

**DE EERSTELIJN IN MIDDEN-LIMBURG**

Een informatiepakket in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg

R.T.J. Hamers  
T.J.J.M.T. Kersten



bibliotheek  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
tel 030 2729 614/615  
fax 030 2729729

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - telefoon: 030-319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Hamers, R.T.J.

De eerstelijns in Midden-Limburg : een informatiepakket in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg /

R.T.J. Hamers, T.J.J.M.I. Kersten. - Utrecht : Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - Ill.

ISBN 90-6905-039-0

SISO 614 UDC 364.444(492.94-191.2)

Trefw.: eerstelijnsgezondheidszorg ; Limburg.

## VOORWOORD

Het project waarvan hier verslag wordt gedaan is uitgevoerd in de periode tussen 1 januari 1986 en 1 januari 1987, in opdracht van het Stadsgewest Roermond en het Streekgewest Weert. Als formele opdrachtgever is het Stadsgewest Roermond opgetreden.

### **Samenstelling van de begeleidingscommissie:**

De Stichting Eerstelijn in Midden-Limburg (STEM):

de heer R. van Eck, arts (huisartsen);

mevrouw R. Geurts, (algemeen maatschappelijk werk);

mevrouw R. Lahaye (kruiswerk);

mevrouw G. Kessels (gezinszorg).

Plaatselijke Huisartsen Vereniging Midden-Limburg:

de heer A. Smulders, arts.

De Stichting Gezondheidszorg Midden-Limburg (SGML):

de heer A.G. Rijntjes, arts (Directeur Patiëntenzorg St. Jans Gasthuis Weert).

Centraal Ziekenfonds Sittard (CZF):

de heer Drs. P. van Gestel.

De provincie Limburg:

de heer Ir. R.G.M. van den Heuvel (Provinciale Griffie)

Het Streekgewest Weert:

de heer Drs. J. Moors.

De Rijksuniversiteit Limburg:

Prof. Dr. F.A. Vorst (Capaciteitsgroep Epidemiologie).

Het Stadsgewest Roermond:

de heer Mr. G.M.M.J. van Heur (voorzitter beg. cie.);

de heer Mr. J. Gijzen (de heer van Heur opgevolgd als voorzitter beg. cie.);

de heer Drs. J.M.G. Kievits (vice-voorzitter);

mevrouw Drs. H. Bruning (secretaris).

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL):

de heer Dr. J. van der Zee.

Aan de uitvoering van het onderzoek is speciaal bijgedragen door de volgende NIVEL-medewerkers:

Drs. H. Boon (verwerking telefonische enquête en bijbehorende concept-tekst);  
M. Boschman (medewerking kaartproductie);  
M. Cornelius (grafische verzorging);  
J. Gravestein (research-assistentie);  
J. Sanders (secretariaat);  
Drs. H. van Snellenberg (research-assistentie);  
Drs. M.J.P. Wulms (ondersteunende literatuurstudie).

Bij de kaartproductie is gebruik gemaakt van het Geografisch Informatie Systeem (GIS) van het Geografisch Instituut van de Rijks Universiteit Utrecht.

De telefonische enquête onder de bevolking van Weert en Roermond en enkele omliggende gemeenten van Roermond is uitgevoerd door de Stichting Toegepast Geografisch Onderzoek (STOGO) te Utrecht.



## WOORD VOORAF:

Het voorliggende rapport bestaat uit drie delen, die elk weer een aantal hoofdstukken omvatten. Deel I geeft een beschrijving van de achtergronden van het onderzoek, waarbij tevens een schets van het onderzoeksgebied gepresenteerd wordt. Deel II gaat in op vraagstukken rond structuur en functioneren van de verschillende beroepsgroepen in de eerstelijnszorg. Deel III handelt over de samenwerking tussen de verschillende partijen die betrokken zijn bij de eerstelijnsgezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

### **Aanwijzing bij het lezen:**

Het rapport is zo opgebouwd, dat de resultaten van de studie vooral te vinden zijn in deel II en deel III. Bij alle hoofdstukken in deze twee delen wordt telkens als laatste paragraaf een samenvatting gepresenteerd. De lezer die zich snel een beeld wil vormen van hetgeen de studie aan inzichten heeft opgeleverd, kan volstaan met deze samenvattingen te lezen. Daarbij kan op basis van de inhoudsopgave uiteraard een selectie worden gemaakt uit de verschillende onderwerpen die in het onderzoek aan bod komen. Stuit men bij het lezen van de samenvattingen op vraag 'hoe komt men aan dit resultaat' of wil men achtergronden of details weten, dan kan men aan de hand van de inhoudsopgave de betreffende paragraaf of subparagraaf raadplegen.

Een beknopte samenvatting van het rapport zal vanaf het begin van 1987 verkrijgbaar zijn bij het NIVEL.



**DEEL I      ACHTERGRONDEN VAN HET ONDERZOEK EN KENNISMAKING MET  
HET ONDERZOEKSGBIED**

<b>1. INLEIDING</b>	15
1.1. Het overheidsbeleid ten aanzien van de eerstelijns- zorg	15
1.2. De informatiebehoefte van de lokale overheid	19
<b>2. VRAAGSTELLING EN METHODE</b>	21
2.1. Inleiding	21
2.2. Structuur en functioneren	21
2.2.1. Aanbod	22
2.2.2. Vraag	22
2.2.3. Functioneren	24
2.3. Samenwerking tussen de betrokken partijen	24
2.4. Respons	25
2.4.1. Respons op de schriftelijke enquête onder hulpverleners	25
2.4.2. De telefonische enquête onder de bevolking: procedure, respons en representativiteit	26
2.5. Het niet deelnemen van de huisartsen	30
2.5.1. Achtergronden	30
2.5.2. Consequenties	31
<b>3. SCHETS VAN MIDDEN-LIMBURG</b>	37
3.1. Inleiding	37
3.2. Beschrijving van het gebied	37
3.2.1. Mate van verstedelijking en inwonersaan- tallen	37
3.2.2. Bevolkingsdichtheid	41
3.2.3. Bestuurlijke indeling	43
3.3. Vergelijking van de vraag naar voorzieningen in Midden-Limburg en Nederland	43
3.3.1. Inleiding	43
3.3.2. Vraagkenmerken in Midden-Limburg en Neder- land	45
3.3.3. Het 'Gezondheidsvademecum Limburg' doorge- licht voor Midden-Limburg	47

3.3.4.	Verschillen ten aanzien van vraagkenmerken binnen Midden-Limburg	52
3.4.	Toekomstige ontwikkelingen	52

## DEEL II      STRUCTUUR EN FUNCTIONEREN VAN DE BEROEPEN IN DE EERSTELIJK

<b>4.</b>	<b>DE HUISARTS</b>	<b>63</b>
4.1.	Aanbod	63
4.2.	Spreiding	68
4.3.	Dichtheid in heel Midden-Limburg	68
4.4.	Verschillen in dichtheid binnen Midden-Limburg	69
4.5.	Patiëntenstromen binnen Midden-Limburg	73
4.6.	Bereikbaarheid, concentratie van praktijkpopulaties en reistijd	77
4.6.1.	Inleiding	77
4.6.2.	Bereikbaarheid vanuit de spreiding van praktijkpunten bezien	78
4.6.3.	Bereikbaarheid in het landelijke deel van MiddenLimburg	79
4.6.4.	Bereikbaarheid in Weert en Roermond	82
4.6.5.	Concentratie van praktijkpopulaties	83
4.6.6.	Reistijd	84
4.7.	Geschatte vraag en aanbod voor heel Midden-Limburg	85
4.8.	Verschillen in geschatte vraag en aanbod binnen Midden-Limburg	86
4.9.	Leemtes in het aanbod volgens de hulpverleners	90
4.10.	Vestigingsmogelijkheden en toekomstige ontwikke- lingen aan de vraagzijde	91
4.11.	Samenvatting	95
<b>5.</b>	<b>DE WIJKVERPLEGING</b>	<b>99</b>
5.1.	Gebiedsindeling en personele samenstelling	99
5.2.	Aanbod en dichtheid	101
5.3.	Spreiding	103
5.4.	Bereikbaarheid	104
5.5.	De geschatte vraag en het aanbod	107
5.6.	Toekomstige ontwikkelingen aan de vraagzijde	108
5.7.	Leemtes in het aanbod volgens de hulpverleners	108
5.8.	De verleende zorg	109
5.9.	Samenvatting	115

<b>6. GEZINSVERZORGING</b>	119
6.1. Gebiedsindeling en personele samenstelling	119
6.2. Aanbod en dichtheid	121
6.3. Spreiding	124
6.4. Bereikbaarheid	126
6.5. De geschatte vraag en het aanbod	127
6.6. Toekomstige ontwikkelingen aan de vraagzijde	128
6.7. Leemtes in het aanbod volgens de hulpverleners	129
6.8. De verleende zorg	130
6.9. Samenvatting	133
<b>7. ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK</b>	137
7.1. Gebiedsindeling en personele samenstelling	137
7.2. Aanbod en dichtheid	138
7.3. Spreiding	139
7.4. Bereikbaarheid	141
7.5. De geschatte vraag en het aanbod	142
7.6. Toekomstige ontwikkelingen aan de vraagzijde	143
7.7. Leemtes in het aanbod volgens de hulpverleners	143
7.8. De verleende zorg	144
7.9. Samenvatting	147
<b>8. 'OVERIGE' BEROEPEN IN DE EERSTELIJN</b>	149
8.1. Fysiotherapeuten	149
8.1.1. Aanbod	149
8.1.2. Dichtheid	151
8.1.3. Spreiding	152
8.2. Tandartsen	156
8.2.1. Aanbod	156
8.2.2. Dichtheid	157
8.2.3. Spreiding	157
8.3. Apothekers	162
8.3.1. Aanbod en dichtheid	162
8.3.2. Spreiding	163
8.4. Verloskundigen	166
8.4.1. Aanbod en dichtheid	166
8.4.2. Spreiding	167
8.5. Samenvatting	169

**DEEL III      SAMENWERKING TUSSEN BIJ DE EERSTELIJN BETROKKEN  
PARTIJEN**

<b>9. SAMENWERKING BINNEN DE EERSTELIJN</b>	175
9.1. Inleiding	175
9.1.1. Achtergronden en overheidsbeleid	175
9.1.2. Vormen van samenwerking	175
9.1.3. Inventarisatie en registratie van samen- werking	177
9.2. Vraagstelling en methoden van dataverzameling	178
9.3. Resultaten inventarisatie van bidisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking	181
9.3.1. Bidisciplinaire samenwerking	181
9.3.2. Multidisciplinaire samenwerking	184
9.4. Overzicht knelpunten in de samenwerking	190
9.4.1. Inhoudelijke knelpunten	190
9.4.2. Organisatorische knelpunten	192
9.5. Samenwerking: gewenste situatie en organiserende discipline	194
9.5.1. Meest gewenste/geschikte vorm van samen- werking	195
9.5.2. Wie organiseert de samenwerking	197
9.6. Samenvatting	199
<b>10. AFSTEMMING VAN WERKGEBIEDEN</b>	203
10.1. Inleiding	203
10.2. Afstemming werkgebieden in hometeams	205
10.3. Afstemming bij wijkverpleging, gezinszorg en alge- meen maatschappelijk werk	208
10.3.1. Inleiding	208
10.3.2. Afstemming vanuit de wijkverpleging	214
10.3.3. Afstemming vanuit de gezinszorg	215
10.3.4. Afstemming vanuit het AMW	216
10.3.5. De slotsom met betrekking tot afstemming	216
10.3.6. Actuele ontwikkelingen	217
10.4. Afstemming tussen huisartsen en wijkverpleegkun- digen in het landelijke deel van Midden-Limburg	218
10.5. Afstemming tussen huisartsen en wijkverpleegkun- digen in Weert en Roermond	225
10.5.1. Afstemming op basis van gegevens uit de bevolkingsenquête	226

10.5.2.	Bevolkingsenquête en enquête onder wijkverpleegkundigen vergeleken	234
10.6.	Samenvatting	237
<b>11.</b>	<b>RELATIE EERSTE- TWEDELIJN</b>	241
11.1.	Inleiding	241
11.2.	Vraagstelling en methode	243
11.3.	Minder opnamen mogelijk?	245
	11.3.1. Van klinische naar poliklinische zorg en thuiszorg	245
	11.3.2. Thuiszorg in plaats van opname	246
	11.3.3. Coördinatie van de thuiszorg	247
	11.3.4. Dagbehandeling	250
	11.3.5. Verbeteringen in de thuiszorg	251
11.4.	Nazorg van uit het zieken- en verpleeghuis ontslagen patiënten	253
	11.4.1. De organisatie van de nazorg	253
	11.4.2. Knelpunten in de nazorg	255
	11.4.3. Coördinatie van de nazorg	256
11.5.	Verwijzen, opnamen en ligduur	257
	11.5.1. Beschrijving van voorzieningen	257
	11.5.2. Verwijzingen en opnamen in Midden-Limburg en Nederland	258
	11.5.3. Verpleegduur	259
	11.5.4. Patiëntenstromen met betrekking tot de ziekenhuiszorg	261
11.6.	Samenvatting	263
<b>12.</b>	<b>TAKEN VOOR DE LOCALE OVERHEID</b>	267
12.1.	Inleiding	267
12.2.	Vraagstelling en methode	267
12.3.	Resultaten	268
	12.3.1. Enquête-resultaten	268
	12.3.2. Resultaten uit de interviews	270
12.4.	Samenvatting	273
<b>LITERATUUR</b>		275





## DEEL I ACHTERGRONDEN VAN HET ONDERZOEK EN KENNISMAKING MET HET ONDERZOEKSGBIED

In dit deel beschrijven we de achtergronden van het voorliggende onderzoek. Hoofdstuk 1 geeft een algemene inleiding waarin onder meer een korte schets gegeven wordt van het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Hoofdstuk 2 behandelt in algemene zin de vraagstelling en de gevolgde onderzoeksmethode van de huidige studie (inclusief een beschrijving van de respons op de gehouden enquêtes). Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van het onderzoeksgebied, de WVG-subregio Midden-Limburg.



## 1. INLEIDING

### 1.1. Het overheidsbeleid ten aanzien van de eerstelijnszorg

Gemeenten staan in toenemende mate voor de opgave een beleid te voeren ten aanzien van de eerstelijns(gezondheids)zorg. Een tweetal processen liggen hieraan ten grondslag. In de eerste plaats is er sprake van een groeiende bemoeienis van de overheid in het algemeen met de gezondheidszorg. Zo pleitte de Structuurnota Gezondheidszorg van Hendriks (VOMIL, 1974), ingegeven door de wens meer samenhang in de gezondheidszorg aan te brengen en de sterk stijgende kosten te beheersen, voor een planmatige aanpak van de gezondheidszorg. In de tweede plaats leidde het decentralisatiebeleid van de centrale overheid tot een groeiende belangstelling voor de gemeente als beleidsvoerende instantie. Zo was het bij de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) niet geheel onverwacht dat de gemeente de planning van de eerstelijns(gezondheids)zorg kreeg toegewezen. Deze zorgsector is in veel gevallen immers op gemeentelijk of in elk geval regionaal niveau georganiseerd.

Als een rode draad loopt door het overheidsbeleid 'de versterking van de eerstelijns' onder een gelijktijdig terugdringen van de intramurale zorg. In de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg (VOMIL, 1980) wordt de WVG als een belangrijk middel bestempeld om aan deze versterking concreet inhoud te geven. De reeds eind 1982 aangenomen WVG kent een drietal doelstellingen waarin de hoofdlijnen van het overheidsbeleid zijn terug te vinden:

- Gezondheidsbevordering:

Het gaat hier om de kwaliteit en het niveau van zorg; een groot aantal wetsartikelen in de WVG over de kwaliteit van de zorg is hiervan het resultaat.

- Herstructurering:

Deze is van drieërlei aard. Zij beoogt ten eerste een verschuiving tussen zorgsectoren tot stand te brengen (waarvan die van tweede naar eerstelijnszorg wel de bekendste is). Ten tweede is de herordening binnen één sector te noemen, bijvoorbeeld die in de geestelijke gezondheidszorg (RIAGG-vorming). Ten derde is de regionalisatie als uitgangspunt gekozen; elke voorziening kent haar eigen draagvlak. Een kleiner verzorgingsgebied moet passen in een groter verzorgingsgebied (het zogenaamde kubusprincipe).

- Kostenbeheersing:

De wet biedt de mogelijkheid krimp en groei van kosten in een meerjarig perspectief te zien en de gevolgen van wijzigingen in de ene sector voor andere sectoren na te gaan.

In het recente verleden reeds is aangekondigd dat de WVG zal worden omgevormd tot de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM). Momenteel lijkt deze ontwikkeling echter te stagneren. Waar liggen nu, in de komende jaren, de belangrijkste taken voor de gemeenten op het gebied van de eerstelijns(gezondheids)zorg? Om deze belangrijke vraag te beantwoorden zullen we op deze plaats eerst wat dieper ingaan op een aantal belangrijke kenmerken van de WVG. De WVG wordt wel aangeduid als een 'raamwet'; het verschaft het instrumentarium waarmee de verschillende overheden (rijk, provincie, gemeente) de gezondheidszorg kunnen (her)structureren en de kosten beheersen maar geeft geen kant en klare voorschriften. Zo is in de wet zelf niet vastgelegd op welke voorzieningen de wet van toepassing is en welk overheidsniveau verantwoordelijk is voor welke voorzieningen (met uitzondering van de uitvoering van de basisgezondheidszorg welke aan de gemeente wordt toebedacht). Uitgangspunt hierbij vormt echter de decentralisatie in de besluitvorming. Als hoofdregel geldt dat voorzieningen met een subregionaal of kleiner verzorgingsbereik behoren tot de bemoeienis van de gemeente en dat voorzieningen met een provinciaal of groter draagvlak onder respectievelijk provincie of het Rijk resorteren. Middels Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB) zullen de verschillende voorzieningen onder de wet gebracht worden en toegewezen worden aan een overheid.

Een belangrijk onderscheid dat de wet maakt is dat tussen voorzieningen voor gezondheidszorg uitgaande van instellingen en voorzieningen uitgaande van personen. Dit onderscheid is van belang omdat het samenhangt met de stuurmiddelen die de wet hanteert. Voor voorzieningen uitgaande van instellingen voor gezondheidszorg is het 'plan' een belangrijk stuurmiddel. De overheid tot welker bemoeiing de voorziening hoort, stelt een plan vast met een geldigheidsduur van vier jaar. Hierin wordt de behoefte aan de voorzieningen neergelegd en wordt aangegeven welke veranderingen of aanvullingen in de planperiode moeten worden aangebracht. De lagere overheden hebben zich bij het opstellen van dit plan wel te houden aan de door het Rijk gegeven richtlijnen, waarin onder andere kwaliteitseisen en financiële kaders worden aangegeven. Is het plan vastgesteld en goedgekeurd dan zullen de instellingen hun activiteiten moeten aanpassen aan het daarvoor geldende plan. Bovendien kan, wanneer de activiteiten van een instelling passen binnen het desbetreffende plan,

een erkenning worden verstrekt, zodat de instelling in aanmerking kan komen voor financiering krachtens de ziekenfondswet, de AWBZ of van overheidswege. Voor voorzieningen uitgaande van personen op het terrein van de gezondheidszorg geldt dit niet. Hiervoor kent de wet de stuurmogelijkheden van een vestigingsvergunning. Daarmee kan bij AMvB worden bepaald, dat het voor het hele land of voor een deel daarvan verboden is een bepaald beroep in de gezondheidszorg uit te oefenen zonder vergunning. Een verzoek om een vergunning wordt, al naar gelang het overheidsniveau waartoe de beroepsgroep wordt gerekend, ingediend bij de minister, gedeputeerde staten of burgemeester en wethouders. Daarnaast zullen bij AMvB minimum- en maximumnormen worden vastgesteld met betrekking tot het aantal personen, dat in het beroep werkzaam moet respectievelijk mag zijn en normen ter bevordering van een goede spreiding van de, in het beroep werkzame, personen. De lagere overheden dienen bij de uitvoering van deze AMvB geadviseerd te worden door een door henzelf in te stellen vestigingscommissie.

Een laatste belangrijk artikel van de wet behelst de informatieplicht. Zowel voorzieningen uitgaande van instellingen als van personen kunnen bij AMvB verplicht gesteld worden de voor de uitvoering van de wet nodige informatie te verschaffen. Dit is dan belangrijk omdat zowel het opstellen van vierjarenplannen als het voeren van een vestigingsbeleid staat of valt met het kunnen beschikken over adequate informatie.

Momenteel is het invoeringsproces in gang. Gekozen is voor een sectorgewijze aanpak waarbij de volgende sectoren prioriteit hebben; de eerstelijnsgezondheidszorg, de basisgezondheidszorg, de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de ambulante verslaafdenzorg en het ambulance vervoer. De WVG wordt, in tegenstelling tot de sectorale invoering, in een drietal proefregio's integraal ingevoerd. Naast de provincie Limburg zijn dat Eindhoven en omgeving en Kennermerland. Op basis van het zogenaamde experimenteerartikel zullen alle gezondheidszorgvoorzieningen in één keer onder de wet gebracht worden. Voordat de lagere overheden bevoegdheden krijgen toegewezen, zal er sprake moeten zijn van een bestuurlijke infrastructuur die nodig is voor de uitvoering van de WVG. Een viertal zogenaamde Bestuursorganisatorische maatregelen (BOM) zullen in dit kader gereed moeten zijn:

- De gebiedsindeling ten behoeve van beleidsvorming en planning;
- de taakverdeling tussen de verschillende overheden;
- de advies- en overlegstructuur;

- de informatievoorziening.

De meest actuele ontwikkeling bij de invoering van de WVG is de afkondiging van een vestigingsbesluit voor huisartsen. We zullen hier kort op ingaan. De regeling houdt in dat de vestiging van huisartsen aan gemeentelijke vergunningen gebonden zal zijn. Daarnaast zullen regels aangaande een maximum- en een minimumpraktijkomvang van toepassing zijn. Om deze reden zullen huisartsen verplicht zijn jaarlijks hun praktijkomvang (ziekenfonds + particulier) aan de gemeentelijke overheid op te geven. Nu zijn de gemeentelijke bevoegdheden niet onbeperkt, omdat de normering volledig vastligt. Het getal van de zogenaamde rekennormpraktijk (per 01-01-1986 gesteld op 2350 patiënten) zal bepalend zijn voor het aantal huisartsen per gebied. Tenzij in individuele gevallen anders is afgesproken, wordt er bij de bepaling van het aantal vergunningen van uitgegaan dat het getal van de rekennorm de 'capaciteit' per huisarts is, ongeacht de werkelijke praktijkgrootte. Een gemeente mag het besluit zelfstandig uitvoeren. Als gemeenten besluiten de uitvoering samen met andere gemeenten ter hand te nemen, is het kader van de Wet Gemeenschappelijk Regelingen aangewezen (WGR).

Wanneer er dan boven de gezamenlijke capaciteit van de zittende huisartsen in een gebied nog 1250 patiënten 'over' zijn, is er ruimte voor een extra vergunning. In een aantal gevallen kunnen er uitzonderingen gemaakt worden. Zo zal, in gebieden met een overschot aan huisartsen, het niet noodzakelijkerwijze zo zijn dat, in geval van opvolgingssituaties, reeds gevestigde huisartsen niet vervangen mogen worden. Wanneer bij het niet vervangen van de vertrekkende huisarts de spreiding van de praktijken over het gebied onevenwichtig zou worden, mag B & W afwijken van de normen. Daarnaast geldt de mogelijkheid dat in gebieden met een overschot aan huisartsen B & W het aantal huisartsen dat in een gebied gevestigd mag zijn op een aantal stelt dat er in feite gevestigd is. Voorwaarde hierbij is dat de samenstelling van de bevolking daartoe noopt.

Tot zover een korte omschrijving van een aantal belangrijke kenmerken van de WVG. Keren we nu terug naar de vraag die we enkele alinea's terug gesteld hebben: Welke zijn in de komende jaren, de belangrijkste taken van gemeenten op het gebied van de eerstelijns-(gezondheids)zorg.

We hebben gezien dat ondanks het feit dat de centrale overheid een flinke vinger in de pap houdt, de bevoegdheden van de lagere overheden, ten opzichte van de huidige situatie, aanzienlijk vergroot wor-

den. Concreet worden aan de gemeenten een drietal kerntaken toebedacht; uitvoering, planning en vestigingsbeleid. We hebben ook geconstateerd dat in de WVG zelf niet is vastgelegd welke voorzieningen aan welk overheidsniveau worden toegeedeeld (met uitzondering van de basisgezondheidszorg). In de later verschenen Nota Eerstelijnszorg (WVC, 1983) wordt echter aangekondigd dat de eerstelijnsvoorzieningen in het kader van de WVG opgedragen moeten worden aan de gemeenten. Vestigingsvergunningen zullen worden toegepast op huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen en apothekers, terwijl instellingen als het kruiswerk aan de gemeentelijke planning en erkenningen onderworpen zullen worden. Met uitzondering van het vestigingsbesluit voor huisartsen, moet een en ander nog wel bij AMVB geregeld worden. Dat de, met de gezondheidszorg samenhangende voorzieningen als het algemeen maatschappelijk werk en de gezinszorg, in de naaste toekomst ook onder de verantwoordelijkheid van gemeenten gaan vallen, is vanuit de beoogde omvorming van de WVG in de WGM een voor de hand liggende gedachte.

Aan het slot van deze schets van het overheidsbeleid ten aanzien van de eerstelijnszorg, willen we voor verdere informatie verwijzen naar het rapport 'Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg' van De Bakker en Wulms (1986).

## **1.2. De informatiebehoefte van de lokale overheid**

We willen hier stilstaan bij de gegevens waarover de lokale overheid zou moeten beschikken om een beleid te kunnen voeren op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. We zullen daarbij niet uitwijden over de achtergronden van de informatiebehoefte. Deze vloeit in zijn algemeenheid voort uit hetgeen in de vorige paragraaf beschreven is.

In de eerste plaats is het van belang dat er een gedegen inventarisatie bestaat van hulpverleners en voorzieningen. Een belangrijk element daarbij is de spreiding.

Vervolgens is het van belang te weten hoe het gesteld is met de afstemming tussen de verschillende disciplines ten aanzien van de raakvlakken van hun taken. Daarbij hoort tevens kennis over de afstemming van werkgebieden en doelpopulaties.

Als derde punt is het voor de overheid van belang om te weten hoe de taken door de verschillende disciplines worden uitgevoerd. Daarbij hoort informatie over enerzijds de daadwerkelijk verleende hulp en anderzijds de hulpbehoefte bij de bevolking. Daarbij gelden vragen

als: Worden de doelgroepen bereikt die bereikt zouden moeten worden? en: Bestaan er zorgbehoeften onder de bevolking waaraan niet of onvoldoende wordt tegemoet gekomen?

Het huidige onderzoek zijn we gestart met de bovenstaande vragen in het achterhoofd. Daarbij was het niet zozeer de bedoeling zeer diepgaande kennis te verwerven op specifieke terreinen. Het onderzoek is eerder bedoeld als sleepnet om op breed terrein informatie op te halen die de lokale overheid ten dienste kan staan bij de ontwikkeling van haar beleid in samenspraak met de organisaties en instellingen van hulpverleners. Het onderzoeksgebied is de WVG-subregio Midden-Limburg.



## **2. VRAAGSTELLING EN METHODE**

### **2.1. Inleiding**

In dit hoofdstuk zullen we in het kort de verschillende onderdelen van de vraagstelling van het onderzoek bespreken. Tevens zal daarbij worden ingegaan op de gevolgde onderzoeksmethoden. We beginnen daarbij onder het kopje 'structuur en functioneren' (paragraaf 2.2) met een behandeling van de kwesties rond vraag, aanbod en verleende zorg. (Deze punten worden in detail behandeld in de hoofdstukken van deel II van dit rapport.) Onder het kopje 'samenwerking tussen de betrokken partijen' (paragraaf 2.3) gaan we in op de vragen met betrekking tot samenwerking binnen de eerstelijns, afstemming van werkgebieden, relatie tussen eerste- en tweedelijns en de beleidswensen van hulpverleners in de richting van de overheid. (Deze onderwerpen komen in deel III van het voorliggende rapport aan de orde.)

Omdat de verschillende vragen successievelijk in detail aan bod komen in de hoofdstukken van deel II en III van dit rapport, zullen we in het huidige hoofdstuk volstaan met de grote lijn.

In paragraaf 2.4 bespreken we de respons op de beide enquêtes die in het kader van de huidige studie gehouden zijn. Dat betreft allereerst een enquête onder de uitvoerende hulpverleners van het kruiswerk, de gezinszorg en het maatschappelijk werk (paragraaf 2.4.1). In de tweede plaats is een enquête gehouden onder een steekproef uit de bevolking van Weert, Roermond en enkele omliggende gemeenten van Roermond (paragraaf 2.4.2).

Er was bij de start van het onderzoek ook een enquête gepland onder de Midden-Limburgse huisartsen. Met de Plaatselijke Huisartsen Vereniging kon echter geen overeenstemming bereikt worden over de deelname van huisartsen aan het onderzoek. In paragraaf 2.5 belichten we wat de consequenties daarvan zijn geweest voor het huidige onderzoek.

### **2.2. Structuur en functioneren**

Met betrekking tot de 4 kerndisciplines in de eerstelijns (huisarts, wijkverpleging, gezinszorg en algemeen maatschappelijk werk) willen we inzicht krijgen in de belangrijkste gegevens rond aanbod, vraag en functioneren. Voor een aantal andere beroepsgroepen in de eerste-

lijn (fysiotherapeuten, tandartsen, apothekers en verloskundigen), maken we een minder uitgebreide inventarisatie. Voor deze disciplines beperken we ons tot enkele aanbodskwesties. We zullen hieronder bespreken op welke wijze we op de aspecten vraag, aanbod en functioneren zijn ingegaan.

### **2.2.1. Aanbod**

Ten aanzien van het aanbod gaan we in op:

- De capaciteit van de betreffende zorgsector (enerzijds gerelateerd aan landelijke normen en anderzijds aan gemiddelden in Nederland en de provincie Limburg);
- de dichtheid van het hulpaanbod;
- verschillen in dichtheid binnen het onderzoeksgebied;
- patiëntenstromen (in welke gemeente maken patiënten afkomstig uit welke gemeente gebruik van de voorzieningen?);
- en tenslotte de bereikbaarheid van voorzieningen.

De meeste van de hier genoemde aspecten spreken tamelijk voor zichzelf. Speciaal in het kader van de WVG zijn spreidings- en aanbodskwesties uiteraard zeer relevant, omdat de WVG beoogt hierin een meer optimale situatie tot stand te brengen.

Verder willen we ten aanzien van de verschillende aspecten van het aanbod aantekenen, dat ze niet allemaal bij alle disciplines even uitgebreid aan bod komen. De huisarts krijgt in dit opzicht de meeste aandacht, omdat bij deze discipline de wetgeving ook het meest is uitgekristalliseerd.

Over de gebruikte onderzoeksgegevens zij vermeld, dat ze zoveel mogelijk zijn ontleend aan bestaande bronnen. Met name voor de huisarts speelt daarbij het NIVEL-registratiesysteem voor de beroepsgroep huisartsen een belangrijke rol. Voor de andere kerndisciplines is vooral gebruik gemaakt van de jaarverslagen van de plaatselijke instellingen. Als peildatum is zoveel mogelijk 1 januari 1986 aangehouden. Een nadere specificatie van het bronnenmateriaal is te vinden in de betreffende hoofdstukken.

Een uitzondering op de regel om zoveel mogelijk bestaande bronnen te hanteren, diende gemaakt te worden bij de onderwerpen bereikbaarheid en patiëntenstromen. De centrale vraag bij deze beide zaken is: Waar maken welke patiënten gebruik van bepaalde voorzieningen. In dit onderzoek hebben we deze vraag het meeste uitgewerkt voor de huisarts. Een belangrijke informatiebron kunnen daarbij gegevens van het ziekenfonds zijn. Met de huisartsen in het onderzoeksgebied kon over

het gebruik van deze gegevens echter geen overeenstemming bereikt worden. Daarom is omgezien naar andere mogelijkheden, te weten: een telefonische enquête onder de bevolking en een schriftelijke enquête onder wijkverpleegkundigen. De telefonische enquête onder de bevolking is vooral gebruikt om inzicht te krijgen in de situatie in de steden Weert en Roermond. De schriftelijke enquête onder wijkverpleegkundigen is gebruikt om informatie te krijgen over de rest van het gebied.\* De verdere details zijn uitgewerkt in de betreffende paragrafen van hoofdstuk 4, dat gewijd is aan de huisarts. Gegevens met betrekking tot de respons op beide enquêtes komen in paragraaf 2.4 aan de orde. En tenslotte de consequenties van de overstap op andere gegevensbronnen worden verwoord in paragraaf 2.5.

### 2.2.2. Vraag

De vraag naar hulp vanuit de bevolking staat eigenlijk slechts terzijde in de schijnwerpers van het huidige onderzoek. Dat komt, doordat gelijktijdig met dit onderzoek een studie wordt uitgevoerd die speciaal betrekking heeft op de vraagzijde. Deze studie is erop gericht om inzicht te krijgen in de behoeften aan en de vraag naar zorg waaraan in de huidige situatie niet door het voorzieningenaanbod wordt tegemoet gekomen. Het onderzoek wordt uitgevoerd door de Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie van de Rijksuniversiteit in Utrecht in opdracht van het stadsgewest Roermond en het streekgewest Weert.

In het huidige onderzoek volstaan we met een schatting te maken van de vraag naar voorzieningen. Daarbij gaan we uit van bepaalde kenmerken van de Midden-Limburgse bevolking waarvan bekend is, dat ze de vraag naar hulp beïnvloeden. De aldus geschatte vraag\*\* relateren we vervolgens aan het feitelijke aanbod. We gebruiken dus de geschatte vraag om het aanbod te evalueren. Dat laatste doen we ook nog op twee andere manieren. In de eerste plaats is het ook mogelijk om, op basis van prognoses over de samenstelling van de bevolking in

\* Een telefonische enquête onder een steekproef uit het hele onderzoeksgebied zou te kostbaar geworden zijn. Ervan uitgaande dat de situatie op het platteland het meest overzichtelijk is, zijn we daar uitgegaan van informatie van de zijde van wijkverpleging. Op de betrouwbaarheid van deze informatie hebben we een controle uitgevoerd (zie ook de paragrafen 2.5.2 en 10.5.2).

\*\* We gaan in detail op de methode van het schatten van de vraag in hoofdstuk 4, paragraaf 7.

de komende jaren, een schatting te maken van de toekomstige vraag. (We hanteren dan een analoge methode als bij de huidige geschatte vraag.) De toekomstige vraag kunnen we vervolgens in verband brengen met noodzakelijke ontwikkelingen in het aanbod van voorzieningen. Een tweede manier om het aanbod te evalueren is via de opinie van de betrokken hulpverleners. Het gaat dan uiteraard om een subjectieve beoordeling. In een schriftelijke enquête leggen we hen de vraag voor of er behoeften bestaan aan specifieke soorten zorg waaraan in de huidige situatie niet voldaan wordt. Hun standpunten in deze gebruiken we daarbij weer om het bestaande aanbod te evalueren.

### **2.2.3. Functioneren**

Over het functioneren van de voorzieningen kunnen we kort zijn. Op basis van de jaarverslagen van de instellingen van het kruiswerk, de gezinszorg en het algemeen maatschappelijk werk, schetsen we een beeld van de door deze instellingen verschaft zorg en hulp. Waar mogelijk maken we daarbij een vergelijking met de landelijke cijfers. Aan de bespreking van de gegevens wijden we steeds een paragraaf in het hoofdstuk dat betrekking heeft op de betreffende beroepsgroep.

Van de huisartsen hebben we weinig gegevens over de verleende huisartsgeneeskundige hulp. Dat komt, omdat bij deze beroepsgroep (als gevolg van de abonnementshonorering) daar weinig van geregistreerd wordt. Wel beschikken we over gegevens met betrekking tot verwijzingen naar de specialist (en ook opnemingen in het ziekenhuis en de bijbehorende verpleegduur). Dit onderwerp wordt besproken in hoofdstuk 12 (deel III), dat betrekking heeft op de relatie tussen eerste- en tweedelij.

### **2.3. Samenwerking tussen de betrokken partijen**

Deel III van het voorliggende rapport is in zijn geheel gewijd aan dit thema. Omdat de verschillende onderwerpen die daar aan bod komen allemaal nogal een specifieke inleiding vergen, zullen we er hier heel oppervlakkig op ingaan. We volstaan met een overzicht geven van de verschillende thema's die aan de orde zullen komen:

- Samenwerking binnen de eerstelij (hoofdstuk 9);
- Afstemming van werkgebieden tussen de kerndisciplines in de eerstelij (hoofdstuk 10);
- Relatie tussen eerste- en tweedelij (hoofdstuk 11);
- Taken voor de lokale overheid (hoofdstuk 12). (Dit hoofdstuk gaat

in op een aantal wensen die de hulpverleners in dienst van instellingen hebben in de richting van de overheid.)

Wat betreft de gevolgde onderzoeksmethode staan in de bovengenoemde hoofdstukken, naast gegevens uit bestaande bronnen, drie informatielijnen centraal. In de eerste plaats is dat de schriftelijke enquête, die gehouden is onder uitvoerende hulpverleners in dienst van instellingen van het kruiswerk, de gezinszorg en het algemeen maatschappelijk werk. Daarnaast zijn 8 open interviews gehouden, veelal met staffunctionarissen en leidinggevend van de hierboven genoemde instellingen\*. En tot slot speelt de telefonische enquête onder een steekproef van de bevolking van met name Weert en Roermond vooral een rol in hoofdstuk 10.

## **2.4. Respons**

### **2.4.1. Respons op de schriftelijke enquête onder hulpverleners**

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de respons op de schriftelijke enquête die gehouden is onder hulpverleners van het kruiswerk, de gezinszorg en het algemeen maatschappelijk werk.

Uit de tabel blijkt, dat drie kwart van de verstuurdde enquêtes is geretourneerd. De respons mag dus heel behoorlijk genoemd worden en dat is op zichzelf ook een redelijke garantie voor de representativiteit.

\* Overzicht van de gehouden interviews:

1. Maatschappelijk Werk Roermond: directeur en drie maatschappelijk werkenden
2. Maatschappelijk Werk Weert: coördinator maatschappelijk werk.
3. Gezinszorg Roermond: staffunctionaris hulpverlening
4. Gezinszorg Weert: directeur en staffunctionaris
5. Wijkverpleging Leudal en Thornerkwartier: één hoofdwijkverpleegkundige
6. Wijkverpleging Oostelijk Midden-Limburg: twee hoofdwijkverpleegkundigen en een administratrice
7. Wijkverpleging Weert: twee hoofdwijkverpleegkundigen
8. Wijkverpleging Roermond: drie hoofdwijkverpleegkundigen

Tabel 2.1.: respons op de schriftelijke enquête

	verstuurde enquêtes	respons
wijkverpleegkundigen/ wijkziekenverzorgenden leidinggevenden gezinszorg* (uitvoerend) algemeen maatschappelijk werkenden	118 43 21**	74% 72% 90%
<b>totaal</b>	<b>182</b>	<b>75%</b>

\* Leidinggevenden gezinszorg van de afdeling centrale intake, de afdeling AAW en de afdeling Alpha-hulp hebben na overleg geen enquête gehad.

\*\* Maatschappelijk werkers van de Stichting Opbouw Roermond zijn niet geënquêteerd (zie ook paragraaf 7.1).

#### 2.4.2. De telefonische enquête onder de bevolking: procedure, respons en representativiteit

##### Procedure

De bedoeling van de telefonische enquête was om van een representatieve steekproef uit de bevolking van Weert, Roermond en enkele omliggende gemeenten van Roermond informatie te krijgen over de vestigingsplaats van de huisarts ten opzichte van het woonadres van de betreffende huishoudens. Daarvoor werden in de enquête de benodigde vragen gesteld. Alleen personen van 18 jaar en ouder werden geënquêteerd. Tabel 2.2 geeft een overzicht van de enquêteprocedure.

Bij het vaststellen van het aantal gewenste enquêtes, is uitgegaan van de omvang van de wijkverpleegkundige wijk (het werkgebied van de wijkverpleegkundige), omdat deze wijk de basis is van waaruit de gegevens uit de telefonische enquête zijn toegepast in het huidige onderzoek.\* In een dergelijke wijk wonen tussen de 2500 en 3000 mensen. Het streven was om voor elke wijk rond de 80 respondenten te hebben. De benodigde steekproef is getrokken uit drie subpopulaties: 1. de gemeente Weert, 2. de gemeenten Roermond en Herten en 3. de

\* De details op dit punt worden in de betreffende hoofdstukken besproken.

Tabel 2.2.: overzicht van de gang van zaken bij de telefonische enquête

	Weert	Melick		totaal
		Roermond Herten	Herkenbosch St. Odiliënberg	
aantal inwoners	39.542	41.666	10.725	91.333
gewenst aantal enquêtes	1.200	1.300	200	2.700
aantal geslaagde enquêtes (1)	1.219	1.314	233	2.766
weigeringen (2)	267	184	48	499
bedrijven/niet be- staande nummers (3)	608	515	18	1.141
geen gehoor/overig* (4)	969	916	84	1.969
totaal aantal nummers in de steekproef (1+2+3+4)	3.063	2.929	383	6.375

\* 'Geen gehoor' dat wil zeggen geen gehoor na drie keer bellen; bij 'overig' is het niet helemaal duidelijk of het gaat om een niet bestaand nummer, vanwege de vreemde toon.

gemeenten Melick/Herkenbosch en St. Odiliënberg\*. Bij de twee laatste subpopulaties zijn gemeenten samengenomen, omdat ze hetzelfde netnummer hebben.

De steekproeftrekking heeft plaatsgevonden op basis van de zogeheten ranges van abonneenummers (telefoonnummers worden uitgegeven in series tussen een hoogste en laagste getal, de range), die in gebruik zijn bij het betreffende netnummer. Via een computerprogramma werden uit deze ranges op toevalsbasis (elk zoveelste nummer) zoveel telefoonnummers getrokken, dat het aantal geslaagde enquêtes gehaald werd. Daarbij moet rekening gehouden worden met telefoonnummers van

\* In aanvang was het niet de bedoeling om de gemeente St. Odiliënberg in het onderzoek te betrekken. In de loop van de enquête bleek deze gemeente echter hetzelfde netnummer te hebben als Melick/Herkenbosch. Toen is besloten deze gemeente mee te nemen. De consequentie is wel, dat daardoor de steekproeffractie in deze subpopulatie wat kleiner is geworden.

bedrijven (die niet geënquêteerd zijn) en telefoonnummers die niet in gebruik zijn.

Tabel 2.3.: verdeling van de respons over de wijkverpleegkundige wijken\*

Weert			Roermond			Herten, Melick/Herkenbosch, St. Odiliënberg		
wijk-nummer	aantal respondenten	% bevolking**	wijk-nummer	aantal respondenten	% bevolking**	wijk-nummer	aantal respondenten	% bevolking**
54	89	2,9	39	63	2,5	6	60	1,9
55	99	3,2	40	69	2,7	7	84	2,3
56	90	2,9	41	83	3,2	8	82	2,3
57	93	3	42	95	3,7	35	125	3,7
58	78	2,3	43	83	3,2			
59	90	2,9	44	50	1,9			
60	98	3,2	45	82	3,2			
61	91	2,9	46	25	1			
62	73	2,4	47	70	2,7			
63	68	2,2	48	78	3			
64	97	3,1	49	64	2,5			
65	93	3	50	72	2,8			
			51	61	2,4			
			52	119	4,6			
			53	55	2,1			

\* Een grafisch overzicht van de wijken die corresponderen met de aangegeven wijknummers is eventueel te vinden in figuur 10.7 voor de wijken in Weert en in figuur 10.8 voor de wijken in Roermond. Verder geldt: nr. 35 is de wijk Herten, nr. 7 is Melick, nr. 8 is Herkenbosch en nr. 6 is St. Odiliënberg.

\*\* Bij het percenteren is uitgegaan van de bevolkingsaantallen per wijk volgens opgave van de instellingen van het kruiswerk.

### Respons

De behaalde respons is 85%, als we het aantal geslaagde enquêtes betrekken op het totaal van geslaagde enquêtes en weigeringen. Dit is voor een telefonische enquête zonder meer bevredigend te noemen. (In de plattelandsgemeenten bedroeg de respons zelfs 94%).



## Representativiteit

In verband met de representativiteit van de gehouden enquête is het van belang, dat de respondenten\* redelijk evenredig verdeeld zijn over de verschillende wijkverpleegkundige wijken. Tabel 2.3 geeft een overzicht.

De tabel laat zien, dat de respondenten evenwichtig gespreid zijn over de wijken, zodat de gegevens ook voor elk van de wijken voldoende betrouwbaar zullen zijn.\*\*

Een ander aanknopingspunt om de representativiteit van de steekproef te bezien is de leeftijd van de geënquêteerde personen. Als we

Tabel 2.4.: leeftijdsverdeling in de steekproef en in de Midden-Limburgse bevolking

leeftijdscategorie	% steekproef	% bevolking*
18-19	2,4	4,8
20-24	7,3	11,6
25-29	10,5	11
30-34	12,6	11
35-39	12	11,3
40-44	10,4	9
45-49	8,5	8
50-54	7,8	7,4
55-59	6,4	6,6
60-64	7,2	6
65 en ouder	14,9	13,3
totaal	100	100

\* Bron: CBS

\* We beperken ons hier tot de bruikbare respons, dat wil zeggen respondenten die in elk geval de naam van hun huisarts en hun postcode hebben doorgegeven.

\*\* Er is maar een uitzondering, namelijk wijknummer 46 in Roermond waar 25 respondenten zijn. Daar moeten we twijfelen aan de betrouwbaarheid van de steekproefgegevens als gevolg van het geringe aantal respondenten.

er vanuit gaan, dat de kans om één van de personen uit een huishouden boven de 18 jaar aan de telefoon te krijgen voor elk van deze personen even groot is, dan zou de leeftijdsverdeling in de steekproef redelijk moeten overeenkomen met die van de hele bevolking. In tabel 2.4 laten we de verdeling in de steekproef zien en ook de verdeling van de totale Midden-Limburgse bevolking. Deze laatste hantieren we als benadering voor de verdeling in de onderzochte gemeenten.

De tabel maakt duidelijk, dat er nauwelijks afwijkingen zijn in de leeftijdsverdeling in de steekproef ten opzichte van de totale bevolking. Relatief de grootste verschillen worden gevonden in de twee leeftijdscategorieën tot 25 jaar. Een verklaring zou kunnen zijn dat in deze groepen nog betrekkelijk veel mensen bij hun ouders wonen en dat zij in combinatie daarmee minder vaak de telefoon aannemen.

Al met al vinden we twee duidelijk positieve aanwijzingen, dat de steekproef representatief is.

## **2.5. Het niet deelnemen van de huisartsen**

### **2.5.1. Achtergronden**

De Plaatselijke Huisartsen Vereniging (PHV) in Midden-Limburg heeft als organisatie haar medewerking aan het onderzoek onthouden. De ontwikkelingen die de negatieve beslissing van de PHV als eindpunt hadden, vormen een complex geheel. De beslissing van de PHV is genomen na een betrekkelijk lange periode waarin regelmatig meer en minder formeel overleg heeft plaatsgevonden tussen drie van de partijen die bij het onderzoek betrokken waren, te weten: de PHV, de opdrachtgever en het NIVEL. De toelichting die deze drie elkaar hebben verschaft op hun motieven en standpunten, heeft ieders positie zeker verduidelijkt. Uiteindelijk hebben zij elkaar echter binnen de betrekkelijk korte looptijd van het huidige project niet kunnen vinden.

Een ongunstige omstandigheid voor het onderzoek was, dat het algehele klimaat in de contacten tussen huisartsen en overheid tijdens de onderzoeksperiode niet erg gunstig was. Zo kwamen, op een moment dat het overleg met de PHV de goede kant leek op te gaan, acties van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op gang in verband met de honorering voor consulten van particuliere patiënten. De LHV raadde in dit kader huisartsen af om aan onderzoek van de overheid mee te doen.

Alhoewel het bestuur van de PHV in een brief haar leden deelname aan

het onderzoek ontraadde, liet het de leden expliciet vrij om individueel toch aan het onderzoek deel te nemen. Gezien het late stadium in het project waarin de definitieve besluitvorming plaats vond, had het geen zin meer de huisartsen op persoonlijke titel om hun medewerking te vragen. Bovendien, en dat is misschien nog belangrijker in dit verband, werd het aantal huisartsen dat gegeven de gepasseerde gang van zaken zou willen participeren in het onderzoek als te gering ingeschat.

### **2.5.2. Consequenties**

Nu zullen we ingaan op de vraag, welke consequenties het niet deelnemen van de huisartsen heeft gehad voor het onderzoek. In het algemeen betekent dit, dat we niet beschikken over de meningen van huisartsen. De feitelijke gegevens over vraag-aanbod kwesties en samenwerkingsverbanden komen uit andere bron en daarover is in principe even compleet gerapporteerd als in het geval dat de huisartsen wel hadden geparticipeerd. We zullen dit hieronder wat specifiekere uitwerken.

#### **Wat ontbreekt**

Wat ontbreekt is de mening van de huisartsen over de samenwerking in de eerstelijns, over kwesties met betrekking tot de relatie tussen eerste- en tweedelijns en over taken die de lokale overheid heeft op het terrein van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Nog in het bijzonder willen we hier ingaan op 'de taakafbakening tussen huisarts en specialist'. Dit onderdeel van het thema relatie eerste-tweedelijns, dat expliciet genoemd werd in het aanvankelijke projectvoorstel, is als enige in zijn geheel komen te vervallen. Informatie van huisartsen en specialisten\* is hier uiteraard onontbeerlijk. Voor wat betreft de rest van het onderzoek beschikken we wel over de informatie van de zijde van de andere hulpverleners.

#### **Waarover op een andere wijze informatie is verzameld**

Dat gaat in de eerste plaats om het cluster van de volgende onderwerpen: patiëntenstromen, bereikbaarheid en afstemming van werkgebieden, voor zover dat betrekking heeft op de huisarts. Een centraal gegeven bij de bestudering van deze drie onderwerpen is de situering

\* De specialisten van het Weertse en Roermondse ziekenhuis wilden hier ook niet meer aan meewerken, toen de huisartsen zich hadden teruggetrokken.

van de huisarts ten opzichte van zijn patiënten. Aanvankelijk bestond het plan om te werken met gegevens van het Centraal Ziekenfonds Sittard. Dit fonds wilde de gegevens echter alleen beschikbaar stellen, als de Plaatselijke Huisartsen Vereniging Midden-Limburg een verklaring van geen bezwaar zou afgeven. Nu men daar niet toe bereid was, is op twee andere manieren de ontbrekende informatie aangevuld: via een telefonische enquête onder een steekproef uit de bevolking in combinatie met informatie van de zijde van de wijkverpleging. In de betreffende hoofdstukken van het rapport zullen we laten zien, dat het gebruik van ander dan het geplande materiaal niet echt belangrijke consequenties gehad heeft. Later in deze paragraaf gaan we in op de betrouwbaarheid van het onderzoek, zoals het feitelijk is uitgevoerd.

Een tweede punt waar op een andere bron van gegevens is overgeschakeld (in plaats van de geplande schriftelijke enquête onder alle Midden-Limburgse huisartsen), is bij de inventarisatie van home-teams. Daar is teruggegrepen op een landelijke inventarisatie-campagne van het NIVEL. Het enige gevolg hiervan is, dat de peildatum van 1 januari 1986 verschoven moest worden naar 1 januari 1985. Omdat aangenomen mag worden dat hier in één jaar tijd geen belangrijke wisselingen zijn geweest, zal de verschuiving van de peildatum geen belangrijke consequenties hebben.

#### **Wat zijn de consequenties voor de betrouwbaarheid van het onderzoek?**

Hier willen we ingaan op de vraag, hoe betrouwbaar het onderzoek is, nu het ten dele is gebaseerd op andere gegevens dan aanvankelijk gepland was. Deze vraag heeft vooral betrekking op drie van de bestudeerde onderwerpen, die we hierboven al noemden: patiëntenstromen, bereikbaarheid van de huisarts en afstemming van werkgebieden tussen de verschillende eerstelijnsdisciplines en de huisarts. Bij de bestudering van elk van deze drie onderwerpen willen we weten: waar wonen de patiënten ten opzichte van het praktijkadres van hun huisarts. Het ziekenfonds beschikt over deze informatie en met behulp van ziekenfondsgegevens zou het goed mogelijk zijn een compleet beeld te geven van de feitelijke situatie. Daarbij moeten we aantekenen dat deze gegevens uiteraard alleen betrekking hebben op ziekenfondspatiënten, zodat informatie over particuliere patiënten nog ontbreekt. Zoals reeds gezegd, konden wij in het onderzoek niet beschikken over ziekenfondsgegevens, zodat we zijn overgestapt naar een andere informatiebron: de patiënt. Patiënten kunnen immers zelf

ook de benodigde informatie verschaffen. Nu is het uiteraard om praktische redenen niet mogelijk om de totale Midden-Limburgse bevolking de desbetreffende vragen voor te leggen. Daarom is voor een twee-sporige aanpak gekozen, die we hieronder zullen toelichten.

Als we de Midden-Limburgse situatie bezien in het licht van de vraag 'waar wonen de patiënten ten opzichte van de vestigingslocatie van hun huisarts', dan kunnen we een onderscheid maken tussen aan de ene kant Weert en Roermond en aan de andere kant de rest van het gebied dat veel meer een plattelandskarakter heeft. Nu is het algemeen bekend, dat in stedelijke gebieden de patiënten van de verschillende huisartsen veel meer door elkaar verspreid wonen dan op het platteland. In plattelandsgemeenten zijn meestal één of enkele huisartsen gevestigd en hun patiënten wonen praktisch allemaal ook in dezelfde gemeente waar de huisarts woont. In het geval van kleine gemeenten of woonkernen zonder huisarts, wordt dit wat anders, maar in elk geval is de situatie overzichtelijker dan in stedelijke gebieden.

Omdat de wijkverpleging zijn werk vaak moet afstemmen op de huisartsgeneeskundige hulp die de patiënt krijgt, veronderstellen we dat wijkverpleegkundigen voor hun eigen werkgebied er redelijk goed van op de hoogte zijn, welke huisartsen in welke mate patiënten hebben in hun wijk. Bovendien nemen we aan, dat wijkverpleegkundigen dat in een plattelandssituatie beter kunnen overzien dan in een stedelijk gebied. Daarom gaan we in het huidige onderzoek in verband met de vraag 'waar wonen de patiënten ten opzichte van hun huisarts' voor het 'landelijke' deel van Midden-Limburg (exclusief de steden Weert en Roermond) af op informatie van de wijkverpleging. Voor Weert en Roermond daarentegen hebben we besloten de informatie te vragen aan de patiënten zelf. Daarbij is het niet nodig om alle patiënten te ondervragen, maar kan volstaan worden met het enquêteren van een steekproef.\* Verderop in deze paragraaf zullen we in gaan op de betrouwbaarheid van steekproefonderzoek. Op deze plaats willen we nog even doorgaan op de informatie-inwinning via de wijkverpleging.

Omdat in eerdere studies nog nooit gebruik is gemaakt van informatie van de wijkverpleging, wilden we in de huidige studie enige controle plegen op de betrouwbaarheid van de gegevens die langs deze weg verkregen worden. Dat is gedaan, door in Roermond\*\* en enkele platte-

\* Die dan als voordeel boven de ziekenfondsgegevens heeft, dat ook informatie van particuliere patiënten ter beschikking komt.

\*\* De wijkverpleegkundigen van de instelling in de regio Weert bleken niet bereid de betreffende informatie te verschaffen.

landsgemeenten waar intensieve patiëntenstromen verwacht werden, zowel informatie te verzamelen via de wijkverpleging als via het steekproefonderzoek. Daarmee kon de informatie uit beide bronnen immers vergeleken worden. Zoals in paragraaf 10.5.2 verderop in dit rapport is te zien, bestaat er een redelijke overeenstemming tussen beide typen informatie. Dat is een sterke aanwijzing voor de betrouwbaarheid van de informatie verkregen van wijkverpleegkundigen. Dit geldt te meer, omdat uit ander onderzoek (De Bakker, 1987b) bekend is, dat een flinke mate van overeenstemming bestaat tussen informatie die via een enquête onder een steekproef uit de bevolking verkregen wordt en informatie op basis van ziekenfondsgegevens.

In het huidige onderzoek hebben we een flink deel, maar niet alle wijkverpleegkundigen de benodigde informatie ter beschikking gesteld (van 31 van de 38 wijkverpleegkundige wijken buiten Weert en Roermond beschikken we over de benodigde informatie). Waar informatie ontbreekt, kunnen we geen uitspraken doen, maar waar de informatie wel beschikbaar is, is er vooralsnog geen reden om grote twijfels te hebben aan de betrouwbaarheid van de gegevens. Dat wil uiteraard niet zeggen, dat de gegevens bij een individuele wijk niet wat kunnen afwijken van de werkelijkheid. Op dat niveau moeten de cijfers dan ook voorzichtig gehanteerd worden. Voor het totale beeld van de wijken waarover we wel informatie hebben, zullen incidentele afwijkingen echter geen belangrijke consequenties hebben.

### **Hoe betrouwbaar is steekproefonderzoek?**

De gegevens die we verkregen hebben via een enquête onder een steekproef uit de bevolking van Weert en Roermond, geven een schatting van de situatie met betrekking tot de totale bevolking in deze steden. Nu kenmerkt elke schatting zich door een zekere onnauwkeurigheidsmarge. Die onnauwkeurigheid is echter op twee manieren binnen de perken gehouden. In de eerste plaats door een zorgvuldige procedure te volgen bij het trekken van de steekproef. Daarbij hoort tevens, dat de steekproef achteraf gecontroleerd wordt op representativiteit. Een tweede manier om de onnauwkeurigheid van een schatting te hanteren is door hem uit te drukken in maat en getal. Daar is in de statistiek een gangbare methode voor. Het komt er op neer, dat men met een bepaalde zekerheid kan zeggen dat een in de steekproef gevonden waarde tussen twee uiterste grenzen ligt. Met deze aanpak hebben onderzoekers al lang leren leven, omdat weliswaar in één of enkele afzonderlijke gevallen sprake kan zijn van een discrepantie tussen wat in de steekproef gevonden is en wat in werkelijkheid het geval is. Over het geheel genomen zullen de schattingen

echter een voldoende betrouwbaar beeld te zien geven.

In paragraaf 2.4.2 zijn indicaties voor de representativiteit van de huidige steekproefenquête besproken. Deze indicaties wijzen er niet op, dat getwijfeld zou moeten worden aan de representativiteit. Verder zullen in de paragraaf waar de resultaten van de enquête onder de bevolking worden besproken steeds betrouwbaarheidsmarges van de schattingen worden aangegeven. Voor de lezer zal het daarmee voldoende duidelijk zijn waar hij met de steekproefgegevens aan toe is. Op voorhand zijn er geen redenen om te twifelen aan de betrouwbaarheid.





## **3. SCHETS VAN MIDDEN-LIMBURG**

### **3.1. Inleiding**

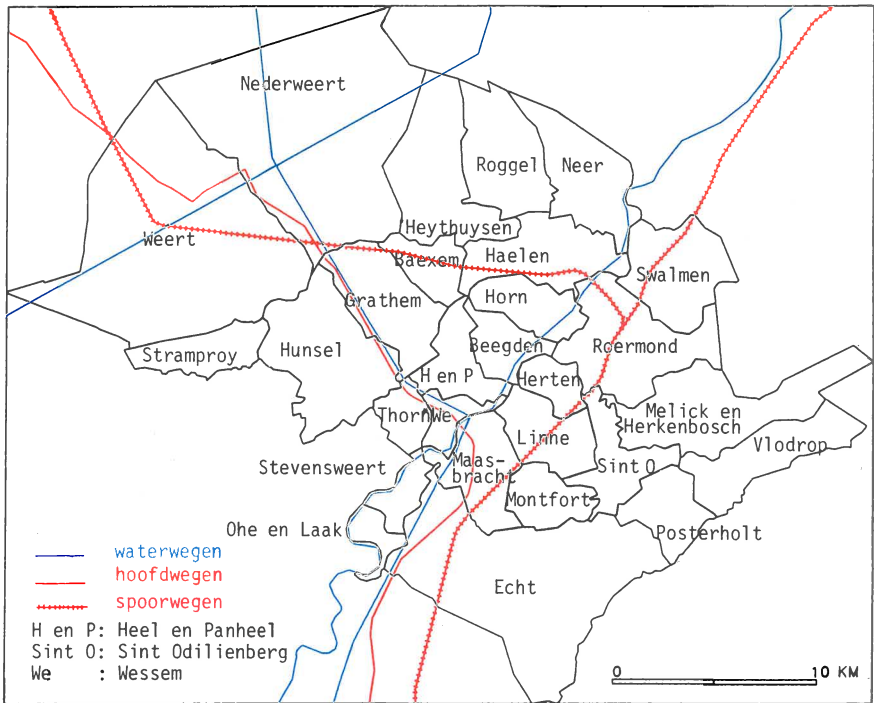
In dit hoofdstuk geven we een beschrijving van het onderzoeksgebied, de WVG-subregio Midden-Limburg. In paragraaf 3.2 volgt een overzicht van de inwonersaantallen, bevolkingsdichtheden en de bestuurlijke indeling onder de titel 'Beschrijving van het gebied'. In paragraaf 3.3 gaan we in op een aantal kenmerken waarvan bekend is dat ze samenhangen met de vraag naar hulpverlening door de eerstelijns. We maken met betrekking tot deze factoren een vergelijking tussen Midden-Limburg en Nederland. In gewoon Nederlands gezegd, proberen we aanwijzingen te vinden waaruit blijkt of Midden-Limburg gezonder dan wel ongezonder is dan Nederland als geheel. Speciaal zullen we daarbij aandacht besteden aan het 'Gezondheidsvademecum Limburg' (Bisscheroux e.a., 1986) dat kort voor het verschijnen van het voorliggende rapport werd uitgebracht. In onderhavige paragraaf 3.3 zullen we als laatste de vraag belichten of er verschillen zijn binnen Midden-Limburg (tussen de verschillende gemeenten) met betrekking tot de vraagkenmerken. De titel van paragraaf 3.3 is 'Vergelijking van de vraag naar voorzieningen in Midden-Limburg en Nederland'. In de laatste paragraaf 'Toekomstige ontwikkelingen' (3.4) besteden we aandacht aan de toekomstige ontwikkelingen met betrekking tot de bevolkingssamenstelling in Midden-Limburg. We baseren ons daarbij op voorspellingen van het Economisch Technologisch Instituut Limburg (ETIL).

### **3.2. Beschrijving van het gebied**

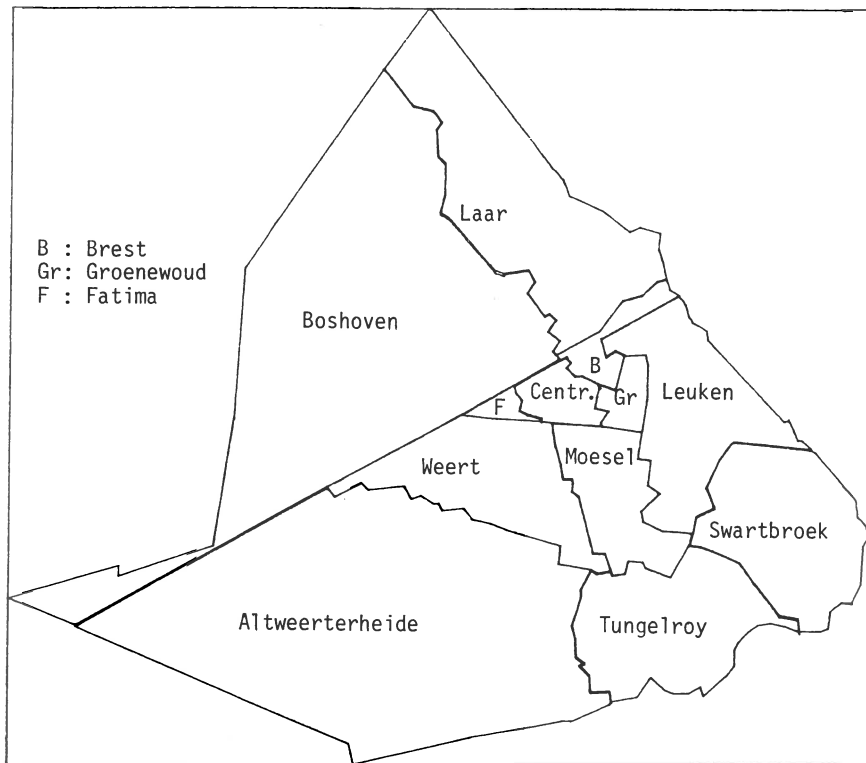
#### **3.2.1. Mate van verstedelijking en inwonersaantallen**

Midden-Limburg is een relatief dunbevolkt en weinig verstedelijkt gebied. Uitgaande van algemeen geldende definities, ontbreken grote steden. De dichtstbijgelegen grote steden vinden we in Brabant, Gelderland, Zuid-Limburg en in het Ruhrgebied. De grootste gemeenten in het gebied zijn Weert en Roermond. Volgens het Streekplan, zoals vastgesteld door Provinciale Staten van Limburg (1982), zijn er daarnaast nog vijf kernen met een bovenlocale functie, te weten: Echt, Swalmen, Nederweert, Heythuysen en Maasbracht. De overige gemeenten hebben alleen voorzieningen voor de lokale bevolking.

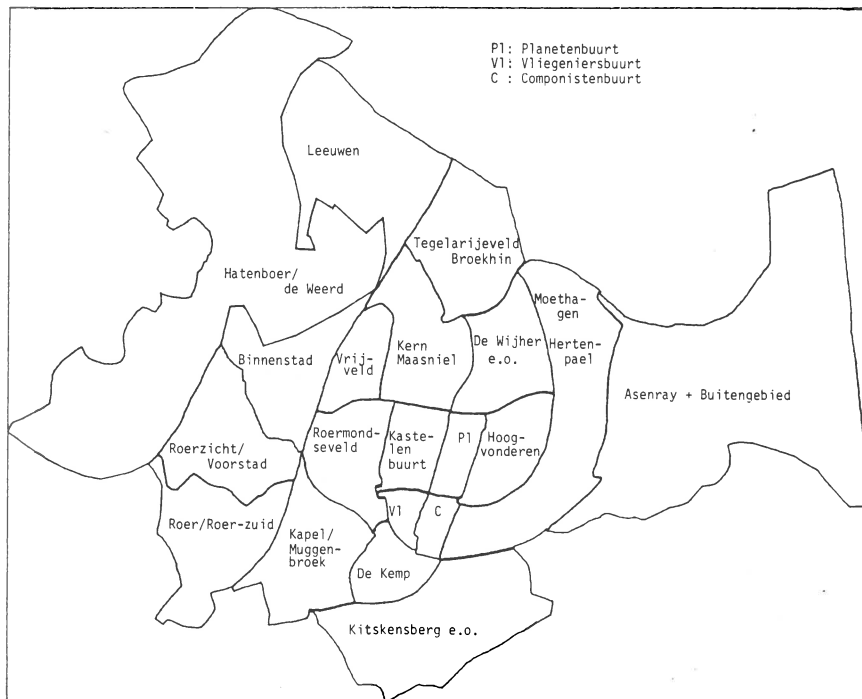
Figuur 3.1.: overzicht van de gemeenten in Midden-Limburg



Figuur 3.2.: overzicht van de wijken in Weert



Figuur 3.3.: overzicht van de wijken in Roermond



Een overzicht van de inwoneraantallen per gemeente staat vermeld in tabel 3.1. In figuur 3.1 is het onderzoeksgebied grafisch afgebeeld. Figuur 3.2 en 3.3 geven de wijkindeling van de steden Weert en Roermond weer.

Tabel 3.1.: aantal inwoners per gemeente op 1 januari 1986

gemeente	aantal inwoners	gemeente	aantal inwoners
Baexem	2348	Nederweert	14904
Beegden	1748	Neer	3461
Echt	16876	Ohé en Laak	857
Grathem	2809	Posterholt	4202
Haelen	5833	Roermond	38327
Heel/Panheel	4402	Roggel	4308
Herten	3339	St. Odiliënberg	3432
Heythuysen	5775	Stevensweert	1538
Horn	3857	Stramproy	4785
Hunsel	5365	Swalmen	8433
Linne	3787	Thorn	2597
Maasbracht	7973	Vlodrop	2464
Melick/Herkenbosch	7293	Weert	39542
Montfort	3014	Wessem	2139
Midden-Limburg			205408

Bron: CBS, Hoofdafdeling Bevolkingsstatistiek.

