

HET EXPERIMENT GEZONDHEIDSZORG ALMERE

Eindevaluatie van een experiment met een sterke
eerstelijnszorg en een krap geplande tweede lijn

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

Opdracht- en subsidiegever: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en
Cultuur (WVC), Rijswijk.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK DEN HAAG

Sixma H.

Experiment Gezondheidszorg Almere. Eindevaluatie van een experiment met
een sterke eerstelijnszorg en een krap geplande tweede lijn / H. Sixma , D.H. de
Bakker , J. van der Bent - Utrecht : Nederlands instituut voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) : Utrecht : Nationaal Ziekenhuisinstituut
(NZi)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-231-8

Trefw.: gezondheidszorg ; Almere ; geschiedenis

Tekstverwerking en lay-out: José Velthuis

Renate Wiegers

Omslag:

Mieke Cornelius

Drukwerk:

Boekbinderij Post

Bestelwijze: U kunt deze publicatie telefonisch of schriftelijk bestellen bij het
NIVEL.

De prijs bedraagt f 48,50 (excl. verzendkosten).

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel.: 030-319946,telefax: 030-319290.

NZi, Nationaal Ziekenhuisinstituut

Postbus 9697, 3506 GR Utrecht, tel.: 030-739911,telefax: 030-739560.

HET EXPERIMENT GEZONDHEIDSZORG ALMERE

Eindevaluatie van een experiment met een sterke
eerstelijnszorg en een krap geplande tweede lijn

H. Sixma
D.H. de Bakker
J. van der Bent

Utrecht, september 1993

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL), Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT

Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi)
Postbus 9697 - 3506 GR UTRECHT

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).

Het NIVEL is een onafhankelijk onderzoeksinstituut. Het NIVEL doet vooral onderzoek op projectbasis. Opdrachtgevers zijn het ministerie van WVC, patiënten- en consumentenorganisaties, zorgverzekeraars en beroepsverenigingen.

Sinds 1970 doet het NIVEL (toen nog NHI) onderzoek in en rond de huisartspraktijk. Ook met de 'Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' is de huisarts onderwerp van onderzoek gebleven.

Het NIVEL heeft haar onderzoeksterrein de laatste jaren echter verbreed tot de gehele eerstelijnsgezondheidszorg en haar relaties met de tweede lijn: internationaal vergelijkend onderzoek, beroepskrachtenplanning, communicatie tussen hulpverlener en cliënt, kwaliteit van zorg, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, paramedische beroepen en verloskundigen. Het wegvallen van de grenzen tussen eerste- en tweede lijn betekent voor het NIVEL een voortzetting van de lijn van verbreding van het onderzoeksterrein.

Naast het doen van onderzoek, beheert het NIVEL een aantal registratiesystemen, een vrij toegankelijke bibliotheek met documentatie-service en organiseert het NIVEL (internationale) congressen.

Nationaal Ziekenhuisinstituut

Het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi) verricht toegepast wetenschappelijk onderzoek voor het management van instellingen in de intramurale gezondheidszorg en de extra- en semimurale sectoren die hiermee een raakvlak hebben. Uitgangspunt daarbij is instellingen te ondersteunen bij het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening. Activiteiten van het NZi bestaan uit onderzoek, ontwikkeling en evaluatie van innovatieve projecten. Tevens verzorgt het NZi implementatie- en opleidingsprogramma's voor instellingen. Het NZi ondersteunt mede de landelijke beleidsontwikkeling van de verenigingen (NVZ, NVVz, NVGz en NVGGz) en de Nederlandse Zorgfederatie (NZf). Het NZi werkt, in samenwerking met het veld, aan onderzoeksprogramma's van de overheid, adviesorganen en koepelorganisaties. Tevens verzamelt het NZi gegevens van instellingen in een databank. Op basis hiervan vinden bewerkingen en analyses plaats voor zowel het instellingsmanagement als voor de landelijke beleidsontwikkeling.

VOORWOORD

Voor u ligt het resultaat van bijna 10 jaar evaluatieonderzoek rond wat destijds het Project Gezondheidszorg Almere was en inmiddels als het Experiment Gezondheidszorg Almere wordt aangeduid.

Het betreft de evaluatie van een voor Nederlandse begrippen uniek experiment in de gezondheidszorg, zowel qua schaalgrootte als qua mate van afwijking van het bestaande gezondheidszorgsysteem. In de nieuwe stad Almere kon een stelsel van gezondheidsvoorzieningen worden opgebouwd, dat fundamenteel afwijkt van de rest van Nederland: een sterke, goed samenhangende eerste lijn met alle hulpverleners werkend vanuit gezondheidscentra en in loondienst van één organisatie tegenover een krap gepland ziekenhuis. Met deze opzet werd een verschuiving van tweede naar eerste lijn beoogd alsmede hogere kwaliteit van zorg en/of lagere kosten.

Het rapport is opgebouwd op basis van een evaluatiemodel, waarin de doelen van het experiment alsmede de geplande weg om die doelen te bereiken zijn geëxpliciteerd (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 wordt een historische schets gegeven van de belangrijkste gebeurtenissen in het Experiment Gezondheidszorg Almere, waarna in hoofdstuk 4 op een rij wordt gezet in hoeverre de geplande wegen om de doelen te bereiken ook daadwerkelijk zijn bewandeld. De hoofdstukken 5, 6 en 7 wordt beschreven in hoeverre de doelen van het experiment zijn bereikt met betrekking tot een verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg, kwaliteitsverbetering en/of kostenbeheersing. Kern van deze hoofdstukken vormt een geïntegreerde beschrijving van deelonderzoeken die in de loop der jaren in het kader van het evaluatie-onderzoek zijn uitgevoerd. In sommige gevallen kon van nieuwe gegevens gebruik worden gemaakt of zijn heranalyses op oud materiaal uitgevoerd. Samenvatting en conclusies van het onderzoek zijn tenslotte te vinden in hoofdstuk 8.

Hoofdstuk 7 is geschreven door ir. J. van der Bent (Nationaal Ziekenhuis-instituut). De overige hoofdstukken zijn van de hand van drs. H. Sixma en dr. D.H. de Bakker (NIVEL).

Het onderzoek is gefinancierd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Tijdens het onderzoek heeft een begeleidingscommissie gefunctioneerd, die in de laatste fase van het onderzoek als volgt was samengesteld:

Dhr. dr. G.M. van Etten (voorzitter, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur)

Dhr. mr. J.F.M. Aartsen (Ziekenfondsraad),

Dhr. dr. N. van Duijn (huisarts, gezondheidscentrum 'De Haak', Almere),

Dhr. drs. H. Linzel (Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere),

Mw. dr. M. Fahrenfort (Nationaal Ziekenhuisinstituut),

Dhr. drs. F. Gardenbroek (Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur),

Dhr. R.S.M. Helsloot (Samenwerkingsverband Almeerse Gezondheidszorg),

Mw. mr. drs. C.J.J. Hulleman (Stichting SIOP),

Mw. drs. N.H. Langerak (voorheen Samenwerkingsverband Almeerse Gezondheidszorg),

Dhr. ing. A.J. Plaisier (Nationaal Ziekenhuisinstituut),

Dhr. drs. J.A. Rijsenbrij (ANOZ Gooi Apeldoorn Groep),

Mw. mr. A. Veltkamp (Gemeente Almere),

Dhr. drs. D.W. Veluwenkamp (ANOZ Gooi Apeldoorn Groep).

Aan het rapport en het daaraan ten grondslag liggende onderzoek is door vele personen en instanties bij te dragen. In de eerste plaats willen wij Steven Bless en Cees Schouwstra noemen. Als projectleiders van het Project Gezondheidszorg Almere hebben zij in de periode 1983 tot en met 1989 een belangrijke inbreng gehad in de 'Subgroep evaluatie', die zich in die periode als begeleidingscommissie van het evaluatieonderzoek fungeerde.

Verder moeten genoemd de onderzoekers die een bijdrage hebben geleverd aan een van de vele deelonderzoeken: Dirk Wijkkel, Atie van den Brink-Muinen, Marleen Foets, Peter Groenewegen, Ed Hackenitz, Carolien Thomassen en Koos van der Velden (NIVEL) en Mary Fahrenfort, Ad Plaisier en Leen Dekker (NZi).

Tenslotte had dit onderzoek niet uitgevoerd kunnen worden zonder de bereidwillige medewerking van de Almeerse gezondheidszorginstellingen. De hulpverleners en bewoners. Door het ter beschikking stellen van gegevens, en het meewerken aan registraties, enquetes of interviews hebben zij ieder op hun eigen wijze bijgedragen aan de totstandkoming van dit produkt.

Herman Sixma

Dinny de Bakker

Jaap van der Bent

september 1993

INHOUD

1.	INLEIDING	1
1.1.	Het 'Experiment Almere', een korte historische schets	1
1.2.	Het evaluatie-onderzoek rond het Experiment Gezondheidszorg Almere	2
1.3.	Doelstelling van het rapport	5
1.4.	De opbouw van het rapport	6
2.	HET 'EXPERIMENT GEZONDHEIDSZORG ALMERE' ALS BELEIDSPROGRAMMA	9
2.1.	Het experiment Almere als beleidsprogramma	9
2.2.	Doelen en middelen gericht op substitutie van zorg	15
2.3.	Doelen en middelen gericht op kwaliteit van zorg	19
2.4.	Doelen en middelen gericht op kostenbeheersing	24
2.5.	Verwachte condities voor de realisatie van doelen en middelen	27
2.5.1.	Conditie met betrekking tot de Almeerse populatie	28
2.5.2.	Conditie met betrekking tot de organisatie op het terrein van de gezondheidszorg	28
2.5.3.	Conditie met betrekking tot de regelgeving	29
2.5.4.	Conditie met betrekking tot continuïteit in beleid	29
2.6.	Samenvatting en conclusies met betrekking tot de theoretische uitgangspunten	30
3.	PROCESBESCHRIJVING VAN HET EXPERIMENT GEZONDHEIDSZORG ALMERE	33
3.1.	Het kader voor de procesbeschrijving	34
3.2.	De pré-experimentele fase	34
3.3.	De fase van voorbereiding (1976 - 1983)	37
3.3.1.	Het gezondheidszorgbeleid van de centrale overheid	37
3.3.2.	Het lokale beleid in Almere	39

3.4.	De fase van opbouw I (1983 - 1989)	42
3.4.1.	De Almeerse voorzieningen in 1983	42
3.4.2.	De opbouw van de Almeerse voorzieningen volgens het PGA	44
3.4.3.	De realisatie van het voorgestelde beleid in Almere tijdens de opbouwfase	47
3.5.	De fase van opbouw II (1989 - 1992)	51
3.5.1.	De terugtrekende overheid	52
3.5.2.	Ontwikkelingen in de Almeerse eerste lijn	53
3.5.3.	De SAG als coördinerende instantie	56
3.5.4.	Ontwikkelingen in de Almeerse tweede lijn	57
3.6.	De post-experimentele fase (1992 -)	58
3.7.	Conclusies met betrekking tot de procesbeschrijving	60
4.	GEREALISEERDE MIDDELEN EN CONDITIES	61
4.1.	Gerealiseerde middelen gericht op de substitutie van zorg	61
4.2.	Gerealiseerde middelen gericht op de kwaliteit van zorg	65
4.3.	Middelen gerealiseerd met betrekking tot de doelstelling kostenbeheersing	68
4.4.	Conditie opgetreden in de praktijk	70
4.4.1.	De Almeerse populatie	70
4.4.2.	Medewerking van organisaties	74
4.4.3.	De regelgeving	75
4.4.4.	Continuïteit in het gezondheidsbeleid	76
4.5.	Conclusies met betrekking tot de gerealiseerde middelen en de in de praktijk opgetreden condities	76
5.	SUBSTITUTIE VAN ZORG	79
5.1.	Substitutie in de intramurale sector	80
5.1.1.	Verschuiving van klinische naar poliklinische zorg	81
5.1.2.	Verschuiving van klinische zorg naar dagbehandeling	84
5.1.3.	Verschuiving van verpleeg- naar verzorgingshuis	85
5.1.4.	Doorverwijzingen binnen de intramurale sector	85
5.1.5.	Verkorting van de opnameduur in intramurale voor- zieningen	86

5.2.	Substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg	88
5.2.1.	Beperking van het aantal opnamen	89
5.2.2.	Beperking van het aantal verrichtingen in de tweede lijn	93
5.2.3.	Vergroting van het aantal verrichtingen in de eerste lijn	93
5.2.4.	EHBO in de Almeerse eerste lijn	96
5.2.5.	Aantallen verwijzingen naar medische specialisten	100
5.2.6.	Eerstelijnsinbreng in het verpleeghuis	103
5.3.	Substitutie van professionele zorg naar preventieve zorg, zelfzorg en mantelzorg	104
5.3.1.	Professionele zorg, zelfzorg en mantelzorg	110
5.3.2.	Preventie en preventieprogramma's	113
5.4.	Conclusies met betrekking tot substitutie van zorg	
6.	KWALITEIT VAN DE ALMEERSE GEZONDHEIDS- ZORG	117
6.1.	Structuur van de zorgverlening	117
6.1.1.	Aantallen zorgverleners in Almere	118
6.1.2.	Kenmerken van zorgverleners	119
6.1.3.	Attitudes van zorgverleners	121
6.1.4.	De inrichting van voorzieningen	123
6.2.	Het proces van zorgverlening	123
6.2.1.	Informatie en voorlichting	124
6.2.2.	Afstemming van werk binnen en tussen de zorgchelons	125
6.2.3.	Het professioneel handelen van de huisarts	127
6.2.4.	Continuïteit van zorg	130
6.3.	De uitkomsten van de zorgverlening	133
6.3.1.	Oordelen over de organisatie van de Almeerse gezondheidszorg	133
6.3.2.	Oordelen over de zorg aan zuigelingen en kleuters	136
6.3.3.	Oordelen over de bereikbaarheid van voorzieningen	138
6.3.4.	Oordelen over de toegankelijkheid van voorzieningen	141
6.3.5.	Oordelen over de wachttijden bij hulpverleners	142
6.3.6.	Het oordeel over zorgverleners en de verleende zorg	145
6.3.7.	Zorg naar behoefte	149
6.4.	Conclusies met betrekking tot de kwaliteit van zorg	151

7.	KOSTEN ALMEERSE GEZONDHEIDSZORG	155
7.1.	Ziekenhuiszorg	156
7.2.	Eerstelijnszorg	161
7.3.	Ouderenzorg	167
7.4.	Conclusie	169
8.	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	171
8.1.	Samenvatting	171
8.2.	Kanttekeningen bij uitkomsten van het evaluatie- onderzoek	187
	LITERATUUR	191
	BIJLAGEN	
1.	Publicaties uitgebracht in het kader van het project 'evaluatie experiment gezond- heidszorg almere'	203
2.	Overzicht gebruikt afkortingen	205

1. INLEIDING

Dit inleidende hoofdstuk van het eindrapport 'evaluatie Experiment Gezondheidszorg Almere' is bedoeld als introductie van het Almeerse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen en het evaluatie-onderzoek dat rondom het experiment Almere is verricht. In de eerste paragraaf wordt kort teruggeblikt op de geschiedenis van het 'Experiment Gezondheidszorg Almere'. Vervolgens zal het evaluatie-onderzoek rondom de experimentele opzet van de Almeerse gezondheidszorg in een breder perspectief worden geplaatst en wordt de algemene doelstelling van het rapport geformuleerd. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de weergave van de wijze waarop het rapport is opgebouwd.

1.1. Het 'Experiment Almere', een korte historische schets

Waar andere steden soms kunnen bogen op een geschiedenis van vele eeuwen, bestrijkt de historie van Almere tot op dit moment slechts een periode van ruim twintig jaar. Op 15 maart 1971 wordt in de Staatscourant het regeringsbesluit gepubliceerd, dat voorziet in de ontwikkeling van een nieuwe gemeente op het drooggevalen land van Zuidelijk Flevoland. Almere, waarvan de ontwikkeling past in het verstedelijkingsbeleid van de rijksoverheid, moet in het jaar 2000 plaats bieden aan minimaal 125 duizend en maximaal 250 duizend inwoners. Met de vestiging van de eerste bewoners begint in 1976 de feitelijke opbouw van zowel de stad als de aan een stad gekoppelde voorzieningen.

Behalve dat de nieuwe gemeente aan planologen de ruimte bood te experimenteren met ruimtelijke indeling, lijkt Almere bij uitstek geschikt te fungeren als proeftuin voor een 'nieuw' stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen.

De mogelijkheden om met een grote dosis idealisme, via samenwerking en onderlinge afspraken te komen tot stelsel van zorgvoorzieningen dat verschilt van de doorsnee Nederlandse situatie, werd door partijen dankbaar aangegrepen. Een voortrekkersrol was daarbij weggelegd voor zorgverleners, bewonersvertegenwoordigers en

vertegenwoordigers van het lokale bestuur. Tussen 1976 en 1983 gebeurde dit betrekkelijk ongestructureerd. Vanaf 1983, als ook de centrale overheid sterk betrokken bij de wijze waarop het stelsel van zorgvoorzieningen in Almere gestalte krijgt, ingekaderd binnen de projectplannen 'Experiment Gezondheidszorg Almere' deel I en deel II. In 1988 wordt het Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere (BEGA) van kracht, waarmee de experimentele opzet van het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen een wettelijk kader krijgt.

Hoezeer de Almeerse gezondheidszorg afwijkt van hetgeen gebruikelijk is in Nederland, zal blijken uit de beschrijving van het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen die in hoofdstuk 3 zal worden gegeven. Bij deze beschrijving zal een indeling in fasen worden aangehouden, waarbij de periode tot 1976 op te vatten als de pré-Almere fase en de periode tussen 1976 en 1983 geldt als fase van voorbereiding. Het jaar 1983 markeert het begin van het Experiment Gezondheidszorg Almere, zij het dat op dat moment in de formele naam niet wordt gesproken van het experiment Almere maar van het project Almere. In de periode tussen 1983 en 1988 staat de opbouw van met name de eerstelijnsvoorzieningen centraal, vanaf 1988 worden ook de tweedelijnsvoorzieningen in Almere zelf steeds belangrijker. Als laatste fase onderscheiden wij de periode na 1992. Met het aflopen van het BEGA vervalt de experimentele status, maar gaat de verdere uitbouw van gezondheidszorgvoorzieningen in Almere door: de post-experimentele fase.

1.2. Het evaluatie-onderzoek rond het Experiment Gezondheidszorg Almere

Het in 1983 opgestelde projectplan, maar ook de in 1985 uitgebrachte versie van het hoofdlijnenplan 1985-1989 'Al doende beter', gaat uit van een planning van (gezondheids)zorgvoorzieningen onder leiding van de Stuurgroep Project Gezondheidszorg Almere (PGA), die daartoe de lijnen volgt zoals uitgezet door de landelijke overheid. Enkele uitgangspunten daarbij zijn: echelonnering, substitutie, een planmatige aanpak en één financieel budget voor de gezamenlijke zorginstellingen. Bij de indeling van zorginstanties naar echelons wordt hoge prioriteit toegekend aan de inrichting van de eerstelijns-

zorg, terwijl de tweedelijnszorg nadrukkelijk in dienst wordt gesteld van de eerste lijn en wordt ingericht volgens een 'krapte' model. Dit betekent een relatief klein centrumziekenhuis met veel aandacht voor poliklinische verrichtingen en dagbehandeling. Doelstelling van het Almeerse model is:

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

Vertaald in wat meer concrete termen had en heeft het Experiment Gezondheidszorg Almere vooral tot doel een zorgverschuiving van tweede naar eerstelijnszorg tot stand te brengen door het creëren van een samenhangend stelsel van zorgvoorzieningen. Op deze wijze zou een betere kwaliteit van zorg kunnen worden geleverd tegen dezelfde kosten als elders, of een even goede kwaliteit van zorg tegen minder kosten.

In 1993, zeventien jaar nadat de eerste bewoners in Almere kwamen wonen, nadert het Almeerse bouwwerk van het stelsel van zorgvoorzieningen zijn voltooiing. De eerste lijn werkt vanuit vijftien gezondheidscentra, terwijl het aantal vrijgevestigde beroepsbeoefenaren van de belangrijkste eerstelijnsdisciplines klein is gebleven. Alle werkers in de eerstelijnszorg zijn in principe in loondienst bij één overkoepelende organisatie: de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere (EVA). Ook met betrekking tot de belangrijkste intramurale voorzieningen geldt dat zij in Almere aanwezig zijn. Op 6 maart 1991 opende het Almeerse Flevoziekenhuis zijn deuren. Daarnaast beschikt Almere over eigen verzorgings- en verpleeghuizen, terwijl voorzieningen op het terrein van de intramurale geestelijke gezondheidszorg binnenkort worden gerealiseerd. Het Samenwerkingsverband Almeerse Gezondheidszorg (SAG) - in feite de opvolger van de in 1989 opgegeven Stuurgroep Project Gezondheidszorg - waarin alle in Almere werkzame instellingen op het terrein van de gezondheidszorg zijn verenigd, fungeert als coördinerende instantie tussen de verschillende organisaties. Bewoners praten mee over nieuwe voorzieningen en de wijze

waarop gerealiseerde voorzieningen functioneren.

Bij het stelsel van zorgvoorzieningen zoals dit uiteindelijk in Almere is gerealiseerd kunnen, gelet op de doelstelling van het Experiment Gezondheidszorg Almere, een aantal vragen worden gesteld. Passen alle gerealiseerde voorzieningen ook daadwerkelijk in de oorspronkelijke opzet van het PGA? Zijn de doelen van het experiment in de praktijk ook daadwerkelijk gerealiseerd? Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn van invloed geweest op het uiteindelijke resultaat? Zijn er deelaspecten van het Experiment Gezondheidszorg Almere ook in een breder kader toepasbaar? Om deze vragen te kunnen beantwoorden heeft, gesubsidieerd door het Ministerie van WVC, vanaf 1984 evaluatie-onderzoek plaatsgevonden. Een aantal op zichzelf staande deelonderzoeken moesten de bouwstenen vormen voor een eindevaluatie, waarbij kon worden vastgesteld of de algemene doelstellingen van het Experiment Almere werden gehaald. Daarnaast dienden de deelonderzoeken informatie op te leveren die het mogelijk zou maken tussentijds bij te sturen indien daar, gelet op de doelstelling, aanleiding voor zou zijn. Daarbij is gekozen voor een opzet waarbij vanuit het (zeer brede) kader van de algemene doelstelling, specifieke deelprojecten werden uitgevoerd die elk een bijdrage leveren aan een totaalbeeld. De gedachte daarbij was dat een omvangrijk en ambitieus programma als het Experiment Gezondheidszorg Almere alleen geëvalueerd kan worden door het formuleren van afgeleide subdoelen die een aanmerkelijk kleiner gebied omvatten en meer specifiek zijn geformuleerd en te onderzoeken of deze subdoelen worden gehaald. De uitvoering van deze deelonderzoeken berustte bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI). Over de deelstudies is afzonderlijk gerapporteerd. Een overzicht van de rapporten die tussen 1983 en 1993 onder verantwoordelijkheid van het NIVEL en het NZI in het kader van het evaluatie-onderzoek rondom het Experiment Gezondheidszorg Almere zijn verschenen is opgenomen in de bijlagen van dit eindverslag. Overigens is ook door andere instellingen dan de beide genoemde onderzoeksinstituten onderzoek gedaan naar de Almeerse gezondheidszorg. In dit eindrapport zal, onder bronvermelding, ook van deze onderzoeken gebruik worden gemaakt.

1.3. Doelstelling van het rapport

Met het eindrapport van het project 'evaluatie Experiment Gezondheidszorg Almere richten we ons op drie doelen. (1) Er dient een zo goed mogelijke beschrijving te komen van het Experiment Gezondheidszorg Almere, waarbij de nadruk dient te liggen op die onderdelen van het project die wellicht ook in bredere context toepasbaar zijn. (2) Er dient een integratie plaats te vinden van de resultaten van de deelonderzoeken die tot nu toe in het kader van het Experiment Gezondheidszorg Almere zijn verricht.(3) Er dient te worden vastgesteld of de doelstellingen die aan het experiment ten grondslag liggen zijn gehaald of in elk geval binnen bereik liggen en welke stimulerende of beperkende factoren van invloed zijn geweest op het al dan niet bereiken van deze doelstellingen.

Bij de uitwerking van deze doelstellingen zal het Experiment Gezondheidszorg Almere worden opgevat als een beleidsprogramma. Op basis van de projectplannen zijn een aantal beoogde resultaten geformuleerd en worden de middelen aangegeven die dienen te worden ingezet om deze doelstellingen te realiseren. Via het verslag van het evaluatie-onderzoek is het aan de onderzoekers om vast te stellen of van de geplande middelen ook daadwerkelijk verwacht mag worden dat zij, onder een juiste inschatting van de omstandigheden, bijdragen aan het bereiken van de beoogde doelen, of de middelen ook daadwerkelijk zijn ingezet, of de doelen daadwerkelijk zijn bereikt en welke bedoelde of onbedoelde neveneffecten zijn opgetreden.

De evaluatie van het Experiment Gezondheidszorg Almere, zal zich toespitsen op drie onderwerpen. Dit zijn: (1) substitutie van zorg, (2) kwaliteit van zorg, en (3) de aan de zorg verbonden kosten. Een goede kwaliteit van het stelsel van zorgvoorzieningen en acceptabele kosten worden expliciet genoemd in de algemene doelstelling van het Experiment Gezondheidszorg Almere. Daarnaast gelden substitutie, kwaliteit en kostenbeheersing op het terrein van de gezondheidszorg ook in meer algemene zin als doelen die waard zijn te worden nagestreefd, zowel via het door de centrale overheid te voeren beleid als via het beleid dat door de Almeerse partijen op het terrein van de gezondheidszorg is gevoerd. Voor de overige doelen die kunnen worden afgeleid uit de oorspronkelijke projectplannen, zoals bijvoorbeeld patiëntenparticipatie of het bereiken van bestuurlijke samen-

hang, geldt dat zij weliswaar in beschrijvende zin zullen worden aangestipt, maar alleen uitgebreid aan de orde komen indien er een direct verband is met de drie geselecteerde centrale doelen.

1.4. De opbouw van het rapport

Dit eindrapport bestaat uit acht hoofdstukken. In hoofdstuk twee zal het theoretisch kader worden geschetst voor de evaluatie van het Experiment Gezondheidszorg Almere. Er zal een conceptueel model worden opgesteld, waarin zowel de beoogde doelen, als de wijze waarop deze doelen moeten worden gerealiseerd en de bijzondere omstandigheden, een plaats zullen krijgen. Uit het onderzoeksmodel zullen vier onderzoeksvragen worden afgeleid die betrekking hebben op de mogelijkheden te komen tot substitutie van zorg, een goede kwaliteit van de gezondheidszorg en kostenbeheersing in de gezondheidszorg.

In de hoofdstukken die volgen op de presentatie van het conceptuele model, zullen de vier uit het model afgeleide onderzoeksvragen worden beantwoord. Voordat deze vragen expliciet aan de orde komen, geeft hoofdstuk drie een beschrijving van de wijze waarop en onder welke omstandigheden het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen tot stand is gekomen. In deze procesbeschrijving, wordt fasegewijs aandacht geschonken aan hetgeen in Almere op het terrein van de gezondheidszorg is bereikt en vanuit welke posities de verschillende partijen betrokken bij het Experiment Gezondheidszorg Almere hebben geopereerd.

Hoofdstuk vier geeft antwoord op de vraag of de middelen die men in Almere gedacht had in te zetten voor het bereiken van de doelstellingen, ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd en inzetbaar zijn gebleken. Of, en de mate waarin de doelen zijn bereikt komt aan de orde in de hoofdstukken vijf, zes en zeven. In hoofdstuk vijf staat de kwaliteit van zorg centraal. Hoofdstuk zes geeft antwoord op de vraag of en in welke mate er in Almere sprake is van substitutie van zorg. Hoofdstuk zeven richt de schijnwerpers op het kostenaspect. In deze hoofdstukken is het streven de Almeerse bevindingen te vergelijken met de situatie elders in Nederland.

Hoofdstuk acht bevat de slotconclusies. Het blikt terug op de belangrijkste resultaten van het Experiment Gezondheidszorg Almere en op

de inspanningen die zijn geleverd om te komen tot een 'ander' en wellicht zelfs 'beter' stelsel van zorgvoorzieningen. Het rapport zal, zoals te doen gebruikelijk, worden afgesloten met een overzicht van de geraadpleegde literatuur en een aantal bijlagen.



2. HET 'EXPERIMENT GEZONDHEIDSZORG ALMERE' ALS BELEIDSPROGRAMMA

In dit hoofdstuk vatten we het Experiment Gezondheidszorg Almere op als een (beleids)programma, gericht op de realisatie van een aantal concrete doelen die kunnen worden afgeleid uit de algemene uitgangspunten van het Experiment Gezondheidszorg Almere. Deze doelen zijn genoemd in hoofdstuk 1, en betreffen: substitutie van zorg, een goede kwaliteit van de zorg en kostenbeheersing. Om vast te stellen in hoeverre het Experiment Gezondheidszorg Almere succesvol is geweest, zal gewerkt worden vanuit een conceptueel model dat afkomstig is uit de onderwijsresearch en dat ook veelvuldig wordt toegepast bij de evaluatie van programma's op andere beleidsterreinen, waaronder de gezondheidszorg. Dit conceptuele kader staat, genoemd naar degene die het model voor het eerst heeft toegepast, te boek als het model van Stake (Stake, 1967).

In paragraaf 2.1 zal worden nagegaan in hoeverre het Experiment Gezondheidszorg Almere kan worden opgevat als een beleidsprogramma, wordt de keuze van het model van Stake als denkraam toegelicht en zullen doelstellingen en opzet van het Experiment Gezondheidszorg Almere worden geformuleerd overeenkomstig de terminologie van het gekozen onderzoeksmodel. In de paragrafen 2.2 tot en met 2.5 vindt vervolgens een nadere specificatie plaats met betrekking tot de drie gekozen centrale thema's: substitutie, kwaliteit en kosten, en worden de condities aangegeven waaronder de doelen moeten worden gerealiseerd. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte samenvatting.

2.1. Het experiment Almere als beleidsprogramma

Het uitvoeren van een programma-evaluatie, ofwel het begrijpen en beoordelen van relaties tussen doelen en activiteiten (Carr-Hill, 1985), impliceert dat er sprake moet zijn van een programma. Ofwel van een goed omschreven en in de tijd gefaseerd complex van activiteiten ter realisering van bepaalde, eveneens goed omschreven doelstellingen (Schnabel, 1984). Daarbij kan men denken aan formele stelsels van afspraken, maar ook aan financieringsregelingen, wetgeving of

onderdelen van wetgeving en wat minder formele stelsels van afspraken en procedures. De essentie van een beleidsprogramma is het streven om met bepaalde middelen van te voren vastgestelde doelen te bereiken, waarbij informatie wordt verzameld en gebruikt om de doelmatigheid van het programma in de praktijk vast te stellen (Rotem & Bandaranayake, 1983; Suchman, 1970; Cronbach, 1963). Volgens Donker (1990) beweegt programma-evaluatie zich daarbij tussen wetenschappelijk onderzoek en actie-onderzoek en kan een beleidsprogramma worden opgevat als een stelsel van activiteiten en/of maatregelen bedoeld om bepaalde effecten te bewerkstelligen.

House (1980) onderscheidt acht manieren om een programma te evalueren. Daarvan willen wij er hier twee kort bespreken, omdat hierin elementen zijn terug te vinden die ook voor het Experiment Almere belangrijk kunnen zijn. Als eerste is dat de systeem-analyserende aanpak. Verschillen in (beleids)programma's worden afgemeten aan (vooral kwantitatieve) outputmaten, waarbij via een afweging van kosten en baten een eindoordeel wordt gegeven. Bij een aanpak volgens de systeem-analyserende methode is de keuze van de indicatoren, waaraan het succes (of het falen) van het programma is af te lezen en de relatie van deze indicatoren met de gehanteerde doelen en middelen, van essentieel belang. In de tweede benadering, de 'behavioral objectives' benadering, staan de door het programma gestelde doelen centraal. Een programma is meer succesvol naarmate een groter deel van de (vooraf) gestelde doelen ook daadwerkelijk in de realiteit worden gehaald. De doelen dienen daarbij wel expliciet te worden aangegeven in geoperationaliseerde vorm, en met name dit laatste lijkt nogal eens te worden 'vergeten'. Behalve dat duidelijk moet worden of het gestelde doel gehaald is (of tenminste bereikbaar lijkt te zijn bij een tussentijdse evaluatie), dient er ook helderheid te zijn over de mate waarin de ingezette middelen daadwerkelijk hebben bijgedragen tot de realisatie van het doel.

Maken we de overstap naar Almere, dan spreekt de doelstelling van het Experiment Gezondheidszorg Almere in het oorspronkelijke projectplan van een streven te komen tot een samenhangend stelsel van zorgvoorzieningen. De eisen die, naast de samenhang, aan dit stelsel van zorgvoorzieningen worden gesteld betreffen de afstemming op behoeften en wensen van de bevolking, een optimale kwaliteit en aanvaardbare kosten. In de tweede versie van het projectplan Almere (PGA, 1985) wordt een onderscheid gemaakt in hoofd- en subdoelstellingen. De hoofddoelstelling is onveranderd gebleven,

maar wordt gespecificeerd via subdoelstellingen. Deze subdoelen betreffen achtereenvolgens (1) het tot stand brengen en in stand houden van een geheel aan voorzieningen, (2) het afstemmen van de zorgverlening op de werkelijke behoeften en vragen van de bevolking, (3) het betrekken van de bevolking bij de opzet en uitvoering van de zorgverlening, (4) het tot stand brengen en in stand houden van functionele samenhang tussen de voorzieningen, (5) het bevorderen dat de zorg zoveel mogelijk door de eerste lijn in samenspel met de bevolking wordt geboden, (6) het in aansluiting op de beoogde functionele samenhang tot stand brengen van structurele samenhang, (7) het tot stand brengen en in stand houden van bestuurlijke samenhang, (8) het bereiken dat de kosten van de zorg in Almere ten hoogste gelijk zijn en bij voorkeur liggen onder de kosten van de traditionele (gezondheids)zorg elders in het land, en tenslotte (9) te komen tot een beschrijving en evaluatie van de uit het project afkomstige gegevens mede met het oog op consequenties voor het landelijke beleid.

In zowel de hoofddoelstelling als de subdoelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere is een hiërarchische onderscheid aan te brengen in de gekozen doelen. Een in functioneel-, structureel- en bestuurlijk opzicht samenhangend stelsel van (gezondheids)zorgvoorzieningen is doel op zich. Daarnaast kan het een middel zijn om hoger gelegen doelen, zoals bijvoorbeeld kwalitatief optimale zorg of relatief goedkope zorg, te bereiken. Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld subdoelen die betrekking hebben op de rol van de bevolking. Zorg afgestemd op de behoefte en wensen van de bevolking en patiëntenparticipatie kunnen worden aangemerkt als subdoelen; daarnaast zijn het instrumenten gericht op het optimaliseren van de kwaliteit van de zorgverlening. Overigens geldt dat in de toelichtingen bij de subdoelstellingen er (soms) sprake is van duidelijk omschreven instrumenten die zullen worden aangewend om de doelen te bereiken. Voorbeelden zijn de geïntegreerde eerstelijnsorganisatie als instrument voor het bereiken van functionele samenhang, of het bereiken van bestuurlijke samenhang via een integrale planning van de voorzieningen binnen één financieel kader.

Doelen en middelen, waarbij middelen worden opgevat als zijnde de instrumenten die worden toegepast in het streven het doel te bereiken, hangen samen. Deze samenhang is vaak aan één of meerdere condities gebonden, die specificeren onder welke omstandigheden

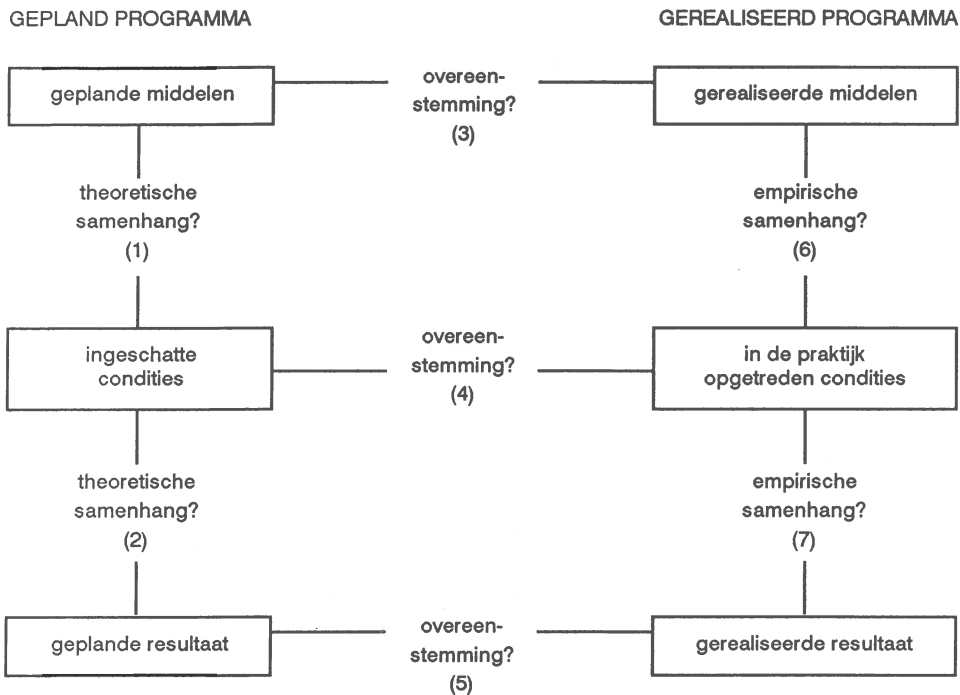
de inzet van bepaalde middelen geacht worden te resulteren in het bereiken van de doelen.

Doelen, middelen, condities vormen de basisbegrippen in een evaluatiemodel dat afkomstig is uit de onderwijsresearch en waarmee ook binnen gezondheidszorgonderzoek ervaring is opgedaan. Uitgangspunt voor Stake (1967) was het ontwerpen van een conceptueel model dat recht zou doen aan de complexe en dynamische structuur van het te evalueren programma en dat de evaluator in staat zou stellen het programma te beschrijven zowel als te beoordelen. Het beschrijven van de uitgangssituatie, het proces en de uitkomsten van het proces zijn daarbij gericht op het ontdekken van relaties tussen omstandigheden die van invloed zijn op het bereiken van de doelen van het programma en die als leidraad kunnen dienen bij toekomstig onderzoek.

In zijn meest algemene vorm staat het door Stake ontworpen onderzoekskader weergegeven in schema 2.1. Uit dit schema kunnen vervolgens een aantal algemeen geformuleerde onderzoeksvragen worden afgeleid die, betrokken op de Almeerse situatie, nader geëxpliciteerd kunnen worden.

- 1 Is er een theoretische samenhang tussen de geplande middelen en de ingeschatte condities (1) en, gegeven deze condities, tussen de geplande middelen en de beoogde resultaten (2)?
- 2 Is er overeenstemming tussen de geplande middelen en de ingeschatte condities en de daadwerkelijk in de praktijk gerealiseerde middelen (3) en opgetreden condities (4)?
- 3 Is er overeenstemming tussen de geplande resultaten en de resultaten zoals die in de praktijk zijn gerealiseerd (5) ?
- 4 In hoeverre is er een empirische samenhang tussen de gerealiseerde middelen en in de praktijk opgetreden condities (6) en, gegeven deze opgetreden condities, tussen de gerealiseerde middelen en de gerealiseerde resultaten (7) ?

Schema 2.1. Model voor de evaluatie van het Experiment Gezondheidszorg Almere (Bron: Stake, 1967)



Bij de eerste onderzoeksvraag gaat het erom of, gegeven de voor Almere geldende condities, op basis van literatuur en ervaringen elders, op theoretische gronden verwacht mag worden dat de structuur van het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen (de geplande middelen) een bijdrage levert aan het bereiken van de doelen gericht op substitutie, kwaliteit en kosten (de geplande resultaten). Zij vormt als het ware de wetenschappelijke verantwoording voor de in Almere gekozen doelen, middelen en condities. De vraag gaat in op het geplande programma in de linker helft van figuur 2.1 en is de operationalisatie van de twee vragen naar de theoretische samenhang tussen (1) de geplande middelen en de ingeschatte condities, en (2) tussen de geplande middelen en de geplande resultaten. Deze vraag zal nader worden uitgewerkt in het vervolg van dit hoofdstuk.

De tweede onderzoeksvraag is bedoeld om na te gaan of de vereiste middelen die zouden leiden tot het beoogde resultaat ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd (3) en dus inzetbaar zijn en of de verwachte

condities ook daadwerkelijk zijn opgetreden (4). Deze onderzoeksvraag vormt als het ware de kapstok voor een procesbeschrijving van het Experiment Gezondheidszorg Almere. In hoofdstuk vier zullen deze twee vragen worden beantwoord.

Onderzoeksvraag drie is bedoeld om vast te stellen of (5) de resultaten die in Almere op het terrein van de gezondheidszorg zijn gerealiseerd, in overeenstemming zijn met de oorspronkelijk geplande resultaten. Daarbij wordt gekeken naar de resultaten op de deelterreinen substitutie van zorg, kwaliteit van zorg en kostenbeheersing. De hoofdstukken vijf, zes en zeven vormen de basis voor het beantwoorden van de derde onderzoeksvraag.

Bij onderzoeksvraag vier, tenslotte, is aan de orde of de bereikte resultaten ook daadwerkelijk toegeschreven kunnen worden aan de ingezette middelen en wat de rol is geweest van de opgetreden condities. Met betrekking tot het gerealiseerde programma dient te worden vastgesteld in hoeverre er (6) een empirische samenhang is tussen de gerealiseerde resultaten en de gerealiseerde middelen, en (7) in hoeverre er een empirische samenhang is tussen in de praktijk opgetreden condities en de gerealiseerde middelen. In hoofdstuk zeven zal een (voorlopig) antwoord op deze vraag worden geformuleerd.

De bevinding, dat er bij vele beleidsprogramma's in de gezondheidszorg en daarbuiten sprake is van één of meerdere doelstellingen die in de vorm zoals gepresenteerd te weinig specifiek zijn om als vertrekpunt te kunnen dienen voor een programma-evaluatie (Leighton, 1982; Ringeling, 1985), geldt zeker ook voor het Experiment Gezondheidszorg Almere. Weliswaar wordt via het project- en hoofdlijnenplan behorend bij het Experiment Gezondheidszorg Almere, een poging ondernomen om voor de aanvang van het project en in de eerste uitvoeringsfase aan te geven welke doelen met welke middelen worden nagestreefd, doch een nadere specificatie van doelen, middelen en condities en hun relaties tot elkaar is grotendeels afwezig op het moment dat het veldexperiment Almere begint. Omdat een dergelijke specificatie voor zowel het beschrijvende deel als het meer toetsende deel van de evaluatie van het Experiment Gezondheidszorg Almere noodzakelijk is, is het noodzakelijk deze specificatie na afloop van het experiment te reconstrueren. Nadeel van een dergelijke werkwijze is dat het Experiment Gezondheidszorg Almere als het ware in het 'model van Stake' wordt geperst en dat het aan de onderzoekers is om de doelen, middelen en condities te selecteren. Welis-

waar wordt voor deze reconstructie aansluiten gezocht bij de projectplannen en nota's uitgebracht rond het Experiment Gezondheidszorg Almere, doch een bepaalde mate van subjectiviteit bij deze keuzen gemaakt in dit selectieproces is niet onontkoombaar. Dit is inherent aan het achteraf aanbrenge en operationaliseren van het conceptueel kader.

2.2. Doelen en middelen gericht op substitutie van zorg

De twee belangrijke peilers onder de in 1974 uitgebrachte Structuurnota zijn regionalisatie en echelonnering van de gezondheidszorg. Regionalisatie, in combinatie met een decentralisatie van macht en beslissingsbevoegdheden, werd gezien als een van de structurele middelen om te komen tot een doelmatig en doeltreffend opgebouwd en functionerend stelsel van zorgvoorzieningen. Als voorbeeld kan hierbij verwezen worden Finland, waar in 1972 via een gemeentelijke gezondheidswet het zwaartepunt van de gezondheidszorg kwam te liggen bij een breed gedefinieerde eerste lijn en waarbij planning, financiering en beheer werden geregionaliseerd en gedecentraliseerd. Met deze herindeling van de Finse gezondheidszorg werd bereikt dat de groei van het gebruik (en de kosten) van tweedelijnsvoorzieningen werd omgebogen in de richting van de eerste lijn.

De basisgedachte achter echelonnering, in combinatie met versterking van de eerste lijn, is dat zorg verleend moet worden op het daartoe meest geëigende niveau. Dit zou bereikt kunnen worden door het gezondheidszorgsysteem op te delen in een aantal hiërarchisch geordende subsystemen en de toegang tot hogere lagen te binden aan regels. De beleidsvoornemens en -maatregelen die hierop betrekking hebben betreffen achtereenvolgens (1) horizontale, functionele integratie binnen de echelons, (2) stroomlijning van financiering, administratie en ondersteuning, (3) substitutie naar de doelmatigste voorziening binnen één echelon en van hogere naar lagere echelons, en (4) verwijzing als toegang naar hogere echelons (zie voor een meer uitgebreide verhandeling rond het thema 'naar een sterkere eerste lijn' de serie van vier rapporten, uitgebracht in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NIVEL, 1987; Groenewegen & Willemsen, 1987; Dronkers, Groenewegen & Willemsen, 1988; Groenewegen & Sluijs, 1988)).

Deze vier beleidsvoornemens en beleidsmaatregelen worden los van elkaar gepresenteerd. Bij de horizontale en functionele integratie binnen echelons past een beleid gericht op het stimuleren van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zoals gezondheidscentra en home teams. Bij stroomlijning van financiering, administratieve zaken en ondersteuning van beroepsbeoefenaren passen de realisatie jaarlijkse Financiële Overzichten Gezondheidszorg en ondersteuningsstructuren voor afzonderlijke disciplines, terwijl bovendien gestreefd zou kunnen worden naar het gelijktrekken van financiering en organisatie voor disciplines binnen elk van de echelons. Echter, het is ook mogelijk om in deze voornemens een hiërarchie aan te brengen. Horizontale en functionele integratie, ondersteuning van beroepsbeoefenaren en een goed functionerend stelsel met verwijzingen zijn op te vatten als middelen om te komen tot substitutie en daarmee tot het uiteindelijke doel: kostenbeheersing. Op dezelfde manier kan samenwerking in buurtgerichte gezondheidscentra of een kwalitatief goed team hulpverleners als resultaat hebben dat minder mensen in een hoger (en wellicht te hoog) echelon behandeld worden. Substitutie van zorg, derhalve. Andere middelen, in de vorm van controleerbare verwijskaarten of het limiteren van behandelingen of opnamen, kunnen via regels de gewenste substitutie als het ware afdwingen. Echter, ook in dit geval is de basisgedachte dat de eerste lijn in staat moeten zijn de 'extra' patiënten of cliënten met hun specifieke problematiek op te vangen.

In de ministeriële nota's uitgebracht na 1974, blijft substitutie van zorg een nastrevenswaardig doel. In de nota 'Volksgezondheid bij beperkte middelen' en de nota 'Eerstelijnszorg', beiden uitgebracht in 1983, komt dit het meest duidelijk tot uitdrukking. De voorgestelde verschuivingen, te weten (1) van intramurale naar poliklinische zorg, (2) van tweede naar eerste lijn, (3) van eerste lijn naar zelf- en mantelzorg, en (4) van curatieve zorg naar preventie zijn in deze nota's herleidbaar naar het hogere doel dat bestaat uit het bevorderen van de zelfstandigheid van de patiënt. Een doelstelling die aansluit bij de emancipatorische ontwikkelingen in de maatschappij. Daarnaast blijft substitutie passen in een beleid dat gericht is op het terugdringen van de kosten van de collectieve sector. Om de noodzakelijk geachte substitutie te bereiken worden in deze nota's twee wegen aangegeven, en wel door (1) een bewuste verschuiving van taken van tweede naar eerste lijn en (2) door adequate hulpverlening in de eerste lijn, waarbij multidisciplinaire samenwerking en deskundigheidsbevordering middelen zijn om

dit te bereiken. Deze laatste oplossing wordt ook wel aangeduid als het vergroten van het 'probleemoplossend vermogen' van de eerste lijn.

Een belangrijk uitgangspunt bij het Experiment Gezondheidszorg Almere is de wens te komen tot een verschuiving in het zorggebruik van de inwoners van Almere. Dit zou bereikt moeten worden door het planmatig tot stand brengen van een samenhangend en integraal stelsel van zorgvoorzieningen. Ofwel, substitutie van zorg via het reguleren van het aanbod van zorgvoorzieningen. Schema 2.2 geeft een overzicht van doelen, operationele doelen en middelen die betrekking hebben op substitutie van zorg.

Middelen en doelen zijn afgeleid uit de projectplannen en de nota's waarop deze projectplannen zijn gebaseerd. Het is niet zo dat er sprake is van een één op één relatie, waarbij elk middel verwijst naar één doel of voor het bereiken van een doel één middel wordt ingezet. Meerdere middelen kunnen worden ingezet om één doel te bereiken, terwijl omgekeerd met één middel meerdere doelen kunnen zijn gediend.

Schema 2.2 maakt bij de doelen een onderscheid naar de drie vormen van substitutie. Uit elk van de drie globale, en ongespecificeerde, doelen zijn vervolgens een aantal meer concrete doelen afgeleid, de operationele doelstellingen. Bij de in te zetten middelen, wordt een onderscheid gemaakt naar het aangrijppunt van het betreffende middel. Middelen die ingrijpen in de organisatorische- en voorwaardenscheppende sfeer worden (soms wat kunstmatig) gescheiden van middelen met een meer inhoudelijke achtergrond. Daarnaast geldt dat een onderscheid kan worden gemaakt naar (1) de middelen die betrekking hebben op het direct beperken van het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen, (2) middelen die gericht zijn op het versterken van de positie van de eerstelijnsvoorzieningen, en (3) middelen die betrekking hebben op de samenwerking tussen de disciplines en echelons. De keuze om in Almere exclusief te werken vanuit gezondheidscentra is niet alleen ingegeven door de wens kwalitatief goede zorg te bieden, maar nadrukkelijk ook vanuit de wens te komen tot verschuivingen in de zorg. Een sterke en breed werkende eerste lijn moet, in deze redenering, resulteren in bijvoorbeeld minder verwijzingen naar meer gespecialiseerdevoorzieningen.

Schema 2.2. Doelen, geoperationaliseerde doelen en in te zetten middelen voor het bereiken van substitutie in Almere

Doelen	Operationele doelen	In te zetten middelen
substitutie binnen intramurale zorg en van intramuraal naar poliklinische zorg	<ul style="list-style-type: none">- verschuiving van klinische naar poliklinische zorg- verschuiving van intramurale zorg naar dagopname- verschuiving van verpleeg- naar verzorgingstehuis- beperking van aantal doorverwijzingen van specialist naar specialist	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none">- versterken poliklinische functie ziekenhuis- versterken dagbehandelingsfunctie- loondienstverband voor alle werkers in de tweede lijn- beperking van de bedden-capaciteit <p>proces</p> <ul style="list-style-type: none">- afspraken over aangepast opname- en verwijsbeleid- protocollen en afspraken binnen de intramurale voorzieningen
substitutie van tweede naar eerstelijnszorg	<ul style="list-style-type: none">- beperking aantal opnamen in zieken- en verpleeghuis- meer verrichtingen in de gezondheidscentra- beperking van het aantal verrichtingen in de tweede lijn- verkorting opnameduur- EHBO in de gezondheidscentra in plaats van het ziekenhuis- versterking verpleeg- en verzorgingsfunctie	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none">- relatief klein ziekenhuis- ondersteuning eerste lijn met faciliteiten en know-how- verzorgen van bij- en nascholingscursussen- extra menskracht in de eerstelijnszorg- gecombineerd verpleeg-verzorgingshuis <p>proces</p> <ul style="list-style-type: none">- protocollen op het terrein van afzonderlijke aandoeeningen- afspraken over het ontslag van patiënten- verbreding takenpakket eerste lijn- overleg tussen eerste en tweede lijn over opname en verwijzingsbeleid
substitutie van professionele zorg naar preventieve zorg, zelfzorg en mantelzorg	<ul style="list-style-type: none">- versterking van de GVC-functie- versterking van de thuiszorgfunctie- ontmedicalisering van de Almeerse populatie- bevorderen preventie-programma's	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none">- stimuleren van voorlichtingscampagnes- beschikbaar stellen van epidemiologische informatie- stimuleren van netwerken voor ouderen- aanleunfaciliteiten bij verzorgingstehuis- ondersteuning van vrijwilligers-groepen

Het verband tussen het werken in gezondheidscentra en de hoogte van het verwijscijfer naar medisch specialisten is elders aangetoond (Wijk, 1986). Loondienst bij koepelorganisaties als optie voor alle zorgverleners biedt in principe goede mogelijkheden tot het voeren van een gemeenschappelijk beleid en een grotere betrokkenheid van individuele zorgverleners. Daarnaast kan loondienst, met name bij beroepsgroepen waar normaliter inkomen en aantallen verrichtingen direct aan elkaar zijn gekoppeld, worden aangewend om deze koppeling te doorbreken en zo te komen tot besparingen en substitutie. Als voorbeeld geldt hier de beroepsgroep van medisch specialisten.

Door de relaties, tussen de in het schema opgenomen operationele doelen en de in te zetten middelen, te problematiseren kunnen de onderzoeksvragen één tot en met vier voor wat betreft de doelstelling 'substitutie van zorg' in principe worden beantwoord.

2.3. Doelen en middelen gericht op kwaliteit van zorg

Eén van de belangrijkste subdoelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere is het bieden van zorg van optimale kwaliteit. Over wat onder optimale kwaliteit moet worden verstaan zijn de uitgebrachte projectplannen minder duidelijk. Bij de opsomming van evaluatiecriteria met betrekking tot de kwaliteit van de zorg wordt in het oorspronkelijke projectplan Almere een driedeling gehanteerd, te weten (1) kwaliteit in de ogen van de gebruikers van de voorzieningen, (2) kwaliteit gezien door de werkers, en (3) kwaliteit in de ogen van de bestuurders.

Kwaliteit in de ogen van de gebruikers wordt vooral opgevat als satisfactie met het functioneren van de zorgverleners, de voorzieningen, het functioneren van de hulp- en dienstverlening, de structuur van de plaatselijke gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening en de invloed op de diverse bestuurlijke niveaus. Bij kwaliteit zoals gezien door de werkers gaat het over zaken als toetsing en satisfactie met betrekking tot het eigen functioneren, taakafbakening, samenwerking en communicatie, continuïteit van zorg, samenhang tussen voorzieningen, ondersteuning, deskundigheidsbevordering en de mate waarin men invloed heeft op het beleid. Kwaliteit zoals gezien door bestuurders kan in deze visie worden afgemeten aan de mate waarin er sprake is van democratisering, aan globale parameters op

het terrein van morbiditeit, verzuim en mortaliteit, de aantallen klachten van gebruikers en werkers, de opinies, bevindingen en conclusies van onderzoekers, adviseurs en toezichhoudende instanties, verschuivingen in patiëntenstromen en een toetsing van de aangewende middelen (PGA, 1983, p. 26).

In de discussienota 'Begrippenkader kwaliteit van instellingen' (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1990) worden ten aanzien van de kwaliteit in de gezondheidszorg vier aandachtsgebieden genoemd. Op elk van deze vier terreinen kan vervolgens een onderscheid worden gemaakt naar algemene, relationele en technische kwaliteitsaspecten. Zo ontstaat een matrix met 4 x 3 cellen, waarbij in elke cel kan worden gevuld met specifieke kwaliteitsaspecten die op dat niveau van toepassing zijn. Het door de NRV gehanteerde schema is overgenomen en wordt hier gepresenteerd als figuur 2.1.

Het schema van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, aangevuld met aspecten als de toegankelijkheid van voorzieningen en de continuïteit van zorg die beiden kunnen worden ondergebracht bij de kwaliteit van de zorgverlening, biedt ons inziens een goede leidraad voor een samenhangende presentatie van de doelen en middelen gericht op de kwaliteit van de Almeerse gezondheidszorg. Binnen elk van de cellen van de matrix kan het brede begrip 'kwaliteit', op verschillende manieren worden ingevuld en aldus worden omgezet in operationele doelen.

De middelen, die via het Experiment Gezondheidszorg Almere worden aangewend om een kwalitatief goede zorg te bereiken, worden in de projectplannen vaak wel genoemd maar de koppeling naar de doelstelling is meestal afwezig. Overigens gaat het voor een deel om dezelfde middelen die geacht worden te zijn toegepast om te komen tot substitutie van zorg. Men kan daarbij denken aan protocollen, werkafspraken, de inzet van extra middelen in de vorm van menskracht en faciliteiten, het verlenen van zorg vanuit buurtgerichte gezondheidscentra, bij- en nascholingscursussen voor de zorgverleners. Voor een ander deel betreft het middelen die tot nu toe nog niet aan de orde zijn geweest. Te noemen zijn: patiëntenparticipatie op het bestuurlijk niveau, de oprichting van de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen (SIOP), het loondienstverband waarmee voor de werkgever een selectie criterium wordt geschapen om werknemers aan te trekken die voldoen aan bepaalde (kwaliteits)eisen en het stimuleren van samenwerking tussen de disciplines.

