpopulatie van de huisarts op de werkgebieden van de overige disciplines

Tabel 4.6.: afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen op de werkgebieden van de wijkverpleging

EKO	basis- eenheid	subteams	aantal verze- kerden	afstemmings- percentage van prak- van be- tijkten volking	
Eemkruis			54.839	48,9	50,6
	Zuidoost		13.292	49,1	44,9
	West		12.915	41,7	67,9
	Centrum-Oost		16.177	60,6	32,8
	Noord		11.511	60,7	63,0
Soest			18.700	60,8	69,9
Leusden	Leusden		11.531	98,1	60,5
		L. Centrum	5.853	58,0	78,0
		L. Zuid	4.040	53,4	25,5
		Achterveld	1.638	62,4	84,1
Veluwepoort*					
	Hoevelaken**		3.711	82,0	95,9
Noordwest Veluwe*					
	Putten		9.863	97,5	96,2
Barneveld	Barneveld		21.957	96,8	95,9
Oost-Utrecht	Oost-Utrecht		11.217	99,5	99,4
		Scherpenzeel	4.670	90,1	95,9
		Renswoude	1.919	91,1	93,1
		Woudenberg	4.628	97,2	94,2
totaal			131.359	68,1	70,3

* Deze EKO's strekken zich tot buiten het onderzoeksgebied uit.

** Vormt samen met Nijkerk (buiten het onderzoeksgebied) een basis-eenheid.

Achtereenvolgens wordt in deze paragraaf ingegaan op de afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen op de werkgebieden van de wijkverpleging, het AMW en de gezinszorg. Steeds wordt de afstem-

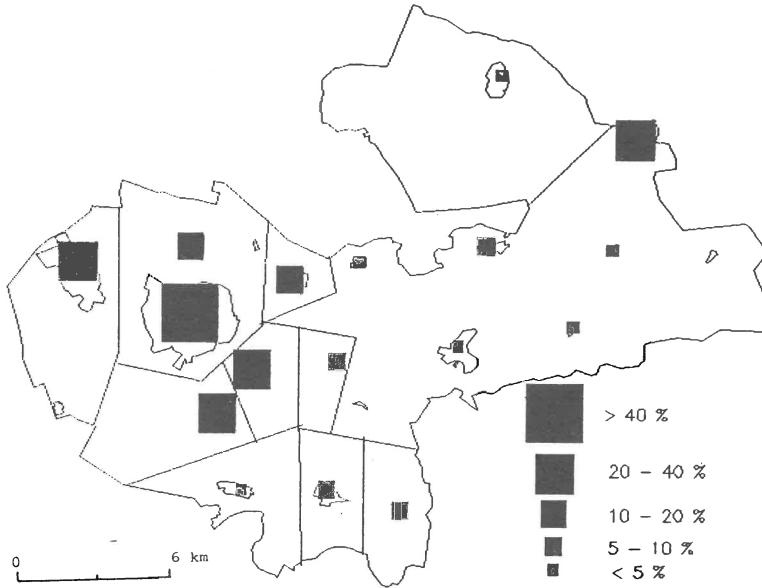
ming van twee kanten benaderd. Vanuit de huisartsen wordt nagegaan in hoeverre praktijkpopulaties afkomstig zijn uit de werkgebieden van de andere disciplines waarin zij gevestigd zijn. Vanuit de andere disciplines wordt nagegaan in hoeverre de bevolking van een werkgebied de huisarts binnen dat werkgebied bezoekt. In termen van de in paragraaf 3.5 ontwikkelde afstemmingsmaten is hun het eerste geval de praktijkpopulatie van de huisarts de uitgangspopulatie en het werkgebied van een andere discipline het referentiegebied. In het tweede geval zijn de inwoners van het werkgebied het uitgangsbied en de praktijkpopulaties van de daarin gevestigde huisartsen de referentiepopulaties.

Bij de wijkverpleging is de laagste organisatorische eenheid als vergelijkingsmaatstaf gebruikt. Als in subteams wordt gewerkt, zijn dit de werkgebieden van de subteams en in andere gevallen zijn dat de basiseenheden. Tabel 4.6 geeft een overzicht van de situatie. De ruimtelijke variatie in afstemming is per woonplaats in beeld gebracht in kaart 8. Bijna 30% van de bevolking van ons onderzoeksgebied bezoekt de huisarts buiten het werkgebied. Die 30% is vrijwel geheel geconcentreerd in Amersfoort, Soest en Leusden. Buiten die drie gemeenten is het aantal mensen dat grenzen van basiseenheden overschrijdt om de huisarts te bezoeken, verwaarloosbaar klein. Alleen in sommige plaatsen aan de rand van basiseenheden zijn overschrijdingen. Zo trekken de huisartsen in Garderen patiënten van buiten de basiseenheid aan. Verder zien we overschrijdingen bij kleine plaatsjes waar geen huisarts gevestigd is, zoals Hooglanderveen, Stoutenburg, Zwartebroek en De Glind. De absolute aantallen zijn echter bijzonder klein.

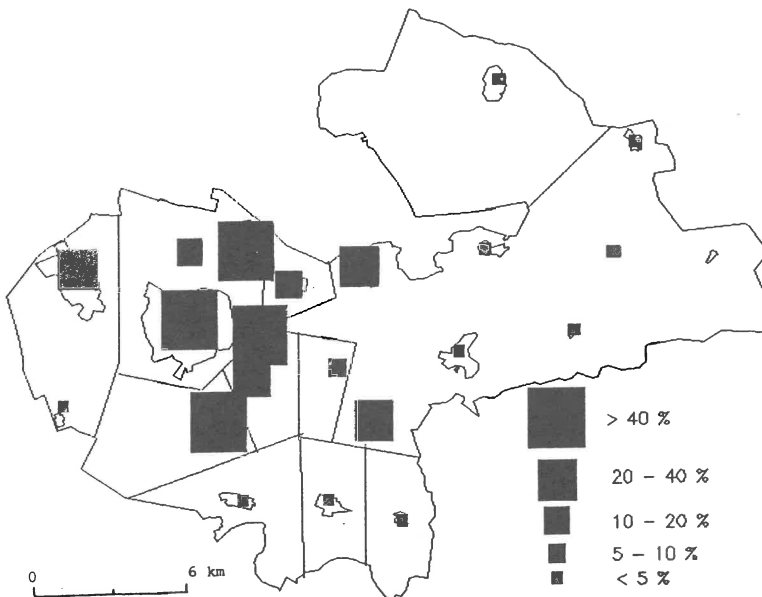
In Leusden, waar aparte subteams zich op de belangrijkste woonkernen Leusden-Centrum, Leusden-Zuid en Achterveld concentreren, bezoekt bijna 40% van de bevolking de huisarts buiten het werkgebied van het subteam waarin men woont. De voornaamste grensoverschrijdende stroom is van Leusden-Zuid naar Leusden-Centrum. Op één na alle Leusdense huisartsen zijn namelijk in Leusden-Centrum gevestigd (en één huisarts heeft er een tweede praktijkadres), waardoor een groot deel van de inwoners van Leusden-Zuid wel naar het nabijgelegen Leusden-Centrum moet. Het afstemmingspercentage voor Soest is vergelijkbaar met dat van Leusden. Hier loopt de grens van de twee basiseenheden tamelijk willekeurig dwars door de gemeente heen en zijn de huisartsen sterk in de ene basiseenheid geconcentreerd.

De grootste aantallen (zowel absoluut als relatief) die buiten het werkgebied van de wijkverpleging de huisarts bezoeken, zijn in

Kaart 8a.: percentage van de praktijkpopulaties afkomstig uit het werkgebied waar de huisarts gevestigd is, per woonkern

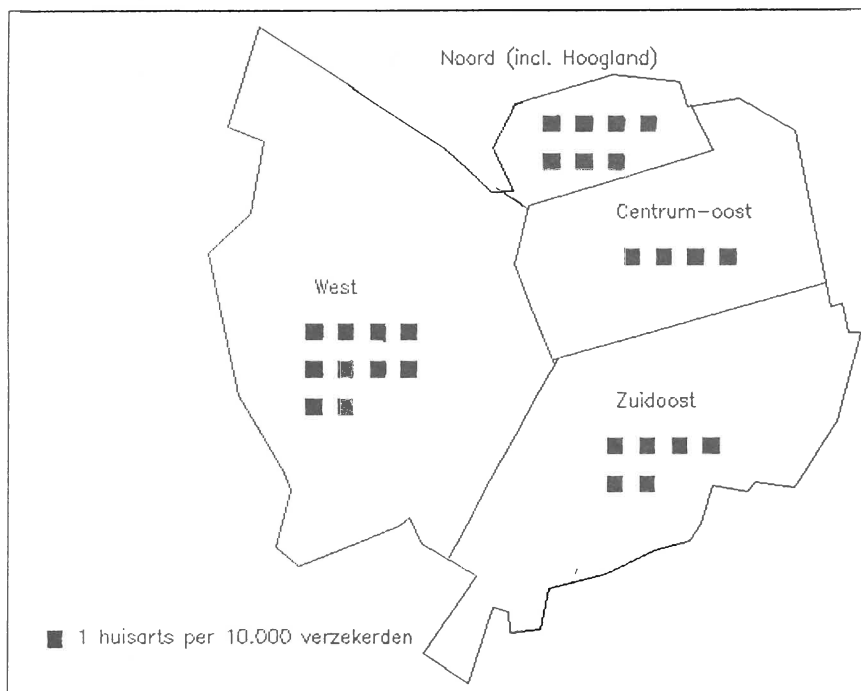


Kaart 8b.: percentage van de verzekerden dat buiten het werkgebied van de wijkverpleging de huisarts bezoekt, per woonkern

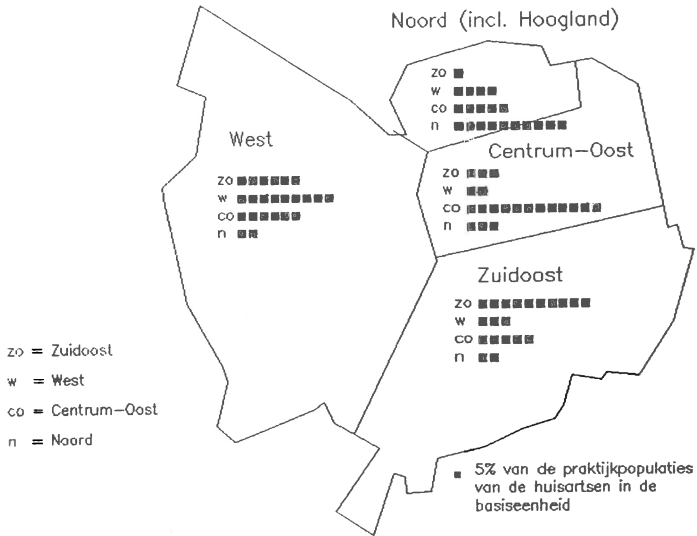


Amersfoort te vinden. Liefst de helft van de ziekenfondsverzekerden bezoekt hier de huisarts buiten de basiseenheden. We analyseren de patiëntenstromen tussen de basiseenheden daarom wat nader aan de hand van kaart 9. In de eerste plaats zien we hier op kaart 9a de onevenwichtige spreiding van de huisartsen over de basiseenheden. In de basiseenheid West, waarin het welvarende Bergkwartier ligt, zijn wel tien huisartsen per 10.000 ziekenfondsverzekerden gevestigd, terwijl in de basiseenheid Centrum-Oost slechts vier huisartsen per 10.000 verzekerden te vinden zijn. De gevolgen van deze situatie zijn te zien op kaart 9b en 9c. Van de huisartsen in West is slechts ruim 40% van de patiënten afkomstig uit de eigen wijk. Grote aantallen zijn afkomstig uit de basiseenheden Zuidoost en Centrum-Oost. De stroom vanuit de basiseenheid Noord is aanzienlijk kleiner, wat veroorzaakt wordt door de relatief geïsoleerde ligging. Omgekeerd bezoekt in de basiseenheden Noord en West het grootste deel van de bevolking de huisarts in de eigen wijk. In Centrum-Oost gaat slechts 32,8% van de bevolking binnen de wijk naar de huisarts.

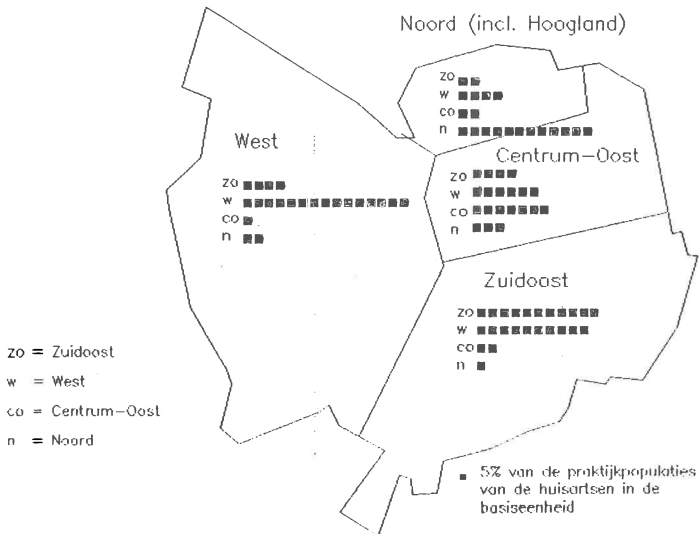
Kaart 9a.: Amersfoort: huisartsendichtheid per basiseenheid



Kaart 9b.: herkomst praktijkpopulaties per basiseenheid



Kaart 9c.: oriëntatie van ziekenfondsverzekerden op de huisartsen per basiseenheid



De conclusie die kan worden getrokken met betrekking tot afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen op de werkgebieden van

de wijkverpleging luidt als volgt. De situatie is vrijwel optimaal in de (verstedelijkte) plattelandsgemeenten. Een duidelijk gebrek aan afstemming is te constateren in de grotere forensengemeenten Soest en Leusden. Een vrijwel ontbreken van afstemming is te constateren in de stad Amersfoort. Daar komt nog bij dat hier de afstemming slechts op het niveau van de basiseenheden is onderzocht. Deze zijn uit het oogpunt van samenwerking te groot. We hebben in paragraaf 4.3.2 al gezien dat de afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen op de postcodegebieden, die de uit het oogpunt van samenwerking optimale omvang benaderen, nog geringer is.

Tot slot kan de vraag worden gesteld of de situatie niet gunstiger is, als alleen wordt gekeken naar die groepen in de bevolking waarop de samenwerking het sterkst op gericht zou moeten zijn. Voor wat betreft de samenwerking tussen de huisarts en de wijkverpleging zijn dit de zeer jeugdigen en de ouderen. De afstemming is daarom voor de 0-9-jarigen en de groep van 55 jaar en ouder op analoge wijze berekend als voor de totale bevolking. Tabel 4.7 geeft de uitkomsten van de berekeningen.

Tabel 4.7.: afstemming van werkgebieden van de praktijkpopulaties van de huisartsen op de werkgebieden van de wijkverpleging voor verschillende leeftijdsgroepen

	afstemmingspercentage					
	van praktijken			van bevolking		
	totaal	0-9 jr.	55 jr. e.o.	totaal	0-9 jr.	55 jr. e.o.
Amersfoort	48,9	50,6	51,8	50,6	45,3	52,5
Soest	60,8	51,5	72,7	69,9	51,7	72,9
Leusden	58,1	59,6	58,5	60,5	63,2	64,0
overige	96,7	96,0	93,9	90,5	97,2	91,9
totaal	68,1	71,5	69,1	70,3	71,3	68,5

De conclusie die uit de tabel kan worden getrokken, is dat de situatie voor de meest zorgbehoefte leeftijdsgroepen niet wezenlijk verschilt van de totale bevolking. Plaatselijk zijn er wel wat verschillen, maar over het totaal gezien ligt het afstemmingspercentage in gelijke orde van grootte. Er kan dus niet worden gezegd dat de

situatie voor groepen in de bevolking waarop de samenwerking het sterkst is gericht, gunstiger is dan voor de totale bevolking.

De gebiedsindeling, die het maatschappelijk werk aanhoudt, valt voor een belangrijk deel samen met de gemeentelijke indeling. Behalve Amersfoort en Soest is elke gemeente één werkgebied van het AMW. Amersfoort is opgedeeld in vijf AMW-werkgebieden en Soest is in tweeën gedeeld. De afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen op deze indeling is weergegeven in tabel 4.8.

Tabel 4.8.: afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen op de werkgebieden van het maatschappelijk werk

gemeente	AMW-gebied	afstemmingspercentage	
		van praktijken	van bevolking
Amersfoort		44,6	41,2
	Noord	60,3	36,2
	Zuidoost	49,3	46,0
	Centrum-West	15,0	45,3
	Noordwest	61,4	35,5
	Noord	62,1	63,0
Soest		61,6	65,6
	Noord	36,3	38,5
	Zuid	73,7	72,6
	Soesterberg	-, -	95,6
Leusden	id.	94,6	88,4
Hoevelaken	id.	82,0	95,5
Barneveld	id.	95,9	96,8
Putten	id.	97,5	96,2
Scherpenzeel	id.	90,1	90,1
Renswoude	id.	91,1	91,1
Woudenberg	id.	97,2	94,2
totaal		68,9	69,7

We zien dat de situatie vergelijkbaar is met die in de wijkverpleging. Aan de ene kant de (verstedelijkte) plattelandsgemeenten met zeer hoge afstemmingspercentages, aan de andere kant Amersfoort, waar nauweljks enige sprake is van afstemming en Soest waar de mate van afstemming gering is. Het enige waarin het maatschappelijk werk

verschilt van de wijkverpleging is in Leusden, wat veroorzaakt wordt doordat het maatschappelijk werk Leusden niet in kleinere eenheden opdeelt.

Het maatschappelijk werk heeft Amersfoort in zes wijken opgedeeld; een indeling die aanzienlijk verschilt van de indeling van de wijkverpleging. De afstemmingspercentages zijn voor het maatschappelijk werk zelfs nog wat lager dan voor de wijkverpleging.

Bij de gezinszorg staan we slechts kort stil. De situatie buiten Amersfoort is zonder meer vergelijkbaar met het maatschappelijk werk omdat vrijwel dezelfde gebiedsindeling wordt gehanteerd. Binnen Amersfoort zijn vier instellingen voor gezinszorg werkzaam, elk met eigen gebiedsindelingen. Een vergelijking is dus eigenlijk zinloos. Om een idee te krijgen, is vanuit de vier gebiedsindelingen van de gezinszorg één indeling geconstrueerd en wel zodanig dat de meest fijnmazige indeling is verkregen. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat de instelling met de kleinste werkgebieden waarschijnlijk het grootste percentage van de bevolking zal verzorgen. Op deze wijze zijn zes werkgebieden verkregen, waarvoor afstemmingspercentages konden worden berekend. Aldus bleek dat 40% van de verzekerden de huisarts binnen het gezinszorgwerkgebied blijkt te bezoeken, een nog lager percentage dan bij het maatschappelijk werk.

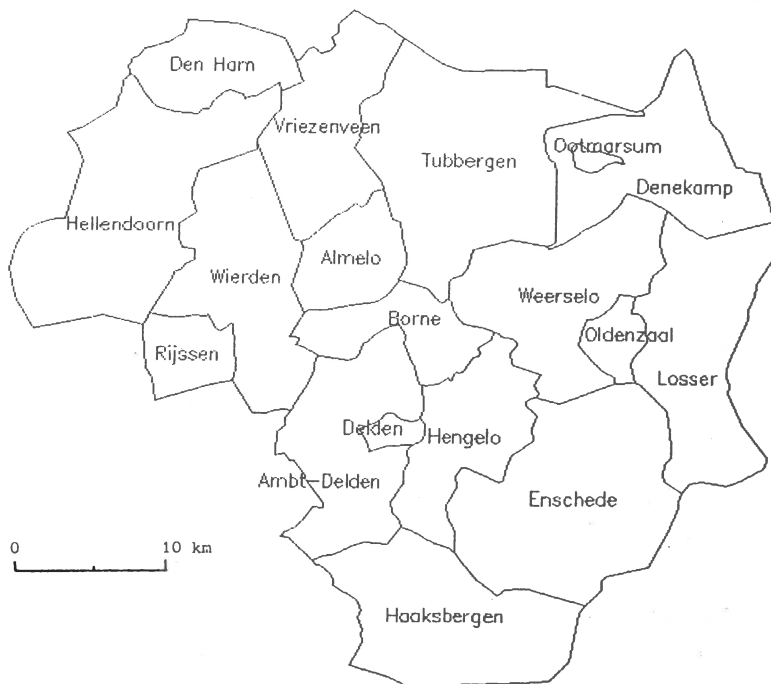
4.3.5. Conclusie

De situatie met betrekking tot afstemming van werkgebieden in de regio Amersfoort verschilt zeer sterk tussen de (verstedelijkte) plattelandsgemeenten aan de ene kant en de stad Amersfoort aan de andere kant. De grotere forensenplaatsen Soest en Leusden nemen een tussenpositie in. In de (verstedelijkte) plattelandsgemeenten is de afstemming in gebieden van maximaal 30.000 inwoners optimaal te noemen. Zelfs de afstemming van doelpopulaties in gebieden met tussen de 8.000 en 10.000 inwoners is zeer goed. De situatie in Amersfoort is ver verwijderd van beide doelstellingen. In Leusden en Soest is de afstemming in werkgebieden van 30.000 inwoners goed te noemen. Binnen die gebieden is echter geen sprake van afstemming in kleinere eenheden.

De achtergrond van een en ander is dat de overgrote meerderheid van de bevolking (meer dan 90%) de huisarts bezoekt binnen de eigen woonplaats. Binnen die woonplaats is de huisartskeuze tamelijk willekeurig. Men is daarbij niet sterk gebonden aan de eigen wijk. Het gevolg hiervan is dat het inwonertal van de woonplaats bepalend is voor de mate van afstemming. Woonplaatsen met minder dan 10.000 inwoners hebben een goede afstemming van doelpopulaties. Woonplaatsen

tot 30.000 inwoners hebben een goede afstemming van werkgebieden. In grotere steden is gebrek aan afstemming op beide niveaus te constateren.

Kaart 10.: gemeentegrenzen onderzoeksregio Twente

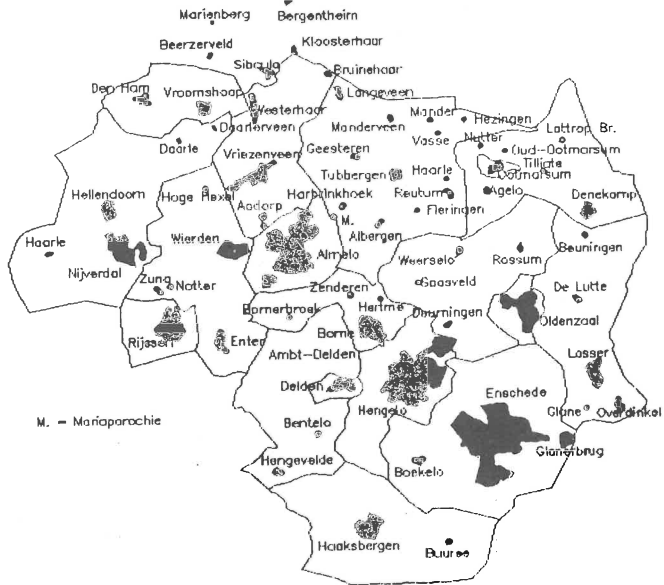


4.4. De situatie in Twente

4.4.1. Regiobeschrijving

De onderzoeksregio Twente telt 18 gemeenten, die per 1 januari 1987 tezamen 546.441 inwoners tellen. Kaart 10 en 11 geven de gemeentena-men en de namen van de woonkernen. De grootste stad in het gebied is Enschede met 144.227 inwoners. Middelgrote steden zijn Hengelo (76.227 inwoners) en Almelo (62.222 inwoners) op ruime afstand gevolgd door Oldenzaal (29.188). Verder liggen in het gebied de kleine plattelandsstadjes Delden en Ootmarsum (beide met minder dan 10.000 inwoners). Het gebied kent een achttal gemeenten, die als verstedelijkt platteland zijn aangemerkt. Zij variëren qua bevolkingsomvang van ongeveer 14.000 (Den Ham) tot 34.000 (Hellendoorn). De meeste

Kaart 11.: woonkernen in de regio Twente



Kaart 12: bevolkingsspreiding over de gemeenten in de regio Twente

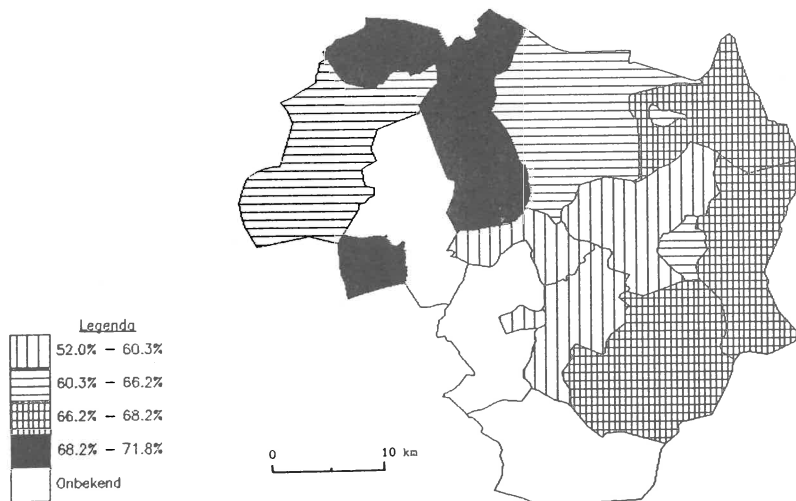


van deze gemeenten bestaan uit meerdere woonkernen (alleen Rijssen niet). De derde groep gemeenten zijn de 'echte' plattelandsgemeenten, variërend van 5.000 tot 18.000 inwoners. Dit zijn alle meerker-nige gemeenten (3 tot 13 woonkernen). Het ruimtelijk beeld van de verstedelijking kan afgeleid worden uit kaart 12.

Bij het Regionaal Ziekenfonds Twente, waarvan gegevens zijn verkren-gen, staan alle ziekenfondsverzekerden in het gebied ingeschreven met uitzondering van een deel van de ziekenfondsverzekerden in de gemeente Wierden (de inwoners van Enter), Ambt-Delden en Haaksbergen. Deze laatsten zijn ingeschreven bij het ziekenfonds Oost-Gelderland en Zuid-Overijssel. Het werkgebied van RZT omvat daarnaast een viertal dorpen in de gemeente Hardenberg (samen 4.000 ziekenfondsverzekerden) en Beerzeveld (765 ziekenfondsverzekerden) in de gemeente Ommen.