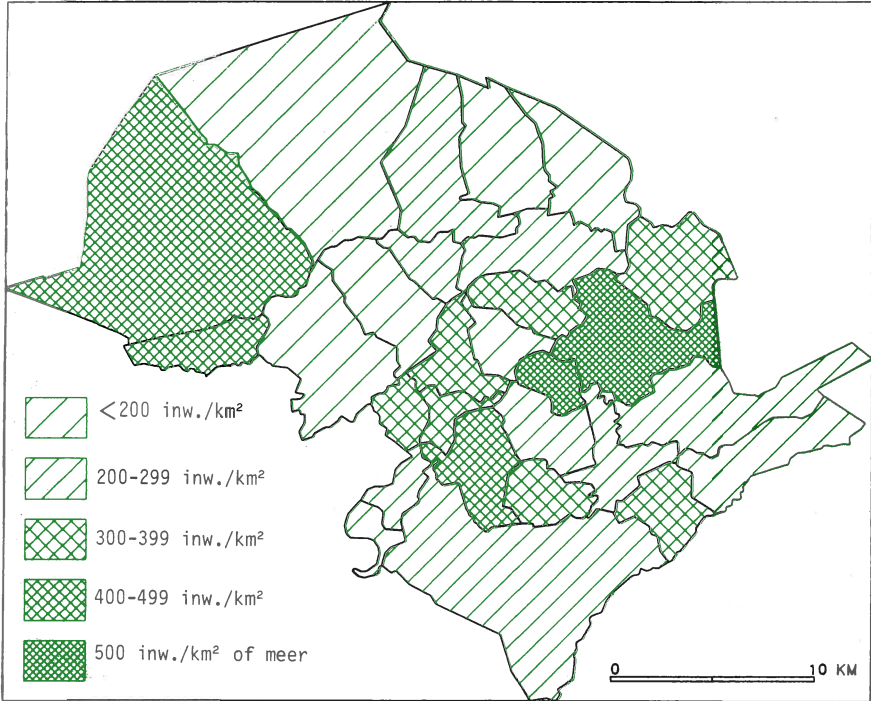
Het moge duidelijk zijn dat van een evenwichtige spreiding van de bevolking over de gemeenten géén sprake is. Ruim 53% van de bevolking is woonachtig in een viertal gemeenten, te weten: Weert, Roermond, Echt en Nederweert. Het gemiddelde inwonertal van de overige 24 gemeenten komt daarmee op nog géén 6000 inwoners.

De bevolking binnen het gebied heeft zich de laatste jaren, na een decennium van aanzienlijke groei, min of meer gestabiliseerd. Tussen 1982 en 1986 groeide de bevolking met nog géén 1%. De afname van de groei is deels het gevolg van een daling van de natuurlijke aanwas, deels van de afname van het migratiesaldo.

### 3.2.2. Bevolkingsdichtheid

Het aantal inwoners per hectare geeft een goede indicatie van de bevolkingsdichtheid van de regio. In figuur 3.4 is deze dichtheid per

Figuur 3.4.: bevolkingsdichtheid per gemeente in Midden-Limburg



gemeente grafisch afgebeeld. We zien dat we te maken hebben met een relatief dun bevolkt gebied. De vijf gemeenten met de hoogste bevolkingsdichtheid zijn (van hoog naar laag): Roermond, Herten, Maasbracht, Weert en Stramproy. De vijf gemeenten met de laagste bevolkingsdichtheid zijn (van laag naar hoog): Grathem, Vlodrop, Nederweert, Neer en Hunsel.

### **3.2.3. Bestuurlijke indeling**

Midden-Limburg telt in totaal 28 gemeenten. Het ene deel daarvan participeert in het bestuurlijk samenwerkingsverband 'Streekgewest Weert'. Het gaat om de gemeenten Weert, Nederweert, Hunsel en Stramproy. De overige gemeenten nemen deel aan het bestuurlijke samenwerkingsverband met de naam 'Stadsgewest Roermond'.\*

Het gemiddelde aantal inwoners in de gemeenten van het Streekgewest is bijna driemaal zo hoog als het gemiddelde aantal inwoners van de gemeenten in het Stadsgewest (resp. 16.149 en 5.867). Toch is het Streekgewest wat minder dichtbevolkt dan het Stadsgewest. In het eerste geval noteren we gemiddeld 283 inwoners per km<sup>2</sup>; in het laatste geval is dat gemiddeld 325 inwoners per km<sup>2</sup>.

## **3.3. Vergelijking van de vraag naar voorzieningen in Midden-Limburg en Nederland**

### **3.3.1. Inleiding**

Van een aantal kenmerken van de bevolking is bekend dat ze verband houden met het gebruik dat gemaakt wordt van hulpverleningsvoorzieningen. Zo weten we bijvoorbeeld dat het aantal contacten met de huisarts varieert naar leeftijd. Kort samengevat komt het erop neer dat hele jonge kinderen en ouderen meer gebruik maken van de diensten van een huisarts dan de mensen uit de midden-groep. We kunnen dit verschillend gebruik van de zorg beschouwen als een indicatie voor een verschillende vraag.

We zullen in paragraaf 3.3.2, niet alleen voor leeftijd, maar ook voor andere, met de vraag naar zorg samenhangende kenmerken, vaststellen hoe Midden-Limburg er voor staat vergeleken met de rest van Nederland. In dit verband zijn we ook speciaal geïnteresseerd in

\* De gemeente Grathem hoort tot beide gewesten; de kern van Grathem hoort bij het stadsgewest Roermond, terwijl de woonkernen Oler en Kelpen van het streekgewest Weert deel uitmaken.

sterftcijfers omdat deze een indicatie geven van de gezondheidstoestand van een gebied en daarmee van de vraag die men kan verwachten naar hulpverleningsvoorzieningen.

In paragraaf 3.3.3 bespreken we het onlangs uitgebrachte 'Gezondheidsvademecum Limburg' (Bisscheroux e.a., 1986) vanuit de optiek: zijn er aanwijzingen dat in Midden-Limburg behoefte bestaat aan meer of juist minder zorgvoorzieningen ten opzichte van wat er op dit moment aanwezig is.

De regionale spreiding van deze variabelen binnen Midden-Limburg werken we in paragraaf 3.3.4 uit.

In de voorliggende paragraaf is steeds het centrale thema; zijn er aanwijzingen dat Midden-Limburg op bepaalde punten 'gezonder' of 'ongezonder' is dan Nederland. De volgende vraag is dan of het van daaruit mogelijk is om lijnen door te trekken naar de behoefte aan voorzieningen in Midden-Limburg. Het moet vooraf worden gezegd, dat we hier met een moeilijke zaak bezig zijn die (vooral ook met betrekking tot de vervolgvraag) meestal niet meer dan zeer tentatieve conclusies toelaat. We zullen vier van de belangrijkste complicaties bespreken.

In de eerste plaats is er het verschil tussen 'zorgbehoefte' en 'zorgvraag'. De discrepantie is wellicht het beste te verduidelijken aan de hand van een voorbeeld. Een hoog alcohol-gebruik per hoofd van de bevolking is vanuit de overheid gezien een indicatie voor een grote(re) behoefte aan faciliteiten voor ontwenningstherapieën. De vraag is echter of ook de betreffende patiënten deze behoefte voelen en of zij vervolgens deze behoefte vertalen in een concrete hulpvraag.

Een tweede probleem is de relatie die in de gezondheidszorg vaak gevonden wordt die er op neerkomt dat het aanbod aan voorzieningen zijn eigen vraag schept. Zijn er in een gebied veel zorgvoorzieningen in een bepaalde sector, dan zal ook het gebruik ervan als het ware automatisch hoger zijn. Deze door het aanbod geïndiceerde vraag, maakt het moeilijk om een beeld te krijgen van de 'werkelijke' behoefte.

Een derde probleem wat wij hier willen aansnijden houdt verband met het relatieve belang dat moet worden toegekend aan de verschillende vraagkenmerken. Wat betekent bijvoorbeeld een relatief laag sterftcijfer in combinatie met een betrekkelijk hoog percentage ongeschikt verklaarden bij militaire keuringen voor het gebruik van de diverse voorzieningen?

Een vierde en laatste probleem waar we hier op willen ingaan houdt verband met het volgende. Om na te gaan of de behoefte aan bepaalde



voorzieningen in Midden-Limburg in harmonie is met de vraag, vergelijken we vraagkenmerken in Midden-Limburg met Nederland. Vervolgens gaan we dan het voorzieningenniveau vergelijken. Is bijvoorbeeld de vraag in Midden-Limburg lager en is ook het voorzieningenniveau evenredig lager, dan concluderen we dat er sprake is van een evenwichtige situatie. Het kan echter zijn, dat het voorzieningenniveau in heel Nederland om te beginnen al beneden een aanvaardbaar peil is. Dan gaat de rest van de redenering uiteraard niet op. Probleem is, dat deze zaken meestal niet erg doorzichtig zijn.

### 3.3.2. Vraagkenmerken in Midden-Limburg en Nederland

In tabel 3.2 staan enkele demografische en sociaal-economische gegevens van Midden-Limburg en heel Nederland vermeld. De keuze voor deze variabelen is, zoals gezegd, ingegeven door de wetenschap dat zij samenhangen met het gebruik dat gemaakt wordt van bepaalde hulpverleningsvoorzieningen. Datzelfde geldt overigens voor de urbanisatiegraad van een gebied, die de volgende samenhang vertoont met het gebruik van voorzieningen: Hoe meer verstedelijkt het gebied is, des te groter is het gebruik van voorzieningen. In de tabel komt de urbanisatiegraad niet voor, maar gezien de lage urbanisatiegraad van Midden-Limburg zouden we een wat lager gebruik mogen verwachten.

Tabel 3.2.: demografische en sociaal-economische gegevens voor Midden-Limburg en Nederland

	Midden-Limburg	Nederland
Percentage vrouwen (1/1/85)	49,7*	50,5**
Percentage 0-4 jarigen (1/1/85)	5,9*	6,1**
Percentage 65+ers (1/1/85)	10,0*	12,0**
Percentage ziekenfondsverzekerden (1984)	70,3***	66,4***
Percentage gescheidenen en verweduwden (1/1/85)	7,1*	9,0**
Percentage werklozen onder de afhankelijke beroepsbevolking (1985)	15,2****	17,2*****

\* Bron: CBS, Hoofdafdeling Bevolkingsstatistiek

\*\* Bron: CBS, Maandstatistiek van de bevolking, sept. 1985

\*\*\* Bron: LISZ, jaarboek 1984

\*\*\*\* Bron: GAB Midden-Limburg

\*\*\*\*\* Bron: CBS, Statistisch jaarboek, 1985

Uit de tabel komt over de hele linie, met uitzondering van het percentage ziekenfondsverzekerden, een wat gunstiger beeld voor Midden-Limburg dan voor heel Nederland. Het percentage vrouwen, zingelingen en kleuters, bejaarden, gescheiden mensen en het percentage werklozen zijn in Midden-Limburg allemaal lager dan in Nederland. Van al deze variabelen is bekend dat ze een positieve relatie vertonen met het gebruik van voorzieningen van de gezondheidszorg en/of maatschappelijke dienstverlening. De verschillen op de genoemde variabelen zijn nergens extreem groot, maar als we bijvoorbeeld bedenken dat 2% minder bejaarden in Midden-Limburg staat voor 410 personen (in 1985), dan kan dat op regionale schaal een aanzienlijk geringere belasting van voorzieningen betekenen.

In elk geval is de voorlopige conclusie, dat Midden-Limburg eerder gezonder dan ongezonder is dan Nederland. Laten we nu eens naar de sterftcijfers kijken.

De sterftcijfers geven een vrij direct inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking in een bepaald gebied, door het feitelijke sterftcijfer te vergelijken met een sterftcijfer zoals men dat in Midden-Limburg zou verwachten uitgaande van de sterfte-propoorties in de totale Nederlandse populatie. Het verwachte sterftcijfer berekenen we op basis van de sterfte-propoorties per leeftijds-geslachts-categorie in heel Nederland (zie voor deze methode o.a. Sturmans, p.374, 1984). Anders gezegd: het verwachte sterftcijfer geeft aan hoeveel sterfgevallen men in Midden-Limburg zou mogen verwachten, als er per leeftijds-geslachts-groep naar verhouding jaarlijks net zoveel sterfgevallen waren als in heel Nederland. Tabel 3.3 geeft een overzicht, waarbij tevens voor mannen en vrouwen apart feitelijke en verwachte cijfers gepresenteerd worden.

Tabel 3.3.: feitelijke en verwachte sterftcijfers (in 1984) per 1000 inwoners

	feitelijke sterfte			verwachte sterfte		
	M	V	T	M	V	T
Midden-Limburg	7,78	6,44	7,11	8,08	6,27	7,18
Nederland	9,1	7,5	8,3			

Bron: CBS, Maandstatistiek van de bevolking

We zien in de tabel dat het verwachte sterftcijfer voor mannen in

Midden-Limburg iets hoger is en dat het voor vrouwen iets lager uitvalt dan de feitelijke sterfte in de betreffende categorie. Voor de totale bevolking in Midden-Limburg zijn de verschillen nagenoeg te verwaarlozen.

Kijken we met de informatie over de sterftcijfers erbij terug naar de vraag 'Is Midden-Limburg gezonder of ongezonder dan de rest van Nederland', dan zouden we voorzichtig kunnen antwoorden: iets gezonder blijkens de situatie met betrekking tot de vraagkenmerken, maar qua sterftetekans maakt het niet uit.

### **3.3.3. Het 'Gezondheidsvademecum Limburg' doorgelicht voor Midden-Limburg**

#### **Inleiding**

Kort voor het ter perse gaan van dit rapport verscheen het 'Gezondheidsvademecum Limburg' van de hand van Bisscheroux e.a. (1986): een statistisch overzicht met betrekking tot de gezondheidstoestand van de Limburgse bevolking. Vanwege dit (van ons rapport uit bezien) late verschijnen van dit overzicht was het niet meer mogelijk de gegevens die het bevat volledig te integreren in het huidige rapport. We willen hier echter wel een greep doen uit de grote hoeveelheid informatie die het vademecum bevat. De bedoeling is daarbij om speciaal voor Midden-Limburg de gegevens op een rijtje te zetten.

Blijkens het persbericht waarmee het gepresenteerd werd, trekken de schrijvers van het vademecum in zijn algemeenheid een vrij negatieve conclusie over de gezondheidstoestand van de bevolking in de provincie Limburg. De verschillende tabellen geven daar ook alle aanleiding toe. Bovendien blijkt uit de aangehaalde enquêtes, dat de Limburgse bevolking haar gezondheid in het algemeen ook zelf als negatiever ervaart (Vademecum, pagina 8-1). We moeten daar echter meteen bij opmerken dat de onderscheiden regio's in Limburg onderling nogal verschillen. Hier in deze paragraaf beperken we ons tot de regio Midden-Limburg waar het algehele beeld, zoals we zullen zien, veel minder negatief is.

Omdat lang niet alle cijfers in het vademecum uitgesplitst zijn naar de regio's, kunnen we maar een deel van de informatie speciaal voor Midden-Limburg bezien\*. In een aantal gevallen zijn wel gegevens beschikbaar voor Noord en Midden-Limburg samen. Omdat deze beide

\* Bovendien ontbreekt op een aantal punten de mogelijkheid tot vergelijking met landelijke gegevens.

regio's onderling nogal overeenkomsten vertonen (in elk geval wijkt Zuid-Limburg vaak veel meer af), zullen we dan de gecombineerde cijfers als indicatief voor Midden-Limburg beschouwen.

Na deze opmerkingen vooraf, zullen we hieronder overgaan op de inhoudelijke bespreking. We gaan achtereenvolgens in op: de overeenkomsten tussen corresponderende gegevens in het gezondheidsvademecum en het huidige rapport en verder zaken rond de thema's geboorte, ziekte, sterfte en levensverwachting.

### **Overeenkomst huidige rapport**

De bevolkingskenmerken, zoals ze in het vademecum beschreven zijn, komen goed overeen met hetgeen wij in paragraaf 3.3.2 bespraken. We zullen een aantal voorbeelden bespreken: Men constateert in Midden-Limburg een lager percentage personen ouder dan 65 jaar dan in heel Nederland; Hetzelfde geldt voor het percentage gescheidenen; De werkloosheidscijfers wijken in Midden-Limburg niet sterk af van de landelijke cijfers (Vademecum, hoofdstuk 1). Verder blijkt, dat de sterftcijfers die wij in paragraaf 3.3.2 bespraken, aansluiten bij de cijfers in het vademecum. Men constateert, dat over de jaren 1980 tot en met 1983 het gestandaardiseerde sterftcijfer voor mannen in Midden-Limburg gelijk is aan dat van Nederland. Voor vrouwen komen de corresponderende cijfers in Midden-Limburg wat hoger uit (Vademecum tabel 3.3, pagina 3-8).

Op de vergelijkbare punten is er al met al een redelijke overeenstemming tussen de cijfers in het Gezondheidsvademecum en de cijfers in het huidige rapport.

### **Geboorte**

In vergelijking met Nederland is in Midden-Limburg sprake van een laag en ook nog steeds dalend vruchtbaarheidscijfer (Vademecum, pagina 2-1). Gerekend naar aantallen inwoners zal er in Midden-Limburg dus nu en in de toekomst minder behoefte zijn aan verloskundige zorg dan in de rest van Nederland.

Van de bevallingen die plaatsvinden gebeurt in Midden-Limburg (en in de provincie Limburg) relatief een groot gedeelte in een inrichting. In Nederland bedroeg het percentage in 1984 63,9% ten opzichte van 72,5% in Midden-Limburg (Vademecum tabel 2.3, pagina 2-8). Er bevallen dus weinig vrouwen thuis, terwijl uit andere cijfers niet direct blijkt dat daar in Midden-Limburg medisch gezien aanleiding toe is. De zuigelingensterfte is in Midden-Limburg even hoog als in heel Nederland (Vademecum, tabel 3.9, pagina 3-25). Het aantal zogeheten klinische kunstverlossingen (vacuüm-extracties en dergelijke)

is in Midden-Limburg en Noord-Limburg zelfs lager dan in heel Nederland (Vademecum, tabel 2.5, pagina 2-12). De provincie Limburg als geheel scoort op deze beide punten hoger dan Nederland.

### **Ziekte**

Blijkens de gegevens over ontslagen ziekenhuispatiënten worden in Noord- en Midden-Limburg tezamen, per 1000 inwoners, nagenoeg evenveel mensen in het ziekenhuis opgenomen als in heel Nederland (Vademecum, tabel 12.1, pagina 12-10). Blijkens de ontslagdiagnosen zijn de aandoeningen waarvoor men in het ziekenhuis ligt wèl afwijkend. Zo komt de diagnosegroep 'ziekten van hart en vaatstelsel' aanzienlijk vaker voor in Noord- en Midden-Limburg dan in Nederland (Vademecum, tabel 12.3, pagina 12-24). Deze 'ziekten van hart en vaatstelsel' vormen in de beide Limburgse regio's overigens de grootste groep van ontslagdiagnosen. De op één na grootste groep is 'Bewegingsstelsel en bindweefsel' (met name rugaandoeningen). Die komen in Noord- en Midden-Limburg ook meer voor dan in Nederland. Tegenover deze twee grote diagnosegroepen die in Noord- en Midden-Limburg relatief (per 1000 van de bevolking) vaker voorkomen dan in Nederland staan drie kleinere diagnosegroepen waar de beide regio's samen aanzienlijk lagere relatieve frequenties hebben. Dat zijn, in volgorde van belangrijkheid, met name: 1. de zogeheten categorie 'Bijzondere opnamen', (dat houdt in: gezonde pasgeborenen\*; ontslagen na opnamen in verband met voortplanting en ontwikkeling; ontslagen na opnamen in verband met specifieke verrichtingen en nazorg; en een categorie 'overig'); 2. bevallingen\* en complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed; en 3. ziekten van de ademhalingswegen (Vademecum, tabel 12.3, pagina 12-18 en verder).

Relatief vinden bij in het ziekenhuis opgenomen patiënten veel operaties plaats. Midden- en Noord-Limburg scoren op dit punt (evenals de hele provincie Limburg) aanzienlijk hoger dan Nederland (Vademecum, figuur 12.3, pagina 12-62). Relatief veel voorkomende 'hoofdoperatiegroepen' zijn, in volgorde van belangrijkheid: 'bot- en spierstelsel', 'tractus digestivus', 'luchtwegen' en 'hart en vaat-

\* Eerder zagen we, dat in Midden-Limburg relatief veel (dat wil zeggen op het totaal aantal bevallingen dat plaatsvindt) bevallingen in inrichtingen plaatsvinden. Dit is niet in tegenspraak met de hier gepresenteerde cijfers. Het aantal is hier waarschijnlijk laag, omdat het totaal aantal bevallingen per 1000 van de bevolking sowieso aan de lage kant is.

stelsel' (Vademecum, tabel 12.7, pagina 12-65).

Op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg vallen Noord- en Midden-Limburg op door een erg veel lager opnamecijfer in algemene psychiatrische ziekenhuizen en verslavingsklinieken dan heel Nederland. Het verschil bedraagt ongeveer 55% in termen van in 1983 nieuw opgenomen patiënten (Vademecum, tabel 13.5, pagina 13-13) en tussen de 30 en 40% voor de per 1-1-1983 aanwezige patiënten (Vademecum, tabel 13.6, pagina 13-15). Bij de verdere interpretatie van verschil zal de capaciteit van de beschikbare voorzieningen in ogenschouw moeten worden genomen. Om dezelfde reden zullen we gegevens over andere groepen zoals ernstig lichamelijk (en meervoudig) gehandicapten, geestelijk gehandicapten etcetera, niet bespreken. Wel willen we nog aanhalen, dat in Midden- en Noord-Limburg minder somatische en psychosomatische patiënten zijn opgenomen in een verpleeghuis in vergelijking met Nederland (Vademecum, tabel 15.3, pagina 15-6). Ook geldt voor Midden-Limburg dat relatief minder mensen in bejaardenoorden verblijven. Voor een deel zal dit verklaard kunnen worden, doordat Midden-Limburg relatief minder hoog-bejaarden telt.

In Midden-Limburg is het aantal (vooral ook jonge) arbeidsongeschikten met een WAO- of AAW-uitkering hoog in vergelijking met Nederland (Vademecum, tabel 9.2, pagina 9-4). Waarschijnlijk houdt dit gegeven verband met de geringe beschikbare werkgelegenheid. Het percentage ongeschikt verklaarden bij de militaire keuring van dienstplichtigen is in Midden-Limburg weer lager dan in Nederland (Vademecum, tabel 10.2, pagina 10-4).

Als laatste punt met betrekking tot het onderwerp waar we hier over spreken, ziekte, gaan we in op opnemingen in algemene ziekenhuizen in verband met alcohol- en drugsmisbruik. In Midden- en Noord-Limburg is het aantal opnamen in deze categorie aanzienlijk hoger dan in Nederland en ook hoger dan in Zuid-Limburg (Vademecum, tabel 4.9, pagina 4-10 en tabel 5.4, pagina 5-4). Het hoge alcoholgebruik komt ook tot uitdrukking in het aantal verkeersongevallen waarbij alcohol in het spel is. In Midden-Limburg is dat aantal hoger dan in de provincie Limburg en het is aanzienlijk hoger dan in Nederland (Vademecum, tabel 7.1, pagina 7-4).

### **Sterfte en levensverwachting**

De sterftecijfers zijn voor de hele provincie Limburg hoger dan voor Nederland. Met name de volwassenen-sterfte is hoger. Hierbij valt vooral het acute myocard infarct op als doodsoorzaak. In mindere mate geldt dat ook voor de cerebrovasculaire aandoeningen. De oversterfte voor beiden is aanwezig in alle leeftijds categorieën van 35

jaar en ouder (Vademecum, pagina 3-2). Zoals we al eerder opmerkten, liggen de zaken voor Midden-Limburg echter wat anders dan voor de hele provincie. De sterftecijfers voor mannen zijn daar gelijk en voor vrouwen hoger (Vademecum, tabel 3.3, pagina 3-8). Hetzelfde patroon zien we terug bij de levensverwachting. Voor de mannen is de gemiddelde levensverwachting bij de geboorte gelijk aan die in Nederland; voor de vrouwen is hij over alle leeftijdscategorieën gemiddeld 0,7 jaar korter (Vademecum, tabel 3.5, pagina 3-11).

### **Totaalbeeld**

Als we zaken uit het Vademecum op een rijtje zetten, dan vallen de volgende punten het meest op:

- In Midden-Limburg is, vergeleken met Nederland, sprake van een relatief laag en nog steeds dalend vruchtbaarheidscijfer, zodat we ook relatief een kleinere behoefte aan verloskundige hulp mogen verwachten.
- Van de bevallingen die in Midden-Limburg gebeuren, vindt relatief een groot deel in inrichtingen plaats, zonder dat er direct medisch gezien aanleiding toe lijkt.
- Relatief worden in Midden- (en Noord-)Limburg niet meer mensen in ziekenhuizen opgenomen dan in Nederland. Blijkens de ontslagdiagnosen verschilt echter wel de frequentie van het voorkomen van ziekten. Vooral de diagnosegroep 'hart en vaatziekten' komt vaak voor, wat ook in de naar verhouding hoge sterfte aan het acute myocard infarct tot uitdrukking komt.
- In vergelijking met Nederland vinden in Midden- (en Noord-)Limburg veel operaties plaats bij opgenomen patiënten.
- In Midden-Limburg verblijven, vergeleken met Nederland, weinig mensen in bejaardenoorden, wat voor een deel verklaard kan worden door het feit dat Midden-Limburg minder hoog-bejaarden telt.
- Het aantal opnemingen in verband met alcohol- en drugsmisbruik, is in Midden- (en Noord-)Limburg hoog in vergelijking met Nederland. Ook vinden in Midden-Limburg relatief veel verkeersongevallen plaats, waarbij alcohol in het spel is.
- De sterftecijfers voor mannen in Midden-Limburg liggen in dezelfde orde van grootte als in heel Nederland. Hetzelfde geldt voor de gemiddelde levensverwachting, uitgedrukt in jaren. Voor de Midden-Limburgse vrouwen daarentegen liggen de sterftecijfers hoger en de gemiddelde levensverwachting wat lager.

### **3.3.4. Verschillen ten aanzien van vraagkenmerken binnen Midden-Limburg**

In deze subparagraaf beschouwen we de spreiding van de in paragraaf 3.3.2 genoemde, met de zorgvraag samenhangende kenmerken binnen Midden-Limburg. De figuren 3.5 - 3.10 geven een beeld van de situatie met betrekking tot de verschillende variabelen over de gemeenten. Achtereenvolgens is per gemeente het percentage 0-4 jarigen, 65+ers, ziekenfondsverzekerden\*, werklozen, gescheidenen en verweduwden gepresenteerd. Als laatste wordt de sterftেকans in beeld gebracht. Als maat wordt de breuk genomen met in de teller het feitelijke sterfteciјfer en in de noemer het geschatte sterfteciјfer. Aldus verkrijgen we een breuk die staat voor het indirect gestandaardiseerde sterfteciјfer. Is de breuk groter dan 1, dan is de sterftেকans in de betreffende gemeente groter dan in Nederland; is hij kleiner dan 1, dan is de kans naar verhouding kleiner dan in Nederland.

Een eerste vergelijking tussen de afbeeldingen maakt duidelijk dat de spreiding van de verschillende vraagkenmerken op sommige plaatsen nogal uiteen loopt. Een drietal gemeenten scoort bij minimaal vier variabelen bij de hoogste acht. Dit zijn: Roermond, Echt en Heythuysen. Deze gemeenten zijn over het geheel genomen wat 'ongezonder' dan de rest van Midden-Limburg. Het tegenovergestelde geldt voor de gemeenten Melick/Herkenbosch en Heel.

De overige gemeenten geven een min of meer diffuus beeld. Zo kan het voorkomen dat een gemeente op de ene variabele erg hoog scoort, terwijl voor een andere variabele juist erg lage waarden worden gevonden. De gegevens spreken wat dit betreft verder voor zichzelf.

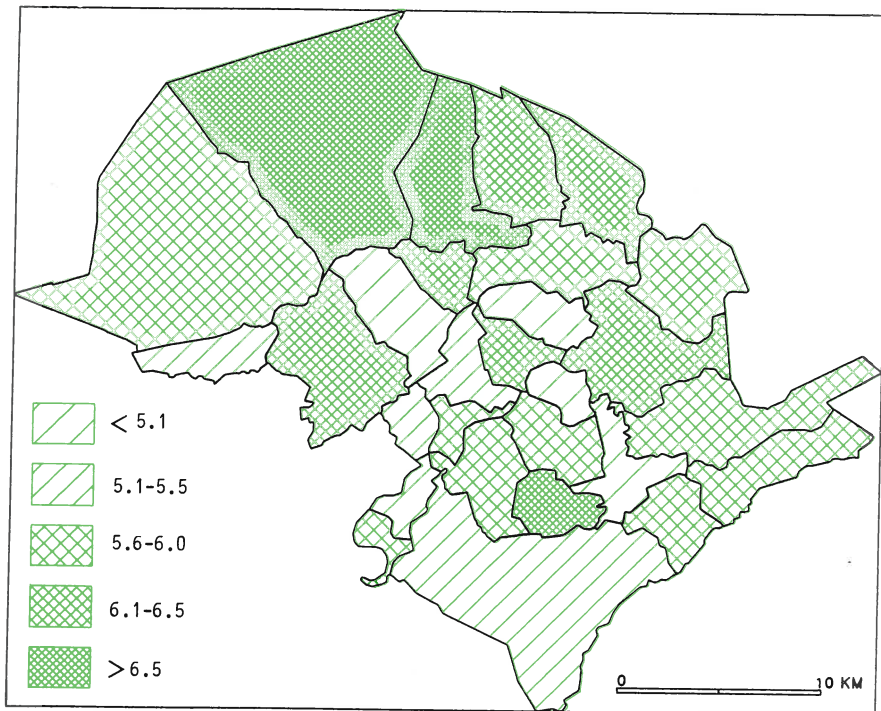
### **3.4. Toekomstige ontwikkelingen**

De vraag naar hulpverleningsvoorzieningen variëert sterk naar leeftijd en geslacht. Voor het afstemmen van het aanbod op de vraag zijn, behalve de huidige bevolkingssamenstelling, ook de toekomstige ontwikkelingen in de leeftijds- en geslachtsopbouw van belang.

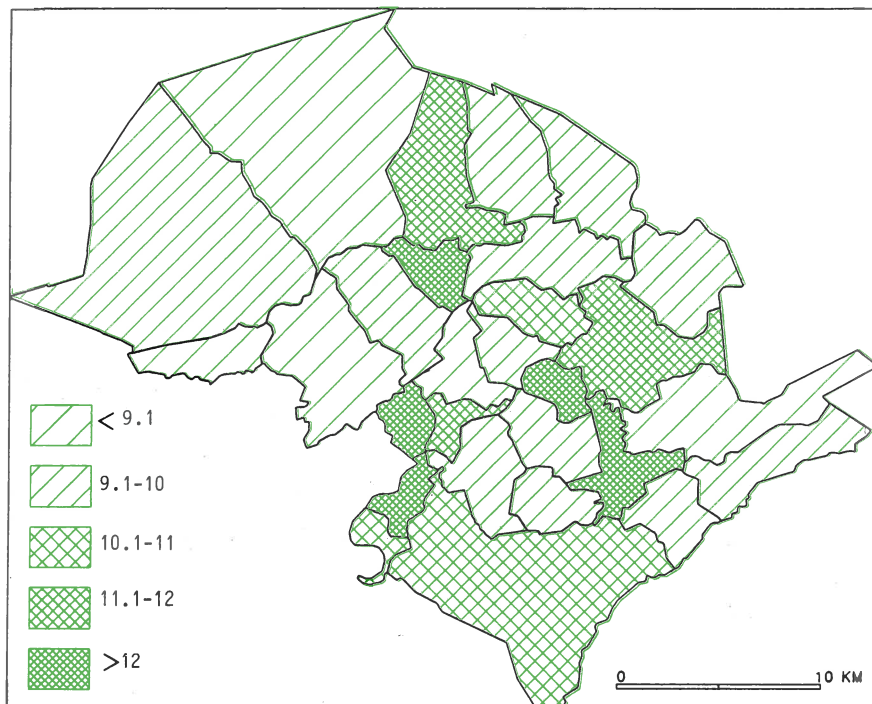
\* Het gaat hier om het aantal verzekerden dat is ingeschreven bij de in de betreffende gemeente gevestigde huisartsen. Een aantal gemeenten zijn terwille van de privacy van de betrokken huisartsen samengenomen.



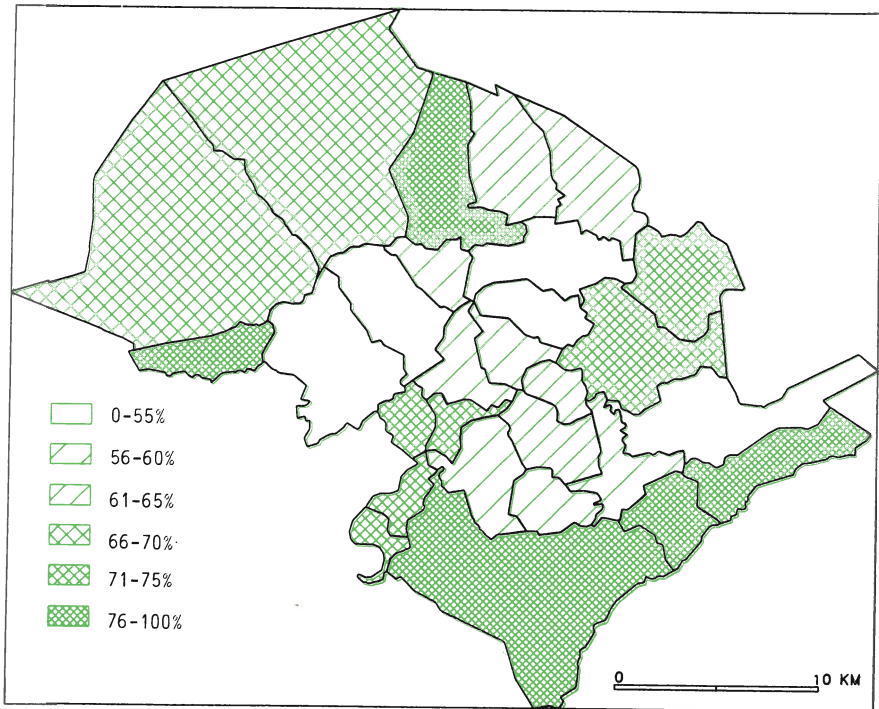
Figuur 3.5.: percentage inwoners jonger dan 5 jaar per gemeente in Midden-Limburg



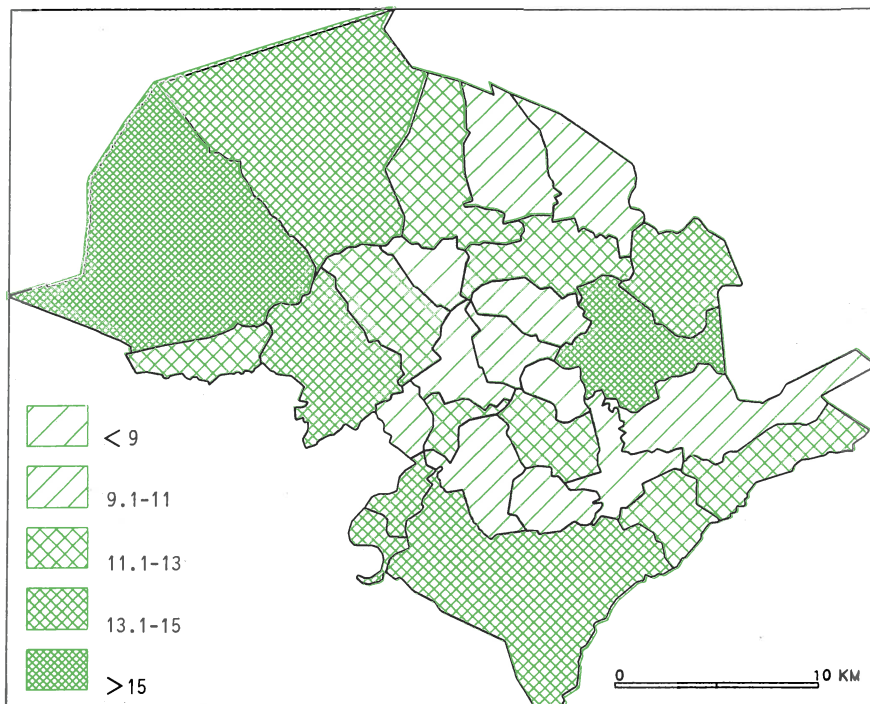
Figuur 3.6.: percentage inwoners van 65 jaar en ouder per gemeente in Midden-Limburg



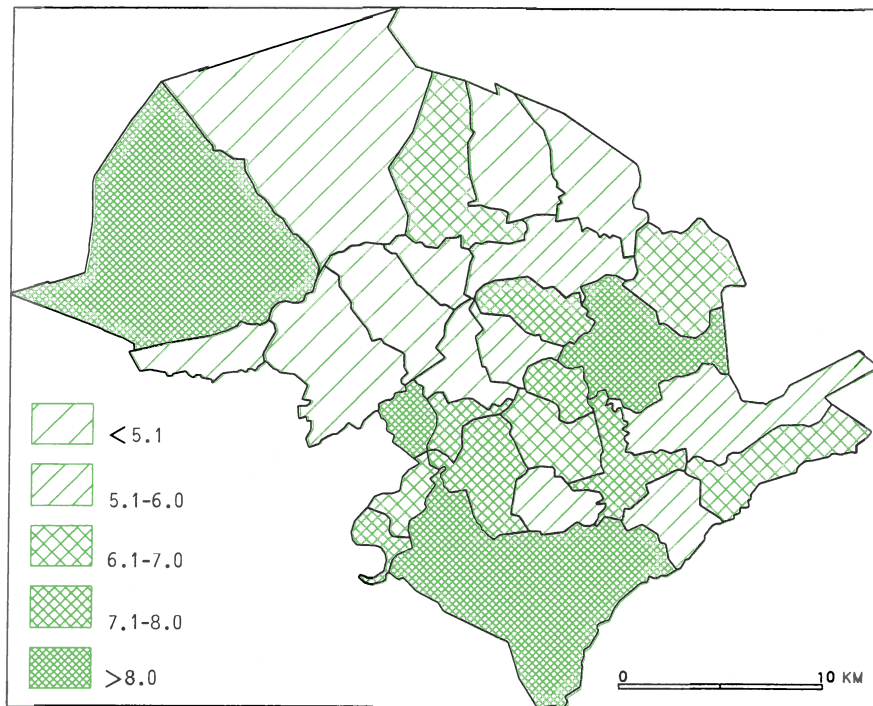
Figuur 3.7.: percentages ziekenfondsverzekerden per gemeente in Midden-Limburg



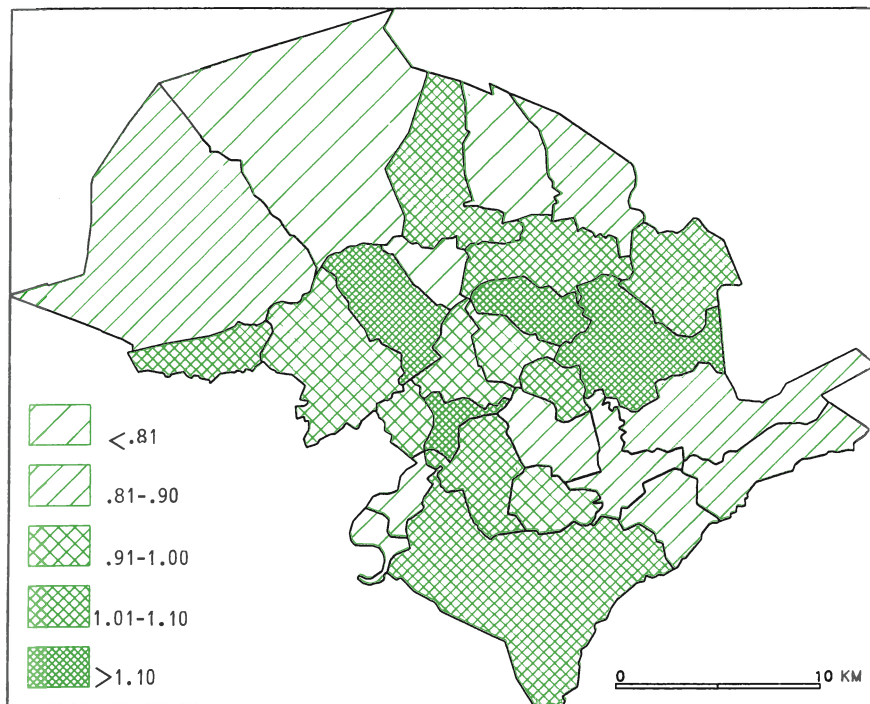
Figuur 3.8.: percentage werklozen per gemeente in Midden-Limburg



Figuur 3.9.: percentage gescheiden en verweduwde personen per gemeente in Midden-Limburg



Figuur 3.10.: de feitelijke sterftekans gedeeld door de op basis van de Nederlandse populatie verwachte sterftekans per gemeente in Midden-Limburg



Tabel 3.4.: bevolkingsprognoses per leeftijdsgroep in Midden-Limburg, Limburg en Nederland, (middenvariant, inclusief migratie)

	1985		1990		2000		
	abs.x1000	%	abs.x1000	%	abs.x1000	%	
0-19 jaar	ML	58,489	28,2	53,223	24,9	52,420	23,6
	L	298	27,1	272	24,2	264	22,8
	NL	4166	28,6	3932	26,2	3960	25,3
20-64 jaar	ML	128,260	61,8	135,949	63,7	140,067	62,9
	L	680	62,1	711	63,4	722	62,5
	NL	8664	59,5	9145	61,1	9596	61,4
65 jr./ouder	ML	20,796	10,0	24,232	11,4	29,993	13,5
	L	118	10,8	139	12,4	169	14,7
	NL	1730	11,9	1896	12,7	2087	13,3
totaal	ML	207,545	100	213,404	100	222,480	100
	L	1096	100	1122	100	1155	100
	NL	14560	100	14973	100	15643	100

ML = Midden-Limburg; L = Limburg; NL = Nederland

Bron: ETIL, 1983

Op grond van landelijke prognoses van het CBS heeft de Rijksplanologische Dienst provinciale prognoses gemaakt. Uitgaande van de provinciale prognose voor Limburg heeft het ETIL de provinciale bevolking volgens de zogenaamde middenvariant geregionaliseerd voor Noord-, Midden- en Zuid-Limburg (ETIL, 1983). Deze middenvariant is gebaseerd op voor de toekomst meest waarschijnlijke waarden voor geboorte, sterfte en migratie.

Tabel 3.4 geeft de ontwikkelingen van de leeftijdsopbouw van de bevolking in Midden-Limburg, Limburg en Nederland weer.

De groei van de bevolking in Midden-Limburg is iets lager dan landelijk maar hoger dan in de provincie (uitgaande van 1985 als 100%, dan komen we voor het jaar 2000 op de volgende cijfers: Midden-Limburg is 107,2%; Limburg is 105,4%; Nederland is 107,4%). Zowel in

Nederland als in Limburg veroudert de bevolking. Het aandeel van de jongeren daalt en dat van de 20-64 jarigen stijgt evenals dat van de oudste leeftijdsgroep.

In Midden-Limburg groeit het aandeel van de bejaarden sneller dan landelijk maar langzamer dan provinciaal. Voor de behoefte aan eerstelijnsvoorzieningen is dit uiteraard een belangrijk gegeven.



In dit deel behandelen we vraagstukken rond de structuur en het functioneren van de verschillende beroepsgroepen in de eerstelijnszorg. Eerst komen daarbij de vier kerndisciplines aan bod. Hoofdstuk 4 handelt over de huisarts, hoofdstuk 5 over de wijkverpleging, hoofdstuk 6 over de gezinszorg en hoofdstuk 7 over het algemeen maatschappelijk werk. In hoofdstuk 8 behandelen we 'overige' beroepen in de eerstelijnszorg: fysiotherapie, tandartsen, apothekers en verloskundigen. Elk hoofdstuk begint met een overzicht van de onderwerpen die aan bod zullen komen.



## 4. DE HUISARTS

### Paragraafindeling:

- 4.1. Aanbod
- 4.2. Spreiding
- 4.3. Dichtheid in heel Midden-Limburg
- 4.4. Verschillen in dichtheid binnen Midden-Limburg
- 4.5. Patiëntenstromen binnen Midden-Limburg
- 4.6. Bereikbaarheid, concentratie van praktijkpopulaties en reistijd
  - 4.6.1. Inleiding
  - 4.6.2. Bereikbaarheid vanuit de spreiding van praktijkpunten bezien
  - 4.6.3. Bereikbaarheid in het landelijke deel van Midden-Limburg
  - 4.6.4. Bereikbaarheid in Weert en Roermond
  - 4.6.5. Concentratie van praktijkpopulaties
  - 4.6.6. Reistijd
- 4.7. Geschatte vraag en aanbod voor heel Midden-Limburg
- 4.8. Verschillen in geschatte vraag en aanbod binnen Midden-Limburg
- 4.9. Leemtes in het aanbod volgens hulpverleners
- 4.10. Vestigingsmogelijkheden en toekomstige ontwikkelingen aan de vraagzijde
- 4.11. Samenvatting

### 4.1. Aanbod

Per januari 1986 tellen we in Midden-Limburg 89 zelfstandig gevestigde huisartsen (bron: huisartsenregistratie NIVEL). Daarnaast zijn er 8 assistent-huisartsen werkzaam. Van de 89 zelfstandig gevestigde huisartsen zijn er niet méér dan 6 van het vrouwelijke geslacht. Deze verdeling is erg scheef te noemen. De leeftijden van de geves-

tigde huisartsen zijn te vinden in tabel 4.1\*.

Van de huisartsen werken er 42 in een duopraktijk, al dan niet in een gezamenlijk praktijkgebouw met een collega. 31 Huisartsen werken solo en 16 maken deel uit van een groepspraktijk; dat wil zeggen drie of meer zelfstandig gevestigde huisartsen onder één dak\*\*. Er werken geen huisartsen in een gezondheidscentrum. 'Maasniel' dat in de regio met gezondheidscentrum wordt aangeduid voldoet niet aan de criteria, omdat de wijkverpleging niet met de huisartsen en het maatschappelijk werk onder één dak zit.

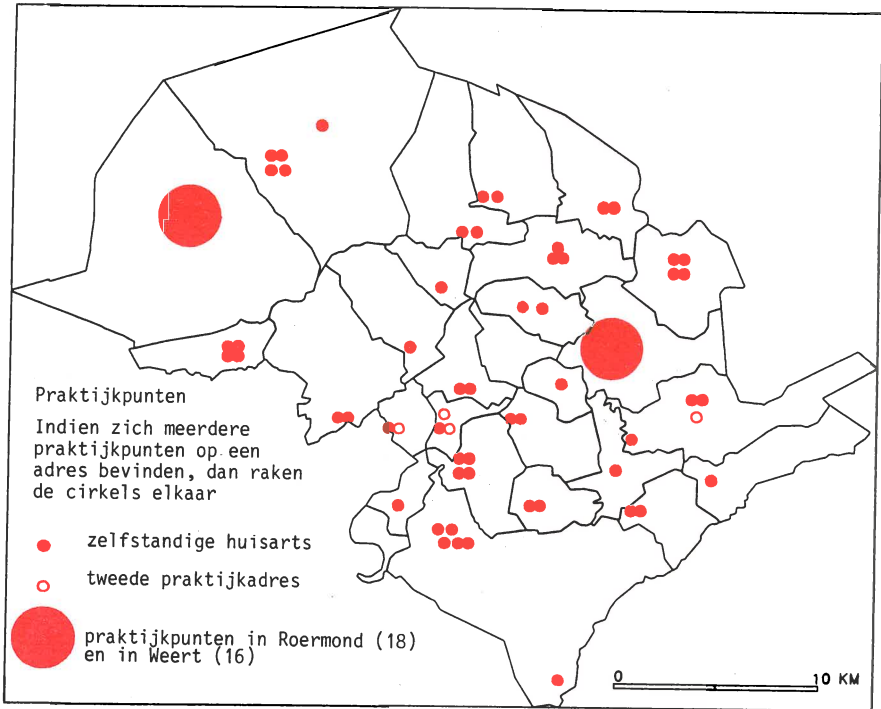
Tabel 4.1.: leeftijdsverdeling van zelfstandig gevestigde huisartsen per januari 1986

leeftijd	N	%
35 jaar of jonger	20	22
36 - 40	25	28
41 - 45	14	16
46 - 50	4	4
51 - 55	5	6
56 - 60	14	16
ouder dan 60 jaar	7	8
totaal	89	100

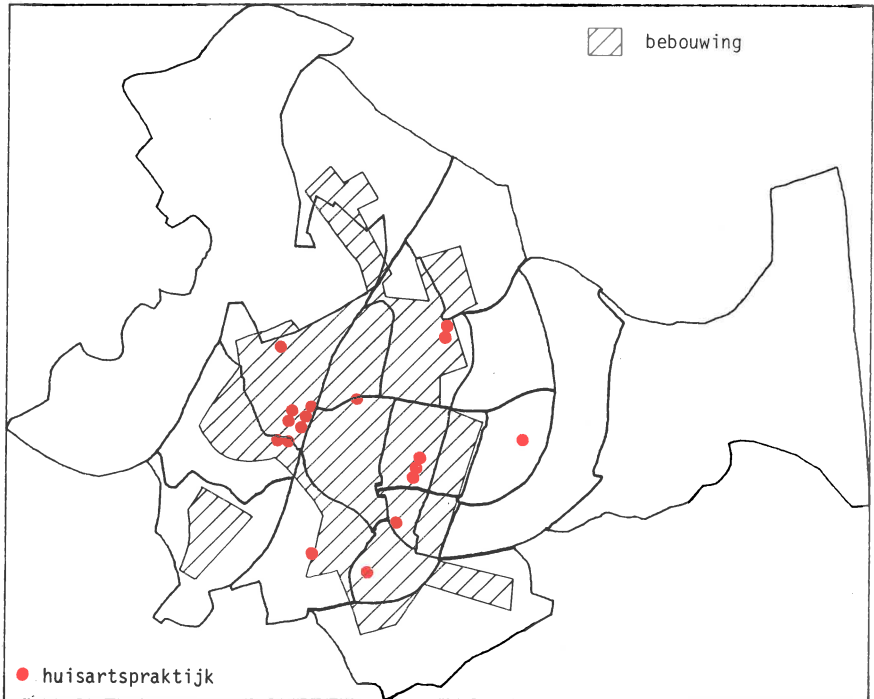
\* Vergeleken met Nederland vinden we relatief wat meer huisartsen in Midden-Limburg in de leeftijdscategorieën 60 jaar en ouder en jonger dan 35 jaar - let wel, de categorieën komen niet overeen met die in de bovenstaande tabel - (respectievelijk 10% en 16% in Midden-Limburg tegen 7% en 21% in Nederland. Bron: Hingstman en Boon, 1986).

\*\* Vergeleken met de landelijke situatie werken relatief veel meer huisartsen in Midden-Limburg in een duo- of groepspraktijk. In Midden-Limburg gaat het om 66% van de huisartsen dat in duo- of groepspraktijk werkt. Landelijk is dat 37% (Hingstman en Boon, 1986).

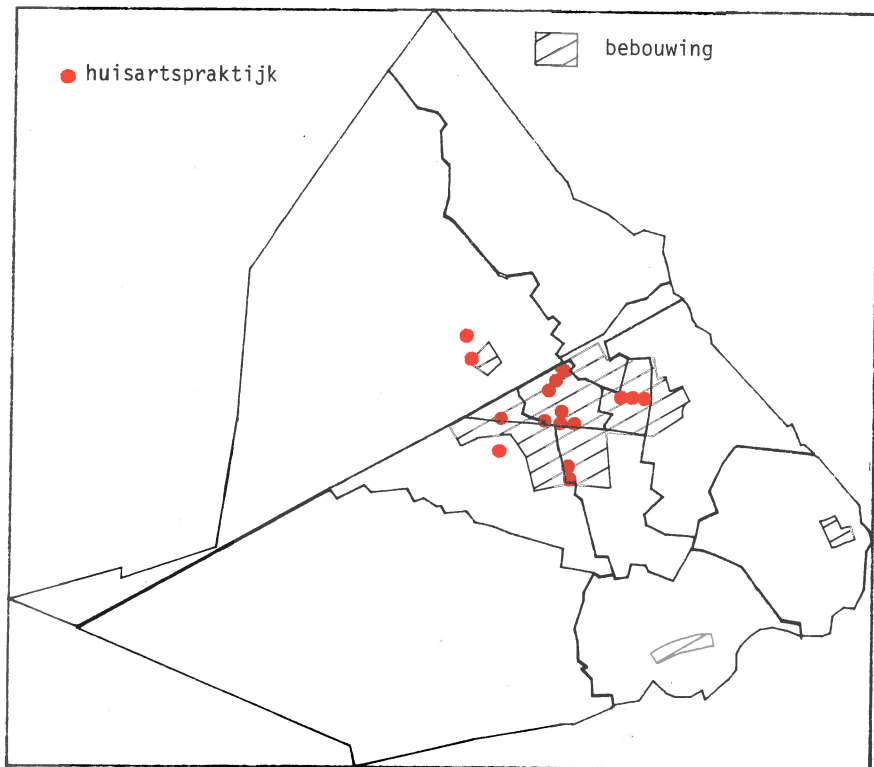
Figuur 4.1.: de ruimtelijke spreiding van de huisartsen in Midden-Limburg



Figuur 4.2.: de ruimtelijke spreiding van de huisartsen in Roermond



Figuur 4.3.: de ruimtelijke spreiding van de huisartsen in Weert



## 4.2. Spreiding

In figuur 4.1 presenteren we de ruimtelijke spreiding van huisartsen binnen Midden-Limburg. Daar waar de stippen op de kaart elkaar raken, is sprake van een samenwerkingsverband met één of meer andere huisartsen. Een blik op de kaart maakt duidelijk, dat op zichzelf genomen de spreiding van huisartsen over de verschillende gemeenten tamelijk evenwichtig te noemen is. Alleen in twee gemeenten met een relatief geringe bevolkingsomvang, Beegden en Ohé en Laak, is geen huisarts gevestigd. Zij liggen echter dicht in de buurt van gemeenten waar we een concentratie van huisartsen zien.

In figuur 4.2 en 4.3 hebben we de spreiding van praktijkadressen over de wijken van respectievelijk Roermond en Weert weergegeven. In de beide steden zijn de praktijken geconcentreerd in een aantal centraal gelegen wijken. De meeste van deze wijken liggen in de binnenstad waar men ook de grootste bevolkingsdichtheden vindt. Uitzonderingen daarop zijn de wijk Tegelarijeveld/Broekhin, de Componistenbuurt en de Planetenbuurt in Roermond waar veel mensen wonen vergeleken met het gemiddelde aantal inwoners per wijk in deze stad. In Weert zit in de dicht bevolkte wijken Leuken en Biest geen huisarts (in Leuken is wel een huisarts gevestigd net over de wijkgrens). Veel van de huisartsen in Weert en Roermond werken in duo- of groepspraktijken. In Weert gaat het om 9 van de 16 zelfstandig gevestigde huisartsen en in Roermond om 12 van de 18. Dit gegeven werkt uiteraard de concentratie van praktijkadressen in de hand.

## 4.3. Dichtheid in heel Midden-Limburg

Tabel 4.2.: huisartsendichtheid in Midden-Limburg, Limburg en Nederland per januari 1986

	aantal inwoners	aantal zelfst. gevestigde huisartsen	aantal inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts
Midden-Limburg	205.408*	89	2308
Provincie Limburg	1.088.111**	468**	2325
Nederland	14.525.844**	6138**	2366

\* Bron: CBS, Hoofdafdeling Bevolkingsstatistiek.

\*\* Bron: Hingstman, Boon (1986).



Per januari 1986 waren er in Midden-Limburg 4,33 zelfstandig gevestigde huisartsen per 10.000 inwoners. Draaien we het om, dan betekent dat 2308 inwoners per huisarts. In de Nota Eerstelijnszorg hanteert men als norm: Eén huisarts op 2200 à 2400 inwoners. Midden-Limburg valt dus binnen deze grenzen. Tabel 4.2 laat zien hoe Midden-Limburg ervoor staat vergeleken met de hele provincie Limburg en heel Nederland.

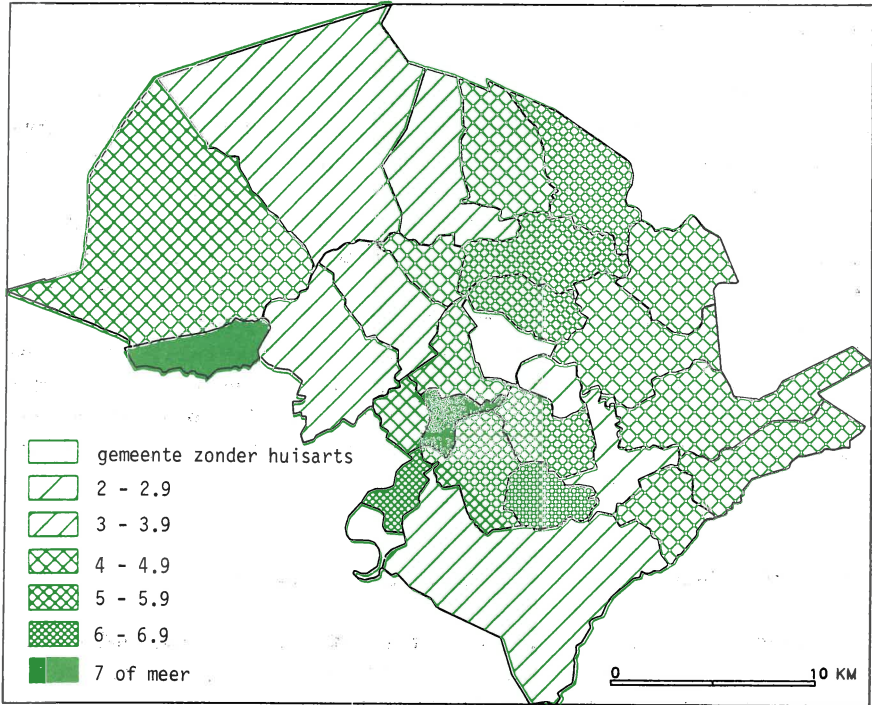
De tabel maakt duidelijk, dat Midden-Limburg iets beter van huisartsen voorzien is dan de provincie Limburg als geheel. Ten opzichte van heel Nederland wordt dit verschil nog wat groter.

Bij het beschouwen van de huisartsendichtheid zouden we strikt genomen rekening moeten houden met de patiëntenstromen in en uit het onderhavige gebied. Daarbij moeten we overigens vooraf opmerken, dat het vestigingsbesluit voor huisartsen daar geen rekening mee houdt. We hebben van de patiëntenstromen vanuit en naar Midden-Limburg geen studie gemaakt. Gezien het feit dat het gebied oostelijk en westelijk wat zit ingeklemd tussen de landsgrenzen en gezien het feit dat in het noorden en zuiden geen grote verstedelijkte gebieden direct tegen de rand van het gebied liggen, mogen we de in- en uitstroom waarschijnlijk verwaarlozen.

#### **4.4. Verschillen in dichtheid binnen Midden-Limburg**

We hebben hierboven de huisartsendichtheid voor het hele gebied bekeken. We zullen daar nu echter meer gedetailleerd op ingaan. Het is namelijk de vraag of de huisartsenzorg evenwichtig gespreid is over de verschillende gemeenten. De eerder besproken spreidingskaart geeft daar weliswaar een tamelijk positief antwoord op, maar er is in dat geval geen rekening gehouden met de inwonersaantallen per gemeente. Nu is er wat voor te zeggen om bij het bestuderen van de huisartsendichtheid per gemeente het patiëntenverkeer tussen de gemeenten te betrekken. (Dat aspect zullen we verderop ook onder de loep nemen.) Maar er is ook wat tegen. In de eerste plaats kan men het standpunt innemen, dat huisartsen daar gevestigd dienen te zijn waar hun patiënten wonen. En al is er dan misschien geen aanleiding om bestaande situaties te veranderen, bij nieuwe vestigingen kan men daar dan rekening mee houden. Anders gezegd: Argumenten in verband met de spreiding van huisartsen kunnen dan wel niet de vestigingsmogelijkheden bepalen; zijn er vestigingen aan de orde, dan kunnen ze wel meewegen bij het bepalen van de plaats waarvoor een vergun-

figuur 4.4.: huisartsendichtheid per gemeente in Midden-Limburg (aantal huisartsen per 1000 inwoners per gemeente, exclusief assistent-huisartsen, gecorrigeerd voor tweede praktijkadres)



Tabel 4.3.: aanbod van huisartsgeneeskundige zorg per gemeente per januari 1986\* (wijzigingen na die tijd zijn niet meegenomen)

gemeente	1	2	3	4	5	6	7
Baexem	1	1	4,3	4,3	2348	17	-
Beegden	-	-	-	-	-	-	-
Echt	6	6	3,6	3,6	2813	22	+
Grathem	1	2	3,6	7,1	2809	21	+
Haelen	3	3	5,1	5,1	1945	8	-
Heel/Panheel	2	3	4,6	6,8	2201	15	-
Herten	1	1	3,0	3,0	3339	25	+
Heythuysen	2	2	3,5	3,5	2888	23	+
Horn	2	2	5,2	5,2	1928	7	-
Hunsel	2	2	3,7	3,7	2683	20	+
Linne	2	3	5,3	7,9	1894	6	-
Maasbracht	4	4	5,0	5,0	1993	9	-
Melick/ Herkenbosch	3,5	3,5	4,8	4,8	2084	10	-
Montfort	2	2	6,6	6,6	1507	3	-
Nederweert	5	6	3,4	4,0	2981	24	+
Neer	2	2	5,8	5,8	1731	5	-
Ohé en Laak	-	-	-	-	-	-	-
Posterholt	2	2	4,8	4,8	2101	11	-
Roermond	18	20	4,7	5,2	2129	13	-
Roggel	2	2	4,6	4,6	2154	14	-
St. Odiliën- berg	1	1	2,9	2,9	3432	26	+
Stevensweert	1	2	6,5	13,0	1538	4	-
Stramproy	4	5	8,4	10,5	1196	2	-
Swalmen	4	4	4,7	4,7	2108	12	-
Thorn	1,5	1,5	4,3	4,3	2308	16	-
Vlodrop	1	1	4,1	4,1	2464	18	+
Weert	16	16	4,1	4,1	2471	19	+
Wessem	2	2	9,4	9,4	1070	1	-
Midden- Limburg	87	92	4,3	4,7	2308		

Bron: NIVEL-registratiesysteem van huisartsen.

(Verklaringen behorende bij deze tabel op volgende bladzijde.)

(vervolg tabel 4.3.:)

- \* 4 huisartsen hebben een tweede praktijkadres; zij zijn in de gemeente waar het tweede adres is voor 0,5 meegerekend en in de gemeente waar de hoofdvestiging is 'gewoon' voor 1.
- 1 = Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen.
- 2 = Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen + assistent-huisartsen.
- 3 = Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen per 10.000 inwoners.
- 4 = Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen + assistent-huisartsen per 10.000 inwoners.
- 5 = Aantal inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts.
- 6 = Rangorde naar inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts.
- 7 = Meer (+) of minder (-) dan 2350 inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts.

ning wordt afgegeven. In de tweede plaats is er een minder belangrijk, maar formeel wel geldig argument om de vestigingsmogelijkheden per gemeente te bezien. In de WVG is namelijk bepaald dat gemeenten het aantal vestigingsplaatsen dienen vast te stellen op basis van de totale aantallen inwoners van de gemeenten in een zogeheten WGR-regio. De Wet Gemeenschappelijke Regelingen, waarin deze regio's worden vastgesteld, biedt gemeenten echter een ontsnappingsmogelijkheid. Een gemeente kan namelijk ontheven worden van deelname aan gemeenschappelijke regelingen en kan alleen of samen met één of meer andere gemeenten in de regio te werk gaan.

Tabel 4.3 geeft een overzicht van de huisartsendichtheid per gemeente per januari 1986. (Een grafische weergave is te vinden in figuur 4.4.) Deze dichtheid blijkt nogal sterk te variëren. Zoals we al zagen, zijn er geen vestigingen in Beegden en Ohé en Laak. In gemeenten waar wel huisartspraktijken zijn, varieert de dichtheid tussen 2,9 en 9,3 per 10.000 inwoners (kolom 3). De negen gemeenten met relatief de minste huisartsen zijn in volgorde van laag naar hoog: St. Odiliënberg, Herten, Nederweert, Heythuysen, Echt, Grathem, Hunsel, Weert en Vlodrop. De negen gemeenten met relatief de meeste huisartsen zijn in volgorde van hoog naar laag: Wessems, Stramproy, Montfort, Stevensweert, Neer, Thorn, Linne, Horn en Haelen. Het gehele streekgewest Weert en het totale stadsgewest Roermond verschillen nauwelijks qua huisartsendichtheid, zeker als we de assistent-huisartsen meetellen.

Voor een juiste interpretatie van de bovenbeschreven relatieve verschillen in huisartsendichtheid is het van belang een goed inzicht te hebben in de lokale omstandigheden. Wij volstaan hier dan ook met

het presenteren van de uitkomsten van de uitgevoerde rekensommen.

#### **4.5. Patiëntenstromen binnen Midden-Limburg**

Om een goed beeld te hebben van de situatie met betrekking tot de huisartsendichtheid in het onderzoeksgebied, is het van belang om ook te kijken naar de patiëntenstromen tussen gemeenten in Midden-Limburg. We stellen ons daarbij de vraag in welke mate het voorkomt dat patiënten een huisarts hebben die in een andere gemeente praktisch houdt dan waar de patiënten wonen. We hebben uit twee bronnen informatie beschikbaar die in dit verband van belang zijn. In de eerste plaats zijn dat de schriftelijke enquêtes onder de wijkverpleegkundigen. Op grond van informatie die van deze hulpverleners verkregen is, is het mogelijk om in heel globale termen iets te zeggen over de patiëntenstromen in Midden-Limburg. In de tweede plaats is er meer nauwkeurige informatie uit de telefonische enquêtes onder de bevolking van Weert, Roermond, Melick/Herkenbosch, Herten en St. Odiliënberg. De laatste drie gemeenten liggen in de directe omgeving van Roermond. Op grond van de telefonische enquêtes is het mogelijk om het patiëntenverkeer, dat specifiek tussen Roermond en de genoemde kleinere gemeentes plaatsvindt\*, vrij nauwkeurig in kaart te brengen. Bovendien kunnen we voor Weert de uitstroom van patiënten bezien. We zullen de beide hierboven genoemde excersities hierna verder bespreken.

Wijkverpleegkundigen werken in een bepaalde wijk. Dat is, zoals we verderop in dit rapport zullen zien, een afgebakend werkgebied van zo'n 2500 tot 3000 inwoners. In de enquête is aan elke wijkverpleegkundige gevraagd welke huisartsen patiënten in haar wijk hebben en in welke mate (uitgedrukt in het percentage van de totale bevolking in de wijk). Zo kan, uitgaande van de wijkverpleegkundige wijken, een beeld verkregen worden, waar de patiënten van huisartsen zitten. Aan de andere kant weten we in welke gemeente het praktijkadres van een huisarts is. De combinatie van deze gegevens maakt het mogelijk om in globale zin een beeld te verkrijgen van de patiëntenstromen. Globaal, omdat de informatie van wijkverpleegkundigen onnauw-

\* Uit contacten met personen in het onderzoeksveld was naar voren gekomen dat specifiek in deze gemeenten patiëntenverkeer zou plaatsvinden.

keurigheden kan bevatten\*. Bovendien hebben niet alle wijkverpleegkundigen de benodigde informatie verstrekt, zodat het beeld dat ontstaat wat incompleet is. En een ander en belangrijker punt, dat in dit verband speelt, is dat we hier de zaken willen bezien op het niveau van de gemeenten, terwijl niet altijd de grenzen van een wijkverpleegkundige wijk (of combinatie van wijken) min of meer exact samenvallen met de gemeentegrens. De informatie over wijken is dus niet altijd transformeerbaar naar gemeenten.

De informatie die we op boven aangeduide wijze verkregen hebben, is vooral bruikbaar en/of relevant voor het landelijke deel van Midden-Limburg buiten de steden Weert en Roermond. Van de 14 wijken in Weert, ontbreekt namelijk informatie uit de enquêtes, omdat de wijkverpleegkundigen van de regionale kruisvereniging Weert de betreffende vraag niet hebben ingevuld. En voor de 15 wijken in Roermond staat ons meer nauwkeurige informatie ter beschikking op grond van de telefonische enquête onder de bevolking.

