

1

PROJECT
EVALUATIE GEZONDHEIDSZORG
ALMERE

8052
14 MAART 1985

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR ONDERZOEK VAN DE ELGZ.
POSTBUS 1568 - 3500 BN UTRECHT
DRIEHARINGSTR. 6/26 030 - 31 99 46

SITUATIESCHETS VAN ALMERE

NIVEL: HERMAN SIXMA
NZI: CLAUDY VAN DE VOORT e.a.

JANUARI 1985

85.430



nationaal
ziekenhuis
instituut

W 84



NIVEL

nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

NIVEL

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) verzamelt en verspreidt kennis en inzicht over de structuur en het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Tot de activiteiten van het NIVEL behoren het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, registratie- en documentatieactiviteiten en het beheren van een (algemeen toegankelijke) bibliotheek.

Het NIVEL is voortgekomen uit het voormalige Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) en wordt grotendeels gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

NZI

Het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) verricht toegepast wetenschappelijk onderzoek en verzorgt opleidingen ten behoeve van de gezondheidszorg in Nederland. Het NZI helpt het ziekenhuismanagement door ondersteuning van de beleidsontwikkeling van de Nationale Ziekenhuisraad (NZR) en door dienstverlening aan individuele instellingen die hierom vragen.

Bovendien werkt het NZI, in samenwerking met het veld, mee aan het samenhangend onderzoekprogramma van de rijksoverheid, dat is gericht op het onderbouwen van de beleidsontwikkeling ten aanzien van de gezondheidszorgvoorzieningen.

Bestelwijze

NZI : **schriftelijk** aan Nationaal Ziekenhuisinstituut, Verkoopdienst van de bibliotheek, Postbus 9697, 3506 GR Utrecht, met vermelding van publikatienummer 85.430 en het gewenste aantal.

NIVEL: Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; tel. 030 - 319946 onder vermelding van de titel van het rapport "Situatieschets van Almere" en het publikatienummer W 84.

De prijs van het exemplaar bedraagt f 15,— **exclusief** verzendkosten.

Het overnemen van gegevens uit deze publikatie is met bronvermelding toegestaan.

SAMENVATTING EN CONCLUSIES	6
1. INLEIDING	13
2. ALMERE; EEN STRUCTUURSCHEETS	17
2.1 Het geografisch gebied	17
2.2 Bevolkingsontwikkeling	21
2.2.1 De groei van de bevolking	21
2.2.2 Herkomst en bestemming	26
2.2.3 Bevolking naar leeftijd, geslacht en burgerlijke stand	29
2.2.4 Woningbouw in Almere	34
2.3 Beroepsbevolking en werkgelegenheid	37
2.3.1 Algemeen	37
2.3.2 Beroepsbevolking	37
2.3.3 Werkgelegenheid	40
3. BESCHRIJVING VAN DE UITGANGSSITUATIE IN ALMERE INZAKE EERSTELIJNSVOORZIENINGEN	44
3.1 Het informele circuit	44
3.1.1 Zelfhulp- en vrouwengroepen	45
3.1.2 Landelijke organisaties op het gebied van gezondheidszorg	46
3.1.3 Conclusies met betrekking tot het informele circuit	47
3.2 Eerstelijnszorg in Almere	47
3.2.1 Algemeen	47
3.2.2 Geneeskundige en paramedische voor- zieningen	50
3.2.3 Maatschappelijke dienstverlening	58
3.2.4 Verpleging; het Kruiswerk	70
3.3 Basisgezondheidszorg	73
3.4 Geestelijke Gezondheidszorg	79

Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI). Het NIVEL tekende hierbij voor de uitwerking van van de hoofdstukken 1 t/m 3; de hoofdstukken 4 en 5 vormen de NZI-inbreng. Aan de totstandkoming van dit rapport werkten namens het NIVEL en het NZI de volgende personen mee:

- NIVEL: H. Sixma en J.P. Dopheide
- NZI : E. Bongers, S. de Jager, H. Kolkman en C. van de Voort

Volgende rapporten van de beide instituten zullen betrekking hebben op deelonderzoekingen naar de bestuurlijke en inhoudelijke samenhang van de zorg in Almere.¹⁾

Tenslotte rest in dit voorwoord een woord van dank aan de vele instanties die aan dit rapport hun medewerking hebben verleend door het beschikbaar stellen van jaarverslagen en andere gegevens.

- 1) Een overzicht van de achtergronden en opzet van het evaluatieonderzoek geeft het projectvoorstel van beide onderzoeksinstituten (bij NIVEL en NZI verkrijgbaar)

VOORWOORD

Als nieuwe stad op een nieuw stuk land vormt Almere een 'dorado' voor zowel plannenmakers als onderzoekers. Zo ook wat betreft de gezondheidszorg. De plannen voor een toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Almere zijn vastgelegd in het Projectplan Gezondheidszorg Almere. In dit plan, dat deel uitmaakt van het op 23-2-1983 van start gegane project gezondheidszorg Almere, zijn landelijke¹⁾ uitgangspunten voor het toekomstig beleid op dit terrein vertaald naar de Almeerse situatie. Op papier ligt hiermee de toekomstige structuur van het stelsel gezondheidszorgvoorzieningen voor Almere vast. Onderzoek zal moeten uitwijzen of de doelstellingen die aan de plannen ten grondslag liggen ook daadwerkelijk in de praktijk worden bereikt. In dit kader passen de werkzaamheden van subgroep Evaluatie. Het rapport dat voor u ligt is het eerste rapport van het evaluatieonderzoek naar de gezondheidszorg in Almere. Het geeft een schets van de situatie in Almere op 31-12-1982. Aan de orde komen welke voorzieningen in Almere aanwezig zijn, hoe het zit met het gebruik van de voorzieningen op het terrein van de zorg en eventuele bijzondere kenmerken van de (potentiële) gebruikers. De in dit rapport opgenomen cijfers en tabellen hebben veelal betrekking op 1982. Jaarcijfers over 1983 waren vaak nog niet beschikbaar. Het rapport met de beschrijving van de uitgangssituatie in Almere is het eerste gezamenlijke product van de twee instituten die het evaluatie-onderzoek uitvoeren: het Nederlands Instituut voor onderzoek van de

- 1) Zie de nota's Schets van de Eerstelijnszorg (VoMil, 1980), Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen (WVC, 1983) en Eerstelijnszorg (WVC, 1983).

4. BESCHRIJVING VAN DE UITGANGSSITUATIE IN ALMERE INZAKE TWEEDELIJSVOORZIENINGEN	82
4.1 Algemene ziekenhuizen	82
4.1.1 Opnamen	82
4.1.2 Kenmerken van de ziekenhuizen	84
4.1.3 Bereikbaarheid	89
4.1.4 De buitensprekuren en het Medisch Centrum Almere	91
4.1.5 Gebruik van ziekenhuisvoorzieningen	93
4.2 Verpleeghuizen	106
4.2.1 Opnamen	106
4.2.2 Toekomstplannen	108
4.3 Psychiatrische ziekenhuizen	108
4.3.1 Opnamen	108
4.3.2 Toekomstplannen	109
4.4 Zwakzinnigeninrichtingen	109
4.4.1 Opnamen	109
4.4.2 Toekomstplannen	109
4.5 Verzorgingstehuizen	109
4.5.1 Aanmeldingen	110
4.5.2 Toekomstplannen	110
5. UITGANGSSITUATIE BESTUURLIJKE STRUCTUUR	111
5.1 Inleiding	111
5.2 Het bestuurlijk niveau	111
5.3 Gebiedsindeling	112
5.4 Taakverdeling tussen de overheden	114
5.4.1 Huidige situatie	114
5.4.2 Toekomstige situatie	118
5.4.3 Verzorgingsgebieden/plangebieden	119
5.5 De planprocedure	120
5.6 Afstemming planning en financiering	123
5.7 Advies- en Overlegstructuur	125
5.8 De informatievoorziening	128
5.9 Ambtelijke ondersteuning	128
GEBRUIKTE LITERATUUR	129
OVERZICHT TABELLEN	134
BIJLAGEN	139

In dit rapport wordt een beschrijving gegeven van de uitgangssituatie in Almere ten behoeve van het Project Gezondheidszorg Almere. Het rapport verschijnt in het kader van het onderzoeksproject 'evaluatie gezondheidszorg Almere' en is een gezamenlijk product van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI). Het evaluatie-onderzoek wordt verricht in opdracht van de Stuurgroep Gezondheidszorg Almere, en gefinancierd door het ministerie van WVC.

Het project is opgezet met het doel gegevens aan te dragen over het functioneren van de gezondheidszorg in Almere. Deze gezondheidszorg wordt opgezet in een experimentele vorm, waarbij de eerstelijns zorg wordt versterkt en de tweedelijnszorg moet worden opgevat als aanvullend en ondersteunend. Doelstelling is een gezondheidszorg die, in vergelijking tot een traditionele opzet, beter van kwaliteit is tegen acceptabele (relatief lagere) kosten. Om het Project Almere te kunnen evalueren het nodig op een aantal tijdstippen gegevens te verzamelen en ontwikkelingen af te zetten tegen de uitgangssituatie. Dit rapport geeft als het ware de situatie in Almere weer van begin 1983, het tijdstip waarop het Project Gezondheidszorg Almere is gestart. Het Rapport Almere biedt allereerst een demografisch/sociaal-economische beschrijving van Almere. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van alle eerstelijns- en tweedelijnsvoorziening, waarvan de Almeerse bevolking gebruik kan maken. Het afsluitende hoofdstuk bevat een korte beschrijving van de bestuurlijke structuur van Almere.

A. Structuurschets van Almere (zie hoofdstuk 2)

Uitgangspunt bij de ontwikkeling van Almere is het laten ontstaan van een stad voor meer dan 100.000 inwoners waarin het prettig wonen en verblijven is. Hierbij is gekozen voor een meerkernige opzet. Almere-Haven is inmiddels zo goed als voltooid, in Almere-Stad en Almere-Buiten is de opbouw in volle gang. Belangrijk door de aantrekkingskracht op recreanten is de aanwezigheid van het Gooimeer en het IJsselmeer. Voor verblijfsrecreatie beschikt Almere over een kampeerterrein en een jachthaven. Belangrijker dan het aantal verblijfsrecreanten is de dagrecreatie. De vele duizenden bezoekers langs de stranden van het Gooimeer zouden met name waar het EHBO betreft een beroep kunnen doen op de Almeerse gezondheidszorg. Gegevens hieromtrent ontbreken.

Almere is niet alleen een van de jongste gemeenten van Nederland, het is tevens 's lands snelst groeiende gemeente. Deze bevolkingsgroei is in hoofdzaak afkomstig van de vele bewoners die zich in Almere vestigen, en in veel mindere mate van het geboorteoverschot. Van de personen die zich in Almere vestigden is 67% afkomstig uit Amsterdam en nog eens 15% uit de rest van Noord-Holland. Van de mensen die weer uit Almere vertrekken heeft 56% de provincie Noord-Holland als bestemming. Met name het hoge percentage ex-Amsterdammers kan van invloed zijn op het gebruik van de voorzieningen in de gezondheidszorg.

Een en ander heeft voor Almere geresulteerd in een bevolkingsopbouw die op een aantal punten belangrijk afwijkt van de rest van Nederland. Meest opvallende aspecten zijn de oververtegenwoordiging van de leeftijdscategorie tussen de 25 en 39 jaar en een ondervertegenwoordiging van mensen van 40 jaar en ouder, waarbij de groep 70-jarigen en ouder bijna volledig ontbreekt. Een gevolg van deze bevolkingsopbouw is een relatief hoog geboortecijfer, een laag sterftcijfer en een gemiddelde leeftijd die 8 jaar beneden het landelijk gemiddelde ligt. Het aantal mannen en vrouwen houdt elkaar keurig in evenwicht.

In het bijzonder deze afwijkende bevolkingsopbouw is een factor waarmee rekening dient te worden gehouden bij het analyseren van gegevens inzake het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Voor wat betreft de in Almere wonende beroepsbevolking, geldt dat 25% van deze personen werk heeft in Almere en 64% pendelt. Dit percentage uitgaande pendelaars is relatief hoog. Het werkloosheidspercentage lag in Almere op 11%, waarmee men ruim onder het landelijk gemiddelde uitkomt. Vrouwen verkeren in Almere zowel op de locale als de regionale arbeidsmarkt in een positie die aanmerkelijk ongunstiger is dan de positie voor mannen. Het potentieel aan arbeidsplaatsen in Almere, waarbij de sectoren industrie, handel + horeca en dienstverlening het belangrijkste aandeel hebben, wordt voor meer dan de helft opgevuld door mensen die buiten Almere wonen. Samenvattend mag worden gesteld dat vraag en aanbod op de Almeerse arbeidsmarkt (nog) lang niet op elkaar zijn afgestemd.

B. Eerstelijnszorg (zie hoofdstuk 3)

Evenals Almere zelf is ook de Almeerse gezondheidszorg nog volop in ontwikkeling. Dit geldt in het bijzonder voor de zelf- en mantelzorg. Echte zelfhulpgroepen zijn nog schaars, terwijl patiëntengroepen en de vertegenwoordigingen van landelijke organisaties langzaamaan gestalte krijgen. Aparte vermelding verdient de vrouwenbeweging die een achttal groepen en cursussen aanbiedt op het maatschappelijk vlak.

Meer uitgekristaliseerd is de eerstelijnszorg. Meest opvallend aspect hierbij is dat de kerndisciplines (huisarts, wijkverpleging, maatschappelijk werk) in samenwerking met verloskundigen, fysiotherapeuten, tandartsen en (soms) apotheek werken vanuit buurtgerichte gezondheidscentra. Vrije vestiging wordt zoveel mogelijk tegengegaan en het streven is gericht op een loondienstverband voor alle werkers bij een organisatie. Bekijken we de afzonderlijke disciplines, dan blijkt voor wat betreft de Almeerse huisartsen een relatief laag verwijscijfer en een voorschrijfgedrag wat (gelet op de doelstellingen) gunstig afsteekt bij de rest van Nederland. Beide indicatoren zullen overigens uitvoeriger aan de orde komen in een toekomstige publicatie.

De wijkverpleging in Almere wordt verzorgd door de Kruisvereniging Flevoland; ongeveer 36% van de Almeerse gezinnen was op 31-12-1982 bij deze Kruisvereniging aangesloten. Contacten van de wijkverpleging met bewoners van Almere zijn waar het de 0-4 jarigen betreft oriënterend en voorlichtend. Ruim 60% van de contacten heeft betrekking op de categorie mensen van 60 jaar en ouder; een groep die slechts 6.5% van de Almeerse bevolking vormt. Verzorging, verpleegtechnisch handelen en het toedienen van medicijnen zijn hier de voornaamste activiteiten. Het percentage mensen in Almere dat jaarlijks een beroep doet op het algemeen maatschappelijk werk ligt op ongeveer 1.5-2% van de totale bevolking. Hierbij wijkt Almere niet of nauwelijks af van de andere Flevolandgemeenten. Belangrijkste redenen om het maatschappelijk werk te raadplegen zijn problemen rond relaties, echtscheiding, psychosomatische klachten en identiteit. De percentages voor de drie laatstgenoemde probleemgebieden lijken in Almere hoger te liggen dan over geheel Nederland genomen; ziekte en huisvesting worden in Almere relatief minder vaak als probleem naar voren gebracht. Relatief veel contacten met het maatschappelijk werk komen tot stand via de gezondheidszorg. Voorzieningen waarvan het beeld in Almere niet afwijkt van de rest van Flevoland zijn de gezinsverzorging en het Sociaal Raadsliedenwerk. Voor wat betreft de overige eerstelijnsvoorzieningen die werken vanuit de gezondheidscentra is een opvallend aspect de overcapaciteit aan verloskundigen in Almere. Deze overcapaciteit lijkt gerechtvaardigd door het relatief hoge geboortecijfer voor Almere en het gegeven dat, in vergelijking tot bijvoorbeeld andere Flevolandgemeenten, de verloskundige bij relatief veel bevallingen wordt ingeschakeld.

Cijfers over tandheelkunde en fysiotherapeuten zijn slechts op beperkte schaal beschikbaar. Basisgezondheidszorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg, welke voorzieningen strikt genomen geen deel uitmaken van de eerstelijns worden voor Almere geregeld vanuit Lelystad. Het aantal volwassenen uit Almere dat in 1981 een beroep deed op het RIAGG-Flevoland was met 2.8 per 1000 inwoners relatief hoog; jongeren maakten relatief weinig gebruik van deze hulpverleningsinstantie.

C. Tweedelijnszorg (zie hoofdstuk 4)

Algemene ziekenhuizen

Voor de opname van patiënten uit Almere zijn zes ziekenhuizen van belang. Het blijkt dat 42% naar het Diaconessenhuis in Naarden gaat en 15% naar het Majellaziekenhuis in Bussum. Drie Amsterdamse ziekenhuizen verzorgen elk 5 à 6% van de Almeerse opnamen, terwijl het Burgerziekenhuis, dat in Almere gaat bouwen, in 1982 slechts 3% opneemt. Er was in 1982 nog geen buitenpolikliniek van het Burgerziekenhuis in Almere. Wel hielden toen specialisten van het Diaconessenhuis en Majellaziekenhuis spreekuren in Almere.

De opnamecoëfficiënt van Almere ligt op 114,7 dat is iets boven het landelijk gemiddelde (113,1). Daarentegen is het aantal verwijskaarten (voor ziekenfondsverzekerden) laag. Deze opnamecoëfficiënt is wat aan de hoge kant in aanmerking nemende dat er in Almere geen ziekenhuis staat en er een relatief jonge bevolking woont.

Als we kijken naar het aantal uitgeschreven verwijskaarten en naar het gemiddeld aantal opnamen per specialisme (beide in vergelijking met het landelijk gemiddelde), dan blijkt dat Almere vrijwel altijd aan de lage kant zit. Uitzonderingen hierop zijn gynaecologie/verloskunde en kindergeneeskunde. Deze specialismen nemen aanzienlijk meer verwijskaarten en opnamen voor hun rekening dan elders in Nederland. Beide specialismen hangen samen met de jonge, snelgroeiende bevolking van Almere. De relatief wat hoge opnamecoëfficiënt zou mogelijk gedeeltelijk te verklaren zijn door de nieuwe bevolking ('ontworteld'), de nieuwe praktijken van de huisarts (wennen aan de nieuwe patiënten en zijn vak nog 'leren') als ook het ruime ziekenhuisaanbod (in bedden) van het Gooi en Amsterdam.

In 1982 waren 71 bedden bezet door de Almeerse bevolking. Uitgaande van de planningsnorm van 90%-bezettingsgraad, dienen echter 79 bedden beschikbaar te zijn. Wanneer de 3.7% norm (voor 1990) uit de WZV toegepast wordt op de bevolking van Almere in 1982, zijn minder bedden toegestaan. Vergelijken met het Nederlandse gemiddelde ziekenhuis-gebruik, gecorrigeerd naar leeftijd gezien de relatief jonge bevolking in Almere, ligt het aantal opnames ca 4% hoger, het aantal verpleegdagen ca 4% lager en de verpleegduur ca. 9% lager.

Verpleeghuizen

De opnamecoëfficiënt in verpleeghuizen (0,42) ligt in Almere ver onder het gemiddelde in Nederland (2,74), hetgeen gezien de relatief jonge bevolking te verwachten is.

Voor wat betreft de overige sectoren, zoals psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen en verzorgingstehuizen, valt momenteel in concluderende zin weinig te zeggen vanwege het geringe aantal opnamen en het gebrek aan betrouwbare gegevens.

D. Bestuurlijke Structuur (zie hoofdstuk 5)

Het wettelijk kader in Almere wijkt thans nauwelijks af van elders in Nederland. Afwijkend zijn:

- de bevoegdheid van het ziekenfonds voor Almere ook t.a.v. huisartsen overeenkomsten te wijzigen via ontheffing van artikel 47 van de Ziekenfondswet
- het ontbreken van het provinciale niveau, waardoor Binnenlandse Zaken de provinciale verantwoordelijkheid draagt.
- de aanwezigheid van de Stuurgroep van het Project Gezondheidszorg Almere als adviesorgaan voor zowel de gemeente Almere als WVC.

De bestuurlijke wetgeving voor de diverse voorzieningen (eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening etc.) is dan ook zeer verschillend t.a.v. formele planningsbevoegdheden, bevoegdheidsverdeling tussen de overheden (Rijk, provincie, en gemeente planprocedures, advies- en overlegstructuur etc..

Binnenlandse Zaken, die de provinciale verantwoordelijkheden draagt, is op grond van een aanwijzing gestart met een planprocedure volgens de Wet Ziekenhuis Voorzieningen voor algemene ziekenhuizen, de verpleeghuizen en de algemeen psychiatrische bedden voor geheel Flevoland. De gemeente Almere heeft thans wettelijk slechts de bevoegdheid het maatschappelijk werk te 'plannen' en een gezondheidsdienst in te richten. Overigens is er momenteel slechts een enkele voorziening (de eerstelijnsgezondheidszorg) waarvan het verzorgingsgebied samenvalt met het gebied Almere-Zeewolde.

In de toekomst (niet voor medio 1985) hoopt de gemeente Almere via de experimentstatus ex artikel 41 van de Wet Voorziening Gezondheidszorg, de bevoegdheden te verkrijgen de vestiging van individuele beroepsbeoefenaren in Almere te reguleren. Bij sectorale invoering van de WVG zal de gemeente Almere de eerstelijnsgezondheidszorgvoorzieningen kunnen plannen. Vooruitlopen op de invoering van de WVG (straks WGM) fungeert de stuurgroep PGA als een gemeentelijke adviescommissie met betrekking tot het planning- en vestigingsbeleid (ex WVG) ten aanzien van de eerstelijns. Tevens adviseert de stuurgroep de 'provincie' (i.c. Binnenlandse Zaken) ten behoeve van provinciale plannen met betrekking tot de tweede-lijnszorg (ex WZV) voorzover het voorzieningen in Almere betreft.

1. INLEIDING

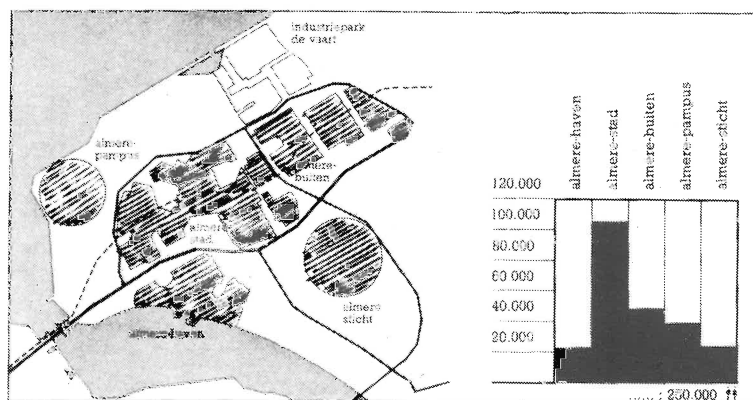
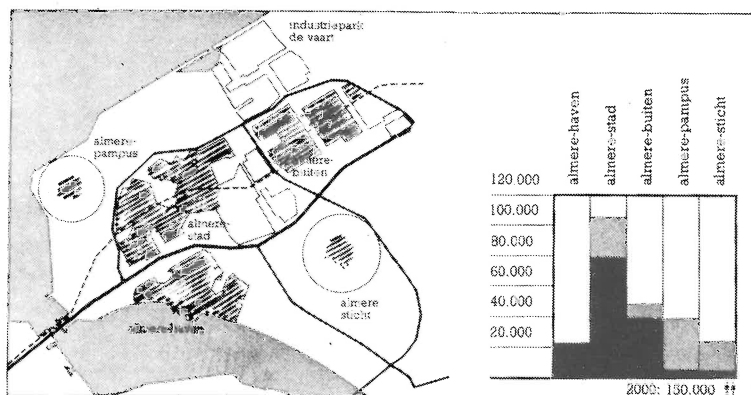
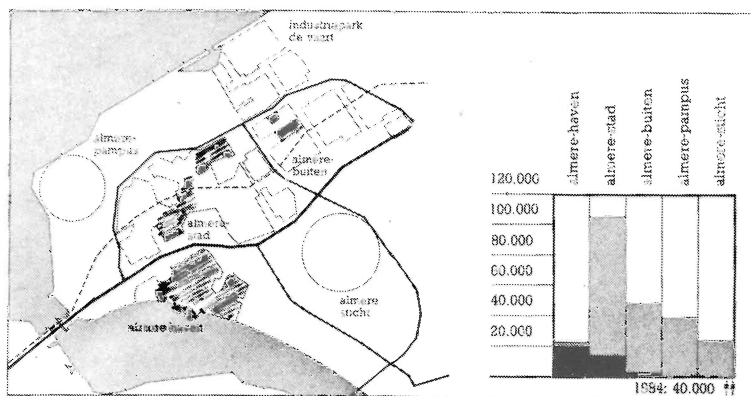
Het experiment Almere

Waar andere steden soms kunnen bogen op een geschiedenis van vele eeuwen, bestrijkt de historie van Almere slechts een periode van veertien jaar. In feite gaat zij terug naar 15 maart 1971, als in de Staatscourant het regeringsbesluit wordt gepubliceerd dat op het tegenover Naarden en Huizen gelegen deel van de in mei 1968 drooggevalle polder Zuidelijk Flevoland een nieuwe stad zal worden gebouwd. De naam van de gemeente: Almere. De nieuwe stad Almere zou in het jaar 2000 plaats moeten bieden aan 125.000 tot 250.000 inwoners, verspreid over meerdere stadsdelen. Een ontwikkeling van Almere past in het beleid van de overheid zoals geformuleerd in o.a. de verstedelijkingsnota en het groeikernbeleid van het Ministerie van VRO.

Tussen het starten van de zandopspuitingen ten behoeve van Almere-Haven in '72 en het tijdstip van 1-1-1984 als Almere officieel wordt opgenomen in de lijst van Nederlandse gemeenten, is het meest in het oog springend de spectaculaire groei van het inwonertal. Van 221 inwoners in 1976 groeit Almere naar een inwonertal van ruim 33.000 op 31 december 1983. Het merendeel hiervan is woonachtig in het zo goed als voltooide Almere-Haven. Almere-Stad en Almere-Buiten zullen tot het jaar 2000 uit moeten groeien tot stadsdelen met respectievelijk 70.000 en 30.000 inwoners. Deze ontwikkeling is weergegeven in figuur 1.1.

Naast een proefgebied voor planners op het terrein van bouwen en wonen, biedt een nieuwe gemeente ook de mogelijkheid te experimenteren met een nieuwe opzet van de gezondheidszorg. Voor Almere betekent dit een versterkte eerstelijnsgezondheidszorg als fundament voor een tweedeelijnsgezondheidszorg die in belangrijke mate aanvullend en ondersteunend zal zijn. Een dergelijk stelsel van voorzieningen moet resulteren in een gezondheidszorg die, in vergelijking tot het traditionele systeem, beter van kwaliteit is tegen acceptabele kosten. Achterliggende gedachte hierbij is dat een verschuiving van de (dure) tweedelijns naar de (goedkopere) eerstelijns, maar ook binnen de tweedelijns van klinische behandeling naar een behandeling op poliklinisch niveau, een tweeledig effect heeft.

FIGUUR 1.1 Ontwikkeling van Almere tussen 1984 en 20..
(Bron: Gemeente Almere)



Enerzijds worden de kosten gedrukt; daarnaast wordt de gezondheidszorg dichter naar de mensen toegebracht, hetgeen kwaliteitsverhogend kan werken. Een noodzakelijke voorwaarde is dat de eerstelijns gezondheidszorg ook in staat moet zijn de haar toebedeelde taak naar behoren te kunnen vervullen. Dit houdt in een versterking niet alleen in kwantitatief maar ook in kwalitatief opzicht, waarbij onderlinge samenwerking en samenhang een belangrijke rol spelen.

Voor de realisatie van het experiment met de gezondheidszorg in Almere werd een projectplan en een projectorganisatie tot stand gebracht: het projectplan gezondheidszorg Almere en de stuurgroep Gezondheidszorg Almere. Hoofddoelstelling van het projectplan luidt:

Het in Almere tot stand brengen en in stand houden van een in bestuurlijk, structureel en functioneel opzicht samenhangend geheel van voorzieningen, welke aan de bevolking een aan haar behoeften afgestemde gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening biedt, van optimale kwaliteit tegen acceptabele kosten (Projectplan Gezondheidszorg Almere, 1983, pag. 5).

Of deze doelstelling en de hierop gebaseerde subdoelstellingen in de praktijk zullen worden gerealiseerd zal de toekomst uit moeten wijzen. Voor het beantwoorden van de vraag, of het huidige stelsel van zorgvoorzieningen in Almere een gunstig klimaat biedt voor het welslagen van het experiment, hoopt dit rapport een steentje te kunnen bijdragen.

Indeling van het rapport

Het geven van een situatieschets van Almere brengt met zich mee dat er een groot aantal gegevens moeten worden verzameld. Het betreft hier gegevens over Almere zelf, alsmede over de instellingen op het gebied van de (gezondheids)zorg waarvan de Almeerse bevolking gebruik maakt of zou kunnen maken. Uitgangspunt in dit rapport is de situatie op 1-1-1983. Voor het nemen van deze datum zijn twee overwegingen aan te voeren. Een praktische overweging is dat de voor een cijfermatige weergave van een situatie op 1-1-1984 benodigde gegevens vaak (nog) niet beschikbaar.

zijn. Daarnaast ligt de datum van 1-1-1983 dicht bij de feitelijke datum waarop het gehele project Gezondheidszorg Almere is gestart. Zijn gegevens over 1983 beschikbaar dan worden zij vermeld; ontbreken ook voor 1982 gegevens, dan wordt materiaal van eerdere jaren gebruikt of wordt aangegeven dat de gegevens volledig afwezig zijn.

Het rapport zelf bevat naast deze inleiding vier hoofdstukken. Het hoofdstuk dat volgt op de inleiding biedt een demografisch/sociaal economische beschrijving van Almere. In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de bevolkingsontwikkeling en woningbouw in Almere, alsmede op de beroepsbevolking en werkgelegenheid. Zo mogelijk zal worden aangegeven waar Almere afwijkt van de rest van Nederland; het onderkennen van deze verschillen kan belangrijk zijn bij de interpretatie van gegevens over het gebruik van gezondheidsvoorzieningen.

Hoofdstuk drie begint met een algemeen overzicht van de situatie in de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere. Vervolgens wordt in dit hoofdstuk een overzicht gepresenteerd van alle instellingen en organisaties op het terrein van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening die in Almere zijn gevestigd of waarvan de Almeerse bevolking gebruik kan maken.

Hoofdstuk vier kent dezelfde opbouw doch nu voor de tweedelijnsvoorzieningen. Nu al kan worden opgemerkt dat op het tijdstip van samenstelling van dit rapport de bevolking van Almere voor het gebruik van voorzieningen in de tweedelijns in hoofdzaak aangewezen was op instellingen buiten Almere.

Hoofdstuk vijf bevat een korte beschrijving van de bestuurlijke structuur van Almere op dit moment. Dit hoofdstuk kan worden gezien als een eerste aanzet voor een meer uitgebreide rapportage over de bestuurlijke samenhang, waarover medio 1985 een interim rapport zal verschijnen.

Het rapport zal worden afgesloten met een overzicht van de gebruikte literatuur en een aantal bijlagen.

2. ALMERE; EEN STRUCTUURSCHETS

Algemeen

Almere is in meer dan één opzicht een bijzondere gemeente. Waar het de gezondheidszorg betreft, zal dit bijzondere karakter aan de orde komen in de hoofdstukken 3 t/m 5. In dit hoofdstuk staat de bevolking van Almere centraal. 1) Aan de hand van een structuurschets van de jonge gemeente zal duidelijk worden dat Almere in een aantal gezichten afwijkt van de gemiddelde Nederlandse situatie. In de volgende sub-paragrafen zullen aan de orde komen de bevolkingsontwikkeling en de woningbouw in Almere. Daarna zal worden ingegaan op de beroepsbevolking en werkgelegenheid. Voorafgaand aan deze demografisch/sociaaleconomische schets zal kort worden ingegaan op de geografische positie van Almere.

2.1 Het geografisch gebied

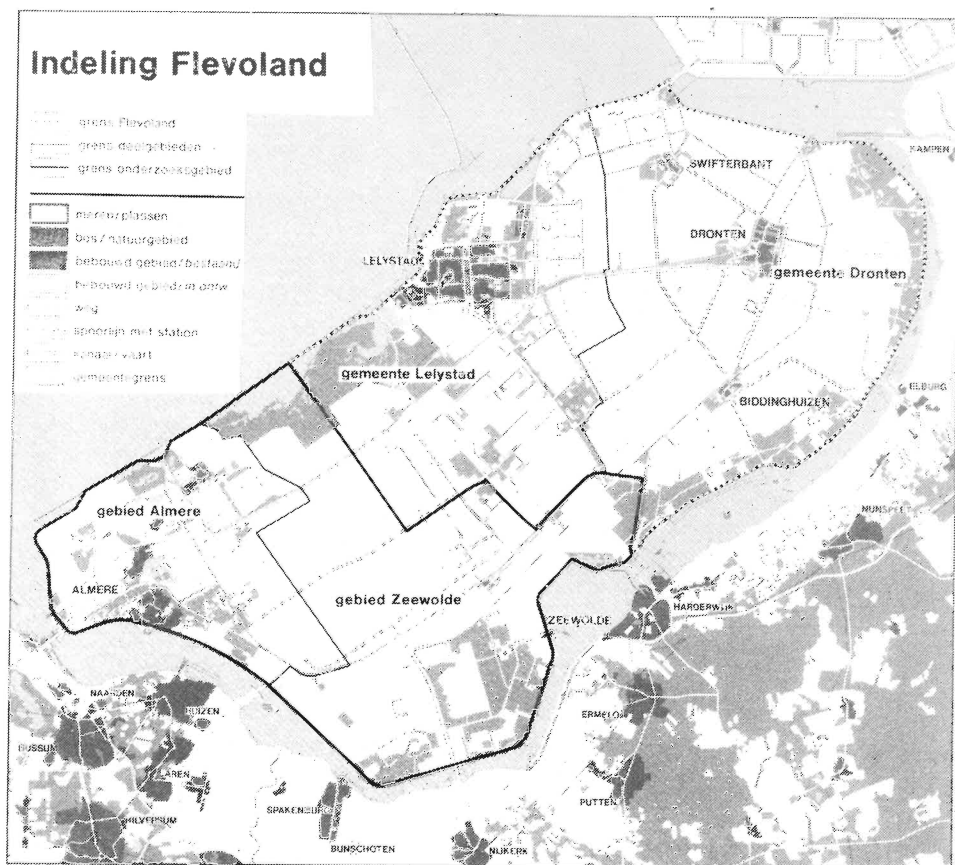
Almere ligt in het gedeelte van de Zuidelijke IJsselmeerpolders dat pas op 28 mei 1968 is drooggefallen en verkeert derhalve nog in een opbouwfase. Figuur 2.1 geeft een overzicht van geheel Flevoland. Afzonderlijk aangegeven zijn het gebied van de gemeente Almere en het gebied van het o.l. ZIJP (Almere + Zeewolde).