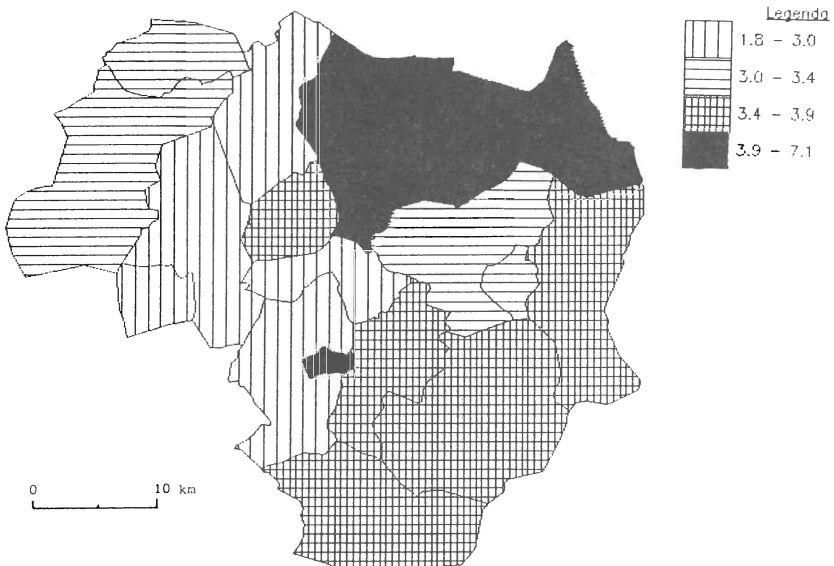
De door het ziekenfonds geleverde gegevens betref de LISZ-code van 347.997 ziekenfondsverzekerden. In de vijftien gemeenten waarover van alle ziekenfondsverzekerden gegevens verkregen zijn, is 66% bij het ziekenfonds verzekerd. De intergemeentelijke variatie in dek-kingsgraad is weergegeven in kaart 13. Hoge percentages ziekenfonds-verzekerden zien we vooral in Almelo en het gebied ten noorden en westen daarvan. Lage percentages ziekenfondsverzekerden vinden we in centraal Twente (Hengelo en omstreken). Over het geheel genomen, liggen de percentages ziekenfondsverzekerden in de regio Twente aan-zienlijk hoger dan in de regio Amersfoort. Het verschil in wel-

Kaart 13.: percentage van de bevolking verzekerd bij het Regionaal Ziekenfonds Twente

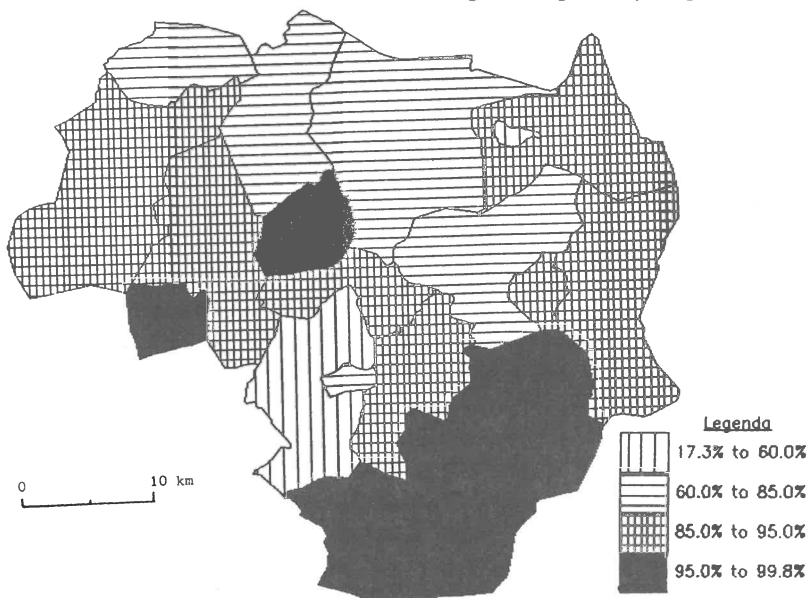


vaartspeil tussen de beide regio's komt hierin tot uiting. Het aantal huisartsen dat bij het ziekenfonds onder contract staat, bedraagt 197. In de vijftien gemeenten waarover we volledige gegevens hebben, werken 179 artsen, hetgeen neerkomt op een gemiddelde praktijkomvang van rond de 2.775 personen. In vergelijking met landelijke cijfers en ook in vergelijking met de regio Amersfoort betekent dit een hoge gemiddelde praktijkomvang. Binnen het gebied is een aanzienlijke variatie in huisartsendichtheid (kaart 14). Relatief veel huisartsen vinden we in de plattelandsgemeenten in het oostelijke deel van het gebied. Relatief weinig huisartsen zijn gevestigd in de gemeenten rond Almelo. Of dit laatste betekent dat de praktijken in deze gemeenten kleiner zijn, zal blijken in de volgende paragraaf, als de in- en uitstroom per gemeente wordt bekeken. Tot slot nog wat algemene kenmerken van de huisartspopulatie. De gemiddelde omvang van de ziekenfondspraktijk van alle 197 huisartsen in het gebied is 1.766. Van de huisartsen werkt ruim tweederde in een solopraktijk, wat meer is dan landelijk en ook meer dan in de regio Amersfoort. Daarnaast werken 42 artsen in duopraktijken, vier werken in een groepspraktijk en zestien in een gezondheidscentrum. Van alle huisartsen vestigde 34% zich voor 1970, wat betekent dat we in vergelijking met het landelijk gemiddelde met een relatief lang gevestigde groep huisartsen te maken hebben.

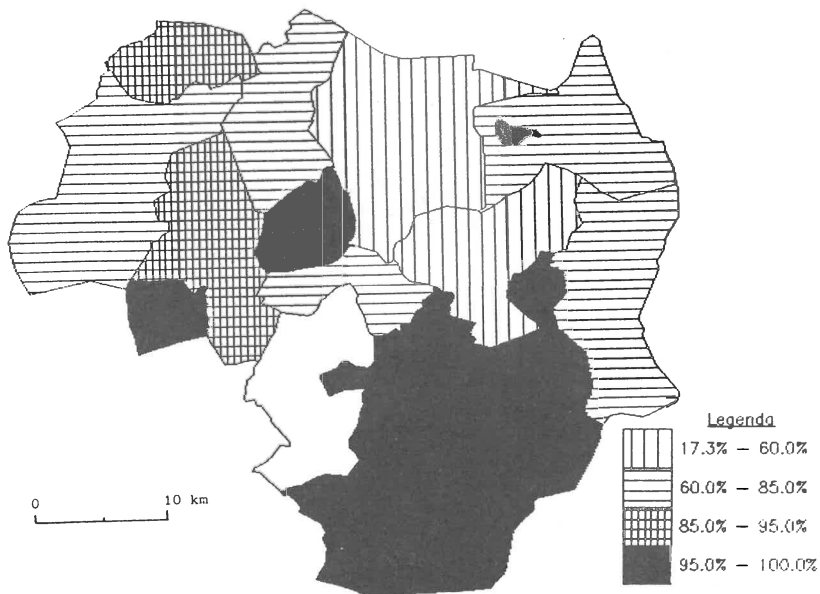
Kaart 14.: huisartsen per 10.000 inwoners



Kaart 15a.: percentage van de praktijkpopulaties afkomstig uit de woonkern waar de huisarts gevestigd is per gemeente



Kaart 15b.: percentage van de verzekerden dat binnen de eigen woonkern de huisarts bezoekt per gemeente



4.4.2. De spreiding van de patiënten rond de huisartspraktijk

Evenals in paragraaf 4.3 wordt gezien in hoeverre de ziekenfondsverzekerden hun huisarts hebben binnen de gemeente, de woonplaats en het postcodegebied waarin men woont en omgekeerd hoeveel procent van de praktijkpopulaties van de huisartsen afkomstig is uit de gemeente, de woonplaats en het postcodegebied waarin men gevestigd is.

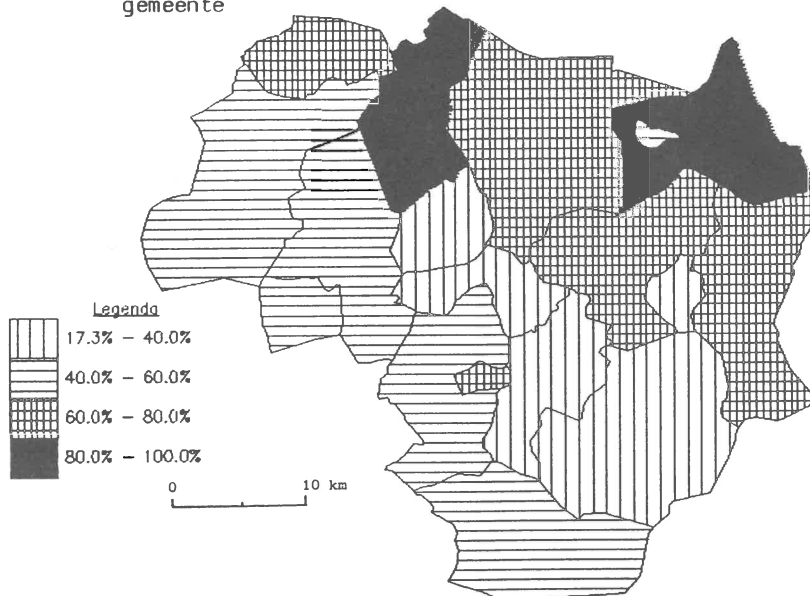
De resultaten van de berekeningen zijn weergegeven in tabel 4.9. De ruimtelijke variatie in spreiding van de praktijkpopulaties is eveneens per gemeente weergegeven in de kaarten 15 en 16. Bezien we eerst de totaalpercentages, dan kan worden geconcludeerd dat deze bijzonder weinig verschillen van de totaalpercentages in de regio Amersfoort. De percentages binnen de gemeente en binnen het postcodegebied zijn in Twente iets lager dan in de regio Amersfoort.

Zo'n 8% van de bevolking bezoekt de huisarts buiten de eigen woonkern. Plaatselijk zijn er wat grotere overschrijdingen, met name meerkernige gemeenten met woonkernen waarin geen huisarts gevestigd is. Zo zien we stromen van Ambt-Delden naar Delden, van Weerselo naar Oldenzaal en van Denekamp naar Ootmarsum.

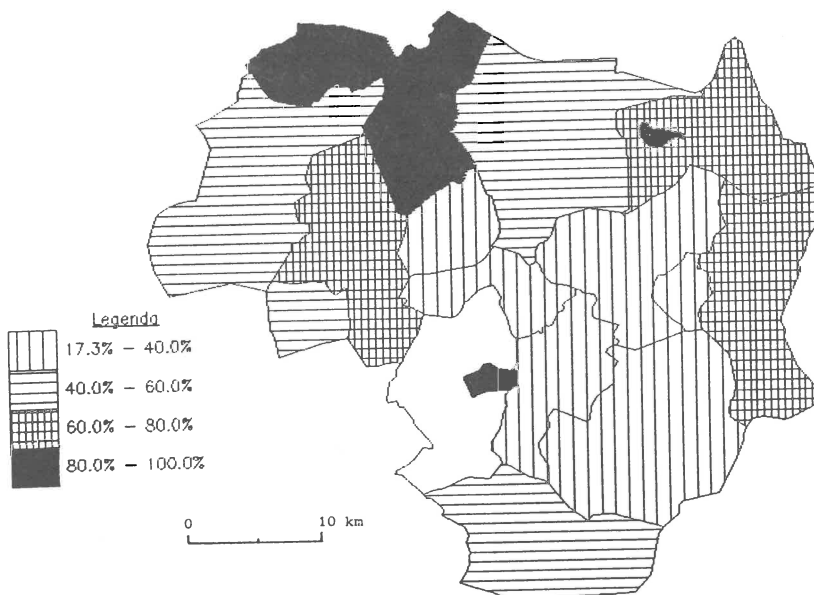
Tabel 4.9.: aantal mensen dat respectievelijk binnen de gemeente, binnen de woonkern en binnen het postcodegebied de huisarts bezoekt als percentage van de praktijkpopulaties van de huisartsen in dat gebied en van de bevolking in dat gebied per gemeente

gemeente	% binnen woonplaats		% binnen postcode	
	praktijken	bevolking	praktijken	bevolking
Almelo	97,4	99,0	28,1	26,7
Ambt-Delden	40,7	7,5	40,7	7,5
Borne	85,5	83,0	40,0	38,8
Delden	70,7	99,6	70,7	99,6
Den Ham	79,0	90,6	79,0	90,6
Denekamp	87,1	78,3	87,1	78,3
Enschede	99,3	99,6	28,0	27,8
Haaksbergen	97,5	98,1	56,6	57,0
Hellendoorn	90,5	83,8	51,3	47,5
Hengelo	91,2	98,4	28,2	33,4
Lossier	86,9	80,0	67,9	62,3
Oldenzaal	88,2	99,1	30,1	33,8
Ootmarsum	50,8	99,8	50,8	99,8
Rijssen	97,6	99,8	56,7	58,0
Tubbergen	62,3	55,8	62,3	55,8
Vriezenveen	83,4	84,3	83,4	84,3
Weerselo	65,4	32,3	65,4	32,3
Wierden	87,1	91,7	58,4	61,5
totaal	91,1	92,4	41,7	42,2

Kaart 16a.: percentage van de praktijkpopulaties afkomstig uit het postcodegebied waar de huisarts gevestigd is, per gemeente



Kaart 16b.: percentage van de verzekerden dat binnen het eigen postcodegebied de huisarts bezoekt, per gemeente



De oriëntatiepercentages op de postcodegebieden zijn daarentegen in de stedelijke gemeenten erg laag. De conclusie die ten aanzien van de regio Amersfoort werd getrokken, dat binnen de gemeente geen sprake is van een oriëntatie op de wijk, lijkt ook hier op te gaan.

Tabel 4.10.: de spreiding van de praktijkpopulaties in relatie tot de indeling in postcodegebieden

	aantal post- codegebieden	gem. aantal verzekerden per gebied	binnen postcodegebied % van prak- tijkgen	% van be- volking
Enschede	23	4.274	28,0	27,8
Hengelo	9	5.049	28,4	33,3
Almelo	9	4.904	28,1	26,7
Oldenzaal	7	2,718	30,1	33,8
totaal	--	4.138	28,7	29,3
woonplaatsen met 2 of 3 postcodes	--	4.590	51,4	51,9
overige woon- plaatsen	--	1.334	73,6	68,7

De oriëntatie op de postcodegebieden is nader geanalyseerd per woonplaats, die daartoe ingedeeld zijn naar aantal postcodegebieden waaruit zij bestaan (tabel 4.10). Het is duidelijk dat er een relatie tussen het aantal postcodegebieden waaruit een woonplaats is opgebouwd en de oriëntatiepercentages bestaat. In woonplaatsen met veel postcodegebieden, bezoekt minder dan 30% de huisarts in de eigen woonplaats. Zijn er twee of drie postcodegebieden, dan liggen de oriëntatiepercentages rond de 50%. Deze uitkomsten zijn weer zeer vergelijkbaar met de situatie in de regio Amersfoort. Alleen het percentage voor de overige woonplaatsen ligt in Twente duidelijk lager. Dat wordt veroorzaakt doordat er in Twente aanzienlijk meer woonkernen zijn waarin geen huisarts gevestigd is.

Beschouwen we de indeling in postcodegebieden als de door de Nota Eerstelijnszorg genoemde wijken van 8 à 10.000 inwoners waarin voor 80% afgestemde doelpopulaties tot stand moeten worden gebracht, dan

kan worden geconstateerd dat de Twentse situatie ver van dit doel verwijderd is. Alleen in kleine woonkernen, over het algemeen aanzienlijk kleiner dan 10.000 inwoners, wordt deze doelstellingen gehaald. Helaas woont in deze woonkernen slechts 20% van de Twentse bevolking. Nog eens een kleine 25% woont in woonkernen die qua inwonertal variëren van zo'n 10.000 tot 30.000. In deze kernen is geen sprake van wijkgericht werken. De afstemming in werkgebieden met maximaal 30.000 inwoners zal echter goed zijn, want bijna niemand bezoekt de huisarts buiten de eigen woonplaats. In de steden Almelo, Hengelo en Enschede (waar 55% van de bevolking woont) is geen sprake van wijkgericht werken in wijken van 8 à 10.000 inwoners. Of er binnen die steden ook geen afstemming is op de gebieden van wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg, zullen we in de komende paragrafen zien.

4.4.3. Afstemming van werkgebieden van wijkverpleging, het maatschappelijk werk en de gezinszorg

In Twente zijn vier Erkende Kruisorganisaties werkzaam. Eén daarvan, de kruisvereniging district Hengelo, is ook buiten het werkgebied van het Regionaal Ziekenfonds Twente werkzaam. Daarnaast zijn er acht instellingen voor maatschappelijk werk. Drie daarvan werken ook in gemeenten buiten het onderzoeksgebied. Van de tien instellingen voor gezinszorg richten er vier zich ook op gemeenten buiten het gebied.

Op grond van de werkgebieden van de instellingen voor maatschappelijk werk kan Twente in vier subregio's worden opgedeeld:

1. Zuidoost-Twente (gemeenten Enschede en Haaksbergen); in deze twee gemeenten zijn één kruisorganisatie, één instelling voor maatschappelijk werk en drie instellingen voor gezinszorg werkzaam. Al deze organisaties richten zich uitsluitend op Enschede en Haaksbergen.
2. Noordoost-Twente (gemeenten Ootmarsum, Denekamp, Losser, Oldenzaal en Weerselo); in dit gebied zijn één kruisorganisatie, één instelling voor maatschappelijk werk en één instelling voor gezinszorg werkzaam. De grenzen van de werkgebieden van de instellingen vallen samen, met dien verstande dat de Kruisvereniging Twente-Oost ook Weerselo tot haar werkgebied rekent. Voor de maatschappelijke dienstverlening hoort Weerselo tot Midden-Twente.
3. Midden-Twente (gemeenten Hengelo, Borne, Stad-Delden, Ambt-Delden en Weerselo). Ook in dit gebied functioneren één instelling voor maatschappelijk werk, één voor gezinszorg en één kruisorganisa-

tie. De werkgebieden vallen samen, met uitzondering van het reeds genoemde Weerselo.

4. Noordwest-Twente (Almelo, Tubbergen, Wierden, Den Ham, Hellendoorn, Rijssen). In deze regio is één kruisorganisatie werkzaam en vijf instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, met zowel maatschappelijk werk, als gezinszorg. De werkgebieden van de vier instellingen overlappen sterk. Alleen in Tubbergen en Den Ham is slechts één instelling werkzaam. In Wierden en Almelo werken twee instellingen en in de overige gemeenten werken drie instellingen steeds weer in een andere combinatie. Zo werken in Hellendoorn de stichting voor Maatschappelijke Dienstverlening van West-Overijssel, Midden-Overijssel en Noordoost-Overijssel, in Vriezenveen zit Noordoost-Overijssel ook, maar nu samen met Noord-Twente en Noordwest-Twente. In Rijssen zit weer een andere combinatie.

De conclusie die uit dit bovenstaande kan worden getrokken, is dat de werkgebieden van de instellingen in drie van de vier subregio's redelijk op elkaar zijn afgestemd. Alleen in Noordwest-Twente is de situatie erg onoverzichtelijk. Zoals eerder betoogd, behoeft dit niet te betekenen dat de gebiedsindelingen, die de instellingen binnen hun werkgebied hebben, wel of niet met elkaar samenvallen. Daar zal nu op worden ingegaan.

De afstemming van werkgebieden van maatschappelijk werk, gezinszorg en wijkverpleging wordt weer per subregio besproken.

1. Zuidoost-Twente: de wijkverpleging heeft dit gebied in zes basiseenheden opgedeeld en het maatschappelijk werk onderscheidt twaalf gebieden. Het enige samenvallende gebied is de gemeente Haaksbergen. In Enschede verschillen de gebiedsindelingen van beide disciplines sterk van elkaar. De drie instellingen voor gezinszorg werken met nog grovere indelingen.
2. Noordoost-Twente: de indeling van maatschappelijk werk en gezinszorg valt in deze subregio samen. Beide onderscheiden drie gebieden, te weten Oldenzaal, Losser en Denekamp en Ootmarsum samen. De wijkverpleging wijkt hier alleen voor wat het laatste gebied betreft vanaf. Denekamp en Ootmarsum zijn met Weerselo gecombineerd tot één basiseenheid.
3. Midden-Twente: buiten Hengelo sluiten de gebiedsindelingen van de drie kerndisciplines goeddeels op elkaar en op de gemeentegrenzen aan (weer met uitzondering van Weerselo). Binnen Hengelo hanteren alle drie de kerndisciplines een andere indeling. De wijkverpleging onderscheidt drie basiseenheden, het maatschappelijk werk heeft vijf gebieden en de gezinszorg werkt in zeven gebieden. De

indelingen verschillen onderling flink.

4. Noordwest-Twente: ondanks het feit dat de werkgebieden van de instellingen sterk overlappen, vallen de voor de hulpverlening onderscheiden gebieden redelijk samen (althans buiten Almelo). Dat komt omdat over het algemeen gemeente- of woonplaatsgebonden wordt gewerkt. Alleen waar de ene instelling woonplaatsgebonden werkt en de ander gemeentegrensgebonden, zijn verschillen (Den Ham, Hellendoorn, Wierden). In Almelo sluit de indeling van de wijkverpleging (drie basiseenheden) niet aan op de indelingen van de instellingen voor maatschappelijke dienstverlening. Eén van de twee instellingen voor maatschappelijke dienstverlening onderscheidt zowel voor gezinszorg als maatschappelijk werk dezelfde vijf gebieden.

De conclusie ten aanzien van de afstemming van werkgebieden van maatschappelijk werk, gezinszorg en wijkverpleging luidt als volgt. Buiten de drie steden is de situatie redelijk tot goed, zelfs als de werkgebieden van de instellingen sterk overlappen. De geografische omstandigheden dwingen min of meer tot woonplaats- of gemeentegrensgebonden werken. Binnen de drie steden zijn meer keuzemogelijkheden ten aanzien van de te kiezen gebiedsindeling. Hier zien we dan ook dat de indelingen van de drie disciplines volstrekt niet op elkaar aansluiten.

4.4.4. De afstemming van de praktijkpopulaties van de huisarts op de gebiedsindeling van de overige disciplines

Achtereenvolgens zal ingegaan worden op de afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen en op de gebiedsindelingen van wijkverpleging en maatschappelijk werk. De gezinszorg zal hier verder buiten beschouwing blijven, omdat die indeling bijna overal samenvalt met het maatschappelijk werk. Waar dit niet zo is (Enschede) werken drie instellingen. Het apart nagaan van de afstemming van deze drie instellingen op de huisarts is echter weinig zinvol.

Van alle ziekenfondsverzekerden in ons onderzoeksgebied bezoekt één-derde, ofwel 113.569 verzekerden, de huisarts buiten het werkgebied van de wijkverpleging waar men woont. Aangezien er weinig in- en uitstroom is, is ook één-derde van de praktijkpopulaties van de huisartsen afkomstig van buiten het werkgebied van de wijkverpleging.

Tabel 4.11 laat zien dat er grote verschillen zijn tussen groepen woonplaatsen. Woonplaatsen, die onderverdeeld zijn in meerdere werkgebieden van de wijkverpleging (Almelo, Hengelo en Enschede), kennen lage afstemmingspercentages. Woonplaatsen, die op zichzelf een werk-

gebied van de wijkverpleging vormen of daar deel van uitmaken en waar één of meer huisartsen gevestigd zijn, kennen een uitstekende afstemming. Anders ligt dit bij de kleine dorpen waar geen huisarts gevestigd is. De meerderheid van de bewoners van deze dorpen heeft zijn huisarts buiten het werkgebied van de wijkverpleging. Door het

Tabel 4.11.: afstemming van de praktijkpopulaties van de huisarts op de werkgebieden van de wijkverpleging per groep woonplaatsen

	aantal verze- kerden	aantal buiten werkgebied	als % van verzeke- ren	als % van praktijk- populaties
plaats 1 werkgebied	187.891	97.713	48,0	46,9
plaats in 1 werkgebied met huisarts	144.824	8.568	5,9	5,4
zonder huisarts	16.176	7.288	55,1	n.v.t.
totaal	348.496	113.569	33,4	32,4

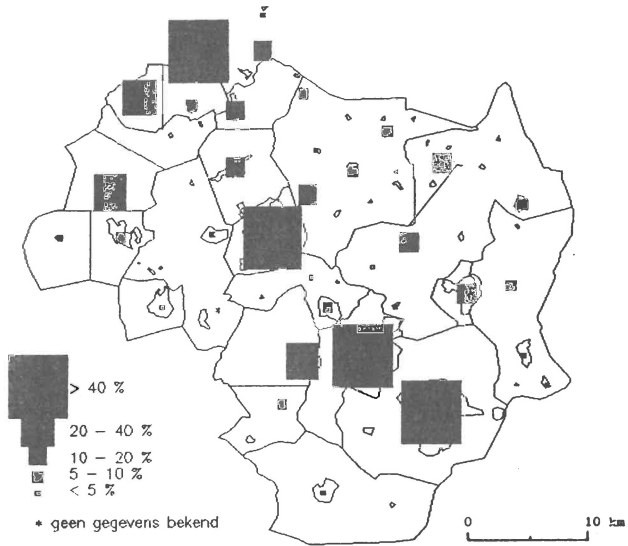
lage inwonertal van deze dorpen gaat het absoluut gezien echter om kleine aantallen. Van alle mensen die de huisarts buiten het werkgebied van de wijkverpleging bezoeken, woont 86% in Almelo, Hengelo of Enschede.

De ruimtelijke variatie in afstemming is gevisualiseerd in kaart 17a en 17b. Als we uitgaan van de praktijkpopulaties van de huisartsen, zien we vooral hoge percentages buiten het werkgebied in de drie grote steden. Verder zijn er vooral plaatselijk overschrijdingen in woonplaatsen die dichtbij een woonkern zonder huisarts in een naburig werkgebied liggen. De hogere percentages in de noordwesthoek zijn iets vertekend omdat de wijkverpleging hier in relatief kleine eenheden werkt.

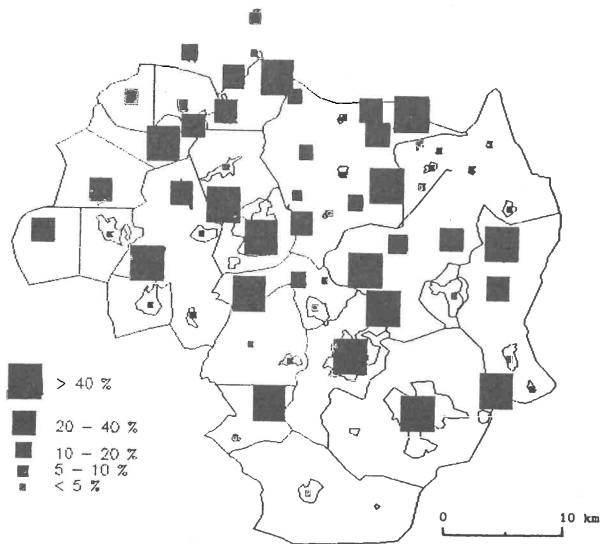
Als we het aantal dat buiten het werkgebied de huisarts bezoekt, relateren aan het aantal verzekerden (kaart 17), dan zien we vooral de overschrijdingen in de kleine woonplaatsen waar geen huisarts gevestigd is.