Als we Weert en Roermond buiten beschouwing laten, dan resteren 38 wijken. Van 31 van deze 38 hebben we de benodigde informatie. Omdat de wijkgrenzen lang niet altijd gelijk lopen met de gemeentegrenzen, kunnen we echter over niet meer dan ongeveer 14 van 26 landelijke gemeenten wat zeggen aangaande het patiëntenverkeer.

Veelal blijkt in deze plaatsen minstens tweederde deel van de bevolking een huisarts in de eigen woonplaats te hebben. Dat lijkt op basis van de beschikbare informatie in elk geval te gelden voor: Vludrop, Montfort, Thorn, Roggel, Wessum en Posterholt. Hierbij willen we aantekenen, dat we van de gemeenten Montfort, Thorn en Wessum in de vorige paragraaf gezien hebben dat ze tot de negen gemeenten met de hoogste huisartsen-dichtheid horen. Die lijken dus goed te zijn voorzien van huisartsgeneeskundige hulp.

Tegenover veel gemeenten met waarschijnlijk betrekkelijk weinig patiëntenverkeer, staat er een kleiner aantal waar wel grotere patiëntenstromen zijn. Hieronder volgt, zonder dat we volledig kunnen zijn, een overzicht van enkele min of meer belangrijke patiëntenstromen:

\* Dat valt overigens, zoals we in hoofdstuk 10 (paragraaf 10.5.2) 'Afstemming van werkgebieden' zullen zien, nogal mee.

St. Odiliënberg	→	* Posterholt
Horn	→	Haelen
Grathem	→	Heel, Wessem, Baexem, Stramproy
Baexem	→	Heythuysen
Heythuysen	→	Weert

Dit overzicht spreekt tamelijk voor zichzelf. Omdat op grond van de beschikbare gegevens niet goed inzicht verkregen kan worden in de omvang van de patiëntenstromen, zullen we er verder niet al te veel aandacht aan besteden.

Als we op grond van boven vermelde, tamelijk globale informatie, voor het landelijke deel van Midden-Limburg de zaken op een rijtje zetten, dan verkrijgen we het volgende beeld. Voor zover we dat op grond van de beschikbare informatie kunnen zeggen, lijkt in het algemeen niet erg sterk sprake van patiëntenverkeer tussen de gemeenten. Uiteraard hoeft dat niet te betekenen, dat de mensen in afgelegen woonkernen die geen huisarts in hun midden hebben, niet de huisarts in een aangrenzende gemeenten bezoeken en we moeten, gezien de kwaliteit van beschikbare informatie, in elk geval wat slagen om de arm houden.

Van de gegevens uit de schriftelijke enquête onder wijkverpleegkundigen stappen we nu over naar de data uit de telefonische enquête onder de bevolking. Tabel 4.4 geeft een overzicht.

In tabel 4.4 is voor de respondenten in elk van de onderzochte plaatsen aangegeven waar hun huisarts praktijk houdt. Leesvoorbeeld: 96% van de respondenten uit Weert heeft een huisarts die ook in Weert gevestigd is, terwijl 4% van de Weertse respondenten een huisarts uit een andere plaats heeft.

De tabel maakt duidelijk, dat de bevolking van Weert en Roermond praktisch in totaliteit een huisarts uit de betreffende stad zelf heeft. De geringe uitstroom uit Roermond kunnen we nog verder specificeren: 1% van de Roermonders heeft de huisarts in Herten, 1% in Melick/Herkenbosch en 3% elders.

Hoewel ook hier de meeste mensen geen huisarts uit de eigen gemeente hebben, zien we wat meer patiëntenverkeer bij de inwoners van de kleinere plaatsen. De cijfers in de tabel spreken wat dat betreft

\* Betekent 'uitstroom van patiënten naar'. In de linkerkolom staan gemeenten waar meer dan eenderde deel van de inwoners een huisarts in een andere gemeente lijkt te hebben. Niet noodzakelijk gaan die allemaal naar de gemeente(n) in de rechterkolom.

Tabel 4.4.: patiëntenverkeer in Weert, Roermond en enkele omliggende gemeenten van Roermond (in percentages)

patiënt woonachtig in .....	huisarts woonachtig in .....						
	Weert	Roer- mond	Herten	Melick/ Herken- bosch	St. Odiliën- berg	elders	totaal
Weert	96 (1)	-	-	-	-	4	100
Roermond	-	95 (1)	1	1	-	3	100
Herten	1	40 (9)	49 (9)	-	-	11 (6)	100
Melick/ Herkenbosch	-	9 (6)	1	67 (10)	1	21 (9)	100
St. Odiliën- berg	-	10 (8)	-	14 (9)	64 (12)	12 (8)	100

nagenoeg voor zichzelf. Afzonderlijk willen we hier noemen, dat 40% van de inwoners van Herten een huisarts in Roermond heeft.

Tot nu toe hebben we de resultaten besproken, zoals die rechtstreeks naar voren komen uit de steekproef. We kunnen echter ook enige nuancing aanbrengen en een bepaald betrouwbaarheidsinterval aangeven (zie ook paragraaf 2.5.2). De gegevens uit de steekproef vormen immers een schatting voor de situatie in de totale populatie waarvoor we inzicht willen krijgen in de patiëntenstromen. We hebben dat gedaan voor een betrouwbaarheid van 95%. Dat wil zeggen, dat we met 95% zekerheid kunnen zeggen, dat we een juiste uitspraak doen. Voor de belangrijke patiëntenstromen staan de betrouwbaarheidsmarges tussen haakjes vermeld.

Hoe we dit kunnen interpreteren is het beste te verduidelijken aan de hand van een voorbeeld. Op basis van de steekproefgegevens blijkt dat 96% van de respondenten in Weert een huisarts heeft die gevestigd is in Weert. De betrouwbaarheidsmarge is 1%. Dit betekent, dat we met 95% kunnen zeggen, dat tussen de 95% (96% - 1%) en 97% (96% + 1%) van de mensen woonachtig in Weert ingeschreven is bij een huisarts in Weert. Nog een (verkort weergegeven) voorbeeld: minimaal 31% en maximaal 49% van de inwoners van Herten heeft een huisarts in Roermond. Op analoge wijze kunnen ook de overige betrouwbaarheidsgrenzen worden geïnterpreteerd.

In de tabel is duidelijk te zien dat de betrouwbaarheidsmarges voor



Weert en Roermond geringer zijn dan voor de kleinere gemeenten in de omgeving van Roermond. Dat heeft met twee elkaar versterkende factoren te maken. In de eerste plaats zijn in deze kleinere gemeenten de patiënten veel minder op de huisarts in éénzelfde plaats georiënteerd. En in de tweede plaats is het aantal respondenten in de kleinere gemeenten uiteraard ook kleiner. In de formule voor het berekenen van de betrouwbaarheidsmarges\* geeft dat aanleiding tot grotere marges.

#### **4.6. Bereikbaarheid, concentratie van praktijkpopulaties en reistijd**

##### **4.6.1. Inleiding**

In deze paragraaf gaan we in op de in de titel genoemde, samenhangende drie onderwerpen. We zullen ze om te beginnen kort toelichten. Bij bereikbaarheid beperken we ons hier tot bereikbaarheid in geografische zin. Dat wil zeggen dat we kijken naar de ruimtelijke afstand tussen het praktijkpand van de huisarts en de woonadressen van zijn patiënten. We gaan niet in op bereikbaarheid in organisatorische zin. We bedoelen daarmee, dat we niet kijken naar zaken als de wijze waarop huisartsen hun spreekuur georganiseerd hebben (inloopen/of afspraakspreekuur), avond- en weekend-bereikbaarheid en dergelijke. Mede doordat de Midden-Limburgse huisartsen niet in het onderzoek geparticipeerd hebben, ontbreken de benodigde gegevens daarover.

We stellen de geografische bereikbaarheid in deze paragraaf op drie manieren aan de orde. In de eerste plaats kijken we nog eens naar de spreidingsgegevens van paragraaf 4.2 vanuit de invalshoek 'bereikbaarheid van huisartsenhulp'. Dat doen we dan voor heel Midden-Limburg. In de tweede plaats kunnen hier bij het onderwerp bereikbaarheid, evenals bij de in de vorige paragraaf centraal gestelde patiëntenstromen, informatie benutten uit de schriftelijke enquêtes onder wijkverpleegkundigen. Op grond van deze enquête weten we immers in principe waar patiënten zitten ten opzichte van hun huisartsen. We zullen deze informatie benutten om een beeld te schetsen van de bereikbaarheid van huisartsenhulp in het landelijke deel van Midden-Limburg. Voor de steden Weert en Roermond beschikken we namelijk over meer gedetailleerde informatie en wel op grond van de te-

\* Zie Moors en Muilwijk (1975), p. 27.

lefonische enquêtes onder de bevolking. De informatie uit deze bevolkingsenquête is de derde invalshoek om aandacht te besteden aan bereikbaarheid.

We spraken tot nu toe over bereikbaarheid van huisartsenhulp. Dit begrip houdt verband met een ander onderwerp dat we in deze paragraaf aan de orde willen stellen, namelijk de concentratie van praktijkpopulaties van huisartsen. Het gaat dan om de vraag in hoeverre de patiënten van een huisarts geconcentreerd in een gebied rond zijn praktijkpand wonen. Bij de meest optimale concentratie zijn alle patiënten in een bepaald afgebakend gebied patiënt van huisarts X. Bij de minst optimale concentratie wonen alle patiënten van huisarts A tot en met Z kriskras door elkaar. Omdat de vraag met betrekking tot concentratie van praktijkpopulaties het meest relevant is in stedelijke gebieden, stellen we hem hier aan de orde voor Weert en Roermond. We putten de benodigde informatie uit de bevolkingsenquête.

Het derde onderwerp reistijd houdt uiteraard ook verband met bereikbaarheid. We benaderen het hier echter niet in termen van ruimtelijke positionering. We gaan daarentegen in op de tijd die individuen kwijt zijn aan het reizen naar hun huisarts.

We zullen hieronder successievelijk ingaan op de volgende onderwerpen: 'bereikbaarheid vanuit de spreiding van praktijkpunten bezien', 'bereikbaarheid in het landelijke deel van Midden-Limburg', 'bereikbaarheid in Weert en Roermond', 'concentratie van praktijkpopulaties' en 'reistijd'.

#### **4.6.2. Bereikbaarheid vanuit de spreiding van praktijkpunten bezien**

Wat valt er te zeggen over de bereikbaarheid van de huisartsen in Midden-Limburg op basis van de spreidingsgegevens? Om deze vraag te beantwoorden roepen we nogmaals afbeelding 4.1 in de herinnering op. Uit deze figuur kunnen we opmaken dat in een tweetal gemeenten, Beegden en Ohé en Laak, géén huisartsen gevestigd zijn. De dichtsbijzijnde huisarts, voor de inwoners van eerstgenoemde gemeente, vinden we in Horn of in Heel. In beide gevallen bedraagt de afstand tot de huisarts gemeten over de weg circa 2,5 km. Voor de inwoners van Ohé en Laak is de huisarts in Stevensweert de dichtsbijzijnde (circa 2 km). Wil men kunnen kiezen uit meerdere huisartsen, dan moet men naar de gemeente Echt. Hiervoor zal wel het Julianakanaal moeten worden overgestoken. De afstand bedraagt in dit geval circa 3 km.

Voor de overige gemeenten in Midden-Limburg geldt dat er minimaal één huisarts is gevestigd. Nu wil dat niet zonder meer zeggen dat de bereikbaarheid van huisartsen voor alle eventuele woonkernen in deze

gemeenten evenzeer gewaarborgd is. Het kan voorkomen dat bepaalde dorpen of woonkernen verstoken zijn van een huisartspraktijk, terwijl de afstand tot de dichtsbijzijnde praktijk in een naburige woonkern erg groot is. Dit geldt min of meer voor de dorpen Ell (gemeente Hunsel), Kelpen (gemeente Grathem) en Heibloem (gemeente Roggel). De inwoners van Ell moeten minimaal 6 km afleggen om bij een huisarts te komen (bijvoorbeeld in Stramproy, Neeritter (gemeente Hunsel), Grathem of de stad Weert). De dichtstbijzijnde huisarts voor de inwoners van Kelpen vinden we in de kern van Grathem (circa 4 km) of in Baexem (circa 5 km). Voor de inwoners van Heibloem geldt dat zij voor een huisartsenbezoek minimaal naar het centrum van Roggel moeten (circa 5 km) of naar de gemeente Meijel (circa 5 km). Een laatste witte vlek op de kaart zien we in het dorp Maria Hoop (gemeente Echt), waar de dichtsbijzijnde huisarts in Koningsbosch (gemeente Echt) of Montfort gezocht moet worden. In beide gevallen gaat het om een afstand van circa 5 km.

Vindt men een afstand van 4 à 5 kilometer tot de dichtsbijzijnde huisarts onacceptabel, dan zou in de hierboven genoemde dorpen een huisartspraktijk gevestigd kunnen worden. De vraag is dan uiteraard of zo'n praktijk, gezien het aantal inwoners, levensvatbaar is. Bovendien moeten we vaststellen, dat met de vestiging van een nieuwe praktijk, de patiëntenaantallen in omliggende praktijken teruglopen. Misschien is de verplaatsing van een praktijkadres daarom meer op zijn plaats, of een andere mogelijkheid is het creëren van extra spreekuurpunten. In elk geval dienen de mogelijkheden zorgvuldig van geval tot geval bekeken te worden.

#### **4.6.3. Bereikbaarheid in het landelijke deel van Midden-Limburg**

Om na te gaan hoe bereikbaar de huisartsen voor hun patiënten zijn in het landelijke deel van Midden-Limburg staat ons in principe dezelfde informatie ter beschikking als voor het beschrijven van het patiëntenverkeer (paragraaf 4.5). Per wijkverpleegkundige wijk weten we in principe welke huisartsen in welke mate patiënten hebben in deze wijk. We kunnen op grond van deze informatie iets zeggen over de afstand tussen het praktijkpand van de huisarts en de woonadressen van zijn patiënten. We zullen dat doen op basis van een tamelijk ruwe maat, namelijk het percentage van de bevolking in een wijk dat een huisarts heeft die gevestigd is in dezelfde wijk. We noemen dat de bereikbaarheidsscore van een wijk. We nemen met deze maat enige onnauwkeurigheid voor lief. In de eerste plaats kan het bijvoorbeeld zo zijn, dat een huisarts die nabij de rand van een wijk gevestigd is zijn patiënten toch dichtbij heeft zitten, namelijk direct over

de wijkgrens in de aangrenzende wijk. De voorgestelde maat geeft echter, ondanks deze theoretisch mogelijke onnauwkeurigheid een aardig beeld van de bereikbaarheid. Voor zover ons bekend is, komt het namelijk in het landelijke deel van Midden-Limburg betrekkelijk zelden voor dat een huisarts tegen de grens van de wijkverpleegkundige wijk zit. Een tweede onnauwkeurigheid van de bereikbaarheidsscore houdt verband met de verschillen in uitgestrektheid van de wijken. In grotere wijken betekent een hoog percentage patiënten met huisarts in de eigen wijk iets anders dan in kleinere wijken. Nu verschillen de wijken nog wel eens van grootte, maar in grote wijken zijn vaak grote delen waar praktisch geen mensen wonen. Precies komen we hier dus niet uit. Maar we beschouwen de huidige excersitie toch als een zinnige uitbreiding van hetgeen we over de bereikbaarheid van huisartsen weten op grond van de spreidingsgegevens. We zullen de berekende bereikbaarheidsscores hieronder groepsgewijs bespreken voor elk van de werkgebieden van de vier erkende kruisorganisaties.\* Daarbij moeten we, evenals in paragraaf 4.5, aantekenen dat van de regionale kruisvereniging Weert met betrekking tot de onderhavige kwestie geen informatie beschikbaar is.

#### **De regionale kruisvereniging Oostelijk Midden-Limburg**

Er zijn 16 wijkverpleegkundige wijken in het werkgebied van deze erkende kruisorganisatie. Van 13 wijken hebben we relevante informatie. Vier wijken hebben we ten behoeve van de analyse samengevoegd; twee wijken in de kern Echt en twee wijken samen de gemeente Maasbracht uitmakend. Elf wijken leveren aldus een score op. In acht wijken heeft meer dan 70% van de bevolking een huisarts woonachtig in dezelfde wijk. Wijken met een iets lage(re) bereikbaarheidsscore zijn: St. Odiliënberg\*\*, Melick en Koningsbosch/Mariahoop (respectievelijk 50%, 60% en 60%). In Maasbracht en Linne is de totale bevolking toevertrouwd aan de zorg van de in de gemeenten woonachtige huisarts(en). De geografische bereikbaarheid van de huisarts voor de mensen woonachtig in dit werkgebied is aldus, voor zover valt af te leiden uit voornoemde gegevens, bevredigend te noemen.

\* Voor uitleg over deze werkgebieden zie paragraaf 5.1. van dit hoofdstuk.

\*\* Volgens informatie uit de telefonische enquête bedraagt dit percentage voor St. Odiliënberg minimaal 52% en maximaal 76%.

### **De regionale kruisvereniging Leudal- en Thornerkwartier**

We beschikken hier over informatie bij 13 van de 18 bestaande wijken. We hebben ook hier weer een aantal wijken samengevoegd, te weten: Buggenum, Nunhem en Haelen, verder zijn nog twee wijken in Horn en twee wijken in Neer samen genomen.

De bereikbaarheid van de huisarts in deze regio is in het algemeen minder bevredigend te noemen dan in het voorafgaande werkgebied. Wijken met een hoge bereikbaarheidsscore (hoog percentage van de bevolking met een huisarts in dezelfde wijk) zijn: Neer, Wesem, Thorn en Buggenum/Haelen (respectievelijk 100%, 90%, 90% en 90%). Het aantal wijken met een relatief lage bereikbaarheidsscore is echter groter; Beegden (0%), Hunsel/Ell (0%), Baexem/Leveroy (25%), Grathem/Kelpen (40%) en Horn (50%).

### **De regionale kruisvereniging Roermond**

We hebben van deze erkende kruisorganisatie zowel gegevens over de stad Roermond als over de gemeenten Swalmen en Herten. Omdat we hier spreken over het landelijk deel van Midden-Limburg beperken we ons tot Swalmen en Herten. We hebben over alle vier de wijken in deze gemeenten informatie.

De gemeente Swalmen is opgedeeld in een drietal wijken. In het gebied dat ligt tussen de rijksweg en de Maas heeft 27% van de bevolking een huisarts die gevestigd is in dezelfde wijk. Het gedeelte van het dorp dat ligt tussen de rijksweg en 't oude deel van Swalmen scoort in dit opzicht met 75% veel hoger. In Boukoul (de derde wijk in de gemeente Swalmen) is géén huisarts gevestigd. De bevolking hier is patiënt van de huisartsen in één van de twee aangrenzende wijken in Swalmen.

In de wijk Herten heeft 70%\* van de bevolking een huisarts in dezelfde wijk.

Maken we op basis van de boven gepresenteerde bereikbaarheidsscores de balans op ten aanzien van de bereikbaarheid van de huisartsen in het landelijk deel van Midden-Limburg, dan kunnen we stellen dat deze bereikbaarheid over het geheel genomen redelijk is te noemen.

\* De informatie is niet in overeenstemming met de in het algemeen meer nauwkeurige informatie uit de telefonische enquête. Daar blijkt dat minimaal 41% en maximaal 57% van de bevolking in Herten een huisarts in de eigen gemeente heeft.

#### 4.6.4. Bereikbaarheid in Weert en Roermond

Op dezelfde wijze als dat voor de wijkverpleegkundige wijken in het landelijk deel van Midden-Limburg is gedaan, is ook voor de wijkverpleegkundige wijken in Weert en Roermond een bereikbaarheidsscore berekend op basis van de telefonische enquête. Deze blijkt in beide steden, vergeleken met het landelijk gebied, nogal laag uit te vallen. Gemiddeld over de wijken\*, heeft volgens onze steekproefgegevens in Roermond 16% van de bevolking in een wijk een huisarts die in de eigen wijk gevestigd is. Voor Weert is dat bijna hetzelfde percentage, te weten 14%. Rekenen we niet de wijken mee waar géén huisarts gevestigd is (7 in Weert en 8 in Roermond, als het om de wijkverpleegkundige wijken gaat), dan stijgt het percentage in Weert tot 28% en in Roermond tot 30%. Echt veel beter wordt de bereikbaarheidsscore daar dus niet van.

Omdat voor de wijken in Roermond en Weert de kans groot is dat huisartsen aan de rand van een wijk van de wijkverpleging wonen, waardoor de bereikbaarheidsscore flink daalt, hebben we Weert en Roermond ook nog eens opgedeeld in vier grotere wijkblokken\*\*, elk bestaande uit twee tot vier wijken. Men zou mogen verwachten, dat door deze operatie de gemiddelde bereikbaarheidsscore voor de wijkblokken in elk van de steden aanzienlijk hoger is dan voor de afzonderlijke wijken. In de praktijk is dit echter niet het geval. In Weert bedraagt de gemiddelde bereikbaarheidsscore voor de wijkblokken 46% en in Roermond 41%.

We mogen al met al concluderen, dat maar betrekkelijk weinig mensen in Weert en Roermond een huisarts hebben die bij hen om de hoek woont. Uiteraard zegt dat hier in de stedelijke gebieden veel minder

\* Korthedshalve vermelden we hier in de tekst alleen het gemiddelde. We hebben echter, evenals bij tabel 4.4, 95-procents betrouwbaarheidsmarges berekend. Deze marges liggen voor de verschillende wijken in Weert en Roermond waarvoor bereikbaarheidsscores konden worden berekend tussen de 3 en 7%, met in beide steden een gemiddelde marge van ongeveer 5%. We kunnen dus met 95% zekerheid stellen, dat de gemiddelde bereikbaarheidsscores in de populaties van beide steden niet meer dan 5% naar boven of beneden zullen afwijken, ten opzichte van de gemiddelden die hier op basis van steekproefgegevens gepresenteerd worden.

\*\* Voor exacte informatie over de samenstelling van de wijkblokken zie hoofdstuk 10 (paragraaf 10.5.1) over de afstemming van werkgebieden.

dan in een landelijke omgeving dat de huisarts echt ver verwijderd is. Daarvoor zijn de afstanden in steden van de huidige omvang te betrekkelijk. Het resultaat geeft al wel iets aan over de mate waarin de praktijkpopulaties van de Roermondse en Weertse huisartsen geconcentreerd zijn. Dat lijkt niet al te zeer het geval. We zullen daar hieronder dieper op ingaan.

#### **4.6.5. Concentratie van praktijkpopulaties**

Tot nu toe keken we naar de bereikbaarheid van de huisarts voor de mensen die in een wijkverpleegkundige wijk wonen. We kunnen het met de beschikbare gegevens ook omdraaien en voor de Weertse en Roermondse huisartsen uitrekenen hoeveel procent van hun patiënten in dezelfde wijk woont als waar de huisarts praktijk houdt. Voor de 16 huisartsen, die gevestigd zijn in Weert, komen we dan uit op een gemiddelde van 10%. Voor de 18 Roermondse huisartsen op een gemiddelde van 16%\*. Dit zijn duidelijk percentages die aan de lage kant zijn en die er op wijzen dat de praktijkpopulaties van huisartsen weinig geconcentreerd zijn.

Misschien moeten we ook hier zeggen dat we te streng zijn, als we kijken naar de afzonderlijke wijken van de wijkverpleegkundigen. Daarom hebben we ook weer de percentages berekend uitgaande van wijkblokken. Voor de Weertse huisartsen vinden we dan dat gemiddeld genomen 46% van de patiënten in het eigen wijkblok woont (variatie coëfficiënt: 41,9). Voor de Roermondse huisartsen is het percentage iets lager, te weten 42% (variatie coëfficiënt: 41,7\*). Om een indruk te krijgen van de onderlinge verschillen tussen huisartsen, kunnen we aangeven dat er in elk van beide steden zes huisartsen zijn die de helft of meer van de patiënten in het eigen wijkblok heeft wonen.

Als we de hier vermelde cijfers voor de wijkblokken bezien, dan kunnen we constateren dat het beeld iets gunstiger wordt dan wanneer we

\* Ook hier hebben we weer 95-procent betrouwbaarheidsmarges berekend (zie ook tabel 4.4). In beide steden liggen de marges tussen de 2 en 6% met een gemiddelde marge van 4%. We kunnen dus met 95% zekerheid stellen, dat het gemiddelde percentage patiënten in de eigen wijk in de populaties van beide steden niet meer dan 4% naar beneden of naar boven zal afwijken ten opzichte van de gemiddelden die hier op basis van steekproefgegevens gepresenteerd worden. Bij de wijkblokken zijn de marges nog kleiner door het relatief grotere aantal respondenten per wijkblok.

de afzonderlijke wijken als uitgangspunt nemen. Tegelijk moeten we echter ook bij deze grovere indicatie stellen dat er geen sprake is van een aanzienlijke concentratie van de praktijkpopulatie van huisartsen. In gewoon Nederlands gezegd: de patiënten van de Roermondse en Weertse huisartsen wonen in beide gevallen behoorlijk kriskras door de stad. Uiteraard is dat een ongunstige situatie om tot afstemming van werkgebieden met andere disciplines te komen. We komen daar in hoofdstuk 10 op terug.

#### 4.6.6. Reistijd

We spraken hierboven voor de steden Weert en Roermond over de bereikbaarheid van huisartsen en de concentratie van praktijkpopulaties in termen van afstand tussen de huisartspraktijk en de woonadressen van de patiënten. Voor de situatie in Weert en Roermond beschikken we echter op grond van de telefonische enquêtes ook nog over een ander gegeven. We hebben de respondenten namelijk de vraag voorgelegd: hoe lang duurt gemiddeld genomen de reis van Uw woning naar de huisarts! Daarbij ging het, zoals in de toelichting werd vermeld, om de reistijd uitgaande van het meest gebruikelijke vervoermiddel. We zullen hieronder de belangrijkste resultaten rond deze vraag beschrijven. We betrekken daarin ook de gegevens van de respondenten uit de omliggende gemeenten van Roermond om enigszins een vergelijking tussen stedelijke en landelijke gebieden te kunnen maken.

Gemiddeld genomen bedraagt de reistijd 7,24 minuten (standaarddeviatie 5,5).<sup>\*</sup> Negentig procent van de mensen reist niet langer dan gedurende 10 minuten. Slechts 4% geeft als reistijd een kwartier of langer op, waarbij de vraag aan de orde is of dit geen mensen zijn met een huisarts (ver) buiten hun eigen woonplaats.

Als we de gemiddelde reistijd voor Weert en Roermond afzonderlijk bezien, dan bemerken we dat de reistijd in Weert nauwelijks korter is dan in Roermond (respectievelijk 7,3 en 7,5 minuten). In de omliggende plaatsen van Roermond zien we echter veelal wel een wat kortere reistijd (Herten: 7,7 minuten<sup>\*\*</sup>, Melick/Herkenbosch 5,6

\* De 95-procents betrouwbaarheidsmarge is .22. We kunnen dus met 95% zekerheid zeggen, dat de gemiddelde reistijd voor de populatie van Weert en Roermond tussen 5,28 en 5,72 minuten ligt (zie ook tabel 4.4).

\*\* Hier is een grote uitstroom van patiënten naar Roermond, wat een wat langere reistijd in de hand werkt.



minuten; St. Odiliënberg 6,1 minuten). Waarschijnlijk is dat een gevolg van de relatief kleinere afstanden in kleinere gemeenten. Al met al mogen we op grond van het bovenstaande vaststellen, dat de reistijd die gemoeid is met een bezoek aan de huisarts acceptabel is, waarbij we moeten aantekenen, dat we dit niet kunnen afmeten aan normen of aan de mening van de patiënt.

#### **4.7. Geschatte vraag en aanbod voor heel Midden-Limburg**

Van een aantal kenmerken van de bevolking is bekend, dat ze verband houden met het aantal bezoeken dat men brengt aan de huisarts. Zo blijkt onder meer uit analyses van gegevens uit gezondheidsenquêtes van het CBS, dat leeftijd en geslacht van invloed zijn op het aantal huisarts-patiënt-contacten (Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1984). Zonder in details te treden, kunnen we stellen, dat vrouwen, jonge kinderen en bejaarden vaker bij de huisarts komen. Een tweede variabele waarvan bekend is dat hij samenhangt met de hoeveelheid huisarts-patiënt-contacten is het percentage ziekenfondsverzekerden. Uit een publikatie van Van Vliet en Van de Ven (1986) blijkt dat ziekenfondsverzekerden 20 tot 40% meer huisartsconsulten hebben dan particulieren; een verschil dat overigens weer voor een aanzienlijk deel bepaald wordt door afwijkende vraagbepalende kenmerken van ziekenfondspatiënten.

Op basis van de leeftijds-geslachts-opbouw van de bevolking en het percentage ziekenfondsverzekerden, kunnen globale schattingen gemaakt worden van aantal huisarts-patiënt-contacten in Midden-Limburg.\* Globaal, omdat leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm niet

\* Uit de gezondheidsenquête is voor 1981 en 1982 de proportie huisarts-patiënt-contacten per leeftijds-geslachts-categorie in heel Nederland bekend. We kennen het aantal personen per leeftijds-geslachts-categorie in Midden-Limburg (peiljaar: 1985; bron: CBS, Hoofdafdeling Bevolkingsstatistiek). Door deze aantallen te vermenigvuldigen met de betreffende proportie, krijgen we een schatting van het aantal huisarts-patiënt-contacten in Midden-Limburg. Voor een schatting van de contacten op basis van het percentage ziekenfondspatiënten, wordt op analoge wijze te werk gegaan (Bron: percentage ziekenfondsverzekerden in Nederland: Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 1984; peiljaar 1981. Bron: percentage ziekenfondsverzekerden Midden-Limburg: VNZ; peiljaar 1984).

alle variabelen zijn waarvan bekend is dat ze van invloed zijn op het gebruik dat men maakt van huisarts-geneeskundige hulp. In het kader van de huidige studie, waar de vraagkant een minder centrale plaats heeft (vergelijk paragraaf 2.2.2), beperken we ons echter hiertoe. Ten aanzien van de nauwkeurigheid van de schatting moet verder worden opgemerkt, dat leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm in eerste instantie voorspellers zijn van de behoefte aan hulp. In welke mate deze behoefte zich vertaalt in een concrete hulpvraag wordt door nog weer andere variabelen bepaald. We bespraken deze kwestie reeds uitgebreid in paragraaf 3.3.1.

Nu de feitelijke schatting. De leeftijds-geslachts-opbouw geeft aanleiding tot de schatting van 349,6 contacten per 100 inwoners per jaar. De schatting op basis van het percentage ziekenfondsverzekerden (dat in Midden-Limburg 4% hoger ligt dan landelijk), komt bijna op hetzelfde

neer, te weten 349,5. Vergeleken met een landelijk gemiddelde van 346,5 (in 1981/1982\*) contacten per 100 inwoners per jaar, betekent dat 0,9% meer contacten in Midden-Limburg. In het licht van de mate van nauwkeurigheid van de schatting, moeten we op basis van dit geringe verschil zeggen, dat de vraag naar huisartsgeneeskundige zorg in Midden-Limburg niet veel zal afwijken van de rest van Nederland. Koppelen we dit gegeven aan het in paragraaf 4.3 geconstateerde feit dat ook het aanbod van huisartsen in Midden-Limburg niet veel afwijkt van dat in Nederland, dan kunnen we constateren dat de situatie redelijk in harmonie is. Tenminste, als in Nederland als geheel geen gebrek aan huisartshulp is, want dat is bij de schattingen steeds het uitgangspunt.

#### **4.8. Verschillen in geschatte vraag en aanbod binnen Midden-Limburg**

Op dezelfde manier als we in de vorige paragraaf voor heel Midden-Limburg gedaan hebben, kunnen we ook per gemeente een schatting maken van het aantal bezoeken dat de bevolking aan de huisarts brengt. We baseren ons dan op de leeftijds-geslachts-opbouw van de bevolking in de betreffende gemeente.\*\* Met de schatting van de

\* Een schatting voor heel Nederland per 01-01-1986 komt uit op een iets hoger cijfer, te weten 346,8.

\*\* Gegevens over de percentages ziekenfondsverzekerden voor de inwoners van afzonderlijke gemeenten ontbreken.

vraag naar huisartsgeneeskundige hulp in de hand, kunnen we dan nog eens kijken naar de huisartsendichtheid van de gemeente. De redenering achter deze operatie bespraken we al in paragraaf 4.4. De essentie is het belang dat wordt toegekend aan een evenwichtige spreiding van huisartsen in het licht van de zorgbehoefte. Daarbij gaan we voorbij aan de bestaande patiëntenstromen tussen de gemeenten. Uiteraard betreft het hier dan een theoretische exercitie, die alleen aandachtspunten voor de praktijk kan opleveren. Het feitelijk belang van deze aandachtspunten kan alleen worden ingeschat, als men zeer goed op de hoogte is van de locale omstandigheden. Wij laten dat hier verder gaan.

We hebben per gemeente een schatting gemaakt van het aantal huisarts-patiënt-contacten per 100 inwoners. Dit aantal is gerelateerd

Tabel 4.5.a.: overzicht van de relatie tussen vraag en aanbod op gemeenteniveau\*

huisartsen dichtheid	geschatte vraag:		
	hoog (rangorde 1-9)	gemiddeld (rangorde 10-17)	laag (rangorde 18-26)
hoog (rangorde 1-9)	Stevensweert Maasbracht Linne	Wessem Horn	Montfort Melick/Herkenbosch Stramproy Neer Haelen
gemiddeld (rangorde 10-17)	Roermond Thorn	Weert Vlodrop Baexem Swalmen Heel/Panheel Posterholt	Roggel
laag (rangorde 18-26)	Herten St. Odiliënberg Echt Heythuysen		Hunsel Nederweert Grathem

\* Met uitzondering van de gemeenten Ohé en Laak en Beegden, waar géén huisartsen gevestigd zijn.

Tabel 4.5.b.: overzicht van de relatie tussen vraag en aanbod op gemeenteniveau

gemeente	percentueel verschil van een gemeente ten opzichte van heel Midden-Limburg in aantal verwachte contacten met de huisarts per 100 inwoners	percentueel verschil van een gemeente ten opzichte van heel Midden-Limburg in aantal inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts
Baexem	- 0 % (12)*	- 0,6% (17)*
Echt	+ 0,9% ( 6)	+ 19,1% (22)
Grathem	- 2,1% (24)	+ 19,0% (21)
Haelen	- 1,3% (19)	- 15,7% ( 8)
Heel/Panheel	- 0,2% (14/15)	- 6,8% (15)
Herten	+ 3,0% ( 3)	+ 41,4% (25)
Heythuysen	+ 0,5% ( 7/8)	+ 22,3% (23)
Horn	- 0,5% (17)	- 16,5% ( 7)
Hunsel	- 2,0% (22/23)	+ 13,7% (20)
Linne	+ 0,4% ( 9)	- 19,8% ( 6)
Maasbracht	+ 0,5% ( 7/8)	- 15,6% ( 9)
Melick/ Herkenbosch	- 1,8% (20)	- 11,7% (10)
Montfort	- 1,0% (18)	- 36,2% ( 3)
Nederweert	- 2,0% (22/23)	+ 26,3% (24)
Neer	- 2,7% (25)	- 26,7% ( 5)
Posterholt	- 0,2% (14/15)	- 11,0% (11)
Roermond	+ 7,4% ( 1)	- 9,8% (13)
Roggel	- 3,0% (26)	- 8,8% (14)
St. Odiliën- berg	+ 2,4% ( 4)	+ 45,4% (26)
Stevensweert	+ 1,3% ( 5)	- 35,0% ( 4)
Stramproy	- 2,0% (21)	- 49,3% ( 2)
Swalmen	- 0,1% (13)	- 10,7% (12)
Thorn	+ 4,8% ( 2)	0 % (16)
Vlodrop	+ 0,1% (11)	+ 4,4% (18)
Weert	- 0,5% (16)	+ 4,7% (19)
Wessem	+ 0,3% (10)	- 54,7% ( 1)

\* Tussen haakjes de rangorde.

aan het geschatte aantal contacten in heel Midden-Limburg. Aan de andere kant kennen we de huisartsendichtheid per gemeente in relatie tot de dichtheid in heel Midden-Limburg. Met deze combinatie van gegevens in de hand kunnen we nagaan of in gemeenten waar een hoge geschatte vraag naar huisartsenhulp is, ook sprake is van een groot aanbod aan huisartsen. Zo zou het immers moeten zijn. Tabel 4.5.a maakt duidelijk of dit in werkelijkheid ook het geval is. Tabel 4.5.b laat de cijfers zien, waarop het overzicht in tabel 4.5.a gebaseerd is.

De tabel maakt duidelijk, dat in de meeste gemeenten vraag en aanbod redelijk met elkaar in harmonie zijn. De meeste gemeenten zitten op de diagonaal van de kruistabel die van links boven naar rechts onder loopt. De meest in het oog springende uitzonderingen zijn: Herten, St. Odiliënberg, Echt en Heythuysen, waar de vraag hoog is en het aanbod laag. Aan de andere kant springen Montfort, Melick/Herkenbosch, Stramproy, Neer en Haelen eruit. Daar gaat een lage geschatte vraag samen met een hoog aanbod. Het belang van de hier boven vermelde constatering moet, zoals we al hebben opgemerkt, vooral gezien worden in het licht van de lokale omstandigheden. We laten de verdere interpretatie dan ook graag over aan de hulpverleners en bestuurders die ter plaatse bekend zijn. Wij willen hier constateren, dat het in ogenschouw nemen van de geschatte vraag informatie toevoegt aan wat we al wisten op grond van de huisartsendichtheid alleen (paragraaf 4.4). Weliswaar zijn alle gemeenten waarin (op grond hetgeen boven vermeld is) een 'overschot' aan huisartsen (aanbod hoog, vraag laag) lijkt te bestaan al genoemd bij de negen gemeenten met een hoge huisartsendichtheid; en weliswaar zagen we de gemeenten met een 'tekort' (aanbod laag, vraag hoog) aan huisartsen al bij de gemeenten met een lage huisartsendichtheid; maar niet alle negen gemeenten met een hoge huisartsendichtheid keren hier terug bij de 'overschot-gemeenten' en niet alle negen gemeenten met een lage dichtheid keren terug bij de 'tekort-gemeenten'. Blijkbaar is de hoge of lage huisartsendichtheid in een aantal gemeenten dus 'terecht', afgaande op de geschatte vraag. Maar bij de gemeenten die in de huidige paragraaf genoemd worden is iets anders aan de hand. Daar zijn veel of juist weinig huisartsen min of meer los van de lokale vraag. Waarschijnlijk moet dit dan in verband gebracht worden met

het intergemeentelijke patiëntenverkeer.\* In paragraaf 4.5 'patiëntenstromen binnen Midden-Limburg' vinden we daar ook wel aanwijzingen voor. We hebben daar niet voor alle Midden-Limburgse gemeenten gegevens over het patiëntenverkeer. Opvallend is echter, dat de gemeenten Melick/Herkenbosch, St. Odiliënberg, Heythuysen en ook Herten daar naar voren komen als gemeenten met aanzienlijke patiëntenstromen. En dat zijn dezelfde gemeenten ten aanzien waarvan in de huidige paragraaf blijkt dat op gemeenteniveau gerekend vraag en aanbod van huisartsenhulp niet met elkaar in evenwicht zijn.

Een gemeente die we nog apart willen noemen is Roermond. Weliswaar is de discrepantie tussen vraag en aanbod hier niet extreem groot, maar opvallend is wel dat hier een hoge vraag samengaat met een middelgroot aanbod. Ook hier zou in theorie het gemeentegrens-oerschrijdende patiëntenverkeer van belang kunnen zijn, maar uit paragraaf 4.5 weten we dat in Roermond nauwelijks sprake is van een uitstroom van patiënten naar andere gemeenten. Al met al lijkt het goed om de vestigingsmogelijkheden in Roermond in de toekomst extra in de gaten te houden. Afgaande op het aantal inwoners, is er op dit moment overigens geen mogelijkheid voor uitbreiding van de huisartsencapaciteit.

#### **4.9. Leemtes in het aanbod volgens de hulpverleners**

We hebben in de schriftelijke enquêtes onder hulpverleners van instellingen aan deze mensen gevraagd of er in hun werkgebied behoeften aan huisartsgeneeskundige zorg bestaan waaraan in de huidige situatie niet voldaan is. Tabel 4.6 geeft een overzicht van hun reacties. Weergegeven zijn de percentages van de hulpverleners die respectievelijk zeggen het (helemaal) eens te zijn met de uitspraak dat er een tekort aan huisartsgeneeskundige zorg bestaat tegenover de percentages die aangeven het hier (helemaal) mee oneens te zijn.

De tabel maakt duidelijk dat op een enkele wijkverpleegkundige na van de hulpverleners in instellingen praktisch niemand vindt, dat er

\* Een andere verklaring houdt verband met de mogelijkheid dat niet alle huisartsen full-time werkzaam zijn. Een kennelijke overcapaciteit aan huisartsen heeft dan te maken met het feit dat parttimers als fulltimers worden gerekend.

behoefden zijn aan huisartsgeneeskundige hulp waaraan in de huidige situatie in onvoldoende mate voldaan wordt. Uiteraard zou het interessant geweest zijn hier de mening van de huisartsen zelf te horen.

Tabel 4.6.: meningen van hulpverleners over een tekort aan huisartsgeneeskundige hulp

	percentage '(helemaal) mee eens'	percentage '(helemaal) mee oneens'	N
wijkverpleegkundigen/ wijkziekenverzorgenden leidinggevend	7	59	68
gezinsverzorging maatschappelijk werkenden	0	72	29
	0	87	15
<b>totaal</b>	<b>4</b>	<b>66</b>	<b>112</b>

#### 4.10. Vestigingsmogelijkheden en toekomstige ontwikkelingen aan de vraagzijde

We zullen nu ingaan op de vestigingsmogelijkheden voor huisartsen, zoals die voortvloeien uit het wettelijk vastgelegde vestigingsbesluit. Uitgaande van de 89 zelfstandig gevestigde huisartsen per januari 1986, zijn er in Midden-Limburg geen nieuwe vestigingen mogelijk.\* Het aantal inwoners is 4992 lager dan de kritische grens, zodat een nieuwe vestiging als gevolg van bevolkingsaanwas nog wel

\* Het aantal extra vestigingsplaatsen is als volgt berekend;  $C = H \cdot 2350$ ,  $S = B - (C + 1250)$ ,  $V = S / 2350$  waarin  $C$  = capaciteit van de huisartspraktijken in het gebied (gesteld op 2350),  $H$  = aantal zelfstandig gevestigde huisartsen,  $S$  = surplusbevolking boven de gezamenlijke capaciteit van de gevestigde huisartsen,  $V$  = aantal extra vestigingsmogelijkheden (Groenewegen, Hingstman, 1986). Passen we de formule toe voor de situatie op 01-01-1986, dan zit dat als volgt eruit.  $C = 89 \cdot 2350$ ,  $S = 205.408 - (209.150 + 1250) = -4992$ ,  $V = 0$ .

enige tijd op zich zal laten wachten. Dat geldt zeker, als er begin 1986, vóór het in werking treden van het vestigingsbesluit, nog nieuwe vestigingen hebben plaatsgevonden.

We zullen de vestigingsmogelijkheden ook bezien in het licht van de prognoses over de toekomstige bevolkingsgroei van het ETIL, zoals die aan de orde zijn geweest in hoofdstuk 3. Tabel 4.7 geeft een overzicht (en schatting, afgerond op 'hele' vestigingsplaatsen) van het aantal mogelijke vestigingen tot en met 1990, 1995 en 2000. Steeds is het aantal nieuwe vestigingen ten opzichte van de situatie per januari 1986 aangegeven; in de linker kolom zonder rekening te houden met het waarschijnlijke vertrek van de huisartsen van 65 jaar en ouder en in de rechter kolom zijn deze vervangingsvestigingen inbegrepen. Bij het schatten van het aantal toekomstige, nieuwe vestigingen gaan we steeds uit van de huidige normpraktijk van 2350 inwoners per huisarts. Wordt deze verlaagd, zoals bijvoorbeeld in de Nota 2000 (WVC, 1986) wordt aangekondigd, dan neemt het aantal vestigingsmogelijkheden uiteraard extra toe.

Tabel 4.7.: vestigingsmogelijkheden t/m het jaar 1990, 1995 en 2000

jaartal	vestigingen bevolkingsgroei	vestigingen bevolkings- groei + pensioen
1990	1	8
1995	4	25
2000	5	31

De prognoses van het ETIL geven zeer waarschijnlijk een te positief beeld van de bevolkingsgroei.\* En ook is niet duidelijk of alle huisartsen op hun vijfenzestigste levensjaar gaan rusten. Daar staat tegenover, dat wellicht een aantal van de zittende artsen om andere redenen dan de leeftijd stopt met de praktijk. In elk geval is duidelijk dat de komende 15 jaar ongeveer 33 nieuwe vestigingen aan de orde zijn.

Laten we in verband met de nieuwe vestigingen ook nog eens kijken naar de ontwikkelingen aan de vraagzijde. Op grond van de verwachte leeftijds-geslachts-opbouw van de bevolking in de jaren 1990, 1995

\* Per 01-01-1985 telde Midden-Limburg 204.797 inwoners, terwijl het ETIL er 207.545 voorspeld had.



en 2000 kunnen we een schatting maken van het aantal huisarts-patiënt-contacten. Tabel 4.8 laat deze schattingen zien voor Midden-Limburg en Nederland.

Tabel 4.8.: geschat aantal patiënt-huisarts-contacten per 100 inwoners per jaar in 1990 en 2000

jaartal	Midden-Limburg	Nederland
1990	358	358
2000	364	363

De schatting van het aantal huisarts-patiënt-contacten per 1 januari 1986 komt uit op 349,6 (zie paragraaf 4.7). Landelijk is dit 346,5. Met deze getallen als uitgangspunt, zien we een behoorlijke toename van het aantal contacten, zowel in Midden-Limburg als in heel Nederland. Voor de duidelijkheid; deze toename is een gevolg van de gewijzigde samenstelling van de bevolking, niet van de bevolkingsgroei. Betrekken we de (geschatte) omvang van de bevolking erin, dan ontstaat het volgende beeld. In Midden-Limburg hebben in 1985 naar schatting 718.106 huisarts-patiënt-contacten plaatsgevonden met 89 huisartsen; in 1990 gaat het naar schatting om 764.029 met 90 huisartsen en in 2000 om 809.137 contacten met 94 huisartsen. Per huisarts is dat in respectievelijk de jaren 1985, 1990 en 2000: 8069, 8489 en 8608 contacten op jaarbasis. Dat betekent ten opzichte van 1985 een stijging van de werkdruk voortvloeiend uit contacten van 5% in 1990 en 7% in 2000. Uiteraard moeten deze cijfers worden bijgesteld, als een verdere verlaging van de normpraktijk zou plaatsvinden.



#### 4.11. Samenvatting

In Midden-Limburg zijn 89 zelfstandig gevestigde huisartsen aanwezig. Van hen zijn er 6 van het vrouwelijke geslacht. 7 Zijn er ouder dan 60 jaar. Tweederde deel van de huisartsen werkt in een duo- of groepspraktijk, wat veel is vergeleken met de landelijke situatie. De rest werkt solo.

Qua huisartsendichtheid zit Midden-Limburg wat boven het landelijk gemiddelde. Er is één zelfstandig gevestigde huisarts per 2308 inwoners. Het gebied voldoet daarmee aan de in de Nota Eerstelijnszorg gestelde norm.

Op twee gemeenten na (Beegden en Ohé en Laak) is er in elke gemeente minstens één huisarts gevestigd. Binnen Weert en Roermond zijn enkele relatief dichtbevolkte wijken waar geen huisartspraktijk gevestigd is. In Weert gaat het om Leuken en Biest en in Roermond betreft het Tegelarijeveld/Broekhin, de Componistenbuurt en de Planetenbuurt.

Bekeken op het niveau van de afzonderlijke gemeenten is de huisartsen-dichtheid in 17 van de 28 gemeenten hoger dan 2350 inwoners per huisarts en in de rest lager. De vier gemeenten die het best zijn voorzien zijn: Wessum, Stramproy, Montfort en Stevensweert. De vier gemeenten waar we gezien het inwonertal de minste huisartsen vinden zijn: St. Odiliënberg, Herten, Nederweert en Heythuysen. Als we de bestaande patiëntenstromen tussen de gemeenten buiten beschouwing laten, lijkt aan een evenwichtige spreiding op gemeente niveau nog wel het een en ander te verbeteren. Voor een juiste gevolgtrekking uit de resultaten is het echter van belang tot in detail op de hoogte te zijn van de lokale omstandigheden. Wij volstaan hier met de constatering.

De patiëntenstromen tussen gemeenten in Midden-Limburg lijken in het algemeen niet al te groot van omvang. Voor Weert en Roermond beschikken we over vrij exacte cijfers over de uitstroom van patiënten. Die blijkt met ongeveer 4 en 5% praktisch te verwaarlozen. Op het platteland van Midden-Limburg lijkt wat meer patiëntenverkeer tussen deze gemeenten te bestaan. We moeten met deze conclusie echter voorzichtig zijn, omdat de gegevens die ons ter beschikking stonden niet helemaal geschikt zijn om de patiëntenstromen tussen gemeenten te onderzoeken. Voor zover we wel over indicaties beschikken, kunnen we voorzichtig stellen dat de verhouding tussen het aantal patiënten met een huisarts uit de eigen gemeente versus het aantal patiënten met een huisarts daarbuiten veelal is als 2 staat tot 1.

Afgaande op het percentage van de bevolking dat een huisarts in zijn eigen (wijkverpleegkundige) wijk heeft, is het in het landelijke deel van Midden-Limburg niet slecht gesteld met de bereikbaarheid van de huisarts. Blijkens de informatie van de wijkverpleging heeft in veel gevallen minstens tweederde deel van de bevolking in zo'n wijk van 2500 en 3000 inwoners een huisarts die in deze zelfde wijk gevestigd is. Er zijn wel enkele woonkernen in uitgestrekte gemeenten die geen huisarts in de directe omgeving hebben. Dat betreft: Ell, Kelpen, Heibloem en Maria Hoop. De afstand over de weg naar de dichtsbijzijnde huisarts is daar overigens maximaal 5 kilometer.

In Weert en Roermond is het aantal mensen dat een huisarts in de eigen (wijkverpleegkundige) wijk heeft veel geringer dan op het platteland. Dat blijkt uit de gegevens die we verkregen hebben door middel van een telefonische enquête onder de bevolking van deze steden. Als we de wijken waar geen huisarts gevestigd is buiten beschouwing laten, dan heeft nog niet één derde deel van de bevolking in elk van beide steden een huisarts die in de eigen wijk woont. Als we de zaak vanuit de huisarts bezien, dan krijgen we een soortgelijk beeld. Zowel in Weert als in Roermond is sprake van betrekkelijk weinig geconcentreerde praktijkpopulaties. De patiënten van de huisartsen wonen tamelijk kris-kras verspreid door de stad. Qua reistijd levert dat op het eerste gezicht echter geen al te grote problemen op. Met het meest gebruikelijke vervoermiddel doet men gemiddeld 7,3 minuten in Weert en 7,5 minuten in Roermond over een reis naar de eigen huisarts. Hoewel normen daarvoor ontbreken, lijkt dat zeer acceptabel te noemen.

We hebben op basis van de leeftijds-geslachts-opbouw van de bevolking in Midden-Limburg en het percentage ziekenfondsverzekerden een schatting gemaakt van de vraag naar huisartsgeneeskundige hulp. In beide gevallen komt de schatting uit op 349,5 huisarts-patiënt-contacten per 100 inwoners per jaar. Dat is nagenoeg dezelfde contact-frequentie als in heel Nederland. Omdat we eerder zagen, dat ook het aanbod aan huisartshulp in Midden-Limburg niet veel afwijkt van het aanbod in heel Nederland, hebben we redenen om aan te nemen, dat wat betreft vraag en aanbod een harmonieuze situatie bestaat in Midden-Limburg als geheel. We nemen de Nederlandse situatie daarbij als referentiepunt. En we moeten aantekenen dat leeftijd, geslacht en het percentage ziekenfondsverzekerden natuurlijk alleen bij benadering een schatting van de feitelijke vraag naar huisartshulp kunnen opleveren.

Behalve voor Midden-Limburg als geheel hebben we ook voor de afzonderlijke gemeenten gekeken naar het evenwicht tussen vraag en aan-

bod. Er blijken dan een aantal gemeenten te zijn waar de zaak duidelijk niet in evenwicht is. In Herten, St. Odiliënberg, Echt en Heythuysen zijn weinig huisartsen gezien de geschatte vraag naar huisartsenhulp. In Montfort, Melick/Herkenbosch, Stramproy en Neer en Haelen zien we het omgekeerde; een hoog aanbod in combinatie met relatief weinig vraag. Hoewel het gebrek aan evenwicht tussen vraag en aanbod in de hier genoemde gemeenten veel te maken lijkt te hebben met de patiëntenstromen tussen gemeenten (en mogelijk een aantal part-time werkende huisartsen), kunnen we toch de vraag stellen of de beschreven situatie uit een oogpunt van een evenwichtige spreiding van huisartsenhulp over het gebied een goede zaak is. Men kan immers redeneren, dat huisartsenhulp daar aanwezig moet zijn waar de vraag het grootst is. Hier geldt echter dat men voor het trekken van conclusies zeer goed op de hoogte moet zijn van de specifieke lokale situatie.

Nagenoeg niemand van de ondervraagde hulpverleners die werkzaam zijn binnen de instellingen voor eerstelijnsgezondheidszorg vindt dat er behoeften aan huisartsgeneeskundige hulp bestaan bij de Midden-Limburgse bevolking waaraan in de huidige situatie niet voldaan wordt.

Uitgaande van de situatie per januari 1986 zijn er voorlopig géén vestigingsmogelijkheden voor huisartsen in Midden-Limburg. We gaan dan af op het aantal huisartsen ten opzichte van het aantal inwoners. Als we rekening houden met de geschatte bevolkingsgroei en het aantal huisartsen dat met pensioen gaat, zullen er vanaf nu tot en met het jaar 1990 8 nieuwe vestigingen zijn, tot en met 1995 25 en vanaf nu tot en met 2000 zullen 31 nieuwe vestigingen plaatsvinden. Verlaging van de normpraktijk zou dit aantal verder doen stijgen.

Als we aan het eind van deze samenvatting het bovenstaande nog eens in een aantal steekwoorden samenvatten, dan krijgen we het volgende beeld:

- aanbod in heel Midden-Limburg: goed;
- spreiding binnen Midden-Limburg: redelijk, hier en daar verbeteringen mogelijk;
- patiëntenstromen: geen grote uitstroom in Weert en Roermond, verder voor zover bekend meestal beperkt patiëntenverkeer;
- concentratie van praktijkpopulaties in Weert en Roermond: patiënten van verschillende huisartsen kris-kras door de steden;
- reistijd gemoeid met een bezoek aan de huisarts: niet te lang;
- ruimte voor nieuwe vestigingen: momenteel geen, tot en met het jaar 2000 omstreeks 31.



## 5. DE WIJKVERPLEGING

Paragraafindeling:

- 5.1. Gebiedsindeling en personele samenstelling
- 5.2. Aanbod en dichtheid
- 5.3. Spreiding
- 5.4. Bereikbaarheid
- 5.5. De geschatte vraag en het aanbod
- 5.6. Toekomstige ontwikkelingen aan de vraagzijde
- 5.7. Leemtes in het aanbod volgens de hulpverleners
- 5.8. De verleende zorg
- 5.9. Samenvatting

### 5.1. Gebiedsindeling en personele samenstelling

In Midden-Limburg zijn de volgende vier erkende kruisorganisaties werkzaam:

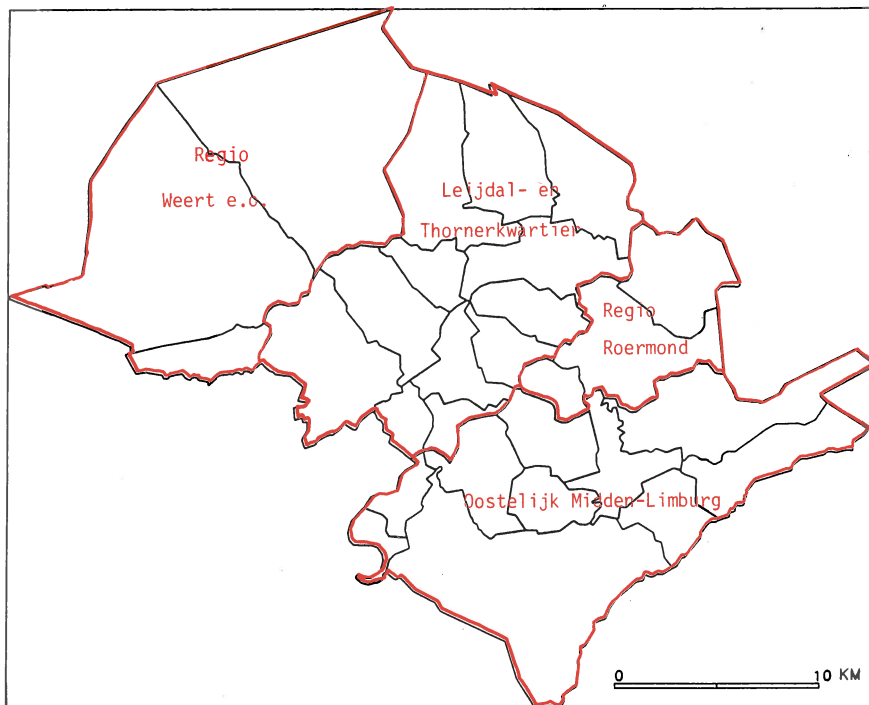
- de Regionale Vereniging Het Groene Kruis Regio Roermond;
- de Regionale Vereniging Het Groene Kruis Leudal- en Thornerkwartier;
- de Regionale Vereniging Het Groene Kruis Oostelijk Midden-Limburg;
- en de Regionale Vereniging Het Groene Kruis Weert en omgeving.

De werkgebieden van de regionale verenigingen zijn afgebeeld in figuur 5.1.

De werkgebieden omvatten elk circa 50.000 inwoners en zijn verdeeld in twee basiseenheden, met uitzondering van de regio Weert, waar drie basiseenheden werkzaam zijn. (Dat is althans de situatie op 1 januari 1986. In de loop van 1986 is ook de regio Roermond opgedeeld in drie basiseenheden.) De basiseenheden bestaan uit circa 7 wijkverpleegkundigen\* en 2 wijkziekenverzorgenden, onder leiding van één hoofdwijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundigen hebben in principe elk hun eigen werkgebied. Dat gebied heet een wijk en dat is dus het gebied waarvoor een wijkverpleegkundige haar werkzaamheden verricht. Een wijk telt meestal tussen de 2500 en 3000 inwoners. Heel Midden-Limburg is ingedeeld in 73 wijken, wat neerkomt op een gemid-

\* In plaats van de wijkverpleegkundigen functioneren soms ook de niet volledig gediplomeerd 'verpleegkundigen in de wijk'.

figuur 5.1.: de werkgebieden van de vier regionale kruisverenigingen in Midden-Limburg





deld aantal inwoners van 2814 per wijk.

## 5.2. Aanbod en dichtheid

Het aanbod aan wijkverpleegkundige zorg in Midden-Limburg is weergegeven in tabel 5.1. Ter vergelijking worden tevens cijfers voor heel Nederland gepresenteerd.

Tabel 5.1.: aanbod aan wijkverpleegkundige zorg in Midden-Limburg\* (per 01-01-1986) en in Nederland\*\* (per 01-01-1985)

		Midden-Limburg:		Nederland****:	
	aantal personen	aantal full-time equivalenten	full-time equivalenten per 10.000 inwoners	aantal inwoners per full-time equivalent	aantal inwoners per full-time equivalent
HVK	9	9	0,44	22.823	31.969
WVK***	91	73,75	3,59	2.785	3.097
WZV	27	24,12	1,17	8.516	12.687

HVK: hoofdwijkverpleegkundige

WVK: wijkverpleegkundige

WZV: wijkziekenverzorgende

\* Bron: jaarverslagen instellingen.

\*\* Bron: CBS, Maandbericht Gezondheidsstatistiek (1986).

\*\*\* Inclusief verpleegkundigen in de wijk.

\*\*\*\* Uitgaande van ± 14.450.000 inwoners in Nederland.

De aantallen wijkverpleegkundigen in de tabel, uitgesplitst in drie categorieën, spreken voor zichzelf. Interessant is de vergelijking van het aantal inwoners per full-time equivalent in Midden-Limburg en heel Nederland. Duidelijk is, dat de dichtheid van wijkverpleegkundigen voor alle drie de categorieën in Midden-Limburg hoger is dan in heel Nederland. Totaal is de dichtheid, over alle drie de categorieën samen in Midden-Limburg 17% hoger\* dan in Nederland. Het

\* Anders geformuleerd betekent dit cijfer, dat het aantal inwoners per full-time equivalent 17% lager is.

meest in het oog springend is dat voor wijkziekenverzorgenden (33% hogere dichtheid), maar het geldt ook voor hoofdwijkverpleegkundigen (29% hogere dichtheid) en voor wijkverpleegkundigen (10% hogere dichtheid). Voor wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden samen is de dichtheid in Midden-Limburg 16% hoger dan in heel Nederland.

We kunnen Midden-Limburg behalve met Nederland ook vergelijken met de hele provincie Limburg. Exacte cijfers voor de provincie Limburg staan ons echter niet ter beschikking. We kunnen in dit verband wel refereren aan een publicatie van Groenewegen en Hingstman (1985). Hieruit blijkt dat in januari 1984 de provincie Limburg (naast Overijssel, Flevoland, Utrecht en Zeeland) het best voorzien is met één wijkverpleegkundige op 2825 à 3200 inwoners. Het gemiddeld aantal inwoners per wijkverpleegkundige bedroeg toenmaals 3259. Omdat er sinds januari 1984 het een en ander veranderd kan zijn in de cijfers, moeten we voorzichtig zijn met vergelijken. Het lijkt er echter op, dat Midden-Limburg er ook ten opzichte van de rest van Limburg goed voor staat.

Hoe staat Midden-Limburg ervoor in relatie tot geldende normen. De norm voor erkenning van kruisorganisaties volgens de AWBZ is één wijkverpleegkundige op de 3450 inwoners ('Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties', Nationale Kruisvereniging, 1981). Het is duidelijk, dat deze norm gehaald wordt. Een tweede norm vinden we in de Schets van de Eerstelijnszorg (VOMIL, 1980). Hier wordt het streven vermeld om in een tijdsbestek van 15 jaar tot een bezetting te komen van 4 à 5 wijkverpleegkundigen per 10.000 inwoners. Op elke drie wijkverpleegkundigen zou dan ook één wijkziekenverzorgende moeten zijn aangesteld, wat neer komt op 1,3 tot 1,7 wijkziekenverzorgende per 10.000 inwoners. Hoewel Midden-Limburg er niet zo ver vanaf zit, heeft het gebied op dit moment de norm nog niet gehaald met respectievelijk 3,6 wijkverpleegkundigen en 1,2 ziekenverzorgenden per 10.000 inwoners. De 15 jaren zijn echter ook nog niet om, zodat we concluderen dat Midden-Limburg aardig in de pas loopt. Dat geldt te meer, als we kijken naar de later verschenen Nota Eerstelijnszorg (1983) en Nota 2000 (1986). Daar houdt men de ondergrens uit de Schets aan van 1 wijkverpleegkundige per 2500 inwoners. Bij een jaarlijks groeitempo van 5% zou dit volgens de Nationale Kruisvereniging gehaald kunnen worden in 1990 (Nationale Kruisvereniging, 1986a). In praktijk blijft de landelijke groei bij dit streefpercentage achter. In Midden-Limburg zou ten opzichte van 1985 jaarlijks

een groei van 3,15%, oftewel 2,33 full-time equivalent wijkverpleegkundige, hoeven plaats te vinden om het streefgetal van 1 wijkverpleegkundige op de 2500 inwoners in de loop van 1990 te halen. Als we de benodigde groei cumulatief bezien, zoals ook de Nationale Kruisvereniging doet, dan komen we op een iets lager percentage uit, te weten 3,1%. Dit percentage maakt duidelijk, dat Midden-Limburg er vergeleken met de landelijke situatie goed voorstaat wat betreft het aanbod aan wijkverpleegkundige zorg.

### 5.3. Spreiding

Tabel 5.2.: aanbod van wijkverpleegkundige hulp per 10.000 inwoners, per werkgebied, op 1 januari 1986

	HWV, WV, WZV		WV	
	personen	full-time equivalenten	personen	full-time equivalenten
regio Roermond	5,79	5,19	4,19	3,59
regio Leudal- en Thornerkwartier	6,61	5,45	4,63	3,66
regio Oostelijk-Midden-Limburg	6,81	4,99	5,25	3,63
regio Weert	5,64	5,21	3,76	3,50

Bron: Jaarverslagen instellingen.

Hieronder gaan we in op regionale verschillen in de aantallen beschikbare hulpverleners. We bekijken hiertoe de verschillen tussen de erkende regionale kruisorganisaties. Als maat nemen we het totaal aantal beschikbare hoofdwijkverpleegkundigen (HWV), wijkverpleegkun-

\* Dit is een niet cumulatief percentage. We gaan uit van de midden-variant prognose van het EIL van 213.404 inwoners in 1990. Bij de huidige bezetting aan wijkverpleegkundigen zou dat 3,455 full-time equivalenten per 10.000 inwoners betekenen. Ten opzichte van de norm van 4 full-time equivalenten per 10.000 is dat een tekort van 15.8%. Dit tekort moet in 5 jaar overbrugd worden. Dat wil zeggen een jaarlijkse groei van 3,15%.

digen (WV) en wijkziekenverzorgenden (WZV) per 10.000 inwoners. Tevens kijken we afzonderlijk naar het aantal wijkverpleegkundigen per 10.000 inwoners. Tabel 5.2 geeft een overzicht.

De tabel laat zien, dat als we rekenen in full-time equivalenten, er geen grote verschillen zijn tussen de vier regio's. Dat geldt met name voor het beschikbare aanbod in de categorie wijkverpleegkundigen. Over alle drie de categorieën gerekend, zit de regio Oostelijk Midden-Limburg wat aan de lage kant. Kijken we naar het aantal personen dat in dienst is als wijkverpleegkundige dan springen Oostelijk Midden-Limburg en Weert eruit. In de eerste regio zijn naar verhouding veel meer wijkverpleegkundigen in deeltijd werkzaam dan in de regio Weert\*. De andere twee regio's zitten daar tussenin.

#### **5.4. Bereikbaarheid**

Hier bespreken we het thema bereikbaarheid van de wijkverpleegkundige zorg. We gaan achtereenvolgens in op: de spreiding van wijkgebouwen, spreekuren, bereikbaarheid buiten de spreekuren (inclusief avond- en weekendzorg) en wachtlijsten.

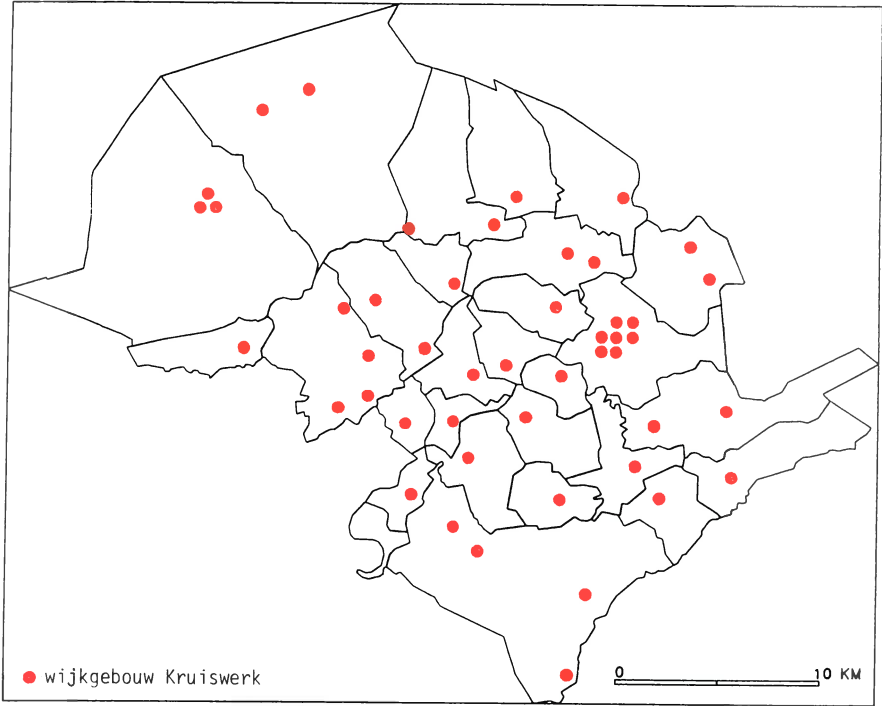
##### **Spreiding van praktijkgebouwen**

De activiteiten van de wijkverpleegkundigen in Midden-Limburg vinden plaats vanuit 47 wijkgebouwen. In veel gevallen wordt de huisvesting met andere hulpverleners gedeeld. Behalve voor spreekuren worden de wijkgebouwen gebruikt in verband met de consultatiebureaus voor zui-gelingen en kleuters. Een overzicht van waar de wijkgebouwen te vinden zijn, is te vinden in figuur 5.2. Als we de kaart bezien, dan valt direct het verschil in dichtheid tussen de twee gewesten op. Het aantal inwoners per wijkgebouw is in het streekgewest Weert bijna 70% hoger dan in het stadsgewest Roermond. Het gaat om respectievelijk 6400 en 3806 inwoners. Dit houdt waarschijnlijk verband met de 13% lagere bevolkingsdichtheid in het streekgewest Weert ten opzichte van het stadsgewest Roermond. Maar ondanks dat is het verschil wel erg groot.