Figuur 2.1. Aspecten van kwaliteit (bron: Nationale Raad voor de Volksgezondheid)

	ALGEMENE KWALITEITS- ASPECTEN	RELATIONELE KWALITEITS- ASPECTEN	TECHNISCHE KWALITEITS- ASPECTEN
KWALITEIT VAN DE ORGANISATIE	- doeltreffendheid - doelmatigheid	- duidelijkheid - medezeggenschap - omgevings- gerichtheid	- samenhang - flexibiliteit - stabiliteit
KWALITEIT VAN DE MEDEWERKERS	- doeltreffendheid - doelmatigheid	- constructieve opstelling - verantwoordings- en informatie- bereidheid - zorgvuldige om- gang met patiënt	- deskundigheid - geschiktheid
KWALITEIT VAN DE MATERIËLE VOORZIENINGEN	- doeltreffendheid - doelmatigheid	- gebruikers- vriendelijkheid	- veiligheid
KWALITEIT VAN DE ZORGVERLENING	- doeltreffendheid - doelmatigheid - integrale zorg	- beschikbaarheid - patiënt- gerichtheid	- zorg op maat

Met betrekking tot de mogelijkheden tot selectie van zorgverleners op basis van kwaliteitseisen of de mate waarin de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere worden onderschreven, geldt natuurlijk ook dat hier bronnen liggen voor selectie door potentiële werknemers. Iemand die zich in het geheel niet kan vinden in het werken in loondienst vanuit gezondheidscentra, zal zich niet kandidaat stellen voor het werken in Almere.

Doelen, operationele doelen en middelen die betrekking hebben op de kwaliteit van het stelsel van de Almeerse gezondheidszorgvoorzieningen, staan vermeld in schema 2.3. Voor dit schema gelden dezelfde algemene opmerkingen als vermeld bij schema 2.2.

Schema 2.3. Doelen, operationele doelen en ingezette middelen voor het bereiken van de kwaliteitsdoelstelling

Doelen	Operationele doelen	In te zetten middelen
kwalitatief goede organisatie en/of organisatiestructuur	<ul style="list-style-type: none">- samenhangend netwerk van zorgvoorzieningen- een krachtige eerste lijnszorg- tweedelijnszorg in dienst en ter ondersteuning van de eerste lijn- onderlinge afstemming tussen de echelons- optimale betrokkenheid van bewoners	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none">- SAG als coördinatiepunt voor Almeerse zorginstanties- één financieel kader- epidemiologische dataverzameling via peilstations- centrale planning van voorzieningen- overkoepelende organisaties voor de verschillende sectoren- loondienst voor alle zorgverleners- wijkgerichte gezondheidscentra met afspraken tussen disciplines- bestuurlijke betrokkenheid van eerste lijn bij de tweede lijn- loondienst voor werkers in de tweede lijn- diagnostische faciliteiten door de tweede lijn aan de eerste lijn- organisatie van patiënten en patiëntengroepen op centraal niveau- bestuursdeelname van patiënten bij gezondheidscentra en andere voorzieningen <p>proces</p> <ul style="list-style-type: none">- consultatie en overleg tussen eerste en tweede lijn- protocollen en afspraken tussen disciplines en echelons- overleg en informatie tussen disciplines en echelons
kwaliteit goede medewerkers en zorgverleners	<ul style="list-style-type: none">- uniformiteit in zorgverlening en takenpakket- professionele kwaliteiten met betrekking tot taken en taakafbakening- zorgverlening met aantallen medewerkers overeenkomstig de schets ELGZ	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none">- gericht wervings- en aanstellingsbeleid- loondienst voor alle zorgverleners- instelling van intercollegiale toetsing- aanbieden van na- en bijscholingsfaciliteiten- praktijkverkleining
- vervolg -		

- vervolg schema 2.3. -

Doelen	Operationele doelen	In te zetten middelen
kwalitatief goede materiële voorzieningen	<ul style="list-style-type: none"> - goede bereikbaarheid van voorzieningen - goede toegankelijkheid van voorzieningen - goede klachtenprocedure per instelling of voorzieningen - goede privacybescherming voor cliënten en patiënten 	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none"> - geografische planning van voorzieningen - patiëntenparticipatie op het niveau van voorzieningen - goede inrichting van voorzieningen <p>proces</p> <ul style="list-style-type: none"> - goede regels en protocollen met betrekking tot inrichting en gebruik van voorzieningen
kwalitatief goede zorgverlening	<ul style="list-style-type: none"> - taakuitoefening overeenkomstig de professionele normen en waarden - multidisciplinaire samenwerking tussen disciplines - continuïteit van zorg - taakafbakening tussen disciplines en echelons - functionele samenhang tussen de disciplines - zorg afgestemd op de behoeften van de Almeerse bevolking 	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none"> - vestiging van zorgverleners binden aan regels - loondienst voor werkers in de Almeerse gezondheidszorg - gericht aanstellingsbeleid met betrekking tot zorgverleners - klachtenregeling voor patiënten - regelmatige behoeftepeilingen bij de Almeerse bevolking - patiëntenoverleg in gezondheidscentra en andere instellingen <p>proces</p> <ul style="list-style-type: none"> - afspraken/protocollen met betrekking tot consultatie - onderlinge toetsing - zorgverlening via protocollen en professionele standaarden - werken met (multidisciplinaire) behandelplannen

Schema 2.3 laat zien dat er niveau-verschillen aanwezig zijn tussen de verschillende (operationele) doelen en middelen. Voor de doelen en middelen op het niveau van de organisatie of de organisatorische samenhang geldt dat deze zich in het algemeen op een wat hoger niveau bewegen dan doelen en middelen die horen bij het niveau van zorgverleners, de materiële voorzieningen en het proces van zorgverlening zelf. Daarnaast kan een onderscheid worden gemaakt naar doelen en middelen die betrekking hebben op vooral de inhoudelijke kanten van de kwaliteit van zorg, en de doelen en middelen die meer op de structuur van voorzieningen en processen zijn gericht.

2.4. Doelen en middelen gericht op kostenbeheersing

De derde uit het Experiment Gezondheidszorg Almere af te leiden doelstelling die in dit eindrapport meer uitgebreid aan de orde zal komen is de wens te komen tot een stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen waarvan de kosten acceptabel zijn.

Acceptabele kosten, of in zijn algemeenheid de wens te komen tot kostenbeheersing op het terrein van de gezondheidszorg, is de gedachte die ten grondslag ligt aan welhaast alle nota's door de centrale overheid uitgebracht sinds de Structuurnota van 1974. In de zeventiger jaren en de eerste helft van de jaren 80 werd hierbij een belangrijke rol toebedacht aan de overheid (Ministerie van WVC, 1974; 1975; 1979; 1980; 1983a; 1983b). Vanaf de Nota 2000 (Ministerie van WVC, 1986) blijft kostenbeheersing één van de belangrijkste doelen, doch vind er een verschuiving plaats in de wijze waarop men denkt deze doelstelling te kunnen bereiken, waarbij de verschillende marktpartijen - aanbieders van zorg, financiers/verzekeraars, gebruikers - een meer prominente plaats gaan innemen. Het feit dat kosten en kostenbeheersing reeds geruime tijd een speerpunt van het (gezondheidszorg)beleid vormen, geeft aan dat de resultaten tot nu toe worden geboekt niet op alle terreinen even bemoedigend zijn. Als voorbeeld van een deelterrein waar het moeilijk is de kostenontwikkeling in de hand te houden gelden de kosten van geneesmiddelen. Kijken we daarentegen naar de kostenontwikkeling in de ziekenhuissector, dan zien we na het instellen van de budgettering voor ziekenhuizen in het begin van de jaren 1980 een stabilisering van de kosten optreden.

In de oorspronkelijke versie van het projectplan (PGA, 1983, p.5) en ook in de daaropvolgende aangepaste versies, wordt aangegeven dat het begrip 'acceptabele kosten' dient te worden opgevat als kosten die ten hoogste gelijk zijn aan en bij voorkeur liggen onder de kosten van 'traditionele' zorg. Daarbij dient rekening te worden gehouden met de groeistatus van Almere en de daaruit voortvloeiende extra aanloopkosten voor een aantal voorzieningen. Over de middelen die worden gehanteerd om de beoogde doelstelling te bereiken is het eerste projectplan minder duidelijk. Genoemd worden verschuivingen in patiëntenstromen, besparingen in duurdere sectoren van de zorg, een verhoging van de efficiency in het gebruik van onder meer diagnostische faciliteiten, een verhoging van het rendement van voor-

zienen door geïntegreerde ondersteuning, de werking van een andere financieringsstructuur en methodiek en via de terugkoppeling van gegevens zodat (vroegtijdig) inzicht kan worden verkregen in onnodig kostengenererende factoren.

Het hoofdlijnenplan 1985-1989 'Al doende beter' biedt voor wat betreft de aan te wenden middelen niet meer duidelijkheid. Onder de bestuurlijke randvoorwaarden worden een aantal operationele doelstellingen gegeven waarin integrale planning en één financieel kader een belangrijke plaats innemen, doch waarbij enkel wordt aangegeven dat "de verwachting is, dat door een versterkte opzet van de eerste lijn terwijl tegelijkertijd de capaciteit van de tweede lijn wordt beperkt de kosten van de (gezondheids)zorg in Almere geleidelijk aan zullen blijven binnen een financieel kader, dat is gebaseerd op naar leeftijd gecorrigeerde landelijke plan- en beleidsnormen en dat voor geheel Nederland zal gelden (PGA, 1985, p.42)". Deze verwachting wordt niet verder onderbouwd.

In meer algemene zin geldt dat het doel te komen tot kostenbeheersing (en eventueel kostenbeperking) het best bereikt kon worden via beperkingen bij de (te bouwen) tweedelijnsvoorzieningen. In deze opvatting resulteert het bewust 'krap' houden van het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen in substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg. Een verschuiving waar de eerste lijn dan natuurlijk wel op voorbereid moet zijn. Op papier is een dergelijk verschuiving eenvoudig te realiseren. In de praktijk zal blijken dat door het tegengesteld zijn van belangen, juist hier belangrijke strijdpunten ontstaan. Zowel de EVA als het Flevoziekenhuis zullen bijvoorbeeld streven naar een zo sterk mogelijke positie. Daarbij heeft de EVA baat bij een intramurale sector van beperkte omvang, terwijl het Flevoziekenhuis zal streven naar een (gegeven de speelruimte) maximalisatie van het aantal bedden. Zonder overleg en een goede afstemming van de plannen zal gemakkelijk een situatie ontstaan, waarin de doelstelling te komen tot kostenbeheersing niet langer haalbaar is.

Net als bij de doelstelling 'kwaliteit', zijn er een aantal meer concrete middelen uit het projectplan af te leiden, die bedoeld zijn om te komen tot kostenbeheersing. Van bestuurlijke aard zijn bijvoorbeeld het aan regels binden van het opname- en verwijsbeleid, bestuurlijke inbreng van de eerste lijn in het ziekenhuis en multidisciplinaire samenwerking. Meer inhoudelijk gericht zijn protocollen of vergelijkbare afspraken die erop gericht zijn taakopvattingen en verrichtingen van zorgverleners in

de eerste lijn te verbreden zodat minder gebruik hoeft te worden gemaakt van (duurdere) tweedelijnsvoorzieningen. In zijn algemeenheid geldt dat de middelen die worden ingezet om te komen tot substitutie van zorg, indirect ook het (hoger gelegen) doel van kostenbesparing dienen.

Schema 2.4. Doelen, operationele doelen en in te zetten middelen voor het in Almere bereiken van de doelstelling kostenbeheersing

Doelen	Operationele doelen	In te zetten middelen
kosten-beheersing	<ul style="list-style-type: none"> - beperkt houden van de aanloopkosten - beperkt houden van de overheadkosten - tegengaan van de uitstroom van patiënten en cliënten - afstemming van kostenbudgetten in één financieel kader - periodieke informatie 	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none"> - geplande ontwikkeling van de voorzieningen - samenwerking in disciplineverband - samenwerking tussen de disciplines en echelons - loondienst voor alle zorgverleners - beperking capaciteit intramurale sector <p>proces</p> <ul style="list-style-type: none"> - afspraken en protocollen met betrekking tot het verwijzen van patiënten
kosten-beperking	<ul style="list-style-type: none"> - substitutie van zorg binnen de echelons - substitutie van zorg tussen de echelons - beperking met betrekking tot kostengenererende verrichtingen 	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none"> - sturing via informatie en terugrapportage <p>proces</p> <ul style="list-style-type: none"> - aanbieden van bij- en nascholingsactiviteiten - instellen van bijeenkomsten gericht op onderlinge toetsing

Eén financieel kader, waarbij alle budgetten van de afzonderlijke instellingen als het ware naar één groot vat zouden worden overgeheveld, werd oorspronkelijk gezien als het meest geëigende instrument (en daarmee als belangrijkste operationele doelstelling) om te komen tot kostenbeheersing. Deze operationele doelstelling bleek al snel niet haalbaar, en is in schema 2.4 vervangen door het minder ambitieuze 'afstemmen van kostenbudgetten in één financieel kader'. Deze afstemming impliceert het (beheersmatig) zichtbaar maken van deze budgetten. Bij de in te zetten middelen wordt met adequate planning bedoeld dat de planning van voorzieningen niet plaatsvindt op basis van (te hoge) normen en richtlijnen, maar op basis van de 'werkelijke'

behoefte. Daarbij wordt als het ware al rekening gehouden met een krap geplande intramurale sector.

Vergelijking van de schema's 2.2 en 2.4 laat zien, dat de doelstellingen 'substitutie van zorg' en 'kostenbeheersing en kostenbeperking' nauw met elkaar samen hangen. De middelen die men voor het bereiken van deze doelen denkt in te zetten overlappen elkaar. In hiërarchische zin, kan substitutie van zorg ook worden opgevat als middel om te komen tot kostenbeperking. Waar het bij substitutie vooral gaat om verschuivingen in de omvang van het gebruik van voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg, moet in het kostenhoofdstuk aan deze verschuivingen een prijskaartje te worden gehangen.

2.5. Verwachte condities voor de realisatie van doelen en middelen

Aan de veronderstelling, dat de bij het experiment Almere geformuleerde doelen bereikbaar zijn door het inzetten van de in de paragrafen 2.2 - 2.4 aangegeven middelen, ligt een aantal condities ten grondslag. In deze paragraaf willen we deze condities verder uitwerken. Ofwel, geformuleerd in de termen van het model van Stake, is er een samenhang tussen de geplande middelen en de ingeschatte condities waaronder het beleidsexperiment Almere dient te worden gerealiseerd?

De condities, waaraan in het kader van het Experiment Gezondheidszorg Almere gedacht kan worden, hebben ons inziens betrekking op vier terreinen en betreffen de voorwaarden die gesteld kunnen worden aan de (1) de groei en bijzondere zorgbehoeften van de populatie van Almere, (2) de bestaande organisaties op het terrein van de gezondheidszorg waarmee het Experiment Gezondheidszorg Almere te maken krijgt, (3) de regelgeving waarmee het Experiment Gezondheidszorg Almere te maken krijgt, en (4) het beleid zoals dat door de centrale en lokale overheid gedurende het Experiment Gezondheidszorg Almere wordt gevoerd. Aan de condities op elk van deze vier terreinen zal in een subparagraaf aandacht worden besteed. De ons inziens belangrijkste conditie is echter de 'tabula rasa' situatie, die in Almere verondersteld wordt aanwezig te zijn.

2.5.1. Conditie met betrekking tot de Almeerse populatie

De belangrijkste conditie die betrekking heeft op de Almeerse bevolking, betreft de verwachte bevolkingsgroei van Almere. De groei van de bevolking moet het mogelijk maken dat de geplande middelen ook daadwerkelijk kunnen worden gerealiseerd, waarmee de doelen haalbaar worden. Een groei sneller dan gepland, zal onvermijdelijk resulteren in voorzieningen die te krap bemeten zijn en derhalve niet optimaal kunnen worden ingezet om de gewenste doelen te bereiken. Een bij de prognoses achterblijvende groei resulteert in overcapaciteit en in middelen die wel aanwezig zijn maar waarvoor geen markt is. Aard en omvang van de groei van de gemeente gecontroleerd moet plaatsvinden, waarbij het mogelijk moet zijn om zowel qua structuur als zorginhoudelijk een beleid te voeren dat gericht is op het realiseren van de in te zetten middelen en het bereiken van de (operationele) doelstellingen.

Naast de bevolkingsgroei zijn ook de samenstelling van de bevolking naar sociaal-demografische kenmerken en de geschiedenis van de personen die zich in Almere vestigen op te vatten als condities voor het bereiken van de doelen. Daarbij gaat het niet zozeer om de vraag bij welke bevolkingssamenstelling er al dan niet een relatie verwacht mag worden tussen middelen en doelen, maar vooral in hoeverre men bij de interpretatie van de uitkomsten van het Experiment Gezondheidszorg Almere met deze aspecten rekening moet houden.

Behalve dat rekening moet worden gehouden met de bijzondere opbouw van de Almeerse populatie naar sociaal-demografische kenmerken, geldt evenzeer dat elke persoon die zich in Almere vestigt een geschiedenis met zich meedraagt. Een geschiedenis waarin zich normen en waarden hebben gevormd betreffende het eigen gezondheidsgedrag en het gebruik van medische voorzieningen, maar ook een geschiedenis qua morbiditeit. Bij de interpretatie de uitkomsten van de het Experiment Gezondheidszorg Almere moet zo mogelijk rekening worden gehouden met deze bijzonderheden in morbiditeit en gezondheidsgedrag.

2.5.2. Conditie met betrekking tot de organisaties op het terrein van de gezondheidszorg

Een andere conditie die geldt met betrekking tot de inzetbaarheid van middelen en het bereiken van doelen, betreft de positie van instellin-

gen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg. De veronderstelling is dat er bij de instellingen, die vooralsnog buiten Almere zijn gevestigd maar in Almere vorm moeten geven aan het stelsel van zorgvoorzieningen, voldoende wil aanwezig is en mogelijkheden aanwezig zijn om zich te schikken in het 'Almeerse model'. Dit betreft niet alleen bestaande (koepel)organisaties in de gezondheidszorg en afzonderlijke voorzieningen als een ziekenhuis, maar ook om bijvoorbeeld de bereidheid van inwoners om mee te denken en te beslissen over de wijze waarop aan het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen vorm wordt gegeven. De conditie is dat er, wat deze aspecten betreft, geen belemmeringen zijn of gedurende het experiment Almere worden opgeworpen.

2.5.3. Conditie met betrekking tot de regelgeving

Een belangrijke voorwaarde voor de mate waarin geplande middelen kunnen worden gerealiseerd en doelen worden bereikt is dat de formele regelgeving realisatie van het geplande programma moet toestaan. Voor het experiment Almere betekent dit dat de regelgeving op nationaal niveau, zowel als op provinciaal- als gemeentelijk niveau het mogelijk moeten maken dat de geplande middelen ook daadwerkelijk gerealiseerd worden en uiteindelijk inzetbaar zijn. Eén en ander kan geschieden door creatief gebruik te maken van de bestaande regelgeving. Het kan ook betekenen dat (tijdelijke) aanpassingen in de regelgevingen noodzakelijk zijn om het experiment doorgang te laten vinden.

2.5.4. Conditie met betrekking tot continuïteit in beleid

Bij het beleid inzake de regelgeving zoals dit door overheid op het terrein van de gezondheidszorg wordt gevoerd geldt de conditie dat er, gedurende de looptijd van het experiment Almere, sprake zou moeten zijn van continuïteit in de beleidslijn en beleidsuitgangspunten. Veranderen gedurende de looptijd van het Experiment Gezondheidszorg Almere de uitgangspunten van dit beleid, dat kan dit consequenties hebben voor de mogelijkheden om middelen en doelen te realiseren.

2.6. Samenvatting en conclusies met betrekking tot de theoretische uitgangspunten

Het Experiment Gezondheidszorg Almere kan worden opgevat als een beleidsprogramma. Via gerichte activiteiten, wordt er gestreefd naar de realisatie van een aantal doelstellingen die betrekking hebben op het functioneren van het Almeerse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen. Centrale doelen daarbij zijn substitutie van zorg, kwalitatief goede zorg en kostenbeheersing. Vastgesteld dient te worden of, en in welke mate, het Experiment Gezondheidszorg Almere uiteindelijk heeft opgeleverd wat de ontwerpers van het stelsel van voorzieningen voor ogen stond.

Het kader van waaruit deze vraag zal worden beantwoord wordt gevormd door het 'model van Stake'. Dit model biedt een denkraam waarin een gepland beleidsprogramma het uiteindelijk gerealiseerde beleidsprogramma op systematische wijze met elkaar worden vergeleken. Zowel het geplande als het gerealiseerde programma wordt daarbij uiteengelegd in doelen, middelen en condities. Vergelijking van de doelen, middelen en condities die uiteindelijk worden gerealiseerd met hetgeen oorspronkelijk was gepland, vormt de basis voor een eindoordeel waarin zowel beschrijvende als meer toetsende aspecten een plaats kunnen krijgen.

Toepassing van het model van Stake op de uitgangspunten van het Experiment Gezondheidszorg Almere resulteert in vier onderzoeksvragen. Deze onderzoeksvragen hebben respectievelijk betrekking op (1) de theoretische houdbaarheid van de relaties tussen doelen, middelen en condities, (2) de mate waarin middelen en condities feitelijk zijn gerealiseerd, (3) de mate waarin de operationele doelen zijn gehaald, en (4) de mate waarin de conclusies kunnen worden toegeschreven aan 'het Almeerse model'.

Om te komen tot toetsbare uitspraken zijn doelen, middelen en condities van het Experiment Gezondheidszorg Almere nader gespecificeerd, waarbij de beschikbare projectplannen en het gezond verstand de voornaamste sturende mechanismen zijn geweest bij de te maken keuzes. Operationele doelen, middelen en condities richten zich daarbij op drie centrale thema's, te weten (1) substitutie van zorg, (2) kwaliteit van zorg, en (3) kostenbeheersing. Bij de uitwerking van deze centrale thema's en de specificatie van de ingeschatte condities, blijkt dat de samenhang, die geacht wordt aanwezig te zijn tussen

doelen, middelen en condities, vooral ligt in de kracht van de redenering en het logisch met elkaar verbonden zijn van beide elementen. Empirische onderzoeksgegevens zijn schaars. Dit maakt het moeilijk een eenduidig antwoord te geven op de eerste onderzoeksvraag. Vooralsnog nemen we aan dat de veronderstelde samenhang, tussen de geplande doelen en de geplande middelen en tussen de ingeschatte condities en de geplande middelen, aanwezig is.

3. PROCESBESCHRIJVING VAN HET EXPERIMENT GEZONDHEIDSZORG ALMERE

Hoofdstuk 2 is afgesloten met de (voorzichtige) conclusie dat er in theoretisch opzicht er een samenhang aanwezig is tussen middelen, condities en doelen van het Experiment Gezondheidszorg Almere. Daarmee is de eerste onderzoeksvraag beantwoord.

De tweede onderzoeksvraag betreft de mate van overeenstemming is tussen de geplande en gerealiseerde middelen en tussen de ingeschatte condities en de condities zoals deze in de praktijk zijn opgetreden. In hoeverre zijn de 'papieren' middelen en condities, die in de voorwaardenscheppende sfeer de basis vormen voor het bereiken van de beoogde doelen op het terrein van substitutie van zorg, de kwaliteit van zorg en kostenbeheersing, in de praktijk gerealiseerd? Voordat in hoofdstuk 4 het antwoord op deze vraag zal worden geformuleerd, zal in dit derde hoofdstuk aan de hand van een procesbeschrijving wat dieper worden ingegaan op de ontwikkelingen rond het Experiment Gezondheidszorg Almere in de loop der tijd. Immers, niet alleen het feit of middelen en condities al dan niet gerealiseerd zijn is belangrijk. Ook de wijze waarop dit is geschied en de processen die zich daarbij hebben afgespeeld kunnen belangrijk zijn bij de interpretatie van de uiteindelijke resultaten. Dit geldt des te meer als we in aanmerking nemen dat, zoals in het inleidende hoofdstuk is vastgesteld, een goede procesbeschrijving tot nu toe ontbreekt.

Voor de procesbeschrijving die de kern vormt van dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van bestaande literatuur, van gegevens gepubliceerd in een aantal deelonderzoeken rond het experiment Almere en zijn documenten en ambtelijke stukken bestudeerd afkomstig van de verschillende instanties betrokken bij het Experiment gezondheidszorg Almere. Ter aanvulling van deze schriftelijke bronnen zijn enkele (open) interviews gehouden met sleutelfiguren rond het Experiment Almere.

Bij de procesbeschrijving wordt de indeling in fasen aangehouden die in het inleidende hoofdstuk is aangekondigd. Daarnaast zal zoveel mogelijk worden gekeken naar de rol die de verschillende partijen rond het Experiment Gezondheidszorg Almere hebben gespeeld. Het kader voor de procesbeschrijving is uitgewerkt in paragraaf 3.1. In de daaropvolgende paragrafen wordt in chronologische volgorde aan-

dacht geschonken aan de realisatie van de beoogde middelen die uiteindelijk moeten resulteren in substitutie van zorg, kwalitatief goede zorg en kostenbeheersing.

3.1. Het kader voor de procesbeschrijving

Doelen, middelen en ingeschatte condities van gezondheidszorg-beleid zijn niet voor iedereen en op elk moment gelijk. In hun beleid op het terrein van de gezondheidszorg, zullen bijvoorbeeld patiëntenverenigingen andere criteria hanteren dan instanties die verantwoordelijk zijn voor de financiering van voorzieningen. Evenzeer geldt dat ideeën over in te zetten middelen, ingeschatte condities en de te realiseren doelen over de tijd genomen kunnen veranderen. Dit betekent dat in de procesbeschrijving zowel gelet moet worden op de tijdsdimensie als de positie van waaruit de verschillende actoren opereren. Voor wat betreft de tijdsdimensie is gekozen voor de indeling in vijf fasen. Dit zijn: (1) de pré-experimentele fase (.... - 1976), (2) de fase van voorbereiding (1976 - 1983), (3) de fase van uitvoering I (1983 - 1989), (4) de fase van uitvoering II (1989 - 1992), en (5) de post-experimentele fase (1992 -). Bij de actoren geldt dat expliciet aandacht wordt besteed aan de positie van (1) de overheid, (2) de financiers, (3) de zorgverleners, en (4) de gebruikers van zorgvoorzieningen. De paragraafindeling is afgestemd op de vijf fasen in de tijd.

3.2. De pré-experimentele fase

De plannen voor de nieuwe gemeente Almere en de wens om te komen tot een experimentele opzet voor het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen in de nieuwe IJsselmeerpolder hebben een geschiedenis van ruim 50 jaar. In dezelfde periode dat de discussie over een (gedeeltelijke) drooglegging van de Zuiderzee concrete vormen aanneemt, krijgt de toenmalige Gezondheidsraad een rapport aangeboden met voorstellen om ook de organisatie van de gezondheidszorg op 'het nieuwe land' anders aan te pakken (Tuntler en Wassink, 1943). Op het moment dat de explosieve groei van de ziekenhuissector en het aantal medisch specialisten nog moet beginnen, staat in

dit rapport het werk van de huisarts centraal en werd aan samenwerking met andere disciplines een belangrijke functie toebedacht. Een meer uitgewerkte visie op de structuur en inrichting van de gezondheidszorg in de nieuwe polders wordt door dezelfde auteurs tien jaar later gepresenteerd ter gelegenheid van een congres over de culturele aspecten van de inpoldering van de Zuiderzee (Tuntler en Wassink, 1953). Gebleven zijn de centrale positie van de huisarts, de nadruk op de bruikbaarheid van epidemiologische gegevens voor het voeren van gezondheids(zorg)beleid en het nut van samenwerking van de verschillende disciplines. Nieuw in deze schets zijn aanzetten om te komen tot kleinere praktijken van waaruit kwalitatief goede zorg kan worden geboden en een loondienstverband voor alle huisartsen.

Bijna tien jaar later vormen de oorspronkelijke plannen van Tuntler en Wassink de basis van een rapport uitgebracht door de Commissie Gezondheidszorg Zuiderzeepolders (1962). Het rapport bepleit de organisatie en financiering van een experimentele opzet van de gezondheidszorg in Oostelijk Flevoland, exclusief Lelystad. Voor Lelystad zelf werd een aanpak gekozen waarbij het beleid vooral werd bepaald door de landdrost en het Openbaar Lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders, vanaf 1967 bijgestaan door een Commissie Gezondheidszorg Lelystad. Uitgaande van de Volksgezondheidsnota 1966 (Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 1966) was in Lelystad het streven gericht op de volgende kernpunten: het verlenen van zorg op een niveau zo dicht mogelijk bij inwoners, echelonnering, samenwerking van eerstelijnsdisciplines in wijkgerichte gezondheidscentra en substitutie van zorg binnen het ziekenhuis en van ziekenhuis naar de eerste lijn. Dit laatste zou consequenties moeten hebben in de vorm van een relatief klein ziekenhuis en een aangepaste verdeling van ruimten, gegeven deze beperkte omvang.

In zijn proefschrift, waarin hij probeert een verklaring te vinden voor het feit dat het onmogelijk bleek om in Lelystad en Oostelijk Flevoland een 'nieuw gezondheidszorg' te realiseren, concludeert Landheer (1978) dat voor het mislukken van het experiment Lelystad een aantal redenen is aan te geven. Genoemd worden het ontbreken van een concreet en compleet plan, het ontbreken van voldoende financiële middelen om de extra kosten op te vangen, incidentele gebeurtenissen zoals het wegvallen van sleutelfiguren en het ontbreken van een landelijk kader waarin veranderingen op lokaal of regionaal niveau plaats kunnen vinden. Daarbij komt, dat een meer inhoudelijke filosofie

achter het samenwerken van disciplines in gezondheidscentra in Lelystad niet expliciet aanwezig is. Ten slotte geldt, dat de plannen voor Zuidoost Flevoland, en Lelystad in het bijzonder, te weinig rekening hielden met het meer algemene denken over de inrichting en het functioneren van het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen en veranderingen die hierin in de loop der tijd optreden. Bij vergelijking van de resultaten voor Lelystad en Oostelijk Flevoland met ontwikkelingen in 'nieuwe steden' in Engeland, en in het bijzonder met Milton Keynes waar de condities voor het bereiken van vergelijkbare doelen aanmerkelijk gunstiger waren, komen de Nederlandse experimenten dan ook ongunstig uit de bus. Samenvattend, zou men kunnen stellen dat de meer geformaliseerde plannen voor de inrichting en financiering van de gezondheidszorg, verwoord in de in 1974 uitgebrachte Structuurnota Gezondheidszorg, voor Zuidoost Flevoland en Lelystad te laat kwamen.

Dat geldt echter niet voor Almere. De plannen die de inrichting van de het Almeerse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen zijn voor een belangrijk deel terug te vinden in de genoemde Structuurnota en de in de volgende jaren uit te brengen ambtelijke adviezen. Met de genoemde Structuurnota wordt als het ware een eerste aanzet gegeven om te komen tot een systematische en adequate ordening van het gezondheidszorgbestel, en daarmee tot een (nieuwe) evenwicht tussen ziekenhuiszorg en de direct toegankelijke eerstelijnszorg. Decentralisatie en regionalisering zijn in dit verband kernbegrippen, terwijl bij de echelonnering de nadruk komt te liggen op versterking van de eerstelijnszorg (Groenewegen en Sluijs, 1988). Om deze doelen te realiseren wordt wetgeving op drie terreinen aangekondigd. Dit zijn (1) wetgeving op het terrein van de planning en regulering van gezondheidszorgvoorzieningen, waarin opgenomen de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, (2) een wet voor de tarieven op het terrein van de gezondheidszorg, en (3) een wet voor de verzekering tegen ziektekosten. Kernstuk van een planmatig gestuurd stelsel van zorgvoorzieningen was de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG), waarvan in feite alleen het vestigingsbesluit voor huisartsen is gerealiseerd, en inmiddels ook al weer is opgeheven (Groenewegen, 1992). De ideeën verwoord in de Structuurnota Gezondheidszorg liggen aan de basis van de gedachten over de inrichting van de gezondheidszorg voor de geplande nieuwe gemeente Almere. Almere vormde als het ware de regio of, in WHO-termen: het district, waar op experimen-

tele basis 'een nieuw stelsel van zorgvoorzieningen' gestalte zou kunnen krijgen.

3.3. De fase van voorbereiding (1976 - 1983)

De fase van voorbereiding van het Experiment Gezondheidszorg Almere is enerzijds een periode waarin de centrale overheid het nieuw ingezette beleid op het terrein van de gezondheidszorg op papier verder uitwerkt. Anderzijds wordt in Almere, op initiatief van inwoners, hulpverleners en de lokale overheid een begin gemaakt met de plannen om in de nieuwe gemeente ook een voor Nederland nieuwe gezondheidszorg te realiseren. Omdat de ontwikkelingen in deze fase in sterke mate bepalend zijn geweest voor de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere, worden beide aspecten nader uitgewerkt.

3.3.1. Het gezondheidszorgbeleid van de centrale overheid

In de periode tussen 1976 en 1983 zien een aantal beleidsvoor-nemens, nota's en wetten het licht, die voortbouwen op de in 1974 verschenen Structuurnota. Bedoeld om het Nederlandse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen qua structuur en financiering een ander gezicht te geven, zijn zij op te vatten als pogingen van de centrale overheid om (meer) greep te krijgen op ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

De in 1976 uitgebrachte Nota Kostenbeheersing beoogt een aanzet te geven voor de beheersing van het volume en de spreiding van menskracht en voorzieningen. Middelen om dit te bereiken zijn een vestigingsbeleid voor zelfstandige beroepsbeoefenaren en het streven te komen tot meer samenhang en betere aansluiting tussen intra- en extramurale zorg. Samen met de Nota Kostenontwikkeling van 1979, waarin voorstellen staan bedoeld om meer eenheid te brengen op het terrein van planning en financiering en te komen tot een verschuiving van zorg binnen het tweede echelon van klinische naar poliklinische zorg, is deze Nota Kostenbeheersing 1976 op te vatten als de voor-loper van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg.

Meer inhoudelijk van aard zijn de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg uitgebracht in 1980 en de in 1983 uitgebrachte nota's

Volksgezondheid bij Beperkte Middelen en Eerstelijnszorg. Via de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg wordt een beleid aangekondigd dat gericht is op het bevorderen van samenhang en samenwerking tussen de disciplines in de eerste lijn en tussen de echelons, op versterking van de eerste lijn bijvoorbeeld met diagnostische apparatuur en op meer duidelijkheid voor wat betreft de financiering van de eerstelijnszorg. De nota 'Volksgezondheid bij beperkte middelen' richt zich op een wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en bevat daarnaast elementen gericht op de substitutie van zorg (verschuiving in diagnostische verrichtingen) en de kwaliteit van zorg (stimulering samenwerkingsverbanden, bevorderen intercollegiale toetsing). Het geheel aan beleidsmaatregelen, gericht op een betere planning en organisatie van gezondheidszorgvoorzieningen in met name structurele zin en waarbij grotere bevoegdheden zouden worden toegekend aan de bestuurlijke lagen op het niveau van provincies en gemeenten, krijgt in 1982 in principe een wettelijke basis met de indiening van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG).

Midden 1976 vestigen zich de eerste reguliere bewoners in wat moet uitgroeien tot een van de stadsdelen van de nieuwe gemeente Almere. Gelijktijdig met de vestiging van de eerste bewoners in Almere, vestigden zich de eerste hulpverleners in het door de Kruisvereniging Flevoland beheerde gezondheidscentrum 'De Haak' in Almere-Haven. Hoewel het gezien de ervaringen in Lelystad, mogelijk en achteraf gezien wellicht ook wenselijk zou zijn geweest, zijn er in 1976 geen blauwdrukken beschikbaar voor de inrichting van de zorg. Desalniettemin worden in de pré-experimentele fase reeds de contouren zichtbaar van wat in 1983 officieel zal worden erkend als het Experiment Gezondheidszorg Almere.

Tot 1981 blijft de bemoeienis van de centrale overheid beperkt tot het op afstand en met belangstelling volgen van de ontwikkelingen in Almere. Dit verandert in de loop van 1981. In dat jaar wordt formeel het overleg geopend tussen vertegenwoordigers van dit Ministerie en het Openbaar Lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders (o.l. ZIJP). Dit openbaar lichaam is op te vatten als de voorloper van de Almeerse gemeenteraad. Als rechtstreeks resultaat van het ambtelijk en bestuurlijk overleg in 1981 en 1982, tussen vertegenwoordigers van het openbaar lichaam en het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur over de opbouw van het stelsel van zorgvoorzieningen in Almere, wordt besloten in 1983 formeel te starten met het Project

Gezondheidszorg Almere. Als voorbereiding op deze officiële start, wordt een projectorganisatie ontworpen, bestaande uit een Stuurgroep, subgroepen en een projectteam. In deze organisatie zijn vertegenwoordigd: het ministerie van WVC, het ministerie van Binnenlandse Zaken, het o.l. ZIJP (na 1-1-1984: de gemeente Almere), de financiers van gezondheidszorginstellingen, gezondheidszorginstellingen, bewoners en een aantal geïnteresseerde deskundigen. Stuur- en subgroepen van het Project Gezondheidszorg Almere zijn verantwoordelijk voor: (1) het uitwerken van de hoofdlijnen van een projectplan, (2) het adviseren terzake van de inhoudelijke planning van de gehele gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, en (3) het adviseren over de maatschappelijke randvoorwaarden van het project. Bij dit laatste is het vooral van belang dat er bij de bevolking van Almere een zo breed mogelijk draagvlak is voor de ideeën over de inrichting van de gezondheidszorg. In feite is de stuurgroep een adviescommissie voor zowel het (toekomstige) gemeentebestuur van Almere als voor de Staatssecretaris van WVC, onder wiens verantwoordelijkheid de experimentele opzet van het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen tot stand moet komen. Het door het Ministerie van WVC gefinancierde projectteam wordt belast met de uitvoering van de besluiten van de Stuurgroep, de dagelijkse coördinatie rondom het project Almere en de voortgangsbewaking van het project.

Een, in opdracht van het o.l. ZIJP uitgebracht, advies over de organisatorische vormgeving van de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere en een doelstellingennota van het openbaar lichaam betreffende de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening vormen de basis voor het in 1982 opgestelde (concept) projectplan voor het Project Gezondheidszorg Almere (PGA). Op 23 februari 1983 wordt de Stuurgroep van het PGA geïnstalleerd door de toenmalige staatssecretaris van WVC, Drs. J.P. van der Reijden. Deze gebeurtenis markeert het feitelijke begin van het experiment Almere.

3.3.2. Het lokale beleid in Almere

Het zijn de bewoners, hulpverleners en het lokale bestuur die in de periode tussen 1976 en 1983 in Almere het initiatief nemen om te komen tot een planmatige aanpak van de gezondheidszorg in deze gemeente op 'het nieuwe land'. In 1977 wordt in een samenwerkingsverband van inwoners, hulpverleners en ambtenaren van de gemeen-

te Lelystad een overleggroep geformeerd die de eerste schetsen opstelt voor de opzet van een Almeers stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen op experimentele basis. Deze ideeën zouden in 1980 worden overgenomen door de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (SMGA). Op 1 maart 1978 vindt, op initiatief van de toenmalige landdrost van het o.l. ZIJP, een ontmoetingsdag plaats voor vertegenwoordigers van rijksoverheid, lokale overheid, bewoners en landelijke instellingen en organisaties werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg. Tijdens deze dag wordt gediscussieerd over de (toekomstige) gezondheidszorg in Flevoland in het algemeen en in Almere in het bijzonder, waarbij de wens wordt geuit Almere daadwerkelijk tot een proefgebied te maken voor nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De op dat moment nog bijna 'tabula rasa' situatie bood, zo was men algemeen van mening, mogelijkheden om op lokaal niveau in een geografisch afgeschermd gebied te komen tot een nieuwe structuur van zorgvoorzieningen. Een stelsel van zorgvoorzieningen zoals bedoeld in de Structuurnota van 1974 en later uitgewerkt in de in de inleiding van deze subparagraaf aangehaalde ministeriële beleidsvoornemens. Daarmee zou Almere voor de centrale overheid een proeftuin worden voor de ontwikkelingen die men op papier had gezet. Voor de lokale overheid was een dergelijke proeftuin daarnaast een middel waarmee men de gewenste voorzieningen wellicht sneller dan via de normale planprocedures mogelijk zou zijn denkt te kunnen realiseren. Voor bewoners en hulpverleners waren de plannen een middel om de ideologische doelstellingen met betrekking tot de gezondheidszorg te realiseren. Voor de financiers tenslotte gold het Experiment Gezondheidszorg Almere vooral als een poging om meer greep te krijgen op kostenontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Vanaf 1978 worden de initiatieven om te komen tot een planmatige opbouw van de zorgvoorzieningen in Almere ondersteund vanuit het secretariaat van de Centrale Raad van de Volksgezondheid. Op initiatief van de lokale overheid wordt in 1980 de Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere (SMGA) opgericht. In maart 1981 geeft de adviesraad van het openbaar lichaam ZIJP aan het S1-project (een samenwerkingsverband van het toenmalige Nederlands Huisartsen Instituut, de Nationale Kruisvereniging en de Landelijke Organisatie van Maatschappelijke Dienstverlening Joint) opdracht onderzoek te doen naar de organisatorische vormgeving van de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere. Exact één jaar later kon de

adviesraad zich in meerderheid met het door het S-1 project opgestelde hoofdlijnenplan verenigen, waarna deze S1 adviezen de kern gaan vormen van de in 1982 onder verantwoordelijkheid van het Openbaar Lichaam uit te brengen Doelstellingennota Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

De hoofdlijnen van dit S1 advies zijn duidelijk terug te vinden in het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen zoals dit daadwerkelijk in de jaren 80 concreet gestalte heeft gekregen. Deze hoofdlijnen zijn: (1) een structuur voor de eerstelijnsgezondheidszorg, waarin de verschillende disciplines en hun ondersteuners eenzelfde dienstverband hebben; (2) de eerstelijnsgezondheidszorg wordt uitgevoerd in buurtgerichte en wijkgebonden gezondheidscentra; (3) het zwaartepunt in de organisatiestructuur van de eerstelijnsgezondheidszorg ligt op wijkniveau; (4) de wijkorganisatie heeft de vorm van een vereniging voor de eerstelijnsgezondheidszorg, waarvan de gebruikers de leden zijn; en (5) op stedelijk niveau is een federatie van verenigingen voor de eerstelijnszorg, die complementaire taken vervult ten aanzien van ondersteuning, beleidsontwikkeling en belangenbehartiging.

Daarbij is een actieve rol toebedacht aan de lokale overheid. Zij (1) is medebepalend bij het vaststellen van de structuur en organisatie van de eerstelijnszorg, (2) stelt met betrekking tot de te stichten voorzieningen het aantal, de situering, de aard en de omvang van deze voorzieningen vast, (3) is betrokken bij het vaststellen van exploitatiebegrotingen, jaarprogramma's, jaarrekeningen en jaarverslagen, (4) scheidt voorwaarden voor en controleert het algemeen beleid met betrekking tot de eerstelijnszorg, en (5) realiseert een samenhangende planning van de algehele gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. De middelen die worden aangewend om deze beleidsdoelen te realiseren betreffen het beschikbaar stellen van gezondheidscentra, een bestuurlijke inbreng in de stichting die de gezondheidscentra exploiteert en financiering van exploitatietekorten van gezondheidscentra gedurende een aanloopfase van twee jaar. Reeds voor de feitelijke start van het Project Gezondheidszorg Almere is het beleid van de gemeentelijke overheid - in samenspraak met een breed samengestelde adviesgroep, waarin ook vertegenwoordigers van de landelijke overheid een belangrijke stem hebben - richtinggevend voor de toekomstige structuur van het stelsel van zorgvoorzieningen in Almere. Zowel waar het gaat om de inrichting van de direct toegankelijke eerstelijnszorg, als met betrekking tot de inrichting

van de intramurale zorg. Bij dit laatste gaat het met name om een in 1982 gesloten samenwerkingsovereenkomst tussen het lokale bestuur en het bestuur van het Amsterdamse Burgerziekenhuis, die betrekking heeft op de ontwikkeling van ziekenhuisvoorzieningen in Almere. De samenwerking krijgt de vorm van een college van bestuurlijk overleg, bestaande uit de leiding van het ziekenhuis en het dagelijks bestuur van het o.l. ZIJP, ter voorbereiding en het beheer van een polikliniek in Almere en (op termijn) de realisatie van een ziekenhuis en een gecombineerd verpleeg/verzorgingstehuis met 150 plaatsen.

3.4. De fase van opbouw I (1983 - 1989)

De fase die ligt tussen het formele begin van het Project Gezondheidszorg Almere in 1983 en het moment van opheffing van de projectstructuur in 1989, staat de opbouw van de structuur van gezondheidszorgvoorzieningen in Almere centraal. Op bestuurlijk niveau markeert deze periode het begin van een verandering in het beleid van de centrale overheid, waarbij centrale planning als basisprincipe wordt verlaten en een meer actieve rol voor toegekend aan de verschillende partijen in de marktsector. Daaraan gekoppeld, zien we dat in Almere partijen zich meer nadrukkelijk profileren en voor hun belangen opkomen. Voordat een meer gedetailleerd overzicht wordt gegeven van de ontwikkelingen in wat door ons tot fase van opbouw is bestempeld, schetsen we de stand van zaken in Almere in 1983.

3.4.1. De Almeerse voorzieningen in 1983

Bij het begin van het Experiment Gezondheidszorg Almere - Almere heeft op dat moment circa 23.000 inwoners - wijkt het bestuurlijke kader, waarbinnen de ontwikkelingen van de gezondheidszorg plaats moeten gaan vinden, nauwelijks af van de situatie elders in Nederland. Uitzonderlijk is het niet provinciaal ingedeeld zijn van Almere. In formele zin heeft het openbaar lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders, welke instantie tot 1-1-1984 optreedt als lokaal bestuur, nagenoeg geen wettelijke bevoegdheden op het terrein van de planning van voorzieningen.

Voor wat betreft de basisgezondheidszorg is er in Almere bij het begin van het experiment sprake van een situatie waarbij deze zorg wordt

verleend door de Districts Gezondheids Dienst (DGD) Flevoland, op basis van een gemeenschappelijke regeling tussen de gemeenten Lelystad, Dronten en het openbaar lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders. De DGD-Flevoland is gevestigd in Lelystad.

Ondanks het ontbreken van de wettelijke kaders heeft het beleid dat met betrekking tot de eerstelijnszorg door de lokale overheid in overleg met de SMGA en ziekenfonds Gooi en Omstreken is gevoerd, geresulteerd in een situatie waarbij in begin 1983 de eerstelijnszorg in hoofdzaak is geconcentreerd in gezondheidscentra. In 1983 werkt de eerste lijn vanuit vijf gezondheidscentra, waarvan vier centra worden geëxploiteerd door de SMGA en één centrum (het in Almere-Haven gelegen gezondheidscentrum 'De Haak') door de Kruisvereniging Flevoland. De huisartsen in het gezondheidscentrum 'De Haak' zijn op dat moment nog niet in loondienst. Een zesde gezondheidscentrum - het centrum 'Waterwijk' - wordt in de loop van 1983 in gebruik genomen. In de gezondheidscentra wordt samengewerkt door huisartsen, kruiswerk, algemeen maatschappelijk werk, fysiotherapie, tandartsen en verloskundigen. Huisartsen en ondersteunende zorgverleners zijn, met uitzondering van één vrijgevestigde huisarts in Almere-Haven, in dienst van de SMGA. De maatschappelijk dienstverlening wordt uitgevoerd door de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening (MADI) Flevoland. Het kruiswerk wordt in Almere uitgevoerd door de medewerkers in dienst van de Kruisvereniging Flevoland. De verloskundige zorg wordt in Almere-Stad verleend door verloskundigen in dienst van de SMGA, terwijl in Almere-Haven een verloskundige groepspraktijk is gevestigd met vrije beroepsbeoefenaren. Dezelfde situatie van vrij gevestigde beroepsbeoefenaren en zorgverleners in loondienst bij de SMGA treffen we aan bij de fysiotherapeuten (een zelfstandige groepspraktijk in het centrum 'De Haak'), bij de tandheelkundige zorg (een zelfstandige groepspraktijk in het centrum 'De Haak') en de geneesmiddelenvoorziening. De apotheek in Almere-Haven functioneert zelfstandig, terwijl de in Almere-Stad gevestigde apothekers in loondienst bij het SMGA zijn. Diëtik en logopedie maken deel uit van het pakket diensten dat wordt aangeboden door de Kruisvereniging Flevoland. In Almere-Haven bevinden zich tenslotte nog een groepspraktijk met vrijgevestigde oefentherapeuten Mensendieck en een chiropractie-praktijk.

Met betrekking tot de tweedelijnsvoorzieningen is het aanbod in Almere zelf in 1983 gering. Een aantal medisch specialisten verbon-

den aan het Gooi-Noord ziekenhuis, met vestigingen in Naarden-Bussum, Bussum en Blaricum, houdt wekelijks spreekuur in het gezondheidscentrum 'De Haak'. Deze spreekuren zijn eind 1980/begin 1981 begonnen, en betreffen de disciplines: interne geneeskunde, kindergeneeskunde, chirurgie, gynaecologie, KNO en neurologie. In Almere-Stad wordt begin 1983 gewerkt aan de inrichting van een buitenpolikliniek van het Amsterdamse Burgerziekenhuis: het Medisch Centrum Almere (MCA). Het MCA opent in mei 1983 de deuren met drie spreekuurhoudende disciplines, te weten: oogheelkunde, dermatologie en kindergeneeskunde. Terwijl in de daaropvolgende jaren het aantal spreekuurhoudende disciplines in het MCA gestaag zal uitbreiden, is het de bedoeling dat de spreekuren van de Gooi-Noord specialisten in Almere-Haven na 1 januari 1986 worden afgebouwd (NZI, 1986). Voor andere intramurale voorzieningen, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen, psychiatrische voorzieningen en revalidatievoorzieningen, is de bevolking van Almere bij de start van het experiment aangewezen op instellingen buiten Almere. Hetzelfde geldt voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Het RIAGG-Flevoland, gevestigd in Lelystad, is hier de eerst verantwoordelijke instantie.

3.4.2. De opbouw van de Almeerse voorzieningen volgens het PGA

De basisgezondheidszorg zal worden opgebouwd volgens de inzichten en richtlijnen zoals ontleend aan de Schets voor de basisgezondheidszorg van het Ministerie van WVC en volgens de plannen neergelegd in de WVG. Aanvullend wordt aan de basisgezondheidszorg een belangrijke rol toebedacht bij de bevordering van zelfzorg en mantelzorg via GVO, verschuivingen van tweede- naar eerstelijnszorg via de spoedeisende hulpverlening, het verrichten van epidemiologische studies, ondersteuning van de consultatiebureaufunctie van de eerstelijnszorg en het verlenen van bedrijfsgezondheidszorg aan zorgverleners (PGA, 1983, p.12).

Plannen met betrekking tot de eerstelijnszorg betreffen in de eerste plaats de wens te komen tot een Eerstelijns Vereniging Almere, waarin SMGA, Kruiswerk en MADi samengaan, en de oprichting van een Stichting Verloskunde, bedoeld om de belangen van de verloskundige zorg in Almere in de meest brede zin te behartigen (PGA, 1983, p. 10). Daarnaast dienen bestaande voorzieningen te worden uitgebouwd. Uitgangspunten hierbij zijn: eenzelfde dienstverband voor alle

disciplines en bij voorkeur in loondienst, gezondheidscentra en afstemming van de verzorgingsgebieden van disciplines, organisatie op wijkniveau in de vorm van (federatieve) verenigingen. De personele invulling van de organisatiestructuur dient te zijn afgestemd op de dichtheden vermeld in de Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg (WVC, 1983).

De plannen voor de voorzieningen op het terrein van de tweedelijnszorg voorzien in de vestiging van een eigen Almeers ziekenhuis, een verzorgingstehuis, een gecombineerd verpleeg/verzorgings(te)huis en, op de langere termijn, een revalidatievoorziening. Voor wat betreft de vestiging van het ziekenhuis beschikt de Vereniging Burgerziekenhuis te Amsterdam over een verklaring voor de bouw van een ziekenhuis in Almere met een uiteindelijke omvang van 450 bedden, waarvan voorshands 325 bedden zouden worden gerealiseerd. In overleg met het o.l. ZIJP heeft het bestuur van het Burgerziekenhuis zich dan al bereid verklaard het aantal bedden terug te brengen op 275. De uiteindelijke toestemming spreekt in dit verband over 240 bedden, 10 wiegen en 15 dagverplegingsbedden. Het Almeerse beleid met betrekking tot het ziekenhuis is gericht op het vervangen van klinische zorg door poliklinische zorg, loondienst voor de medisch specialisten en bestuurlijke inbreng van een gestructureerde eerstelijnszorg. Voor de bouw van een gecombineerd verpleeghuis van 150 bedden (90 somatisch zieken en 60 psychogeriatrisch patiënten) is een verklaring van geen bezwaar afgegeven. Een verzorgingstehuis met 100 plaatsen en 38 aanleunwoningen is in aanbouw in Almere-Haven.

Met betrekking tot de Algemene Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ) stelt het projectplan vast dat deze functie in een RIAGG dient te worden georganiseerd, met versterking van de eerste lijn als leidend principe. In regionaal verband is het streven gericht op combinatie van de AGGZ-functie en de functie van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis in een Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG). Bij de realisatie van voorzieningen is het streven te komen tot een integrale planning van alle voorzieningen in het kader van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen en de Tijdelijke Verstrekkingen Wet maatschappelijke dienstverlening.

Tenslotte, maakt het (eerste) projectplan van het Experiment Gezondheidszorg Almere melding van een in gang gezette procedure om te komen tot een eigen ziekenfonds 'De Polder' voor Flevoland.

De belangrijkste activiteiten van de in februari 1983 ingestelde Stuurgroep Project Gezondheidszorg Almere richten zich, naast de opbouw van de eigen organisatie, op twee zaken. Dit zijn (1) de organisatie van het overleg dat is bedoeld om alle eerstelijnsdisciplines onder één noemer te brengen, en (2) het voorbereiden van een buitenpolikliniek als voorpost van het toekomstige ziekenhuis. Als blijkt dat het integratieproces voor de eerstelijnsdisciplines dreigt te stagneren wordt overgegaan tot het door de stuurgroep instellen van een Koördinatiegroep Organisaties Eerstelijns (KOE). De KOE krijgt als opdracht het samengaan van SMGA, het Kruiswerk en de Maatschappelijke Dienstverlening daadwerkelijk voor te bereiden. Behalve genoemde partijen zijn in deze commissie vertegenwoordigers opgenomen vanuit de Stuurgroep en het ziekenfonds Gooi & Omstreken. Genoemd ziekenfonds is vooral belangrijk gelet op de financiële problemen waarmee de SMGA op dat moment te maken heeft. In het kader van de door de Ziekenfondsraad aangekondigde sanering van de subsidieregelingen voor gezondheidscentra, wordt het SMGA geacht circa een miljoen gulden te bezuinigen. De wens om in een zo vroeg mogelijk stadium te starten met de opbouw van tweedelijnsvoorzieningen resulteert in een werkgroep polikliniek. De eerste opdracht voor deze werkgroep is de spanningen te neutraliseren die zijn ontstaan tussen vertegenwoordigers van de Almeerse eerste lijn en het Amsterdamse Burgerziekenhuis. Uiteindelijk doel is om op zo kort mogelijke termijn een buitenpolikliniek van het Burgerziekenhuis te realiseren in Almere, omdat daarbij ook feitelijk een begin kan worden gemaakt met de inhoudelijke samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Door WVC wordt de opening van deze buitenpolikliniek afhankelijk gesteld van een gezamenlijk plan van het Burgerziekenhuis en de Almeerse eerste lijn. Daarnaast wordt vastgelegd dat de aan de polikliniek (en het latere ziekenhuis in Almere) verbonden medewerkers een intentieverklaring voor het werken in loondienst dienen te ondertekenen.

Op het uitvoerende vlak is één van de eerste activiteiten van de Projectgroep Almere de overname van het gezondheidscentrum 'De Haak', inclusief het dienstverband van de in dit centrum gevestigde huisartsen en ondersteunende zorgverleners. De in het centrum werkende fysiotherapeuten en de apotheek in Almere-Haven blijven buiten de werkingssfeer van het Project Gezondheidszorg Almere.