Gezien de mate waarin de afstemmingsproblemen zich concentreren in de grote steden, gaan we hier wat verder op in (tabel 4.12). Evenals in Amersfoort zien we in Hengelo, Almelo en Enschede een ongelijke

entente van de praktijkpopulatie afhankelijk uit het
 werkgebied van de wijkverpleging waar de huisarts
 gevestigd is, per woonkern



Kaart 17b: percentage van de verzekerden dat buiten het werkgebied van de wijkverpleging de huisarts bezoekt, per woonkern



verdeling van de huisartsen over de basiseenheden wijkverpleging. Er is ook hier een duidelijke relatie tussen de mate van afstemming en het aantal huisartsen per 10.000 verzekerden. Basiseenheden met relatief veel huisartsen hebben te maken met huisartsen, die een aanzienlijk deel van hun praktijkpopulatie buiten de wijk hebben. In basiseenheden met relatief weinig huisartsen richten de huisartsen in de wijk zich wel voor een groot deel op die wijk. Een groot deel van de bevolking bezoekt echter de huisarts in een andere wijk.

Tabel 4.12.: afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen op de werkgebieden van de wijkverpleging in Enschede, Almelo en Hengelo

woonplaats	basis- eenheid	huisartsen per 10.000	% buiten basiseenheid	
			van verzekerden	van praktijken
Enschede				
	1. Noordwest	4,9	51,6	50,3
	2. Noordoost	3,7	52,8	33,1
	3. Zuid	3,8	48,4	26,8
	4. West	2,7	73,2	40,7
	5. Centrum- zuidoost	13,0	33,1	70,7
totaal		5,5	51,6	51,9
Almelo				
	1. Noord	6,4	38,6	44,5
	2. Midden	10,8	70,1	85,2
	3. Zuid	4,4	44,0	30,5
totaal		5,7	45,7	46,6
Hengelo				
	1. Noord	3,5	74,2	4,6
	2. Midden	6,6	36,4	70,5
	3. Zuid	10,3	47,8	60,6
totaal		6,4	59,6	62,5

Om niet teveel in herhalingen te vallen, wordt bij het maatschappelijk werk wat korter stilgestaan dan bij de wijkverpleging. De uitkomsten van de berekeningen zijn namelijk zeer vergelijkbaar. Van alle verzekerden bezoekt 34,7% (120.846 personen) de huisarts buiten

het AMW-werkgebied waar men zelf woont. Het overgrote deel (80%, ofwel 96.271 personen) woont in Almelo, Hengelo of Enschede. De percentages van de bevolking in deze steden, die buiten het AMW-gebied de huisarts bezoeken, zijn respectievelijk 24%, 54,7% en 63,4%. De eerste twee percentages zijn lager en het laatste hoger dan bij de wijkverpleging. De lagere percentages in Almelo en Hengelo worden veroorzaakt doordat het AMW in die steden één zeer groot werkgebied naast verschillende kleine onderscheidt. In dit grote werkgebied is de afstemming zeer goed. Het lagere percentage in Enschede wordt veroorzaakt door het feit dat het AMW hier een zeer fijnmazige indeling (in 12 werkgebieden) hanteert.

4.4.5. Conclusie

De hoofdlijnen van de conclusie ten aanzien van de Amersfoortse situatie gelden ook voor Twente. Goede afstemming is er op het platteland, met uitzondering van de dorpjes waar geen huisarts gevestigd is. De absolute aantallen mensen die hier wonen, zijn echter klein. Slechte afstemming is er in de steden, zowel op het niveau van de basiseenheden wijkverpleging (gebieden met circa 30.000 inwoners) als in gebieden van 8 à 10.000 inwoners. De ongelijke spreiding van huisartsen over de stad lijkt een belangrijke oorzaak van gebrek aan afstemming.

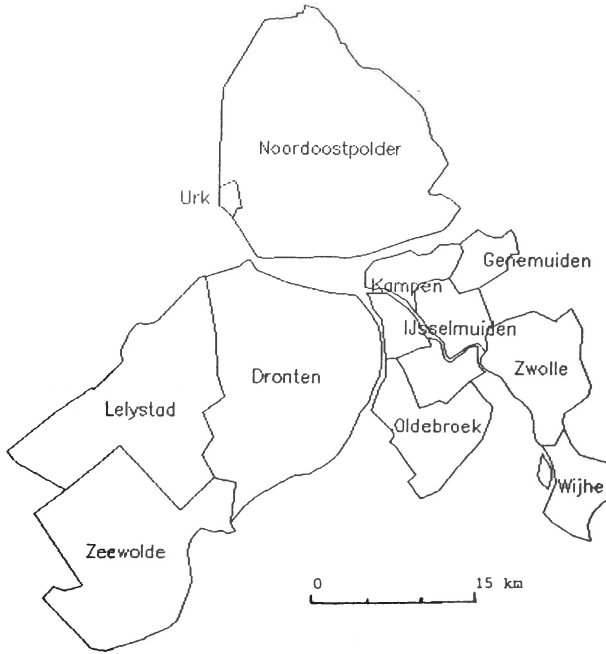
Eén van de redenen waarom Twente is gekozen als onderzoeksregio is dat hier door de beroepsgroep in Enschede een vestigingsbeleid gevoerd zou zijn, dat mede tot doel had wijkgericht te gaan werken. De cijfers tonen echter aan, dat de situatie in Enschede niet wezenlijk verschilt van de situatie in de andere steden. De spreiding van huisartsen over de basiseenheden is in Enschede net zo ongelijk als in de andere steden en de afstemmingspercentages liggen in dezelfde orde van grootte. Het beleid van de beroepsgroep lijkt dus tot op dit moment nog weinig effect te hebben gesorteerd.

4.5. De situatie in de regio Zwolle

4.5.1. Regiobeschrijving

De onderzoeksregio Zwolle telt 11 gemeenten, die tezamen op 1 januari 1987 304.178 inwoners tellen. Kaart 18 en 19 geven de gemeentenaamen en de namen van de woonkernen. Het gebied bestaat uit twee delen. Het ene deel beslaat de provincie Flevoland, met uitzondering van Almere. Grootste stad in dit gebied is Lelystad met 58.663 inwoners. Lelystad is afgelopen 20 jaar sterk gegroeid omdat het een op-

Kaart 18.: gemeentegrenzen onderzoeksregio Zwolle

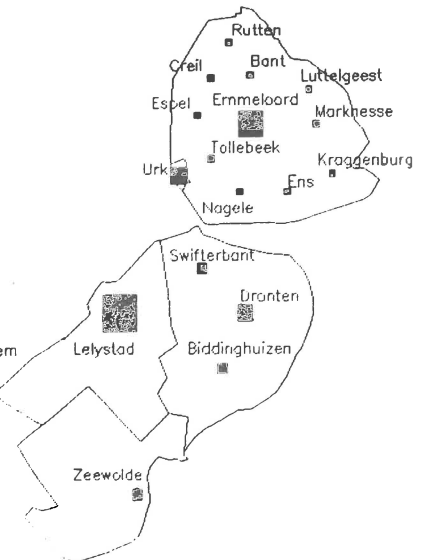


Kaart 19.: woonkernen

a. 'Oude Land'



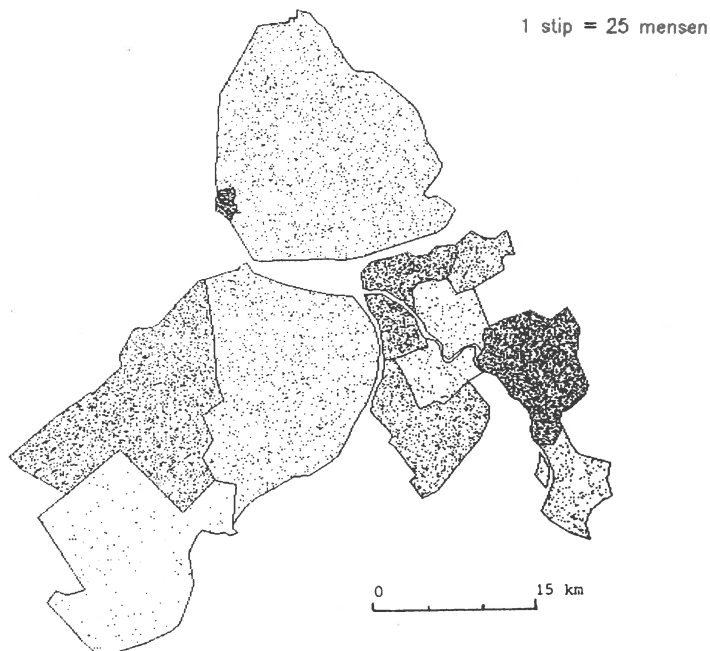
b. IJsselmeerpolders



vangfunctie had voor de overloop uit het noordelijk deel van de Randstad. De overige gemeenten in Flevoland hebben een plattelandskarakter met uitzondering van Zeewolde, dat nu nog erg klein is, maar moet uitgroeien tot een stad. Het tweede deel van het onderzoeksgebied, dat zal worden aangeduid als het 'Oude Land', beslaat een zestal gemeenten rond de monding van de IJssel. Zwolle is de grootste gemeente (89.348 inwoners) qua inwonertal vergelijkbaar met Amersfoort. De tweede stad, Kampen (32.527 inwoners) is qua omvang vergelijkbaar met Oldenzaal. Genemuiden en Oldebroek zijn verstedelijkte plattelandsgemeenten en Wijhe en IJsselmuiden zijn plattelandsgemeenten. De ruimtelijke verschillen in bevolkingsdichtheid zijn weergegeven in kaart 20.

De gegevens, die verkregen zijn van het Regionaal Ziekenfonds Zwolle, hebben betrekking op alle ziekenfondsverzekerden in dit gebied, met uitzondering van de gemeente Oldebroek. De gegevens voor deze gemeente hebben alleen betrekking op Wezep en Hattemerbroek. RZZ heeft daarnaast nog kleine aantallen verzekerden in de gemeenten Hasselt, Heino en Hattem. Deze vormen echter zo'n gering percentage van de bevolking in die gemeenten, dat deze verder buiten beschouwing zijn gelaten.

Kaart 20.: bevolkingsspreiding over de gemeenten

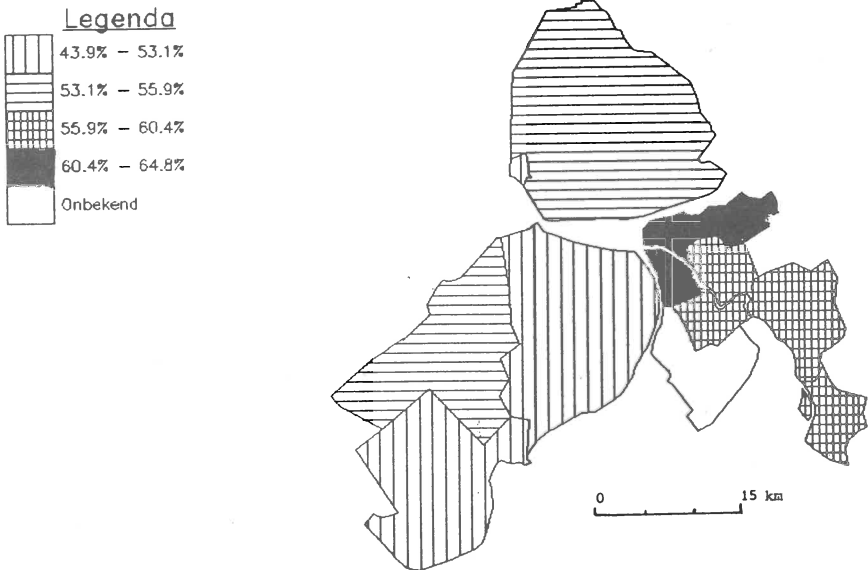


Het aantal ziekenfondsverzekerden waarop de gegevens betrekking hebben, is 168.288. Hiervan wonen er 166.821 in één van de 11 onderzoeksgemeenten. Het percentage ziekenfondsverzekerden in het gebied (exclusief Oldebroek omdat we hier slechts gegevens over een deel van de ziekenfondsverzekerden hebben) is 56,2%. Dit is lager dan in Twente, maar hoger dan in de regio Amersfoort. De ruimtelijke variatie in percentage ziekenfondsverzekerden kan worden afgelezen uit kaart 21. Op het 'Oude Land' ligt het percentage over het algemeen hoger dan in Flevoland. In Kampen en Genemuiden liggen de percentages ziekenfondsverzekerden het hoogst.

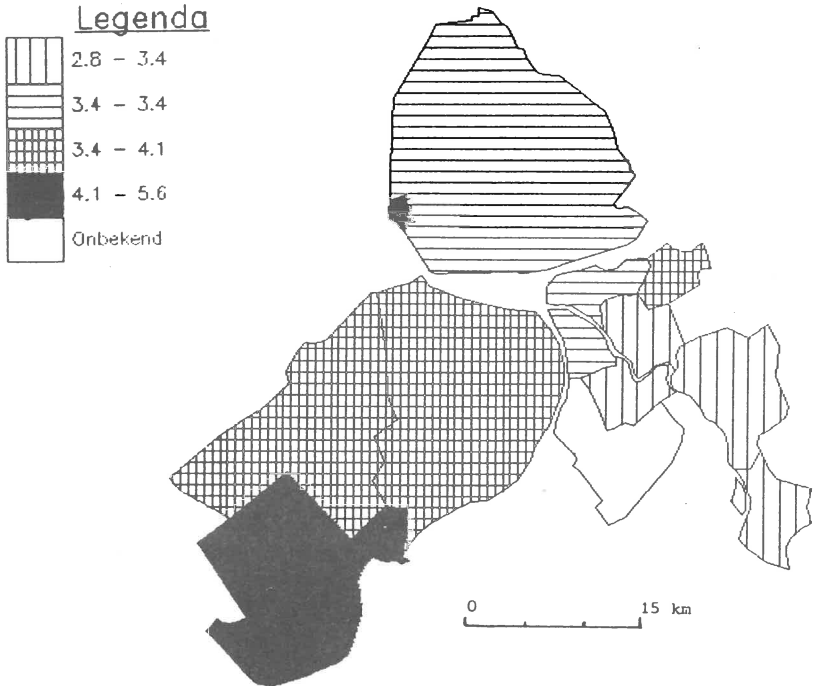
In de tien gemeenten waarover volledige gegevens beschikbaar zijn, hebben 103 huisartsen ziekenfondsverzekerden, wat neerkomt op een gemiddelde praktijkomvang van 2.725, wat evenals in Twente ruim boven het landelijk gemiddelde is. Ook hier is een verschil waarneembaar tussen het oude en het nieuwe land (kaart 22). Op het nieuwe land ligt de huisartsendichtheid duidelijk hoger.

De gemiddelde omvang van de ziekenfondspraktijk van de huisartsen is 1.534. Doordat in Flevoland de praktijken kleiner zijn dan op het Oude Land en de percentages ziekenfondsverzekerden lager, is er een groot verschil in omvang van de ziekenfondspraktijk tussen de twee regio's, namelijk gemiddeld 1.721 op het oude, en 1.343 op het nieuwe land. Een belangrijk verschil tussen de huisartsen op het oude en

Kaart 21.: percentage verzekerd bij het Regionaal Ziekenfonds Zwolle per gemeente



Kaart 22.: huisartsen per 10.000 verzekerden



het nieuwe land is in praktijkvorm. In de gemeente Lelystad zijn zeven gezondheidscentra gevestigd en in de gemeente Dronten drie (één in Swifterbant, één in Biddinghuizen en één in Dronten zelf), terwijl op het Oude Land deze praktijkvorm helemaal niet voorkomt. In Flevoland werkt de helft van de artsen in een gezondheidscentrum. Op het Oude Land overheersen de solo- en duopraktijken. Alleen in Zwolle zijn twee groepspraktijken.

4.5.2. De spreiding van de patiënten rond de huisartspraktijk

Tabel 4.13 geeft het beeld te zien dat we al kennen uit de regio's Amersfoort en Twente. Bijna iedereen bezoekt de huisarts binnen de woonkern. Het percentage mensen dat binnen een woonkern de huisarts in de eigen wijk bezoekt, is echter aanzienlijk lager. De percentages liggen over de hele linie wel iets hoger dan in de beide andere regio's.

Op woonplaatsniveau (kaart 23) zien we zeer hoge percentages op Flevoland en in Kampen en Zwolle. Het verschil tussen Flevoland en

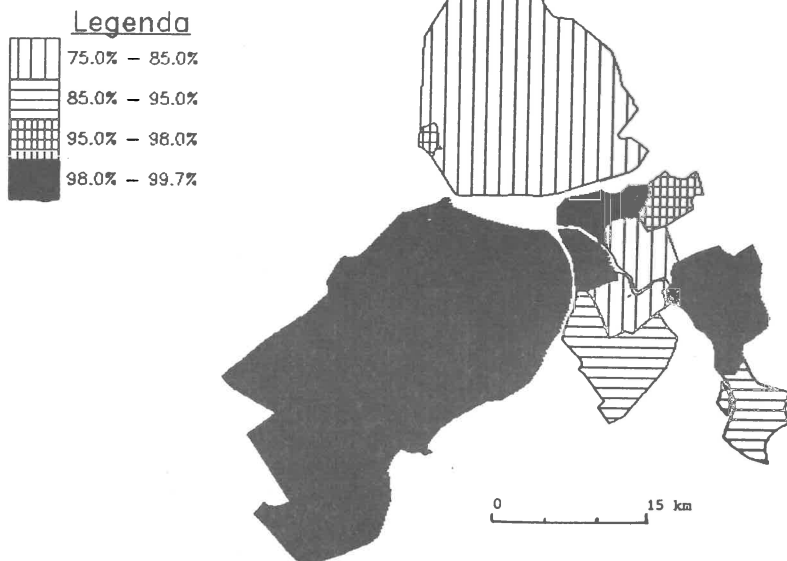
Tabel 4.13.: aantal mensen dat binnen woonkern, het postcodegebied, de huisarts bezoekt als percentage van de praktijkpopulaties, respectievelijk de bevolking in dat gebied per gemeente

	% binnen woonplaats		% binnen postcode	
	bevolking	praktijk	praktijk	bevolking
Oude Land				
Genemuiden	98,0	98,1	98,0	98,1
IJsselmuiden	78,9	73,0	78,9	73,0
Kampen	98,7	98,1	25,3	25,1
Oldebroek	88,3	84,9	88,3	84,9
Wijhe	94,2	92,2	94,2	92,2
Zwolle	99,1	98,2	25,9	25,7
Flevoland				
Dronten	98,5	98,9	95,4	95,7
Lelystad	99,7	99,4	44,9	44,8
Noordoostpolder	83,5	77,9	53,0	50,0
Urk	96,5	99,6	96,5	99,6
Zeewolde	99,2	98,9	84,0	83,8
totaal	95,7	94,2	49,8	49,0

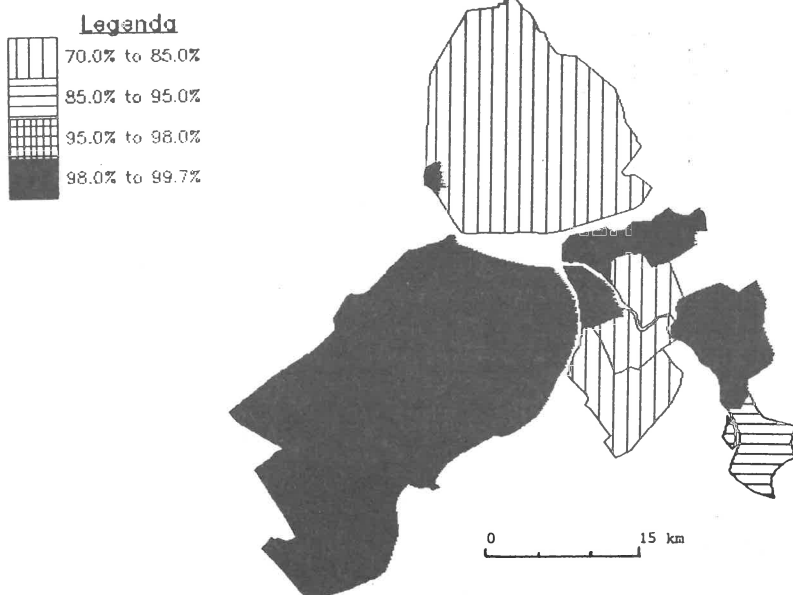
de Noordoostpolder is opmerkelijk. In de Noordoostpolder zijn kleine op relatief korte afstand van elkaar liggende woonkernen gepland, waardoor relatief veel mensen de huisarts buiten de woonkern (moeten) bezoeken. In Flevoland hebben de kernen genoeg draagvlak voor één of meer huisartsen en zijn ver uit elkaar geplaatst, waardoor bijna niemand de huisarts buiten de eigen woonkern bezoekt. Op het Oude Land zijn de percentages in gemeenten met woonkernen waarin geen huisarts gevestigd zijn eveneens lager.

Op postcodeniveau (kaart 24) is het interessant om het percentage van Lelystad, waar sprake is van een bijzondere situatie omdat een groot deel van de huisartsen in gezondheidscentra werkt, te vergelijken met andere steden. We zien inderdaad dat het percentage ziekenfondsverzekerden, dat de huisarts binnen het postcodegebied bezoekt, hoger is dan in andere steden van vergelijkbare grootte (Kampen, Zwolle, Amersfoort, Hengelo, Almelo). Toch is het percentage binnen de wijk nu ook weer niet echt hoog. Te meer als wordt bedacht dat Lelystad een 'nieuwe' stad is waarin nog relatief weinig interne verhuizingen hebben plaatsgevonden.

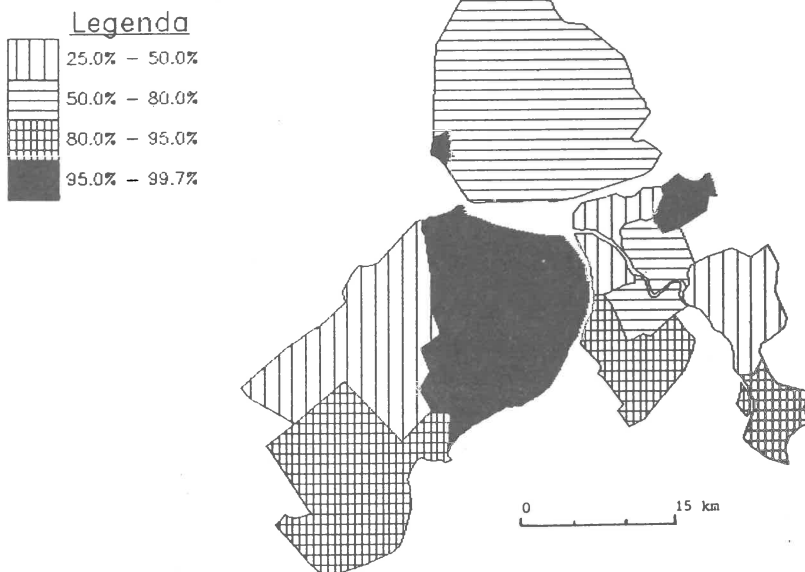
Kaart 23a.: percentage van de praktijkpopulaties afkomstig uit de woonkern waar de huisarts gevestigd is per gemeente



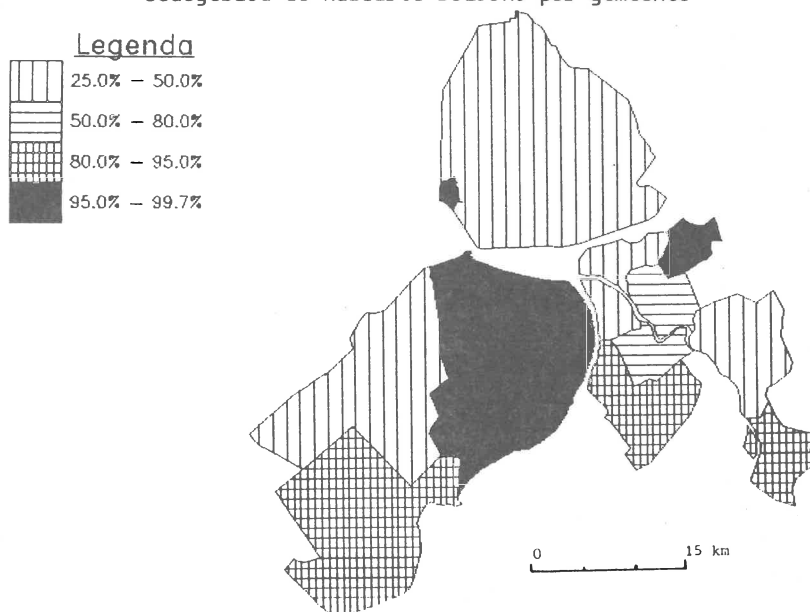
Kaart 23b.: percentage van de verzekerden dat binnen de eigen woonkern de huisarts bezoekt per gemeente



Kaart 24a.: percentage van de praktijkpopulaties afkomstig uit het postcodegebied waar de huisarts gevestigd is per gemeente



Kaart 24b.: percentage van de verzekerden dat binnen het eigen postcodegebied de huisarts bezoekt per gemeente



Als we echter het inwonertal van het postcodegebied erbij betrekken, wordt het beeld voor Lelystad weer wat gunstiger. De postcodegebieden tellen hier namelijk gemiddeld aanzienlijk minder verzekerden dan in steden van vergelijkbare omvang (minder dan 3.000 verzekerden tegen tussen de 4.000 en 5.000 verzekerden in de steden in Twente en Amersfoort). Binnen Lelystad zijn verder belangrijke verschillen tussen de drie oudste gezondheidscentra enerzijds en de vier nieuwere centra en de eveneens recenter gevestigde vijf solo-artsen anderzijds. De oude, centraal in de stad gelegen centra hebben hun patiënten sterk over de stad verspreid, terwijl de nieuwere centra en de solo-artsen vaker sterk wijkgebonden werken. Zo is slechts 22% van de praktijkpopulatie van het oudste centrum afkomstig uit het postcodegebied waarin men gevestigd is. Bij de nieuwere centra loopt het percentage van 66,8 tot 92,5 binnen het eigen postcodegebied. Van de praktijkpopulaties van de solo-huisartsen is 60,7% afkomstig uit het eigen postcodegebied.