Alle gemeenten, met uitzondering van Ohé en Laak, hebben een wijkgebouw. Deze gemeente vormt overigens samen met Stevensweert één

\* Over de consequenties van deeltijdarbeid bij de wijkverpleging verschijnt begin 1987 een rapport van Van der Speld.

Figuur 5.2.: de spreiding van de wijkgebouwen van het kruiswerk in Midden-Limburg



(wijkverpleegkundige) wijk en, zoals we zien, is in laatstgenoemde gemeente wel een wijkgebouw gevestigd. Twee qua oppervlakte nogal uitgestrekte gemeenten vallen op door een relatief gering aantal wijkgebouwen, nl. Nederweert en Weert. Dat betekent dat hier behoorlijke verplaatsingen nodig zijn om een wijkgebouw te bereiken. In de overige gemeenten is de spreiding evenwichtig te noemen.

### **Spreekuren**

In de wijkgebouwen wordt minimaal één keer per week, gedurende een half uur en maximaal dagelijks tijdens de werkdagen, gedurende een uur, spreekuur gehouden. Van de wijkverpleegkundigen die deel hebben genomen aan de schriftelijke enquête signaleert 23% knelpunten ten aanzien van de bereikbaarheid overdag. Het gaat daarbij om wijkgebouwen waar maar één keer per week een half uur spreekuur gehouden wordt. Als oplossing suggereert een aantal van hen uitbreiding van de spreekuren, zowel wat betreft frequentie als duur. Een andere oplossing die genoemd wordt is het instellen van één centraal punt waar de wijkverpleging 24 uur per dag bereikbaar is. Nog weer een andere gesuggereerde oplossing is het beschikbaar stellen van semafoons. In combinatie met het centraal telefonisch bereikbare punt vergroot dat aan de ene kant de bereikbaarheid en aan de andere kant de mobiliteit van de wijkverpleegkundige.

### **Bereikbaarheid buiten de spreekuren**

Bij de vier erkende kruisorganisaties is de bereikbaarheid buiten de kantooruren in principe geregeld via een antwoordapparaat. Met behulp daarvan geeft men het nummer van de dienstdoende wijkverpleegkundige door. Als deze tevens belast is met de uitvoering van de avond- of weekendzorg, wat in sommige gevallen voorkomt, dan is de kruisvereniging soms gedurende kortere of langere tijd niet bereikbaar. Ook hier zou een semafoon uitkomst kunnen bieden. In één geval gebeurt dat ook. Bij één kruisorganisatie bestaat er naast het antwoordapparaat een soort telefonisch spreekuur, gedurende enkele uren 's avonds en in de vroege ochtend.

Elk van de vier betrokken erkende kruisorganisaties heeft een regeling voor de avond- en weekendzorg. Deze zorg wordt of door de dienstdoende wijkverpleegkundige op zich genomen, of er is daartoe een speciale functionaris aangesteld. De zorg 's avonds en in het weekend is praktisch altijd gepland. Dat wil zeggen dat praktisch nooit zorg verleend hoeft te worden na een telefonisch binnengekomen verzoek om hulp. In die gevallen kan meestal volstaan worden met een advies, of er wordt de volgende dag hulp geboden. Hoewel de capaci-

teit voor de avond- en weekendzorg soms aan de krappe kant is, zijn er nergens wachtlijsten. Als er prioriteiten gesteld worden, gaat de curatieve zorg (zie paragraaf 5.6) voor.

### **Wachtlijsten**

Evenals bij de avond- en weekendzorg wordt door geen van de erkende kruisorganisaties voor de hulp overdag een wachtlijst gehanteerd. Men streeft ernaar om nog dezelfde dag waarop het verzoek om hulp komt op huisbezoek te gaan. In acute gevallen wordt, volgens de geïnterviewde hoofdwijkverpleegkundigen, ook dezelfde dag hulp geboden. Soms moeten er prioriteiten gesteld worden. Curatieve zorg krijgt dan voorrang.

## **5.5. De geschatte vraag en het aanbod**

De laatste jaren is het Wijk Administratie Systeem (WAS) op steeds grotere schaal ingevoerd, zodat het mogelijk wordt om representatieve informatie over het gebruik van de diensten van het kruiswerk te verkrijgen. Een eerste overzicht, op basis van het WAS, is gebaseerd op een steekproef van 20% van de Nederlandse bevolking (Nationale Kruisvereniging, 1985). Uit deze cijfers blijkt dat de contacten van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden zich toespitsen op de jongste en de oudste leeftijdsgroepen van onze bevolking. Van het totaal aantal contacten dat de wijkverpleging in 1984 had via huisbezoeken en spreekuren vond 15,2% plaats bij de groep 0-4 jarigen (dit is exclusief de consultatiebureaucontacten) en 69,7% bij de groep 60 jaar en ouder.

Op basis van deze contactregistratie en de leeftijdsverdeling van Midden-Limburg en Nederland hebben we, analoog aan de manier waarop we bij de huisartsen (paragraaf 4.7) te werk zijn gegaan, het aantal contacten met wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in één jaar in Midden-Limburg geschat. Ten aanzien van de nauwkeurigheid van de schatting zijn hier dezelfde kanttekeningen van toepassing die we bij de huisartsen maakten.

In Midden-Limburg waren in 1985 aldus 13% minder contacten per 1000 inwoners te verwachten dan landelijk (respectievelijk 562 en 647). Dit verschil is vooral terug te voeren op relatief lagere percentages 0- tot 4-jarigen en bejaarden in Midden-Limburg. De verschillen bedragen respectievelijk 0,2 en 2%. Op zich is dat niet zo groot, maar, omdat deze beide categorieën zo'n belangrijk aandeel hebben in de verleende wijkverpleegkundige zorg, vertaalt zich dat wel in een

aanzienlijk lagere geschatte vraag. Tegenover de lagere geschatte vraag staat een aanzienlijk hogere feitelijke dichtheid van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Midden-Limburg. Deze dichtheid is namelijk 16% hoger dan in heel Nederland (tabel 5.1). De percentages in verband met de lagere geschatte vraag en de hogere dichtheid zijn niet direct te vergelijken. Maar we kunnen wel stellen, dat de wijkverpleegkundige zorg naar verhouding een gunstig volume heeft in Midden-Limburg.

### **5.6. Toekomstige ontwikkelingen aan de vraagzijde**

In de vorige paragraaf schatten we het aantal contacten met de wijkverpleging op jaarbasis voor Midden-Limburg op 562 per 1000 inwoners. Voor heel Nederland kwamen we uit op een schatting van 647 per 1000 inwoners. In beide gevallen ging het om een schatting over het jaar 1985 op basis de leeftijds-geslachts-samenstelling van een steekproef uit de groep patiënten die gebruik maakt van de diensten van de wijkverpleging. Op basis van prognoses van het ETIL over de toekomstige samenstelling van de bevolking kunnen we op een analoge manier een schatting maken van het aantal contacten met de wijkverplegig in het jaar 2000. Voor Midden-Limburg komen we dan op 697 contacten per 1000 inwoners. Ten opzichte van 1985 is dat een stijging van 24%. Voor Nederland komt de schatting voor het jaar 2000 uit op 719 contacten per 1000 inwoners, een stijging van 11%. Uit de gepresenteerde cijfers wordt duidelijk, dat in het jaar 2000 de geschatte vraag naar wijkverpleegkundige zorg in Midden-Limburg nog wat achter blijft bij Nederland. Het verschil is echter terug gelopen van 13% in 1985 naar 3% in 2000. De vraag naar wijkverpleegkundige zorg neemt in Midden-Limburg dus sneller toe dan in Nederland. Dat houdt verband met het feit dat vergrijzing in Midden-Limburg in 2000 zelfs iets vooruit loopt op de vergrijzing in Nederland. Op dit moment zijn er relatief nog wat minder bejaarden in Midden-Limburg dan in Nederland.

### **5.7. Leemtes in het aanbod volgens de hulpverleners**

In de schriftelijke enquête hebben we aan de hulpverleners in dienst van instellingen gevraagd of er in hun werkgebied behoeften aan wijkverpleegkundige zorg bestaan waaraan in de huidige situatie niet voldaan wordt. Tabel 5.3 laat zien wat hun mening in deze is. In de



tabel staan de percentages hulpverleners aangegeven die het (helemaal) eens zijn met de uitspraak dat er een tekort aan wijkverpleegkundige zorg is, tegenover de percentages die het hier (helemaal) niet mee eens zijn.

Tabel 5.3.: meningen van hulpverleners over een tekort aan wijkverpleegkundige zorg

	percentage '(helemaal) mee eens'	percentage '(helemaal) mee oneens'	N
wijkverpleegkundigen/ wijkziekenverzorgenden	27	53	78
leidinggevend gezinsverzorging	7	68	28
maatschappelijk werkenden	12	59	17
<b>totaal</b>	<b>20</b>	<b>57</b>	<b>123</b>

Uit de tabel volgt, dat het merendeel van de ondervraagde hulpverleners niet vindt, dat er in de huidige situatie een tekort is aan wijkverpleegkundige zorg. Een minderheid van in totaal 20% vindt dat dit wel het geval is. Degenen die deze mening zijn toegeedaan zijn vooral te vinden bij de wijkverpleegkundigen zelf, maar in mindere mate ook wel bij de maatschappelijk werkenden. Meestal geeft men als toelichting dat de wijkverpleging te weinig toekomt aan haar preventieve taken, wat opgelost zou moeten worden met uitbreiding van personeel.

## 5.8. De verleende zorg

Hoewel dit niet direct gegevens zijn over de zorg die de wijkverpleging verleent, zullen we om te beginnen ingaan op de aantallen leden van de vier erkende kruisorganisaties in Midden-Limburg. Tabel 5.4 geeft een overzicht.

Tabel 5.4.: aantal leden, absoluut en per 1000 inwoners, per regionale kruisvereniging op 1 januari 1986

regionale kruisvereniging	absoluut	per 1000 inwoners
	aantal leden	aantal leden
regio Roermond	10.164	203
regio Weert	8.010	137
regio Leudal- en Thornerkwartier	10.600	234
regio Oostelijk Midden-Limburg	12.384	240
Totaal Midden-Limburg	41.158	200

Bron: mondelinge informatie kruisverenigingen.

De tabel maakt duidelijk, dat per 1000 inwoners er 200 lid zijn van de kruisvereniging. In heel Nederland waren er per 1 januari 1986 232 leden per 1000 inwoners (Nationale Kruisvereniging, 1986b). In Midden-Limburg is dit dus 14% lager dan landelijk.

Leden zijn in feite gezinnen. Als we uitgaan van gemiddeld 2,62 personen per gezin, dan kunnen we zeggen, dat 52% van de Midden-Limburgse bevolking aangesloten is bij de kruisvereniging. De tabel maakt duidelijk, dat dit percentage in de regio Weert opvallend genoeg beduidend lager is. Een verklaring ligt niet voor de hand.

We zullen nu een overzicht geven van de aantallen patiënten die in zorg zijn bij het kruiswerk.\* In tabel 5.5 is een overzicht te vinden waarbij uitsplitsingen zijn gemaakt voor de verschillende leeftijdscategorieën.

De tabel laat zien dat vooral zuigelingen en kleuters en bejaarden van 70 jaar en ouder in zorg zijn. De landelijke cijfers zijn niet goed vergelijkbaar. Daarom zijn ze slechts gedeeltelijk gepresenteerd. Waar we min of meer vergelijkbare cijfers hebben, is het opvallend dat het bereik in Midden-Limburg veel groter is dan in Nederland. Dat is des te opvallender als we bedenken, dat in de lan-

\* We gaan hier niet in op zogeheten niet-patiëntgerichte zorgactiviteiten.

Tabel 5.5.: aantal patiënten in zorg naar leeftijd, op 1 januari 1986 in Midden-Limburg\*, in 1984 in Nederland\*\*

leeftijd	Midden-Limburg		Nederland	
	aantal personen per leeftijdsgroep	aantal patiënten in zorg	bereik***	bereik***
0 - 4	11.949	10.038	84	
5 - 59	163.209	4.209	2,6	
60 - 69	16.572	1.898	11,5	6,3
70 - 79	10.039	3.027	30,2	21,7
80+	3.657	2.199	60,1	54,2
totaal	205.426	21.371	10,4	

\* Bron: Jaarverslagen instellingen.

\*\* Bron: Nationale Kruisvereniging (1985b).

\*\*\* Het bereik is het percentage personen in zorg in genoemde leeftijdsgroep.

delijke percentages bejaarden in verzorgingshuizen buiten beschouwing zijn gelaten. De landelijke percentages zijn daardoor als het ware extra hoog. In Midden-Limburg lijkt het deel van de bevolking dat voor wijkverpleegkundige zorg in aanmerking komt in de praktijk nogal wat meer zorg te krijgen dan in de rest van Nederland. De in paragraaf 5.2 geconstateerde hogere dichtheid van wijkverpleegkundige hulpverleners zal daar niet vreemd aan zijn.

We zullen nu op de aard van de zorgcontacten ingaan. Een gebruikelijke indeling van patiëntgerichte zorgcontacten is die tussen curatieve- en preventieve contacten. Onder de eerste categorie rekent men: de lichamelijk/hygiënische verzorging, verpleegtechnisch handelen en medicijnen toedienen. De tweede categorie omvat zaken als: reactivering, helpen bij therapie of leefregel, begeleiden in probleemsituaties, GVO, oriëntatie en screeningen. Tabel 5.6 geeft een overzicht van de curatieve en preventieve zorgcontacten.

De tabel leidt tot de volgende bevindingen. Het aantal curatieve contacten is ruim tweemaal zo hoog als het aantal preventieve contacten. Het leeuwendeel hiervan wordt overigens gevormd door contacten ten behoeve van de lichamelijke en hygiënische verzorging. Landelijk bedraagt het percentage curatieve contacten 68% (Nationale

Tabel 5.6.: inhoud van de zorgcontacten per leeftijdscategorie in 1985, in procenten van het totaal aantal contacten

inhoud contacten	0-4	5-59	60-69	70-79	80+	totaal	
						absoluut	%
curatief	0,6	7,8	10,9	24,5	25,8	122.924	69,6
preventief	10,5	5,9	3,6	5,8	4,6	53.666	30,4
<b>totaal</b>	<b>11,1</b>	<b>13,7</b>	<b>14,5</b>	<b>30,4</b>	<b>30,4</b>	<b>176.590*</b>	<b>100</b>

\* Het aantal zorgcontacten wijkt af van het eerder genoemde totaal. Het verschil wordt veroorzaakt door een aantal contacten dat niet onder curatief of preventief gerangschikt kan worden.

Kruisvereniging, 1986b). Dat komt dus goed overeen. Driekwart van de curatieve contacten vindt plaats ten behoeve van patiënten van 70 jaar en ouder. Als we de preventieve en curatieve contacten samen nemen, dan blijkt dat bijna éénderde deel van alle zorgcontacten plaatsvindt ten behoeve van de hoogbejaarden van 80 jaar en ouder. De groep maakt nog geen 2% van de bevolking uit. Niet uit de tabel op te maken, maar belangrijk genoeg om te vermelden, is dat het totaal aantal patiëntgerichte zorgcontacten in vergelijking met 1984 ruim 5% is toegenomen. Deze stijging is met name terug te vinden bij de lichamelijk/hygiënische verzorging. De verklaring hiervoor moet mogelijk gezocht worden in de vergrijzing van de bevolking.

Als we een uitsplitsing maken van preventieve en curatieve zorgcontacten per erkende kruisorganisatie, dan valt op dat in de regio Weert en de regio Leudal- en Thornerkwartier het aandeel van de preventieve contacten aanzienlijk lager is (respectievelijk 24 en 26%) dan in de regio's Roermond en Oostelijk Midden-Limburg (respectievelijk 36 en 34%). Misschien is dit een kwestie van verschillend registreren. Als het om werkelijke verschillen gaat, is de geconstateerde discrepantie mogelijk een aandachtspunt voor de kruisverenigingen.

Als we het totaal aantal contacten dat in 1985 met de wijkverpleging heeft plaats gevonden relateren aan het bevolkingsaantal, dan blijkt dat in Midden-Limburg 860 contacten per 1000 inwoners hebben plaatsgevonden. In paragraaf 5.5 schatten we de vraag naar wijkverpleegkundige zorg voor dat jaar op 562 contacten per 1000 inwoners. We

vinden in de discrepantie tussen deze cijfers een duidelijke aanwijzing, dat de Midden-Limburgse bevolking, vergeleken met de Nederlandse bevolking, goed voorzien is van wijkverpleegkundige hulp.



## 5.9. Samenvatting

In Midden-Limburg zijn vier erkende kruisorganisaties, te weten: het Groene Kruis Regio Roermond; het Groene Kruis Leudal- en Thornerkwartier; het Groene Kruis Oostelijk Midden-Limburg en het Groene Kruis Weert en omgeving. Per erkende kruisorganisatie functioneren twee of drie basiseenheden (een werkeenheden van meestal 1 hoofdwijkverpleegkundige, 7 wijkverpleegkundigen en 2 wijkziekenverzorgenden). Elke wijkverpleegkundige heeft meestal haar eigen wijk, die zo'n 2500 tot 3000 mensen omvat.

Omgererekend in full-time equivalenten werken bij de bovengenoemde erkende kruisorganisaties per 1 januari 1986 9 hoofdwijkverpleegkundigen, 73,75 wijkverpleegkundigen en 24,12 wijkziekenverzorgenden. Vergeleken met Nederland is dit een gunstig aanbod. Per 10.000 inwoners is de dichtheid 17% hoger dan landelijk. Dat heeft tot gevolg dat het personeelsbestand in Midden-Limburg jaarlijks met niet meer dan 3,1% hoeft te groeien om de norm uit de Nota Eerstelijnszorg van 1 wijkverpleegkundige per 2500 inwoners te halen in 1990. Landelijk is daarvoor een groei van ongeveer 5% nodig (een percentage wat feitelijk niet gehaald wordt). Het relatief grote aanbod aan wijkverpleegkundige zorg wordt nog prominenter, als we een schatting maken van de vraag naar wijkverpleegkundige zorg. Gezien de samenstelling van de bevolking zijn in Midden-Limburg namelijk 13% minder zorgcontacten per 1000 inwoners te verwachten dan in het hele land. Het aanbod aan wijkverpleegkundige zorg is in Midden-Limburg dus gunstig te noemen. Dat uit zich ook in het aantal zorgcontacten. Het feitelijke aantal contacten dat plaatsvond in 1985 overschrijdt ver de door ons gemaakte schattingen van de vraag naar wijkverpleegkundige zorg. In de praktijk blijkt dit vooral ten goede te komen van de bejaarde inwoners van Midden-Limburg. Van hen zijn er procentueel gezien nogal wat meer in zorg bij de wijkverpleging dan landelijk het geval is.

Het is opvallend te noemen, dat, ondanks het relatief grote aanbod aan wijkverpleegkundige zorg in Midden-Limburg, toch nog ruim een kwart van de geëquireerde wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden een tekort aan wijkverpleegkundige zorg signaleert. Men vindt, dat met name de preventieve functie van de wijkverpleging bij de huidige personele bezetting in het gedrang komt. Men pleit dan ook voor uitbreiding van het personeelsbestand.

We hebben ook studie gemaakt van de toekomstige vraag naar wijkverpleegkundige zorg, in het licht van de verwachte samenstelling van de bevolking in het jaar 2000. Daaruit blijkt dat de vraag in

Midden-Limburg tot het jaar 2000 als gevolg van de vergrijzing aanzienlijk zal stijgen. In 2000 zal de vraag in Midden-Limburg waarschijnlijk bijna overeenkomen met die in heel Nederland.

De beschikbare wijkverpleegkundige zorg is wat betreft het aantal beschikbare functionarissen redelijk evenwichtig gespreid over Midden-Limburg. We kijken dan naar het aantal hulpverleners per 10.000 inwoners.

Met betrekking tot de aanwezige wijkgebouwen zijn er nogal grote verschillen. In totaal zijn er 47 wijkgebouwen, maar in het stadsgebied Roermond zijn er gezien de aantallen inwoners veel meer dan in het streekgebied Weert. Blijkbaar is de zorg in het streekgebied veel gecentraliseerder opgezet; iets wat maar voor een klein deel verklaard kan worden vanuit de lagere bevolkingsdichtheid.

Aan de bereikbaarheid in organisatorische zin is volgens bijna een kwart van de geïnterviewde wijkverpleegkundigen wel het een en ander te verbeteren. Men pleit voor een uitbreiding van frequentie en duur van de spreekuren (nu in het gunstigste geval gedurende één uur per werkdag). Een andere mogelijkheid is één centraal punt waar de wijkverpleging 24 uur per dag bereikbaar is. Als dan tevens semafoons beschikbaar zijn voor de wijkverpleegkundigen, komt dat niet alleen ten goede aan de bereikbaarheid van de wijkverpleging naar de patiënten, maar ook aan de mobiliteit van de wijkverpleegkundigen. Bovendien zou dat de avond- en weekendbereikbaarheid ten goede komen. Voor de avond- en weekendzorg bestaat momenteel bij alle vier de erkende kruisorganisaties een regeling. Een centrale rol hierbij speelt het antwoordapparaat dat het nummer van de dienstdoende wijkverpleegkundige doorgeeft. Is deze wijkverpleegkundige daadwerkelijk bezig met haar dienst en heeft zij niet de beschikking over een semafoon, dan is de wijkverpleging feitelijk gedurende kortere of langere tijd niet bereikbaar. Hoewel de capaciteit van de avond- en weekendzorg hier en daar aan de krappe kant is, bestaan er geen wachtlijsten. Dat geldt volgens opgave van de geïnterviewde hoofd-wijkverpleegkundigen overigens ook voor de wijkverpleegkundige activiteiten overdag. Als er prioriteiten gesteld moeten worden, dan heeft de curatieve zorg voorrang.

Evenals in heel Nederland, komt de zorg die de wijkverpleging in Midden-Limburg verleent vooral ten goede aan zuigelingen, kleuters en bejaarden. Het overgrote deel van de nul- tot en met vierjarigen is in zorg (84%). Van de mensen tussen de 60 en 70 jaar geldt dat voor 11%; van degenen tussen de 70 en 80 is 30% in zorg en van de mensen van 80 jaar en ouder is 60% in zorg bij de wijkverpleging. Dat deze laatste groep een groot beroep doet op de wijkverpleegkun-



dige zorg, blijkt ook uit het feit dat bijna éénderde deel van alle zorgcontacten plaatsvindt ten behoeve van deze categorie hoogbejaarden. Voor het grootste deel zijn deze contacten van curatieve aard. Dat wil zeggen dat ze met name in het teken staan van de lichamelijke en hygiënische verzorging.

We zullen aan het eind van deze samenvatting het geheel nog eens in een paar uitspraken samenvatten.

- Het aanbod aan wijkverpleegkundigen is in vergelijking met Nederland ruim te noemen. Volgens ruim een kwart van de wijkverpleegkundigen schiet het echter nog tekort.
- Jaarlijks is 3,1% groei van het aanbod aan wijkverpleegkundigen nodig om in het jaar 1990 de norm van 1 wijkverpleegkundige op 2500 inwoners te halen.
- Door de relatief snelle vergrijzing neemt de vraag naar wijkverpleegkundige zorg tot het jaar 2000 aanzienlijk toe.
- De spreiding van wijkverpleegkundige hulp over Midden-Limburg is redelijk evenwichtig.
- In het streekgewest Weert zijn relatief veel minder wijkgebouwen dan in het stadsgewest Roermond.
- De bereikbaarheid van wijkverpleegkundigen kan worden verbeterd door uitbreiding van spreekuren en een centrale telefonische post en semafoons voor de wijkverpleegkundigen.



## 6. GEZINSVERZORGING

Paragraafindeling:

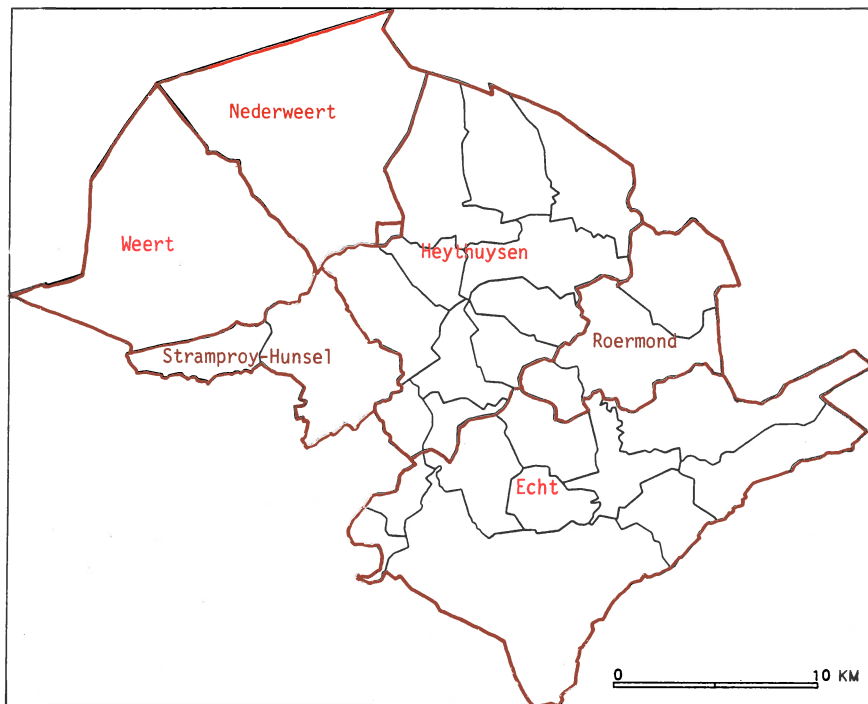
- 6.1. Gebiedsindeling en personele samenstelling
- 6.2. Aanbod en dichtheid
- 6.3. Spreiding
- 6.4. Bereikbaarheid
- 6.5. De geschatte vraag en het aanbod
- 6.6. Toekomstige ontwikkelingen aan de vraagzijde
- 6.7. Leemtes in het aanbod volgens de hulpverleners
- 6.8. De verleende zorg
- 6.9. Samenvatting

### 6.1. Gebiedsindeling en personele samenstelling

In Midden-Limburg zijn twee instellingen voor gezinszorg: de Stichting Katholieke Gezinszorg stadsgewest Roermond en het Centrum voor Maatschappelijk Werk en Gezinszorg in de regio Weert. De laatste instelling is, zoals de naam al zegt, een gecombineerde instelling voor het maatschappelijk werk en de gezinszorg. Tot het werkgebied van het Centrum voor Gezinszorg in de regio Weert behoren de gemeenten Weert, Nederweert (met uitzondering van het Kerkdorp Leveroy), Stramproy en Hunsel. De overige gemeenten behoren tot het werkgebied van de Stichting Gezinszorg Stadsgewest Roermond. De werkgebieden zijn op hun beurt weer verdeeld in totaal zes werkeenheden, waarbinnen een team van uitvoerende krachten en leidinggevend gezinszorg werkzaam is. Een overzicht van de werkgebieden van de werkeenheden wordt in figuur 5.1 gegeven.

In de gezinsverzorging worden de uitvoerende werkzaamheden, afhankelijk van de benodigde hulp, verricht door een medewerker met een passend kwalificatieniveau. Onderscheiden worden: gezinsverzorgsters met een voortgezette opleiding, gezinsverzorgsters, gezinshelpsters, bejaardenverzorgsters en bejaardenhelpsters. Een aparte vorm van hulpverlening is de zogenaamde Alpha-hulpverlening. Deze geldt alleen voor die gevallen waarin uitsluitend huishoudelijke hulp geïndiceerd is, gedurende maximaal 12 uur per week, op ten hoogste twee dagen en waarbij de cliënt in staat en bereid is als werkgever op te treden. Alpha-hulpen hebben dus geen dienstverband met de instel-

Figuur 6.1.: overzicht van de werkeenheden van de gezinszorg in Midden-Limburg



ling; deze bemiddelt slechts.

Op deze plaats willen we alvast iets zeggen over de organisatorische veranderingen die bij beide bovengenoemde instellingen plaatsvinden. Ingegeven door een veranderende hulpvraag tracht men te komen tot een integraal en flexibel hulpaanbod op kleinschalig niveau en dicht bij de mensen. Voor dit doel zijn zogenaamde wijkteamcombinaties (WTC's) opgericht. Dit betreft een groep van elk 10 à 15 uitvoerende krachten, die gezamenlijk het hulpverleningsaanbod realiseren binnen een eigen wijk. In deze constructie staat een leidinggevende van de gezinsverzorging aan het hoofd van 2 of 3 WTC's. In de regio Weert zijn begin 1986 een aantal proefprojecten van start gegaan. In de regio Roermond heeft men de proefperiode al achter de rug. Men werkt daar in 1986 aan een algemene invoering van de WTC's. Verderop in dit rapport, bij het onderwerp afstemming van werkgebieden, komen we op de kwestie van de WTC's terug.

## 6.2. Aanbod en dichtheid

Tabel 6.1 geeft een overzicht van de personele bezetting van de beide instellingen voor gezinsverzorging.

Tabel 6.1.: overzicht personele bezetting bij de gezinsverzorging in Midden-Limburg per 1 januari 1986

	leiding- gevenden gezinszorg	gezinsver- zorgsters*	bejaarden- verzorgsters	gezins- helpsters	bejaarden helpsters	Alpha- hulpver- leensters
Stichting Katho- lieke Gezinszorg Stadsgewest Roermond	36	83	11	433	23	542
Centrum voor Maatschappelijk Werk en Gezins- zorg Regio Weert	16	69	8	154	4	122
Midden-Limburg	52	152	19	587	27	664

\* Inclusief gezinsverzorgsters met een voortgezette opleiding.  
Bron: Jaarverslagen instellingen.

De tabel maakt duidelijk, dat de beide instellingen nogal verschillen qua grootte. Bij de Roermondse Stichting zijn veel meer hulpverleners in dienst dan bij de Weertse. Bij beide instellingen samen werkten per 1 januari 1986 52 leidinggevenden gezinszorg, 171 gezins- en bejaardenverzorgsters, 614 gezins- en bejaardenhelpsters en 664 Alpha-hulpen. De overgrote meerderheid van deze functionarissen werkt in deeltijd. Er ontbreken echter in de jaarverslagen van de Midden-Limburgse instellingen gegevens over het corresponderende aantal full-time equivalenten. Wel is voor uitvoerende krachten en leidinggevenden bekend hoeveel mensen full-time en hoeveel personen in deeltijd werken. Mede op basis daarvan kunnen we een schatting maken van de full-time equivalenten. Op grond van landelijke gegevens van de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging (CRvG, 1986) kunnen we namelijk berekenen wat het gemiddelde aantal uren is dat part-timers werken. Voor uitvoerende krachten is dat 14 uur per week en voor leidinggevenden 26 uur per week. Als we dit toepassen op de Midden-Limburgse situatie, kunnen we een schatting maken van het aantal full-time equivalenten in beide categorieën. Tabel 6.2 geeft een overzicht.\*

Tabel 6.2.: aanbod aan gezinszorg in full-time equivalenten in Midden-Limburg, de provincie Limburg en Nederland (exclusief alpha-hulpen), per 01-01-1986

	Midden-Limburg		Limburg		Nederland	
	1	2	1	2	1	2
uitvoerende krachten	332	619	2.187	497	32.902	441
leidinggevenden	41	5.010	215	5.066	3.029	4.795
totaal	373	551	2.402	453	35.931	404

1 Aantal full-time equivalenten.

2 Aantal inwoners per full-time equivalent.

Bron: Jaarverslagen instellingen voor gezinszorg in Midden-Limburg. CRvG, 1986

\* Voor voetnoot; zie volgende bladzijde.

\* (Voetnoot van vorige bladzijde.)

Vlak voor het ter perse gaan van het huidige rapport hebben we informatie gekregen van de beide instellingen voor gezinszorg die een nauwkeuriger beeld geeft van het aantal full-time equivalenten. In Roermond werkten per 1 januari 1986 48 full-time 502 part-time uitvoerende krachten die gemiddeld 17,5 uur per week werkten. Dit brengt het totaal aan uitvoerende krachten voor deze instelling op 268 full-time equivalenten. Bij de instelling in Weert zijn 32 full-time uitvoerende krachten in dienst en 203 part-timers die gemiddeld 15,5 uur werken. Dit komt neer op 111 full-time equivalenten voor het uitvoerende werk.

Voor de leidinggevenden in Roermond komen we via eenzelfde soort rekensom uit op 31 full-time equivalenten (20 full-timers; 16 part-timers met gemiddeld 28 werkuren per week). Voor Weert is dat 12 full-time equivalenten (1 full-time leidinggevende en 15 part-timers, die gemiddeld 28,8 uur werken). Het totaal voor Midden-Limburg komt daarmee op:

379 full-time equivalenten uitvoerende krachten en

43 full-time equivalenten leidinggevenden.

In termen van het aantal inwoners per full-time equivalent betekent dit:

542 inwoners per full-time uitvoerende kracht en

4777 inwoners per full-time leidinggevende.

Het beeld van Midden-Limburg ten opzichte van de provincie Limburg en Nederland verbetert met deze cijfers wel wat. Met name waar het gaat om de leidinggevenden. Wat betreft de uitvoerende krachten blijft Midden-Limburg echter duidelijk onder aan de ladder staan. Met name, omdat het beeld niet ingrijpend gewijzigd wordt, zullen we de hier gepresenteerde cijfers niet verder verwerken in het rapport.

De tabel maakt aannemelijk, dat Midden-Limburg aanzienlijk slechter is voorzien van gezinszorg dan de provincie Limburg als geheel en de provincie Limburg blijft weer achter bij heel Nederland.\* Voor alle duidelijkheid herhalen we hier nog eens, dat het aantal full-time equivalenten in Midden-Limburg op een schatting berust.

Een vergelijking van het aanbod aan gezinszorg in Midden-Limburg met geldende normen is niet mogelijk. Dit komt, omdat taakstellende prognoses, zoals de Nota Eerstelijnszorg die voor de andere eerste-lijnsdisciplines stelt, ontbreken voor de gezinszorg.\*\*

### 6.3. Spreiding

Om na te kunnen gaan of het aanbod aan gezinszorg evenwichtig gespreid is over Midden-Limburg, hebben we een berekening gemaakt van het aantal inwoners per 'productief mensjaar'\*\*\* per werkeenheid van de gezinszorg. Tabel 6.3 geeft een overzicht.

\* De geschatte dichtheid in Midden-Limburg is 24% lager dan in de provincie Limburg en 40% lager dan in Nederland.

\*\* Er worden wel normen gehanteerd in verband met de toewijzing van financiële middelen.

\*\*\* In de gezinszorg is het onderscheid gebruikelijk tussen productieve en inproductieve uren (ziekte, verlof en dergelijke). Per werkeenheid kennen we uit de jaarverslagen het aantal productieve uren. Dit aantal uren is om te rekenen naar productieve mensjaren door het te relateren aan 52 werkweken en 40-urige werkweek. De methode is eerder gevolgd door Groenewegen en Hingstman (1985). De ingevoerde arbeidstijdverkortung is niet van belang, omdat het gaat om een relatieve vergelijking.

Om de spreiding binnen Midden-Limburg te bestuderen is hier uitgegaan van de productieve mensjaren en niet van de in de vorige paragraaf geschatte full-time equivalenten. Dat is gedaan, omdat de productieve mensjaren een preciezer beeld geven. Voor de vergelijking met Nederland bleek deze aanpak echter ongeschikt. Het beeld voor Midden-Limburg gaat in dat geval namelijk onaannemelijk sterk afwijken van dat in Nederland, zodat getwijfeld moet worden of de Midden-Limburgse instellingen wel op dezelfde wijze hun productieve en inproductieve uren registreren als in de rapportage van de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging gebruikelijk is.



Tabel 6.3.: aantal inwoners per produktief mensjaar gezinsverzorging (exclusief alpha-hulp) op 1 januari 1986

werkeenheden	produktief mensjaar gezinsverzorging	aantal inwoners/ produktief mensjaar
Echt	80,31	641
Heythuysen	50,46	793
Roermond	63,48	790
<b>totaal regio Roermond</b>	<b>194,25</b>	<b>729</b>
Weert	50,99	775
Nederweert*	17,29	820
Stramproy/Hunsel	18,27	556
<b>totaal regio Weert</b>	<b>86,55</b>	<b>738</b>
<b>Midden-Limburg</b>	<b>280,8</b>	<b>732</b>

\* Met uitzondering van Leveroy.

De tabel maakt duidelijk, dat de spreiding tamelijk evenwichtig is. De regio Weert wijkt nauwelijks af van de regio Roermond.\* Zoals uit onderstaande voetnoot blijkt wordt het beeld overigens positiever voor de regio Roermond als we ook de Alpha-hulp meerekenen. In deze regio zijn dan ook relatief meer bejaarden (vgl. hoofdstuk 3).

De werkeenheden met het hoogste aanbod aan gezinsverzorging zijn Echt en Stramproy/Hunsel. Voor Echt is dat wel verklaarbaar, omdat de gemeente relatief een hoog percentage bejaarden heeft (vgl. hoofdstuk 3). Voor Stramproy en Hunsel blijkt dat echter niet het geval te zijn.

\* Op het niveau van de regio's kunnen we ook een berekening maken inclusief alpha-hulp. Dan komt de regio Roermond wel gunstiger uit dan de regio Weert (respectievelijk 523 en 624 inwoners per produktief mensjaar). Midden-Limburg komt dan uit op 551 inwoners per produktief mensjaar.

#### **6.4. Bereikbaarheid**

Met betrekking tot het onderwerp bereikbaarheid gaan we hieronder in op respectievelijk: spreekuurpunten (inclusief zorg buiten de kantooruren), de wijkteamcombinaties en wachtlijsten.

##### **Spreekuren en spreekuurpunten**

De instellingen voor gezinsverzorging houden spreekuur op beide centrale bureaus. De instelling voor gezinszorg voor het stadsgewest Roermond heeft echter behalve op het centrale bureau in Roermond op een achttal andere plaatsen in het werkgebied spreekuurpunten en wel in: Echt, Haelen, Heel, Heythuysen, Maasbracht, St. Odiliënberg, Posterholt en Swalmen. In de regio Weert zijn, naast het centrale bureau in Weert, spreekuurpunten in Nederweert en Stramproy.

Op de spreekuurpunten kan men terecht voor het verkrijgen van inlichtingen en voor het bespreken van hulpaanvragen. Wat betreft de spreekuurtijden geldt, dat op de beide centrale bureaus dagelijks een spreekuur is van 9.00 tot 10.00 uur (in Roermond ook van 13.30 tot 14.00 uur). Het dagelijks spreekuur van 9.00 tot 10.00 is ook van toepassing op de spreekuurpunten in Nederweert en Stramproy. Op de spreekuurpunten van de instelling in Roermond is veel minder frequent spreekuur. Van 9.00 tot 10.00 uur op wisselende dagen van de week. Van de zijde van deze instellingen is opgemerkt, dat de spreekuurpunten nauwelijks meer gebruikt worden door de bevolking. De meeste hulpaanvragen komen rechtstreeks bij het centrale bureau binnen. Deze beide centrale bureaus van Roermond en Weert zijn overigens dagelijks telefonisch bereikbaar tijdens de kantooruren. Slechts enkelen van de geënquêteerde leidinggevendenden van de gezinszorg geven aan, dat de beperkte bereikbaarheid van de spreekuurpunten bezwaarlijk is. Als oplossing wordt gesuggereerd om een antwoordapparaat te installeren.

Buiten kantooruren wordt vooralsnog in beperkte mate zorg verleend. Dit geldt zowel voor de instelling in Roermond als in Weert. De avond- en weekendzorg staat nog in haar kinderschoenen en gebeurt nu nog op basis van vrijwilligheid. Mede door het feit dat men pas zeer recent met deze vorm van hulpverlening van start is gegaan valt de behoefte aan zorg buiten kantoor-uren moeilijk in te schatten.

De andere kerndisciplines zijn wel op de hoogte gebracht van de uitbreiding van de hulpverlening.

Het voorlichten van de bevolking in deze, laat men voorlopig achterwege. Enerzijds wil men géén onnodige behoeften kweken en anderzijds wil men eerst meer ervaring opdoen met deze vorm van hulpverlening

buiten kantooruren. De eerste signalen zijn echter zeer positief.

### **Wijkteamcombinaties**

In paragraaf 5.1 spraken we reeds over de invoering van wijkteamcombinaties: een groep van 10 tot 15 uitvoerende krachten realiseert gezamenlijk het hulpaanbod in een eigen wijk. Op deze wijze streeft men na om te komen tot een flexibel hulpaanbod op kleinschalig niveau, dus dichtbij de mensen. Door de wijkteamcombinaties wordt het werk inderdaad op kleinschaliger niveau georganiseerd dan in de vroegere werkeenheden. Omdat de gezinsverzorgster bij de hulpvragende cliënt thuis komt, heeft de nieuwe organisatievorm geen grote gevolgen voor de bereikbaarheid van de gezinsverzorging gezien vanuit de cliënt. Voor de hulpverlenende functionarissen speelt de kleinschaligheid echter wel een rol.

### **Wachtlijsten**

De instelling in Roermond zegt geen wachtlijsten te kennen. Alle hulpaanvragen worden in behandeling genomen door een centrale intake-afdeling. Het intakegesprek vindt dan meestal plaats tussen 1 à 2 dagen, terwijl de eigenlijke hulpverlening binnen 1 tot 2 weken op gang komt. De instelling in Weert zegt soms noodgedwongen te moeten werken met een wachtlijst. Wachttijden van 14 dagen of langer zijn geen uitzondering.

## **6.5. De geschatte vraag en het aanbod**

Het CBS heeft een onderzoek verricht op basis van een steekproef van 10% uit de cliënten die in de periode van 28 september tot en met 25 oktober 1980 hulp van de instellingen voor gezinszorg hebben ontvangen (Smit, 1982). Het blijkt dat 65% van de mannen en 73% van de vrouwen in het cliëntenonderzoek 65 jaar en ouder is. Deze percentages zijn beduidend hoger dan die voor de totale bevolking van 15 jaar en ouder op dat moment (respectievelijk 12% en 17%). Ten aanzien van de burgerlijke staat valt op dat de percentages 'weduwstaat' zowel voor mannen als voor vrouwen aanmerkelijk hoger zijn dan die van de totale bevolking. Op de totale bevolking maken in 1980 195 per 10.000 inwoners gebruik van de diensten van de gezinsverzorging.

Gezien een lager percentage bejaarden en verweduwd in Midden-Limburg, zal dienstgevolge ook de verwachte vraag naar gezinszorg lager uitvallen. Op een analoge wijze als in hoofdstuk 4 over de

huisarts (paragraaf 4.7), hebben we een schatting gemaakt van het gebruik van gezinszorg in Midden-Limburg. Ten aanzien van de exactheid van de schattingen moeten we ook hier enige relativering aanbrenge

Op basis van de leeftijds- en geslachtsopbouw van Midden-Limburg en Nederland in 1985 verwachten we in Midden-Limburg een 13% lager aantal cliënten per 10.000 inwoners in vergelijking met Nederland (respectievelijk 174 en 199). Op grond van de burgerlijke staat zijn in Midden-Limburg in 1985 bijna 4% minder contacten per 10.000 inwoners te verwachten dan landelijk (respectievelijk 186 en 193).

Het is niet zonder meer duidelijk hoe de lagere percentages geschatte vraag op grond van de leeftijds-geslachts-samenstelling en op grond van de burgerlijke staat ten opzichte van elkaar gewaardeerd moeten worden. Waarschijnlijk legt de factor burgerlijke staat wat minder gewicht in de schaal. In elk geval is de geschatte vraag naar gezinszorg in Midden-Limburg lager dan in Nederland. In paragraaf 6.2 werd een geringer aanbod aan gezinszorg in Midden-Limburg signaleerd. De percentages lager geschatte vraag en lager geschat aanbod kunnen niet zonder meer met elkaar in verband worden gebracht. Het lijkt echter aannemelijk, dat Midden-Limburg wat betreft het aanbod aan gezinszorg toch nogal onderbedeeld is.

## **6.6. Toekomstige ontwikkelingen aan de vraagzijde**

In de vorige paragraaf schatten we het aantal cliënten van de gezinszorg op jaarbasis op 174 per 10.000 inwoners. Voor heel Nederland kwamen we uit op een schatting van 199 cliënten per 10.000 inwoners. In beide gevallen ging het om een schatting over het jaar 1985, op basis van de leeftijds-geslachts-samenstelling van een steekproef van de cliënten die gebruik maakt van de diensten van de gezinsverzorging. Op basis van prognoses van het ETIL over de toekomstige samenstelling van de bevolking kunnen we op analoge wijze een schatting maken van het aantal cliënten van de gezinszorg in het jaar 2000. Voor Midden-Limburg komen we dan op 219 cliënten per 10.000 inwoners. Ten opzichte van 1985 is dat een stijging van 26%. Voor Nederland komt de schatting voor het jaar 2000 uit op 221 cliënten per 10.000 inwoners, een stijging van 13%.

Uit gepresenteerde cijfers wordt duidelijk, dat in het jaar 2000 de geschatte vraag in Midden-Limburg nagenoeg in de pas loopt met de geschatte vraag in heel Nederland. De vraag naar gezinszorg neemt in Midden-Limburg verhoudingsgewijs dus veel sneller toe dan in heel

Nederland. Dat houdt verband met het feit dat Midden-Limburg naar verwachting sneller zal vergrijzen dan heel Nederland.

### 6.7. Leemtes in het aanbod volgens de hulpverleners

In de schriftelijke enquête hebben we aan de hulpverleners in dienst van instellingen gevraagd of er in hun werkgebied behoeften aan gezinszorg bestaan waaraan in de huidige situatie niet voldaan wordt. Tabel 6.4 laat zien hoe de meningen liggen (percentages hulpverleners die aangaven het (helemaal) eens te zijn met de uitspraak dat er een tekort is, tegenover degenen die het hier (helemaal) mee oneens zijn).

Tabel 6.4.: meningen van hulpverleners over een tekort aan gezinsverzorging

	percentage '(helemaal) mee eens'	percentage '(helemaal) mee oneens'	N
wijkverpleegkundigen/ wijkziekenverzorgenden	56	22	71
leidinggevenden gezinsverzorging	10	61	31
maatschappelijk werkenden	12	59	17
<b>totaal</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>119</b>

Het is duidelijk, dat de meningen nogal verdeeld zijn over de vraag of er een tekort is aan gezinsverzorging. De leidinggevenden van de gezinsverzorging zijn zelf voor meer dan de helft overtuigd, dat dit niet het geval is. Hetzelfde geldt voor de maatschappelijk werkenden. Opvallend is echter, dat meer dan de helft van de ondervraagde wijkverpleegkundigen een tekort aan gezinszorg signaleren. Waarom de functionarissen van de gezinszorg dit zelf niet zo ervaren, is een vraag waarbij we naar het antwoord alleen maar kunnen gissen. Misschien speelt een rol dat de uitvoerende functionarissen van de

wijkverpleging in de dagelijkse praktijk situaties meemaken, waar behoefte is aan gezinszorg die niet vervuld wordt. De leidinggevendenden van de gezinszorg houden zich misschien daarentegen meer bezig met huishoudens waar wèl gezinszorg is. Zij komen minder in contact met situaties waar wel behoefte is, maar geen concreet aan hen gericht hulpvraag is. In elk geval lijkt overleg tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging over het signaleren van behoefte aan hulpverlening door de gezinszorg gewenst.

## **6.8. De verleende zorg**

De werkzaamheden in de gezinszorg zijn in drie categorieën te verdelen: huishoudelijke, verzorgende en begeleidende. Op grond van een zogenaamd intakegesprek wordt bepaald of de aanvraag gehonoreerd wordt, welke soort hulp geboden wordt en voor hoeveel uren per week. Gezins- en bejaardenhelpenden en alpha-hulpen nemen het leeuwendeel van de cliënten voor hun rekening. De meer gekwalificeerde krachten werken voor weinig cliënten, maar het gemiddeld aantal hulpuren is het hoogst.

Uit de jaarcijfers van de twee instellingen voor gezinszorg in Midden-Limburg maken we op dat per 31 december 1985 het aantal lopende hulpverleningen (inclusief alpha-hulp) in deze regio 2350 bedraagt. Ten opzichte van het voorgaande jaar betekent dit een stijging van circa 3,3%. In de regio Weert is deze toename aanzienlijk groter dan in de regio Roermond, te weten respectievelijk 9,6% en 1%. In het laatste geval draagt een daling van het aantal lopende alpha-hulpverleningen van ruim 11% ertoe bij dat de totale toename in het aantal lopende hulpverleningen, ondanks een stijging in het aantal traditionele hulpverleningen, nagenoeg nihil is. Er is sprake van een verschuiving van de indicatiestelling. Er komen relatief minder lichte hulpaanvragen binnen die in aanmerking komen voor alpha-hulp.

Tabel 6.5 geeft inzicht in de samenstelling van de huishoudens die in 1985 hulp aangevraagd en ook ontvangen hebben.

De tabel laat nog eens zien, dat het vooral de bejaarden en de gezinnen met kinderen zijn die gezinszorg aanvragen en ontvangen. Recente landelijke cijfers ontbreken, zodat we niet kunnen vergelijken. Niet in de tabel vermeld, maar opvallend genoeg om op te merken is, dat in de regio Weert vooral de gezinnen met een kind onder de

Tabel 6.5.: samenstelling van de huishoudens in Midden-Limburg die in 1985 gezinszorg aangevraagd en ontvangen hebben

	N	%
<b>bejaard (ouder dan 65 jaar)</b>		
- bejaard alleenstaande	273	23
- bejaard echtpaar of meer dan 1 volwassene	26	22
<b>niet-bejaard</b>		
- alleenstaande	71	6
- echtpaar of meer dan 1 volwassene	114	9
- gezin met jongste inwonend kind beneden de 6 jaar	247	21
- gezin met jongste inwonend kind 6 jaar en ouder	233	19
<b>totaal</b>	<b>1198</b>	<b>100</b>

Bron: Jaarverslagen instellingen gezinszorg.

zes extra vertegenwoordigd zijn, terwijl in de regio Roermond relatief veel bejaarde echtparen zorg ontvangen.

De jaarverslagen van de instellingen geven ook inzicht in de zogeheten indicatiestelling, indien het niet-bejaarde cliënten betreft. In acht op de tien gevallen blijkt de indicatiestelling dan verband te houden met tijdelijke of langdurige ziekte van de huisvrouw.

In totaal ruim 36% van de hulpverleningsepisodes in Midden-Limburg duurt langer dan een half jaar (alpha-hulp buiten beschouwing gelaten). De overige hulpverleningsepisodes duren korter. Van de instelling in Roermond hebben we een nadere uitsplitsing. Daaruit blijkt, dat: 17% van de hulpverleningen wordt afgesloten na 1 maand, 45% na een half jaar, 13% na een jaar, 20% duurt 1 tot 5 jaar en 5% langer dan 5 jaar.

In de helft van de gevallen is bij afsluiting de indicatie voor gezinszorg komen te vervallen. Voor de rest gelden andere redenen (opname in bejaarden- of verpleeghuis, men vindt zelf een oplossing of gaat over op alpha-hulp etc.).





## 6.9. Samenvatting

In Midden-Limburg zijn twee instellingen voor gezinszorg: de Stichting Katholieke Gezinszorg stadsgewest Roermond en het Centrum voor Maatschappelijk Werk en Gezinszorg in de regio Weert (een gecombineerde instelling). De werkgebieden van elk van deze instellingen zijn opgedeeld in drie werkeenheden waar telkens een team van leidinggevend en uitvoerende krachten werkzaam is. Momenteel zijn organisatorische veranderingen gaande, waarbij de werkeenheden worden omgebouwd tot meer kleinschalige, zogeheten wijkteamcombinaties.

Bij de beide instellingen voor gezinszorg werkten per 1 januari 1986 in totaal: 52 leidinggevenden gezinszorg, 171 gezins- en bejaardenverzorgsters, 614 gezins- en bejaardenhelpsters en 644 alpha-hulpen. We hebben een schatting gemaakt van het aantal full-time equivalenten, omdat precieze gegevens daarover ontbreken. We komen dan op 332 full-time equivalenten voor de uitvoerende krachten (exclusief alpha-hulp) en 41 full-time equivalenten leidinggevend. Gezien de bevolkingsomvang is dit een aanzienlijk slechter aanbod dan in de hele provincie Limburg en in heel Nederland aanwezig is. Er zijn door de overheid geen normen gesteld ten aanzien van het aanbod aan gezinszorg. Een vergelijking van de Midden-Limburgse situatie met landelijke normen is dan ook niet mogelijk.

Het relatief geringere aanbod aan gezinszorg in Midden-Limburg ten opzichte van de rest van Nederland lijkt gepaard te gaan met een geringer geschatte vraag naar gezinszorg. Dat houdt vooral verband met het feit dat het percentage bejaarden (die vaker een beroep doen op gezinszorg) in Midden-Limburg aan de lage kant is. Al met al lijkt het aanbod in Midden-Limburg, ondanks deze lager geschatte vraag, echter toch aan de krappe kant, vergeleken met Nederland. Dat geldt te meer met het oog op de toekomst. Doordat Midden-Limburg naar verhouding sneller vergrijst dan de rest van Nederland, loopt in het jaar 2000 de vraag in Midden-Limburg praktisch in de pas met de vraag in heel Nederland. Voor het aanbod zou tegen die tijd hetzelfde moeten gelden.

Het huidige relatief geringe aanbod aan gezinszorg wordt in de praktijk vooral gesignaleerd door wijkverpleegkundigen. Ruim de helft van hen zegt, dat zij behoeften aan gezinszorg waarnemen waaraan in de huidige situatie niet voldaan wordt. Opvallend is dat de leidinggevend van de gezinszorg dit zelf veelal niet zozeer ervaren. Wellicht komt dit, doordat de wijkverpleegkundigen dagelijks veel situaties in de praktijk meemaken, waar behoefte is aan gezinszorg die niet vervuld wordt. De leidinggevend van de gezinszorg houden zich

misschien daarentegen meer bezig met huishoudens waar wèl gezinszorg is. Zij komen minder in contact met situaties waar wel behoefte, maar geen concrete hulpvraag is. Hoewel de wijkverpleging in een aantal situaties 'behoeften' kan signaleren waar niet direct sprake is van een 'hulpvraag', lijkt overleg tussen de wijkverpleging en de gezinsverzorging over het signaleren van hulpbehoefte gewenst.

Binnen Midden-Limburg is de spreiding van het aanbod aan gezinsverzorging (exclusief alpha-hulp) redelijk evenwichtig. De gemeenten Echt, Stramproy en Hunsel lijken extra goed te zijn voorzien. Dat lijkt deels verklaarbaar op grond van een hoog percentage bejaarden in deze gemeenten. Over het geheel genomen is de regio Roermond wat beter voorzien van gezinszorg (inclusief alpha-hulp) dan de regio Weert, maar ook dat is aannemelijk vanuit het hogere percentage bejaarden in het eerstgenoemde gebied.

De bereikbaarheid van de instellingen voor gezinszorg, lijkt goed te zijn geregeld. De meeste hulpaanvragen komen, althans in de regio Roermond, op het centrale bureau binnen. Daar is dagelijks gedurende anderhalf uur spreekuur; op het centrale bureau en op de spreekuurpunten in de regio Weert is dit één uur. (Er is een beperkt experiment gaande met zorgverlening buiten de kantooruren.) Bij de instelling in Weert komt het regelmatig voor, dat mensen 14 dagen of langer moeten wachten, voordat de gezinszorg kan aanvangen. Bij de Roermondse instelling zijn geen wachtlijsten. De hulpverlening kan meestal binnen 1 à 2 weken op gang komen.

De door de gezinsverzorging verleende hulp komt in Midden-Limburg vooral ten goede aan bejaarden en huishoudens met inwonende kinderen. In het laatste geval houdt de indicatiestelling praktisch altijd verband met 'tijdelijke of langdurige ziekte van de huisvrouw'. Iets minder dan de helft van de hulpverleningsepisodes duurt tussen de een en zes maanden; iets minder dan één vijfde hooguit een maand; één vijfde duurt een tot vijf jaar en 5% duurt langer dan vijf jaar. De hulpverleningen die echt jaren duren, zijn dus qua aantal in de minderheid.

De belangrijkste zaken nog eens in het kort op een rijtje gezet:

- Het aanbod aan gezinszorg is volgens schatting aan de krappe kant vergeleken met Nederland.
- De spreiding over Midden-Limburg is redelijk evenwichtig.
- De vraag naar gezinszorg neemt de komende 15 jaar sterk toe.
- Er is op dit moment, althans volgens de mening van nogal wat wijkverpleegkundigen, behoefte aan gezinszorg waaraan niet wordt tegemoet gekomen.

- De bereikbaarheid van de hulp is goed.
- De verleende zorg komt op dit moment vooral ten goede aan bejaarden en huishoudens met thuis wonende kinderen.



## **7. ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK**

### Paragraafindeling:

- 7.1. Gebiedsindeling en personele samenstelling
- 7.2. Aanbod en dichtheid
- 7.3. Spreiding
- 7.4. Bereikbaarheid
- 7.5. De geschatte vraag en het aanbod
- 7.6. Toekomstige ontwikkelingen aan de vraagzijde
- 7.7. Leemtes in het aanbod volgens de hulpverleners
- 7.8. De verleende zorg
- 7.9. Samenvatting

### **7.1. Gebiedsindeling en personele samenstelling**

Het algemeen maatschappelijk werk in Midden-Limburg vindt in hoofdzaak plaats vanuit twee instellingen, te weten: de Stichting Maatschappelijk Werk Stadsgewest Roermond en het Centrum voor Maatschappelijk Werk en Gezinszorg in de Regio Weert. De instellingen hebben elk hun eigen werkgebied. De grens tussen de werkgebieden is op dezelfde manier getrokken als tussen de werkgebieden van de beide instelling voor gezinsverzorging (vgl. paragraaf 6.1).

De hulpverlening vanuit deze instellingen voor algemeen maatschappelijk werk is regionaal georganiseerd. Zo heeft de Stichting in Roermond vier teams, te weten:

- team Roermond-Herten, met de subteams Donderberg/Hoogvonderen en 'gezondheidscentrum Maasniel'
- team Leudal- en Thornerkwartier
- team Echt en Maasbrachterkwartier
- team Roerstreekgemeenten

Het werkgebied van de instelling in Weert is ingedeeld in drie werkeenheden:

- werkeenheden Weert
- werkeenheden Nederweert
- werkeenheden Stramproy/Hunsel

Bij elke instelling is één leidinggevende functionaris werkzaam. Daarnaast zijn er uitvoerende maatschappelijk werkers voor het algemeen maatschappelijk werk. In Weert is bovendien een zogeheten woon-

wagenwerker aangesteld.

Naast bovengenoemde instellingen voor algemeen maatschappelijk werk functioneert de Stichting Opbouw Roermond. Deze stichting richt haar werkzaamheden uitsluitend op de bevolking van Roermond. De hulpverlening vanuit deze instelling is zowel regionaal georganiseerd als themagewijs. Zo kent de SOR een viertal basisteams, te weten:

- basisteam Zuid
- basisteam Oost
- basisteam Donderberg
- basisteam Tegelarijeveld

De themagewijze organisatie komt tot uitdrukking in een viertal projectteams, te weten:

- project buitenlanders
- project onderwijs en educatie
- project randgroepjongeren
- project anders-actieven

Niet alle hulpverlening vanuit de SOR kan men scharen onder de noemer van algemeen maatschappelijk werk. Zo rekent de instelling ook cultureel- en opbouwwerk tot haar taak.

Omdat we in aanvang de SOR niet hebben betrokken in het huidige onderzoek (de naam deed vermoeden dat het hier alleen om opbouwwerk ging) kunnen we de gegevens met betrekking tot deze stichting alleen meenemen bij de volgende onderwerpen: aanbod, dichtheid en spreiding. In de paragrafen waar we het hebben over de bereikbaarheid en de verleende zorg zal de SOR buiten beschouwing blijven, omdat relevante informatie niet in het jaarverslag is te vinden. De SOR is ook niet vertegenwoordigd in de paragraaf 'Leemtes in het aanbod volgens de hulpverleners'. De uitvoerend maatschappelijk werkers van de SOR zijn immers niet benaderd voor de schriftelijke vragenronde onder de hulpverleners.

In de rest van dit hoofdstuk beperken we ons tot de uitvoerende algemeen maatschappelijk werkers.

## **7.2. Aanbod en dichtheid**

Bij de drie instellingen voor algemeen maatschappelijk werk waren per 1 januari 1986 30 uitvoerende maatschappelijk werkers in dienst. Samen staan zij voor 22,34 full-time-equivalenten. In tabel 7.1 wordt een overzicht gegeven van het aantal formatieplaatsen en de dichtheid van hulpverleners in Midden-Limburg, de provincie Lim-

burg en heel Nederland.

Tabel 7.1.: aanbod aan uitvoerende algemeen maatschappelijk werkers in Midden-Limburg (per 1-1-'86), in de provincie Limburg (per 1-1-'85), en in Nederland (per 1-1-85)

	full-time equivalenten	inwoners per full-time equivalent
Midden-Limburg	22,34	9.195
Limburg	178,7	6.100
Nederland	1868,8	7.700

Bron: jaarverslagen instellingen, Joint (1985)

Uit de tabel is af te leiden dat het aanbod aan maatschappelijk werkers in de provincie Limburg groter is dan in de rest van Nederland. Blijkbaar komt dat echter vooral Noord- en Zuid-Limburg ten goede. Midden-Limburg blijft namelijk ver achter met een 19% lagere dichtheid dan Nederland en meer dan 51% lagere dichtheid dan de provincie Limburg.

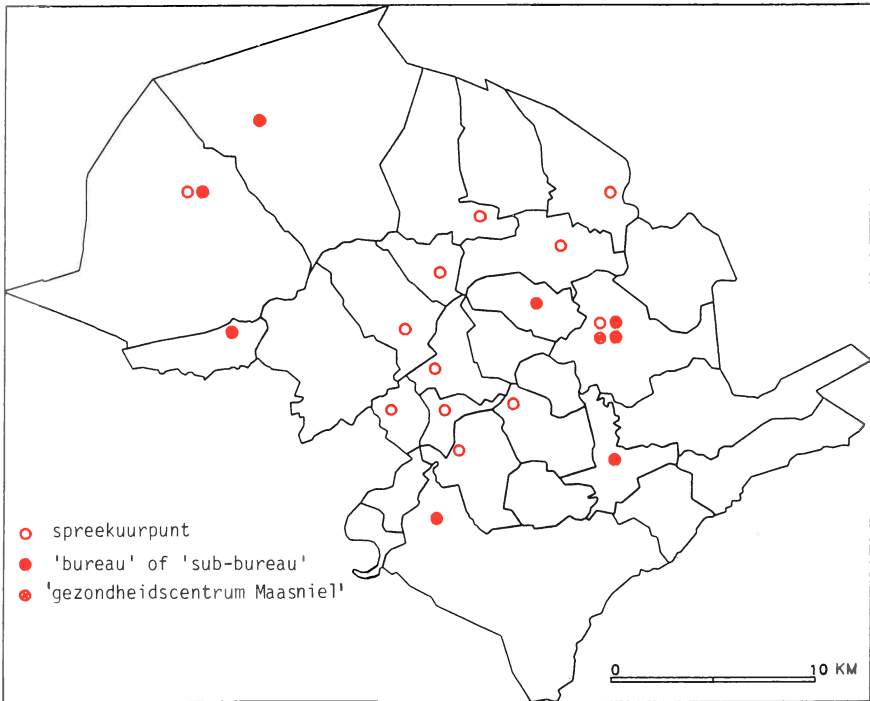
De Nota Eerstelijnszorg stelt als norm 8.000 inwoners per full-time-equivalent maatschappelijk werker. Het is duidelijk, dat Midden-Limburg deze norm lang niet haalt.

### 7.3. Spreiding

In verband met de spreiding van hulpverleners in het algemeen maatschappelijk werk kunnen we een vergelijking maken tussen de regio Roermond en de regio Weert. In de regio Roermond zijn 22 uitvoerende hulpverleners werkzaam en in de regio Weert 8. Omgerekend in full-time-equivalenten betreft het 15,34 voor Roermond en 7 voor Weert. De hulpverlenersdichtheid is daarmee in de regio Roermond iets lager dan in Weert. In de regio Weert is het aantal inwoners per full-time equivalent, namelijk 9.091 en in Roermond 9.225.\*

\* De plattelandsgemeenten lijken overigens in beide regio's beduidend slechter voorzien dan de steden Roermond en Weert.

Figuur 7.1.: spreiding van de spreekuurpunten van het algemeen maatschappelijk werk in Midden-Limburg (spreekuurpunten van de SOR zijn niet verwerkt)





## 7.4. Bereikbaarheid

We zullen achtereenvolgens ingaan op spreekuurpunten en spreekuren, bereikbaarheid buiten de kantooruren en wachtlijsten

### Spreekuurpunten en spreekuren

De Stichting Maatschappelijk Werk Stadsgewest Roermond heeft vier bureaus, te weten: bureau Roermond (de centrale vestiging van de instelling met twee subbureaus, namelijk in Donderberg/Hoogvonderen en in de als gezondheidscentrum Maasniel aangeduide hulpverlenersvestiging), bureau Horn, bureau Echt en bureau St. Odiliënberg. Daarnaast wordt in tien andere gemeenten spreekuur gehouden en twee maal per week wordt ook nog spreekuur gehouden op een scholengemeenschap in Roermond. Op de bureaus is dagelijks spreekuur van 9.00 tot 10.00 uur. Op de spreekuurpunten wordt één maal per week een half uur, tot een uur spreekuur gehouden.

De Weertse instelling heeft twee vestigingsplaatsen: één in Weert en één in Nederweert. Het centrale bureau in Weert is op werkdagen bereikbaar van 8.30 uur tot 17.30 uur, het bureau in Nederweert van 9.00 uur tot 10.00 uur. Verder wordt éénmaal per week spreekuur gehouden in een scholengemeenschap in Weert.

Figuur 7.1. geeft een overzicht van de vestigingen, bureaus en spreekuurpunten. Er blijven al met al 10 gemeenten over waar geen spreekuur gehouden wordt. Meestal gaat dat om gemeenten met een klein aantal inwoners. Hunsel en Melick/Herkenbosch en Sevalinen vormen daar echter met elk meer dan 5.000 inwoners enigszins een uitzondering op.

Bij de Roermondse instelling ervaart men het aantal spreekuurpunten als onvoldoende. Dat geldt met name voor de Roerstreek. Bovendien signaleert men een beperkte bereikbaarheid buiten de vastgestelde spreekuren (in de dorpen maar één keer per week). In de nabije toekomst tracht men dit te verhelpen middels een doorschakelsysteem, waarbij alle telefoontjes, buiten de vastgestelde spreekuren om doorgegeven worden aan de secretaresse van het hoofdbureau.

De instelling in Weert ziet weinig heil in spreekuurpunten voor wijken of woonkernen. In de kleine gemeenschappen is te weinig privacy, als het gaat om een bezoek aan het maatschappelijk werk.

### Bereikbaarheid buiten de kantooruren

Met ingang van september is een experiment van start gegaan in verband met 7 x 24 uren-bereikbaarheid. De SOS telefonische hulpdienst in Venlo en Eindhoven geven binnenkomende hulpvragen door aan het

algemeen maatschappelijk werk.

### **Wachtlijsten**

Bij beide instellingen bestaan geen wachtlijsten.

### **7.5. De geschatte vraag en het aanbod**

Op basis van gegevens uit de cliëntenregistratie van 95 van de 179 instellingen voor AMW in het jaar 1985 kan worden afgeleid welke mensen hulp vragen bij het maatschappelijk werk (JOINT, 1986). Uit deze cijfers blijkt onder meer dat de hulpvragers voor 58% uit vrouwen bestaan en voor 42% uit mannen. Bijna 45% van de hulpvragers bevindt zich in de leeftijdscategorie 30-49 jaar. Gelet op de burgerlijke staat dan blijkt dat ruim 21% van de hulpvragers verweduwd of gescheiden is. Onder de totale bevolking bedraagt dit percentage nog géén 9%.