- 1) Almere is een zelfstandige gemeente sinds 1-1-1984. Tot die datum was er in Zuidelijk Flevoland nog sprake van een uitzonderlijke bestuursvorm, namelijk het openbaar lichaam 'Zuidelijke IJsselmeerpolders' (o.l. ZIJP), de bestuurlijke voorloper van de huidige gemeenten Almere en Zeewolde. Om deze reden zal in het vervolg van dit rapport worden gesproken van het o.l. ZIJP als het gaat om het gebied waarvan zowel Almere als Zeewolde deel uitmaken. Wordt expliciet ingegaan op de situatie in de stadsdelen van wat nu als de gemeente Almere te boek staat, dan zal worden gesproken over Almere. In de praktijk vallen vooral waar het cijfers over de bevolking betreft, beide namen zo goed als samen.

Almere wordt aan drie zijden omsloten door water. In het bijzonder deze aanwezigheid van het Gooimeer en het IJsselmeer zijn van invloed op het aantal recreanten dat (vooral 's-zomers) in de omgeving van Almere verblijft.

Voor een verblijf van langere duur kan men in Almere terecht op één kampeerterrein (capaciteit 600 personen) en bij één jachthaven met een capaciteit van 440 ligplaatsen. De totale capaciteit voor verblijfsrecreatie in Zuidelijk Flevoland bedroeg op 31-12-1982 ongeveer 12.000 personen.

FIGUUR 2.1 Gebiedsindeling Flevoland (Bron: ZIJP)

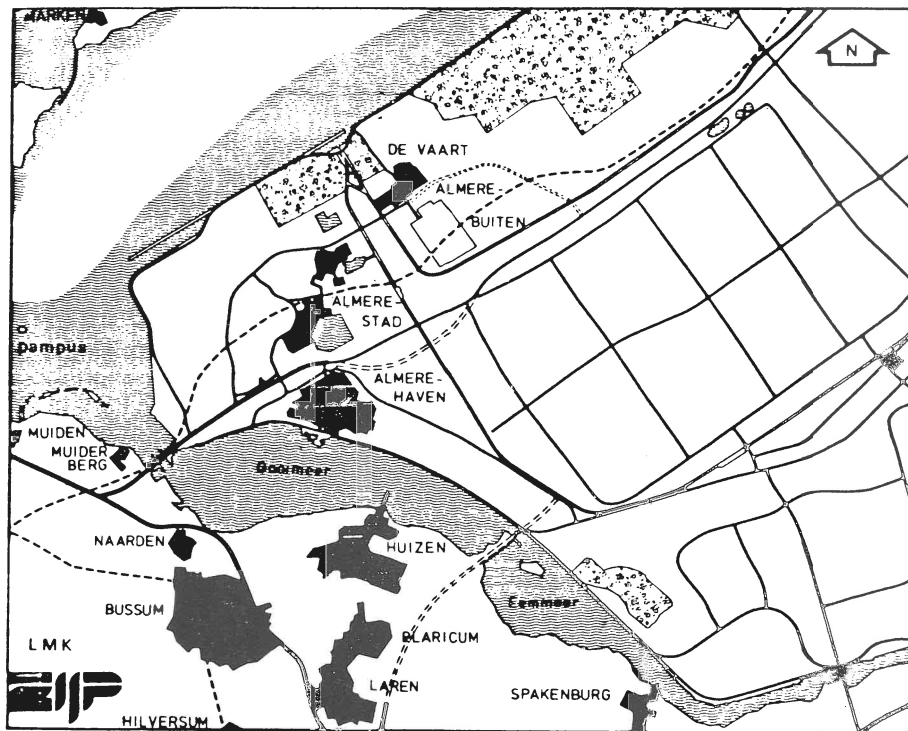


Het merendeel van deze verblijfsplaatsen ligt rond Zeewolde en zijn voor de studie over Almere van ondergeschikt belang. Wel belangrijk is het aantal verblijfsrecreanten op het kampeerterrein. In 1982 werden hier 7800 overnachtingen geteld; in 1983 overnachtten hier 11.380 personen. Op een totale bevolking van ruim 27.000 inwoners in 1982, zijn deze verblijfsrecreanten met name in de zomer een factor waar in beperkte mate rekening mee dient te worden gehouden bij het gebruik van de medische voorzieningen in Almere.

In aantal belangrijker dan de verblijfsrecreatie is voor Almere de dagrecreatie. De twee grootste bos- en recreatiegebieden zijn de Noorderplassen en de Almeerderhout, elk met een oppervlak van ca. 1000 ha.. Andere recreatiegebieden zijn Pampushout, het Kromslootpark, Overvaart en de stranden langs het Gooimeer nabij Almere-Haven. Van deze stranden (Muiderstrand, Zilverstrand en Voorlanden) zijn alleen voor het Muiderstrand bezoekersaantallen bekend. In de maanden mei t/m september vertoefden hier zowel in 1982 als 1983 bijna 400.000 mensen. Strandbezoekers, kunnen, bijvoorbeeld voor EHBO, gebruik maken van de Almeerse voorzieningen. Over de mate waarin dit gebeurt zijn geen gegevens beschikbaar. De overige dagrecreatievoorzieningen zullen relatief het meest gebruikt worden door mensen die toch al in Almere wonen.

De gemeente Almere zelf is opgebouwd uit een aantal kernen, waarvan Almere-Haven grotendeels is voltooid. Almere-Stad en Almere-Buiten bevinden zich beide nog aan het begin van hun ontwikkeling. Een schematisch overzicht van de ligging van deze stadsdelen en van het bedrijventerrein 'de Vaart' geeft figuur 2.2.

FIGUUR 2.2 Almere met deelgebieden (Bron: ZIJP)



2.2 Bevolkingsontwikkeling

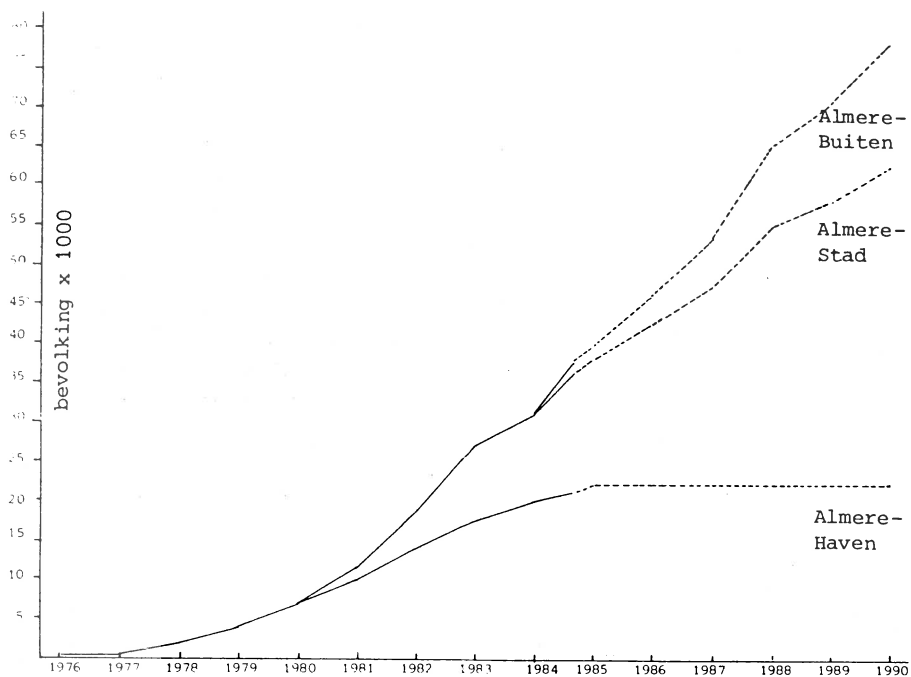
De behoefte aan en het gebruik van voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg wordt in belangrijke mate bepaald door de bevolking die in een gemeente aanwezig is. Van essentieel belang is natuurlijk het absolute aantal inwoners van een gemeente, alsmede de groeiverwachting. Daarnaast spelen ook specifieke kenmerken een rol, zoals de verdeling mannen-vrouwen, de leeftijdsopbouw van een bevolking en, bij een gemeente die nog aan het begin staat van de ontwikkeling, de herkomst van de bewoners. Immers, het is bekend dat vrouwen vaker een beroep doen op bijvoorbeeld de huisarts dan mannen, terwijl hetzelfde geldt voor ouderen versus jongeren. Een relatief jonge bevolking zal daarentegen bijzondere eisen stellen aan de voorzieningen op het gebied van de verloskunde. Ten aanzien van de herkomst van de bevolking is het voorstelbaar dat een bevolking afkomstig uit een grote stad, waar voorzieningen als een ziekenhuis als het ware 'om de hoek' liggen, een ander gebruik maken van gezondheidszorgvoorzieningen dan bewoners afkomstig uit kleinere gemeenten, waar dezelfde voorzieningen vaak moeilijk bereikbaar zijn.

In deze paragraaf zal blijken dat de bevolking van Almere op een aantal punten afwijkt van de gemiddelde Nederlandse situatie. Aan de orde komen de bevolkingsgroei, herkomst en bestemming van de Almeerse bevolking en de verdelingen naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en gezinsopbouw.

2.2.1 De groei van de bevolking

Met het uitreiken van de sleutels aan de eerste officiële bewoner van Almere-Haven op 30 november 1976, start een bevolkingsgroei die naar verwachting zal voortduren tot in de 21^e eeuw. Van 174 inwoners op 31-12-1976 gaat het inwonertal van Almere naar 33.154 op 31-12-1983 (RIJP, 1984). Niet voor niets wordt men bij het binnenkomen van Almere dan ook verwelkomd met het bord 'Almere, de snelstgroeiende gemeente van Nederland'. Een overzicht van de bevolkingsgroei tussen 1975 en 1983 voor Almere, uitgesplitst naar Almere-Haven, Almere-Stad en Almere-Buiten geeft figuur 2.3.

FIGUUR 2.3 Bevolkingsgroei in Almere tussen 1976 en 1980, naar stadsdeel (Bron: ZIJP)

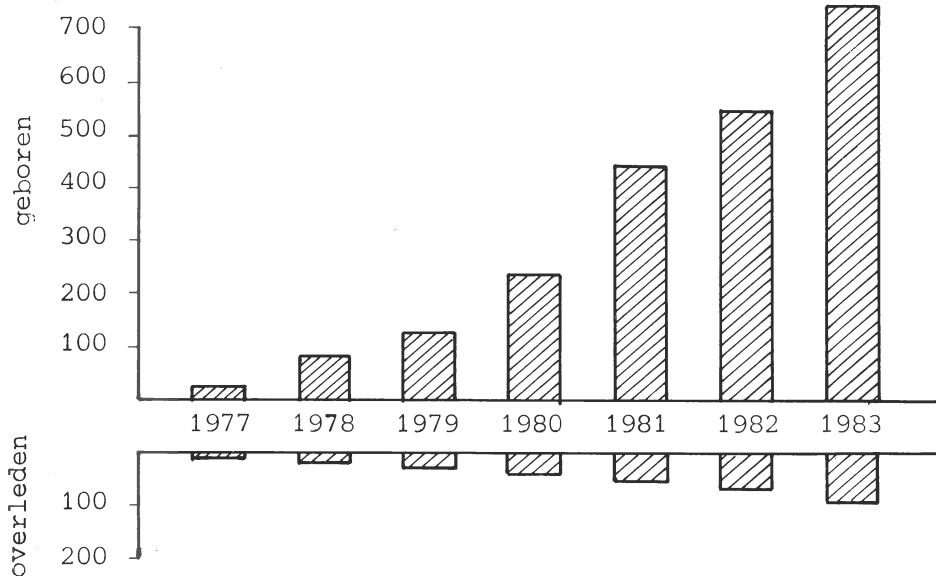


In dezelfde periode groeide de Nederlandse bevolking van ca. 13.6 miljoen op 1 januari 1975 naar 14.4 miljoen op 1 januari 1984 (BCS, 1984). Deze bevolkingsgroei is de resultante van twee componenten. De eerste hiervan is het geboorteoverschot; het verschil tussen het aantal geboorten en het aantal personen dat komt te overlijden. De tweede component is het vestigingsoverschot, waarin het verschil tussen het aantal personen dat zich in een gebied vestigt en het aantal dat weer uit hetzelfde gebied vertrekt wordt uitgedrukt. Zowel met betrekking tot het geboorteoverschot als het vestigingsoverschot voor de jaren tussen 1977 en 1983 zijn cijfers beschikbaar voor het openbaar lichaam ZIJP. Het geboorteoverschot, opgebouwd uit de geboorte- en sterftecijfers is weergegeven in figuur 2.4a. Het vestigingsoverschot voor zover het de binnenlandse migratie betreft, opgebouwd uit de gevestigde en vertrokken personen, wordt weergegeven in figuur 2.4b. De figuren 2.4a en 2.4b laten in het bijzonder als we het verschil in schaal van de figuren in gedachte houden, overduidelijk zien, dat de groei van Almere in de eerste plaats afkomstig is van de vestiging van nieuwe bewoners. De toename door het vestigingsoverschot is meer dan tienmaal zo groot als de toename door het geboorteoverschot.

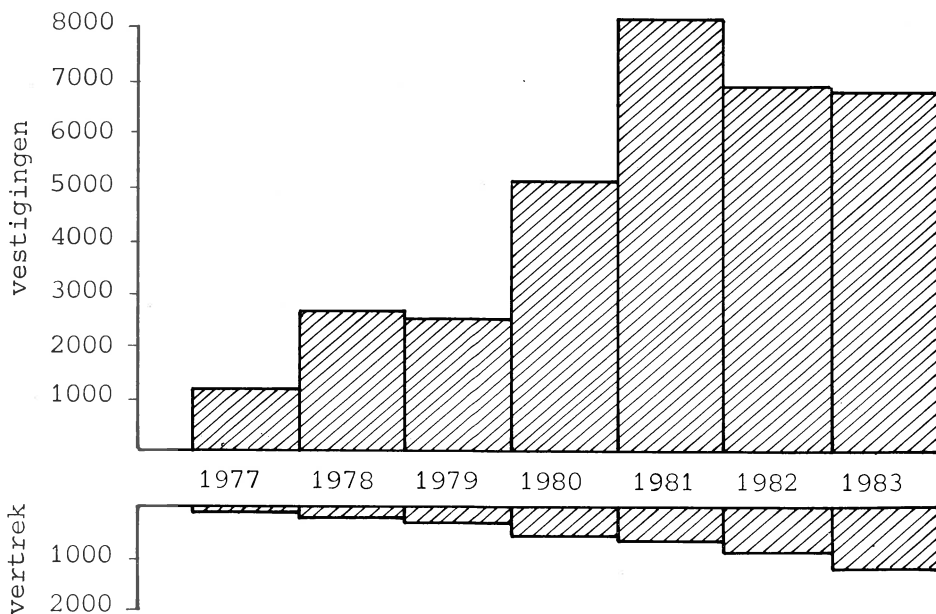
In verhouding tot zowel het aantal geboorten als vestigingen, zijn de aantallen mensen die in Almere komen te overlijden of uit Almere vertrekken door te verhuizen, zeer klein. Geboorte- en sterftecijfers voor Almere kunnen worden vergeleken met dezelfde cijfers voor geheel Nederland. Per 1000 inwoners worden in het o.l. ZIJP tussen 1978 en 1978 en 31-12-1983 gemiddeld 24.5 kinderen per 1000 inwoners geboren. Voor geheel Nederland ligt het geboortecijfer per 1000 inwoners op 12.3 (RIJP 1984). In Almere is het geboortecijfer per 1000 inwoners twee keer zo hoog als het cijfer voor geheel Nederland. Het sterftecijfer per 1000 inwoners in het o.l. ZIJP kan voor de periode tussen 1978 en 1982 worden vastgesteld op 2.7 sterfgevallen per 1000 inwoners. Voor

- 1) In verhouding tot de binnenlandse migratie, is de buitenlandse migratie van relatief gering belang. In de jaren 1976 t/m 1982 bedroeg het vestigingsoverschot ten gevolge van buitenlandse migratie respectievelijk 0, -1, 20, 36, 52, 84 en 117 personen (Bron: o.l. ZIJP).

Figuur 24a: Geboorten en overledenen in het o.l.ZIJP tussen 1976 en 1983 (bron: RIJP)



Figuur 24b: Vestigingen en vertrek (binnenland) in het o.l. ZIJP tussen 1976 en 1983 (bron: RIJP)



geheel Nederland bedraagt het vergelijkbare cijfer: 8.1. Deze cijfers duiden op een oververtegenwoordiging van het aantal gezinnen in de vruchtbare leeftijd en een ondervertegenwoordiging van het aantal ouderen; een conclusie die zal worden gesteund als we de bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht voor Almere vergelijken met geheel Nederland in een van de volgende paragrafen.

Een overzicht van de loop van de bevolking in het o.l. ZIJP voor de jaren 1981 en 1982, uitgesplitst op wijkniveau, wordt gegeven in bijlage 1. Een totaaloverzicht van de vestigings- en vertrekcijfers tussen 1977 en 1983 geeft tabel 2.1

Tabel 2.1: Overzicht vestiging en vertrekcijfers voor het o.l. ZIJP tussen 1-1-1977 en 31-12-1983 (Bron:RIJP)

Gevestigd in o.l. ZIJP voor 1977	231 personen
Gevestigd tussen 1977 en 1983	34.431 personen
Bevolkingsaanwas via geboorteoverschot tussen 1977 en 1983	1.966 personen
Aanwas via grenscorrectie en administratieve correctie	166 personen
	_____ +
subtotaal	36.794 personen
Vertrokken uit het o.l. ZIJP tussen 1977 en 1983	2.937 personen
	_____ -
eindtotaal	33.857 personen

2.2.2 Herkomst en bestemming

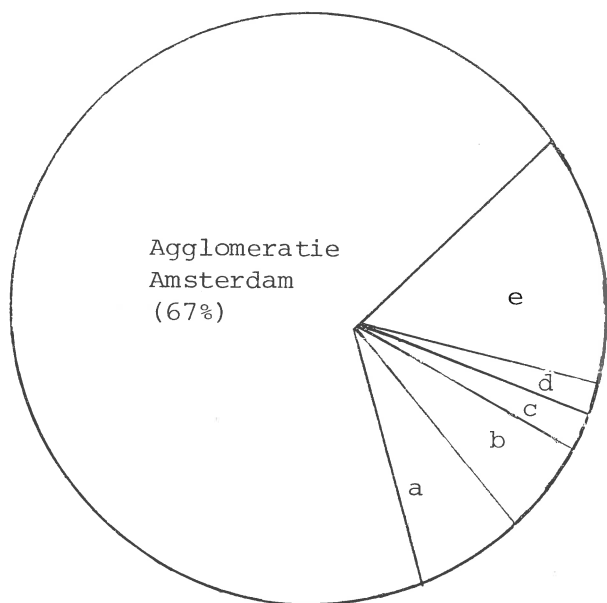
Een van de uitgangspunten bij de opzet van Almere was, dat zou worden gebouwd in het bijzonder ten behoeve van Amsterdam en het Gooi. Deze sterke gerichtheid op met name Amsterdam zou belangrijke consequenties kunnen hebben op de vraag naar medische zorg. De opnamecoëfficiënt voor de ziekenhuizen in Amsterdam (zie subparagraaf 4.1.5) is relatief hoog. Dit zou kunnen wijzen op een zorgmodel waarbij de bevolking, mede doordat ziekenhuisvoorzieningen 'naast de deur liggen', sterk gericht is op tweedelijnsvoorzieningen. Verhuist men naar Almere dan is het denkbaar dat de gewoontes Amsterdam hun weerslag hebben op het gebruik aan Almeerse voorzieningen in de eerste- en tweedelijns. Een groot percentage van de bevolking afkomstig uit Amsterdam, maakt het noodzakelijk extra aandacht te schenken aan bijvoorbeeld verwijs- en opnamecijfers. Los van het feit of de grote stad waaruit men afkomstig is nu Amsterdam is of een andere plaats, blijft het een gegeven dat het gebruik aan medische voorzieningen samenhangt met de urbanisatiegraad van de regio. Hoe hoger de urbanisatiegraad, hoe meer men gebruik maakt van medische voorzieningen. Het is daarom interessant te bekijken wat de herkomst is van de mensen die zich in Almere hebben gevestigd.

Van de 34.431 personen die tussen 1977 en 1983 in het o.l. ZIJP zijn komen wonen, is de herkomst bekend. Deze herkomsten zijn weergegeven in figuur 2.5/tabel 2.2.

Van de totale Almeerse bevolking blijkt bijna 83% afkomstig te zijn uit de provincie Noord-Holland. Van deze 83% is ruim 80% weer afkomstig uit de agglomeratie Amsterdam, welke bestaat uit de gemeenten Amsterdam, Amstelveen, Diemen en Ouder-Amstel. Het aandeel van Amsterdammers in de Almeerse bevolking bedraagt derhalve 67%.

Hoewel minder spectaculair qua aantal - tussen 1977 en 1982 verlieten slechts 1673 personen het gebied van het o.l. ZIJP is een soortgelijk plaatje te maken voor de in deze periode uit het gebied vertrokken personen. Dit is gedaan in figuur 2.6/tabel 2.3.

FIGUUR 2.5. en tabel 2.2: Herkomst van personen die zich tussen 1-1-1977 en 31-12-1983 in het o.l. ZIJP hebben gevestigd (Bron:RIJP)



a= Groningen, Friesland, Drenthe, Overijssel, Gelderland, Zeeland, Noord-Brabant en Limburg (3%)

b= Utrecht en Zuid-Holland (6%)

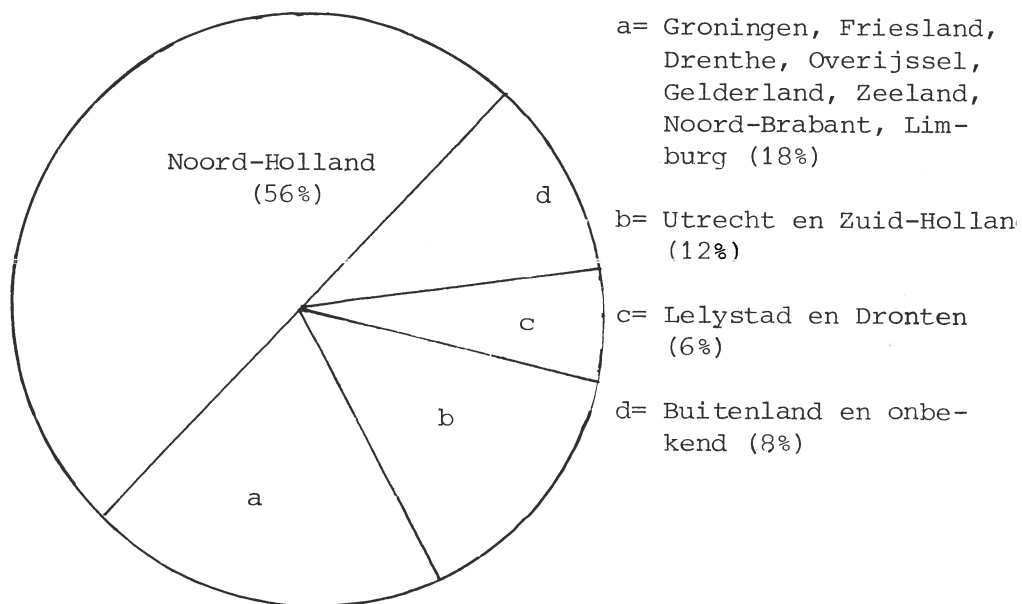
c= Lelystad en Dronten (3%)

d= Buitenland + Onbekend (2%)

e= overig Noord-Holland (15%)

	abs.	%		abs	%
Groningen	204	0.6	Zeeland	78	0.2
Friesland	232	0.7	Nrd. Brabant	304	0.9
Drenthe	119	0.3	Limburg	132	0.4
Overijssel	461	1.3	Lelystad	678	2.0
Gelderland	780	2.3	Dronten	341	1.0
Utrecht	1.090	3.2	Buitenland	534	1.6
Nrd.Holland	28.446	82.6	Onbekend	40	0.1
(Amsterdam)	(23.141)	(67.2)			
Zuid-Holland	992	2.9			
			Totaal	34.431	100.1

FIGUUR 2.6 en Tabel 2.3 Bestemming van personen die tussen 1-1-1977 en 31-12-1983 het o.l.ZIJP verlieten (Bron: RIJP)



	abs.	%		abs	%
Groningen	35	1.2	Zeeland	10	0.3
Friesland	46	1.6	Nrd. Brabant	76	2.6
Drenthe	29	1.0	Limburg	34	1.2
Overijssel	72	2.5	Lelystad	133	4.5
Gelderland	213	7.3	Dronten	43	1.5
Utrecht	196	6.7	Buitenland	195	6.6
Noord-Holl.	1.650	56.2	Onbekend	46	1.6
Zuid-Holl.	159	5.4			
			Totaal	2.937	100.2

Ook uit deze tabel blijkt een grote gerichtheid op Noord-Holland, terwijl daarnaast relatief veel personen vanuit Almere vertrekken naar Gelderland, Zuid-Holland, Utrecht en het buitenland. Een toedeling van de uit het Openbaar Lichaam vertrekkende personen, naar Amsterdam en de rest van de provincie Noord-Holland is niet gemaakt. Wel is bekend dat van de 425 personen die in 1982 naar Noord-Holland verhuisden, er 258 de agglomeratie van Amsterdam als bestemming hadden. Dit komt neer op bijna 61% van het totale aantal mensen dat uit Almere naar Noord-Holland verhuisde (RIJP, 1983b)

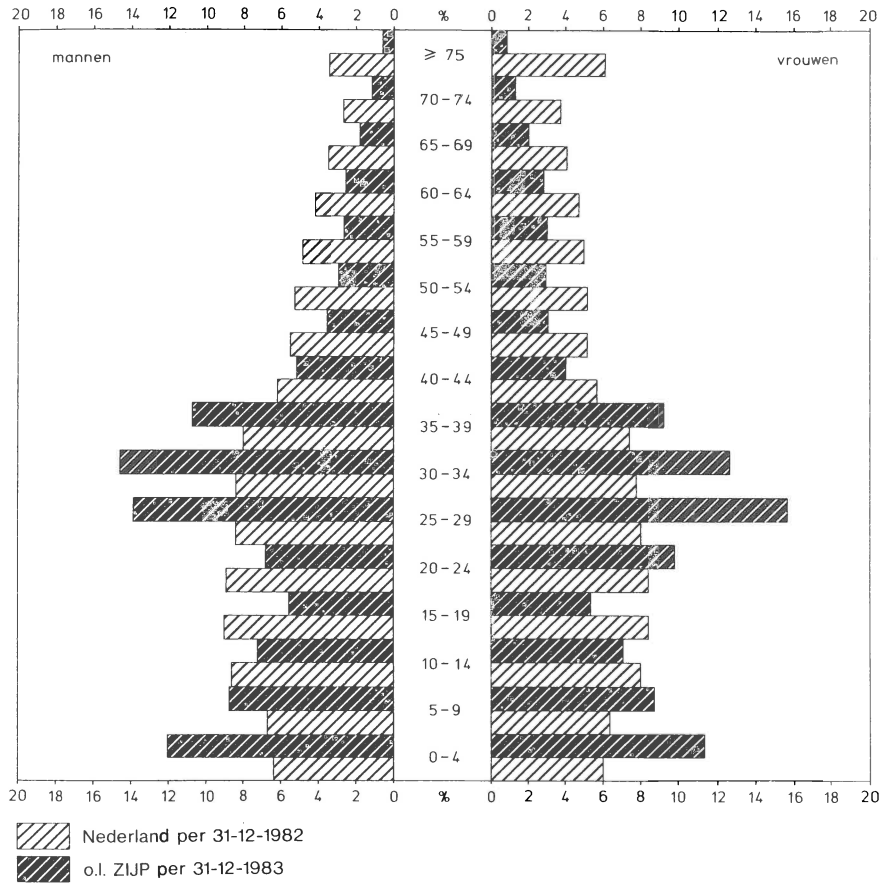
Samenvattend kan worden geconstateerd dat Almere inderdaad een bijzonder snelgroeiende bevolking heeft. De enorme groei is in hoofdzaak afkomstig van het vestigingsoverschot en in veel mindere mate van het geboorte-overschot. Met betrekking tot de geboorte- en sterftcijfers vertoont Almere een beeld wat afwijkt van de gemiddelde Nederlandse situatie. Het geboortecijfer ligt aanmerkelijk hoger, het sterftcijfer aanzienlijk onder het gemiddelde voor Nederland. Van de personen die zich in de loop der jaren in Almere hebben gevestigd is 2/3 afkomstig uit Amsterdam en omgeving. Gaan we er vanuit dat het relatief hoge gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen in Amsterdam althans gedeeltelijk wordt gecontinueerd in Almere, dan zal dit hoge percentage ex-Amsterdammers (andere factoren daargelaten) naar verwachting resulteren in relatief hoge cijfers voor gebruik van zorgvoorzieningen in Almere.

2.2.3 Bevolking naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat

Een van de achterliggende gedachten in de vorige paragraaf was dat herkomst van personen van invloed is op de mate waarin gebruik wordt gemaakt van instelling op het terrein van de medische en maatschappelijke zorg. Met betrekking tot andere persoonskenmerken kunnen vergelijkbare uitspraken worden gedaan. Van ouderen en kleine kinderen is bekend dat zij relatief veel gebruik van medische voorziening maken, terwijl hetzelfde geldt voor vrouwen ten opzichte van mannen. Indien Almere, wat samenstelling van de bevolking naar leeftijd en geslacht betreft, zou afwijken van de gemiddelde Nederlandse situatie, dienen deze afwijkingen te worden betrokken in de interpretatie van gegevens over het gebruik van (medische) zorg.

De verdeling van de bevolking van het Openbaar Lichaam ZIJP naar leeftijd en geslacht in vergelijking met Nederland geven **figuur 2.7** en tabel 2.4.

FIGUUR 7: Bevolking van o.l. ZIJP en Nederland in percentage (Bron: RIJP/CBS) naar leeftijdsgroep en geslacht op 31-12-1983.



Tabel 2.4: Bevolking van o.l. ZIJP en Nederland naar leeftijds-
groep en geslacht in percentages op 31-12-1983.

LEEFTIJD- GROEP	GEBIED O.L. ZIJP			NEDERLAND		
	M	V	Totaal	M	V	Totaal
0- 4 jr.	12.0	11.4	11.7	6.4	6.0	6.2
5- 9 jr.	8.7	8.7	8.7	6.7	6.3	6.5
10- 14 jr.	7.2	7.1	7.2	8.6	8.0	8.3
15- 19 jr.	5.5	5.4	5.5	9.0	8.4	8.8
20- 24 jr.	6.8	9.8	8.3	8.9	8.4	8.7
25- 29 jr.	13.9	15.8	14.8	8.4	8.0	8.2
30- 34 jr.	14.6	12.7	13.6	8.4	7.8	8.1
35- 39 jr.	10.7	9.2	10.2	8.0	7.4	7.7
40- 44 jr.	5.2	4.0	4.6	6.2	5.7	6.0
45- 49 jr.	3.5	3.0	3.3	5.5	5.2	5.4
50- 54 jr.	3.0	2.9	3.0	5.3	5.2	5.2
55- 59 jr.	2.7	3.0	2.8	4.8	5.0	5.0
60- 64 jr.	2.6	2.8	2.7	4.2	4.7	4.5
65- 69 jr.	1.8	2.0	1.9	3.5	4.1	3.8
70- 74 jr.	1.2	1.3	1.2	2.7	3.7	3.1
75 jr. en ouder	0.6	0.9	0.7	3.4	6.2	4.8
TOTAAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

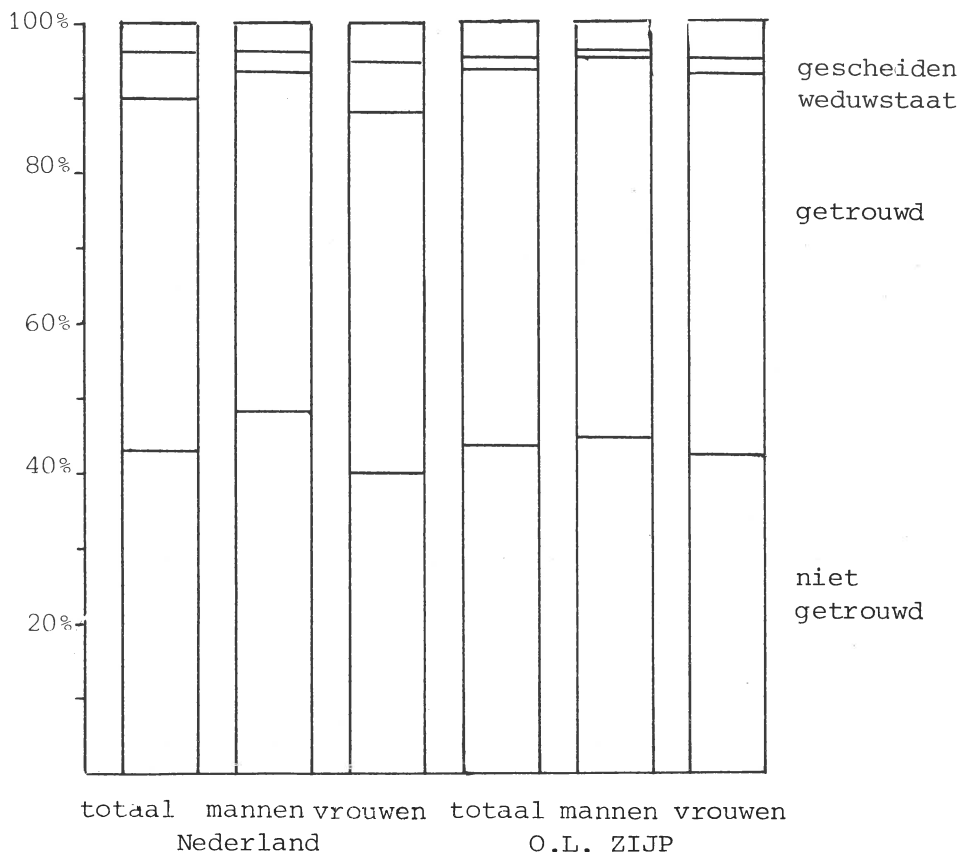
Tabel 2.4 laat voor wat het Openbaar Lichaam betreft een sterke oververtegenwoordiging zien van de leeftijdsgroepen tussen 25 en 39 jaar, alsmede voor de groep tussen 0 en 4 jaar, en in iets mindere mate voor de groep 5-9jarigen. Vanaf 40 jaar zijn alle leeftijdsklassen in het o.l. ZIJP ondervertegenwoordigd in vergelijking tot Nederland. Deze conclusies gelden zowel voor mannen als voor vrouwen. Duidelijk is dat met deze specifieke leeftijdsopbouw rekening moet worden gehouden als het gaat om de consumptie van (medische) zorg. Een wat leeftijd betreft relatief jonge, gezonde bevolking zal minder medische zorg vragen dan gemiddeld. Daartegenover staat een grotere vraag naar zorg gericht op zuigelingen en kleine kinderen. Een ander opvallend aspect van figuur 7 is dat de aantallen mannen en vrouwen elkaar keurig in evenwicht houden. Dit laatste beeld wordt nog eens geaccentueerd door tabel 2.5, waarin naast leeftijd en geslacht ook de variabele burgerlijke staat in de verdeling is betrokken.