Conclusie van deze paragraaf is dat de huisartsen in deze onderzoeksregio sterk woonplaats- en gemeentegebonden werken. De mate waarin binnen grote woonkernen wijkgebonden wordt gewerkt, is aanzienlijk geringer. In deze zin wijkt de situatie niet af van die in andere onderzoeksregio's. Het enige fundamentele verschil vormt de situatie in Lelystad, waar duidelijk meer wijkgebonden wordt geopeerd dan in andere steden.

4.5.3. Afstemming van werkgebieden van wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg

De wijkverpleging in het gebied wordt verzorgd vanuit zes erkende kruisorganisaties. Daarnaast functioneren er een vijftal instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, die elk zowel maatschappelijk werk als gezinszorg verrichten. De volgende sub-gebieden kunnen worden onderscheiden:

1. Flevoland (Dronten, Lelystad, Zeewolde); hier funtioneeert één instelling voor maatschappelijke dienstverlening en één kruisvereniging.
2. Noordoostpolder en Urk; hier is eveneens één kruisvereniging en één instelling voor maatschappelijke dienstverlening (die ook in de Kop van Overijssel werkt).
3. IJsselmond (Genemuiden, IJsselmuiden, Kampen, Zwolle en Oldebroek); in dit gebied functioneert één instelling voor maatschappelijke dienstverlening en drie kruisverenigingen. Eén kruisvereniging heeft Genemuiden, IJsselmuiden en Kampen als werkgebied, één werkt voor Zwolle en één voor Oldebroek. Alle in-

stellingen behalve de kruisvereniging Zwolle werken ook gemeenten buiten het gebied.

4. Wijhe; hier werkt één kruisvereniging en twee instellingen voor maatschappelijke dienstverlening, die alledrie ook voor andere gemeenten werken.

We zien dus binnen de maatschappelijke dienstverlening een redelijk overzichtelijke situatie voor wat betreft de afstemming van werkgebieden als geheel. Maatschappelijk werk en gezinszorg hebben dezelfde werkgebieden en alleen in Wijhe functioneren twee instellingen tegelijk. De indeling van de maatschappelijke dienstverlening sluit echter niet aan bij de werkgebieden van de kruisverenigingen, behalve in Flevoland.

Wat één en ander voor consequenties heeft voor de afstemming van werkgebieden van de hulpverleners in de verschillende instellingen, wordt nu voor dezelfde vier subregio's besproken.

1. Flevoland; in de gemeente Dronten wordt woonplaatsgebonden gewerkt (de hulpverleners zijn verbonden aan de gezondheidscentra in Dronten, Biddinghuizen en Swifterbant). De gezinszorg werkt hier voor de hele gemeente. In Zeewolde werken alle drie de disciplines gemeentegrensgen. In Lelystad is sprake van een bijzondere situatie omdat in vijf van de zeven gezondheidscentra maatschappelijk werk en kruiswerk praktijkgebonden voor de centrumartsen werken. In de overige twee centra werken artsen en maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen wijkgebonden (bron: Registratie Samenwerkingsverbanden). De gezinszorg werkt in Lelystad voor de hele gemeente.
2. Noordoostpolder/Urk; maatschappelijk werk en gezinszorg werken gemeentegrensgen. De wijkverpleging heeft de polder op een andere wijze in tweeën gedeeld. Emmeloord vormt hier een basiseenheid samen met de dorpen in het noordwestelijk deel van de polder (Bant, Creil, Espel en Rutten). Urk vormt samen met de overige dorpen in de polder de tweede basiseenheid.
3. IJsselmond; buiten Zwolle wordt over het algemeen gemeentegrensgen gewerkt door zowel maatschappelijk werk, kruiswerk als gezinszorg. In Zwolle werkt de kruisvereniging in vier basiseenheden, het maatschappelijk werk hanteert geen vaste gebiedsindeling en de gezinszorg werkt voor de gemeente als geheel.
4. Wijhe; de drie kerndisciplines werken hier gemeentegrensgen. Het beeld van de afstemming van werkgebieden van de drie kerndisciplines is in de regio nogal divers. Praktijkgebonden en woonplaatsgebonden afstemming in Flevoland, elkaar overlappende werkgebieden in de Noordoostpolder, gemeentegrensgen afstemming op het Oude

Land buiten Zwolle en in Zwolle is het alleen de wijkverpleging die een vaste gebiedsindeling hanteert.

4.5.4. De afstemming van de praktijkpopulaties van de huisarts op de gebiedsindelingen van de overige disciplines

Gezien de grote variatie in mate van afstemming tussen wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg tussen de onderscheiden subregio's zal de afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen ook per subregio worden behandeld.

1. Flevoland; in de gemeente Dronten, waar door de wijkverpleging en AMW woonplaatsgebonden wordt gewerkt, is de afstemming optimaal te noemen. De praktijkpopulaties van de huisartsen in Dronten, Swifterbant en Biddinghuizen zijn voor respectievelijk 98,7, 98,3 en 99,5% afkomstig uit de eigen woonplaats. In Lelystad wordt praktijkgebonden gewerkt in de andere gezondheidscentra, die hun patiënten tamelijk verspreid over de stad hebben zitten. Wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers in de nieuwere centra werken wijkgebonden. We zagen eerder dat de huisartsen in deze centra ook sterk wijkgebonden werken, zodat van een goede afstemming kan worden gesproken. De situatie met betrekking tot de solo-artsen is daarnaast eveneens gunstig omdat zij hun patiënten sterk in de eigen wijk geconcentreerd hebben zitten.
2. Noordoostpolder en Urk; het percentage verzekerden dat de huisarts binnen de eigen basiseenheid bezoekt, ligt voor de twee basiseenheden op 92,0 en 96,6%. Er is een kleine stroom van de basiseenheid waarin Urk ligt naar de basiseenheid waarin Emmeloord ligt (met name vanuit het dorp Tollebeek). Het AMW werkt gemeentegebonden. De afstemmingspercentages kunnen daarom worden afgelezen uit tabel 4.13. Alle percentages liggen ruim boven de 90%. De afstemming is dus goed te noemen.
3. Oude Land met uitzondering van Zwolle; in deze gemeenten werken AMW en wijkverpleging weer gemeentegrensggebonden. We kunnen dus weer bij tabel 4.13 te rade voor de afstemmingspercentages, die ook in dit geval ruim boven de 90% liggen. De afstemming is dus uitstekend.
4. In Zwolle gaan we alleen de afstemming van de praktijkpopulaties van de huisarts op de gebiedsindeling van de wijkverpleging na. Dit omdat de andere disciplines geen (vaste) gebiedsindeling hanteren.

Tabel 4.14 geeft de afstemmingspercentages per basiseenheid. We zien weer het gebruikelijke beeld: een ongelijke huisartsenspreiding en

Tabel 4.14.: afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen op de werkgebieden van de wijkverpleging in Zwolle

woonplaats	basiseenheid	huisart- sen per 10.000	% binnen basiseenheid van ver- zekerden	van prak- tijkten
Zwolle				
	1. Zuidoost	5,5	37,2	37,8
	2. Noordoost	3,3	34,9	72,5
	3. Midden-West	10,2	62,7	34,5
	4. Zuid	4,9	37,3	64,9
totaal		6,0	43,5	43,9

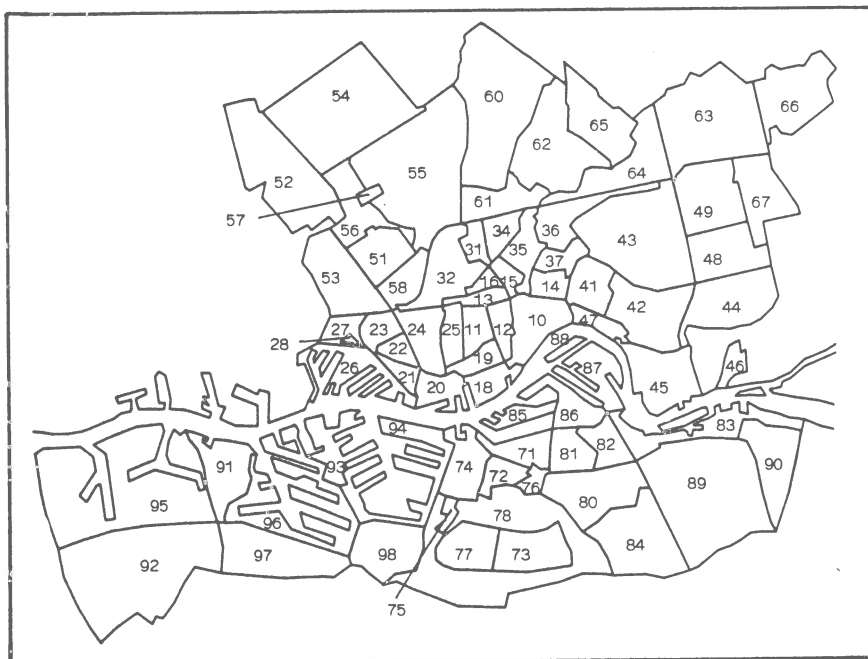
omvangrijke patiëntenstromen naar de basiseenheid (in dit geval Midden-West), waar de meeste huisartsen gevestigd zijn. Het resultaat is afstemmingspercentages, die duidelijk beneden de 50% liggen.

4.5.5. Conclusie

De conclusies die ten aanzien van afstemming van werkgebieden in de regio's Amersfoort en Twente zijn getrokken, gelden ook voor het overgrote deel van de regio Zwolle. Goede afstemming op het platteland (met uitzondering van de kleine woonkernen waar geen huisarts gevestigd is) vinden we ook hier, omdat ook hier wijkverpleging en maatschappelijk werk gemeente- en/of woonplaatsgebonden werken en bijna niemand buiten de eigen woonplaats de huisarts bezoekt. Slechte afstemming vinden we weer in de stad, in dit geval Zwolle. Er is hier geen sprake van enige afstemming van de werkgebieden van de vier kerndisciplines op elkaar.

De situatie in Lelystad wijkt wel fundamenteel af van die in andere steden. Er is hier òf sprake van wijkgebonden afstemming òf van praktijkgebonden afstemming van doelpopulaties van hulpverleners die onder één dak gehuisvest zijn. Het feit dat het juist de oudere gezondheidscentra zijn die wijkgebonden werken hebben losgelaten en over zijn gegaan op praktijkgebonden afstemming, doet vermoeden dat het een kwestie van tijd is dat dat ook in de andere centra zal gebeuren.

Kaart 25.: CBS-buurtindeling van Rotterdam



Buurtbenaming					
10	Stadsdriehoek	60	Schiebroek	81	Bloemhof
12	Cool	61	Hillegersberg-Zuid	82	Hillesluis
13	C.S. Kwartier	62	Hillegersberg-Noord	80	Vreewijk
18	Nieuwe Werk	64	Ierbregge	84	Lombardijen
19	Dijkzigt	65	Molenlaankwartier	83	Oud-Ysselmonde
11	Oude Westen	14	Rubroek	89	Groot-Ysselmonde
24	Nieuwe Westen	35	Oude Noorden	90	Beverwaard
25	Middelland	36	Nieuw-Crooswijk	71	Tarwewijk
20	Delfshaven	37	Oud-Crooswijk	72	Carnisse
21	Bospolder	41	Kralingen-West	73	Zuidwijk
22	Tussendijken	42	Kralingen-Oost	74	Charlois
23	Spangen	43	Kralingse Bos	75	Wielewaal
27	Oud-Mathenesse	45	De Esch	76	Zuidplein
28	Witte Dorp	47	Struisenburg	77	Pendrecht
51	Kleinpolder	44	's Graveland	78	Zuiderpark
52	Noord Kethel	46	Kralingseveer	91	Pernis
54	Schieveen	48	Prinsenland	93	Heyplaat
55	Zestienhoven	49	Het Lage Land	97	Valckestein
56	Overschie	63	Ommoord	92	Hoogvliet (gem. R'dam)
57	Landzicht	66	Zevenkamp	95	Vondelingenplaat
15	Agniesebuurt	67	Oosterflank	94	Waalhaven
16	Provenierswijk	85	Katendrecht	96	Eemhaven
31	Bergpolder	86	Afrikaanderwijk	98	Waalhaven-Zuid
32	Blijdorp	87	Feijenoord	26	Nieuw-Mathenesse
34	Liskwartier	88	Noordereiland	53	Spaanse Polder
58	Blijdorpse Polder				

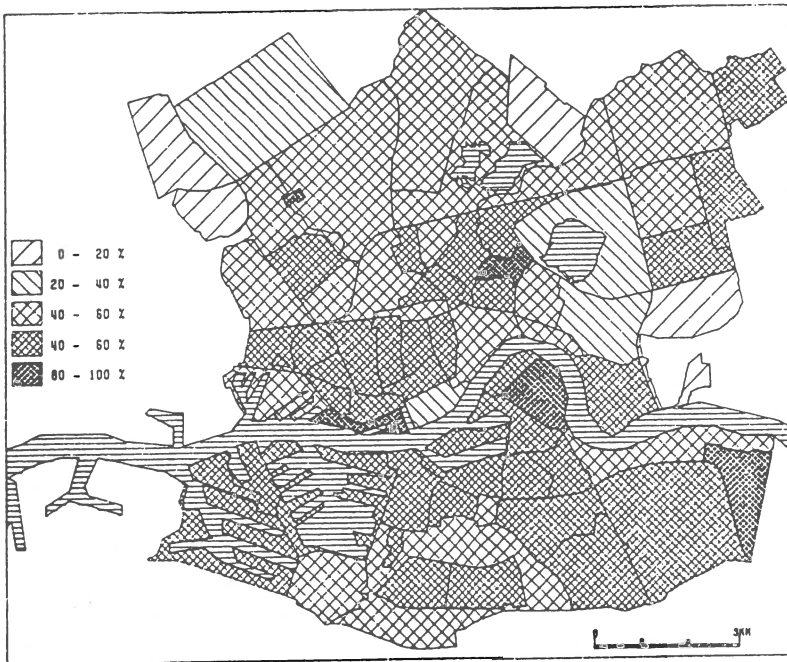
4.6. De situatie in Rotterdam

4.6.1. Regiobeschrijving

Aangezien al in een eerder stadium van dit onderzoek uitvoerig is gerapporteerd over de situatie met betrekking tot afstemming van werkgebieden in Rotterdam (De Bakker, 1987), wordt hier volstaan met een samenvatting. Om een goede vergelijking te kunnen maken, wordt wel hetzelfde stramien aangehouden.

Rotterdam, gekozen als voorbeeld van een grootstedelijke situatie, telde op 1 januari 1987 572.462 inwoners en is daarmee de tweede stad in Nederland. Kaart 25 geeft een overzicht van de in Rotterdam onderscheiden wijken en buurten. Van de Stichting Ziekenfonds Rotterdam zijn gegevens verkregen over 342.820 ziekenfondsverzekerden. Het betreft alle verzekerden die in de gemeente Rotterdam (exclusief Hoek van Holland, de Maasvlakte, Europoort, Hoogvliet, Poortugal en Pernis) en alle ziekenfondsverzekerden daarbuiten die in Rotterdam de huisarts bezoeken. Het percentage ziekenfondsverzekerden in Rotterdam als geheel ligt rond de 57%. Er is echter aanzienlijke ruimtelijke variatie binnen Rotterdam, zo zien we in kaart

Kaart 26.: percentage ziekenfondsverzekerden per buurt



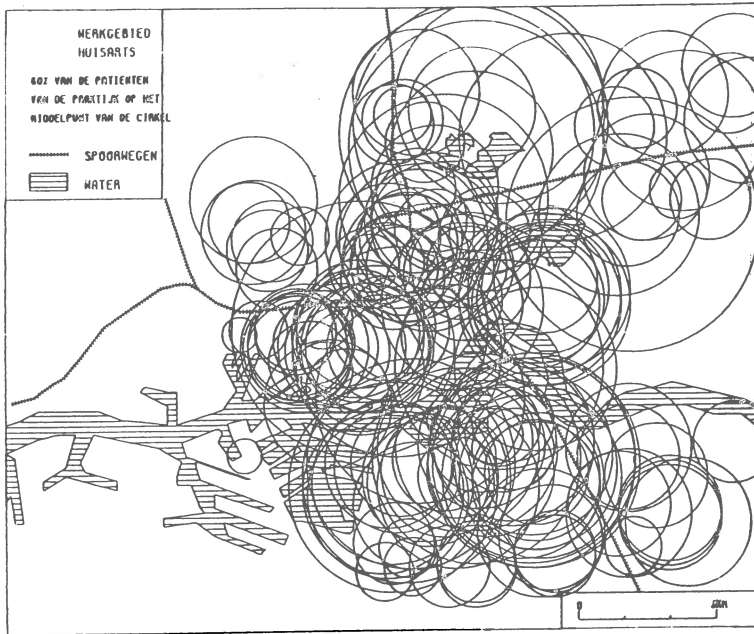
26. De percentages in Rotterdam-Zuid zijn over het geheel genomen hoger en in Rotterdam ten noorden van de Maas vinden we vooral hoge percentages rond het centrum in de 19^e eeuwse wijken. Verder springen de elitewijken Kralingen en het Molenaankwartier eruit met lage percentages ziekenfondsverzekerden.

In Rotterdam hadden op het moment dat het ziekenfondsbestand werd verkregen (mei 1986) 229 huisartsen gemiddeld 1.467 ziekenfondspatiënten in hun praktijk. De huisartsen in Rotterdam zijn gemiddeld jonger en recenter gevestigd dan de gemiddelde Nederlandse huisarts. Het percentage dat in een gezondheidscentrum gevestigd is (14,4%), is hoger dan landelijk (7,2%) en hoger dan in de grote steden als totaal. Van belang is voorts dat evenals in Enschede door de Plaatselijke Huisartsen Vereniging voornemens op papier waren gezet om meer wijkgebonden te gaan werken (PHV, 1983). Mogelijk als uitvloeisel hiervan hebben 64 van de 229 huisartsen het ziekenfonds te kennen gegeven alleen inschrijving van patiënten te willen uit een nader door hen omschreven gebied.

4.6.2. De ruimtelijke spreiding van de praktijkpopulaties van de huisartsen

De spreiding van de praktijkpopulatie van de huisartsen is op een andere wijze geanalyseerd dan in de in de voorgaande paragrafen beschreven regio's. Omdat voor Rotterdam via de postcode de coördinaten van de adressen van huisartsen en ziekenfondsverzekerden op 10 meter nauwkeurig konden worden vastgesteld, was het mogelijk om met behulp van de stelling van Pythagoras de hemelsbrede afstand van huisarts naar patiënt te berekenen. De Rotterdamse ziekenfondsverzekerden blijken gemiddeld hemelsbreed 898 meter van hun huisarts af te wonen. Op zich zegt dit echter niets over de mate waarin de werkgebieden van de huisartsen elkaar overlappen. Om de mate waarin de werkgebieden van de huisartsen elkaar overlappen grafisch inzichtelijk te maken, is het volgende gedaan. Het werkgebied van de huisarts is gedefiniëerd als een cirkelvormig gebied met als middelpunt het praktijkadres en een straal die juist zo groot is dat 80% van de praktijkpopulatie binnen de cirkel valt (de 80%-norm is ontleend aan de Nota Eerstelijnszorg). De aldus gedefiniëerde werkgebieden zijn weergegeven in kaart 27. De algemene veronderstelling dat de werkgebieden van de huisartsen elkaar in sterke mate overlappen, vindt hierin een overtuigende bevestiging. Ook zien we aanzienlijke verschillen in omvang van werkgebieden tussen huisartsen. De algemene tendens is dat de werkgebieden van de huisartsen in het centrum groter zijn dan die van huisartsen in de buitenwijken. Verder hebben

Kaart 27.: de werkgebieden van de huisartsen



alternatief werkende huisartsen vaak extreem grote werkgebieden. Huisartsen die het ziekenfonds te kennen gaven te streven naar ruimtelijke inperking van de praktijk, hadden geen kleinere werkgebieden dan andere.

Een idee van de mogelijkheden voor afstemming in gebieden van 8 à 10.000 inwoners krijgen we als we naar de inwonertallen van de werkgebieden van de huisartsen krijgen. In die werkgebieden woont immers 80% van de praktijkpopulatie van de huisarts. Het gemiddeld aantal ziekenfondsverzekerden in de werkgebieden van de huisarts is 21.000. Inclusief particulier verzekerden zou dat ongeveer 37.000 mensen zijn. Om uit te komen op werkgebieden van 8.000 à 10.000 zou het werkgebied van de huisarts met een factor vier moeten inkrimpen. Hieruit kan afgelezen worden dat ook de Rotterdamse situatie zeer ver verwijderd is van 80% congruente doelpopulaties in werkgebieden met 8.000 à 10.000 inwoners.

4.6.3. Afstemming van werkgebieden van wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg

Er functioneert in Rotterdam één Erkende Kruis Organisatie, één instelling voor maatschappelijk werk en zeven instellingen voor gezinszorg. Wijkverpleging en maatschappelijk werk onderscheiden elk

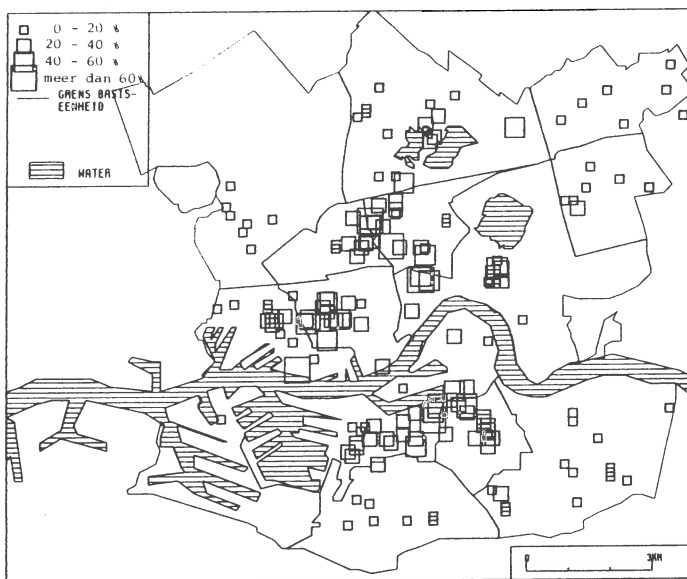
15 werkgebieden, die redelijk met elkaar overeen komen. Vier van de vijftien werkgebieden vallen volledig samen en voor het overige is de afstemming zodanig dat 93% van de Rotterdamse bevolking in een basiseenheid woont die maar met één spreekuurpunt van het AMW te maken heeft.

Op het moment dat het onderzoek in Rotterdam werd uitgevoerd, waren de zeven instellingen voor gezinszorg het eens over een regionalisatie in vier regio's die dus aanzienlijk groter waren dan de werkgebieden van de andere twee disciplines. De indeling sluit wel grotendeels aan bij die van het maatschappelijk werk en de wijkverpleging, wat komt doordat de buurten van de gemeentelijke indeling (kaart 28) als 'bouwstenen' zijn gebruikt. De geplande regionalisatie is inmiddels voltrokken.

4.6.4. De afstemming van de praktijkpopulaties van de huisarts op de gebiedsindelingen van de overige disciplines

Evenals in de andere hoofdstukken is nagegaan in hoeverre mensen de huisarts in de basiseenheid wijkverpleging/AMW-werkgebied/gezinszorgwerkgebied bezoeken. Het blijkt zo te zijn dat 77,3% van de bevolking een huisarts heeft in de basiseenheid waarin men woont. Het percentage voor het AMW is eveneens 77,3% en voor de gezinszorg

Kaart 28.: percentage buiten de basiseenheid wijkverpleging per huisartspraktijk



zelfs 90,9%. Dit zijn aanzienlijk hogere percentages dan we tegenkwamen in de grote steden in de andere onderzoeksregio's. Bij de gezinszorg ligt dit vooral aan de zeer grote werkgebieden. De werkgebieden van de wijkverpleging en het maatschappelijk werk zijn ook wel groter dan in de andere steden (gemiddeld 37.000 inwoners tegen gemiddeld tussen de 22.000 en 29.000 in de andere steden) maar dat kan geen voldoende verklaring vormen. We kijken daarom wat nader naar de afstemming op de werkgebieden van de wijkverpleging. De situatie bij het AMW verschilt niet wezenlijk.

Tabel 4.15 geeft de afstemmingspercentages voor de Rotterdamse basiseenheden en ook het aantal huisartsen per 10.000 inwoners. Wat in de eerste plaats opvalt, is de in vergelijking met andere onderzochte steden evenwichtige spreiding van huisartsen over de basiseenheden. De afstemming is verder erg hoog in de relatief geïsoleerd liggende buitenwijken, als Overschie, Ommoord, Alexanderpolder en IJsselmonde. Maar ook de afstemmingspercentages in de binnenstadswijken liggen hoger dan in de andere onderzochte steden.

Tabel 4.15.: afstemming van de praktijkpopulaties van de huisartsen op de werkgebieden van de wijkverpleging in Rotterdam

basiseenheid	huisart- sen per 10.000	% buiten van ver- zekerden	basiseenheid van praktijk- populaties
Centrum	5,4	81,5	66,5
West	4,1	68,3	81,8
Overschie	3,6	90,6	95,4
Centrum-Noord	2,9	59,4	64,9
Hillegersberg	4,4	84,3	80,0
Crooswijk	4,7	70,0	68,7
Kralingen	4,3	70,8	72,3
Ommoord	4,3	86,8	96,1
Alexanderpolder	4,8	86,7	88,1
Afrikaanderwijk	5,1	73,6	70,7
Bloemhof/Hillesluis	4,8	73,6	68,0
IJsselmonde	3,7	82,9	95,9
Charlois	3,7	85,5	72,8
Zuidwijk/Pendrecht	3,4	77,8	90,3
totaal	4,4	77,3	78,1

Kaart 28 geeft het ruimtelijk beeld van de afstemming per huisartspraktijk. We zien hierop duidelijk de invloed van de nabijheid van de grenzen van de basiseenheden. Praktijken dichtbij die grenzen hebben hoge percentages buiten de eigen basiseenheid.

Een andere mogelijk verklaring voor de hogere afstemmingspercentages in Rotterdam vormt het beleid van de beroepsgroep. Huisartsen die het ziekenfonds te kennen gaven geen patiënten buiten een bepaald gebied aan te nemen, hadden echter geen lagere afstemmingspercentages dan andere huisartsen.