Op dezelfde wijze als bij de vorige disciplines is ook nu het aantal cliënten per 10.000 inwoners geschat. We willen daar wel bij aantekenen, dat meer dan bij de eerder gemaakte schattingen bij de wijkverpleging en de gezinszorg getwijfeld kan worden aan de nauwkeurigheid van de huidige schatting. Het klinkt namelijk nogal plausibel, dat leeftijd over grote groepen mensen gezien een redelijk goede voorspeller is voor de lichamelijke conditie en dus in tweede instantie voor de vraag naar gezondheidszorg. De relatie tussen leeftijd en de vraag naar de advies- en begeleidingsfunctie van het maatschappelijk werk is echter veel minder duidelijk. Allerlei 'bijkomende' factoren als de financiële en sociale omstandigheden van de cliënt zullen zeker zo sterk van invloed zijn. We kunnen de schattingen echter wel gebruiken om heel voorzichtig naar bepaalde trends te kijken.

Na deze bespiegeling over de waarde van de schatting, komen we op de resultaten van de schatting. In Midden-Limburg zijn in 1985, op grond van de leeftijds- en geslachts-opbouw van de bevolking nagenoeg evenveel hulpaanvragen te verwachten als landelijk (respectievelijk 89 en 87. cliënten per 10.000 inwoners). Hetzelfde geldt voor de geschatte vraag op grond van de variabele burgerlijke staat (Midden-Limburg 85 en Nederland 87. cliënten per 10.000 inwoners).

De kleine afwijkingen zijn gezien de nauwkeurigheid van de schatting praktisch te verwaarlozen. In elk geval steekt de vraag in Midden-Limburg naar verhouding nogal schriel af tegen de lagere dichtheid van maatschappelijk werkers. Het aantal inwoners per maatschappelijk

werker bleek immers 19% hoger dan in Nederland.

## 7.6. Toekomstige ontwikkelingen aan de vraagzijde

Over de ontwikkelingen in de vraag naar hulpverlening door het algemeen maatschappelijk werk kunnen we alleen uitspraken doen op grond van de verwachte leeftijds-geslachts-samenstelling van de bevolking, zoals die blijkt uit prognoses van het EIL. In de vorige paragraaf merkten we reeds op, dat aan de realiteitswaarde van deze schatting nogal wat haken en ogen zitten. We kunnen echter wel zien of er een bepaalde trend is.

Voor Midden-Limburg komen we in het jaar 2000 op een schatting van 92 cliënten per 10.000 inwoners. Voor heel Nederland ligt de schatting iets lager te weten 90 cliënten. Ten opzichte van de geschatte vraag in 1985 (respectievelijk 89 en 87) is geen sprake van een spectaculaire groei.

## 7.7. Leemtes in het aanbod volgens de hulpverleners

Hieronder presenteren we de mening van de ondervraagde hulpverleners in dienst van instellingen over behoeften op het terrein van het

Tabel 7.2.: meningen van hulpverleners over behoeften aan maatschappelijk werk waaraan niet voldaan wordt

	percentage '(helemaal) mee eens'	percentage '(helemaal) mee oneens'	N
wijkverpleegkundigen/ wijkziekenverzorgenden	1	62	66
leidinggevenden gezinsverzorging	4	71	28
maatschappelijk werkenden	17	72	18
<b>totaal</b>	<b>4</b>	<b>66</b>	<b>112</b>

maatschappelijk werk waaraan in de huidige situatie niet voldaan wordt. In de onderstaande tabel 7.2 presenteren we in percentages een overzicht van degenen die het (helemaal) eens zijn met de uitspraak dat er onvervulde behoeften bestaan ten opzichte van degenen die het daar (helemaal) niet mee eens zijn.

De tabel laat zien, dat afgezien van enkelen van de maatschappelijk werkers zelf, er nauwelijks hulpverleners zijn, die in de huidige situatie behoeften zien aan maatschappelijk werk waaraan niet voldaan wordt.

## 7.8. De verleende hulp

In 1985 zijn bij de Stichting Maatschappelijk Werk Stadsgewest Roermond en het Centrum voor Maatschappelijk Werk en Gezinszorg in de Regio Weert 3.219\* personen in behandeling geweest. Ten opzichte van het jaar ervoor is dit een lichte daling van bijna 2%, die bij de Weertse instelling gesitueerd dient te worden.

We zullen in tabel 7.3 laten zien hoe leeftijd van de Midden-Limburgse cliënten zich verhoudt tot de landelijke situatie.

Uit de tabel blijkt, dat de leeftijdsverdeling van de Midden-Limburgse cliënten nagenoeg overeenkomt met die in heel Nederland. Het

Tabel 7.3.: percentuele leeftijdsverdeling van cliënten in Midden-Limburg en Nederland in 1985

	Midden-Limburg	Nederland
19 jaar of jonger	12	11
20-29	18	19
30-39	26	25
40-49	19	20
50-59	12	11
60 jaar en ouder	13	13
	100%	100%

Bron: Jaarverslagen instelling; Joint (1986).

\* Dit aantal is niet direct vergelijkbaar met de geschatte vraag naar AMW-hulp in paragraaf 7.6 en 7.7.

zijn vooral de midden-categorieën die een beroep op het AMW doen. Ook wat betreft andere kenmerken van de cliënten zijn er geen grote verschillen tussen Midden-Limburg en Nederland. Van de cliënten in Midden-Limburg is 16% gescheiden (Nederland: 14%), 8% is verzuimd (Nederland: 8%) en 27% is ongehuwd (Nederland: 26%).

We zullen nu ingaan op de problematiek waarmee de cliënten bij het AMW komen. Tabel 7.4 geeft een overzicht van de hulpvragen, zoals die door de cliënt gepresenteerd worden.

Tabel 7.4.: procentuele verdeling van de problemen bij aanmelding in Weert, Roermond, Midden-Limburg en Nederland in 1985

	Weert	Roermond	Midden-Limburg	Nederland
I materiële problemen	31	51	43	45
II problemen i.v.m. relaties	33	32	32	32
III problemen i.v.m. zelfstandig functioneren	36	17	24	20
	100%	100%	100%	100%*

Bron: Jaarverslagen instellingen; Joint (1986).

Indeling Joint:

- I : inkomen, huisvesting, gezondheid, besteding, omgaan met maatschappelijke organisaties, vorming/opleiding, arbeid;
- II : relatie partner, relatie ouder/kind, echtscheiding, relatie tot anderen;
- III: verwerking, éenzaamheid, identiteit, verslaving, psychische problemen.

\* In de landelijke cijfers zijn aanmeldingsproblemen vallend onder een van de categorieën; multiprobleemgezin (1,4%), cultuurverschillen (1,0%) en onbekend (0,4%) buiten de berekening gehouden.

De tabel laat zien dat de problematiek waarmee cliënten in Midden-Limburg naar het AMW gaan in grote lijnen overeenkomt met de situatie in Nederland.

De instellingen in Weert en Roermond verschillen opvallend wat be-

treft de categorieën 'materiële problemen' (die in Roermond veel vaker voorkomen) en 'problemen met functioneren als zelfstandig individu' (die in Weert veel vaker gepresenteerd worden). De achtergrond van deze verschillen is niet duidelijk, maar het is mogelijk wel een aandachtspunt voor nader overleg binnen de instellingen.

In tabel 7.5 geven we een overzicht van de duur van de hulpverleningsepisoden.

Tabel 7.5.: percentuele verdeling van de duur van de hulpverlening in Midden-Limburg en Nederland (voor in 1985 afgesloten hulpverleningszaken)

duur	Midden-Limburg	Nederland
korter dan 1 week	26	11
t/m 1 maand*	19	15
t/m 3 maanden*	22	28
t/m 1 jaar*	25	36
langer dan 1 jaar*	7	10
<b>totaal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Bron: Jaarverslagen instellingen; Joint (1986).

\* ...maar langer dan de termijn in de voorafgaande categorie.

Uit de tabel blijkt, dat in Midden-Limburg veel meer korte contacten (durend tot en met één week) plaatsvinden dan landelijk. Het belang van dit verschil is moeilijk in te schatten, omdat instellingen nogal verschillend omgaan met de registratie van zogeheten 'korte contacten' (Kersten, 1985). Dit zijn de korte eenmalige op informatie- en advies gerichte contacten. Wel opvallend is, dat langere contacten, namelijk tussen drie maanden en een jaar, in Midden-Limburg minder voorkomen. Dit geldt te meer, daar we eerder zagen dat de aangeboden problematiek niet sterk verschilt.

## 7.9. Samenvatting

In Midden-Limburg zijn drie instellingen voor maatschappelijk werk, te weten: de Stichting Maatschappelijk Werk Stadsgebied Roermond, het Centrum voor Maatschappelijk Werk en Gezinszorg in de Regio Weert en de Stichting Opbouw Roermond. Bij de instellingen waren per 1 januari 1986 30 uitvoerende maatschappelijk werkers in dienst, die samen 22,34 full-time equivalenten volmaken. De dichtheid van maatschappelijk werkers blijft daarmee achter bij de rest van Nederland. In Midden-Limburg tellen we 9.195 inwoners per full-time equivalent ten opzichte van 7700 in Nederland. Dat betekent 19% meer inwoners per full-time maatschappelijk werker. Noord- en Zuid-Limburg steken ten opzichte van Midden-Limburg nog gunstiger af. Midden-Limburg haalt ook niet de in de Nota Eerstelijnszorg gestelde norm van 1 full-time maatschappelijk werker voor elke 8000 inwoners.

Tegenover het geringe aanbod aan maatschappelijk werk staat dat een (ruwe) schatting van de vraag naar deze voorziening nauwelijks afwijkingen geeft te zien ten opzichte van de algemene Nederlandse situatie. Dat zou toch moeten betekenen, dat ergens een tekort gevoeld wordt, zo zou men verwachten. De meningen van de hulpverleners over behoeften aan hulp door het AMW waar niet aan voldaan wordt, wijzen echter anders uit. Afgezien van enkele maatschappelijk werkers, zijn er nauwelijks hulpverleners die tekorten waarnemen bij de bevolking. Omdat eventuele tekorten, waarschijnlijk ook nauwelijks door de bevolking worden waargenomen (men formuleert geen behoefte aan een voorziening die men niet of nauwelijks kent), moet de hier gesignaleerde afwijkende aanbodsituatie als een belangrijk signaal worden opgevat. Er zijn immers praktisch geen andere maatstaven waaraan het tekort kan worden afgemeten.

Gezien het aantal inwoners is het aanbod van maatschappelijk werkers in de regio Roermond iets lager (1,5%) dan in de regio Weert.

Het AMW in Midden-Limburg is bereikbaar via gesprekken op een aantal bureaus (waar dagelijks spreekuur is) en in de regio Roermond tevens op een aantal spreekuurpunten (waar éénmaal in de week spreekuur wordt gehouden). De bereikbaarheid van het AMW lijkt daarmee redelijk goed te noemen. Gezien hun aantal inwoners zou men kunnen overwegen om in de gemeenten Hunsel en Melick/Herkenbosch een spreekuurpunt te vestigen. Bij de Roermondse instelling ervaart men het aantal spreekuurpunten ook als onvoldoende. Bovendien zou men de telefonische bereikbaarheid van deze spreekuurpunten graag vergroot zien, via een systeem dat telefoontjes doorschakelt naar het hoofdbureau. Bij de Weertse instelling staat men negatief tegenover

spreekuurpunten in wijken of kleine woonkernen. Er bestaat in dergelijke kleine gemeenschappen te weinig privacy; men kan niet onopgemerkt een bezoek aan zo'n spreekuurpunt brengen.

Er loopt momenteel een experiment met 7x24-uurs bereikbaarheid. De bereikbaarheid is geregeld via de SOS-telefonische hulpdiensten in Venlo en Eindhoven die binnenkomende hulpvragen doorgeven aan het AMW. Er bestaan overigens geen wachtlijsten waarop men geplaatst wordt alvorens men voor hulp in aanmerking komt.

Qua leeftijd en andere persoonskenmerken wijken de Midden-Limburgse AMW-cliënten nauwelijks af van het landelijke cliëntenbestand. Dat geldt ook voor de problematiek waarmee men komt. Het meest opvallend wat betreft dit punt is een verschil tussen de Roermondse en Weertse instelling. Bij de Roermondse instelling komen veel meer cliënten met materiële problematiek (inkomen, huisvesting en dergelijke), terwijl bij de Weertse instelling meer cliënten met persoonlijke problemen (verwerking, eenzaamheid, identiteit, verslaving etc.) worden aangetroffen. Het is de vraag of dit verschil is toe te schrijven aan een andere wijze van problemen classificeren, of dat er werkelijk verschillen in voorkomen van problemen bij de bevolking aan ten grondslag liggen.

De belangrijkste resultaten in het kort:

- Het aanbod aan algemeen maatschappelijk werk loopt in Midden-Limburg achter, vergeleken bij het aanbod in Nederland.
- De bereikbaarheid van het AMW is redelijk goed geregeld. De 7x24-uurs bereikbaarheid bestaat bij wijze van experiment. In enkele gevallen kan men overwegen een spreekuurpunt te vestigen.



## 8. 'OVERIGE' BERDEPEN IN DE EERSTE LIJN

Paragraafindeling:

### 8.1. Fysiotherapeuten

8.1.1. Aanbod

8.1.2. Dichtheid

8.1.3. Spreiding

### 8.2. Tandartsen

8.2.1. Aanbod

8.2.2. Dichtheid

8.2.3. Spreiding

### 8.3. Apothekers

8.3.1. Aanbod en dichtheid

8.3.2. Spreiding

### 8.4. Verloskundigen

8.4.1. Aanbod en dichtheid

8.4.2. Spreiding

### 8.5. Samenvatting

## 8.1. Fysiotherapeuten

### 8.1.1. Aanbod

Op januari 1985 (de meest recente peildatum) waren er in Midden-Limburg 98 fysiotherapeuten en heilgymnasten/masseurs\*. Vergelijken met landelijke cijfers (Hingstman en Boon, 1986) is het aantal mannelijke fysiotherapeuten in Midden-Limburg wat hoger. In Nederland is 51% van het mannelijke geslacht en in Midden-Limburg 60%.

De leeftijdsopbouw van de fysiotherapeuten in Midden-Limburg wijkt niet zoveel af van de landelijke situatie. Tabel 8.1 geeft een overzicht.

Uit de tabel blijkt, dat de eerst komende jaren slechts enkele fysiotherapeuten met pensioen gaan.

Op 1 januari 1985 waren er in Midden-Limburg 36 fysiotherapie-praktijken. In een praktijk kunnen zowel fysiotherapeuten werkzaam zijn die een overeenkomst hebben met het ziekenfonds, als fysiotherapeuten die een dergelijke overeenkomst niet hebben. In Midden-Limburg

\* Verder aan te duiden als fysiotherapeuten

Tabel 8.1.: Leeftijdsofbouw van fysiotherapeuten in Midden-Limburg en Nederland per 1 januari 1985

leeftijdscategorieën	Midden-Limburg	Nederland
20-24	2	3
25-29	26	29
30-39	47	49
40-49	16	14
50-59	6	3
60 jaar en ouder	3	1
<b>totaal</b>	<b>100% (N=94)</b>	<b>100% (N=8459)</b>

Bron: Hingstman en Boon, 1986

zijn 47 fysiotherapeuten met een overeenkomst en 51 zonder. Dat betekent dat 48% een overeenkomst heeft. Dat is iets hoger dan in de hele provincie Limburg (47%) en ook wat hoger dan in het hele land (42%). We kunnen ook bezien, hoe de verschillende fysiotherapiepraktijken zijn samengesteld wat betreft het aantal medewerkers met en zonder een overeenkomst. Tabel 8.2 geeft een overzicht. Leesvoorbeeld voor de eerste regel in de tabel: Er zijn 14 praktijk-

Tabel 8.2.: samenstelling van fysiotherapiepraktijken per 1 januari 1985

aantal fysiotherapeuten zonder overeenkomst	aantal fysiotherapeuten met een overeenkomst	
	1	2
0	14	1
1	5	2
2	2	4
3	2	2
4	2	1
5	0	1
<b>totaal</b>	<b>25</b>	<b>11</b>

Bron: Hingstman en Boon, 1986

ken waarin één fysiotherapeut met een overeenkomst met het ziekenfonds werkt en nul fysiotherapeuten zonder overeenkomst (éénpersoons-praktijken, dus); er is één praktijk waarin twee fysiotherapeuten met een overeenkomst werken en nul zonder overeenkomst. De tweede regel: In vijf praktijken werkt één fysiotherapeut met en één zonder overeenkomst; in twee praktijken werken twee fysiotherapeuten met een overeenkomst, terwijl er in deze praktijken één fysiotherapeut zonder overeenkomst werkt. (Onder de kopjes '1' e '2' in de tabel staan dus steeds de aantallen praktijken en in de meest linkse kolom staat het aantal fysiotherapeuten zonder overeenkomst dat in deze praktijk werkt.)

De tabel maakt duidelijk, dat in 25 van de 36 praktijken één fysiotherapeut werkt met een overeenkomst met het ziekenfonds. In de overige elf praktijken werken twee fysiotherapeuten met een overeenkomst. In 15 praktijken werken alleen fysiotherapeuten met een overeenkomst. In de overige twee praktijken werken slechts in één geval meer dan vier fysiotherapeuten zonder overeenkomst.

### 8.1.2. Dichtheid

We zullen hier ingaan op het aantal inwoners per full-time-equivalent fysiotherapeut\*. Tabel 8.3 geeft een overzicht.

Het aantal inwoners per full-time-equivalent fysiotherapeut is in Midden-Limburg hoger dan in de provincie Limburg, en daar weer hoger dan in heel Nederland. Midden-Limburg is dus, althans volgens onze

\* Om een reeël beeld te krijgen van de spreiding van het aanbod van fysiotherapeuten moet er rekening gehouden worden met het feit dat een deel van de fysiotherapeuten (vooral de fysiotherapeuten zonder een overeenkomst met het ziekenfonds) niet full-time werkt. Het aantal fysiotherapeuten moet derhalve omgerekend worden in full-time-equivalenten. Hierbij hebben we de rekenmethode gevolgd van Hingstman en Boon (1986). Op basis van de berekening van het gemiddeld aantal uren, die voor fysiotherapeuten bij de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen staan geregistreerd, komen Hingstman en Boon tot de conclusie dat alle fysiotherapeuten met een overeenkomst full-time werkzaam zijn en dat fysiotherapeuten zonder een overeenkomst gemiddeld 29 uur werken. We moeten benadrukken dat het rekenmodel is gebaseerd op landelijke cijfers, die misschien niet zonder meer te vertalen zijn naar een lager regionaal niveau (Midden-Limburg). De hierna te presenteren dichtheden moeten dan ook met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

schattingen, relatief slechter van fysiotherapeuten voorzien.

In de Nota Eerstelijnszorg wordt als taakstellende prognose gesproken over één fysiotherapeut per 2.400 inwoners. Ervan uitgaande dat hier in full-time-equivalenten gesproken wordt, haalt Midden-Limburg deze norm net niet.

Tabel 8.3.: de fysiotherapeuten-dichtheid in Midden-Limburg, de provincie Limburg, en Nederland per 1 januari 1985

	aantal inwoners per full-time equivalent
Midden-Limburg	2.439
Limburg	2.161
Nederland	1.955

### 8.1.3. Spreiding

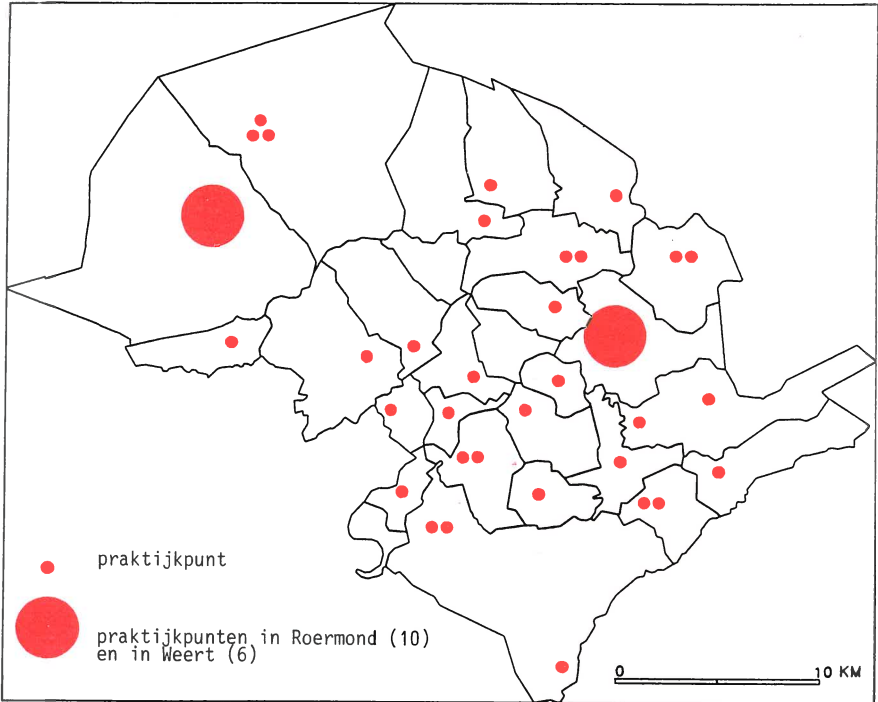
Het aanbod aan fysiotherapeuten is in het stadsgewest Roermond aanzienlijk groter dan in het streekgewest Weert. In het stadsgewest tellen we 2.092 inwoners per full-time-equivalent fysiotherapie en in het streekgewest betreft dat 3.802 inwoners. Ten opzichte van het stadsgewest is de dichtheid van fysiotherapeuten in het streekgewest dus maar liefst 82% lager.

Behalve naar het aantal inwoners per fysiotherapeut, als maat voor de spreiding van de zorg, kunnen we ook kijken naar de spreiding van praktijkpunten. Daarbij willen we aantekenen, dat één fysiotherapiepraktijk meer dan één praktijkpunt kan hebben. De figuren 8.1, 8.2 en 8.3 geven inzicht in de ruimtelijke spreiding van praktijkpunten voor respectievelijk heel Midden-Limburg, en de steden Roermond en Weert.

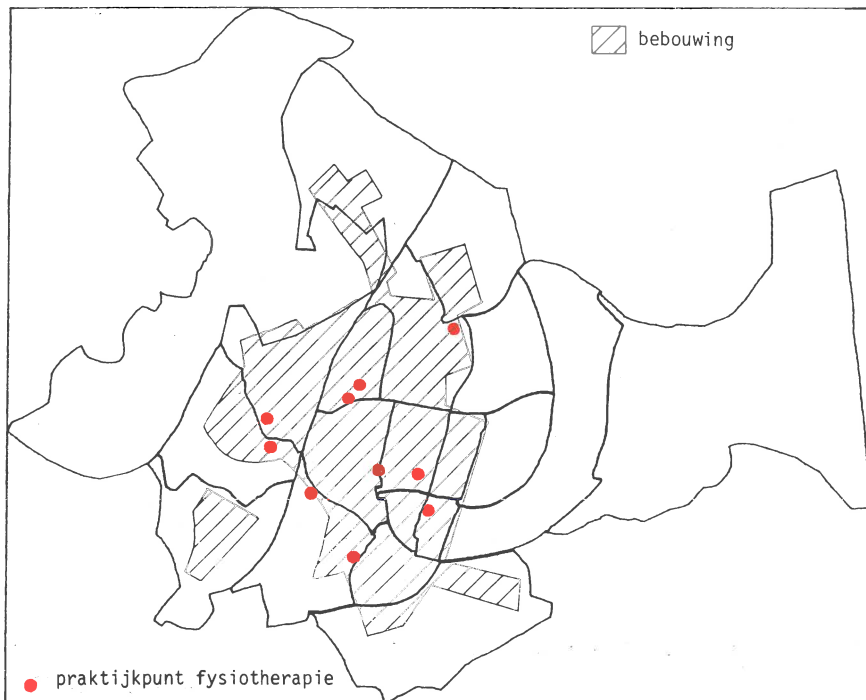
In het totaal tellen we op 1 januari 1985, 48 praktijkpunten in Midden-Limburg; 37 in het stadsgewest en 11 in het Streekgewest. In drie gemeenten zijn géén fysiotherapeuten gevestigd, te weten in: Baexem, Beegden en Ohé en Laak. Het gemiddelde aantal inwoners in deze gemeenten bedraagt 1.651, wat ook wel erg weinig is voor een praktijkpunt. Bovendien is de afstand tot een praktijkpunt in een naburige gemeente, in al deze gevallen betrekkelijk gering (figuur 8.1).

De spreiding van de praktijkpunten over de wijken van Roermond is zeer onevenwichtig. In 12 van de 20 wijken is géén fysiotherapeut

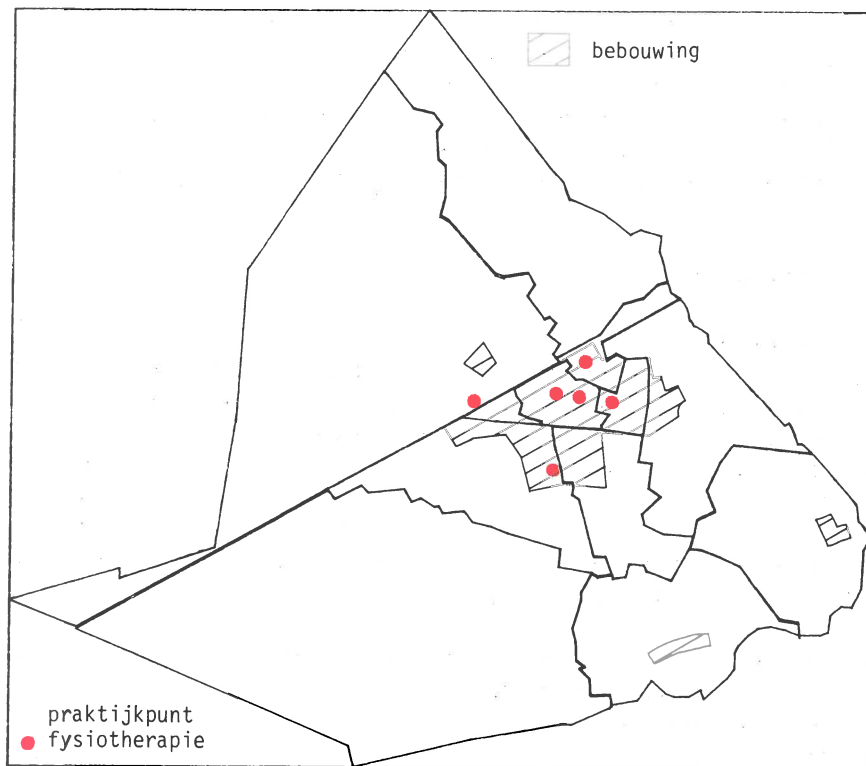
Figuur 8.1.: spreiding van fysiotherapie-praktijkpunten in Midden-Limburg



Figuur 8.2.: spreiding van fysiotherapie-praktijkpunten in Roermond



Figuur 8.3.: spreiding van fysiotherapie-praktijkpunten in Weert



gevestigd. Een concentratie van praktijkpunten zien we in de meer centraal gelegen wijken. Wijken waar géén praktijkpunten gesitueerd zijn en die een inwonertal hebben boven de norm voor fysiotherapeuten uit de Nota Eerstelijnszorg (2.400 inwoners) zijn; De Kemp, Hoogvonderen en de Planetenbuurt (figuur 8.2). Drie van de zes praktijkpunten in Weert vinden we in het centrum, een weinig evenwichtige spreiding. Relatief grote wijken (een inwonertal boven het gestelde in de norm uit de Nota Eerstelijnszorg) zonder een fysiotherapiepraktijk zijn: Groenewoud, Moesel en Leuken (figuur 8.3).

## 8.2. Tandartsen

### 8.2.1. Aanbod

Op basis van de tandartsengids van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Tandheelkunde (NMT) en het Register Medische Beroepen van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI) hebben we geconstateerd dat in Midden-Limburg medio 1985, 61 tandartsen met een algemene praktijk (niet specialist) gevestigd zijn. Hierbij zijn inbegrepen, tandartsen werkzaam in inrichtingen of met een deeltijdbaan als schooltandarts. Nog géén 5% van de tandartsen is van het vrouwelijk geslacht.

Tabel 8.4.: leeftijdsverdeling van de tandartsen met een algemene praktijk medio 1985

leeftijd	N	%
30 jaar of jonger	10	18
31-35	12	21
36-40	12	21
41-45	8	14
46-50	5	9
51-55	0	0
56-60	4	7
ouder dan 60 jaar	5	9
<b>totaal</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

Ruim 39% van alle tandartsen is 35 jaar of jonger (tabel 8.4). Het aantal tandartsen dat in de komende vijf jaren, ten gunste van het



bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd, de praktijk zal neerleggen is niet meer dan vijf. Ook op langere termijn zal dat aantal, gezien de leeftijdsopbouw van de nu zittende tandartsen gering zijn.

### 8.2.2. Dichtheid

Het aantal inwoners per tandarts met een algemene praktijk in Midden-Limburg bedraagt medio 1985 ruim 3.367. Als streefgetal wordt in de Nota Eerstelijnszorg één tandarts op 3.000 inwoners genoemd. Deze norm wordt in Midden-Limburg dus duidelijk niet gehaald.

Op 1 januari 1985 tellen we in Nederland 6.163 tandartsen met een algemene praktijk (Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening, 1986). Het aantal inwoners per tandarts komt daarmee op 2.345. Vergeleken met Nederland heeft Midden-Limburg dus een aanzienlijk lagere tandartsendichtheid.

### 8.2.3. Spreiding

Tabel 8.5 geeft inzicht in de spreiding van tandartsen over Midden-Limburg.

Tabel 8.5.: tandartsendichtheid (aantal inwoners per tandarts met een algemene praktijk) in Roermond, Weert, overige gemeenten Stadsgewest en overige gemeenten Streekgewest, medio 1985\*

	aantal tandartsen met een algemene praktijk	aantal inwoners per tandarts
Roermond	15	2.555
Overige gemeenten Stadsgewest	26	3.942
Weert	13	3.042
Overige gemeenten Streekgewest	7	3.579
Midden-Limburg	61	3.367

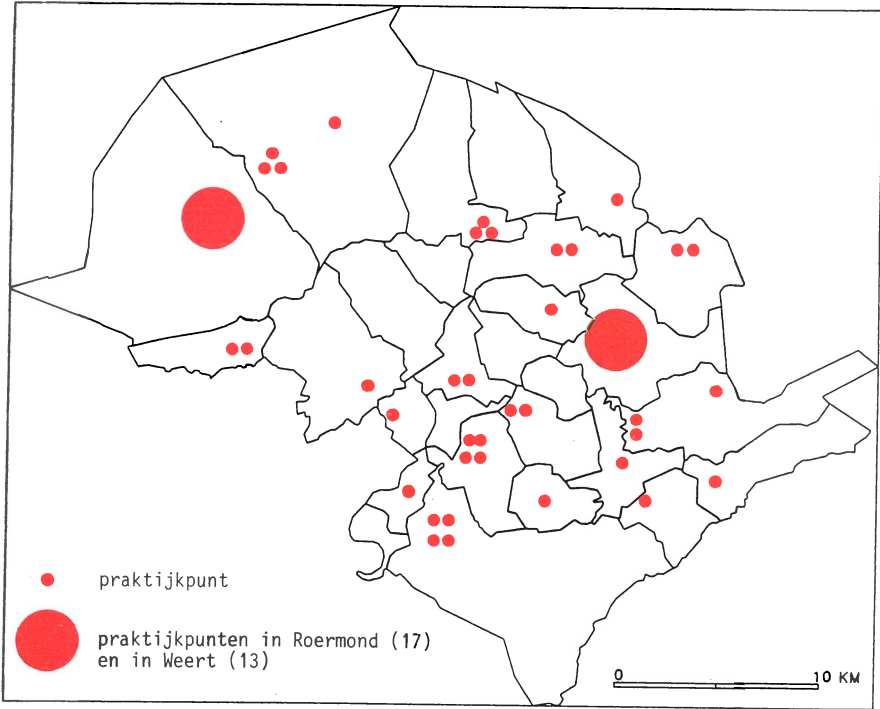
\* Bij de inwonersaantallen is de situatie per 1-1-'86 als uitgangspunt genomen.

De tabel maakt duidelijk, dat in de stad Roermond relatief de meeste tandartsen zijn. Dan volgt de stad Weert. Op het platteland zijn de gemeenten in de omgeving van Weert weer wat beter voorzien dan de

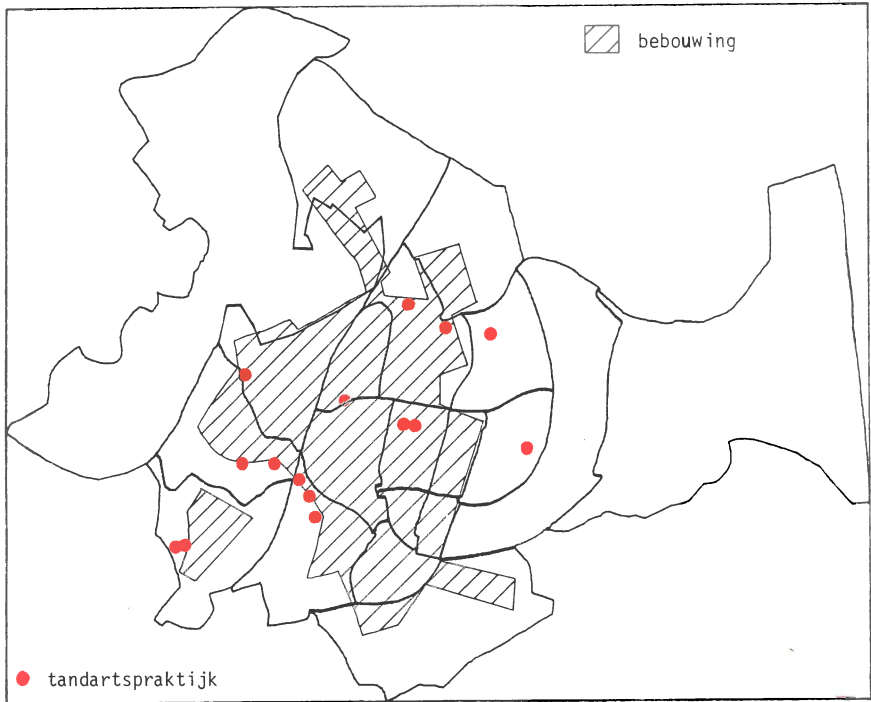
gemeenten in de omgeving van Roermond. Het is alsof veel mensen buiten Roermond hun tandarts hebben in de stad Roermond. In de gemeenten rond Weert komt dat ook wel voor, maar daar zijn naar verhouding toch meer mensen met de tandarts in hun eigen of naburige gemeente. In zes gemeenten is, medio 1985, géén tandarts gevestigd, te weten in: Baexem, Beegden, Grathem, Herten, Ohé en Laak en Roggel. Hiervan hebben de gemeenten Herten en Roggel een inwonertal dat ligt boven de taakstellende prognose voor tandartsen uit de Nota Eerstelijnszorg (één tandarts op 3.000 inwoners). Hier geldt, evenals in de overige vier gemeenten, dat de afstand tot een tandartspraktijk in een naburige gemeente gering is (figuur 8.4). De spreiding van de praktijken binnen de steden Roermond en Weert is, zoals we hieronder zullen zien niet erg evenwichtig.

In 11 van de 20 wijken in Roermond is géén tandarts gevestigd. Twee hiervan benaderen qua inwonertal de reeds genoemde norm voor tandartsen uit de Nota, te weten; De Kemp en de Planetenbuurt. Een concentratie van praktijkpunten zien we in de meer zuid/oostelijk gelegen wijken; Roerzicht, Roer-Zuid en Kapel/Muggenbroek (figuur 8.5). Zes van de 13 tandartsen in Weert vinden we in het centrum, terwijl het inwonertal hier slechts 2.662 bedraagt. In zes wijken is geen tandarts gevestigd. Met name de wijk Leuken is slecht voorzien; behalve het gemis van een tandartsenpraktijk, zijn in deze wijk ook géén huisartsen en fysiotherapeuten gevestigd (figuur 8.6).

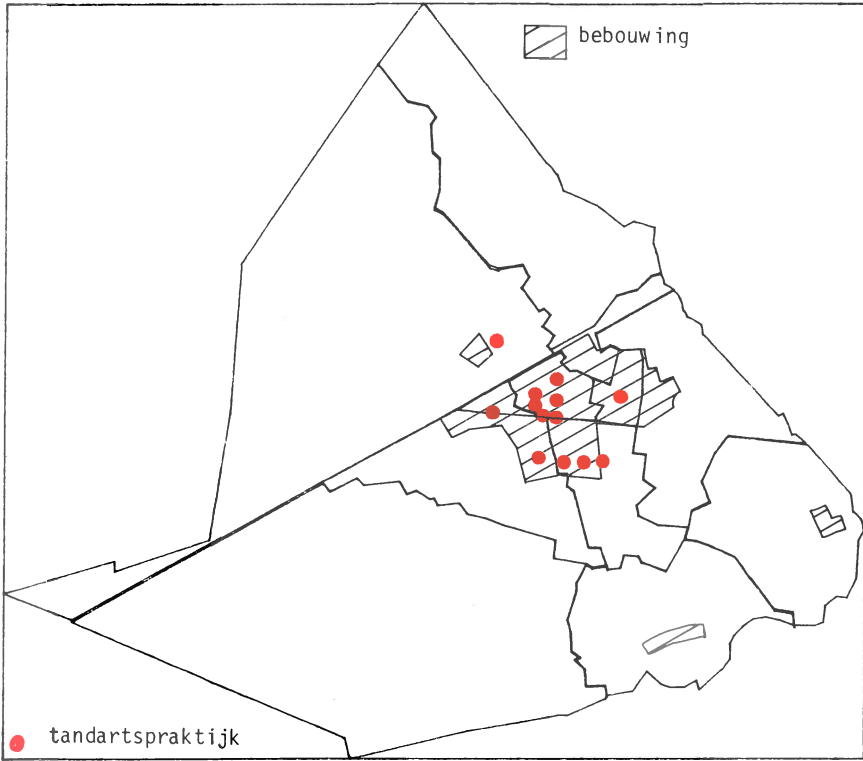
Figuur 8.4.: spreiding van tandarts-praktijkpunten in Midden-Limburg



Figuur 8.5.: spreiding van tandarts-praktijkpunten in Roermond



Figuur 8.6.: spreiding van tandarts-praktijkpunten in Weert



## 8.3. Apothekers

### 8.3.1. Aanbod en dichtheid

Op 1 januari 1986 tellen we 14 zelfstandig gevestigde apothekers in Midden-Limburg. In één apotheek is een zogenaamde tweede apotheker werkzaam. (Een tweede apotheker heeft geen overeenkomst met het ziekenfonds.)

Het aantal inwoners per zelfstandig gevestigde apotheker bedraagt daarmee 14.672. In de Nota Eestelijnszorg wordt als gewenst geacht één apotheker op 10.000 inwoners. De apothekersdichtheid in Midden-Limburg blijft dus aanzienlijk achter bij de norm. Nu wil dit niet zeggen dat delen van de bevolking verstoken zijn van geneesmiddelenvoorzieningen. Ruim 26% van de zelfstandig gevestigde huisartsen is immers apotheekhoudend.

Voor een reeëler inzicht in de apothekersdichtheid, zouden de inwoners die voor hun geneesmiddelen voorzieningen zijn aangewezen op de huisarts bij de berekening van de apothekersdichtheid niet meegetelt moeten worden\*. Wanneer we de aldus gecorrigeerde inwoneraantallen relateren aan het aantal apothekers, krijgen we de volgende situatie. De apothekersdichtheid is in de provincie Limburg als geheel hoger en in Midden-Limburg wat lager dan in Nederland (tabel 8.6). Blijkbaar zijn Noord- en Zuid-Limburg dus extra goed voorzien van geneesmiddelenverstrekkers.

\* Hiertoe gaan we als volgt te werk; per regio is het aantal apotheekhoudende huisartsen berekend. Vervolgens is op basis van de gemiddelde huisartsendichtheid (2361), per regio berekend hoeveel inwoners er totaal staan ingeschreven bij de in die regio werkzame apotheekhoudende huisartsen. Dit aantal wordt vervolgens in mindering gebracht op het totaal aantal inwoners in de regio.

Tabel 8.6.: apothekersdichtheid in Midden-Limburg, Limburg en Nederland, gecorrigeerd voor apotheekhoudende huisartsen die een vergunning hebben

	aantal inwoners	aantal zelfstandig gevestigde apothekers	aantal apotheek- houdende huisartsen	aantal inwoners per apotheker
Midden-Limburg*	205.408	14	23	10.793
Limburg**	1.088.100	100	66	9.347
Nederland**	14.449.975	1187	909	10.304

Bron: Lijst van gevestigde apothekers en apotheekhoudende huisartsen van de Hoofdinspectie van de Volksgezondheid voor de Geneesmiddelen (1984); Nota Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening 1986 (WVC, 1986)

\* per 1 januari 1986

\*\* per 1 januari 1985

### 8.3.2. Spreiding

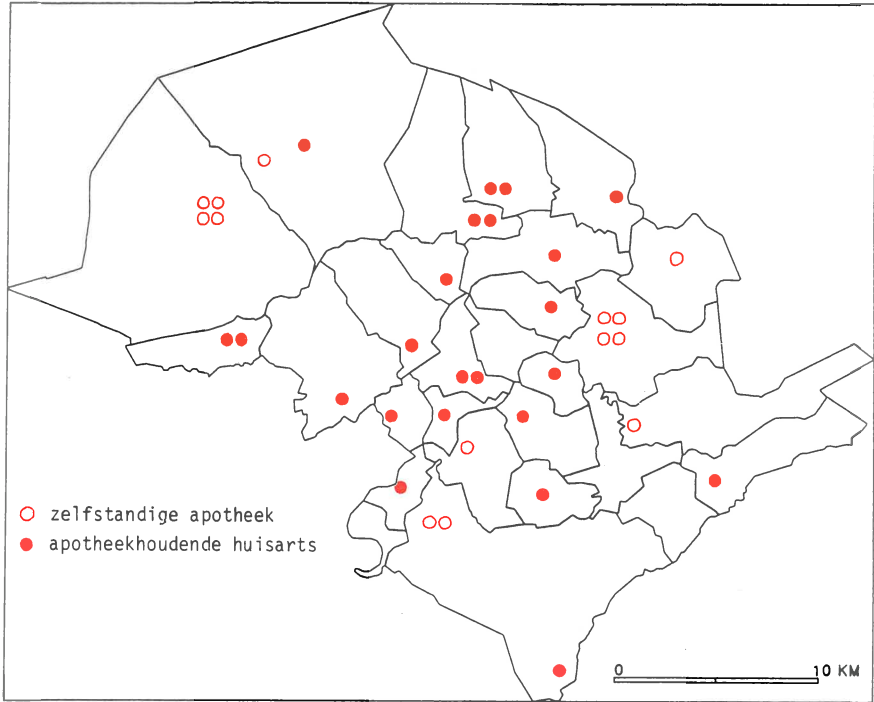
De apothekersdichtheid (ongecorrigeerd) binnen Midden-Limburg varieert aanzienlijk. In het stadsgewest noteren we de laagste dichtheid (één apotheker op 15.646 inwoners); in het streekgewest de hoogste dichtheid (één apotheker op 12.919 inwoners). Wanneer we rekening houden met het aantal apotheekhoudende huisartsen in beide gewesten, krijgen we een geheel ander beeld te zien. Het Stadsgewest heeft nu een hogere dichtheid dan het streekgewest; respectievelijk 10.661 en 11.030 inwoners per apotheker. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door het feit dat het percentage huisartsen in het stadsgewest dat een apotheekvergunning heeft ruim twee keer zo groot is dan in het streekgewest.

In figuur 8.7 is de spreiding van zowel de apotheekhoudende huisartsen als openbare apotheken binnen Midden-Limburg afgebeeld. In vier gemeenten kan men voor zijn geneesmiddelenvoorziening niet in de eigen woonplaats terecht, te weten: Posterholt, St. Odiliënberg, Ohé en Laak en Beegden.

De meeste apothekers zijn geconcentreerd in de steden Roermond en Weert.

We mogen verwachten dat de inwoners van Beegden gebruik maken van de apotheken in Roermond, terwijl de inwoners van Ohé en Laak hun ge-

Figuur 8.7.: spreiding van de geneesmiddelen-voorziening in Midden-  
limburg





neesmiddelen halen in Echt. De inwoners van St. Odiliënberg en Posterholt kunnen òf gebruik maken van de apotheek in Melick òf hun geneesmiddelen betrekken van één van de apotheekhoudende huisartsen in de omliggende gemeenten. Uit de figuur kunnen we opmaken dat de afstand tot een apotheek of apotheekhoudende huisarts nergens van dien aard is dat we kunnen spreken van ernstige gaten in het voorzieningepakket.

Zowel in Roermond als in Weert zijn vier apotheken gesitueerd, in beide gevallen redelijk gespreid over de stad. Apotheekhoudende huisartsen treffen we hier niet aan. Bij de afgifte van vergunningen aan huisartsen wordt dan ook gelet op de nabijheid van een apotheek. Over de precieze normen die hierbij gehanteerd worden bestaat verschil van inzicht. In de praktijk wordt een straal van 5 km aangehouden waarbinnen géén vergunning aan een huisarts kan worden afgegeven.

## 8.4. Verloskundigen

### 8.4.1. Aanbod en dichtheid

Op 1 januari 1980 zijn in Midden-Limburg 13 verloskundigen werkzaam. Het merendeel, negen, heeft een eigen praktijk en wordt tot de eerstelijns gerekend. De overige vier zijn klinisch werkzaam. Het aantal inwoners per verloskundige (in eigen praktijk + klinisch werkzaam) in Midden-Limburg bedraagt aldus 15.801. Laten we de klinische verloskundigen buiten beschouwing, dan komen we uit op 22.823 inwoners per verloskundige.

Vergeleken met Nederland als geheel is de verloskundigendichtheid in Midden-Limburg hoger. Wellicht bestaat hier een verband met de aanwezigheid van een vroedvrouwschool in Heerlen. Vergeleken met de provincie Limburg noteren we een aanzienlijk lagere dichtheid. Het zijn vooral de klinisch werkzame verloskundigen die voor de hoge dichtheid in Midden-Limburg zorgen (tabel 8.7).

Tabel 8.7.: verloskundigendichtheid in Midden-Limburg, Limburg en Nederland op 1 januari 1986

	aantal inwoners per verloskundige:		
	in eigen praktijk	klinisch werkzaam	totaal
Midden-Limburg	22.823	51.352	15.801
Limburg	20.150	29.408	11.957
Nederland	21.778	89.116	17.501

Bron: Hingstman en Boon, 1986; NIVEL registratiesysteem van verloskundigen.

De Nota Eerstelijnszorg gaat uit van een taakstellende prognose van één verloskundige op 20.000 inwoners. Onduidelijk is of hierbij ook de klinisch werkzame verloskundigen zijn inbegrepen, in welk geval de norm in Midden-Limburg ruimschoots gehaald wordt. Laten we de klinisch werkzame verloskundigen buiten beschouwing, dan blijft Midden-Limburg iets achter bij de norm.

Indien we bij het berekenen van de verloskundigendichtheid alleen het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd meetellen, registreren we één zelfstandig gevestigde verloskundige op 5.464 vruchtbare vrouwen. Een vergelijkbaar cijfer voor Nederland hebben we alleen

voor 1 januari 1984; één zelfstandig gevestigde verloskundige op 5600 vruchtbare vrouwen (Groenewegen en Hingstman, 1985). De verloskundigendichtheid in Midden-Limburg blijft relatief hoog.

#### **8.4.2. Spreiding**

Het streekgewest heeft een lagere dichtheid dan het stadsgewest Roermond. Dat geldt zowel voor alle verloskundigen samen als alleen voor de verloskundigen in een eigen praktijk. Passen we de cijfers over het aantal verloskundigen in beide gewesten toe op het aantal vruchtbare vrouwen, dan houden we hetzelfde beeld. Het stadsgewest heeft met één zelfstandig gevestigde verloskundige op 4760 vrouwen in de vruchtbare leeftijd een aanzienlijk hogere dichtheid dan het streekgewest met één verloskundige op 7920 vruchtbare vrouwen.



## 8.5. Samenvatting

We zullen hierna achtereenvolgens de belangrijkste resultaten met betrekking tot aanbod, dichtheid en spreiding van de volgende beroepsgroepen: fysiotherapeuten, tandartsen, apothekers, verloskundigen.

### Fysiotherapeuten

Op 1 januari 1985 waren er in Midden-Limburg 98 fysiotherapeuten en heilgymnasten/masseurs (kortweg fysiotherapeuten) gevestigd in 36 fysiotherapie-praktijken. 47 fysiotherapeuten hebben een overeenkomst met het ziekenfonds en 51 niet. In 14 praktijken werkt 1 fysiotherapeut; in de overige 22 meer dan één.

De leeftijdsopbouw van de beroepsgroep in Midden-Limburg is jong te noemen, evenals in Nederland. Er volgen op korte termijn slechts enkele pensioneringen. Vergeleken met Nederland, zijn de vrouwelijke fysiotherapeuten wat ondervertegenwoordigd.

Volgens schatting is de fysiotherapeutendichtheid in Midden-Limburg lager dan in de provincie Limburg, waar hij ook weer lager is dan in heel Nederland. Met naar schatting 2439 inwoners per full-time equivalent fysiotherapie, haalt Midden-Limburg net niet de norm van 2400 inwoners per full-time fysiotherapeut.

De dichtheid van fysiotherapeuten is in het stadsgewest Roermond aanzienlijk groter dan in het streekgewest Weert. Het streekgewest heeft 82% meer inwoners per full-time equivalent fysiotherapie dan het stadsgewest.

Er zijn 48 praktijkpunten waar fysiotherapie uitgeoefend wordt: 37 in het stadsgewest en 11 in het streekgewest. De spreiding van praktijkpunten over de gemeenten in Midden-Limburg is redelijk evenwichtig te noemen. Alleen de spreiding over de dichtbevolkte wijken van Roermond en Weert laat te wensen over. In Roermond zou, gezien het inwonertal, wellicht een praktijk op zijn plaats zijn in: De Kemp, Hoogvonderen en de Planetenbuurt. In Weert zouden in aanmerking kunnen komen: Groenewoud, Moesel en Leuken.

De belangrijkste bevindingen in het kort:

- Het aanbod is goed; naar schatting rond de norm, maar wel lager dan in Limburg en Nederland.
- De spreiding van fysiotherapeuten is onevenwichtig; het aanbod in het streekgewest Weert blijft achter.
- De spreiding van praktijkpunten over de gemeenten is goed, maar de spreiding over de wijken van Weert en Roermond kan in principe

worden verbeterd.

### **Tandartsen**

Medio 1985 waren er in Midden-Limburg 61 tandartsen gevestigd in een algemene, niet specialistische praktijk. Onder hen zijn drie vrouwelijke tandartsen. Niet meer dan negen tandartsen zijn ouder dan 50 jaar, zodat in de naaste toekomst weinig pensioneringen zijn te verwachten.

Het aantal inwoners per tandarts is 3367. Deze tandartsdichtheid is aanzienlijk lager dan in Nederland. Bovendien haalt hij ook niet de norm van één tandarts per 3000 inwoners uit de Nota Eerstelijnszorg. De spreiding van tandartsen binnen Midden-Limburg is niet erg evenwichtig. Roermond heeft, gezien het aantal inwoners verreweg de meeste tandartspraktijken. Dan volgt Weert. De gemeenten in de omgeving van Weert hebben weer minder praktijken, gezien hun inwonertal. Helemaal onderaan zitten de gemeenten in de omgeving van Roermond. Het stadsgewest Roermond als geheel en het gehele streekgewest Weert verschillen niet sterk qua dichtheid. Waarschijnlijk gaan veel mensen uit gemeenten in de omgeving van Roermond in Roermond naar de tandarts.

De spreiding binnen Roermond en Weert is ook niet optimaal. De wijk De Kemp en de Planetenbuurt in Roermond en de wijk Leuken in Weert zouden, gezien hun inwonersaantal in aanmerking kunnen komen voor een tandartsvestiging.

Een overzicht van de belangrijkste resultaten:

- Het aanbod (in 1985) blijft achter bij het landelijk gemiddelde en de norm.
- De spreiding is weinig evenwichtig.

### **Apothekers**

Per 1 januari 1986 waren er 14 zelfstandig gevestigde apothekers in Midden-Limburg. Het aantal inwoners per zelfstandig gevestigde apotheker bedraagt daarmee 14.672; een getal ruim boven de 10.000 inwoners volgens de norm uit de Nota Eerstelijnszorg. Corrigeren we voor de aantallen inwoners die voor hun geneesmiddelenvoorziening zijn aangewezen op apotheekhoudende huisartsen (26% van alle zelfstandig gevestigde huisartsen), dan komen we op 10.793 inwoners per zelfstandig gevestigde apotheker. We zitten dan nog steeds wat boven de norm en ook boven het landelijk gemiddelde (10.304 inwoners), maar de Midden-Limburgse situatie komt wel steeds meer in de richting van deze beide referentiepunten.

De meeste apothekers zijn in Roermond en Weert gevestigd. Houden we rekening met de apotheekhoudende huisartsen, dan is het aantal apothekers redelijk evenwichtig gespreid over het stadsgewest Roermond en het streekgewest Weert. Rekenen we de apotheekhoudende huisartsen en apothekers samen, dan kunnen we stellen dat de geneesmiddelenvoorziening behoorlijk evenwichtig gespreid is over Midden-Limburg.

De belangrijkste resultaten zijn:

- Ook als we apotheekhoudende huisartsen meerekenen, blijft het aanbod aan apothekers iets achter bij de norm en het landelijke gemiddelde.
- De geneesmiddelenvoorziening is, als we apotheken en apotheekhoudende huisartsen samen nemen, behoorlijk evenwichtig gespreid over Midden-Limburg.

### **Verloskundigen**

In Midden-Limburg zijn negen verloskundigen met een eigen praktijk werkzaam binnen de eerstelijns en vier verloskundigen zijn klinisch werkzaam. Het aantal inwoners per verloskundige (klinisch + eigen praktijk) bedraagt 15.801. Dat betekent een hogere verloskundigendichtheid dan in Nederland (17.501), die vooral met de klinisch werkzame verloskundigen te maken heeft. De in de Nota Eerstelijnszorg gestelde norm van één verloskundige per 20.000 inwoners wordt, als we de klinisch werkzame verloskundigen meerekenen, ruimschoots gehaald.

Het streekgewest Weert heeft een wat lagere verloskundigendichtheid dan het stadsgewest Roermond.

In het kort:

- Het totale aanbod aan verloskundigen met een eigen praktijk en klinisch werkzame verloskundigen voldoet ruimschoots aan de norm en ligt hoger dan in heel Nederland.





## DEEL III SAMENWERKING TUSSEN BIJ DE EERSTELIJN BETROKKEN PARTIJEN

De hoofdstukken in dit deel van het rapport hebben betrekking op de samenwerking tussen de verschillende partijen die betrokken zijn bij de eerstelijnszorg. In hoofdstuk 9 behandelen we de samenwerking binnen de eerstelijnszorg. Hoofdstuk 10 gaat dieper in op een bepaald facet van deze samenwerking: de afstemming van werkgebieden. Hoofdstuk 11 heeft betrekking op verschillende vraagstukken die vallen onder het thema 'relatie tussen eerste- en tweedelijnszorg'. In hoofdstuk 12 tenslotte, gaan we onder de titel 'taken voor de lokale overheid' in op beleidswensen die hulpverleners hebben in de richting van de lokale overheid.



## 9. SAMENWERKING BINNEN DE EERSTE LIJN

### 9.1. Inleiding

#### 9.1.1. Achtergronden en overheidsbeleid

Samenwerking mag zich al geruime tijd in de belangstelling verheugen van zowel hulpverleners als beleidsinstanties. Het wordt beschouwd als voorwaarde ter verwezenlijking van een belangrijke prioriteit in het beleid, namelijk versterking van de eerstelijnszorg (zie onder andere de Nota Eerstelijnszorg; WVC, 1983). Samenwerking neemt een centrale positie in om een aantal redenen. Het werken in teamverband zou bij het oplossen van (gezondheids)problemen tot betere resultaten leiden dan wat door de som van de afzonderlijke groepsleden bereikt zou worden. Daarnaast zou samenwerking tegemoet komen aan de behoefte aan zekerheid of veiligheid bij de deelnemers door een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid bij moeilijke beslissingen. Hoewel samenwerking binnen de eerstelijnszorg een centraal thema is in het overheidsbeleid, krijgt het weinig specifieke aandacht in de WVG. Daar wordt eerder gesproken over het meer algemene begrip samenhang. Het bewerkstelligen van samenhang in de planning van de eerstelijnsvoorzieningen zal, in het kader van de nieuwe wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (WVG, WGM?), vooral een taak zijn van de gemeenten. Behalve samenwerking tussen voorzieningen speelt hierbij een ander element van samenhang, namelijk: de afstemming van de voorzieningen op de behoefte van de bevolking (zijn er geen gaten in het voorzieningenpakket?).

#### 9.1.2. Vormen van samenwerking

Welke vormen van samenwerking in de eerstelijnszorg komen we zoal tegen in de literatuur.

##### 1. Monodisciplinaire samenwerking:

Een vorm van monodisciplinaire samenwerking bij huisartsen, waarbij een aantal huisartsen afsprekt voor elkaar in te vallen bij ziekte, in weekend of vakantie, is een waarneemgroep. De wijkverpleging kent wat men monodisciplinaire teams zou kunnen noemen, in de vorm van basiseenheden.

Bij het maatschappelijk werk vindt monodisciplinair overleg plaats in de vorm van de zogenaamde teambesprekingen.

Een vorm van monodisciplinaire samenwerking waarbij de hulpverle-

ners (huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, tandartsen), ook gemeenschappelijk gehuisvest zijn is in de 'smalste' vorm de duopraktijk: twee samenwerkende hulpverleners onder één dak. De groepspraktijk is in feite hetzelfde als een duopraktijk, maar dan gaat het om drie of meer hulpverleners die gemeenschappelijk gehuisvest zijn.

## **2. Bidisciplinaire samenwerking:**

Dit is samenwerking met één andere discipline in de eerstelijnszorg. Een veel voorkomende vorm is die waarin één of meer huisartsen met één of meer wijkverpleegkundigen samenwerken. Andere samengestelde overlegvormen zijn denkbaar (bijvoorbeeld wijkverpleging en gezinszorg). In de praktijk zal in veel gevallen de huisarts echter deel uitmaken van het samenwerkingsverband.

## **3. Multidisciplinaire samenwerking:**

Dit is samenwerking waarbij tenminste drie verschillende disciplines betrokken zijn. Het sociaal café is daarbij qua aantal disciplines het meest omvangrijk maar tegelijkertijd qua intensiteit van de samenwerking de meest vrijblijvende vorm. Een wat minder vrijblijvende vorm, waarbij algemene vraagstukken van hulpverlening of het verwerken van signalen uit de wijk centraal staan, is het functionarissencontact of het (wijk)welzijnszorgoverleg. Maken tenminste huisarts(en), wijkverpleegkundige(n) en maatschappelijk werkende(n) deel uit van het samenwerkingsverband en wordt bovendien gepraat over concrete hulpverleningszaken (het zogeheten patiëntenoverleg), dan spreken we van een hometeam. Wanneer in zo'n geval ook sprake is van een gemeenschappelijke huisvesting dan hebben we te maken met een gezondheidscentrum. De afspraken over samenwerking zijn daar ook bindender. Opgemerkt moet worden dat ook in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden niet alle overleg altijd in multidisciplinaire vorm hoeft plaats te vinden. Ook overleg tussen twee disciplines of overleg tussen hulpverleners van één discipline is mogelijk.

De intensiteit van samenwerking en de manier waarop wordt samengewerkt is in een aantal onderzoeken beschreven. Zo bleek uit het NHI-onderzoek bij gezondheidscentra (Van der Zee, 1979) dat in 51% van de (toen 73) centra sprake was van een apart multidisciplinair patiëntenoverleg; in 32% deed men dit in combinatie met het bespreken van organisatorische en andere zaken; in 9% van de centra was alleen sprake van bilateraal patiëntenoverleg. Wijkkel (1984) doet verslag van een onderzoek naar de hoeveelheid overlegtijd van huisartsen buiten gezondheidscentra en groepspraktijken. Zo besteden

huisartsen in solopraktijken die deel uitmaken van een hometeam gemiddeld 2.2 uur per maand aan multidisciplinair overleg. Voor het monodisciplinaire overleg daarentegen, wordt gemiddeld 5.2 uur uitgetrokken.

### **9.1.3. Inventarisatie en registratie van samenwerking**

Uit de diverse regionale en nationale inventarisaties van samenwerking is al vast komen te staan dat vooral de multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns een hoge vlucht heeft genomen (zie o.a. Doel, 1985). Uit het NIVEL-registratiesysteem van gezondheidscentra en groepspraktijken kunnen we de gestage opmars van deze samenwerkingsverbanden afleiden. Het aantal gezondheidscentra groeide van 3 in 1970, via 88 in 1980, tot 143 in 1986. (De laatste jaren gaat de groei minder snel.)

Op 1 januari 1986 waren 470 (7%) huisartsen werkzaam in een gezondheidscentrum; voor het maatschappelijk werk en de wijkverpleging gaat het om respectievelijk 232 (10%) en 434 ( $\pm 7\%$ ) hulpverleners.\*

De tot nu toe verrichte inventarisaties van hometeams blijken onderling nogal te verschillen in het aantal teams dat men telt. Dat komt, omdat men lang niet altijd is uitgegaan van eenduidige criteria. Het C.B.S. telde per december 1981, op grond van informatie van instellingen van maatschappelijke dienstverlening, 530 hometeams in Nederland (CBS, 1984). Op basis van een landelijke enquête onder huisartsen die niet in gezondheidscentra en groepspraktijken werken schat Wijkel (1984) dat tenminste 30% van de huisartsen aan een hometeam-achtige vorm van samenwerking deelneemt. Een onderzoek van Hamers en Boerma (1985), onder een representatieve steekproef van huisartsen, wijst uit dat 26% van de huisartsen in solopraktijken en 42% van de huisartsen in duopraktijken in een multidisciplinair samenwerkingsverband werken dat zij zelf althans een hometeam noemen. Inmiddels is het NIVEL gestart met een landelijke registratie van het aantal hometeams. Uit de eerste cijfers blijkt dat medio 1985 391 hometeams aan de gestelde criteria voldoen (Boerma, 1986). Op 1 juli 1985 waren 878 huisartsen ( $\pm 14\%$ ) werkzaam in hometeams; voor het maatschappelijk werk en de wijkverpleging gaat het om respectievelijk 522 ( $\pm 23\%$ ) en 886 ( $\pm 15\%$ ) hulpverleners.

Ook in de regio die in het huidige onderzoek centraal staat, is reeds eerder een inventarisatie van samenwerking in de eerstelijns verricht (Van Ingen, 1981). Uit deze studie, komt naar voren, dat

\* Deze cijfers dateren van 01-01-1985.

zeker 53% van alle hulpverleners van de kerndisciplines in Midden-Limburg op de één of andere manier samenwerken met hulpverleners van één of meer andere disciplines. Het relatieve aantal maatschappelijk werkers dat daarbij betrokken is ligt royaal boven het aantal huisartsen (respectievelijk 76% en 43%); kruiswerk en gezinszorg scoren rond het gemiddelde (respectievelijk 52% en 54%). In het totaal gaat het blijkens voornoemde inventarisatie om 26 hometeams, 4 functionarissencontacten, 28 bilaterale samenwerkingsverbanden en één gezondheidscentrum. In het stadsgewest Roermond zou het hometeam het meest voorkomen en in het streekgewest Weert het bilateraal overleg.\*

## **9.2. Vraagstelling en methoden van dataverzameling**

We houden ons in dit hoofdstuk met drie onderwerpen bezig. Dat is in de eerste plaats een inventarisatie van de aard, omvang en intensiteit van de samenwerking binnen de eerstelijns in Midden-Limburg. In de tweede plaats komen de knelpunten in de samenwerking aan de orde. En in de derde plaats gaan we na welke samenwerkingsvorm de Midden-Limburgse hulpverleners speciaal in hun situatie het meest geschikt vinden. We zullen hierna ten aanzien van elk van de drie genoemde punten de onderzoeksvragen verder uitwerken. Bovendien zullen we ingaan op de wijze waarop de informatie verzameld is die nodig is om een antwoord op de gestelde vragen te formuleren.

Zoals boven is aangekondigd, zullen de in Midden-Limburg voorkomende samenwerkingsverbanden in kaart worden gebracht. Tevens zal daarbij op een aantal inhoudelijke aspecten van die samenwerking nader worden ingegaan. De eerste vraagstelling kunnen we dus als volgt omschrijven:

"Welke vormen van gestructureerde samenwerking binnen de eerstelijns bestaan er in Midden-Limburg, van welke omvang is de samenwerking en waar zijn de samenwerkingsverbanden gelocaliseerd."

Met 'gestructureerde samenwerking' bedoelen we dat het overleg met een zekere regelmaat en op vaste tijdstippen plaatsvindt. Dit in tegenstelling tot het meer incidentele, ad-hoc overleg dat meestal plaatsvindt naar aanleiding van concrete hulpverleningsgevallen.

We registreren in het huidige onderzoek de bidisciplinaire en multi-

\* Deze studie laten we overigens verder voor wat ze is. De gedaantedheid van de gegevens maakt alleen al een nieuwe inventarisatieronde noodzakelijk.

disciplinaire samenwerkingsverbanden.

Hoe komen we aan onze gegevens? Bij het in kaart brengen van home-teams en hometeam-achtige samenwerkingsverbanden maken we gebruik van het NIVEL-registratiesysteem van hometeams.\* Bij het inventariseren van bidisciplinaire samenwerking kunnen we niet terugrijpen op bestaande informatiesystemen. Middels onze eigen schriftelijke enquête onder de wijkverpleegkundigen, leid(st)ers gezinszorg en maatschappelijk werkers, gaan we daarom na in welke mate voornoemde disciplines betrokken zijn bij het bidisciplinair overleg\*\*.

Wil men als gemeentelijke overheid een beleid voeren gericht op een betere samenwerking en samenhang binnen de eerstelijnszorg, dan is kennis omtrent de kwaliteit en knelpunten van bestaande samenwerkingsverbanden onontbeerlijk. Met deze constatering komen we bij de tweede vraagstelling van dit hoofdstuk en die luidt:

"Welke knelpunten in de samenwerking binnen de eerstelijns(gezondheids)zorg in Midden-Limburg zien hulpverleners en organisaties die verantwoordelijk zijn voor de eerstelijns-hulpverlening".

Hoe komen we aan de benodigde informatie voor een antwoord op de hierboven gestelde vraag. Zowel in de schriftelijke enquêtes als in de mondelinge interviews met hoofdwijkverpleegkundigen en staf-functionarissen van de instellingen voor gezinszorg en algemeen maatschappelijk werk, zijn we ingegaan op inhoudelijke en organisatorische aspecten van samenwerking, welke mogelijkerwijze belemmerend kunnen werken voor de samenwerking. We werken dit uit. De moei-

\* De gegevens over de teams in dit registratiesysteem, zijn verkregen middels een tweevoudige inventarisatieronde. In de eerste ronde werden, via de instellingen voor Maatschappelijke Dienstverlening, alle daar bekende samenwerkingsverbanden verzameld, waarbij tenminste huisarts, wijkverpleging en maatschappelijk werk betrokken zijn. In de tweede fase werd bij al deze samenwerkende teams, middels een schriftelijke enquête, nagegaan of er al dan niet aan de voorop gestelde criteria werd voldaan (Boerma, 1986).

\*\* Ondanks dat hier informatie van de zijde van de Midden-Limburgse huisartsen ontbreekt, krijgen we hier waarschijnlijk toch een redelijk compleet beeld. We krijgen immers wel informatie van de partners waarmee huisartsen bidisciplinair overleg hebben.

lijkheden die men kan ontmoeten bij het realiseren van samenwerking binnen de eerstelijns, kan men rangschikken naar:

knelpunten betreffende de inhoud van de samenwerking;

en knelpunten welke betrekking hebben op het organisatorische verband waarbinnen die hulpverlening plaatsvindt.

Bij de eerstgenoemde categorie knelpunten kunnen we denken aan zaken als verschillen in professionalisering en eigen orderings- en verklaringsprincipes. In dit kader zijn we tevens geïnteresseerd in de vraag in hoeverre hulpverleners van opvatting verschillen met betrekking tot de vraag wat binnen het samenwerkingsoverleg aan de orde moet komen. Bij de tweede categorie gaat het om zaken als verschillen in positie tussen de hulpverleners in instellingen en vrije beroepsbeoefenaren, detacheringsproblemen, geringe overlap van werkgebieden en het ontbreken van goede (financiële) ondersteuning en persoonlijke problemen.