3.4.3. De realisatie van het voorgestelde beleid in Almere tijdens de opbouwfase

In de Staatscourant van 9 mei 1985 wordt het ontwerp-besluit gepubliceerd dat bedoeld is om het Experiment Gezondheidszorg Almere een wettelijke status te geven. Met dit ontwerp-besluit wordt beoogd de WVG in de gemeente in werking te stellen voor wat betreft de extramurale voorzieningen. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een Algemene Maatregel van Bestuur (AMVB), gebaseerd op artikel 41, lid 1 van de WVG. Het besluit geeft nadere regels voor de planning van instellingen en het gemeentelijk vestigingsbeleid, waarvoor de uitgangspunten zoals geformuleerd in het in 1983 gepubliceerde projectplan kunnen worden gehanteerd. Op de ontwerp AMVB wordt door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, via een advies uitgebracht in september 1985 (NRV, 1985), instemmend gereageerd. De kanttekeningen die de NRV bij het ontwerpbesluit plaatst gaan in op de positie van de al in Almere aanwezige vrijgevestigde hulpverleners. Hun positie moet, aldus de raad, worden veiliggesteld. Andere opmerkingen betreffen de vrije keuze van zorgverleners en de afstemming tussen toelatingsprocedures volgens het ontwerp-besluit en de Ziekenfondswet. Op 4 november 1988, bijna drie-en-een-half jaar na de publikatie van het ontwerpbesluit, wordt het Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere (BEGA) daadwerkelijk van kracht. De periode waarvoor het BEGA geldt is vier jaar, met de mogelijkheid van een verlenging met nog eens vier jaar. Bijna zes jaar na het begin van het Project Gezondheidszorg Almere, krijgt het experiment zijn wettelijke basis. Belangrijkste artikel uit het BEGA betreft de mogelijkheid de vestiging van niet alleen huisartsen, maar voor alle zorgverleners aan regels te binden. Daarnaast was het BEGA voor Almere belangrijk omdat men meende een instrument in handen te hebben voor het werken met één financieel kader en te komen tot integrale planning van voorzieningen. Via het BEGA werd het formeel mogelijk invloed uit toe oefenen op dit terrein.

Dit betekent niet dat tussen 1983 en eind 1988 zorgverleners zich zonder problemen in Almere konden vestigen. Vooruitlopend op het BEGA of het uit de WVG voortgekomen vestigingsbesluit voor huisartsen werd door het Ziekenfonds Gooi & Omstreken ontheffing gevraagd en verkregen van artikel 47.3 van de Ziekenfondswet, zijnde de verplichting tot het aangaan van overeenkomsten met iedere

huisarts en fysiotherapeut in Almere. De instroom van huisartsen en fysiotherapeuten werd gereguleerd, 'wilde vestigingen' werden aan banden gelegd. Op dat moment fungeert het Ziekenfonds Gooi & Omstreken als fonds voor geheel Almere. Het besluit van de minister van WVC om Almere per 1 januari 1984 toe te voegen aan het werkgebied van dit ziekenfonds, betekende wel het einde van de ideeën te komen tot een eigen 'Polder' fonds.

Belangrijk op het financiële vlak is het besluit van de Minister van WVC om, met ingang van 1985, het experiment Almere te ondersteunen met extra geldelijke middelen. Deze beschikbare middelen lopen op van maximaal 2 miljoen gulden in 1985 tot maximaal 5 miljoen in 1989. Met het beschikbaar stellen van deze gelden, waarbij de Ziekenfondsraad en het Ministerie van WVC via de gemeente Almere, optreden als subsidieverstrekkende instanties, wordt als het ware een voorschot genomen op de besparingen in de tweedelijnszorg. De door Almere te besteden extra gelden zijn gekoppeld aan een verdere beperking van het aantal bedden in het (toekomstige) Almeerse ziekenhuis van 240 naar 180, waartoe in begin 1984 op advies van een commissie van deskundigen (Hoefnagels e.a., 1984) werd besloten. Door meer activiteiten te verrichten in de Almeerse eerste lijn en door relatief veel ingrepen te laten plaatsvinden op basis van poliklinische behandeling en dagbehandeling, kunnen naar berekening 60 bedden worden uitgespaard. Voorwaarde daarbij is wel dat de versterkte eerste lijn ook daadwerkelijk in staat is de haar toegedachte taken te vervullen. De extra gelden zijn daarom vooral bedoeld om de Almeerse eerste lijn dit versterkte karakter te geven. Opmerkelijk is, dat in de periode tussen 1985 en 1992 de uitgekeerde bedragen lager liggen dan de bedragen die in principe beschikbaar zijn.

Een ander belangrijk feit op financieel terrein is dat vanaf 1985 wordt gewerkt met integrale zorgbegrotingen, waarbij de afzonderlijke begrotingen van de Almeerse instellingen als één geheel worden gepresenteerd. Deze zorgbegrotingen hebben geen formele status, maar dienen als toelichting bij de in te dienen afzonderlijke begrotingen en het jaarlijkse subsidieverzoek voor de 'extra' gelden. Het gezamenlijk indienen van één zorgbegroting dient daarbij niet enkel een financieel belang, maar is ook bedoeld als signaal dat behalve in geldelijke zin ook het beleid van instellingen op elkaar is afgestemd. Het Project Gezondheidszorg Almere zelf werd in 1987 verlengd met in principe vier jaar, om na 4 november 1988 via het BEGA te gaan voortbestaan als Experiment Gezondheidszorg Almere. Als vervolg op

het in 1983 door de Stuurgroep aanvaarde Projectplan Gezondheidszorg Almere, wordt in 1985 het Hoofdlijnenplan 1985-1989 opgesteld en aangeboden aan de gemeenteraad van Almere, het ministerie van WVC en het ministerie van Binnenlandse Zaken. Met de titel 'Al doen de beter' ademt deze nieuwe versie van de projectplannen de geest van de tijd. In plaats van een uitwerking van de doelstellingen per echelon, kiest men voor meer functiegerichte omschrijvingen die worden uitgewerkt voor de verschillende doelgroepen. Het plan bevat tevens een meer in detail uitgewerkt overzicht van de operationele doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere. Deze operationele doelstellingen zijn het meest concreet als wordt gesproken over het realiseren van met name genoemde voorzieningen en worden vager naarmate het gaat om zaken als afstemming van zorg, continuïteit van zorg en kwaliteit van zorg.

De meest in het oog springende gebeurtenis op het organisatorische vlak is het tot stand komen van de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere (EVA). "Na zeer veel problemen", zoals wordt opgemerkt in het Projectplan PGA II. De problemen duiden op een lange periode van onderhandelen, waarbij partijen slechts met moeite konden worden bewogen een deel van hun verantwoordelijkheden over te hevelen naar de nieuw te vormen stichting. Op 1 april 1986 ondertekenen vertegenwoordigers van de SMGA, de MADI en de Kruisvereniging Flevoland de intentieverklaring de krachten te bundelen in de Stichting EVA. Op 1 januari 1987 is de Stichting EVA ook operationeel een feit, zij het dat de discipline gezinsverzorging pas vanaf 1 januari 1988 deel gaat uitmaken van deze eerstelijnsorganisatie.

In structurele zin geldt dat tussen 1983 en 1989 het aantal gezondheidscentra wordt uitgebreid van vijf naar twaalf. Beheerder van de centra is de Stichting EVA. Naast deze beheersfunctie, fungeert de EVA als werkgever voor de zorgverleners die aan de gezondheidscentra zijn verbonden. Een klein aantal zorgverleners in de eerste lijn, waaronder één huisarts, enkele tandartsen, enkele manueel therapeuten en een dependance van het Kraamcentrum Flevoland, vallen buiten de verantwoordelijkheid van de EVA. Hetzelfde geldt voor de apotheek in Almere-Haven.

Na een moeilijke start, ontwikkelt het Medisch Centrum Almere zich als buitenpolikliniek, annex diagnostisch centrum, waarmee door de Almeerse eerste lijn constructief wordt samengewerkt. Vanaf 1989 wordt het MCA op beperkte schaal ook gebruikt voor dagverpleging.

De beddenscapaciteit van Almeerse ziekenhuis is dan 'definitief' vastgesteld op 180 bedden, 10 wiegen en 15 bedden voor dagverpleging. Het jaar van opening verschuift voorlopig naar 1990. In de verzorgende sector wordt in Almere-Haven een verzorgingstehuis met 100 plaatsen en in Almere-Stad een gecombineerd verpleeg/verzorgingstehuis met 100 verzorgingsplaatsen en 30 verpleeghuisplaatsen gerealiseerd. Realisatie van dit gecombineerde verpleeg/verzorgingshuis betekende een belangrijke mijlpaal op de weg naar een meer geïntegreerd aanbod van voorzieningen. Beheer en exploitatie van het gecombineerde verpleeg- en verzorgingstehuis 'De Kiekendief' in Almere-Stad en het verzorgingstehuis 'De Overloop' in Almere-Haven berusten bij een koepelorganisatie, te weten de Stichting Verzorging en Verpleging Almere. In voorbereiding is 'zorghuis' van het Leger des Heils in Almere-Buiten met 130 plaatsen.

Met betrekking tot de Geestelijke Gezondheidszorg geldt dat eind 1988 het Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) Flevoland een dependance in Almere-Stad beheert en dat plannen worden gemaakt voor de realisatie van een Multi-Functionele Eenheid. Jongeren kunnen in Almere gebruik maken van de diensten van een Jongeren Opvang en Advies Almere (JOA). Voor Lichamelijk gehandicapten zijn Focus-projecten gerealiseerd in Almere-Haven en Almere-Stad, terwijl geestelijk gehandicapten kunnen beschikken over 24 (tijdelijke) intramurale plaatsen via de Stichting Flevopolder en definitieve plaatsen in ontwikkeling zijn in Almere-Stad waar ook het Centrum Dienstverlening Geestelijke Gehandicaptenzorg is gevestigd.

Ondersteund vanuit het projectteam is in deze periode de Stichting Vrijetijds Centrale Almere opgericht - na korte tijd omgedoopt in Vrijwilligers Centrale Almere (VCA) - die zorg draagt voor de coördinatie en organisatie van de vrijwilligershulp in de thuiszorg. Op bestuurlijk niveau participeren bewoners in het bestuur van de verschillende zorginstaties en maken zij deel uit van de per gezondheidscentrum opgerichte patiëntenraden. De patiëntenraden werken samen onder de paraplu van de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen (SIOP). Daarnaast fungeert het SIOP als vraagbaak waar mensen met een breed scala van problemen over het functioneren van het Almeerse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen terecht kunnen.

Met betrekking tot de bestuurlijke organisatie is reeds aangehaald dat eind 1988 het BEGA in werking is getreden, waarmee de gemeente

Almere planningsbevoegdheid heeft voor de basisgezondheidszorg en de eerstelijnszorg. Door de gemeentelijke planning te koppelen aan het gemeentelijk vestigingsbeleid wordt een integrale beleidsvoering op dit terrein bevorderd. Tussen gemeente en provincie zijn bovendien afspraken gemaakt voor wat betreft de planning van tweedelijnsvoorzieningen, waarbij de plannen op gemeentelijk niveau worden ontwikkeld (in samenhang met de planning van eerstelijnsvoorzieningen) en waarbij de provincie zorg draagt voor afstemming en integratie van de gemeentelijke plannen in de planningstaak van de provincie. In het kader van het PGA is door de gemeente, zorginstellingen en lokale financiers een samenwerkingscontract gesloten waarin de afspraken zijn vastgelegd over de medewerking van de verschillende partijen aan de opzet van het voor Almere geplande stelsel van zorgvoorzieningen. Partijen ontmoeten elkaar regelmatig (in principe zes keer per jaar) in het Plannings- en Begrotingsoverleg, waaraan ook wordt deelgenomen door vertegenwoordigers van de centrale overheid en bewonersgroepen.

Met betrekking tot de structuur van de voorzieningen fungeert de Stichting EVA als koepel voor alle eerstelijnsorganisaties, terwijl aan de Stichting Verzorging en Verpleging Almere het beheer is toebedeeld van alle Almeerse bejaardenoorden en verpleegvoorzieningen. Op Stedelijk niveau werken alle zorgsectoren en instellingen met elkaar samen in het Samenwerkingsorgaan Almeerse Gezondheidszorg (SAG). Het SAG is opgezet als coördinerend bureau waar het zorgbeleid en de te ontwikkelen activiteiten van de deelnemende instellingen op elkaar worden afgestemd, en als belangenbehartiger van zorgverleners naar (lokale) overheid en financiers. Op financieel terrein stelt het SAG jaarlijks een concept-begroting op met daarin een totaaloverzicht van de begrotingen van alle Almeerse instellingen. Het SAG neemt daarbij de taken over van de projectorganisatie die tussen 1983 en 1989 in Almere heeft gefunctioneerd.

3.5. De fase van opbouw II (1989 - 1992)

Terwijl in de fase tussen 1983 en 1989 de nadruk lag op bestuurlijke activiteiten en de opbouw van de structuur van (met name de eerstelijns)voorzieningen, staan in de jaren tussen 1989 en 1992 de opbouw van de tweedelijnszorg en de geestelijke gezondheidszorg centraal.

Daarnaast wordt deze periode in bestuurlijk opzicht gekenmerkt door een terugtrekkende overheid, waarbij overheidstaken door de partijen in Almere worden overgenomen.

3.5.1. De terugtrekkende overheid

Op 20 april 1989 beëindigt de Stuurgroep rond het PGA haar werkzaamheden, waarmee een einde komt aan het bestaan van de bijbehorende projectstructuur, met projectteam en subgroepen. Het Project Gezondheidszorg Almere gaat over in het Experiment Gezondheidszorg Almere. De datum van 3 November 1992 markeert het einde van de werkingsduur van het Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere. Daarmee komt er in formele zin een einde aan de bijzondere status die het experiment genoot, met inbegrip van de bescherming via wettelijke bepalingen. De centrale overheid trekt zich terug uit het Experiment Gezondheidszorg Almere. Deze terugtrekking geschiedt vanuit het idee dat de structuur van voorzieningen is gerealiseerd en dat de Almeerse partijen zelf de verantwoording moeten dragen voor de verdere (inhoudelijke) invulling van deze structuur.

Deze omslag in de positie van de centrale overheid ten opzichte van het Experiment Gezondheidszorg Almere past in het meer algemene beeld van een terugtrekkende overheid zoals dit landelijk na 1988 gestalte krijgt. Het streven is te komen tot een 'nieuw' evenwicht bij de verdeling van verantwoordelijkheden. Op macroniveau wenst de centrale overheid via het staatstoezicht haar rol te blijven spelen, bijvoorbeeld als het gaat om het waarborgen van de kwaliteit van zorg of de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen, zij het wellicht in aangepaste vorm. Op regionaal en lokaal niveau, is het de bedoeling dat aanbieders van zorg, verzekeraars en patiëntenorganisaties royelere bevoegdheden krijgen om elkaar wederzijds te beïnvloeden. Dit betekent meer vrijheid van onderhandeling, het maken van keuzes, de mogelijkheden van zorgcontracten en zou (uiteindelijk) moeten resulteren in een meer doelmatig beheer van zorgvoorzieningen. Of het in deze alinea geschetste beleid overigens daadwerkelijk resulteert in toenemende concurrentie tussen partijen, kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing moet vooralsnog worden afgewacht (zie ook Groenewegen, 1992).

Het terugtrekken van de centrale overheid, en een verschuiving naar de verschillende partijen laat zich goed illustreren in Almere. De positie

die de centrale overheid, via Stuur- en met name Projectgroep, vervult als voortrekker van het Experiment Gezondheidszorg Almere is beëindigd. Partijen in Almere moeten deze rol overnemen. Daarbij gaat het om (inmiddels in koepels georganiseerde) hulpverleners, de lokale overheid, de lokale financier en de bewoners. Doordat de bindende factor van de centrale overheid vervalt en deze positie niet door de lokale overheid wordt overgenomen, betekent dit in de praktijk dat hulpverleners en de lokale financiers vooral de richting van het Experiment Gezondheidszorg Almere gaan bepalen. De stem van de bewoners, die vooral op het niveau van afzonderlijke voorzieningen belangrijk is, blijft hieraan ondergeschikt.

Voor zorgverleners geldt dat vanaf 1989 de inhoud van de zorg centraal staat, waarbij structurele veranderingen nadrukkelijk in dienst komen te staan van inhoudelijke aspecten van de Almeerse gezondheidszorg. Een beschrijving van hetgeen in deze periode in de eerste lijn is gerealiseerd is te vinden in subparagraaf 3.5.2. Voor de Almeerse tweede lijn staat in dezelfde periode de opening van het Almeerse Flevoziekenhuis op 6 maart 1991 centraal. Later dan gepland en, zoals we in paragraaf 3.5.3 zullen aantonen, ook niet helemaal in de vorm zoals bedoeld in de oorspronkelijke plannen van het experiment Almere.

3.5.2. Ontwikkelingen in de Almeerse eerste lijn

Belangrijk uitgangspunt in de in 1983 en 1987 uitgebrachte projectplannen, was het streven naar centralisatie. Planning, beleid en uitvoering werden in één hand gehouden, waarbij de Stichting EVA de aangewezen organisatie voor de eerste lijn vormde. Naarmate de EVA groeit - eind 1989 beheert de EVA twaalf gezondheidscentra, een budget van ruim 42 miljoen en heeft circa 650 medewerkers in loondienst - blijkt dit niet optimaal te functioneren. Het jaarverslag van de EVA over 1989 is hierin bijzonder duidelijk. "De enorme groei van de EVA heeft een voorziene maar niet gewenste bureaucratisering tot gevolg. De communicatielijnen dreigen te lang te worden. Theorie en praktijk beginnen te wringen. De motivatie van de hulpverleners in de gezondheidscentra neemt af, terwijl de afstand tot het Centraal Bureau van de Stichting toeneemt. Het is van het grootste belang de bakens te verzetten" (Jaarverslag EVA 1989, p.4-5).

Besloten wordt tot schaalverkleining via (voorlopig) vier werkmaatschappijen. Elke werkmaatschappij krijgt drie of vier gezondheidscentra onder zich. De organisatie van de hulpverlening, de inhoudelijke verantwoordelijkheid en de financiële verantwoording komen te liggen op het niveau van de hulpverleners in de gezondheidscentra en de daarboven functionerende werkmaatschappij. Een (afgeslankt) centraal bureau blijft verantwoordelijk voor beleidsterreinen als innovatie, kwaliteitsbewaking en onderzoek, alsmede voor het vaststellen van de algemene kaders waarbinnen de Almeerse gezondheidszorg verder wordt uitgebouwd. Door deze decentralisatie kan, zo is de verwachting, beter worden ingespeeld op de specifieke wensen en behoeften die binnen de verzorgingsgebieden van de werkmaatschappijen leven.

Op inhoudelijk terrein vinden in de periode tussen 1989 en 1992 vooral ontwikkelingen plaats op het niveau van de afzonderlijke disciplines en pogingen om te komen tot een meer functiegerichte aanpak in de zorgverlening. In 1990 wordt, voorlopig voor een periode van één jaar, geëxperimenteerd met de functie van zorgcoördinator voor de intensieve thuiszorg. Met weinig succes, zoals blijkt uit de evaluatie van deze voorziening (Merkus, 1992) en het feit dat in 1992 een herbezinning plaatsvindt op de taken en plaats van de functie van zorgcoördinator. De oorzaken voor het op dat moment feitelijk mislukken van dit experiment in een experiment zijn driedelig. Als eerste is daar de wijze waarop de functie werd geïntroduceerd in het veld - een 'top down' introductie - waarbij de nieuwe, in de ogen van het veld onnodige functie als het ware werd opgedrongen. Ten tweede ontbrak van een duidelijke, uniforme taakomschrijving voor de coördinatoren. Als derde reden is daar het geringe aantal cliënten. Het aantal patiënten dat in 1991 in aanmerking kwam voor zorgcoördinatie bleek onvoldoende voor een zinvolle uitoefening van de functie.

Eveneens in 1990 wordt de discipline gezinsverzorging geïntegreerd binnen de gezondheidscentra. Verzorgenden en helpenden zijn opgenomen in afzonderlijke gezinsverzorgingsteams, waarbij de planning van activiteiten plaatsvindt op het niveau van de teams.

In september 1989 wordt, vooruitlopend op de opening van het ziekenhuis, in het gezondheidscentrum 'De Haak' een EHBO-post geopend, die op werkdagen open is van 17.00 - 24.00 uur en tijdens het weekend en op feestdagen van 08.30 tot 24.00 uur. Op 31 december 1990 volgt de opening van een tweede EHBO-post, gevestigd in Almere-Stad en wel in het gezondheidscentrum 'De Driehoek'. Dit

centrum is in het begin open op de tijden dat de reguliere gezondheidscentra zijn gesloten, zodat inwoners en bezoekers van Almere 24 uur per dag voor EHBO terecht kunnen bij de Almeerse eerstelijnszorg. Op het moment dat de EHBO-post in 'De Driehoek' wordt geopend, zijn de openingstijden voor de EHBO-post in 'De Haak' teruggebracht naar tot 22.00 uur. In 1993 zijn de openstellingstijden van de EHBO-posten 'De Haak' en 'De Driehoek' gelijk getrokken en vastgesteld op 22.00 uur.

Medio 1991 neemt de EVA de beslissing de huisartsenkeuze niet langer te binden aan het gezondheidscentrum in de wijk waarin men woonachtig is, maar uit te breiden tot een keuze binnen de waarnemingsgroep, of zo men wil: een keuze binnen de werkmaatschappij. Eveneens in 1991 vindt binnen de EVA de officiële installatie plaats van een klachtencommissie, waarin kandidaten zitting hebben die zijn voorgedragen door het Algemeen Bestuur en de ondernemingsraad van de EVA en van de SIOP.

Op het terrein van de afzonderlijke disciplines geldt dat eind 1991 met het ziekenfonds Anoz Gooi Apeldoorn Groep overeenstemming wordt bereikt over de vrije vestiging van één huisarts in Almere-Stad en in Almere-Buiten, waarmee beide partijen als het ware al vooruitlopen op de beëindiging van de BEGA in November 1992. Met de omvorming van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging tot een Regionale Huisartsen Vereniging (RHV), volgt deze beroepsgroep in Almere de lijn van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Systematisch worden in Almere door de RHV de NHG-standaarden ingevoerd als richtinggevend voor het handelen van de Almeerse huisarts. In overleg met het ziekenfonds wordt in deze periode een Bonus-Malus systeem ingevoerd, waarbij door het ziekenfonds bedragen worden uitgekeerd voor extra verrichtingen in de eerste lijn, zoals EHBO, ECG's, audiogrammen, allergietesten en kleine chirurgische ingrepen.

Op het grensgebied tussen de huisartsgeneeskunde en farmacie liggen de in deze planperiode gemaakte afspraken over het voorschrijven van geneesmiddelen, vastgelegd in het Formularium Almere. Uitgangspunten bij deze regeling zijn (1) dat bij gelijkwaardig geachte geneesmiddelen het meest goedkope middel dringend wordt aanbevolen, en (2) het gebruik van farmaceutische specialité's principieel wordt afgewezen en afgeraden.

Voor wat betreft de discipline fysiotherapie geldt vanaf 1992 een systeem van budgetfinanciering, waarbij de EVA van het ziekenfonds

een totaalbudget ontvangt waarbinnen management en fysiotherapeuten kunnen opereren. Binnen de beroepsgroep wordt gewerkt aan een systeem voor inhoudelijke registratie van de verrichtingen uitgevoerd door de Almeerse fysiotherapeuten, waarmee een aanzet wordt gegeven tot het in kwalitatieve zin meten van de zorg die door deze discipline in Almere wordt verleend. Voor wat betreft de discipline ergotherapie geldt dat in het najaar van 1991 een begin wordt gemaakt van het geven van ergotherapie in de eerste lijn, waarbij ergotherapeuten in dienst van de Stichting Delta en het revalidatiecentrum 'De Trappenberg' vanuit de gezondheidscentra gaan werken. Binnen de discipline maatschappelijk werk worden in 1991 protocollen ontwikkeld ten behoeve van crisisopvang overdag en werden samenwerkingsafspraken gemaakt met het Bureau Slachtofferhulp.

3.5.3. Het SAG als coördinerende instantie

Opheffing van bureau van het Project Gezondheidszorg Almere in 1989, betekent dat vanaf deze datum het SAG de verantwoording krijgt voor de bewaking van het experiment Almere, het afstemmen van de deelnemende organisaties en instellingen (in 1989 in totaal 18 verschillende instanties), het op peil houden van het netwerk van voorzieningen en het voeren van een gemeenschappelijk beleid binnen de daarvoor aangegeven financiële kaders. Het SAG gaat tevens de coördinatie verzorgen bij het indienen van projecten die in aanmerking komen voor extra subsidiëring, waarbij (na problemen met de Ziekenfondsraad in 1989) vanaf 1990 afstemming plaats vindt op de reguliere verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Ziekenfonds wet. In plaats van subsidiëring kan worden gesproken van de reguliere financiering van extra activiteiten. Het uitgangspunt om de extra gelden een regulier onderdeel te laten worden van het financiële kader via het BEGA wordt niet gerealiseerd. De gelden zijn wel opgenomen in de Financiële Overzichten Zorg (FOZ). Echter, de procedures om ook daadwerkelijk te kunnen beschikken over deze extra gelden blijkt telkens uiterst moeizaam verlopen. Tenslotte fungeert het SAG als meld- en aanspreekpunt voor alle zaken de Almeerse gezondheidszorg betreffend.

Onder verantwoordelijkheid van het SAG ontstaan een aantal netwerken, te weten het netwerk revalidatiezorg (samenwerkingspartners: EVA, Flevoziekenhuis, revalidatiecentrum 'De Trappenberg'),

het netwerk geriatrie (samenwerkingspartners: EVA, Stichting Delta) en het netwerk eerste/tweede lijn (samenwerkingspartners: EVA en Flevoziekenhuis). De genoemde Stichting Delta is het overkoepelend orgaan, waarbij alle verzorgings- en verpleeghuiszorg te verlenen aan ouderen, is ondergebracht. In 1992 verschijnt onder verantwoordelijkheid van het SAG de rapportage van een vooronderzoek naar het tot stand brengen van een geïntegreerde indicatiestelling voor thuis- en ouderenzorg

3.5.4. Ontwikkelingen in de Almeerse tweede lijn

De belangrijkste gebeurtenis in Almeerse intramurale sector betreft zonder twijfel het eigen Almeerse Flevoziekenhuis. Op 6 maart 1991 wordt dit centrumziekenhuis met 180 bedden officieus geopend. Het aantal van 180 bedden betekent een forse vermindering van de oorspronkelijke plannen uit het begin van de 80er jaren die uitgingen van 325 bedden, met een mogelijke uitbreiding naar 450, en later werden bijgesteld naar 255 bedden. Met deze aanpassing van het beddenaantal, aangevuld met 10 wiegen, 15 dagbehandelingsplaatsen en drie operatiekamers die voor dagbehandeling beschikbaar zijn, wordt ingespeeld op de uitgangspunten van het Experiment Gezondheidszorg Almere te komen tot substitutie van zorg. Het ziekenhuis is een centrumziekenhuis, waarin alle belangrijke disciplines zijn vertegenwoordigd, met inbegrip van cardiologie, longziekten, orthopedie en kaakchirurgie. De doelstelling om alle medewerkers van het Flevoziekenhuis, dus inclusief de medisch specialisten in loondienst te laten werken, kon niet worden gerealiseerd. Voor een aantal disciplines geldt dat onder druk van de betreffende specialisten moest worden besloten tot (gedeeltelijke) vrije vestiging.

Met het in gebruik nemen van het Flevoziekenhuis krijgt ook de feitelijke samenwerking tussen eerste en tweede lijn in Almere een stimulans. Hoewel de plannen voorzagen in een vroegtijdige afstemming van de werkzaamheden tussen beide echelons, bleek de fysieke afstand tussen specialisten en eerstelijnsdisciplines te groot om de samenwerking in de periode tot maart 1991 concreet gestalte te geven. De samenwerking bleef in feite beperkt tot de werkzaamheden die tot deze datum plaatsvonden in het MCA.

Echter, ook aan het eind van 1992 is het aantal concrete samenwerkingsprojecten tussen EVA-vertegenwoordigers en disciplines in het Flevoziekenhuis beperkt van omvang. Een van de projecten die goed lijkt te lopen is het oncologie-project, waarbij onder begeleiding van een stuurgroep oncologie wordt gewerkt aan het structureren van pijnbestrijding en overdrachtsprotocollen. Ander projecten die in de loop van 1992 zijn gestart zijn gericht op het aanpassen van een protocol voor decubituspreventie en behandeling en optimaliseren van de samenwerking tussen verloskundigen in de eerste lijn en het Flevoziekenhuis. Almere is hierbij één van de tien verloskundige samenwerkingsverbanden die worden begeleid door het Centraal Begeleidings Orgaan voor Intercollegiale Toetsing (CBO). Andere zaken die zich tot eind 1992 hebben afgespeeld op het terrein van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn zijn vooral gericht op het verbeteren van de onderlinge verhoudingen (kennismakings- en voorlichtings- en overlegbijeentkomsten) en het voorzichtig aftasten van de mogelijkheden te komen tot een gezamenlijke aanpak van problemen (overdracht van verpleegkundige patiënten, diabetespatiënten, spoedeisende hulp).

3.6. De post-experimentele fase (1992 -)

Op 3 november 1992 loopt de geldigheid van het Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere af. Het Experiment Gezondheidszorg Almere is in formele zin afgelopen. Feitelijk verandert er in Almere van de ene op de ander datum weinig. De bestaande structuur van de voorzieningen in Almere blijft functioneren, inclusief de door het SAG ondersteunde samenwerking tussen disciplines, instellingen en andere instanties actief op het terrein van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Het vermogen van het SAG om vorm en richting te geven aan deze samenwerking zal, naar wij vermoeden, om een aantal redenen van doorslaggevend belang zijn. In de eerste plaats om datgene wat in Almere op het terrein van de organisatie van de gezondheidszorg is bereikt veilig te stellen en zo mogelijk uit te bouwen naar de toekomst. Daarbij dient, meer dan in het verleden toen Almere een uitzonderingspositie innam, rekening te worden gehouden met het beleid dat landelijk wordt gevoerd. Het ontbreken van bevoegdheden - het SAG is in feite een samenwer-

kingsverband met een klein, ondersteunend bureau - kan hierbij een beperkende factor worden.

Met het aflopen van het BEGA bleven de gereserveerde gelden, voor de versterking van de Almeerse eerste lijn en de relatie tussen eerste en tweede lijn en bedoeld voor het realiseren van de substitutiedoelstelling, in principe beschikbaar. De invulling van deze middelen uit het financieel kader vond tot 1993 plaats op basis van aanvullende zorgovereenkomsten tussen de lokale verzekeraar en de betrokken instellingen. Deze overeenkomsten werden door de Ziekenfondsraad beoordeeld en vervolgens bekostigd. Na het aflopen van het BEGA is de beschikbaarheid van de extra middelen voor de Almeerse gezondheidszorg afhankelijk gesteld van overleg tussen de verzekeraar en de betrokken instellingen. De uitkomst van dit overleg is geweest dat circa 0,5 miljoen gulden structureel wordt toegewezen aan de ouderenzorg en dat voor de rest van de middelen een afbouw-regeling is overeengekomen. In 1993 is hiervoor circa 1 miljoen gulden gereserveerd. Met ingang van 1994 zullen deze extra middelen vervallen.

Met betrekking tot het landelijke beleid mag worden verondersteld dat de tendens waarbij kostenbeheersing en kwaliteit centraal staan, en waarin een belangrijke rol is toebedacht aan zorgverleners en zorgverzekeraars, zich zal doorzetten. In de kwaliteitswet zoals die is ingediend bij het parlement zijn geen wezenlijke veranderingen doorgevoerd in vergelijking tot het oorspronkelijke ontwerp. Het Ministerie van WVC lijkt vooralsnog van plan de voorgestelde stelselwijziging, zij het met de nodige vertraging en tussentijds ingelaste perioden van bezinning, doorgang te vinden.

Blijkens het plan van aanpak van het SAG voor de periode na de BEGA, blijft de doelstelling ongewijzigd gehandhaafd: "het procesmatig ondersteunen van de totstandkoming, respectievelijk instandhouding van een samenhangend zorgaanbod in Almere, dat is gebaseerd op de vraag en wensen van de patiënten/cliënten". Om deze doelstelling te bereiken zullen de volgende middelen worden aangewend: (1) het ontwikkelen en ondersteunen van netwerken, (2) het creëren van meld- en aanspreekpunten voor de Almeerse gezondheidszorg, en (3) strategische beleidsontwikkeling in het kader van de door de centrale overheid voorgestane veranderingen in het de opbouw en de financiering van het stelsel van zorgvoorzieningen.

Overigens is het de vraag of het gezamenlijk optrekken van de verschillende Almeerse zorginstellingen en instanties ook daadwerkelijk

zal worden gecontinueerd. Het besluit van de bij het SAG aangesloten instellingen om met ingang van 1993 zelf, of met enkele instellingen in netwerkverband, te onderhandelen met financiers maakt de positie van het SAG niet sterker en wekt bevreemding gelet op het gezamenlijk belang dat zou moeten worden nagestreefd. Dat geldt in het bijzonder als we in aanmerking nemen dat met name financiers ook aanbieders van zorg meer en meer lijken over te gaan tot het bundelen van krachten. Inmiddels hebben de instellingen die deel uitmaken van het SAG besloten door te gaan, waarbij de aan het in stand houden van het samenwerkingsverband verbonden kosten uit de eigen budgetten worden gefinancierd.

3.7. Conclusies met betrekking tot de procesbeschrijving

In dit hoofdstuk is geprobeerd om via een procesbeschrijving aandacht te schenken aan datgene wat er in Almere tussen 1976 en 1993 op het terrein van de gezondheidszorg tot stand is gebracht. Daarbij is een onderscheid gemaakt in vijf fasen in de tijd, zijn de belangrijkste actoren aangegeven en is vastgesteld in hoeverre geplande middelen zijn gerealiseerd en de ingeschatte condities ook daadwerkelijk zijn opgetreden.

Vastgesteld moet worden dat het Experiment Gezondheidszorg Almere in zijn opzet, doelstellingen en uitwerking naadloos aansluit bij het beleid op het terrein van de gezondheidszorg zoals dat tot het midden van de jaren 80 voor wenselijk werd gehouden. De bedoeling was dat Almere vooruit zou lopen op en als testcase zou dienen voor de geplande landelijke ontwikkelingen.

Terugblikkend kan worden vastgesteld dat de structuur zoals die was voorzien in de plannen die ten grondslag liggen aan het Experiment Gezondheidszorg Almere grotendeels tot stand is gebracht. Uitzonderingen daarop zijn één financieel kader voor alle instellingen werkzaam op het terrein van de Almeerse gezondheidszorg - binnen de Almeerse eerste lijn wordt, via het BEGA, wel gewerkt vanuit één financieel kader - en het loondienstverband voor alle medisch specialisten werkzaam in het Almeerse Flevoziekenhuis.

4. GEREALISEERDE MIDDELEN EN CONDITIES

Via drie schema's is in hoofdstuk 2 een overzicht gepresenteerd van doelen, operationele doelen en in te zetten middelen in het kader van het experiment gezondheidszorg Almere. In dit hoofdstuk zal worden nagegaan of (1) de middelen die men beoogd heeft in te zetten, ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd, en (2) de verwachte condities in de praktijk ook daadwerkelijk zijn opgetreden. Daarmee wordt een antwoord gegeven op de tweede onderzoeksvraag die wij bij het Experiment Gezondheidszorg Almere hebben gesteld.

In paragraaf 4.1 staan de middelen, bedoeld om in Almere te komen tot substitutie van zorg, centraal. In de twee volgende paragrafen gaat het om de middelen die betrekking hebben op respectievelijk de kwaliteit van het stelsel van zorgvoorzieningen en kostenbeheersing. Nadat is vastgesteld of de geplande middelen op elk der deelterreinen daadwerkelijk zijn gerealiseerd, zal in paragraaf 4.4 worden nagegaan of de ingeschatte condities in de praktijk ook zijn opgetreden. Een korte samenvatting besluit dit vierde hoofdstuk.

4.1. Gerealiseerde middelen gericht op de substitutie van zorg

In paragraaf 2.3.1 is ingegaan op de relatie tussen doelen en middelen op het terrein van de substitutie van zorg. Na de procesbeschrijving dient te worden vastgesteld of de beoogde middelen die hiertoe moeten leiden aan het eind van het Experiment Gezondheidszorg Almere ook werkelijk zijn gerealiseerd. We doen dit aan de hand van een schema dat in opzet vergelijkbaar is met het in paragraaf 2.3.1 opgenomen schema. De operationele doelen zijn weggelaten. Bij elk van de geplande middelen is aangegeven of het betreffende instrument bij de beëindiging van het Experiment Gezondheidszorg Almere is gerealiseerd en daarmee potentieel inzetbaar is.

Schema 4.1. Doelen, geplande middelen en de mate waarin deze middelen daadwerkelijk zijn gerealiseerd, met betrekking tot substitutie van zorg in Almere

Algemeen doel	in te zetten middelen	mate waarin middelen zijn gerealiseerd
substitutie binnen intramurale zorg en van intramuraal naar poliklinische zorg	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none"> - versterken poliklinische functie ziekenhuis - versterken dagbehandelingsfunctie - loondienstverband voor alle werkers in de tweede lijn - beperking beddenscapaciteit <p>proces</p> <ul style="list-style-type: none"> - afspraken over aangepast opname- en verwijfsbeleid - protocollen en afspraken binnen de intramurale voorzieningen 	<p>gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>in beperkte mate gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>in beperkte mate gerealiseerd</p> <p>in beperkte mate gerealiseerd</p>
substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none"> - relatief klein ziekenhuis - ondersteuning eerste lijn met faciliteiten + know-how - verzorgen van bij- en nascholingscursussen - extra menskracht in de eerstelijnszorg - gecombineerd verpleegverzorgingshuis <p>proces</p> <ul style="list-style-type: none"> - protocollen op terrein van afzonderlijke aandoeningen - afspraken over het ontslag van patiënten - verbreding takenpakket eerste lijn - overleg tussen eerste en tweede lijn over opname en verwijzingsbeleid 	<p>gerealiseerd</p> <p>in beperkte mate gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>in beperkte mate gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>in beperkte mate gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>in beperkte mate gerealiseerd</p>
substitutie van professionele zorg naar preventieve zorg, zelfzorg en mantelzorg	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none"> - stimuleren van voorlichtingscampagnes - beschikbaar stellen van epidemiologische informatie - creëren van netwerken voor ouderen - aanleunfaciliteiten bij verzorgingstehuis - ondersteuning van vrijwilligersgroepen 	<p>in beperkte mate gerealiseerd</p> <p>in beperkte mate gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>in beperkte mate gerealiseerd</p>

Met betrekking tot de doelstelling om te komen tot verschuivingen binnen de intramurale zorg en van intramurale naar poliklinische zorg kan worden vastgesteld dat een surplus aan poliklinische faciliteiten en extra bedden voor dagbehandeling in het Almeerse ziekenhuis zijn gerealiseerd. Dit in vergelijking tot zowel de capaciteit zoals die te doen gebruikelijk is voor een standaard ziekenhuis van 180 bedden, als de omvang van de Almeerse populatie. Echter, door het verschuiven van de openingsdatum van het Flevoziekenhuis, zijn deze faciliteiten pas verwezenlijkt in maart 1991, aan het eind van het Experiment Gezondheidszorg Almere.

Voor de opening van het Flevoziekenhuis beschikte Almere vanaf 1985 over een buiten-polikliniek in de vorm van het Medisch Centrum Almere (MCA). In het MCA hebben vanaf 1989 op beperkte schaal kleine chirurgische ingrepen plaatsgevonden in de vorm van dagbehandeling. Voor wat betreft het stroomlijnen van het opname- en verwijsbeleid binnen de intramurale voorzieningen, het werken met protocollen en afspraken geldt dat deze slechts in beperkte mate zijn gerealiseerd. Hetzelfde geldt voor een loondienstverband voor alle werkers in de intramurale zorg, en met name voor de medisch specialisten van het Flevoziekenhuis. Het grootste deel van de in dit ziekenhuis werkzame medisch specialisten heeft, ondanks het feit dat loondienst één van de dwingende eisen was bij de overplaatsing van het ziekenhuis van Amsterdam naar Almere, weten te bewerkstelligen dat voor hen een uitzondering is gemaakt.

Met betrekking tot de doelstelling 'substitutie van tweede- naar eerste-lijnszorg' kan worden vastgesteld dat de voorwaarden hiervoor redelijk gunstig lijken. Het merendeel van de in te zetten middelen is tijdens de duur van het Experiment Gezondheidszorg Almere gerealiseerd, zij het dat ook hier beperkingen liggen met betrekking tot het tijdstip van realisatie. Het Flevoziekenhuis is, volgens de oorspronkelijke opzet, een relatief klein ziekenhuis, met in principe voldoende (diagnostische) faciliteiten en know-how voor een daadwerkelijke ondersteuning van de eerste lijn. Via het netwerk eerste - tweede lijn zijn afspraken gemaakt over het ontslagbeleid, de nazorg van dagbehandelingspatiënten, de verpleegkundige overdracht van diabetes, CARA en decubitus patiënten, de behandeling van oncologie en diabetes patiënten en patiënten die in aanmerking komen voor oog-

heelkundige zorg. Daarnaast zijn er werkafspraken tussen het Flevoziekenhuis en diëtisten, verloskundigen en maatschappelijk werkers, terwijl er een protocol is voor de spoedeisende hulpverlening. Voor wat betreft de protocollen geldt dat er weliswaar een aantal afspraken op tafel ligt, maar dat voor het merendeel der specialismen dergelijke protocollen aan het eind van 1992 nog ontbraken. Met betrekking tot het verwijzingsbeleid en de wederzijdse bereikbaarheid gelden basale afspraken. Aan verbreding van het takenpakket van de eerste lijn, via bijvoorbeeld bij- en nascholing, wordt systematisch aandacht geschonken, extra middelen zijn beschikbaar gesteld voor het aantrekken van 'extra' menskracht.

De bestuurlijke inbreng van de Almeerse eerste lijn in het bestuur van het Flevoziekenhuis die aanvankelijk bestond, is verdwenen met het aantreden van een nieuw ziekenhuisbestuur. Overigens moet hier als een beperkende factor worden opgevoerd dat de aandacht voor de inhoud van de zorg in de intramurale sector in Almere pas tot bloei komt op het moment dat de voorzieningen daadwerkelijk worden gerealiseerd, terwijl voor de eerste lijn geldt dat aandacht voor de inhoud van de zorgverlening is gekoppeld aan het tot stand komen van de EVA.

Voor de middelen die beoogd zijn te komen tot substitutie van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg geldt dat deze aan het eind van het Experiment Gezondheidszorg Almere grotendeels zijn gerealiseerd. Dat geldt in wat mindere mate voor de middelen die bedoeld zijn om te komen tot substitutie van curatieve naar preventieve zorg. Voorlichtingscampagnes vinden plaats, doch hun aantal is beperkt. Via het netwerk informatievoorziening (partners EVA, Flevoziekenhuis, Stichting Delta) bestaat er de mogelijkheid tot geautomatiseerde informatie-uitwisseling tussen eerste en tweede lijn, doch deze mogelijkheid is pas eind 1992 tot stand gekomen. Hetzelfde geldt voor de automatisering van alle gezondheidscentra, waaraan in 1993 nog wordt gewerkt, zodat de voorwaarden voor het op grote schaal beschikbaar komen van epidemiologische informatie gunstig zijn, maar het te vroeg is om te spreken van het gerealiseerd zijn van dit middel. Wel worden op het niveau van huisartsen vanaf 1988 gegevens verzameld, en teruggerapporteerd, die betrekking hebben declareerbare verrichtingen.

4.2. Gerealiseerde middelen gericht op de kwaliteit van zorg

Op een soortgelijke wijze als bij de doelstelling 'substitutie van zorg' kan worden gekeken naar de mate waarin de middelen bedoeld om in Almere te komen tot een kwalitatief goed stelsel van zorgvoorzieningen ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd. Schema 4.2 geeft het overzicht van deze middelen en de mate waarin zij aan het eind van het Experiment Gezondheidszorg Almere inzetbaar zijn.

Met betrekking tot de wijze waarop de Almeerse gezondheidszorg uiteindelijk is georganiseerd, geldt bij het aflopen van het experiment Almere een wisselend beeld. Gerealiseerd zijn: de organisatie van de eerstelijnszorg via buurtgerichte gezondheidscentra, extra diagnostische faciliteiten voor de eerste lijn en de participatie vanuit de bevolking. Op papier zijn de mogelijkheden tot participatie aanwezig; in de praktijk blijkt actieve bewonersparticipatie zowel in bestuurlijk als uitvoerende zin en zowel bij de planvoorbereiding als bij de feitelijke uitvoering ook in Almere beperkt tot enkele actieve personen, en lijkt er van een zekere mate van professionalisering sprake te zijn waarbij individuen weinig tot geen binding meer hebben met degenen die zij geacht worden te vertegenwoordigen (Hermans, 1985).

Niet of niet volledig gerealiseerd zijn de inbreng van de eerstelijnsdisciplines in de bestuurlijke organen van het ziekenhuis en andere intramurale voorzieningen, geïnstitutionaliseerde mogelijkheden tot consultatie, een uniforme indicatiestelling, het 'eigen' Polder-ziekenfonds en afspraken met betrekking tot planning en financiering. Een aantal van deze punten vraagt om een korte toelichting.

Consultatie vindt op dit moment nog vooral plaats op 'ad-hoc' basis, waarbij het aan eerste- of tweedelijnsdisciplines is initiatieven te ondernemen. Wel vinden er, gestimuleerd door het netwerk 'eerste - tweede lijn' casuïstiek besprekingen plaats, doch deze mogen niet worden opgevat als een vorm van reguliere consultatie. Voor de uniforme indicatiestelling geldt dat deze is gerealiseerd voor wat betreft thuiszorg, en in ontwikkeling is voor wat betreft de disciplines rond de zorg aan ouderen via verpleeg- en verzorgingshuisfuncties.

Schema 4.2. Doelen, geplande middelen en de mate waarin deze middelen ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd, voor het bereiken van de kwaliteitsdoelstelling

Doelen	In te zetten middelen	Mate waarin middelen zijn gerealiseerd
kwalitatief goede organisatie en/of organisatiestructuur	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none"> - SAG als coördinerend orgaan - Almeerse zorginstaties - één financieel kader - epidemiologische dataverzameling via peilstations - centrale planning van voorzieningen - centrale indicatiestelling - overkoepelende organisaties voor verschillende sectoren - loondienst voor alle zorgverleners bij één organisatie - wijkgerichte gezondheidscentra met afstemming tussen disciplines - bestuurlijke betrokkenheid eerste lijn bij tweede lijn - loondienst voor werkers in tweede lijn - aanbieden diagnostische faciliteiten door tweede lijn aan eerste lijn - organisatie van patiënten en patiëntgroepen op centraal niveau - gezondheidscentra en andere voorzieningen <p>proces</p> <ul style="list-style-type: none"> - consultatie en overleg tussen eerste en tweede lijn - protocollen, afspraken tussen disciplines en echelons - overleg en informatie tussen disciplines en echelons 	<p>gerealiseerd</p> <p>niet gerealiseerd beperkt gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>beperkt gerealiseerd gerealiseerd bij eerste lijn, ouderenzorg, GGZ beperkt gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>niet gerealiseerd</p> <p>beperkt gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>beperkt gerealiseerd</p> <p>beperkt gerealiseerd</p> <p>beperkt gerealiseerd</p>
kwalitatief goede medewerkers en zorgverleners	<p>structuur</p> <ul style="list-style-type: none"> - gerichte werving + aanstelling - loondienst voor zorgverleners - intercollegiale toetsing - na- en bijscholingsfaciliteiten - praktijkverkleining 	<p>beperkt gerealiseerd</p> <p>beperkt gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>beperkt gerealiseerd</p>
- vervolg -		

- vervolg schema 4.2. -

Doelen	In te zetten middelen	Mate waarin middelen zijn gerealiseerd
kwalitatief goede materiële voorzieningen	structuur	
	<ul style="list-style-type: none"> - geografische planning voorzieningen - patiëntenparticipatie op niveau van voorzieningen - regels voor inrichting voorzieningen 	<p>gerealiseerd</p> <p>beperkt gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p>
	proces	
	<ul style="list-style-type: none"> - regels en protocollen voor gebruik van voorzieningen 	beperkt gerealiseerd
kwalitatief goede zorgverlening	structuur	
	<ul style="list-style-type: none"> - vestiging van zorgverleners binden aan regels - loondienst voor werkers in Almeerse gezondheidszorg - gericht aanstellingsbeleid voor zorgverleners - klachtenregeling patiënten - regelmatige behoeftepeilingen en patiëntenraadpleging bij bevolking - patiëntenoverleg in gezondheidscentra en andere instellingen 	<p>gerealiseerd en losgelaten</p> <p>beperkt gerealiseerd</p> <p>beperkt gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>beperkt gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p>
	proces	
	<ul style="list-style-type: none"> - afspraken/protocollen met betrekking tot consultatie - onderlinge toetsing - zorgverlening via protocollen en professionele standaarden - (multidisciplinaire) behandelplannen 	<p>beperkt gerealiseerd</p> <p>gerealiseerd</p> <p>beperkt gerealiseerd</p> <p>beperkt gerealiseerd</p>

Het instellen van een eigen Almeers ziekenfonds is, met het toewijzen van Almere aan het werkgebied van het Ziekenfonds Gooi & Omstreken, reeds in een vroegtijdig stadium van het experiment Almere van het toneel verdwenen. Voor de afspraken met betrekking tot planning en financiering geldt dat er weliswaar afspraken zijn geweest en nog steeds zijn, maar dat het feitelijk doel om te komen tot een budget als basis voor een integrale planning en financiering van alle Almeerse zorgvoorzieningen niet werd gerealiseerd.

Met betrekking tot de vestiging van zorgverleners geldt dat over het algemeen gesproken kan worden dat aan deze vestiging de regel van

loondienstverband is verbonden. Niet in loondienst zijn een aantal zorgverleners in de eerste lijn van het eerste uur, een aantal zorgverleners dat voor hun vestiging niet aangewezen was op de goedkeuring van het ziekenfonds en een aantal medisch specialisten. Overigens geldt, dat nog aan het eind van het Experiment Gezondheidszorg Almere vrije vestiging voor huisartsen met mondjesmaat werd toegestaan, waarmee werd ingespeeld op wensen vanuit de bevolking. Belangrijk in de organisatiestructuur is dat met het tot stand komen van de EVA, de Stichting Delta en overkoepelende organen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en lichamelijk gehandicaptenzorg de voorwaarden zijn geschapen voor een integraal en doeltreffend zorgbeleid.

Voor wat betreft de kwaliteit van de medische voorzieningen geldt dat de voorwaarden voor het bereiken van de operationele doelstellingen gunstig zijn. De meeste middelen die men, gelet op deze doelstelling, gedacht had in te zetten zijn in de praktijk gerealiseerd. Met betrekking tot de kwaliteit van het zorgproces zelf geldt dat, gelet op de verhouding tussen het aantal inwoners en het aantal werkzame hulpverleners in full-time equivalenten, praktijkverkleining niet overal is gerealiseerd. Wel gerealiseerd werd de, inmiddels met het verstrijken van het BEGA achterhaalde, vestigingsregeling voor huisartsen. Voor patiënten van de eerstelijnsvoorzieningen in Almere is een officiële klachtenregeling van kracht. Het slechts gedeeltelijk realiseren van loondienst, afspraken en protocollen, modellen voor onderlinge toetsing en een gericht aanstellingsbeleid zijn reeds ter sprake geweest.

4.3. Middelen gerealiseerd met betrekking tot de doelstelling kostenbeheersing

Schema 4.3 geeft een overzicht van doelen, in te zetten middelen en de mate waarin er daadwerkelijk sprake is van het realiseren van deze middelen in relatie tot het thema kostenbeheersing. De middelen die, via substitutie van zorg, inwerken op de doelstelling te komen tot kostenbeperking zijn in dit schema niet opgenomen. Hiervoor kan men het beste schema 3.1 raadplegen.

Schema 4.3. Doelen, geplande middelen en de mate waarin deze middelen ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd, voor het bereiken van de doelstelling kostenbeheersing

Doelen	In te zetten middelen	Mate waarin middelen zijn gerealiseerd
kostenbeheersing	structuur	
	- geplande ontwikkeling van voorzieningen	gerealiseerd
	- beperken van capaciteit intramurale sector	gerealiseerd
	- samenwerking in disciplineverband	gerealiseerd
	- samenwerking tussen de disciplines en echelons	beperkt gerealiseerd
	- loondienst voor alle zorgverleners	beperkt gerealiseerd
kostenbeperking	proces	
	- afspraken en protocollen met betrekking tot het verwijzen van patiënten	beperkt gerealiseerd
	structuur	
	- sturing via informatie en terugrapportage	beperkt gerealiseerd
	- aanbieden van bij- en nascholingsactiviteiten	gerealiseerd
	proces	
	- instellen van bijeenkomsten gericht op onderlinge toetsing	beperkt gerealiseerd

Vastgesteld kan worden dat het gedurende de looptijd van het experiment Almere mogelijk is gebleken een deel van de op kostenbeheersing gerichte middelen te realiseren, zij het dat er soms sprake is van vertragingen ten opzichte van de feitelijke planning. Samenwerking in disciplineverband is gerealiseerd met de feitelijke zorgverlening vanuit gezondheidscentra en de vorming van de EVA als overkoepelende instelling voor de eerstelijnsdisciplines.

Ook op andere terreinen van de zorgverlening, bijvoorbeeld bij de zorg aan ouderen en gehandicapten, is er sprake van koepels en koepelorganisaties. Gedeeltelijk gerealiseerd zijn afspraken en protocollen over de noodzaak tot verwijzingen tussen en binnen de echelons en de feitelijke samenwerking tussen echelons. Met betrekking

tot de factor kostenbeperking geldt dat, aanvullend op hetgeen naar voren is gebracht bij de paragraaf waarin substitutie centraal staat, enkel het aanbieden van bij- en nascholingsactiviteiten conform de opzet is geslaagd. De sturing van het werk van zorgverleners via informatie en terugrapportage verschilt op dit moment nog van discipline tot discipline en hetzelfde geldt voor bijeenkomsten gericht op onderlinge toetsing. Tussen de huisartsendiscipline en de apotheken in Almere bestaan afspraken die tot doel hebben te komen tot kostenbeheersing bij het voorschrijven van medicijnen.

In zijn algemeenheid geldt voor de middelen die tot doel hebben te komen tot kostenbeheersing, dat met name de middelen ten aanzien van de structuur van voorzieningen zijn gerealiseerd. Aan de proceszijde moet worden vastgesteld dat de resultaten belangrijk minder eenduidig zijn en dat hier in de toekomst nog veel werk zal moeten worden verzet.

4.4. Conditie opgetreden in de praktijk

In hoofdstuk 2 zijn op vier terreinen één of meerdere condities aangegeven waarmee rekening moet worden gehouden bij de beoordeling van de resultaten van het experiment Almere. Bij de beschrijving van de mate waarin deze ingeschatte condities ook daadwerkelijk zijn opgetreden wordt dezelfde verdeling in vier subparagrafen aangehouden.

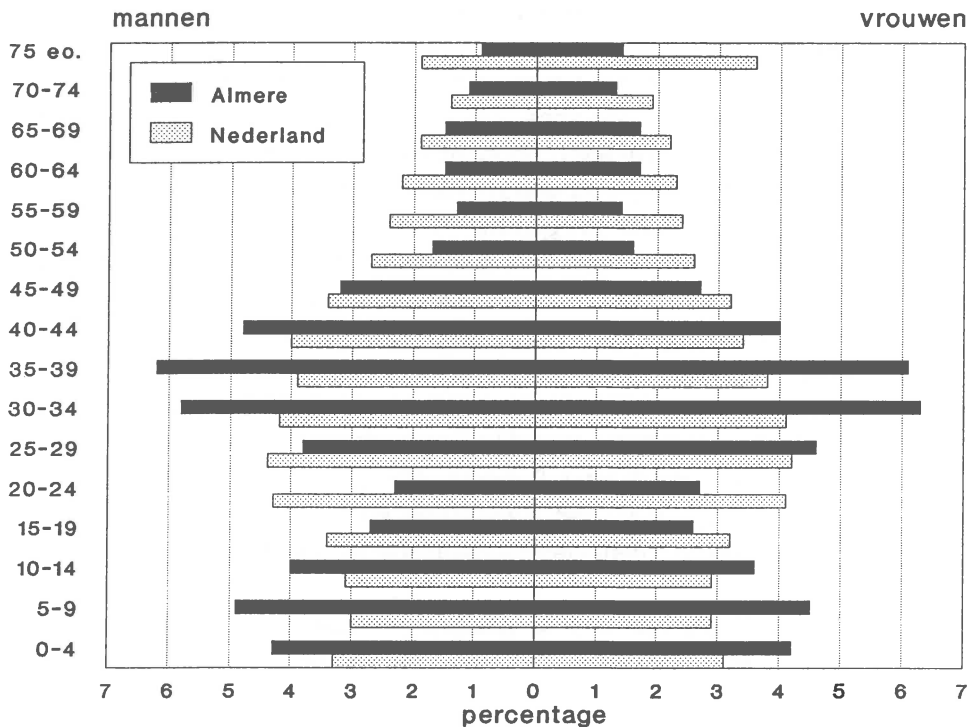
4.4.1. De Almeerse populatie

Uitgangspunt bij het begin van het experiment gezondheidszorg Almere was dat de bevolkingsgroei en de groei van het aantal gezondheidszorgvoorzieningen parallel zouden lopen zonder dat dit consequenties zou hebben voor het beleid dat op het zorginhoudelijke vlak moest worden gevoerd. Terugkijkend op de bevolkingsgroei in Almere tussen 1983 en 1992 blijkt het aantal inwoners zoals verwacht fors te zijn gestegen, zij het dat deze stijging wat minder snel is dan oorspronkelijk gepland. Op 1 januari 1983 telde Almere 27.483 inwoners. Tien jaar later, op 1 januari 1993, komt het aantal uit op ruim 93.000 in Almere woonachtige personen. Dit betekent dat de inge-

schatte conditie - een forse bevolkingsgroei die specifieke eisen stelt aan de opbouw van gezondheidszorgvoorzieningen - in werkelijkheid is opgetreden.