Tabel 2.5.: Bevolking O.L. ZIJP naar burgerlijke staat, geslacht en leeftijdsgroep (abs. en in procenten) op 31-12-1982 (Bron:RIJP)

Leeft.groep	Ongehuwd		Gehuwd		Gescheiden/ weduwstaaf		Totaal		Cumulatief
	M	V	M	V	M	V	Abs.	%	
0-4 jr.	2052	1911	-	-	-	-	3963	11.7	11.7
5-9 jr.	1488	1464	-	-	-	-	2952	8.7	20.4
10-14 jr.	1230	1192	-	-	-	-	2422	7.2	27.6
15-19 jr.	945	874	3	26	-	-	1848	5.5	33.1
20-24 jr.	873	820	277	800	8	25	2803	8.3	41.4
25-29 jr.	735	426	1581	2110	52	118	5022	14.8	56.2
30-34 jr.	297	177	2070	1815	119	147	4625	13.7	69.9
35-39 jr.	116	80	1584	1314	132	151	3377	10.0	79.9
40-44 jr.	48	34	759	554	73	82	1550	4.6	84.5
45-49 jr.	37	18	504	431	56	61	1107	3.3	87.8
50-54 jr.	21	24	477	401	41	61	1005	3.0	90.8
55-59 jr.	10	11	414	396	29	94	954	2.8	93.6
60-64 jr.	9	9	406	346	30	116	916	2.7	96.3
65-69 jr.	6	7	276	214	28	118	649	1.9	98.2
70-74 jr.	3	7	166	123	29	86	414	1.2	99.4
75 jr. en ouder	5	2	81	40	20	102	250	0.7	100.1
TOTAAL	7875	7956	8568	8570	617	1171	33857	100.1	

Ook hier blijkt weer het geringe aantal personen van 65 jaar of ouder. In totaal bevat deze categorie in het Openbaar Lichaam ZIJP bijna 4% van alle in het gebied woonachtige personen. Voor Nederland in zijn totaliteit geldt dat 11.7% van de totale bevolking 65 jaar of ouder is. Vergelijken we de variabele burgerlijke staat in Almere met Nederland, dan blijkt dat de categorie 'weduwstaat' in Almere ondervertegenwoordigd is. Een en ander is weergegeven in figuur 2.8. De verschillen zijn echter niet groot. De gemiddelde leeftijd van alle personen in Almere woonachtig op 31-12-1982 was 27.1 jaar; voor Nederland ligt dit cijfer op 35.1 jaar (CBS, 1984).

FIGUUR 2.8: Bevolking naar burgerlijke staat en geslacht in Nederland (31-12-1981) en O.L. ZIJP (31-12-1982)
(Bron: RIJP, CBS)



Vatten we deze paragraaf samen, dan kan worden geconstateerd dat de bevolking van Almere op een aantal punten afwijkt van Nederland. Door een oververtegenwoordiging van zuigelingen en kinderen en een ondervertegenwoordiging van ouderen, zal ook het gebruik van medische voorziening op dit moment afwijken van Nederland in zijn totaliteit. De hoeveelheid zal wellicht niet erg verschillen, omdat de over- en ondervertegenwoordiging elkaar compenseren; voor het type zorg waaraan behoefte is, mogen wel verschillen worden verwacht. Overigens dient hierbij te worden opgemerkt dat de afwijkende samenstelling van de bevolking geen blijvende zaak zal zijn. De uiteindelijk te verwachten samenstelling van de bevolking welke niet of nauwelijks af zal wijken van een doorsnee stad van dezelfde grootte, dient het uitgangspunt te zijn bij de planning van de gezondheidszorg op lange termijn.

2.2.4 Woningbouw in Almere

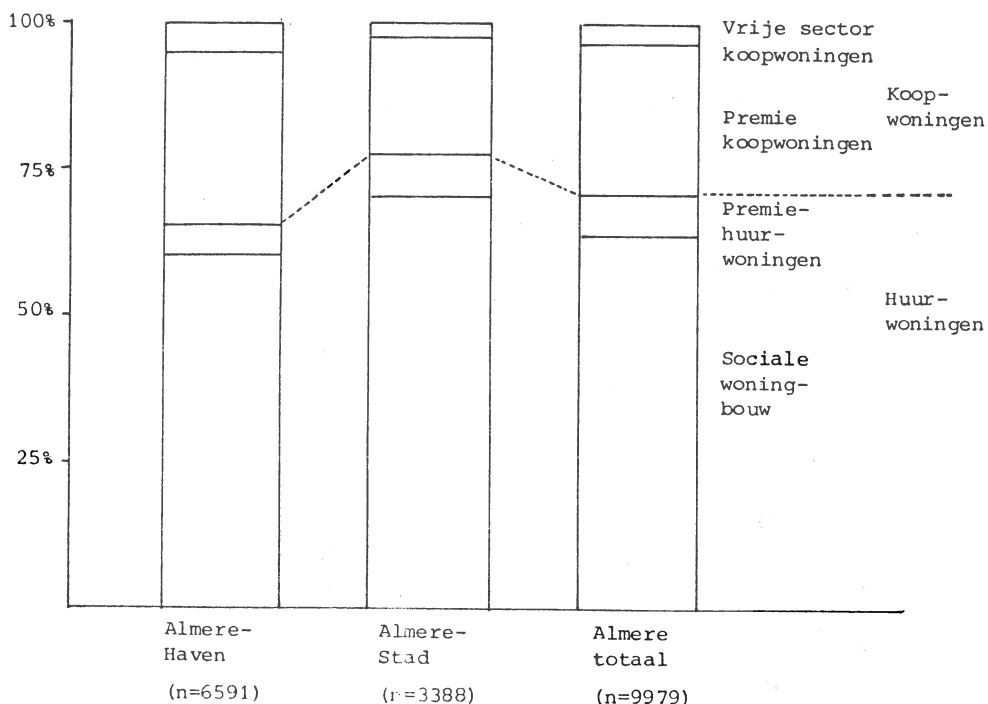
Hoewel het verband tussen het gebruik van voorzieningen in de gezondheidszorg en de woningbouw en huisvesting minder duidelijk is dan leeftijds- en geslachtsspecifieke effecten, past in een hoofdstuk als dit een (korte) paragraaf over de volkshuisvesting. Daarnaast is aan te voeren dat de wijze waarop men in Almere woont van invloed is op het maatschappelijk welbevinden van personen.

Het totaal aantal woningen in Almere-Stad en Almere-Haven tezamen op 31-12-1982 bedraagt 9.979¹⁾.

- 1) Dit getal is afkomstig uit de statistieken van de Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders (RIJP, 1983). Almere zelf geeft voor Almere-Haven 6634 woningen in plaats van 6591, zodat het totaal uitkomt op 10022 (Almere 1983). In dit rapport zullen de cijfers van de RIJP worden aangehouden.

Afgezet tegen het aantal inwoners in Almere van 26.716 geeft dit een gemiddelde woningbezetting van 2.67 personen per woning. Dit cijfer ligt zowel onder de woningbezetting in Lelystad (=2.78) als het gemiddelde voor Nederland (=2.83). Van deze bijna 10.000 woningen is ongeveer 65% gebouwd in opdracht van de overheid en de resterende 35% via particuliere opdrachtgevers. De wijze van financiering van de 9979 tot nu toe in beide stadsdelen gebouwde woningen is weergegeven in figuur 2.9.

FIGUUR 2.9: Wijze van financiering van woningen in Almere op 31-12-1982 in percentages
Bron: RIJP).



Een overzicht van alle tot 1 januari 1983 in Almere-Stad en Almere-Haven gebouwde woningen, uitgesplitst naar de verschillende wijken, geeft bijlage 2.

Van de in totaal 6880 gereed gekomen huurwoningen, wordt er op 31 december 1982 bijna 90% verhuurd door de overheid en woningbouwcorporaties. Tabel 2.6 geeft voor deze woningen een overzicht van de huren zoals deze in Almere-Stad en Almere-Haven worden betaald.

Met betrekking tot de woningtoewijzing kan nog worden aangetekend dat deze aan **regels** is gebonden. Woonvergunningen welke alleen vereist zijn voor woningen met een huur tot f670,-- per maand of een koopprijs van minder dan f 194.000 (beide bedragen gebaseerd op het peil 1983), worden afgegeven door de gemeente.

Ook voor het ruilen van huurwoningen is een vergunning van de gemeente noodzakelijk. Een en ander is geregeld in de woonruimteverordening van de gemeente Almere.

Tabel 2.6: Huur per maand (1) van woningen in Almere verhuur door de overheid en woningbouwcorporaties op 31-12-1982 (Bron: RIJP)

HUUR PER MAAND	ABS.	%	Cum %
Minder dan f 200,--	77	1.3	1.3
f 200- f 249,--	127	2.1	3.4
f 250- f 299,--	224	3.6	7.0
f 300- f 349,--	474	7.7	14.7
f 350- f 399,--	961	15.7	30.4
f 400- f 449,--	1206	19.7	50.1
f 450- f 499,--	1479	24.2	74.5
f 500- f 549,--	993	16.2	90.7
f 550- f 599,--	487	7.9	98.6
f 600- f 649,--	83	1.3	99.9
f 650 en meer	4	0.1	100.0
TOTAAL	6133	100%	

(1) Huurprijzen exclusief c.v.-installatie, centraal antennesysteem e.d.

Met een mediaanhuur van ca. f 450,-- per maand zal dit betekenen dat een groot aantal mensen bij hun verhuizing naar Almere met een aanzienlijke huurverhoging zijn geconfronteerd. Een overzicht van de voor Almere geplande woningbouw tot 1990 is opgenomen in de vorm van bijlage 3.

2.3 Beroepsbevolking en werkgelegenheid

2.3.1 Algemeen

Het hebben van een baan en de omstandigheden waaronder de werkzaamheden worden uitgeoefend, spelen van oudsher een belangrijke rol binnen de samenleving. Een goede baan en goede arbeidsomstandigheden leveren niet alleen maatschappelijk aanzien en een zelfverdiend inkomen op, maar maken ook dat de persoon zich in maatschappelijk opzicht wel voelt. Het niet hebben van werk daarentegen is voor veel mensen reden zich niet prettig te voelen. Dit kan zich dan uiten in spanningen bij de persoon zelf en in de onmiddellijke omgeving. Niet alleen het wel of niet hebben van werk is belangrijk, ook de aard van het werk en de plaats waar het beroep wordt uitgeoefend zijn dit. Men kan hierbij denken aan de combinatie wonen/werken, welke dikwijls reden geeft voor overlast en in incidentele gevallen als oorzaak wordt aangewezen van ernstige aandoeningen, en een verschijnsel als slaapsteden en het pendelen van arbeidskrachten.

In deze paragraaf zal kort worden ingegaan op de beroepsbevolking van Almere en de werkgelegenheid in het gebied.

2.3.2 Beroepsbevolking

Tot de beroepsbevolking van Almere worden gerekend alle personen die in een volledige betrekking betaalde arbeid verrichten dan wel een werkkring hebben, alsmede degenen die als werkzoekende bij het arbeidsbureau zijn ingeschreven. Dit ingeschreven staan moet zijn voor een volledige dagtaak, wat neerkomt op een werkweek van 20 uur of meer.

Een overzicht van de ontwikkeling in de beroepsbevolking, gerelateerd aan de aantallen inwoners en opgedeeld in de categorieën 'ter plaatse werkzaam', 'buiten Almere werkzaam' en 'werkloos', tussen 1977 en 1983 geeft tabel 2.7.

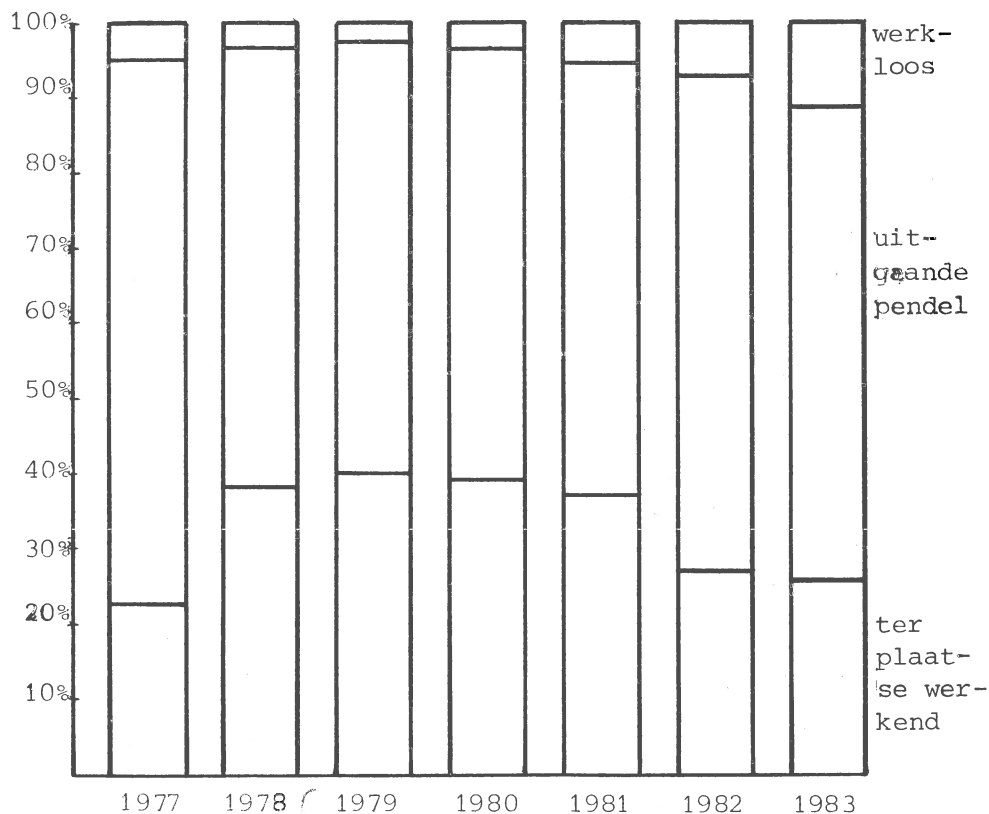
Tabel 2.7: Aantal inwoners en de beroepsbevolking, opgedeeld naar categorieën, in het gebied Almere tussen 1977 en 1983 (Bron: RIJP)

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
aantal inwoners	1599	4196	6614	11766	20112	26766	33039
beroepsbevolking,	577	1516	2404	4274	7562	10327	12755
waarvan:							
ter plaatse werkend	137	589	968	1638	2601	2617	3129
uitgaande pendel	410	875	1376	2465	4487	6856	8169
werkloos	30	52	60	171	474	854	1457

Tussen 1977 en 1983 blijkt de beroepsbevolking in procenten van de totale bevolking van Almere langzaam toe te nemen. Van 36.1% in 1977 groeit het percentage naar 38.6% in 1983. Interessanter zijn de gegevens over de aantallen werkers binnen en buiten Almere en degenen die als werkloos staan ingeschreven. Figuur 10 geeft deze ontwikkeling van jaar tot jaar als percentages van de totale beroepsbevolking.

Na een aanvankelijke stijging van het aantal personen dat in Almere woont en werkt tot 40% van de beroepsbevolking in 1979, is dit percentage in de navolgende jaren weer gedaald tot onder de 25% in 1983. Van de totale beroepsbevolking in Almere werkt in 1983, 64% buiten de eigen woonplaats. Splitsen we de uitgaande pendel uit naar mannen en vrouwen, dan blijkt dat dit aantal voor 75% bestaat uit mannen en voor 25% uit vrouwen. Deze verdeling is redelijk stabiel over de jaren. Parallel aan de situatie voor geheel Nederland blijkt de werkloosheid in de loop der jaren te zijn gestegen naar 11% in 1983. Uitgedrukt als percentage van de afhankelijke beroepsbevolking (werknemers in loondienst) is de werkloosheid bij mannen 10,4% en bij vrouwen 16.8%.

FIGUUR 2.10 Aantallen personen in Almere werkend, pendelend en werkloos, tussen 1977 en 1984 als percentages van de totale beroepsbevolking (Bron: ZIJP)



Beide percentages liggen ruim onder de landelijke cijfers van respectievelijk 17.8% voor mannen en 19.6% voor vrouwen. De gegevens hebben betrekking op de situatie van 31 december 1983. Duidelijk is wel dat ten aanzien van de werkloosheid de relatieve positie van vrouwelijke beroepspersonen in Almere op de lokale en regionale arbeidsmarkt aanzienlijk ongunstiger is dan die van de mannen.

Tenslotte is het mogelijk voor eind 1982 een vergelijking te maken met Lelystad. Op een totale bevolking van 55.259 is de beroepsbevolking van Lelystad vastgesteld op 18.946 of wel 34% van de totale bevolking (Almere: 39%). Van de totale beroepsbevolking is 41% (Almere: 64%) te beschouwen als uitgaande pendel, woont en werkt 40% in Lelystad (Almere: 25%)¹⁾ en staat 19% (Almere: 11%) ingeschreven als werkloos. Tot zover de cijfers voor Lelystad (Lelystad, 1983).

Het beeld voor Almere samenvattend, kan worden geconcludeerd dat Almere een relatief hoog percentage uitgaande pendel heeft en dat maar een klein deel van de Almeerse beroepsbevolking werkt in de eigen woonplaats.²⁾ Het werkloosheidspercentage in Almere is relatief laag, zij het dat de situatie voor vrouwen ongunstiger is dan voor mannen.

2.3.3 Werkgelegenheid

Parallel aan de ontwikkeling van de woonbebouwing loopt het inrichten van bedrijfsterreinen in Almere. Deze terreinen variëren in grootte en ligging ten opzichte van zowel wegen als kanalen als ten opzichte van de woongebieden. Groot-schalige industrie of bedrijven die niet passen in een woonomgeving worden gesitueerd in het bedrijvenpark De Vaal. Voor middelgrote bedrijven zijn terreinen beschikbaar aan de rand van Almere-Stad (Markerkant en Gooisekant) en Almere-Haven (De Steiger). Voor kleinere bedrijfsvestigingen die geacht worden geen hinder op te leveren voor de bewoners in de onmiddellijke omgeving, liggen verspreid over Almere kleinere terreinen omgeven door woningen.

- 1) Bron: Statistisch Jaaroverzicht Gemeente Lelystad, 1982
- 2) Het gegeven dat vooral personen met relatief goede uitzichten op het houden van hun baan de verhuizing naar Almere zullen ondernemen, zal hieraan niet vreemd zijn.

In totaal zijn al deze vestigingen op dit moment (peil 31-12-1983) goed voor 5943 permanente arbeidsplaatsen. Daarbovenop komen nog eens 1085 tijdelijke arbeidsplaatsen, voornamelijk betrekking hebbend op de bedrijfstak 'bouwnijverheid en installatiebedrijven' en 'overige dienstverlening'. Tabel 2.8 geeft een overzicht van het aantal permanente arbeidsplaatsen naar bedrijfstak en vestigingsplaats.

Voor het vervullen van de in totaal 7124 arbeidsplaatsen in Almere, welk aantal is opgebouwd uit 5943 permanente plaatsen, 1085 tijdelijke plaatsen en 96 openstaande vacatures, kan een beroep worden gedaan op zowel mensen uit Almere zelf als mensen van buiten Almere. Hoe deze invulling in de praktijk geschiedt, wordt weergegeven in figuur 2.11

Tabel 2.8 Aantal permanente vestigingen (v) + arbeidsplaatsen (ap) in Almere naar stadsdeel en bedrijfstak per 31-12-1983 (Bron: RIJP 1984)

Bedrijfstak	Almere							
	Haven v	ap	Stad v	ap	Overig v	ap	Totaal v	ap
Landbouw, visserij	2	3	-	-	-	-	2	3
Industrie	33	429	7	12	22	888	62	1329
Openbare Nuts- bedrijven	3	26	1	29	-	-	4	55
Bouw, instal- latie	20	237	6	40	6	152	32	429
Handel/Horeca e.d.	173	1083	66	274	40	433	279	1790
Transport/Op- slag/Communi- catie	14	159	6	74	1	1	21	234
Bank, Verzeke- ring e.d.	75	430	27	246	6	43	108	719
Overige Dienst- verlening	115	726	39	635	5	23	159	1384
Totaal	435	3093	152	1310	80	1540	667	5943

FIGUUR 2.11 Opvulling van het totaal aantal arbeidsplaatsen
(n=7124) in Almere ¹⁾



1) Betreft zowel tijdelijk (1085) als permanente (5943) en openstaande (96) arbeidsplaatsen.

Bekijken we zowel de vraag als aanbodzijde van het aantal arbeidsplaatsen, dan blijkt dat op 31-12-1983 het aanbod van 7124 arbeidsplaatsen alleen al in numeriek opzicht ver achterblijft bij een beroepsbevolking van 12755 potentiële arbeidskrachten. Dit gegeven, plus het feit dat het volledig op elkaar afgestemd zijn van vraag en aanbod binnen één gemeente als een utopie moet worden beschouwd, kunnen voor een deel dienen als verklaring van de grote stroom uitgaande pendelaars. Men is, door het ontbreken van voldoende arbeidsplaatsen in Almere zelf gedwongen in een andere gemeente te werken. Wat de effecten van zowel de

grote stroom dagelijkse pendelaars als het (relatief lage) percentage werklozen zijn op het gebruik aan medische en maatschappelijke zorg, is moeilijk voor-
spelbaar.

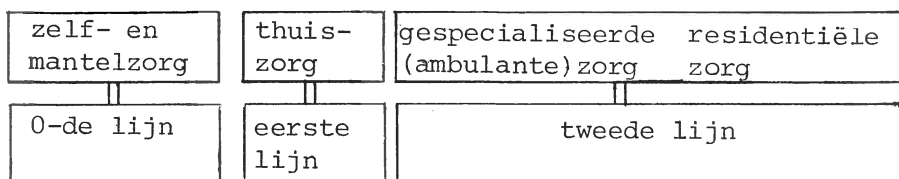
3. BESCHRIJVING VAN DE UITGANGSSITUATIE IN ALMERE INZAKE EERSTELIJS VOORZIENINGEN.

Doel van dit hoofdstuk is het geven van een overzicht van alle instellingen of organisaties op het terrein van de eerstelijns (gezondheids)zorg in Almere gevestigd, of waarvan de Almeerse bevolking gebruik kan maken. Met zorg wordt bedoeld op de gezondheidszorg in de meest brede zin van het woord, dus met inbegrip van de maatschappelijke dienstverlening. In principe zal worden uitgegaan van de situatie op 31-12-1982. Zijn gegevens van recentere datum beschikbaar van de eerstelijns in Almere dan worden ook deze vermeld. Hoewel formeel niet behorend tot de eerstelijns, worden in aparte sub-paragrafen ook het 'informele circuit', de basisgezondheidszorg en de ambulante geestelijke gezondheidszorg behandeld.

3.1 Het informele circuit

De nota 'Volksgezondheid bij beperkte middelen' uit 1983 hanteert een indeling in drie sectoren, weergegeven in figuur 3.1.

FIGUUR 3.1 Zorgsysteem overeenkomstig Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen, paragraaf 3.2



Met het informele circuit wordt het niveau van de (gezondheids)zorg bedoeld waarbinnen mensen, zonder of naast interventies van professionele hulpverleners, zorg dragen voor zichzelf en voor anderen. Zorg in deze sector wordt ook wel aangeduid als zelf- en mantelzorg of 0-de lijn. Het overheidsbeleid is ten aanzien van het 'informele circuit' gericht op versterking van deze zorgsector. Of deze overheidsdoelstelling doorklinkt in het informele circuit zoals dit nu functioneert in Almere is moeilijk te constateren.

Zelf- en burenhulp zijn moeilijk in cijfers samen te vatten. Wat we hier wel zullen doen is het geven van een overzicht van de bekende activiteiten die onder deze noemer kunnen worden samengebracht. Overigens doet zich hierbij nog een moeilijkheid voor. Strikt vasthouden aan de definitie van het informele circuit betekent dat die activiteiten waarbij professionele hulpverleners zijn betrokken, eigenlijk niet in deze zorgsector zouden thuishoren. In deze gevallen laten we volledigheid prevaleren boven een scherpe scheiding tussen de verschillende sectoren, waarbij zal worden aangegeven wat de bemoeienis van beroepskrachten inhoudt of heeft ingehouden.

3.1.1. Zelfhulp- en vrouwengroepen

Door het informele karakter van zelfhulpgroepen is volledigheid en het aangeven van aantallen deelnemers een hachelijke zaak. In principe wordt in Almere aan iedereen de mogelijkheid geboden om gezamenlijk problemen van medische of maatschappelijke aard te bepraten en elkaar, al dan niet begeleid door werkers in de gezondheidscentra, hierin bij te staan. Via een patiëntenkrant kunnen oproepen worden geplaatst voor opstarten van dergelijke groepen. Naar aanleiding van zo'n oproep draaide gedurende enige tijd een groep van 14 vrouwen rond het thema 'bevalling met behulp van de keizersnede'. Een andere oproep voor het opzetten van een gespreksgroep over hartziekten bleef echter zonder resultaat. Zelfhulpgroepen waarvan bekend is dat zij tot nu toe in Almere hebben gedraaid:

- Vier groepen 'vrouwen met overwicht', waarin 12 vrouwen tienmaal bij elkaar kwamen of nog steeds komen. Deze groepen zijn opgestart met behulp van werkers in de gezondheidscentra, doch tenminste in één geval is de begeleiding voortgezet door één van de oorspronkelijke deelneemsters;
- Twee groepen 'hyperventilatie' waarin 12 mensen gedurende 15 maal bij elkaar kwamen. De groep is opgezet vanuit het maatschappelijke werk in samenwerking met fysiotherapeuten;
- Groep 'postnatale depressie' waarin gedurende bijna een jaar is deelgenomen door zes vrouwen. De groep is opgezet vanuit een patiëntengroep in één van de gezondheidscentra;

- Groep 'alleenstaande ouders', welke groep zal gaan draaien in samenwerking met het FICM.
- Groep 'vrouwen tussen 55 en 65', waarin zes vrouwen zes maal bij elkaar kwamen op initiatief van het maatschappelijk werk.

Daarnaast worden vanuit de gezondheidscentra avonden met bewoners georganiseerd over onderwerpen als patiënten-participatie. Op maatschappelijk gebied is het met name de vrouwenbeweging die aan de weg timmert. In 1984 is het aanbod aan groepen en cursussen het volgende:

- V.O.S. cursus
- Klusjes cursus
- Moeder praatgroep
- Groep 'Gescheiden Vrouwen'
- Groep 'Bijstaand Vrouwen'
- 'Lees' groep
- Meidengroep
- Groep ' Vrouwen in de Overgang'

Deze groepen en cursussen staan open voor alle vrouwen in Almere. Gegevens over de deelname aan deze groepen ontbreken op dit moment.

3.1.2 Landelijke organisaties op het gebied van de gezondheidszorg

Naast de 'echte' zelfhulpgroepen zijn in Almere op 31-12-1983 een tiental landelijke organisaties vertegenwoordigd in de vorm van patiënten-verenigingen, stichtingen of werkgroepen. Zonder in te gaan op aantal leden of verdere activiteiten, kunnen worden genoemd:

- Algemeen Nederlandse Invalidenbond (ANIB, afdeling Flevoland)
- Crohnvereniging
- Diabetes Vereniging Nederland
- Rheumavereniging
- EHBO verenigingen Almere-Haven en Almere-Stad
- Moeders voor Moeders
- Nederlandse Hartstichting
- Rode Kruis en Rode Kruis Colonne
- Vereniging van ouders van geestelijk gehandicapten
- Werkgroep Kind en Ziekenhuis
- De Zonnebloem

3.1.3 Conclusies met betrekking tot het informele circuit

Echte zelfhulpgroepen in Almere zijn nog schaars voor zover zij tot stand komen uit patiëntengroepen of uit initiatieven van de bewoners zelf. Vanuit de gezondheidscentra wordt actief meegeholpen aan het opzetten van dergelijke groepen, zij het dat een en ander zich met name in Almere-Stad nog in een beginnend stadium verkeert. Eveneens actief in Almere is de vrouwenbeweging, welke dit jaar acht groepen voor vrouwen aanbiedt.

3.2 Eerstelijnszorg in Almere

3.2.1 Algemeen

Is de informele zorg onvoldoende of niet in staat om problemen op te lossen, dan komt men terecht bij professionele hulpverleners. Dit is het subsysteem waarin werkers de medeverantwoordelijkheid op zich nemen voor de zorg in de omgeving van de mensen: de eerstelijnszorg, ook wel thuiszorg genoemd. Kenmerken van de eerstelijnszorg zijn: het generalistisch karakter, de vrije toegankelijkheid van zorgverleners, de situering in de omgeving van de doelpopulatie, de gerichtheid op de mens in zijn vertrouwde omgeving en ambulante wijze van hulpverlening. Uitgangspunten in het landelijk beleid met betrekking tot de eerstelijnszorg zijn samenwerking en versterking. Door de samenwerking tussen de verschillende disciplines, werkzaam op het terrein van de medische zorg en maatschappelijke dienstverlening, te verbeteren zou een zorgsector tot stad moeten komen die aan de zorgbehoevende een beter product levert. De andere pijler onder het landelijk beleid is de verschuiving van de (dure) tweedelijnszorg naar de (goedkopere) eerstelijns en informele zorg. Om deze doelstelling een kans van slagen te bieden, is het nodig dat de eerstelijns meer faciliteiten krijgt¹⁾.

- 1) Een uitgebreid overzicht van de plannen die de Landelijke Overheid hierbij voor ogen staan, zijn terug te vinden in de nota's 'Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen' (1983) en 'Eerstelijnszorg' (1983) van het ministerie van WVC.

Concreet zijn deze uitgangspunten verwerkt in streefcijfers voor aantallen werkers in de eerstelijnszorg, afgestemd op de gewenste ontwikkeling en geldelijke ondersteuning van samenwerkingsprojecten. De taakstellende prognose voor de capaciteit van de eerstelijnszorg, welke geraliseerd moet worden tussen 1980 en 1990, is weergegeven in tabel 3.1.. Het betreft hier landelijke getallen. Is in Almere sprake van een situatie die qua structuur belangrijke verschillen blijft vertonen met de rest van Nederland dan mogen deze cijfers eigenlijk niet als vertrekpunt worden gekozen. Wordt Almere gezien als een voorbeeld van het toekomstig zorgmodel voor geheel Nederland, dan zijn de cijfers wel bruikbaar. Los daarvan blijft het interessant de prognosecijfers te vergelijken met de Almeerse situatie op dit moment. Hieruit kan worden afgemeten in hoeverre de uitgangspunten van een nieuw beleid in Almere op dit moment gestalte hebben gekregen.

Tabel 3.1 Taakstellende prognose voor de capaciteit van de eerstelijnszorg (Bron: Ministerie van WVC)

Huisarts ^x	1 op 2.400 tot 2.200 inwoners
Tandarts	1 op 3.000 inwoners
Verloskundige	1 op 20.000 inwoners
Kraamverzorg(st)er	1 op 2.000 inwoners
Wijkverpleegkundige	1 op 2.500 inwoners
Diëtist	1 op 50.000 inwoners
Fysiotherapeut ^{xx}	1 op 2.400 inwoners
Apotheker	1 op 10.000 inwoners
Alg. Maatschappelijk ^{xxx}	1 op 8.000 inwoners
Werkende	

x)Aangetekend dient te worden dat bijvoorbeeld voor huisartsen werkzaam in gezondheidscentra ook wel een norm wordt gehanteerd van 2600-(17½% van 2600)= ca. 2150 patiënten

xx)Officiële norm voor fysiotherapie is 1 op 3000 inwoners

xxx)Voor het Algemeen Maatschappelijk Werk is officieel nog geen taakstellende prognose ontwikkeld; het streven is erop gericht de op 31-12-1982 bereikte situatie van 1:8.000 inwoners te handhaven. Dit streefgetal is hier dan ook opgenomen.

Formeel verschilt, voor wat betreft het wettelijke kader, de situatie¹⁾ in Almere niet of nauwelijks van de rest van Nederland. In de eerstelijnszorg vindt in theorie vrije vestiging plaats. Hierbij dient te worden aangetekend dat voor het projectplan Gezondheidszorg Almere de status van experiment ex artikel 41 van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is aangevraagd. De verwachting is dat deze status medio 1985 wordt verkregen. In de praktijk wordt vrije vestiging met name voor de huisartsen zoveel mogelijk tegengegaan. Immers, bij het toestaan van vrije vestiging zou de beheersbaarheid van de eerstelijnszorg ernstig in gevaar komen. Dit tegengaan kan doordat het Ziekenfonds Het Gooi & Omstreken waarop Almere is geörienteerd, via ontheffing van artikel 47 lid 3 van de Ziekenfondswet, overeenkomsten met huisartsen kan weigeren en dit ook doet. Eerstelijnswerkers worden, waar mogelijk in loondienst bij de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (SMGA) genoemd. Deze stichting is tevens de beheerder van het overgrote deel van de gezondheidscentra waarin de gezondheidszorg in Almere is geconcentreerd. Als toekomstige ontwikkeling kan nog worden vermeld dat de SMGA met de in deze organisatie vertegenwoordigde organisaties (gemeente Almere, Kruisvereniging Flevoland en MaDi-Flevoland) op 1-1-1985 over had moeten gaan in een Eerstelijns Vereniging Almere (EVA). Werkers die nu nog in dienst zijn bij de afzonderlijke organisaties zullen na het tot stand komen van een EVA in dienst komen bij deze organisatie. In het bovenstaande zijn reeds een aantal belangrijke organisaties op het terrein van de zorg in Almere ter sprake gekomen. In de nu volgende subparagrafen zal worden gepoogd een volledig overzicht te geven van het veld van de eerstelijnszorg zoals dit in Almere gestalte heeft gekregen.

Aan de orde zullen achtereenvolgens aan de orde komen:

- Geneeskundige en paramedische voorzieningen
- Algemeen Maatschappelijk Werk
- Gezinsverzorging en verpleging

Apart behandeld worden de basisgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg. In de basisgezondheidszorg ligt de nadruk op collectieve preventie en niet op de hulp bij individuele vraagstukken. Aanpak en wijze van uitvoering worden veelal bepaald door epidemiologische analyse.

1) Een en ander is uitgewerkt in hoofdstuk 5.

Deze activiteiten vinden echter niet alleen plaats binnen de basisgezondheidszorg, maar ook in de eerstelijns bij Kruisverenigingen en bij de huisartsen. Op grond van deze vervlechting van taken zal, voor wat Almere betreft, de basisgezondheidszorg worden behandeld bij de eerstelijns. Op het grensgebied tussen eerste en tweede lijn ligt de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deze voorziening vormt de afsluiting van dit hoofdstuk.

3.2.2 Geneeskundige en Paramedische voorzieningen

Onder de noemer geneeskundig en paramedisch handelen worden samengebracht: de huisartsgeneeskunde, de verloskunde, de tandheelkunde, fysiotherapie, diëtik, farmaceutische hulp en een deel van het Kruiswerk. Van deze voorzieningen zal het Kruiswerk worden behandeld in paragraaf 3.2.4.