Tenslotte komen we op het derde element in de vraagstelling van dit hoofdstuk. Wanneer gemeenten samenwerking binnen de eerstelijns willen stimuleren, zullen zij in eerste instantie te rade moeten gaan bij de hulpverleners zelf. Deze moeten immers de samenwerking daadwerkelijk gestalte geven. In dit verband formuleren we de volgende vragen:

'Wat is naar de mening van de hulpverleners in Midden-Limburg de meest gewenste/geschikte vorm van samenwerking binnen de eerstelijns?'

'Welke categorieën hulpverleners zouden de onderlinge samenwerking willen uitbreiden?'

'Welke discipline draagt meestal zorg voor de praktische organisatie van de samenwerking?'

Op basis van informatie uit de schriftelijke enquêtes zullen we een antwoord formuleren op de hierboven gestelde vragen.

Bij het bespreken van de resultaten met betrekking tot de boven vermelde onderzoeksvragen, houden we hierna de volgende paragraafindeling aan:

9.3. Resultaten inventarisatie van bidisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking

9.3.1. Bidisciplinaire samenwerking

9.3.2. Multidisciplinaire samenwerking

9.4. Overzicht knelpunten in de samenwerking

9.4.1. Inhoudelijke knelpunten

9.4.2. Organisatorische knelpunten



- 9.5. Samenwerking: gewenste situatie en organiserende discipline  
 9.5.1. Meest gewenste/geschikte vorm van samenwerking  
 9.5.2. Wie organiseert de samenwerking  
 9.6. Samenvatting

### 9.3. Resultaten inventarisatie van bidisciplinaire en multidisciplinaire samenwerking

#### 9.3.1. Bidisciplinaire samenwerking

We hebben onze respondenten gevraagd of zij geregeld overleg, op vaste tijdstippen, met hulpverleners van één andere eerstelijnsdiscipline, hebben. In tabel 9.1 kan men voor elke discipline zien hoe vaak deze vraag bevestigend beantwoord is.

Tabel 9.1.: percentages respondenten die geregeld bidisciplinair overleg rapporteren

bidisciplinair overleg	uitvoerende wijkverpleegkundigen	leidinggevenden gezinszorg	AMW	totaal
ja	54	45	21	47
nee	46	55	79	53
totaal %	100 (N=87)	100 (N=31)	100 (N=19)	100 (N=137)

Ruwweg de helft van de respondenten rapporteert geregeld bidisciplinair overleg. Opmerkelijk is het verschil tussen de afzonderlijke disciplines. Nog géén kwart van de maatschappelijk werkenden vermeldt in een dergelijk overleg betrokken te zijn\*; bij de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden bedraagt dit 54%.

Tabel 9.2 geeft een overzicht van de frequentie en de duur van het bidisciplinaire overleg, uitgesplitst naar de verschillende disciplines.

Geregeld bidisciplinair overleg van wijkverpleegkundigen (inclusief wijkziekenverzorgenden) met huisartsen komt bij 29% van de wijkver-

\* Zie ook de opmerking vlak boven tabel 9.3.

pleegkundigen voor. 39% Van hen heeft bidisciplinair overleg met leidinggevenden gezinszorg. Dit overleg vindt echter minder frequent plaats. Slechts 5% van de wijkverpleegkundigen rapporteert geregeld overleg met maatschappelijk werkenden.

Tabel 9.2.: frequentie en duur van het bidisciplinaire overleg

	wijkverpleging			gezinszorg			AMW		
	%	freq*	duur**	%	freq*	duur**	%	freq*	duur**
huisarts(en)	29	7,2	38	19	2,4	48	21	1,9	90
wijkverpleging				42	2,4	66			
gezinszorg	39	2,9	56						
AMW	5	3,7	44						
fysiotherapeut(en)	2	3,7	40						
apotheker(s)									
pastoraal									
werkende(n)	2	2	75						
overig	2	3,5	38						

\* gemiddeld aantal keren per kwartaal

\*\* gemiddeld aantal minuten

Wanneer we per wijkverpleegkundige/wijkziekenverzorgende alle bidisciplinaire overlegsituaties totaliseren, dan wordt door deze discipline gemiddeld ongeveer 3 uur en 22 minuten per kwartaal aan bidisciplinair overleg besteed.

De voornaamste gesprekspartner van de leidinggevenden gezinszorg is de wijkverpleging. 42% Van de respondenten maakt melding van deze overlegsituatie. De huisarts wordt door slechts 19% van de respondenten genoemd als participant in het bidisciplinaire overleg. De frequentie waarmee laatstgenoemde overlegsituatie plaatsvindt bedraagt gemiddeld circa 2,5 x per kwartaal.

Wanneer we alle bidisciplinaire overlegsituaties totaliseren, dan wordt door leidinggevenden gezinszorg gemiddeld ongeveer 2 uur en 26 minuten per kwartaal aan bidisciplinair overleg besteed.

De maatschappelijk werkenden nemen, zoals we zagen, het minst deel aan deze vorm van samenwerking. Slechts vier van de 19 respondenten maken melding van geregeld bidisciplinair overleg en dan alleen met huisartsen. De gemiddelde duur van dit overleg bedraagt 1,5 uur, maar

vindt nog géén 2 x per kwartaal plaats.

Hoewel we niet exact weten hoe de inhoud van de samenwerking inwerkt op de praktijkuitoefening van de eerstelijns hulpverleners, ligt het voor de hand dat het gestructureerde patiëntenoverleg, dat wil zeggen gericht op de directe hulp aan concrete patiënten, het meest van belang is. Aan die hulpverleners die aangaven deel te nemen aan geregeld overleg, op vaste tijdstippen, met hulpverleners van één andere eerstelijnsdiscipline, hebben we derhalve gevraagd aan te geven hoe vaak er in het bidisciplinaire overleg waarin zij de meeste tijd investeren, sprake is van patiëntenbespreking (tabel 9.3). Bij deze tabel moeten we aantekenen dat het algemeen maatschappelijk werk in de regio Weert bewust de beleidslijn volgt om het patiëntenoverleg ad hoc te regelen. De problemen van de patiënt worden daarbij bij voorkeur in aanwezigheid van de patiënt zelf besproken. Uit privacy-overweging gebeurt dit alleen met de direct betrokken hulpverleners.

Tabel 9.3.: vóórkomen van patiëntenbespreking in bidisciplinaire overlegsituaties

patiënten- bespreking	wijkverpleging	gezinszorg	AMW	totaal
altijd	72	69	75	71
vaak	17	15	0	16
soms	11	8	25	11
zelden	0	8	0	2
totaal	100 (N=46)	100 (N=13)	100 (N=4)	100 (N=63)

In verreweg de meeste bidisciplinaire overlegsituaties is altijd of vaak sprake van patiëntenoverleg (87%). De verschillende disciplines lopen wat dat betreft niet belangrijk uiteen, waarbij we moeten aantekenen dat het aantal respondenten bij het AMW erg laag is.

Naast het geregeld overleg, op vaste tijdstippen, hebben we de respondenten gevraagd aan te geven in hoeverre zij hulpverleners van andere eerstelijnsdisciplines wel eens raadplegen buiten vastgesteld overleg om (bijvoorbeeld telefonisch) over de hulpverlening aan patiënten die bij hun in zorg zijn (tabel 9.4).

Omdat, zoals we zagen, maatschappelijk werkenden weinig melding ma-

Tabel 9.4.: percentages respondententen die incidenteel bidisciplinair overleg rapporteren

incidenteel bidisciplinair overleg	wijkverpleging	gezinszorg	AMW	totaal
minder dan				
1 x per maand	23	27	28	24
1 x per maand/ 1 x per week	63	68	59	62
1 x per week of meer	14	7	22	14
<b>totaal</b>	<b>100 (N=84)</b>	<b>100 (N=30)</b>	<b>100 (N=18)</b>	<b>100 (N=132)</b>

ken van gestructureerd bidisciplinair overleg, zou men kunnen verwachten dat juist deze groep veelvuldig incidentele contacten met andere eerstelijnsdisciplines onderhoudt. De onderzoeksresultaten wijzen echter anders uit. Met slechts enkele uitschieters bij het maatschappelijk werk en de wijkverpleging (er zijn daar een paar respondenten die één keer per week of vaker incidenteel overleg hebben), zijn de hulpverleners van de verschillende disciplines praktisch even actief op het terrein van de incidentele bidisciplinaire contacten. Volgens toelichting van de zijde van het AMW komt dit, omdat patiënten-/cliëntenoverleg ook niet zo vaak nodig is. Bovendien houdt de Weertse AMW-instelling alleen een patiënten-/cliëntenbespreking als deze persoon er zelf bij aanwezig kan zijn.

### 9.3.2. Multidisciplinaire samenwerking

Bij multidisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijnsgezondheidszorg denkt men al snel aan gezondheidscentra. Dit is niet verwonderlijk omdat het overheidsbeleid er jarenlang op gericht is deze vorm van samenwerking te stimuleren. Bovendien is het gezondheidscentrum, door haar huisvesting voor iedereen duidelijk herkenbaar. Een en ander betekent niet dat in Midden-Limburg niet in multidisciplinair verband wordt samengewerkt (we registreerden immers géén gezondheidscentra). Anders dan voor gezondheidscentra bestaan er voor andere vormen van multidisciplinaire samenwerking echter geen duidelijke en algemeen aanvaarde definities. Zo komt men omschrijvingen tegen als; sociaal café, functionarissencontact, eerstelijns-overleg,

hometeam. Een bonte mengelmoes van samenwerkingsverbanden die, zowel naar inhoud als intensiteit van het overleg, zeer uiteenlopen. Los van de naam, welke men aan het samenwerkingsverband wil geven, hebben we onze respondenten de vraag voorgelegd of zij deelnemen aan geregeld overleg, op vaste tijdstippen, waarbij buiten hunzelf minimaal twee andere eerstelijnsdisciplines aanwezig zijn. Tabel 9.5 geeft een overzicht van de antwoorden.

Tabel 9.5.: percentages respondenten die geregeld multidisciplinair overleg rapporteren

multi-disciplinair overleg	wijkverpleging	gezinszorg	AMW	totaal
ja	60	71	68	64
nee	40	29	32	36
totaal	100 (N=87)	100 (N=31)	100 (N=19)	100 (N=137)

64% Van de respondenten neemt deel aan multidisciplinair overleg. Zagen we eerder dat de betrokkenheid van wijkverpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden bij het bidisciplinair overleg groter is dan van de leidinggevendenden gezinszorg en maatschappelijk werkers; bij het multidisciplinaire overleg streven de leidinggevendenden gezinszorg en maatschappelijk werkers de wijkverpleegkundigen juist wat voorbij.

De grote betrokkenheid bij het multidisciplinaire overleg uit zich nog in een ander gegeven. Bijna 26% van de leidinggevendenden gezinszorg neemt namelijk deel aan méér dan één multidisciplinair samenwerkingsverband. Bij de maatschappelijk werkenden en de wijkverpleegkundigen is dit respectievelijk 21% en 2%.

Ook nu hebben we de respondenten gevraagd aan te geven met welke frequentie het overleg plaatsvindt en hoeveel tijd daarmee gemoeid is (tabel 9.6). Indien men deel uitmaakt van méér dan één multidisciplinair team, is gevraagd zich te beperken tot die twee groepen waarin men de meeste tijd investeert.

Is, zoals we eerder zagen, de betrokkenheid van leidinggevendenden gezinszorg bij multidisciplinaire overlegsituaties groter dan van

Tabel 9.6.: frequentie en duur van het multidisciplinaire overleg

	team 1			team 2		
	%	frequentie*	duur**	%	frequentie*	duur**
wijkverpleging	59,8	3,4	73	2,3	2,50	75
gezinszorg	71	2,7	74	25,8	2,81	88
AMW	68,4	3,6	79	21,1	2,62	83

\* gemiddeld aantal keren per kwartaal

\*\* gemiddeld aantal minuten per keer

wijkverpleegkundigen en maatschappelijke werkenden, de hoeveelheid tijd die zij in dit overleg investeren blijft achter bij dat van hun collega's van de andere twee disciplines. Wanneer we alle multidisciplinaire overlegsituaties totaliseren, dan wordt door leidinggevendenden gezinszorg gemiddeld 3 uur en 32 minuten per kwartaal aan multidisciplinair overleg besteed. Een dergelijke rekensom voor wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden leert dat eerstgenoemde categorie gemiddeld 4 uur en 7 minuten per kwartaal aan multidisciplinair overleg besteedt en laatstgenoemde 4 uur en 27 minuten.

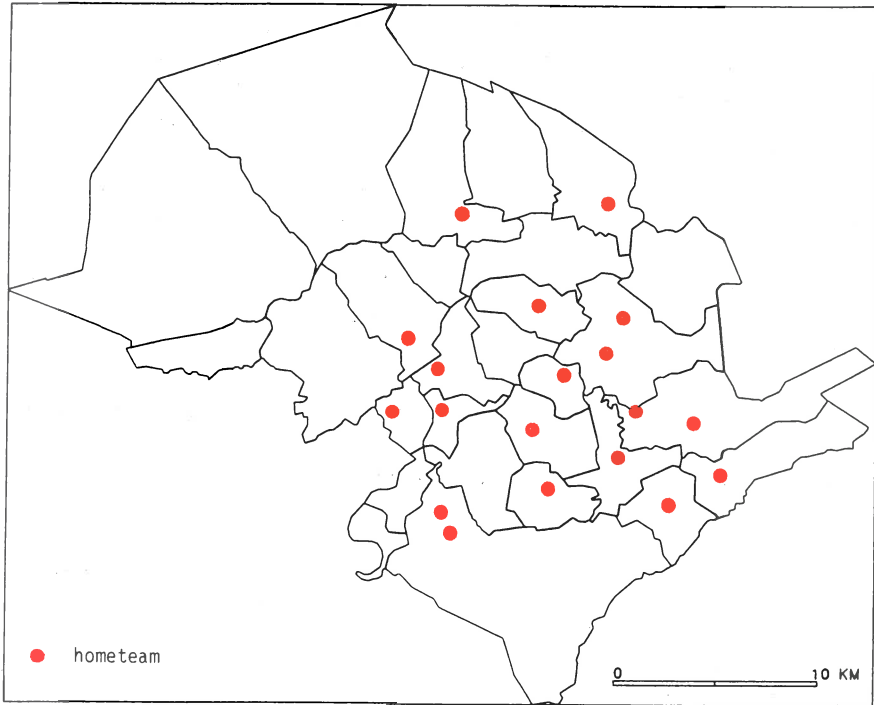
Hebben we tot zover gezien hoeveel hulpverleners betrokken zijn bij multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns, we weten daarmee nog niets over het aantal teams dat hiermee gemoeid is. Omdat we deze vraag met onze eigen enquêtegegevens niet afdoende kunnen beantwoorden, gaan we wat dit betreft uit van de NIVEL registratie van hometeams.\*

Binnen dit registratiesysteem wordt de volgende werkdefinitie van hometeam gehanteerd. Een hometeam is een samenwerkingsverband:

- Zonder gemeenschappelijke huisvesting;
- waarin tenminste huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende participeren;
- dat met een vaste regelmaat vergadert (tenminste éénmaal per maand);
- waarin de deelnemers van de drie genoemde disciplines in de regel

\* Dit komt, omdat de huisartsen die per definitie deel uitmaken van een hometeam, niet aan het onderzoek hebben deelgenomen.

Figuur 9.1.: geografische spreiding van de hometeams in Midden-Limburg



aanwezig zijn;  
 - waarin het overleg (mede) gericht is op de directe hulp aan individuele patiënten of cliënten (Boerma, 1986).

Samenwerkingsverbanden die aan al deze criteria voldoen zijn in het registratiesysteem opgenomen als hometeams. Naast de hometeams worden de zogenaamde pseudo-hometeams onderscheiden. De meeste van deze teams voldoen niet aan het selectie criterium van de vergaderfrequentie. De voorwaarde van de betrokkenheid van de drie voornoemde disciplines blijft echter in stand. Peildatum is 1 juli 1985. Het aantal hometeams in Midden-Limburg was toen 12. Daarnaast tellen we op de bovenvermelde peildatum 7 zogenaamde pseudo-hometeams. De spreiding van de teams is weergegeven in figuur 9.1. Opvallend is het grote verschil tussen beide gewesten. Alle teams zijn gelocaliseerd in het Stadsgewest Roermond\*. In de meeste gemeenten is daar minstens één hometeam gevestigd.

In een hometeam, zoals hierboven beschreven, participeren tenminste drie disciplines. Daarnaast kunnen er nog andere disciplines deel-

Tabel 9.7.: vóórkomen van extra disciplines in de hometeams en pseudo-hometeams

discipline	aantal hometeams	aantal pseudo-hometeams
gezinszorg	11	7
gemeentelijke		
sociale dienst	5	4
zielzorg	5	2
ziekenverzorging	2	2
RIAGG	4	1
fysiotherapie	1	2
overige*	3	-

\* o.a. verloskundige, apotheker, bouwvereniging

\* Dat hometeams ontbreken in het streekgewest Weert, houdt verband met het beleid van de AMW-instelling in Weert. Deze instelling is geen voorstander van het werken in hometeams waarin het overleg gericht is op de directe hulp aan individuele cliënten of patiënten. Uit privacy-overwegingen wil de instelling dit overleg ad hoc regelen, waarbij tevens geldt dat de cliënt bij het overleg aanwezig moet kunnen zijn.



nemen. In tabel 9.7 laten we zien om welke extra disciplines het in ons geval gaat. Ter vergelijking zijn ook de pseudo-hometeams in de tabel opgenomen.

Naast de wijkverpleging, de huisarts en het algemeen maatschappelijk werk is de gezinszorg de meest voorkomende extra discipline. In, op één na, alle hometeams en in alle pseudo-hometeams is de gezinsverzorging vertegenwoordigd. Twee categorieën hulpverleners die na de gezinszorg het meest frequent in hometeams voorkomen zijn de gemeentelijke sociale dienst en de zielzorg. Functionarissen van het RIAGG zijn redelijk vertegenwoordigd in de hometeams. Bij de pseudo hometeams is deze discipline slechts één keer aanwezig.

Alles bij elkaar maken 127 hulpverleners in Midden-Limburg deel uit van een hometeam of pseudo-hometeam. 72% Van deze hulpverleners behoren tot de vier kerndisciplines (inclusief de gezinszorg dus). Het totale aantal hulpverleners per hometeam (of pseudo-hometeam) varieert sterk, zoals duidelijk moge worden uit tabel 9.8.

Voor de overzichtelijkheid zijn de aantallen voor de hometeams en pseudo-hometeams getotaliseerd.

Er zijn géén teams met de kleinst mogelijke bezetting van één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werkende. Bijna 95% van de teams heeft een bezetting van tussen de vier en zeven hulpverleners.

Tabel 9.8.: totaal aantal hulpverleners per hometeam-achtig samenwerkingsverband

omvang team	aantal teams	%
3	0	0
4	6	32
5	4	21
6	4	21
7	4	21
10	1	5
<b>totaal</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Tabel 9.9 laat zien hoe groot het aandeel van de samenwerkende hulpverleners is in Midden-Limburg, vergeleken met de provincie Limburg en heel Nederland.

Tabel 9.9.: aandeel van hulpverleners in hometeams in Midden-Limburg, Limburg en Nederland (per 01-07-1985)

	huisartsen		wijkverpleging		AMW	
	N	%	N	%	N	%
Midden-Limburg	21	24	25	27	10	48
Limburg	130	27	127	*	80	39
Nederland	878	14	886	15	522	23

Bron: Boerma, 1986

\* gegevens niet beschikbaar

#### 9.4. Overzicht knelpunten in de samenwerking

##### 9.4.1. Inhoudelijke knelpunten

###### - Inleiding

Ter inleiding het volgende. Elke discipline heeft zo zijn eigen opvattingen over de oorzaken van ziekte (of ruimer het ontbreken van welzijn) en welke de meest geschikte oplossingen daarvoor zijn. Deze eigen verklaringsprincipes kunnen een belemmerende factor worden wanneer hulpverleners willen gaan samenwerken. Daarbij komt dat in het ene vakgebied deze verklaringsprincipes verder uitgewerkt en meer algemeen aanvaard zijn dan in het andere.

Hoe minder er binnen een vakgebied ter discussie staat hoe kleiner de kans dat men openstaat voor benaderingswijzen uit andere vakgebieden; één van de redenen dat het medische model in de eerste lijn vaak domineert (Boerma, 1984).

###### - Feitelijke knelpunten

We zullen nu de verschillende knelpunten die uit onze enquête onder de hulpverleners van instellingen naar voren zijn gekomen, succesievelijk bespreken.

###### - Verschil in visie:

Uit de schriftelijke enquêtes blijkt dat 41% van de multidisciplinair samenwerkende hulpverleners in Midden-Limburg een verschil in visie op wat hulpverlening inhoudt, een ernstige hinderpaal bij de samenwerking vindt. Voor de maatschappelijk werkenden geldt dit in sterkere mate dan voor de leid(st)ers gezinszorg en wijkverpleegkundigen (respectievelijk 69% , 45% en 32%).

In hoeverre samenwerking altijd zal moeten uitgaan van één gemeenschappelijk interpretatiekader is onduidelijk. Wel is het nodig dat men goed op de hoogte is van de verschillende mogelijkheden van de andere disciplines en elkaars grenzen weet te respecteren. Van de hulpverleners die mogelijkheden aangeven om de samenwerking te verbeteren noemt ruim 46% deze optie.

Ook in de interviews met leidinggevende functionarissen van de verschillende instellingen, is het punt van verschil in visie op hulpverlening aan bod geweest.

De regionale kruisverenigingen noemen het vasthouden aan de eigen opvattingen door de verschillende disciplines zonder uitzondering als belangrijke hinderpaal voor een goede samenwerking. Twee verenigingen wijzen als aanvulling hierop op de vaak dominerende rol van de huisarts binnen het multidisciplinaire overleg, waardoor de andere disciplines onvoldoende tot hun recht komen. Het vasthouden aan een medische benadering voor alle problemen wordt door één van de instellingen voor algemeen maatschappelijk werk genoemd als reden waarom de contacten met sommige huisartsen moeizaam verlopen. Daarnaast zouden volgens het AMW contacten met de wijkverpleging aanzienlijk uitgebreid moeten worden, vooral daar waar het gaat om vragen rondom de emotionele begeleiding van patiënten die thuis verpleegd worden.

#### **- Begeleiding en ondersteuning:**

De meeste hulpverleners vinden overigens wel dat zijzelf problemen moeten aanpakken. 27% vindt het belangrijk dat een multidisciplinair samenwerkingsverband van buitenaf begeleiding en ondersteuning krijgt (niet in materiële zin). Deze vraag is echter geenzins eenduidig beantwoord. Ruim 35% van de multidisciplinair samenwerkende wijkverpleegkundigen is van mening dat het een goede zaak zou zijn als hun samenwerkingsverband wel begeleiding en ondersteuning van iemand van buitenaf krijgt. Bij de multidisciplinair samenwerkende maatschappelijk werkenden en de leid(st)ers gezinszorg is dit percentage aanmerkelijk lager, te weten respectievelijk 23% en 10%.

Er wordt overigens door de voorstanders van een ondersteuningsfunctionaris opgemerkt, dat een dergelijke ondersteuningsfunctionaris niet te allen tijde bij het overleg betrokken hoeft te zijn, maar alleen als er bij de samenwerking problemen rijzen.

Voor zover we weten worden in de praktijk alleen de hometeams Maasniel en Melick begeleid. (door respectievelijk een agogisch medewerker van het provinciaal centrum voor maatschappelijk werk Roermond en een functionaris van het RIAGG).

### **- Inhoud van het overleg en aantal disciplines:**

In de interviews met de leidinggevende functionarissen van de instellingen, is dit onderwerp aan de orde geweest. Daaruit blijkt, dat er verschil van mening bestaat over de inhoud van het multidisciplinaire overleg en het aantal disciplines (en hulpverleners) dat daarbij betrokken mag zijn. Het algemeen maatschappelijk werk in de regio Weert is géén voorstander van het bespreken van concrete 'hulpverleningsgevallen' in multidisciplinair verband. De instelling in Roermond is van mening dat het overleg zich niet alleen tot casuïstiek mag beperken maar dat ook algemene thema's aan bod moeten komen. De instellingen voor gezinszorg pleiten, mede met het oog op de privacy van patiënten, voor het zo klein mogelijk houden van de samenwerkingsverbanden of, indien cliëntenbespreking centraal staat, het beperken van het overleg tot de vier kerndisciplines. Twee van de vier regionale kruisverenigingen zijn van mening dat alleen die hulpverleners bij het overleg betrokken moeten worden die rechtstreeks bij de betreffende patiënten betrokken zijn (Weert e.o. en Roermond e.o.). De kruisvereniging Oostelijk Midden-Limburg is van mening dat het hometeam niet te groot mag zijn, aangezien het dan steeds moeilijker wordt om over patiënten te spreken.

Al met al is het duidelijk dat men in brede kring bezorgd is over de privacy van besproken patiënten/cliënten bij de samenwerkende teams die uit grote aantallen hulpverleners bestaan. De oplossingen die men vervolgens kiest, verschillen nogal eens.

### **9.4.2. Organisatorische knelpunten**

#### **- Inleiding**

Verschillen in rechtspositie kunnen bij multidisciplinaire samenwerking (met name in gezondheidscentra) tot problemen leiden. Aan de ene kant zijn er de vrije beroepsbeoefenaren als huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen en apothekers. Anderzijds hulpverleners die hun werk doen in dienst van een instelling buiten het samenwerkingsverband, bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en gezinsverzorgenden. Financiële-economische belangen kunnen op gespannen voet komen te staan met hulpverleningsbelangen en als zodanig leiden tot spanningen in het team. Als een mogelijke oplossing voor deze problemen in de samenwerking zou men de vrije beroepsbeoefenaren in dienst kunnen nemen. Er blijft dan echter nog een probleem over. Wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden en gezinsverzorgenden blijven in dienst van hun respectievelijke instellingen, welke in het gunstigste geval een samenwerkings- of detacheringsovereenkomst met het samenwerkingsverband kun-

nen sluiten. De eisen die zowel vanuit de detacherende instelling als vanuit het samenwerkingsverband aan deze hulpverleners worden gesteld, kunnen uiteenlopen, hetgeen tot onvermijdelijke rolconflicten kan leiden. Daarbij komt dat het vanuit het samenwerkingverband maar afwachten is wie vanuit de instellingen worden gedetacheerd, als daar überhaupt al ruimte voor is\* (Boerma, 1984). Tot zover enkele voorbeelden van organisatorische knelpunten, zoals die uit de literatuur bekend zijn.

De verschillen in rechtspositie en het detacheringsprobleem, zoals die hier boven zijn uiteengezet, spelen waarschijnlijk een veel grotere rol in gezondheidscentra dan in de multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zonder gemeenschappelijke huisvesting, zoals die in Midden-Limburg voorkomen.

#### **- Feitelijke knelpunten**

We gaan nu in op de knelpunten in de samenwerking, zoals die feitelijk door de hulpverleners in instellingen ervaren worden. We zullen achtereenvolgens de punten aan de orde stellen die in de enquêtes onder uitvoerende hulpverleners naar voren zijn gekomen.

#### **- Afstemming werkgebieden:**

Een van de belangrijkste hinderpalen bij multidisciplinaire samenwerking is waarschijnlijk de veelal geringe overlap in werkgebieden (of doelpopulaties) van de samenwerkende disciplines. In het volgende hoofdstuk komen we daar nog uitgebreid op terug. Op deze plaats willen we alvast opmerken dat dit ook in Midden-Limburg als een groot probleem wordt ervaren. Ruim 81% van de multidisciplinair samenwerkende hulpverleners is het eens met de uitspraak dat samenwerkende hulpverleners in een multidisciplinair team zo veel mogelijk voor dezelfde patiënten zouden moeten werken. Dit percentage ligt voor de wijkverpleegkundigen en leid(st)ers gezinszorg nog iets hoger dan voor de maatschappelijk werkenden (respectievelijk 83%, 82% en 75%).

Bij dit hoge percentage hulpverleners dat afstemming van werkgebieden of doelpopulaties belangrijk vindt, treffen we ook een vrij groot aantal hulpverleners aan dat de grote verschillen in patiën-

\* In Midden-Limburg heeft de invulling van de post maatschappelijk werk, in het samenwerkingsverband 'Maasniel', door bezettingsproblemen als gevolg van bezuinigingen, lange tijd op zich laten wachten.

ten-/cliëntenpopulaties als een knelpunt ervaart. Over alle hulpverleners samen gaat het om 37%. Bij de wijkverpleging ervaart echter maar liefst 68% de geringe overlap van doelpopulaties als een knelpunt. Bij de gezinszorg en het AMW bedragen deze percentages respectievelijk 23 en 10%.

**- Interpersoonlijke problemen:**

Problemen tussen hulpverleners van persoonlijke aard vormen nauwelijks een belemmering voor de samenwerking. Niet meer dan 6% van alle geënquêteerde hulpverleners maakt melding van dergelijke problemen.

**- Financiële ondersteuning:**

Desgevraagd vindt slechts 8% van de multidisciplinair samenwerkende hulpverleners in Midden-Limburg over wie we gegevens hebben, dat haar samenwerkingsverband financiële ondersteuning zou moeten krijgen. De wijkverpleegkundigen vinden dit in iets sterkere mate dan de maatschappelijk werkenden en leid(st)ers gezinszorg (respectievelijk 11%, 8%, en 0%).

**- Verschillen in rechtspositie:**

Uit de schriftelijke enquête blijkt, dat ruim 18% van de multidisciplinair samenwerkende hulpverleners verschillen in rechtspositie, als één van de knelpunten bij deze vorm van samenwerking ervaart. Voor de maatschappelijk werkenden geldt dit in sterkere mate dan voor de wijkverpleegkundigen en leid(st)ers gezinszorg (respectievelijk 38%, 16% en 10%).

**- Verschillen in status:**

Een kwart van de respondenten vindt, dat verschillen in status aanleiding tot problemen geven bij de multidisciplinaire samenwerking. De verschillen tussen de ondervraagde disciplines zijn ook op dit punt aanzienlijk. De maatschappelijk werkers zien verschil in status veel minder vaak als een probleem (15%) dan wijkverpleegkundigen en leidinggevendenden van de gezinsverzorging (respectievelijk 26 en 30%). Dit in tegenstelling tot het boven besproken verschil in rechtspositie, waarin het AMW de meeste problemen zag.

## **9.5. Samenwerking: gewenste situatie en organiserende discipline**

In paragraaf 9.4 bespraken we de knelpunten die hulpverleners in de

samenwerking ervaren. Nu willen we ingaan op twee andere aspecten. Het eerste houdt verband met wat men als de meest ideale samenwerkingsvorm ziet. Het tweede betreft de organisatie van de samenwerking; welke discipline neemt dat op zich.

### 9.5.1. Meest gewenste/geschikte vorm van samenwerking

Hier gaan we in op de mening van de respondenten ten aanzien van de vraag, wat de meest gewenste en/of geschikte vorm van samenwerking is binnen de eerstelijns. Gekozen kon worden uit: monodisciplinaire samenwerking, bidisciplinaire samenwerking en multidisciplinaire samenwerking (al dan niet met gemeenschappelijke huisvesting). Daarnaast hebben we de respondenten de vraag voorgelegd met welke disciplines zij, in volgorde van prioriteit, in de toekomst intensiever zouden willen gaan samenwerken. Beide vragen zijn zowel voorgelegd aan de hulpverleners die geregeld multidisciplinair overleg rapport-

Tabel 9.10.: procentuele verdeling van de meest gewenste vorm van samenwerking binnen de eerste lijn

samenwerkingsvorm:						
multi- disciplinair overleg:	mono- discipl.	bi- discipl.	multidisciplinair		totaal* %	N
			zonder huisv.	met huisv.		
<b>wel</b>						
WV	2	2	65	31	100	48
GZ	0	0	43	57	100	21
AMW	0	10	50	40	100	10
totaal	1	2	57	39	100	79
<b>niet</b>						
WV	0	6	65	29	100	34
GZ	0	0	44	56	100	9
AMW	0	20	60	20	100	5
totaal	0	6	60	33	100	48

\* 10 respondenten hebben deze vraag niet beantwoord

WV = wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden

GZ = leidinggevenden gezinszorg

AMW = algemeen maatschappelijk werkenden

teren als aan de hulpverleners die niet betrokken zijn bij deze vorm van overleg. We zullen de reacties op beide vragen hieronder presenteren.

Samenwerking met méér dan één andere eerstelijns discipline tegelijkertijd geniet duidelijk de meeste voorkeur, zowel bij de respondenten die geregeld multidisciplinair overleg hebben als bij de respondenten die (nog) niet bij een dergelijk overleg betrokken zijn. Zij die multidisciplinaire samenwerking als de meest gewenste samenwerking binnen de eerstelijns beschouwen, opereren ieder het liefst vanuit het eigen praktijkadres (bijvoorbeeld in hometeam verband). Het gezondheidscentrum, waar de samenwerkende disciplines wel gemeenschappelijk gehuisvest zijn, wordt door 37% van alle hulpverleners als ideaal gezien. Dit geldt in iets sterkere mate voor de hulpverleners die reeds bij multidisciplinair overleg betrokken zijn.

Bij nog géén 4% van alle respondenten geniet het bidisciplinaire overleg de meeste voorkeur. Wanneer we kijken naar de verschillende disciplines, dan valt op dat de gezinszorg een lichte voorkeur uitspreekt voor samenwerking binnen gezondheidscentra (ruim 56%), terwijl de wijkverpleging en het maatschappelijk werk duidelijk meer heil verwachten van samenwerking zonder gemeenschappelijke huisvesting. Deze tendens zien we zowel bij de reeds multidisciplinair samenwerkende hulpverleners als bij hen die dit (nog) niet doen.

Het moge duidelijk zijn, dat de wens om multidisciplinair samen te werken nog lang niet overeenkomt met de realiteit. Wanneer we teruggaan naar tabel 9.5, dan zien we dat 64% van de hulpverleners in Midden-Limburg geregeld multidisciplinair overleg heeft terwijl ruim 95% dit als meest gewenste vorm van samenwerking bestempelt. Door 37% van de respondenten wordt het gezondheidscentrum als meest ideaal gezien en zoals we weten is van deze vorm van multidisciplinaire samenwerking überhaupt géén sprake. De grootste discrepantie zien we bij de wijkverpleging. Bijna 60% van de wijkverpleegkundigen is betrokken bij geregeld multidisciplinair overleg terwijl ruim 95% dit als meest gewenste vorm van samenwerking beschouwd.

Zoals aan het begin van de huidige paragraaf 9.5 reeds is aangekondigd, hebben we ook een vraag gesteld met betrekking tot een eventuele intensivering van de samenwerkingscontacten. Tabel 9.11 laat zien, dat zowel bij de wijkverpleegkundigen als maatschappelijk werkers, een ruime meerderheid de eerste prioriteit geeft aan het



uitbreiden van de contacten met de huisarts. Dat wil zeggen voor zover zij überhaupt uitbreiding van de samenwerkingscontacten willen, maar dat wil het overgrote deel. Bij de leid(st)ers gezinszorg zijn de meningen duidelijk meer verdeeld. 56% Geeft aan een intensivering van de contacten met de wijkverpleging de eerste prioriteit; 44% noemt in dit verband de huisarts als discipline waarmee men nauwer zou willen samenwerken. Daar staat tegenover dat zij de huisarts het frequentst noemen als tweede prioriteit. En voor wijkverpleegkundigen komt dan weer de gezinszorg naar voren. De verschillen zijn dus niet zo groot.

Tabel 9.11.: intensivering van de samenwerking met.....

groep respon- denten	intensivering van de samenwerking met:													
	prioriteit 1							prioriteit 2						
	HA	WV	GZ	AMW	OV	totaal	N*	HA	WV	GZ	AMW	OV	totaal	N*
WV	84	2	9	5	-	100	64	13	-	60	23	4	100	53
GZ	44	56	-	-	-	100	25	64	18	-	14	4	100	22
AMW	80	13	-	-	7	100	15	-	30	40	-	30	100	10

HA = huisarts, WV = wijkverpleging, GZ = leidinggevend gezinszorg, AMW = maatschappelijk werk, OV = overig (fysiotherapie, RIAGG)

\* Niet alle respondenten hebben deze vraag beantwoord, mogelijk wilde niet iedereen intensivering van de samenwerking.

### 9.5.2. Wie organiseert de samenwerking

Centraal staat hier de vraag: welke discipline neemt het voortouw bij de activiteiten die nodig zijn om de multidisciplinaire samenwerking van de grond te krijgen (vergaderingen bijeenroepen; agenda opstellen en dergelijke). De geënquêteerde hulpverleners konden meerdere mogelijkheden aankruisen. Tabel 9.12 geeft, per ondervraagde discipline, het percentage respondenten dat volgens deze discipline doorgaans de organisatorische werkzaamheden verricht 'ten behoeve van uw samenwerkingsverband'.

Allereerst zij vermeld, dat een kwart van de respondenten aangeeft, dat er geen vaste afspraken bestaan over het verrichten van organisatorische werkzaamheden. De verschillende disciplines nemen wisselend deze taak op zich. Als we vervolgens de antwoorden van alle respondenten totaliseren, dan zien we dat de wijkverpleging het

Tabel 9.12.: organisatorische werkzaamheden ten behoeve van multi-disciplinaire samenwerkingsverbanden doorgaans verricht door.....

groep respondenten	meestal verricht door:				
	wijkverpleging	AMW	gezinszorg	huisarts	N=
wijkverpleging leidinggevenden	46	35	6	17	52
gezinszorg	27	32	18	23	22
AMW	31	54	15	23	13
<b>totaal</b>	<b>39</b>	<b>36</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>87</b>

meest genoemd wordt (39%). Op de tweede plaats komt het maatschappelijk werk (36%), op ruime afstand gevolgd door de huisarts (20%) en de gezinszorg (10%).

Een opvallend gegeven is dat de respondenten lang niet eenduidig zijn in hun antwoorden. Zo vinden zowel wijkverpleegkundigen als maatschappelijk werkenden dat juist zij de genoemde organisatorische werkzaamheden doorgaans voor hun rekening nemen (tabel 9.12).

De meningen over de betrekkelijk geringe organisatorische betrokkenheid van de huisarts lopen nog het minst uiteen.

Aanvullend hebben we de respondenten gevraagd aan te geven wie het initiatief genomen heeft voor het tot stand komen van hun samenwerkingsverband. Ruim 29% noemt hier het maatschappelijk werk als initiator. Opvallend is dat de huisarts hier op de tweede plaats verschijnt (24%). De wijkverpleging wordt door 20% van de respondenten als initiator genoemd en de gezinszorg sluit, evenals bij de organisatorische werkzaamheden, de rij (9%). In tegenstelling tot de voorafgaande vraag zijn de meningen van de respondenten hier redelijk met elkaar in samenspraak.

## 9.6. Samenvatting

Aan het einde van dit hoofdstuk over de samenwerking binnen de eerstelijns zullen we de belangrijkste resultaten nog eens op een rijtje zetten. Voor de overzichtelijkheid ordenen we de resultaten naar de thema's die in dit hoofdstuk aan de orde zijn geweest.

### **Bidisciplinaire samenwerking**

De helft van de ondervraagde hulpverleners in dienst van instellingen (van de huisartsen hebben we hierover geen gegevens) neemt deel aan gestructureerd bidisciplinair overleg. Het meest voorkomende overleg is dat tussen leidinggevenden van de gezinsverzorging en wijkverpleegkundigen of wijkziekenverzorgenden. Dan volgt het bidisciplinaire overleg waar de huisarts bij betrokken is (huisarts en wijkverpleging, huisarts en maatschappelijk werk en huisarts en gezinszorg).

De wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden besteden per kwartaal de meeste tijd aan gestructureerd bidisciplinair overleg (gemiddeld 3 uur en 22 minuten). Dan volgt het maatschappelijk werk (3 uur) en de gezinszorg (2 uur en 26 minuten). In verreweg de meeste bidisciplinaire overlegsituaties wordt (onder meer) overleg gepleegd over individuele patiënten of cliënten.

Op het terrein van de incidentele (niet geregelde) bidisciplinaire contacten zijn alle disciplines even actief.

### **Multidisciplinaire samenwerking**

In Midden-Limburg functioneerden per 1 juli 1985 12 hometeams. Dit zijn samenwerkingsverbanden waar tenminste een huisarts, een wijkverpleegkundige en een maatschappelijk werker deel van uitmaken, zonder dat zij een gemeenschappelijke huisvesting hebben. Verder worden voor het predicaat 'hometeam' enige eisen gesteld aan de aard (overleg mede gericht op de hulpverlening aan individuele patiënten/cliënten) en frequentie van het overleg (minstens éénmaal per maand overleg). Als we minder strikt zijn wat betreft deze laatste eisen, tellen we ook nog 7 'hometeam-achtige' samenwerkingsverbanden. Alle hometeams en hometeam-achtige samenwerkingsverbanden zijn te vinden in de gemeenten van het stadsgewest Roermond. In verreweg de meeste gemeenten is daar minstens één hometeam.

Behalve de drie 'verplichte' kerndisciplines, treffen we in op één na alle teams één of meer leidinggevenden van de gezinszorg aan. Ook de gemeentelijke sociale dienst en de zielzorg zijn in een aantal gevallen vertegenwoordigd. 95% Van de teams werkt in een samenstel-

ling van tussen de vier en zeven hulpverleners. In Midden-Limburg nemen naar verhouding meer huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers aan hometeams deel dan landelijk het geval is. Procentueel gaat het in Midden-Limburg respectievelijk om 24, 27 en 48% van de hulpverleners in de genoemde disciplines die in hometeams functioneert, tegenover landelijk 14, 15 en 23%.

Voor de Midden-Limburgse hulpverleners die in dienst van instellingen zijn (dus niet de huisartsen), weten we ook welk deel van deze mensen participeert in geregeld overleg met meerdere disciplines op vaste tijdstippen. (We hanteren hier een ruimere omschrijving van multidisciplinair overleg dan bij de boven besproken hometeams.)

De percentages liggen hier aanzienlijk hoger dan de percentages voor de deelname aan de hometeams. 64% Van de ondervraagde hulpverleners zegt namelijk aan zo'n ruim gedefiniëerde vorm van multidisciplinaire samenwerking deel te nemen. Wat betreft frequentie en duur van het overleg scoren hier de leidinggevenden gezinszorg en de maatschappelijk werkers hoger dan de wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden. We zagen bij het bidisciplinaire overleg, dat daar de wijkverpleging op deze punten de kroon spande.

#### **Knelpunten in de samenwerking**

Vooraf zij vermeld dat we wat betreft dit onderwerp geen gegevens hebben van huisartsen. De hierna vermelde resultaten hebben betrekking op de ondervraagde wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden, leidinggevenden gezinszorg en algemeen maatschappelijk werkers.

Een vaak genoemd knelpunt in de samenwerking is de geringe overlap van werkgebieden. Gemiddeld 37% van de ondervraagde hulpverleners in dienst van instelling brengt dit punt naar voren als een knelpunt in de samenwerking. Bij de wijkverpleging ervaart zelfs 68% deze belemmering voor de samenwerking. Daar staat tegenover dat 81% van de respondenten aangeeft het op zichzelf genomen belangrijk te vinden dat samenwerkende hulpverleners zo veel mogelijk voor dezelfde patiënten werken.

Een ander belangrijk inhoudelijk punt is een verschil van visie op wat hulpverlening inhoudt, (41% van de ondervraagde hulpverleners noemt dit punt). Dit wordt niet alleen, maar wel met name ook door maatschappelijk werkers als een probleem ervaren. De zogenaamde medische benadering waaraan veel huisartsen vasthouden in combinatie met de dominerende positie die zij innemen speelt hierin een rol. Als belangrijkste oplossing ziet men kennisuitwisseling en vermeerdering over elkaars mogelijkheden, waarbij men de grenzen van deze

mogelijkheden accepteert.

27% Van de ondervraagde hulpverleners vindt begeleiding en ondersteuning (in niet materiële zin) belangrijk. De hulpverleners die hier belang aan hechten vinden we vooral bij de wijkverpleging, waarbij zij opmerken dat een ondersteuningsfunctionaris niet continu, maar op afroep beschikbaar zou kunnen zijn.

De hulpverleners uiten hun bezorgdheid over de privacy van cliënten/patiënten, als zij in het patiëntenoverleg worden besproken van teams die uit grote aantallen hulpverleners bestaan.

Andere, betrekkelijk vaak genoemde knelpunten in de samenwerking zijn: het verschil in status tussen hulpverleners van de deelnemende beroepsbeoefenaren en hulpverleners in dienst van instellingen. Problemen in het persoonlijke vlak (6%) en het ontbreken van financiële ondersteuning (8%) worden nauwelijks als probleem gezien.

### **Meest gewenste/geschikte samenwerkingsvorm**

De ondervraagde hulpverleners in dienst van instellingen (van huisartsen hebben we geen gegevens), geven verreweg de voorkeur aan multidisciplinaire samenwerking boven mono- en bidisciplinaire samenwerking. Het hometeam gooit bij 58% van de ondervraagden de hoogste ogen. Het gezondheidscentrum komt met 37% op de tweede plaats. Daarbij geldt dat de leidinggevenden gezinszorg meer heil verwachten van het gezondheidscentrum, terwijl de wijkverpleging en het maatschappelijk werk meer zien in multidisciplinaire samenwerking zonder gemeenschappelijke huisvesting. De voorkeuren liggen overigens voor hulpverleners die in de huidige situatie al multidisciplinair samenwerken, niet veel anders dan voor de hulpverleners voor wie dat nog toekomstmuziek is. Toekomstmuziek, omdat de multidisciplinaire samenwerking door 95% van de ondervraagde hulpverleners als het meest geschikt of gewenst wordt gezien, terwijl niet meer dan 64% feitelijk in een dergelijk samenwerkingsverband participeert.

### **De discipline die de samenwerking draagt**

Volgens alle ondervraagde hulpverleners bij elkaar (hierbij zijn niet de huisartsen, van hen hebben we op dit punt geen gegevens), nemen de wijkverpleging en het maatschappelijk werk de meeste taken op zich om de samenwerking gaande te houden (respectievelijk volgens 39 en 36%). Op ruime afstand worden zij gevolgd door de huisarts (20%) en de gezinszorg (10%). Onderling lopen ten aanzien van dit onderwerp de meningen nogal uiteen. Vooral de wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers vinden speciaal van de eigen discipline dat zij het voortouw neemt bij het organiseren van de samenwerking.

Men is het daarentegen tamelijk eens over de betrekkelijk geringe inbreng van de meeste huisartsen.

## 10. AFSTEMMING VAN WERKGEBIEDEN

### 10.1. Inleiding

De geringe overeenstemming in de werkgebieden van de verschillende disciplines wordt algemeen beschouwd als één van de belangrijkste hinderpalen op weg naar een betere samenwerking en samenhang in de eerstelijnszorg. Een betere afstemming van werkgebieden vindt men ook terug in de doelstellingen van het centrale overheidsbeleid. Zoals onder meer is weergegeven in de Nota Eerstelijnszorg (WVC, 1983). Het streven is gericht op samenwerking tussen voorzieningen in geografisch aaneengesloten werkgebieden met ten hoogste 30.000 inwoners. Daarbinnen moet gestreefd worden naar een onderlinge afstemming van doelpopulaties met een congruentie van minstens 80%. We zagen in het vorige hoofdstuk dat ruim 81% van de ondervraagde wijkverpleegkundigen, leidinggevenden gezinszorg en maatschappelijk werkers het belangrijk vindt dat samenwerkende hulpverleners zo veel mogelijk voor dezelfde patiënten werken, maar dat ruim 37% de feitelijke situatie als een knelpunt ervaart. Reden genoeg om bij dit onderwerp uitgebreid stil te staan.

Waar gaat het hier nu om? Als we ons beperken tot de vier kerndisciplines, dan zien we dat het werkgebied van de huisarts bepaald wordt door een vrije artsenskeus en dat de vestiging van huisartsen tot voor kort in principe vrij was. Het gevolg hiervan is dat de patiënten van verschillende huisartsen veelal door elkaar wonen in een mogelijk groot gebied. Anders is het voor de wijkverpleging, de gezinszorg en het algemeen maatschappelijk werk. Deze disciplines werken veelal wel voor geografisch omschreven gebieden, die overigens niet met elkaar hoeven samen te vallen. Om tot afstemming van doelpopulaties te komen, zijn nu in principe twee oplossingen denkbaar. Wijkverpleging, gezinszorg en maatschappelijk werk passen zich aan aan de huisarts, dat wil zeggen ze gaan praktijkgebonden werken, dus alleen voor de patiënten van de in het samenwerkingsverband participerende huisartsen. Een andere oplossing kan zijn dat de huisartsen zoveel mogelijk wijkgebonden gaan werken.

Het onlangs van kracht geworden vestigingsbesluit, kan in de situatie van afstemming van werkgebieden in enige mate van betekenis zijn. Formeel kunnen B & W een huisarts namelijk slechts op twee gronden een vestigingsvergunning weigeren. Ten eerste: er zijn, gezien de geldende normen, reeds voldoende huisartsen in het gebied.

En ten tweede: B & W kunnen een huisarts die zich in een bepaald gebied wil vestigen een vergunning weigeren vanuit het oogpunt van een goede spreiding van voorzieningen.

Omdat een evenwichtige spreiding van huisartsen een eerste vereiste is, wanneer men wil streven naar een betere afstemming van werkgebieden, is in het vestigingsbesluit een aanknopingspunt te vinden om te komen tot een betere afstemming.

Als B & W (en de vestigingscommissie) dat willen, kunnen zij echter nog een stap verder gaan bij het hanteren van het vestigingsbeleid als een instrument om te komen tot afstemming van werkgebieden. Als B & W namelijk kunnen kiezen uit meerdere kandidaten die aan de eisen voor vestiging voldoen en er is één kandidaat bij die bereid is om bij het opbouwen van zijn praktijk rekening te houden met de in een specifiek geval gewenste afstemming, dan zouden B & W de keuze op deze kandidaat kunnen laten vallen.

Het staat de huisarts overigens altijd vrij om met het ziekenfonds overeen te komen alleen die patiënten in te schrijven die woonachtig zijn in een bepaald stadsdeel of dorp.

In het huidige onderzoek zullen we vanuit vier invalshoeken proberen enig zicht te krijgen op de afstemming van werkgebieden in Midden-Limburg. De algemene onderzoeksvraag luidt daarbij telkens: Wat is de stand van zaken met betrekking tot de afstemming van werkgebieden in Midden-Limburg.

Allereerst grijpen we terug op het in hoofdstuk 9 al genoemde NIVEL-registratieproject van hometeams, waarbij als onderdeel van de landelijke inventarisatieronde enkele vragen over de afstemming van werkgebieden zijn opgenomen. In de tweede plaats gaan we in op de afstemming van werkgebieden tussen de drie kerndisciplines met hulpverleners in dienstverband: de wijkverpleging, de gezinszorg en het AMW. Op basis van de geografisch vastgelegde werkgebieden van deze disciplines, kunnen we kijken naar bestaande overlap en discrepanties.

De door de wijkverpleegkundigen in Midden-Limburg ingevulde enquête, levert een tweede bron van gegevens over dit onderwerp op. Hun is namelijk gevraagd, welke huisartsen in welke mate patiënten hebben in hun wijk (vgl. paragraaf 4.5). Met deze gegevens kunnen we voor het landelijke deel van Midden-Limburg (exclusief de steden Weert en Roermond) een beeld schetsen van de situatie met betrekking tot de afstemming van werkgebieden tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Met behulp van gegevens uit de telefonische enquête onder een repre-



sentatieve steekproef uit de bevolking van Weert en Roermond, kunnen we tenslotte zicht bieden op de afstemming in deze steden. Daarbij kunnen we nog een interessante uitstap maken. Van Roermond hebben we namelijk gegevens uit de bevolkingsenquête en uit de enquête onder wijkverpleegkundigen. Dit maakt het mogelijk om twee verschillende methoden van dataverzameling te vergelijken.

In de rest van dit hoofdstuk hanteren we de volgende paragraafindeling:

- 10.2. Afstemming werkgebieden van hulpverleners in hometeams
- 10.3. Afstemming bij wijkverpleging, gezinszorg en algemeen maatschappelijk werk
  - 10.3.1. Inleiding
  - 10.3.2. Afstemming vanuit de wijkverpleging
  - 10.3.3. Afstemming vanuit de gezinszorg
  - 10.3.4. Afstemming vanuit het AMW
  - 10.3.5. De slotsom met betrekking tot afstemming
  - 10.3.6. Actuele ontwikkelingen
- 10.4. Afstemming tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen in het landelijke deel van Midden-Limburg
- 10.5. Afstemming tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen in Weert en Roermond
  - 10.5.1. Afstemming op basis van gegevens uit de bevolkingsenquête
  - 10.5.2. Bevolkingsenquête en enquête onder wijkverpleegkundigen vergeleken
- 10.6. Samenvatting

## **10.2. Afstemming werkgebieden van hulpverleners in hometeams**

Vooraf het volgende. Wanneer we in het navolgende spreken over werkgebieden van huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers in hometeams, moeten we in het achterhoofd houden dat, anders dan in gezondheidscentra, voornoemde disciplines meestal niet vanuit één praktijkadres opereren. Verder zijn de gegevens uit de inventarisatie globaal en ze betreffen steeds een gehele discipline. Dat wil bijvoorbeeld zeggen dat gekeken wordt naar de overlap van doelpopulatie tussen het totale patiëntenbestand van alle huisartsen en alle wijkverpleegkundigen in een hometeam. Daarbij zijn de gegevens gebaseerd op inschattingen van de betrokken hulpverleners (Boerma, 1986).

Hieronder bespreken we de overlap van doelpopulaties van de drie kerndisciplines die per definitie deel uitmaken van het hometeam.

Zoals bekend, betreft dat de huisarts, de wijkverpleging en het algemeen maatschappelijk werk. We bespreken successievelijk de combinaties: huisarts-wijkverpleging, huisarts-maatschappelijk werk en wijkverpleging-maatschappelijk werk.

Bij de bespreking die hieronder volgt, betrekken we zowel de 'echte' hometeams, die aan alle gestelde criteria voldoen, als de 'pseudo-hometeams'.\*

Tabel 10.1 geeft een overzicht van de afstemming van werkgebieden van huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Tabel 10.1.: vergelijking werkgebieden van huisarts(en) (HA) en wijkverpleegkundigen (WV)

	hometeams/pseudoteams	
	aantal	%
identieke werkgebieden HA en WV	15	79
werkgebied HA is groter dan van WV	3	16
géén vergelijking mogelijk*	1	5
<b>totaal</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

\* Huisarts(en) werken niet in een duidelijk begrensde gebied terwijl de wijkverpleging wel wijkgebonden werkt.

In ruim driekwart van de teams werken huisarts(en) en wijkverpleging voor eenzelfde werkgebied. Landelijk gezien ligt dit percentage lager, namelijk 61%. In géén van de teams heeft de wijkverpleging zich bij de huisarts(en) aangepast door uitsluitend voor de patiënten van de betreffende huisarts(en), dat wil zeggen praktijkgericht,

\* Het onderscheid tussen 'echte' en 'pseudo' hometeams is aan de orde geweest in het vorige hoofdstuk.

Voor elk van de 7 pseudoteams geldt de volgende situatie. Huisartsen en wijkverpleging werken voor gelijke werkgebieden, terwijl het werkgebied van het AMW groter is dan van beide eerstgenoemde disciplines. Het werkgebied van het AMW is wel 'omsluitend', dat wil zeggen dat de werkgebieden van de andere disciplines er niet buiten komen.

te werken. Wat dit betreft wijkt de situatie in Midden-Limburg niet erg af van Nederland als geheel.

Met enig voorbehoud kunnen we al met al stellen, dat het in de Midden-Limburgse hometeams redelijk gesteld is met de afstemming van werkgebieden van huisarts(en) en wijkverpleging.

Tabel 10.2 geeft een overzicht van de afstemming van werkgebieden van huisartsen en maatschappelijk werkers.

Tabel 10.2.: vergelijking werkgebieden van huisarts(en) (HA) en maatschappelijk werker(s) (MW)

	hometeams/pseudoteams	
	aantal	%
identieke werkgebieden HA en MW	5	26
werkgebied MW is groter dan van HA	12	63
werkgebied HA is groter dan van MW	1	5
géén vergelijking mogelijk*	1	5
<b>totaal</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

\* Huisarts(en) werken niet in een duidelijk omschreven gebied en het werkgebied van het maatschappelijk werk is in de registratie onbekend.

Er is tussen huisarts(en) en maatschappelijk werker(s) een aanzienlijk groter verschil in werkgebieden dan tussen huisarts(en) en wijkverpleegkundigen. In 63% van de teams is het werkgebied van het maatschappelijk werk groter dan dat van de huisarts(en). Identieke werkgebieden komen hier aanzienlijk minder voor. Dit is in 26% van de teams het geval.

We zien dus dat het met de afstemming van werkgebieden van huisartsen en maatschappelijk werkers in het algemeen slechter gesteld is dan met de afstemming tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Tabel 10.3 geeft een overzicht van de afstemming tussen wijkverpleging en maatschappelijk werk.

De tabel maakt duidelijk, dat de situatie bij de wijkverpleging en het maatschappelijk werk geheel analoog is aan de situatie bij de

Tabel 10.3.: vergelijking werkgebieden wijkverpleging (WV) en maatschappelijk werk (MW)

	hometeams/pseudoteams	
	aantal	%
identieke werkgebieden WV en MW	5	26
werkgebied MW is groter dan van WV	12	63
werkgebied WV is groter dan van MW	1	5
géén vergelijking mogelijk*	1	5
<b>totaal</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

\* Het werkgebied van het maatschappelijk werk is onbekend.

huisarts en het maatschappelijk werk. In verreweg de meeste teams is het werkgebied van het maatschappelijk werk groter dan dat van de wijkverpleging.

Bekijken we de zaak voor alle drie de disciplines tegelijkertijd, dan blijkt dat in 5 teams (26%) de drie disciplines gezamenlijk voor identieke werkgebieden werken. Landelijk gezien is dat 36%, waarbij wel aangemerkt moet worden dat in dit laatste cijfer niet de pseudoteams betrokken zijn. Het vergelijkbare percentage voor Midden-Limburg is 42%. De 5 bovengenoemde teams zijn namelijk allemaal 'echte' hometeams en het totaal aantal echte hometeams is 12.

### 10.3. Afstemming bij wijkverpleging, gezinszorg en algemeen maatschappelijk werk

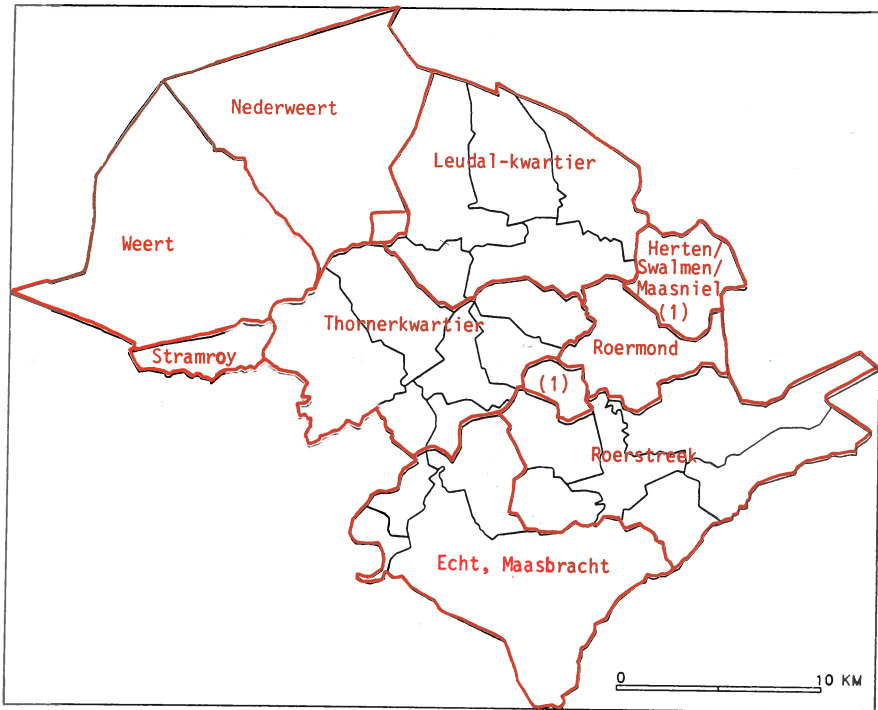
#### 10.3.1. Inleiding

Bij het beschouwen van de afstemming van werkgebieden tussen de drie in de titel genoemde disciplines, gaan we uit van:

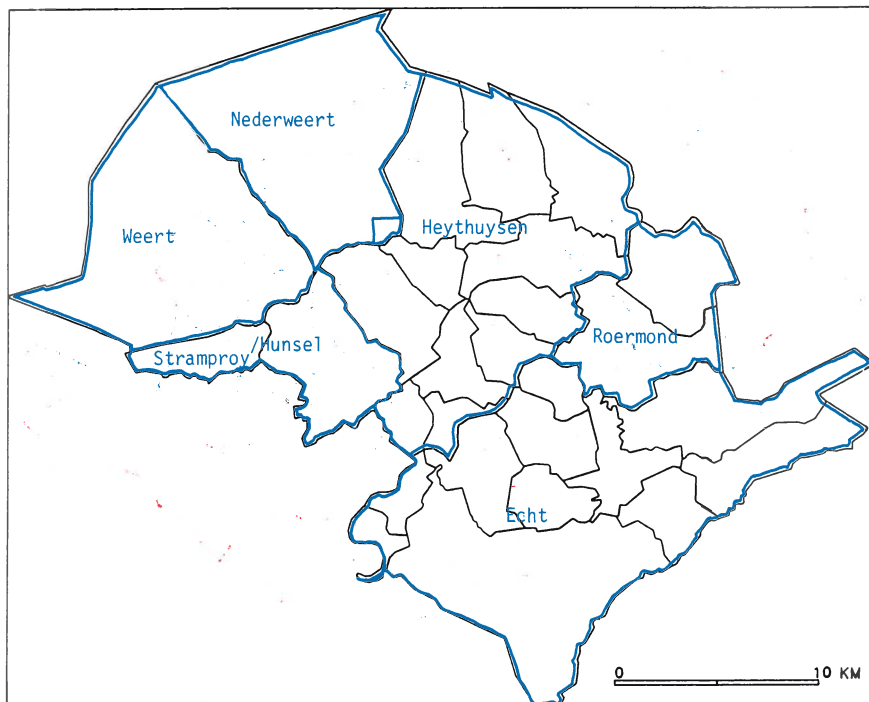
- De basiseenheid van de wijkverpleging;
- de werkeenheid van de gezinszorg\*;
- en de werkeenheid van het algemeen maatschappelijk werk.

\* We gaan hier even uit van werkeenheden van de gezinszorg, zoals ze bestonden, voor de komst van de zogeheten Wijk-team-combinaties. Daarover komen we verderop (10.3.6) te spreken.

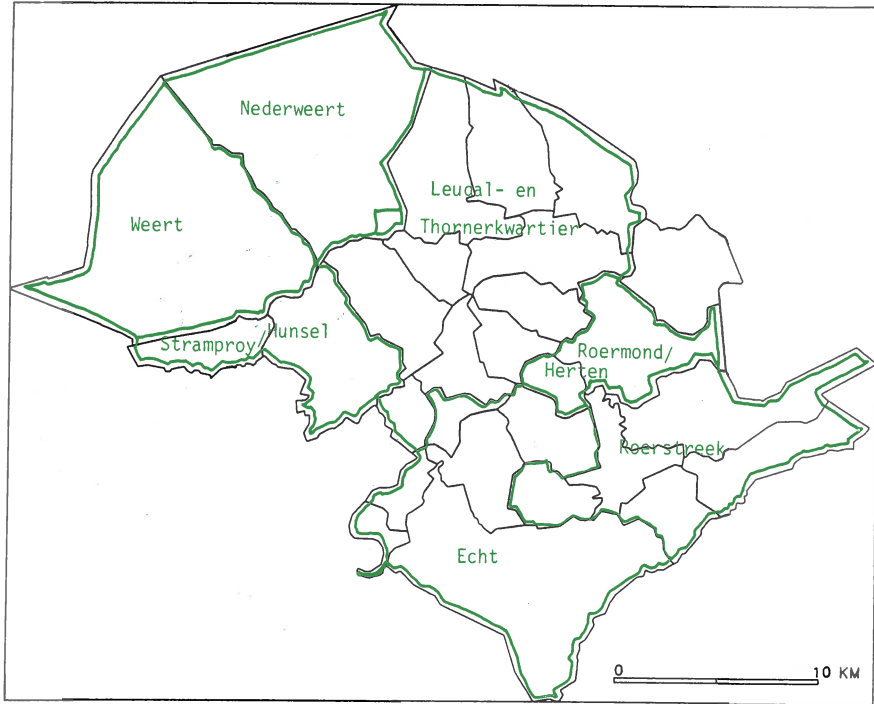
Figuur 10.1.: de basiseenheden van de wijkverpleging



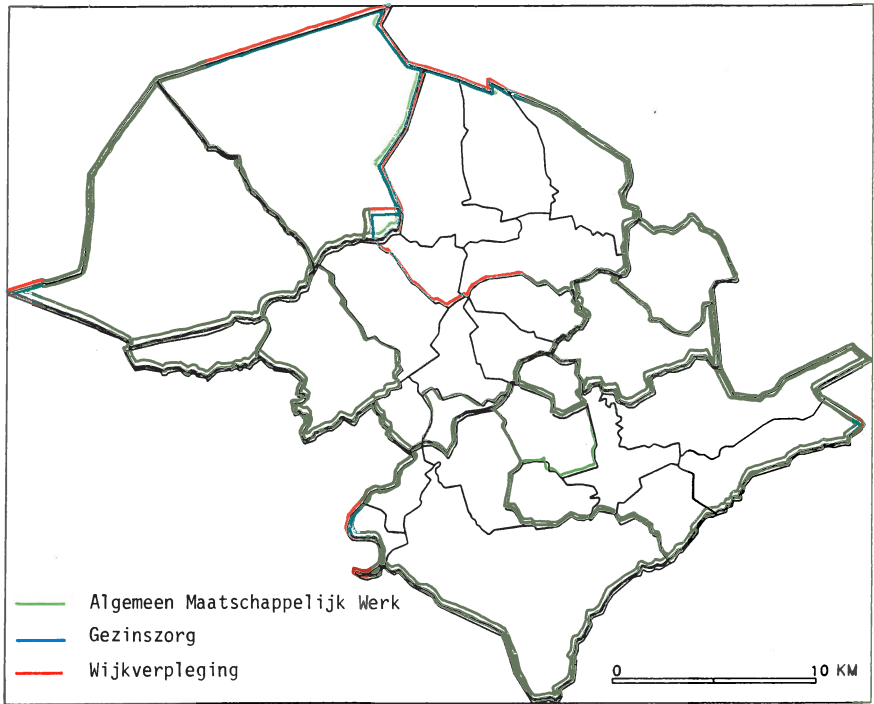
Figuur 10.2.: de werkeenheden van de gezinszorg



Figuur 10.3.: de werkeenheden van het algemeen maatschappelijk werk



Figuur 10.4.: afstemming van werkgebieden tussen wijkverpleging, algemeen maatschappelijk werk en gezinszorg

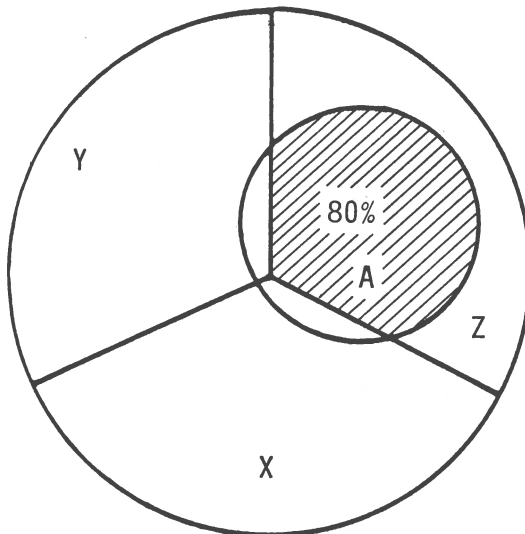




Zoals we eerder in dit rapport bespraken, zijn er in Midden-Limburg 9 basiseenheden, 6 werkeenheden van de gezinszorg en 7 werkeenheden van het AMW. De figuren 10.1 tot en met 10.3 geven een overzicht van respectievelijk elk van de genoemde disciplines. Figuur 10.4 geeft een indruk van de overlap van de werkgebieden van de drie disciplines.