De snelle bevolkingsgroei in Almere, in combinatie met het zich in Almere vestigen van specifieke groepen, heeft uiteindelijk geresulteerd in een populatie die op een aantal kenmerken afwijkt van de doorsnee populatie in de rest van Nederland. Een van deze kenmerken is de verdeling naar leeftijdscategorieën, hier weergegeven in figuur 4.5

Figuur 4.5. Bevolkingsopbouw van Almere en Nederland naar leeftijd en geslacht op 1 januari 1993, als percentages van de totale bevolking van Almere en Nederland (Bron: Gemeente Almere, CBS)



Vastgesteld kan worden dat de bevolkingsopbouw in Almere duidelijk afwijkt van de situatie in de rest van Nederland. Figuur 4.5 laat voor Almere een sterke oververtegenwoordiging in de leeftijdsgroepen tot 10 jaar en in de aantallen personen tussen de 25 en 40 jaar. Ondervertegenwoordigd zijn de leeftijdsgroepen tussen de 15 en 24 jaar en personen van 45 jaar en ouder. In absolute aantallen houden mannen en vrouwen elkaar in Almere in evenwicht.

Met name de verschillen in leeftijdsverdeling tussen Almere en Nederland maken het noodzakelijk morbiditeitscijfers en cijfers over het gebruik van medische voorzieningen met de nodige voorzichtigheid te interpreteren en waar mogelijk te werken met correctiefactoren of voor leeftijd (en geslacht) gestandaardiseerde cijfers.

Verschillen in morbiditeit en gezondheidsgedrag kunnen van invloed zijn op het gebruik van medische voorzieningen. Er is onderzocht of de gezondheid en het gezondheidsgedrag van de Almeerse populatie gelijk is aan de doorsnee inwoner van Nederland. Uitgangspunt daarbij is dat er, rekening houdend met de bijzondere leeftijdsopbouw van Almere, geen verschillen zijn met de rest van Nederland.

Voor gezondheidsattent gedrag en de attitudes met betrekking tot de gezondheid lijkt deze aanname in grote lijnen gerechtvaardigd. Weliswaar geldt dat, na leeftijdscorrectie, de inwoner van Almere relatief weinig sport en een wat hoger dan gemiddeld lichaamsgewicht heeft, doch daar staat tegenover dat de geneigdheid om gebruik te maken van professionele zorgverleners bij alledaagse aandoeningen in Almere wat minder sterk lijkt dan in de rest van Nederland (Sixma, Thomassen, de Bakker & Foets, 1991). Genoemde verschillen zijn significant zijn, maar niet substantieel en het uiteindelijk effect op het gebruik van voorzieningen zal waarschijnlijk gering zijn.

De aanname, dat er qua gezondheid geen verschillen zijn tussen Almere en de rest van Nederland, gaat niet op. Tabel 4.1 laat dit goed zien.

Tabel 4.1. Morbiditeitsindicatoren in Almere (gecorrigeerd) en Nederland, in 1987/1988 (Bron: Deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', uitgevoerd in 1987/1988)

	% respondenten Almere	Nederland
gezondheidstoestand		
% (heel) goed	81,8**	85,4
% niet goed, niet slecht	14,5*	12,5
% (heel) slecht	3,6**	2,1
aantal acute klachten		
% geen klachten	17,1**	21,8
% 1-2 klachten	27,2	28,0
% 3-5 klachten	22,9*	25,6
% 6 of meer klachten	32,9**	24,6
aantal chronische klachten		
% geen klachten	49,2	50,5
% 1 klacht	25,0	26,1
% 2 klachten	13,3	12,9
% 3 of meer klachten	12,5*	10,5
aantal handicaps/beperkingen		
% geen handicaps	63,6	64,1
% 1 handicap	18,3	16,5
% 2 handicaps	3,5*	5,2
% 3 of meer handicaps	14,7	14,2
GHQ-somscores		
% 0 symptomen	50,9**	58,6
% 1-2 symptomen	26,9**	20,8
% 3-4 symptomen	7,4	7,2
% 5-9 symptomen	7,4	6,9
% 10 of meer symptomen	7,4	6,2
psychosociale problemen		
% geen problemen	40,0**	46,4
% 1-2 problemen	34,9	32,0
% 3-5 problemen	19,3**	15,4
% 6 of meer problemen	5,7	6,2
ziekteverzuim		
% rustiger aan	16,1*	13,8
% verzuim	26,6**	18,6
% bedrust	26,9	28,3

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

De doorsnee inwoner van Almere geeft, in vergelijking tot inwoners van de rest van Nederland, aan meer last te hebben van problemen met de gezondheid. Daarbij gaat het zowel om acute, somatische klachten als het voorkomen van psychische en psycho-sociale problematiek. De eigen gezondheid wordt minder vaak als '(heel) goed' gekwalificeerd en de percentages ondervraagde personen die aangeven het gedurende een periode wat rustiger aan te hebben gedaan of hun dagelijkse bezigheden verzuimd hebben ligt hoger dan in de rest van Nederland. Gegeven het feit dat het gebruik van gezondheidsvoorzieningen vooral bepaald zal worden door de aanwezigheid van ziekte of het gevoel niet gezond te zijn, zullen deze verschillen in morbiditeit (los van andere zaken) resulteren in een hogere medische consumptie door de Almeerse populatie. Met dit gegeven moet bij het vellen van een oordeel over het al dan niet bereiken van de doelstellingen rekening worden gehouden.

4.4.2. Medewerking van organisaties

Basisvoorwaarde voor het bereiken van de doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere is dat afzonderlijke instellingen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg zich schikken naar het 'Almeerse model'. Dat geldt zowel voor instellingen binnen Almere, als voor instellingen buiten Almere gevestigd maar die in Almere vorm moeten geven aan het stelsel van zorgvoorzieningen'. De conditie is dat er, wat deze aspecten betreft, bij de aanvang van het experiment geen belemmeringen zijn en dat er gedurende het Experiment Gezondheidszorg Almere ook geen belemmeringen worden opgeworpen.

Voor een groot deel van de bij de gezondheidszorg in Almere betrokken organisaties gold dat in Almere vanuit een 'blanco' situatie en met een schone lei begonnen kon worden. Een goed voorbeeld hiervan is Stichting EVA. De EVA is, zo blijkt uit de verslaglegging van de Stuurgroep, moeizaam tot stand gekomen, maar kon na het tot stand komen gaan functioneren als een 'nieuwe' organisatie. Waar sprake lijkt van echt nieuwe organisaties, lijkt aan de conditie te worden voldaan.

Voor het Almeerse Flevoziekenhuis ligt de situatie anders. Het betrekken van een nieuw gebouw op 6 maart 1991 en het aanvaarden van een nieuwe naam, maskeren dat er feitelijk sprake is van de overplaatsing van het bestaande Amsterdamse Burgerziekenhuis met een

bestaande organisatiestructuur en een ander cultuur van werken. Een aantal knelpunten, die zijn ontstaan bij de inbedding van het 'nieuwe' Flevoziekenhuis in de experimentele Almeerse opzet, zijn rechtstreeks te herleiden naar dit gegeven. Voorbeelden zijn de discussies over een loondienstverband voor alle medisch specialisten, de omvang van het ziekenhuis en de afstemming van werkzaamheden van zorgverleners in de eerste lijn en medewerkers van het ziekenhuis. Een factor die bij het laatstgenoemde punt nog een extra complicatie vormde is het feit dat het ziekenhuis pas gerealiseerd is in de eindfase van het experiment Almere. Voor 1991 was er van een band tussen de Almeerse eerste lijn en het Amsterdamse Burgerziekenhuis nauwelijks sprake. Dit is van invloed geweest op de mate waarin middelen, die zich richten het ziekenhuis en de samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsdisciplines, gerealiseerd konden worden. Hier geldt dat veel minder is voldaan aan de in de aanhef van deze subparagraaf aangehaalde conditie.

4.4.3. De regelgeving

Een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van geplande middelen en doelen worden bereikt is dat de formele regelgeving realisatie van het geplande programma mogelijk met maken.

In de procesbeschrijving is op een aantal plaatsen al aangestipt dat de bestaande regelgeving in Nederland niet of nauwelijks is afgestemd op een experiment als Almere. Dat geldt zowel voor de regelgeving die betrekking heeft op de structuur van voorzieningen, de wijze waarop aan deze structuren vorm wordt gegeven, als aan de financiële randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan. Weliswaar is het mogelijk gebleken, eerst via afspraken en later via het BEGA, het Experiment Gezondheidszorg Almere een wettelijke basis te geven, doch dit betekent niet dat alle wettelijke barrières konden worden geslecht. Het is al eerder gezegd, doch ook in deze paragraaf moet vermeld worden dat het onmogelijk is gebleken regels die gesteld worden aan de financiering van voorzieningen te doorbreken via één financieel kader. Het ontbreken van zo'n samenhangend kader maakt het voeren van een integraal zorgbeleid en de realisatie van een integraal zorgaanbod waarbij disciplines, instellingen en echelons elkaar niet langer zien als concurrenten, tot een wel erg moeilijk realiseerbare opgave.

4.4.4. Continuïteit in het gezondheidszorgbeleid

Met betrekking tot het beleid dat door overheid op het terrein van de gezondheidszorg wordt gevoerd geldt de conditie dat er, gedurende de looptijd van het experiment Almere, sprake zou moeten zijn van continuïteit in de beleidslijn en beleidsuitgangspunten.

Net als voor de regelgeving geldt dat in de procesbeschrijving uitgebreid is ingegaan op de mate waarin er gedurende het experiment sprake is geweest van één, consistent beleid. We willen ons hier dan ook beperken tot de constatering dat aan de conditie van continuïteit in beleid en uitgangspunten niet is voldaan. Voor de overheid geldt dat, tijdens de looptijd van het experiment Almere, de aandacht verschuift van planmatige en overheidsgestuurde ontwikkelingen naar een meer prominente rol voor de marktpartijen. Bij de financiers van gezondheidszorgvoorzieningen zien we in dezelfde periode een verschuiving van waarbij begrippen als kwaliteit, continuïteit en zorg op maat vooral worden bekeken in het licht van de daaraan verbonden kostenaspecten. In hoeverre dit gegeven, dat aan genoemde conditie niet is voldaan, van invloed is geweest op de realisatie van de in te zetten middelen en de relatie tussen middelen en uiteindelijk bereikte resultaten, is moeilijk aan te geven.

4.5. Conclusies met betrekking tot de gerealiseerde middelen en de in de praktijk opgetreden condities

Eén van de slotconclusies op basis van de procesbeschrijving van hoofdstuk 3 luidde, dat de structuur zoals voorzien in het Experiment Gezondheidszorg Almere grotendeels is gerealiseerd. In dit vierde hoofdstuk is in meer systematische zin nagegaan of de geplande middelen aan het eind van het Experiment Gezondheidszorg Almere ook daadwerkelijk inzetbaar zijn. Daarbij is het onderscheid aangehouden naar middelen gericht op het bereiken van substitutie van zorg, kwalitatief goede zorg en kostenbeheersing.

In zijn algemeenheid kan worden geconcludeerd dat de middelen die zich vooral richten op de structuur van voorzieningen voor een belangrijk deel zijn gerealiseerd. Belangrijke terreinen waar dit niet is gelukt zijn het in loondienst komen van medisch specialisten en het

werken van alle Almeerse zorginstellingen vanuit één gemeenschappelijk financieel kader. Het niet realiseren van deze beide middelen kan consequenties hebben voor het bereiken van de doelstellingen op elk van de drie genoemde terreinen. Met betrekking tot de op de inhoud van het zorgproces gerichte middelen moet worden vastgesteld, dat de geplande middelen hier in mindere mate zijn gerealiseerd. Dat geldt met name voor middelen, waar er sprake is van samenwerking en afstemming van werkzaamheden tussen eerste- en tweedelijnsdisciplines en binnen de intramurale sector. Op deze terreinen lijkt het erop dat het niet realiseren van de ingeschatte condities hun sporen hebben nagelaten.

Conditie die belemmerend hebben gewerkt liggen vooral op het terrein van de snelle bevolkingsgroei die energie heeft onttrokken aan de processen gericht op het welslagen van de inhoudelijke doelstellingen. De grote hoeveelheid energie die gestoken moest worden in het opbouwen van de organisatie en het bijhouden van de groei in het aanbod aan voorzieningen als reactie op de bevolkingstoename, maakte dat de inhoudelijke activiteiten en het werken aan de samenhang binnen de organisatie en tussen de zorginstellingen in de knel kwamen, zo concludeert de EVA in één van de meest recent uitgebrachte jaarverslagen. Daarnaast geldt dat de keuze voor overplaatsing van het Burgerziekenhuis, gelet op zijn andere structuur en cultuur, inhoudelijk gezien waarschijnlijk niet de meest gelukkige is geweest. Tenslotte geldt dat ook de veranderingen in het overheidsbeleid zijn weerslag hebben gehad op het verloop van het Experiment Gezondheidszorg Almere en daarmee op de mate waarin middelen zijn gerealiseerd.

5. SUBSTITUTIE VAN ZORG

Substitutie van zorg is één van de centrale thema's van het Experiment Gezondheidszorg Almere. Substitutie kan enerzijds worden gezien als middel om een hoger gelegen doel: kostenbeheersing (en kostenreductie) te bereiken. Anderzijds kan substitutie ook worden opgevat als doel op zich, waarbij de bijbehorende middelen gezocht moeten worden in de structuur van voorzieningen en de inhoud van de wijze waarop zorg wordt verleend. In dit hoofdstuk gaat het om substitutie van zorg als een na te streven doel. Nagegaan zal worden of de in hoofdstuk 2 gepresenteerde operationele doelen ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd.

Bij de paragraafindeling van dit hoofdstuk wordt aangesloten bij het in hoofdstuk 2 gepresenteerde schema. Dit betekent dat er onderscheid wordt gemaakt naar (1) substitutie binnen de intramurale sector en van intramurale naar poliklinische zorg, (2) substitutie van tweedenaar eerstelijnszorg, en (3) substitutie van professionele zorg naar preventieve zorg, zelfzorg en mantelzorg. Elke subparagraaf begint met een veronderstelling of hypothese waarvan het realiteitsgehalte zal worden getoetst aan de hand van de onderzoeksbevindingen op het betreffende deelterrain.

Bij de presentatie van onderzoeksgegevens zal waar mogelijk rekening worden gehouden met bijzondere bevolkingsopbouw van Almere naar leeftijd en geslacht. Dit gebeurt via standaardisatie. Deze standaardisatie geschiedt op twee manieren. De eerste manier is dat Almeerse cijfers als het ware worden omgerekend naar cijfers in een situatie waarin de bevolkingsopbouw van Almere naar leeftijd en geslacht identiek is aan Nederland. In dat geval wordt gesproken van 'Almere gestandaardiseerd'. De andere manier is dat Nederlandse cijfers worden omgerekend, en net wordt gedaan alsof Nederland qua leeftijds- en geslachtsverdeling gelijk is aan Almere. In dat geval spreken we van 'Nederland gestandaardiseerd'. Deze laatste methode van standaardisatie is met name terug te vinden bij de presentatie van gegevens over het gebruik van intramurale voorzieningen.

5.1. Substitutie in de intramurale sector

Bij de verschuivingen binnen de intramurale sector zijn binnen de experimentele opzet van de Almeerse gezondheidszorg vijf subdoelen geoperationaliseerd. Deze doelen betreffen een verschuiving van klinische naar poliklinische zorg, een verschuiving van intramurale zorg naar dagbehandeling, verkorting van de opnameduur, beperking van het aantal doorverwijzingen binnen de intramurale sector en een verschuiving van verpleeg- naar verzorgingshuis. De eerste vier geoperationaliseerde doelen betreffen de wijze waarop de ziekenhuisfunctie voor inwoners van Almere wordt ingevuld. Daarbij is van belang dat een eigen Almeers ziekenhuis pas in maart 1991 is gerealiseerd. Voor deze datum was de bevolking van Almere aangewezen op een aantal ziekenhuizen buiten Almere, waarbij circa 80% van alle opnamen verspreid over vijf verschillende ziekenhuizen plaatsvindt.

Tabel 5.1 laat zien dat in deze periode het Gooi-Noord ziekenhuis in Naarden-Bussum en het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam het grootste deel voor de opnamen uit Almere voor hun rekening nemen.

Tabel 5.1. Aantallen opnamen in de verschillende ziekenhuizen in en rond Almere tussen 1983 en 1991, in percentages

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Ziekenhuis									
Gooi-Noord	55	48	43	38	34	31	29	26	10
A.M.C.	9	16	19	21	23	24	27	25	17
A.Z.V.U.	5	6	5	5	6	6	5	5	4
O.L.V.G.	5	4	5	3	4	4	5	4	3
Burger/Flevoland	4	9	12	13	15	16	17	22	54
Overig Amsterdam	14	9	10	13	10	10	7	8	5
Overig	8	7	6	7	8	9	10	10	7
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Absoluut	3.527	4.343	4.833	5.082	5.542	5.837	6.458	7.091	8.089

Het aandeel van de opnamen in de Gooi-Noord ziekenhuizen laat tussen 1983 en 1991 een gestage daling zien, terwijl het aandeel van het AMC tot 1989 langzaam groeit. Ook de patiëntenstroom naar het Burgerziekenhuis laat tot 1991 een gestage groei zien. In 1991 zijn de aantallen patiënten uit Almere opgenomen in het Burgerziekenhuis en het Flevoziekenhuis samengevoegd. Deze combinatie neemt iets

meer dan de helft van het aantal opnamen voor zijn rekening. Het feit dat tot 1991 de aantallen opnamen vanuit Almere betrekking hebben op een groot aantal ziekenhuizen buiten Almere, maakt dat een specifiek Almeers opnamebeleid waarvoor overleg tussen eerste lijn en ziekenhuis noodzakelijk is moeilijk realiseerbaar zal zijn geweest. Pas in 1991, na de opening van het Flevoziekenhuis, zal zo'n beleid gestalte kunnen krijgen, waarbij 1991 is aan te merken als een overgangsjaar van de oude naar de nieuwe situatie. Substitutie via meer verrichtingen in de eerste lijn, waardoor minder mensen hoeven worden te verwezen en uiteindelijk minder mensen worden opgenomen, blijft natuurlijk wel mogelijk.

5.1.1. Verschuiving van klinische naar poliklinische zorg

In Almere worden, in vergelijking met Nederland, relatief veel verrichtingen in het ziekenhuis poliklinisch uitgevoerd. (Hypothese H5.1)

Voor het toetsen van deze veronderstelling zijn tot 1991 geen gegevens beschikbaar die het mogelijk maken de aantallen poliklinische en klinische verrichtingen voor inwoners in Almere, verricht in ziekenhuizen buiten Almere, te vergelijken. De gegevens die beschikbaar zijn hebben betrekking op 1991, zijnde het jaar van opening van het Flevoziekenhuis. Productiecijfers van dit nieuwe Almeerse ziekenhuis kunnen worden vergeleken met productiecijfers van enkele andere ziekenhuizen in gemeenten, die qua omvang en bevolkingsopbouw lijken op Almere.

Aan een dergelijke vergelijking zitten haken en ogen. In de eerste plaats geldt dat 1991 voor het Almeerse Flevoziekenhuis een jaar is van wennen aan de nieuwe situatie in een nieuw ziekenhuis. Het jaarverslag van het Flevoziekenhuis, waaruit de gegevens afkomstig zijn, spreekt op een aantal plaatsen dan ook van 'een ontdekkingsjaar'. Van een stabiele situatie is derhalve nog geen sprake, hetgeen wel geldt voor de ziekenhuizen waarmee het Flevoziekenhuis wordt vergeleken. In de tweede plaats geldt dat, door het ontbreken van de daarvoor benodigde informatie, het niet mogelijk is te corrigeren voor verschillen in de samenstelling van de patiëntenpopulatie en dat geen rekening kan worden gehouden met het feit dat niet iedere opname in Almere ook werkelijk een inwoner van Almere betreft. Een derde punt

is dat de Almeerse cijfers geen jaarcijfers zijn, maar betrekking hebben op de periode na de opening van het Flevoziekenhuis op 6 maart 1991.

In tabel 5.2 zijn, per specialisme, de verhoudingen weergegeven tussen het aantal opnamen en het totaal aantal polikliniekbezoeken. Hierbij is het aantal opnamen gedeeld door het aantal polikliniekbezoeken. Een verschuiving van klinische naar poliklinische zorg zou moeten resulteren in relatief veel polikliniekbezoeken en weinig opnamen en dus in een laag verhoudingsgetal.

Tabel 5.2. Verhouding tussen de aantallen opnamen en het aantal polikliniekbezoeken in het Almeerse Flevoziekenhuis en enkele ziekenhuizen in vergelijkbare gemeenten, ratio's per specialisme. (Bron: jaarverslagen Flevoziekenhuis, St. Antoniusziekenhuis, Waterlandziekenhuis, 't Lange Land ziekenhuis over 1991)

	Flevoziekenhuis Almere	St. Antoniuszh. Nieuwegein	Waterlandzh. Purmerend	Lange Landzh. Zoetermeer
cardiologie	.23	.23	.10	-
chirurgie	.09	.10	.10	.11
dermatologie	.00	.00	.02	.00
gynaecologie	.13	.20	.18	.12
interne geneeskunde	.11	.06	.07	.10
keel-, neus, oorheelkunde	.02	.05	.03	.02
kindergeneeskunde	.16	.17	.12	.15
longziekten	.12	.17	.09	-
neurologie	.08	.11	.08	.07
oogheelkunde	.02	.03	.01	.02
orthopaedie	.10	.06	.09	-
urologie	.06	.09	.08	-
totaal	.086	.092	.078	.068

De verhouding tussen het totaal aantal opnamen en polikliniekbezoeken komt voor het Almeerse Flevoziekenhuis op .086 uit. Op elke 1000 polikliniekbezoeken vinden er in het Almeerse Flevoziekenhuis 86 opnamen plaats. Wat minder dan de 92 opnamen op 1000 polikliniekbezoeken in het St. Antoniusziekenhuis in Nieuwegein, terwijl voor de ziekenhuizen in Purmerend en Zoetermeer geldt dat het aandeel van de polikliniekbezoeken in vergelijking tot het Flevoziekenhuis relatief hoog is. Hetzelfde geldt voor de IJsselmeerziekenhuizen in Lelystad en Emmeloord waar op elke 66 opnamen 1000 polikliniekbezoeken

worden geregistreerd. Per specialisme geeft tabel 5.2 een wisselend beeld, waarbij in Almere relatief lage ratio's gelden gynaecologie en urologie en relatief hoge ratio's voor cardiologie en interne geneeskunde.

Maken we onderscheid tussen eerste polikliniekbezoeken en herhalingsbezoeken, dan maken in het Flevoziekenhuis de 1e polikliniekbezoeken ruim 39% uit van het totaal. Voor de vier andere aangehaalde ziekenhuizen liggen deze percentages tussen de 26% en 30%. Mogelijk dat het grote aandeel van 1e polikliniekbezoeken verband houdt met het net geopend zijn van het Flevoziekenhuis en de vestiging in Almere van (gedeeltelijk) nieuwe specialismen.

Naast ratio's voor opnamen en polikliniekbezoeken is, weergegeven in tabel 5.3, informatie beschikbaar over het aandeel van de poliklinische zorg bij de verschillende functie-afdelingen.

Opvallend zijn in het Flevoziekenhuis het relatief grote aantal poliklinische bevallingen en het geringe aandeel van de poliklinische verrichtingen op de fysiotherapie-afdeling. Dit laatste is in overeenstemming met de afspraken die in Almere tussen de eerste lijn en het ziekenhuis zijn gemaakt. Voor fysiotherapie na ziekenhuisopname wordt de patiënt in principe verwezen naar fysiotherapeuten in de gezondheidscentra. Overigens geldt dat in 1992 bij fysiotherapie het aandeel van de poliklinische behandelingen uitkomt op ruim 26%, zodat bij het functioneren van de afspraken op de wat langere termijn vraagtekens kunnen worden gezet.

Op basis van de (weinige) beschikbare gegevens die ons ten dienste staan moeten we concluderen dat het Almeerse Flevoziekenhuis zich in eerste tien maanden van zijn bestaan nog niet heeft kunnen profileren als een instelling waarin relatief veel poliklinische behandelingen worden uitgevoerd in vergelijking met het aantal patiënten dat wordt opgenomen. Op onderdelen, zoals bijvoorbeeld bij gynaecologische verrichtingen, lijkt dit beter te lukken.

Tabel 5.3. Klinisch en poliklinisch gebruik van functie-afdelingen in het Flevoziekenhuis en een aantal ziekenhuizen in vergelijkbare gemeenten. (Bron: Jaarverslagen Flevoziekenhuis, St. Antonius-ziekenhuis, Waterland ziekenhuis en 't Lange Land ziekenhuis over 1991)

	Flevo- ziekenhuis	St. Antonius ziekenhuis	Waterland ziekenhuis	't Lange Land ziekenhuis
gebruik verloskamer				
totaal	634	1.220	1.195	1.043
% poliklinisch	71%	27%	30%	33%
operatiekamer				
totaal	7.170	-	27.414	7.224
% poliklinisch	67%	-	69%	
functie-afdeling, verrichtingen				
totaal	25.638	-	42.935	9.750
% poliklinisch	76%	-	83%	77%
fysiotherapie-afdeling				
totaal	12.357	102.882	38.715	-
% poliklinisch	11%	24%	36%	-
klinisch-chemisch lab. punten				
totaal	1.195.371	6.170.573	1.801.307	1.960.195
% poliklinisch	64%	35%	60%	64%
röntgenafdeling				
totaal	27.758	111.399	52.700	37.730
% poliklinisch	83%	60%	81%	81%

5.1.2. Verschuiving van klinische zorg naar dagbehandeling

In Almere is er, in vergelijking tot Nederland, bij ziekenhuisopname relatief vaak sprake van dagbehandeling. (Hypothese H5.2)

De bouw en inrichting van het Flevoziekenhuis in Almere is afgestemd op substitutie van zorg via relatief veel poliklinische- en dagbehandelingen. De vraag is of de vijftien dagbehandelingsplaatsen optimaal worden benut. Voor het beantwoorden van deze vraag gelden dezelfde restricties als in de vorige subparagraaf, hetgeen betekent dat ook hier in principe alleen gegevens over 1991 beschikbaar zijn. Daarnaast is voor het Flevoziekenhuis ook het aantal dagbehandelingen in

1992 bekend. Gegevens voor het Flevoziekenhuis worden vergeleken met enkele andere ziekenhuizen.

Het aantal dagbehandelingen in het Flevoziekenhuis komt in 1991 uit op 1030, ofwel circa 23% van het totaal aantal opnamen. In 1992 bedraagt het aantal dagbehandelingen 1882 bij een totaal aantal opnamen van 6288, hetgeen neerkomt op circa 30 procent. Voor de ziekenhuizen in Lelystad, Purmerend en Zoetermeer komen de vergelijkbare percentages uit op respectievelijk 30%, 31% en 54%. Derhalve moeten we vaststellen dat het aandeel van dagbehandelingen in het Flevoziekenhuis in 1991 relatief gering is en in 1992 niet uit zal komen boven het aandeel dat deze vorm van behandeling heeft in ziekenhuizen in vergelijkbare gemeenten. De hypothese, gesteld aan het begin van deze subparagraaf, wordt niet bevestigd door de onderzoeksbevindingen voor de jaren 1991 en 1992, met als beperking dat de verrichtingen in het Almeerse Flevoziekenhuis enkel zijn vergeleken met verrichtingen in ziekenhuizen in een aantal vergelijkbare gemeenten.

5.1.3. Verschuiving van verpleeg- naar verzorgingshuis

In Almere, in vergelijking met Nederland, maken zorgbehoefigen relatief veel gebruik van de diensten van een verzorgingshuis en weinig van de verpleeghuisfunctie. (Hypothese H5.3)

Door het ontbreken van onderzoeksgegevens kan deze veronderstelling niet worden getoetst. Uit het onderzoek naar het functioneren van het gecombineerde verpleeg- en verzorgingshuis 'De Kiekendief' blijkt (Fahrenfort & Plaisier, 1993), dat de bewoners van het verzorgingshuisdeel wat minder zorgbehoefig zijn dan de gemiddelde verzorgingshuisbewoner in Nederland. Met betrekking tot de bewoners van het verpleeghuisdeel zijn de verschillen met Nederland klein.

5.1.4. Doorverwijzingen binnen de intramurale sector

In Almere worden, in vergelijking met Nederland, relatief weinig patiënten doorverwezen van de ene naar de andere medisch specialist. (Hypothese H5.4)

Recente gegevens over het aantal doorverwijzingen binnen de intramurale sector ontbreken voor zowel Almere als voor de rest van Nederland. Het enige cijfer dat beschikbaar is dateert uit 1985 en komt uit een onderzoek naar de verwijspatronen van de Almeerse huisartsen. Vastgesteld werd dat circa 3% van alle geregistreerde verwijzingen vallen in de categorie 'van specialist A naar specialist B'. Ter vergelijking: een soortgelijke vraag gesteld aan huisartsen in Lelystad in 1982, levert een percentage op van 2%. Op basis van deze summiere gegevens is het niet mogelijk vast te stellen of onze veronderstelling over het aantal doorverwijzingen correct is.

5.1.5. Verkorting van de opnameduur in intramurale voorzieningen

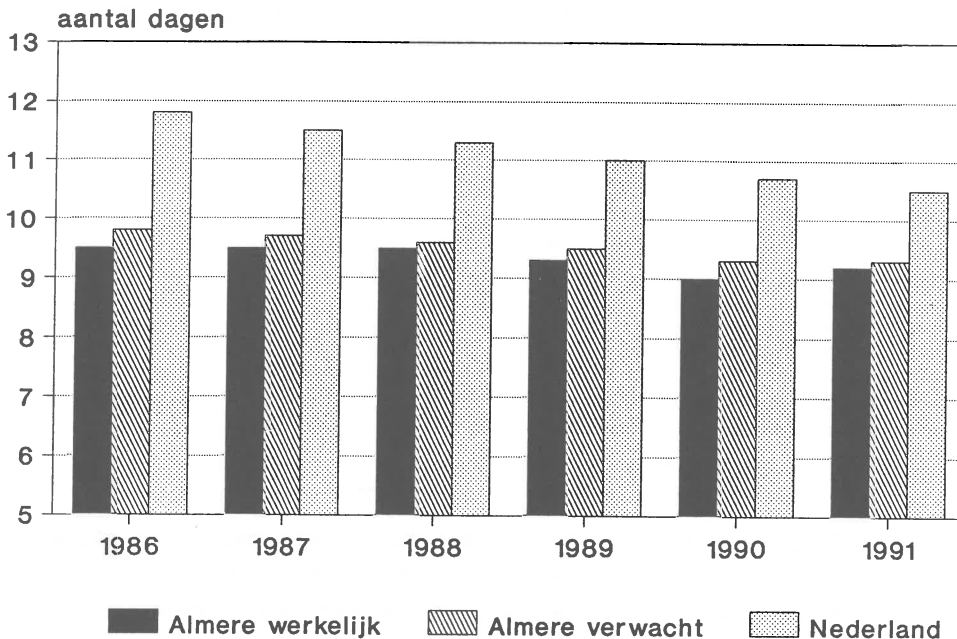
In Almere is er, in vergelijking met Nederland, bij ziekenhuisopnamen sprake van een relatief korte ligduur. (Hypothese H5.5)

De projectplannen van het Experiment Gezondheidszorg Almere, gaan uit van een gebruik van ziekenhuisbedden dat, omgerekend naar landelijke maatstaven, in 1993 uit zou moeten komen op 3 per 1000 inwoners. Middelen om dit doel te bereiken zijn beperking van het aantal opnamen en verkorting van de ligduur. In deze subparagraaf richten we ons op de ligduur, waarbij we beschikken cijfers die betrekking hebben op de periode tussen 1986 en 1992.

Figuur 5.1 laat zien dat de gemiddelde verpleegduur voor inwoners van Almere in 1991 nagenoeg gelijk is aan het gestandaardiseerde cijfer voor Nederland. Over de gehele periode ligt het Almeerse cijfer (na standaardisatie) een fractie onder het gemiddelde voor geheel Nederland.

Kijken we naar de gemiddelde ligduur in het Flevoziekenhuis dan komt dit cijfer in 1991 uit op 9,0 dagen, terwijl in 1992 de gemiddelde ligduur in het Flevoziekenhuis 8,7 dagen bedraagt. De IJsselmeer Ziekenhuizen in Lelystad en Dronten, het Waterland Ziekenhuis in Purmerend, 't Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer en het St. Antoniusziekenhuis in Nieuwegein laten een gemiddelde verpleegduur zien van respectievelijk 9,4 dagen, 8,7 dagen, 9,3 dagen en 10,6 dagen.

Figuur 5.1. Verpleegduur in de periode 1986-1991 in Almere en Nederland (gestandaardiseerd), gemiddeld aantal dagen per opname (Bron: NZI-rapporten Klinische Consumptie Almere 1986 e.v.)



Bij de vergelijking op het niveau van afzonderlijke ziekenhuizen is geen rekening gehouden met verschillen tussen de ziekenhuizen voor wat betreft het patiëntenbestand en de specialismen die in de betreffende ziekenhuizen zijn vertegenwoordigd. Opdeling van de gemiddelde verpleegduur naar specialisme lijkt derhalve zinvol. Voor het Flevoziekenhuis beschikken we daarbij over gegevens over 1991 en 1992. De getallen voor Almere in zijn totaliteit en Nederland hebben betrekking op 1991.

Inwoners van Almere hebben bij opname in een ziekenhuis, een relatief lange gemiddelde verpleegduur bij de specialismen cardiologie en psychiatrie. Ook bij urologie en keel-, neus en oorheelkunde zijn het gemiddeld aantal dagen dat men in het ziekenhuis verblijft in Almere wat langer, maar de verschillen met Nederland zijn hier minder groot. Een lage gemiddelde verpleegduur in Almere geldt voor inwendige geneeskunde, longziekten, kindergeneeskunde, chirurgie, orthopaedie en neurologie.

Tabel 5.4. Gemiddelde verpleegduren per specialisme in het Almeerse Flevoziekenhuis, voor de Almeerse bevolking en geheel Nederland in 1991. (Bron: Jaarverslagen Flevoziekenhuis, 1991 en 1992)

Specialisme	Flevoziekenhuis		Almere 1991	Nederland 1991
	1991	1992		
Inwendige geneeskunde	14,5	14,7	12,7	14,2
Longziekten en tuberculose	13,5	14,5	13,6	15,2
Cardiologie	9,8	8,8	9,8	8,6
Kindergeneeskunde	7,9	6,8	7,8	9,9
Chirurgie	8,2	8,4	9,2	11,0
Orthopaedie	10,7	10,5	9,3	11,2
Urologie	8,0	6,9	9,2	8,7
Plastische chirurgie	-	-	5,3	5,8
Neurochirurgie	-	-	12,6	12,6
Cardiopulmonale chirurgie	-	-	13,1	13,8
Oogheelkunde	3,6	3,2	4,0	5,2
Keel-, neus- en oorheelkunde	5,2	5,1	4,8	4,6
Mondheelkunde	-	3,5	4,3	5,0
Verloskunde/gynaecologie	5,5	5,8	5,7	5,8
Neurologie	13,8	13,7	12,8	15,1
Psychiatrie	-	-	62,2	39,7

Vergelijking van het gemiddeld aantal verpleegdagen per specialisten in het Flevoland ziekenhuis met het landelijk gemiddelde, laat een relatief lange opnameduur zien voor inwendige geneeskunde en keel-, neus- en oorheelkunde. Relatief korte verpleegduren zijn er bij kindergeneeskunde, chirurgie, urologie, oogheelkunde en neurologie.

Vatten we deze onderzoeksresultaten samen, dan lijkt de hypothese dat er in Almere sprake is van een relatief korte ligduur bij ziekenhuisopname te worden bevestigd. De verschillen tussen Almere en Nederland zijn, na standaardisatie, weliswaar klein tot zeer klein, maar wijzen wel consequent in de richting van een wat kortere verpleegduren van inwoners van Almere.

5.2. Substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg

Maatregelen die binnen intramurale voorzieningen worden getroffen en die zijn gericht op substitutie hebben een uitstralend effect naar de werkzaamheden die in de eerste lijn worden verricht. Omgekeerd geldt dat naarmate het takenpakket van de eerstelijnsdisciplines breder is, minder mensen een beroep hoeven te doen op de intramurale sector. Het mes snijdt aan twee kanten. In deze paragraaf zal

worden gekeken naar zowel de verrichtingen en opnamen in de tweede lijn, als naar de wijze waarop de eerste lijn in Almere haar taken vervult. Aan de orde komen (1) beperking van de aantallen opnamen in intramurale voorzieningen, (2) beperking van het aantal verrichtingen in de intramurale sector, (3) het verwijzen door eerste-lijnsdisciplines, (4) aantallen verrichtingen uitgevoerd binnen de eerste lijn, (5) de Almeerse EHBO-functie, en (6) de verpleeg- en verzorgingshuisfunctie.

5.2.1. Beperking van het aantal opnamen

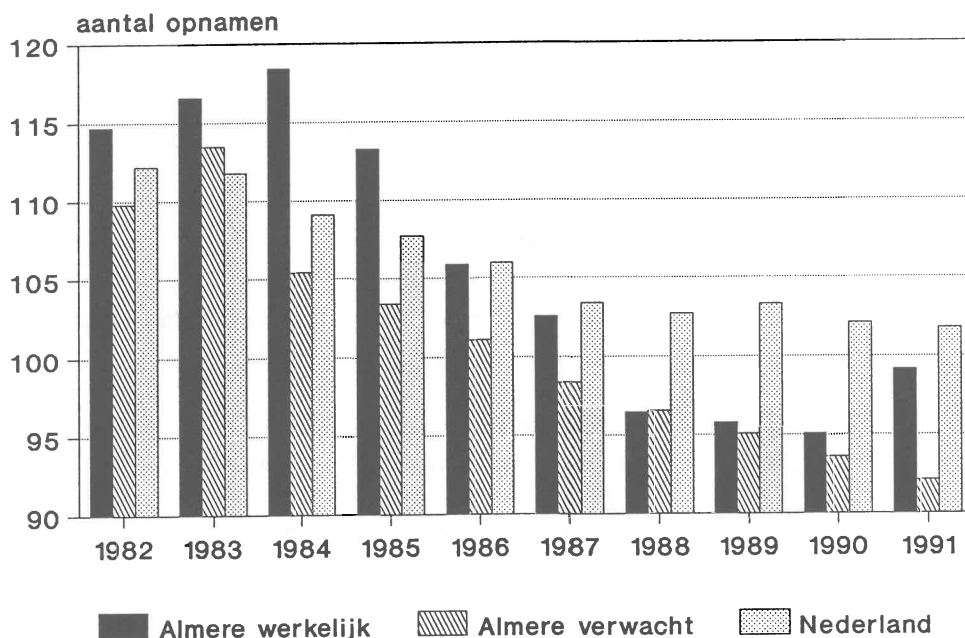
In Almere is, in vergelijking tot Nederland, het aantal ziekenhuisopnamen per 1000 inwoners relatief laag. (Hypothese H5.6)

Een van de meest doeltreffende manieren om te komen tot substitutie van zorg is beperking van het aantal opnamen in ziekenhuizen. Een van de middelen die hiertoe kunnen worden aangewend is een krappe planning van het aantal ziekenhuisbedden. Dit is gerealiseerd in Almere zelf, zij het dat uitstroom naar andere ziekenhuizen in de regio natuurlijk wel mogelijk blijft.

De opnamecoëfficiënt voor inwoners van Almere is, rekening houdend met de bijzondere bevolkingsopbouw van Almere, niet lager dan in Nederland in zijn totaliteit. De Nederlandse cijfers zijn daarvoor gestandaardiseerd, waarbij als het ware voor Nederland de leeftijdsopbouw van Almere wordt aangehouden (ofwel een indirecte standaardisatie). 'Almere werkelijk' wordt in dat geval vergeleken met 'Nederland, gestandaardiseerd'.

De cijfers voor Almere laten tussen 1984 en 1990 een dalende trend zien in het aantal opnamen per 1000 inwoners, doch dit geldt evenzeer voor Nederland. De trend naar kleiner wordende verschillen wordt in 1991 onderbroken als gevolg van de opening van het Flevo-ziekenhuis, waarbij de cijfers voor 1992 en verder moeten uitwijzen of hier daadwerkelijk sprake is van een trendbreuk of een incident.

Figuur 5.2. Aantal opnamen in ziekenhuizen van inwoners uit Almere tussen 1982 en 1992, aantallen per 1000 inwoners



Per specialismen zijn gegevens over 1991 beschikbaar voor zowel opnamen in het Flevoziekenhuis, opnamen van alle Almeerse patiënten en het (gestandaardiseerde) aantal opnamen per specialisme in Nederland. Deze gegevens zijn weergegeven in tabel 5.5.

Bij inwendige geneeskunde (+28%), cardiologie (+60%), kindergeneeskunde (+29%), orthopaedie (+17%) en neurochirurgie (+42%), liggen de gerealiseerde aantallen opnamen aanzienlijk boven de aantallen die (na correctie) gemiddeld in Nederland gelden. De aantallen opnamen op de afdeling keel-, neus- en oorheelkunde komen voor Almere aanzienlijk lager uit dan in de rest van Nederland. Voor de overige specialismen zijn de verschillen tussen Almere en Nederland klein.

Aannemende dat het totaal aantal opnamen evenwichtig gespreid is over het jaar, hetgeen inhoudt dat er na 6 maart 1991 in totaal ongeveer 6650 opnamen vanuit Almere zijn geweest, dan geldt dat het Flevoziekenhuis hiervan 2/3 voor haar rekening neemt. Na 6 maart

1991 is er een relatief grote uitstroom bij de specialisten: inwendige geneeskunde (+48%), orthopaedie (+40%) en keel-, neus- en oorheelkunde (68%). Bij cardiologie en kindergeneeskunde zijn de patiëntenstromen meer dan gemiddeld omgebogen in de richting van het Flevoziekenhuis.

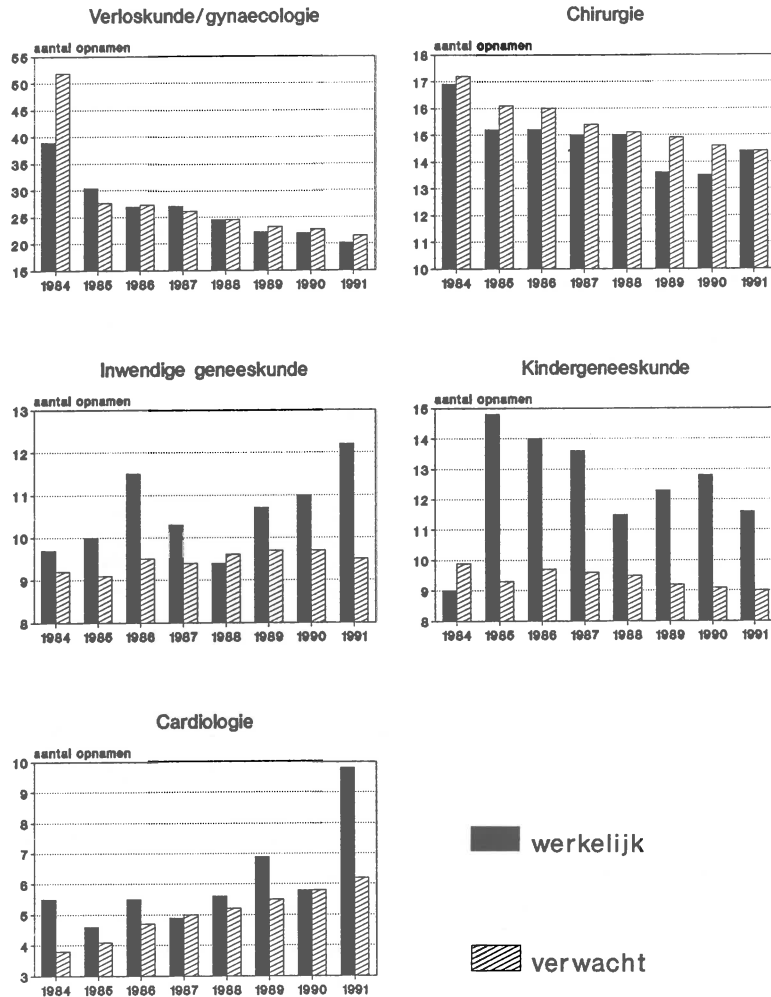
Tabel 5.5. Aantallen ziekenhuisopnamen vanuit Almere in 1991 per specialisme, verwacht en gerealiseerd

	Flevoziekenhuis werkelijk	Almere totaal werkelijk	Almere verwacht
Inwendige geneeskunde	490	995	775
Longziekten	141	226	206
Cardiologie	581	801	503
Kindergeneeskunde	687	945	735
Chirurgie	713	1.174	1.177
Orthopaedie	270	549	471
Urologie	151	279	270
Plastische chirurgie	-	142	147
Neurochirurgie	-	136	96
Oogheelkunde	138	222	193
KNO	80	300	414
Verloskunde/gynaecologie	915	1.647	1.755
Neurologie	262	434	449
Andere specialisten	6	239	316
Totaal	4.434	8.089	7.507

Voor de vijf specialismen uit tabel 5.5 met de meeste opnamen worden in figuur 5.3 de trendmatige ontwikkelingen gegeven tussen 1984 en 1991.

Verloskunde laat, zowel in de verwachte aantallen als bij de gerealiseerde opnamen, een dalende trend zien waarbij werkelijkheid en verwachting elkaar niet veel ontlopen. Bij chirurgie is er een sprongsgewijs dalende trend in de werkelijke aantallen opnamen die wordt onderbroken in 1991, terwijl de verwachting gelijkmatig daalt. De opnamecoëfficiënt voor inwendige geneeskunde en kindergeneeskunde fluctueert, waarbij de werkelijke cijfers over de gehele lijn hoger liggen dan de cijfers die verwacht zouden kunnen worden op basis van de bijzondere bevolkingsopbouw van Almere. Bij cardiologie tenslotte zien we een stijgende trend voor wat betreft de verwachte cijfers, terwijl bij het werkelijke aantal opnamen varieert maar het voortschrijdend gemiddelde stijgt.

Figuur 5.3. Aantallen opnamen per 1000 inwoners in Almere voor de vijf grote specialismen, ontwikkeling tussen 1984 en 1991



Vatten we deze resultaten met betrekking tot het aantal opnamen per 1000 inwoners samen, waarbij rekening wordt gehouden met de bijzondere bevolkingsopbouw van Almere, dan geldt onze voorspelling van een relatief lage opnamecoëfficiënt in Almere als zijnde verworpen.

5.2.2. Beperking van het aantal verrichtingen in de tweede lijn

In Almere is er, in vergelijking tot Nederland, sprake van relatief weinig klinische en poliklinische verrichtingen. (Hypothese H5.7)

Het uitgangspunt dat tweedelijnszorg een aanvulling is op de zorg die wordt verleend door eerstelijnsdisciplines kan voor wat betreft de aantallen verrichtingen op twee manieren worden gerealiseerd. In de volgende subparagraaf richten we ons op de verrichtingen in de eerste lijn, waarbij het uitgangspunt is dat een sterke eerste lijn resulteert in minder aanbod in de tweede lijn. De andere invalshoek is beperking van het aantal (poli)klinische verrichtingen te beperken. Door het ontbreken van de relevante gegevens kan de voorspelling over het aantal klinische en poliklinische verrichtingen niet worden getoetst.

5.2.3. Vergroting van het aantal verrichtingen in de eerste lijn

In Almere is, in vergelijking tot Nederland, het aantal verrichtingen dat wordt uitgevoerd in de eerste lijn relatief hoog. (Hypothese H5.8)

In het kader van de doelstelling te komen tot substitutie van zorg, zijn vooral die verrichtingen van belang die zich op het grensgebied bevinden van eerste- en tweede lijn. Daarbij gaat het met name om het werken van de huisarts. Tabel 5.6 maakt een vergelijking tussen de verrichtingen uitgevoerd door huisartsen in Almere en de doorsnee Nederlandse huisarts.

De cijfers in tabel 5.6 zijn afkomstig uit het onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk uitgevoerd in 1987/1988, en biedt de mogelijkheid tot een directe vergelijking van Almere met de rest van Nederland.

Tabel 5.6. Contactfrequentie en aantallen verrichtingen per 1000 ingeschreven patiënten en per 1000 contacten bij huisartspraktijken in Almere en Nederland (Bron: deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', 1987/1988)

	Almere gestandaardiseerd	Nederland
Per 1000 ingeschreven patiënten		
contactfrequentie		
- totaal	1.278,4	1.170,0
- met huisarts	915,9	813,7
soort contact		
- spreekuur	748,2	689,6
- visite	106,2	135,7
- tussendoor	146,5	126,8
- telefonisch	239,3	174,3
- overig + onbekend	38,2	43,5
- > 10 minuten	236,4	199,5
verrichtingen		
- diagnostiek, intern	762,3	658,8
- diagnostiek, extern	91,6	66,4
- behandeling in praktijk	924,4	692,1
- prescriptie geneesmiddel	743,8	750,6
- verwijzing 2 ^e lijn	70,1	71,8
- verwijzing 1 ^e lijn	48,0	36,4
- overleg n.a.v. contact	29,9	16,2
Per 1000 contacten		
contactfrequentie		
- totaal	1000,0	1000,0
- met huisarts	716,5	695,4
soort contact		
- spreekuur	585,4	589,4
- visite	83,1	116,0
- tussendoor	114,6	108,4
- telefonisch	187,2	148,9
- overig	29,9	37,2
- > 10 minuten*	184,8	170,6
verrichtingen		
- diagnostiek, intern	596,3	563,1
- diagnostiek, extern	71,7	56,8
- behandeling in praktijk	723,1	591,5
- prescriptie geneesmiddel	581,9	641,5
- verwijzing 2 ^e lijn	54,9	61,4
- verwijzing 1 ^e lijn	37,5	31,1
- overleg n.a.v. contact	22,6	13,8

* alleen huisartscontacten

De aantallen verrichtingen per 1000 patiënten geven inzicht in verschillen tussen de absolute aantallen en sluiten aan op de gangbare wijze van presentatie van verrichtingencijfers. Het aantal verrichtingen per 1000 contacten biedt meer inzicht in verschillen in de werkwijze van huisartsen, omdat rekening wordt gehouden met verschillen in de aantallen contacten.

In vergelijking tot de doorsnee huisarts in Nederland, doen huisartsen in Almere meer aan diagnostiek, behandelen vaker, verwijzen meer naar eerstelijnsdisciplines, overleggen vaker met andere zorgverleners, schrijven minder medicijnen voor en verwijzen minder naar de medisch specialist. Een dergelijk beeld van de Almeerse huisarts past in het profiel dat kan worden opgesteld op basis van de doelstellingen van het experiment gezondheidszorg Almere.

Qua werkstijl komt de Almeerse huisarts het dichtst bij het profiel van de groep van andere huisartsen werkend in gezondheidscentra, zij het met een belangrijk verschil. Dit betreft het aantal contacten. De frequentie waarmee in Almere een beroep wordt gedaan op de huisarts is hoger dan in Nederland en veel hoger dan bij de andere huisartsen in gezondheidscentra. Dit geldt met name de aantallen contacten met de huisarts tijdens het spreekuur en het aantal telefonische contacten. Het aantal huisbezoeken dat door de Almeerse huisartsen wordt afgelegd is relatief laag.

Behalve voor de Almeerse huisartsen zijn er ook gegevens beschikbaar over het Algemeen Maatschappelijk Werk in Almere (AMW). Gegevens over 1990 en 1991, die betrekking hebben op het werken van de bij de EVA ondergebrachte maatschappelijk werkenden, kunnen worden vergeleken met resultaten uit de landelijke 'Cliëntenregistratie algemeen maatschappelijk werk' van de voormalige koepelorganisatie JOINT. Dit gebeurt in tabel 5.7.

In Almere maken relatief veel inwoners gebruik van de diensten van het maatschappelijk werk, waarbij met name de hoge percentages relationele klachten en klachten betreffende de (psycho-sociale) gezondheid en het functioneren als zelfstandig individu opvallen. Niet opgenomen in tabel 5.7 is het gegeven dat in Almere relatief veel AMW-contacten tot stand komen op initiatief van de huisarts (in 1991

circa 50% en in 1992 in totaal 54%). In zijn algemeenheid krijgt de samenwerking met collega hulpverleners in Almere vooral gestalte binnen het gezondheidscentrum, waarbij de huisarts de centrale figuur is. In vergelijking met maatschappelijk werkenden in de rest van Nederland, wordt door het AMW-Almere weinig samengewerkt met het RIAGG.

Tabel 5.7. Aantallen contacten, problematiek en aard van de hulpverlening van het AMW in Almere en Nederland. (Bron: EVA/Joint, 1989-1992)

	AMW-Almere		AMW Nederland	
	1991	1992	1989-1991	
Aantal contacten				
cliënten per full-time formatieplaats	239	228	201	(1991)
cliënten als % van bevolking	3,8	3,5	3,1	(1991)
Aangeboden problematiek				
% hoofdzakelijk relationeel	41	42	31	(1989)
% hoofdzakelijk materieel	14	12	33	(1989)
% hoofdzakelijk cultureel	2	1	3	(1989)
% hoofdzakelijk gezondheid + individueel	43	45	33	(1989)
Aard van de hulpverlening				
% begeleiding	76	64	50	(1991)
% bemiddeling	4	4	12	(1991)
% groepswork	4	2	6	(1991)
% informatie/advies	11	11	17	(1991)
% overig	5	19	15	(1991)

Samengevat geldt dat onze veronderstelling dat er in Almere relatief veel verrichtingen plaatsvinden in de eerstelijnszorg voor wat betreft het werken van de huisarts en het AMW wordt bevestigd.

5.2.4. EHBO in de Almeerse eerste lijn

In de Almeerse eerste lijn wordt, in vergelijking tot Nederland, relatief veel verrichtingen gedaan die betrekking hebben op EHBO. (Hypothese H5.9)

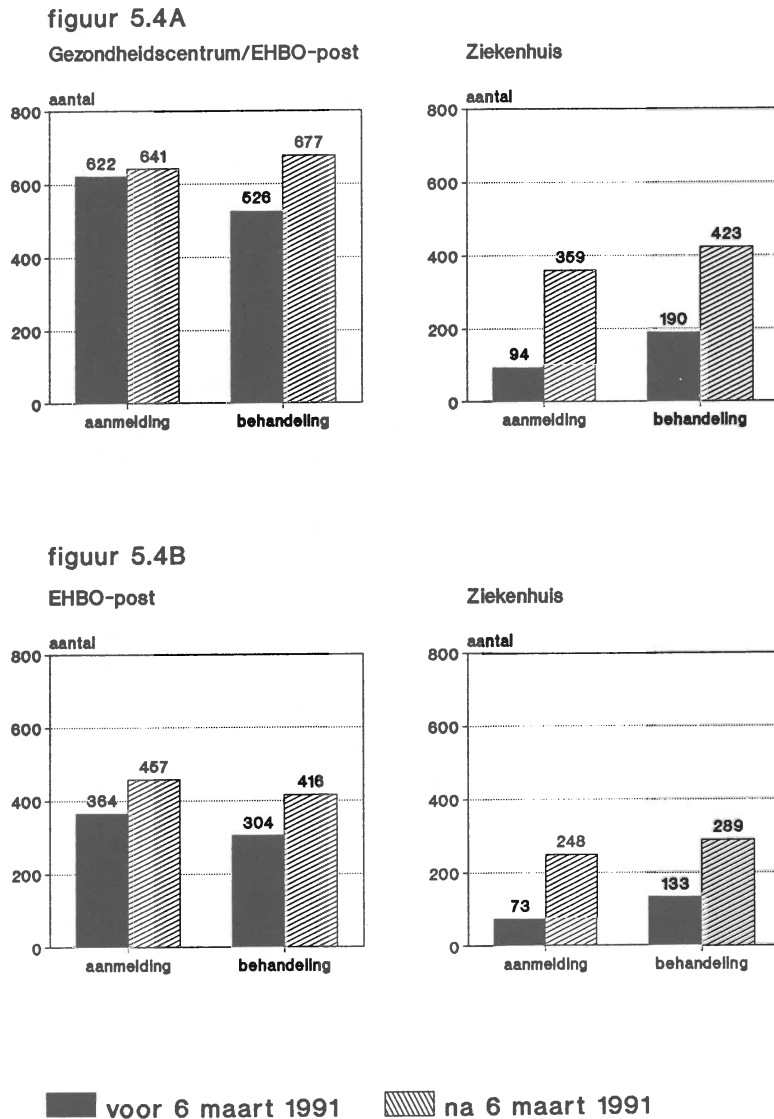
Versterking van de eerste lijn betekent onder andere dat taken, die oorspronkelijk deel uitmaakten van het takenpakket maar in de loop der tijd zijn verschoven naar de tweede lijn, weer in de eerste lijn te laten plaatsvinden. Een goed voorbeeld hiervan is de opvang en

behandeling van EHBO-patiënten. De resultaten van een onderzoek naar de Almeerse EHBO-functie, uitgevoerd (net) voor en na de opening van het Almeerse Flevoziekenhuis en aangevuld met registratiegegevens van zowel de Afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis als de Almeerse EHBO-posten, hier weergegeven in de figuren 5.4 en 5.5 laten zien dat de Almeerse eerste lijn ook na de opening van het Flevoziekenhuis het grootste deel van patiënten met ongevalsletsel behandelt. Dit geldt zowel in zijn totaliteit (bovenste helft van figuur 5.4) als voor EHBO buiten de kantooruren (onderste helft van figuur 5.4 en figuur 5.5).