Vooralsnog houden we het op een combinatie van oorzaken die de hogere afstemmingspercentages in Rotterdam verklaren. In de eerste plaats hebben de grotere basiseenheden een directe positieve relatie met het afstemmingspercentage. Ten tweede gaat er onmiskenbaar een positieve invloed uit van de evenwichtige spreiding van huisartsen over de basiseenheden. Waarom is de huisartsenspreiding hier evenwichtiger dan in andere steden? Wellicht heeft een actief gemeentelijk beleid met betrekking tot het stichten van gezondheidscentra in wijken met een achterstandssituatie hiertoe bijgedragen. Ten derde zijn de talrijke 'natuurlijke' grenzen van belang. Te noemen is niet alleen de Nieuwe Maas, maar ook de Kralingse en Bergse plassen en de snelwegen en spoorlijnen, die de bebouwing doorkruisen. De steden in de andere onderzoeksregio's zijn compacter en waar sprake is van min of meer geïsoleerd liggende wijken, zijn de afstemmingspercentages meteen hoger (bijvoorbeeld Hoogland bij Amersfoort).

4.6.5. Conclusie

De conclusie is dat de situatie met betrekking tot afstemming van werkgebieden in Rotterdam in vergelijking tot de andere onderzochte steden lang niet ongunstig is. Daarbij zij wel aangetekend dat de omvang van de werkgebieden van wijkverpleging en maatschappelijk werk de gestelde 30.000 te boven gaat. Natuurlijke barrières en een evenwichtige huisartsenspreiding hebben een positieve invloed op de afstemming.

Dergelijke positieve geluiden kunnen niet worden geuit ten aanzien van de afstemming van doelpopulaties in gebieden van 8.000 à 10.000 inwoners. In de werkgebieden van de huisartsen wonen gemiddeld vier keer zo veel mensen. De situatie is hier dus zeer ver van het gestelde doel verwijderd.

4.7. Conclusie

Uit de beschrijving van de afstemming van werkgebieden in de regio's Amersfoort, Twente, Zwolle en Rotterdam komt een redelijk consistent beeld naar voren. In (verstedelijkte) plattelandsgemeenten waarin de hoofdkern niet meer dan 10.000 inwoners heeft is de afstemming van werkgebieden en de afstemming van doelpopulaties uitstekend te noemen. Dat komt omdat wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg over het algemeen woonplaats- of gemeenteggebonden werken en slechts een zeer klein deel van de mensen de huisarts buiten de eigen woonplaats of gemeente bezoekt. Patiëntenstromen over werkgebiedsgrenzen treden alleen op vanuit kleine dorpen waar geen huisarts gevestigd is naar nabijliggende grotere plaatsen in een ander werkgebied. Een tweede groep gemeenten hebben hoofdkernen met van 10.000 tot rond de 30.000 inwoners (Soest, Kampen, Oldenzaal). De afstemming van werkgebieden is in deze plaatsen meestal nog wel goed (als de hoofdkern tenminste niet opgedeeld is in basiseenheden), maar de afstemming van doelpopulaties in gebieden van 8.000 à 10.000 inwoners laat veel te wensen over. De huisartsen hebben hun patiënten kriskras door de stad.

In de steden van een grotere omvang is zowel de afstemming van werkgebieden als de afstemming van doelpopulaties een probleem. Van afstemming van praktijkpopulaties van de huisartsen op de werkgebieden van wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg is geen sprake. Afstemming van de gebiedsindeling van wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg op elkaar is er evenmin. Van een afstemming van doelpopulaties in gebieden met 8.000 à 10.000 inwoners hoeven we niet eens te spreken.

Actief beleid van de beroepsgroep huisartsen (Enschede, Rotterdam) lijkt nauwelijks tot ruimtelijk meer ingeperkte praktijkpopulaties te leiden. In nieuwe situaties waar de eerstelijns van de grond af kan worden opgebouwd in gezondheidscentra (Lelystad) is wel een goede afstemming, zij het dat het wijkgebonden werken in deze centra steeds meer losgelaten wordt om plaats te maken voor praktijkgebonden werken. Een evenwichtige spreiding van de beroepsgroep over de stad lijkt ook een positieve bijdrage te kunnen leveren aan de afstemming (Rotterdam).

5. ACTIVITEITEN TER BEVORDERING VAN AFSTEMMING VAN WERKGEBIEDEN

5.1. Inleiding

In de inleiding van dit rapport werd geconstateerd dat gebrek aan afstemming van werkgebieden door alle betrokkenen (het veld, de overheid, de patiënten) als probleem wordt ervaren. Betere afstemming wordt allerwege als nuttig gezien. Voor de huisarts kan daaraan worden toegevoegd dat ruimtelijke inperking van zijn praktijk kostenbesparend werkt omdat het reistijden voor de huisarts bekort.

Als afstemming dan zo nuttig is, waarom is deze dan niet al lang overal gerealiseerd, zo kan de vraag worden gesteld. Kennis van de pogingen, die worden ondernomen, kan antwoord geven op deze vraag. Daarom worden in dit hoofdstuk een tweetal inventarisaties van pogingen om afstemming van werkgebieden te verbeteren beschreven. De eerste inventarisatie betreft een telefonische interviewronde onder Regionale Ondersteunings Platforms (ROP's). De tweede inventarisatie betreft een schriftelijke enquête onder Nederlandse gemeenten. De gestelde vragen maakten deel uit van een omvangrijke enquête onder Nederlandse gemeenten, waarin de activiteiten van de gemeenten ten aanzien van de eerstelijns(gezondheids)zorg zijn geïnventariseerd. Via deze ingangen zijn waarschijnlijk niet alle activiteiten opgespoord. Toch zullen de inventarisaties wel een redelijk inzicht verschaffen in de aard en omvang van de activiteiten op het terrein van afstemming. Het is namelijk zeer waarschijnlijk dat òf ROP en/òf gemeente zo niet betrokken maar dan toch wel op de hoogte zijn van de plaatsvindende activiteiten.

De gestelde vragen ten aanzien van de verschillende pogingen kenden bij ROP's en gemeente hetzelfde stramien. Gevraagd werd waar de poging had plaatsgevonden, wat de betrokken partijen waren, wie de initiatiefnemer was, op welke manier men een betere afstemming probeerde te bereiken en of de poging geslaagd was, en zo niet waarom dan niet.

5.2. De inventarisatie via de ROP's

5.2.1. Inleiding

De keuze om bovenstaande vragen voor te leggen aan Regionale Ondersteuningsplatforms (ROP's) ligt min of meer voor de hand. De ROP's hebben immers met elkaar gemeen een service-organisatie te zijn met

nadruk op vernieuwing en ontwikkeling in hulpverlening van de eerstelijns, met aandacht voor het bevorderen van samenwerking en samenhang binnen de eerstelijns en met als doelgroep in ieder geval samenwerkingsverbanden (S1-project, 1983). Algemeen wordt verondersteld dat het gebrek aan afstemming van werkgebieden een belemmering is voor samenwerking in de eerstelijns. Een ROP zou derhalve bekend moeten zijn met de problematiek en zou op de hoogte moeten zijn van en is mogelijk zelf betrokken bij activiteiten om tot een betere afstemming te komen.

De telefonische interviewronde is gehouden in mei en juni van het jaar 1986. Medewerkers van alle ROP's zijn telefonisch geïnterviewd. In Overijssel waar geen ROP functioneert, zijn een tweetal kruisverenigingen benaderd. Het gaat om 26 interviews in totaal. Een verslag van de gehouden interviews is aan de betrokkenen ter correctie en/of aanvulling toegezonden. Een schematisch overzicht van de geïnventariseerde pogingen is opgenomen in bijlage B.

De keuze om via ROP's activiteiten op het terrein van afstemming van werkgebieden te inventariseren, is achteraf gezien een goede gebleken. In de eerste plaats bleek dit uit het aantal geïnventariseerde activiteiten en in de tweede plaats uit het feit dat een aantal ROP's expliciet te kennen gaven dat juist zij de meest geschikte informanten waren. Op het punt van betrouwbaarheid van de verkregen informatie dient opgemerkt te worden, dat in het merendeel van de gesignaleerde pogingen het ROP er in meer of mindere mate bij betrokken was, soms zelfs als initiator. Ze zaten met andere woorden dicht bij het vuur. In de gevallen waar het ROP zelf niet betrokken was, werd herhaaldelijk doorverwezen naar betere informatiebronnen. De bespreking van de resultaten geschiedt aan de hand van het in de inleiding geschetste stramien. In paragraaf 5.2.2 worden de pogingen nader getypeerd naar plaats en deelnemende actoren. Ingegaan wordt op de vraag waar de pogingen plaatsvonden, wat de deelnemende disciplines waren en wie de initiator. De gekozen optie om de afstemming te verbeteren, komt in de daaropvolgende paragraaf aan de orde. De gekozen optie wordt afgezet tegen de plaats waar de poging plaatsvond en de deelnemende actoren. Daarna wordt in paragraaf 5.2.4 ingegaan op de vraag in hoeverre de pogingen gelukt zijn, en zo niet, wat daarvan de oorzaak was. Tenslotte wordt in paragraaf 5.2.5 een mislukte en een gelukke poging wat uitvoeriger beschreven. Dit als illustratie hoe een en ander kan verlopen.

5.2.2. Pogingen getypeerd naar plaats en deelnemende actoren

Via de ROP's is informatie verkregen over 34 pogingen om de afstemming van werkgebieden en/of doelpopulaties te verbeteren. Uit tabel 5.1 kan worden opgemaakt waar de pogingen zich afspeelden. In het voorgaande hoofdstuk werd geconcludeerd dat het inwonertal van de woonkern van grote invloed is op de mate van afstemming. Daarom zijn de pogingen ingedeeld naar het inwonertal van de woonkern waarin de activiteit plaatsvond. De twee pogingen die op regionaal niveau plaatsvonden, zijn buiten beschouwing gelaten. Van de overige 32 pogingen speelden 11 zich in een deel van de betreffende plaats af. In één geval was dit een wijk. In de andere gevallen betrof het samenwerkingsverbanden (home-teams en gezondheidscentra), waarbinnen de hulpverleners hun doelpopulaties nader op elkaar probeerden af te stemmen. De ROP's van Noord-Holland en Amsterdam gaven aan dat afstemming één van de aandachtspunten vormde bij de totstandbrenging van nieuwe gezondheidscentra. Deze 'activiteit' is niet als afzonderlijke poging opgenomen.

In plaatsen met minder dan 30.000 inwoners is de afstemming van werkgebieden over het algemeen goed; zo was één van de conclusies uit hoofdstuk vier. De zeven pogingen die hier hebben plaatsgevonden, zullen zich waarschijnlijk allemaal op de afstemming van doelpopulaties richten. Overigens speelden alle pogingen zich af in plaatsen met meer dan 10.000 inwoners.

Van alle pogingen in de middelgrote plaatsen (30.000 tot 100.000 inwoners) vond er slechts één plaats in een gemeente met meer dan 50.000 inwoners (Leeuwarden). Er is sprake van een oververtegenwoordiging van afstemmingspogingen in plaatsen met een inwonertal tussen de 30.000 en 50.000 inwoners. Het feit dat de situatie in dergelijke plaatsen nog redelijk te overzien is, zal hier waarschijnlijk mee te maken hebben.

Tabel 5.1.: de plaats waar de poging plaatsvond

	hele woonkern	gedeelte woonkern	totaal
inwonertal woonkern			
minder dan 30.000	6	2	8
30.000 tot 100.000	7	6	13
100.000 of meer	8	3	11
totaal	21	11	32

Bij de steden met meer dan 100.000 inwoners, zijn het juist de grootste steden waarin activiteiten worden ontplooid. In de zes grootste steden hebben activiteiten plaatsgevonden.

De activiteiten kunnen ook getypeerd worden naar de deelnemende kerndisciplines. Tabel 5.2 geeft hierover informatie. Pogingen om de afstemming van de werkgebieden/doelpopulaties van de huisartsen en de wijkverpleging te verbeteren, komen het meest voor. Dit is logisch, gezien het feit dat huisarts en wijkverpleging het meest frequent contact met elkaar zullen hebben. Daarna komen pogingen waarin alle vier de kerndisciplines zijn betrokken het meest voor. De wijkverpleging is bij alle pogingen betrokken. De huisarts bij op drie na alle. Gezinszorg en maatschappelijk werk zijn bij aanzienlijk minder pogingen betrokken.

Tabel 5.2.: de aan de pogingen deelnemende kerndisciplines

	aantal pogingen
kerndisciplines	
ha + wv + mw + gz	10
ha + wv + mw	5
wv + mw + gz	3
ha + wv	12
wv + mw	2
n.v.t./onbekend	--
	1
totaal	34

Uit de ROP-interviews komt naar voren dat in het overgrote deel van de gevallen het initiatief tot het ondernemen van een poging uit het veld kwam. Meest genoemde initiatoren zijn samenwerkingsverbanden (home-teams en gezondheidscentra zes keer). Daarnaast zijn er initiatieven genomen vanuit het directie-overleg tussen de vier kerndisciplines (vier keer) en de disciplines huisartsen en wijkverpleging (drie keer). Een enkele keer namen andere combinaties van kerndisciplines of individuele disciplines het initiatief. Naast veldinitiatieven werden ook pogingen ondernomen vanuit de gemeente (vier keer) en het ROP (vier keer).

5.2.3. De gekozen optie

Zoals al eerder in dit rapport betoogd, zijn er verschillende 'oplossingen' om de afstemming van werkgebieden te verbeteren. De uitersten zijn enerzijds het wijkgericht gaan werken door de huisartsen en anderzijds het praktijkgericht gaan werken door de andere disciplines. Er zijn echter diverse mengvormen mogelijk, die hier allemaal met de term wijkpraktijkgericht zullen worden aangeduid. S-1 heeft een handleiding voor hulpverleners en ondersteuners uitgegeven waarin een aantal scenario's worden geschetst hoe vanuit verschillende uitgangssituaties tot een betere afstemming van werkgebieden kan worden gekomen. Uit de interviews blijkt dat deze handleiding regelmatig gebruikt is bij het kiezen van een oplossing. Bij 28 pogingen was een keuze gemaakt voor een bepaalde optie. In de overige gevallen was men niet zo ver of was de poging al mislukt voor een keuze voor een bepaalde oplossing was gemaakt. Tabel 5.3 geeft de verdeling over de mogelijke opties naar inwonertal van de woonkern waar de poging plaatsvond.

Tabel 5.3.: de gekozen optie naar inwonertal van de woonkern

	wijkgericht	wijkpraktijkgericht	praktijkgericht
inwonertal			
minder dan 30.000	2	4	1
30.000 - 100.000	2	3	6
100.000 of meer	5	2	1
totaal	9	9	8

De verschillende opties komen ongeveer even vaak voor. In kleine plaatsen is het meest gekozen voor een wijkpraktijkgerichte oplossing of anders een volledig wijkgerichte benadering. De omvang van de wijken waarop men zich richt, ligt niet boven de 10.000 inwoners. Op deze wijken zouden de doelpopulaties moeten worden afgestemd.

In plaatsen met meer dan 30.000, maar met minder dan 100.000 inwoners lukt een wijkgerichte of wijkpraktijkgerichte afstemming vaak al niet meer. Vaak is in deze plaatsen gekozen voor een praktijkgerichte afstemming van de wijkverpleging op de praktijkpopulaties van de huisartsen.

In de grote steden zijn wél pogingen ondernomen om wijkgerichte af-

stemming te verkrijgen. In het algemeen gaat het hier echter om afstemming op een hoger schaalniveau, namelijk werkgebieden met ongeveer 30.000 inwoners. Dit is in feite pas een eerste stap op weg naar verdergaande afstemming van doelpopulaties zoals we die in de kleinere plaatsen zien.

5.2.4. Succes of mislukking

Een overzicht van de mate waarin de pogingen geslaagd, ofwel gedeeltelijk geslaagd zijn, geeft tabel 5.4. De ROP's rapporteerden slechts negen geslaagde acties om de afstemming te verbeteren, vier pogingen bestempelden zij als gedeeltelijk en acht als mislukt. Van dertien pogingen kon niet worden aangegeven in hoeverre men in de opzet was geslaagd, omdat de poging nog gaande was of dat de afloop van de poging de ROP-medewerker onbekend was (dit laatste geldt maar voor een enkele poging). Het afzetten van succes of mislukking tegen

Tabel 5.4.: mate waarin pogingen zijn geslaagd, naar inwonertal

	geslaagd	gedeeltelijk geslaagd	mislukt	gaande/ onbekend	totaal
inwonertal					
minder dan 30.000	2	1	2	2	7
30.000 - 100.000	6	-	2	6	14
100.000 of meer	1	2	4	4	11
regio		1		1	2
totaal	9	1	8	13	34

inwonertal van de gemeenten levert ondanks de geringe absolute aantallen toch wel een beeld op. Relatief het vaakst is succes geboekt in middelgrote plaatsen en duidelijk het minst vaak in de grote steden. Deze verschillen kunnen nader worden geïnterpreteerd als succes of mislukking ook wordt afgezet tegen de gekozen optie om een betere afstemming te bereiken (tabel 5.5). Wanneer voor een praktijkgerichte en vooral een wijkpraktijkgerichte optie gekozen is, blijkt relatief vaker succes te zijn geboekt dan bij een wijkgerichte benadering. Nadere inspectie van de geslaagde pogingen om meer wijkgericht te gaan werken leert dat slechts in één geval men erin was geslaagd huisartsen meer wijkgericht te laten werken (in Klazienaveen, 12.000 inwoners). De andere (gedeeltelijk) geslaagde pogingen en betroffen

afstemming van werkgebieden van wijkverpleging, maatschappelijk werk en of gezinszorg.

Tabel 5.5.: mate waarin pogingen zijn geslaagd naar gekozen optie

	geslaagd	gedeeltelijk geslaagd	mislukt	gaande/ onbekend	totaal
optie					
wijkgericht	2	2	3	4	12
wijkpraktijkgericht	3	2	-	4	9
praktijkgericht	4	-	2	2	8
onbekend/n.v.t.	-	-	3	3	6
totaal	9	4	8	13	34

De oorzaak van het mislukken van pogingen hangt sterkt samen met de gekozen optie. Bij een wijkgerichte benadering waren het steeds de huisartsen, die afhaakten. Bij mislukte pogingen om meer praktijkgericht te gaan werken was het de wijkverpleging, die dwars ging liggen.

Concluderend kan gesteld worden dat als wordt gekozen voor een puur wijkgerichte benadering de kans zeer groot is dat de huisartsen niet akkoord zullen gaan. Bij een praktijkgerichte benadering is er een kans dat de wijkverpleging niet mee zal werken, hoewel ook een aantal gevallen bekend zijn waarin de wijkverpleging wel bereid was om praktijkgericht te gaan werken. Relatief het vaakst is succes geboekt met pogingen waarin voor een mengvorm van wijk- en praktijkgericht werken was gekozen, te weten het wijkpraktijkgericht werken. Typische voorbeelden van een geslaagde en een (aanvankelijk) mislukte poging zijn ter illustratie opgenomen in de volgende paragraaf.

5.2.5. Voorbeeld van een geslaagde en een mislukte poging

Het DOEL (de ROP in Drenthe) is bij een drietal pogingen betrokken geweest. Vrij bekend is de casus Hoogeveen (45.000 inw.). Er bestond een eerstelijns-overleg op beleidsniveau, dat de hulp van het ROP inriep. Eén van de in dat overleg gesignaleerde knelpunten was de onvrede over de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleging met name vanwege de geringe patiëntenoverlap. Besloten werd dat een werkgroep zou zoeken naar mogelijkheden dit overleg te verbeteren, waarbij het vergroten van de patiëntenoverlap als belangrijkste

voorwaarde werd beschouwd. Het ROP maakte deel uit van de werkgroep, eerst als adviseur later als voorzitter/projectleider. De wijkverpleging werkte straatgebonden. De patiënten van de huisartsen wonen verspreid over de stad. Daarnaast werken in één van de vier wijken van Hoogeveen de hulpverleners vanuit een gezondheidscentrum. De huisartsen en de wijkverpleegkundige uit dit centrum zijn buiten de hele reorganisatie gebleven aangezien zij al grotendeels voor dezelfde populatie werken. Om tot een betere afstemming te komen zijn in de overige drie wijken de volgende maatregelen getroffen. De wijkverpleging vergrootte haar werkgebied van een aantal straten tot de hele wijk. Binnen die wijk werkt één wijkverpleegkundige voor de patiënten van vijf tot zes artsen. De patiënten van deze groep huisartsen, die in de twee andere wijken wonen, hebben daar te maken met andere wijkverpleegkundigen.

Het home-team bestaat dus uit de groep van vijf tot zes huisartsen en de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden die in de drie wijken voor de patiënten van deze groep huisartsen werken. In totaal zijn er drie home-teams van huisartsen, wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden tot stand gekomen.

Deze benadering is een combinatie van wijkgericht en huisartspraktijkgericht (wijk-praktijkgericht) werken. Het project heeft twee jaren in beslag genomen waarbij ondersteuning plaatsvond vanuit het S1-project, en is in het najaar van 1985 afgerond.

Het bureau van het ROP Zuid-Limburg dat werkt voor het gebied Maastricht en omstreken (Heuvelland) is betrokken bij een poging van de wijkverpleging en de huisartsen van de gemeente Maastricht (114.000 inw.). Anderhalf jaar geleden was er al een discussie tussen beide groepen waar ook de LVG en het S1-project bij betrokken waren. De huisartsen wilden dat de wijkverpleging praktijkgericht zou gaan werken, de laatste voelde hier echter niet voor. Begin 1986 kreeg deze discussie een vervolg. Sinds januari van dit jaar bestaat de Stichting Eerstelijnskerndisciplines met vertegenwoordigers van besturen en direkties. Deze stelt de continuïteit van de zorg centraal, niet zozeer uitgaande van het echelonneringsprincipe maar gericht op specifieke patiëntgroepen. Het belang van afgestemde doelpopulaties werd hier onderkend. Ook bestond er los hiervan een soort commissie afstemming werkgebieden waarin de vier kerndisciplines zaten. De disciplines wijkverpleging, gezinszorg en maatschappelijk werk hadden reeds overlappende gebieden gerealiseerd van ± 30.000 inwoners. Het wachten was op de huisartsen. In mei 1986 verklaarde de PHV zich bereid om ten behoeve van de afstemming niet meer uit te gaan van de individuele artsen, maar van waarneemgroep gerichte af-

stemming.

De geïnterviewde ziet deze intentie als een eerste stap. Vervolgens zal het zaak worden mogelijkheden te zoeken om de waarneemgroepen af te stemmen op de gebiedsindeling van de overige kerndisciplines. Mogelijk betekent dit een verandering in de samenstelling van de bestaande waarneemgroepen. Het ruilen van patiënten zal wel erg gevoelig liggen. Overigens kent de PHV (net als anderen in het district Zuid-Limburg) afspraken die de herkomst van patiënten van een huisarts dient te beperken tot een bepaald afgebakend gebied. Deze afspraken zijn echter informeel van aard.

5.2.6. Conclusie

Via 26 interviews, voornamelijk met medewerkers van Regionale Ondersteunings Platforms zijn 34 pogingen om de afstemming te verbeteren, opgespoord. Gerelateerd aan de omvang waarin de problematiek zich voordoet (zoals uit het voorgaande hoofdstuk bleek), is dat niet veel. Een deel van de activiteiten vond bovendien plaats in woonkernen waar de situatie al relatief gunstig was. Het betrof daar meer een optimalisering van een reeds tamelijk overzichtelijke situatie. De meeste pogingen zijn ondernomen op initiatief van de organisaties van de vier kerndisciplines. Verder namen reeds bestaande samenwerkingsverbanden een aantal initiatieven op dit terrein. Bij de meeste pogingen waren òf alleen huisarts en wijkverpleging òf alle vier de kerndisciplines betrokken.

In middelgrote en kleine plaatsen is vaak gekozen voor een praktijkgerichte of een wijkpraktijkgerichte benadering bij het zoeken naar een oplossing om de afstemming te verbeteren. Vooral de wijkpraktijkgerichte benadering blijkt vaak succesvol te zijn. Een puur praktijkgerichte benadering loopt nogal eens stuk op de wijkverpleging.

In grote steden zijn de praktijkpopulaties van de huisartsen teveel uitgewaaid over de stad (zie voorgaande hoofdstuk) om (wijk)praktijkgericht te kunnen gaan werken. Daarom wordt in die steden vaak gepoogd een afstemming in gebieden met circa 30.000 inwoners te bewerkstelligen. Binnen die gebieden zou in een later stadium verdergaan de afstemming van doelpopulaties volgens hetzelfde model als in de kleinere plaatsen tot stand gebracht kunnen worden. Inperking van de praktijkpopulaties van de huisartsen tot gebieden van 30.000 inwoners blijkt echter zeer moeilijk te zijn in de grote steden. In geen enkel geval is men erin geslaagd om de praktijkpopulaties van de huisartsen ruimtelijk in te perken. In het voorgaande hoofdstuk bleek dat ook waar huisartsen een beleid voerden geen nieuwe patiën-

ten van buiten een bepaald gebied aan te nemen nauwelijks sprake was van een betere afstemming.

5.3. Pogingen van gemeenten om de afstemming van werkgebieden te verbeteren

5.3.1. Inleiding

De invoering van de in 1982 aangenomen WVG zou gemeenten belangrijke instrumenten gaan bieden om een beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg te voeren. Gemeenten zouden bijvoorbeeld de bevoegdheid krijgen tot het opstellen van plannen voor instellingen in de eerstelijns en de afgifte van erkenningen aan instellingen. Bovendien zouden gemeenten een vestigingsbeleid mogen gaan voeren voor vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijns. Eén concrete maatregel is in dit verband genomen, het Vestigingsbesluit Huisartsen (Besluit 1985).

Op grond van het Vestigingsbesluit mag een huisarts zich in een gemeente niet vestigen, zonder een vergunning van burgemeester en wethouders van de betreffende gemeente.

Inmiddels is duidelijk geworden, vooral na de voorstellen van de commissie Dekker, dat de WVG niet ingevoerd zal worden. Toch kunnen, ook als de voorstellen van de commissie Dekker worden opgevolgd, belangrijke bevoegdheden gedelegeerd worden aan gemeenten. Wanneer dit echter niet het geval zal zijn, kunnen gemeenten altijd nog terugvallen op de Gemeentewet. Deze verschaft gemeenten een wettelijke bevoegdheid om zich met de eerstelijns bezig te houden en vormt de basis van bemoeienis van gemeenten met de eerstelijns. In dit verband is het zinvol om na te gaan welke activiteiten gemeenten ontplooiën op het gebied van de eerstelijnszorg in het algemeen en de afstemming van werkgebieden en doelpopulaties in het bijzonder.