We zullen hierna op de afstemming van werkgebieden ingaan, door successievelijk vanuit elke discipline naar de werkgebieden van beide andere disciplines te kijken. We beginnen daarbij met de wijkverpleging en vervolgens komen de gezinszorg en het AMW aan bod. De afstemming drukken we daarbij uit in een maat, die aangeeft welk percentage van de bevolking in het overlappende deel van twee werkgebieden woont. Een voorbeeld. Als we vanuit de werkgebieden van de wijkverpleging kijken naar de afstemming met de gezinszorg, dan geven we voor elke basiseenheid aan: het percentage van de bevolking in die basiseenheid dat woont in dat deel van de basiseenheid, dat de meeste overlap vertoont met een werkeenheid van de gezinszorg. Preciezer gezegd: basiseenheid A vertoont overlap met werkeenheden X, Y en Z van de gezinszorg. De overlap is het grootst met werkeenheid Z. 80% Van de bevolking die woont in het gebied van deze basiseenheid, woont tevens in werkeenheid Z. Figuur 10.5 geeft een schematische weergave van het voorbeeld.

Figuur 10.5.: schematische weergave van de afstemmingsmaat



Zoals we het voorbeeld boven hebben uitgewerkt voor een basiseenheid van de wijkverpleging, hebben we ook afstemmingspercentages berekend voor de werkeenheden van de gezinszorg en het AMW.

Tot slot is het goed te bedenken, dat de hoogte van het afstemmingspercentage beïnvloed wordt door de relatieve grootte van de werkgebieden van twee disciplines ten opzichte van elkaar. Redenerend vanuit grotere werkgebieden, wordt het percentage automatisch lager.

### 10.3.2. Afstemming vanuit de wijkverpleging

Tabel 10.4 geeft een overzicht van de afstemming, als we vanuit de basiseenheden van de wijkverpleging kijken naar de werkeenheden van respectievelijk de gezinszorg en het maatschappelijk werk.

Tabel 10.4.: afstemmingspercentages vanuit de wijkverpleging met de gezinszorg en het AMW

basiseenheid wijkverpleging	werkeenheid gezinszorg		werkeenheid AMW	
	met grootste overlap	%*	met grootste overlap	%*
1. Echt, Maasbrachter Kwartier	Echt	100	Echt	100
2. Roerstreek, Linne, Montfort	Echt	100	Roerstreek	84
3. Leudalkwartier	Heythuysen	100	Leudal/Thornerkwartier	100
4. Thornerkwartier	Heythuysen	77	Leudal/Thornerkwartier	67
5. Roermond	Roermond	100	Roermond/Herten	100
6. Herten, Swalmen, Maasniel	Roermond	100	Roermond/Herten	55
7. Weert	Weert	100	Weert	100
8. Nederweert	Nederweert	100	Nederweert	100
9. Stramproy	Stramproy/ Hunsel	100	Stramproy/ Hunsel	100

\* afstemmingspercentage

De bovenstaande tabel maakt duidelijk, dat vanuit de basiseenheden van de wijkverpleging gezien de afstemming met zowel de gezinszorg als het AMW goed tot redelijk goed is. Bij de gezinszorg is er maar 1 werkeenheid waar de afstemming niet helemaal 100 procent is. Bij het AMW is dat bij 3 werkeenheden het geval. We kunnen het ook nog

anders uitdrukken: 3% van de Midden-Limburgse bevolking woont in gebieden binnen een basiseenheid van de wijkverpleging die niet wordt bediend door de werkeenheid van de gezinszorg waarmee deze basiseenheid de grootste overlap heeft; voor de relatie basiseenheden wijkverpleging - werkeenheden AMW is dat 10%.

### 10.3.3. Afstemming vanuit de gezinszorg

Tabel 10.5 geeft een overzicht.

Tabel 10.5.: afstemmingspercentages vanuit de gezinszorg met de wijkverpleging en het AMW

werkeenheid gezinszorg	basiseenheid wijkverpleging met grootste overlap		werkeenheid AMW met grootste overlap	
		%*		%*
Echt	Echt, Maasbrachter			
	Kwartier	53	Echt e.o.	53
Heythuysen	Leudalkwartier	56	Leudal/Thornerkwartier	95
Roermond	Roermond	75	Roermond/Herten	83
Weert	Weert	100	Weert	100
Nederweert	Nederweert	100	Nederweert	100
Stramproy/ Hunsel	Thornerkwartier	53	Stramproy/Hunsel	100

\* afstemmingspercentage

De tabel maakt duidelijk, dat in 2 werkeenheden van de gezinszorg sprake is van optimale afstemming met de wijkverpleging. Hetzelfde geldt voor 3 werkeenheden (in 2 gevallen dezelfde als boven) van de gezinszorg ten opzichte van de werkeenheden van het AMW. De tabel leert verder, dat de afstemmingspercentages over het geheel genomen lager zijn dan in de vorige subparagraaf, waar we uitgingen van de wijkverpleging. Dat kunnen we ook weer uitdrukken ten opzichte van de totale Midden-Limburgse bevolking. 29% Van de totale bevolking woont in gebieden die vallen binnen werkeenheden van de gezinszorg die niet bediend worden door de basiseenheid van de wijkverpleging waarmee deze werkeenheid de grootste overlap heeft. Ten opzichte van het AMW bedraagt het corresponderende percentage 17%.

### 10.3.4. Afstemming vanuit het AMW

Tabel 10.6 brengt de situatie in beeld.

Tabel 10.6.: afstemmingspercentages vanuit het AMW met de wijkverpleging en de gezinszorg

werkeenheid AMW	basiseenheid wijkverpleging met grootste overlap	%*	werkeenheid gezinszorg met grootste overlap	%*
Echt e.o.	Echt, Maasbrachter kwartier	82	Echt	93
Roerstreek	Roerstreek, Linne, Montfort	100	Echt	100
Leudal/Thorner- kwartier	Leudalkwartier	59	Heythuysen	100
Roermond/herten	Roermond	91	Roermond	100
Weert	Weert	100	Weert	100
Nederweert	Nederweert	100	Nederweert	100
Stramproy/Hunsel	Thornerkwartier	53	Stramproy/Hunsel	100

\* afstemmingspercentage

In drie van de zeven werkeenheden van het AMW is 100% afstemming ten opzichte van de wijkverpleging. De afstemming met de gezinszorg is duidelijk beter; die is in zes van de zeven gevallen 100. hetzelfde blijkt als we de afstemmingspercentages relateren aan de totale Midden-Limburgse bevolking. 15% Van deze totale bevolking woont in gebieden binnen werkeenheden van het AMW, die niet bediend worden door de basiseenheid waarmee deze werkeenheid de grootste overlap heeft. Het corresponderende percentage voor de gezinszorg is slechts 2%.

### 10.3.5. De slotsom met betrekking tot afstemming

Als we de gegevens uit de tabellen 10.4 t/m 10.6 combineren, dan blijkt het in slechts twee gevallen zo te zijn dat de werkgebieden van de drie disciplines volledig samenvallen (Weert en Nederweert). Dit betrekkelijk lage aantal heeft voor een deel te maken met de verschillen in grootte van de werkgebieden van de drie disciplines. De wijkverpleging telt 9 werkgebieden, de gezinszorg 6 en het AMW 7. Daarmee zullen de afstemmingspercentages, vanuit de wijkverple-

ging berekend, automatisch wat hoger zijn; zij worden gevolgd door die van het AMW en de gezinszorg heeft automatisch al een achterstand.

In feite kunnen we zeggen, dat de werkgebieden van AMW en gezinszorg redelijk overeenstemmen, waarbij het beeld nog wat positiever is vanuit het AMW naar de gezinszorg dan omgekeerd. Vanuit de wijkverpleging gezien is de afstemming met de gezinszorg bijna volmaakt en met het AMW redelijk goed. In omgekeerde richting laat de afstemming, met name voor de gezinszorg, maar ook voor het AMW, nogal te wensen over. Dat heeft niet alleen, maar toch ook wel te maken met het relatief grotere aantal basiseenheden.

### **10.3.6. Actuele ontwikkelingen**

Tot slot willen we hier ingaan op de actuele ontwikkeling bij de gezinszorg van de zogeheten Wijk-team-combinaties (WTC's). Dit zijn teams bestaande uit 10 à 15 uitvoerende krachten van de gezinszorg, die het hulpaanbod voor hun rekening nemen in het eigen werkgebied (meestal een wijk of dorp). Een leidinggevende van de gezinszorg staat daarbij aan het hoofd van 2 tot 3 WTC's. Bij het samenstellen van de wijken voor de WTC's heeft men nagestreefd zoveel mogelijk aan te sluiten bij de indeling in 'wijkverpleegkundige' wijken, die het kruiswerk hanteert. We zitten hier dus duidelijk op een lager niveau dan de hierboven besproken werkeenheden van de gezinszorg en basiseenheden van de wijkverpleging.

Ten tijde van dit onderzoek is slechts de indeling van de instelling voor gezinszorg in de regio Roermond bekend. Die zullen we hieronder globaal bespreken.

De werkeenheden Echt telt in de nieuwe opzet 21 WTC's. Het werkgebied van de regionale kruisvereniging Oostelijk Midden-Limburg, die samenwerkt met deze werkeenheden van de gezinszorg, telt 16 wijken. De WTC's zijn in dit geval dus kleiner dan de wijkverpleegkundige wijken. Ze blijven overigens wel in de meerderheid van de gevallen binnen de grenzen van de wijkverpleegkundige wijken.

In de werkeenheden Heythuysen zien we juist het tegenovergestelde. Een aantal WTC's zijn hier groter dan de wijkverpleegkundige wijken. In de werkeenheden Roermond\* tenslotte, lijkt de afstemming het best gelukt. Het gaat hier om 18 WTC's en 19 wijkverpleegkundige wijken. Enige voorzichtigheid is hier echter op z'n plaats. De pre-

\* Bij de indeling van de gemeente Roermond in WTC's is de gemeentelijke wijkindeling van deze stad aangehouden.

cieze grenzen van de WTC's zijn ons niet bekend, waardoor we niet zeker weten of sommige WTC's samenvallen met de wijkverpleegkundige wijken.

#### **10.4. Afstemming tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen in het landelijke deel van Midden-Limburg**

In deze paragraaf gaan we in op de afstemming van werkgebieden tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige. Bij de wijkverpleging baseren we ons daarbij op de werkgebieden van de individuele wijkverpleegkundigen: de wijkverpleegkundige wijk waarin tussen de 2500 en 3000 inwoners wonen. Voor deze keus is een aantal redenen, die we hieronder zullen bespreken.

De eerste reden is van praktische aard. In het huidige onderzoek waren we voor informatie over de afstemming van werkgebieden van de andere kerndisciplines ten opzichte van de huisarts aangewezen op informatie van de wijkverpleegkundigen,\* tenminste in het landelijk deel van het onderzoeksgebied. Nu is het zo, dat een wijkverpleegkundige alleen voor haar eigen wijk een inschatting kan maken van welke huisartsen daar in welke mate patiënten hebben. Omdat deze individuele schattingen getalsmatig moeilijk zijn te combineren tot een schatting voor een grotere geografische eenheid, zitten we althans tijdens de analyse enigszins vast aan het niveau van de wijk. De tweede reden om uit te gaan van het wijkniveau, begint waar de eerste reden ophield. Als we uitgaan van het kleinschalige niveau van de wijk, dan is het altijd nog mogelijk om in een later stadium wijken te combineren tot een groter gebied. We kunnen wel van klein naar groot, maar niet van groot naar klein. Waar de schattingen van de wijkverpleegkundigen de basis zijn voor een afstemmingsindicatie, kan dat weliswaar niet in maat en getal, maar uiteraard wel in woorden door middel van bepaalde interpretaties.

We hebben nog een derde reden om uit te gaan van de wijkverpleegkundige wijk bij de bestudering van afstemming. Deze reden is inhoudelijk van aard. De Nota Eerstelijnszorg gaat bij het onderwerp afstemming van werkgebieden uit van de basiseenheid van de wijkverpleging. In Midden-Limburg zijn er 9 basiseenheden die gemiddeld geno-

\* Andere informatiekanalen lopen via de huisarts of het ziekenfonds (vgl. De Bakker, 1987a). In het huidige onderzoek konden wij echter niet over deze informatie beschikken.

men elk een gebied met 25.600 inwoners bestrijken. In zo'n basiseenheid werken meestal 7 wijkverpleegkundigen en 2 wijkziekenverzorgenden. Gezien het aantal inwoners is er in het gebied van een basiseenheid ruimte voor bijna 11 huisartspraktijken, als we uitgaan van de normpraktijk van 2350 patiënten. In totaal zijn dus alleen al 20 hulpverleners uit de sectoren van de wijkverpleging en de huisartsgeneeskunde in een basiseenheid actief. Dat is wel erg veel voor een samenwerkingsverband dat naast andere zaken de hulpverlening aan individuele patiënten/cliënten wil afstemmen. Een effectief multidisciplinair team zal zich ons inziens tot een aanzienlijk kleiner gebied moeten beperken. Onze keuze van 2500 tot 3000 inwoners, die mede wordt ingegeven door praktische redenen, is daarbij misschien wat al te kleinschalig. We zullen daar bij de interpretatie van onze resultaten eventueel rekening mee houden.

Hoe zijn we nu in de praktijk te werk gegaan om de afstemming tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen op het niveau van de wijkverpleegkundige wijk te bestuderen? We zullen dat hieronder toelichten. Aan de wijkverpleegkundigen is gevraagd aan te geven welke huisarts(en) patiënten in hun wijk hebben. Tevens is gevraagd naar een schatting van het percentage van de bevolking in hun wijk dat patiënt is van genoemde huisarts(en). Door nu de gevonden percentages per wijk te vergelijken met de percentages die men zou verwachten op basis van de qua afstemming meest optimale verdeling, gegeven het aantal inwoners in de wijk, krijgt men een globale indruk van de afstemming van werkgebieden. We maken de vergelijking in deze studie door per wijk een 'veranderingsscore' te berekenen. Deze geeft aan hoeveel procent de feitelijke situatie afwijkt van de ideale situatie.\*

Voordat we nu de verschillende veranderingsscores bespreken, zullen we zien hoe de wijkindeling in Midden-Limburg er volgens de kruisverenigingen uitziet.

In figuur 10.6 hebben we een beeld geschetst van de wijkindeling van de vier regionale kruisverenigingen. (Op de wijkindeling binnen Roermond en Weert gaan we in de volgende paragraaf in.) Opgemerkt zij dat de indeling van wijkverpleegkundige wijken, qua oppervlakte en omvang, niet overal gelijk is aan elkaar. Zo zou een relatief

\* Voor voetnoot zie volgende bladzijde.

bewerkelijke wijk, bijvoorbeeld een wijk waar veel bejaarden wonen, minder inwoners kunnen tellen dan een wijk waarvan de inwoners minder wijkverpleegkundige zorg nodig hebben.

De afzonderlijke veranderingsscores per wijk staan weergegeven in tabel 10.7. De nummering van de wijken komt overeen met de nummers zoals ze staan weergegeven in figuur 10.6. Een grafische weergave van de veranderingsscores is te vinden in figuur 10.7.

\* (Voetnoot van vorige bladzijde.)

We lichten dit toe met een rekenvoorbeeld. Stel wijk A telt 3000 inwoners. In deze wijk hebben in werkelijkheid vier huisartsen patiënten. 60% Van de bevolking is patiënt bij huisarts I, 20% is patiënt bij huisarts II, 10% is patiënt bij huisarts III en de overige 10% is patiënt bij huisarts IV.

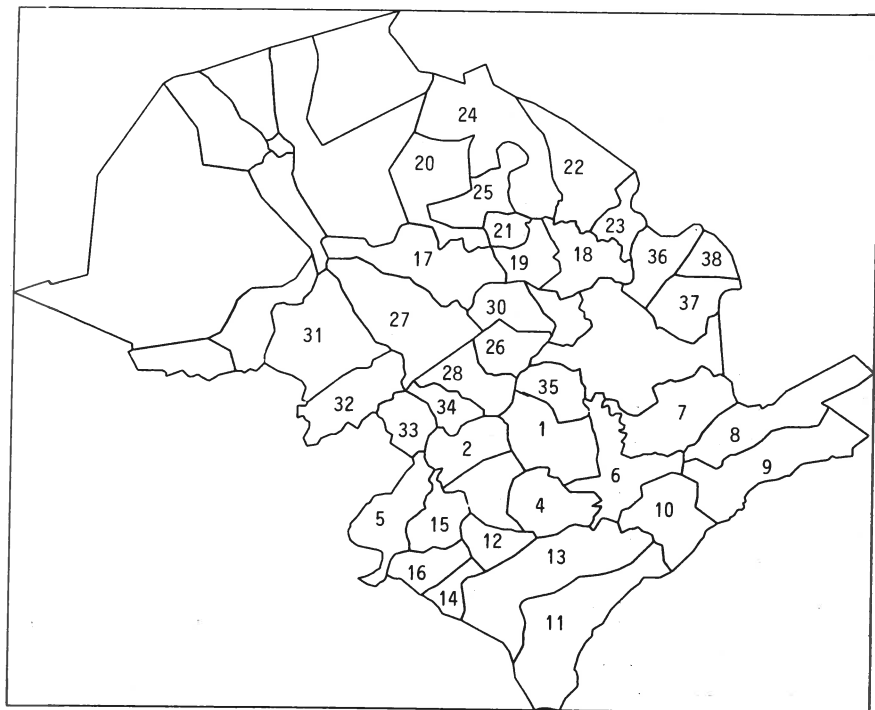
Wanneer we uitgaan van de normpraktijk van 2350 patiënten, dan zou in het meest gunstige geval in deze wijk 'ruimte' zijn voor twee huisartsen. In dit geval is 78% van de bevolking patiënt van huisarts A ( $.78 \times 3000 = 2350$ ) en 22% van de bevolking patiënt van huisarts B ( $.22 \times 3000 = 650$ ). We zagen echter dat niet twee, maar vier huisartsen patiënten hebben in deze wijk. Wat kunnen we nu zeggen over de mate van afstemming in deze wijk. Hiertoe leggen we de feitelijk verdeling (60% : 20% : 10% : 10%) naast de meest ideale verdeling (78% : 22% : 0% : 0%) en zien dan dat de twee maal 10% van de bevolking die ingeschreven is bij huisarts 3 en 4 niet die huisarts heeft die uit een oogpunt van afstemming het meest ideaal zou zijn. Voor 20% van de bevolking in deze wijk zou er dus in theorie wat moeten veranderen om de meest ideale situatie te krijgen. Die 20% noemen we de veranderingsscore; hoe lager de score, des te beter is de afstemming van de werkgebieden.

Over de veranderingsscore zij opgemerkt, dat hierin geen rol speelt in welke wijk een huisarts zijn praktijkvestiging heeft. Hoewel dat voor de samenwerking tussen disciplines van belang kan zijn, speelt het vestigingspunt strikt genomen ten aanzien van de afstemming geen rol.

Tenslotte nog één opmerking over de veranderingsscore. In deze score wordt niet alleen rekening gehouden met het aantal huisartsen dat 'past' in een wijk, maar ook wordt gekeken naar de verhouding tussen de patiëntenaantallen bij elk van deze artsen. Daar is voor gekozen vanuit de gedachte, dat het voor de wijkverpleegkundige prettiger werkt om in zoveel mogelijk gevallen met dezelfde huisarts te maken te hebben.



Figuur 10.6.: de werkgebieden van het kruiswerk in het landelijke deel van Midden-Limburg



Tabel 10.7. afstemming van de werkgebieden van huisarts en wijkverpleging per wijkverpleegkundige wijk

wijk- nummer	aantal* inwoners	ideale ver- houding	feitelijke** verhouding	veran- derings- score	rang- orde
Regionale Kruisvereniging Oostelijk Midden-Limburg					
1	3787	62:38	50:50	12	5/6
2	3500	67:33	25:25:25:25	50	24/25
3	3500	67:33	25:25:25:25	50	24/25
4	3015	78:22	70:13,5:13,5:4x0,5	16	9
5	2300	100	80:10x2	20	10/11
6	3432	69:31	50:20:20:5:5x1	30	12
7	3647	64:36	60:8x5	35	15/16
8	3647	64:36	27:27:19:10:3:3:2:9x1	46	21
9	2464	95:5	92:5:2:1	3	1/2
10	4202	56:44	60:37:2:0,6:0,2:0,2	7	3
11	3500	67:33	60:30:10	10	5
12	1400	100			
13	3200	73:27			
14	3200	73:27	20:20:20:20:20:	60	29/30
15	3300	71:29	30:30:25:5:5:6x0,8	41	17/18
16	3300	71:29	30:30:25:5:5:6x0,8	41	17/18
Regionale Kruisvereniging Leudal- en Thornerkwartier					
17	3160	74:26	30:25:20:5x5	45	20
18	2918	81:19	45:45:3:2:2	35	15/16
19	2918	81:19			
20	2878	82:18	49:48:2:1	33	13
21	2878	82:18			
22	1773	100			
23	1773	100			
24	2138	100	45:30:8:8:3:2:2:1:2x0,5	55	27/28
25	2138	100			
26	1736	100	45:45:5:3:2	55	27/28
27	2822	83:17	40:6x10	50	24/25
28	4421	53:47	50:50	3	1/2
29	1952	100	40:40:15:5	60	29/30

(Vervolg tabel 10.7 op volgende bladzijde.)

(vervolg tabel 10.7.)

wijk- nummer	aantal* inwoners	ideale ver- houding	feitelijke** verhouding	veran- derings- score	rang- orde
Regionale Kruisvereniging Leudal- en Thornerkwartier					
30	1952	100	50:35:10:5	50	24/25
31	2683	88:12	6x15:5x2	73	31
32	2683	88:12	85:5:4x2,5	10	5
33	2618	90:10	70:20:5:3:4x0,5	20	10/11
34	2168	90:10	80:8:4:3:3:2	12	7/8
Regionale Kruisvereniging Roermond e.o. (exclusief de stad Roermond)					
35	3339	70:30	70:20:5x2	10	5
36	2811	84:16	40:30:15:12:3	49	22
37	2811	84:16	40:35:15:10	44	19
38	2811	84:16	50:25:15:10	34	14

\* Volgens opgave van de betreffende regionale kruisvereniging (soms op basis van hun schatting).

\*\* Waar de verhouding niet is vermeld, ontbreken gegevens voor de betreffende wijk.

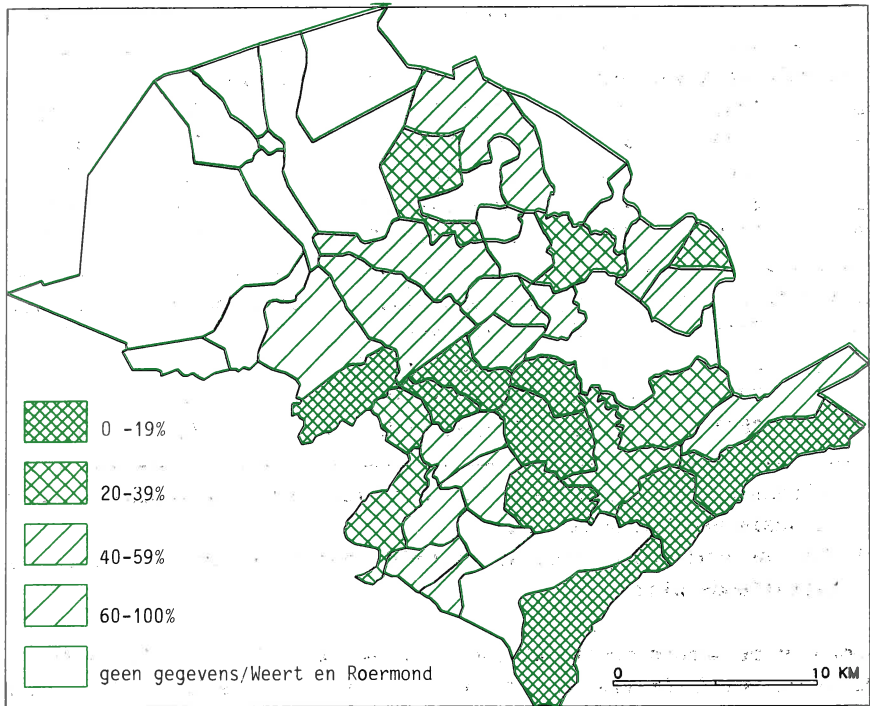
Vooraf moet worden opgemerkt dat géén van de wijkverpleegkundigen in de regio Weert de vragen over de afstemming van werkgebieden in de enquête heeft beantwoord, waardoor wij ons van het werkgebied van de Regionale Kruisvereniging Weert e.o., althans op basis van deze gegevens, géén beeld kunnen vormen van de afstemming van werkgebieden van huisartsen en wijkverpleegkundigen. Behalve de stad Weert, gaat het hier om 7 andere wijken.

Op basis van de gegevens in de bovenstaande tabel blijkt, dat de gemiddelde veranderingsscore 34% bedraagt. De feitelijke situatie met betrekking tot de afstemming wijkt dus 34% af van de ideale situatie. We spreken dan over het landelijke deel van Midden-Limburg, dus buiten de steden Weert en Roermond.

De tabel laat verder zien, dat de variatie in afstemming tussen de wijken aanzienlijk is. De wijken met de meest gunstige situatie qua afstemming zijn (van goed naar minder goed):

Vlodrop (nr. 9) met een veranderingsscore van 3%, een deel van de gemeente Heel (nr. 28), eveneens met een veranderingsscore van 3%; Posterholt (nr. 10) met 7%; een deel van de gemeente Hunsel (nr. 32):

Figuur 10.7.: de afstemming van werkgebieden tussen huisartsen en wijkverpleging in het landelijke deel van Midden-Limburg



Ittervoort en Neeritter) met 10%; Herten (nr. 35) eveneens met 10%; een deel van de gemeente Echt (nr. 11: Koningsbosch en Mariahoop), evenals de vorige 2 wijken met 10%; Wessem (nr. 34) met 12% en tenslotte Linne (nr. 1) eveneens met een veranderingsscore van 12%.

Na deze 8 wijken met gunstige situatie wat betreft afstemming van werkgebieden, zullen we ook de 8 wijken waar de situatie het slechtst is noemen (van het slechtst naar minder slecht):

een deel van de gemeente Hunsel (nr. 31: de Kern Hunsel + Ell) met een veranderingsscore van 73%; een deel van de gemeente Echt (nr. 14: Pey) met 60%; een deel van de gemeente Horn (nr. 29) ook met 60%; een deel van de gemeente Roggel (nr. 24: Heibloem) met 55%; een deel van de gemeente Beegden (nr. 26) ook met 55%; Grathem (nr. 27) met 50% en tenslotte Maasbracht (nr. 2) ook met een veranderingsscore van 50%.

Wanneer we de scores per regionale kruisvereniging totaliseren dan zien we dat de afstemming van werkgebieden van huisarts en wijkverpleging in het werkgebied van de regionale kruisvereniging Oostelijk Midden-Limburg beter is dan die in het Leudal- en Thornerkwartier (respectievelijke gemiddelden: 30 en 38). De 4 wijken gelegen in plattelandsgemeenten, in het werkgebied van de regionale kruisvereniging Roermond zitten met een gemiddelde veranderingsscore van 34% tussen de beide andere regio's in. Over het geheel genomen lijken de verschillen tussen de drie regio's al met al niet overdreven groot. We kunnen de wijkverpleegkundige wijken waar we hier mee werken niet zonder meer herleiden tot gemeenten. Als we eens explorerend door het verkregen cijfermateriaal heen gaan, dan ziet het er wat naar uit, dat in relatief kleine gemeenten, zoals bijvoorbeeld Vlodrop, Posterholt, Wessem en Thorn, de afstemming van werkgebieden wat beter is dan in de wat meer verstedelijkte gemeenten als Hunsel, Echt en Swalmen. Dat zou kunnen komen, omdat in kleine gemeenten vaak afzonderlijke wijken vormen, terwijl het leeuwendeel van de bevolking patiënt is bij de 1 of 2 plaatselijke huisartsen. In grotere gemeenten zien we daarentegen meerdere wijken en de bevolking in deze wijken is dan meer willekeurig verdeeld over alle plaatselijke huisartsen, los van het feit of de huisarts in dezelfde wijk gevestigd is als de patiënt woont.

#### **10.5. Afstemming tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen in Weert en Roermond**

In deze paragraaf gaan we in op de afstemming van werkgebieden in

in Weert en Roermond. De gegevens die nodig zijn voor de bestudering van deze zaak zijn verkregen door middel van een telefonische enquête onder een representatieve steekproef uit de bevolking van Weert en Roermond\*. Van Roermond (en enkele kleinere plaatsen in de directe omgeving van Roermond) hebben we, behalve de informatie uit de telefonische enquête, tevens gegevens uit de schriftelijke enquête van wijkverpleegkundigen. Dat maakt het mogelijk om beide methoden te vergelijken. We zullen in de volgende twee subparagrafen beide bovengenoemde onderwerpen verder uitwerken.

#### **10.5.1. Afstemming op basis van gegevens uit de bevolkingsenquête**

Met behulp van de gegevens uit de bevolkingsenquête is het mogelijk om per wijk veranderingsscores te berekenen. We hanteren daarbij in principe dezelfde methode als bij de gegevens uit de schriftelijke enquête onder wijkverpleegkundigen (zie paragraaf 10.3). Tabel 10.8 geeft een overzicht van de veranderingsscores per wijk. In figuur 10.8 en 10.9 is daarbij te vinden welke wijken corresponderen met de wijknummers in tabel 10.8. Tenslotte is in de figuren 10.9 en 10.10 een grafische weergave te vinden van de afstemming van werkgebieden in de verschillende wijken van Weert en Roermond.

Op grond van de gegevens in tabel 10.8 kunnen we vaststellen, dat de gemiddelde veranderingsscore voor de wijken van Roermond 71 is. Voor de wijkverpleegkundige wijken van Weert is dat 67. In Weert lijkt het dus iets beter gesteld te zijn met de afstemming van werkgebieden dan in Roermond\*\*. De situatie met betrekking tot de afstemming van werkgebieden is in Roermond en Weert dus veel slechter dan in de

\* Voor gegevens over de gevolgde enquête-methode, de respons en representativiteit verwijzen we naar hoofdstuk 2.

\*\* We interpreteren hier de gegevens zoals ze uit de gehouden enquêtes onder een steekproef uit de bevolking naar voren komen gemakshalve als zonder meer geldig voor de gehele Weertse en Roermondse populatie. We kunnen ook marges uitrekenen voor een 95% betrouwbaarheids grens. De marges blijken voor alle onderzochte wijken (met uitzondering van wijk nummer 46) te liggen tussen de 9 en 13%. Dat wil zeggen dat we met 95% zekerheid kunnen zeggen, dat de veranderingsscore in de populatie (de totale bevolking van een wijk in Weert of Roermond) minimaal 9 en maximaal 13% hoger of lager kan zijn dan de veranderingsscore die voor de betreffende wijk in de steekproef gevonden is (zie ook paragraaf 4.5).

wijken in het landelijke deel van Midden-Limburg (buiten Weert en Roermond). Daar bedraagt de gemiddelde veranderingsscore 34%.

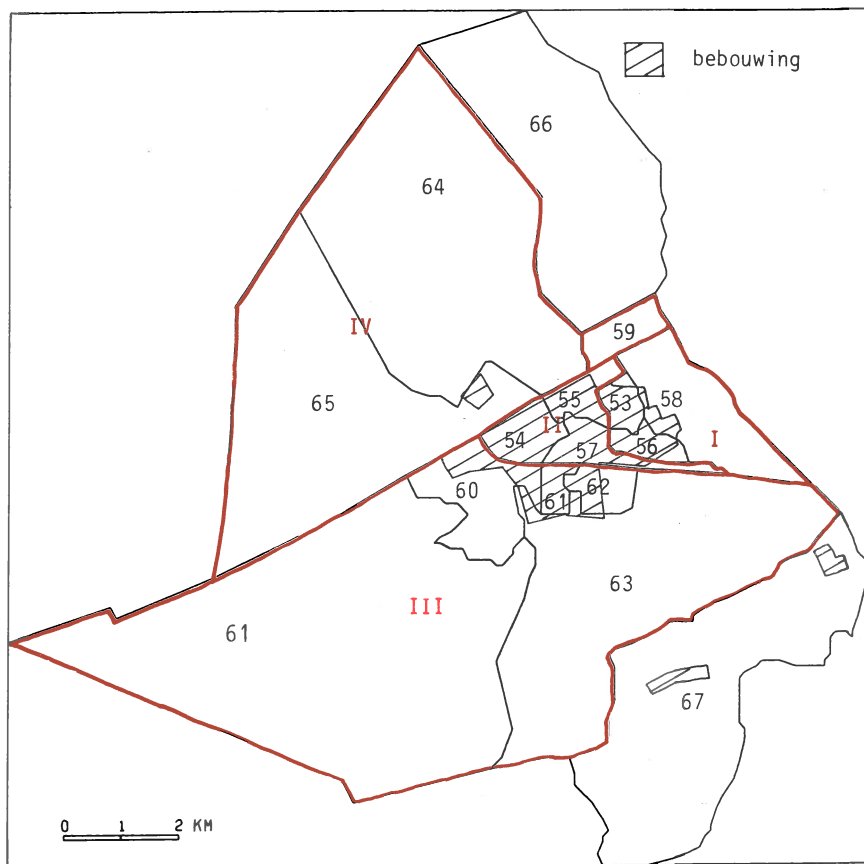
Tabel 10.8.: afstemming van de werkgebieden van huisarts en wijkverpleegkundige per wijkverpleegkundige wijk

WEERT		ROERMOND	
wijknummer	veranderingsscore*	wijknummer	veranderingsscore*
54	68	39	73
55	76	40	78
56	61	41	79
57	74	42	68
58	75	43	77
59	70	44	72
60	70	45	76
61	72	46	60
62	67	47	73
63	72	48	71
64	61	49	79
65	51	50	75
66	60	51	62
67	57	52	60
		53	64

\* Bij het berekenen van de veranderingsscores voor elk van de Weertse wijken is als ideale verhouding (zie paragraaf 10.3) 76 : 24 aangehouden. Dit met uitzondering van wijk 67 (Tungelroy/Swartbroek) en van wijk 69 (Laar) waar als ideale verhouding respectievelijk 71 : 29 en 89 : 11 is genomen. Voor de Roermondse wijken is de ideale verhouding 32 : 8. De ideale verhouding is volgens de in paragraaf 10.4 geschetste methode berekend, waarbij is uitgegaan van de inwoneraantallen per wijk, zoals die zijn opgegeven door de instellingen van het kruiswerk.

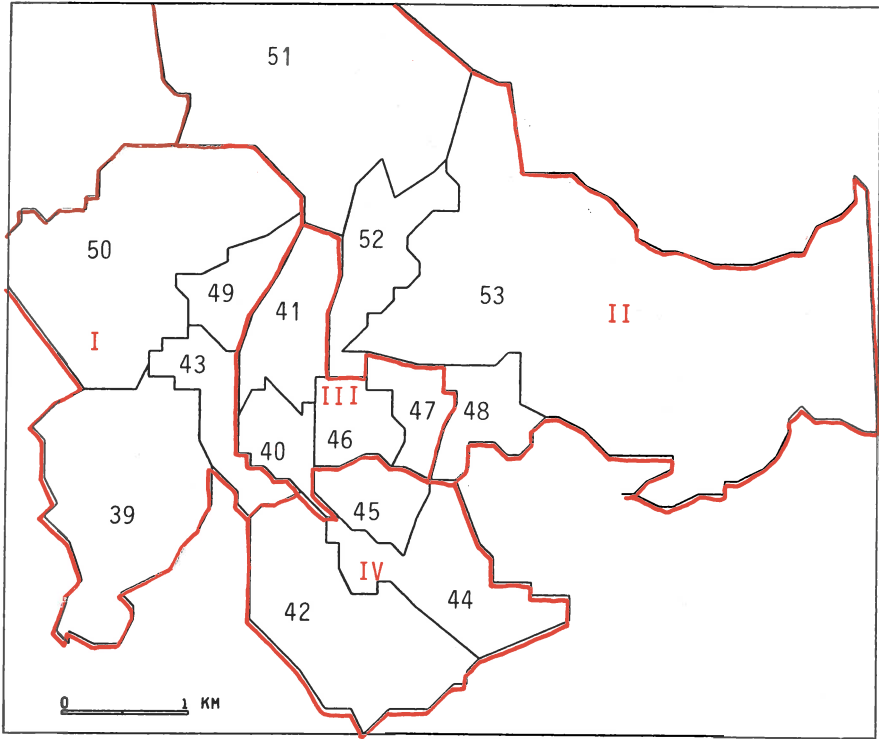
Misschien hanteren we te stringente criteria, als we de afstemming van werkgebieden tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen onderzoeken op het niveau van de afzonderlijke wijkverpleegkundige wijken. Daarom gaan we op deze plaats terug naar hoofdstuk 4, paragraaf 4.6.4 waar we spraken over de bereikbaarheid van de huisarts. We hadden daarbij Weert en Roermond elk ingedeeld in 4 grotere 'wijk-

Figuur 10.8.: de werkgebieden van het kruiswerk in Weert

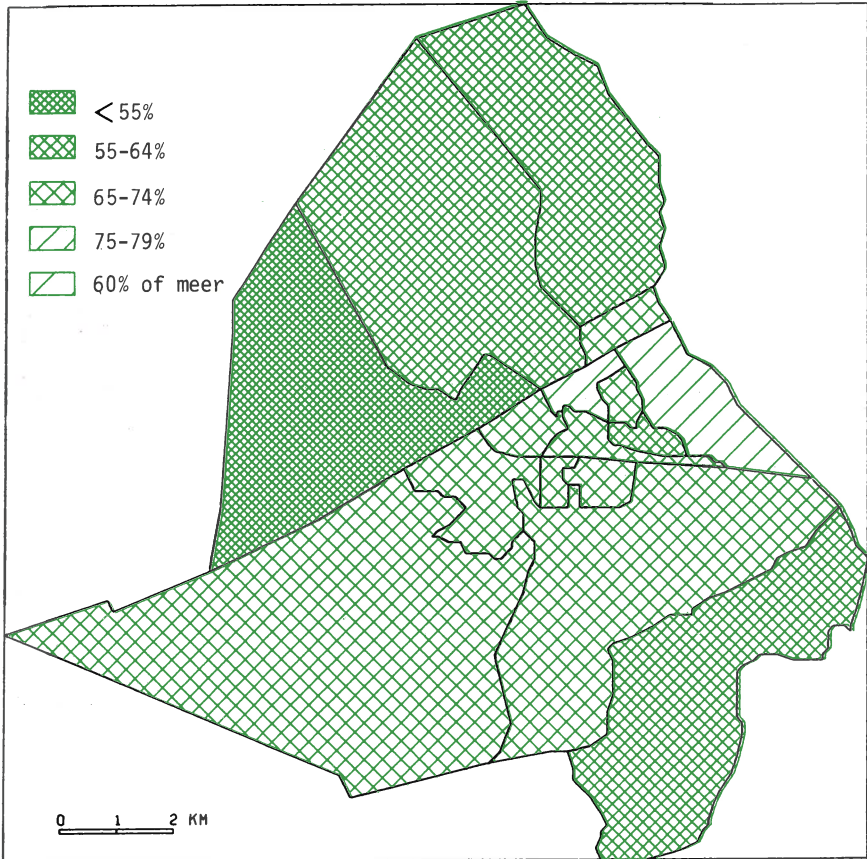




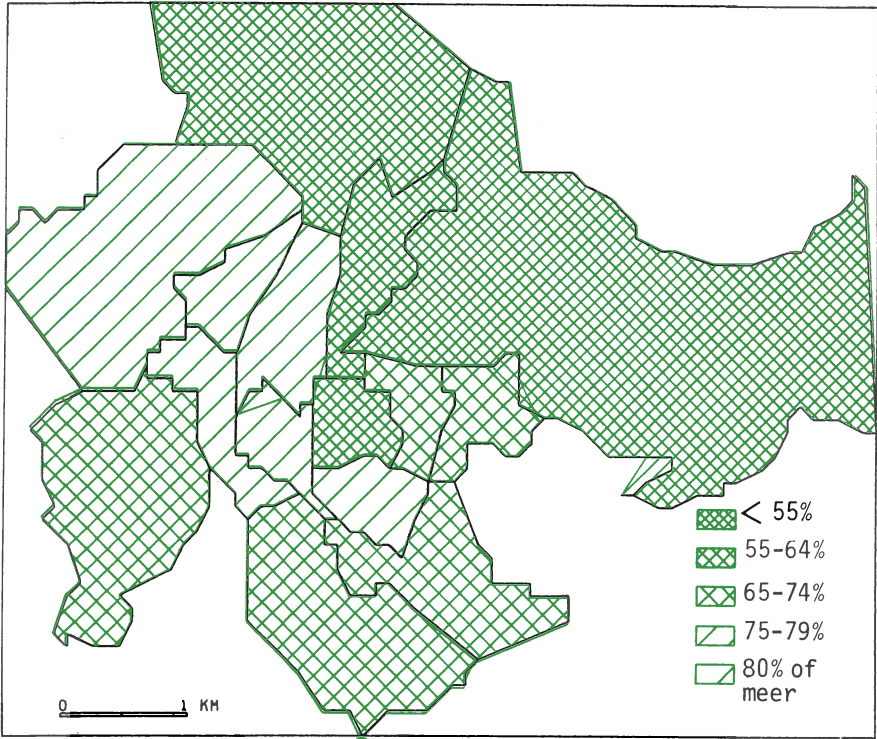
Figuur 10.9.: de werkgebieden van het kruiswerk in Roermond



Figuur 10.10.: de afstemming van werkgebieden tussen huisartsen en wijkverpleging in Weert



Figuur 10.11.: de afstemming van werkgebieden tussen huisartsen en wijkverpleging in Roermond



blokken', die bestonden uit een aantal aaneengesloten wijkverpleegkundige wijken. Hier zullen voor deze wijkblokken nog eens naar de afstemming van werkgebieden kijken.

Tabel 10.9.: afstemmingsscores voor de wijkblokken in Weert en Roermond

blok**	wijken	optimaal aantal huisartsen	afstemmingsscore
<b>WEERT:*</b>			
I	56/58/59	4	46 (6)
II	54/55/57	4	38 (6)
III	64/65	3	49 (7)
IV	60/61/62/63	6	61 (5)
<b>ROERMOND:</b>			
I	50/49/43/39	5	39 (6)
II	48/51/52/53	5	50 (6)
III	40/41/46/47	5	56 (6)
IV	42/44/45	4	40 (6)

\* In Weert is de wijk Laar (66) en de wijk Swartbroek/Tungelroy (64) niet meegenomen bij het samenstellen van de wijkblokken. Dit is zo gedaan, omdat de eerstgenoemde wijk is ingedeeld bij de basiseenheid Nederweert, terwijl de tweede deel uitmaakt van de basiseenheid Stramproy.

\*\* We zullen de wijken hieronder zo goed mogelijk aanduiden met een aantal wijknamen die bij de gemeenten in gebruik zijn. Een grafische weergave van de wijken is te vinden in de figuren 10.7 en 10.8.

Weert: I: Leuken

II: Biest, Centrum, Fatima

III: Altweerderheide, Keent, Moesel

IV: Boshoven, Hushoven

Roermond: I: Binnenstad, Roerzicht/Voorstad, Roer/Roerzuid, Tegelarijeveld/Broekhin, Moethagen/hertenpael, Hatenboer/De Weerd

II: Leeuwen, Maasniel, Asenray + buitengebied, Hoogvonderen, de Wijher e.o.

III: Vrijeveld, Roermondse Veld, Kastelenbuurt, Planetenbuurt

IV: Kapel/Muggenbroek, de Kemp, Vliegeniersbuurt, Componistenbuurt, Kitskensberg e.o.

De maat die we bij de studie van afstemming per wijkblok hanteren is wat anders dan de tot nu toe steeds gebruikte veranderingsscore. Omdat het om grotere gebieden gaat is namelijk alleen nog van belang: het aantal huisartsen dat feitelijk patiënten heeft in het wijkblok ten opzichte van het aantal huisartsen wat er gezien het aantal inwoners van de wijk en normpraktijk zou kunnen hebben. (Of de huisartsen in het betrokken wijkblok zelf gevestigd zijn, laten we evenals bij de veranderingsscore geen rol spelen.) De verdeling van de patiënten over de artsen laten we buiten beschouwing en we kijken naar het percentage van de bevolking in het wijkblok dat patiënt is bij het aantal huisartsen (met de grootste praktijken) dat idealiter in het wijkblok past.\* We hebben dan zoiets als een afstemmingscore. Deze score is door de gevolgde rekenwijze wat 'soepeler' dan de eerder besproken veranderingsscore. Hoe hoger de score, hoe beter het gesteld is met de afstemming in het wijkblok. Tabel 10.9 laat zien hoe de afstemmingsscores er voor de verschillende wijkblokken uitziet.

De tabel maakt duidelijk, dat de afstemmingsscore meestal wat onder de 50% zit (in Weert gemiddeld 49% per wijkblok en in Roermond gemiddeld 46%).\*\* Het is duidelijk dat, ook als we uitgaan van grotere en misschien meer realistische gebieden, de afstemming van werkgebieden in Weert en Roermond bepaald niet goed is. In feite komt het neer op wat we al in hoofdstuk 3 concludeerden, namelijk dat de patiënten van de Roermondse en Weertse huisartsen tamelijk kris-kras door de stad wonen.

- \* Een rekenvoorbeeld moge dit verduidelijken: blok I in Weert bestaat uit een drietal wijken met in totaal 9276 inwoners (3092 per wijk). In dit blok is er gezien de normpraktijk van 2350 dus plaats voor 3.95 ofwel 4 huisartsen. De qua afstemming meest optimale situatie zou zijn, dat alle mensen in dit wijkblok staan ingeschreven bij 4 huisartsen. Dan hebben de drie wijkverpleegkundigen in dit blok immers te maken met patiënten van zo weinig mogelijk huisartsen en de huisartsen hoeven hun hulpverlening aan patiënten met een zo klein mogelijk aantal wijkverpleegkundigen te coördineren. De afstemmingsscore voor het bedoelde wijkblok is het percentage van de bevolking dat patiënt is bij de vier huisartsen met de grootste praktijken in dit wijkblok.
- \*\* De betrouwbaarheidsmarges voor de acht onderzochte wijkblokken variëren tussen de 5 en 7% (zie ook paragraaf 10.5.1).

### 10.5.2. Bevolkingsenquête en enquête onder wijkverpleegkundigen ver- geleken

Voor de wijkverpleegkundige wijken in de gemeenten Roermond, Herten, Melick/Herkenbosch en St. Odiliënberg hebben we informatie over de afstemming van werkgebieden op grond van de schriftelijke enquête onder wijkverpleegkundigen en ook op basis van de bevolkingsenquête. Om een aantal redenen kunnen we ervan uitgaan, dat de gegevens uit de bevolkingsenquête in principe betrouwbaar zijn. In de eerste plaats mag men aannemen, dat verreweg de meeste mensen een juiste opgave van de naam van hun huisarts en postcode zullen doen. Samen met een goede representatieve trekking van de steekproef (die in feite ook heeft plaatsgevonden, zie hoofdstuk 2), is dat een aardige garantie, dat de gegevens die via de bevolkingsenquête verkregen zijn een betrouwbare bron zijn. Een tweede extra indicatie voor de betrouwbaarheid van de bevolkingsenquête is te vinden in het onderzoek van de Bakker (1987b). Hij constateerde in een onderzoek in Rotterdam dat met betrekking tot het onderwerp afstemming van werkgebieden een sterke samenhang bestaat tussen wat op basis van ziekenfondsgegevens\* geconstateerd kan worden en wat men door middel van een telefonische enquête onder de bevolking aan bevindingen doet.

We zullen hieronder de overeenkomst tussen beide in dit onderzoek gebruikte bronnen laten zien, door de veranderingsscores die langs beide wegen verkregen zijn naast elkaar te zetten. Een overzicht is te vinden in tabel 10.10 (zie volgende bladzijde).

De tabel maakt duidelijk dat de beide veranderingsscores redelijk goed met elkaar overeenstemmen. De gemiddelde afwijking tussen beide is 9%. De Pearsoncorrelatie-coëfficiënt is .52. Nadere inspectie van de afwijkingen leert, dat ze het grootst zijn in een beperkt aantal wijken, terwijl de afwijkingen verder praktisch te verwaarlozen zijn. In Roermond gaat het om vier wijken, te weten de nummers 42, 43, 46 en 48.\*\* In de 'buitengebieden' zien we de grootste verschillen in Herten en Herkenbosch.

\* Het gaat dan om een compleet databestand met daarin gegevens over de locatie van het woonadres van alle ziekenfondspatiënten ten opzichte van hun huisarts.

\*\* Als we deze vier wijken buiten beschouwing laten, wordt de Pearsoncorrelatie-coëfficiënt .9.

Tabel 10.10.: vergelijking veranderingsscores op basis van de bevolkingsenquête en op basis van de enquête onder wijkverpleegkundigen

wijknummer	A veranderingsscore bevolkingsenquête	B veranderingsscore WVK enquête	A-B
Roermond			
39	73	72	+ 1
40	78	72	+ 6
41	79	82	- 3
42	68	47	+21
43	77	62	+15
44	72	75	- 3
45	76	79	- 3
46	60	72	-12
47	73	75	- 2
48	71	57	+14
49	79	80	- 1
50	75	75	0
51	62	-	-
52	60	-	-
53	64	57	7
6*	20	30	-10
7*	28	35	- 7
8*	23	46	-23
35*	35	10	+25

\* 6 = St. Odiliënberg; 7 = Melick; 8 = Herkenbosch; 35 = Herten

In tegenstelling tot wat men zou verwachten (daar zou de situatie in principe overzichtelijker zijn), zijn de opgaven van de wijkverpleegkundigen in de paar kleine plattelandsgemeenten niet nauwkeuriger dan in de stedelijke wijken. Het aantal plattelandswijken is te klein om hier verder conclusies aan te verbinden. De meest voor de hand liggende verklaring voor de in totaal 6 behoorlijk afwijkende veranderingsscores op basis van de opgave van wijkverpleegkundigen is wellicht te zoeken in de nauwgezetheid waarmee de vragenlijst is ingevuld.

Slotconclusie mag zijn dat de informatie verkregen via wijkverpleegkundigen zelfs in stedelijke gebieden een redelijk betrouwbare indi-

catie geeft voor de afstemming van werkgebieden tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen. Misschien is dat opmerkelijk te noemen, als men bedenkt dat wijkverpleegkundigen waarschijnlijk alleen de huisarts kennen van patiënten die bij hen in zorg zijn en niet van de totale bevolking in hun wijk. Maar blijkbaar wijkt het beeld bij deze patiënten die in zorg zijn niet of nauwelijks af van de situatie bij de totale bevolking.



## 10.6. Samenvatting

We zullen hieronder de belangrijkste resultaten van dit hoofdstuk kort samenvatten. We rangschikken deze naar de verschillende onderwerpen die in dit hoofdstuk aan bod zijn geweest.

### **Afstemming in hometeams**

De afstemming van werkgebieden van de drie kerndisciplines die per definitie deel uitmaken van het hometeam is in de Midden-Limburgse situatie redelijk te noemen. In 5 van de in totaal 19 hometeams en hometeam-achtige samenwerkingsvormen is volgens opgave van de betrokken hulpverleners sprake van een volledige overlap van werkgebieden. In 15 teams werken althans de betrokken huisartsen en wijkverpleegkundigen voor identieke gebieden. (Zogeheten huisartspraktijkgebonden werken van wijkverpleegkundigen komt niet voor.) In 5 teams werken huisartsen en maatschappelijk werkers voor gelijke gebieden. Ook in 5 teams is sprake van optimale overlap van werkgebieden tussen wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers. In de meeste gevallen is het werkgebied van de maatschappelijk werkers in de hometeams echter groter dan dat van de huisartsen en ook groter dan dat van de wijkverpleging. Dat geldt in beide gevallen (huisarts en wijkverpleging) voor 12 van de 19 teams.

### **Afstemming van wijkverpleging, gezinszorg en AMW**

De werkeenheden van de gezinszorg en het AMW komen redelijk goed met elkaar overeen. Het beeld is wat positiever, als we vanuit het AMW naar de gezinszorg kijken dan in omgekeerde richting. Dat heeft vooral te maken met het iets grotere aantal werkeenheden bij het AMW.

Vanuit de basiseenheden van de wijkverpleging bezien, is de afstemming met de werkeenheden van de gezinszorg bijna volmaakt en met het AMW is deze redelijk te noemen. Kijken we in omgekeerde richting, dan laat de afstemming met name voor de gezinszorg, maar ook voor het AMW nogal te wensen over. Dat heeft niet alleen, maar voor een deel toch ook te maken met het feit dat er meer (en dus kleinere) basiseenheden van de wijkverpleging dan werkeenheden van respectievelijk de gezinszorg en het AMW zijn. De in een aantal gevallen wat grotere werkgebieden van de gezinszorg en het AMW omsluiten de basiseenheden dan gedeeltelijk.

Een actuele ontwikkeling is dat gezinszorg bezig is wijk-team-combinaties in te stellen. Dit zijn kleinere werk-units dan de oorspronkelijke werkeenheden. Die bestaan uit 10 à 15 uitvoerende krachten.

Bij de gebiedsafbakening van de wijk-team-combinaties wordt een zo optimaal mogelijke afstemming met de wijkverpleegkundige wijken van individuele wijkverpleegkundigen nagestreefd. De instelling voor gezondheidszorg in de regio Roermond kent reeds een aantal wijk-team-combinaties, terwijl de Weertse instelling bezig is ze in te voeren.

### **Afstemming tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen**

Van 32 van de 45 wijkverpleegkundige wijken in het landelijke deel van Midden-Limburg (exclusief de steden Weert en Roermond) hebben we via informatie van de zijde van de betrokken wijkverpleegkundigen kennis over de afstemming van werkgebieden. De situatie met betrekking tot afstemming loopt tussen de wijken nogal uiteen, maar meestal wijkt de situatie met betrekking tot de afstemming van werkgebieden niet meer dan 34% af van een als ideaal te omschrijven situatie. Als we bedenken dat de wijken gemiddeld 2500 tot 3000 inwoners omvatten, dan kunnen we constateren dat dit een relatief gunstige situatie is. Voorstelbaar is als we de afstemming op een iets hoger niveau zouden bezien (grotere gebieden) en als wellicht een aantal wijkgrenzen zouden worden aangepast, dat hier een redelijk optimale situatie te verkrijgen valt. In de tekst en kaartjes van de betreffende paragraaf van het huidige hoofdstuk is te vinden waar de situatie het best is en waar hij de meeste manco's vertoont.

Tegenover de vrij gunstige situatie op het platteland, staat een ongunstige situatie in Weert en Roermond. In Roermond wijkt de feitelijke situatie 71% af van een als ideaal te omschrijven situatie. In Weert is dat 67%. Ook hier realiseren we ons dat we met het kleinschalige niveau van de wijkverpleegkundige wijk misschien wat al te strenge criteria aanleggen. Als we de beide steden echter opdelen in 4 grotere 'wijkblokken', elk bestaande uit 2 tot 4 wijkverpleegkundige wijken, dan verbetert de toestand slechts marginaal. Dan nog wijkt in de meeste wijkblokken de feitelijke situatie bijna 50% af van de optimale toestand. Onze conclusie is, dat de patiënten van de Weertse en Roermondse huisartsen tamelijk kris-kras door de stad wonen.

Een optie om de situatie met betrekking tot de afstemming van werkgebieden te verbeteren, is het zogeheten praktijkgebonden werken van wijkverpleegkundigen. Wijkverpleegkundigen hebben in deze situatie niet een geografisch afgeperkt gebied, maar zij werken voor de patiënten in de praktijken van bepaalde huisartsen. Bekijken we echter de Weertse en Roermondse situatie, dan moeten we vaststellen dat deze oplossing waarschijnlijk weinig soelaas biedt. Het zou immers betekenen, dat elke wijkverpleegkundige patiënten in praktisch elk

deel van de stad zou krijgen.

### **Bevolkingsenquête vergeleken met informatie via de wijkverpleging verkregen**

Als we ervan uitgaan, dat informatie over afstemming van werkgebieden verkregen via een telefonische enquête onder een steekproef uit de bevolking een betrouwbaar beeld van de werkelijkheid geeft (en daarvoor zijn duidelijke aanwijzingen in het onderzoek van De Bakker, 1987b), dan geeft het huidige onderzoek aan dat informatie gebaseerd op schattingen van de wijkverpleegkundigen een heel eind in dezelfde richting komt. Voor de 19 wijken waarvan wij zowel informatie hadden van de wijkverpleegkundigen als uit de bevolkingsenquête geldt, dat de gemiddelde afwijking tussen beide 9% bedraagt. Als we dan vervolgens bedenken, dat 14 van deze wijken in het qua afstemming 'onoverzichtelijke' Roermond liggen en dat de relatief grootste afwijkingen gevonden worden in zes wijken, terwijl verder de schattingen van de wijkverpleegkundigen vrijwel perfect zijn, dan kunnen we stellen dat wijkverpleegkundigen redelijk betrouwbare informatie kunnen verschaffen over de afstemming van werkgebieden tussen hun discipline en de huisarts.



## 11. RELATIE EERSTE- TWEDELIJN

### 11.1. Inleiding

Voorafgaand aan dit hoofdstuk, het volgende. Een titel 'Relatie eerste-tweedelijin' zonder dat huisartsen en specialisten aan het woord komen lijkt haast niet te kunnen. En uiteraard moet worden gezegd dat informatie over de samenwerking en afstemming tussen deze twee categorieën artsen hier zeker op zijn plaats zou zijn geweest. Nu deze informatie er door praktische omstandigheden niet is, heeft dat echter als bijkomend voordeel dat de andere disciplines in de eerstelijin eens over dit thema aan het woord komen. Ook zij zijn immers vaak partij bij de overgang van de behandeling van intramuraal naar extramuraal en omgekeerd. Al met al een duidelijk manco in de informatie dus, wat gedeeltelijk wordt goedgeemaakt, doordat het kruiswerk, de gezinszorg en het maatschappelijk werk extra in de schijnwerpers staan.

In dit hoofdstuk behandelen we drie thema's. Het eerste betreft de mogelijkheden die de eerstelijinshulpverlening ziet om opnamen in de tweedelijin te voorkomen. Daarbij hoort in principe tevens de keerzijde van deze medaille: Welke omstandigheden werken belemmerend voor het realiseren van opnamen die noodzakelijk geacht worden. In de praktijk zullen we ons daar echter slechts zijdelings mee bezighouden. Dat komt, doordat in dit onderzoek geen informatie beschikbaar is van de zijde van specialisten en huisartsen. Zij zijn de belangrijkste informanten voor dit deel van de problematiek.

Het tweede thema dat we in dit hoofdstuk behandelen, heeft betrekking op de opvang in de thuissituatie, nadat het ontslag uit het ziekenhuis heeft plaatsgevonden. We duiden dit aan als nazorg na de ziekenhuisopname.

Het derde thema is de tweedelijinshulpverlening in ziekenhuizen als zodanig. Hier willen we een beeld schetsen van het verwijzen van patiënten door de huisarts naar de specialist, het opnemen van patiënten in het ziekenhuis en de ligduur van de opgenomen patiënt. We vergelijken daarbij de Midden-Limburgse situatie met Nederland en we kijken tevens naar verschillen binnen Midden-Limburg.

Alvorens we de resultaten bespreken ten aanzien van elk van de drie bovengenoemde thema's, zullen we om te beginnen de twee eerstegevoemde thema's (mogelijkheden om opnamen te voorkomen en nazorg) hieronder wat nader uitwerken.

De centrale overheid voert een op substitutie gericht beleid. Dat wil zeggen dat zij ernaar streeft om waar mogelijk tweedelijnszorg te vervangen door de in principe goedkopere eerstelijnszorg. Eén van de elementen in het substitutiebeleid is het zo veel mogelijk voorkomen van opnamen. Daarbij kunnen we onderscheid maken tussen opnamen uit verpleegkundige motieven (het is niet mogelijk om thuis voldoende verpleging en verzorging te realiseren) en opnamen met een hoofdzakelijk medische achtergrond (de huisarts is niet in staat om de benodigde diagnostiek en/of behandeling zelf uit te voeren). Omdat geen informatie van de zijde van huisartsen beschikbaar is in dit onderzoek, zullen we ons vooral concentreren op de opnamen die plaatsvinden op verpleegkundige gronden. Als het gaat om het voorkomen van deze opnamen, dan zijn er in principe twee oplossingen mogelijk. De klinische zorg wordt vervangen door een deel poliklinische zorg en een deel thuiszorg, of de klinische zorg wordt in zijn geheel vervangen door thuiszorg. In de praktijk hebben we het dan over verschillende patiëntencategorieën. We zullen hier inventariseren bij welke patiëntencategorieën elk van beide substitutie-varianten volgens de eerstelijns hulpverleners aan de orde kan zijn. Tevens zullen we daarbij nagaan, aan welke organisatorische voorwaarden binnen en buiten de eerstelijns voldaan moet zijn om de substitutie mogelijk te maken. En tenslotte zullen we in kaart brengen welke taakuitbreiding of taakverzwaring de substitutie voor de verschillende eerstelijnsdisciplines in kwalitatieve zin met zich meebrengt. Er rest nog een drietal punten die verband houden met het onderwerp substitutie en die we afzonderlijk aan de orde willen stellen. Het eerste daarvan is de coördinatie van de thuiszorg. Als een opname in de tweedelijns geheel of gedeeltelijk vervangen wordt door thuiszorg, dan is een belangrijke vraag wie de coördinatie van de thuiszorg op zich zou moeten nemen. We zullen dienaangaande de inzichten van de verschillende categorieën hulpverleners die aan het onderzoek hebben meegewerkt (niet de huisartsen) op een rijtje zetten. Een tweede punt dat we aan de orde willen stellen is de dagbehandeling in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Wat zijn in het algemeen de ervaringen hiermee, gezien vanuit de eerstelijns en welke problemen signaleert men eventueel. Ten derde willen we expliciet de suggesties aan de orde stellen die de verschillende disciplines doen ter verbetering van de thuiszorg.

Het tweede thema dat we in dit hoofdstuk behandelen is de nazorg na een ziekenhuisopname. Met het korter worden van de verpleegduur wordt een goede aansluiting van de zorg binnen de ziekenhuismuren op

de zorg thuis van steeds groter belang. Verloopt deze aansluiting goed, dan is het korter durende verblijf in het ziekenhuis meestal in het belang van de patiënt, mits de mantelzorgers voldoende hulp kunnen bieden. Patiënten zullen er immers zelf vaak de voorkeur aan geven thuis verpleegd te worden. Ook worden patiënten in de thuis-situatie meer gestimuleerd tot zelfstandig functioneren, een belang-rijk doel van het verpleegkundig handelen.

In dit hoofdstuk willen we inzicht geven in de structuur waarbinnen de nazorg in Midden-Limburg gestalte krijgt. Nazorg is daarbij het belangrijkste aspect van continuïteit van zorg. We verstaan daaron-der: de zorg die ononderbroken verleend wordt, afgestemd op de be-hoeften van de patiënt. Maar daar hoort eveneens bij wat wel 'voor-zorg' genoemde wordt. We doelen daarmee op de gang van zaken waarbij eerstelijns-hulpverleners de patiënt voorbereiden op een opname en waarbij zij relevante informatie over de thuisverpleging van de pa-tiënt en zijn verdere omstandigheden overbrengen aan de tweedelijns. Ten aanzien van de continuïteit van zorg in Midden-Limburg willen we niet volstaan met het bespreken van de bestaande structuur. We zul-len tevens de door hulpverleners in dienst van het kruiswerk, de ge-zinszorg en het maatschappelijk werk ervaren knelpunten bespreken. En daarnaast zullen we aandacht besteden aan de vraag wie de aange-wezen persoon of instantie is om de coördinatie van de nazorg op zich te nemen.

## **11.2. Vraagstelling en methode**

We zullen de verschillende vragen die in de inleiding hierboven aan de orde zijn geweest puntsgewijs herhalen. Tussen haakjes staat tel-kens aangegeven in welk paragraaf de betreffende vraag aan bod komt.

### **1. Minder opnamen mogelijk?:**

- 1.a. Bij welke patiëntengroepen is vervanging van klinische zorg door een deel poliklinische en een deel thuiszorg mogelijk? Wat zijn daarbij de organisatorische voorwaarden binnen en buiten de eerstelijns? Welke taakuitbreiding, respectievelijk taakver-zwaring brengt dat met zich mee voor de verschillende eerste-lijnsdisciplines? (Paragraaf 11.3.1.)
- 1.b. Zelfde vragen als bij 1.a, maar nu in verband met patiënten-groepen waar thuiszorg geheel de functie van een opname kan overnemen. (Paragraaf 11.3.2.)
- 1.c. Wie is de aangewezen persoon of instantie om de thuiszorg te

coördineren? (Paragraaf 11.3.3.)

- 1.d. Wat zijn de ervaringen vanuit de eerstelijns met dagbehandeling? Ervaart men knelpunten? (Paragraaf 11.3.4.)
- 1.e. Welke suggesties hebben de verschillende disciplines in de eerstelijns voor verbetering van de thuiszorg? (Paragraaf 11.3.5.)

## **2. Nazorg:**

- 2.a. Wat is de organisatiestructuur met betrekking tot de continuïteit van zorg in Midden-Limburg? (Paragraaf 11.4.1.)
- 2.b. Welke knelpunten ervaren eerstelijns hulpverleners met betrekking tot de continuïteit van zorg? (Paragraaf 11.4.2.)
- 2.c. Welke persoon of instantie achten de eerstelijns hulpverleners het meest geschikt om de nazorg na de ziekenhuisopname te coördineren? (Paragraaf 11.4.3.)

## **3. Verwijzingen, opnamen en ligduur:**

- 3.a. Hoe is de situatie in Midden-Limburg wat betreft het aanbod van ziekenhuisvoorzieningen. (Paragraaf 11.5.1.)
- 3.b. Hoe verhoudt zich het aantal verwijzingen en opnamen in Midden-Limburg met de betreffende aantallen in Nederland? Is er sprake van belangrijke variatie in opnamen en verwijzingen binnen Midden-Limburg? (Paragraaf 11.5.2.)
- 3.c. Hoe verhoudt zich de verpleegduur in Midden-Limburg met die in Nederland en zijn er binnen Midden-Limburg belangrijke variaties? (Paragraaf 11.5.3.)
- 3.d. Hoe zien patiëntenstromen met betrekking tot de ziekenhuiszorg eruit binnen Midden-Limburg? En verder: Op welke plaatsen buiten de subregio is de eventuele uitstroom gericht? (Paragraaf 11.5.4.)

De informatie, nodig voor het beantwoorden van bovengenoemde vragen 1 en 2 is verkregen middels de schriftelijke vragen-ronde onder de wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden, leidinggevenden gezinszorg en algemeen maatschappelijk werkers. In de interviews die gehouden zijn met de staffunctionarissen is aan de hier aangeroerde problematiek eveneens aandacht geschonken.

De gegevens over verwijzingen, opnamen en ligduur zijn verkregen van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ). De VNZ publiceert jaarlijks landelijke en regionale gegevens in de zogeheten LISZ-jaarboeken. De regionale gegevens zijn beschikbaar voor de gezamenlijke huisartsen in afzonderlijke gemeenten, als in een gemeente tenminste drie huisartsen zijn gevestigd. Wij hebben in het huidige



onderzoek een speciale aanvraag voor de benodigde gegevens gedaan bij de VNZ. Daarbij zijn data gevraagd voor combinaties van gemeenten waar tezamen tenminste drie huisartsen gevestigd zijn.

### **11.3. Minder opnamen mogelijk?**

#### **11.3.1. Van klinische naar poliklinische zorg en thuiszorg**

Welke patiënten die nu opgenomen worden, zouden met extra inzet van eerstelijns-hulpverlening poliklinisch behandeld kunnen gaan worden? Dat is de strekking van de vraag die is voorgelegd aan eerstelijns-hulpverleners. Het zijn met name de wijkverpleegkundigen die op deze vraag hebben gereageerd.