De meest 'eerlijke' vergelijking betreft de situatie op tijdstippen dat de gezondheidscentra niet open zijn, omdat de registratiegegevens die hierop betrekking hebben volledig of nagenoeg volledig zijn. Uit deze gegevens blijkt dat tot 6 maart 1991 tussen de 80 en 85% van de Almeerse bevolking zich voor EHBO tot een huisartspraktijk of EHBO-post, en 15 à 20% kiest voor het rechtstreeks naar een ziekenhuis gaan in één van de omliggende gemeenten. Weliswaar stijgt na de opening van het Flevoziekenhuis het aantal personen dat voor EHBO rechtstreeks naar het ziekenhuis naar een aandeel van bijna 40% van het totale aanbod, doch ruim 60% blijft ook in deze situatie een beroep doen op hulpverlening in een van de EHBO-posten.

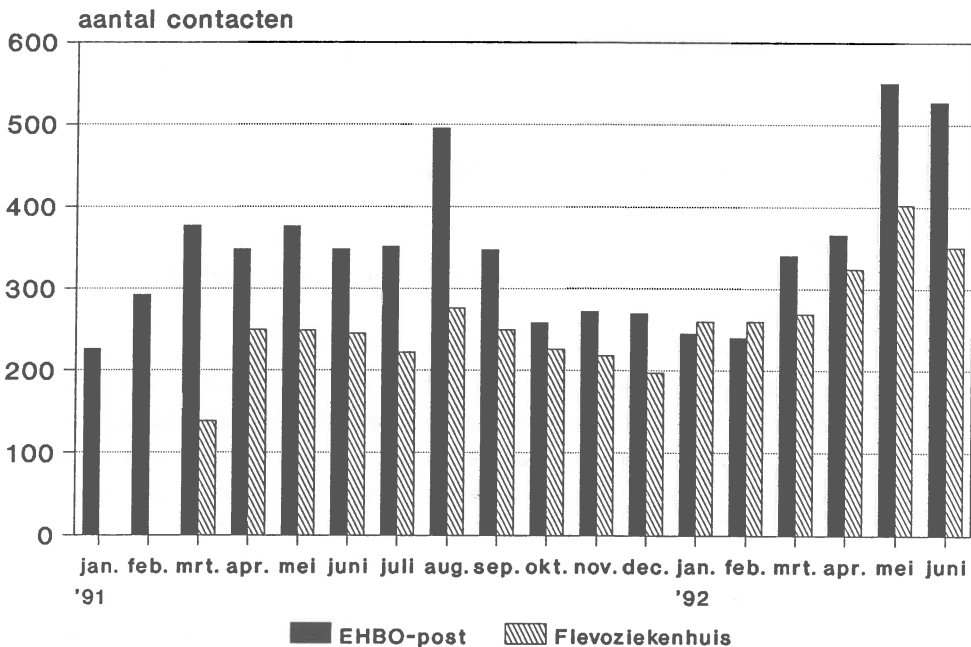
Vatten we de effecten van de opening van het Flevoziekenhuis op de aanmelding en behandeling van EHBO-patiënten in enkele punten samen, dan gelden de volgende conclusies. (1) Een sterke toename van het aantal personen dat voor EHBO rechtstreeks een beroep doet op de diensten van het ziekenhuis, waarbij met name ook mensen met relatief licht letsel zich direct tot het ziekenhuis wenden. (2) Door de toename van het aantal 'zelfverwijzers' stijgt ook het aantal personen dat daadwerkelijk in het ziekenhuis wordt behandeld. (3) Patiëntenstromen die voor de opening van het Flevoziekenhuis vooral naar het AMC en het Gooi-Noord ziekenhuis liepen, zijn na 6 maart 1991 bijna volledig omgebogen naar het Flevoziekenhuis.

Figuur 5.4. Aantallen aanmeldingen en behandelingen van EHBO-patiënten voor en na de opening van het Almeerse Flevoziekenhuis, totaal (figuur 5.4A) en in de periode buiten de reguliere openingstijden van de gezondheidscentra (figuur 5.4B). (Bron: Deelonderzoeken 'EHBO in Almere 1 en 2', 1985 en 1991)



(4) Patiënten met letsel waarvoor EHBO noodzakelijk is en zich tot de huisarts wenden, worden na opening van het Flevoziekenhuis niet in sneller doorverwezen naar het ziekenhuis. Eerder het tegendeel lijkt het geval te zijn. (5) Op het totaal aantal personen dat buiten de kantooruren EHBO nodig heeft en zich tot een EHBO-post of een ziekenhuis wendt, is het aandeel van de EHBO-posten gedaald van 83 naar 65%, terwijl het aandeel van de ziekenhuizen stijgt van 17 naar 35%.

Figuur 5.5. Aantallen geregistreerde EHBO-contacten de EHBO-posten en het Flevoziekenhuis in Almere tussen januari 1991 en juni 1992. (Bron: Deelonderzoek 'EHBO in Almere 2', 1991; EVA, 1992-1993; Flevoland ziekenhuis, 1992)



Over langere termijn is er een lichte verschuiving te zien in de richting van het ziekenhuis, zo blijkt uit figuur 5.5. Gelet op verschillen in wat onder EHBO wordt verstaan en het niet overeenstemmen van de tijden waarover de contacten zijn geregistreerd, is het vergelijken van absolute aantallen EHBO-contacten niet zinvol.

Om de uitspraak, gesteld aan het begin van deze subparagraaf te toetsen, is een vergelijking met de doorsnee situatie in Nederland noodzakelijk. Probleem is, dat direct vergelijkbare cijfers over de EHBO-functie in Nederland ontbreken. Uit een aantal onderzoeken (Montfoort, van Galen en Harris, 1988; Ministerie van WVC, 1987; Werkgroep Eerste Hulp, 1988) komt het beeld naar voren dat landelijk gezien circa 50% van alle personen voor professionele hulp bij EHBO een beroep doet op de huisartspraktijk en een ongeveer even groot deel er voor kiest rechtstreeks naar het ziekenhuis te gaan. Echter, de verschillen tussen stad (circa 85% van alle EHBO-letsel in het ziekenhuis) en platteland (tot 90% van alle EHBO-letsel in de huisartspraktijk) zijn groot.

Afgezet tegen deze gemiddelden en extremen, mag de conclusie luiden dat Almere een geslaagd voorbeeld is dat EHBO, ook in een situatie met een ziekenhuis in de gemeente zelf aanwezig is, in de eerste lijn plaatsvindt. We beschouwen hypothese H5.9 dan ook vooralsnog als bevestigd.

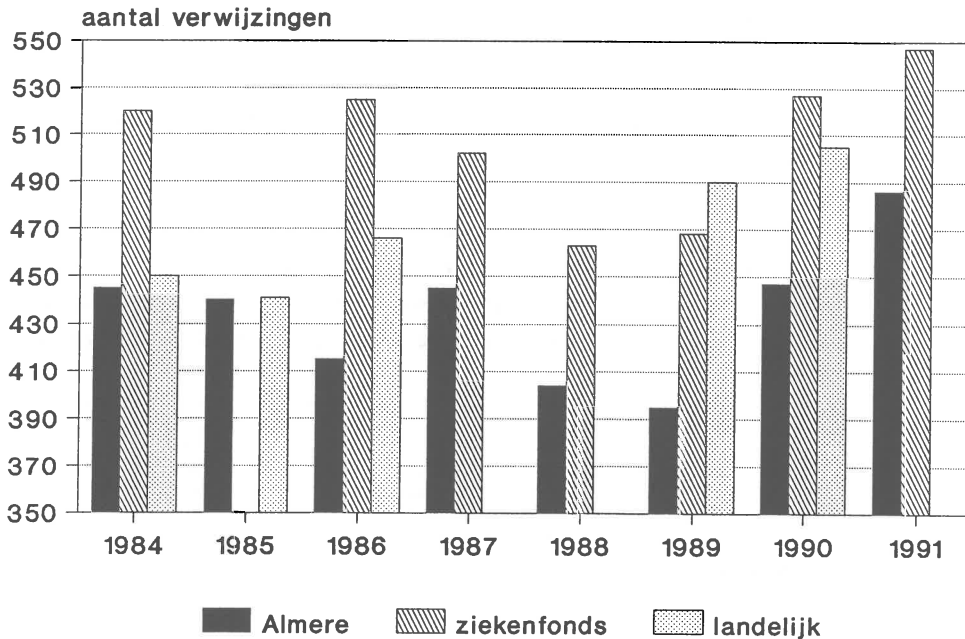
5.2.5. Aantallen verwijzingen naar medisch specialisten

In Almere worden, in vergelijking met Nederland, relatief weinig patiënten voor behandeling verwezen naar een medisch specialist. (Hypothese H5.10)

Een belangrijke indicatoren voor substitutie van tweede- naar eerste-lijnszorg is het aantal door huisartsen getekende verwijskaarten naar medisch specialisten. Een sterke eerstelijnszorg moet in staat zijn een deel van de werkzaamheden, waarvoor normaliter specialistische zorg noodzakelijk is, in de eerste lijn te houden. Dit moet resulteren in minder verwijskaarten en een lager gebruik van tweedelijnsvoorzieningen.

In paragraaf 5.2.3 zijn uitkomsten gepresenteerd van het onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk. Hieruit bleek dat het verwijscijfer van huisartspraktijken in Almere per 1000 contacten relatief laag ligt, maar dat de verwijscijfers per 1000 patiënten in Almere en Nederland weinig verschillen. Bij een opdeling naar op wiens initiatief de verwijskaart is uitgeschreven, dan zijn er in Almere wat minder verwijzingen volledig op initiatief van de huisarts, terwijl het aandeel van de verwijzingen op initiatief van de patiënt of de medisch specialist wat hoger uitkomen dan in de rest van Nederland.

Figuur 5.6. Aantal geregistreerde verwijzingen naar medisch specialisten voor ziekenfondsverzekerden tussen 1984 en 1991. (Bron: Ziekenfonds Anoz Gooi Apeldoorn groep, 1992)



Met betrekking tot ziekenfondsverzekerden zijn gegevens over het aantal verwijzingen beschikbaar voor de periode tussen 1984 en 1991. Deze gegevens kunnen worden ontleend aan de publikaties van de Anoz Gooi Apeldoorn Groep, waarin de zorgconsumptie in Almere wordt vergeleken met gegevens voor het hele werkgebied van het ziekenfonds en zo mogelijk, met landelijke cijfers. Bij deze gegevens passen twee kanttekeningen. Een landelijk verwijscijfer voor 1986 en 1987 ontbreekt. De verwijscijfers voor 1989 en 1990 zijn schattingen van het betreffende ziekenfonds, omdat naar aanleiding van een conflict met medisch specialisten geen exacte aantallen beschikbaar zijn. Daarom mag figuur 5.6 dan ook alleen maar als een indicatie worden beschouwd voor de trendmatige ontwikkeling van de verwijscijfers en moet de vergelijking Almere - Nederland met de nodige voorzichtigheid worden gemaakt.

Gecorrigeerd voor de bijzondere leeftijdsopbouw van de Almeerse bevolking komt het Almeerse verwijscijfer in 1991 uit op 486 verwij斯卡arten per 1000 ziekenfondspatiënten. Het landelijk cijfer voor 1991 komt, aldus LISZ-cijfers uit op circa 485 waarbij men de nodige slagen om de arm houdt met betrekking tot de betrouwbaarheid van dit cijfer. Dat betekent dat het verwijscijfer voor ziekenfondsverzekerden in Almere en het cijfer voor heel Nederland (na standaardisatie) nagenoeg aan elkaar gelijk zijn. Een recent Nederlands verwijscijfer voor huisartsen werkzaam in gezondheidscentra ontbreekt.

Tabel 5.8. Aantal geregistreerde verwij斯卡arten van huisartsen naar medisch specialisten per 1000 ziekenfondsverzekerden in 1991, in Almere (gestandaardiseerd) en het gehele werkgebied van het Anoz-ziekenfonds. (Bron: Ziekenfonds Anoz Gooi Apeldoorn Groep, 1992)

	Almere per 1000 verzekerden	Ziekenfonds per 1000 verzekerden
Oogheelkunde	96,9	104,6
Keel-, neus- en oorheelkunde	39,9	49,0
Chirurgie	58,0	65,2
Plastische chirurgie	5,7	6,5
Orthopaedie	31,6	39,4
Urologie	15,7	15,2
Gynaecologie	50,3	47,4
Neuro-chirurgie	2,7	1,9
Zenuw- en zielsziekten	28,4	33,5
Dermatologie	27,7	37,3
Interne Geneeskunde	43,4	56,1
Kindergeneeskunde	16,6	21,0
Maag-, darm- en stofwisselingsziekten	2,6	1,9
Cardiologie	32,2	29,3
Longziekten	13,0	14,8
Reumatologie	2,2	4,2
Revalidatie	2,6	3,1
Psychiatrie	6,0	9,5
Mond- en kaakchirurgie	7,3	3,9
Anaesthesie	1,7	1,9
overig	1,0	1,5
Totaal	485,5	547,2

Vergelijking per specialisme leert dat, na standaardisatie voor de bijzondere leeftijdsopbouw van Almere, er in Almere minder verwijzingen zijn naar keel-, neus- en oorheelkunde, orthopedie, dermatologie

en interne geneeskunde. Meer verwijzingen ten opzichte van het vergelijkingsgebied zijn er bij gynaecologie en cardiologie.

Met uitzondering van keel-, neus- en oorheelkunde, zijn de verwijs-cijfers naar alle medisch specialismen in 1991 gestegen ten opzichte van 1990. De percentueel grootste stijging vanuit Almere betreft verwijzingen naar de cardioloog (+26%), gynaecoloog (+26%), de orthopeed (+20%) en de uroloog (+20%).

Onze veronderstelling dat in Almere per 1000 patiënten en in vergelijking tot Nederland relatief weinig verwijskaarten worden uitgeschreven naar medisch specialisten kan door het ontbreken van betrouwbare gegevens voor heel Nederland moeilijk worden getoetst. Per 1000 contacten wordt in Almere minder verwezen. Per 1000 ingeschreven patiënten wordt in Almere naar alle waarschijnlijkheid niet meer verwezen dan elders in Nederland.

5.2.6 Eerstelijnsinbreng in het verpleeghuis

In Almere vindt de medische en paramedische zorg aan bewoners van verpleeghuizen plaats onder verantwoording van de eerste lijn. (Hypothese H5.11)

Uitgangspunt bij de opzet van het gecombineerde verpleeg- en verzorgingshuis 'De Kiekendief' en ook bij de nog te bouwen verpleeghuizen in Almere is, dat de zorg aan de in deze huizen verblijvende inwoners van Almere wordt verleend door de huisartsen vanuit gezondheidscentra en niet door een gespecialiseerde verpleeghuisarts. Dat geldt voor de paramedische- en medische zorg in het verzorgingshuisdeel zowel als voor het verpleeghuisdeel.

Het verslag van het onderzoek naar het functioneren van 'De Kiekendief' merkt op dat het gecombineerde verpleeg/verzorgingshuis zijn dubbelfunctie, en de daaraan gekoppelde continuïteitsdoelstelling, waarmaakt. Dat geldt zowel de feitelijke doorstroming van cliënten als de administratieve afwikkeling van de overplaatsing. Het absolute aantal personen dat in 1991 doorstroomt van verzorgingshuis naar verpleeghuis (6 van de 97 bewoners) is echter (nog) gering, en wijkt als percentage niet af van 2 tot 5% verpleeghuisgeïndiceerden in een willekeurig verzorgingshuis in de rest van Nederland.

Een andere constatering is dat de bewoners van het verzorgingshuisdeel van 'De Kiekendief' niet meer, maar eerder wat minder zorg-

behoefstig zijn dan gemiddeld. Bekijken we deze cijfers vanuit de doelstelling te komen tot substitutie van zorg, dan mag worden geconstateerd dat binnen 'De Kiekendief' niet kan worden gesproken van een verschuiving van verpleeg- naar verzorgingshuisfunctie.

Gegeven de aanstelling van een verpleeghuisarts geldt dat er van een feitelijk inbreng van de eerste lijn in de zorg aan bewoners van het verpleeghuisdeel van 'De Kiekendief' geen sprake meer is. Zorginhoudelijk wordt de aanstelling van een verpleeghuisarts gezien als een positieve ontwikkeling. Gezien vanuit de oorspronkelijke doelstelling betekent het feit dat een verpleeghuisarts is aangesteld voor de behandeling van verpleeghuisgeïndiceerden, dat wat dit betreft de experimentele opzet van 'De Kiekendief' is mislukt. De aan het begin van deze subparagraaf gestelde veronderstelling over de inbreng van de eerste lijn in 'De Kiekendief' moet derhalve ontkennend worden beantwoord.

5.3. Substitutie van professionele zorg naar preventieve zorg, zelfzorg en mantelzorg

Gedetailleerde gegevens over de verschuiving van professionele zorg naar preventieve zorg, zelfzorg en mantelzorg in Almere en in de rest van Nederland zijn schaars. Dit maakt het moeilijk na te gaan of de operationele doelstellingen die betrekking hebben op deze vorm van substitutie ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd. De informatie die beschikbaar is heeft betrekking op (1) de attitude van gebruikers van voorzieningen en het daadwerkelijke beroep dat wordt gedaan op professionele zorginstanties en (2) de plaats die preventie-activiteiten innemen in het werken van de professionele hulpverleners.

5.3.1. Professionele zorg, zelfzorg en mantelzorg

In Almere wordt, in vergelijking tot Nederland, voor hulp minder vaak een beroep gedaan op professionele zorg, terwijl er relatief vaak sprake is van zelf- en mantelzorg. (Hypothese H5.12)

Uit een onderzoek dat eind 1984 in het kader van het evaluatie-onderzoek rond het experiment gezondheidszorg Almere heeft plaatsgevonden blijkt, dat zowel potentiële zorgverleners als personen die

zorg ontvangen de nodige scepsis hebben tegen verschuivingen van professionele zorg naar mantel- of zelfzorg. De bereidheid tot het verlenen van mantelzorg blijft voor de meerderheid van de respondenten beperkt tot familie of goede kennissen in Almere en met de restrictie dat de te verlenen hulp niet een al te groot tijdsbeslag legt op de niet-professionele mantelzorg. Omgekeerd geldt dat iemand die hulp nodig heeft, deze hulp zal vragen of aanvaarden indien de hulpverlener behoort tot de categorie familie, goede kennissen of een naaste buren, maar dat men liever niet een beroep doet op 'onbekenden'.

Een van de ideeën achter het Experiment Gezondheidszorg Almere is dat mensen zelf voor hun gezondheid verantwoordelijk zijn en dat het streven erop gericht moet zijn het gebruik van professionele zorg te laag mogelijk te houden en te laten plaatsvinden op het niveau dat zo dicht mogelijk bij de mensen staat.

Vertaald naar concrete onderzoeksresultaten zou dit moeten resulteren in een relatief laag gebruik van professionele voorzieningen op het niveau van de Almeerse populatie. Naar het gebruik van de verschillende voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg zijn vragen opgenomen in bevolkingsenquêtes afgenomen in het kader van het onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk. Tabel 5.9 geeft een overzicht van het gebruik van een aantal voorzieningen, waarbij een onderscheid is gemaakt naar morbiditeitsindicatoren.

De belangrijkste conclusie op basis van tabel 5.9 is, dat de inwoners van Almere, ook als via een aantal objectieve en subjectieve morbiditeitscategorieën rekening wordt gehouden met verschillen in de gezondheid van de populatie, vaker een beroep doen op professionele zorg. Uitzonderingen zijn de mate waarin een beroep wordt gedaan op de diensten van alternatieve genezers, terwijl de verschillen bij het gebruik van GGZ-instellingen klein zijn en het beroep dat wordt gedaan op de discipline wijkverpleging in Almere nu eens wat hoger en dan weer wat lager uitkomt dan in de rest van Nederland.

Tabel 5.9. Het gebruik van zorgvoorzieningen in Almere en Nederland, naar morbiditeitscategorieën (Bron: Deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', 1987/1988)

	Almere	Nederland
Totale populatie		
1 contact met huisarts (2 mnd.)	44,1	37,2
2 contact met fysiotherapeut (1 jr.)	16,0	13,3
3 contact met wijkverpleging (1 jr.)	6,3	6,6
4 contact met maatschappelijk werk (1 jr.)	3,7	2,5
5 contact met medisch specialist (2 mnd.)	17,1	16,3
6 contact met GGZ-instelling (1 jr.)	3,5	3,5
7 contact met alternatief genezer (1 jr.)	6,4	7,6
Personen met vier of meer acute klachten		
1 contact met huisarts (2 mnd.)	61,0	49,6
2 contact met fysiotherapeut (1 jr.)	22,0	19,6
3 contact met wijkverpleging (1 jr.)	6,7	7,0
4 contact met maatschappelijk werk (1 jr.)	6,6	4,6
5 contact met medisch specialist (2 mnd.)	22,7	22,0
6 contact met GGZ-instelling (1 jr.)	5,3	6,1
7 contact met alternatief genezer (1 jr.)	8,1	11,5
Personen met vier of meer chronische klachten		
1 contact met huisarts (2 mnd.)	70,6	68,4
2 contact met fysiotherapeut (1 jr.)	40,1	31,0
3 contact met wijkverpleging (1 jr.)	6,3	8,3
4 contact met maatschappelijk werk (1 jr.)	13,9	8,3
5 contact met medisch specialist (2 mnd.)	48,8	38,0
6 contact met GGZ-instelling (1 jr.)	6,4	11,9
7 contact met alternatief genezer (1 jr.)	17,2	18,9
Personen met 3 of meer psychosociale problemen		
1 contact met huisarts (2 mnd.)	56,4	50,5
2 contact met fysiotherapeut (1 jr.)	24,2	22,3
3 contact met wijkverpleging (1 jr.)	7,4	5,2
4 contact met maatschappelijk werk (1 jr.)	14,7	10,0
5 contact met medisch specialist (2 mnd.)	26,5	22,5
6 contact met GGZ-instelling (1 jr.)	12,1	13,0
7 contact met alternatief genezer (1 jr.)	10,1	13,8
Personen met GHQ-score van vijf of hoger		
1 contact met huisarts (2 mnd.)	63,3	65,6
2 contact met fysiotherapeut (1 jr.)	28,4	23,1
3 contact met wijkverpleging (1 jr.)	9,4	7,0
4 contact met maatschappelijk werk (1 jr.)	11,4	8,8
5 contact met medisch specialist (2 mnd.)	33,6	25,8
6 contact met GGZ-instelling (1 jr.)	10,6	10,5
7 contact met alternatief genezer (1 jr.)	9,4	13,9

- vervolg -

- vervolg tabel 5.9. -

	Almere	Nederland
Personen met subjectieve gezondheid 'matig-slecht'		
1 contact met huisarts (2 mnd.)	66,0	64,0
2 contact met fysiotherapeut (1 jr.)	29,8	26,8
3 contact met wijkverpleging (1 jr.)	10,3	7,9
4 contact met maatschappelijk werk (1 jr.)	8,4	5,8
5 contact met medisch specialist (2 mnd.)	35,7	35,8
6 contact met GGZ-instelling (1 jr.)	6,7	6,7
7 contact met alternatief genezer (1 jr.)	12,9	14,6

Vergelijking van Almere met subgroepen uit de populatie in de rest van Nederland leert, dat de Almeerse bevolking sterke overeenkomsten vertoont met de populatie in grote steden. Dat geldt zowel het gebruik van voorzieningen, als de aard van de problematiek waarvoor men een beroep doet op professionele zorg. Echter, waar voor de inwoners van grote steden vooral ook de tweedelijnsdisciplines belangrijk zijn, geldt voor Almere dat men zich meer richt op de eerste lijn.

De bevinding wordt ondersteund door de resultaten van een contactregistratie, samengevat weergegeven in tabel 5.6 (zie subparagraaf 5.2.3). Per 1000 ingeschreven patiënten zijn er, indien rekening wordt gehouden met de verschillen in bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht, in Almere bijna 10% meer contacten met de huisarts dan in de rest van Nederland. Worden de Almeerse huisartsen voor wat betreft de aantallen contacten per 1000 ingeschreven patiënten vergeleken met andere huisartsen werkend in gezondheidscentra, dan komt Almere bijna 20% hoger uit. Vergelijking van Almere met de drie grote steden (niet opgenomen in de tabel), laat een percentage contacten zien dat in Almere bijna 30% hoger ligt.

Met betrekking tot de mate waarin daadwerkelijk een beroep wordt gedaan op mantelzorg als aanvulling op of vervanging van professionele zorg, blijft de beschikbare informatie beperkt tot de resultaten van een onderzoek dat in 1989 is uitgevoerd onder inwoners van Almere van 65 jaar en ouder. Doelstelling van dit onderzoek was een inventarisatie van de zorgbehoefte en het zorggebruik van zelfstandig wonende ouderen in Almere. De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat, een enkele uitzondering daargelaten, wordt voorzien in de zorgbehoefte van thuiswonende ouderen in Almere, waarbij mantelzorg een belangrijke rol vervult. De professionele zorg die er is lijkt terecht te komen bij degenen die deze zorg het hardste nodig

hebben. Omdat vergelijkbare cijfers ontbreken kan niet worden vastgesteld in hoeverre er daadwerkelijk sprake is van substitutie van professionele zorg naar zelf- en mantelzorg ten opzichte van de situatie in de rest van Nederland.

Behalve via het beroep dat wordt gedaan op professionele zorgverleners, zou een verschuiving naar de verantwoordelijkheid van individuen ook gestalte kunnen krijgen in het beleid dat zorgverleners voeren bij de behandeling van problemen of in het gezondheidsgedrag van inwoners van Almere. Eerst de aard van de hulp die in de huisartspraktijk wordt gegeven, waarbij tabel 5.10 een overzicht bevat van de medicatie die patiënten ontvangen die in Almere contact hebben (gehad) met de huisartspraktijk.

Tabel 5.10. Gemiddeld aantal contacten met medicatie, per 1000 contacten voor praktijken in Almere, Nederland en gezondheidscentra. (Bron: Deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', 1987/1988)

	Almere (N=7)	Nederland totaal (N=102)	Gezondheids- centra (N=9)
medicatie zonder recept	32,1	21,9	21,1
wijzigingen in de medicatie	15,2	17,1	16,8
voorschrijven van geneesmiddel	585,9	651,4	589,9
- psycholeptica	59,6	65,5	54,5
- systemische antibiotica	43,6	57,2	47,3
- analgetica	31,7	43,6	42,4
- geslachtshormonen	41,4	39,7	41,0
- diuretica	24,5	35,7	27,8
- hoest/verkoudheidsmiddelen	38,8	38,6	40,1
- bèta-blokkers	23,1	26,9	20,3
- anti-reumatische middelen	30,2	39,4	32,7
- middelen tegen CARA	18,5	21,9	17,2
- middelen voor nasaal gebruik	25,4	22,0	29,6
- overige medicamenten	278,2	298,2	271,2

In vergelijking tot de rest van Nederland worden per 1000 contacten vanuit de Almeerse huisartspraktijk aanzienlijk minder medicijnen voorgeschreven dan in de rest van Nederland. Verdelen we de voorgeschreven medicijnen onder naar hoofdgroepen, dan gelden lagere prescriptiecijfers voor bijna alle middelen. Uitzondering zijn de geslachtshormonen (waaronder 'de pil') en hoest- en verkoudheidsmiddelen. De verschillen met andere huisartsen werkend in gezondheidscentra zijn minder groot, waarbij de Almeerse huisartsen nu eens

wat meer en dan weer wat minder geneigd zijn tot het voorschrijven van medicijnen. Het gemiddeld aantal keren dat in Almere wordt besloten tot medicatie zonder recept ligt hoger dan in Nederland of andere huisartsen.

Omdat het aantal contacten met de huisartspraktijk in Almere relatief hoog is, resulteert het lagere prescriptiecijfer per 1000 contacten niet in duidelijk minder voorschriften per 1000 patiënten. Per contact is de kans om in Almere met een recept de huisartspraktijk te verlaten kleiner dan in de rest van Nederland, maar deze 'winst' valt weg omdat meer mensen een beroep doen op de diensten van de huisarts.

De kleine verschillen op het niveau van patiënten blijken ook uit het gebruik van voorgeschreven medicijnen op het niveau van de populatie. Tabel 5.11 geeft behalve deze cijfers ook informatie over het gebruik van medicijnen waarvoor geen recept van een arts noodzakelijk is, en dit gebruik ligt in Almere wel duidelijk hoger dan in Nederland als totaal.

Tabel 5.11. Aantal personen dat per 14 dagen medicijnen krijgt voorgeschreven en het gebruik van medicijnen door inwoners van Almere (gestandaardiseerd) en Nederland, in percentages. (Bron: deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', 1987/1988)

	Almere	Nederland
krijgt medicijn voorgeschreven	14,0	13,8
gebruikt voorgeschreven medicijn	30,0	30,4
gebruikt niet op voorschrift verkregen medicijn	27,9	23,9

Men kan zich tenslotte afvragen of het Almeerse beleid gericht op ontmedicalisering van de bevolking tot resultaat heeft gehad dat mensen minder snel een beroep doen op professionele zorg bij klachten waarvan wordt aangenomen dat zij ook zonder een bezoek aan een gezondheidscentrum wel over gaan. Of, dat mensen gezondheid zijn gaan zien als een verworvenheid waarvoor men zelf, en bijvoorbeeld niet de huisarts, verantwoordelijk voor is. In vergelijking tot de doorsnee inwoner van Nederland geldt dat inwoners van Almere wat minder geneigd zijn om bij alledaagse aandoeningen de hulp van de huisarts in te roepen. Ook ziet de inwoner van Almere gezondheid wat vaker als waarvoor men zelf verantwoordelijk is. Dat

er desondanks sprake is van een wat hoger gebruik van medische voorzieningen kan duiden op twee dingen. Of er is een verschil tussen de intentie en het handelen in de dagelijkse praktijk, of men beschouwd de klachten waarvoor men gebruik maakt van professionele zorgverleners niet als zaken die vanzelf wel over gaan. Overigens geldt, dat de opvattingen van de Almeerse populatie niet verschillen van een referentiegroep die bestaat uit inwoners van andere steden met meer dan 50.000 inwoners.

Samengevat geldt dat de hypothese, waarmee we deze subparagraaf zijn begonnen, gedeeltelijk wordt bevestigd en gedeeltelijk wordt verworpen. Inwoners van Almere zeggen minder snel een beroep te doen op professionele zorg voor alledaagse aandoeningen. Zijn er klachten, dan wordt relatief vaak een beroep gedaan op professionele zorg. Dit betreft met name de eerstelijnsdisciplines, maar het percentage personen in Almere dat aangeeft contact te hebben met één of meerdere medisch specialisten is relatief hoog. Almeerse huisartsen schrijven relatief weinig medicijnen voor.

5.3.2. Preventie en preventieprogramma's

In Almere wordt door zorgverleners, in vergelijking elders in Nederland, relatief veel aandacht geschonken aan activiteiten die betrekking hebben op de preventie van ziekten. (Hypothese H5.13)

Mensen meer verantwoordelijk laten zijn voor hun eigen gezondheid betekent voor zorgverleners het relatief veel aandacht besteden aan preventie en preventieprogramma's. Met betrekking tot activiteiten gericht op preventie zijn cijfermatige gegevens beschikbaar over het werken van de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en over de preventie-activiteiten vanuit huisartspraktijken.

Een op preventie gerichte activiteit, waarin huisartsen samenwerken met verpleegkundigen, is het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters.

Met betrekking tot de zorg die via het consultatiebureau wordt verleend, kan worden vastgesteld dat de zorg die door de Almeerse bureau's wordt geboden op onderdelen 'beter' is dan dezelfde zorg via consultatiebureau's in de rest van Nederland. In Almere worden op het CB vaker onderzoek gedaan naar het gehoor en het gezichtsvermogen van de cliëntjes, worden wat vaker activiteiten ont-plooid om non-participanten bij het consultatiebureau te betrekken,

hebben huisartsen een wat meer op het consultatiebureau toegesneden opleiding en worden wat meer cursussen gegeven voor ouders en kinderen. Op andere aspecten zijn de verschillen tussen Almere en de rest van Nederland klein, terwijl bij de bezoekfrequentie de Almeerse consultatiebureau's in het algemeen wat lager scoren dan Nederland.

De activiteiten die men onderneemt om non-participanten bij het consultatiebureau te betrekken lijken derhalve weinig succesvol. De algemene conclusie met betrekking tot het Almeerse consultatiebureau luidt dat de meerwaarde van de Almeerse model voor de consultatiebureau's, gemeten naar de activiteiten die worden uitgevoerd, gering is. Op onderdelen wordt betere zorg gegeven dan in de rest van Nederland.

Tabel 5.12 laat zien dat de verschillen in het beleid gericht op preventie tussen Almeerse huisartsen en huisartsen in Nederland klein zijn. In Almere wordt (naar eigen zeggen door de huisarts) meer aandacht besteed aan het systematisch opsporen van baarmoederhalskanker. Geen verschillen zijn er met betrekking tot het opsporen van hypertensiepatiënten en diabetes of extra aandacht voor ouderen, terwijl ook de verschillen in de mate waarin huisartsen informeren naar risicovol gedrag zoals roken, het overmatig drinken van alcohol en overgewicht, klein zijn. Wel wordt door huisartsen in Almere minder vaak geadviseerd om, onafhankelijk van het hebben van klachten, wat aan dit risicovolle gedrag te doen. Ook bij het feitelijk handelen van huisartsen, zoals dat tot uitdrukking komt in het aantal vaccinaties per 1000 patiënten, zijn de verschillen tussen Almere en Nederland klein.

Keren we terug naar de veronderstelling waarmee we deze subparagraaf zijn begonnen, dan luidt de conclusie dat in zijn algemeenheid niet gesteld kan worden dat in Almere systematisch meer aandacht wordt besteed aan activiteiten op het terrein van preventie dan in de rest van Nederland. Op sommige terreinen wordt wat meer gedaan, op andere terreinen constateren we een wat minder actief beleid bij de Almeerse zorgverleners. De verschillen die er zijn, zijn betrekkelijk gering.

Tabel 5.12. Op preventie gerichte activiteiten van huisartsen in Almere en Nederland, in percentages. (Bron: Deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', 1987/1988)

	Almere (N=29)		Nederland (N=162)	
	niet systematisch	systematisch	niet systematisch	systematisch
opsporen van hypertensie	82,8	17,2	78,3	21,7
opsporen cervixkanker	6,9	93,1*	24,9	75,1
instructie borstonderzoek	71,4	28,6	70,3	29,7
opsporen diabetes patiënten	96,4	3,6	93,2	6,8
	altijd/meestal	soms/zelden/nooit	altijd/meestal	soms/zelden/nooit
Roken				
informeert naar rookgedrag	13,7	86,3	19,4	80,6
informeert bij klachten	96,6	3,4	99,1	0,9
informeert bij risicopatiënt	93,1	6,9	95,0	5,0
Drinken alcohol				
informeert naar alcoholgebruik	3,6	96,4	9,9	90,1
informeert bij klachten	100,0	0,0	97,0	3,0
informeert bij risicogroep	82,8	17,2	85,9	14,1
	bij klachten	altijd	bij klachten	altijd
adviseert rokers te stoppen	55,2	44,8	34,6	65,4*
adviseert 'dikkerds' te vermageren	69,0	31,0	59,7	40,3
adviseert 'drinkers' te stoppen	27,6	72,4	29,3	70,7
	ja	nee	ja	nee
Zorg voor ouderen				
extra zorg	24,1	75,9	22,3	77,7
extra aandacht op spreekuur	65,5	34,5	72,1	27,9
syst. onderzoek op spreekuur	0,0	100,0	6,6	93,4
thuisbezoek (syst.)	17,2	82,8	16,2	83,8
	per 1000 contacten	per 1000 contacten	per 1000 contacten	per 1000 contacten
vaccinaties, totaal	27,7	21,6	27,4	23,4
tetanus	2,0	1,6	2,2	1,9
griep	23,0	18,0	21,3	18,2
hooikoorts	0,9	0,7	1,0	0,9
dktp/dtp	0,3	0,3	1,3	1,1
bmr	0,2	0,2	0,3	0,3
overige	1,3	1,0	1,4	1,2

* significant met $p < .05$

5.4. Conclusies met betrekking tot substitutie van zorg

In de oorspronkelijk projectdoelstelling van het Experiment Gezondheidszorg Almere komt de zinsnede 'substitutie van zorg' niet voor. Uitgangspunt was een samenhangend stelsel van zorgvoorzieningen te scheppen afgestemd op de behoeften van de inwoners van Almere. De nadruk zou komen te liggen op een sterke eerstelijnszorg, met tweedelijnszorg in een ondersteunende rol. Aan deze opzet lag in eerste instantie vooral een ideologische visie ten grondslag, waarbij een sterke eerste lijn geacht wordt dicht bij de mensen te staan en meer mogelijkheden biedt tot ontmedicalisering. Tijdens de duur van het experiment wordt, met name door de centrale overheid en financiers, substitutie van zorg vooral ook gezien als mogelijkheid te komen tot kostenbeheersing en wellicht kostenbeperking.

De wens te komen tot substitutie van zorg is in het kader van dit eindrapport in drie delen uiteengelegd. (1) Substitutie binnen de intramurale sector, (2) substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg, en (3) substitutie van professionele zorg naar preventieve zorg, zelfzorg en mantelzorg. Aan elk van deze drie delen is een aparte paragraaf gewijd, waarbij via specifieke onderzoeksvragen is geprobeerd een antwoord te krijgen op de vraag of de uiteindelijke doelen zijn gehaald. Schema 5.1 presenteert de uitkomsten van de toetsing van de veronderstellingen.

Vooralsnog lijkt de doelstelling te komen tot een verschuiving van klinische naar poliklinische zorg (nog) niet gerealiseerd. Op het totaal aantal opnamen is het aantal poliklinische verrichtingen in het Flevoziekenhuis, welk ziekenhuis in 1991 circa 50% van alle opnamen uit Almere voor zijn rekening nam, niet groter dan in ziekenhuizen in vergelijkbare gemeenten. Dezelfde conclusie geldt voor het aandeel van de dagverpleging op het totaal aan opnamen, en voor de verschuiving van verpleeg- naar verzorgingshuiszorg. Wat in Almere wel lijkt te zijn gerealiseerd is een relatief korte ligduur, zij het dat de verschillen met Nederland erg klein zijn.

Bij de interpretatie van gegevens die betrekking hebben op het Flevoziekenhuis moet rekening worden gehouden dat deze cijfers in de regel betrekking hebben op het openingsjaar van het ziekenhuis. Cijfers over 1992 en later waren bij het verschijnen van dit rapport nog niet beschikbaar.

Schema 5.1 Overzicht van de mate waarin de operationele doelstellingen van het Experiment Gezondheidszorg Almere, die betrekking hebben op substitutie van zorg, zijn gehaald

Hypothese	Operationeel doel	Resultaat
H5.1	veel poliklinische verrichtingen in Almere	in zijn algemeenheid niet gerealiseerd, op onderdelen wel
H5.2	veel dagbehandeling bij ziekenhuisopname	niet gerealiseerd
H5.3	verschuiving van verpleeg- naar verzorgingshuiszorg	?
H5.4	weinig doorverwijzingen van specialist naar specialist	?
H5.5	relatief korte ligduur bij ziekenhuisopname	gerealiseerd
H5.6	relatief lage opname coëfficiënt in Almere	niet gerealiseerd
H5.7	relatief gering aantal klinische en poliklinische verrichtingen	?
H5.8	veel verrichtingen in de Almeerse eerste lijn	gerealiseerd
H5.9	EHBO in Almere is vooral taak voor de eerste lijn	gerealiseerd
H5.10	relatief laag verwijscijfer naar medisch specialist	gerealiseerd per 1000 contacten, niet gerealiseerd per 1000 patiënten
H5.11	verpleeghuiszorg onder verantwoordelijkheid van eerste lijn	niet gerealiseerd
H5.12	relatief laag gebruik professionele zorg, veel mantel- en zelfzorg	voor grootste deel niet gerealiseerd
H5.13	veel activiteiten gericht op preventie van ziekten	gedeeltelijk gerealiseerd

Uitgangspunt bij het Experiment Gezondheidszorg Almere was dat door de sterke eerste lijn het aantal verwijzingen naar medisch specialisten en het opnamecijfer voor inwoners uit Almere relatief laag kon worden gehouden. Terugkijkend op de onderzoeksresultaten mag geconcludeerd worden dat er in Almere inderdaad sprake is van een eerste lijn die werkt in overeenstemming met de operationele doelstellingen van het experiment Almere. Vooralsnog heeft dit echter niet geresulteerd in een opnamecijfer wat in Almere (na correctie voor verschillen in bevolkingsopbouw) duidelijk lager is dan in de rest van

Nederland. Trends laten tussen 1984 en 1988 een kleiner wordend verschil zien tussen Almere en Nederland, maar vanaf 1988 zien we de verschillen weer groter worden.

Het netto-resultaat is dat in 1990 de opname-coëfficiënt (na correctie) in Almere nog altijd enkele procenten hoger ligt dan in Nederland, om in het jaar 1991 - de opening van het Flevoziekenhuis - fors te stijgen. In hoeverre hier sprake is van een incident zullen de cijfers voor 1992 en later uit moeten wijzen. Succesvol is in Almere de doelstelling om EHBO terug te brengen naar de huisarts. Ook na opening van het Almeerse Flevoziekenhuis blijft een meerderheid gebruik maken van de EHBO-posten die deel uitmaken van de Almeerse eerste lijn.

Kijken we ten slotte naar de gewenste verschuiving van professionele zorg naar preventieve zorg, zelfzorg en mantelzorg, dan vallen drie dingen op. In de eerste plaats is er, ook als we rekening houden met de relatief ongezonde Almeerse bevolking en de bijzondere bevolkingsopbouw, sprake van een relatief hoog zorggebruik in Almere. Het streven om mensen minder vaak gebruik te laten maken van professionele zorg lijkt te worden doorkruist door bijvoorbeeld een goede toegankelijkheid van voorzieningen. In de tweede plaats mag worden geconstateerd dat de Almeerse huisartsen op het terrein van het voorschrijven van medicijnen een terughoudend beleid voeren, en ook op andere terreinen het initiatief vooral bij de patiënt laten liggen. Met betrekking tot de activiteiten gericht op preventie zijn de verschillen tussen Almere en Nederland klein. Een derde, en laatste conclusie, luidt dat op het niveau van de Almeerse bevolking er sprake lijkt te zijn van een wat meer terughoudend beleid om voor elke 'wissewasje' een beroep te doen op professionele zorg. In dit opzicht geldt dat is voldaan aan de doelstelling, zij het dat niet kan worden vastgesteld of hier sprake is van een ontwikkeling 'dankzij' of 'ondanks' het Experiment Gezondheidszorg Almere.

6. KWALITEIT VAN DE ALMEERSE GEZONDHEIDSZORG

Om tot een werkbare indeling te komen van de verschillende aspecten die zijn verbonden aan het begrip 'kwaliteit van zorg' is in hoofdstuk 2 aansluiting gezocht bij de operationele definitie van kwaliteit gehanteerd door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Vervolgens is een overzicht gepresenteerd van de resultaten die worden nagestreefd en de daartoe in te zetten middelen en is in hoofdstuk 4 nagegaan of deze middelen ook daadwerkelijk zijn gerealiseerd.

Dit hoofdstuk beoogt vast te stellen of de operationele doelen met betrekking tot het aspect 'kwaliteit van zorg' in Almere tussen 1983 en 1993 zijn gerealiseerd. Daarbij maken we een onderscheid naar (1) het proces van zorgverlening en (2) de kwaliteit van de verleende zorg in de ogen van de Almeerse bevolking. Aan de proceskant zal vooral worden gekeken naar de samenwerking tussen disciplines en echelons, de overlap en continuïteit bij het proces van zorgverlening en de mate waarin wordt gewerkt overeenkomstig professionele richtlijnen en standaarden. Bij de uitkomsten van het zorgproces staan de oordelen van patiënten of cliënten centraal. De kwaliteit van het proces van zorgverlening geldt als de graadmeter bij uitstek om de kwaliteit van instellingen te bepalen (Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1990). Tezamen met structuurkenmerken vormen 'proces' en 'uitkomst' de drie traditionele aspecten waaraan kwaliteitscriteria worden ontleend (Donabedian, 1970; Loeffler, 1992).

6.1. Structuur van de zorgverlening

In deze paragraaf over de structuur van de zorgverlening in Almere staan de personen die uitvoering moeten geven aan het zorgproces centraal. We besteden daarbij aandacht aan de aantallen zorgverleners, het verloop onder zorgverleners, opleiding en nascholingen en de taakopvattingen van zorgverleners en de inrichting voorzieningen. Per subparagraaf zal, in hypothesevorm, worden aangegeven aan welke operationele doelstelling voldaan zou moeten worden.

6.1.1. Aantallen zorgverleners in Almere

In Almere komen de aantallen zorgverleners per 100.000 inwoners voor eerstelijnsdisciplines overeen met de uitgangspunten geformuleerd in de Nota Eerstelijnszorg. Deze aantallen zijn in het algemeen hoger dan elders in Nederland. (Hypothese H6.1)

Meer zorgverleners per inwoner betekent in principe de mogelijkheid om meer aandacht te besteden aan de kwaliteit van het zorgproces zelf. Uitgangspunt daarbij is in het Experiment Gezondheidszorg Almere te komen tot aantallen zorgverleners afgestemd op de taakstellende prognoses voor de capaciteit van de eerstelijnszorg die zijn terug te vinden de nota's 'Eerstelijnszorg' en 'Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen'. Tijdens de duur van het experiment zijn deze aantallen, in elk geval waar zij betrekking hebben op het aanbod aan zorg verleend door huisartsen, aangepast aan de maatschappelijke ontwikkelingen op het terrein van de praktijkverkleining.

Prognoses bij het formele begin van het experiment gezondheidszorg Almere en de feitelijke situatie in Almere op 1-1-1993 zijn weergegeven in tabel 6.1. In deze tabel is sprake van full-time equivalenten hulpverleners (fte's), en vormen de aantallen inwoners de potentiële cliënten en patiënten.

Met betrekking tot de praktijkomvang van huisartsen geldt dat de dichtheid (gemiddeld aantal inwoners per zelfstandige gevestigde zorgverlener) in Nederland op 1-1-1992 uitkomt op 2315 (Hingstman & Pool, 1992). Almere ligt hier ruim onder. Behalve cijfers over de dichtheid van de huisartsen, zijn gegevens beschikbaar over de aantallen zelfstandig gevestigde verloskundigen en fysiotherapeuten en de dichtheden voor deze beroepsgroepen. Het gemiddeld aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen per 1-1-1992 bedraagt 832. Bij een bevolking van ruim 15 miljoen, komt dit neer op één verloskundige per circa 18.000 inwoners. Voor de beroepsgroep van fysiotherapeuten geldt per 1-1-1989 in Nederland een dichtheid van circa 1750 (Pool & Hingstman, 1991). Voor deze beroepsgroepen geldt dat de dichtheden in Almere lager tot veel lager uitkomen.

Ter aanvulling op de in tabel 6.1 opgenomen getallen kan nog worden opgemerkt dat ook het streven om bij de discipline van huisartsen te komen tot een substantieel aandeel van vrouwelijke huisartsen, waarmee wordt ingespeeld op de veronderstelde voorkeur bij een deel van de bevolking (van den Brink-Muinen, Bensing & de Bakker,

1993), in Almere is gerealiseerd. Circa 1/3 van alle Almeerse huisartsen is van het vrouwelijk geslacht, terwijl voor geheel Nederland een percentage van ruim 13% vrouwelijke huisartsen geldt.

Tabel 6.1. Capaciteit van disciplines in de eerstelijnszorg; taakstellende prognose en gerealiseerde capaciteit in Almere op 1-1-1993

	Aantal inwoners per discipline Almere 1-1-93	Taakstellende prognose WVC
huisarts*	1815	2200-2400
tandarts	3500	3000
verloskundige	7500	20.000
kraamverzorgende	1800	2.000
wijkverpleegkundige**	-	2.500
diëtist	-	50.000
fysiotherapeut***	1900	2.400
apotheker	7400	10.000
maatschappelijk werkende****	5250	8.000

* Voor huisartsen in gezondheidscentra werd anno 1983 ook wel een norm gehanteerd van (2600-17,5%) 2150 patiënten.

** Afzonderlijke gegevens over de discipline wijkverpleegkundigen ontbreken. Het onderscheid dat in Almere wordt gemaakt betreft thuiszorg (13,55 fte), kruiswerk (49,92 fte) en gezinsverzorging (86,24 fte) bij een bevolking die op 1-1-1993 91.700 bedroeg.

*** Officiële norm van fysiotherapie is 1 op 3000 inwoners.

**** Voor het algemeen maatschappelijk werk is officieel geen taakstellende prognose ontwikkeld, doch het streven was gericht op handhaving van de op 31-12-1982 bestaande situatie van 1:8000.

Samenvattend geldt dat de operationele doelstelling, te komen tot dichtheden bij eerstelijnsdisciplines die liggen op of onder de taakstellende prognoses van 1983, is gerealiseerd. De hypothese wordt bevestigd.

6.1.2. Kenmerken van zorgverleners

In Almere beschikken zorgverleners, in vergelijking tot collega's elders in Nederland, over een betere en meer op hun functie toegesneden opleiding en nascholing. (Hypothese H6.2)

Loondienst schept in principe voor de werkgever de mogelijkheid te selecteren naar genoten opleiding en specifieke kwaliteiten. Daarnaast zal werken in loondienst ook door een specifieke groep potentiële werknemers als aantrekkelijk worden ervaren, zodat ook hier selectie optreedt. Of zorgverleners in Almere zich wat deze aspecten betreft

onderscheiden van collegae in de rest van Nederland kan worden uitgezocht voor twee beroepsgroepen, te weten wijkverpleegkundigen en huisartsen.

Bij wijkverpleegkundigen zijn, zo kan worden afgeleid uit het onderzoek naar de consultatiebureaufunctie voor zuigelingen en kleuters (Thomassen, Sixma, de Bakker, 1989), de verschillen in opleiding tussen Almere en de rest van Nederland klein. Hetzelfde geldt voor de mate waarin door vertegenwoordigers van deze beroepsgroep bij- en nascholingscursussen zijn gevolgd. Bij de huisartsen zijn er wel verschillen tussen Almere en de rest van Nederland. Terwijl in Nederland het merendeel van de ondervraagde huisartsen aangeeft enkel de huisartsopleiding te hebben gevolgd met soms een CB-applicatiecursus, geldt voor de Almeerse huisartsen dat ruim 70% naast de huisartsopleiding ook een CB-applicatiecursus gevolgd. Ook het aantal Almeerse huisartsen dat aangeeft een specifiek op het CB toegesneden nascholing te hebben gevolgd in Almere significant hoger is. Omdat in Almere vooral jonge huisartsen werkzaam zijn, ligt een verband met leeftijd voor de hand.

Uit hetzelfde onderzoek naar de CB-functie in Almere blijkt dat er tussen huisartsen in Almere meer overeenstemming is over de wijze waarop het CB dient te worden gevoerd dan tussen huisartsen in de rest van Nederland. Voor de gebruikers zal dit resulteren in een beter herkenbare zorg. Bij de wijkverpleegkundigen zijn er, naast onderdelen van het takenpakket waarover meer overeenstemming, er ongeveer evenveel verrichtingen waarover minder overeenstemming is dan in de rest van Nederland.

Meer algemene kenmerken van de Almeerse huisartsen zijn afkomstig uit het deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de (Almeerse) huisartspraktijk. Behalve dat vragen zijn gesteld over opleiding en cursussen, is tevens informatie ingewonnen over een aantal sociaal-demografische kenmerken van huisartsen. In tabel 6.2 zijn de verschillen tussen Almere en Nederland weergegeven.

De doorsnee Almeerse huisarts heeft relatief weinig jaren praktijkervaring, is relatief vaak afkomstig van de Katholieke Universiteit Nijmegen, de Vrije Universiteit van Amsterdam of van de Universiteit van Amsterdam. Huisartsen in Almere besteden niet meer tijd aan het lezen van vakliteratuur of het volgen van nascholing.

Tabel 6.2. Kwaliteit van huisartsen in Almere en Nederland; nascholing, attitudes en taakopvattingen. (Bron: deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', 1987/1988)

	Almere		Nederland	
	gem.	spreiding	gem.	spreiding
Nascholing en werkervaring				
gemiddeld aantal jaren werkervaring	3,9	3,0	12,4	7,9
uren per week voor lezen vaktijdschriften	3,4	2,1	2,6	1,4
tijd per jaar besteed aan nascholing	52,3	19,0	56,3	47,1
Universiteit van afstuderen				
Groningen	-		24,7%	
Utrecht	6,9%		14,8%	
Nijmegen	31,0%		20,4%	
Rotterdam	6,9%		5,6%	
Amsterdam, VU	20,7%		12,3%	
Amsterdam, UvA	24,1%		5,6%	
Maastricht	-		1,9%	
Leiden	3,4%		12,1%	
anders, onbekend	6,9%		3,3%	

Samengevat geldt, op grond van de relatief weinige onderzoeksgegevens die er zijn, niet kan worden vastgesteld dat zorgverleners in Almere een duidelijk meer op hun functie toegesneden opleiding hebben genoten of kunnen bogen op meer werkervaring. Uitzondering vormt de consultatiebureau functie voor huisartsen. De veronderstelling, waarmee we deze subparagraaf zijn begonnen, kan derhalve niet worden bevestigd.

6.1.3. Attitudes van zorgverleners

In Almere hebben zorgverleners, in vergelijking tot collega's elders in Nederland, een attitude die meer is afgestemd op het bereiken van de in het projectplan gezondheidszorg Almere geformuleerde doelstellingen. (Hypothese H6.3)

Loondienst biedt in theorie de mogelijkheid zorgverleners in dienst te nemen die de doelstellingen van het experiment gezondheidszorg Almere maximaal onderschrijven. Dat geldt in het bijzonder voor huisartsen, die ook voor het Experiment Gezondheidszorg Almere een belangrijke schakel vormen in het bereiken van de doelstellingen gericht op substitutie kosten en kwaliteit. Met andere woorden: het Experiment Gezondheidszorg Almere is gediend met huisartsen van

wie de taakopvattingen in lijn zijn met de uitgangspunten van het experiment. Tabel 6.3 laat zien de mogelijkheid om in Almere huisartsen in dienst te nemen die qua opvattingen verschillen van huisartsen in de rest van Nederland, niet is benut. De verschillen tussen Almere en Nederland zijn klein.

Tabel 6.3. Kwaliteit van huisartsen in Almere en Nederland; nascholing, attitudes en taakopvattingen. (Bron: Deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', 1987/1988)

	Almere		Nederland	
	gem.	spreiding	gem.	spreiding
Attitudes en taakopvattingen , algemeen				
werkstijl gericht op onzekerheidsreductie	3,64*	0,48	2,97	0,78
bereidheid tot nemen risico's	3,37*	0,47	3,02	0,74
diagnostiek zien als taak huisarts	2,69*	0,45	2,92	0,47
behandeling zien als taak huisarts	2,07	0,27	2,04	0,31
breedte taakopvatting m.b.t. somatiek	4,03	0,30	3,93	0,46
competentiegevoel somatische klachten	3,49	0,44	3,51	0,67
breedte taakopvatting m.b.t. psycho-sociale klachten	3,13	0,44	3,32	0,49
competentiegevoel psycho-sociale klachten	3,14	0,45	3,20	0,50
breedte taakopvatting, algemeen	3,23	0,46	3,38	0,66
breedte taakuitoefening, algemeen	3,05	0,47	3,15	0,52
ervaren mat. kosten continuïteitsinvloed	3,60	0,55	3,54	0,64
ervaren soc. kosten continuïteitsinvloed	3,54	0,43	3,70	0,52
democratische houding t.o.v. patiënt	3,28	0,33	3,30	0,56
'locus of control'	3,04	0,22	3,12	0,38
Attitudes en taakopvattingen, specifiek				
rol psycho-sociale factoren bij aandoeningen	3,04	0,44	2,92	0,57
geneigdheid tot prescriptie	2,30	0,38	2,60	0,51

* = significant verschil ($p < .05$) t.o.v. Nederland

De weinige significante verschillen die er zijn, betreffen in de eerste plaats de werkstijl van de Almeerse huisartsen, die wat meer gericht is op de reductie van onzekerheid. De Almeerse huisarts lijkt wat sneller geneigd een collega-huisarts te consulteren bij probleemgevallen. Daarnaast is de Almeerse huisarts wat meer geneigd om risico's te nemen bij klachten, hetgeen betekent dat bijvoorbeeld minder snel wordt gedacht dat elke klacht het begin kan zijn van een ernstige aandoening, bij twijfel minder snel naar een specialist wordt verwezen en er in zijn of haar beleid vanuit gaat dat veel klachten vanzelf overgaan. De geringere geneigdheid van de Almeerse huisartsen tot het voorschrijven van medicijnen is overeenkomstig de doelstellingen van

het experiment Almere. Met betrekking tot enkele andere kernpunten van het beleid in Almere (breedte van taakopvattingen, competentiegevoel, breedte van taakuitoefening, relatie eerste/tweedelijns en de invloed die wordt toegekend aan patiënten) zijn er geen verschillen tussen huisartsen in Almere en Nederland. Als groep zijn huisartsen in Almere, wat hun taakopvattingen en attitudes betreft, wat meer homogeen dan de groep huisartsen die staat voor de rest van Nederland.