A. Huisartsen

Het totaal aantal *huisartsen* in Almere bedraagt per 1-1-1984 in totaal negentien. Hiervan zijn achttien in loondienst bij het SMGA; één arts is als vrijgevestigd huisarts werkzaam in Almere-Haven. De achttien in loondienst werkzame huisartsen zijn alleen verbonden aan gezondheidscentra, en bezetten 15 formatieplaatsen. Op een bevolking van ongeveer 33.000 inwoners betekent dit één huisarts per 2.025 - 2.050 inwoners. Almere zit hiermee iets onder de normpraktijk van 2.500 ingeschrevenen per arts en eveneens onder de taakstellende prognose van 1 op 2.400 tot 2.200 inwoners uit de Nota Eerstelijnszorg (zie tabel 3.1). Hierbij dient echter te worden aangetekend dat, volgens de voorlopige financieringsregels voor groepspraktijken, 15 procent van de tijd aan interdisciplinair overleg mag worden besteed. Hierdoor komt de normpraktijk van 2.500 patiënten voor Almere uit op 2.500 minus 15% = 2.125 patiënten. Aangezien er bovendien nog een aantal praktijken zijn opgenomen die nog niet volledig zijn uitgegroeid, mag aan deze geringe overcapaciteit op dit moment nauwelijks waarde worden toegekend. Een volledig overzicht van de eerstelijns werkers die vanuit de gezondheidscentra hun taak vervullen, waarin aandacht voor aantallen, formatieplaatsen en dienstverband in 1982 en 1983, wordt gegeven in bijlage. Over het werken van de Almeerse huisartsen zijn, waar het de behandeling van ziekenfondspatiënten betreft, gegevens bekend over 1982. Ten aanzien van de particuliere patiënten

blijven de gegevens beperkt tot de aantallen per gezondheidscentrum. Deze aantallen staan vermeld in bijlage 4. Belangrijke parameters voor de medische consumptie van een bevolking, zijn het aantal verwijskaarten naar medisch specialisten dat door de huisartsen wordt uitgeschreven en het medicijngebruik. Het aantal verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerde over 1982 staat weergegeven in tabel 3.2.

Tabel 3.2 Aantal verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden over 1982, naar deelgebied (Bron: LISZ jaarboek 1982, Ziekenfonds Met Gooi en Omstreken)

Deelgebied	Gemiddelde aantal verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden
Almere (13 huisartsen allen werkzaam in gezondheidscentra)	383
Lelystad (18 huisartsen, waarvan 5 in gezondheidscentra, 10 in duopractijken en 3 solisten)	392
Het Gooi (124 huisartsen aangesloten bij ziekenfonds Het Gooi & Omstreken)	577
Nederland (324 huisartsen werkzaam in gezondheidscentra)	447
Nederland (alle ca 5600 gevestigde huisartsen)	521

De dertien Almeerse huisartsen waarvoor gegevens bekend zijn, blijken een verwijscijfer te hebben wat onder het gemiddelde ligt voor alle Nederlandse artsen werkzaam in gezondheidscentra. Vergelijken we Almere met Lelystad in 1982, waarbij kan worden aangetekend dat ook Lelystad op dat moment nog niet de beschikking had over een ziekenhuis, dan blijken nauwelijks verschillen tussen beide gemeenten. In deze cijfers is de bijzondere leeftijdsopbouw

van de Almeerse bevolking nog niet verwerkt. Passen we een leeftijdscorrectie toe van 3,5 verwijskaart per jaar verschil in gemiddelde leeftijd ten opzicht van Nederland (Wijkel, 1983), dan resulteert dit in een aantal verwijskaarten van $383 + 28 = 411$. Een voorlopige conclusie moet dan ook luiden dat wat het aantal verwijskaarten betreft Almere iets onder het landelijk gemiddelde voor alle artsen werkzaam in gezondheidscentra ligt, doch dat de verschillen niet spectaculair zijn. In subparagraaf 4.1.5 zal verder worden ingegaan op de verwijscijfers per specialisme. Ook voor wat betreft de voorgeschreven hoeveelheden medicijnen en de kosten van deze medicijnen zijn gegevens bekend over 1982 voor de ziekenfondsverzekerden. Een overzicht van deze parameters geeft tabel 3.3.

Tabel 3.3 Voorgeschreven geneesmiddelen en kosten van deze geneesmiddelen in 1982, naar deelgebied (Bron: Ziekenfonds Het Gooi & Omstreken)

regio	aantal ziekenfondsverzekerden	gem. aantal afleveringen per verzekerde ^{x)}	gem. bedrag per verzekerde voor geneesmiddelen
Almere (gegevens voor 12 huisartsen allen in gezondheidscentra)	13.126	7.54	f 45,66
Het Gooi (gegevens voor 12 huisartsen niet in Almere)	15.482	12.00	f 74.18
Het Gooi (gegevens voor 102 artsen aangesloten bij Ziekenfonds Het Gooi & Omstreken)	151.851	10.80	f 70.94
Nederland (schatting voor alle artsen in Nederland practiserend)	ca 9½milj.	11.69	ca. ^{xx)} f 90.00

x) onder een aflevering wordt verstaan een standaard hoeveelheid van een bepaald medicijn

xx) het bedrag van f 90.00 is afgeleid uit het (bekende) aantal afleveringen over 1982, de aanname dat per voorschrift ongeveer 1.62 afleveringen worden verstrekt (Almere 1.51 aflevering per voorschrift; Het Gooi 1.74 aflevering per voorschrift) en een bekend bedrag van gemiddeld f 12,50 per voorschrift.

Huisartsen in Almere blijken belangrijk minder medicijnen voor te schrijven dan de doorsnee huisarts werkzaam in het Gooi of in de rest van Nederland. Ook het aantal afleveringen per voorschrift ligt in Almere wat lager (in Almere gemiddeld 1.51 aflevering per voorschrift, tegen 1.66 en 1.74 voor respectievelijk huisartsen in samenwerkingsverbanden buiten Almere en alle huisartsen aangesloten bij Het Gooi & Omstreken). Wordt constant gehouden op het aantal afleveringen per verzekerde, dan blijkt dat de Almeerse huisartsen tenslotte over het geheel genomen wat goedkopere medicijnen voorschrijven. Net als bij de verwijs cijfers dienen deze cijfers over de voorgeschreven geneesmiddelen met de nodige voorzichtigheid te worden bekeken. Allereerst hebben zij betrekking op slechts 12 huisartsen in Almere, terwijl ook bij de vergelijking met andere artsen aangesloten bij het Ziekenfonds Het Gooi & Omstreken niet alle artsen konden worden betrokken. In de tweede plaats is bij de cijfers geen rekening gehouden met de afwijkende leeftijdsopbouw van de Almeerse bevolking. In het bijzonder het ontbreken van ouderen, waarvan bekend is dat zij een groot deel van de consumptie van geneesmiddelen voor hun rekening nemen, is van invloed. In hoeverre de leeftijdsvariabele hier van invloed is, zal aan de orde komen in een afzonderlijke publicatie over verwijs cijfers en medische consumptie.

B. Verloskunde

Met betrekking tot de *verloskunde* verschilt de situatie in Almere-Stad van Almere-Haven. In Almere-Stad is de verloskunde ondergebracht bij de SMGA; twee verloskundigen die bij de stichting in loondienst zijn voor in totaal 1.5 formatieplaats houden spreekuur in de drie gezondheidscentra. In Almere-Haven vormt de verloskunde onderdeel van het takenpakket van de verloskundige groepspraktijk Eileithya. Twee full-time verloskundigen zijn voor Almere beschikbaar alsmede een aantal waarnemend verloskundigen. Spreekuren vinden wel weer plaats in de gezondheidscentra in Almere-Haven. Het totale aantal formatieplaatsen in geheel Almere bedraagt derhalve op 31-12-1983, 3.5 op ruim 33.000 inwoners. Afgezet tegen het landelijk streefgetal van 1 op 20.000 inwoners, maar ook tegen de huidige landelijke verhoudingen die ongeveer gelijk zijn aan dit streefgetal, betekent dit een aanzienlijke overcapaciteit. (Hingstman en Groenewegen, 1984)

Wordt gecorrigeerd voor de oververtegenwoordiging van het aantal vruchtbare vrouwen in de leeftijdscategorie van 15-44 jaar die in Almere bestaat, dan wordt deze overcapaciteit wel minder doch zij blijft bestaan. Tegen een landelijk cijfer van ongeveer één verloskundige per 5.000 vrouwen uit deze leeftijdsgroep, komt Almere uit op een getal van één verloskundige per 2.500 - 3.000 vrouwen. Een overzicht van het aantal bevallingen in Almere waarbij verloskundigen werden ingeschakeld geeft tabel 3.4.

Tabel 3.4 Aantal bevallingen met verloskundigenhulp over 1982 in Almere, Lelystad en Dronten (Bron: Kruisvereniging Flevoland)¹⁾.

	Almere	Lelystad	Dronten
verloskundig	313 (64%)	396 (45%)	2 (1%)
verloskundige i.s.m. arts	2 (1%)	1 (0%)	-
verloskundige i.s.m. huisarts en gynaecoloog	46 (9%)	15 (2%)	2 (1%)
anders	129 (36%)	462 (53%)	306 (98%)
totaal aantal bevallingen	490(100%)	884(100%)	310(100%)

- 1) Bij het opstellen van deze tabel is gebruik gemaakt van het jaarverslag van de Kruisvereniging Flevoland over 1982. Over het exacte aantal bevallingen waarbij verloskundigen zijn betrokken, spreken de bronnen elkaar tegen. Zie hiervoor de notitie van het projectteam Gezondheidszorg Almere, zoals behandeld in de stuurgroepvergadering van 11-10-1984.

Uit deze tabel blijkt dat de verloskundige bij de bevallingen in Almere een belangrijke rol vervult. Bij bijna 75% van alle geboorten doet de verloskundige de bevalling; veelal zelfstandig, soms in samenwerking met de huisarts en gyneacoloog. Het percentage bevallingen welke zelfstandig door verloskundigen wordt begeleid ligt in Almere met 64% bijna 20% boven het percentage van Lelystad.

C. Tandheelkunde

Het naast elkaar bestaan van vrije beroepsbeoefenaren en personen die in loondienst werken, treft men behalve bij de verloskundigen ook aan bij de *tandartsen*. Van de in totaal zeventien in Almere werkzame tandartsen werken er negen in loondienst bij de SMGA en acht als vrij gevestigde tandartsen. Van deze laatste groep zijn er zeven verbonden aan het gezondheidscentrum 'De Haak' in Almere-Haven. Volledig vrij gevestigd, zonder bindingen met gezondheidscentra of de SMGA is slechts één tandarts. Gaan we voor wat betreft deze laatste uit van een praktijkuitoefening gedurende drie dagen per week, dan bedraagt het totale aantal formatieplaatsen aan tandartsen in Almere 10.8. Op een bevolking van 33.000 betekent dit één tandarts per 3.050 inwoners, hetgeen nagenoeg gelijk is aan het landelijk streefgetal.

Voor één onderdeel van de tandheelkunde: de jeugdtandverzorging zijn cijfers beschikbaar (Stichting ter Bevordering van de Jeugdtandverzorging IJsselmond, 1983). De jeugdtandverzorging is in handen van de Stichting Ter Bevordering van de Jeugdtandverzorging IJsselmond. Het werkgebied van deze Stichting omvat naast de IJsselmeerpolders ook een deel van de provincie Overijssel en is gevestigd in Zwolle. In Almere worden de deelnemende kinderen behandeld in het gezondheidscentrum 'De Haak', waar zij bij drie tandartsen gedurende vijf halve dagen per week terecht kunnen. Tijdens het schooljaar 1982 - 1983 werd deelgenomen door gemiddeld 51% van de voor schooltandverzorging in aanmerking komende kleuters en basisschoolleerlingen (48% in een eerste ronde en 54% in de tweede ronde). Met dit percentage deelnemers neemt Almere na de gemeente Urk (60%) de tweede plaats in onder de dertien gemeenten in Flevoland die gebruik maken van de aangeboden faciliteiten. Voor alle kinderen uit de dertien gemeenten ligt het deelnemerspercentage gemiddeld op 28,5%.

In Almere werd bij de deelnemende kinderen in 65% van de gevallen een goed gebit geconstateerd waaraan niets gedaan hoefde te worden. Dit percentage is het hoogste van alle deelnemende gemeenten.

D. Fysiotherapie

Verspreid over de zes gezondheidscentra werkten in Almere op 1-1-1984 in totaal negentien *fysiotherapeuten*, die tezamen 12.9 formatieplaatsen bezetten. Met uitzondering van de fysiotherapiepraktijk, bestaande uit vier therapeuten met 3.1 formatieplaatsen, in gezondheidscentrum 'de Haak', die wederom bestaat uit vrije gevestigde beoefenaren, zijn alle fysiotherapeuten in loondienst bij de SMGA. De landelijke norm voor fysiotherapeuten is 1 op 3.000; het streefgetal ligt op één fysiotherapeut per 2.400 inwoners. Houden we de vuistregel aan dat voor fysiotherapeuten in gezondheidscentra 10% van de tijd wordt besteed aan interdisciplinair overleg, dan komt de landelijke norm op 1 op 2.700 te liggen en het streefgetal op 2.150. Almere zit met één fysiotherapeut per 2550 inwoners tussen norm en streefgetal in. Overigens staan op dit moment zowel norm, werkdruk en het budget voor fysiotherapie in de gezondheidscentra ter discussie¹⁾. Gegevens over het gebruik van fysiotherapie ontbreken op dit moment.

E. Diëtisten

De *diëtië* is voor wat betreft Almere ondergebracht bij de afdeling Voedingsvoorlichting en Dieetadvisering van de Kruisvereniging Flevoland. Op 31-12-1982 was één full-time medewerkster beschikbaar voor Almere en Dronten.

Met betrekking tot de specifieke advisering- en voorlichting taken in Almere werd in 1982 tweemaal een cursus 'gezonde voeding' met elk zes bijeenkomsten, en éénmaal een cursus 'alternatieve voeding' van drie bijeenkomsten georganiseerd. (Kruisvereniging Flevoland, 1983). De aantallen deelnemers aan deze cursussen zijn niet bekend. Met betrekking tot de dieetadvisering werden op de in totaal 44 gehouden spreekuren in de gezondheidscentra 'De Haak' en 'Oost' 201 eerste consulten en 489 controle afspraken genoteerd.

1) Zie de notitie 'Fysiotherapie onder druk' van de werkgroep fysiotherapeuten in Almere.

Een overzicht van de gebieden waarop de dieetkundige adviezen betrekking hadden geeft tabel 3.5.

Tabel 3.5 Dieetkundige adviezen naar reden van consult in percentages van aantal eerste consulten in 1982 (Bron: Kruisvereniging Flevoland).

reden	aantal in % (N= 201)
overgewicht	70
voedingsadvies aan diabetici	11
diverse voedingsadviezen	19

De in tabel 3.5 vermelde percentages verschillen niet noemenswaardig van die voor Lelystad en Dronten. Landelijk gezien blijkt 79% van alle cliënten, de extra-muraal werkende diëtist te bezoeken in verband met problemen rond overgewicht (Smulders, van Staveren en Hautvast, (1983) Medio 1982 heeft uitbreiding van het personeelsbestand bij de betreffende afdeling van de Kruisvereniging plaatsgevonden van 1 naar 1.5 formatieplaats. Gelet op het inwonertal van Almere en Dronten samen van ongeveer 49.000 op 31-12-1982, voldoet dit werkgebied aan de normering van één diëtist op 50.000 inwoners.

F. Apotheken

Voor *farmaceutische hulp* kan men in Almere terecht bij twee apotheken. In Almere-Stad is de apotheek ondergebracht in het gezondheidscentrum 'De Schakel'. Apotheker zowel als apothekersassistenten zijn in loondienst bij de SMGA. De apotheek in Almere-Haven opereert zelfstandig. Voor het aantal medicijnen dat wordt uitgereikt na consultatie van de huisarts kan worden verwezen naar tabel 3.3. Ondanks het feit dat in Almere sprake lijkt te zijn van een lager

medicijngebruik dan in doorsnee-gemeenten¹⁾, moet worden vastgesteld dat het aantal van twee apothekers op 33.000 inwoners niet erg veel is²⁾. Het streefgetal voor 1980-1990 is vastgesteld op 1 apotheker per 10.000 inwoners.

G. Overige geneeskundige en paramedische voorzieningen

Naast de vrij gevestigde huisarts en tandarts bevinden zich in Almere nog twee particuliere praktijken in de paramedische sector. In Almere-Haven bevindt zich een praktijk voor Mensendieck-therapie. Twee oefentherapeuten zijn aan deze praktijk verbonden; behandeling vindt plaats volgens afspraak. De praktijk is aangesloten bij het Ziekenfonds Het Gooi & Omstreken. Voor algemene voetverzorging kan men terecht in Almere-Haven bij de hier gevestigde chiropodiste. Behandeling vindt plaats volgens afspraak. Cijfers over aantallen patiënten ontbreken.

3.2.3 Maatschappelijke Dienstverlening

De Nota Eerstelijnszorg verstaat onder maatschappelijke dienstverlening die activiteiten die gericht zijn op het verschaffen van informatie, advies en dienstverlening aan mensen en hun omgeving ter voorkoming, vermindering of oplossing van problemen. Het betreft hier zowel een eerste opvang als langer lopende en/of procesmatige hulpverlening. Deze problemen kunnen voortvloeien uit:

- verstoorde of onvoldoende aanwezige relaties tussen mensen en hun sociale omgeving;
- verwerking van gebeurtenissen en/of omstandigheden die sterk ingrijpen in het leven van mensen;
- onvoldoende elementaire bestaansvoorwaarden;
- onvoldoende zelfstandig kunnen handhaven en ontplooiën;
- onvoldoende kennis van regelingen, voorzieningen en mogelijkheden in de samenleving;

- 1) Dit lagere geneesmiddelengebruik kan worden gezien als meeropbrengst van zowel het voorschrijvingsbeleid van de huisartsen op zich, als van de samenwerking met de apothekers. Zie voor dit laatste aspect het artikel 'Samenwerking tussen huisartsen en apothekers (Medisch Contact 24, p. 757-760).
- 2) Een verzoek inzake de vestiging van een tweede apotheek in Almere-Haven is in studie (zie verslag van de vergadering van de Stuurgroep Gezondheidszorg Almere op 14 juni 1984).

Bovenstaande geeft al aan dat het terrein van de maatschappelijke dienstverlening niet alleen omvangrijk, maar ook divers is. In algemene zin worden twee kernvoorzieningen onderschieden. Dit zijn het algemeen maatschappelijk werk en de gezinsverzorging. Daarnaast bestaan er een groot aantal merendeels gedecentraliseerde voorzieningen zoals: sociaal raadsliedenwerk, maatschappelijke advies- en informatiecentra, telefonische hulpdiensten, jongerenadviescentra, kindertelefoons, ambulante hulpverlening bij ongehuwd moederschap en alleenstaand ouderschap, drughulpverlening, sexualiteits-hulpverlening, bejaardenwerk, maatschappelijk werk voor geestelijk gehandicapten en andere dienstencentra. Niet al deze voorzieningen zijn op dit moment in Almere aanwezig; wat ontbreekt is ook niet opgenomen in onderstaand overzicht. Eerst zullen de twee kerndisciplines worden behandeld; vervolgens komen de overige voorzieningen aan de orde. De beide kerndisciplines van de maatschappelijke dienstverlening, te weten het Algemeen Maatschappelijk Werk en de Gezinsverzorging worden in Almere verzorgd door de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland. Bij de overige vormen van dienstverlening zijn een groot aantal stichtingen en veelal regionale instellingen betrokken.

A. Algemeen Maatschappelijk Werk

Het Algemeen Maatschappelijk Werk in Almere opereert vanuit de zes gezondheidscentra. Ultimo 1983 houden de in totaal zes maatschappelijk werkenden (3.0 formatieplaatsen) in deze centra eenmaal (De Haak) of tweemaal (de overige centra) per week spreekuur. Op een bevolkingsaantal in Almere van ongeveer 33.000, komt dit neer op één maatschappelijk werkende op 11.000 inwoners. Ten opzichte van het landelijk streefgetal van 1 : 8.000 inwoners is er derhalve een tekort van meer dan één volledige formatieplaats. Over de mate waarin de Almeerse bevolking gebruik maakt van het Algemeen Maatschappelijk Werk, zijn gegevens beschikbaar voor zowel 1982 als 1983 (Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland, 1983, 1984)¹⁾.

- 1) Het jaarverslag 1982 van de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland bevat voor het merendeel gegevens die betrekking hebben op geheel Flevoland. De MaDi Flevoland was zo vriendelijk om voor 1982 de basisgegevens met betrekking tot Almere ter beschikking te stellen.

In 1982 waren vanuit Almere 414 cliënten bij het Maatschappelijk Werk in behandeling. Dit komt neer op 1.72% van de bevolking. Voor Lelystad en Dronten gelden percentages van respectievelijk 2.15% en 1.44%. Het jaar 1983 laat voor Almere een lichte stijging zien van het aantal hulpvragenden. In dat jaar deden 579 cliënten een beroep op het maatschappelijk werk, hetgeen bij een bevolking van gemiddeld 30.500 neerkomt op 1.9%.

Een overzicht van de problematiek waarmee men bij het maatschappelijk werk aanklopte, geeft tabel 3.6. Ter vergelijking zijn in deze tabel tevens gegevens voor geheel Flevoland en Nederland opgenomen.

Tabel 3.6. Aard van de problematiek waarmee cliënten in 1982 een beroep deden op het maatschappelijk werk in percentages (Bron: Stichting Maatschappelijk Dienverlening Flevoland, Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening Joint).

aard van de problematiek	Almere ¹⁾ (N=329)	Flevoland (N=1426)	Nederland ²⁾ (N=101.552)
financiën	8.8%	6.6%	12.5%
relaties	29.2%	38.9%	28.5%
echtscheiding	12.2%	10.7%	6.5%
psychosomatisch	15.8%	9.0%	5.2%
ziekte	0.9%	1.9%	6.6%
identiteit	14.6%	9.0%	5.9%
eenzaamheid	2.4%	2.1%	1.9%
verslavin	0.9%	0.6%	0.9%
huisvesting	1.5%	7.4%	14.3%
werkgever/arbeid	5.8%	4.8%	3.2%
meervoudige	-	2.9%	1.5%
problematiek			
overig	7.9%	6.1%	13.0%

1) De percentages zijn gebaseerd op het aantal cliënten, waarmee het contact in 1982 werd afgesloten.

2) Doordat wij ons hier baseren op een overzicht wat qua indeling af kan wijken van de cijfers van MaDi Flevoland, dient de nodige voorzichtigheid te worden betracht bij vergelijking met de regionale gegevens. Bovendien ligt de aard van de problematiek soms zo dicht bij elkaar dat eenduidige classificatie moeilijk is.

Vergelijken we Almere met de rest van Flevoland dan vallen op de relatief hoge percentages voor psychosomatische problemen en problemen rond de eigen identiteit in Almere. Vergelijken we Almere met geheel Nederland dan blijken problemen rond echtscheiding, psychosomatische klachten en identiteit in Almere relatief hoog te scoren, terwijl ziekte en huisvesting in Almere minder vaak als probleem naar voren worden gebracht. Een overzicht van de wijze waarop de contacten met het maatschappelijk werk tot stand kwamen geeft tabel 3.7

Tabel 3.7 Aantal contacten over 1982 met het maatschappelijk werk in percentages, naar wijze van totstandkoming (Bronnen: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland, Landelijke Organisatie voor Maatschappelijke Dienstverlening Joint).

wijze van totstandkomen	aantal contacten Almere (N=329)	aantal contacten Flevoland (N=1426)	aantal contacten Nederland
op eigen initiatief	22%	31%	59%
via gezondheidszorg	66%	52%	15%
overig	14%	17%	26%

Instanties werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg lijken in Flevoland en in Almere in het bijzonder, een belangrijke rol te spelen als het erom gaat cliënten in contact te brengen met het maatschappelijk werk. Een voorzichtige conclusie zou dan ook kunnen zijn dat door maatschappelijk werkers op te nemen in gezondheidscentra de toegankelijkheid van deze beroepsgroep wordt vergroot. Hierbij moeten echter twee kanttekeningen worden geplaatst. In de eerste plaats mag aan de vergelijking met de cijfers voor geheel Nederland, doordat gewerkt wordt met verschillende bronnen, niet te veel waarde worden toegekend. Daarnaast is het moeilijk om verwijziging naar het maatschappelijk werk die veelal informeel gebeuren eenduidig te classificeren.

B. Gezinsverzorging

De tweede kernvoorziening van de maatschappelijke dienstverlening die in Almere door de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland wordt verzorgd is de gezinsverzorging in combinatie met de hulp aan bejaarden.

Aan de afdeling gezinsverzorging van de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland waren in 1982 verbonden 16 leid(st)ers, waarvan 12 part-time en 310 medewerk(st)ers waarvan er 254 een part-time dienstverband hebben. Dit aantal werd in 1983 niet uitgebreid. Door deze medewerkers werd in 1982 in Almere hulp verleend aan 222 cliënt-situaties; een aantal wat voor Lelystad en Dronten lag op respectievelijk 513 en 207 cliënten. Het aantal nieuwe contacten over 1982 in Almere bedroeg 467 nieuwe contacten in heel Flevoland. De tabellen 3.8 en 3.9 geven een overzicht van de redenen waarom tot hulpverlening werd overgegaan en de wijze waarop de contacten met de gezinsverzorging tot stand kwamen. De cijfers betreffen heel Flevoland.

Tabel 3.8 Aantal contacten met gezinsverzorging over 1982 in percentages, naar reden van hulpverlening (Bron: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland)

redenen van hulpverlening	aantal contacten in Flevoland (N=467)
huisvrouw afwezig (ziekte, overleden e.d.)	10.3%
huisvrouw afwezig, tijdelijk uitgeschakeld	77.1%
ouderdom	12.6%

Tabel 3.9 Aantal contacten met gezinsverzorging over 1982 in percentages naar totstandkoming van het contact (Bron: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland).

wijze van totstandkomen	aantal contacten in Flevoland (N=467)
eigen initiatief	73.3%
via huisarts	7.6%
overig	19.1%

Beide tabellen spreken wat de cijfers betreft voor zichzelf. Met betrekking tot de 496 contacten die in 1982 werden beëindigd, kan nog worden opgemerkt dat bijna 90% de hulpverlening geslaagd vindt. Bijna 2% ofwel 9 cliënten vonden de hulpverlening niet geslaagd. Tenslotte waren er in dit jaar in geheel Flevoland 81 aanvragen om hulp die uiteindelijk niet in daadwerkelijke hulp resulteerden.

Een nieuwe vorm van hulpverlening die deel uitmaakt van het pakket maatschappelijke dienstverlening zoals dit door de Stichting MaDi Flevoland wordt aangeboden, is de alphahulp. Alphahulp wordt toegepast als er behoefte is aan puur huishoudelijke hulp voor ten hoogste twaalf uren per week, uitgespreid over niet meer dan twee dagen per week. Voor alphahelp(st)ers is de instelling slechts bemiddelaar; de help(st)ers zijn niet in dienst van de MaDi, doch bij degene die de alphahulp aanvraagt. De kosten voor deze vorm van hulpverlening worden, net als bij de gezinsverzorging, gedragen door de cliënt via een eigen bijdrage eventueel aangevuld met een subsidie door het Ministerie van WVC via de instelling. Voor de alphahulpverlening was op 31-12-1982 in Almere één part-time leid(st)er aangesteld. Voor de hulpverlening zelf wordt voor geheel Flevoland gebruik gemaakt van 124 part-time medewerk(st)ers. In Almere werd in 1982 alphahulp verleend aan 43 cliënten.

C. Sociaal Raadsliedenwerk

Naast het Algemeen Maatschappelijk Werk en de Gezinsverzorging met inbegrip van de alphahulp, wordt ook het Sociaal Raadsliedenwerk verzorgd door de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland. Sociaal Raadslieden geven

informatie en adviezen bij problemen van maatschappelijke aard in de breedste zin van het woord. De twee full-time medewerkers die op 31-12-1982 in dienst waren, werden voor 0.3 te Almere en 1.7 te Lelystad ingezet. In Almere werd in 1982 aan 151 cliënten hulp verleend, een aantal wat in 1983 opliep naar 172 mensen. De tabellen 3.10 en 3.11 geven een overzicht van de aard van de problematiek en de wijze van totstandkoming van de contacten met het Sociaal Raadsliedenwerk. Het betreft percentages voor geheel Flevoland aantallen voor Almere ontbreken.

Tabel 3.10 Aantal contacten in Flevoland met het Sociaal Raadsliedenwerk over 1982 in percentages, naar aard van de problematiek (Bron: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland).

aard van de problematiek	aantal contacten in Flevoland (N= 1096)
sociale verzekeringen/voorzieningen	22.0%
andere financiële zaken	53.7%
huisvestingszaken	6.3%
personen, familie, erfrecht	5.4%
overig	12.6%

Tabel 3.11 Aantal contacten in Flevoland met het Sociaal Raadsliedenwerk over 1982 in percentages, naar wijze van totstandkoming (Bron: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Flevoland)

wijze van totstandkoming	aantal contacten in Flevoland (N= 1096)
eigen initiatief	81.8%
verwezen	18.2%

D. Sociaal Pedagogische Dienst

Begeleiding van geestelijk gehandicapten en hun ouders vindt in Almere plaats door de Sociaal Pedagogische Dienst Flevoland. Evenals bij de MaDi Flevoland, strekt het werkterrein van deze dienst zich uit over de beide Flevopolders, met een hoofdkantoor in Lelystad. In Almere wordt een keer per week gedurende twee uur op donderdag spreekuur gehouden. In 1982 zijn er 15 cliënten geplaatst vanuit Almere, waarvan 10 op Dagverblijven voor ouderen en 5 op kinder-dagverblijven.

E. Telefonische Hulpdiensten

Met betrekking tot de telefonische hulpdiensten kan een onderscheid worden gemaakt in een hulpdienst voor alle leeftijdsklassen en een specifieke dienst voor jongeren. De inwoners van Almere kunnen van beide instellingen gebruik maken. De SOS Telefonische Hulpdienst voor Almere met een geïntegreerde Kindertelefoon wordt verzorgd door de Stichting Telefonische hulpdienst 't Gooi, Eemland en Noordelijke Vechtstreek. De telefonische hulpdienst (THD) werkt vanuit Hilversum, waar men beschikt over drie alarmlijnen. Eén hiervan wordt 24 uur per dag bemand; de andere twee lijnen worden gebruikt voor de Kinder- en Jeugdtelefoon die van 12.00 tot 21.00 uur beschikbaar is en bij extreme drukte. Voor de behandeling van de gesprekken zijn ongeveer zestig opgeleide vrijwillig(st)ers beschikbaar die bij toerbeurt de diensten vervullen. Voor het geval telefonische opvang onvoldoende is, zijn er met gemeentelijke Sociale Dienst in Amersfoort en de Federatie voor Maatschappelijke Dienstverlening in 't Gooi en de Noordelijke Vechtstreek samenwerkingsafspraken gemaakt voor opvang in en buiten de kantooruren.

In totaal werden door THD-telefonisten in 1983, 11.642 telefoongesprekken gevoerd, (Stichting Telefonische Hulpdienst 't Gooi en Noordelijke Vechtstreek 1984). Dit is een daling van ongeveer 5% ten opzichte van 1982 toen het aantal gesprekken lag op 12.276. Van de in 1983 gevoerde gesprekken waren 4.979 (=43%) met mensen jonger dan twintig jaar. Daarnaast ontving de Stichting in 1983, 7.235 zogenaamde 'silent calls'. Van elke honderd binnengekomen gesprekken waren er gemiddeld 75 anoniem en 25 niet-anoniem; een verhouding van 3 : 1. Het jaarverslag geeft dan ook geen gegevens voor Almere als zodanig, maar voor het gehele werkgebied.

De tabellen 3.12 en 3.13 geven een overzicht van de belangrijkste problemen waarmee mensen de Telefonische Hulpdienst belden, voor respectievelijk jongeren (tot 20 jaar en ouder) en ouderen (20 jaar of ouder).

Tabel 3.12 Belangrijkste kernproblemen bij jongeren bij gesprekken met de THD-Hilversum over 1983, in percentages (Bron: Stichting Telefonische Hulpdienst 't Gooi, Eemland en Noordelijke Vechtstreek).

kernprobleem	aantal gesprekken in % (geschat ¹⁾) (n= 4979)
sexuele problemen/ voorlichting	ca 23%
partnerproblemen/verliefdheid/ verkering	ca 15%
problemen in het gezin	ca 11%

- 1) Omdat de precieze verdeling jongens-meisjes ontbreekt is bij elk probleem het gemiddelde genomen van beide groepen

Tabel 3.13 Belangrijkste kernproblemen bij ouderen (20 jaar en ouder) in telefoongesprekken met de THD-Hilversum over 1983, in percentages (Bron: Stichting Telefonische Hulpdienst 't Gooi, Eemland en Noordelijke Vechtstreek)

kernprobleem	aantal gesprekken in % (geschat ¹⁾) n=6663
eenzaamheid, zelfacceptatie	ca 30%
sexuele problemen	ca 12%
problemen in het gezin	ca 9%

- 1) Omdat de precieze verdeling mannen-vrouwen ontbreekt is bij elke categorie het gemiddelde genomen van beide groepen

In beide tabellen zijn die problemen aangegeven waarover de meeste telefoongesprekken werden gevoerd. Minder in aantal waren de gesprekken over zelfdoding, sterven en euthanasie (213 gesprekken, vooral met ouderen) en over geweldpleging en seksueel misbruik (144 gesprekken, zowel met jongeren als ouderen). Ongeveer 20% van de jongeren die belden, deden dit om uit te proberen wat de THD biedt of bij wijze van grap. In bijna 1700 gesprekken werden opbellers doorverwezen. Het betrof hier vooral doorverwijzingen naar de huisarts (15%), Rutgershuis/NVSH (13,5%) en het Maatschappelijk Werk (11%).

F. Hulpverlening bij gebruik van alcohol, drugs en medicijnen

Hulp, advies of informatie aan mensen in verband met het gebruik van alcohol, drugs of medicijnen, wordt verstrekt door het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD). Met een hoofdkantoor in Lelystad, wordt in Almere gedurende vier dagen per week (maandag, woensdag, donderdag en vrijdag) van 09.00 - 13.00 uur spreekuur gehouden in Almere-Stad. Daarnaast is het CAD telefonisch bereikbaar in Lelystad.

Het totaal aantal formatieplaatsen in geheel Flevoland bedraagt vijf. De werkzaamheden van het CAD in Almere bestonden naast het geven van voorlichting en adviezen, uit het verstrekken van methadon (17 cliënten ingeschreven op 1-7-1984), begeleiden van mensen met alcoholproblemen (79 cliënten ingeschreven op 1-7-1984) en het begeleiden van medicijnverslaafden (3 à 4 cliënten op 1-7-1984). Uitgaande van een richtgetal dat ca. 25% van de drugsverslaafden zich meldt voor methadonverstrekking zou dit inhouden dat in Almere ca. 70 personen verblijven die verslaafd zijn aan harddrugs. Ter vergelijking kan nog worden vermeld dat het aantal methadonverstrekkingen in Lelystad rond de 50 schommelt. Bij een bevolking die ten opzichte van Almere ca. tweemaal zo groot is, is de problematiek in Almere op dit moment nog minder groot dan in Lelystad.