- Een aantal hulpverleners noemt in dit verband het instellen van diabetes-patiënten op insuline. Voorwaarde hierbij is dat de behandelend specialist en huisarts op dezelfde lijn zitten en gezamenlijk zorgdragen voor regelmatige bloedsuikercontroles en eventueel bijstellen van de insuline. De patiënt zou moeten leren omgaan met zelfcontrole-apparatuur waarbij de wijkverpleging en de huisarts voor de nodige ondersteuning en begeleiding zouden moeten zorgen.
- Sommige hulpverleners signaleren dat patiënten vaak voor kleine onderzoeken wekenlang worden opgenomen. Opgemerkt wordt dat de huisarts in zijn verwijsbrief aan de specialist gerichter zou moeten aangeven welke onderzoeken hij wil laten uitvoeren en aandringen op een snelle 'terugverwijzing' van de patiënt.
- Bij de verzorging van (operatie)wonden, het verwijderen van hechtingen en het aanbrengen van verband en zwachtels is volgens meerdere hulpverleners vaak een blijvende opname niet geïndiceerd. Voorwaarde is wel dat er een goede overdracht plaatsvindt vanuit het ziekenhuis, dat er voldoende materiaal voorhanden is (eventueel verstrekt door het ziekenhuis) en dat de wijkverpleging en de huisarts zorgdragen voor de nodige controle en nazorg. In alle gevallen geldt wel dat de familie 't ook moet aankunnen.
- Minder frequent genoemd zijn; kleine operaties aan hand of voet, botbreuken, cytostaticakuur, peritonicaal spoelen en nierdialyse. In al deze gevallen geldt dat poliklinische behandeling pas dan mogelijk is onder voorwaarde dat de wijkverpleging en huisarts nauw contact onderhouden met de behandelend specialist, dat zij zorgdragen voor controle en begeleiding, dat de patiënt niet alleenstaand is en dat de familie, eventueel met behulp van gezinszorg, het aankan.

Wat dit laatste betreft vraagt men zich op stafniveau af, of je de mantelzorg wel kunt belasten met verpleegkundige handelingen die een bepaalde deskundigheid vragen. Een andere vraag die daarbij kan worden gesteld is of het je eigen professie niet uitholt, als je taken overdraagt aan de mantelzorg. Verder wordt opgemerkt dat in de thuissituatie medische handelingen veel meer tijd kosten dan in het ziekenhuis, waar alle handelingen op een rijtje kunnen gebeuren. Belangrijk in deze is dat vooraf duidelijk moet zijn wie de verantwoordelijkheid heeft voor wat. Dit geldt bijvoorbeeld bij het geven van morfine-injecties bij pijnbestrijding.

### 11.3.2. Thuiszorg in plaats van opname

We zullen hier beginnen met het bespreken van twee patiëntencategorieën, die expliciet aan alle ondervraagde hulpverleners zijn voorgesteld in de vragenlijst. Hun reacties staan samengevat in tabel 11.1.

Tabel 11.1.: stervensbegeleiding bij kankerpatiënten en begeleiding van lichte CVA-patiënten

	wijkverpleeg- kundigen		leiding- gevenden gezinszorg		algemeen maatsch. werkenden	
	%	N	%	N	%	N
<b>stervensbegeleiding bij kankerpatiënten</b>						
% dat dit zeker een taak vindt	94	85	83	23	95	19
% dat dit in voorkomende gevallen altijd of vaak doet	86	74	73	30	40	15
<b>begeleiding van lichte CVA-patiënten</b>						
% dat dit zeker een taak vindt	95	85	78	23	78	18
% dat dit in voorkomende gevallen altijd of vaak doet	89	73	78	27	33	15

Verreweg de meeste hulpverleners rekenen de stervensbegeleiding van kankerpatiënten en de begeleiding van lichte CVA-patiënten tot hun taak. De verschillende disciplines zitten wat dit betreft op één lijn. De mate waarin men genoemde aspecten tot zijn taak rekent wijkt licht af van de mate waarin men genoemde taken daadwerkelijk ten uitvoer brengt, in die zin dat de taakopvatting over het algemeen meeromvattend is dan de taakuitoefening. Deze discrepantie is het grootst bij de algemeen maatschappelijk werkenden. 95% Rekent de stervensbegeleiding van kankerpatiënten tot zijn taak, terwijl slechts 40% dit vaak of altijd in voorkomende gevallen doet. Bij de begeleiding van lichte CVA-patiënten zien we hetzelfde beeld; 78% van de maatschappelijk werkers rekent dit tot zijn taak, terwijl slechts 33% dit ook daadwerkelijk doet. Over de achtergronden van deze discrepantie kunnen we slechts speculeren.

Hulpverleners is gevraagd andere dan de hierboven genoemde patiëntencategorieën aan te geven waarbij zich nogal eens mogelijkheden voordoen om een opname te voorkomen.

- Een groot aantal hulpverleners noemt licht demente bejaarden. Een van de kruisverenigingen maakt in dit verband melding van een korte enquête waaruit bleek dat mede door inspanningen van de kruisvereniging bij 30 à 40 bejaarden, veelal dement, een opname voorkomen werd. Belangrijk in dit verband is een gunstige thuissituatie. Afhankelijk van de draagkracht van de mantelzorg moeten de verschillende eerstelijnsdisciplines zorgdragen voor een 7 x 24-uurs hulpverlening. Een goede afstemming van taken is hierbij een vereiste. Een positieve werking zal in dit opzicht kunnen uitgaan van dagbehandeling of -opvang. Hierdoor wordt de mantelzorg enigzins ontlast en nemen de mogelijkheden om een opname te voorkomen toe.
- Minder frequent genoemd zijn: MS-patiënten, reumapatiënten, patiënten met een dwarslaesie, carapatiënten en terminale patiënten. Ook hier speelt de draagkracht van de mantelzorg een belangrijke rol (de familie moet 't aankunnen). Bovendien zullen er voldoende financiële middelen moeten worden vrijgemaakt om de nodige aanpassingen in huis te realiseren (bijvoorbeeld een aangepast toilet). Een goed alarmeringssysteem en de directe bereikbaarheid van de hulpverlening bijvoorbeeld in aanleunwoningen bij een bejaardenhuis kunnen eveneens een positieve werking hebben op het voorkomen van opnamen.

### **11.3.3. Coördinatie van de thuiszorg**

Wie moet de coördinatie van de thuiszorg op zich nemen? Tabel 11.2

laat zien welke discipline door de ondervraagde hulpverleners van het kruiswerk, de gezinszorg en het AMW de meest centrale rol wordt toegedacht. De cijfers in de tabel staan voor gemiddelde rangordes. Deze kunnen variëren tussen 1 en 7. Hoe lager de score hoe centraler de positie die men de betreffende persoon of instantie in de thuiszorg toekent.

Tabel 11.2.: Coördinatie rondom de thuiszorg

	% dat de meest centrale rol toebedenkt aan:					
	WV	HA	GZ	MW	PAT	FAM
wijkverpleegkundigen (N=87)	2,3	2,5	3,8	4,8	2,2	2,4
leid(st)ers gezinszorg (N=31)	3	3	3,3	4,3	1,7	2,4
algemeen maatschappelijk werkenden (N=19)	2,6	2,4	4,2	3,4	2,5	2,7
totaal (N=137)	2,5	2,6	3,7	4,5	2,1	2,5

WV = wijkverpleging

MW = algemeen maatschappelijk werk

HA = huisarts

PAT = patiënt zelf

GZ = gezinszorg

FAM = familie of bekenden

De tabel maakt duidelijk, dat de ondervraagde hulpverleners ten aanzien van de coördinatie van de thuiszorg in elk geval geen erg centrale plaats toekennen aan het maatschappelijk werk en in wat mindere mate ook niet aan de gezinszorg. De wijkverpleging, de huisarts en de familie en kennissen van de patiënt ontlopen elkaar niet veel. De verschillende ondervraagde disciplines lijken het redelijk met elkaar eens, dat deze personen en instanties een prominente plaats innemen, als het gaat om het regelen van de thuisverzorging van de patiënt. Op niet al te grote afstand van de hiervoor genoemde hulp biedenden, staat de patiënt op de eerste plaats. Deze positie wordt hem vooral toegedacht door de gezinsverzorging, die over het geheel genomen een wat minder centrale positie toekent aan de pro-

fessionele hulpverleners ten gunste van de patiënt en zijn directe omgeving.

Nog eens in het kort samengevat: Eerst de patiënt, dan de familie, de wijkverpleging en de huisarts en tenslotte de gezinsverzorging en als laatste het maatschappelijk werk moeten het voortouw nemen bij het regelen van thuisverzorging voor de patiënt; aldus de onder-vraagde hulpverleners van het kruiswerk, de gezinszorg en het AMW.

Ook in de interviews is ingegaan op het afstemmen van de thuiszorg. We zullen de belangrijkste inzichten op grond hiervan hierna presenteren.

Een niet onbelangrijk deel van de geïnterviewden ziet voor de huisarts een actieve rol weggelegd, hetgeen volgens hen in de dagelijkse praktijk lang niet altijd tot de realiteit behoort. Zo zijn de kruisverenigingen unaniem van oordeel dat de samenwerking met de huisarts rondom de thuiszorg duidelijk te kort schiet. De huisarts zou, meer dan nu het geval is, bij mogelijke opnamen in overleg moeten treden met andere hulpverleners, zodat al in een vroegtijdig stadium bekeken kan worden wat nog mogelijk is in de thuissituatie. Eén vereniging merkt in dit verband op dat de wijkverpleegkundigen weleens moe worden om elke keer weer de huisartsen bij de thuiszorg te betrekken.

De instelling voor gezinszorg in de regio Roermond bepleit eveneens een betere afstemming van zorg, zowel tussen de eerstelijnsdisciplines onderling als tussen de eerste- en tweedelijns. Zo zou men in gezamenlijk overleg moeten komen tot een hulpverleningsplan en dit ook bekend moeten maken aan degene die bij de zorg aan de patiënt betrokken zijn.

Het algemeen maatschappelijk werk ziet over het algemeen een grotere rol voor haar discipline weggelegd bij de zorg rondom de thuisverblijvende patiënt. In de praktijk wordt men namelijk slechts zijdelings bij deze zorg betrokken. De instelling in Weert voegt hieraan toe dat de andere eerstelijnsdisciplines verschillend aankijken tegen de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en de mantelzorg, waardoor het moeilijk is om tot afspraken te komen.

Om eerder genoemde redenen zijn we niet in staat om de mening van de huisarts over deze materie weer te geven. Op de vraag of de huisarts, naar het idee van de andere kerndisciplines, mogelijkheden heeft om invloed uit te oefenen op de beslissing van de specialist om één van zijn patiënten op te nemen, wordt door de meerderheid van de respondenten in de vragenlijst volmondig met ja geantwoord. De huisarts overziet de thuissituatie en is als het goed is op de hoog-

te van de mogelijkheden van de andere eerstelijnsdisciplines. Vanuit deze kennis kan de huisarts bij de specialist aandringen op het al dan niet realiseren van een opname. Een en ander staat of valt wel bij de mate van samenwerking tussen huisarts en specialist.

#### **11.3.4. Dagbehandeling**

In het voorgaande hebben we het al even gehad over de mogelijkheid van dagbehandeling als één van de alternatieven voor een opname in een zieken- of verpleeghuis. We hebben de schriftelijk geënquêteerden gevraagd aan te geven welke ervaringen zij hebben met deze dagbehandeling en welke verbeteringen zij daar eventueel in wenselijk achten.

De overgrote meerderheid van de hulpverleners heeft géén ervaring met dagbehandeling in de algemene ziekenhuizen en Roermond en Weert. Beide ziekenhuizen hebben daarentegen de beschikking over dagbehandelingsplaatsen (het St. Laurentius Ziekenhuis 10 en het St. Jans Gasthuis 5; peiljaar 1982). Het St. Laurentius Ziekenhuis heeft bovendien voor psychiatrische dagbehandeling 15 plaatsen beschikbaar (50% van de erkende capaciteit). Ten aanzien van de schaarse ervaringen die men heeft met deze vorm van hulpverlening wordt opgemerkt dat men vaak niet precies weet wat naast de dagbehandeling van de eerstelijns in de thuissituatie verlangd wordt. De contacten tussen het ziekenhuis en de hulpverleners die in de thuissituatie het meest betrokken zijn, zouden in dit verband voor verbetering vatbaar zijn.

De ervaringen met de dagbehandeling in de verpleeghuizen, St. Martinus te Weert en St. Camillus in Roermond zijn over het algemeen zeer goed. Men bespeurt een grote vraag naar deze vorm van hulpverlening en vindt over het algemeen dat de mogelijkheden om mensen langer thuis te houden erdoor toenemen. De capaciteit wordt als onvoldoende ervaren, gelet op de lange wachtlijsten. Daarnaast hebben een aantal wijkverpleegkundigen kritiek op de selectiecriteria, in die zin dat plaatsing op basis van een sociale indicatie niet mogelijk is. Bovendien vindt men dat bij het vaststellen van de ophaaltijden van de patiënten niet altijd rekening wordt gehouden met de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige of wijkziekenverzorgende in de thuissituatie (is de patiënt al aangekleed en gewassen). Een laatste punt van kritiek heeft te maken met de uitleg die de patiënt zelf krijgt over het doel van de dagbehandeling. Zo hoort men wel eens van patiënten dat deze vinden dat er zo weinig met hen wordt gedaan.

### 11.3.5. Verbeteringen in de thuiszorg

We hebben het in de loop van dit hoofdstuk al terloops gehad over de verbeteringen die mogelijk worden geacht in de thuiszorg voor hulpbehoevende bejaarden en chronische patiënten. We zullen nu trachten dit te systematiseren en per discipline aangeven welke ideeën men hier over heeft.

#### De wijkverpleging:

De schriftelijk geëquëteerde wijkverpleegkundigen zien verbeteringen vooral tot stand komen door aanpassingen in de personele sfeer. Zo wordt gepleit voor een structurele versterking van de gezinszorg en een uitbreiding van de bereikbaarheid van deze discipline (24-uurs zorg). Men vindt ook dat de eigen gelederen versterkt moeten worden. Een veel gehoorde klacht is dat huisaanpassingen veel te lang op zich laten wachten en vaak gepaard gaan met een hoop bureaucratische rompslomp.

Het uitbreiden van warme maaltijdvoorzieningen ('tafeltje-dek-je'), het opzetten van alarmeringssystemen (bijvoorbeeld telefooncircuit), het stimuleren van vrijwilligerswerk en het uitbreiden van de beschikbaarheid van allerlei verpleegartikelen zijn voorbeelden van verbeteringen die men ook vaak aanhaalt. Minder frequent genoemd zijn: Uitbreiden van de mogelijkheden tot dagopvang (als voorbeeld wordt genoemd de dagbehandeling in het Jozefhuis, gerund door vrijwillig(st)ers, onder de vlag van het plaatselijke Groene Kruis Roggel; gepleit wordt voor een erkenning van het wijkverpleegkundig aandeel in deze); realiseren van nachtopvang voor demente bejaarden, het liefst in de eigen regio; uitbreiding van de dagbehandelingsplaatsen; vervoerskostenvergoeding (voor 65<sup>+</sup>-ers); gebruik maken van de faciliteiten van de bejaardentehuizen.

De interviews met de hoofdwijkverpleegkundigen van de regionale kruisverenigingen leveren de volgende aanvullende informatie op.

- Het Groene Kruis Oostelijk Midden-Limburg pleit naast een uitbreiding van de mogelijkheden voor dagopvang vooral voor het stimuleren van familieleden, burens en vrienden om vaker om te kijken naar de ouderen. De mantelzorgers moeten echter ook de mogelijkheden geboden worden om thuishulp te bieden (in de vorm van een financiële vergoeding, bijvoorbeeld door het ziekenfonds). Daarnaast vindt men dat er met de verschillende eerstelijnsdisciplines nog te weinig overleg vooraf plaatsvindt over de vraag 'wat kunnen we nog'.
- De Regionale Kruisvereniging Weert e.o. noemt als voornaamste aandachtspunt het verkleinen van de wijk en het vergroten van de aan-

sprekbaarheid van de verschillende disciplines (met name de huisarts en het algemeen maatschappelijk werk). Daarnaast wordt opgemerkt dat de mogelijkheden tot een opname (in verpleeg- en bejaardentehuizen) in crisissituaties ontoereikend zijn.

- De Regionale Kruisvereniging Leudal- en Thornerkwartier pleit zowel voor een uitbreiding van de mogelijkheden voor dagbehandeling als dagopvang. Als aandachtspunten bij het voorkomen van opnamen noemt men verder het uitbreiden van preventieve activiteiten, een betere samenwerking met de huisartsen, het bewerkstelligen van een 'echte' 24-uurs bereikbaarheid en het vergroten van het aanbod van uitleenartikelen.
- De Regionale Kruisvereniging Regio Roermond tenslotte, bepleit een accentverschuiving naar meer preventieve zorg. Daarnaast zou de eerstelijns veel eerder signalen moeten opvangen dat het niet goed gaat in de thuissituatie. Hier ziet men een actievere rol weggelegd voor de huisarts. Ook nu wordt gewezen op een te lage capaciteit aan dagbehandelingsplaatsen.

#### **De gezinszorg/Het algemeen maatschappelijk werk**

I.a.v. de maatschappelijke dienstverlening kunnen we kort zijn. Veel suggesties voor verbeteringen in de thuiszorg zijn hierboven reeds bij de wijkverpleegkundigen beschreven (maaltijdvoorzieningen, alarmeringssysteem, aanpassingen in huis, inschakelen van vrijwilligers, stimuleren van de mantelzorg, aanleunwoningen, uitbreiding bereikbaarheid). De leidinggevenden gezinszorg pleiten daarbij vooral voor een betere afstemming van taken en onderlinge samenwerking tussen de verschillende disciplines die in de thuiszorg betrokken zijn.

- In de interviews met de instellingen voor gezinszorg wordt gewezen op een uitbreiding van de capaciteit voor de dagbehandeling in verpleeghuizen en het realiseren van dagopvang (Roermond). Het belangrijkste aandachtspunt bij het voorkomen van opnamen is, volgens deze instelling, het op elkaar afstemmen van de hulpverlening en het openstaan voor elkaar en het respecteren van elkaars mogelijkheden.
- De instelling voor gezinszorg in de regio Weert beschouwt het bieden van 'hulp op maat', dat wil zeggen continu en flexibel hulpaanbod op kleinschalig niveau en dicht bij de mensen, als belangrijkste aandachtspunt bij het voorkomen van opnamen. Ze voegt hieraan toe dat een en ander slechts gerealiseerd kan worden met een uitbreiding van het formatiebestand.
- Het algemeen maatschappelijk werk in de regio Roermond pleit voor



een uitbreiding van de 7 x 24-uurs bereikbaarheid, zodat psychosociale problemen in een eerder stadium gesignaleerd kunnen worden, waardoor de kans dat mensen te snel worden opgenomen (op psychiatrische afdelingen) verkleind wordt. Ook hier pleit men voor een uitbreiding van de mogelijkheden voor dagopvang, met name voor alleenstaande bejaarden.

- Het algemeen maatschappelijk werk in de regio Weert tenslotte, wijst op een ieders verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. Daarvan uitgaande moet concreet gemaakt worden, wat precies in de thuissituatie niet meer gaat. Een concrete bijdrage tot het voorkomen van opnamen zou volgens de instelling ook kunnen liggen in de uitbreiding van de mogelijkheden voor dagopvang voor (alleenstaande) ouderen.

#### **11.4. Nazorg van uit het zieken- en verpleeghuis ontslagen patiënten**

##### **11.4.1. De organisatie van de nazorg**

Vooraf zij vermeld, dat de nazorg aan uit het verpleeghuis ontslagen patiënten niet afzonderlijk wordt besproken omdat deze door de wijkverpleging binnen dezelfde organisatiestructuur verricht wordt als de nazorg aan ex-ziekenhuispatiënten.

De inwoners van het werkgebied van de Regionale Kruisvereniging Weert e.o. bezoeken in hoofdzaak het St. Jans Gasthuis te Weert. Toch gaan er vanuit de stad Weert ook een behoorlijk aantal patiënten naar het ziekenhuis in Geldrop. De hoofdwijkverpleegkundige bezoekt wekelijks alle afdelingen van het ziekenhuis en overlegt met de hoofden van de afdelingen welke patiënten voor thuisverpleging in aanmerking komen. De overdracht van zorg aan de wijkverpleegkundige vindt plaats door middel van een overdrachtsformulier. Op dit formulier worden onder andere gegevens van de patiënt genoteerd, alsmede de diagnose en de soort hulp die de patiënt nodig heeft. De overdrachtsformulieren worden rechtstreeks naar de betreffende wijkverpleegkundige gestuurd of naar het hoofdkantoor van de regio. Het ziekenhuis behoudt een kopie en naast de wijkverpleegkundigen ontvangen ook de huisarts en de continuïteitsverpleegkundige een exemplaar. De continuïteitsverpleegkundige is in dienst van de Provinciale Kruisvereniging te Sittard en heeft een veelal ondersteunende en begeleidende functie.

Er is een werkgroep 'continuïteit van zorg' actief, die zich op beleidsniveau bezighoudt met continuïteit van zorg. In deze beleids-

groep participeren alle hoofdwijkverpleegkundigen in het werkgebied van het St. Jans Gasthuis, het (assistent) hoofd van de verpleegdienst en de continuïteitsverpleegkundige.

Als het ziekenhuis een patiënt wil laten opnemen in een verpleeghuis, dan gaat dat altijd via het maatschappelijk werk van het ziekenhuis. In de thuissituatie loopt dat via de huisarts.

De hoofdwijkverpleegkundige van de Regionale Kruisvereniging Roermond e.o. bezoekt wekelijks de afdelingen van het Laurentiusziekenhuis waarbij de overdracht plaatsvindt van patiënten waar thuishulp geïndiceerd is. De verpleegkundige van de afdeling bespreekt het ontslagformulier met de hoofdwijkverpleegkundige, die de ontslagformulieren meeneemt naar de wijkverpleegkundige. Tevens wordt de zorg besproken gedurende de opname en mogelijkheden bekeken voor de patiënt gericht op ontslag. De al eerder genoemde verpleegkundige continuïteit speelt in de regio Roermond géén rol van betekenis.

De Kruisvereniging Oostelijk Midden-Limburg heeft wat betreft de ziekenhuizen vooral te maken met Sittard en Roermond. De afspraken met het ziekenhuis Sittard zijn wat duidelijker en staan ook op papier (vaste criteria welke patiënten voor nazorg in aanmerking komen). In beide gevallen neemt het hoofd van de afdeling telefonisch contact op met de hoofdwijkverpleegkundige, welke vervolgens, afhankelijk van de vraag, de boodschap doorspeelt aan de desbetreffende wijkverpleegkundige of deze zelf laat bellen. Het ontslagformulier wordt wat betreft Sittard op de dag van het ontslag verstuurd. In Roermond maakt, zoals gezegd, de hoofdwijkverpleegkundige wekelijks een ronde langs de afdelingen. De ontslagformulieren die zij persoonlijk ophaalt worden doorgespeeld aan de hoofdwijkverpleegkundigen in Oostelijk Midden-Limburg. De, reeds vernoemde, verpleegkundige continuïteit speelt in de regio Sittard een ondersteunende rol. In de regio Roermond is de inbreng van deze functionaris, zoals gezegd, minimaal.

Vanuit de regio Leudal- en Thornerkwartier, worden patiënten opgenomen zowel in het ziekenhuis te Weert als in Roermond. De opname- en ontslagprocedure loopt in het eerste geval méér naar wens dan in laatstgenoemd ziekenhuis. De hoofdwijkverpleegkundigen van de regio Weert maken een rondgang langs alle afdelingen en geven bijzonderheden dezelfde dag telefonisch door. De ontslagformulieren gaan hier rechtstreeks naar het regiokantoor en vervolgens naar de betreffende wijkverpleegkundige. Soms nemen de afdelingshoofden rechtstreeks

contact op met de wijkverpleegkundigen. In Roermond worden de ontslagformulieren, die de hoofdwijkverpleegkundige aldaar persoonlijk ophaalt, in voorkomende gevallen doorgespeeld naar de hoofdwijkverpleegkundige in de regio Leudal- en Thornerkwartier. Telefonische contacten vinden hier slechts in beperkte mate plaats. De ontslagformulieren, zo wordt opgemerkt, worden bovendien soms veel te laat doorgespeeld.

#### **11.4.2. Knelpunten in de nazorg**

Tot zover een korte schets van de overdracht van ziekenhuispatiënten aan de wijkverpleging. Dat deze overdracht en de daaraan gekoppelde nazorg niet zonder problemen verloopt zal niemand verbazen. Ruim 75% van de ondervraagde hulpverleners in Midden-Limburg ervaart problemen bij de nazorg, aan uit het zieken- of verpleeghuis ontslagen patiënten. Voor de wijkverpleegkundigen geldt dit nog in iets sterkere mate dan voor de leidinggevenden gezinszorg en de algemeen maatschappelijk werkenden (respectievelijk 80%, 67% en 64%).

Een veel gehoorde klacht is dat de informatie-overdracht vanuit de ziekenhuizen vaak te laat, of soms helemaal niet, plaatsvindt. De patiënt is al thuis en dan moet nog alles geregeld worden. Ook komt het voor dat patiënten vrij plotseling en soms vlak voor het weekend naar huis worden gestuurd, waardoor eventuele aanpassingen in huis en de organisatie van de hulpverlening nog niet zijn gerealiseerd. Een andere klacht betreft de inhoud van de informatie-overdracht. De gegevens over de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de patiënt zijn soms gebrekkig en ook de wensen ten aanzien van de verzorging thuis zijn vaak onvoldoende geëxpliciteerd. Ook komt het voor dat de patiënt zelf onvoldoende geïnformeerd is over de diagnose en niet precies weet waar zijn of haar beperkingen liggen. Het Algemeen Maatschappelijk werk ziet voor zichzelf zeker een taak weggelegd bij de begeleiding van verwerkingsprocessen na een ernstige ziekte (bijvoorbeeld na een hartinfarct of bij kankerpatiënten). De instelling in Weert wijst in dit verband echter op de afwijzende houding van zowel de huisartsen als de wijkverpleging. Het komt wel regelmatig voor dat patiënten via het ziekenhuis maatschappelijk werk worden aangemeld. Het maatschappelijk werk in de regio Roermond wordt vanuit de zieken- en verpleeghuizen slechts zijdelings betrokken bij de nazorg. Dit geschiedt wel in de home-teams, waarin het Algemeen Maatschappelijk Werk participeert, maar lang niet in alle gevallen. Opgemerkt wordt wel dat het Algemeen Maatschappelijk Werk zelf ook niet altijd even alert is op het vóórkomen van (verwerkings)problemen na een ontslag.

Een projectgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de eerstelijns en het Laurentius ziekenhuis, heeft afspraken geformuleerd rondom de opname- en ontslagprocedures. Zo is onder meer afgesproken, dat vóór een opname de betrokken hulpverleners om de tafel gaan zitten om te kijken welke mogelijkheden nog openstaan om de patiënt langer thuis te houden. Daarnaast zijn afspraken gemaakt aangaande het tijdig op de hoogte stellen van de hulpverleners in de thuiszorg bij naderend ontslag. De gezinszorg in de regio Weert merkt op dat deze afspraken voor een deel zijn gerealiseerd, maar dat het aan een echte coördinatie rondom de opname- en ontslagprocedure nog steeds ontbreekt. Deze taak, zo stellen zij, zou door het hoofd van de afdeling van het ziekenhuis op zich genomen kunnen worden.

Vanuit de regionale kruisverenigingen worden nog de volgende aanvullende opmerkingen gemaakt.

De informatie-overdracht vanuit de zieken- en verpleeghuizen is voor verbetering vatbaar, met name de informatie-overdracht naar familie en mantelzorg over de diagnose. De samenwerking met andere eerstelijnsdisciplines rond opname en ontslag zou vooral wat betreft de huisartsen stukken beter kunnen. Wat betreft de voorzorg ziet men eveneens een taak voor de wijkverpleging weggelegd. Zo worden wijkverpleegkundigen, bij de overdracht van patiënten naar zieken- en verpleeghuizen, gestimuleerd om relevante informatie door te spelen. Dit gebeurt nog in onvoldoende mate.

#### **11.4.3. Coördinatie van de nazorg**

We hebben het al terloops gehad over de coördinatie van de nazorg. Wie volgens de hulpverleners deze rol op zich zou moeten nemen, valt af te leiden uit tabel 11.3. In deze tabel hebben we zowel de feitelijke als de door de hulpverleners gewenste situatie weergegeven. De getallen zijn gemiddelde rangordes. Deze kunnen variëren tussen 1 en 7. Hoe lager de score, des te meer men de betreffende persoon of instantie aangewezen vindt om de nazorg te coördineren.

De tabel maakt duidelijk, dat het maatschappelijk werk en de gezinszorg volgens de ondervraagde hulpverleners het minst een centrale rol vervullen bij het organiseren van de nazorg. Met uitzondering van de gezinszorg, die van zichzelf vindt dat ze nog een tamelijk centrale positie heeft, zijn de hulpverleners van de verschillende disciplines het daar tamelijk over eens. Blijkens de cijfers die de gewenste situatie aangeven, vindt men ook niet dat maatschappelijk werk en de gezinszorg bij het coördineren van de nazorg een veel meer centrale rol zouden moeten gaan vervullen.

### 11.3.: coördinatie van de nazorg

respondentengroep		% meest centrale rol toebedacht aan:					
		WV	HA	GZ	MW	PAT	FAM
- wijkverpleegkundigen/ wijkziekenverzorgenden	F*	2,2	2,1	4,3	5,2	2,1	2,3
	G	2,3	2,2	4,1	4,9	1,6	2,4
- leid(st)ers gezinszorg	F	1,9	2,3	2,5	3,7	2,1	3,1
	G	2,8	2,7	3,5	3,7	1,5	2,6
- algemeen maatschappelijk werkenden	F	2,2	1,2	3,7	4	2,1	1,3
	G	3,2	2,6	4,2	3,5	1	2,6
totaal	F	2,2	2,2	3,7	4,6	2,1	2,5
	G	2,5	2,4	4	4,5	1,6	2,5

\* F = feitelijk

G = gewenst

De patiënt zelf, de wijkverpleging, de huisarts en de familie en kennissen van de patiënt zijn in werkelijkheid allemaal ongeveer even belangrijk bij het organiseren van de nazorg. In de gewenste situatie zou men echter de patiënt een wat centralere rol willen geven en de professionele hulpverleners zouden daarbij een stapje terug kunnen doen.

### 11.5. Verwijzen, opnamen en ligduur

#### 11.5.1. Beschrijving van voorzieningen

In de WVG-subregio Midden-Limburg functioneren een drietal intramurale gezondheidszorgvoorzieningen: twee algemene ziekenhuizen in Weert en Roermond en één categoriaal ziekenhuis in Horn (de stichting Honerheide\*). Centra voor intramurale zorg buiten de subregio Midden-Limburg, maar op niet al te grote afstand vinden we in;

\* Deze privaatrechtelijke stichting met een algemene signatuur, beheert sinds 1921 een sanatorium en sinds 1948 tevens een kliniek voor longziekten. Door een verminderde behoefte aan sanatoriumbedden is in het begin van de 60-er jaren een start gemaakt om een deel van de capaciteit te benutten als verpleeghuisaccommodatie. In 1962 kreeg men hiervoor een erkenning.

Sittard, Venlo, Heerlen, Nijmegen en Eindhoven.

In tabel 11.4 is de erkende klinische capaciteit van de drie Midden-Limburgse voorzieningen vermeld. Bij de bedden en wiegen betreft het een erkenning krachtens de AWBZ. Bij de psychiatrische dagbehandeling gaat het om een erkenning in het kader van de Ziekenfondswet. Bij de PAAZ betreft het een erkenning op grond van de krankzinnigenwet. De gegevens betreffen het jaar 1982 en zijn afkomstig uit een inventarisatie van het college van ziekenhuisvoorzieningen.

Tabel 11.4.: erkende capaciteit ziekenhuisvoorzieningen Midden-Limburg in 1982

	st. Laurentius (Roermond)	st. Jans- gasthuis (Weert)	Horner- heide	subregio Midden- Limburg
erkende bedden	478	339	60	877
erkende wiegen	17	7	-	24
erkende psychiatrische dagbehandelingsplaatsen	30	-	-	30
aangewezen PAAZ-bedden	45	25	-	70

### 11.5.2. Verwijzingen en opnamen in Midden-Limburg en Nederland

Tabel 11.5 geeft een overzicht van het aantal verwijzkaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden (het verwijzcijfer) en van het aantal opnamen per 1000 ziekenfondsverzekerden (het opnamecijfer), uitgesplitst per gemeente of combinatie van gemeenten. (Dat wil zeggen voor de patiënten die staan ingeschreven bij alle huisartsen die gevestigd zijn in een bepaalde (combinatie van) gemeente(n).)

Ten eerste zij aangetekend, dat de nauwkeurigheid van de LISZ-gegevens op dit kleinschalige niveau altijd kritisch bezien moet worden. Met deze opmerking op de achtergrond, kunnen we aantekenen, dat de variatie in verwijz- en opnamecijfers binnen Midden-Limburg aanzienlijk is. De vier gemeenten met de hoogste verwijzcijfers zijn (van hoog naar laag): Stramproy, Swalmen, Roermond en Echt. Daarbij zien we in Roermond (en in Maasbracht en de gemeente Weert) ook een betrekkelijk hoog opnamecijfer.

Voor heel Midden-Limburg is het verwijzcijfer hoger dan in heel Nederland (respectievelijk 530 en 495). Gezien het feit dat we in

Tabel 11.5.: aantal verwijskaarten en opnamen per 1000 verzekerden in 1984

	verzekerden	verwijskaarten per 1000 verzekerden	opnamen per 1000 verzekerden
Roermond	27.721	601	134
Weert	27.536	544	124
Swalmen	6.311	640	102
Stramproy	5.504	681	100
Nederweert	10.387	553	110
Melick/Herkenbosch	4.016	524	110
Maasbracht	4.752	512	130
Heythuysen	6.494	510	112
Echt	12.921	594	108
Vlodrop/Posterholt	5.349	551	107
Wessem/Thorn/Stevens- weert/Ohé en Laak	5.077	420	94
St. Odiliënberg/ Montfort	3.812	478	100
Roggel/Neer	4.664	433	96
Hunsel/Grathem	4.404	422	92
Linne/Herten	4.455	575	118
Haelen/Horn	5.228	488	108
Heel/Baexem/Beegden	5.020	479	100

Bron: LISZ, 1984

hoofdstuk 3 vonden dat de gezondheidstoestand van de Midden-Limburgse bevolking in elk geval niet slechter is dan die in Nederland, moeten we vaststellen dat de Midden-Limburgse huisartsen in het algemeen 'verwijs-geneigder' lijken dan de doorsnee Nederlandse huisarts. Tegenover het relatief hogere verwijscijfer staat een lager opnamecijfer in Midden-Limburg dan in Nederland (respectievelijk 109 en 119). Dat uit zich tevens in een lager aantal opnamen per 1000 verwijskaarten (Midden-Limburg 200; Nederland 240). De vaak geconstateerde relatie 'hoe meer verwijzingen, des te meer opnamen' blijkt in Midden-Limburg dus niet op te gaan.

### 11.5.3. Verpleegduur

Tabel 11.6 geeft een overzicht van het aantal verpleegdagen per 1000

verzekerden en van de gemiddelde verpleegduren per opname voor de Midden-Limburgse ziekenhuisvoorzieningen. De uitsplitsing naar gemeenten is op analoge wijze gemaakt als bij de verwijzingen en opnamen.

Tabel 11.6.: aantal verpleegdagen per 1000 verzekerden en de gemiddelde verpleegduren in 1984

	verpleegdagen per 1000 verzekerden	gemiddelde verpleegduren
Roermond	2100	15,7
Weert	1753	14,1
Swalmen	1341	13,2
Stramproy	1253	12,6
Nederweert	1430	13,1
Melick/Herkenbosch	1576	14,2
Maasbracht	1988	15,3
Heythuysen	1697	15,1
Echt	1573	14,6
Vlodrop/Posterholt	1557	14,5
Wessem/Thorn/Ste- weert/Ohé en Laak	1604	17,0
St. Odiliënberg/ Montfort	1402	14,0
Roggel/Neer	1435	14,9
Hunsel/Grathem	1490	16,2
Linne/Herten	1710	14,5
Haelen/Horn	1499	13,9
Heel/Baexem/Beegden	1227	12,1

Bron: LISZ, 1984

De tabel maakt duidelijk, dat de variatie in de verpleegduren voor de verschillende gemeenten aanzienlijk is. (Letterlijk moeten we zeggen: voor de patiënten die staan in geschreven bij de groepen huisartsen die gevestigd zijn in de verschillende gemeenten.) De gemeenten met het hoogste aantal verpleegdagen zijn (van hoog naar laag): Roermond, Maasbracht, Weert, Linne/Herten en Heythuysen. Daarbij zij aangetekend, dat we in Roermond, Maasbracht en Weert ook een hoog opnamecijfer hebben geconstateerd.

Voor heel Midden-Limburg is het aantal verpleegdagen per 1000 ver-



zekerden bijna 9% lager dan in Nederland (respectievelijk 1567 en 1718). De gemiddelde verpleegduur per opname is in beide situaties gelijk en bedraagt 14,4 dagen.

#### 11.5.4. Patiëntenstromen met betrekking tot de ziekenhuiszorg

Tabel 11.7 laat zien in welke plaats de verzekerden uit de verschillende Midden-Limburgse gemeenten\* in het ziekenhuis werden opgenomen.

Tabel 11.7.: oriëntatiepercentages per gemeente\*

verzekerden uit:	voorziening in:							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Roermond	83	-	4	-	-	-	3	10
Weert	-	85	-	-	2	4	-	9
Swalmen	71	-	-	16	-	-	-	14
Stramproy	-	86	-	-	3	-	-	11
Nederweert	-	86	-	-	-	4	-	17
Melick/Herkenbosch	75	-	12	-	-	-	-	13
Maasbracht	64	-	19	-	-	-	-	16
Heythuysen	54	35	-	-	-	-	-	11
Echt	-	11	79	-	-	-	-	9
Vlodrop/Posterholt	76	-	12	-	-	-	-	12
Wessem/Thorn/Stevens- weert/Ohé en Laak	53	18	-	-	-	-	-	29
St. Odiliënberg/ Montfort	75	-	10	-	-	-	-	15
Roggel/Neer	70	-	-	9	-	-	-	20
Hunsel/Grathem	37	50	-	-	-	-	-	15
Linne/Herten	78	-	7	-	-	-	-	15
Haelen/Horn	80	-	4	-	-	-	-	17
Heel/Baexem/Beegden	52	28	-	-	-	-	-	20

1 = Roermond; 2 = Weert; 3 = Sittard; 4 = Venlo; 5 = Nijmegen; 6 = Eindhoven; 7 = Heerlen; 8 = Overige.

\* Leesvoorbeeld: Van de verzekerden uit Maasbracht werd 64% opgenomen in het ziekenhuis in Roermond, 19% in Sittard en 16% in voorzieningen in andere gemeenten.

Bron: LISZ, 1984

\* Hieronder hetzelfde te verstaan als bij verwijzingen en opname.

Uit de tabel blijkt, dat de Midden-Limburgse bevolking voor een belangrijk deel is georiënteerd op de beide ziekenhuizen in de eigen regio. Voor alle Midden-Limburgse verzekerden geldt, dat 52% van de opnamen plaatsvond in Roermond en 22% in Weert; samen zijn deze ziekenhuizen dus goed voor bijna driekwart van alle opnamen.

Van de ziekenhuizen buiten de eigen regio is Sittard het belangrijkste. Daar vond 9% van alle opnamen plaats. Het gaat dan met name om inwoners uit de gemeente Echt. 79% Van alle opnamen van verzekerden uit deze gemeente vond plaats in Sittard.

## 11.6. Samenvatting

We zullen op deze plaats de belangrijkste resultaten van dit hoofdstuk samenvatten. We gaan daarbij eerst in op het thema 'is vermindering van opnamen mogelijk'. Daarna bespreken we 'nazorg', 'verwijzingen, opnamen en verpleegduur' en tenslotte 'patiëntenstromen in verband met ziekenhuiszorg'.

### **MINDER OPNAMEN MOGELIJK?**

#### **Van kliniek naar polikliniek**

Een belangrijke voorwaarde om klinische zorg geheel of gedeeltelijk te vervangen door poliklinische zorg is, dat de naaste omgeving van de patiënt, meestal de familie, voor voldoende opvang kan zorgen. Daarnaast is in veel gevallen een goede samenwerking van huisartsen en wijkverpleegkundigen van belang, omdat zij in veel gevallen beiden bij de thuishulp betrokken zijn. De relatie tussen huisarts en specialist moet tenslotte goed zijn voor een juiste afstemming van de medische zorg in het ziekenhuis op de zorg thuis. Is aan deze voorwaarden voldaan, dan kan bijvoorbeeld het instellen van diabetespatiënten thuis gebeuren. En ook het verzorgen van wonden, verwijderen van hechtingen en het aanbrengen van verbanden en zwachtels kan dan in de thuissituatie worden gedaan, zodat een aantal ligdagen zou kunnen worden uitgespaard.

#### **Thuiszorg in plaats van opname**

Lichte CVA-patiënten, licht demente bejaarden, terminale patiënten en ook wel MS-patiënten, reumapatiënten, carapatiënten en patiënten met een dwarslaesie kunnen thuis verpleegd en verzorgd worden. Voorwaarde is ook hier dat de familie het aan moet kunnen. Bevorderend daarbij werken: Mogelijkheden tot dagbehandeling of dagopvang, 7x24-uurs hulpverlening, een goed alarmeringssysteem en goede bereikbaarheid van de hulpverleners. Bovendien is van belang, dat er voldoende financiële middelen beschikbaar zijn voor de benodigde aanpassingen in huis.

Een opvallend resultaat is hier een aanzienlijk verschil tussen de feitelijke beroepsuitoefening van de maatschappelijk werkenden en wat ze voor zichzelf als taak zien. Met name stervensbegeleiding bij kankerpatiënten, maar ook begeleiding van lichte CVA-patiënten zien de meesten als een taak voor het Algemeen Maatschappelijk Werk, terwijl men dit in praktijk lang niet altijd doet. Een mogelijke verklaring voor deze discrepantie komt in de interviews naar voren. Ziekenhuis, huisarts en wijkverpleging lijken het maatschappelijk

werk meestal niet bij dit type begeleidingstaken te betrekken, terwijl ze er zelf ook niet altijd alert op zijn om er bij betrokken te worden.

Uit de gehouden enquêtes komt naar voren, dat vooral de familie van de patiënt, de wijkverpleging en de huisarts een coördinerende rol wordt toegedacht in de organisatie van de thuiszorg. De ondervraagde leidinggevenden van de gezinszorg zien de patiënt zelf als spil van de thuiszorg. Met name het maatschappelijk werk, maar ook de gezinszorg kent men een weinig centrale positie toe.

### **Dagbehandeling**

De hulpverleners van de wijkverpleging, de gezinszorg en het maatschappelijk werk blijken nauwelijks betrokken te zijn bij de dagbehandeling in de ziekenhuizen van Weert en Roermond. Intensievere contacten tussen de hulpverleners thuis en in het ziekenhuis zou hier meer duidelijkheid kunnen scheppen.

Bovengenoemde hulpverleners hebben in het algemeen hele goede ervaringen met de dagbehandeling in de verpleeghuizen in Weert en Roermond. Wel vindt men de capaciteit onvoldoende. Er zijn te lange wachttijden. Verder zou de wijkverpleging graag zien, dat plaatsing op sociale indicatie mogelijk was.

### **Verbeteringen in de thuiszorg**

Vaak door wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg geuite suggesties zijn: 24-uurszorg en bereikbaarheid met bijbehorende personele uitbreiding, uitbreiden van de maaltijdvoorziening, opzetten van alarmeringssystemen, stimuleren (ook financieel) van vrijwilligerswerk en mantelzorg, uitbreiden van beschikbare verpleegartikelen, uitbreiden van de mogelijkheden van dagopvang en dagbehandeling in verpleeghuizen en verbetering van de onderlinge samenwerking tussen de hulpverleners uit de eerstelijns.

## **NAZORG**

### **Organisatie**

De procedure rond de organisatie van de nazorg verschilt enigszins voor elk van de vier regionale kruisverenigingen. De grote lijn is echter bij alle vier, dat de hoofdwijkverpleegkundige in overleg met de verpleegkundigen in het ziekenhuis een selectie maakt van patiënten die voor nazorg in aanmerking komen. Via een zogeheten overdrachtsformulier, en ook wel telefonisch, wordt de relevante informatie overgebracht aan de wijkverpleegkundige die zich met de uitvoering van de nazorg gaat bezighouden.

Wel in Weert, maar niet in Roermond, is een continuïteitsverpleegkundige actief, die in dienst is van de Provinciale Kruisvereniging te Sittard. Zij heeft een begeleidende en ondersteunende functie.

### **Knelpunten**

Ruim 75% van de ondervraagde hulpverleners zegt problemen te zien ten aanzien van de nazorg voor uit het ziekenhuis en verpleeghuis ontslagen patiënten. De belangrijkste klacht is, dat de informatie uit het ziekenhuis vaak te laat komt. De patiënt is al thuis en dan moet alles nog geregeld worden. Ook ontbreken vaak voldoende gegevens over de lichamelijke en geestelijke toestand van de patiënt en over de aard van zijn zorgbehoefte. Een projectgroep met vertegenwoordigers uit de eerstelijns en het Laurentius ziekenhuis werkt aan verbetering van coördinatie tussen de eerste- en tweedelijns rond opname en ontslag. De projectgroep heeft nog slechts gedeeltelijk succes behaald.

### **Coördinatie van de nazorg**

Evenals wat we eerder zagen bij de organisatie van de thuiszorg in zijn algemeenheid, spelen ook bij het specifieke geval van de organisatie van de nazorg na een ziekenhuisopname de disciplines maatschappelijk werk en gezinszorg geen erg centrale rol. Het draait daar vooral om de patiënt zelf, de huisarts, de wijkverpleegkundige en de familie van de patiënt. Dat is althans de mening van de ondervraagde hulpverleners over de feitelijke gang van zaken. Als hun gevraagd wordt naar de meest wenselijke situatie, dan verandert het beeld niet veel. Alleen wil men dan de patiënt een wat centralere rol geven en de professionele hulpverleners zouden dan een stapje terug kunnen doen.

### **VERWIJZINGEN, OPNAMEN EN VERPLEEGDUUR**

Het verwijscijfer is in Midden-Limburg hoger dan in heel Nederland. Het gaat om respectievelijk 530 en 495 verwij斯卡arten per 1000 ziekenfondsverzekerden (in 1984). Omdat we elders in dit rapport geen aanwijzingen vonden dat de gezondheidstoestand van de Midden-Limburgse bevolking slechter is dan in Nederland, concluderen we dat de Midden-Limburgse huisartsen in het algemeen geneigd zijn wat meer te verwijzen dan hun doorsnee Nederlandse collega.

Tegenover het hogere verwijscijfer, staat een lager opnamecijfer en minder verpleegdagen per 1000 verzekerden. Tegenover 119 opnamen per 1000 verzekerden in Nederland staat in Midden-Limburg een cijfer van 109 per 1000. Ten aanzien van de verpleegduur zien we in Midden-

Limburg 1567 verpleegdagen per 1000 verzekerden tegenover 1718 in heel Nederland. De gemiddelde verpleegduur per opname is zowel in Midden-Limburg als in Nederland 14,4 dagen (in 1984).

#### **PATIENTSTROMEN IN VERBAND MET DE ZIEKENHUISZORG**

Bijna driekwart van de opnemingen van de Midden-Limburgse verzekerden vindt plaats in de ziekenhuizen in Weert (22%) en Roermond (52%). Een belangrijk deel van de bevolking is dus voor ziekenhuisopnamen op de eigen voorzieningen georiënteerd.

De belangrijkste uitstroom van patiënten vindt plaats naar Sittard. Daar wordt 9% van de Midden-Limburgse bevolking (vooral afkomstig uit Echt) opgenomen.

## 12. TAKEN VOOR DE LOCALE OVERHEID

### 12.1. Inleiding

In hoofdstuk 1 zijn we ingegaan op bevoegdheden die de lagere overheden in het kader van de WVG hebben verkregen of nog moeten krijgen. De bemoeienis van de gemeenten zal in dit verband voornamelijk liggen op het terrein van de eerstelijnsgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Een voor de uitvoering van de wet belangrijk onderscheid is dat tussen voorzieningen, uitgaande van instellingen en voorzieningen uitgaande van personen (hierbij vervalt het onderscheid tussen zelfstandige beroepsbeoefenaren en hulpverleners in loondienst). In het eerstgenoemde geval is het plan een belangrijk stuurmiddel. Komt een voorziening voor in een dergelijk plan, dan kan, mits aan een aantal eisen is voldaan, een erkenning worden afgegeven. Voor inrichtingen voor gezondheidszorg geldt bovendien nog dat voor de bouw een vergunning nodig is. Voorzieningen uitgaande van personen vallen niet onder het planningsregime. Hiervoor kent de wet de mogelijkheid van een vestigingsregeling; bij Algemene Maatregel van Bestuur kan worden bepaald, dat het voor het gehele land of een deel daarvan verboden is een bepaald beroep in de gezondheidszorg uit te oefenen zonder vergunning.

Het onderbrengen van de eerstelijnszorg bij de lokale overheden betekent voor de gemeenten dat zij, in het overleg met de provincie, als spreekbuis fungeren voor die eerstelijnszorg. De gemeenten staan hierbij voor de taak bij de allocatie van de financiële middelen de belangen van de eerstelijnszorg te verdedigen.

De lagere overheden krijgen dus meer bevoegdheden ten aanzien van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

### 12.2. Vraagstelling en methode

In het licht van de boven geschetste ontwikkelingen vragen we ons af hoe de eerstelijnszorgverleners aankijken tegen de taken die nu al zijn toebedacht aan de lagere overheden of die in de toekomst daar naartoe zullen worden overgeheveld. Om al eerder besproken redenen zullen we ons daarbij beperken tot hulpverleners in dienst van instellingen. Van de Midden-Limburgse huisartsen kennen we niet de mening over dit onderwerp.

In de schriftelijke enquête onder hulpverleners van de wijkverpleging, de gezinszorg en het maatschappelijk werk hebben we hun mening gevraagd over een aantal aspecten van het overheidsbeleid. Het gaat daarbij respectievelijk om:

- Het vestigingsbeleid voor vrije beroepsbeoefenaren;
  - het verstrekken van erkenningen;
  - het bevorderen van samenwerking binnen de eerstelijnszorg;
  - het stimuleren van wijkgebonden werken;
  - het versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg in het algemeen.
- De ondervraagde hulpverleners konden in de enquête op een vijfpuntschaal aangeven in hoeverre zij overheidsbemoeienis op deze punten gewenst achten. We presenteren de resultaten met betrekking tot de genoemde onderwerpen in paragraaf 12.3.1.

Behalve in de schriftelijke enquêtes zijn we ook in de interviews ingegaan op de verwachtingen die de staffunctionarissen van de verschillende instellingen hebben ten aanzien van het beleid dat de lokale overheid voert en gaat voeren met betrekking tot de eerstelijnszorg. Een overzicht van de belangrijkste bevindingen die dit heeft opgeleverd, zijn te vinden in paragraaf 12.3.2.

### **12.3. Resultaten**

#### **12.3.1. Enquête-resultaten**

In tabel 12.1 op de volgende bladzijde is een overzicht te vinden van de reacties van de ondervraagde hulpverleners. De antwoordmogelijkheden 'gewenst' en 'zeer gewenst' zijn daarbij samengevoegd. Hetzelfde geldt voor 'ongewenst' en 'zeer ongewenst'. Per gecombineerde categorie is het percentage respondenten te vinden.

#### **Vestigingsbeleid vrije beroepsbeoefenaren.**

Het vestigingsbeleid voor vrije beroepsbeoefenaren lijkt de door ons ondervraagde hulpverleners die werkzaam zijn binnen instellingen tamelijk onbewogen te laten. Men is er niet tegen, blijkens de lage percentages in de categorie '(zeer) ongewenst' (dat geldt zeker voor het maatschappelijk werk), maar men is er ook niet uitgesproken voor. Niet meer dan 38% van de ondervraagden vindt het vestigingsbeleid voor huisartsen, dat reeds van kracht geworden is, gewenst of zeer gewenst. Relatief gezien het hoogste percentage vinden we hier bij de ondervraagde wijkverpleegkundigen. Een toekomstig in te stellen vestigingsbeleid voor tandartsen vindt niet meer dan een kwart van de ondervraagden gewenst. Wellicht houdt dit verband met de in



Tabel 12.1.: uitbreiding taken lagere overheden

	WV		GZ		AMW		totaal*	
	%							
vestigingsbeleid voor huisartsen	41	5	31	14	33	0	38	7
vestigingsbeleid voor tandartsen	22	8	28	10	33	0	25	8
vestigingsbeleid voor fysiotherapeuten	34	9	33	13	44	0	35	10
vestigingsbeleid voor apothekers	43	5	30	13	44	0	39	7
verstrekken van erkenningen	57	10	48	15	27	18	52	10
bevorderen van samenwerking binnen de eerstelijns	74	10	53	13	46	9	66	11
bevorderen wijkgebonden werken	78	9	52	17	10	30	65	13
versterking van de eerste-lijnsgezondheidszorg	94	3	67	13	46	9	82	6

1 = (zeer) gewenst

2 = (zeer) ongewenst

\* N varieert: wijkverpleegkundigen/wijkziekenverzorgenden: 63-77  
 leidinggevenden gezinszorg: 27-30  
 algemeen maatschappelijk werkenden (AMW): 9-11

### Erkennen van instellingen

Ten aanzien van het beleid van het verstrekken van erkenningen aan instellingen staat men wat positiever, vergeleken met het afgeven van vestigingsvergunningen, wat hierboven aan de orde was. Ruim de helft van de ondervraagde hulpverleners vindt het een goede zaak dat gemeenten erkenningen mogen verstrekken aan eerstelijnsvoorzieningen, uitgaande van instellingen. Voor de wijkverpleegkundigen en leidinggevenden gezinszorg geldt dit in sterkere mate dan voor de algemeen maatschappelijk werkenden (respectievelijk 57%, 48% en 27%). De positieve houding van de wijkverpleging heeft wellicht te maken met de in financiële en ook in ander opzicht tamelijk autonome positie van het kruiswerk vergeleken met die van het algemeen maat-

schappelijk werk.

### **Samenwerking en afstemming**

Tweederde van de hulpverleners van wijkverpleging, gezinszorg, maatschappelijk werk vindt het (zeer) gewenst dat gemeenten zich bezig houden met het bevorderen van samenwerking binnen de eerstelijns. Eenzelfde deel vindt het (zeer) gewenst, dat de lokale overheid zich bezig houdt met het stimuleren van afstemming van werkgebieden. De wijkverpleegkundigen staan daarbij in grotere getalen positief ten aanzien van inbreng van de lokale overheid in deze zaken dan de leidinggevenden van de gezinszorg en de gezinsverzorging is weer positiever dan het algemeen maatschappelijk werk, dat met name voor het wijkgebonden werken niet erg warm loopt.

### **Versterking van de eerstelijns**

82% Van de ondervraagde hulpverleners, werkzaam in instellingen vindt het een goede zaak, dat de lagere overheid zich gaat bezig houden met een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Opvallend zijn ook hier weer de verschillen tussen de disciplines. Wijkverpleegkundigen zijn met 94% het meest positief, dan volgt de gezinsverzorging met 67%, het maatschappelijk werk is er niet tegen, maar loopt toch minder warm; 46% van hen zegt '(zeer) gewenst'.

Zetten we de bovenstaande resultaten op een rij, dan is het opvallend te noemen, dat de wijkverpleging bij tal van zaken (verstrekken van erkenningen, bevorderen van samenwerking, stimuleren van wijkgebonden werken en versterking van de eerstelijns in het algemeen) positiever staat tegenover de overheidsbemoediging dan de gezinsverzorging en de gezinsverzorging is weer positiever dan het maatschappelijk werk.

### **12.3.2. Resultaten uit de interviews**

De verwachtingen die men heeft van de lokale overheid wat betreft haar eerstelijnsbeleid zijn ook aan de orde gesteld in de interviews met de staffunctionarissen van de verschillende instellingen. We presenteren hieronder per discipline de resultaten.

#### **Kruiswerk**

De vier Regionale Kruisverenigingen hebben, in overleg met de onderzoeker, besloten tot een gebundelde reactie in deze. De hoofdverpleegkundigen geven de volgende verwachtingen weer:

a. Samenspraak eerstelijns met de gemeentelijke overheid, om zo di-

rect de belangen van het kruiswerk op een verantwoorde wijze te kunnen motiveren (niet via de Stichting Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening Midden-Limburg, S.G.M.D.).

- b. De verschuiving van financiële middelen ten gunste laten zijn van die instellingen die door de verschuiving van zorguitvoering ook zwaarder belast worden.
- c. Aanwenden financiële middelen ter versterking van het kruiswerk c.q. de eerste lijn (uitbreiding van het aantal formatieplaatsen).
- d. Stimuleren van de preventieve taken uitgevoerd door de kruisorganisatie.
- e. Stimuleren van de samenwerking binnen de eerstelijns, onder andere middels het aanstellen van een ondersteuningsfunctionaris.
- f. Vermijden van overbodige bureaucratische regelgeving.
- g. Stimuleren van vrijwilligersorganisaties.

### **Gezinszorg**

De gezinszorg in de regio Roermond spreekt de hoop uit dat zij niet met alle gemeenten afzonderlijk in onderhandeling moeten treden. Daarnaast hoopt men dat men niet om de vier jaar met een ander beleid te maken krijgt, afhankelijk van de politieke kleur van de bestuurders. Opgemerkt wordt dat de eerstelijns één gezamenlijk standpunt moet innemen en zich niet moet laten verleiden tot onderlinge rivaliteiten.

De instelling voor gezinszorg in de regio Weert verwacht van de lokale overheid dat zij zich bij de planning rechtstreeks wendt tot de verschillende eerstelijnsdisciplines. In tegenstelling tot de instelling in Roermond wordt gesteld dat het onmogelijk is om de hele eerstelijns op één lijn te krijgen (via een vertegenwoordiging in de S.G.M.D.). Als toekomstige gesprekspartner prefereren zij het Streekgewest boven heel Midden-Limburg.

### **Algemeen maatschappelijk werk**

Het Algemeen Maatschappelijk Werk in de regio Weert rekent op een uitbreiding van het aantal formatieplaatsen. Gesteld wordt dat het AMW met steeds complexere hulpvragen te maken krijgt en dat verwacht wordt dat de hulpverlening 7 x 24 uur bereikbaar moet zijn. Wil het AMW aan deze verwachtingen kunnen voldoen, dan zal dat consequenties moeten hebben voor het formatiebestand. Daarnaast zou het een goede zaak zijn, zo stelt men, dat de ondersteuningsfunctionaris voor de eerstelijns, die nu is gedetacheerd bij de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, wordt ondergebracht bij de Stichting Eerstelijns in

Midden-Limburg (STEM).

De Stichting Maatschappelijk Werk Stadsgewest Roermond wijst ook op het tekort in het aantal formatieplaatsen. De al jaren gepredikte versterking van de eerstelijns, zo vindt men, zou ook eindelijk eens moeten doorklinken in de cijfers. De gemeentelijke overheden zouden, wanneer zij zich met planning gaan bezig houden, zich moeten laten leiden door de ervaringen die zijn opgedaan door hulpverleners in hometeams!

### Overzicht

We zetten hieronder de standpunten van de verschillende instellingen ten aanzien van drie punten (nog eens) schematisch op een rijtje (tabel 12.2). Waar de informatie uit de boven beschreven interviews ontbrak, is dit aangevuld met telefonisch verkregen informatie. Het gaat om de volgende drie vragen:

1. Wie vertegenwoordigd de eerstelijns in contacten met de overheid?
2. Op welk bestuurlijk niveau willen de instellingen onderhandelen?
3. Op welke plaats zou een ondersteuningsfunctionaris voor de eerstelijns moeten worden ondergebracht?

Tabel 12.2.: standpunten van de instellingen over beleidskwesties

		AMW		gezinszorg	
gezamenlijke kruisverenigingen		Roermond	Weert	Roermond	Weert
1. vertegenwoordiging	STEM	per discipline	per discipline	per discipline	per discipline
2. bestuurlijk niveau	WVG-subregio	Stadsgewest	WVG-subregio of Streekgewest	Stadsgewest	Streekgewest
3. plaats ondersteuningsfunctionaris	STEM	Provincie	STEM	STEM	STEM

#### 12.4. Samenvatting

Als we de resultaten van dit hoofdstuk samenvatten, dan is misschien de belangrijkste constatering, dat de ondervraagde hulpverleners uit instellingen (van de huisartsen hebben we geen gegevens) tamelijk unaniem positief staan tegenover een bemoeienis van lagere overheid met versterking van de eerstelijns. Men is het daarbij ook over eens, dat de overheid samenwerking binnen de eerstelijns zou moeten stimuleren, bijvoorbeeld door het bevorderen van het zogeheten wijkgebonden werken door de hulpverleners. Ten aanzien van het vestigingsbeleid voor vrije beroepsbeoefenaren heeft men als hulpverleners in instellingen geen erg uitgesproken mening.

Kijken we meer specifiek naar de manier waarop de gemeentelijke overheid gestalte zou moeten geven aan een versterking van de eerstelijns, dan is men het wat minder met elkaar eens. Het maatschappelijk werk en de gezinszorg pleiten voor rechtstreeks contact van de afzonderlijke disciplines met de gemeentelijke overheid. Het kruiswerk is voorstander van een gezamenlijk gespreksplatform voor de eerstelijns via de STEM. Dan is er de vraag op welk niveau het contact met de gemeentelijke overheid zou moeten plaatsvinden. Zijn dat de afzonderlijke gemeenten, het stadsgewest respectievelijk streekgewest, of is dat de hele WVG-subregio? Geen enkele discipline preferereert het onderhouden van contact met de afzonderlijke gemeenten. Het kruiswerk en het maatschappelijk werk in Weert geven de voorkeur aan contacten op het niveau van de WVG-subregio, terwijl de gezinszorg en het maatschappelijk werk het overleg het liefst voeren met het streek- of stadsgewest. Een andere zaak die aan de orde is geweest, is het aanstellen van een ondersteuningsfunctionaris voor het bevorderen van de samenwerking binnen de eerstelijns. De meeste instellingen waarmee gesproken is, zouden de huidige functionaris in dienst van de provincie graag ondergebracht zien bij de STEM. Tot slot zij vermeld, dat met name het algemeen maatschappelijk werk, maar ook de wijkverpleging, pleiten voor uitbreiding van het personeelsbestand, als er extra middelen beschikbaar komen.



## LITERATUUR

- BAKKER, D.H. DE, M.J.P. WULMS. Gemeentelijk beleid voor de eerste-lijns(gezondheids)zorg. Utrecht: NIVEL, 1986
- BAKKER, D.H. DE. Afstemming van werkgebieden in Rotterdam: een analyse met ziekenfondsgegevens. Utrecht: NIVEL, 1987a
- BAKKER, D.H. DE. Afstemming van werkgebieden en doelpopulaties onderzocht. Utrecht: NIVEL, te verschijnen in 1987b
- BISSCHEROUX, P., J. NIJHUIS, M. NUYENS, P. KNIPSCHILD, C. LIMONARD. Gezondheidsvademecum Limburg, een epidemiologisch overzicht. Maastricht/Geleen: Rijksuniversiteit Limburg, dienst MEMIC/Gezondheidsdienst Westelijke Mijnstreek, 1986
- BOERMA, W.G.W. Van versnippering naar samenwerking. Hulpverleners in samenwerking. Alphen a/d Rhijn: Samson, 1984
- BOERMA, W.G.W. Hometeams 1985, cijfers over samenwerking 8. Utrecht: NIVEL, 1986
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Hoofdafdeling Bevolkingsstatistiek. 's-Gravenhage
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Maandstatistiek van de bevolking. september 1985
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Statistisch jaarboek 1985. s'-Gravenhage: CBS, 1986
- CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Personeelsgegevens van kruisorganisaties, 1984. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 1986, no. 3, p. 29-32
- CENTRUM VOOR MAATSCHAPPELIJK WERK EN GEZINSZORG IN DE REGIO WEERT. Jaarverslag 1985. Weert: 1986
- CRVG (CENTRALE RAAD VOOR GEZINSVERZORGING). Informatiebulletin nr. 23. Utrecht: CRvG, 1986
- DOEL (DRENTS ONDERSTEUNINGSPLATFORM EERSTELIJN). Inventarisatie van samenwerkingsverbanden in de eerstelijns(gezondheids)zorg in Drenthe. Assen: DOEL, 1985
- ETIL (ECONOMISCH TECHNOLOGISCH INSTITUUT LIMBURG). Bevolking Limburg 1980-2000. Maastricht: ETIL, 1983
- GAB (GEWESTELIJK ARBEIDS BUREAU) MIDDEN-LIMBURG. Statistisch overzicht. 1985
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. Register Medische Beroepen
- GROENEWEGEN, P.P., L. HINGSTMAN. De eerstelijns in kaart gebracht. Utrecht: NIVEL, 1985

- HAMERS, R.T.J., W.G.W. BOERMA. Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen: studies naar samenwerking 9. Utrecht: NIVEL, 1985
- HET LIMBURGSE GROENE KRUIS IN DE REGIO WEERT. Jaarverslag 1985. Weert: 1986
- HINGSTMAN, L., H. BOON. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg 1986. Utrecht: NIVEL, 1986
- HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID VOOR DE GENEESMIDDELEN. Lijst van gevestigde apothekers en apotheekhoudende geneeskundigen, editie 1984. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984
- INGEN, M. VAN. Inventarisatie samenwerking eerstelijns in Midden-Limburg. Maastricht: Samenwerkingsverband Gezondheidszorg Midden-Limburg, 1981
- JOINT. Het algemeen maatschappelijk werk in beeld: Jaarrapport 1984. 's-Hertogenbosch: Projectgroep Dataverzameling AMW-instellingen, JOINT, 1985
- JOINT. Cliënten registratie gegevens AMW, 1985. 's-Hertogenbosch: Projectgroep Registratie, JOINT, 1986
- KERSTEN, T.J.J.M.T. Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg in de eerstelijns. Utrecht: NIVEL, 1985
- LISZ (LANDELIJK INFORMATIE SYSTEEM ZIEKENFONDSEN). Jaarboek LISZ 1984. Zeist: VNZ, 1985
- MOORS, J.J.A., J. MUILWIJK. Steekproeven: een inleiding tot de praktijk. Amsterdam/Brussel: Agon Elsevier, 1975
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1981
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk 1984: feiten en cijfers. Bijlage Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1985a
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk: feiten en cijfers. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1985b
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk in Beeld: verantwoording 1981-1985. meerjarenraming 1987-1990. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986a
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Kruiswerk: feiten en cijfers. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1986b
- NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER TANDHEELKUNDE. NMT info, alfabetische adreslijst
- PROVINCIALE STATEN VAN LIMBURG. Toelichting Streekplan Noord- en Midden-Limburg. 1982
- REGIONALE VERENIGING HET GROENE KRUIS LEUDAL- EN THORNERKWARTIER. Jaarverslag 1985. Heythuysen: 1986



- REGIONALE VERENIGING HET GROENE KRUIS OOSTELIJK MIDDEN-LIMBURG.  
Jaarverslag 1985. Linne: 1986
- SMIT, B. Cliënten van de instellingen voor gezinsverzorging: eerste uitkomsten van een in het tijdvak 28 september t/m 25 oktober 1980 gehouden onderzoek. Sociaal-cultureel kwartaalbericht; 4, no. 2, 1982
- SPELD, G.D.J. VAN DER, W.J.F.I. NUYENS. Deeltijdarbeid in de wijkverpleging. Utrecht/Tilburg: NIVEL/IVA, te verschijnen in 1987
- STICHTING KATHOLIEKE GEZINSZORG STADSGEWEST ROERMOND. Jaarverslag 1985. Roermond: 1986
- STICHTING OPBOUW ROERMOND. Jaarverslag 1985. Band I en Band II. Roermond: 1986
- STICHTING MAATSCHAPPELIJK WERK STADSGEWEST ROERMOND. Jaarverslag 1985. Roermond: 1986
- STURMANS, F. Epidemiologie: theorie, methoden en toepassing (2<sup>e</sup> druk). Nijmegen: Dekker en Van der Vegt, 1984
- VERENIGING HET GROENE KRUIS REGIO ROERMOND. Jaarverslag over 1985. Roermond: 1986
- VLIET, R.C.J.A. VAN, W.P.M.M. VAN DEN VEN. Consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 64, 1986, p. 669
- VOMIL (MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE). Structuurnota Gezondheidszorg. Leidschendam: VOMIL, 1974
- VOMIL (MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE). Schets van de Eerstelijnszorg. Leidschendam: VOMIL, 1980
- WIJKEL, D. Samenwerken en verwijzen deel II: Samenwerking buiten gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: NHI, 1984
- WVC (MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR). Nota Eerstelijnszorg. Leidschendam: WVC, 1984
- WVC (MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR). Nota 2000. Rijswijk: WVC, 1986
- WVC (MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR). Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening 1986. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19388, no. 1-2
- ZEE, J. VAN DER. Registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg: Samenwerking tussen hulpverleners. Utrecht: NHI, 1979