De hypothese dat de attitude van zorgverleners in Almere, en in het bijzonder de Almeerse huisartsen, verschilt met de rest van Nederland, en meer is afgestemd op de uitgangspunten van het Experiment Gezondheidszorg Almere, wordt in zijn algemeenheid verworpen.

6.1.4. De inrichting van voorzieningen

In Almere zijn, in vergelijking tot Nederland, voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg meer compleet ingericht. (Hypothese H6.4)

Een meer complete inrichting van de gezondheidscentra betekent dat in principe meer behandelingen en verrichtingen in de eerste lijn, en daarmee voor de inwoner van Almere op korte afstand van zijn woonadres, kunnen plaats vinden. Met betrekking tot de inrichting van de voorzieningen kan een vergelijking worden gemaakt tussen het instrumentarium van huisartsen in Almere en huisartsen in de rest van Nederland.

Afgemeten aan de aanwezigheid van 13 met name genoemde instrumenten (zie voor een overzicht van deze instrumenten: Foets e.a., 1991), geldt dat de Almeerse huisartspraktijken meer compleet is ingericht dan de doorsnee huisartspraktijk in Nederland. De hypothese wordt bevestigd.

6.2. Het proces van zorgverlening

Bij de kwaliteit van het proces van zorgverlening gaan we in op samenwerking binnen en tussen disciplines en echelons, de continuïteit van zorg, de mate van overlap tussen werkzaamheden en het werken volgens vaste criteria en standaarden.

6.2.1. Informatie en voorlichting

In Almere krijgen patiënten en cliënten, in vergelijking tot Nederland, van zorgverleners relatief veel informatie en voorlichting. (Hypothese H6.5)

Attitudes en feitelijk handelen zijn twee verschillende zaken. Het feit dat bijvoorbeeld de Almeerse huisartsen in hun taakopvattingen en attitudes weinig verschillen van collega's betekent niet automatisch dat ook de verschillen in de verleende zorg gering zijn. Dat geldt ook voor de informatievoorziening en voorlichting. Gegevens over het feitelijk handelen van hulpverleners op het terrein van de voorlichting naar patiënten zijn beschikbaar voor huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Tabel 6.4. Aantallen therapeutische verrichtingen per 1.000 patiënten en per 1.000 contacten bij huisartspraktijken in Almere (gestandaardiseerd) en Nederland. (Bron: Deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', 1987/1988)

	Almere, gestandaardiseerd		Nederland	
	per 1.000 patiënten	per 1.000 contacten	per 1.000 patiënten	per 1.000 contacten
behandeling, totaal	924,4	723,1	692,1	591,5
gespreksvoering	372,7	291,5	287,9	246,1
voorlichting + advies	619,2	484,3	450,7	385,2
even aankijken	51,4	40,3	51,9	44,3
leefregels	44,2	34,6	32,8	28,0
medicatie zonder recept	46,9	36,7	25,9	21,3
wijziging in medicatie	22,2	17,4	20,4	17,4

Tabel 6.4 geeft aan in de Almeerse huisartspraktijk meer voorlichting en advies wordt gegeven dan in de doorsnee huisartspraktijk in Nederland. Dat betreft zowel algemene gezondheidsvoorlichting als voorlichting en adviezen over de aard van de klacht of de behandeling. Wat de voorlichtende activiteiten betreft zijn de verschillen met andere huisartsen werkend in gezondheidscentra klein. Het voorbehoud dat ten aanzien van deze cijfers moet worden gemaakt betreft de 'hardheid' van de gegevens. Het is mogelijk dat wat onder 'een goed gesprek' of 'voorlichting' wordt verstaan, door artsen verschillend is geïnterpreteerd.

Behalve dat bij een bezoek aan de huisartspraktijk meer voorlichting wordt gegeven, duren contacten met de huisarts (na correctie voor verschillen in de opbouw van de populatie naar leeftijd en geslacht) in Almere gemiddeld wat langer, maar worden per contact niet meer problemen aangesneden. Contacten vinden in Almere wat vaker plaats op initiatief van de patiënt.

Voor de discipline van wijkverpleegkundigen geldt dat in Almere relatief veel cursussen aan voor ouders en toekomstige ouders van kinderen worden aangeboden.

Samenvattend geldt, dat de hypothese van relatief veel voorlichting in Almere wordt bevestigd door de onderzoeksbevindingen die er zijn.

6.2.2. Afstemming van werk binnen en tussen de zorgchelons

In Almere zijn, in vergelijking tot Nederland, de werkzaamheden van disciplines meer op elkaar afgestemd en vindt meer structureel en ad-hoc overleg plaats binnen en tussen de verschillende disciplines. (Hypothese H6.6)

Afstemming van werkzaamheden tussen disciplines en echelons, laat zich moeilijk vertalen in concrete verwachtingen die met behulp van onderzoeksgegevens kunnen worden getoetst. Een mogelijkheid is te kijken naar de opvattingen van zorgverleners, zoals dit bijvoorbeeld is gedaan in het onderzoek naar het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters in Almere. De onderzoeksresultaten met betrekking tot dit specifieke onderdeel laten zien dat, indien het takenpakket van huisartsen en verpleegkundigen met betrekking tot het consultatiebureau uiteen wordt gelegd in 17 met name genoemde activiteiten, de overeenstemming in Almere tussen vertegenwoordigers van beide disciplines bij 7 van de 17 aspecten (significant) groter is dan in de rest van Nederland. Voor wat betreft de resterende activiteiten is er bij acht aspecten geen verschil, terwijl bij twee aspecten de overeenstemming in Nederland groter is dan in Almere. Overigens geldt dat ook binnen de beide beroepsgroepen de overeenstemming, over hetgeen tot de taak van het consultatiebureau moet worden gerekend, in Almere over het geheel genomen wat groter is dan in de rest van Nederland. Er zijn nagenoeg geen verschillen tussen Almere en de rest van Nederland als het gaat om het op elkaar afgestemd zijn

van de bestaande taakverdeling en de gewenste taakverdeling bij het consultatiebureau.

Een andere mogelijkheid is te kijken naar mate van overleg tussen disciplines en met andere disciplines buiten het eigen echelon, waarbij het mogelijk is onderscheid te maken tussen ad-hoc en geïnstitutionaliseerd overleg. Overleg kan daarbij worden opgevat als een noodzakelijke voorwaarde voor het afstemmen van taken en verrichtingen. In het onderzoek naar ziekten en verrichtingen in de (Almeerse) huisartspraktijk (Sixma, de Bakker, Groenewegen & van der Velden, 1992), is in 1987/1988 zowel in Almere als in Nederland aan huisartsen gevraagd aan te geven met welke instanties regulier en/of informeel overleg wordt gevoerd en de hoeveelheid tijd dit overleg kost. De overlegtijd, weergegeven in tabel 6.5, is aangegeven in uren per week, blijkt in Almere uit te komen op gemiddeld tussen de 3,5 en 4 uur per week, tegenover ruim twee uur overleg bij de doorsnee Nederlandse huisarts.

De verschillen tussen Almere en de rest van Nederland zit met name in de hoeveelheid tijd die wordt gestoken in het reguliere overleg met eerstelijnsdisciplines. Na opening van het Flevoziekenhuis in 1991 zal het reguliere en incidentele overleg met medisch specialisten zijn toegenomen, door het instellen van maandelijkse bijeenkomsten en casuïstiekbesprekingen. Selecteren we uit deze groep Nederlandse huisartsen de artsen werkend in gezondheidscentra, dan zijn er tussen deze groep en Almere geen verschillen.

De bevindingen in tabel 6.5 worden ondersteund door de resultaten van het onderzoek waarbij huisartsen voor een groot aantal patiënt-contacten konden aangeven of er naar aanleiding van het betreffende contact overleg was geweest met anderen dan de patiënt. Gemiddeld wordt door de Almeerse huisartsen bij 24 van de 1000 arts-patiënt contacten overleg gevoerd, terwijl de doorsnee Nederlandse huisarts bij 15 contacten overleg voert met collega-zorgverleners ($p < .05$). Meer overleg betekent vooral contacten met medisch specialisten, GGZ-instellingen, als eerstelijnsdisciplines. Beperken we de vergelijking wat Nederland betreft tot collega-huisartsen werkend in gezondheidscentra of huisartsen praktizerend in één van de grote steden dan zijn de verschillen met Almere minimaal.

Tabel 6.5. Overleg in aantal uren per week** tussen zorgdisciplines in Almere en Nederland waarin huisartsen participeren. (Bron: deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', 1987/1988)

	Almere (N=29)	Nederland (N=161)
regulier overleg 1ste lijn	2,5*	1,3
informeel overleg 1ste lijn	0,8	0,4
regulier overleg 2de lijn	0,2	0,2
informeel overleg 2de lijn	0,0	0,1*
regulier overleg GGZ	0,1	0,1
informeel overleg GGZ	0,1	0,1
totale overlegtijd	3,7*	2,2

* significant verschil ($p < .05$) tussen Almere en Nederland

** gemiddelde aantal uren per week heeft betrekking op die huisartsen die aangeven dergelijk overleg te hebben

De veronderstelling, waarmee we deze subparagraaf zijn begonnen, wordt door de onderzoeksbevindingen ondersteund. Echter, de verschillen die er tussen Almere en Nederland zijn, zijn niet exclusief voor Almere maar gelden waarschijnlijk ook voor andere huisartsen werkend in gezondheidscentra.

6.2.3. Het professioneel handelen van de huisarts

Almeerse huisartsen leveren bij een aantal specifieke aandoeningen zorg die, in vergelijking tot de doorsnee Nederlandse huisarts, meer in overeenstemming is het beleid voorgesteld in NHG-standaarden. (Hypothese H6.7)

Bij het zorgproces is belangrijk dat verrichtingen worden uitgevoerd in overeenstemming met de richtlijnen die binnen de beroepsgroep als 'adequaat' worden beschouwd. Voorbeelden van dergelijke richtlijnen zijn de standaarden die door het Nederlands Huisartsen Genootschap worden uitgegeven, bedoeld om de autonome deskundigheid en verdere professionalisering van de beroepsgroep te vergroten. De NHG-standaard vormt als het ware een meetinstrument waaraan kan worden afgemeten of het beleid van een individuele huisarts op een deelterrein van de huisartsgeneeskundige zorg overeenstemt met

hetgeen in de beroepsgroep als 'nastrevenwaardig' wordt beschouwd.

Gedetailleerde gegevens over het werken van de Almeerse (en Nederlandse) huisartsen op specifieke terreinen die worden bestreken door de NHG-standaarden zijn verzameld in 1987/1988. Het betreft dus de periode voordat de eerste standaard werd gepubliceerd, zodat enkel valt na te gaan in hoeverre de verschillende huisartsen zich reeds vóór de invoering van de NHG-standaard conformeerden aan het hierin geschetste beleid.

Over acht NHG-standaarden zijn per huisarts somscores uitgerekend die weergeven in hoeverre de huisarts op een aantal nauwkeurig omschreven indicatoren al dan niet in overeenstemming met de betreffende standaard heeft gehandeld. De resultaten van deze exercitie staan weergegeven in tabel 6.6.

De N bij tabel 6.6 geeft het aantal keren dat de betreffende situatie voorkomt. Het kan daarbij gaan om zowel het een aantal patiënten, als een aantal contacten of episodes van contacten.

De Almeerse huisartsen springen er positief uit als het gaat om hun beleid bij drie van de acht standaarden. Dit zijn de standaarden 'diabetes', 'otitis media acuta' en 'urine­weginfecties'. Bij deze standaarden zijn diagnostische activiteiten, prescriptie en controle-afspraken, zoals verricht door de Almeerse huisartsen, meer in overeenstemming met de NHG-richtlijnen dan bij de vergelijkingsgroep die staat voor de rest van Nederland.

Bij de standaarden 'acné vulgaris' en 'migraine' en 'acute keelpijn' scoren de Almeerse huisartsen, in vergelijking tot de rest van Nederland, wat minder goed. Bij acné-patiënten wordt minder vaak de geadviseerde controle-afpraak gemaakt, bij migraine-patiënten wordt vaker telefonisch ergotamine voorgeschreven hetgeen niet in overeenstemming is met de betreffende NHG-standaard en ook bij acute keelpijn wordt wat minder vaak de door het NHG geadviseerde medicatie gevolgd.

Tabel 6.6. Het werken van huisartsen in Almere en Nederland volgens enkele NHG-standaarden. (Bron: Deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', 1987/1988)

	Almere % "Correct"	N	Nederland % "Correct"	N
Acne Vulgaris				
1 Geen dieet advies	99,5	207	99,5	1927
2 Termijn (3 mnd.) prescriptie lokale antibiotica	0,0*	2	71,2	66
3 Prescriptie obsoleete preparaten	88,5	192	86,6	1727
4 Prescriptie tetracycline	100,0	16	93,2	338
5 Vervolg afspraken	3,5**	202	9,0	1746
6 Niet verwijzen	97,6	207	96,2	1927
Diabetes Mellitus Type II				
1 Diagnose n.a.v. bloedglucose waarde	64,3	14	42,6	94
2 Diagnose niet n.a.v. urineglucose waarde	83,3*	336	78,8	4558
3 Prescriptie tolbutamide	21,4	14	6,4	94
Migraine				
1 Prescriptie paracetamol, NSAID	37,9	29	52,5	284
2 Telefonische prescriptie van ergotamine	43,3**	30	90,3	383
Acute keelpijn				
1 Geen controle afspraken	96,0	100	91,6	1324
2 Prescriptie feneticilline/fenoxymethylpenicilline	63,6	184	89,9	2058
Enkeldistorsie				
1 Bij fractuur röntgenfoto	88,6	184	89,8	2058
2 Niet verwijzen	97,3	184	95,8	2044
Otitis media acuta				
1 Kind (<6 mnd.) verwijzen of antibiotica	0,0	4	34,6	26
2 Kind (>6 mnd.) geen antibiotica	91,5**	402	75,8	2135
3 Prescriptie amoxicilline	94,4*	36	78,8	245
4 Geen prescriptie van lidocaine	68,4**	626	82,6	3525
Urineweginfectie				
1 Onderzoek met nitriet-strips	54,7**	289	32,9	3268
2 Juiste medicatie	77,2	92	76,4	1904
3 Duur van een kuur	42,5**	40	10,8	1487
4 Controle afspraak	38,3**	115	26,1	2299
5 Niet verwijzen	97,4	386	96,3	4487
CARA				
1 voorschrijven salbutamol e.d.	75,1*	257	69,3	2021
2 voorschrijven corticosteroiden	61,5	48	56,1	998
3 vaccinatie tegen influenza	14,5*	50	19,8	427
4 peak-flow meting	1,1	6	1,6	108
5 dosering van prescriptie	36,2	17	34,6	247
6 behandeling aanval met antibiotica	66,2	282	62,6	3396
7 behandeling aanval met predniso(lo)n	3,8**	16	8,7	472

* = p < 0.5

** = p < 0.1

Voor de standaard 'CARA' ten slotte geldt een wisselend beeld. Op sommige onderdelen was het beleid van de Almeerse huisarts meer in overeenstemming met de richtlijnen, op andere onderdelen geldt het tegendeel.

Samenvattend geldt, dat de hypothese aan het begin van deze subparagraaf, wordt bevestigd bij drie NHG-standaarden en wordt verworpen voor vier standaarden.

6.2.4. Continuïteit van zorg

De inwoner van Almere krijgt, in vergelijking met Nederland, minder vaak te maken met wisselende zorgverleners. (Hypothese H6.8)

De mate waarin personen te maken krijgen met wisselende zorgverleners kan worden opgevat als een indicator voor continuïteit van zorg. Met betrekking tot het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters is in paragraaf 6.1.3 vastgesteld dat het, bij de overgang van het zuigelingen- naar het kleuterbureau, in Almere relatief vaak voorkomt dat de zorgverleners hetzelfde blijven. Voor wat betreft deze tak van zorgverlening geldt dat de continuïteit van zorg in Almere groter is.

Een meer algemeen beeld kan worden afgeleid uit de relatie tussen het aantal zorgverleners per discipline dat in Almere werkzaam is en de uitstroom uit beroepen in de zorgsector. Voor het in kaart brengen van de in- en uitstroom van de Almeerse huisartsen beschikken we over registratiegegevens uit het NIVEL-registratiesysteem van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit betekent dat gegevens over de instroom van huisartsen, de uitstroom van huisartsen en het doorstromen van huisartsen naar een andere praktijk in Almere vergeleken kunnen worden met gezondheidscentra elders in Nederland en met huisartsen die hun beroep niet in een gezondheidscentrum uitoefenen. Dit gebeurt in tabel 6.7.

Bij de instroom van huisartsen komt het groeistad zijn van Almere duidelijk naar voren in de aantallen huisartsen die zich van jaar tot jaar vestigen. Van 15 huisartsen in 1983 groeit dit aantal tot 61 huisartsen op 1 januari 1993. De landelijke groeipercentages voor huisartsen in gezondheidscentra buiten Almere (+51%) en voor huisartsen in andere praktijkvormen (+15%) blijven hier ver bij achter. Het gemiddeld uitstroom percentage bedraagt in Almere over de periode 1983 - 1993 bijna 6 procent.

Tabel 6.7. Continuïteit van zorg in Almere en Nederland. In-, uit-, en doorstroom van huisartsen in Almere, gezondheidscentra elders in Nederland en huisartsen werkend in solo-, duo- en groepspraktijken, in aantallen huisartsen. (Bron: NIVEL-registratie van beroepen in de eerstelijnszorg, 1983 - 1993)

	Almeerse gez. centra	gezondheids- centra elders	overige huisartsen
1983 - 1984			
aanwezig	15	339	5244
instroom	4	54	295
uitstroom	-	16	189
doorstroom	4	4	27
1984 - 1985			
instroom	4	39	301
uitstroom	-	12	6
doorstroom	-	6	41
1985 - 1986			
instroom	3	36	433
uitstroom	2	17	183
doorstroom	2	4	40
1986 - 1987			
instroom	5	26	152
uitstroom	-	21	121
doorstroom	-	7	32
1987 - 1988			
instroom	6	31	198
uitstroom	3	20	144
doorstroom	-	5	42
1988 - 1989			
instroom	8	29	194
uitstroom	-	16	171
doorstroom	5	1	48
1989 - 1990			
instroom	5	35	188
uitstroom	1	10	159
doorstroom	-	2	32
1990 - 1991			
instroom	15	36	294
uitstroom	4	14	252
doorstroom	1	-	50
1991 - 1992			
instroom	10	43	258
uitstroom	6	35	208
doorstroom	1	1	38
1992 - 1993			
instroom	6	32	252
uitstroom	4	26	191
doorstroom	-	2	50
aanwezig	61	512	6022

Voor huisartsen werkend in gezondheidscentra elders in Nederland en huisartsen werkend in solo-, duo- en groepspraktijken komen de vergelijkbare percentages met respectievelijk 4,3% en 3,1% wat lager uit. Uitstroom betekent voor het overgrote deel van de huisartsen in solo-, duo- en groepspraktijken (94%) dat zij stoppen met het uitoefenen van de huisartspraktijk; de resterende zes procent switcht naar een gezondheidscentrum. Bij de uitstroom van huisartsen in gezondheidscentra is het percentage dat daadwerkelijk stopt met het uitoefenen van een praktijk lager en komt uit op 62%. Van de 20 huisartsen die in Almere hun praktijk beëindigen, stappen er tien uit het vak en vestigen tien zich, na enige jaren in Almere werkzaam te zijn geweest, elders in Nederland als huisarts. Meer dan elders lijken huisartsen in Almere hun (veelal eerste) vestiging als huisarts te zien als een opstap naar een verdere carrière als huisarts buiten Almere.

Behalve het percentage huisartsen dat na verloop van tijd buiten Almere het vak gaat uitoefenen of stopt met de praktijkvoering, is ook het aantal huisartsen in Almere dat van praktijk wisselt (de 'doorstroom') relatief hoog.

Nemen we uitstroom en doorstroom samen (immers, in beide gevallen is het aannemelijk dat er voor de patiënten discontinuïteit optreedt) dan bedraagt het voortschrijdend gemiddelde in Almere bijna 10%, tegenover 5% en bijna 4% in respectievelijk andere gezondheidscentra en huisartsen in solo-, duo- en groepspraktijken. Een maat voor de continuïteit van zorg is ook de mate waarin patiënten te maken krijgen met wisselende hulpverleners. Met behulp van de resultaten van het deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk' worden nagegaan of inwoners van Almere bij een bezoek aan de huisartspraktijk vaker of minder vaak te maken hebben gehad met een ander dan de eigen huisarts. Worden in een periode van drie maanden vier bezoeken aan de huisarts gebracht, dat kan het zijn dat men altijd dezelfde persoon treft. Het kan ook zijn dat men vier keer met een andere persoon te maken krijgt. Personen die in Almere de huisarts bezoeken krijgen in bijna 20% van de gevallen bij opeenvolgende contacten (gemeten over een periode van drie maanden) te maken krijgen met een huisarts die van contact tot contact verschilt. In Nederland komt dit percentage uit op 10%. Vergelijken we Almere met ander huisartspraktijken waarin meerdere personen werkzaam zijn, dan zijn er geen verschillen. Ook hier komt het percentage wisselende paren uit op bijna 20%.

Samenvattend geldt dat de veronderstelling, dat inwoners van Almere relatief weinig geconfronteerd worden met wisselende zorgverleners, moet worden verworpen.

6.3. De uitkomsten van de zorgverlening

In deze paragraaf staat het oordeel van de gebruikers van zorgvoorzieningen centraal. We besteden aandacht aan de mening van de inwoners van Almere over de afstemming tussen kleuter- en zuigelingen- en de organisatie van de gezondheidszorg, de zorgverleners, de toegankelijkheid van voorzieningen met inbegrip van de wachttijden en het zorgproces in zijn totaliteit.

6.3.1. Oordelen over de organisatie van de Almeerse gezondheidszorg

Inwoners van Almere zijn, in vergelijking tot inwoners van de rest van Nederland, meer tevreden over de organisatie van de gezondheidszorg en deelaspecten daarvan. (Hypothese H6.9)

Tevredenheidsoordelen van gebruikers over zorgvoorzieningen zijn een belangrijke indicator voor de kwaliteit van de betreffende voorziening. Daarbij kan het gaan om afzonderlijke disciplines of de samenwerking tussen disciplines. Ook is het mogelijk na te gaan hoe de houding van de bevolking is ten aanzien van de meer algemene uitgangspunten van het Experiment Gezondheidszorg Almere. In deze paragraaf richten wij ons op het oordeel van de bevolking over de organisatie van de EHBO-functie, de organisatie van de verloskundige zorg en het concentreren van eerstelijnszorg in gezondheidscentra.

Bij de EHBO-voorziening in Almere is er lange tijd een discussie geweest over het te voeren beleid op het moment dat het Flevoziekenhuis zou worden geopend. Mede gelet op de ervaringen met een gesloten EHBO-afdeling bij de opening van 't Lange Land Ziekenhuis in Zoetermeer (zie Sixma, 1990) is uiteindelijk gekozen voor een tweesporen beleid. Enerzijds wordt, zowel vanuit het Flevoziekenhuis als vanuit de gezondheidscentra, het rechtstreeks naar het ziekenhuis gaan ontraden en worden patiënten met letsel dat langer dan 24 uur geleden is ontstaan terugverwezen naar de huisarts. Anderzijds, wordt het ziekenhuis gedurende de avonden door de Almeerse eerste lijn beconcurrerd met twee EHBO-posten.

In onderzoek dat rond de opening van het Flevoziekenhuis is verricht zijn patiëntenoordelen gevraagd over een aantal aspecten van de Almeerse EHBO-functie. De snelheid waarmee EHBO wordt verleend, krijgt zowel van de bezoekers van het ziekenhuis als de gebruikers van de EHBO-posten en gezondheidscentra het predikaat 'goed'. Ook over de openstellingstijden van de EHBO-posten (N.B. ten tijde van het onderzoek was de EHBO-post 'De Driehoek' nog 24 uur per dag open, wat inmiddels is teruggebracht naar een openstelling die eindigt om 22.00 uur 's avonds) en de afstand tot de instellingen, is men tevreden. Met rapportcijfers tussen de zes en de zeven is men duidelijk minder positief over de bewegwijzering naar en de informatie over het gebruik van zowel de EHBO-posten als de Afdeling Spoedeisende Hulp van het Flevoziekenhuis. Een groot deel van de bezoekers van de Almeerse EHBO-voorzieningen zijn niet op de hoogte van de specifieke regelingen die voor het gebruik gelden.

In het kader van de evaluatie van tien verloskundige samenwerkingsverbanden hebben 200 vrouwen uit Almere vragen beantwoord over de organisatie van de verloskundige zorg. Omdat gegevens ter vergelijking (op dit moment) ontbreken wordt volstaan met een feitelijke weergave van de belangrijkste resultaten. Bijna alle ondervraagde vrouwen in Almere hebben tijdens hun zwangerschap voor de controles te maken gehad met verschillende hulpverleners, waarbij de modus ligt op vier hulpverleners en circa 15% te maken had met meer dan 5 verschillende gezichten. Circa 35% van alle ondervraagde personen is hierover ontevreden. Tevredenheid overheerst bij de snelheid van de hulpverlening op het moment dat de bevalling zich aankondigde, de samenwerking tussen de verschillende disciplines, de informatie die wordt verstrekt in de verschillende stadia van de zwangerschap en bevalling en de zorg die door de kraamverzorgster wordt verleend. Voor wat betreft de kraamzorg, geeft tussen de 10 en 15% van de vrouwen aan dat deze zorg wat hen betreft te laat of soms in het geheel niet is verleend.

Terwijl bij de EHBO-functie en de verloskundige zorg gesproken kan worden van (belangrijke) deelaspecten van het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen, raakt de concentratie van eerstelijnsdisciplines in gezondheidscentra aan de kern van filosofie achter het experiment Almere. De mening van de Almeerse bevolking over de concentratie van eerstelijnsvoorzieningen in gezondheidscentra is op twee momenten gevraagd. De eerste meningpeiling vond begin 1985 plaats in het kader van een bewonersenquête over het gebruik van en het oordeel

over zorgvoorzieningen in Almere (Sixma, 1986). Een tweede meting dateert uit 1991. Het oordeel van de Almeerse bevolking kan worden vergeleken met de mening van de inwoners van Lelystad (Dopheide & Nijhout, 1983; Dopheide ea, 1986). In Lelystad bevinden zich zowel gezondheidscentra, groepspraktijken als solistisch werkende zorgverleners, terwijl in deze gemeente minder sterk dan in Almere de nadruk is gelegd op het bereiken van een sterke eerstelijnszorg.

Tabel 6.8 laat zien, dat de meerderheid van de inwoners van Almere de voorkeur geven aan een organisatie van de eerstelijnszorg in gezondheidscentra. Deze voorkeur is in 1985 wat sterker dan in 1991. Het percentage inwoners dat de voorkeur geeft aan solistisch werkende hulpverleners stijgt van 4% in 1985 naar 13% in 1991. Nemen we de antwoorden van hen die een voorkeur uitspreken voor gezondheidscentra, de personen bij wie één gebouw niet perse hoeft en de personen voor wie het eigenlijk niet uitmaakt samen in één categorie, dan geldt dat tussen de 85 en 90% van de Almeerse bevolking in principe niet afwijzend staat tegenover het werken vanuit gezondheidscentra.

Tenslotte beschikken we over de oordelen van de Almeerse huisartsen over de tevredenheid waarmee het beroep wordt uitgeoefend. Uit deze oordelen blijkt dat de verschillen met huisartsen in de rest van Nederland minimaal zijn.

Tabel 6.8. Voorkeur van inwoners van Almere en Lelystad voor de concentratie van eerstelijnsdisciplines in gezondheidscentra, in percentages. (Bronnen: deelonderzoeken 'het oordeel van de bevolking over de Almeerse gezondheidszorg', 1985; 'EHBO in Almere II', 1991)

	Almere 1985 (N=706)	Almere 1991 (N=927)	Lelystad (N=2000)
voorkeur voor eerstelijnszorg vanuit gezondheidscentra	67	56	43
wel samenwerking, maar één gebouw hoeft niet	13	13	23
voorkeur voor solistisch werkende hulpverleners	4	13	4
maakt mij niets uit	16	18	30

Samenvattend geldt, dat onze voorspelling dat de Almeerse bevolking meer tevreden is over de wijze waarop de gezondheidszorg in Almere is georganiseerd, door het ontbreken van cijfers voor Nederland niet goed kan worden getoetst. Uit de resultaten voor Almere zelf mag worden afgeleid dat een meerderheid tevreden is over de wijze

waarop de gezondheidszorg is georganiseerd, en 10 tot 15% van de bevolking de basisprincipes van het 'Almeerse model' afkeurt.

6.3.2. Oordelen over de zorg aan zuigelingen en kleuters

In Almere is, in vergelijking tot Nederland, sprake van meer samenhang in de zorg zoals verleend via consultatiebureau's en is deze zorg beter afgestemd op de behoeften van de bevolking. (Hypothese H6.10)

Afstemming van zuigelingen- en kleuterzorg is één van de doelen die expliciet worden genoemd in de projectplannen van het Experiment Gezondheidszorg Almere. Onderzoek naar het functioneren van het Almeerse consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters vond plaats in 1988, waarbij beschikt kon worden over vergelijkbare gegevens voor de rest van Nederland (Vorst-Thijssen, 1987). In tabel 6.9 worden de belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek gepresenteerd voor zover zij betrekking hebben op de organisatie van het consultatiebureau. Wordt een hypothese verworpen, dan betekent dit niet dat de situatie in Almere ten opzichte van de rest van Nederland slechter is maar simpelweg 'geen verschil'.

Met betrekking tot de organisatie van de taken van de medewerkers van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters en de activiteiten die tijdens het CB worden uitgevoerd, geldt dat de verschillen met de rest van Nederland klein zijn. Wel is in Almere meer sprake van uniformiteit met betrekking tot de bestaande taakverdeling, doch bestaande en gewenste taakverdeling zijn niet meer op elkaar afgestemd dan elders het geval is. Ook zijn er geen verschillen met betrekking tot de taken die men tot de gezamenlijke verantwoordelijkheid rekent. Met betrekking tot het overleg dat wordt gevoerd beperken de verschillen zich tot wat meer incidenteel overleg en consultaties in Almere, hetgeen niet resulteert in een grotere tevredenheid bij de participanten aan het overleg. De hypothese dat vanuit de Almeerse consultatiebureau's meer moeite wordt gedaan om bewoners van Almere aan het CB te laten participeren wordt bevestigd. De activiteiten die hierbij worden ontplooid hebben vooral betrekking hebben op telefoontjes of schriftelijke herinneringen en minder vaak dan in de rest van Nederland op een extra huisbezoek.

Tabel 6.9. Vergelijking van de consultatiebureaufunctie in Almere en Nederland. Hypothesen en de uitkomsten van hun toetsing.

Hypothese	toetsing
1 Almere biedt zuigelingen en kleuters een meer complete zorg	deels geaccepteerd, deels verworpen
2 CB-medewerkers werken in Almere meer zelfstandig, waarbij huidig en gewenst takenpakket meer op elkaar zijn afgestemd	grotendeels verworpen
3 In Almere wordt bij de CB's meer structureel overleg gevoerd zowel binnen als buiten de eerste lijn	verworpen
4 In Almere vindt bij de CB's meer incidenteel overleg plaats tussen CB-team en andere disciplines	bevestigd
5 In Almere meer overleg tussen CB-medewerkers	verworpen
6 In Almere meer activiteiten om non-participanten bij het CB te betrekken	bevestigd
7 In Almere meer huisbezoeken in het kader van het CB	verworpen
8 In Almere meer cursussen voor gebruikers over CB-taken	deels bevestigd, deels verworpen
9 In Almere zijn er minder wisselingen van hulpverlener bij overgang van zuigelingen- naar kleuter-CB	bevestigd
10 In Almere meer duidelijkheid over de bezetting van het CB bij gebruiker	bevestigd
11 In Almere maken meer kinderen gebruik van het CB en worden CB's met een hogere frequentie bezocht	verworpen
12 In Almere is de tevredenheid met het CB-afsprakensysteem bij gebruikers groter	verworpen
13 In Almere zijn er bij het CB kortere wachttijden en is het oordeel van de gebruikers over de wachttijden positiever	bevestigd
14 In Almere sluit de taakverdeling tussen de hulpverleners beter aan bij de behoeften van de bevolking	(waarschijnlijk) verworpen
15 In Almere is er een milder uitgesproken voorkeur voor een arts of verpleegkundige	bevestigd
16 In Almere meer tevredenheid bij gebruikers van CB dan landelijk	(waarschijnlijk) verworpen

Kijken we, via de hypothesen 7 tot en met 16, naar de afstemming tussen wensen van de bevolking met betrekking tot de organisatie van het consultatiebureau en de feitelijke situatie, dan overheerst een positief beeld. Vier hypothesen laten geen verschillen zien tussen Almere en Nederland en worden verworpen, voor twee hypothesen geldt dat de formele toetsing door verschillen in de formulering van vragen achterwege moet blijven, doch dat de vergelijking van antwoorden wijst in de richting van verwerping. Voor hypothese 8 geldt dat deze gedeeltelijke wordt bevestigd en gedeeltelijk wordt verworpen. Bevestigd waar het gaat om cursussen voor aanstaande ouders en ouders van zuigelingen, verworpen bij het aanbod van cursussen voor ouders van kleuters. Beter geregeld dan in de rest van Nederland zijn de overgang van het zuigelingen naar het kleuterbureau, waarbij de gebruiker in Almere vaker de eigen arts houdt, de informatie over wie er zitting houdt op het CB en de wachttijden bij het bezoek aan het CB. Gebruikers van het consultatiebureau in Almere hebben een minder uitgesproken voorkeur in de keuze van de persoon die zij bij het CB het liefst willen zien. Het totaalbeeld wijst erop dat de afstemming van de zorg voor zuigelingen en kleuters in Almere op een aantal punten duidelijk beter is georganiseerd (betrekken van non-participanten bij het CB, minder wisselingen van hulpverlener, kortere wachttijden, meer duidelijkheid over wie men treft) dan in de rest van Nederland en dat op andere punten de verschillen met de rest van Nederland klein zijn. Nergens duiden de resultaten van het onderzoek naar de consultatiebureaufunctie in Almere op organisatorische aspecten die in Almere duidelijk minder goed geregeld zijn dan in de rest van Nederland.

Vatten we deze resultaten samen dan geldt de aan het begin van de subparagraaf gestelde hypothese voorlopig als bevestigd.

6.3.3. Oordelen over de bereikbaarheid van voorzieningen

In Almere zijn de oordelen van de bevolking over de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen, in vergelijking tot Nederland, meer positief. (Hypothese H6.11)

Bij de bereikbaarheid van voorzieningen kan een onderscheid worden gemaakt naar de geografische bereikbaarheid - ofwel de plaats waar de verschillende voorzieningen zijn gesitueerd - en het feit of op de verschillende tijdstippen van de dag bij de verschillende zorgverleners

terecht kan. Met betrekking tot de geografische bereikbaarheid is in Almere gestreefd naar een zo groot mogelijke spreiding van de voorzieningen over de verschillende wijken en stadsdelen. Dit komt het meest duidelijk tot uiting in de spreiding van gezondheidscentra over de drie stadsdelen, en waarbij op het moment dat de eerste bewoners zich vestigen in een wijk ook het in die wijk geplande gezondheidscentrum de deuren opent, zij het dat dit tijdens de opbouwfase de deuren zijn van een voorlopig onderkomen. Echter ook bij de verpleeg- en verzorgingshuizen is het streven gericht op een evenwichtige spreiding over de stadsdelen, terwijl ter ondersteuning van het Almeerse beleid dat EHBO vooral een taak voor de eerstelijnsdisciplines is, in Almere-Haven en Almere-Stad EHBO-posten zijn ingericht en de opening van een dergelijke post in Almere-Buiten onderwerp van discussie vormt.

Geografische bereikbaarheid is vooral belangrijk op momenten dat men snel hulp nodig heeft, zoals bijvoorbeeld in de vorm van EHBO. Uit de meningen van de Almeerse bevolking over de bereikbaarheid van de gezondheidscentra, de EHBO-posten en het Flevoziekenhuis kan worden afgeleid dat er wat deze vorm van bereikbaarheid betreft weinig punten van kritiek zijn. De kritiek die er is richt zich op de onduidelijkheid van de regeling waar men op welk moment en met welke klacht of letsel naar toe moet gaan en bewegwijzering naar deze voorzieningen.

Een andere vorm van bereikbaarheid betreft de telefonische bereikbaarheid van de gezondheidscentra en de procedure voor het inroepen van hulp buiten de openingstijden van de centra. Deze procedure komt er in het kort op neer dat buiten de openingstijden van de centra de hulp wordt gecoördineerd via een centrale dokterstelefoon. De patiënt wordt, na melding, teruggebeld door een dienstdoende huisarts, en in overleg wordt besloten tot welke actie men overgaat. Patiënten die de doktersdienst bellen ervaren onzekerheid ("Men heeft gezegd dat ik wordt teruggebeld, maar wanneer dan....?") en deze onzekerheid is waarschijnlijk terug te vinden in oordelen over de bereikbaarheid van de huisarts buiten de kantooruren. Terwijl in de rest van Nederland circa 95% van een willekeurige groep personen spreekt van een goede bereikbaarheid 's avonds, 's nachts en in de weekend- en vakantieperioden, ligt het vergelijkbare percentage in Almere op 'slechts' 85%. Ook als rekening wordt gehouden met het bijzondere leeftijdsopbouw van Almeerse bevolking, hetgeen in tabel

6.10 wordt gedaan, of met verschillen in morbiditeit dan blijven deze verschillen tussen Almere en Nederland bestaan.

Tabel 6.10. Ervaringen met waardering van de huisarts door personen van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland. (Bron: deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', 1987/1988)

	% 'zelden/nooit' Almere gestandaard- diseerd	Nederland
ervaringen m.b.t. bereikbaarheid		
visite geweigerd	88,2**	93,1
verontrust over bereikbaarheid in weekend	78,3**	89,9
verontrust over bereikbaarheid 's nachts	78,2**	92,3
waardering bereikbaarheid		
goed bereikbaar in weekend en vakantieperiode	15,2**	6,0
goed bereikbaar 's avonds en 's nachts	14,8**	5,7

** = significant bij $p < .01$

Kijken we naar datgene wat feitelijk gebeurt als mensen buiten de kantooruren de huisarts nodig hebben dan krijgt een wat kleiner deel van de inwoners van Almere ook daadwerkelijk een huisarts aan de lijn. De tijd die ligt tussen het eerste telefoontje en het moment dat men een huisarts of assistente aan de lijn heeft komt zowel in Almere als in de rest van Nederland uit op gemiddeld circa 25 minuten. Deze conclusie is wel op erg kleine aantallen gebaseerd en daarmee niet erg betrouwbaar. Nemen we deze kleine aantallen voor lief, dan kunnen we voorzichtig concluderen dat de gepercipieerde slechtere bereikbaarheid van de huisarts in Almere voorlopig niet worden ondersteund door de cijfers die betrekking hebben op EHBO-contacten.

Met betrekking tot de EHBO-voorziening in Almere geldt, dat als er daadwerkelijk sprake is van een verzoek om EHBO en er in eerste instantie telefonisch actie wordt ondernomen, circa 75% van alle personen onmiddellijk verbinding krijgt met de instantie van keuze. Ruim 13% van deze personen geeft aan dat de verbinding na enige tijd tot stand komt, ruim 6% moet lang op de verbinding wachten en voor 5% duurt het wachten te lang en komt de telefonische verbinding niet tot stand. Men besluit nog een keer te bellen of onderneemt

andere actie. Samenvattend geldt dat het oordeel van de Almeerse bevolking over de bereikbaarheid van voorzieningen niet meer positief en op onderdelen duidelijk minder positief dan in de rest van Nederland. De hypothese wordt verworpen

6.3.4. Oordelen over de toegankelijkheid van voorzieningen

In Almere oordelen inwoners, in vergelijking tot de rest van Nederland, meer positief over de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen. (Hypothese H6.12)

De toegankelijkheid van voorzieningen wordt enerzijds bepaald door de aanwezigheid en openingstijden van de voorzieningen en anderzijds met de drempels die moeten worden overwonnen voordat men daadwerkelijk bij de betreffende zorgverlener in de spreekkamer zit. In een optimale situatie zullen het beroep dat op voorzieningen wordt gedaan, capaciteit en de organisatie van de voorzieningen nauwkeurig op elkaar zijn afgestemd.

De mogelijkheden om aan het begin van deze subparagraaf geformuleerde veronderstelling te toetsen zijn gering. Met betrekking tot wachtlijsten geldt dat een recent onderzoek naar het bestaan van wachtlijsten bij kruisverenigingen op het terrein van de wijkverpleegkundige zorg en gezinszorg (Groenewegen, Kerkstra en Jansen, 1993), Almere met betrekking tot de wijkverpleegkundige zorg geen problemen meldt. Voor de discipline van de gezinszorg ontbreekt de informatie uit Almere.

Bij het maken van een afspraak voor een bezoek aan het spreekuur van de huisarts in Almere kan men, in vergelijking tot de rest van Nederland, wat minder vaak nog dezelfde dag terecht. Het percentage personen dat aangeeft dezelfde dag nog terecht te kunnen is in Almere circa 72% en in de rest van Nederland bijna 88%. Een aanvraag voor een huisbezoek wordt, zowel in Almere als in de rest van Nederland, in de regel dezelfde dag nog gehonoreerd. In Almere geeft 75% van de huisartsen aan dat er sprake is van een vast weekendspreekuur. Het vergelijkbare percentage voor huisartsen in de rest van Nederland komt hierbij uit op bijna 50%. Tenslotte geldt dat in Almere vooral gewerkt wordt met afsprakenspreekuren, terwijl in Nederland ook de combinatie afsprakenspreekuur/inloopspreekuur frequent voorkomt.

Op het gebruik van de verschillende zorgvoorzieningen is reeds ingegaan in hoofdstuk 5. Tabel 5.7 laat zien dat het gebruik van met name de eerstelijnsvoorzieningen in Almere over het algemeen wat hoger uitkomt dan in de rest van Nederland. Daarbij wordt rekening gehouden met het feit dat de morbiditeit in Almere hoger ligt dan in Nederland als totaal. In Almere wordt wat minder gebruik gemaakt van de diensten van alternatieve genezers. Beschouwen we de mate van gebruik van voorzieningen, onder het constant houden van de factor morbiditeit, als een indicator voor de toegankelijkheid van de zorginstellingen in Almere dan geldt dat deze toegankelijkheid in Almere wat beter lijkt dan in de rest van Nederland.

Het aantal visites en huisbezoeken afgelegd door huisartsen in Almere is relatief laag te opzichte van de rest van Nederland en nagenoeg gelijk aan het aantal visites dat door huisartsen in andere gezondheidscentra. De spreekuur/visite ratio komt in Almere uit op ongeveer zeven. Voor Nederland-totaal, huisartsen in grote steden en andere huisartsen in gezondheidscentra zijn de vergelijkbare ratio's: 4,2 voor Nederland, 6.6 voor grote steden en 5.9 voor andere gezondheidscentra.

Samenvattend geldt dat de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen in Almere, voor zover hierover gegevens beschikbaar zijn, niet onderdoet voor de rest van Nederland en waarschijnlijk op een wat hoger peil ligt. Uit de wat lagere spreekuur/visite ratio in Almere mag worden geconcludeerd dat de goede toegankelijkheid van de huisarts vooral betrekking heeft op het spreekuurbezoek en in mindere mate op visites en huisbezoeken. In zijn algemeenheid wordt de hypothese bevestigd.

6.3.5. Oordelen over de wachttijden bij hulpverleners

In Almere is, in vergelijking tot Nederland, sprake van relatief korte wachttijden bij bezoeken aan zorginstellingen of zorgverleners. (Hypothese H6.13)

Wachttijden bij een bezoek aan instellingen op het terrein van de gezondheidszorg zijn een belangrijke en relatief simpel te hanteren indicator om een beeld te krijgen van de kwaliteit van de verschillende zorgvoorzieningen. Wachttijden dienen zo kort mogelijk te zijn. Het belang van een korte wachttijd neemt toe naarmate er sprake is van een meer urgente zorgvraag.

Om de veronderstelling over kortere wachttijden in Almere te toetsen, is informatie beschikbaar over de wachttijden bij huisartsen en medisch specialisten, de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters en bij de gezinszorg.

Tabel 6.11. Wachttijden bij huisartsen in Almere en Nederland in percentages

	Almere	Nederland
0 - 10 minuten	32,6	42,2
11 - 20 minuten	49,2	40,2
21 - 30 minuten	12,9	10,0
31 - 45 minuten	4,3	4,1
> 45 minuten	0,8	3,5

Patiënten in Almere moeten, naar eigen zeggen, bij een bezoek aan de huisarts doorgaans wat langer in de wachtkamer zitten dan patiënten elders in Nederland. Extreem lange wachttijden van 45 minuten en langer komen in Almere minder vaak voor dan in de rest van Nederland. De tijd die men gemiddeld moet wachten wordt in Almere door een wat groter deel van de bezoekers aan het spreekuur als 'te lang' aangemerkt. Mogelijk dat hier een verband aanwezig is met de hogere contactfrequentie in Almere en de wat langere contactduur in combinatie met het relatief vaak aan de orde stellen van psychosociale problematiek. De tijd die in afsprakenboek per patiënt wordt uitgetrokken verschilt in Almere nagenoeg niet van de doorsnee praktijk in de rest van Nederland.

Voor de consultatiebureaufunctie in Almere geldt het omgekeerde. Vergelijking van de Almeerse situatie met op dezelfde leest geschoelde consultatiebureaus in de rest van Nederland leert dat in Almere ruim 3/4 van de bezoekers aangeeft doorgaans korter dan 15 minuten hoeven te wachten. Voor de rest van Nederland komt het vergelijkbare percentage uit op 58%. Van de bezoekers van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters in Almere vindt 13% de wachttijden aan de lange kant en 3% de wachttijden hinderlijk lang. Deze percentages liggen significant lager dan de vergelijkbare percentages in de rest van Nederland.

Met betrekking tot de discipline gezinszorg is informatie beschikbaar over de gemiddelde wachttijd in Almere (in 1990) die ligt tussen een gehonoreerde aanvraag voor gezinszorg en het tijdstip waarop de gezinsverzorgende zich voor de eerste keer meldt bij degene die hulp nodig heeft. Vergelijkbare gegevens voor heel Nederland ontbreken.

In Almere bedraagt deze wachttijd gemiddeld circa twee weken (Van den Brink-Muinen & Sixma, 1990). Geen van de respondenten die aan het betreffende onderzoek hebben deelgenomen maken opmerkingen over het te lang zijn van de periode die ligt tussen de goedkeuring van de aanvraag en het begin van de feitelijke dienstverlening door de gezinsverzorgende.

Tenslotte is informatie beschikbaar over de wachttijden bij medisch specialisten, zij het dat ook hier de vergelijking tussen Almere en de rest van Nederland onmogelijk wordt gemaakt door het ontbreken van Nederlandse cijfers. De cijfers voor Almere hebben betrekking op medisch specialisten in de algemene zin van het woord, en de wachttijden op de afdeling Spoedeisende Hulp van het Flevoziekenhuis. Met rapportcijfers die liggen rond de 7 wordt het oordeel over de tijd die men in de wachtkamer van de specialist doorbrengt weliswaar als 'ruim voldoende' gekwalificeerd, doch dit cijfer is toch wat lager dan de hoge satisfactiescores die in gezondheidszorgonderzoek gebruikelijk zijn. Oordelen over de specialisten werkzaam in Almere verschillen bij deze aspecten niet (significant) van het oordeel over specialisten die buiten Almere praktiseren.

In het kader van het deelonderzoek naar de EHBO-functie in Almere en de effecten van de opening van het ziekenhuis, zijn aan gebruikers van deze voorzieningen vragen gesteld over zowel het aantal minuten dat ligt tussen binnenkomst en het begin van de hulpverlening als naar een oordeel over de snelheid waarmee hulp wordt verleend.

In tabel 6.12 is te zien dat het grootste deel van de personen die voor EHBO gebruik maakt van de diensten van een gezondheidscentrum (overdag) of een EHBO-post in Almere ('s avonds en in het weekend) wordt onmiddellijk geholpen. De wachttijden in minuten zijn kort, het oordeel over de snelheid van hulpverlening ligt rond het rapportcijfer 8. Bezoekers van het Almeerse Flevoziekenhuis moeten gemiddeld van langer wachten, namelijk ongeveer 11 minuten. De wachttijden van de twee ziekenhuizen buiten Almere die hebben meegewerkt aan het onderzoek naar de EHBO-functie, te weten het AMC en het Gooi-Noord ziekenhuis, hebben een gemiddelde wachttijd van ongeveer een half uur.

Tabel 6.12. Wachttijden en oordelen over de snelheid van hulpverlening bij EHBO in en rond Almere. (Bron: Deelonderzoek 'EHBO in Almere', 1991)

	wachttijd (in minuten)	oordeel (gem. rapportcijfer)
Almeerse gezondheidscentra	6,1	7,8
EHBO-posten in Almere	7,5	7,9
Flevoland ziekenhuis	11,4	7,4
ziekenhuizen rond Almere	30,9	7,1

Vatten we de resultaten van het onderzoek met betrekking tot de wachttijden bij het bezoek aan instellingen of disciplines op het terrein van de gezondheidszorg in Almere samen, dan wordt de hypothese van een beter kwaliteit zorg in Almere gedeeltelijk verworpen en gedeeltelijk bevestigd. Verworpen waar het gaat om wachttijden bij een bezoek aan de huisarts. Bevestigd bij de consultatiebureaufunctie in Almere en de EHBO in het ziekenhuis.

6.3.6. Het oordeel over zorgverleners en de verleende zorg

In Almere is, in vergelijking tot Nederland, sprake van hulpverleners die in de ogen van de bevolking een betere kwaliteit zorg leveren. (Hypothese H6.14)

Uitkomsten van onderzoek naar de tevredenheid van gebruikers met zorgvoorzieningen dienen met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Dit geldt zowel het feit dat, onafhankelijk van het onderwerp, het overgrote deel van een groep ondervraagde personen aangeeft 'tevreden' of 'zeer tevreden' te zijn, gerechtvaardigde kritiek al snel dreigt onder te sneeuwen. In de tweede plaats kan worden vastgesteld (Sixma, Spreeuwenberg en Van der Pasch, in voorbereiding) dat ontevredenheid soms maar in beperkte mate is terug te voeren op verschillen tussen hulpverleners of omstandigheden waaronder zorg wordt verleend en vooral blijken te bestaan uit verschillen tussen beoordelaars, zonder dat van systematische verschillen kan worden gesproken.

Als onderdeel van het evaluatie-onderzoek rond het Experiment Gezondheidszorg Almere, hebben inwoners van Almere hun oordeel kunnen geven over de specifieke werkwijze van huisartsen, wijkverpleegkundigen, medewerkers verbonden aan de EHBO-posten en

de Afdeling Spoedeisende hulp van het Flevoziekenhuis, zorgverleners werkzaam in het gecombineerde verpleeg- en verzorgingshuis 'De Kiekendief' en verloskundigen. Daarnaast zijn in 1985 algemene oordelen zowel de eerstelijnsdisciplines als over de medisch specialist. Echter, niet voor alle gegevens geldt dat vergelijkende onderzoeksdata beschikbaar zijn.

Dit is wel het geval bij het oordeel van bewoners over de zorg verleend door huisartsen in Almere, dat staat weergegeven in tabel 6.13. In deze tabel zijn de percentages voor Almere gecorrigeerd voor verschillen in de samenstelling van de populatie qua leeftijd en geslacht.

Tabel 6.13. Waardering van de huisarts door personen van 15 jaar en ouder in Almere en Nederland (Bron: deelonderzoek 'ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', 1987/1988)

	% 'zelden/nooit' Almere gestandaardiseerd	Nederland
waardering m.b.t. praktijkvoering		
huisarts legt uit wat me mankeert	10,4**	6,3
huisarts houdt patiënten op afstand	79,1*	82,4
huisarts legt uit wat te doen bij ziekte	8,9**	6,2
huisarts behandelt me als een nummer	89,6*	92,1
huisarts staat open voor al mijn problemen	14,9**	9,7
huisarts besteedt voldoende tijd aan me	6,3**	4,0
huisarts informeert me over de ernst	11,6**	6,4
ervaring m.b.t. praktijkvoering		
te snel verwezen	96,8	95,8
onnodig verwezen	98,6	97,2
onnodig medicijnen voorgeschreven	93,3	92,8
prescriptie geweigerd	92,9**	88,5
problemen niet serieus genomen	80,2*	83,5

* = significant bij $p < .05$

** = significant bij $p < .01$

De tevredenheid over de communicatieve en informatieve vaardigheden van de huisarts is hoog, terwijl hetzelfde geldt voor de wijze waarop de praktijk wordt gevoerd. Dat geldt zowel voor Nederland als voor Almere, zij het dat vanuit de Almeerse bevolking uit de gegeven antwoorden toch wat meer kritiek doorklinkt. Houden we rekening met een aantal achtergrondkenmerken van de Almeerse bevolking, zoals verschillen in morbiditeit, dan blijven er slechts kleine verschillen over.

In 1986 en 1991 is in Almere het oordeel gevraagd over het functioneren van de EHBO-voorziening, waarbij ook een oordeel is gevraagd over de werkwijze van de betrokken zorgverleners. De oordelen over de opvang en bejegening door de zorgverlener zijn overwegend positief, waarbij de verschillen tussen huisartspraktijken en het ziekenhuis klein zijn.

Een tweede discipline waar is gevraagd naar de bejegening betreft de verloskundigen. Ook hier geldt een overwegend positief oordeel, zij het dat er nuanceverschillen zijn met betrekking tot de afzonderlijke disciplines. Daarbij worden de verloskundige en de wijkverpleegkundige in het algemeen wat positiever beoordeeld dan de gynaecoloog en de kraamverzorgende.

Voor een het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters in Almere geldt voor een aantal inhoudelijke aspecten -informatie over de groei en ontwikkeling van het kind, babykwaaltjes, inentingen, de gehoor-test en medicijngebruik - vragen vanuit de gebruikers en aanbod vanuit de zorgverleners beter op elkaar lijken te zijn afgestemd. Voor wat betreft de inhoud van het consultatiebureau worden naar de mening van de bevolking in Almere minder vaak reeds bekende adviezen worden gegeven.

Een bijzondere groep inwoners van Almere zijn de personen die zijn opgenomen in één van de verpleeg- en verzorgingshuizen. Dat geldt met name voor de inwoners van 'De Kiekendief', waar de verpleeghuisfunctie en de functie van verzorgingshuis zijn geïntegreerd. Een van de doelstellingen van het evaluatie-onderzoek dat is uitgevoerd naar het functioneren van 'De Kiekendief' is vast te stellen of de bewoners van 'De Kiekendief' al dan niet tevreden zijn met hetgeen het verpleeg/verzorgingshuis het biedt. Daarbij is niet alleen gekeken naar de zorgverlening op zich, maar zijn ook aspecten als woonomstandigheden, in- en externe sociale relaties, privacy, eenzaamheid en mate waarin het mogelijk is een zelfstandig leven te leiden aan de orde gesteld. Het rapport waarin de evaluatie van het experiment 'De Kiekendief' is vastgelegd (Fahrenfort & Plaisier, 1993) komt daarbij, voor wat betreft de oordelen van de bewoners, tot de volgende conclusies.

Met betrekking tot de integratie van verzorgings- en verpleeghuiszorg en de daaraan gekoppelde continuïteit van zorg mag het experiment vanuit bewonersperspectief geslaagd worden genoemd. De tevredenheid met de medische zorg is behoorlijk, waarbij moet worden op-

gemerkt dat het gevoel van continuïteit vooral zal worden bepaald door de woonomgeving en veel minder door de persoon die de medische zorg verleend. Verpleeghuisgeïndiceerden ervaren hun verblijf in 'De Kiekendief' als plezierig en zijn tevreden. Bij de verzorgingshuisgeïndiceerden is dit veel minder het geval. De verwachtingen bij deze groep lagen veelal hoger en men werd op een aantal punten teleurgesteld, waarbij een deel van de ervaren problematiek is terug te voeren tot het experimentele karakter van 'De Kiekendief'. Men wordt niet graag geconfronteerd met personen die er slechter aan toe zijn, waarbij vooral (licht)psychiatrische problematiek confronterend werkt. Er ontstaat een kloof tussen 'goede' en 'slechte' bewoners die het sociaal klimaat ongunstig beïnvloedt, en maakt dat vele bewoners van 'De Kiekendief' zich eenzaam voelen. Bij een aantal bewoners van 'De Kiekendief' wordt de eenzaamheid door de rapporteurs als 'schrikbarend' omschreven.