G. Welzijnswerk Almere-Haven

In Almere-Haven wordt aan het welzijnswerk gestalte gegeven door de Stichting Instelling voor Welzijnswerk Almere-Haven (SIWA). De Stichting heeft een bestuur bestaande uit een aantal bewoners van Almere-Haven. In vaste dienst zijn naast een coördinator en een administratief medewerkster, dertien beroepskrachten. Activiteiten liggen voornamelijk op het gebied van:

- Buurthuiswerk; in de vijf buurthuizen die Almere-Haven te zijn even zoveel buurthuiswerk(st)ers actief. In de buurthuizen 'Meenten/Grienden' en 'de Gouwen' draaien peuterspeelzalen waaraan per zaal een peuterwerkster is verbonden. Bovendien heeft het SIWA de beschikking over één peuterspeelzaalleidster.
- Jeugd- en jongerenwerk; naast de zaken die door de buurtcentra worden georganiseerd voor jongeren tot zestien jaar is er voor de ouderen van zestien jaar en ouder een jongeren centrum. Onder begeleiding van twee jongerenwerkers vinden de bekende activiteiten plaats als muzieksessies, jongerencafé's en disco-avonden. De jeugd van zeven tot zeventien jaar kan bovendien terecht bij het Jeugdlandproject. Onder leiding kan men zich bezighouden met allerlei activiteiten in de openlucht, zoals hutten bouwen, tuintjes houden, vis etc..
- Ouderenwerk; het ouderenwerk in Almere-Haven dat vorm heeft gekregen via vele werkgroepen waarin uitsluitend ouderen participeren, wordt vanuit het SIWA ondersteund met twee ouderenwerkers. De coördinatie van het ouderenwerk op het gebied van voorzieningen vindt plaats door ouderenraad Almere-Haven. Een projectraad Ouderenwerk Corrosia houdt zich bezig met de gang van zaken in de ouderenruimte zelf. Het welzijnswerk in zowel Almere-Haven als Almere-Stad wordt gefinancierd via de kas van de Gemeente Almere. Voor alle activiteiten geldt dat informatie over aantallen deelnemers (op dit moment) niet beschikbaar is.

H. Welzijnswerk Almere-Stad

Het sociaal-cultureelwerk in Almere-Stad bevindt zich, evenals Almere-Stad zelf, nog in een opbouwfase. Via de Stichting Ontwikkelingsorgaan Welzijnswerk Almere (STOWA) wordt het bestaande werk ondersteund en nieuwe voorzieningen ontwikkeld. In het bijzonder voor deze laatste activiteiten is een voorpostwerker werkzaam in Waterwijk. Het bureau van de STOWA zelf beschikt over een full-time coördinator. Door de STOWA worden ondersteund:

- Buurthuiswerk; in de Stedenwijk van Almere-Haven functioneren twee buurthuizen met eenzelfde aantal buurthuiswerkers. In het buurtcentrum voor de bewoners van de Stedenwijk-Zuid is bovendien een speel-o-theek gevestigd.
- Jongerenwerk; in het passagecomplex van het winkelcentrum is een jongerencentrum gevestigd met vier jongerenmedewerkers. In het centrum worden zelfverdedigingssporten en boksen gegeven, wordt aan motoren geknutseld, bevinden zich oefenruimtes voor muziekgroepen en een huisdrukkerij en worden jongerencafés en disco-middagen en avonden georganiseerd.
- Ouderenwerk; in samenwerking met een bij het STOWA in dienst zijnde ouderenwerker is actief de werkgroep OASE. Deze werkgroep organiseert activiteiten voor ouderen, zoals: beweging, sport en spel, zwemmen, ontspanningsmiddagen, stijldansen en een zangkoor. Activiteiten vinden plaats in de buurtcentra, het zwembad in Almere-Haven en in de sporthal van Almere-Stad.

Over het aantal personen dat aan de door de STOWA georganiseerde activiteiten deelneemt zijn op dit moment geen cijfers beschikbaar.

I. Welzijnszorg voor Buitenlanders

De belangenbehartiging van Surinamers in Almere vindt plaats door de stichting 'Paigham', welke stichting speciale spreekuren houdt. Daarnaast biedt de gemeente Almere de mogelijkheid aan buitenlanders om klachten, problemen en/of ideeën te deponeren in zogenaamde belangenbussen die op diverse plaatsen in Almere staan opgesteld. Over het gebruik van zowel spreekuren als belangenbussen zijn geen verdere gegevens beschikbaar.

J. Vertrouwensarts

Inzake kindermishandeling is Almere toegevoegd aan het werkgebied van de vertrouwensarts in Noord-Holland. Deze in Amsterdam gevestigde arts kan zowel schriftelijk als telefonisch worden geraadpleegd. Over de mate waarin vanuit Almere in 1982 of 1983 gebruik is gemaakt van deze instantie zijn geen gegevens beschikbaar.

3.2.4 Verpleging; het Kruiswerk

Het kruiswerk vormt een essentieel onderdeel van de eerstelijnsgezondheidszorg. Wij hebben ervoor gekozen om , met uitzondering van het pakket diëtiëk dat in de subparagraaf 3.2.2. ad E aan de orde is geweest, het kruiswerk te behandelen onder het hoofd verpleging.

Het Kruiswerk in Almere is in handen van de Kruisvereniging Flevoland.

Voor wat betreft Almere was de Kruisvereniging Flevoland in vertegenwoordigd in de SMGA, de Eerstelijns Vereniging Almere (EVA) en de Stichting Verloskunde Almere. Naast voedingsvoorziening en dieetadvisering (zie paragraaf 5.2) is het kruiswerk betrokken bij de wijkverpleging, de kraamzorg, de sociale hygiënische verzorging en de sociaal-medische verzorging. Op deze vier laatste taken zal hieronder worden ingegaan. Ten aanzien van het ledental dat bij de Kruisvereniging is aangesloten¹⁾, geldt dat op 31-12-1982 ongeveer 36% van de in Almere woonachtige gezinnen lid was. Voor Lelystad en Dronten liggen deze percentages op respectievelijk 48% en 60%.²⁾ Wel is de stijging in Almere met 5%, tegenover voor Lelystad en Dronten 1.4% en 1.8%, groter dan in de beide andere gemeenten. Ten slotte kan nog worden opgemerkt dat de Kruisvereniging Flevoland in Almere-Haven vanaf 1-1-1982 het gezondheidscentrum 'De Haak' exploiteert. Vanuit dit gezondheidscentrum werkten vrij gevestigde beroepsbeoefenaren (op 31-12-1982 de huisarts en tandartsen; de vanuit 'De Haak' werkende huisartsen zijn medio 1983 in loondienst bij de SMGA) samen met werkers in loondienst bij de Kruisvereniging en de MaDi-Flevoland. In de overige gezondheidscentra zijn door de SMGA als exploitant samenwerkingsovereenkomsten gesloten met de Kruisvereniging Flevoland en de Stichting MaDi-Flevoland.

- 1) In Flevoland zijn ziekenfondsverzekerden niet automatisch lid van een kruisvereniging
- 2) Het jaarverslag 1982 van de Kruisvereniging Flevoland komt voor de drie gemeenten, uitgaande van een gemiddelde gezinsgrootte van 3 op percentages van 40, 52 en 67%. De in dit rapport gepresenteerde getallen zijn voor Almere en Lelystad gebaseerd op een meer met de werkelijkheid overeenkomende gezinsgrootte van 2.7 en 2.8. Voor Dronten is het laagste getal van 2.7 aangehouden.

A. Wijkverpleging

In het werkgebied van de afdeling Almere, wat op die datum bestond uit de kernen Almere-Haven, Almere-Stad en Zeewolde, functioneerden in december 1982 twee hoofdverpleegkundigen, 9.8 wijkverpleegkundigen en twee ziekenverzorgenden. De wijkverpleegkundigen en ziekenverzorgenden hadden in 1982 in totaal 6.847 contacten met de Almeerse bevolking (Kruisvereniging Flevoland, 1983). In tabel 3.14 zijn deze contacten opgesplitst naar onderwerp en leeftijdsgroep van de cliënt.

Tabel 3.14. Aantal contacten met wijkverpleging in Almere en Zeewolde in 1982 naar onderwerp en leeftijdsgroep (Bron: Kruisvereniging Flevoland)

ONDERWERP	LEEFTIJD						Totaal
	0-4	5-14	15-39	40-59	60-69	70+	
Alg. oriënterend	820	3	56	20	28	126	1053
Lich./hyg. verzorging	15	8	353	29	210	800	1415
Verpleegtechn. handelen	37	2	113	163	102	563	980
Medicijnen toedienen	20	-	32	353	887	252	1544
Reactivering	-	-	-	7	30	213	250
Helpen bij therapie	2	-	4	25	22	7	60
Begeleiding probl.situaties	138	9	105	27	97	145	521
Gezondheidsvoorlichting	1748	3	13	1	9	44	1818
Screeningen	206	-	-	-	-	-	206
Totaal	2986	25	676	625	1385	2150	7847

Meest opvallende aspect aan deze tabel is dat ca. 27 % van de contacten betrekking hebben op de categorie 70+. Dit is een categorie die in Almere slechts 1.9 % van de bevolking uitmaakt. Waar contacten in de overige categorieën veelal incidenteel zijn, zal er bij deze oudere cliënten vaak sprake zijn van herhaalbezoeken. Bij de kruisverenigingen kan men ook terecht voor specifieke zuigelingen- en kleuterzorg. Dit kan bij de verpleegkundige bureau's en bij de consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters. Door de verpleeg-

kundige bureau's werden in 1982 in Almere 202 zittingen gehouden, waarop in totaal 1.116 kinderen uit Almere op consult kwamen. Het aantal zittingen van de consultatiebureau's voor zuigelingen en kleuters bedroeg in 1982 respectievelijk 524 en 501. In totaal bezochten 3.908 zuigelingen en 2.094 kleuters deze spreekuren. De zorg zelf wordt verleend door de vanuit de gezondheidscentra werkende huisartsen in samenwerking met de wijkverpleging.

B. Kraamzorg

Voor de kraamzorg in geheel Flevoland functioneert een apart centrum; het Kraamcentrum Flevoland. De bestuurlijke leiding van dit kraamcentrum is door het algemeen bestuur van de Kruisvereniging Flevoland gedelegeerd aan een daartoe ingesteelde bestuurscommissie kraamcentrum. De personele bezetting van het Kraamcentrum Flevoland bedroeg op 31-12-1982 een totaal van 51 kraamverzorgenden, 37 gediplomeerd en 14 leerli. Daarnaast had men de beschikking over 18 free-lance oproepkrachten. De stafbezetting bestond uit acht leidster-docenten. Het aantal verzorgingen voor Almere in 1982 bedroeg 415, welk aantal in 1983 opliep naar 525.

C. Sociaal Medische Dienst

De doelstelling bij de Sociaal Medische Dienst (SMD) is het geven van ondersteuning en advisering van de basiswerkers in de eerstelijnsgezondheidszorg bij problemen met patiënten met een chronische ziekte of een handicap. De SMD functioneert als een zelfstandige dienst binnen de Kruisvereniging Flevoland. Het werkterrein omvat heel Flevoland. De personele bezetting bestaat uit twee full-time districtsverpleegkundige en een part-time (50%) SMD-arts. De administratieve ondersteuning met 1.9 kracht wordt gedeeld met de Sociaal Hygiënische Dienst (SHD). Voor Almere en Dronten samen is per 1-1-1983 één verpleegkundige beschikbaar. In 1982 werden er in Almere door de dienst 11 huisbezoeken gedaan met de wijkverpleegkundigen, alsmede 23 individuele patiëntenbesprekingen. Daarnaast werd twee keer per week telefonisch spreekuur gehouden. Voor 1983 lagen deze aantallen op 16 huisbezoeken en 107 individuele patiëntbesprekingen.

Tabel 3.15 Aantal adviezen uitgebracht door de hoofdafdeling
AGV met betrekking tot Almere in 1982 en 1983
(Bron: Districtsgezondheidsdienst voor Flevoland)

Sociaal medische advisering aan/inzake	1982	1983
Gemeente Almere, sociale dienst	65	52
huisvesting	18	61
parkeerfaciliteiten		
gehandicapten	20	36
Politie/Justitie, lijkschouwing niet natuur-		
lijke dood	6	11
crematie	11	11
inbewaringstelling	3	11
arrestanten	1	51
bloedproeven	7	28
Medische verklaringen op eigen verzoek	4	1

Daarnaast werd geadviseerd over bevolkingsonderzoeken op longkanker en baarmoederhalskanker en over de verslavingsproblematiek. Met betrekking tot dit laatste werden drie keuringen verricht voor deelnemers aan een methadonverstrekkingsprogramma. Een overzicht van de in 1982 en 1983 aangemelde infectieziekten geeft tabel 3.16.

Tabe. 3.16 Aantal infectieziekten aangemeld bij de DGD door behandelend artsen in 1982 en 1983 (Bron: Districtsgezondheidsdienst voor Flevoland).

Infectieziekte	Aangemeld vanuit Almere	
	1982	1983
Hepatitis A(besmettelijke geelzucht)	-	16
Hepatitis B	2	1
Pertussis	-	2
Salmonellosis (darminfectie)	29	44
Ornithosis psittacosis	1	-
Tuberculose	4	1
Voedselvergiftiging	-	4
Gonorrhoe	2	-

Ten aanzien van deze infectieziekten maakt het jaarverslag 1982 van de DGD melding van een vermoedelijke onderrapportage, in het bijzonder inzake gonorrhoe.

De ambulancedienst van de DGD voor Flevoland had in 1982 beschikking over vier ambulances, waarvan er één permanent is gestationeerd in Almere. In totaal werden in geheel Flevoland in 1982 ruim 2.000 personen vervoerd, waarvan 363 uit Almere afkomstig. In 1983 bedroeg het aantal vervoerde personen ruim 2.600, waarvan 525 uit Almere.

B. Bedrijfsgezondheidszorg (BGZZ)

De hoofdafdeling bedrijfsgezondheidszorg heeft als belangrijkste taak de bevordering en bescherming van de gezondheid van allen die beroepsarbeid verrichten. Onder de bedrijfsgezondheidszorg vallen alle werknemers van de gemeente Lelystad, Dronten, Almere en het Zuiderzeeziekenhuis; een totaal van ongeveer 3.500 personen. Voor Almere en het Zuiderzeeziekenhuis betekent dit aanstellingsonderzoek, verzuimbegeleiding, overleg in sociale teams, spreekuren, ABP-keuringen, werkplekbezoek, onderzoek van arbeidsomstandigheden, EHBO-lessen, gericht periodiek geneeskundig onderzoek, etc.. De hoofdvestiging van de BTZ is gevestigd in Lelystad; Almere heeft een dépendance. De personele bezetting bestaat uit twee part-time bedrijfsartsen (1.25 formatieplaats), een part-time verpleegkundige (0.5 formatieplaats) en een full-time administratief medewerker. Tabel 3.17 geeft een overzicht van de diensten die in 1982 en 1983 werden verricht ten behoeve van de werknemers van de gemeente Almere.

Tabel 3.17 Werkzaamheden door de afdeling Bedrijfsgezondheidszorg DGD verricht ten behoeve van de werknemers van de gemeente Almere in 1982 en 1983 (Bron: Districtsgezondheidsdienst voor Flevoland).

aard van de werkzaamheden	aantal in 1982	aantal in 1983
aanstellingsonderzoekingen	160	188
periodiek onderzoek brandweer	33	15
periodiek onderzoek ambulancedienst	11 ¹⁾	14
spreekuurbezoeken	213	335
onderzoek werk en werk-omstandigheden	incidenteel	incidenteel
overleg in sociale teams	12	11

1) aantal heeft betrekking op het gehele DGD-ambulancepersoneel.

en aanzien van het spreekuurbezoek kan de situatie in Almere worden vergeleken met Lelystad en Dronten¹⁾. In 1982 lag het spreekuurbezoek in Almere op 32 per 100 werknemers; voor Lelystad en Dronten gelden aantallen van respectievelijk 43 en 26 per 100 werknemers. Voor 1983 geldt in Almere een aantal van 46 per 100 werknemers, tegen 47 in Lelystad en 41 in Dronten. De drie gemeenten ontlopen elkaar wat dit betreft in 1983 nauwelijks.

1) Deze vergelijking is overigens niet helemaal eerlijk. Almere heeft voor de bij deze gemeente in dienst zijnde werknemers een volledig pakket afgesloten. Dronten en Lelystad betrekken van de DGD een 'onvolledig' pakket', waar wel de spreekuren in zijn opgenomen.

C. Jeugdgezondheidszorg

Doel van de jeugdgezondheidszorg is het bevorderen en beveiligen van de gezondheid en groei van jeugdigen. De hoofdafdeling jeugdgezondheidszorg richt zich hierbij op de jeugd van vier jaar en ouder, en wordt ten dele (45%) gesubsidieerd door het Rijk, terwijl de gemeenten de rest van het geld bijeen brengen. Het totale aantal formatieplaatsen per 31-12-1982 bedraagt 3.5 arts, 3.5 verpleegkundige en 1.25 administratieve kracht. In 1983 werden deze aantallen uitgebreid naar respectievelijk 4,4 en 2 formatieplaatsen. Een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden van de afdeling Jeugdgezondheidszorg zijn de schoolonderzoekingen en inentingsprogramma's. Het programma voor de schoolonderzoekingen omvat:

- volledig onderzoek 'middelste kleuters'
- volledig onderzoek eerste klassers lager onderwijs
- volledig onderzoek vijfde klassers lager onderwijs
- volledig onderzoek tweede/derde klas voortgezet onderwijs
- gezichtsonderzoek derde klassers lager onderwijs

Andere onderzoekingen die plaatsvinden, zijn die bij het open spreekuur, scoliose screening en het vroegtijdig opsporen van risicokinderen. Dit laatste gebeurt in samenwerking met de consultatiebureau's van de Kruisvereniging. Voor wat betreft de resultaten van deze onderzoekingen kunnen wat Almere betreft alleen gegevens worden gepresenteerd over 1983. Deelgegevens over 1982 ontbreken. De opkomstpercentages voor de verschillende schoolonderzoekingen ligt in Almere tussen de 95 en 100%. Zo goed als alle in aanmerking komende kinderen worden daadwerkelijk onderzocht. Voor Flevoland in zijn geheel liggen de percentages slechts een fractie lager. Van alle onderzochte kinderen wordt ongeveer 5% voor verder onderzoek doorverwezen, meestal naar de huisarts en soms naar de logopedist, het RIAGG of andere instanties. Afwijkingen hebben relatief vaak betrekking op oogstoornissen of houdingsproblemen. In 1983 werden vaccinaties uitgevoerd bij de jaarklassen 1979 (DTP), 1974 (DTP) en 1972 (meisjes, rode hond). Voor beide eerste massavaccinaties lagen de inentingspercentages rond de 92.5%. Aan de inenting tegen rode hond nam 87.6% van alle meisjes in deze jaarklasse deel. Voor verdere bijzonderheden kan worden verwezen naar de jaarverslagen van de Districtsgezondheidsdienst voor Flevoland

3.4 Geestelijke Gezondheidszorg

De instantie die zich in het bijzonder met de geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijns bezighoudt, is het Regionaal Instituut voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG). Almere valt hierbij onder de verantwoordelijkheid van het RIAGG Flevoland, gevestigd in Lelystad. De Stichting RIAGG-Flevoland is opgericht op 5 maart 1982, en bestaat uit twee afdelingen. Dit zijn:

- de afdeling jeugd
- de afdeling volwassenen

Voor wat betreft de personeelsformatie en het gebruik dat vanuit Almere van het RIAGG-Flevoland wordt gemaakt, zijn op dit moment enkel gegevens beschikbaar over 1981. (Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Zwolle e.o., 1983) Deze gegevens hebben veelal betrekking op geheel Flevoland.

Het aantal medewerkers was twaalf, te weten, 4 sociaal-psychiatisch verpleegkundigen, drie maatschappelijk werkenden, twee psychologen, een pedagoge voor acht uur per week en anderhalve formatieplaats voor secretariaatswerkzaamheden. Bij de afdeling jeugd werden in 1981 in totaal 215 nieuwe cliëntsystemen¹⁾ ingeschreven. Een overzicht van de herkomst van deze nieuwe cliënten geeft tabel 3.18.

Tabel 3.18 Aantallen nieuwe cliëntsystemen per 1000 inwoners ingeschreven bij het RIAGG-Flevoland, afdeling jeugd in 1981, naar woonplaats (Bron: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Zwolle e.o.)

	Almere	Lelystad	Dronten
aantal nieuw ingeschreven jongeren per 1000 inwoners	1.9	3.0	2.1

Een overzicht van de meest voorkomende problemen waarmee deze jongeren bij het RIAGG aanklopten geeft tabel 3.19

1) Een cliëntstelsysteem kan bestaan uit één of meerdere personen

Tabel 3.19 Kernproblemen van de nieuwe cliënten die in 1981 werden ingeschreven bij het RIAGG-Flevoland, afdeling jeugd, in percentages. (Bron: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Zwolle e.o.)

problematiek ¹⁾	aantal in percentages (N = 107) ²⁾
aggressiviteit, weglopen e.d.	48%
problemen in relatie ouders, kind	30%
contactproblemen	12%
relatieproblemen	12%

- 1) De wijze van coderen maakt het mogelijk dat één cliënt in meerdere categoriën valt. Het cumulatieve percentage kan de 100% overschrijden.
- 2) De gegevens zijn alleen bekend voor de aanmeldingen die na 1-7-1981 werden geregistreerd in verband met de invoering van een nieuw registratieformulier

Voor de 264 cliëntsystemen die in 1981 werden ingeschreven bij de afdeling volwassenen kunnen soortgelijke tabellen worden gegeven. Tabel 3.20 geeft de opsplitsing naar woonplaats, tabel 3.21 geeft een overzicht van de problematiek waarmee men bij het RIAGG werd ingeschreven.

Tabel 3.20 Aantallen nieuwe cliëntsystemen per 1000 inwoners die in 1981 bij het RIAGG-Flevoland, afdeling volwassenen werden ingeschreven naar woonplaats (Bron: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Zwolle)

	Almere	Lelystad	Dronten
aantal nieuw ingeschreven volwassenen per 1000 inwoners	2.8	1.7	1.7

Tabel 3.21 Kernproblemen waarmee nieuwe cliënten in 1981 werden ingeschreven bij het RIAGG-Flevoland, afdeling volwassenen, in percentages (Bron: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Zwolle e.o.)

problematiek ¹⁾	aantal in percentages (N=140) ²⁾
relatieproblemen	44%
depressies	18%
losmakingsproblemen	14%
contactproblemen	14%
sociale vrees	9%
ziektevrees	8%

- 1) De wijze van coderen maakt het mogelijk dat één cliënt in meerdere categoriën valt. Het cumulatieve percentage kan de 100% overschrijden.
- 2) Deze gegevens zijn alleen bekend voor de aanmeldingen die na 1-7-1981 werden geregistreerd, in verband met het invoeren van een nieuw registratieformulier.

Uit de tabellen 3.18 t/m 3.21 blijkt voor Almere een relatief hoog verwijscijfer voor volwassenen die voor hulp bij het RIAGG terechtkomen. In absolute aantallen zal het hierbij gaan om ca. 40-50 personen. Het aantal jongeren uit Almere is relatief laag. Overigens mag aan deze getallen zowel als aan de percentages vermeld in tabel 3.19 en 3.21 niet al te veel waarde worden toegekend. In de eerste plaats betreft het hier de gegevens over slechts één jaar (1981!); het is goed mogelijk dat dit jaar voor een of meerdere gemeenten een toevallige uitschieter was. In de tweede plaats zijn de aantallen en percentages berekend over een betrekkelijk gering aantal nieuw ingeschreven cliënten. Tot zover het overzicht en gebruik van de voorzieningen in de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere. In het volgende hoofdstuk staat de tweedelijns centraal.

4. BESCHRIJVINGEN VAN DE UITGANGSSITUATIE IN ALMERE INZAKE TWEEDELIJSVOORZIENINGEN

Inleiding

De inwoners van Almere zijn voor het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen aangewezen op instellingen buiten Almere. In de volgende paragrafen wordt vooral een overzicht gegeven van het gebruik van ziekenhuizen. Daarnaast geven we informatie over het gebruik van verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen en verzorgingstehuizen door inwoners van Almere. Ook worden in het kort de toekomstplannen daarvan geschetst.

Met uitzondering van de gegevens over de polikliniek in Almere (die van 1984 zijn), van de psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigeninrichtingen (die van 1981 dateren), hebben de gegevens betrekking op 1982. Ten tijde van de rapportage waren geen recentere gegevens beschikbaar.*

4.1. Algemene ziekenhuizen

In het navolgende laten we zien dat, als we kijken naar het aantal opnamen uit Almere, zes ziekenhuizen voor Almere belangrijk zijn. Vervolgens geven we enige algemene informatie over deze ziekenhuizen, waarna we ingaan op de specifieke situatie te Almere. Hierbij besteden we vooral aandacht aan het gebruik van voorzieningen door de Almeerse bevolking, tot uitdrukking gebracht in verwijscijfers, opnamecoëfficiënten, verpleegdagen, verpleegduur en bedgebruik.

4.1.1. Opnamen

In 1982 zijn bijna 3000 mensen uit Almere in een algemeen ziekenhuis opgenomen. Zes ziekenhuizen verzorgen samen bijna 80 % van alle Almeerse opnamen. In tabel 4.1 worden deze zie

* Per 1 januari 1984 is de gemeente Almere ingesteld. Tot die tijd valt het gebied Almere, samen met de toekomstige woonkern Zeewolde en een buitengebied onder het openbaar lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders (ZIJP). Behalve de ZIJP gebruiken we gemakshalve in de tekst ook Almere.

ziekenhuizen behandeld. De overige opnamen zijn zeer verspreid over diverse ziekenhuizen, o.a. het Slotervaart-ziekenhuis te Amsterdam, het Andreas Ziekenhuis, het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, het Emmakinderziekenhuis (allen in Amsterdam, circa 1 à 2 %), het Diaconessenziekenhuis en de R.K. Ziekenverpleging in Hilversum en het St. Jan Hooglaren, te Blaricum (circa 1 %).

Tabel 4.1. Het aantal patiënten uit de ZIJP dat opgenomen is in zes omliggende ziekenhuizen in 1982.*

Ziekenhuis	Absolute aantal patiënten uit ZIJP	Percentueel aandeel van opnamen van:	
		Inwoners ZIJP in ziekenh. (3)	Het ziekenh. uit ZIJP (4)
Diaconessenhuis (1)	1192	42.31 %	21.39 %
Majellaziekenhuis (1)	<u>432</u>	<u>15.34 %</u>	7.70 %
Subtotaal	1624	57.65 %	
Academisch ziekenhuis V.U.	184	6.53 %	1.06 %
Academisch ziekenhuis UvA (2)	151	5.36 %	0.66 %
O.L. Vrouwe Gasthuis	147	5.22 %	0.95 %
Burgerziekenhuis	<u>86</u>	<u>3.05 %</u>	1.88 %
Subtotaal	568	20.16 %	
Totaal	2192	77.81 %	

*Opgemerkt moet worden dat het ziekenhuis in Lelystad nog niet was geopend.

- (1) Het streekziekenhuis Gooi-Noord is een fusie van drie ziekenhuizen: het Diaconessenhuis, het Majella-ziekenhuis en St. Jan Hooglaren (Blaricum). In St. Jan Hooglaren zijn in 1982 slechts achttien patiënten uit de ZIJP opgenomen.
- (2) Het Academisch Ziekenhuis Universiteit van Amsterdam is in de loop van 1982 verhuisd naar het Academisch Medisch

Centrum (AMC) in de Bullewijk. Deze cijfers zijn daar door niet geheel betrouwbaar.

- (3) Deze kolom moet als volgt gelezen worden (voorbeeld): van alle opnamen uit de ZIJP ging 42.31 % naar het Diaconessenhuis.
- (4) Deze kolom moet als volgt gelezen worden (voorbeeld): van het totaal der opnamen in het Diaconessenhuis kwam 21.39 % uit de ZIJP.

Bronnen: -Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen, 1982.

-Streekziekenhuis Gooi-Noord: Jaarverslag 1982.

Het is opvallend dat ruim 42 % van de patiënten uit Almere naar het Diaconessenhuis gaat en ruim 15 % naar het Majella ziekenhuis. Drie Amsterdamse ziekenhuizen verzorgen elk 5 à 6 % van de Almeerse opnamen, het Burgerziekenhuis (dat in Almere gaat bouwen), neemt 3 % op.*

Het aandeel van de Almeerse patiënten in het totaal aantal opnamen per ziekenhuis is ook in tabel 1 aangegeven. Het Diaconessenhuis krijgt ruim éénvijfde (21.39 %) van haar patiënten uit Almere, het Majella-ziekenhuis 7.7 % en het Burgerziekenhuis 1.88 %. Voor de andere drie Amsterdamse ziekenhuizen ligt dit onder de 1 %.

4.1.2. Kenmerken van de ziekenhuizen

De zes voor Almere belangrijkste ziekenhuizen kunnen gekarakteriseerd worden aan de hand van een aantal basisgegevens (zie tabel 4.2.), het aantal specialisten (tabel 4.3.) en het soort en aantal verrichtingen (tabel 4.4.).

* In 1982 had het Burgerziekenhuis nog geen buitenpolikliniek in Almere. Wel hielden specialisten van het streekziekenhuis Gooi-Noord toen spreekuur in Almere.

Tabel 4.2. Basisgegevens van de zes belangrijkste ziekenhuizen, voor Almere over 1982

Ziekenhuis	Gemeente	Aantal erkende bedden	Totaal aantal opnamen	Aantal opnamen per bed	Aantal verpleeg-dagen	Gemidd. verpleeg-duur in dagen	Bezett. percent. erkende bedden
Diacones-senhuis*	Naarden	164	5545	33.8	53361	9.6	89.1%
Majella- [*] ziekenh.	Bussum	242	5609	23.2	86807	15.5	98.3%
Academisch Ziekenhuis V.U.	Amsterdam	769	17703	27.2	193953	11.0	81.6%
Academisch Ziekenhuis UvA	Amsterdam	1206	23873	19.8	324671	13.6	73.8%
O.L.Vrouwe Gasthuis	Amsterdam	753	15347	20.4	236243	15.4	86.0%
Burger-ziekenhuis	Amsterdam	213	4448	20.9	67493	15.2	86.8%

* Deze ziekenhuizen vormen samen met St. Jan Hooglaren te Blaricum het Streekziekenhuis Gooi-Noord¹⁾

Bron: NZI/Basisgegevens Instellingen van intramurale gezondheidszorg, 1983.

¹⁾ Hierdoor is een aantal specialismen geconcentreerd in één van de 3 ziekenhuizen, bijv. bevallingen in het Diaconessenhuis. Bovendien heeft het Streekziekenhuis Gooi-Noord daardoor formeel één erkenning en één aantal erkende bedden.

Drie van de zes ziekenhuizen zijn relatief kleine basisziekenhuizen (+ 200 bedden) en drie relatief grote topziekenhuizen. Twee kleine ziekenhuizen (het Diaconessenhuis en het Majella-ziekenhuis) nemen samen bijna 60 % van alle opnamen uit Almere voor hun rekening. Voor deze twee en voor het Burgerziekenhuis is aangegeven welke specialismen zij in huis hebben en hoeveel specialisten er op full-time-basis werkzaam zijn (tabel 4.3.). In tabel 4.4. is opgenomen hoe groot het aantal verrichtingen is.

De drie kleinere ziekenhuizen hebben alle basisspecialismen, met incidenteel een ander specialisme erbij. De andere drie ziekenhuizen bestrijken (vrijwel) alle genoemde specialismen.

Tabel 4.3. Het aantal specialisten (eventueel omgerekend)
op full-time-basis per ziekenhuis, in 1982,
voor drie ziekenhuizen

Specialisme	Diaconessen- huis (1)	Majella- ziekenh. (1)	Burger- ziekenh. (2)
Inwendige geneesk.	3	3	3
Longziekten + tbc	0.2	0.6	-
Cardiologie	-	3	-
Rheumatologie	-	-	-
Maag-darmziekten	-	-	-
Allergologie	-	-	-
Kindergeneeskunde	2.6	(3)	2
Geriatric	-	-	-
Chirurgie	2	3	2
Orthopedie	1.5	1.5	-
Urologie	0.5	1	1
Plast. chirurgie	-	-	-
Neurochirurgie	-	-	-
Cardiopulmonale chirurgie	-	-	-
Verloskunde/ gynaecologie (4)	2	1	2
Oogheelkunde	1	1	2.2
KNO	1	1.6	1
Mondheelkunde	-	2	-
Dermatologie	1	1	2
Zenuw- en zielsz.	-	-	-
Neurologie (5)	1.5	1.5	2.3
Psychiatrie	0.5	0.5	0.3
Anesthesiologie	1	1	2
Revalidatie	0.1	0.1	1
Radiodiagnostiek	2	3	1
Radiotherapie	-	-	2
Nucleaire geneesk.	-	-	-
Totaal	19.4	26.8	23.8

(1) Bron: Streekziekenhuis Gooi-Noord: Jaarverslag 1982
en toelichting door het Streekziekenhuis.

(2) Opgave door het Burgerziekenhuis

(3) De kindergeneeskunde is geconcentreerd in het Diaconessenhuis, terwijl er wel spreekuren zijn in het Majella-zkh.

(4) De bevallingen vinden plaats in het Diaconessenhuis.

(5) Dit betreft een viermanschap voor heel het Gooi, in ziekenhuizen en verpleeghuizen.

Tabel 4.4. Het soort en aantal verrichtingen van drie ziekenhuizen, in 1982.*

Soort ver- richtingen	Diaconessenhuis (1)			Majellaziekenhuis (1)			Burgerziekenhuis (2)		
	Klin.	Polikl.	Totaal	Klin.	Polikl.	Totaal	Klin.	Polikl.	Totaal
Operaties	2300	3638	5938	3501	9109	12610	2697	2167	4864
Röntgen			19640			33076	6439	21082	27512
Functionie- onderzoek									
Laborat.(3)	1360	2228	3588	8867	7331	16198	2997	2396	5393
(punten)	278200	811250	1089450	790438	543518	1333956	696701	364731	1061432
Bevallingen	907		907	-	-	-	409	34	443
Polikliniek- bezoeken	-	37377	-	-	81370	-	-	(4) 94450	
Dagverple- ging	-	-	-	-	-	-	-	81	81

* Helaas kunnen de gegevens niet uitgesplitst worden naar patiënten uit Almere.

(1) Bron: Streekziekenhuis Gooi-Noord, Jaarverslag 1982.

(2) Bron: Het Burgerziekenhuis, Jaarrekening 1982.

(3) Hierbij zijn de punten van alle laboratoria bij elkaar opgeteld.

(4) Dit betreft een schatting

4.1.3. Bereikbaarheid

Het is bekend* dat de keuze van patiënten voor een ziekenhuis sterk mede bepaald wordt door de geografische bereikbaarheid van het ziekenhuis.

De bereikbaarheid met het openbaar vervoer (hier de bus) wordt bepaald door verschillende factoren, zoals de frequentie, het al of niet moeten overstappen en een eind(je) moeten lopen van de laatste halte naar het ziekenhuis.

Deze bereikbaarheid voor het openbaar vervoer staat aangegeven in tabel 4.5 voor het Diaconessenhuis, Majella-ziekenhuis, Burgerziekenhuis en AMC. Het blijkt dat deze ziekenhuizen elkaar in bereikbaarheid per openbaar vervoer niet veel ontlopen. De frequentie is het hoogste naar het Diaconessenhuis en het Majella-ziekenhuis, de reistijd is het kortste naar het Burgerziekenhuis en het AMC.

Tabel 4.5. Busverbindingen tussen Almere - en vier omliggende ziekenhuizen, in 1984.

Ziekenhuis	Frequentie (1)	Over- stap- pen	Extra lopen van halte naar ziekenh. (schatting)	Totale reis- tijd in min. (2) (schatting)
Diaconessen- huis	-1x per uur	nee	5 min.	50 min.
	-3x per uur	nee	20 min	60 min.
	-2x per uur	ja	-	60 min.
Majella- ziekenhuis	-3x per uur	nee	15 min.	55 min.
	-3x per uur	ja	-	60 min.
Burger- ziekenhuis	-4x per uur	ja	-	50 min.
AMC	-2x per uur	nee	-	50 min.