Het NIVEL startte in oktober 1985 een onderzoek "Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg". De doelstelling van dit onderzoek was om aan de vooravond van de invoering van de WVG inzicht te verkrijgen in de gemeentelijke beleidsactiviteit ten aanzien van de eerstelijnszorg. In het kader van dit onderzoek is in begin 1987 een schriftelijke enquête onder Nederlandse gemeenten gehouden. In de enquête, die gerapporteerd is in De Bakker (1987b), kwamen een aantal themagebieden aan de orde, waarmee gemeenten zich beleidsmatig kunnen bezighouden. Eén van deze themagebieden was afstemming van werkgebieden. Onder dit hoofdstuk werd gemeenten gevraagd naar

hun beleidsstandpunt inzake afstemming van werkgebieden, vervolgens naar hun activiteiten op dit terrein en naar de effecten van dit beleid (zie bijlage C).

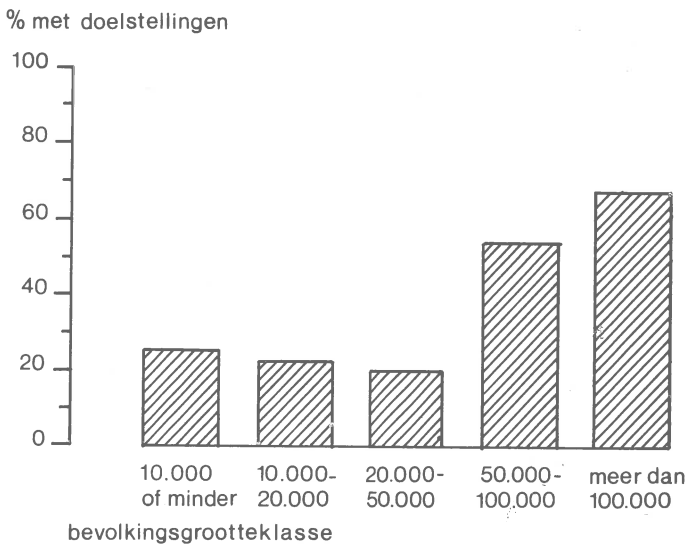
Wat de activiteiten betreft, bleek in de oriënterende fase van het onderzoek "Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg", dat kleine gemeenten zich in slechts zeer beperkte mate bezighouden met de eerstelijns. Dit is begrijpelijk, gezien de geringe menskracht die kleine gemeenten ter beschikking staat.

De schriftelijke enquête is daarom niet verstuurd naar alle Nederlandse gemeenten. Besloten werd om bij de gemeenten met minder dan 20.000 inwoners te volstaan met een steekproef. Uiteindelijk werden naar 385 gemeenten enquêteformulieren verzonden. De respons bedroeg ruim 70%.

5.3.2. Gemeentelijke standpunten inzake afstemming

In de enquête werd gemeenten onder andere gevraagd welke van een aantal opgesomde beleidsstandpunten zij al dan niet onderschreven. Een van die uitgangspunten was:

Figuur 5.1.: percentage gemeenten met doelstellingen ten aanzien van afstemming van werkgebieden, opgenomen in het beleidskader ten behoeve van het vestigingsbeleid voor huisartsen naar bevolkingsgrootteklasse



"De gemeente moet een betere afstemming van werkgebieden, doelpopulaties van de hulpverleners van de el(g)z-disciplines bevorderen". Van alle gemeenten (n=272) gaf 50% aan dit standpunt te onderschrijven. In figuur 5.1 is te zien dat een aantal gemeenten doelstellingen met betrekking tot afstemming van werkgebieden heeft opgenomen in het beleidskader ten behoeve van het vestigingsbeleid.

Op de vraag echter of de gemeente ook daadwerkelijk activiteiten onderneemt in het kader van afstemming van werkgebieden, antwoordde slechts 17% van alle gemeenten bevestigend. Hoe deze gemeenten verdeeld zijn naar bevolkingsgrootteklasse, blijkt uit tabel 5.6, die weergeeft hoe gemeenten de afstemming van werkgebieden in de eigen gemeente ervaren en of ze actie ondernemen om deze afstemming te verbeteren, dan wel voornemens zijn dit te doen.

Tabel 5.6.: gemeenten en intergemeentelijke samenwerkingsverbanden (i.s.v.'s) die de afstemming van werkgebieden op hulpverlenersniveau minder dan goed vinden, waarin dat gebrek aan afstemming door de gemeenten en/of het veld als probleem wordt ervaren en waar de gemeente actie op dit terrein onderneemt en/of daartoe voornemens koestert, naar bevolkingsgrootteklasse en landsdeel (n=272)

abs. (% van gemeenten)	oordeel minder dan goed	afstemming probleem	actie gemeente	voornemens actie
bevolkingsgrootteklasse				
10.000 en minder	14 (20,0)	6 (8,6)	4 (5,7)	3 (4,3)
10.000 t/m 20.000	28 (28,2)	12 (18,8)	6 (9,4)	10 (15,6)
20.000 t/m 50.000	41 (42,2)	31 (32,0)	22 (22,7)	23 (23,7)
50.000 t/m 100.000	19 (70,4)	16 (59,3)	11 (40,7)	16 (59,3)
meer dan 100.000	11 (78,6)	11 (78,6)	9 (64,3)	10 (71,9)
landsdeel				
noord	12 (31,6)	10 (26,3)	7 (18,4)	6 (15,8)
oost	26 (44,1)	22 (37,3)	13 (22,0)	11 (18,6)
west	35 (39,8)	23 (26,1)	15 (17,8)	22 (25,0)
zuid	30 (34,5)	21 (24,1)	17 (19,5)	23 (26,4)
totaal	103 (37,9)	76 (27,9)	52 (19,1)	62 (22,8)
i.s.v.'s	15 (57,7)	14 (53,8)	6 (23,1)	4 (15,4)

Uit de tabel blijkt dat het vooral de grotere gemeenten zijn, die de afstemming in hun gemeente als minder dan goed ervaren. Gezien de uitkomsten van het voorgaande hoofdstuk was dit te verwachten. Bovendien ervaren gemeenten in het oosten van het land de afstemming vaak als minder dan goed. In driekwart van deze gemeenten wordt dit door het veld en/of de gemeente als een probleem gezien. Van de gemeenten waarin gebrek aan afstemming als een probleem wordt ervaren, zegt tweederde (52 gemeenten) actie te ondernemen om tot een betere afstemming te komen, dan wel bij activiteiten op dat vlak betrokken te zijn (geweest). Bovendien kondigen 62 gemeenten aan voornemens te zijn activiteiten op het gebied van afstemming van werkgebieden te ontplooiën. Een twaalfstal zegt daartoe het vestigingsbeleid te zullen aanwenden, 17 gemeenten noemen de WVG als kader waarbinnen de activiteiten zullen plaatsvinden. Het zijn vooral de grotere gemeenten die actie ondernemen ten aanzien van afstemming van werkgebieden, of die voornemens zijn dit te doen.

5.3.3. Gemeentelijke betrokkenheid bij pogingen

Zoals in de vorige paragraaf is gebleken, antwoordden 52 gemeenten bevestigend op de vraag of de gemeente activiteiten had ondernomen om te komen tot een betere afstemming, dan wel betrokken was geweest bij activiteiten op dat vlak. In deze paragraaf zullen de activiteiten van deze gemeenten met betrekking tot afstemming van werkgebieden nader bekeken worden. Hierbij dient te worden opgemerkt dat één gemeente weliswaar aangaf activiteiten te ondernemen met betrekking tot afstemming, maar deze afstemming had geen betrekking op de eerstelijnsdisciplines. De activiteiten van deze gemeente zullen der-

Tabel 5.7.: gemeenten naar initiatiefnemer van activiteiten met betrekking tot afstemming van werkgebieden

	aantal gemeenten
Initiatiefnemer	
gemeente	35
gemeente en veld	6
veld	3
werkgroep/overleggroep	5
anders	2
totaal	51

halve buiten beschouwing blijven. In totaal gaat het dus om 51 gemeenten.

Indien de gemeente activiteiten had ondernomen met betrekking tot afstemming van werkgebieden, werd aan hen een aantal vragen gesteld over de aard van de activiteiten, de gehanteerde oplossingen en de effecten van hun beleid.

Als eerste werd gevraagd wie de initiatiefnemer was van de ondernomen activiteiten. De antwoorden zijn weergegeven in tabel 5.7.

Uit de tabel blijkt dat in ongeveer tweederde van de gevallen de gemeente zelf het initiatief heeft genomen tot het ondernemen van activiteiten om tot een betere afstemming van werkgebieden te komen. Vervolgens werd gemeenten gevraagd naar de aard van de betrokkenheid van de gemeente bij de activiteiten. De resultaten zijn te zien in tabel 5.8.

Tabel 5.8.: gemeenten naar de aard van de betrokkenheid bij activiteiten met betrekking tot afstemming van werkgebieden

	Aantal gemeenten
Aard van de betrokkenheid	
participeren	9
initiëren	8
financieren	5
stimuleren	4
voorwaardenscheppend	4
coördineren	2
optreden als intermediair	2
anders	9
niet ingevuld	8
totaal	51

Uit de tabel blijkt dat de aard van de betrokkenheid van gemeenten bij activiteiten in het kader van afstemming van werkgebieden sterk varieert. Bij participeren gaat het voornamelijk om deelnemen aan overleg of zitting hebben in een werk- of overleggroep. Initiëren spreekt voor zich; het gaat daarbij om het geven van een eerste aanzet om tot activiteiten te komen. Een financiële relatie met de eerstelijns hebben gemeenten via het AMW. Zij kunnen langs deze weg in elk geval invloed uitoefenen op het beleid van het maatschappelijk

werk. Eén gemeente noemt daarnaast expliciet het financieren van samenwerkingsprojecten. Onder de categorie 'anders' vallen gemeenten die aangaven dat zij bijvoorbeeld aan afstemming van werkgebieden doen via de regio (intergemeentelijk samenwerkingsverband). Andere gemeenten hebben bijvoorbeeld een themamiddag gehouden of een onderzoek gedaan. Onder de categorie 'anders' vallen ook de twee gemeenten die geparticipeerd hebben in het stichten van gezondheidscentra.

De volgende vraag in de enquête was welke disciplines betrokken waren bij de activiteiten in het kader van afstemming van werkgebieden. De resultaten worden weergegeven in tabel 5.9.

Uit de tabel blijkt dat in meer dan de helft van de gevallen alle vier de kerndisciplines, dat wil zeggen AMW, gezinszorg, wijkverpleging en huisartsen, betrokken waren bij een poging om tot een betere afstemming van werkgebieden te komen.

Tabel 5.9.: gemeenten naar kerndisciplines die betrokken waren bij activiteiten met betrekking afstemming van werkgebieden

	aantal gemeenten
betrokken kerndiscipline(s)	
AMW	2
gezinszorg	1
gezinszorg + wijkverpleging	1
AMW + gezinszorg	5
AMW + huisartsen	3
AMW + huisartsen + wijkverpleging	4
AMW + gezinszorg + wijkverpleging	4
alle 4 kerndisciplines	31
totaal	51

Gevraagd werd vervolgens of de poging om tot een betere afstemming van werkgebieden een project in de hele gemeente betrof of in slechts een deel van de gemeente. Tabel 5.10 laat zien dat het in meer dan driekwart van de gevallen ging om een project in de hele gemeente.

In het vervolg van de enquête werd gemeenten gevraagd of zij kort de gevolgde procedure konden omschrijven die gehanteerd was bij de poging om tot een betere afstemming van werkgebieden te komen. Door 12

Tabel 5.10.: gemeenten naar de omvang van het project bedoeld om te komen tot een betere afstemming van werkgebieden

	aantal gemeenten
omvang project	
hele gemeente	39
deel van de gemeente	8
niet ingevuld	4
totaal	51

gemeenten werd deze vraag niet beantwoord. De overige antwoorden zijn moeilijk in een tabel onder te brengen, daar de gevolgde procedures in de verschillende gemeenten nogal uiteenliepen. Het meest werd genoemd het op de een of andere manier voeren van overleg (tien gemeenten). In twee gemeenten werden de disciplines door de gemeente bijeengeroepen om te komen tot overleg. In andere gemeenten vond overleg plaats, bijvoorbeeld in hometeamverband, in het kader van het ouderenwerk of op basis van de subsidie-aanvraag AMW.

Vier gemeenten gaven aan dat zij een inventarisatie hebben gehouden van de mogelijkheden die er waren om tot een betere afstemming van werkgebieden te komen. De gevolgde procedure werd door hen omschreven als het 'aftasten van mogelijkheden', 'polsen van de betrokkenen', 'onderzoeken van raakvlakken', en dergelijke.

Drie gemeenten brachten een nota uit op basis waarvan later overleg gevoerd werd. Twee gemeenten spraken over het opzetten van een project. De rest van de antwoorden varieert sterk. In drie gemeenten is de afstemming van werkgebieden tot stand gebracht via wijkgezondheidscentra. Voorbeelden van andere procedures zijn:

'Participantenoverleg tot stand brengen via een stichting', 'via werkgroep komen tot betere afstemming', 'schaalvergroting voor instellingen met beroepskrachten', enzovoort.

Een cruciale vraag in de enquête was natuurlijk de vraag voor welke oplossing van het probleem men uiteindelijk had gekozen. Als voorgestructureerde antwoordcategorieën werden genoemd:

- huisartsen meer buurtgericht laten werken;
- wijkverpleegkundigen laten werken voor de praktijkpopulatie van een huisarts;
- mengvorm.

Uit tabel 5.11 blijkt dat niet veel gemeenten voor deze oplossingen gekozen hebben. De gemeenten kozen voor een andere dan de genoemde oplossingen.

Tabel 5.11.: gemeenten naar het soort oplossing dat gekozen is voor het probleem van afstemming van werkgebieden

	aantal gemeenten
soort oplossing	
huisartsen meer buurtgericht	7
huisartsen buurtgericht en wijkverpleegkundigen praktijkgericht	2
overleg	6
oplossing nog in ontwikkeling	3
geen oplossing gevonden	2
anders	19
niet ingevuld	12
totaal	51

De categorie anders omvat zeer uiteenlopende oplossingen. In één gemeente bijvoorbeeld hebben kruiswerk en gezinszorg dezelfde werkgebieden, het AMW en de huisartsen moeten hierop aansluiten.

In een andere gemeente zijn de werkruimten van de kerndisciplines samen gebracht, zonder dat er echter sprake is van een officieel gezondheidscentrum.

Een andere gemeente gaf bijvoorbeeld aan dat er een lijst opgesteld is inzake telefonisch contact tussen elgz-werkers. Elders vond afstemming van de eerstelijns ten behoeve van ouderen plaats. Genoemd werden verder oplossingen als het ontwikkelen van wijkgezondheidscentra, het instellen van een werkgroep en dergelijke.

Na aldus een beeld te hebben geschetst van de activiteiten die gemeenten hebben ondernomen met betrekking tot afstemming van werkgebieden, ligt het voor de hand om na te gaan welk effect de pogingen van de gemeenten om tot een betere afstemming te komen, hebben gehad. In de enquête werd gemeenten gevraagd in hoeverre de poging om tot een betere afstemming van werkgebieden te komen, geslaagd was. De resultaten zijn weergegeven in tabel 5.12.

Uit de tabel blijkt dat slechts in een zeer klein aantal gevallen,

Tabel 5.12.: gemeenten naar de mate waarin de poging om tot een betere afstemming van werkgebieden te komen, geslaagd is

	aantal gemeenten
mate van slagen	
poging is geheel geslaagd	3
poging is gedeeltelijk geslaagd	15
poging is niet geslaagd	11
niet ingevuld	22
totaal	51

namelijk drie, de poging geheel geslaagd is. Aanzienlijk groter is de groep gemeenten waar de poging slechts gedeeltelijk of niet geslaagd is.

Opvallend is echter het grote aantal gemeenten dat de vraag niet beantwoord heeft. Wellicht viel er op het moment van de enquête nog niets te zeggen over het effect van hun poging om tot een betere afstemming te komen.

Wel of niet slagen van de poging blijkt niet samen te hangen met het feit dat de gemeente alleen het initiatief nam, dan wel gemeente en

Tabel 5.13.: gemeenten naar de oorzaken van het geheel of gedeeltelijk mislukken van hun poging om tot een betere afstemming van werkgebieden te komen

	aantal gemeenten
oorzaken	
huisartsen wilden niet buurtgericht werken	5
wijkverpleegkundigen wilden niet praktijkgericht werken	1
huisartsen wilden niet buurt- en wijkverpleegkundigen wilden niet praktijkgericht werken	1
anders	16
niet beantwoord	3
totaal	26

veld samen het initiatief namen.

Over de oorzaken van het geheel of gedeeltelijk mislukken van de pogingen van gemeenten, geeft de volgende tabel 5.13 uitsluitel.

Gerelateerd aan tabel 5.11, waarin weergegeven wordt voor welke oplossing gekozen is, geeft deze tabel het volgende beeld.

Van de zeven gevallen waarin ervoor gekozen was om huisartsen meer buurtgericht te laten werken, wilden de huisartsen in vijf gevallen hieraan niet meewerken. Twee gemeenten wilden huisartsen meer buurtgericht en wijkverpleegkundigen meer praktijkgericht laten werken. In beide gevallen lukte dit niet omdat ofwel de wijkverpleegkundigen niet meewerkten of, in het andere geval, beide disciplines niet meewerkten.

Zoals in veel van de voorgaande tabellen het geval was, is ook hier de categorie 'anders' het grootst. Als andere oorzaken voor het mislukken van de poging werden genoemd:

- instellingen willen hun autonomie bewaren;
- het grensoverschrijdend werkveld van instellingen;
- het vrijblijvend karakter van de samenwerking;
- de beperkte invloed van de gemeente;
- bepaalde groepen werkers haakten af;
- het feit dat huisartsen de spil wensten te zijn van de samenwerking.

Een viertal gedeeltelijk geslaagde pogingen zijn voorts nog gaande.

Tot slot van het hoofdstuk afstemming van werkgebieden, in de enquête werd gemeenten gevraagd, ten eerste of zij nog verdere voornemens hadden met betrekking tot afstemming van werkgebieden en/of zij van mening waren dat de vrijheid van artsenkeuze beperkt mag worden om een betere afstemming te bewerkstelligen. De resultaten hiervan

Tabel 5.14.: gemeenten naar de verdere voornemens die ze koesteren met betrekking tot afstemming van werkgebieden

	aantal gemeenten
voornemens	
gemeente heeft nog verdere voornemens met betrekking tot afstemming van werkgebieden	23
gemeente heeft geen verdere voornemens	25
niet ingevuld	3
totaal	51

zijn te zien in de tabellen 5.14 en 5.15.

Uit de tabel blijkt dat de helft van de gemeenten wel en de andere helft van de gemeenten geen verdere voornemens koesteren met betrekking tot afstemming van werkgebieden. Onder de gemeenten die geen verdere voornemens hebben, bevinden zich de drie gemeenten die aangaven dat de poging om tot afstemming van werkgebieden te komen, geheel geslaagd was. Kennelijk is een in de ogen van de gemeente bevredigende mate van afstemming bereikt. Voor de overige gemeenten bestaat er geen aantoonbaar verband tussen de mate van slagen van de vorige poging en het koesteren van verdere voornemens. Van de gemeenten die nog verdere voornemens hadden met betrekking tot afstemming van werkgebieden, zeiden er zeven afstemming te willen bereiken in het kader van de WVG en aan de hand van bevoegdheden die deze wet zou gaan leveren. Vier gemeenten gaven aan voor verdere afstemming van werkgebieden uit te zullen gaan van de wijk. Als verdere voornemens noemde de rest van de gemeenten bijvoorbeeld zaken als overleg en het opstellen van een gemeentelijke beleidsnota.

Tabel 5.15 geeft de mening van de gemeenten weer over beperking van de vrije artsenkeuze als middel om tot een betere afstemming van werkgebieden te komen.

Tabel 5.15.: gemeenten naar hun mening over een beperking van de vrije artsenkeuze

	aantal gemeenten
mening	
beperking van de vrije artsenkeuze is toegestaan	8
beperking van de vrije artsenkeuze is niet toegestaan	35
niet ingevuld	8
totaal	51

Uit de tabel blijkt dat het grootste deel van de gemeenten, ongeveer tweederde, tegen een beperking van de vrije artsenkeuze is. Slechts acht gemeenten vindt dat de vrije artsenkeuze beperkt mag worden om tot een betere afstemming van werkgebieden te komen. Over het aantal huisartsen waartoe die keuze dan beperkt mag blijven, lopen de meningen nogal uiteen. Twee gemeenten houden het op twee tot drie huisartsen, anderen op vier of zes huisartsen, terwijl drie gemeen-

ten de keuze willen beperken tot 15 of 20 huisartsen of tot een hele waarneemgroep. Eén gemeente had hierover geen mening.

5.3.4. Conclusie

Welke conclusies met betrekking tot gemeentelijke activiteiten in het kader van afstemming van werkgebieden kunnen er nu getrokken worden?

In de eerste plaats kan geconstateerd worden dat slechts een relatief klein aantal gemeenten activiteiten onderneemt in het kader van afstemming van werkgebieden, namelijk 51 van de 272 (17%). Vaak zijn dit wel grotere gemeenten waar de problematiek in sterkere mate speelt.

In die gevallen waarin gemeenten activiteiten ondernemen, nemen zij meestal zelf het initiatief. De aard van de betrokkenheid van de gemeenten bij die activiteiten varieert nogal. Gemeenten kunnen participeren in allerlei overlegvormen, zij kunnen een stimulerend, voorwaardescheppend beleid voeren of activiteiten initiëren. Daarnaast komt veel anderssoortige betrokkenheid voor. In de meeste gevallen waren alle vier de kerndisciplines betrokken bij de poging om tot een betere afstemming van werkgebieden te komen, terwijl de omvang van het project in driekwart van de gevallen de hele gemeente betrof.

De procedure die gevolgd werd bij de poging om tot een betere afstemming van werkgebieden te komen, nam meestal de vorm aan van overleg. Daarnaast werden door enkele gemeenten de mogelijkheden voor afstemming geïnventariseerd of werd een beleidsnota uitgebracht.

De oplossingen die gekozen werden voor het probleem van een slechte afstemming van werkgebieden variëren sterk. Zij lopen bijvoorbeeld uiteen van een zeer voor de hand liggende oplossing als huisartsen meer buurtgericht laten werken, tot het stellen van een lijst inzake telefonisch contact tussen eerstelijns werkers, het instellen van een werkgroep en dergelijke.

In de meeste gevallen slaagde de poging slechts gedeeltelijk of niet. Veel gemeenten beantwoordden deze vraag echter niet, wellicht omdat men hierover nog geen uitspraken kon doen op het moment van de enquête. De oorzaken voor het (gedeeltelijk) mislukken van de poging variëren.

De helft van de gemeenten zei geen verdere voornemens te hebben op het gebied van afstemming van werkgebieden. Hieronder vallen de enkele gemeenten die aangaven dat hun poging geheel geslaagd was. Het

probleem is daar kennelijk inderdaad opgelost. De andere helft van de gemeenten had wel nog voornemens met betrekking tot afstemming. Een aantal gemeenten gaf expliciet aan hiervoor gebruik te willen maken van de mogelijkheden die de (op dat moment nog niet ingetrokken) WVG zou gaan bieden.

Tot slot is gebleken dat de meeste gemeenten tegen een beperking van de vrije artskeuze zijn als middel om tot een betere afstemming van werkgebieden te komen. Slechts acht gemeenten vinden een dergelijke beperking acceptabel.

5.4. Conclusie

Zowel uit de inventarisatie onder Regionale Ondersteuningsplatforms als de enquête onder gemeenten komt naar voren dat het aantal pogingen, dat wordt ondernomen in relatie tot de omvang waarin de problematiek zich voordoet, gering is. Bovendien blijkt uit de inventarisatie onder ROP's dat een deel van de activiteit zich richt op kleine steden en het (verstedelijkt) platteland. In hoofdstuk 5 werd aangetoond dat de afstemming op het platteland over het algemeen goed is en dat in kleinere steden alleen de afstemming van doelpopulaties in wijken van 8.000 à 10.000 inwoners te wensen overlaat.

Wat betreft de initiatiefnemer, zijn de twee inventarisaties met elkaar in tegenspraak. Uit de ROP-ronde komen de veldorganisaties als belangrijkste initiatiefnemers naar voren en in de enquête gemeentelijk beleid schuift de gemeente zichzelf als belangrijkste initiatiefnemer naar voren. Een verklaring zou kunnen zijn dat de gemeenten niet op de hoogte zijn van pogingen waarbij zijzelf niet betrokken zijn. Een verschil is ook te constateren ten aanzien van de betrokken kerndisciplines. Bij de gemeenten zijn in meer dan de helft van de gevallen alle vier de kerndisciplines betrokken, terwijl bij de ROP's in een aanzienlijk aantal gevallen de poging beperkt bleef tot de huisarts en de wijkverpleging. Bij de gemeenten was vrijwel altijd het maatschappelijk werk betrokken bij de poging, wat te maken zal hebben met de subsidierelatie tussen gemeente en AMW. Bovenstaande uitkomsten geven in elk geval aan dat de pogingen elkaar aanvullen.

Over de vraag of de pogingen succesvol waren, verschillen de twee inventarisaties niet veel van elkaar. Geheel geslaagde pogingen om de afstemming van werkgebieden te verbeteren, komen niet veel voor (bij de ROP's nog wat meer dan bij de gemeenten). Bij de gemeenten komen gedeeltelijk geslaagde pogingen wat vaker voor. Bij beide mis-

lukten bijna een kwart van de ondernomen pogingen, terwijl daarnaast een aanzienlijk aantal pogingen nog gaande was. Pogingen om huisartsen meer wijkgericht te laten werken, lijken bij voorbaat tot mislukken gedoemd door onwil van de kant van de huisartsen. Men is er in een aantal gevallen wel in geslaagd wijkverpleegkundigen praktijkgericht te laten werken. De kans op mislukken, doordat wijkverpleging afhaakt, is hier echter duidelijk aanwezig. Relatief het vaakst is succes geboekt met de mengvorm, het wijkpraktijkgericht werken.

6. SAMENVATTING EN CONCLUSIE

Dit rapport geeft inzicht in de stand van zaken met betrekking tot afstemming van werkgebieden van hulpverleners in de vier kerndisciplines in de eerstelijns op dit moment. Enerzijds is de huidige afstemming in kaart gebracht met empirisch materiaal uit een viertal onderzoeksregio's. Anderzijds is nagegaan of in het veld autonome ontwikkelingstendenzen aanwezig zijn die leiden tot een betere afstemming in de zin dat spontaan pogingen worden ondernomen om de situatie met betrekking tot afstemming van werkgebieden te verbeteren. Voordat met het empirisch onderzoek kon worden begonnen, moest het methodische probleem opgelost worden, hoe de praktijkpopulaties van de huisartsen in kaart gebracht moeten worden. Een viertal methoden is hiertoe in case-studies uitgetest, te weten enquêteren van de huisartsen zelf, enquêteren van wijkverpleegkundigen, bevolkingsenquêtes en gebruik maken van ziekenfondsbestanden. Laatstgenoemde methode bleek de meest betrouwbare en gedetailleerde gegevens op te leveren tegen aanvaardbare kosten. Daarom is voor het hoofdonderzoek besloten om de praktijkpopulaties van de huisartsen met behulp van ziekenfondsgegevens in kaart te brengen.