Het algemeen beeld van de tevredenheid van de bewoners van 'De Kiekendief' kan het beste omschreven worden met redelijk tot goed. Eten (70% positief), verzorging (76% positief) en wonen (87% positief) worden door de bewoners spontaan genoemd als belangrijkste bron voor dit oordeel. De bejegening door het personeel wordt door geen van de ondervraagde personen spontaan genoemd als een positief punt, en geldt voor een aantal bewoners als een negatief punt. De eindconclusie luidt dat veel bewoners van 'De Kiekendief' het naar hun zin hebben, maar dat er duidelijk een groep is die meer aandacht behoeft, waarbij vooral gedacht moet worden in de sfeer van het sociale klimaat en de bejegening.

Ter afsluiting enkele resultaten uit het onderzoek dat in 1985 is uitgevoerd bij een steekproef uit de Almeerse bevolking en waarin onder andere een oordeel is gevraagd over zorgverleners waarmee men in het jaar voorafgaand aan het onderzoek te maken heeft gehad. De rapportcijfers toegekend bij dit onderzoek staan weergegeven in tabel 6.14.

Bij de interpretatie van de rapportcijfers voor met name de medisch specialisten geldt dat de inwoners van Almere ten tijde van dit onderzoek in hoofdzaak waren aangewezen op specialisten in Amsterdam en Naarden-Bussum. De relatief lage rapportcijfers voor de reistijd zullen hier ongetwijfeld mee in verband staan.

Tabel 6.14. Oordelen van inwoners van Almere over een aantal zorgdisciplines in 1985 (Bron: Deelonderzoek 'Bewoners over de Almeerse gezondheidszorg', 1985)

	gemiddeld rapportcijfer	N
huisarts	7,6	679
wijkverpleegkundige	7,6	98
maatschappelijk werkende	7,1	25
fysiotherapeut	7,5	167
verloskundige	8,4	68
tandartsen	8,3	412
medisch specialist		
snelheid waarmee men terecht kon	7,5	258
reistijd	6,5	249
wachttijd	6,9	253
bejegening	7,8	257

Samengevat geldt bij de inwoners van Almere tevredenheid over de zorgverleners overheerst, maar dat niet gesproken kan worden van een duidelijk meer positief oordeel dan elders. Deze veronderstelling wordt verworpen.

6.3.7. Zorg naar behoefte

In Almere is er, in vergelijking met Nederland, naar het oordeel van de gebruikers van zorgvoorzieningen, meer sprake van zorg naar behoefte. (Hypothese H6.15)

Handelen in overeenstemming met de normen en waarden zoals die binnen beroepsgroepen gelden hoeft niet automatisch te betekenen dat de betreffende hulpverlener in de ogen van de gebruiker ook daadwerkelijk 'goede' zorg levert. Dit betekent dat het, ook gezien het resultaat van de toetsing van de hypothese over het professioneel handelen van de huisarts, interessant blijft na te gaan of inwoners van Almere meer of minder tevreden zijn over de inhoud van de zorg.

Ook voor de beantwoording van deze vraag is de meeste informatie beschikbaar over het handelen van de huisarts. Het gaat hierbij om oordelen van bewoners over het medisch-technisch handelen van de huisarts, waarbij Almere en Nederland kunnen worden vergeleken. Daarnaast beschikken we over informatie die het mogelijk maakt uitspraken te doen over hulpvraag en hulpaanbod. Echter, deze

informatie gaat alleen over Almere. Oordelen over andere disciplines betreffen de verloskundigen (alleen Almere), wijkverpleegkundigen (Almere en Nederland), gezinszorg (Almere) en de instanties betrokken bij de EHBO-functie (Almere en ander gemeenten).

Voor wat betreft de beroepsgroep van huisartsen geldt dat inwoners van Almere, vaker dan de doorsnee inwoner van Nederland wordt geconfronteerd met een huisarts die geen medicijn of verwijskaart uitschrijft. Deze terughoudendheid van de kant van de huisarts is overigens in overeenstemming met de doelstelling om te komen tot kostenbeheersing.

Bij onderzoek dat dateert van 1985 is meer in detail gekeken naar de hulp die men van de huisarts verwachtte en de hulp die door de huisarts werd geboden. Tabel 6.15 laat zien dat het percentage inwoners van Almere dat bij een bezoek aan de huisarts precies die hulp kreeg die men verwachtte, ligt tussen de 62 en 78% en komt uit op een gemiddelde van ongeveer 70%. De percentages zijn relatief laag bij de categorieën 'verwijzing specialist' en 'onderzoek' en hoog bij 'medicijnen'. Wordt verticaal gepercenteerd teneinde een antwoord te krijgen op de vraag of de door de huisarts verstrekte hulp ook datgene was men verwachtte, dan vinden we de grootste discrepanties bij de categorieën 'een goed gesprek' en 'prescriptie' terwijl dan de overeenstemming het grootst is bij de controles

Voor wat betreft de inhoud van de zorg die wordt verleend op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters en het werk van de verloskundigen verwijzen we korthedshalve naar hetgeen over deze disciplines is opgemerkt in de vorige paragrafen over bijvoorbeeld de informatie die wordt verstrekt of de uitleg die wordt gegeven. Met betrekking tot de thuiszorg die wordt verleend door de disciplines gezinszorg en wijkverpleging kan, op grond van de resultaten uit een onderzoek onder thuiswonende inwoners van Almere van 65 jaar en ouder worden vastgesteld dat zorgvraag en zorgaanbod goed op elkaar zijn afgestemd. Treden er toch afstemmingsproblemen op, dan hebben deze vooral betrekking op niet-alledaagse gebeurtenissen (van den Brink-Muinen & Sixma, 1990). De gezinszorg richt zich, overeenkomstig de taakomschrijving van deze discipline, overwegend op de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL). Wijkverpleegkundigen worden ingeschakeld bij beperkingen op het terrein van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Overlapping van werkzaamheden zijn vrijwel niet aanwezig, zodat mag worden gecon-

cludeerd dat het werk van beide disciplines niet alleen is afgestemd op de behoefte maar ook elkaar. Opvallend dat zelfstandig wonende ouderen in Almere, in vergelijking tot de rest van Nederland, relatief veel zorg zeggen nodig te hebben en ook daadwerkelijk relatief veel zorg ontvangen. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is het feit dat ouderen in Almere langer zelfstandig (kunnen) blijven wonen. Het voorzien in de grotere zorgbehoefte aan thuiszorg zou in dat geval daadwerkelijk bijdragen aan de substitutie van intra- naar extramurale zorg. Een andere verklaring is wellicht de beperkte capaciteit in Almere aan verpleeghuisplaatsen.

Tabel 6.15. Het verband tussen hulpvraag en hulpaanbod bij een bezoek aan de Almeerse huisarts, in aantallen (Bron: deelonderzoek: 'bewoners over de Almeerse gezondheidszorg', 1985)

hulp die men van de huisarts vraagt	hulp die men van de huisarts krijgt							geen	totaal
	1	2	3	4	5	6	7		
1 controle	141	15	9	14	3	5	-	1	188
2 onderzoek	13	220	19	39	31	20	8	4	354
3 goed gesprek	2	5	54	3	2	5	3	1	75
4 medicijnen	-	10	5	122	3	10	2	5	157
5 verwijzing	2	25	8	4	89	1	6	2	137
6 informatie en geruststelling	2	9	7	6	3	81	-	1	109
7 anders	-	2	1	1	2	1	22	-	29
totaal	160	286	103	189	133	123	41	14	1049

Samenvattend geldt dat zorgvraag en zorgaanbod in Almere redelijk tot goed op elkaar zijn afgestemd. Waar vergelijking met de situatie in Nederland mogelijk is, lijkt er echter geen sprake te zijn van een betere afstemming, zodat deze hypothese moet worden verworpen.

6.4. Conclusies met betrekking tot de kwaliteit van zorg

Om na te gaan of het gerealiseerde stelsel van zorgvoorzieningen in Almere en die zorg die aan de inwoners van Almere wordt geboden voldoet aan de eisen die in kwalitatief opzicht gesteld mogen worden, en wellicht beter is dan het aanbod aan zorg en zorgvoorzieningen in de rest van Nederland, is in dit hoofdstuk gewerkt met een driedeling. In de eerste plaats is er gekeken naar de structuur van de zorgverle-

ning en de zorgvoorzieningen. Vervolgens is het zorgproces zelf onder de loep genomen en ten slotte is ingegaan op het oordeel van de inwoners van Almere over hetgeen hen aan zorg en zorgvoorzieningen wordt geboden.

Een van de belangrijkste doelen van het Experiment Gezondheidszorg Almere was het opbouwen en in stand houden van een stelsel van voorzieningen waarin het proces van zorgverlening plaatsvindt op het niveau dat zo dicht mogelijk bij de gebruikers staat. Een sterke eerstelijnszorg en zorgverleners die in hun manier van werken passen bij de experimentele opzet van de Almeerse gezondheidszorg, zijn in dit verband belangrijke operationele doelstellingen. De vaststelling of deze operationele doelen ook daadwerkelijk zijn bereikt is minder eenvoudig. Onderzoeksgegevens die betrekking hebben op de structuur van de zorgverlening waarmee Almere kan wordt vergeleken met de rest van Nederland, of subgroepen uit de Nederlandse populatie, zijn schaars en hebben vaak betrekking op één of enkele beroepsgroepen. Daarnaast geldt dat de resultaten niet eenduidig één kant op wijzen. Enerzijds kan geconstateerd worden dat men er in Almere daadwerkelijk in is geslaagd een zodanig volume aan zorgverleners in dienst te nemen dat wordt voldaan aan de eisen zoals vastgelegd in de taakstellende prognose van het Ministerie van WVC. Echter deze conclusie geldt niet voor alle beroepsgroepen, terwijl voor de individuele beroepsbeoefenaren geldt dat zij in hun doen en laten niet of nagenoeg niet verschillen van zorgverleners in de rest van Nederland. Beperken we ons even tot de Almeerse huisartsen en huisartspraktijken dan kan worden vastgesteld dat zij in hun taakopvattingen slechts weinig afwijken van de doorsnee huisarts in Nederland en derhalve hun attitude ook niet specifiek lijkt te zijn toegesneden op de in het projectplan geformuleerde doelstellingen. Anderzijds geldt dat de inrichting van de praktijken duidelijk meer compleet is dan de doorsnee huisartspraktijk, zodat hier de voorwaarden gunstig zijn voor taakverschuivingen in de richting van een sterkere eerste lijn.

Met betrekking tot de kwaliteit van het proces van zorgverlening gelden de volgende conclusies. Afgemeten aan de verrichtingen van huisartsen en wijkverpleegkundigen geldt dat in Almere relatief veel voorlichting en informatie wordt gegeven, hetgeen op te vatten is als ontwikkeling in de richting van een kwalitatief goede zorg.

Figuur 6.1 Overzicht van de mate waarin de operationele doelen van het Experiment Gezondheidszorg Almere, betrekking hebbend op de kwaliteit van zorg, zijn gehaald

Hypothese	Operationeel doel	Resultaat
H6.1	meer (eerstelijns)zorgverleners per 100.000 inwoners	gerealiseerd
H6.2	zorgverleners met betere opleiding	in beperkte mate gerealiseerd
H6.3	attitude zorgverleners in overeenstemming met doelen EGA	in beperkte mate gerealiseerd
H6.4	completer ingerichte voorzieningen	gerealiseerd
H6.5	specifieke werkstijl, met veel informatie en voorlichting	gerealiseerd
H6.6	specifieke werkstijl, met veel afstemming en overleg	gerealiseerd
H6.7	werkstijl huisartsen in overeenstemming met NHG-standaarden	deels gerealiseerd, deels niet gerealiseerd
H6.8	patiënten krijgen weinig te maken met wisselende zorgverleners	niet gerealiseerd
H6.9	meer tevredenheid bij inwoners over organisatie Almeerse gezondheidszorg	?
H6.10	zorg via consultatiebureau afgestemd op behoeften gebruikers	grotendeels gerealiseerd
H6.11	relatief goede bereikbaarheid van zorgvoorzieningen in perceptie gebruikers	niet gerealiseerd
H6.12	relatief goede toegankelijkheid van voorzieningen in perceptie gebruikers	grotendeels gerealiseerd
H6.13	relatief korte wachttijden bij gebruik zorgvoorzieningen	deels gerealiseerd, deels niet gerealiseerd
H6.14	relatief goede kwaliteit zorg in perceptie gebruikers	niet gerealiseerd
H6.15	zorg meer afgestemd op behoefte van gebruikers	niet gerealiseerd

Er vindt relatief veel overleg plaats tussen zorgverleners in Almere, hetgeen direct gekoppeld kan worden aan de structuur van het Almeerse stelsel van voorzieningen met buurtgerichte gezondheidscentra. In dit verband mag gesproken van meer samenhang in de zorg. Kijken we naar de continuïteit van zorg, dan zijn er enerzijds positieve punten zoals bijvoorbeeld de integratie van verpleeghuis- en

verzorgingshuiszorg in 'De Kiekendief'. Negatief is het relatief grote verloop onder zorgverleners, waardoor continuïteit op langere termijn wordt bemoeilijkt.

Ten slotte het oordeel van de inwoners van Almere over hetgeen tussen 1976 en 1993 aan voorzieningen tot stand is gebracht en het functioneren van zowel voorzieningen als zorgverleners. Het algemene beeld dat uit de onderzoeksresultaten op dit terrein naar voren komt is dat het merendeel van de inwoners van Almere tevreden is over de zorg zoals die in Almere wordt verleend. Tevreden, maar niet meer tevreden dan mensen in een willekeurige gemeente in de rest van Nederland. En met een aantal aspecten waarbij duidelijk wat meer kritiek doorklinkt. Dat geldt met name de gepercipieerde bereikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen, buiten de tijden waarop de gezondheidscentra normaliter open zijn, de wat langere wachttijden bij een bezoek aan de huisarts en de problematiek die speelt bij een deel van de bewoners van het verpleeg- en verzorgingshuis 'De Kiekendief'. Tegenover deze negatieve aantekeningen staat ook een aantal punten waarbij de inwoner van Almere duidelijk wat meer tevreden is dan de willekeurige Nederlander. Genoemd kunnen worden de toegankelijkheid van voorzieningen tijdens 'kantooruren', het functioneren van de EHBO-voorziening en de wachttijden bij een bezoek aan een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. De mate waarin zorgvraag en zorgaanbod op elkaar zijn afgestemd laat, door het grotendeels ontbreken van gegevens voor de rest van Nederland, geen vergelijking toe. Wel mag hier op grond van de (schaarse) onderzoeksgegevens uit Almere voorzichtig worden geconcludeerd dat er op dit terrein in de ogen van inwoners van Almere weinig valt af te dingen op de wijze waarop men één en ander heeft georganiseerd.

7. KOSTEN ALMEERSE GEZONDHEIDSZORG

De (globale) doelstelling van het Project Gezondheidszorg Almere is "het tot stand brengen van een samenhangend stelsel van zorgverlening, afgestemd op de behoeften van de bevolking, van hoge kwaliteit en tegen acceptabele kosten".

In het oorspronkelijke projectplan (PGA, 1983) wordt aangegeven dat het begrip "acceptabele kosten" dient te worden opgevat als kosten die ten hoogste gelijk zijn aan en bij voorkeur liggen onder de kosten van "traditionele zorg". Daarbij dient rekening gehouden te worden met de groeistatus van Almere en de daaruit voortvloeiende extra aanloopkosten voor een aantal voorzieningen. In het hoofdlijnenplan 1985-1989 "al doende beter" wordt aangegeven dat "de verwachting is, dat door een versterkte opzet van de eerste lijn terwijl tegelijkertijd de capaciteit van de tweede lijn wordt beperkt de kosten van de (gezondheids)zorg in Almere geleidelijk aan zullen blijven binnen een financieel kader, dat is gebaseerd op naar leeftijd gecorrigeerde landelijke plan- en beleidsnormen en dat voor geheel Nederland zal gelden" (PGA, 1985). Hoewel deze verwachting niet verder wordt onderbouwd, is uit het projectplan af te leiden dat substitutie van zorg als belangrijkste middel om tot kostenbeperking te komen wordt gezien.

In hoofdstuk 2 is deze substitutie van zorg uitgewerkt in een drietal doelstellingen: (1) substitutie binnen de intramurale sector en van intramuraal naar poliklinische zorg, (2) substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg en (3) substitutie van professionele zorg naar preventieve zorg, zelfzorg en mantelzorg. Gezien de beperkte informatie die beschikbaar is met betrekking tot de derde doelstelling, zullen de kostenconsequenties van deze doelstelling in dit hoofdstuk buiten beschouwing worden gelaten.

Uit schema 2.2 is af te leiden dat de operationele doelen voor het bereiken van substitutie van zorg vooral betrekking hebben op de eerste- en tweedelijnszorg en ouderenzorg. Belangrijke middelen hierbij zijn versterking van de eerstelijnszorg, beperking van de

beddenscapaciteit in het nieuwe ziekenhuis en de aanwezigheid van een gecombineerd verpleeg-verzorgingshuis. De beperking van de beddenscapaciteit van het nieuwe ziekenhuis heeft de Minister van WVC in 1985 doen besluiten om het experiment Almere met extra geldelijke middelen te ondersteunen.

De extra middelen zijn beschikbaar voor de versterking van de extramurale zorg en verbetering van de samenhang tussen intra- en extramurale zorg. In 1991 betreft dit een bedrag van vijf miljoen gulden. Na het aflopen van het Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere (november 1992) zijn er onderhandelingen gevoerd tussen de Stichting EVA en het ziekenfonds Anoz Gooi Apeldoorn Groep over de voortzetting van deze extra middelen.

De uitkomst van dit overleg is dat circa 0,5 miljoen gulden structureel wordt toegewezen aan de ouderenzorg en dat voor de rest van de middelen een afbouw-regeling is overeengekomen. In 1993 is hiervoor circa 1 miljoen gulden voor gereserveerd en met ingang van 1994 zullen deze extra middelen vervallen.

Gezien het feit dat de substitutie van zorg vooral betrekking heeft op de eerste- en tweedelijnszorg en ouderenzorg zal in dit hoofdstuk nader worden ingegaan op de kosten voor deze sectoren.

7.1. Ziekenhuiszorg

In Almere liggen de kosten van ziekenhuiszorg lager dan in de rest van Nederland (Hypothese H7.1)

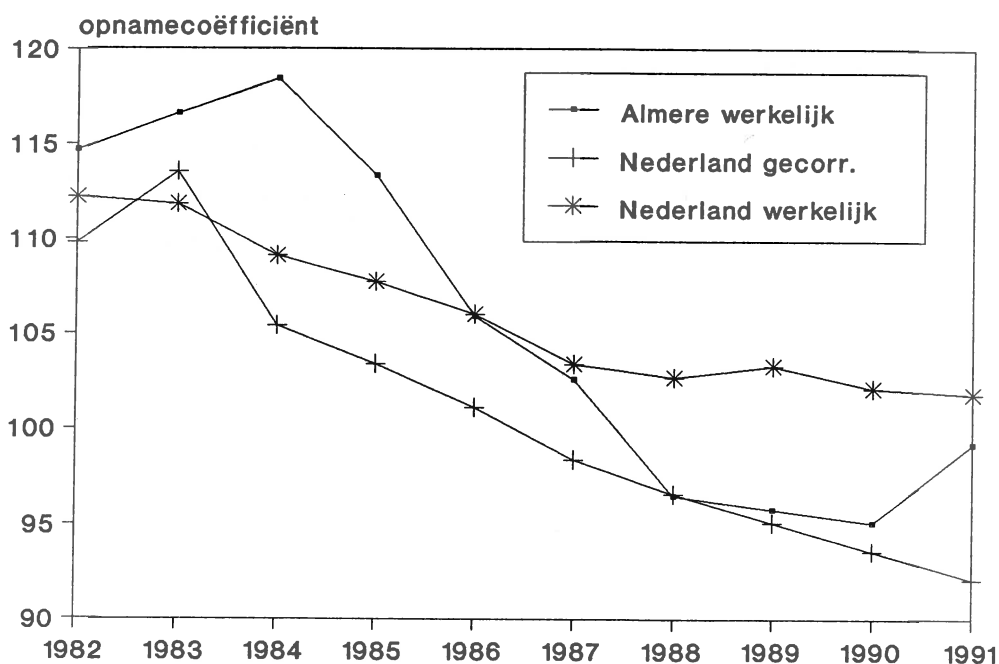
Voor het berekenen van de kosten voor ziekenhuiszorg zijn geen financiële gegevens beschikbaar. Het ziekenfonds Anoz Gooi Apeldoorn Groep is niet in staat financiële gegevens te leveren met betrekking tot de kosten van ziekenzorg voor ziekenfondspatiënten uit Almere. Wel zijn financiële gegevens voor particuliere patiënten uit Almere te verkrijgen, maar gezien de hoge kosten die hiermee gemoeid zijn en het feit dat er geen gegevens voor de ziekenfondspatiënten beschikbaar zijn, is hier van afgezien.

Gezien het grote belang van de ziekenhuiszorg is gekozen voor een nadere analyse op basis van de klinische consumptie van de Almeerse bevolking, uitgedrukt in het aantal opnamen en het aantal bezette bedden. Dit betekent dat er een zekere overlap zal zijn met gegevens uit het substitutie hoofdstuk (Hoofdstuk 5).

In onderstaande analyse is een onderscheid gemaakt naar de jaren 1982 tot en met 1990 en 1991, het jaar waarin het Flevoziekenhuis geopend werd.

In de periode 1982-1990 was de bevolking van Almere aangewezen op ziekenhuizen buiten Almere (zie tabel 5.1). In grafiek 1 is het opnamepatroon weergegeven uitgedrukt in de opnamecoëfficiënt, dit is het aantal opnamen per 1000 inwoners.

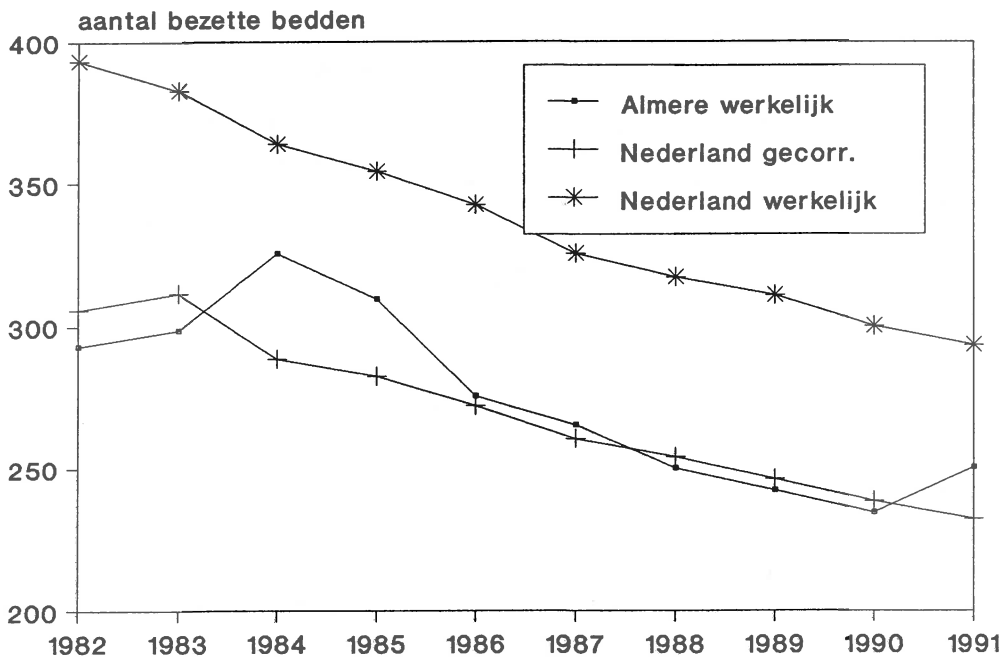
Grafiek 7.1 Opnamecoëfficiënten per 1000 inwoners van Almere en Nederland tussen 1982 en 1992. (bron: Deelonderzoek 'Klinische consumptie Almere 1991', NZi)



In deze periode zien we voor de jaren 1982 tot en met 1984 een toename van de opnamecoëfficiënt en voor de jaren 1985 tot en met 1988 een sterke afname. In 1988 is de opnamecoëfficiënt gelijk aan het gecorrigeerde landelijke gemiddelde, dit is het landelijk gemiddelde gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw in Almere. In 1989 en 1990 zien we een lichte stijging ten opzichte van deze waarde. In 1990 is de opnamecoëfficiënt $\pm 1.5\%$ hoger als het gecorrigeerde landelijke gemiddelde (95.1 versus 93.6).

De relatieve toename in 1990 is vooral het gevolg van een toename van het aantal opnamen in het Burgerziekenhuis met ruim 40%. Deze toename is niet gecompenseerd door een afname van het aantal opnamen in andere ziekenhuizen. Een mogelijke verklaring is dat de capaciteit, die bij de afbouw van het Burgerziekenhuis beschikbaar kwam, door de huisartsen in Almere is benut door meer te verwijzen naar het Burgerziekenhuis.

Grafiek 7.2 Aantal bezette ziekenhuisbedden per 100.000 inwoners in Almere en Nederland tussen 1982 en 1992. (bron: Deelonderzoek 'Klinische consumptie Almere 1991', NZi)



Het aantal bezette bedden is in de periode 1982 tot en met 1990 gedaald van 293.1 naar 234.4 per 100.000 inwoners. Dit is weer-gegeven in grafiek 7.2.

In de periode 1982 tot en met 1984 zien we een stijging van het aantal bezette bedden. Na 1984 zien we een daling, waarbij vanaf 1986 het aantal bezette bedden vrijwel parallel loopt met het gecorrigeerde landelijke gemiddelde. In 1990 is het aantal bezette bedden $\pm 1.7\%$ lager dan het gecorrigeerde landelijke gemiddelde.

Geconstateerd kan worden dat de opnamecoëfficiënt en het aantal bezette bedden in de periode 1982 tot en met 1990 gedaald is. In 1990 is de opnamecoëfficiënt iets hoger en het aantal bezette bedden iets lager als de landelijke gecorrigeerde norm. Hierbij moet bedacht worden dat in gemeenten zonder ziekenhuis het consumptie-niveau over het algemeen duidelijk lager is gelegen. Hiertegenover kan gesteld worden dat Almere een "Amsterdamse bevolking" heeft met een hogere morbiditeit dan het landelijke gemiddelde (zie paragraaf 4.4.1).

In maart 1991 is het Flevoziekenhuis geopend. Bij de bouw van het nieuwe ziekenhuis werd uitgegaan van een beddennorm die circa 20% onder de landelijke norm ligt: 3 per 1000 inwoners in tegenstelling tot de 3.7 per 1000-norm ex artikel 3 Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw in Almere betekent dit een beddennorm van 2.4 per 1000 inwoners. Het nieuwe ziekenhuis heeft een klinische capaciteit van 180 bedden (exclusief 10 bedden voor gezonde zuigelingen). De polikliniek is afgestemd op wat gebruikelijk is voor een ziekenhuis van 240 bedden en de afdeling dagverpleging (15 plaatsen) is relatief groot, als we de omvang van de kliniek in aanmerking nemen.

In 1991 zien we een toename van de opnamecoëfficiënt van 95.1 naar 99.2. Ook neemt het aantal bezette bedden toe van 234.4 naar 250.3 per 100.000 inwoners. In 1991 is zowel de opnamecoëfficiënt als het aantal bezette bedden $\pm 8\%$ hoger dan de landelijke gecorrigeerde norm.

Deze toename zal voor een groot deel toe te wijzen zijn aan de opening van het Flevoziekenhuis. In het openingsjaar van het Flevoziekenhuis kan een grote toename van het aantal opnamen en het aantal bezette bedden bij het specialisme cardiologie geconstateerd worden. Het aantal bezette bedden bij dit specialisme is bijna twee keer zo hoog als de gecorrigeerde landelijke waarde. Een mogelijke verklaring is dat dit specialisme niet in het Burgerziekenhuis aanwezig was, maar wel in het Flevoziekenhuis. Ook het specialisme inwendige geneeskunde vertoont een sterke toename van het aantal opnamen en het aantal bezette bedden.

In 1991 zijn 8089 patiënten uit Almere opgenomen in een ziekenhuis, waarvan 4288 patiënten in het Flevoziekenhuis. Onder de aanname dat het totaal aantal opnames evenwichtig over het jaar verspreid is, betekent dit dat na 6 maart 64% van het aantal patiënten is opgenomen in het Flevoziekenhuis (zie paragraaf 5.2.1). Hieruit volgt dat er een grote uitstroom van patiënten naar andere ziekenhuizen is.

Het aantal bezette bedden in 1991 bedraagt 204.1. Onder dezelfde aanname als bij het aantal opnamen betekent dit 168.3 bezette bedden voor de periode na 6 maart 1991. Hiervan zijn 109.1 bezette bedden toe te wijzen aan het Flevoziekenhuis, dit komt overeen met een aandeel van 65%.

Het bezettingspercentage in het Flevoziekenhuis bedraagt 69.8 in 1991, dit komt redelijk overeen met het landelijke bezettingspercentage (69.2) voor algemene ziekenhuizen met minder dan 200 bedden (Enkele kengetallen algemene en academische ziekenhuizen 1991, NZi).

Op grond van bovenstaande cijfers kan niet geconcludeerd worden dat in 1991 de kosten van ziekenhuiszorg in Almere lager zijn dan in de rest van Nederland. De beperking van het aantal klinische bedden in het Flevoziekenhuis met 20% ten opzichte van de landelijke norm heeft tot gevolg dat er een grote uitstroom is van patiënten naar andere ziekenhuizen. In 1991 zijn de opnamecoëfficiënt en de het aantal bezette bedden \pm 8% hoger dan het landelijke gemiddelde.

Bij ongewijzigd beleid zal deze grote uitstroom ook in de nabije toekomst optreden. In het rapport "Klinische consumptie Almere 1991" is op basis van de bevolkingsprognoses een schatting ge-

maakt van het aantal opnamen in 1994. De schatting is dat in dat jaar 9750 patiënten uit Almere worden opgenomen in een ziekenhuis. Bij een geschatte gemiddelde verpleegduur van 8,5 dagen en een bezettingspercentage van 80% voor het Flevoziekenhuis, kunnen circa 6500 patiënten in het Flevoziekenhuis worden opgenomen. Dit betekent een uitstroom van $\pm 35\%$ naar andere ziekenhuizen.

7.2. Eerstelijnszorg

In Almere liggen de kosten, als gevolg van maatregelen ter versterking van de eerste lijn, voor eerstelijnszorg hoger dan in de rest van Nederland (Hypothese H7.2)

Vanaf het ontstaan van Almere wordt in de eerste lijn gewerkt vanuit gezondheidscentra. Er zijn in 1991 dertien gezondheidscentra, die geëxploiteerd worden door de Stichting Eerstelijnsvoorziening Almere (EVA). Binnen deze centra zijn de volgende disciplines werkzaam: huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen, wijkverpleegkundigen, verloskundigen, maatschappelijk werkers, apothekers, en gezinsverzorgenden en -hulpverleners. Alle medewerkers zijn in loondienst van de EVA. De kraamzorg in Almere wordt geëxploiteerd door de Stichting Kruiswerk Provincie Flevoland. Buiten de EVA zijn ook nog een aantal vrijgevestigde eerstelijns-hulpverleners in Almere werkzaam.

In tabel 7.1 zijn de uitgaven opgenomen voor de gezondheidscentra, die door de EVA geëxploiteerd worden. Hierbij is een uitsplitsing gemaakt per discipline. Tevens zijn in deze tabel de kosten voor kraamzorg opgenomen.

In deze tabel zijn naast de reguliere vergoedingen en subsidies ook de projectgelden in het kader van het Experiment Gezondheidszorg Almere opgenomen. Dit betreft in 1991 een bedrag van f.1.958.500, waarvan f.908.000 is opgenomen onder de verschillende disciplines en f.1.050.000 is opgenomen onder projecten, die niet aan een specifieke discipline zijn toe te wijzen.

Tabel 7.1 Kosten voor de gezondheidscentra, die geëxploiteerd worden door de EVA en voor kraamzorg. (bron: Jaarverslag EVA 1991, Zorgbegroting SAG 1991)

	kosten (x f.1000,-)
huisartsenhulp	13.605
paramedische hulp	4.573
verloskundige hulp	1.264
farmaceutische hulp	15.405
tandheelkundige hulp	6.074
algemeen maatschappelijk werk	1.691
wijkverpleging	5.382
gezinsverzorging	5.752
kraamzorg	2.520
projecten*	1.050
totaal	57.316

* Dit betreft subsidiëring van projecten in het kader van het Experiment gezondheidszorg Almere, die niet aan een specifieke discipline zijn toe te wijzen.

Voor de kosten van de vrijgevestigde eerstelijns-hulpverleners is een schatting gemaakt op basis van het aantal werkzame full-time equivalenten. Voor de kosten van huisartsen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten en verloskundigen is uitgegaan van de normbedragen, zoals deze genoemd staan in het jaarverslag 1991 van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, en het aantal werkzame full-time equivalenten.

Tabel 7.2 Aantal fte's en geschatte kosten voor vrijgevestigde huisartsen, fysio- en oefentherapeuten, logopedisten en verloskundigen. (bron: Gemeente Almere, Jaarverslag COTG 1991)

	aantal fte's	kosten
huisarts	1	265.100
fysiotherapie	13.65	1.605.240
oefentherapeut Mensendieck/Caesar	3.5	299.750
logopedie	6.1	652.100
verloskundige	0.35	63.600

Voor een schatting van de kosten voor farmaceutische hulp is voor de personele kosten uitgegaan van het aantal vrijgevestigde fte's en het aantal fte's in dienst bij de EVA en voor de huisvestingskosten en praktijkkosten van het aantal apotheken (tabel 7.3).

Tabel 7.3 Aantal fte's en geschatte kosten voor EVA- en vrijgevestigde apotheken. (bron: Gemeente Almere, Jaarverslag EVA 1991)

	EVA	vrijgevestigd
aantal fte's	8.57	2.65
personele kosten	3.270.000	1.010.000
aantal apotheken	7	2
huisvestings- + praktijkkosten	10.800.000	3.090.000
totaal	14.070.000	4.100.000

Hierbij is aangenomen dat voor deze kosten geen verschil bestaat tussen de vrijgevestigde apotheken en de apotheken die geëxploiteerd worden door de EVA.

Voor een schatting van de kosten voor tandheelkundige hulp is uitgegaan van het aantal vrijgevestigde fte's en het aantal fte's in dienst van de EVA. Ook hierbij is er vanuit gegaan dat voor de kosten geen verschil bestaat tussen de vrijgevestigde tandartsen en de tandartsen in dienst van de EVA (tabel 7.4).

Tabel 7.4 Aantal fte's en geschatte kosten voor EAV- en vrijgevestigde tandartsen. (bron: Gemeente Almere, Jaarverslag EVA 1991)

	EVA	vrijgevestigd
aantal fte's	15.3	7.6
kosten	5.860.000	2.900.000

In tabel 7.5 zijn de totale kosten voor eerstelijnszorg in Almere samengevat. Tevens zijn de uitgaven voor de totale Nederlandse bevolking in deze tabel opgenomen.

Tabel 7.5 Schatting van de uitgaven voor eerstelijnszorg in 1991 in Almere en Nederland (bron: FOZ 1993)

	Almere (x f.1000,-)	Nederland (x f.1.000.000)
huisartsenhulp	13.870	2.216
paramedische hulp	7.130	1.390
verloskundige hulp	1.328	99
farmaceutische hulp	19.505	4.390
tandheelkundige hulp	8.974	2.081
algemeen maatschappelijk werk	1.691	210
wijkverpleging	5.382	1.011
gezinsverzorging	5.752	1.943
kraamzorg	2.520	324
projecten**	1.050	-
totaal	67.202	13.664

* Dit betreft subsidiëring van projecten in het kader van het Experiment gezondheidszorg Almere, die niet aan een specifieke discipline zijn toe te wijzen.

In tabel 7.6 wordt een overzicht gegeven van de uitgaven voor eerstelijnszorg per inwoner in de Gemeente Almere en in Nederland in 1991. Hierbij is uitgegaan van het gemiddelde aantal inwoners in 1991. Voor Nederland zijn de werkelijke bedragen en de gecorrigeerde bedragen weergegeven. Deze correctie is noodzakelijk in verband met de afwijkende leeftijdsopbouw in Almere.

De correctiefactoren voor huisartsenhulp, paramedische hulp, tandheelkundige hulp, algemeen maatschappelijk werk en farmaceutische hulp zijn berekend op basis van gegevens uit de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk 1987/1988 (NIVEL). Hierbij is uitgegaan van de leeftijdsverdelingen in Almere en Nederland op 31-12-1987. Voor de wijkverpleging en gezinsverzorging is gebruik gemaakt van gegevens uit het FOZ 1993. Voor de gezinsverzorging is de correctiefactor berekend op basis van het aantal uren gezinsverzorging per leeftijdsgroep en voor de wijkverpleging op basis van het aantal zorgcontacten per leeftijdsgroep. De correctiefactor voor verloskundige hulp en kraamzorg is berekend op basis van het aantal geboorten per 1000 inwoners (CBS, Gemeente Almere).

Tabel 7.6 Schatting van de uitgaven per inwoner in guldens voor de eerstelijnszorg in 1991 in Almere en Nederland

	Almere	Nederland	Nederland gecorrigeerd
huisartsenhulp	170	147	147
paramedische hulp	87.5	92	102.5
verloskundige hulp	16	6.5	9.5
farmaceutische hulp	239.5	292	242.5
tandheelkundige hulp	110	138	131.5
algemeen maatschappelijk werk	21	14	15
wijkverpleging	66	67	37.5
gezinsverzorging	70.5	129	77.5
kraamzorg	31	21.5	31
projecten*	13	-	-
totaal	824.5	907	794

* Dit betreft subsidiëring van projecten in het kader van het Experiment gezondheidszorg Almere, die niet aan een specifieke discipline zijn toe te wijzen.

De kosten voor eerstelijnszorg per inwoner zijn in 1991 in Almere \pm 30 gulden hoger dan het gecorrigeerde landelijke gemiddelde. Van dit bedrag is \pm 26 gulden toe te wijzen aan de subsidiëring van projecten in het kader van het Experiment Gezondheidszorg Almere. De kosten voor huisartsenhulp, verloskundige hulp, algemeen maatschappelijk werk en wijkverpleging zijn hoger als het gecorrigeerde landelijke gemiddelde. De kosten voor paramedische hulp, farmaceutische hulp, tandheelkundige hulp en gezinsverzorging zijn lager als het landelijke gemiddelde.

Uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk zijn meer gedetailleerde gegevens bekend over kosten-genererende verrichtingen van de Almeerse huisartsen versus hun collega's in de rest van Nederland. In tabel 7.7 is te zien dat, gemeten naar de omvang van de patiëntpopulatie, Almeerse huisartsen vaker externe diagnostiek aanvragen dan hun collega's elders en dat bij de overige categorieën het verschil gering is.

Tabel 7.7 Kostengenererende verrichtingen in de huisartspraktijk: Almere (gestandaardiseerd) versus Nederland. (Bron: deelonderzoek 'Ziekten en verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk', 1987/1988)

	per 1000 patiënten		per 1000 contacten	
	Almere	Nederland	Almere	Nederland
aanvragen externe diagnostiek	91,6	66,4	71,7	56,8
prescriptie medicijnen	743,8	750,6	581,9	641,5
verwijzingen medisch specialist	70,1	71,8	54,9	61,4
verwijzingen fysiotherapeut	28,6	28,1	22,3	24,0

Met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen zijn uit de Nationale Studie ook de kosten bekend. Hieruit blijkt dat de Almeerse huisarts in 1987/1988 per contact voor gemiddeld f 16,00 aan medicijnen voorschrijft. Voor huisartsen in de rest van Nederland komen de kosten van prescriptie per contact uit op gemiddeld f 20,00. De best mogelijke vergelijking, waarbij rekening wordt gehouden met verschillen in morbiditeit, zijn morbiditeitsspecifieke cijfers van de kosten van medicijnen. In tabel 7.8 worden de gemiddelde kosten voor medicijnen per contact gegeven voor de 30 meest voorkomende diagnosecategorieën in de Almeerse huisartspraktijk.

In tabel 7.8 zien we dat bij zeven van de dertig diagnoses de Almeerse huisarts (statistisch significant) goedkoper voorschrijft. Aanzienlijk zijn de verschillen bij urineweginfecties, niet nader omschreven infecties, sinusitis en ongecompliceerde hypertensie. Alleen bij allergische conjunctivitis is de Almeerse huisarts duurder dan zijn collega in de rest van Nederland.

Samenvattend kan worden geconstateerd dat, als rekening wordt gehouden met de hogere morbiditeit en de hogere consumptie-geneigdheid in Almere, de Almeerse huisarts goedkoper werkt dan zijn of haar collega's in de rest van Nederland. Uitzondering is de externe diagnostiek.

Tabel 7.8 Kosten van het voorschrijven van medicijnen (in guldens) per contact in Almere (gestandaardiseerd) en Nederland voor 30 vaak voorkomende diagnosecategorieën. (Bron: Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk, 1987/1988)

	Almere	Nederland
Infectie bovenste luchtwegen	9*	11
Ongecompliceerde hypertensie	44*	59
Anti-conceptie pil	43	42
Cystitis/urinewegsinfectie	6*	16
Myalgia/fibrositis	8	8
Neurasthenie/surmenage	6	6
Acute bronchi(olij)tis	26	27
Overig eczeem	18	17
Angstig/nerveus	14*	16
Otitis media acuta	10	10
Hoesten	12	10
Sinusitis	18*	25
Asthma bronchiale	49	56
Slaapstoornis	19	18
Diabetes mellitus	53	70
Lumbago	9	11
Overige infectie maag/darm	8	9
Wratten	7	10
Geen ziekte	2	2
Irritable bowel syndrome	17	18
Dermatophytosis/-mycotis	27	24
Virusinfectie NNO/NEC	3*	6
Pneumonie	18	18
Afwijkende maagfunctie	46	47
Allergie NNO/NEC	43	38
Depressie	21	21
Hyperventilatie	4	5
Influenza	5*	7
Allergische conjunctivitis	15	10*

* Statistisch significant goedkoper ($p < .05$)

7.3. Ouderenzorg

In Almere liggen de kosten voor ouderenzorg lager dan in de rest van Nederland (Hypothese H7.3)

In Almere zijn in 1991 twee verzorgingshuizen en een gecombineerd verpleeg-/verzorgingshuis aanwezig. De capaciteit van de verzor-

gingshuizen bedraagt 300 verzorgingsplaatsen en de capaciteit van het verpleeghuis 30 verpleegbedden. Twee verzorgingshuizen en het verpleeghuis worden geëxploiteerd door de Stichting Delta en één verzorgingshuis door het Leger de Heils. Naast de opnamen in het verpleeghuis in Almere, zijn een groot aantal mensen opgenomen in verpleeghuizen buiten Almere. Volgens opgave van de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg bedraagt het aantal verpleegdagen voor deze groep 36.224 verpleegdagen in 1991. Op basis van de gemiddelde prijs voor een verpleegdag in een verpleeghuis is een schatting van de kosten voor deze patiënten gemaakt. Aangezien 80% van de verpleeghuispatiënten, die buiten Almere zijn opgenomen, in een gecombineerd verpleeghuis verblijven, is bij de berekening uitgegaan van een gemiddelde prijs van 235 gulden per verpleegdag in een gecombineerd verpleeghuis (Financiële statistiek gecombineerde verpleeghuizen 1991, NZi). In tabel 7.7 zijn de totale kosten voor de ouderenzorg in Almere opgenomen.

Tabel 7.7 Kosten voor ouderenzorg in Almere in 1991. (bron: Jaarverslagen 1991 Stichting De Schoor, Stichting Delta, Leger des Heils, Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg)

	kosten (x f.1000,-)
thuiszorg	33
zorg en advies commissie	71
flankerend beleid	470
verzorgingshuizen	12.235
verpleeghuizen	11.354
bureau Delta	255
totaal	24.418

In deze tabel zijn naast de reguliere vergoedingen en subsidies ook de projectgelden in het kader van het Experiment Gezondheidszorg Almere opgenomen. Dit betreft in 1991 een bedrag van f.460.400.

Van de patiënten in de verpleeghuizen is circa 90% ouder dan 70 jaar, voor de bewoners van de verzorgingshuizen is dit percentage

98%. Daarom is er hier voor gekozen om de kosten niet uit te drukken per inwoner, maar per inwoner van 70 jaar en ouder.

De kosten voor intramurale ouderenzorg in Almere bedragen 7267 gulden per inwoner van 70 jaar en ouder en voor Nederland 7190 gulden (FOZ 1993). Op basis van bovenstaande cijfers kan geconcludeerd worden dat de kosten voor ouderenzorg per inwoner van 70 jaar en ouder in Almere \pm 1% hoger zijn dan het landelijke gemiddelde. Hierbij moet in overweging genomen worden dat een bedrag van 137 gulden per inwoner van 70 jaar en ouder is toe te wijzen aan kosten van projecten in het kader van het Experiment Gezondheidszorg Almere.

7.4. Conclusies

Voor een vergelijking van de kosten van de Almeerse en de Nederlandse gezondheidszorg is gekozen voor een drietal sectoren: ziekenhuiszorg, eerstelijnszorg en ouderenzorg. De vergelijking heeft betrekking op het jaar 1991. Voor de kosten van de ziekenhuiszorg zijn voor Almere geen bruikbare financiële gegevens beschikbaar. Daarom is gekozen voor een indirecte benadering op basis van het aantal opnamen en het aantal bezette bedden.

Figuur 7.1 Overzicht van de mate waarin de operationele doelen van het Experiment Gezondheidszorg Almere, betrekking hebbend op de kosten, zijn gehaald

Hypothese	Operationeel doel	Resultaat
H7.1	lagere ziekenhuiskosten	niet gerealiseerd
H7.2	beperkt hogere kosten Almeerse eerste lijn	gerealiseerd
H7.3	lagere kosten voor de ouderenzorg	niet gerealiseerd

Bij de bouw van het nieuwe ziekenhuis is uitgegaan van een bedden-norm die circa 20% onder de landelijke norm ligt. De extra middelen die vrijkomen door de beperking van de klinische capaciteit van het nieuwe ziekenhuis zijn beschikbaar voor de versterking van de extramurale zorg en verbetering van de samenhang tussen de intra- en

extramuraal zorg. In 1991 betreft dit een bedrag van vijf miljoen gulden.

In 1991 zijn de opnamecoëfficiënt en de het aantal bezette bedden \pm 8% hoger dan het landelijke gemiddelde. Op basis hiervan kan de hypothese dat de kosten van de ziekenhuiszorg in Almere lager zijn dan in de rest van Nederland niet bevestigd worden. De beperking van het aantal klinische bedden in het Flevoziekenhuis met 20% ten opzichte van de landelijke norm heeft tot gevolg dat er een grote uitstroom is van patiënten naar andere ziekenhuizen.

Bij ongewijzigd beleid zal deze grote uitstroom ook in de nabije toekomst optreden. Op basis van een schatting voor de klinische consumptie in 1994 kan geconcludeerd worden dat bij de huidige capaciteit van het Flevoziekenhuis er in 1994 een uitstroom van circa 35% naar andere ziekenhuizen zal zijn.

De kosten voor de eerstelijnszorg zijn in Almere hoger dan in de rest van Nederland. Deze uitgaven bedragen voor de Almeerse bevolking f.825,= en voor de Nederlandse bevolking f.794,= per inwoner. Het cijfer van Nederland is gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw van de Almeerse bevolking. Dit betekent dat de kosten voor eerstelijnszorg in Almere \pm 4% hoger zijn dan in de rest van Nederland.

De kosten voor ouderenzorg zijn in Almere hoger dan in de rest van Nederland. De uitgaven voor de ouderenzorg bedragen in Almere f.7267,= per inwoner van 70 jaar en ouder. Het landelijke gemiddelde is f.7190,=. Dit betekent dat de kosten voor de ouderenzorg in Almere \pm 1% hoger zijn dan in de rest van Nederland.

8. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

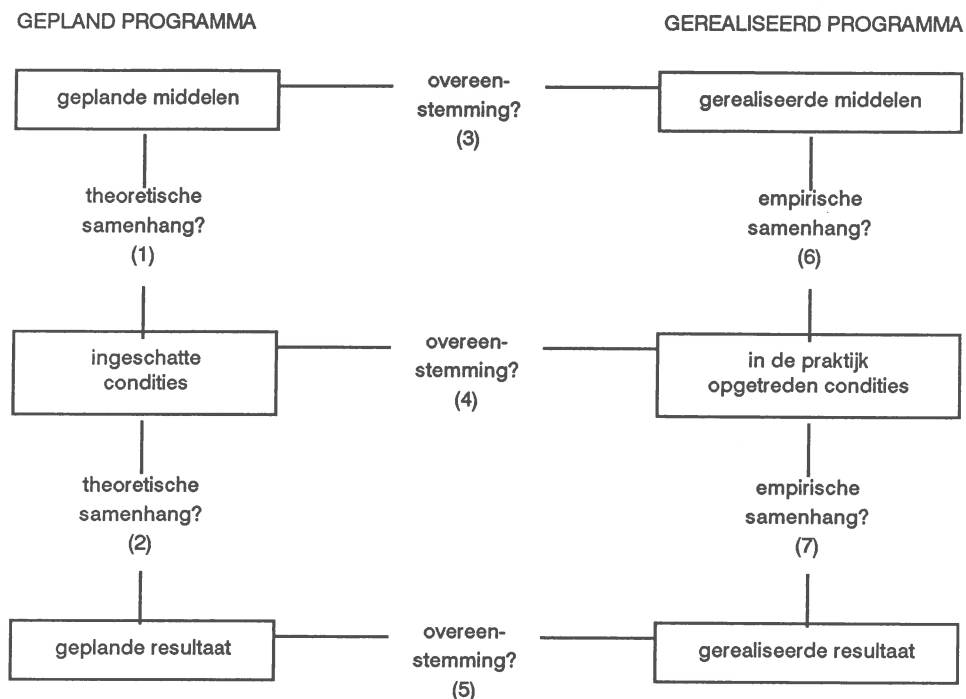
In dit afsluitende hoofdstuk wordt eerst een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten in de vorm van antwoorden op de vier onderzoeksvragen bij het Experiment Gezondheidszorg Almere. Afsluitend worden enkele kanttekeningen geplaatst bij de uitkomsten van het evaluatie-onderzoek.

8.1. Samenvatting

Het Experiment Gezondheidszorg Almere is een omvangrijk en veelomvattend experiment. De kern van het experiment is dat door het tot stand brengen van een hechte en sterke eerstelijnsgezondheidszorg minder beroep hoeft te worden gedaan op de tweede lijn, zodat deze krap kan worden bemeten. Een hechte eerste lijn houdt hierbij in het in één organisatie brengen van alle hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg en zorgverlening van wijkgericht werkende gezondheidscentra. Een sterke eerste lijn houdt in dat de capaciteit boven het landelijk gemiddelde ligt. Een krap bemeten tweede lijn houdt een lagere bedcapaciteit in dan landelijk gemiddeld. Om productieprikkels binnen de tweede lijn zoveel mogelijk te verminderen zouden de medisch specialisten van het ziekenhuis in loondienst moeten zijn. De samenhang in het hele stelsel van voorzieningen zou tot stand moeten worden gebracht via de planning onder gemeentelijke regie (bestuurlijke samenhang), één financieel kader voor de hele Almeerse gezondheidszorg (financiële samenhang) en het tot stand brengen van beheersorganisaties per zorgsector (structurele en inhoudelijke samenhang). Een dergelijke structuur bevordert een goede inhoudelijke samenwerking tussen eerste en tweede lijn, waardoor onnodig beroep op de tweede lijn kan worden vermeden.

De inschatting was dat deze van de rest van Nederland sterk afwijkende structuur in Almere tot stand gebracht kon worden, omdat het voorzieningenapparaat van de grond af moest worden opgebouwd, waardoor men veel minder met gevestigde belangen te maken had dan in de rest van Nederland. Men kon met een schone lei beginnen.

Schema 8.1. Model voor de evaluatie van het Experiment Gezondheidszorg Almere (Bron: Stake, 1967)



Behalve het (inhoudelijke) streven om mensen zelf verantwoordelijk te laten zijn voor hun gezondheid en hen te leren zo doeltreffend mogelijk gebruik te maken van de eigen mogelijkheden, waren belangrijke doelstellingen die met de nieuwe structuur bereikt zouden moeten worden:

- substitutie en met name verschuiving van tweede lijn naar eerste lijn;
- hoge kwaliteit van zorg;
- kosten maximaal even hoog als in de 'traditionele' Nederlandse gezondheidszorg.

Dit is in een notedop het beleidsprogramma zoals dat in Almere was gepland. De formele beëindiging van het Experiment Gezondheidszorg Almere is een logisch moment om de balans op te maken. In dit rapport is dat gedaan door een viertal onderzoeksvragen te formuleren die zijn afgeleid uit het evaluatiemodel van Stake (schema 8.1).

- 1 Is er een theoretische samenhang tussen de geplande middelen en de ingeschatte condities (1) en, gegeven deze condities, tussen de geplande middelen en de beoogde resultaten (2)?
- 2 Is er overeenstemming tussen de geplande middelen en de ingeschatte condities en de daadwerkelijk in de praktijk gerealiseerde middelen (3) en opgetreden condities (4)?
- 3 Is er overeenstemming tussen de geplande resultaten en de resultaten zoals die in de praktijk zijn gerealiseerd (5) ?
- 4 In hoeverre is er een empirische samenhang tussen de gerealiseerde middelen en in de praktijk opgetreden condities (6) en, gegeven deze opgetreden condities, tussen de gerealiseerde middelen en de gerealiseerde resultaten (7) ?

In deze samenvatting zullen per onderzoeksvraag de voornaamste resultaten worden gepresenteerd:

Onderzoeksvraag 1

Is er een theoretische samenhang tussen de geplande middelen en de ingeschatte condities en, gegeven deze condities, tussen de geplande middelen en de beoogde resultaten?

Of in meer concrete termen vertaald:

- Is het reëel te verwachten dat een zo sterk van de rest van Nederland afwijkend gezondheidszorgsysteem kan worden opgebouwd in de nieuwe polder in Almere?
- Is het reëel om te veronderstellen dat substitutie, hoge kwaliteit en lage kosten kunnen worden bereikt door de gezondheidszorg zo op te zetten als in Almere (dus met een sterke, hechte eerste lijn en een krappe tweede lijn), gegeven de omstandigheid dat met een schone lei kan worden begonnen?

Voor het achterhalen van doelen, condities en geplande middelen is gebruik gemaakt van de rond het Experiment Gezondheidszorg Almere verschenen projectplannen. Doelen, middelen en condities zijn

vervolgens met elkaar verbonden, waarna aan de hand van bestaande literatuur is nagegaan in hoeverre de veronderstellingen verdedigbaar zijn op basis van zowel theoretische voorspellingen als van ervaringen elders.

De verwachting dat in de nieuwe polder een gezondheidszorgsysteem kan worden opgebouwd dat afwijkt van de rest van Nederland kan worden gekenschetst als een reële verwachting. In een nieuwe polder heeft men nog niet te maken met gevestigde belangen. Empirisch gezien moet de aantekening worden gemaakt dat het eerder in Lelystad niet is gelukt om een afwijkend systeem op te bouwen.

Het plannen van een sterke, hechte eerste lijn, gekoppeld aan een krappe tweede lijn zonder productieprikkels is in theorie een geëigend middel om substitutie te bewerkstelligen. Daar ligt wel de veronderstelling aan ten grondslag dat een deel van wat in de tweede lijn gebeurt ook in de eerste lijn zou kunnen plaatsvinden. De empirische grondslag voor deze veronderstelling wordt gevormd door onderzoeksgegevens over variaties in ziekenhuisproductie en eerstelijnsverwijscijfers.

Dat een dergelijke verschuiving zou leiden tot kostenbesparing wordt vooral afgeleid uit de veronderstelling dat ziekenhuiszorg sowieso duurder is dan eerstelijnszorg. Ook hiervoor bestond een empirische grondslag.

Voor wat betreft de kwaliteit van de zorgverlening was de veronderstelling dat door een goede samenwerking tussen eerstelijns hulpverleners de kwaliteit van de zorgverlening zou verbeteren, waardoor meer mensen in de eerste lijn zouden kunnen worden behandeld. Dit wordt bevestigd door empirisch onderzoek, waarin wordt aangetoond dat huisartsen in gezondheidscentra lagere verwijscijfers hebben dan huisartsen in andere praktijkvormen.

Het antwoord op de onderzoeksvraag 1 kan dus kort zijn. In principe lijken de gekozen middelen en de ingeschatte condities geëigend om de geformuleerde doelen te bereiken.

Onderzoeksvraag 2

Is er overeenstemming tussen de geplande middelen en de ingeschatte condities en de daadwerkelijk in de praktijk gerealiseerde middelen en opgetreden condities?

Ofwel in hoeverre is het gelukt om in Almere een gezondheidszorgsysteem op te bouwen met een sterke, hechte eerste lijn en een krappe tweede lijn zonder productieprikkels.

Deze onderzoeksvragen zijn in hoofdstuk 4 beantwoord, nadat een in hoofdstuk 3 een procesbeschrijving is gegeven. In die procesbeschrijving is in vijf fasen de opbouw van het Almeerse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen geschetst waarbij vooral is gekeken naar de rol van de verschillende partijen.

Bij de gekozen middelen kan een onderscheid worden gemaakt tussen de middelen die zich richten op de structuur van voorzieningen en middelen die vooral een inhoudelijk doel dienen. Bij middelen die zich richten op de structuur kan gedacht worden aan bijvoorbeeld de bijzondere inrichting en omvang van de verschillende voorzieningen, loondienst voor alle werkers in de gezondheidszorg en de wijze waarop de Almeerse gezondheidszorginstellingen zijn georganiseerd. Middelen die zich in eerste instantie richten op de inhoud van de zorg zijn bijvoorbeeld afspraken over samenwerking en overleg en het te voeren zorgbeleid in de vorm van protocollen, epidemische informatie en de uit te voeren takenpakketten.

Substitutie

Middelen om te komen tot substitutie die zich richten op de structuur van voorzieningen zijn voor een belangrijk deel gerealiseerd. Puntsgewijs noemen we de belangrijkste resultaten:

- de totstandkoming van de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere, de EVA, waarbij vrijwel alle eerstelijns hulpverleners in Almere in loondienst zijn;
- de totstandkoming van de stichting Delta, waarin alle organisaties op het gebied van ouderenzorg zijn verenigd;
- de totstandkoming van koepels op het gebied van de zorg aan geestelijke en lichamelijke gehandicapten;

- de totstandkoming van een gezien de bevolkingsomvang van Almere, relatief klein centrumziekenhuis (het Flevoziekenhuis), met een relatief grote poliklinische capaciteit, een grote behandelafdeling voor dagverpleging en met uitgebreide faciliteiten ter ondersteuning van de Almeerse eerste lijn;
 - eveneens gerealiseerd is een gecombineerd verpleeg- en verzorgingshuis, bedoeld om de samenhang tussen beide functies te vergemakkelijken waarbij mensen langer in een omgeving kunnen verblijven waarin zij voor het grootste deel zelfstandig functioneren.
- de totstandkoming van de SAG, de koepel van alle Almeerse gezondheidszorginstellingen.

Niet gerealiseerd zijn:

- planning van het Almeerse stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen onder gemeentelijke regie;
- een integraal financieel kader voor de hele Almeerse gezondheidszorg;
- loondienst voor het merendeel van de specialisten in het Flevoziekenhuis.

Middelen die zich richten op de inhoud van het zorgproces en de verschuivingen die hierin, volgens de bij het Experiment Gezondheidszorg Almere behorende projectplannen, moeten optreden, zijn slechts in beperkte mate gerealiseerd. In de eerste lijn zijn met het totstandkomen van wijkgerichte gezondheidscentra en een overkoepelende eerstelijnsorganisatie de voorwaarden geschapen voor een goede samenwerking in de eerste lijn. Gerealiseerd zijn afspraken betreffende onderlinge samenwerking, verbreding van het takenpakket en systematische bij- en nascholing.

Met name waar het gaat om middelen die zich richten op de inhoudelijke samenwerking tussen de verschillende echelons en op de inhoud van de zorg binnen het ziekenhuis geldt dat er uiteindelijk weinig van de ambitieuze plannen is terecht gekomen, al zijn er wel enkele projecten bijvoorbeeld rond oncologie en de verloskundige samenwerking. In feite zien we dat de geformaliseerde samenwerking tussen eerste en tweede lijn pas voorzichtig vorm gaat krijgen op het moment dat de betreffende voorziening(en) zich daadwerkelijk in Almere vestigen. Alle goede bedoelingen ten spijt, is het niet mogelijk gebleken beide echelons op één lijn te krijgen om te komen tot afspraken vooraf, zodat eenmaal in Almere een kant een klaar pakket van

middelen beschikbaar is en in werking kan treden. Eén oorzaak is de recente opening van het Flevoziekenhuis in Almere. Op een andere oorzaak komen we terug op het moment dat over het optreden van de ingeschatte condities wordt gesproken.

Kwaliteit

De doelstelling te komen tot kwalitatief goede zorg in Almere is geoperationaliseerd in vier subdoelen te weten (1) een kwalitatief goede organisatie en organisatiestructuur, (2) kwalitatief goede medewerkers en zorgverleners, (3) kwalitatief goede materiële voorzieningen en (4) een kwalitatief goede zorgverlening.

Voor de **organisatie(structuur)** geldt dat er via de SAG een samenwerking is gerealiseerd tussen alle Almeerse zorginstellingen, terwijl koepels tot stand zijn gekomen voor de eerste lijn, de ouderenzorg en de zorg aan geestelijk en lichamelijk gehandicapten. Eerstelijnszorg wordt in Almere anno 1993 bijna exclusief verleend via wijkgerichte gezondheidscentra, hetgeen niet alleen in overeenstemming is met de doelstelling van de experimentele opzet van het Almeerse zorgmodel, maar ook gezien kan worden als voorbeeld van het slagen van de centrale planning van voorzieningen. Patiëntenparticipatie is bereikt via zowel de deelname van patiënten aan bestuursactiviteiten van gezondheidscentra en andere voorzieningen als via de totstandkoming van de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen (SIOP). Via de ontwikkeling van een Gezondheidszorg Informatie Model Almere (GIMA) is de basis gelegd voor een samenhangende gegevensverzameling in de toekomst. Beperkt of (nog) niet gerealiseerd zijn de epidemiologische dataverzameling via peilstations, een centrale indicatiestelling, bestuurlijke betrokkenheid van de Almeerse eerste lijn bij het ziekenhuis, loondienst voor alle medisch specialisten, consultatie en overleg en protocollen tussen echelons, en één financieel kader.

Van de middelen gericht op de kwaliteit van de **medewerkers** en zorgverleners, zijn loondienstverband en praktijkverkleining beperkt gerealiseerd, terwijl gerichte werving, intercollegiale toetsing en bij- en nascholingsfaciliteiten verondersteld worden aanwezig te zijn.

Een vergelijkbaar beeld, met de op de structuur van voorzieningen gerichte middelen gerealiseerd en de op de inhoud van het zorgproces gerichte middelen in beperkte mate of niet gerealiseerd, zien we bij de kwaliteit van de **materiële voorzieningen** in Almere en het zorgverleningsproces zelf.

Kosten

De beoogde middelen voor het bereiken van de kostendoelstelling, die in het kader van het Experiment Gezondheidszorg Almere, overlappen de geplande middelen ten aanzien van substitutie en kwaliteit. De algemene conclusie, dat vooral de op de structuur gerichte instrumenten zijn gerealiseerd met uitzondering van de integrale planning en financiering en loondienst voor de medisch specialisten is daarmee ook op de kosten van toepassing. De middelen die geacht worden zich meer te richten op de inhoud van het zorgproces zijn vooralsnog niet aanwezig of in beperkte mate gerealiseerd.

De opgetreden condities

De belangrijkste ingeschatte conditie is dat men te maken had met een blanco situatie, waardoor men met een schone lei kon beginnen. Omstandigheden op vier terreinen maakten dat deze lei minder schoon was dan men in eerste instantie dacht. Deze vier terreinen hadden betrekking op (1) de opbouw van de Almeerse bevolking en de bevolkingsgroei, (2) de houding van de gezondheidszorginstellingen en organisaties, (3) de regelgeving met betrekking tot de gezondheidszorg, en (4) het beleid dat door de overheid en andere belangrijke partijen op het terrein van de gezondheidszorg gedurende de looptijd van het Experiment Gezondheidszorg Almere is gevoerd.

De eerste relevante conditie heeft betrekking op de **Almeerse bevolking**. De bouwers van het Almeerse gezondheidszorgsysteem kregen te maken met de snelst groeiende gemeente van Nederland. Het feit dat zeer veel energie moest worden gestoken in de opbouw van voorzieningen, heeft ertoe geleid dat de meer inhoudelijke aspecten, zoals de beoogde functionele samenhang naar de achtergrond werden gedrongen. De bevolking van Almere verschilt op een aantal essentiële kenmerken van de rest van Nederland. Dat geldt niet alleen (zoals verwacht) voor een aantal sociaal-demografische kenmerken, zoals de opbouw naar leeftijd en geslacht, maar los van deze verschillen ook voor de gezondheidssituatie en het gezondheidsgedrag van de doorsnee inwoner van Almere. Met betrekking tot de morbiditeit

geldt dat de inwoners, gemeten met behulp van zowel een aantal objectieve morbiditeitsindicatoren als naar het eigen subjectieve oordeel van de betrokkenen, een wat slechtere gezondheid hebben dan de doorsnee inwoner van Nederland. Dit geldt met name voor het vrouwelijk deel van de Almeerse bevolking en meer voor problematiek met een psychosociale component dan voor de puur somatische klachten.

Ook het feit dat alle **partijen** werden betrokken bij de opbouw van het Almeerse stelsel maakte ook dat zeer veel energie moest worden gestoken in de opbouw van het Almeerse stelsel. Eigen verantwoordelijkheden en de eigen identiteit moesten worden ingeleverd, waarbij de goede wil en de medewerking van alle betrokken organisaties noodzakelijk was. Het uitgangspunt van een relatief 'blanco' situatie, is bij de totstandkoming van de EVA en de Stichting Delta nog het meest terecht (ondanks dat er sprake is geweest van vaak moeizaam bereikte resultaten). Dit ligt anders bij de realisatie van Almeerse Flevoziekenhuis als meest belangrijke exponent van de intramurale zorg. De overplaatsing van het bestaande Amsterdamse Burgerziekenhuis naar Almere (terwijl op dat moment uitstekende samenwerking bestond tussen de Almeerse eerste lijn en ziekenhuis Gooi Noord), waar in feite hetzelfde ziekenhuis onder een nieuwe naam zou moeten gaan functioneren in de nieuwe samenhangende structuur van het Almeerse systeem, is achteraf gezien een weinig gelukkige keuze geweest. Het voert wellicht te ver te spreken van onwil van het ziekenhuis zich te schikken naar het Almeerse model, maar feit is dat vooral het bestuur van het Burgerziekenhuis er zoveel mogelijk naar heeft gestreefd de eigen identiteit en eigen doelstellingen te behouden. Een identiteit en doelstellingen die moeilijk verenigbaar waren met de uitgangspunten van het Experiment Gezondheidszorg Almere, waardoor het onderhandelingsproces tot integratie van het Flevoziekenhuis in het Almeerse model bijzonder moeizaam is verlopen en in feite nog steeds moeilijk verloopt. Een factor die het geheel extra gecompliceerd heeft gemaakt is het feit dat het Flevoziekenhuis pas in 1991 werd geopend. Eerst na de opening wordt het ontbreken van vooral zorginhoudelijke afspraken feitelijk gemist, en het is op dat moment dat men begint met het nemen van initiatieven om te komen tot praktische samenwerking.

De derde conditie betreft de mate waarin de **regelgeving** is afgestemd op een ontwikkeling als het Experiment Gezondheidszorg Almere. De inschatting dat dit moeilijk maar wel mogelijk zou blijken te zijn is, achteraf gezien, te optimistisch geweest. Weliswaar is het mogelijk gebleken om eerst via afspraken en, na realisatie van het Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere in 1988, via een wettelijk kader een aantal barrières in de regelgeving te slechten. Dit laat echter onverlet dat met name op het terrein van de financiering het Experiment Gezondheidszorg Almere voortdurend te maken heeft gehad met zeer veel tegenwind. Het beschikbaar komen van extra gelden als voorschot op de te bereiken besparingen in de tweede lijn en bedoeld ter versterking van de eerste lijn kan niet verhullen dat, mede door deze bestaande regelgeving, één geïntegreerd financieel kader en één budget voor het gehele systeem van de Almeerse gezondheidszorginstellingen uiteindelijk niet is gerealiseerd.

De vierde conditie betreft de consistentie van het **overheidsbeleid**. Ook hier geldt dat, terugkijkend op de periode tussen 1983 en 1993, er zowel bij de centrale overheid als bij de financiers van de gezondheidszorg sprake is veranderingen in de beleidsuitgangspunten die consequenties hebben gehad voor het Experiment Gezondheidszorg Almere. Het meest duidelijk is deze beleidsomslag bij de rijksoverheid, waar in tien jaar tijd de heersende opvattingen over de inrichting van het stelsel van zorgvoorzieningen ingrijpend zijn verschoven van een planmatige en overheidsgestuurde ontwikkeling van de Nederlandse gezondheidszorg naar een positie op de achtergrond en een meer prominente rol voor aanbieders en financiers. Voor Almere betekent dit dat de rol van de gemeente als centrale plannende instantie is verschoven naar de financiers als centrale financierende instantie. Gesteld kan worden dat het ziekenfonds deze nieuwe, centrale rol tot dusver nog niet op zich genomen heeft. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de onderhandelingen over contracten op bilaterale basis tussen ziekenfonds en Almeerse gezondheidszorginstellingen worden gevoerd. Overigens is dit, gegeven de bestaande wettelijke kaders, op dit moment ook niet goed mogelijk. De ziekenfondsen zijn gebonden aan beslissingen van het COTG en de Ziekenfondsraad, en zijn derhalve meer uitvoerende instanties dan partijen die kunnen onderhandelen.

Onderzoeksvraag 3:

Is er overeenstemming tussen de geplande resultaten en de resultaten zoals die in de praktijk zijn gerealiseerd?

In andere woorden, in hoeverre zijn de doelen van het Experiment Gezondheidszorg Almere gericht op substitutie van zorg, kwalitatief goede zorg en kostenbeheersing, ook daadwerkelijk bereikt?

Substitutie van zorg

In de oorspronkelijke projectdoelstelling van het Experiment Gezondheidszorg Almere komt de zinsnede 'substitutie van zorg' niet voor. Uitgangspunt was een samenhangend stelsel van zorgvoorzieningen afgestemd op de behoeften van de inwoners van Almere, met de nadruk op de eerstelijnszorg als professionele hulp en met de tweedelijnszorg in een ondersteunende rol. Aan deze opzet lag in eerste instantie vooral een ideologische visie ten grondslag, waarbij een sterke eerste lijn geacht wordt dicht bij de mensen te staan en meer mogelijkheden biedt tot ontmedicalisering. Tijdens de duur van het experiment wordt, met name door de centrale overheid en financiers, substitutie van zorg vooral ook gezien als mogelijkheid te komen tot kostenbeheersing en wellicht kostenbeperking. Dit verschil in vertrekpunt is van invloed geweest op het procesmatig verloop van de ontwikkelingen in Almere. De van buitenaf 'opgelegde' doelstelling met betrekking tot substitutie, werd niet persé door de zorgverleners onderschreven. Hun doelstelling was vooral het leveren van kwalitatief goede zorg.

De wens te komen tot substitutie van zorg is in dit eindrapport in drie delen uiteengelegd. (1) Substitutie binnen de intramurale sector, (2) substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg, en (3) substitutie van professionele zorg naar preventieve zorg, zelfzorg en mantelzorg. Met betrekking tot zowel de verschuivingen binnen de intramurale sector als bij de verschuivingen van intramurale zorg naar zorg verleend in de Almeerse eerste lijn zijn de uiteindelijke resultaten mager.

De cijfers die betrekking hebben op het gebruik aan **intramurale voorzieningen** laten zien dat de operationele doelstelling om in Almere te komen tot een lager gebruik van klinische voorzieningen

dan in de rest van Nederland vooralsnog niet is gerealiseerd, terwijl een verschuiving van klinische zorg naar poliklinische zorg en dagbehandeling en van verpleeghuis naar verzorgingshuis in 1992 nog niet kan worden aangetoond. De ligduur in het ziekenhuis is in Almere weliswaar consequent lager dan in Nederland, maar het verschil is uiterst gering. De kanttekening die moet worden gemaakt bij het gebruik van het ziekenhuis is dat cijfers slechts beschikbaar zijn tot en met één jaar na de opening van het ziekenhuis. De kanttekening bij de gewenste verschuiving van verpleeghuiszorg naar zorg verleend in een verzorgingshuis is dat verpleeghuisbedden in Almere slechts in geringe mate aanwezig zijn.

Uitgangspunt bij het Experiment Gezondheidszorg Almere was dat door de **sterke eerste lijn** het aantal verwijzingen naar medisch specialisten en het opnamecijfer voor inwoners uit Almere relatief laag kon worden gehouden. Uit onderzoek in de huisartspraktijk blijkt een relatief groot aantal contacten met de Almeerse bevolking met de huisarts. Dit heeft te maken heeft met de al eerder gememoreerde relatief ongezond zijnde bevolking. Zeker gerelateerd aan dit relatief hoge aantal contacten ligt het aantal verwijzingen naar de medisch specialist laag in Almere. In dit opzicht lijkt het erop dat de extra morbiditeit die in Almere bij de bewoners bestaat goed en adequaat wordt opgevangen door een 'sterke' eerstelijnszorg.

Kijken we naar de gewenste verschuiving van **professionele zorg naar preventieve zorg, zelfzorg en mantelzorg**, dan valt op dat er in Almere sprake van een relatief hoog zorggebruik. Het streven om mensen minder vaak gebruik te laten maken van professionele zorg lijkt te worden doorkruist door een goede toegankelijkheid van voorzieningen. Met betrekking tot het werken van de Almeerse huisartspraktijken geldt dat op het terrein van het voorschrijven van medicijnen een terughoudend beleid wordt gevoerd en ook op andere terreinen het initiatief vooral bij de patiënt wordt gelegd. Dit is in overeenstemming met de beoogde doelstellingen op deze terreinen.

Kwaliteit

Behalve naar verschuivingen in de zorg is het Experiment Gezondheidszorg opgezet vanuit de doelstelling de inwoners kwalitatief goede zorg te bieden afgestemd op de behoeften van zoveel mogelijk mensen. Op een drietal aspecten is nagegaan of het gerealiseerde

stelsel van zorgvoorzieningen in Almere en de geboden zorg voldoet aan de eisen die in kwalitatief opzicht gesteld mogen worden. Er is (1) gekeken naar de structuur van de zorgverlening en de zorgvoorzieningen, (2) naar de kwaliteit van het zorgproces zelf en (3) naar het oordeel van de inwoners van Almere over hetgeen hen aan zorg en zorgvoorzieningen wordt geboden.

Belangrijke vragen bij de **structuur** van het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen zijn of de gewenste sterke eerstelijnszorg daadwerkelijk tot stand is gebracht en of de werkwijze van zorgverleners in overeenstemming is met de experimentele opzet van de Almeerse gezondheidszorg. Een conclusie of de hieraan gekoppelde doelen zijn bereikt is minder eenvoudig. Onderzoeksgegevens die betrekking hebben op de structuur van de zorgverlening waarmee Almere kan worden vergeleken met de rest van Nederland, of subgroepen uit de Nederlandse populatie, zijn schaars en hebben vaak betrekking op één of enkele beroepsgroepen. Daarnaast wijzen de resultaten niet eenduidig één kant op. Dit geldt bijvoorbeeld de gerealiseerde aantallen zorgverleners waarvan de Almeerse bevolking gebruik kan maken. Enerzijds kan geconstateerd worden dat men er in Almere daadwerkelijk in is geslaagd een zodanig volume aan zorgverleners in dienst te nemen dat wordt voldaan aan de eisen zoals vastgelegd in de taakstellende prognose van het Ministerie van WVC. Echter deze conclusie geldt niet voor alle beroepsgroepen, terwijl de individuele beroepsbeoefenaren in hun doen en laten niet of nagenoeg niet verschillen van zorgverleners in de rest van Nederland. Almeerse huisartsen en verpleegkundigen verschillen bijvoorbeeld in hun taakopvattingen weinig van de doorsnee huisarts en verpleegkundige in Nederland. Anderzijds geldt dat de inrichting van de praktijken duidelijk meer compleet is dan de doorsnee huisartspraktijk, zodat hier de voorwaarden gunstig zijn voor taakverschuivingen in de richting van een sterkere eerstelijns. Bovendien zijn door het concentreren van de eerstelijnsdisciplines in gezondheidscentra betere voorwaarden aanwezig voor samenwerking. Er wordt ook feitelijk in Almere meer tijd in samenwerking gestoken dan landelijk het geval is. Met betrekking tot de kwaliteit van de structuur van de voorzieningen en de wijze waarop zorg wordt verleend moet derhalve de voorlopige conclusie luiden dat de verschillen met de rest van Nederland per discipline klein zijn, maar dat de mogelijkheden voor samenwerking tussen disciplines gunstiger zijn.

Met betrekking tot het **proces** van zorgverlening kan worden geconcludeerd, dat afgemeten aan de verrichtingen van huisartsen en wijkverpleegkundigen in Almere relatief veel voorlichting en informatie wordt gegeven, hetgeen op te vatten is als ontwikkeling in de richting van een kwalitatief goede zorg. Er vindt relatief veel overleg plaats tussen zorgverleners in Almere, hetgeen direct gekoppeld kan worden aan de structuur van het Almeerse stelsel van voorzieningen met buurtgerichte gezondheidscentra. In dit verband mag gesproken van meer samenhang in de zorg. Kijken we naar de continuïteit van zorg, dan zijn er enerzijds positieve punten zoals bijvoorbeeld de integratie van verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg in 'De Kiekendief'. Negatief is het relatief grote verloop onder zorgverleners, waardoor continuïteit op langere termijn wordt bemoeilijkt.

Tenslotte het **oordeel van de inwoners** van Almere over hetgeen tussen 1976 en 1993 aan voorzieningen tot stand is gebracht en het functioneren van zowel voorzieningen als zorgverleners. Het algemene beeld dat uit de verschillende deelonderzoeken waarbij inwoners uit Almere zijn ondervraagd naar voren komt is dat het merendeel van de inwoners van Almere tevreden is over de zorg zoals die in Almere wordt verleend. Tevreden, maar niet meer tevreden dan mensen in een willekeurige gemeente in de rest van Nederland. En met de kanttekening dat op een aantal punten men duidelijk wat minder tevreden is. Deze grotere ontevredenheid geldt met name de gepercipieerde bereikbaarheid en toegankelijkheid van de eerstelijnsvoorzieningen, buiten de tijden waarop de gezondheidscentra normaliter open zijn en de lengte van wachttijden bij een bezoek aan de huisarts. Van bijzondere aard is de problematiek die speelt bij een deel van de bewoners van het verpleeg- en verzorgingshuis 'De Kiekendief', waaruit naar voren komt dat het bereiken van de ene doelstelling ("integratie van verschillende aspecten van de zorgverlening en continuïteit van zorg") een negatieve impact kan hebben op een ander doel ("tevredenheid met het leven in een dergelijke voorziening, als maat voor de kwaliteit van zorg"). Tegenover deze negatieve aantekeningen staan ook een aantal punten waarbij de inwoner van Almere duidelijk wat meer tevreden is dan de willekeurige Nederlander. Genoemd kunnen worden de toegankelijkheid van voorzieningen tijdens 'kantooruren', het functioneren van de EHBO-voorziening en de wachttijden bij een bezoek aan een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters.

Kosten

Het kostenaspect is, naast de substitutie van zorg en de kwaliteit van het stelsel van de zorgvoorzieningen in Almere, de derde doelstelling waaraan geprobeerd is het succes of falen van het Experiment Gezondheidszorg Almere af te meten. Onze eindconclusie met betrekking tot het kostenaspect kan kort zijn. In zijn algemeenheid zijn er weinig redenen aan te nemen dat de totale kosten van de Almeerse gezondheidszorg in 1992 of 1993 duidelijk lager zullen liggen in vergelijking tot de rest van Nederland. Dit was overigens ook niet de doelstelling van het Experiment Gezondheidszorg Almere, waarin wordt gesproken van optimale kwaliteit zorg tegen acceptabele kosten. Met name de kleine verschillen die er in vergelijking tot de rest van Nederland zijn in het gebruik van de intramurale voorzieningen liggen ten grondslag aan dit (voorlopige) eindoordeel. Immers, in deze sector worden ruim 70% van alle kosten worden gemaakt en geen of nagenoeg geen verschil hier zal zijn weerslag hebben in het totale kostenplaatje.

Daar tegenover staat dat op een aantal punten ook voor wat de kosten betreft wel degelijk gesproken kan worden van een succesvol beleid. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gewezen op de lagere verrichtingencijfers van de Almeerse huisartsen bij een aantal kosten-genererende handelingen zoals het voorschrijven van medicijnen of de aantallen verwijzingen per 1000 contacten. Daarnaast geldt dat, ondanks de grotere morbiditeit op populatieniveau, waarschijnlijk ook niet gesproken kan worden van het duidelijk duurder zijn van het 'Almeerse model'.

Het eindoordeel over de kosten van 'het Almeerse model' wordt zowel bemoeilijkt door het ontbreken van specifieke informatie over het gebruik van zorgvoorzieningen door de inwoners van Almere, als door het (ook op dit moment nog) feit dat bepaalde zorgsectoren in Almere ontbreken of slechts in beperkte mate aanwezig zijn.

Onderzoeksvraag 4

In hoeverre is er een empirische samenhang tussen de gerealiseerde middelen en de in de praktijk opgetreden condities en, gegeven deze opgetreden condities, tussen de gerealiseerde middelen en de gerealiseerde resultaten?

Een eenduidig antwoord op deze vraag is, gegeven de manier waarop het evaluatie-onderzoek rondom het Experiment Gezondheidszorg Almere is opgezet, niet voorhanden. We komen hier in de volgende paragraaf nog nader op terug.

Op een aantal punten kon Almere worden vergeleken met Nederland. Uit die vergelijking bleek echter ook dat de morbiditeit in Almere, gegeven de leeftijd/geslachtsopbouw hoger lag dan in Nederland. Dat betekent dat eventuele verschillen tussen Almere en Nederland zelfs indien zij zijn gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw niet zonder meer aan het experiment kunnen worden toegeschreven. Alleen op basis van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk konden vergelijkingen tussen Almere en Nederland worden gemaakt, waarbij rekening werd gehouden met verschillen in morbiditeit. Van de hier gevonden verschillen, zoals het lagere verwijs- en prescriptiecijfer van de Almeerse huisarts, is het nog het meest aannemelijk dat dit resultaten zijn die toegeschreven kunnen worden aan de wijze waarop het Almeerse stelsel van zorgvoorzieningen gestalte heeft gekregen. Een keihard bewijs is dit echter niet. Een dergelijk patroon vinden we ook bij gezondheidscentra buiten Almere. Dat maakt het waarschijnlijk dat deze verschillen te maken hebben met de keuze in het experiment om te werken vanuit wijkgerichte gezondheidscentra. Waterdichte bewijzen zijn er echter niet.

Resumé

Vastgesteld kan worden dat het Experiment Gezondheidszorg Almere in zijn opzet, doelstellingen en uitwerking aansluit bij het beleid op het terrein van de gezondheidszorg dat tot het midden van de jaren 80 gold. De bedoeling was dat Almere vooruit zou lopen op en als testcase zou dienen voor de geplande landelijke ontwikkelingen. Terugblikkend kan de eindconclusie worden getrokken dat de structuur zoals die was voorzien in de plannen die ten grondslag liggen aan het Experiment Gezondheidszorg Almere grotendeels tot stand is

gebracht. Uitzonderingen daarop zijn centrale planning, één financieel kader voor alle instellingen werkzaam op het terrein van de Almeerse gezondheidszorg en het loondienstverband voor alle medisch specialisten werkzaam in het Almeerse Flevoziekenhuis. Met betrekking tot de op de inhoud van het zorgproces gerichte middelen moet worden vastgesteld, dat de geplande middelen hier in mindere mate zijn gerealiseerd, doch dat met een goed functionerend stelsel van koepelorganisaties wel gunstige voorwaarden zijn geschapen om deze inhoudelijke doelen alsnog te bereiken.

Kijken we naar de doelstellingen op het terrein van de substitutie van zorg, de kwaliteit van hetgeen de inwoners van Almere op het terrein van de zorg wordt geboden en de kostenfactor, dan moet onze eindconclusie luiden dat de ambitieuze doelstellingen in 1993 voorlopig voor het grootste deel nog niet zijn waargemaakt.

8.2. Kanttekeningen bij uitkomsten van het evaluatieonderzoek

Eind 1992 is het experiment Gezondheidszorg Almere in formele zin beëindigd. De extra gelden, waarover Almere in het kader van het BEGA kon beschikken, kwamen te vervallen. Hetzelfde geldt voor het wettelijke kader waarmee het Experiment Gezondheidszorg Almere in formele zin werd afgeschermd. Hoewel het aflopen van het BEGA op zich een goed moment lijkt om na te gaan in welk opzicht het experiment Almere succesvol is geweest en op welke onderdelen er sprake is van een minder geslaagde aanpak, zijn er bij de eindevaluatie op dit moment en op een manier zoals beschreven in dit rapport een aantal kanttekeningen te plaatsen. In drie subparagrafen wordt ingegaan op (1) het tijdstip van verschijnen van het eindrapport, (2) de vorm die voor de eindevaluatie is gekozen, waarbij vooral gebruik is gemaakt van losse deelonderzoeken, en (3) enkele methodische aspecten die verbonden zijn aan de aanpak die in dit rapport is gekozen.

Kanttekeningen bij het tijdstip van afronding van het evaluatieonderzoek

Hoewel het Experiment Gezondheidszorg Almere formeel in begin November 1992 is afgerond, betekent dit niet dat er vanaf die datum een omslag is in het beleid dat met betrekking tot de gezondheidszorg in Almere wordt gevoerd. De structuur die is opgebouwd blijft

functioneren op de wijze zoals die tussen 1983 en 1993 gestalte heeft gekregen. Dit betekent dat een eindevaluatie op dit moment wellicht qua tijdstip goed gekozen lijkt, maar dit in feite niet is. We lichten dit toe.

Zoals uit de beschrijving van het Experiment Gezondheidszorg Almere duidelijk naar voren komt, heeft in de beginfase van het experiment de nadruk gelegen op de structurele opbouw van voorzieningen. Een opbouw die gelijke tred moest houden met de continue bevolkingsgroei, en waarbij bovendien veel tijd moest worden geïnvesteerd om de structurele samenwerking, die één van de hoekstenen van de experimentele opzet vormt, van de grond te tillen. De keuze om eerst de structuur van de voorzieningen op te bouwen heeft er toe geleid dat de meer inhoudelijke doelen van het Experiment Gezondheidszorg Almere naar de achtergrond zijn gedrongen. Operationele doelen die niet zijn gerealiseerd hebben, zoals we in de voorgaande hoofdstukken laten zien, vooral betrekking op aspecten die vallen onder de noemer functionele samenhang of de inhoudelijke kant van het zorgproces. De conclusie, dat voor wat betreft deze inhoudelijke aspecten het Experiment Gezondheidszorg Almere is mislukt, lijkt echter op dit moment te voorbarig. Immers, juist door het feit dat in Almere het stelsel van zorgvoorzieningen in sterke mate is gestructureerd lijken de voorwaarden gunstig om, na deze aandacht voor de structurele opbouw, nu te komen tot afstemmen van de werkzaamheden in meer inhoudelijke zin. Met andere woorden: de eindevaluatie van het Experiment Gezondheidszorg Almere komt feitelijk te vroeg om vast te kunnen stellen of er met betrekking tot de inhoudelijke doelen sprake is van het slagen of het mislukken van het experiment. Ook om een tweede reden komt dit eindrapport te vroeg, en deze reden heeft te maken met de opening van het Flevoziekenhuis. Bij het begin van het Experiment Gezondheidszorg Almere was de doelstelling om zo snel mogelijk te beginnen met de afstemming van eerste- en tweedelijnszorg, waarbij de tweede lijn in afwachting van de opening van het Flevoziekenhuis in Almere vertegenwoordigd zou zijn door een buitenpolikliniek van het toekomstige Flevoziekenhuis: het Medisch Centrum Almere. De oorspronkelijke doelstelling om in de tweede helft van de jaren 1980 niet alleen het ziekenhuis gereed te hebben maar ook de inhoudelijke samenwerking tussen medisch specialisten en de Almeerse eerste lijn te hebben geregeld is niet gehaald. Doordat het Flevoziekenhuis pas begin 1991 de deuren opent en er ook op dat moment pas een voorzichtige start wordt

gemaakt met de samenwerking tussen specialisten en zorgverleners in de Almeerse eerste lijn, is het onmogelijk na te gaan wat de effecten zijn van deze gebeurtenissen op het gebruik van zorgvoorzieningen, de kosten van de zorg en de kwaliteit van de Almeerse gezondheidszorg. Pas in een meer stabiele situatie, waarbij men moet denken aan twee tot drie jaar na opening van het Flevoziekenhuis, kan de feitelijke balans worden opgemaakt.

Beide redenen pleiten er voor om na dit eindrapport het boek van het Experiment Gezondheidszorg Almere niet definitief dicht te slaan, maar over enkele jaren nog eens terug te blikken op hetgeen zich in de periode tussen 1992 en 1995 in Almere heeft afgespeeld. Voorwaarde hiervoor is wel, dat er op een aantal belangrijke indicatoren voldoende gegevens beschikbaar zijn. Men kan hierbij denken aan continue registratiegegevens, maar ook aan de herhaling van cross-sectionele studies.

De vorm van het evaluatie-onderzoek

In de opzet die voor dit eindrapport is gekozen spelen de deelonderzoeken die tussen 1983 en 1993 in het kader van het evaluatie-onderzoek rond het Experiment Gezondheidszorg Almere een belangrijke rol. De belangrijkste resultaten van deze deelstudies zijn als het ware in een gemeenschappelijk kader gestoken, waarbij het experiment Almere is opgevat als een beleidsprogramma. Naast voordelen, heeft een dergelijke opzet ook nadelen. Het belangrijkste nadeel is dat er een erg fragmentarisch beeld ontstaat, waaruit moeilijk een algemene conclusie kan worden afgeleid. Dat er desondanks wel een algemene lijn zit in de uiteindelijke resultaten hebben wij hopelijk in dit samenvattende hoofdstuk kunnen aantonen.

Een tweede bezwaar voortvloeiend uit de keuze om vooral te putten uit de onderzoeksresultaten is dat in het hele rapport wel erg veel aandacht wordt besteed aan het werken van de Almeerse huisarts. Enerzijds wellicht terecht, omdat de huisarts ook in de Almeerse opzet van het stelsel van zorgvoorzieningen een spilfunctie inneemt. Anderzijds, wordt het oordeel over het gehele experiment Almere op deze wijze wel erg sterk opgehangen aan het functioneren van huisartsen. Door het in hoofdstuk 3 beschrijven van hetgeen in Almere aan middelen is gerealiseerd hopen wij een tegenwicht te bieden aan de ruime aandacht die de Almeerse huisartspraktijken hebben gekregen in de daaropvolgende hoofdstukken.

Methodische kanttekening

Zowel in de inleidende hoofdstukken als in de hoofdstukken waarin de resultaten worden beschreven zijn reeds een aantal keren ter sprake gekomen dat keiharde conclusies op basis van een veldexperiment zoals het Experiment Gezondheidszorg Almere niet mogelijk zijn. Almere is geen laboratorium waarin men, op wetenschappelijk verantwoorde wijze, kan nagaan of een verondersteld effect ook daadwerkelijk optreedt onder invloed van de experimentele factor.

Het feit dat Almere is op te vatten als een 'black box' met een groot aantal input-variabelen in de vorm van in te zetten middelen en een groot aantal output-variabelen in de vorm van resultaten, maakt dat het buitengewoon moeilijk is oorzaak-gevolg relaties te leggen. Voor een aantal afzonderlijke resultaten kan (binnen statistische grenzen) aannemelijk worden gemaakt dat een gevonden effect niet het gevolg is van een aantal variabelen waarvoor gecontroleerd kan worden. Echter, om effecten eenduidig toe te kunnen schrijven aan 'het Almeerse model' ontbreken de mogelijkheden.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Bakker DH de, Sixma H, Velden J van der. Morbiditeit in de Almeerse huisartspraktijk. Deelonderzoek: Ziekten en Verrichtingen in de Almeerse Huisartspraktijk. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1992.
- Bent, J. van der. Klinische Consumptie Almere 1989/1990. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1992.
- Bent, J van der. Klinische Consumptie Almere 1987/1988. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1990.
- Bent, J van der. Klinische Consumptie Almere 1991. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1993.
- Brink-Muinen A van den, Sixma H. De zorg voor ouderen in Almere. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 7. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1990.
- Brouwer AG. Het maatschappelijk werk in 1992: Kerncijfers. Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA), Almere/Maarsbergen, 1993.
- Carr-Hill, RA. The evaluation of health care. *Social Science & Medicine*, 1985, 21, 4, p.367-375.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch Jaarboek 1993. 's-Gravenhage, SDU/uitgeverij, CBS-publikaties, 1993.
- Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Jaarverslag 1991. COTG, Utrecht, 1992.
- Constandse AK, Schonk MKA. Leven in Lelystad en Almere. Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders, Flevobericht 244, Lelystad, 1984.
- Dekker L. Verslag inzake de Bestuurlijke Samenhang. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 2. Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi), Utrecht, 1985.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966, p.166-206.

- Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI, Health Administration Press, 1980.
- Donker MCH. De toets der goede bedoelingen: een inleiding tot programma-evaluatie in de Geestelijke Gezondheidszorg. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), Utrecht, 1987.
- Donker MCH. Principes en praktijk van programma-evaluatie: opzet en rendement in de Geestelijke Gezondheidszorg. Dissertatie. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), Utrecht, 1990.
- Dopheide JP, Kersten TJJMT, Nijhout FP, Speld GDJ van der. Een ziekenhuis op nieuw land. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1986.
- Dopheide JP, Nijhout FP. Een ziekenhuis op nieuw land; 2e Interimrapport. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1984.
- Dopheide JP, Nijhout FP. Een ziekenhuis op nieuw land; 1e Interimrapport. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1983.
- Dronkers J, Groenewegen PP, Willemse R. Naar een sterkere eerste lijn? Deel 3: Een inventarisatie van veldinitiatieven ter versterking van de eerste lijn. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1988.
- Fahrenfort M, Plaisier AJ. Evaluatie Experiment De Kiekendief Almere. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1993.
- Flevoziekenhuis Almere. Jaarverslag 1992 (concept). Almere, 1993.
- Flevoziekenhuis Almere. Jaarverslag 1991. Almere, 1992.
- Foets M, Sixma H. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Gezondheid en Gezondheidsgedrag in de Praktijkpopulatie. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1991.
- Foets M, Velden J van der. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Meetinstrumenten en Procedures, Bijlagen. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1991.

- Foets M, Stokx L, Hutten J, Sixma H. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: De Huisartsenquête van de Nationale Studie: datareductie door schaalconstructie. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1991.
- Gemeente Almere. Nieuwsbrief Projekt Gezondheidszorg Almere 1-14. Almere, 1983-1989.
- Gemeente Almere. Statistisch overzicht 1985 en volgende jaren. Almere, 1986 e.v.
- Gemeente Almere. Nieuwsbrief Gezondheidszorg Almere 1989 en volgende jaren. Gemeente Almere, Almere, 1989 e.v.
- Goosen S. Gezonde Flevo-gemeenten Enquête 1990, Deel 2A: Almere. GGD Flevoland, Lelystad, ongedateerd.
- Goudriaan G. Systematisch Samenwerken. Één organisatie voor de eerstelijns vallen en opstaan in Almere. Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA), Almere, 1990.
- Langerak NH. De Almeerse Gezondheidszorg op een tweesprong. Muiderberg, 1993
- Groenewegen PP, Kerkstra A, Jansen GA. Wachlijsten in de thuiszorg. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1993.
- Groenewegen PP, Sluijs EM. Naar een sterkere eerste lijn? Deel 4: Eindrapport. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1988.
- Groenewegen PP. Herstructurering van de gezondheidszorg: van imperfecte planning naar een imperfecte markt? Oratie RUU. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1992.
- Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1991.

- Groenewegen PP, Willemsen R. Naar een sterkere eerste lijn? Deel 2: Buitenlandse Ervaringen. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1987.
- Helsloot R. Gezondheidszorg in Almere, kans op vernieuwing? Stichting Onderzoek Maatschappelijke Strategie Ontwikkeling (SOMSO), Amsterdam, 1983.
- Helsloot R. Op weg naar beleid in Almeerse gezondheidscentra, samenwerking tussen patiëntengroepen en teams. Stichting Onderzoek Maatschappelijke Strategie Ontwikkeling (SOMSO), Amsterdam, 1984.
- Hermans W. Bewonersparticipatie in het Project Gezondheidszorg Almere. Afstudeerscriptie, studie Gezondheidswetenschappen, Rijksuniversiteit Limburg. Maastricht, 1985.
- Hingstman L, Pool JB. Cijfers uit de Registratie van Beroepen in de Eerstelijnsgezondheidszorg 1992; statistische gegevens per 1 januari 1992 over huisartsen en verloskundigen. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1992.
- Hoefnagels KLJ. Gezondheidszorgbeleid in discussie. Medisch Contact, 21, 1984, p.651-654.
- Hoefnagels KLJ, Kuiper JP, Polak BS. Advies inzake de verhoudingen tussen eerste- en tweedelijnszorg, en de plaats van het toekomstig ziekenhuis in Almere. Advies, in opdracht van de Stuurgroep Gezondheidszorg Almere. Almere, 1983.
- House ER. Evaluating with validity. Sage Publications, Beverley Hills, 1980.
- IJsselmeerziekenhuizen Emmeloord/Lelystad. Jaarverslag 1991. Lelystad, 1992.
- King JA, Lyons Morris L, Taylor Fitz-Gibbon C. How to Assess Program Implementation. Sage Publications, Newbury Park, 1987.
- Kommissie van Advies Gezondheidszorg Zuiderzeepolders. Organisatie gezondheidszorg voormalige Zuiderzeepolders. Verslagen en mededelingen betreffende de Volksgezondheid no. 12, 1983.
- Kraan-Jetten A, Reconstructie en evaluatie van beleidstheorieën. Beleid en Maatschappij, 1986, p.186-196.

- Landheer T. Gezondheidszorg in een nieuw gebied. Dissertatie. Rijksuniversiteit Leiden, 1978.
- Leger des Heils. Jaarrekening Zorgcentrum Buitenhaeghe. Leger des Heils, Almere, 1992.
- Leighton AH. Caring for mentally ill people. Psychological and social barriers in historical context. Cambridge University Press, Cambridge, 1982.
- Loeffler RT. Measuring quality of care in physicians' offices. *Journal of Ambulatory Care Manage*, 1992, 15 (2), p.62-68.
- Lorsheijd JGG. Enkele kerngetallen algemene en academische ziekenhuizen 1991. Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi), Utrecht, 1992.
- Maesen LJG van der, Helsloot R, Goethals A. De planning en ontwikkeling van de gezondheidszorg in de grootste nieuwe stad, Almere. Stichting Onderzoek Maatschappelijke Strategie Ontwikkeling (SOMSO), Amsterdam, 1986.
- Maesen LJG van der, Helsloot R, Goethals A. De opbouw en integrale gezondheidszorg in de Zuidoostlob bij Amsterdam. Stichting Onderzoek Maatschappelijke Strategie Ontwikkeling (SOMSO), Amsterdam, 1987.
- Maesen LJG van der. Transformatie van de Gezondheidszorg in Nederland tussen 1974 en 1987. Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1987.
- Meinderts R. Van ziekenhuiszorg naar Eerstelijnszorg. Studie in opdracht van het Project Gezondheidszorg Almere. Almere, 1986.
- Merkus M. Zorgcoördinatie in de thuiszorg bij de EVA. Stichting EVA, Almere, 1991.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Financieel Overzicht Zorg 1990 en volgende jaren. 's-Gravenhage, SDU uitgeverij, 1989 e.v.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota 2000. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1987.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Structuurnota Gezondheidszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1974.

- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Verandering Verzekerd. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1988.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Nota beleidsvoornemens betreffende de kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Tweede Kamer, zitting 1975-1976, 14044, nr. 1.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Nota Eerstelijnszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1983.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Nota betreffende het beleid terzake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1979.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.
- Montfoort GLM, Galen WCC van, Harris S. Ongevallen in Nederland. Stichting Consument en Veiligheid, Amsterdam, 1988.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut. Medische Consumptie Almere 1985. NZi, Utrecht, 1987.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut. Evaluatie-onderzoek Medisch Centrum Almere. Utrecht, 1986.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut. Klinische Consumptie Almere 1986. NZi, Utrecht, 1988.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut. Medische Consumptie Almere 1984. NZi, Utrecht, 1987.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi). Financiële statistiek gecombineerde verpleeghuizen 1991. NZi, Utrecht, 1992.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota Begrippenkader Kwaliteit van Instellingen. Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), Zoetermeer, 1990.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Experiment Almere. Zoetermeer, 1985.

- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening. Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), Zoetermeer, 1986.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota Algemeen begrippenkader Kwaliteitsbevordering. Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), Zoetermeer, 1990.
- Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Naar een sterkere eerstelijnszorg? Deel 1: Het Overheidsbeleid. NIVEL, Utrecht, 1987.
- Nijhout FP. Een ziekenhuis op nieuw land; 3e Interimrapport. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), 1985.
- Pool JB, Hingstman L. Cijfers uit de Registratie van Beroepen in de Eerstelijnsgezondheidszorg 1991; statistische gegevens per 1 januari 1991 over in de eerste lijn werkzame fysiotherapeuten. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1993.
- Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders. Statistiek van de werkgelegenheid en beroepsbevolking in Almere en Zeewolde 1983. RIJP, Lelystad, 1984.
- Rijsenbrij JA, Lee APM van der. Zorgconsumptie Almere 1990 en 1991, verwijzingen huisarts & ziekenhuisverpleging. Anoz Gooi Apeldoorn Groep, Regio Gooi Flevoland Nijkerk. Huizen, 1992.
- Ringeling AB. Beleidstheorieën en theorieën over beleid. Beleid en Maatschappij, 1985, p.275-284.
- Rotem A, Bandaranayake R. How to plan and conduct programme evaluation. Medical Teacher, 1983, 5, 4, p.127-131.
- Samenwerkingsproject Eerste Lijn. Onderzoek naar de organisatorische vormgeving van de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere. Fase 2: Karakteristiek Eerstelijnsgezondheidszorg Almere. Bunnik, 1981.
- Samenwerkingsproject Eerste Lijn. Onderzoek naar de organisatorische vormgeving van de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere. Fase 3: Hoofdlijnen van een toekomstige structuur. Bunnik, 1981.

- Samenwerkingsproject Eerste Lijn. Onderzoek naar de organisatorische vormgeving van de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere. Fase 4: Eindadvies. Bunnik, 1981.
- Samenwerkingsproject Eerste Lijn. Onderzoek naar de organisatorische vormgeving van de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere. Fase 1: Voorbereiding. Bunnik, 1981.
- Samenwerkingsverband Almeerse Gezondheidszorg. SAG-nieuwsbulletin 1989-1993. SAG, Almere, 1989-1993.
- Samenwerkingsverband Almeerse Gezondheidscentra. Jaarverslagen 1989 en volgende jaren. SAG, Almere 1990 e.v.
- Samenwerkingsverband Almeerse Gezondheidszorg (SAG). Zorgbegroting 1991. SAG, Almere, 1991.
- Schnabel P. Programma-evaluatie: een nadere kennismaking bij het scheiden van de markt. In: GM Schippers, N Sijben, C Schaap, J Mastboom (eds.), Programma-evaluatie in de Geestelijke Gezondheidszorg. Lisse, Swets & Zeitlinger, 1984.
- Scriven M. The methodology of evaluation. In: RE Stake e.a. (eds), Perspectives on curriculum evaluation. Chicago, Rand McNally, 1967.
- Sixma H, Bakker DH de, Groenewegen PP, Velden J van der. Verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk. Deelonderzoek: Ziekten en Verrichtingen in de Almeerse Huisartspraktijk. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1992.
- Sixma H, Thomassen C, Bakker DH de, Foets M. Gezondheid en Gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Deelonderzoek: Ziekten en Verrichtingen in de Almeerse Huisartspraktijk. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1991.
- Sixma H, Hackenitz E. EHBO in Almere 2. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 8. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1992.
- Sixma H. EHBO in Zoetermeer. Nederlands instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1990.

- Sixma H. EHBO in Almere. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 5. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1987.
- Sixma H. Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 4. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1986.
- Sixma H, Bakker DH de, Velden J van der, Foets M. Samenvattend rapport. Deelonderzoek: Ziekten en Verrichtingen in de Almeerse Huisartspraktijk. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1992.
- Sixma H, Voort C van de. Situatieschets van Almere. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 1. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)/ Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi), Utrecht, 1984.
- Sixma H. Bewoners over de Almeerse Gezondheidszorg. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 3. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1996.
- Sixma H, Spreeuwenberg P, Pasch M van der. Patient satisfaction with the General Practitioner; a multi-level approach. In voorbereiding.
- Sixma H, Langerak EH, Schrijvers GJP, Bent J van der. Attempting to Reduce Hospital Costs by Strengthening Primary Care Institutions; the Dutch Health Care Demonstration Project in the New Town of Almere. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 269, 19, p.2567-2572.
- St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein. Jaarverslag 1991. Nieuwegein, 1992.
- Stake RE. The countenance of educational evaluation. *Teachers College Record*, 1967, 68, 7, p.523-540.
- Stichting Algemeen Ziekenhuis Zoetermeer. Jaarverslag 'T Lange Land Ziekenhuis 1991. Zoetermeer, 1992.
- Stichting Delta. Financieel Jaarverslag 1991. Stichting Delta, Almere, 1992.
- Stichting De Schoor. Jaarrekening 1991. Stichting De Schoor, Almere, 1992.
- Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere. Info 1989-1993. Stichting EVA, Almere, 1989-1993.

Experiment Gezondheidszorg Almere

- Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere (EVA). Jaarrekening 1991. Stichting EVA, Almere, 1992.
- Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen (SIOP). Jaarverslag 1986 en volgende jaren. Almere, 1987 e.v.
- Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA). Jaarverslag 1987/1988 en volgende jaren. Almere, 1898 e.v.
- Stuurgroep Gezondheidszorg Almere. Hoofdlijnenplan 1985-1989 'al doende beter'. Almere, 1985.
- Stuurgroep Gezondheidszorg Almere. Tien jaar gezondheidszorg in Almere. Almere, 1988.
- Stuurgroep Gezondheidszorg Almere. Diskussienota Organisatie en Ontwikkeling Infrastructuur Eerstelijnsvoorzieningen Almere. Almere, 1985.
- Stuurgroep Gezondheidszorg Almere. Zorgbegrotingen 1985 en volgende jaren. Almere, 1985 e.v.
- Stuurgroep Gezondheidszorg Almere. Projectplan PGA II. Almere, 1986.
- Stuurgroep Gezondheidszorg Almere. Vergaderingsverslagen 1983-1989. Gemeente Almere, Almere, 1983-1989.
- Stuurgroep Gezondheidszorg Almere. Projectplan Gezondheidszorg Almere. Almere, 1983
- Suchman EA. Action for what? A critique of evaluation research. In: R O'Toole (ed.), The organisation, management and tactics of social research. Cambridge, Mass., Schenkman, 1970.
- Taylor Fitz-Gibbon C, Lyons Morris L. How to Design a Program Evaluation. Sage Publications, Newbury Park, 1987.
- Thomassen C, Sixma H, Bakker DH de. De zorg voor zuigelingen en kleuters in Almere. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 6. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1989.
- Tuntler JH, Wassink WF. Rapport aan de Gezondheidsraad inzake de gezondheidszorg in de Noordoostpolder. Amsterdam, 1943.

- Tuntler JH, Wassink WF. De medische en hygiënische verzorging van de bevolking in de droogkomende Zuiderzeepolders. Prea-advies. Kongres over kulturele aspecten van de inpoldering der Zuiderzee, Amsterdam, 1953.
- Van den Brink-Muinen A, Bensing JM, Bakker DH de. Female Health problems and screening: a task for female GPs? *British Journal of General Practice* (in press).
- Velden J van der, Hutten J, Bijl D, Brandenburg B, Hofstra M, Grol R. NHG-standaarden en kwaliteit van zorg in de huisartspraktijk. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)/Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde (WOK)/Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht/Nijmegen, 1993.
- Velden J van der, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de Huisartspraktijk. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1991.
- Verheij RA, Bakker DH de, Velden J van der. De huisarts in de grote stad. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1992.
- Vogels TAW. Samenwerking tussen de Eerste- en Tweedelijns Gezondheidszorg. Afstudeerscriptie, Technische Universiteit Eindhoven. Amsterdam, 1987.
- Vorst-Thijssen TML. De zorg voor zuigelingen en kleuters. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1987.
- Waterland Ziekenhuis Purmerend. Jaarverlag 1991. Purmerend, 1992.
- Werkgroep Eerste Hulp. Op weg naar de huisarts: eindrapport. Werkgroep Eerste Hulp, Utrecht, 1988.
- Werkgroep Polikliniek Almere. Het Medisch Centrum Almere in de jaren 1985 en 1986. Notitie ten behoeve van het College van Bestuurlijk Overleg Ziekenhuisvoorzieningen Almere. Almere, 1984.
- Wijkel D. Samenwerken en Verwijzen. Dissertatie RUG. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1986.

Experiment Gezondheidszorg Almere

Wittenberg V, Vogels T, Gijzeman J, Rijdt T van de. Rapport betreffende een oriënterend onderzoek naar de mogelijkheden om in Almere te komen tot een intensieve en geformaliseerde samenwerking tussen 1e en 2e lijn. Project samenwerking 1e-2e lijn van het VU-ziekenhuis/Stichting O&O, Amsterdam/Utrecht, 1986.

BIJLAGE 1

PUBLIKATIES UITGEBRACHT IN HET KADER VAN HET PROJECT 'EVALUATIE EXPERIMENT GEZONDHEIDSZORG ALMERE'

- Bakker DH de, Sixma H, Velden J van der. Morbiditeit in de Almeerse huisartspraktijk. Deelonderzoek: Ziekten en Verrichtingen in de Almeerse Huisartspraktijk. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1992.
- Bent, J. van der. Klinische Consumptie Almere 1989/1990. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1992.
- Bent, J van der. Klinische Consumptie Almere 1991. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1993.
- Bent, J van der. Klinische Consumptie Almere 1987/1988. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1990.
- Brink-Muinen A van den, Sixma H. De zorg voor ouderen in Almere. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 7. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1990.
- Dekker L. Verslag inzake de Bestuurlijke Samenhang. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 2. Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi), Utrecht, 1985.
- Fahrenfort M, Plaisier AJ. Evaluatie Experiment De Kiekendief Almere. Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht, 1993.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut. Evaluatie-onderzoek Medisch Centrum Almere. Utrecht, 1986.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut. Medische Consumptie Almere 1985. NZi, Utrecht, 1987.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut. Medische Consumptie Almere 1984. NZi, Utrecht, 1987.

Nationaal Ziekenhuisinstituut. Klinische Consumptie Almere 1986.
NZi, Utrecht, 1988.

Sixma H, Bakker DH de, Groenewegen PP, Velden J van der. Verrichtingen in de Almeerse huisartspraktijk. Deelonderzoek: Ziekten en Verrichtingen in de Almeerse Huisartspraktijk. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1992.

Sixma H, Thomassen C, Bakker DH de, Foets M. Gezondheid en Gezondheidsgedrag in de praktijkpopulatie. Deelonderzoek: Ziekten en Verrichtingen in de Almeerse Huisartspraktijk. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1991.

Sixma H, Hackenitz E. EHBO in Almere 2. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 8. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1992.

Sixma H, Voort C van de. Situatieschets van Almere. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 1. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)/ Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi), Utrecht, 1984.

Sixma H, Bakker DH de, Velden J van der, Foets M. Samenvattend rapport. Deelonderzoek: Ziekten en Verrichtingen in de Almeerse Huisartspraktijk. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1992.

Sixma H. Bewoners over de Almeerse Gezondheidszorg. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 3. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1996.

Sixma H. Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 4. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1986.

Sixma H. EHBO in Almere. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 5. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1987.

Thomassen C, Sixma H, Bakker DH de. De zorg voor zuigelingen en kleuters in Almere. Project Evaluatie Gezondheidszorg Almere 6. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht, 1989.

BIJLAGE 2

OVERZICHT GEBRUIKTE AFKORTINGEN

ADL	Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen
AGGZ	Algemene Geestelijke Gezondheidszorg
AMC	Academisch Medisch Centrum
AMVB	Algemene Maatregel van Bestuur
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZVU	Algemeen Ziekenhuis Vrije Universiteit
BEGA	Besluit Experiment Gezondheidszorg Almere
CBO	Centraal Begeleidings Orgaan
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
DGD	Districts Gezondheids Dienst
EGA	Experiment Gezondheidszorg Almere
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongelukken
EVA	stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GIMA	Gezondheidszorg Informatie Model Almere
HDL	Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen
JOA	Jongeren Opvang en Advies Almere
KOE	Koördinatiegroep Organisatie Eerstelijns
LISZ	Landelijk Informatie Systeem der Ziekenfondsen
LIZ	Landelijk Informatiesysteem Ziekenfondsen
MADI	stichting Maatschappelijke Dienstverlening
MCA	Medisch Centrum Almere
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NZI	Nationaal Ziekenhuis instituut
o.l. ZIJP	openbaar lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders
OLVG	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
PGA	Projekt Gezondheidszorg Almere
RHV	Regionale Huisartsen Vereniging
RIAGG	Regionale Instelling voor Algemene Geestelijke Gezondheidszorg
RIGG	Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg

SAG	Samenwerkingsverband Almeerse Gezondheidszorg
SIG	Stichting Informatiecentrum van de Gezondheidszorg
SIOP	Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen
SMGA	Stichting Maatschappelijke Gezondheidszorg Almere
TVMI	Tijdelijke Verstrekkingen Maatschappelijke Instellingen
VCA	Vrijwilligers Centrale Almere
WOK	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde
WVC	Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuis Voorzieningen