Opmerking: De verbinding tussen Almere-Haven en Almere-'t Oor en tussen Almere-Stad en Almere-'t Oor is heel frequent en elke reis duurt ongeveer 20 minuten.

*Volgens onder meer H. Kolkman en S. de Jager: Het basisziekenhuis geknipt voor de eerstelijns? NZI, 1984.

- (1) De frequentie die in de ochtendspits hoger is, staat aangegeven voor het vertrek van Almere-'t Oor (centraal busstation).
- (2) Deze tijden zijn inclusief het lopen en de wachttijden voor (gewoonlijk) aansluitende verbindingen bij het overstappen.

Bronnen: Busboekjes 84/85, VAD en Centraal Nederland
Opgave door functionarissen van de ziekenhuizen.

De bereikbaarheid per auto (of ambulance of taxi) staat weergegeven in tabel 4.6. Het blijkt dat het Diaconessen-huis makkelijk en snel is te bereiken, evenals het Majella- ziekenhuis dat daar vlakbij ligt. Het AMC is via de auto- snelweg ook snel te bereiken. Het Burgerziekenhuis is nor- maliter ook snel bereikbaar, maar op bepaalde tijden, met name in de ochtendspits - in verband met files - met de auto moeilijker bereikbaar, zij het dat de bus en ambulance en deels ook de taxi op sommige gedeelten een eigen rijbaan hebben.

Tabel 4.6. Autoverbinding tussen Almere en vier omliggende ziekenhuizen, in 1984.

Ziekenhuis	Aantal kilometers	Geschatte reis- tijd in min.(1)
Diaconessenhuis	16.5	15 à 20 min.
Majellaziekenhuis	17.5	15 à 20 min
Burgerziekenhuis	21	20 à 25 min (2)
AMC Bullewijk	19	ca. 20 min.

- (1) Deze geschatte reistijden komen voor wat betreft het Diaconessen- en Burgerziekenhuis goed overeen met t.b.v. het projectteam PGA gemeten reistijden.
- (2) De reistijd naar het Burgerziekenhuis kan in de och- tendspits (tussen 07.00 en 9.00 uur) door file-vorming langer zijn (ongeveer $\frac{1}{2}$ uur tot 1 uur vertraging).

Bronnen:-Afstandengids Nederland, 2e editie, 1982.
-Ambulancedienst Broeder de Vries Hilversum
-Verkeerspolitie

Conclusie

De vier ziekenhuizen zijn per openbaar vervoer ongeveer even goed bereikbaar. Per auto zijn het Diaconessenhuis en het Majella-ziekenhuis het best bereikbaar, vervolgens het AMC en het Burgerziekenhuis. Het verschil is echter niet groot, behoudens in de ochtendspits naar het Burgerziekenhuis.

4.1.4. De buitensprekuren en het Medisch Centrum Almere

Sprekuren

De gegevens in deze paragraaf hebben betrekking op 1984. Sinds begin 1981 houden specialisten die hoofdzakelijk in het Streekziekenhuis Gooi-Noord werkzaam zijn, spreekuur in het gezondheidscentrum De Haak in Almere-Haven. Het is de bedoeling dat zij per 1 januari 1986 deze spreken zullen stopzetten. Vanaf die datum zullen alleen in het Medisch Centrum Almere (in Almere-Stad) poliklinieksprekuren plaatsvinden. Deze worden verzorgd door de specialisten van het Burgerziekenhuis. Sinds december 1983 houden specialisten van dit ziekenhuis spreken in het MCA. Dit is een vervolg op spreken van een drietal specialismen (oogarts, huidarts, kinderarts) in Almere-Haven sinds 1980.

In tabel 4.7. en 4.8. geven we weer hoeveel spreken de specialisten per lokatie houden, alsmede - in geval van het MCA - de prognose van het aantal spreken in 1986.

In tabel 4.7. staan de gegevens in het aantal uren, in tabel 4.8. in dagdelen.

Tabel 4.7. Het aantal uren spreekuur per week van specialisten van het Streekziekenhuis Gooi-Noord in Almere-Haven, in 1984.

Specialisme	Aantal uren
Interne geneeskunde	2
Kindergeneeskunde	2
Chirurgie	2
Gynaecologie	2
KNO	2
Neurologie	2 (*)

* Het is ook mogelijk dat deze twee uren eens per twee weken worden gehouden.

Tabel 4.8. Het aantal dagdelen spreekuur per week van specialisten van het Burgerziekenhuis, per 1-3-1984 en de prognose voor 1986.

Specialisme	Aantal dagdelen per week*	Aantal uren p.w. prognose voor '86
Interne geneeskunde	4 (16)	22 $\frac{3}{4}$
Kindergeneeskunde	1 (4)	9 $\frac{1}{4}$
Chirurgie	2 (8)	14 $\frac{3}{4}$
Gynaecologie/ verloskunde	2 (8)	16 $\frac{3}{4}$
Oogheelkunde	4 (16)	13 $\frac{1}{4}$
KNO	1 (4)	6 $\frac{3}{4}$
Dermatologie	2 (8)	4 $\frac{1}{2}$
Neurologie	2 (8)	15 $\frac{1}{2}$

(*) Tussen haakjes staat het aantal uren, verondersteld wordt dat één dagdeel uit vier uren bestaat.

Bronnen: -Werkgroep Polikliniek Almere: Het Medisch Centrum Almere in de jaren 1985 en 1986, april 1984.
-Burgerziekenhuis Amsterdam.

Toekomstplannen voor de polikliniek in het MCA

In het kader van de ondersteuning van de eerstelijns is prioriteit gegeven aan het tot stand brengen van een volledig functionerend klinisch laboratorium en een goed uitgeruste röntgenafdeling. Nader overleg vindt plaats om meer diagnostische mogelijkheden ter beschikking te stellen aan de huisartsen. Er liggen bij de Werkgroep Polikliniek Almere wensers tot uitbreiding van de diagnostische faciliteiten met audiometrie, longfunctie-onderzoek, ECG, echografie, gastrocolonscopie en allergologisch onderzoek.

Ten aanzien van ambulante patiënten geldt dat (volgens de notitie van de Werkgroep Polikliniek Almere):

- zoveel mogelijk tweedelijns poliklinische verrichtingen in het MCA moeten worden verricht,
- de besluitvorming rondom de dagbehandeling nog moet plaats vinden.

Het gaat hierbij om de vraag of voor de ingebruikname van het nieuwe ziekenhuis de dagbehandeling in het MCA gestart moet worden, of nog in het oude Burgerziekenhuis in Amsterdam.

- het besluit dat er geen poliklinische bevallingen in het MCA mogen plaatsvinden, wellicht heroverweging verdient, gezien de capaciteitsproblemen in het Diaconessenhuis te Naarden.

Het Burgerziekenhuis zal in Almere een ziekenhuis bouwen met 180 bedden, 10 wiegen en 15 dagverplegingsbedden.

Het ziekenhuis zal volgens planning in 1990 gereed zijn.

4.1.5. Gebruik van ziekenhuisvoorzieningen

Verwijzingen uit Almere (ziekenfondsverzekerden)

In tabel 4.9 staat het aantal verwijskaarten aangegeven dat voor ziekenfondsverzekerden in Almere is uitgeschreven, landelijke gemiddelden en het verschil tussen Almere en het landelijk gemiddelde. De cijfers over gezondheidscentra zijn opgenomen omdat de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere is georganiseerd in gezondheidscentra.

Het valt op dat het gemiddeld aantal verwijskaarten veel lager ligt dan het gemiddelde in Nederland. De mogelijke oorzaak is het verschil in leeftijdsopbouw: Almere heeft een jonge bevolking en jonge mensen maken doorgaans minder gebruik van de gezondheidszorg dan ouderen. Tevens kan de afwezigheid van een ziekenhuis in Almere een rol spelen.

In tabel 4.10 maken we een onderverdeling naar specialisme voor het aantal verwijskaarten.

Tabel 4.9. Het gemiddeld aantal verwijkskaarten uit Almere, in 1982.

Absolute tot. voor Almere	Gemiddelde per 1000 verzekerden in Almere	Landelijk gemiddelde per 1000 verzekerden	Landelijk gemiddelde gezondheids- centra	Vershil t.o.v landel. gemiddelde (C) in percentages v. landel.gem.	Vershil t.o.v. gemiddelde (B) gezond- heidscentra in percent.
A	B	C	D	E	F
5817	383	521	447	-26 %	- 14 %

Bron: LISZ, Jaarboek 1982.

Tabel 4.10. Het aantal verwijskaarten voor ZF-verzekerden in Almere in vergelijking met het landelijk niveau (bij gelijke aantallen, nl. ± 15.000 verzekerden) in '82

Verwijs- kaarten	In Almere aant.verw. krt.(voor 15.000 verzeke- ren)	Landelijk aant.ver- wijskrt. (15.000 verzeke- ren)	Afwijking tussen Almere en land.gem. (C) in procenten	Land.aant. verw.krt. gez.heids- centra (15.000 verzekeerd)	Afwijking tussen Almere en land.gem. gez.h. (E), in %
A	B	C	D	E	F
Inw.geneesk.	409	870	-53	645	-37
Longz./tbc	116	210	-45	210	-45
Cardiologie	186	300	-38	285	-35
Kind.geneesk.	339	270	+26	270	+26
Chirurgie	779	1080	-28	915	-15
Orthopedie	349	480	-27	360	0
Urologie	81	195	-58	165	-51
Plastische chirurgie	79	75	0	90	-12
Verloskunde/ gynaecologie	654	600	+ 9	555	+18
Oogheelkunde	1317	1650	-20	1515	-13
KNO	636	645	0	600	0
Dermatologie	250	510	-51	420	-40
Zenuw- en zielsziekt.	321	375	-14	285	+13
Overigen	P.M.(1)	P.M.(1)		P.M.(1)	
Totaal	5516	7260	-24%	6315	-13%

(1) Aangezien het onduidelijk is wat het ziekenfonds in haar rapport hieronder verstaat, is een vergelijking niet mogelijk.

Bronnen: -Ziekenfonds 'Het Gooi en Omstreken': Een schatting van de meerkosten en besparingen in Almere 1984/1985 (kolom B).

-Berekeningen aan de hand van LISZ-gegevens (Jaarboek 1982)

Het blijkt dat er nogal sterke variaties zijn tussen het aantal verwijskaarten per specialisme in Almere en elders in Nederland. In Almere worden over het algemeen minder verwijskaarten uitgeschreven, ook in vergelijking met gezondheidscentra. Met name interne geneeskunde, cardiologie, longziekten, dermatologie en urologie hebben minder verwijskaarten dan het landelijk gemiddelde. Voor gezondheidscentra zijn deze afwijkingen minder sterk.

Opmerkelijk is het hoge aantal verwijskaarten in vergelijking met het landelijk gemiddelde voor gynaecologie/verloskunde en kindergeneeskunde. Dit heeft ongetwijfeld te maken met de leeftijdsopbouw van Almere. Door de jonge bevolking zijn er veel bevallingen.

De leeftijdsopbouw verklaart wellicht ook het geringe aantal verwijskaarten voor interne geneeskunde, longziekten, cardiologie en urologie, omdat veel ziekten bij deze specialismen vooral bij oudere mensen voorkomen.

Gemiddelde opnamen uit Almere (voor de gehele bevolking)

In deze paragraaf staat het aantal opnamen weergegeven van de gehele bevolking uit Almere, ongeacht hun verzekeringsvorm. Eerst trekken we een vergelijking met landelijke gemiddelden (tabel 4.11) vervolgens met andere gemeenten in Nederland (tabel 4.12).

Tabel 4.11. Het aantal opnamen uit Almere in vergelijking met het landelijk gemiddelde, in 1982.

Aantal opnamen (ZF- en part. verzekerden)	Gem. opnamen per 1000 verzekerden in Almere*	Land.gemiddelde opnamen per 1000 verzekerden
2764	114, 7	113,1

*Uitgaande van het gemiddelde aantal inwoners in 1982, nl. 24.091

Bronnen: -SMR
-NZI

Uit tabel 4.11 blijkt dat het aantal opnamen per 1000 verze-
kerden in Almere iets boven het landelijk gemiddelde ligt.
Dit is opmerkelijk in verband met de afwezigheid van een
ziekenhuis in Almere zelf en de relatief jonge bevolking
(i.h.a. consumptiebeperkende factoren).

Wel zijn zowel de ziekenhuizen in Amsterdam als het Gooi
voor de Almeerse bevolking redelijk goed bereikbaar. Aan-
gezien zowel Amsterdam als het Gooi (met name in Gooi-Zuid)
vergeleken met het landelijk gemiddelde een
'beddenoverschot' vertonen (van 35 resp. 20 %), kan dit op
het aantal opnamen een vergrotende werking hebben.

Aantal opnamen in vergelijkbare gemeenten

Uit tabel 4.11 bleek dat de opnamecoëfficiënt (het aantal op-
namen per 1000 inwoners) van Almere wat aan de hoge kant
ligt gezien de afwezigheid van een ziekenhuis en de rela-
tief jonge bevolking. Daarom wordt in tabel 4.12 Almere ver-
geleken met andere 'overloop-gemeenten' met een relatief
jonge bevolking (met en zonder ziekenhuis).

Zoetermeer is een plaats zonder ziekenhuis en overloopge-
meente van Den Haag; Hoorn en Purmerend en Lelystad zijn
beide snelgroeiende overloopgemeenten van Amsterdam, Lely-
stad had nog geen ziekenhuis in 1982, net zomin als Almere.
Hoorn en Purmerend daarentegen wel.

Tabel 4.12. Vergelijking tussen de ZIJP en andere gemeenten
qua opname-coëff. en leeft.verdeling in 1982.

Bronnen: Enquête Jaarcijfers Ziekenh.'82/CBS/SMR

Gemeente	Opname- coëff.	Opname- coëff. verschil met ZIJP	Leeftijdsverdeling gemeente in perc. v.d. tot. bevolking			
			0-14 jaar	15-44 jaar	45-64 jaar	65 en ouder
ZIJP	114,7*		28.3	57.1	11.1	3.5
Zoetermeer	105.9	-8.8	25.6	52.4	15.0	7.1
Hoorn	127.8	+13.1	25.1	50.4	15.3	9.2
Purmerend	155.2	+40.5	22.7	50.7	18.9	7.6
Amsterdam	131.9	+17.2	14.6	48.2	21.2	16.0
Den Haag	123.1	+ 8.4	15.6	43.4	22.4	18.7
Lelystad	105.0*	- 9.7	29.9	51.4	13.8	4.9
Landelijk	113.1	- 1.6	21.5	47.0	19.9	11.7

*Berekend over gem. aant. inw. in 1982, en voor Almere in
tegenst. tot de andere opname-coëff. gebaseerd op de
(nauwkeuriger) SMR-gegevens.

Uit tabel 4.12 blijkt dat Zoetermeer en Lelystad, ondanks e
iets oudere bevolking een lagere opnamecoëfficiënt bezitten
Hoorn en Purmerend, met een vergelijkbare bevolkingsopbouw
als Zoetermeer, hebben daarentegen een hogere opnamecoëffi-
ciënt, vooral Purmerend.

Aantal opnamen per specialisme

In tabel 4.13 zien we het gemiddeld aantal opnamen, uitge-
splitst per specialisme, eveneens in vergelijking met het
het landelijk gemiddelde. Hierbij is nog géén rekening ge-
houden met de leeftijdsinvloed, gezien de relatief jonge be-
volking in Almere.

Uit tabel 4.13 blijken enige grote verschillen tussen Almer
en het landelijk gemiddelde. Zo ligt het specialisme gynae-
cologie/verloskunde, en wellicht mede in het verlengde daar-
van de kindergeneeskunde, in de ZIJP veel hoger dan elders
in Nederland. De overige specialismen vertonen geen sterk
afwijkend beeld; sommige specialismen laten zelfs (veel)
minder opnamen per 1000 inwoners zien (bijv. interne genees-
kunde¹, algemene chirurgie). Dit beeld loopt in grote lijnen
parallel met hetgeen in tabel 10 staat weergegeven over het
aantal verwijskaarten per 1000 verzekerden.

Ter completering bekijken we ook het aantal verpleegdagen
en de gemiddelde verpleegduur.

¹ Staat in direkt verband met het geringe percentage oudere

Tabel 4.13. Het gemiddeld aant. opnamen per specialisme per 1000 inwoners van Almere in vergelijking met het landelijk gemiddelde, in 1982.

Specialisme	Per 1000 inwoners ZIJP (1)		Landelijk per 1000 inwoners		
	Absoluut	Relatief	Absoluut		Relatief
	SMR (2)		SMR(2)	LISZ (3)	SMR(2)
Int. geneesk.	10.1	8.8%	16.2	18.6	14.4%
Longziekten	1.8	1.6%	2.6	3.0	2.3%
Cardiologie	4.0	3.5%	6.1	6.3	5.4%
Kindergeneesk.	10.0	8.7%	5.8	7.2	5.2%
Alg.chirurgie	15.4	13.4%	21.5	22.4	19.1%
Orthopedie	7.3	6.4%	6.2	6.7	5.5%
Urologie	1.8	1.6%	4.4	4.4	3.9%
Plast.chirurg.	2.1	1.8%	2.1	2.1	1.9%
Neurochirurgie	0.8	0.7%	1.1	1.1	1.0%
Verloskunde/ gynaecologie	34.4	30.0%	22.6	19.2	20.1%
Oogheelkunde	1.9	1.7%	2.9	3.1	2.6%
KNO	10.0	8.7%	8.8	8.6	7.8%
Mondheelkunde	1.0	0.9%	0.7	0.7	0.6%
Dermatologie	0.2	0.2%	0.6	0.8	0.5%
Zenuw- en zielsziekten	6.4	5.6%	8.1	11.2	7.2%
Neurologie					
Psychiatrie					
Overigen	7.4		2.7	9.5	
Totaal	114.7*	100 %	112.4	122.2	100 %

*Dit getal is berekend aan de hand van het gem. aantal inwoners in 1982 (24.091). Door administratief-technische procedures kunnen geringe afwijkingen met andere bronnen ontstaan.

- (1)Berekend naar het gemiddeld aantal inwoners van 24.091
- (2)De SMR-gegevens hebben betrekking op alle verzekerden
- (3)De LISZ-gegevens hebben betrekking op de ZF-verzekerden

Bronnen: SMR en LISZ-Jaarboek, 1982.

Verpleegdagen en verpleegduur

In onderstaande tabel 4.14 staat het aantal verpleegdagen en de gemiddelde verpleegduur per specialisme van de bevolking uit de ZIJP, ook in vergelijking met het landelijk gemiddelde.

Tabel 4.14. Het aantal verpleegdagen en de gemiddelde verpleegduur van de totale bevolking in de ZIJP, in vergelijking met het landelijk gemiddelde, Bronnen: -SMR en LISZ, Jaarboek 1982.

Specialisme	Aantal verpleegdagen ZIJP SMR(1)	Gemidd. verpleegduur ZIJP SMR(1)	Landelijk gemiddelde verpleegduur	
			SMR(1)	LISZ(2)
Int. geneesk.	3723	15.3	18.2	19.1
Longziekten	584	13.6	18.1	20.1
Cardiologie	1204	12.5	11.5	12.2
Kindergeneesk.	4051	16.7	13.4	13.6
Alg. chirurgie	3723	9.9	13.5	13.2
Orthopedie	2080	11.9	14.4	14.6
Urologie	547	12.7	12.0	11.8
Plast.chirurg.	328	6.4	8.1	8.3
Neurochirurgie	365	18.2	15.3	14.5
Verloskunde/ gynaecologie	5036	5.1	7.3	7.8
Oogheelkunde	255	5.7	9.0	9.8
KNO	766	3.2	4.8	5.2
Mondheelkunde	73	3.0	6.4	6.8
Dermatologie	292	48.7 (3)	28.0	28.9
Zenuw- en zielsziekten	182	22.7	22.5	24.4
Neurologie	1861	13.8	18.0	
Psychiatrie	438	33.7	39.7	68.7(4)
Overigen	255	23.2	-	-
Totaal	25769	9.3	12.8	14.9

- (1) De SMR-gegevens hebben betrekking op alle verzekerden
- (2) De LISZ-gegevens hebben betrekking op de ZF-verzekerden
- (3) Deze grote afwijking van het landelijk gemiddelde kan veroorzaakt worden door een zeer gering aantal pat. (6)
- (4) Inclusief psychiatrisch ziekenhuis.

Geconcludeerd kan worden dat de gemiddelde verpleegduur van Almeerse patiënten over het algemeen lager ligt dan het landelijk gemiddelde. Dit is echter niet het geval bij cardiologie, kindergeneeskunde, urologie en neurochirurgie.

Bezette bedden

Aan de hand van de SMR-gegevens in tabel 14 kunnen we zien dat er in 1982 71 bedden door de Almeerse bevolking werden *bezet*. Bij de planning van ziekenhuisbedden wordt echter rekening gehouden met een bezettingspercentage van 90. Indien wij ook hier vanuit gaan, zien we dat er 79 bedden voor de Almeerse bevolking *beschikbaar* zouden moeten zijn. Ingevolge de Richtlijnen Wet Ziekenhuisvoorzieningen zijn er planningsnormen voor het aantal bedden per 1000 inwoners: het zogenaamde bedpromillage. Landelijk ligt dit promillage op 3.7 promille.

Wanneer men de planningsnorm voor 1990 toepast op de Almeerse bevolking in 1982 (waar deze norm eigenlijk niet voor bedoeld is) levert dit een promillage van 2.69 op. Dit komt neer op ca. 65 bedden in 1982.

Vergeleken met de eerder *berekende* beschikbare bedden voor 1982 levert dit een overschrijding op van ca. 20 %.

Dit cijfer moet voorzichtig worden geïnterpreteerd:

- . normaliter wordt de planningsnorm vergeleken met het aantal *feitelijk* beschikbare bedden en niet met het aantal *berekende* beschikbare bedden.
- . de 3.7 promille-norm, zoals boven toegepast, is bedoeld voor 1990, niet voor 1982.
- . de 3.7 promille-norm is bedoeld voor een groter gebied (gezondheidsregio met meestal minimaal enkele honderdduizenden inwoners) en niet voor een gemeente van ca. 25.000 inwoners.

Bovendien (zie verder) blijkt Almere wat betreft het aantal verpleegdagen¹ circa 4 % onder het Nederlands gemiddelde te zitten, wanneer dat gecorrigeerd wordt voor de relatief jonge leeftijd van de Almeerse bevolking.

¹ = aantal bezette bedden x 365.

Ziekenhuisconsumptie Almere

Aangezien de bevolking in Almere relatief jong is heeft dit een beperkende invloed op de ziekenhuis-'consumptie' vanuit de Almeerse bevolking.

Daarom is een berekening gemaakt (m.b.v. de SMR) welke ziekenhuisconsumptie (opnamen, verpleegdagen, gemiddelde verpleegduur) in Almere mag worden verwacht in 1982 gezien de relatief jonge bevolking (en de verhouding mannen-vrouwen). Daarbij is uitgegaan van het Nederlandse gemiddelde in 1982 en vervolgens naar leeftijds- (en geslachts)verdeling gecorrigeerd.

Dit staat weergegeven in de volgende tabel (tabel 4.15.)
Uit deze tabel blijkt het volgende:

. Aantal opnamen

- het totaal aantal opnamen ligt circa 4 % hoger dan het gemiddelde in Nederland in 1982 (na correctie voor leeftijd en geslacht).
- per specialisme ligt dit verschillend. De specialismen interne, gynaecologie/verloskunde, cardiologie, orthopedie nemen meer op, de specialismen chirurgie, urologie en KNO minder.

. Gemiddelde verpleegduur

- de totale gemiddelde verpleegduur bedraagt circa 9 % minder dan de te verwachten gemiddelde verpleegduur. De meeste specialismen hebben een kortere gemiddelde verpleegduur, met uitzondering van cardiologie, kindergeneeskunde, urologie en neurochirurgie.

. Aantal verpleegdagen

- Ten gevolge van de meerdere opnamen en de kortere verpleegduur bedraagt het totale aantal verpleegdagen ca. 4 % lager dan te verwachten. Dit geldt ook voor de meeste specialismen, met uitzondering van interne geneeskunde, cardiologie, kindergeneeskunde en orthopedie.

Op basis van tabel 4.15. is de te verwachten opname-coëfficiënt voor Almere gezien de leeftijd en het geslacht 109.8. De feitelijke opname-coëfficiënt (114.7) ligt 4 % hoger.

Tabel 4.15. Opnamen, verpleegdagen en gem. verpleegduur voor Almere '82: werkelijke en verwachte cijfers (gezien leeft. en gesl.verdeling Almeerse bevolking)

Specialisme	Aantal opnamen		Aantal verpleegdagen		Gemiddelde verpleegduur	
	Werkelijk	Verwacht	Werkelijk	Verwacht	Werkelijk	Verwacht
Int.geneeskunde	244	213	3723	3285	15.3	15.4
Longziekten	43	38	584	620	13.6	16.3
Cardiologie	96	76	1204	803	12.5	10.6
Kindergeneeskunde	242	244	4051	3869	16.7	15.9
Chirurgie	374	445	3723	4818	9.9	10.8
Orthopedie	175	135	2080	1606	11.9	11.9
Urologie	43	77	547	766	12.7	9.9
Plast.chirurgie	51	52	328	401	6.4	7.7
Neurochirurgie	20	25	365	401	18.2	16.0
Gynaecologie	828	771	4635	4964	5.6	6.4
Verloskunde ¹	164	38	401	146	2.4	3.8
Oogheelkunde	45	53	255	365	5.7	6.9
KNO	242	271	766	1131	3.2	4.2
Mondheelkunde	24	17	73	109	3.0	6.4
Dermatologie	6	11	292	219	48.7 ³	19.9
Zenuw- en zielsz.	8	33	182	657	22.7	19.9
Neurologie	135	100	1861	1460	13.8	14.6
Psychiatrie	13	27	438	985	33.7	36.5
Overigen ²	11	18	255	365	23.2	20.3
Totaal	2764	2646	25769	26900	9.3	10.2

¹ Opnamen t.g.v. bevallingen, door huisarts en/of verloskundige geïndiceerd.

² Met name reumatologie, gastro-enterologie, anaesthesie, radiologie/therapie.

³ Deze grote afwijking kan veroorzaakt zijn door het zeer geringe aantal (6) patiënten.

Bron: SMR

CONCLUSIE

Na correctie voor met name de relatief jonge leeftijd van de Almeerse bevolking:

- ligt het aantal opnamen vanuit de Almeerse bevolking in 1982 ca. 4 % hoger dan gemiddeld in Nederland.
- bedraagt het aantal verpleegdagen (en in combinatie daarmee het aantal bezette bedden) ca 4 % lager dan gemiddeld. Dit is vooral te danken aan de bijna 10 % kortere gemiddelde verpleegduur.

Mogelijke verklaringen voor het relatief wat hoge aantal opnamen voor Almere zouden kunnen zijn:

- . een nieuwe bevolking, die nog wat 'ontworteld' is in de eerste jaren in Almere. Dit zou meer sociale en medische klachten en daardoor 'consumptie' met zich mee kunnen brengen;
- . nieuwe huisartsenpraktijken, waarbij huisarts en patiënt aan elkaar moeten wennen, de nieuwe huisarts ook het 'vak' moet 'leren', hetgeen tot een hogere opname-coëfficiënt zou kunnen leiden.*
- . het relatief ruime ziekenhuisaanbod in het Gooi en Amsterdam (20 resp. 25 % meer bedden per 1000 inwoners dan gemiddeld), dat voor de bewoners van Almere redelijk bereikbaar is (15 à 20 minuten per auto).
- . relatief veel klinische bevallingen (d.w.z. meer dan één dag in het ziekenhuis) in de ziekenhuizen.

Invloed van de leeftijd

Om de invloed van de relatief jonge bevolking te verduidelijken zullen we in de volgende tabellen steeds de situatie in Almere vergelijken met het Nederlandse gemiddelde én het Nederlands gemiddelde gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw en geslachtsverdeling van de Almeerse bevolking.

- * volgens één huisarts daalde de opnamecoëfficiënt de eerste 5 jaren van zijn praktijk zeer aanzienlijk.

Tabel 4.16. Opname-coëfficiënt (aantal opnamen per 1000 inwoners in 1982 voor Almere en landelijk gem.)

Almere	Gecorrigeerd landel.gem.	Landelijk gemiddelde
114.7	109.8	112.4 ¹⁾

1) Door technische oorzaken verschilt deze enigszins van de CBS-opgave

Bron: SMR

Tabel 4.17. Aantal verpleegdagen per 100.000 inwoners in 1982 voor Almere en landelijk gemiddelde

Almere	Gecorrigeerd landel.gem.	Landelijk gemiddelde
106.965	111.660	143.737

Bron: SMR

Tabel 4.18. Gemidd. verpleegduur in 1982 voor Almere en landelijk gemiddelde

Almere	Gecorrigeerd landel.gem.	Landelijk gemiddelde
9.3	10.2	12.8

Bron: SMR

Uit deze cijfers blijkt dat de relatief jonge leeftijd van de Almeerse bevolking een zeer grote invloed heeft op het aantal verpleegdagen en de gemiddelde verpleegduur (ca. 20 %), maar nauwelijks op het aantal opnamen (ca. 2 %).

Nadere analyse van de gegevens per specialisme leert dat het aantal opnamen per specialisme wel sterk verschilt. Het voor de leeftijd van de Almeerse bevolking gecorrigeerde landelijk gemiddelde aantal opnamen voor gynaecologie en kindergeneeskunde ligt ca. 50 % hoger, voor interne en cardiologie bijna de helft lager.

4.2. Verpleeghuizen

4.2.1. Opnamen

In 1982 zijn tien mensen uit Almere opgenomen in verpleeghuizen. Van deze tien werden er twee opgenomen in een psychogeriatrisch verpleeghuis en acht in een verpleeghuis (of op een afdeling) voor somatisch zieken.

Het betreft de vier kleine verpleeghuizen Hooglaren in Blaricum, Theodotion in Laren, Naarderheem in Naarden en Hogewey in Weesp.

Tabel 4.19. Basisgegevens van vier omliggende verpleeghuizen voor de ZIJP over 1982.

Verpleeghuis	Gemeente	Type van verpleeghuis*	Aantal erkende bedden		Aantal opname uit ZIJP*	
			pg	som.	pg.	som
Hoog-Laren	Blaricum	pg.	140	-	2	-
Theodotion	Laren	som.	-	104	-	1
Naarderheem	Naarden	pg.+som.	37	19	0	4
Hogewey	Weesp	pg.+som.	63	28	0	3
Totaal			10			

*Verpleeghuizen worden onderscheiden in huizen voor psychogeriatrische patiënten (pg), voor somatische patiënten (som.) en gecombineerde huizen (pg.+som.).

Bronnen:-Enquête Jaarcijfers Verpleeghuizen, 1982

-NZI, Basisgegevens Instellingen van intramurale gezondheidszorg

Het aantal van 10 opnamen in 1982 betekent voor Almere dat, berekend over het gemiddeld aantal inwoners in 1982 (24.091) per 1000 inwoners 0.42 mensen opgenomen zijn. Ter vergelijking is een aantal opname-coëfficiënten van andere gemeenten en het gemiddeld aantal opnamen in Nederland per 1000 inwoners in 1982 opgenomen in tabel 4.20.

Tabel 4.20. Opname-coëfficiënt (aantal opnamen per 1000 inwoners) en het percentage 65-jarigen en ouder van de ZIJP en andere gemeenten, in 1982.

Gemeenten	Aantal opnamen per 1000 inwoners	Percentage 65-jarigen en ouder
De ZIJP	0.42	3.5
Zoetermeer	2.54	7.1
Hoorn	1.39	9.2
Purmerend	1.60	7.6
Amsterdam	4.83	16.0
Den Haag	6.28	18.7
Landelijk	2.74	11.7

Bronnen: - Enquête Jaarcijfers Verpleeghuizen, 1982
- CBS

Uit tabel 4.20. blijkt dat de opname-coëfficiënt voor Almere relatief laag is. In het algemeen wordt het aantal opnamen in verpleeghuizen in een gemeente sterk bepaald door het aantal inwoners van 65 jaar en ouder. Almere heeft een relatief jonge bevolking: in 1982 is slechts 3.5 % van haar bevolking 65 jaar of ouder.¹ Dit percentage ligt ver onder het gemiddelde in Nederland én onder de percentages in de vergelijkingsgemeenten. Een relatief lage opname-coëfficiënt voor verpleeghuisopnamen ligt dan ook in de lijn der verwachtingen.

¹ Het is aannemelijk dat verpleeghuisbehoeftigen niet naar Almere verhuisd zijn.

4.2.2. Toekomstplannen

Er bestaan plannen om in Almere-stad 30 verpleeghuisbedden voor somatische zieken te realiseren in combinatie met 100 plaatsen in een verzorgingstehuis en 50 aanleunwoningen. Het programma van eisen is goedgekeurd van de verzorgingsplaatsen; dat voor de verpleegbedden is in voorbereiding (medio 1984). De gemeente Almere hoopt in 1985 met de bouw hiervan te kunnen beginnen.

4.3. Psychiatrische ziekenhuizen

Inleiding

De gegevens over psychiatrische ziekenhuizen zijn moeilijk te verkrijgen. De meest toegankelijke bron is de registratie van de patiëntenstroom intramurale gezondheidszorg door het Ministerie van WVC.

Ten tijde van deze rapportage waren alleen de gegevens over 1981 beschikbaar.

Deze cijfers kunnen niet zonder meer vergeleken worden met de cijfers van de andere instellingen over 1982. Wellicht kunnen op een later tijdstip van het onderzoek de cijfers betreffende de psychiatrische ziekenhuizen geactualiseerd worden.

4.3.1. Opmaken

Uit cijfers van het ministerie van WVC blijken in 1981 verreweg de meeste opnamen uit Almere in psychiatrische ziekenhuizen plaats te vinden in Veldwijk, te Ermelo. Slechts enkele patiënten werden elders opgenomen, namelijk Santpoort/Amstelland te Bloemendaal en het Sinai-centrum te Amersfoort.

Bij nader onderzoek kon het door WVC genoemde hoge aantal opnamen in Veldwijk niet worden bevestigd. Ook omdat het aantal opnamen uit Almere in Veldwijk voor 1980, respectievelijk 1982 veel lager ligt, vermoeden wij dat de gevonden cijfers niet geheel betrouwbaar zijn.

Daarom kan voor 1981 ook geen betrouwbare opname-coëfficiënt gegeven worden. Mogelijk kunnen op een later tijdstip betrouwbare cijfers over 1982 verschaft worden.

Door het ontbreken van een 24-uurs-crisis-opvang, in Almere wordt in een dergelijke situatie naar een psychiatrisch ziekenhuis doorverwezen.

4.3.2. Toekomstplannen

De Stuurgroep Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Almere en haar Coördinatiegroep (die de beslissingen voorbereidt en uitvoert) zijn in januari 1983 gestart om de psychiatrische voorzieningen in Almere te realiseren.

De voorbereidingen hiervoor verkeren in een beginstadium.

4.4. Zwakzinnigeninrichtingen

Voor de zwakzinnigeninrichtingen zijn alleen de gegevens over 1981 beschikbaar en zij komen van het Ministerie van WVC (registratie van de patiëntenstroom intramurale gezondheid).

Gegevens over het gebruik van semi- en extramurale voorzieningen zijn nog niet beschikbaar.

4.4.1. Opnamen

In 1981 zijn twee inwoners uit Almere opgenomen in zwakzinnigeninrichtingen, namelijk in 's Heerenloo-Lozenoord te Ermelo en in Dennendal te Zeist.

4.4.2. Toekomstplannen

Het Flevolands Overlegorgaan Zwakzinnigenzorg en de Werkgroep Gehandicaptenvoorzieningen houden zich bezig met de planning van voorzieningen voor zwakzinnigen. Er bestaat een initiatief om in Almere te komen tot een gecombineerd kinderdagverblijf en een dagverblijf voor ouderen. Over de vestiging van bedden voor zwakzinnigenzorg in Almere is nog geen beslissing genomen.

4.5. Verzorgingstehuizen

Inleiding

De verzorgingstehuizen vallen in de strikte zin des woords niet onder de gezondheidszorg. Zij vallen onder de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) en kennen een geheel eigen indicatiestelling en opnamesysteem, dat losstaat van de overige hier behandelde instellingen. Aankomst voor opname in een verzorgingstehuis gebeurt op initiatief van de betreffende aspirant-bewoner. Aankomst is verplicht bij een indicatie-

commissie, die gemeentelijk of regionaal (intergemeentelijk) is ingesteld ex artikel 6j van de WBO. Opname in een verzorgingstehuis is slechts mogelijk met een positief advies daartoe van de indicatie-commissie.

Daadwerkelijke opname is een zaak tussen de aspirant-bewoner en het tehuis. Een directe registratie hiervan ontbreekt. Opname is bekend bij de gemeente wanneer de betreffende oude aanspraak maakt op de Algemene Bijstandswet ter bekostiging van het verblijf in het verzorgingstehuis. Dit gegeven is niet openbaar.

4.5.1. Aanmeldingen

In 1982 zijn in Almere drie mensen door de indicatie-commissie van een positief advies voor opname in een verzorgingstehuis voorzien: een echtpaar en een alleenstaande. Of deze drie mensen daadwerkelijk zijn opgenomen is niet gemakkelijk te achterhalen. Gezien het geringe aantal lijkt het onnodig hier thans verder aandacht aan te besteden.

4.5.2. Toekomstplannen

In juli 1984 is het eerste verzorgingstehuis met 100 plaatsen en 38 aanleunwoningen in Almere-Haven in gebruik genomen. De meeste meldingen daarvoor kwamen uit Amsterdam. Er bestaan plannen om in Almere-Stad een verzorgingstehuis te realiseren in combinatie met 30 verpleegbedden en 50 aanleunwoningen. De gemeente hoopt in 1985 met de bouw hiervan te kunnen beginnen (vgl. 2.2.). Voorts heeft het Leger des Heils plannen om in Almere-Stad een verzorgingstehuis met 100 plaatsen te bouwen. Deze plannen bevinden zich momenteel in een beginstadium.

5. UITGANGSSITUATIE BESTUURLIJKE STRUCTUUR

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt in het kort beschreven hoe thans, medio 1984, de bestuurlijke structuur er in Almere uitziet. Aangezien het wettelijk kader momenteel sterk in beweging is, zal ook kort worden ingegaan op toekomstige bestuurlijke wetgeving (met name de WVG), alsook de door Almere gewenste toekomstige bestuurlijke situatie. De WVG zal voorts nog in Almere niet integraal worden ingevoerd. Wel worden thans op Flevoland-niveau voorbereidingen getroffen voor de sectorale invoering van de WVG (de zogenaamde 'bestuursorganisatorische' maatregelen). De door het project Almere gewenste bestuurlijke situatie strekt verder dan de WVG. Aandacht wordt besteed aan de gebiedsindeling, de taakverdeling tussen de overheden (Rijk, provincie, gemeenten), de planprocedure, de afstemming tussen financiering en planning, de advies- en overlegstructuur, de informatie-voorziening en de ambtelijke ondersteuning.

Gezien de complexiteit en omvang van deze materie zal hier de bestuurlijke situatie slechts in hoofdlijnen worden weergegeven. In de eerste fase van het deelonderzoek naar bestuurlijke samenhang zal uitgebreider op de bestuurlijke situatie worden ingegaan.

Telkens waar de specifieke situatie in Almere wordt beschreven of deze afwijkt van de thans geldende regelgeving is de tekst cursief neergezet.

5.2. Het bestuurlijke niveau

Zoals uiteen is gezet in de onderzoekspz, zal het deelonderzoek naar bestuurlijke samenhang primair het accent leggen op de gemeente Almere als besturingsniveau. Dit overigens zonder de afstemming tussen gemeente en provincie resp. rijks-overheid (met name WVC) uit het oog te verliezen. In de navolgende beschrijving zal dan ook als invalshoek de gemeente Almere gekozen worden.

5.5. Gebiedsindeling

De planning van de intramurale sector is thans geregeld via de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV).

Volgens de gebiedsindeling van deze wet valt de gemeente Almere in de gezondheidsregio 't Gooi/Flevoland (regio 10). Hiertoe behoren de Noordhollandse gemeenten:

- Muiden
- Weesp
- Blaricum
- Hilversum
- Nederhorst-Den Berg
- Naarden
- Huizen
- Laren
- 's Gravenland
- Bussum

En verder de gemeenten:

- Dronten
- Almere
- Lelystad (Noordelijk Flevoland)
- Zeewolde (Zuidelijk Flevoland)

(zie kaart volgende pagina)

De toekomstige Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) zal zowel op de 2e als op de 1e lijnsgezondheidszorg van toepassing zijn. Bij de voorbereiding van de WVG via de zogenoemde 'bestuurs-organisatorische maatregelen' adviseert Binnenlandse Zaken (die voor Flevoland de provinciale verantwoordelijkheden draagt) tot een gezondheidsregio die bestaat uit de mogelijke toekomstige provincie Flevoland.

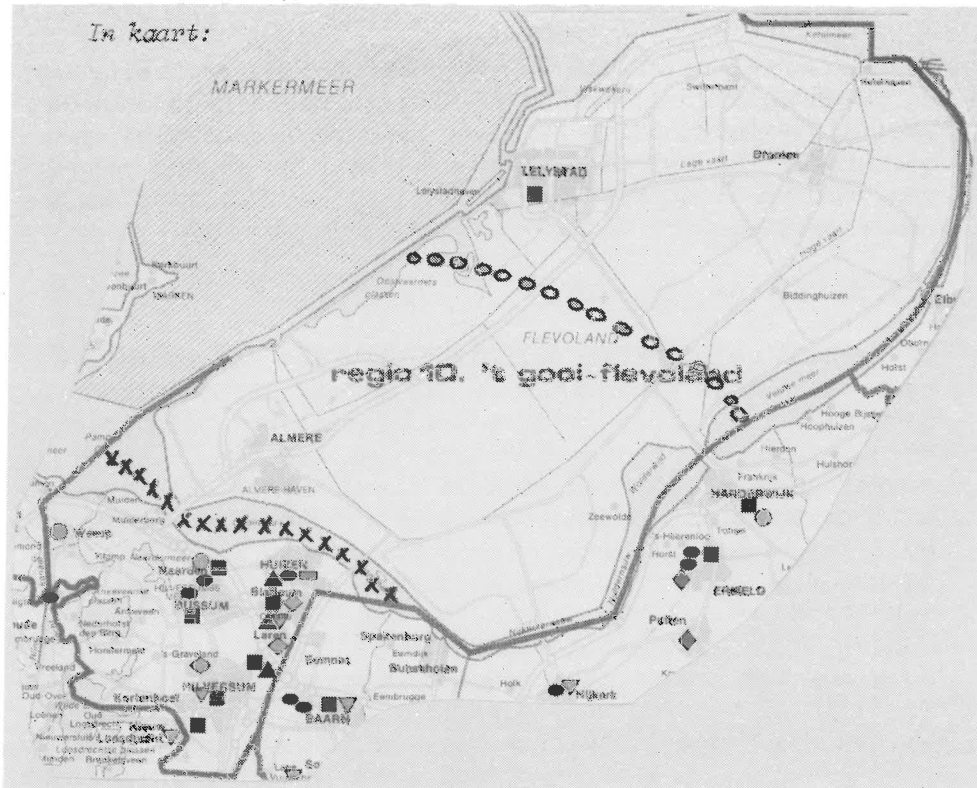
Deze omvat dan zowel de Flevo-polders als de gemeenten Noordoost-polder en Urk. Over een nadere verdeling in subregio's worden nog geen uitspraken gedaan.

Bij de huidige planvorming via de WZV (op aanwijzing van de staatssecretaris van WVC) lijkt hierop reeds te worden vooruitgelopen door uitsluitend voor de Flevopolders te plannen.

Ook vindt in een aantal situaties in de praktijk een nadere opsplitsing plaats van de Flevopolders naar twee gebieden: Almere/Zeewolde en Lelystad/Dronten.*

*Zie markering op de kaart

In kaart:



5.4. Taakverdeling tussen de overheden

De taakverdeling tussen de overheden bij de besturing van de gezondheidszorg (inclusief maatschappelijke dienstverlening) is thans sterk in beweging door toekomstige wetgeving. Daarom zal deze taakverdeling hier worden aangegeven voor zowel de huidige situatie als (kort) voor de toekomstige situatie.

5.4.1. Huidige situatie

In de huidige situatie (medio 1984) wijkt het wettelijk kader in Almere nauwelijks af van elders in Nederland. De aanwezigheid van het project Gezondheidszorg beïnvloedt wel het functioneren binnen dat wettelijk kader (o.a. door de nauwe betrokkenheid van Rijk en financiers e.d.). Echter de formele taakverdeling tussen de overheden verloopt volgens de nu geldende wetgeving zoals elders in Nederland. Daardoor gelden thans voor de diverse voorzieningen verschillende wettelijke kaders. De Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) is nu nog de enige wetgeving die formele planning mogelijk maakt (voor de intramurale sector). Veel van de huidige wetgeving kent aan het provinciale niveau een belangrijke taak toe. *De (mogelijke) provincie Flevoland zal op zijn vroegst 1 januari 1986 worden ingesteld. Tot dan draagt de minister van Binnenlandse Zaken (BIZA) provinciale verantwoordelijkheden.*

Formeel gezien zijn de taken volgens de nu geldende wetgeving als volgt aan de verschillende overheden gedelegeerd

* *Tweedelijsgezondheidszorg*

De tweedelijs (intramurale) gezondheidszorg omvat de algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, verpleeghuizen en zwakzinnigenzorg. Voor deze voorzieningen geldt de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, die de provincie opdraagt de planning voor te bereiden. De minister stelt uiteindelijk het plan vast.

Omdat in Almere het provinciale bestuur ontbreekt draagt het ministerie van BIZA de verantwoordelijkheid voor deze planningstaak. Voor de planning van algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen en algemeen psychiatrische bedden is reeds op Flevoniveau een aanwijzing op grond

van artikel 4 van de WZV gegeven. Momenteel vinden er tussen Almere, de overige gemeenten in Flevoland en BIZA besprekingen plaats over hoe bestuurlijk gezien deze planvorming het beste gestalte kan krijgen.

* Eerstelijnszorg

Hieronder vallen zowel de individuele beroepsbeoefenaren (huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen e.d.) als instellingen (kruiswerk, maatschappelijke dienstverlening) Voor deze eerstelijnszorg bestaat nog geen formele planwetgeving, waardoor de planning formeel nog niet aan een bepaald overheidsniveau is toegewezen.

Wel geldt thans de volgende wetgeving waarmee min of meer "gepland" kan worden:

- het ziekenfonds kan op grond van artikel 47 van de Ziekenfondswet ontheven worden van de verplichting een medewerkersovereenkomst aan te gaan met fysiotherapeuten.
- het Kruiswerk is wat zijn planning betreft nog nergens geregeld. In het Verstrekkingenbesluit in het kader van de AWBZ staat dat spreiding en capaciteit via een Ministerieel Besluit moet worden geregeld. Zo'n besluit is er (nog) niet.
- De Rijksbijdrageregeling Maatschappelijke Dienstverlening Fase 1 geeft de gemeente de bevoegdheid de maatschappelijke dienstverlening te 'plannen'.

In de praktijk spelen de gemeente Almere en het lokale ziekenfonds (Gooi en Omstreken) hierin een rol, alsmede de stuurgroep van het project Gezondheidszorg Amere. Z heeft de gemeente, op basis van een advies van het S-1-project, de vorming van gezondheidscentra met eerstelijnswerkers in loondienst en de totstandkoming van de Eerstelijns Vereniging Almere (EVA) gestimuleerd. In de EVA zouden moeten opgaan de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere, het Kruiswerk en de Maatschappelijke Dienstverlening (resptievelijk: SMGA, KW en MADI). Instrumenten om een gemeentelijk plannings- en vestigingsbeleid te voeren zijn er nog nauwelijks. Wel kan de gemeente invloed uitoefenen via het bijdragen aan de aanloopkosten van de SMGA. Verder is het op dit moment in de gemeente Almere mogelijk om voor de vestiging van huisartsen gebruik te maken van artikel 47 van de Ziekenfondswet (evenals voor de fysiotherapeuten). In samenwerking

met het ziekenfonds kan de gemeente Almere op deze manier het aantal fysiotherapeuten en huisartsen reguleren.

* *Basisgezondheidszorg*

De planning van de basisgezondheidsdiensten is nog niet aan een bepaald overheidsniveau toegedeeld. In de Wet Bestrijding Infectieziekten en Opsporing Besmettelijke ziekten staan bepalingen op grond waarvan geneeskundige diensten van gemeenten mogen werken.

Planningsbepalingen komen er niet in voor.

Ten behoeve van Almere werkt een basisgezondheidsdienst op basis van een gemeenschappelijke regeling tussen Almere, Dronten en Lelystad. Zeewolde is daar kort geleden bijgekomen.

* *Overige*

-De wet op Bejaardenoorden bepaalt dat de provincie de planning van bejaardenvoorzieningen voor zijn rekening neemt. De provincies stellen deze plannen niet formeel vast. Dat gebeurt door de minister. In de Flevopolder is deze bevoegdheid aan de minister van BIZA overgedragen.

-De tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening regelt de planning van de dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen (GVT's). De voorbereiding van deze planning wordt aan de provincie overgelaten en landelijk worden deze plannen door de minister vastgesteld.

In Almere draagt de minister van BIZA de provinciale verantwoordelijkheid. Ter voorbereiding van het ontwerpplan heeft BIZA een werkgroep Planning Gehandicaptenzorg Flevoland ingesteld. Deze werkgroep stelt een conceptplan op, dat door BIZA als ontwerp wordt vastgesteld, nadat de afzonderlijke gemeenten hun goedkeuring aan het plan hebben gehecht.

Men heeft voor deze procedure gekozen, omdat in tegenstelling tot een provincie een Minister van BIZA niet rechtstreeks door de regionale bevolking (democratisch) is gekozen. De minister van BIZA stuurt het ontwerpplan voor definitieve vaststelling naar de minister van WVC.

Het plan moet passen in het landelijk plan voor gehandicapten.

- De planning van de ambulante geestelijke gezondheidszorg is wettelijk niet geregeld.

In het Verstrekkingenbesluit AWBZ is een aantal bepalingen opgenomen waarin is vastgelegd hoe deze voorzieningen moeten werken. Planningsbepalingen kent dit besluit echter niet.

In schema samengevat ziet dat er als volgt uit:

ZORGSOORT	WET	PLANNINGSNIVEAU
Tweedel.gezondheidszorg	WZV	Provincie bereidt voor, Minister stelt vast
Eerstel.beroepsbeoefen (fysiotherap./huisartsen)	Zfw.,art. 47	(Gemeente) Ziekenf. weigert overeenkomst
Kruiswerk	-	-
Maatschappelijk werk	Rijksbijdrage- regel. maatsch. werk/fase 1	Gemeente bereidt voor en stelt vast
Gezondheidsdienst	Wet Bestrijding Infectieziekten en opsporing besmettelijke ziekten	Gemeenten (Almere, Dronte,Zeewolde, Lelystad)
Bejaardenoorden	Wet op de Bejaardenoorden	Provincie bereidt voor, Minister stelt vast
Dagverblijven,GVT	Tijdelijke Verstrekkingen Wet	Provincie bereidt voor, Minister stelt vast
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	-	-

Samenvattend: Wettelijk gezien heeft de gemeente Almere momenteel alleen nog maar de bevoegdheid om het maatschappelijk werk te plannen en een gezondheidsdienst in te richten.

In de toekomst zal deze situatie sterk veranderen. Wanneer de WVG integraal van kracht wordt zullen o.a. de basisgezondheidszorg, de eerstelijnsgezondheidszorg en de ambulante geestelijke gezondheidszorg onder één planningswetgeving met de 2elijns gezondheidszorg vallen. Wanneer in een nog verdere toekomst de WGM zal worden ingevoerd, zal tevens de maatschappelijke dienstverlening hieraan toegevoegd worden.

De WVG zal echter sectorgewijs worden ingevoerd, behalve in een beperkt aantal gebieden (de integrale invoeringsgebieden). Als eerste zullen de eerstelijnsgezondheidszorg en de basisgezondheidszorg onder de WVG vallen. De datum van invoering is thans nog niet duidelijk. Voor de tweedelijnsgezondheidszorg blijft vooralsnog de WZV van kracht. Wanneer de WVG integraal ingevoerd zal zijn, zal naar verwachting de volgende taakverdeling tussen de overheden plaatsvinden:

- . samenwerkende gemeente(n) -vaststellen plannen basisgezondheidszorg en eerstelijnsgezondheidszorg;
- . provincie -vaststellen plannen tweedelijnsgezondheidszorg en ambulante, geestelijke gezondheidszorg.
-goedkeuren gemeentelijke plannen.
- . rijk -goedkeuren provinciale plannen
-vaststellen ministeriële plannen (t.a.v. provinciale voorzieningen).

In Almere heeft het project Gezondheidszorg Almere middels het advies plannings- en vestigingsbeleid te kernen geven verder te willen gaan dan de WVG in de volgende opzichten:*

- ook de maatschappelijke dienstverlening (inclusief de bejaardenzorg) in een integraal plan.
- niet alleen een regulering van de vestiging van individuele beroepsbeoefenaren via een vergunning (zoals in de WVG), maar het koppelen van deze vergunning aan een vestigingsplan.
- een integraal plan voor 1e én 2e lijnszorg op het niveau van de gemeente Almere.

* Advies inzake planning en vestigingsbeleid in het kader van het project Gezondheidszorg Almere aan de staatssecretaris van WVC en de landdrost van het OL ZIJP, Almere, 23-6-1983

Teneinde met name het vestigingsbeleid te realiseren is voor Almere de experimentstatus, zoals bedoeld in artikel 41 van de WVG aangevraagd. Naar verwachting zal deze op zijn vroegst medio 1985 worden verleend. Het realiseren van een integrale planning voor 1e en 2e lijn vereist een goede afstemming tussen de gemeente Almere en het provinciale niveau (nu nog BIZA). Dit gezien het feit dat de provincie in het kader van de WZV en WVG de plannen voor de 2e lijnszorg vaststelt. Het project Almere stelt voor deze te laten geschieden via een kaderplanning op provinciaal niveau, waarbinnen Almere voldoende ruimte krijgt op lokaal niveau te plannen (zie verder de plan-procedure). BIZA lijkt hieraan tegemoet te komen, blijkens de nota Bestuursorganisatorische Maatregelen.

5.4.3. Verzorgingsgebieden/plangebieden

Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen verzorgingsgebied en plangebied. Het verzorgingsgebied is het gebied ten behoeve waarvan de desbetreffende voorziening werkzaam is. Het plangebied is het gebied waarvoor een plan voor dit type voorzieningen opgesteld wordt. Hieronder zullen de verzorgingsgebieden, en zover reeds bestaand, de plangebieden voor de voornaamste voorzieningen worden weergegeven.

De verzorgingsgebieden vallen voor wat de tweede-lijnsvoorzieningen betreft nog niet met de regionale (sub)-indeling conform de WVG samen. Tweede-lijns voorzieningen zijn er echter nog nauwelijks in Almere. Veel patiënten uit Almere gaan naar voorzieningen in het Gooi. Mogelijk valt wel het functionele verzorgingsgebied van de buitenpolikliniek met die van de "subregio" Almere samen.

De planvorming van tweede-lijnsvoorzieningen via de WZV is voor een deel wél op de territoriale indeling conform de WVG afgestemd. Zo gaat men bij de planning van ziekenhuizen psychiatrie- en verpleeghuisbedden uit van de regio Flevoland en niet van de WZV-regio 10: 't Gooi-Flevoland.

Van de basisgezondheidsdienst overschrijdt het verzorgingsgebied de grenzen van de "subregio" Almere/Zeewolde. Het verzorgingsgebied valt samen met de hele Flevopolder (Almere, Lelystad, Dronten en Zeewolde). Er is nog geen formele planning.

De eerstelijnsvoorzieningen zijn hoofdzakelijk werkzaam voor de gemeente Almere. De "planning" van deze voorzieningen beperkt zich tot de gemeente Almere voor wat betreft fysiotherapeuten en huisartsen (art. 47 Ziekenfondswet).

De maatschappelijke dienstverlening heeft als verzorgingsgebied heel Flevoland. Er zijn nog geen formele plangebieden.

De ambulante geestelijke gezondheidszorg. Ten behoeve van de Flevopolder functioneert er een RIAGG. De planning van deze voorziening is nog niet geregeld.

De dagverblijven en de gezinsvervangende tehuizen van lichamelijk gehandicapten. Het verzorgingsgebied van deze instellingen is de Flevopolder. De planning vindt ook voor dit niveau plaats, zij het dat ten behoeve van de planning de regio in subgebieden wordt onderscheiden.

Samenvattend kan men zeggen dat er op dit moment slechts een enkele voorziening is waarvan het verzorgingsgebied samenvalt met de "subregio" Almere als plangebied.

Voorzover de plangebieden formeel geregeld zijn, komt slechts bij enkele eerste-lijns-"voorzieningen" het plangebied overeen met de gemeente Almere. Overigens vinden er ook bij de voorzieningen zonder formeel planningskader feitelijke "planningen" plaats (basisgezondheidsdienst, maatschappelijke dienstverlening, AGGZ) voor geheel Flevoland, met Almere als "subregio".

5.5 de Planprocedure

Huidige situatie.

Formeel gezien bestaan er voor de diverse voorzieningen in Almere verschillende planprocedures. Zo worden de intramurale voorzieningen gepland volgens de procedure die in de WZV genoemd staat en de bejaardenoorden volgens de procedure uit de Wet op de Bejaardenoorden. Zo kent elke wet zijn eigen planprocedure.

Toekomstige situatie.

Bij de integrale invoering van de WVG (resp. WGM) zullen deze "planprocedures" op elkaar zijn afgestemd, door zowel 1e als 2e- lijnsgezondheidszorg onder één wet vallen. Bij het voeren van een vestigingsbeleid ten aanzien van individuele 1e lijns beroepsbeoefenaren schrijft de WVG voor dat de gemeente tevoren overleg pleegt met een adviescommissie (ex art 56).

Verder zullen er voor de diverse instellingen plannen worden opgesteld. De WVG geeft hiervoor een planprocedure. Aangezien in verband met de WGM deze planprocedure zal worden aangepast, wordt hier verder niet op ingegaan.

In verband met de sectorale invoering van de WVG zullen in de naaste toekomst gelden:

- 1elijnsgezondheidszorg en basisgezondheidszorg: planprocedure volgens WVG
- 2elijnsgezondheidszorg: planprocedure volgens WZV
- overige: via diverse planprocedures (o.a. Wet op de Bejaardenoorden, tijdelijke Verstrekkingen met Maatschappelijke dienstverlening etc.).

In Almere

Voor het project Almere is de status van experiment ex. art. 41 WVG aangevraagd. Men is voornemens een vestigingsbeleid te voeren, waarbij het verlenen van een vergunning aan individuele beroepsbeoefenaren wordt gekoppeld aan een plan voor de gehele eerstelijnszorg. De stuurgroep zal dit plan in ontwerp opstellen.

Verder is het de bedoeling van het project Almere dat de stuurgroep een integraal plan opstelt voor de gehele gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Bij de sectorale invoering van de WVG verkrijgt de gemeente de planningsbevoegdheid over de eerstelijnsgezondheidszorg. De stuurgroep kan dan als lokale adviescommissie fungeren.

De integrale planning van de 1e en 2e lijnsgezondheidszorg in Almere door de stuurgroep vergt een goede afstemming met het provinciale niveau (BIZA). Deze stelt immers de plannen voor de 2elijnsgezondheidszorg vast. Daartoe zal de stuur-

groep ook voor die plannen die op provinciaal of intergemeentelijk niveau worden vastgesteld, een ontwerpplan opstellen. Daardoor zal de stuurgroep voor die plannen, die op provinciaal niveau worden vastgesteld (met name de intramurale zelfrijnsvoorzieningen en de ambulante geestelijke gezondheidszorg), als adviescommissie fungeren voor de voorzieningen in Almere.

Er is ten behoeve hiervan een zodanige planprocedure opgesteld dat direct ook afstemming plaats vindt met de financiers.

Het ziekenfonds (en het KLOZ) adviseren bij het opstellen van het integrale plan, terwijl de stuurgroep adviseert bij het opstellen van de zorgbegroting. Bovendien wordt de begrotingsprocedure aan deze planprocedure gekoppeld. Het schema op de vorige pagina, ontleend aan het advies van de stuurgroep aan de staatssecretaris "In het kader van Almere", biedt een overzicht van de stappen in de planprocedure.

In afwijking van de procedure uit de WVG gaat het in de planprocedure van Almere praktisch om alle gezondheidszorgvoorzieningen. Verder wijken de tijdslimieten uit de planprocedure van die uit de WVG af, in die zin dat de datum van 1 september minder scherp vastligt. Ook is een raadpleging van een Provinciale Raad of zijn districtcommissie buiten beschouwing gebleven. Dit houdt verband met het feit dat ten behoeve van de Flevopolder zo'n raad, noch commissie functioneert.

Inmiddels is de stuurgroep begonnen met het opstellen van de eerste versie van het integrale plan. Tevens heeft BIZA begin 1984 een planaanwijzing in het kader van de WZV ontvangen voor alle intramurale voorzieningen. BIZA stelt zich daarbij op het standpunt dat indien uit het oogpunt van afstemming op provinciaal niveau geen bezwaren zijn tegen de plannen van Almere, deze in het provinciale plan worden opgenomen. Bovendien biedt BIZA in de nota "Bestuursorganisatorische Maatregelen" de gemeenten in Flevoland ruimte voor het opstellen van lokale plannen.

5.6 Afstemming planning en financiering

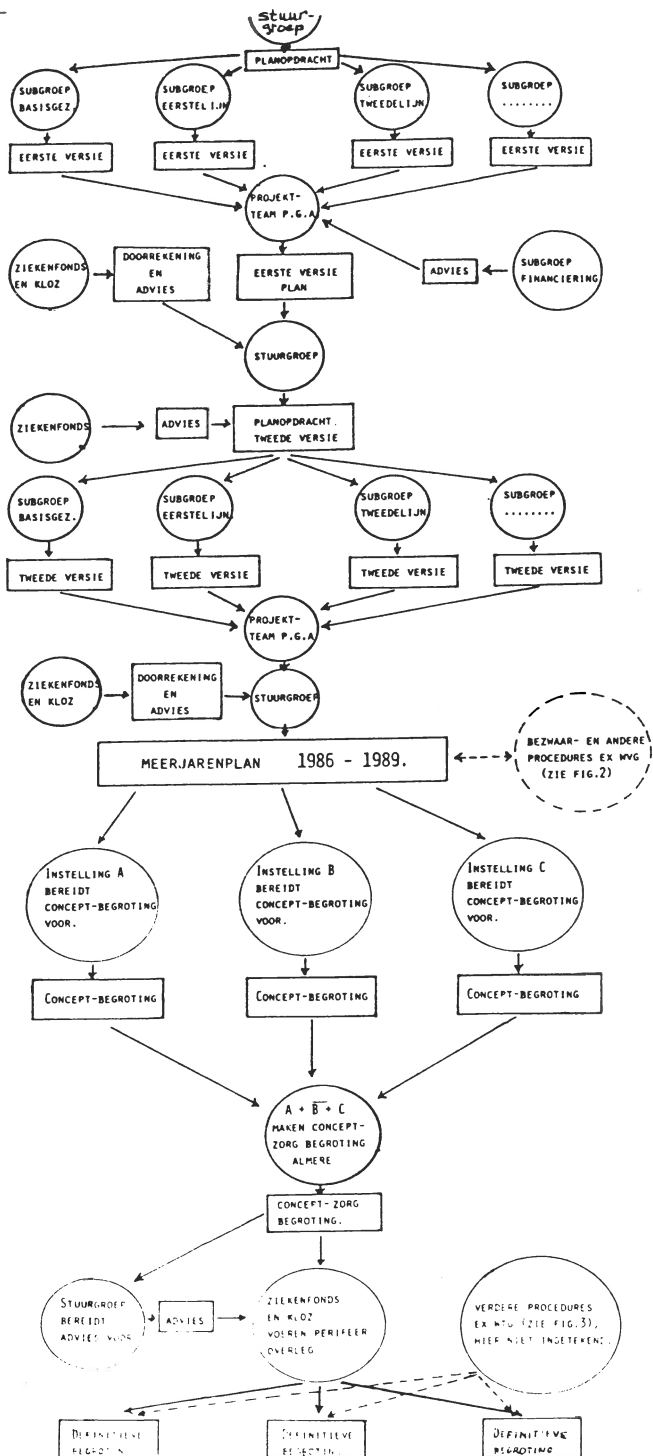
Huidige situatie.

Planning is alleen zinvol als een koppeling tot stand wordt gebracht met de financiële voorwaarden. De financiële voorwaarden leggen de planningsmogelijkheden aan grenzen, terwijl anderzijds planning financiële consequenties zal hebben. Zoals uit voorgaande is gebleken bestaan voor de diverse "voorzieningen" verschillende planningskaders of ontbreken deze vooralsnog. Ook ten aanzien van de financiering bestaan er grote verschillen naar financieringsbron (AWBZ, Ziekenfondswet, particuliere verzekeraars, begroting van WVC). Een koppeling tussen planning en financiering, waarbij substitutie tussen verschillende financieringsmogelijkheden zal moeten zijn, wordt hierdoor bemoeilijkt. Zo kent de WZV een financiële paragraaf bij de provinciale plannen ex WZV, waarin de exploitatie en investeringsgevolgen aangegeven worden. Er ontbreekt echter nog een provinciaal financieel kader waaraan deze getoetst zouden kunnen worden.

PLAN- EN BEGOTINGSPROCEDURE VOOR HET PROJECT GEZONDHEIDSZORG ALMERE.

maart '85

dec. '85



Toekomstige situatie.

In de toekomst zal in de WVG gewerkt worden met financiële kaders, waarbinnen de exploitatie en investeringsgevolgen van de plannen moeten blijven. Onduidelijk is nog echter hoe deze zullen worden opgesteld (waarschijnlijk per provincie), in hoeverre deze nog zullen worden uitgesplitst door de mate van gedetailleerdheid van landelijke richtlijnen etc.

In Almere wenst men een integraal financieel kader voor de gehele basis-, 1e lijns en 2e lijnszorg. Bovendien zouden hierbinnen substitutiemogelijkheden moeten zijn. Daardoor zouden met name eventuele besparingen ten gevolge van een beperkte capaciteit in de tweede lijn ten goede moeten komen aan de versterking van de eerste lijn (zie advies inzake planning- en vestigingsbeleid in het kader van het project gezondheidszorg Almere, juni 1983)

5.7 Advies- en overlegstructuur

Huidige situatie.

De verschillende wetten die momenteel formeel gezien betrekking hebben op het gezondheidszorgproject Almere regelen alle op verschillende wijze de overleg- en adviesprocedure. De Wet Ziekenhuisvoorzieningen bijvoorbeeld laat het bij de planvorming aan de provincies over hoe zij de advies- en overleg-procedures gestalte geven, als maar in de twee maanden na het bekendmaken van het opgestelde voorontwerp de belanghebbenden in de gelegenheid worden gesteld te reageren.

In de Wet op de bejaardenoorden worden G.S. verplicht een commissie voor de bejaardenoorden in te stellen. De samenstelling en instructie van de commissie wordt aan G.S. overgelaten. De commissie kan G.S. gevraagd en ongevraagd van advies dienen.

Volgens de Gezondheidswet is de gemeente Almere verplicht voor een aantal zaken het advies van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in te winnen (bijv. de horecaverordening e.d.).

In de Rijksbijdrage-regeling Maatschappelijke Dienstverlening worden de gemeenten verplicht een planprocedure-verordening op te stellen waarin ook aangegeven staat op welke wijze de belanghebbenden bij de opstelling van deze plannen betrokken moeten worden.

Toekomstige situatie.

De straks van toepassing zijnde Wet Voorzieningen Gezondheidszorg stelt bij het vaststellen van het gemeentelijk vestigingsbeleid ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaren een gemeentelijke adviescommissie verplicht op grond van artikel 56. Hierin moeten in ieder geval zitting hebben personen uit de kring van:

- a) de betrokken beroepsgroep;
- b) aanverwante beroepen;
- c) personen of organisaties die de belangen van de gebruikers van voorzieningen voor gezondheidszorg in het algemeen behartigen;
- e) de inspecteur wordt uitgenodigd om de vergaderingen bij te wonen als adviseur.

De minister kan nadere regels stellen t.a.v. deze samenstelling van deze commissie.

Ten aanzien van de planning van lijns-instellingen²⁾ stelt de WVG eveneens een adviescommissie voor. Aangezien in de WGM vermoedelijk de verplichting tot het instellen van een dergelijke adviescommissie zal vervallen, zal hier verder geen aandacht aan worden besteed.

In Almere

Sedert voorjaar 1983 functioneert in Almere de gehele projectorganisatie van het project Gezondheidszorg Almere (sturgroep, subgroepen, projectteam). In deze projectorganisatie zijn naast de voorzieningen en beroepsbeoefenaren uit Almere ook diverse bij planning en financiering betrokken locale, provinciale en landelijke instanties bijeen gebracht (WVC, gemeente Almere, BIZA, locale ziekenfonds, Ziekenfondsraad, VNZ, KLOZ, COTG enz).

Zoals eerder gesteld, fungeert deze sturgroep als voorloper van een toekomstige gemeentelijke adviescommissie ex. art. 56 van de WVG.

- 1) voorzieningen uitgaande van personen
- 2) voorzieningen uitgaande van instellingen

In deze stuurgroep hebben personen zitting uit de kring van:

- 1) Instellingen voor gezondheidszorg
 - Toekomstig Almeers ziekenhuis
 - E.V.A. (Eerste Lijnsvereniging Almere)
 - Districtgezondheidsdienst
 - RIAGG Flevoland
 - 2) Personen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg
 - niet rechtsstreeks
 - 3) Personen of organisaties die de belangen van gebruikers behartigen
 - 2 personen
 - 4) Verzekeringsinstellingen
 - Ziekenfonds Gooi en omstreken
 - Ziekenfondsraad
 - 5) Instellingen voor maatschappelijke dienstverlening
 - zie boven bij 1)
 - 6) Inspectie
 - Regionale inspectie
 - Hoofdinspectie
- Beiden als adviserend lid.

Daarnaast zitten in deze stuurgroep personen uit de kring van:

- de gemeente : 4 personen
- het Ministerie van WVC: 3 personen
- het Ministerie van BIZA: 1 persoon
- voorzitters van subgroepen:

eerstelijnsgezondheidszorg	}	5pers.
tweedelijnsgezondheidszorg		
basisgezondheidszorg		
financiering		
evaluatie		

(De voorzitters van deze subgroepen zijn in principe als onafhankelijk voorzitter aangesteld. Hun achtergronden zijn verschillend:

- oud-directeur Kruiswerk -medewerker Min. van WVC
- directeur Provinciale Raad
- Onderzoeksinstituut op het terrein van volksgezondheid).

De stuurgroep heeft een onafhankelijke voorzitter.

Ambtelijke ondersteuning geschiedt door 2 personen (projectteam).

Overziet men de lijst van instellingen en personen waaruit de Stuurgroep is samengesteld dan valt op dat het volgende afwijkt van hetgeen de WVG voorschrijft:

-Personen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg zijn niet direct in de stuurgroep vertegenwoordigd. De vertegenwoordiging vindt plaats via bestuurders van de gezondheidsinstellingen. De motivering hiervoor is dat in Almere de beroepsbeoefenaren in principe in dienstverband werken, zodat hun belang via de werkgever kan worden ingebracht.

-Behalve een vertegenwoordiging uit de lokale ziekenfondsorganisatie zit ook iemand uit de kring van de landelijke ziekenfondsraad in de stuurgroep. Doordat er ook personen in de stuurgroep zitten die uit de kring komen van de ministeries van BIZA en WVC bestaan er ook met het landelijk overheidsniveau rechtstreekse contacten. Deze rechtstreekse contacten zijn niet gebruikelijk voor plaatselijk adviescommissies.

5.8 De informatie voorziening

In Almere bestaat het voornemen om alsnog een subcommissie registratie in het leven te roepen. Over de wijze waarop nu informatie wordt opgevraagd, door wie dat gebeurt en welke informatie wordt verzameld moet nog nader onderzoek plaatsvinden.

5.9 Ambtelijke ondersteuning

Ten behoeve van het gezondheidszorg project Almere functoneert een projectteam, bestaande uit twee beleidsmedewerkers en 2 secretariaatsmedewerkers. Dit projectteam wordt gefinancierd door het Ministerie van WVC. De gemeente Almere draagt voor een klein bedrag bij. Via detachering valt het projectteam onder verantwoordelijkheid van de stuurgroep. De benoeming van de leden van het projectteam vindt plaats in overeenstemming met het dagelijks bestuur van het ZIJP c.q. B & W van Almere.

De afdeling volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening van de gemeente Almere telt momenteel in totaal zes beleidsmedewerkers en één secretariaatsmedewerker. Er bestaat nog één vacature voor een beleidsmedewerker.

GEBRUIKTE LITERATUUR

Hoofdstuk 1

GEMEENTE ALMERE, Wonen in Almere, (1984)

HELSLOOT, R. Gezondheidszorg in Almere, kans op vernieuwingen?
SISWO, Amsterdam (1983)

OPENBAAR LICHAAM ZUIDELIJKE IJSSELMEERPOLDERS, Doelstellingen-
nota 'Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening,
Lelystad (1982)

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE, Nota 'Schets
van de eerstelijnszorg', Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage,
(1980)

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID, EN CULTUUR, Nota
'Volksgezondheid bij beperkte middelen', Staatsuitgeverij,
's-Gravenhage (1983)

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR, Nota
'Eerstelijnszorg', Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage (1983)

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT/NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT,
projectvoorstel 'Evaluatie-onderzoek gezondheidszorg
Almere', Utrecht (1983)

STUURGROEP GEZONDHEIDSZORG ALMERE, Projectplan Gezondheidszorg
Almere, Almere (1983)

Hoofdstuk 2

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK, Statistisch Zakboek 1982,
Staatsuitgeverij 's-Gravenhage (1982)

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK, Statistisch Zakboek 1983,
Staatsuitgeverij 's-Gravenhage (1984)

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK, Bevolkingsstatistieken
1983, Staatsuitgeverij 's-Gravenhage (1984)

GEMEENTE ALMERE, Almere in alle staten 1983, Almere (1983)

GEMEENTE ALMERE, Wonen in Almere 1984, Almere (1984)

GEMEENTE ALMERE, 'Jaarverslag 1983 Directie Maatschappelijke zorg en woonruimteverdeling', Almere (1984)

GEMEENTE LELYSTAD, Statistisch Jaaroverzicht 1982, Lelystad (1983)

GEMEENTE LELYSTAD, Statistisch Jaaroverzicht 1983, Lelystad (1984)

RIJKSDIENST VOOR DE IJSSELMEERPOLDERS, Statistisch overzicht Openbaar Lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders 1982, Lelystad (1983)

RIJKSDIENST VOOR DE IJSSELMEERPOLDERS, Statistisch overzicht Openbaar Lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders 1983, Lelystad (1984)

RIJKSDIENST VOOR DE IJSSELMEERPOLDERS, 'Almere, statistiek voor werkgelegenheid en beroepsbevolking 1983', Lelystad (1984)

RIJKSDIENST VOOR DE IJSSELMEERPOLDERS, Werkdocument 78-BCO Lelystad (1983b)

Hoofdstuk 3

CENTRUM GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG ZWOLLE E.O., Jaarverslag 1981, Zwolle (1983)

DISTRICTSGEZONDHEIDSDIENST VOOR FLEVOLAND, Jaarverslag 1982 Lelystad (1983)

DISTRICTSGEZONDHEIDSDIENST VOOR FLEVOLAND, Jaarverslag 1983 Lelystad (1984)

HINGSTMAN, L. EN P.P. GROENEWEGEN, De opbouw en de spreiding van de beroepsgroep Verloskundigen, NHI-publicatie, Utrecht (1984)

KRUISVERENIGING FLEVOLAND, Jaarverslag 1982, Dronten (1983)

KRUISVERENIGING FLEVOLAND, Jaarverslag 1983, Dronten
(1984)

LANDELIJKE ORGANISATIE VOOR MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING
JOINT, Registratiegegevens 1982, Den Bosch (1983)

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID, EN CULTUUR, Nota
'Gezondheidszorg bij beperkte middelen', Staatsuitgeverij,
's-Gravenhage (1983)

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR, Nota
'Eerstelijnszorg', Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage (1983)

PROJECTGROEP GEZONDHEIDSZORG ALMERE, Notitie 'Verloskunde
in Almere tot 1989', Almere (1984)

REENDERS, K., Samenwerking tussen huisartsen en apothekers,
Medisch Contact 24 (1984) p. 757-760

RIJKSDIENST VOOR DE IJSSELMEERPOLDERS, Statistisch overzicht
Openbaar Lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders 1982,
Lelystad (1983)

RIJKSDIENST VOOR DE IJSSELMEERPOLDERS, Statistisch overzicht
Openbaar Lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders 1983,
Lelystad (1983)

SMULDERS, K. W.A. VAN STAVEREN EN J.G.A.J. HAUTVAST, De
behandeling van overgewicht door extramuraal werkende
diëtisten, in Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten 38
(1983) 4, p. 100-105

STICHTING MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING FLEVOLAND, Jaar-
verslag 1982, Lelystad (1983)

STICHTING MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING FLEVOLAND, Jaar-
verslag 1983, Lelystad (in voorbereiding)

STICHTING TER BEVORDERING VAN DE JEUGDTANDVERZORGING IJSSEL-
MOND, Verslag van het elfde werkjaar 1-8-1982 tot 31-7-
1983, Zwolle (1983)

STICHTING TELEFONISCHE HULPDIENT HET GOOI, EEMLAND EN
NOORDELIJKE VECHTSTREEK, Jaarverslag 1983, Hilversum
(1984)

STUURGROEP GEZONDHEIDSZORG ALMERE, Verslagvergadering d.d.
14-6-1984 Almere (1984)

SUBGROEP BASISGEZONDHEIDSZORG, Nota 'Basisgezondheidszorg',
Almere (1984)

WERKGROEP FYSIOTHERAPEUTEN ALMERE, Rapport 'Fysiotherapie
onder druk', Almere (1984)

WIJKEL, D. Samenwerken en verwijzen, deel 1: praktijkvorm
en productiecijfers, NHI-publicatie, Utrecht (1983)

VERENIGING VAN NEDERLANDSE ZIEKENFONDSEN, Jaarboek LISZ
1982, Zeist, (1983)

ZIEKENFONDS HET GOOI EN OMSTREKEN, Medisch statistische
gegevens en beschouwingen over het jaar 1982, Huizen,
(1984)

Hoofdstuk 4

AFSTANDEN GIDS NEDERLAND, 2^e editie, Tele Atlas B.V.,
Vught (1982)

BURGERZIEKENHUIS, VERENIGING HET, Jaarrekening 1982,
Amsterdam (1984)

CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK, Statisch Zakboek 1982,
Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage (1982)

CENTRAAL NEDERLAND B.V., Busboekje 1984/1985

CONCEPT PROGRAMMA VAN EISEN, ten behoeve van de bouw van
een verpleeghuisdeel bestaande uit in totaal 30 ver-
pleegbedden voor somatische patiënten geïntegreerd
met een verzorgingstehuis voor 100 bewoners te
Almere-stad, N.C.H.B., Amsterdam (1984)

- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE/NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT,
Enquête jaarcijfers ziekenhuizen 1982, Utrecht (1984)
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE/NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT,
Jaarcijfers Verpleeghuizen 1982, Utrecht (1984)
- KOLKMAN, H EN S. DE JAGER, Het basisziekenhuis - geknipt
voor de eerstelijns?, NZI-publikatie, Utrecht (1984)
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR, Intra-
murale gezondheidszorg over 1981, Leidschendam (1983)
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR, Richt-
lijnen wet ziekenhuisvoorzieningen, 's-Gravenhage (1983)
- NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT, Basisgegevens Instellingen
van intramurale gezondheidszorg, Utrecht (1983)
- STICHTING KLOZ INFORMATIESYSTEEM GEZONDHEIDSZORG, Jaarboek
1982, Bunnik (1983)
- STREEKZIEKENHUIS GOOI-NOORD, Jaarverslag 1982, Blaricum (1983)
- STREEKZIEKENHUIS GOOI-NOORD, Jaarverslag 1983, Blaricum (1984)
- SUBGROEP TWEEDELIJN, Werkplan subgroep tweedelijns, Almere
(1984)
- VELUWSE AUTOBUSDIENST, Busboekje 1984/1985
- VERENIGING VAN NEDERLANDSE ZIEKENFONDSEN, Jaarboek LISZ 1982,
Zeist (1983)
- WERKGROEP POLIKLINIEK ALMERE, het Medisch Centrum Almere in
de jaren 1985 en 1986, Almere (1984)
- ZIEKENFONDS 'HET GOOI EN OMSTREKEN', Een schatting van de
meerkosten en besparingen in Almere 1984/1985, Huizen
(1984)

Tabel 2.1	Vestiging en vertrekcijfers O.L. ZIJP van 1977 tot 1984	25
Tabel 2.2	Herkomst personen die zich van 1977 tot 1984 in het O.L.ZIJP vestigden	27
Tabel 2.3	Bestemming personen die van 1977 tot 1984 het O.L. ZIJP verlieten	28
Tabel 2.4	Bevolking O.L. ZIJP en Nederland naar leeftijdsgroep en geslacht op 31-12-1983, in percentages	31
Tabel 2.5	Bevolking O.L. ZIJP naar burgerlijke staat, geslacht en leeftijds-klasse op 31-12-1983, absoluut en in percentages	32
Tabel 2.6	Huurprijzen per maand van woningen in Almere verhuurd door overheid en woningbouwcorporaties op 31-12-1982	36
Tabel 2.7	Beroepsbevolking Almere van 1977 tot 1984, naar werkgebied	38
Tabel 2.8	Aantal permanente vestigingen en arbeidsplaatsen in Almere op 31-12-1983, naar stadsdeel en bedrijfsfak	41
Tabel 3.1	Taakstellende prognose voor de capaciteit van de eerstelijnszorg	48
Tabel 3.2	Aantal verwijskaarten per 1000 ziekenfondsverzekerden over 1982, naar deelgebied	51
Tabel 3.3	Voorgeschreven geneesmiddelen en kosten over 1982, naar deelgebied	52

Tabel 3.4	Aantal bevallingen met verloskundige hulp in Almere, Lelystad en Dronten voor 1982	54
Tabel 3.5	Aantal dieetkundige adviezen in Almere naar reden van consult, in percentages van het aantal eerste consulten in 1982	57
Tabel 3.6	Aard van de problematiek cliënten maatschappelijk werk in 1982 naar regio, in percentages	60
Tabel 3.7	Aantal contacten met maatschappelijk werk in 1982 in Almere en elders, naar wijze van totstandkoming in percentages	61
Tabel 3.8	Aantal contacten met gezinsverzorging over 1982 in Almere en Flevoland naar reden van hulpverlening, in percentages	62
Tabel 3.9	Aantal contacten met gezinsverzorging over 1982 in Almere en Flevoland naar wijze van totstandkoming, in percentages	63
Tabel 3.10	Aantal contacten met sociaal raadsliedenwerk over 1982 in Flevoland naar aard van de problematiek, in percentages	64
Tabel 3.11	Aantal contacten met sociaal raadsliedenwerk over 1982 in Flevoland naar wijze van totstandkoming contact, in percentages	64
Tabel 3.12	Kernproblemen bij jongeren in gesprekken met Telefonische Hulpdienst Hilversum over 1983, in percentages	66
Tabel 3.13	Kernproblemen bij volwassenen in gesprekken met Telefonische Hulpdienst Hilversum over 1983, in percentages	66

Tabel 3.14	Aantal contacten met wijkverpleging in o.l. ZIJF over 1982 naar onderwerp en leeftijdsklasse	71
Tabel 3.15	Aantal adviezen hoofdafdeling AGW van de Districtsgezondheidsdienst-Flevoland met betrekking tot Almere in 1982 en 1983	75
Tabel 3.16	Aantal infectieziekten aangemeld bij de Districtsgezondheidsdienst Flevoland vanuit Almere in 1982 en 1983	75
Tabel 3.17	Werkzaamheden afdeling Bedrijfsgezondheid van de Districtsgezondheidsdienst-Flevoland ten behoeve van werknemers gemeente Almere in 1982 en 1983	77
Tabel 3.18	Aantallen nieuwe cliëntsystemen per 1000 inwoners ingeschreven in 1981 bij RIAGG-Flevoland, afdeling jeugd in Almere, Lelystad en Dronten	79
Tabel 3.19	Kernproblemen van nieuwe cliëntsystemen in 1981 ingeschreven bij RIAGG-Flevoland, afdeling jeugd, in percentages	80
Tabel 3.20	Aantallen nieuwe cliëntsystemen in 1981 ingeschreven bij RIAGG-Flevoland afdeling volwassenen, in Almere, Lelystad en Dronten	80
Tabel 3.21	Kernproblemen van nieuwe cliëntsystemen in 1981 ingeschreven bij RIAGG-Flevoland, afdeling volwassenen, in percentages	81

Tabel 4.1	Het aantal patiënten uit de ZIJP die opgenomen zijn in zes ziekenhuizen, in 1982	83
Tabel 4.2	Basisgegevens van de zes belangrijkste ziekenhuizen voor Almere, over 1982	85
Tabel 4.3	Het aantal specialisten (evt. omgerekend) op fulltime basis per ziekenhuis, in 1982	87
Tabel 4.4	Het soort en aantal verrichtingen van drie ziekenhuizen, in 1982	88
Tabel 4.5	Busverbindingen tussen Almere-'t Oor en vier omliggende ziekenhuizen, in 1984	89
Tabel 4.6	Autoverbindingen tussen Almere en vier omliggende ziekenhuizen, in 1984	90
Tabel 4.7	Het aantal uren spreekuur per week van specialisten van het Streekziekenhuis Gooi-Noord in Almere-Haven in 1984	91
Tabel 4.8	Het aantal dagdelen spreekuur per week van specialisten van het Burgerziekenhuis, per 1-3-1984 en de prognose voor 1986	92
Tabel 4.9	Het gemiddelde aantal verwijskaarten uit Almere, in 1982	94
Tabel 4.10	Het aantal verwijskaarten voor ziekenfondsverzekerden in Almere in vergelijking met het landelijk niveau (bij gelijke aantallen, nl. +13.000 verzekerden), in 1982	95
Tabel 4.11	Het aantal opnamen uit Almere in vergelijking met landelijk gemiddelden, in 1982	96

Tabel 4.12	Vergelijking tussen de ZIJP en andere gemeenten qua opnamecoëfficiënten en leeftijdsverdeling, in 1982	97
Tabel 4.13	Het gemiddeld aantal opnamen per specialisme per 1000 inwoners van Almere in vergelijking met het landelijk gemiddelde, in 1982	99
Tabel 4.14	Het aantal verpleegdagen en de gemiddelde verpleegduur van de totale bevolking in de ZIJP, in vergelijking met het landelijk gemiddelde, in 1982	100
Tabel 4.15	Opnamen, verpleegdagen en gemiddelde verpleegduur voor Almere in 1982 (werkelijk en verwacht)	103
Tabel 4.16	Opnamecoëfficiënt voor Almere en landelijk gemiddelde in 1982	105
Tabel 4.17	Aantal verpleegdagen voor Almere en landelijk gemiddelde in 1982	105
Tabel 4.18	Gemiddelde verpleegduur voor Almere en landelijk gemiddelde in 1982	105
Tabel 4.19	Basisgegevens van vier omliggende verpleeghuizen voor de ZIJP, over 1982	106
Tabel 4.20	Opnamecoëfficiënt (aantal opnamen per 1000 inwoners) en het percentage 65-jarigen en ouder van de ZIJP en andere gemeenten, in 1982	107

Loop van de bevolking in o.l. Zuidelijke IJsselmeerpolders in 1981 en 1982,
naar wijkniveau (bron RIJP)

	stand 1-1-82	geboorte	sterfte	vesti- ging	vertrek	stand* 1-1-82	geboorte	sterfte	vesti- ging	vertrek	stand* 31-12-82
Almere-Haven											
in Centrum	315	2	2	92	15	290	4	2	121	27	339
de Werven	3110	77	11	218	57	3109	55	9	139	84	3029
de Hoven	2140	64	2	186	53	2131	50	4	262	104	2300
de Marken	3153	76	4	199	74	3223	90	12	206	115	3314
de Gouwen	800	41	-	819	34	1805	75	4	901	40	2894
de Meenten	600	35	4	1431	19	2236	60	8	145	89	2287
de Grienden	519	44	2	1270	11	2066	67	2	214	53	2347
de Wierden	-	-	-	-	-	-	6	1	717	5	863
Totaal	10637	339	25	4215	263	14860	407	42	2705	517	17373
Almere-Stad											
in Centrum	-	-	-	9	-	9	7	-	553	6	581
Stedenwijk	1079	77	5	4095	74	5195	129	14	3050	236	8134
Waterwijk	-	-	-	-	-	-	8	-	615	6	628
Totaal	1079	77	5	4104	74	5204	144	14	4218	248	9343
Overig gebied ol ZIJP	497	12	1	141	34	635	13	-	153	35	767
Totaal o.l. ZIJP	12213	428	31	8460	371	20699	564	56	7076	800	27483

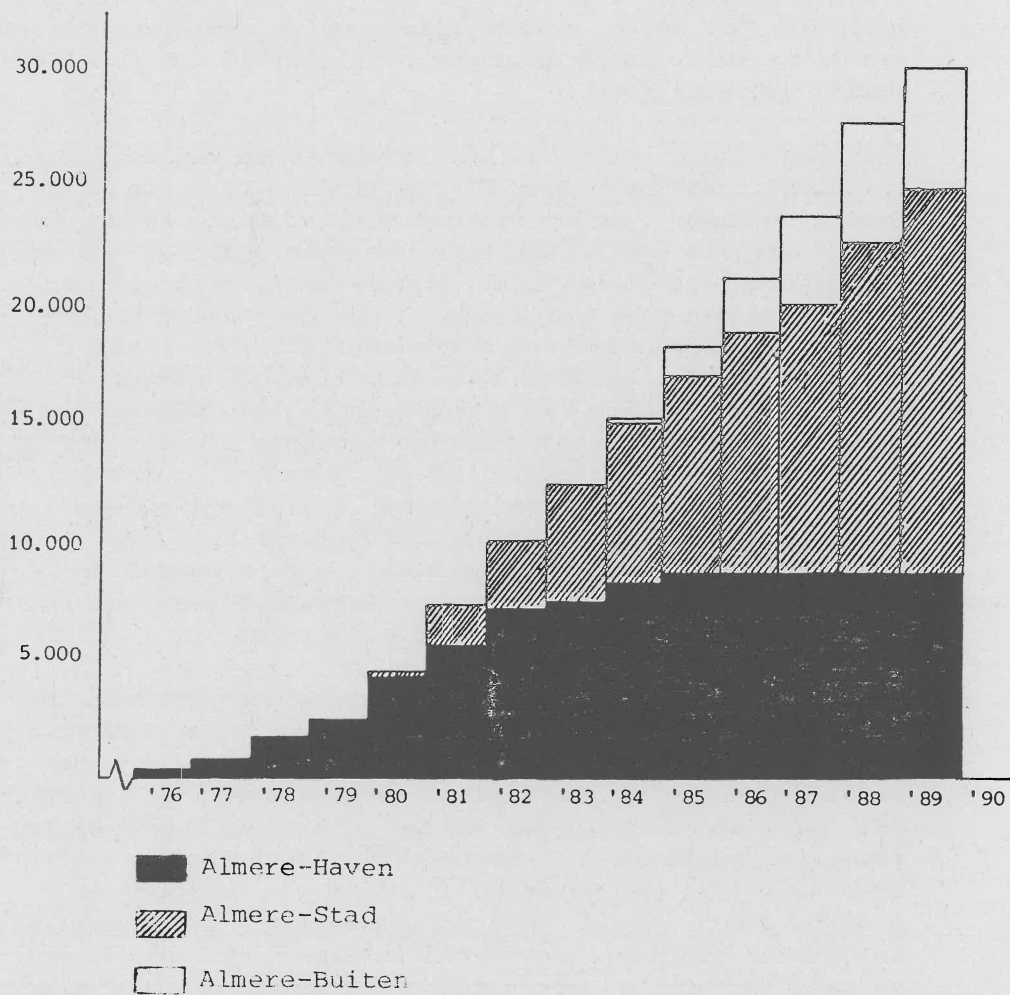
* Bij de uitsplitsing naar wijkniveau zijn de verhuizingen binnen de gemeente niet meegenomen. Hierdoor hoeven de totalen per wijk niet overeen te komen met som/verschil van de afzonderlijke categorieën

Woningvoorraad in Almere-Stad en Almere-Haven op wijkniveau (tijdsreeks)
(bron RIJP)

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Almere-Haven	71	673	1676	2723	4036	5540	6591
w.v. centrum	1	1	87	132	141	141	186
w.v. de Werven	70	566	807	1048	1176	1176	1176
w.v. de Hoven	-	106	553	906	807	807	949
w.v. de Marken	-	-	229	680	1097	1098	1108
w.v. de Gouwen	-	-	-	57	310	662	1003
w.v. de Meenten	-	-	-	-	279	318	918
w.v. de Grienden	-	-	-	-	226	738	815
w.v. de Wierden	-	-	-	-	-	-	436
Almere-Stad	-	-	-	-	502	1699	3388
w.v. centrum	-	-	-	-	-	12	329
w.v. Stedenwijk	-	-	-	-	502	1645	2815
w.v. Waterwijk	-	-	-	-	-	42	244
Overig geheel ol ZIJP	19	21	24	31	122	155	187
TOTAAL	90	694	1700	2754	4660	7394	10162

Bijlage 3

Aantal gerealiseerde en geplande woningen in Almere tot 1990 (Bron: Gemeente Almere)



Gezondheidscentra in Almere

Naast de vele (vooral papieren) plannen voor de gezondheidszorg in Almere, is het meest opvallende aspect van de situatie op dit moment de concentratie van eerstelijnszorg in gezondheidscentra, met de werkers zoveel mogelijk in loondienstverband. Deze bijlage geeft per centrum een gespecificeerd overzicht welke disciplines zijn vertegenwoordigd, het aantal formatieplaatsen en het dienstverband van de werkers. Zowel gegevens per 1-1-1984 als 1-1-1983 worden gepresenteerd.

Voor een beter begrip van het functioneren van de gezondheidscentra nog de volgende opmerkingen. De gezondheidscentra in Almere werken wijkgericht; zodra de eerste bewoners zich in een nieuwe wijk vestigen staat er ook een gezondheidscentrum te hunner beschikking, eerst in een tijdelijke behuizing en later in een definitief onderkomen. De gezondheidscentra worden financieel beheerd door de SMGA¹⁾, terwijl deze stichting ook zorgdraagt voor de ontwikkeling van nieuwe centra. De SMGA wordt hiertoe in staat gesteld door de gemeente Almere, die de centra bouwt en verhuurt op kostprijsbasis. Binnen het SMGA worden alle besluiten genomen door het Algemeen Bestuur, waarin zijn vertegenwoordigd: de MaDi, de Kruisvereniging, de gemeente Almere en een aantal onafhankelijke leden waaronder vertegenwoordigers van de centrumcommissies van de gezondheidscentra.

Per centrum wordt het hulpverleningsbeleid vastgesteld door een centrumcommissie, bestaande uit twee bewoners, twee hulpverleners en een bestuurslid van de SMGA. Het leidinggeven en de coördinatie op teamniveau zijn hierbij een taak van het centrum, waarbij elk centrum een eigen invulling geeft aan de samenwerking. In totaal draaiden er op 1-1-1984 zes gezondheidscentra. In de loop van 1984 werd een zevende gezondheidscentrum ("De Molenwiek") in gebruik genomen, gesitueerd in Almere-Buiten. In het gezondheidscentrum werken meestal drie huisartsen, twee wijkverpleegkundigen, een maatschappelijk werkende alsmede fysiotherapeuten, verloskundigen en tandartsen. Gastvrouw in het gezondheidscentrum is de (dokters)assistente. Naast hun werk aan de bali, vervullen zij belang-

rijke taken ter assistentie van de huisartsen. De gegevens, zoals zij worden gepresneteerd in onderstaand overzicht, zijn afkomstig uit het NHI bestand: registratie samenwerkingsverbanden (peilingen 1984 en 1983).

Gezondheidscentrum 'de Haak'.

Het in Almere-Haven gelegen gezondheidscentrum 'de Haak' is eigendom van de kruisvereniging Flevoland. De verschillende disciplines huren van de eigenaar. Het werkgebied bestaat in hoofdzaak uit de wijken 'de Hoven' en 'de Wer-ven'. Daarnaast vinden vanuit 'de Haak' een aantal activiteiten plaats gericht op heel Almere-Haven. Onderstaand overzicht is gebaseerd op de situatie per 1-1-1984; tussen haakjes de situatie op 1-1-1983 weergegeven.

disci- plines	aantal werkers	aantal formatie- plaatsen	aantal patiënten	werkers in dienst bij
huisartsen	3 (2)	2.7 (2.0)	6200 ¹⁾ (4650)	SMGA (vrije beroepen
wijkverple- ging	3 ²⁾ (3)	2.2 (2.2)	7300 (7000)	Kruisver- eniging
maatsch. werk	1 (1)	0.5 (0.5)	7300 (7000)	MaDi-Flevo- land
fysiothe- rapie	4 (4)	3.1 (3.1)	6200 (7000)	vrije beroe- pers
verlos- kunde ³⁾	3 (3)	3.0 (3.0)	20000	vrije beroe- pers
tandartsen ⁴⁾	7 (8)	4.7 (4.7)	7300	vrije beroe- pers
wijkzieken- verzorging	1 (1)	1.0 (1.0)	7300	Kruisver- eniging
praktijk assistentie	4 (2)	2.7 (2.0)	-	SMGA
tandarts- assistentie	5 (5)	3.4 (3.4)	-	gezamenlijke tandartsen
administratie	1 (1)	0.5 (0.5)	-	Kruisver- eniging

1. Van de 6200 patiënten zijn er 4300 verzekerd via het Ziekenfonds 'Gooi en omstreken' en 1900 particulier verzekerd.
2. Naast de drie wijkverpleegkundigen opereren vanuit 'De Haak' twee hoofdwijkverpleegkundigen (1,5 formatieplaats) in dienst bij de Kruisvereniging.
3. Zie paragraaf 5.2.2. onder verloskunde.
4. Drie tandartsen (0.5 formatieplaats) verzorgen tevens de schooltandverzorging voor geheel Almere.

Gezondheidscentrum 'Oost'

Gezondheidscentrum 'Oost' ligt in Almere-Haven en wordt in hoofdzaak gebruikt door bewoners van de wijken 'de Marken', 'de Grienden' en 'de Meenten'. Ook hier geldt dat in onderstaand overzicht de situatie op 1-1-1984 is weergegeven met de situatie van 1-1-1983 tussen haakjes. Gezondheidscentrum 'Oost' wordt beheerd door de SMGA.

disciplines	aantal werkers	aantal formatieplaatsen	aantal patiënten	werkers in dienst bij
huisartsen	3 (3)	3.0 (3.0)	6700 ¹⁾ (6100)	SMGA
wijkverpleging	2 (2)	2.0 (2.0)	7500 (7000)	Kruisvereniging
maatsch. werk	1 (1)	0.5 (0.5)	7500 (7000)	MaDi-Flevoland
fysiotherapie	4 (3)	3.0 (3.0)	7500 (7000)	SMGA
verlosk ₂₎ kunde	3 (3)	0.1 (0.1)	20000	vrije beroepers
tandartsen	1 (1)	0.5 (0.4)	7500	SMGA
wijkziekenverzorging	1 (1)	1.0 (1.0)	7500	Kruisvereniging
centrum-assistentie	4 (3)	3.0 (3.0)	-	SMGA
tandarts-assistentie	1 (-)	0.5 (-)	-	SMGA

1. Van de 6700 patiënten zijn er 4000 verplicht verzekerd via het ziekenfonds en 2700 zijn particulier verzekerd.
2. Zie paragraaf 5.2.2 onder verloskunde.

Gezondheidscentrum 'West'

Het derde gezondheidscentrum in Almere-Haven is het centrum 'West'. Het gezondheidscentrum 'West' is in hoofdzaak bestemd voor bewoners uit de wijken 'de Wierden' en 'de Gouwen'. Beheerder van het centrum is de SMGA.

disciplines	aantal werkers	aantal formatieplaatsen	aantal patiënten	werkers in dienst bij
huisartsen	3 (2)	2.5 (1,5)	5300 ¹⁾ (3150)	SMGA
wijkverpleging	3 (2)	2.2 (1.5)	6000 (3600)	Kruisvereniging
maatsch. werk	1 (1)	0.5 (0.5)	6000 (3600)	MaDi-Flevoland
fysiotherapie	4 (2)	2.1 (1.1)	6000 (3600)	SMGA
verlos- ²⁾ kunde	- (-)	- -	-	-
tandartsen	1 (-)	0.8 (-)	6000	SMGA
centrum- ⁴ assistentie	3 (2)	2.5 (1.5)	-	SMGA
tandarts-assistentie	1 (-)	0.8 (-)	-	SMGA
mondhygiëniste	1 (-)	0.5 (-)	-	SMGA

1. Van de 5300 patiënten zijn er ca. 3300 verplicht verzekerd via het ziekenfonds en ca. 2000 zijn particulier verzekerd.
2. Zie paragraaf 5.2.2 onder Verloskunde

Gezondheidscentrum 'de Schakel' ligt in Almere-Stad en richt zich in hoofdzaak op de bewoners van het noordelijke deel van de Stedenwijk en het centrum. Het centrum 'de Schakel' wordt beheerd door de SMGA.

disciplines	aantal werkers	aantal formatieplaatsen	aantal patiënten	werkers in dienst bij
huisartsen	4 (4)	2.6 (2.6)	6000 ¹ (5400)	SMGA
wijkverpleging	2 (2)	1.8 (1.8)	6000	Kruisvereniging
maatsch. werk	1 (1)	0.5 (0.5)	6000	MaDi-Flevoland
fysiotherapie	3 (3)	2.3 (2.3)	6000 (6700)	SMGA
verlos- ²⁾ kunde	2 (1)	1.5 (1.0)	13000(10700)	SMGA
tand-artsen	2 (2)	1.6 (1.2)	6000 (6700)	SMGA
apothekers	1 (1)	1.0 (1.0)	13000(10700)	SMGA
centrum-assistentie	3 (2)	2.6 (2.0)	-	SMGA
tandarts-assistentie	4 (2)	2.6 (2.0)	-	SMGA
apothekers-assistentie	7 (4)	5.0 (3.0)	-	SMGA
mondhygieniste	1 (1)	0.8 (0.8)	-	SMGA
receptioniste	1 (1)	1.0 (1.0)	-	SMGA

1. Van de ca. 6000 patiënten zijn er 4500 verplicht verzekerd via het ziekenfonds en 1500 zijn particulier verzekerd.
2. Zowel de apotheek als de verloskundigen bestrijken een gebied dat bestaat uit heel Almere-stad.

Gezondheidscentrum 'de Spil'

Het gezondheidscentrum 'de Spil' is in hoofdzaak bestemd voor de bewoners van het zuidelijke deel van de Stedenvijk in Almere-Stad. Beheerder van 'de Spil' is de SMGA.

disciplines	aantal werkers	aantal formatieplaatsen	aantal patiënten	werkers in dienst bij
huisartsen	3 (2)	3.0 (1.5)	5800 ¹⁾ (3000)	SMGA
wijkverpleging	3 (1)	2.4 (1.0)	5800 (3700)	Kruisvereniging
maatsch. werk	1 (1)	0.5 (0.5)	5800 (3700)	MaDi-Flevo+land
fysiotherapie	3 (1)	2.25 (0.75)	5800 (3700)	SMGA
verloskunde ²⁾	2 (1)	1.5 (1.0)	13000 (10400)	SMGA
tandartsen	2 (1)	1.2 (0.8)	5800 (4400)	SMGA
centrum-assistentie	3 (2)	3.0 (1.5)	-	SMGA
tandarts-assistentie	2 (1)	1.2 (0.8)	-	SMGA
mondhygiëniste	1 (-)	0.5 (-)	-	SMGA

1. Van de 5800 patiënten zijn er 3900 verplicht verzekerd via het ziekenfonds en 1900 particulier verzekerd
2. De twee verloskundigen (1.5 formatieplaats) bestrijken heel Almere-Stad

Gezondheidscentrum 'Waterwijk'

Het gezondheidscentrum 'Waterwijk' ligt in één van Almere's snelst groeiende wijken. Op 1-1-1984 was het ondergebracht in een tijdelijke behuizing. Beheerder is ook hier de SMGA

disci- plines	aantal werkers	aantal formatie- plaatsen	aantal patiënten	werkers in dienst bij
huisartsen	2	1.5	1600 ¹⁾	SMGA
wijkverple- ging	1	1.0	1600	Kruisver- eniging
maatsch. werk	1	0.5	1600	MaDi-Flevo- Land
fysiothe- rapie	1	0.4	1600	SMGA
verlos- ²⁾ kunde	2	1.5	13000	SMGA
tand- artsen	1	0.4	1600	SMGA
centrum- assistentie	2	1.4	-	SMGA
tandarts- assistentie	1	0.4	-	SMGA

1. Van de 1600 patiënten zijn er 1100 verplicht verzekerd via het ziekenfonds en 500 particulier verzekerd.
2. De twee verloskundigen (1.5 formatieplaats) bestrijken heel Almere-Stad

N.B. Het gezondheidscentrum 'Waterwijk' is in de loop van 1983 in gebruik genomen; voor 1-1-1983 zijn dan ook geen aantallen gegeven.