Het hoofdonderzoek is uitgevoerd in vier regio's, te weten de werkgebieden van het Ziekenfonds Amersfoort en Omstreken, het Regionaal Ziekenfonds Twente, het Regionaal Ziekenfonds Zwolle en de Stichting Ziekenfonds Rotterdam. De regio's zijn zo gekozen dat gegevens verkregen zijn voor gemeenten in alle urbanisatiegraadklassen. Op deze wijze kan een redelijk betrouwbaar beeld van de situatie met betrekking tot afstemming van werkgebieden in Nederland worden geschetst. Als referentiepunten waartegen de huidige situatie met betrekking tot afstemming van werkgebieden is afgezet, zijn de in de Nota Eerstelijnszorg genoemde normen gebruikt. Afstemming van werkgebieden zou moeten plaatsvinden in regio's met maximaal 30.000 inwoners en binnen gebieden met 8.000 à 10.000 inwoners zou moeten worden gestreefd voor 80% congruente doelpopulaties. Uit het oogpunt van samenwerking is vooral de afstemming van doelpopulaties van belang. Het aantal hulpverleners in gebieden met 30.000 inwoners is veel te groot om een effectieve samenwerking tot stand te brengen. Afstemming in werkgebieden van 30.000 inwoners kan wel gezien worden als een noodzakelijke voorwaarde om een afstemming van doelpopulaties tot stand te kunnen brengen. Ontbreekt op dit niveau afstemming, dan wordt de situatie al gauw dermate onoverzichtelijk dat een afstem-

ming van doelpopulaties moeilijk te organiseren is.

Gemeten naar bovengenoemde criteria, is het niet best gesteld met de afstemming van werkgebieden en doelpopulaties in Nederland. Als de basiseenheden wijkverpleging als uitgangspunt worden genomen (deze komen qua grootte redelijk overeen met de bovengenoemde werkgebieden van 30.000 inwoners), dan blijkt dat gemiddeld bijna 25% van de bevolking de huisarts buiten de basiseenheid bezoekt. Voor de meer zorgbehoeftige leeftijdscategorieën (0 tot 9 jaar en 55 jaar en ouder) wijkt dit percentage niet fundamenteel af van dat voor de totale bevolking. De postcodegebieden als benadering gebruikend voor buurten van 8.000 à 10.000 inwoners, kan worden geconstateerd dat gemiddeld tussen de 50 en 60% van de bevolking in de onderzoeksregio's de huisarts buiten het postcodegebied bezoekt. Er zijn echter grote verschillen tussen stad en platteland.

Alleen in (verstedelijkte) plattelandsgemeenten waarin de hoofdkern minder dan 10.000 inwoners heeft, wordt aan beide bovengenoemde criteria voldaan. Het percentage dat binnen de basiseenheid wijkverpleging de huisarts bezoekt, ligt over het algemeen boven de 90%. Het percentage dat binnen het postcodegebied de huisarts bezoekt, varieert van gemiddeld 68% in de regio Amersfoort tot boven de 80% gemiddeld in de regio Zwolle. Plaatselijk zijn grensoverschrijdingen. Met name vanuit zeer kleine dorpen waarin geen huisarts gevestigd is, treden vaak patiëntenstromen op naar andere werkgebieden dan waartoe dat dorp behoort. Absoluut gezien gaat dat echter om zeer kleine aantallen.

In gemeenten met woonkernen tussen de 10.000 en 30.000 inwoners is de afstemming van werkgebieden meestal wel goed (per basiseenheid gemiddeld bijna 90%) omdat wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg woonplaats- of gemeentegebonden werken en bijna niemand buiten de eigen woonplaats of gemeente de huisarts bezoekt. De doelstelling van voor 80% congruente doelpopulaties in wijken van 8.000 à 10.000 inwoners wordt in deze gemeenten niet bereikt. Het afstemmingspercentage op het postcodegebied ligt in de gemeente Oldenzaal en Kampen rond de 25% en in de overige gemeenten in deze categorie rond de 50%. De huisartsen hebben hun patiënten kriskras door het dorp of stadje heen en ook maatschappelijk werk en gezinszorg werken voor de stad als geheel.

In gemeenten met woonkernen, die de 30.000 inwoners te boven gaan, laten zowel de afstemming van werkgebieden als de afstemming van doelpopulaties veel te wensen over. Wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg hebben in die steden meestal verschillende gebiedsindelingen als tenminste met een vaste gebiedsindeling gewerkt

wordt. Met welke gebiedsindeling men de praktijkpopulaties van de huisartsen ook vergelijkt, altijd is een aanzienlijk deel van zijn patiënten afkomstig van buiten het werkgebied waar hij gevestigd is (gemiddeld bijna 50%). Van een afstemming van doelpopulaties in eenheden van 8.000 à 10.000 inwoners is dan ook helemaal geen sprake. De afstemmingspercentages op de postcodegebieden variëren tussen de 25 en 35% in de regio's Amersfoort, Zwolle en Twente. De werkgebieden van de Rotterdamse huisartsen zouden gemiddeld met een factor vier moeten inkrimpen om een wijkgerichte afstemming in wijken van 8.000 à 10.000 inwoners te verkrijgen. De huisartsen hebben in de onderzochte steden niet meer dan een kwart à één derde van hun praktijkpopulatie in de onmiddellijke omgeving van het praktijkadres. Binnen de steden is een duidelijke relatie tussen de afstemming van werkgebieden en de huisartsendichtheid te constateren. In wijken met extreme huisartsendichtheden is de afstemming slecht. De bewoners van wijken met een hoge huisartsendichtheid hebben over het algemeen hun huisarts in de wijk. Vanuit de wijkverpleging en het maatschappelijk werk gezien, is de afstemming daarom in deze wijken meestal wel redelijk. De huisartsen hebben echter een aanzienlijk deel van hun patiënten buiten de wijk. Omdat het voor hen slechts een deel van de patiënten betreft, zullen zij moeilijk in wijkgerichte samenwerking te interesseren zijn. Huisartsen in wijken met een lage huisartsendichtheid hebben meestal wel een groot deel van hun patiënten binnen de wijk. Bij wijkgerichte samenwerking worden hier echter de overige disciplines geconfronteerd met het feit dat een groot deel van de bewoners van de wijk elders in de stad een waarschijnlijk groot aantal verschillende huisartsen bezoekt. Ook is een licht verband met de omvang van de wijk waarmee wordt vergeleken te constateren. Als het aantal verzekerden in een basis-eenheid tot boven de 20.000 uitstijgt, nemen de afstemmingspercentages toe. De kans dat men een huisarts in de eigen wijk kiest, wordt dan groter. De ligging van de wijk is eveneens een factor van belang. De situatie in relatief geïsoleerd gelegen nieuwbouwwijken is aanzienlijk gunstiger dan in centraal gelegen binnenstadswijken. 'Natuurlijke barrières' als rivieren, snelwegen en spoorlijnen werken afstemmingsbevorderend.

Hierboven is de algemene situatie beschreven. Er zijn echter bijzondere situaties waar sprake is van een betere afstemming. We zien dit in de eerste plaats in Lelystad, waar dankzij de aanwezigheid van gezondheidscentra een goede afstemming van werkgebieden en doelpopulaties is bereikt. Wel moet worden aangetekend dat de reeds langer gevestigde gezondheidscentra het wijkgebonden werken hebben losgela-

ten ten gunste van praktijkgebonden werken. Ook zien we een betere afstemming van werkgebieden dan in vergelijkbare steden in Rotterdam. Gedeeltelijk is dit kunstmatig omdat wijkverpleging en maatschappelijk werk hier in grotere eenheden werken en er relatief veel 'natuurlijke' barrières binnen de stad zijn. De relatief evenwichtige spreiding van de huisartsen over de stad lijkt echter eveneens een rol te hebben gespeeld. Van een afstemming van doelpopulaties in gebieden met 8.000 à 10.000 inwoners is in Rotterdam overigens evenmin sprake als in de andere grote steden.

Uit de inventarisaties van pogingen om de afstemming van werkgebieden te verbeteren, komt in de eerste plaats naar voren dat de pogingen gering in aantal zijn als ze worden gerelateerd aan de omvang waarin de problematiek zich voordoet. Bovendien blijkt uit de inventarisatie onder ROP's dat een belangrijk deel van de activiteit zich concentreert in kleine steden en op het platteland. In het empirisch deel van het rapport zagen we dat de afstemming op het platteland over het algemeen al goed is en dat in kleinere steden alleen de afstemming van doelpopulaties in wijken van 8 à 10.000 inwoners te wensen overlaat.

Wat betreft de initiatiefnemer zijn de twee inventarisaties met elkaar in tegenspraak. Uit de ROP-ronde komen de veldorganisaties als belangrijkste initiatiefnemers naar voren en in de enquête gemeentelijk beleid schuift de gemeente zichzelf als belangrijkste initiatiefnemer naar voren. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de gemeenten niet op de hoogte zijn van pogingen waarbij zij zelf niet betrokken zijn. Een verschil is ook te constateren bij de betrokken disciplines. In de ROP-ronde zijn dat meestal de huisarts en de wijkverpleging, terwijl bij de gemeente meestal alle vier de kern-disciplines betrokken waren bij pogingen de afstemming te verbeteren. Bij de gemeenten was vrijwel altijd het maatschappelijk werk betrokken bij de poging, wat verklaard kan worden uit de subsidiërelatie tussen gemeente en AMW. Bovenstaande uitkomsten geven in elk geval een aanwijzing dat de inventarisaties elkaar aanvullen.

De twee inventarisaties verschillen niet van elkaar over de vraag of de pogingen succesvol waren. Geheel geslaagde pogingen de afstemming van werkgebieden te verbeteren, zijn een zeldzaamheid. Gedeeltelijk geslaagde pogingen komen vaker voor, terwijl daarnaast veel pogingen nog gaande zijn. De huisartsen blijken het belangrijkste struikelblok te zijn bij (gedeeltelijk) mislukkende pogingen wijkgerichte afstemming tot stand te brengen, maar ook de wijkverpleging wenste enkele keren niet mee te werken aan een praktijkgerichte afstemming. Bij succesvolle pogingen is het dan ook vaak de wijkverpleging

die haar wijkgebonden werkwijze opgeeft om praktijkgebonden voor één of enkele huisartsen te gaan werken.

Uit de ROP-ronde blijkt dat geslaagde pogingen het meest voorkomen in middelgrote en kleine steden. Afstemming in werkgebieden van 30.000 inwoners is hier reeds van nature aanwezig. De pogingen richten zich daarom op de afstemming van doelpopulaties waarbij met de wijkpraktijkgerichte afstemming het meest succes is geboekt. De pogingen in de grote steden zijn over het algemeen gericht op het tot stand brengen van afstemming in werkgebieden met circa 30.000 inwoners, dit als een eerste stap voordat tot afstemming van doelpopulaties kan worden overgegaan. Vooral door gebrek aan medewerking van de zijde van de huisartsen zijn op dit punt nog weinig resultaten geboekt.

De conclusies, die uit dit rapport kunnen worden getrokken, zijn:

- de afstemming van werkgebieden en doelpopulaties is in Nederland ver verwijderd van de beleidsdoelstellingen;
- gebrek aan afstemming van werkgebieden en doelpopulaties manifesteert zich vooral in bevolkingsconcentraties met meer dan 30.000 inwoners; gebrek aan afstemming van doelpopulaties doet zich vooral voor in woonkernen met 10.000 tot 30.000 inwoners; op het platteland is de afstemming over het algemeen goed te noemen;
- er kan niet worden verwacht dat de afstemming 'vanzelf' zal verbeteren door spontane actie in het veld; de aantallen ondernomen pogingen zijn hiervoor te gering en mislukken te vaak.

Naar de toekomst kijkend, kan niet worden verwacht dat de pogingen om de afstemming te verbeteren, zullen toenemen. De gemeente als initiator en betrokkene bij pogingen, ondernam die activiteiten vooral met het oog op de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Juist die Wet Voorzieningen Gezondheidszorg zou instrumenten bieden om iets aan de afstemming te doen. De vestigingsregeling voor huisartsen, zoals die momenteel in werking is, biedt in elk geval de mogelijkheid om een betere huisartsenspreiding tot stand te brengen. We hebben gezien dat dit een positieve invloed op de afstemming heeft. Ook stellen een aantal gemeenten criteria met betrekking tot afstemming van werkgebieden bij de selectie van kandidaten voor het opvullen van een huisartsplaats. Nu de WVG niet doorgaat en de vestigingsregeling wordt afgebouwd, gaan potentiële instrumenten om de afstemming te bevorderen, verloren.

De vraag kan gesteld worden in hoeverre de huisarts in de toekomst een struikelblok zal blijven bij de totstandbrenging van afstemming. In de LHV-discussienota vinden we wat dit betreft goede voor-

nemens. "Bij geografische herschikking moet nadrukkelijk rekening worden gehouden met het LHV-thuiszorgbeleid om ten behoeve van een goede thuiszorg de samenwerking tussen de vier kerndisciplines te stimuleren. Een en ander kan leiden tot een geografische afbakening van werkgebieden van waarneemgroepen en tot het ontstaan van overeenstemmende doelpopulaties van de vier kerndisciplines" (p. 22). Hieruit valt echter niet op te maken of de huisartsen bereid zijn hun eigen werkgebieden in te perken of dat zij vinden dat andere disciplines zich maar aan de werkgebieden van de huisarts moeten aanpassen. Een rol daarbij speelt een verminderde belangstelling van huisartsen voor samenwerking binnen de eerstelijns, hetgeen bijvoorbeeld tot uiting komt in de verminderde groei van het aantal gezondheidscentra (Boerma, 1988). Samenwerking wordt niet langer gezien als doel op zich, maar als middel om concrete problemen in de zorg op te lossen. Een concreet gegeven is, dat de huisarts meer functionele contacten met de specialist onderhoudt. Bij de samenwerking is de aandacht dan ook sterk gericht op de huisarts-specialist. Activiteiten rond afstemming van werkgebieden om gunstige randvoorwaarden voor samenwerking te scheppen, zijn van de kant van de huisartsen niet te verwachten. Alleen waar een gebrek aan afstemming tot knelpunten in de zorgverlening leidt, zijn mogelijk nadere afspraken te maken.

De effecten van een gezondheidszorg volgens het recept Dekker voor de afstemming van werkgebieden is moeilijk te voorspellen. Mogelijk zal afschaffing van het vestigingsbeleid tot een grotere onzekerheid bij de huisartsen leiden voor wat betreft hun praktijkomvang. De bereidheid tot ruimtelijke inperking van de praktijk zal als gevolg daarvan waarschijnlijk afnemen. Belangrijk is daarnaast welke rol de ziektekostenverzekeraars in dit opzicht gaan spelen. In theorie kunnen ziektekostenverzekeraars bij het afsluiten van contracten eisen stellen met betrekking tot afstemming van werkgebieden. Of zij dat zullen doen, is de vraag. De omvang van de door hen van een betere afstemming verwachte baten bepaalt hoe hard zij hierover de onderhandelingen zullen voeren. Vermoedelijk zullen zij de onderhandelingen echter richten op zaken, die meer direct tot kostenbesparing zullen leiden. Het kostenbesparende effect van een betere afstemming is indirect en moeilijk aantoonbaar, terwijl de huisartsen zich waarschijnlijk hevig tegen een ruimtelijke inperking van hun praktijken zullen verzetten. Mogelijk zal het beleid van ziektekostenverzekeraars een indirect effect op de afstemming van werkgebieden hebben in de zin dat zij inhoudelijk eisen aan de door huisartsen verleende zorg gaan stellen, waarvoor een goede samenwerking tussen

hulpverleners en daarmee een goede afstemming van werkgebieden een noodzakelijke voorwaarde is. Een derde invloedsmogelijkheid voor de ziektekostenverzekeraars is de verzekerde voorschrijven welke huisarts hij mag hebben of uit welke groep huisartsen hij mag kiezen. Ook hier kan betwijfeld worden of verzekeraars dit zullen doen. Verzekerden zullen eerder geneigd zijn een andere ziektekostenverzekeraar te kiezen dan een andere huisarts. Ziektekostenverzekeraars zullen daarom alleen de keuzemogelijkheden voor hun verzekerden inperken als zij daarmee een verlaging van de premie kunnen realiseren, zodat hun concurrentiepositie niet wordt aangetast. Ook hiervoor geldt dus dat de te verwachten baten van een betere afstemming van essentieel belang zijn.

Tenslotte kan de overheid maatregelen treffen in de sfeer van afstemming van werkgebieden. Dit kan bijvoorbeeld in het kader van de te ontwikkelen kwaliteitswetgeving. Gezien het feit dat dergelijke maatregelen impopulair zullen zijn (zij houden een beperking van de keuzevrijheid van arts en/of patiënt in) is ook in dat geval inzicht in de potentiële voordelen van afstemming van groot belang. Momenteel wordt op het NIVEL een pilot-study uitgevoerd naar de consequenties van het wel of niet afgestemd zijn voor de praktijk van de hulpverlening. Mogelijk geeft dat onderzoek concrete aanwijzingen over de voordelen van afstemming van werkgebieden.

LITERATUUR

- BAKKER, D.H. DE. Afstemming van werkgebieden in Rotterdam: een analyse met ziekenfondsgegevens. Utrecht: NIVEL, 1987a
- BAKKER, D.H. DE. Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg. Eindrapport. Utrecht: NIVEL, 1987b
- BOERMA, W.G.W. Home-teams 1985. Utrecht: NIVEL, 1986
- BOERMA, W.G.W., P.P. GROENEWEGEN. Werkgebieden in gezondheidscentra vergeleken: wijk- of praktijkgebonden werken door huisartsen, wijkverpleging en maatschappelijk werk. In: SAMSOM vademecum 'Eerstelijnszorg'. Alphen aan de Rijn: SAMSOM, 1985
- BOERMA, W.G.W. Gezinsverzorging. In: E.M. Sluys e.a. (red.). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Utrecht: NIVEL, 1985
- BOERMA, W.G.W. Verminderde groei van het aantal gezondheidscentra. Lezing, gehouden t.g.v. de Gezondheidszorg-onderzoeksdagen. Rotterdam, december 1987
- BEEKMAN, J.R. COPPES, J.H. HAYKENS, A.K. VAN DER HEIDE, H.G.H. HOFSTEE, J. DE WAARD. Wel en wee in Enschede. In: P.P. Groenewegen (red.). Vestigingsbeleid voor huisartsen. Utrecht: NHI, 1981
- Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1985
- Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg. Bereidheid tot verandering. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1987
- DAM, F. VAN, L. HINGSTMAN. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1987
- DELNOY, D. Regionalisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1987, stageverslag
- GEMEENTE HAARLEM. Nota Eerstelijnszorg, 1985.
- GROENEWEGEN, P.P. Locatiekeuze en huisartsendichtheid. Utrecht: dissertatie R.U.
- HAMERS, R.T.J., T.J.J.M.T. KERSTEN. De eerstelijns in Midden-Limburg. Utrecht: NIVEL, 1987
- HINGSTMAN, L. De eerstelijns in kaart gebracht. Utrecht: NIVEL, 1985
- KERSTEN, T.J.J.M.T. Algemeen Maatschappelijk Werk. In: E.M. Sluys, e.a. (red.). Overzichtsstudie onderzoek eerstelijns. Utrecht: NIVEL, 1985
- Landelijke Huisartsen Vereniging. De positie van de huisarts in de toekomst. Discussienota. Utrecht: 1988

- MARCUS, A.C., L.A. CRANE. Telephone survey in public health research. Medical care; 24, 1986, nr. 2, p. 97-112
- MOORS, J.J.A., J. MUILWIJK. Steekproeven: een inleiding tot de praktijk. Amsterdam: Agm Elsevier, 1977
- MINISTERIE VAN WVC. Nota Eerstelijnszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983
- MINISTERIE VAN WVC. Nota 2000. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986
- MINISTERIE VAN WVC. Verandering verzekerd. Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg. Rijswijk, 1988
- PLAATSELIJKE HUISARTSEN VERENIGING ROTTERDAM. Notitie eerstelijnsgezondheidszorg en ontwikkelingen in de thuiszorg in Rotterdam. Rotterdam, 1984
- SANAVRO, F.L. Van huiskamer tot spreekkamer: de samenhang tussen afstand en huisartsbezoek. In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 1984, nr. 12, p. 478-480
- SCHRADER, P.C. Amsterdammers en hun huisarts: het aanbod, de vraag naar en het gebruik van eerstelijnsgezondheidszorg van huisartsen. Amsterdam: GG & GD, 1986
- SMITS, E.R. Omvang en spreiding van de eerstelijnszorg in Rotterdam. Utrecht: NIVEL, 1986
- SONSBEEK, J.L.A. VAN. Reistijd geen bezwaar. In: CBS-maandbericht gezondheid; 1984, nr. 3, p. 5-13
- S-1 PROJECT. Gereedschap voor actieve hulpverleners: afstemming van werkgebieden, verzorgingsgebieden, doelpopulaties; een eerste proeve. Bunnik, 1984
- VISSER, G.J. Eerstelijnszorg in Rotterdam: onderzoek naar knelpunten in de plaatselijke eerstelijns(zorg)zorg. Utrecht: NIVEL, 1985
- WARMENHOVEN, N.E., W.G.W. BOERMA. Gezondheidscentra en groepspraktijken per 1 januari 1986. Utrecht: NIVEL, 1986

BIJLAGEN

BIJLAGE A: BETROUWBAARHEIDSANALYSES

A-1. Inleiding

De betrouwbaarheid van gegevens, verzameld via de huisartsen, de wijkverpleging, de bevolking en de ziekenfondsen, is getest door middel van de uitvoering van een aantal case-studies. De betrouwbaarheid van de verschillende methoden is gemeten door middel van paarsgewijze vergelijking van de uitkomsten van de verschillende case-studies. De gevolgde procedure wordt uiteengezet bij de betrouwbaarheidsanalyses in de volgende paragraaf. In paragraaf A-3 worden de resultaten van de betrouwbaarheidsanalyses beschreven. Die resultaten worden samengevat in paragraaf A-4 en geconfronteerd met andere criteria voor de keuze voor een van de onderzoeksmethodes, namelijk de analysemogelijkheden en de kosten.

A-2. Het meten van de betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van methoden om afstemming van werkgebieden te onderzoeken, kan door verschillende oorzaken worden aangetast (Moors en Muilwijk, 1977). Bedienen we ons van informatie verkregen door middel van steekproeven uit een populatie, dan gaat het erom dat de steekproef een betrouwbare schatting oplevert van de situatie in de totale populatie. De betrouwbaarheid van de schatting is afhankelijk van de spreiding van de schatter en het aantal waarnemingen. Daarnaast is de kwaliteit van het steekproefkader van belang en de mate waarin een eventuele non-respons de uitkomsten beïnvloedt. We duiden deze betrouwbaarheid, die samenhangt met het feit dat met steekproeven wordt gewerkt, aan als schattingsbetrouwbaarheid

Behalve om de betrouwbaarheid van de schatting gaat het echter ook om de betrouwbaarheid van de meettechnieken. Dat refereert aan de vraag in welke mate meetfouten optreden. Een gangbare manier om daar achter te komen is: twee verschillende meettechnieken toepassen in dezelfde situatie en vervolgens de correlatie bezien tussen de meetwaarden die beide technieken opleveren. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat de beide meetmethoden dezelfde ware variantie hebben. In de wereld van de testpsychologie staat deze methode bekend als de parallelvormmethode (Drenth, 1975).

Hoe is bij de betrouwbaarheidsanalyses te werk gegaan? Uitgegaan is van een bestand met ziekenfondsgegevens, die een compleet beeld geven van de situatie in een bepaalde populatie van ziekenfondsverze-

kerden.

Betrouwbaarheidsproblemen zijn hier nauwelijks aan de orde. Hoogstens kunnen we te maken krijgen met zaken als het niet up-to-date zijn van het bestand en meer in het algemeen de 'vervuildheid' van de bestandsgegevens. Omdat de ziekenfondsadministratie een financiële administratie is, mogen we er echter van uit gaan dat de meetfouten beperkt zullen zijn. We gebruiken daarom de ziekenfondsgegevens als 'gouden standaard' (voor ziekenfondsverzekerden). Op basis van de **ziekenfondsgegevens** zijn afstemmingsparameters berekend om de mate van afstemming van werkgebieden in uit te drukken. Dit is **methode I**.

Methode II behelst meting van afstemming van werkgebieden op basis van een **(telefonische) enquête onder een representatieve steekproef van de bevolking**. De problemen van de meetbetrouwbaarheid houden bij deze methode er vooral verband mee of de ondervraagden een juiste opgave doen van wie hun huisarts is en of zij juiste informatie verstrekken over hun woonadres (in dit geval de postcode). Problemen met de schattingsbetrouwbaarheid spelen hier wel omdat met steekproeven wordt gewerkt. Daarbij speelt vooral een rol of bij telefoonbezitters (met een niet-geheim nummer) de situatie met betrekking tot afstemming van werkgebieden afwijkt van de situatie bij niet-telefoon bezitters. Dat is dus de vraag of het telefoonboek wel een betrouwbaar steekproefkader vormt.

Wij hebben de betrouwbaarheid van de bevolkingsenquêtes kunnen meten door deze in het gebied te houden waarvan ziekenfondsgegevens beschikbaar zijn. Afstemming gemeten op basis van de ziekenfondsverzekerden uit de bevolkingsenquête kan zodoende worden vergeleken met afstemming gemeten met populatiegegevens uit het ziekenfondsbestand. Indien er voldoende overeenstemming is, gaan we ervan uit dat de bevolkingsenquête als geheel (dus inclusief particuliere patiënten) in principe betrouwbaar is. 'In principe', omdat de representativiteit van de steekproef bij particuliere patiënten iets anders zou kunnen liggen als gevolg van een hoger percentage telefoonbezitters en een relatief hoger aantal geheime telefoonnummers.

Het uitvoeren van de bevolkingsenquête in het gebied waarvoor de ziekenfondsgegevens beschikbaar waren heeft nog een extra voordeel. Hierdoor kunnen namelijk de verschillen tussen beide categorieën patiënten (qua oriëntatie op de huisarts) in ogenschouw worden genomen. Blijken er geen verschillen te zijn, dan kunnen we ziekenfondsgegevens (methode I) tevens als indicator beschouwen voor particuliere patiënten.

Vervolgens vergelijken we de afstemming van werkgebieden zoals die

waargenomen wordt door beroepsbeoefenaren uit de eerste lijn, respectievelijk huisartsen (methode III) en wijkverpleegkundigen (methode IV), met een bevolkingsenquête onder het totaal van particuliere patiënten en ziekenfondspatiënten (methode II). De vraagtekens ten aanzien van betrouwbaarheid hebben bij deze beide methoden vooral betrekking op de nauwkeurigheid van de subjectieve schattingen van beroepsbeoefenaren (meetbetrouwbaarheid). Waar we werken met steekproeven van hulpverleners, zijn ook weer de problemen van de schattingsbetrouwbaarheid aan de orde.

Vatten we het voorgaande samen, dan kunnen een drietal analysestappen worden onderscheiden.

Stap A.: Vergelijking van afstemming gemeten op basis van ziekenfondsgegevens met afstemming gemeten op basis van de ziekenfondsverzekerden uit de bevolkingsenquête, dit ter meting van de betrouwbaarheid van bevolkingsenquêtes.

Stap B.: Vergelijking van de ziekenfondsverzekerden uit de bevolkingsenquête met de particuliere verzekerden uit die enquête, dit om na te gaan of de ziekenfondsgegevens als indicatie kunnen gelden voor de totale populatie.

Stap C.: Vergelijking van de schattingen van huisartsen en wijkverpleegkundigen met de resultaten van een bevolkingsenquête, dit ter meting van de betrouwbaarheid van de methode via de hulpverleners.

Bovenstaande vergelijkingen konden worden gemaakt op basis van de

analysestap	bevolkingsenquête	andere methode
A	ziekenfondspatiënten Kralingen, Rotterdam	ziekenfondsbestand Rotterdam
B	alle patiënten Kralingen	ziekenfondsbestand Rotterdam
C1	Midden-Kennemerland	huisartsen Midden- Kennemerland
C2	Roermond en Weert	wijkverpleegkundigen Roermond en Weert

81%. De verschillen zijn echter niet statistisch significant. Berekenen we dezelfde percentages per basiseenheid, dan zijn de verschillen wel aanzienlijk. De betrouwbaarheid neemt af in gebieden met een lage respons en in gebieden waar de grenzen tussen de basiseenheden dwars door de stedelijke bebouwing lopen. In dit geval is de variantie van de schatter zo groot dat de betrouwbaarheid van de schattingen afneemt.

Samenvattend kan gesteld worden dat op grond van de schattingen van huisartsen een redelijk betrouwbare indruk kan worden verkregen van de mate van afstemming in het gebied als geheel. In de afzonderlijke gebieden moeten we voorzichtiger zijn en de schattingen meer als indicaties zien. De schattingen worden nauwkeuriger als de respons op de artsenenquête hoog is en als er sprake is van duidelijke 'natuurlijke' grenzen tussen de onderscheiden gebieden.

Betrouwbaarheid van schattingen door wijkverpleegkundigen.

In de WVG-subregio Midden-Limburg zijn de wijkverpleegkundigen benaderd om een beeld te krijgen van de afstemming van werkgebieden (methode IV). Dit gebied omvat ruim 205.000 inwoners en kent vier regionale kruisverenigingen. Met een schriftelijke enquête is gevraagd aan te geven welke huisarts(en) een individuele wijkverpleegkundige in haar wijk tegenkomt. Tevens is gevraagd een schatting te geven van het percentage van de bevolking in haar wijk dat patiënt is van genoemde huisarts(en). Het niveau waarop uitspraken worden gedaan is dus aanzienlijk lager dan bij de overige methoden. Een van de vier kruisverenigingen in de regio weigerde de benodigde informatie te verschaffen. Van de overige 53 wijkverpleegkundigen die aan de enquête hebben deelgenomen wilde of kon 17% niet aangeven hoe de oriëntatie van de bevolking binnen haar wijk op de huisarts was.

De betrouwbaarheid van de schattingen is voor 19 wijkverpleegkundige wijken nagegaan door de schattingen te vergelijken met gegevens verkregen uit een telefonische bevolkingsenquête. In de bevolkingsenquête is onder meer gevraagd naar de postcode van de respondent en de naam van zijn of haar huisarts. Het streven was om voor elke wijk \pm 80 respondenten te krijgen. De respons was 85%. De mate van afstemming is vastgesteld door de gevonden verdeling over de huisartsen per wijkverpleegkundige wijk te vergelijken met de percentages die men zou verwachten op basis van de qua afstemming meest optimale verdeling (zie voor een precieze berekening van deze zogenaamde veranderingsscores Hamers en Kersten, 1987, p. 220). Voor de 19 wijken waarvan zowel informatie beschikbaar was van de wijkverpleegkundigen als uit de bevolkingsenquête, gold een gemiddelde afwijking tussen

case-studies in drie regio's, te weten Rotterdam, Midden-Kennemerland en Midden-Limburg op basis van het onderzoek van Hamers en Kersten (1987). De gegevensverzameling voor de verschillende onderzoeken heeft plaatsgevonden in 1986. In elke regio worden de resultaten van een bevolkingsenquête vergeleken met de resultaten van één van de andere onderzoeksmethode. Onderstaand schema geeft een overzicht van de gemaakte vergelijkingen.

A-3. Resultaten van de methodevergelijking

We volgen hier de drie analysestappen zoals uiteengezet in de voorafgaande paragraaf.

Stap A. De betrouwbaarheid van de bevolkingsenquête: ziekenfondsverzekerden in de enquête vergeleken met ziekenfondsgegevens.

De bevolkingsenquête is gehouden in de Rotterdamse buurten Kralingen-West en Kralingen-Oost. Dat is de basiseenheid Kralingen zonder de buurten Stadsdriehoek, Kralingseveer en 's-Graveland. In het onderzoeksgebied wonen circa 22.000 mensen en hebben 12 huisartsen hun praktijkadres. De informatie is verzameld middels een computergestuurde telefonische enquête. Om de afstemming van werkgebieden in kaart te brengen is gevraagd naar de postcode van de respondent en de naam van de huisarts die hij of zij bezoekt. Als belangrijkste achtergrondvariabele is gevraagd naar de verzekeringsvorm. In totaal zijn 400 enquêtes afgenomen, de respons was 74%. In de steekproef was 57% bij het ziekenfonds en 43% bij een particuliere verzekeraar verzekerd. Teneinde de betrouwbaarheid van de bevolkingsenquête te bepalen lichten we de particulier verzekerden uit het bestand. Over blijft een representatieve steekproef uit de populatie van ziekenfondsverzekerden (methode II).

Uit hetzelfde onderzoeksgebied beschikken we over een bestand van ziekenfondsgegevens die een compleet beeld geven van de situatie in de populatie van ziekenfondsverzekerden. Het betreft zowel de verzekerden die in de gemeente Rotterdam de huisarts bezoeken als alle verzekerden daarbuiten die in Rotterdam de huisarts bezoeken (methode I). Vinden we nu voldoende mate van overeenstemming tussen de afstemmingsparameters die op basis van beide methoden berekend kunnen worden, dan mogen we de bevolkingsenquête als betrouwbaar aanmerken. De afstemmingsmaat is in dit geval het percentage van de bevolking dat binnen de basiseenheid naar de huisarts gaat.

Volgens de ziekenfondsgegevens bezocht 82% van de verzekerden uit de buurten West- en Oost-Kralingen een huisarts binnen de basiseen-

heid Kralingen. In de bevolkingsenquête lag dit percentage iets lager, namelijk 75%. Het verschil is statistisch significant bij een alfa van .05, maar niet bij een alfa van .02 ($Z = 1.975$, $n = 207$). Hoe dit verschil tot stand is gekomen valt moeilijk te zeggen. Een oorzaak gelegen-zijn in het feit dat er in het onderzoeksgebied tehuizen zijn waarin veel ziekenfondsverzekerden waren, die geen telefoon hebben en wel hun huisarts zeer dichtbij.

Samenvattend kunnen we stellen dat de bevolkingsenquête een lichte onderschatting geeft van het percentage ziekenfondsverzekerden dat binnen de basiseenheid de huisarts bezoekt maar dat het wel een globale indruk verschaft van de mate van afstemming. De betrouwbaarheid zou nog kunnen worden verhoogd door vooraf te proberen niet telefoonbezitters (bijvoorbeeld in tehuizen) te lokaliseren en apart te enquêteren (deze techniek staat bekend als 'dual sampling', Marcus en Crane, 1986).

Stap B. Ziekenfondsgegevens als indicator voor particuliere patiënten: ziekenfondsverzekerden in de bevolkingsenquête vergeleken met de particulier verzekerde patiënten.

In tegenstelling tot de ziekenfondsverzekerden zijn over particulier verzekerden geen populatiegegevens voorhanden. De situatie met betrekking tot afstemming van werkgebieden bij particulier verzekerden wordt in kaart gebracht middels een telefonische bevolkingsenquête onder een steekproef uit de populatie van particulier verzekerden (methode II). In de praktijk gaat het hier om dezelfde bevolkingsenquête, als beschreven bij stap A. In paragraaf 2 is uiteengezet dat deze methode in principe als betrouwbaar aangemerkt mag worden als gebleken is dat de bevolkingsenquête voor ziekenfondsverzekerden betrouwbaar is. Bij stap A werd geconstateerd dat, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan, de bevolkingsenquête weliswaar niet voor 100%, toch een redelijk betrouwbare indruk geeft van de mate van afstemming. Om nu de ziekenfondsgegevens (Methode I) als indicator te kunnen beschouwen voor particuliere patiënten, moet er voldoende overeenstemming zijn tussen beide categorieën patiënten. Voor particuliere verzekerden blijkt in de praktijk het percentage dat een huisarts bezoekt binnen de basiseenheid iets lager dan voor ziekenfondsverzekerden (68% tegen 76%). Het verschil is echter niet statistisch significant. Dit geldt zowel voor het hele onderzoeksgebied, als voor West- en Oost-Kralingen afzonderlijk.

Er zijn dus geen aanwijzingen waaruit blijkt dat ziekenfondsverze-

kerden zich totaal anders op de huisarts oriënteren dan particulier verzekerden. Met enige voorzichtigheid, gezien de beperkte omvang van het onderzoek, kan worden geconcludeerd dat het ziekenfondsmateriaal een redelijke indicatie geven hoe het met de totale bevolking zit.

Stap C. De betrouwbaarheid van schattingen door huisartsen en wijkverpleegkundigen: schattingen door hulpverleners vergeleken met een bevolkingsenquête onder ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden.

Betrouwbaarheid van schattingen door huisartsen.

De huisarts als informatiebron over zijn werkgebied is aan een onderzoek onderworpen in de WVG-subregio Midden-Kennemerland (methode III). Dit sterk verstedelijkte gebied omvat bijna 157.000 inwoners en is verdeeld in 9 basiseenheden. Bij het onderzoek beschikten we over de resultaten van een bevolkingsenquête gehouden door het WVG-bureau Midden-Kennemerland met als doel de patiëntenstromen tussen de onderscheiden deelgebieden in kaart te brengen. Telefonisch heeft men 600 personen benaderd. Gevraagd is onder meer naar de postcode van de huisarts en die van de geënquêteerde. De respons op de telefonische enquête was 80%. Door deze resultaten te vergelijken met de resultaten van een schriftelijke enquête, waarin de huisartsen gevraagd wordt in welke deelgebieden zijn patiënten woonachtig zijn, kunnen de schattingen van huisartsen op hun betrouwbaarheid worden getoetst.

In het totaal zijn 95 schriftelijke enquêtes verstuurd naar de huisartsen. De respons bleek, ook na twee rappèls, teleurstellend, namelijk 42%. Een met behulp van de patiëntenenquête uitgevoerde non-responsanalyse wijst uit dat over het geheel genomen de artsen die hebben meegedaan aan het onderzoek, wat betreft de afstemming, nauwelijks verschillen van de overige.

Kijken we nu naar de betrouwbaarheid van de schattingen. De afstemmingsmaten in deze studie zijn; het percentage van de praktijkpopulatie van een huisarts dat afkomstig is uit de basiseenheid, waarin de huisarts zijn praktijkadres heeft en het percentage van de bevolking van een basiseenheid, dat de huisarts binnen die basiseenheid bezoekt. Van de praktijkpopulatie van alle geënquêteerde huisartsen woont 85% binnen de basiseenheid waar het praktijkadres zich bevindt. Het percentage van de bevolking van een basiseenheid, dat de huisarts binnen die basiseenheid bezoekt is 84%. Deze percentages zijn iets hoger dan in de patiëntenenquête, respectievelijk 81% en

beide veranderingsscores van 9%. De pearsoncorrelatie was .52. Een nadere inspectie leert dat de verschillen zich concentreren in een viertal wijken.

Samengevat kunnen we stellen dat de informatie via wijkverpleegkundigen, zelfs in de meer verstedelijkte gebieden, een redelijk betrouwbare indicatie geeft van de afstemming van werkgebieden tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen. Het gegeven dat wijkverpleegkundigen waarschijnlijk alleen de huisartsen kennen van de patiënten die bij hen in zorg zijn en niet van de totale bevolking in hun wijk levert in dit onderzoek geen problemen op. Blijkbaar wijkt het beeld bij de patiënten in zorg niet of nauwelijks af van de situatie bij de totale bevolking.

A-4. Conclusie

In de voorgaande paragraaf zijn de vier methoden om afstemming van werkgebieden te meten onderzocht. Het resultaat van deze onderzoeken, gecompriimeerd weergegeven in tabel A-1, besproken wordt per methode.

Tabel A-1.: schattings- en meetbetrouwbaarheid van methoden om afstemming van werkgebieden te onderzoeken

	schattings- betrouwbaarheid	meet- betrouwbaarheid
ziekenfonds	n.v.t. (populatiegeg.)	++
bevolking	±	++
huisarts	±	±
wijkverpleging	±	±

++ = optimaal, + = goed, ± = matig, - = slecht

Uit de tabel blijkt dat bij de hulpverleners, in tegenstelling tot bij de andere methoden, zowel schattings- als meetbetrouwbaarheid een rol spelen. Wat betreft de meetbetrouwbaarheid wijken de waarnemingen van de hulpverleners weliswaar niet sterk af van de afstemming gemeten met bevolkingsenquêtes. Meer betrouwbare uitspraken kan men pas doen op basis van de waarnemingen van groepen hulpverleners bijvoorbeeld de huisartsen in een basiseenheid. Op dat moment komt echter ook de schattingsbetrouwbaarheid om de hoek kijken. Als de respons op de enquête onder de huisartsen in een basiseenheid slecht is, is een betrouwbaar afstemmingspercentage niet vast te stellen.

Bij de bevolkingsenquêtes en de ziekenfondsgegevens is de meetbetrouwbaarheid nauwelijks een probleem. De schattingsbetrouwbaarheid kan bij de bevolkingsenquêtes wel een rol spelen, vooral in gebieden waarin het telefoonbezit relatief laag is. De ziekenfondsgegevens geven natuurlijk een zeer betrouwbaar beeld voor de ziekenfondspatiënten, omdat het populatiegegevens betreft. Daarnaast kunnen zij een indicatie geven van de situatie bij de particulier verzekerden, want we hebben gezien dat ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden op de voor ons relevante variabelen weinig van elkaar verschillen.

BIJLAGE B: SCHEMA ACTIVITEITEN REGIONALE ONDERSTEUNINGSPLATFORMS

provincie/ gemeente	initiatiefnemer/ betrokkenen	typering optie	stand van zaken, doel rea- lisering
Groningen/ Groningen (168.000 inw.)	gemeente/ regionaal ziekenfonds PHV	geografische afstem- ming met voor kerndis- ciplines identieke werkgebieden van ± 30.000 inw.	waarschijnlijk nog geen resultaten
Appingedam (13.000 inw.)	huisartsen + wijkver- pleging ROP	verdeling van wijkver- pleegkundigen over ge- bieden van ± 6.500 inw. en daarmee vergroten gemeenschappelijke doelpopulatie met huis- artsen, uitgaande van praktijken van een groep huisartsen	verbeteren onderling over- leg is gerealiseerd; nog geen verbetering in de af- stemming van doelpopulatie
Friesland/	ROP/ LHV, provinciale kruisvereniging	n.v.t., optie is afhan- kelijk van lokale si- tuatie	tussen LHV en Provinciale Kruisvereniging is consen- sus over het belang van het afstemmen van werkge- bieden; nu kan ROP gemeen- te(n) kiezen voor starten project(en)
Leeuwarden (85.000 inw.)	2 huisartsen/ ROP, kruisvereniging, AMW	wijk- + praktijkgericht werken door 2 wijkver- pleegkundigen en een maatschappelijk werker = afstemming van doel- populatie voor huisarts	er is een home team gere- aliseerd; disciplines zijn tevreden, echter wijkver- pleegkundigen spreken van extra zware belasting
Drenthe/ Hoogeveen (45.000 inw.)	overleg op directie- niveau/ ROP, S1-project, huisartsen + wijkver- pleging	binnen wijken van ruim 10.000 inw. werken wijkverpleegkundigen uitsluitend voor pa- tiënten van een bepaal- de groep huisartsen = wijk-praktijkgericht	home teams zijn gereali- iseerd
Klazienaveen (12.000 inw.)	gezinsverzorging, AMW, wijkverpleging/ ROP	geografische afstemming met voor de drie disci- plines identieke werkge- bieden van ± 6.500 inw.	opzet is gerealiseerd
onbekend (12.000 inw.)	ROP/ kruisvereniging	n.v.t.	in overleg met kruisver- eniging werd initiatief vroegtijdig gestopt, er zou te veel energie in gaan zitten

provincie/ gemeente	initiatiefnemer/ betrokkenen	typering optie	stand van zaken, doel realisering
Overijssel/ Hardenberg (32.000 inw.)	home team/ wijkverpleging, AMW, huisartsen	afstemming van doelpopulatie binnen home team, uitgaande van de praktijken van de huisartsen	optie is sinds jaren succesvol
Urk (11.000 inw.)	4 huisartsen/ kruisvereniging	afstemming van doelpopulatie door wijkverpleegkundigen praktijkgericht te laten werken	niet gerealiseerd, kruisvereniging voelde er niet voor
Gelderland/ Arnhem (128.000 inw.)	organisaties 4 kern-disciplines/ huisartsen, ROP	geografische afstemming met voor kerndisciplines identieke werkgebieden van ± 30.000 inw.	voor huisartsen moeilijk te realiseren
Nijmegen (146.000 inw.)	organisaties 4 kern-disciplines/ huisartsen, ROP	geografische afstemming met voor kerndisciplines identieke werkgebieden van ± 30.000 inw.	bereidheid onder huisartsen wordt gepeild
Utrecht/ onbekend (30.000 inw.)	kruisvereniging, gezondheidscentrum/ ROP	afstemming van doelpopulatie door huisartsen van gezondheidscentrum wijkgericht (± 7.000 inw.) te laten werken, streven ligt op 70% gelijke doelpopulatie	bepaalde mogelijkheden: door een stop is gericht patiënt-aanname beleid moeilijk; afspraken met andere huisartsen over patiëntenruil moeten nog gemaakt worden
Utrecht (230.000 inw.)	ROP/ kruiswerk, AMW, gezondheidszorg	n.v.t.	overleg op directieniveau heeft niet tot resultaten geleid, aandacht ROP werd verlegd naar één wijk, nl. Overvecht
	ROP/ huisartsen + wijkverpleging in Overvecht (32.000 inw.)	n.v.t.	verschillende opties met als uitersten wijk- en praktijkgericht zijn besproken; werkgroep PHV peilt huisartsen hieromtrent
Noord-Holland/ Amsterdam (675.000 inw.)	ROP's/ gezondheidscentra	afstemming van doelpopulatie op het niveau van werkgebied van gezondheidscentra	het vormde een aandachtspunt bij het totstandbrengen van centra, daarna niet meer
	Vereniging Samenwerkingsprojecten Home teams	afstemming van doelpopulatie uitgaande van huisartspraktijken binnen home team	discussie hierover kan verwacht worden
	gemeente/ kruiswerk, AMW. RIAGG	geografische afstemming met voor de organisaties identieke werkgebieden van circa 100-150.000 inw.	gerealiseerd

provincie/ gemeente	initiatiefnemer/ betrokkenen	typering optie	stand van zaken, doel rea- lisering
Hoorn (52.000 inw.) Alkmaar (85.000 inw.) Purmerend (49.000 inw.) Hoofddorp (gemeente Haarlem- mermeer) (85.000 inw.)	hulpverleners van ge- zondheidscentra (i.o.)/ ROP	afstemming van doelpop- ulatie op het niveau van werkgebied van ge- zondheidscentra	het vormde een aandachts- punt bij het tot stand brengen van centra (met name in nieuwbouwwijken), daarna niet meer
Zuid-Holland/ Rotterdam 571.000 inw.)	3 home teams in Hoogvliet/ ROP	n.v.t.	werkgroep heeft naar moge- lijkheden gezocht ter ver- groting van gemeenschappe- lijke doelpopulatie: heeft niets opgeleverd vanwege tegenstrijdige wensen
Noordwijk (24.000 inw.)	onbekend/ gezondheidscentrum, home team	geografische afstemming tussen gezondheidscen- trum en home team + af- stemming van doelpopula- tie door huisartsprak- tijkgericht werken van wijkverpleegkundige	gerealiseerd
Den Haag (443.000 inw.)	gezondheidscentra	binnen geografisch af- gegrensd gebied afstem- ming van doelpopulatie uitgaande van huisarts- praktijken van centrum	onbekend
Alphen a/d Rijn	gezondheidscentrum	binnen geografisch af- gegrensd gebied afstem- ming van doelpopulatie uitgaande van huisarts- praktijken van centrum	gerealiseerd
Zeeland/ Middelburg (39.000 inw.)	gemeentelijke sociale dienst/ huisartsen, wijkver- pleging	afstemming van doelpop- ulatie uitgaande van huisartspraktijken	gerealiseerd
Goes (31.000 inw.)	onbekend/ huisartsen, wijkver- pleging	afstemming van doelpop- ulatie uitgaande van huisartspraktijken	gerealiseerd
Terneuzen (35.000 inw.)	onbekend/ 2 huisartsen + aantal wijkverpleegkundigen ROP	afstemming van doelpop- ulatie uitgaande van huisartspraktijken	experiment
Vlissingen (46.000 inw.)	onbekend/ huisartsen, wijkver- pleging, ROP	afstemming van doelpop- ulatie uitgaande van huisartspraktijken	intentie tot afstemming

provincie/ gemeente	initiatiefnemer/ betrokkenen	typering optie	stand van zaken, doel realisering
Noord-Brabant/ Boxtel (25.000 inw.)	samenwerkingsverband in Boxtel-Oost/ ROP	afstemming van doelpopulatie uitgaande van een groep huisartspraktijken	moeilijk te realiseren omdat slechts de helft van de patiënten uit Boxtel-Oost afkomstig is
onbekend	hoofdwijkverpleegkundige/ provinciale kruisvereniging, home teams	afstemming doelpopulatie uitgaande van praktijken van waarneemgroep	bestaande home teams zijn omgevormd tot nieuwe, waaraan ook wijkverpleging deelneemt
Eindhoven (192.000 inw.)	overleg op directieniveau/ ROP	geografische afstemming met voor kerndisciplines identieke werkgebieden van ± 30.000 inw. + afstemming doelpopulatie door wijk-praktijkgericht werken wijkverpleegkundigen	slechts ten dele gerealiseerd: door het bestaan van sterpraktijken komen de werkgebieden van de huisartsen slechts gedeeltelijk overeen met subregio's
Limburg/ onbekend (20.000 inw.)	huisartsen, wijkverpleging/ ROP	geografische afstemming met gebieden van 10.000 inw. + afstemming van doelpopulatie door wijk-praktijkgericht werken wijkverpleegkundigen	organisaties moeten zich uitspreken over voorgestelde opzet
Roermond (stadsgewest)	gezinszorg	bij het realiseren van wijkteam-combinaties is gestreefd naar overlap met wijkindeling wijkverpleging	experiment stadium is afgesloten, hierna volgt invoering in gehele stadsgewest, overlap is slechts ten dele bereikt
Weert (streekgewest)	gezinszorg	bij het realiseren van wijkteam-combinaties streven naar overlap met wijkindeling wijkverpleging	voorbereidingsfase
Brunsum (30.000 inw.)	overleg op stafniveau	geografische afstemming met identieke werkgebieden voor wijkverpleging, gezinszorg en maatschappelijk werk van ± 10.000 inw.	voeren van overleg
Landgraaf (40.000 inw.)	kruisvereniging	geografische afstemming met andere disciplines, niveau is onbekend	heeft niet tot resultaten geleid
Kerkrade (53.000 inw.)	gemeente	geografische afstemming tussen de kerndisciplines, niveau is onbekend	intentie, activiteit is te verwachten
Maastricht (114.000 inw.)	wijkverpleging, huisartsen/ ROP, LHV, S1-project	afstemming doelpopulatie uitgaande van huisartspraktijken	niet gerealiseerd kruiswerk wilde bestaan werkwijze niet opgeven

provincie/ gemeente	initiatiefnemer/ betrokkenen	typering optie	stand van zaken, doel rea- lisering
	wijkverpleging, AMW gezinszorg/ PHV, ROP	geografische afstemming met identieke werkge- bieden van ± 30.000 inw. voor de kerndisci- plines	optie is gerealiseerd met uitzondering van de huis- artsen, daar lijkt nu echter de interesse te groeien

BIJLAGE C: VRAGENLIJST, VOORGELEGD AAN DE GEMEENTEN

Heeft de gemeente activiteiten ondernomen om tot een betere afstemming te komen of bij activiteiten op dat vlak betrokken geweest?

nee

ja

Zo ja, kunt U dan de volgende vragen beknopt beantwoorden?

Wie was de initiatiefnemer?

Wat is de aard van de betrokkenheid van de gemeente?

Welke disciplines waren erbij betrokken?

huisartsen

wijkverpleging

algemeen maatschappelijk werk

gezinszorg

Ging het om een project in de hele gemeente of in een deel?

hele gemeente

deel van de gemeente, nl.

Kunt U kort de gevolgde procedure beschrijven?

Kunt U aangeven voor welke van de volgende oplossingen is gekozen?

huisartsen meer buurtgericht laten werken

wijkverpleegkundigen laten werken voor de praktijkpopulatie van een huisarts

mengvorm, nl.

anders, nl.

Indien is geprobeerd huisartsen meer buurtgericht te laten werken, welke methode is dan daarbij gevolgd?

niet van toepassing

huisartsen afspraken laten maken om buiten een bepaald gebied geen patiënten aan te nemen

anders, nl.

In hoeverre is de poging om tot een betere afstemming te komen geslaagd?

geheel

gedeeltelijk

niet

Wat zijn de oorzaken van het niet (geheel) slagen van de poging om een betere afstemming te verkrijgen?

huisartsen wilden niet buurtgericht gaan werken

wijkverpleegkundigen wilden niet praktijkgericht gaan werken

andere oorzaken:

